

**DGSGB**

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit  
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

---

Theo Klauß  
(Hrsg.)

**Älterwerden und seelische  
Gesundheit  
- Perspektiven für Menschen mit geistiger  
Behinderung -**

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am  
7.3.2008 in Kassel

Materialien der DGSGB  
Band 18

Berlin 2008

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Informationen sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

**ISBN 978-3-938931-19-6**

© 2008 Eigenverlag der DGSGbB, Berlin

Internet: [klaus.hennicke@gmx.de](mailto:klaus.hennicke@gmx.de)

1. Aufl. 2008

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Druck und Bindung: sprintout Digitaldruck GmbH, Grunewaldstr. 18, 10823 Berlin

# Älterwerden und seelische Gesundheit

## Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 07.03.2008 in Kassel

### Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>Theo Klauß</b> Älterwerden und seelische Gesundheit. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung	4
<b>Michael Seidel</b> Aspekte des Alterns bei Menschen mit geistiger Behinderung	7
<b>Christina Ding-Greiner</b> Was kann die Qualifikation von Pädagoginnen/Pädagogen und Pflegekräften zur seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung beitragen?	16
<b>Georg Theunissen</b> Erwachsenenbildung – ein Beitrag zur seelischen Gesundheit beim Altwerden	27
<b>Harald Fechter</b> Tut es gut, zurückzublicken? Biografiearbeit und seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter	37
<b>Theo Klauß</b> Reicht Pflege im Alter nicht aus? Menschen mit geistiger Behinderung zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung	42
<b>Autorinnen und Autoren</b>	60

# Älterwerden und seelische Gesundheit. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung

Theo Klauß

## *Großmutter*

*Die Großmutter ist jetzt alt geworden.  
Ihre Füße sind noch beweglich.  
Aber der Rücken hat sich bereits gebeugt.  
Die Ohren der Großmutter sind nicht mehr hörbar.  
Weite Wege sind für sie nicht mehr zu erreichen.  
Auf dem Stuhl im Hause sucht sie eine Erholung vom Alter.  
Gegen das Sonnenlicht ist die Großmutter empfindlich.  
Augenläser schützen sie gegen das Licht der Welt.  
Ihre Sehkraft wird immer schwächer.  
Ihre Stimme zum Singen ist verklungen.  
Nur mehr leise Worte entweichen ihrem Munde.  
Wie lange ihre Tage gezählt sind, weiß niemand.*

*Georg Paulmichl*

Das Altern bringt für alle Menschen Veränderungen, Herausforderungen und Chancen – also auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Dies wird allerdings erst seit einigen Jahren in Wissenschaft und Praxis angemessen beachtet.

Nach Berechnung des Statistischen Bundesamtes werden bis zum Jahr 2030 voraussichtlich 28,4 Millionen, und damit nahezu 8 Millionen mehr 60-Jährige und Ältere in Deutschland leben als im Jahr 2005, da waren es 20,5 Millionen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 5). Dies entspräche einer Zunahme von gut 38 %. „Im Jahr 2030 würde dann mehr als jeder dritte Einwohner in Deutschland zu den 60-Jährigen und Älteren zählen (2005: jeder vierte)“ (ebd., 5). Menschen mit geistiger Behinderung werden heute sogar „rund 50 Jahre älter als noch um 1940 herum“ (KEHL 2006, 9). Verantwortlich für diese Veränderung der Altersstruktur ist zum einen die heute gegebene bessere medizinische Versorgung. Wesentlich von Bedeutung ist jedoch auch die Tatsache, dass tausende von Menschen mit Behinderung während der NS-Zeit gezielt ermordet wurden. Dass sie heute vermehrt in den Blickpunkt rücken, hängt jedoch auch mit einer veränderten Sichtweise zusammen. Die lange Zeit verbreitete Meinung, sie blieben „ewige Kinder“, die in ihrer Entwicklung stehen geblieben seien und ein geringes „mentales Alter“ erreichen könnten, gilt als überwunden (HAVEMANN & STÖPPLER 2004, 11). Alle Lebensphasen tragen zur „weiteren Reifung und Bildung der Persönlichkeit“ bei (ebd.). Deshalb stellt sich die Frage, wie ihre Lebensbedingungen zu gestalten sind und welche Angebote und Unterstützungsformen sie auch im Alter benötigen.

Menschen mit geistiger Behinderung müssen im Alter dieselben Entwicklungsaufgaben bewältigen wie andere alte Menschen. Allerdings ist der Übergang in das höhere Alter eine Entwicklungsaufgabe geworden, „die umso

schwerer zu bewältigen ist, je ungünstiger die Lebensgeschichte und je geringer der gesellschaftliche Status eines Menschen ist“ (WIELAND 1993, 23). Dies betrifft ältere Menschen mit geistiger Behinderung besonders, da ihnen im Laufe ihres Lebens der Erwerb entsprechender Kompetenzen erschwert wurde. Möglicherweise haben sie allerdings alten Menschen ohne Behinderung eine Kompetenz bzw. Erfahrung voraus, nämlich zu wissen „wie es ist, abhängig und auf Hilfe und Begleitung angewiesen zu sein“ (KEHL 2006, 10). Ebenso wie bei allen alt werdenden Menschen spielen mit zunehmendem Alter auch bei ihnen die Bedürfnisse nach Sicherheit, Geborgenheit und Schutz eine immer größere Rolle. Altersbedingte Abbauprozesse können jedoch möglicherweise weniger gut verstanden und eingeordnet werden. Ohne entsprechende Vorbereitung können sie möglicherweise nicht verstehen, was sich bei ihnen biologisch verändert. Manche betreuenden Personen führen die so entstehende Unsicherheit nicht auf den Altersprozess zurück, sondern sehen darin auffällige Verhaltensweisen wie Sturheit oder Faulheit. Eine frühe persönliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Älterwerden und der nachberuflichen Lebensphase zu ermöglichen ist deshalb eine wichtige Aufgabe in der Begleitung von älter werdenden und alten Menschen mit geistiger Behinderung. Menschen ohne Behinderungen konnten sich im Laufe ihres Lebens, im Wechsel von Schule, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit, Familiengründung usw. besser auf die mit dem Eintritt in den Ruhestand einhergehenden Veränderungen vorbereiten als Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen die Vieles davon nicht erleben konnten, weil sie beispielsweise keine eigenen Kinder haben (vgl. KEHL 2006, 12f).

Verbesserte Lebensbedingungen und verbesserte medizinische Hilfen steigern die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung. Die Gruppe dieser Personen nimmt zu. Die Herausforderungen, die das Älterwerden und das Altsein für sie bedeuten, dürften noch größer sein als für ihre Mitbürgerinnen und -bürger, deshalb benötigen sie eigentlich spezielle Unterstützung und die Anpassung der Angebote in unterschiedlichen Lebensbereichen an ihre sich ändernden Bedürfnisse und an ihren Bedarf an speziellen Anregungen, Hilfen und Assistenzleistungen. Für Dienste und Einrichtungen ergeben sich daraus verschiedene Fragen, z. B.

- wie sich der Alterungsprozess bei Menschen mit geistiger Behinderung darstellt,
- wie Pädagoginnen und Pädagogen oder andere Professionen dafür qualifiziert werden können, sie sachgerecht zu begleiten,
- welche Möglichkeiten und Erfordernisse sich für die Erwachsenenbildung ergeben, beispielsweise im Bereich der Biografiearbeit, und
- wie Menschen mit geistiger Behinderung leben können und sollen, wenn sie im Alter zunehmende Unterstützung im Bereich der Pflege brauchen.

Diese Themen werden in den Beiträgen zur Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) angesprochen, die am 07. März 2008 in Kassel stattfand. Dabei nimmt

der Aspekt der seelischen Gesundheit eine besondere Rolle ein. Folgende Beiträge sind in diesem Band dokumentiert:

Michael Seidel beschreibt einleitend die wichtigsten Aspekte des Alterns bei Menschen mit geistiger Behinderung. Er verdeutlicht, dass sie sich mit den ganz ‚normalen‘ Alterungsprozessen auseinandersetzen müssen, dass sie dabei jedoch wegen ihrer eingeschränkten individuellen und sozialen Kompetenzen besonderen Herausforderungen gegenüber stehen. Christina Ding-Greiner fragt in ihrem Beitrag, was die Qualifikation von Pädagoginnen und Pädagogen sowie von Pflegekräften zur seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung beitragen kann. Sie stützt sich dabei auf einschlägige eigene Untersuchungen mit Beschäftigten in Heimen der Alten- und Behindertenhilfe und kann belegen, dass die Bedingungen für die seelische Gesundheit und Lebensqualität alt werdender Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bei entsprechender Qualität der professionellen Begleitung positiv beeinflusst werden können. Georg Theunissen gibt einen Überblick über inhaltliche Anforderungen an Bildungsangebote für älter werdende und alte Menschen mit geistiger Behinderung, die modernen pädagogischen Vorstellungen entsprechen, und stellt erprobte Beispiele dazu vor. Harald Fechter fragt, ob es ‚gut tut, zurückzublicken‘. Vor dem Hintergrund seiner reichhaltigen Erfahrungen stellt er Grundgedanken, Ziele, Arbeitsweisen und Auswirkungen der Biografiearbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten für deren seelische Gesundheit dar. Theo Klaus setzt sich schließlich mit der Frage auseinander, ob ‚gute Pflege‘ im Alter ausreichen kann. Diese Frage erhält ihre Brisanz vor allem durch aktuelle sozialpolitische Entwicklungen und vielfältige Versuche, alt werdenden Menschen mit geistiger Behinderung das Recht auf selbstbestimmte gesellschaftliche Teilhabe im Sinne der Eingliederungshilfe vorzuenthalten.

## Literatur

- HAVEMAN, M. & STÖPPLER, R. (2004): Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer.
- KEHL, D. (2006): Einführung. In: M. FURGER und D. KEHL (Hrsg.): Alt und geistig behindert. Herausforderungen für Institutionen und Gesellschaft. Luzern: Edition SZH/CSPS der schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik (SZH), 7-14.
- WIELAND, H. (1993): Altern in seiner Bedeutung für geistig behinderte Menschen. In: Alt und geistig behindert. Ein europäisches Symposium. Große Schriftenreihe Band 26. 2. Auflage. Marburg: Lebenshilfeverlag, S.19-28.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2.

# **Aspekte des Alterns bei Menschen mit geistiger Behinderung**

**Michael Seidel**

Mit der Wahl des Themas trägt die DGSGB der Tatsache Rechnung, dass Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe zunehmend mit den Herausforderungen konfrontiert werden, die sich aus dem Altern oder Altwerden, aus der Zunahme von Hochaltrigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung ergeben. Die Beschäftigung der Behindertenhilfe mit dem Thema Altern ist lange Zeit hinter dem Interesse für Kindheit und Jugend von Menschen mit geistiger Behinderung zurückgeblieben. Es ist deutlich, dass auf diesem Gebiet noch erheblicher Nachholbedarf besteht, dass Wissen und praktische Kompetenzen vermittelt werden müssen.

Dieser einführende Beitrag soll eine grundsätzliche Orientierung zum Thema Altern geben und einige Besonderheiten des Altwerdens bei Menschen mit geistiger Behinderung erläutern.

## **Grundbegriffe**

Zum angemessenen Verständnis des Alterns ist es notwendig, Erkenntnisse aus verschiedenen Wissenschaften zusammenzutragen. Die Wissenschaft vom Altern, die Gerontologie, stützt sich auf Methoden und Erkenntnisse aus vielen anderen Disziplinen, so aus Biologie, Medizin, Psychologie, Soziologie usw.

Während die Gerontologie die umfassende, interdisziplinär angelegte Wissenschaft vom Altern ist, beschäftigt sich die Geriatrie als die Medizin des Alterns, auch als Altersheilkunde bezeichnet, mit den Alterserkrankungen und der gesundheitlichen Versorgung des alten Menschen. Geriatrie ist damit eine Teildisziplin der Medizin, die bei Krankenversorgung, Gesundheitsförderung, Krankheitsvorbeugung und Rehabilitation natürlich gleichfalls Erkenntnisse anderer Disziplinen berücksichtigt.

## **Altern als komplexer Prozess**

Altern ist ein komplexer Prozess, dem alle Lebewesen unterliegen. Altern beginnt streng genommen schon mit der Geburt und endet mit dem Tod. Für gewöhnlich verbindet sich der Begriff des Alterns jedoch mit späten Abschnitten des Lebens eines Individuums.

Altern ist ein biologischer Prozess, der beim Menschen weder allein aus biologischen Faktoren erklärt, noch allein in seinen biologischen Auswirkungen beschrieben werden kann. Noch sind das Altern, seine Grundlagen und Komponenten, nicht vollständig wissenschaftlich aufgeklärt. Trotzdem ist es unstrittig, dass das Altern sich beim Menschen im Wechselspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren vollzieht.

Im Hinblick auf die grundlegenden biologischen Faktoren des Alterns werden verschiedene Theorien diskutiert: Die so genannte Genregulationstheorie unterstellt, dass im Laufe des Lebens bestimmte Gene aktiviert oder deaktiviert werden und dass sich darin die Gerichtetheit des Altersprozesses ausdrückt. Die so genannte Zelluläre Theorie beruht auf der Erkenntnis, dass bestimmte Stoffwechselprodukte (so genannte Radikale) mit der Zeit bestimmte Zellstrukturen beschädigen. Über die Zeit kumulieren solche Schäden und führen zu Störungen des Bau- und Betriebsstoffwechsels der Zellen, die schrittweise in den Funktionsverlust von Geweben, Organen usw. münden. Die so genannte Systemische Theorie spekuliert, dass ein übergeordnetes System oder organismisches Programm den Alterungsvorgang steuert.

Auch wenn eine umfassende biologische Theorie des Alterns noch fehlt, ist doch aus vielfältigen Untersuchungen bekannt und auch aus der Alltagserfahrung einsichtig, dass die Leistungsfähigkeit von Organen und Organsystemen im Laufe der Zeit abnimmt. Die Belastbarkeit von Organen wird auch als Organreserve bezeichnet. Die Organe setzen die Organreserve dafür ein, das Gleichgewicht – die so genannte Homöostase – aufrecht zu erhalten. Dieses Ziel, die Homöostase zu erhalten, lässt sich auf der Ebene des einzelnen Organs beschreiben, aber auch auf der Ebene des gesamten Körpers als der Summe seiner Organe. Die Organreserve, also die Belastbarkeit der Organe und ihrer Funktionen, nimmt im Laufe des individuellen Lebens ab.

Nun lehrt die Alltagserfahrung ebenfalls, dass die Alterung einzelner Organe bei ein und demselben Menschen unterschiedlich verlaufen kann. So können die Funktionen von Herz und Kreislauf schon erheblich vermindert sein, während die psychischen Funktionen noch uneingeschränkt funktionieren – oder umgekehrt. Erst recht zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen verschiedenen Menschen. Das heißt: Wie alle biologischen Phänomene weist die Alterung eine erhebliche Variationsbreite auf. Anders ausgedrückt: Das Alterungsprofil eines jeden Menschen ist sehr individuell. Es hängt von seinen angeborenen und erworbenen biologischen Dispositionen ab, aber auch von den sozialen und psychologischen Bedingungen seiner Lebensgeschichte.

Wie schon erwähnt unterliegen alle Organe und Organsysteme der schrittweisen Funktionsminderung, der biologischen Alterung. Diese mehr oder minder rasch voranschreitende Funktionsminderung vollzieht sich am Herz-Kreislauf-System, an den Atmungsorganen, am Verdauungssystem, am Nervensystem, an der Haut, am Bewegungs- und Stützapparat usw. Diese Abnahme der Belastbarkeit im Laufe der Zeit ist darum noch längst nicht krankhaft oder krankheitswertig. Sollte die Funktionsminderung jedoch ein bestimmtes Maß überschreiten, kann sie Krankheitswert erreichen. Ein Beispiel dafür ist die Veränderung der Funktionsfähigkeit des Gehirns im Alter. Am einen Ende des Spektrums gibt es Menschen, die bis ins höchste Alter ohne jede erkennbare Einschränkung intellektuell leistungsfähig bleiben. Am anderen Ende des Spektrums gibt es Menschen, bei denen die kognitiven Funktionen vergleichsweise früh versagen und somit die klinischen Kriterien einer Demenz aufweisen. Zwischen diesen beiden Polen liegen alle möglichen Zwischen- und Übergangsformen, bei denen die



Menschen im Alltag keinerlei Probleme haben, die üblichen Anforderungen zu bewältigen, neuartige oder überdurchschnittliche Anforderungen jedoch die Verminderung der intellektuellen Belastungsfähigkeit enthüllen.

Die altersbedingten Organveränderungen haben eine Reihe von Auswirkungen, die in der Begleitung und Betreuung älterer Menschen beachtet werden müssen: Veränderungen am Bewegungsapparat, so der Muskelschwund, ziehen eine eingeschränkte Beweglichkeit nach sich, auch eine erhöhte Sturzgefährdung. Die Veränderung des Verdauungssystems muss der Menge, bei der Zusammensetzung und bei der Zubereitung der Nahrung beachtet werden. Sie hat auch Auswirkungen auf die Aufnahme und Metabolisierung (Verstoffwechslung) von Arzneimitteln.

Die angeführten Beispiele zeigen: „Normale“ und „krankhafte“ Alterserscheinungen lassen sich nicht scharf voneinander abgrenzen. Vielmehr bilden sie die Eckpunkte eines Spektrums – so wie Gesundheit und Krankheit sich nicht scharf voneinander abgrenzen lassen, sondern in einem Spektrum ineinander übergehen. Wann eine bestimmte Alterserscheinung als krankhaft, als krankheitswertig gilt, hängt nicht zuletzt von soziokulturell definierten und vermittelten Bewertungskriterien einerseits, von den konkreten Anforderungen an den Betroffenen andererseits ab.

Es gibt Störungsbilder, die Ausdruck einer altersbedingten Einschränkung der Organfunktion sind. Dazu gehören z. B. die Osteoporose und die Arthrose. Solche Krankheiten können selbstverständlich auch andere Ursachen haben. Die Osteoporose beispielsweise kann Folge bestimmter Medikamente (z. B. Antiepileptika) sein – aber auch das Ergebnis mehrerer Faktoren.

Es gibt eine Reihe von Krankheiten, deren Auftretenshäufigkeit (Inzidenz) mit zunehmendem Lebensalter zunimmt. Dazu gehören Diabetes mellitus, der Graue Star, die Alzheimer-Demenz, auch einige Krebserkrankungen.

Schließlich gibt es Krankheiten, die sich nicht oder nur mittelbar mit dem Alter begründen lassen. Dazu gehören vor allem Infektionskrankheiten oder Unfälle.

Als ein sehr spezielles altersbedingtes Krankheitsbild wird das so genannte geriatrische Failure-to-thrive-Syndrom (FTT-Syndrom) (vgl. WERNER 2000) diskutiert. Der Begriff des FTT-Syndroms stammt ursprünglich aus der Kinderheilkunde und wird im Deutschen als Gedeihstörung übersetzt. Diese Übersetzung wirkt natürlich für das höhere Lebensalter unpassend. Gleichwohl gibt es ein Krankheitsbild im höheren Lebensalter, das viele Ähnlichkeiten mit der kindlichen Gedeihstörung aufweist: Das Bild umfasst Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Apathie und depressive Stimmung. Oft besteht eine deutliche Exsikkose („Austrocknung“). Wichtig ist allerdings für diese Diagnose, dass sich der Zustand nicht unmittelbar mit einer körperlichen Ursache (z. B. fortgeschrittene Krebserkrankung) begründen lassen darf. Das Bild des FTT-Syndroms stellt sich oft nach dem Tod naher Angehöriger, nach dem Einzug in Pflegeheime, nach Entlassung aus dem Krankenhaus oder ähnlich einschneidenden Erlebnissen ein, betrifft oft Alleinstehende. Das Krankheitsbild führt oft rasch zum Tod. Es ist also ein ernstzunehmendes, gefährliches Krankheitsbild, das entschlossene Unterstützungs- und Behandlungsmaßnahmen erfordert.

Um das Wesen dieses Krankheitsbildes wird noch gestritten. Es erscheint möglich, dass es sich in vielen, wenn nicht in den meisten Fällen, im Kern um eine depressive Erkrankung handelt, die durch markante psychosoziale Ereignisse ausgelöst wird. Die wesentlichen klinischen Merkmale und der fatale Verlauf sind zwanglos mit der Interpretation als depressive Erkrankung vereinbar: Einerseits haben depressive Erkrankungen nämlich auch in jüngerem Lebensalter erhebliche biologische Komponenten und Auswirkungen. Andererseits erklärt die erwähnte altersbedingte Einschränkung der Anpassungs- oder Kompensationsfähigkeit der Organsysteme die Schwere, Persistenz und ggf. tödliche Irreversibilität der Symptomatik.

## Demographische Aspekte

Das Phänomen Alter lässt sich nur unzureichend beschreiben, wenn man nicht die erheblichen demographischen Veränderungen charakterisiert, die in den letzten Jahrzehnten ins allgemeine Bewusstsein gedrungen sind. Zwei Aspekte sind dabei darzustellen: Erstens die Zunahme der Lebenserwartung, zweitens die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung.

Für alle Industriestaaten gilt, dass die Lebenserwartung zugenommen hat und dass sich dieser Prozess offenkundig noch immer fortsetzt. Dabei haben die Frauen eine höhere durchschnittliche Lebenserwartung als die Männer. Im Jahre 1900 hatten die Männer eine Lebenserwartung von 43,8 Jahren, die Frauen von 46,6 Jahren, im Jahre 1950 die Männer 64,6 Jahre und die Frauen 68,5 Jahre. Im Jahre 1990 lag die Lebenserwartung der Männer bei 73,4 Jahren, die der Frauen bei 80,6 Jahren.

Die Ursachen für diese erheblichen statistischen Veränderungen sind vielfältig. Eine große Rolle spielt die Verminderung der Kindersterblichkeit, daneben die Verbesserung der allgemeinen Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Dieser generelle Trend in allen entwickelten Gesellschaften der Welt wird allerdings überlagert von erheblichen Differenzen zwischen einzelnen Ländern. Auch dieser Effekt hat verschiedene Ursachen. Neben möglichen ethnischen Differenzen spielen für die dramatischen Unterschieden der Lebenserwartung zwischen den reichen und den armen Ländern der Erde vor allem die sozialen Ursachen, der Lebensstandard und die Qualität der Gesundheitsfürsorge der breiten Bevölkerung eine zentrale Rolle.

Das andere zentrale Phänomen der Demographie ist der Umbau der Altersstruktur der Bevölkerung. Während man im Jahre 1910 noch von einer so genannten Alterspyramide – eine breite Basis, während die höheren Altersgruppen nach oben hin immer schmaler werden – sprechen konnte, ist mittlerweile ein komplexes, unregelmäßiges Gebilde entstanden, das seine größte Breite bei ca. 40 Lebensjahren besitzt. Für 2050 wird prognostiziert, dass die größte Breite des Bevölkerungsdiagramms bei ca. 65 Jahren liegt.

Die Ursachen der sich verändernden Altersstruktur liegen darin, dass die Lebenserwartung steigt und die Geburtenrate sinkt. Während zum Erhalt einer ausgeglichenen Altersstruktur einer bestimmten Population in statistischer Betrachtung jede Frau 2,1 Kinder gebären müsste, brachten 1990 in Deutschland

die Frauen im Durchschnitt nur 1,45 Kinder zur Welt. Diese Entwicklung zeigt überall in Europa den gleichen Trend, die sinkenden Geburtsraten nähern sich einander immer mehr an. Zu den erwähnten so genannten natürlichen Bevölkerungsänderungen – die natürlich gleichfalls durch soziale Faktoren beeinflusst werden – kommen noch die Effekte aus Zu- und Abwanderung hinzu.

## **Aspekte des Alterns bei Menschen mit geistiger Behinderung**

Die Darstellung des Alterns bei Menschen mit geistiger Behinderung leidet vor allem am Mangel an aussagekräftigen statistischen Daten. Daten aus Leistungssystemen, vor allem der Sozialhilfe-Leistungsträger oder der Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe, können wegen erheblicher statistischer Selektionseffekte den Mangel an repräsentativen Daten kaum ausgleichen.

Der Kennzahlenvergleich der Sozialhilfeträger hat für 2002 ergeben, dass unter den rund 155.000 Leistungsempfängern stationärer Eingliederungshilfe nur etwa 5,1 % älter als 65 Jahre waren. Das ist deutlich weniger als diese Altersgruppe in der Durchschnittsbevölkerung ausmacht. Dafür kommen mehrere Erklärungen in Betracht:

1) Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung – obwohl wie die der Durchschnittsbevölkerung kontinuierlich ansteigend – liegt im Mittel tatsächlich noch deutlich unter derjenigen der Durchschnittsbevölkerung.

2) Die Gruppe derjenigen Personen, die stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, umfasst einerseits auch andere Gruppen (Menschen mit Körperbehinderung, mit seelischer Behinderung etc.), und von der Gesamtgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung nur eine Teilgruppe. Es könnte sein, dass diese Menschen, die beispielsweise in Heimeinrichtungen leben, eine geringere Lebenserwartung haben als die Gesamtgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung.

3) Ein Teil hochaltriger Menschen mit geistiger Behinderung erhält anstelle der Eingliederungshilfe Leistungen der Pflegeversicherung und wird demzufolge in der Statistik der Eingliederungshilfe nicht oder nicht mehr erfasst.

4) Als Folge der nationalsozialistischen Mordaktionen an behinderten und chronisch kranken Menschen ist die Alterstruktur der Gesamtgruppe geistig behinderter Menschen noch immer zu Lasten der höheren Altersgruppen verzerrt. Unabhängig von den Unzulänglichkeiten der Statistik lassen sich die Besonderheiten des Alterns von Menschen mit geistiger Behinderung allgemein beschreiben. Die Besonderheiten lassen sich den biologischen, den psychologischen und den sozialen Aspekte zuordnen.

Bei den biologischen Aspekten ist an erster Stelle die Mehrfachbelastung geistig behinderter Menschen mit chronischen und akuten Krankheiten zu nennen. Diese Mehrfachbelastung schränkt die biologische Anpassungsfähigkeit oder Organreserve ein. Mit der Krankheitsbelastung verbunden sind die nachteiligen (Neben-)

Effekte medizinisch gebotener Interventionen, darunter vor allem der Arzneimittel. Gleichzeitig folgt die durchschnittliche Lebenserwartung dieser Personengruppe der allgemeinen Tendenz zur Langlebigkeit. Damit kumulieren natürlich die Risiken für typische Veränderungen der Körperfunktionen im höheren Lebensalter. So treten mittlerweile auch altersbedingte Krankheiten wie Demenzen oder einige Formen von Krebserkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung in den Vordergrund.

Bei der Erörterung der biologischen Aspekte bei Menschen mit geistiger Behinderung darf man nicht vergessen, dass es sich bei dieser Personengruppe im Hinblick auf die biologischen Grundlagen, die Ursache und Schwere der Behinderung sowie die Komorbiditäten um eine äußerst heterogene Gruppe handelt. Deshalb sind einheitliche Beschreibungen von Entwicklungsverläufen über die gesamte Lebensspanne eher unwahrscheinlich. Im Durchschnitt ist die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung noch immer geringer als die der Durchschnittsbevölkerung, obwohl sich gleichfalls eine Tendenz zur Langlebigkeit herausbildet (JANICKI et al. 1999). Allerdings wurde erwartungsgemäß gezeigt, dass Menschen mit leichter geistiger Behinderung sich hinsichtlich der Lebenserwartung nicht von der Durchschnittsbevölkerung unterscheiden, Menschen mit schwerer geistiger Behinderung jedoch eine deutlich geringere Lebenserwartung aufweisen (PATJA et al. 2000).

Die Notwendigkeit, individuelle biologische Aspekte und ihre Bedeutung für die Entwicklung über die gesamte Lebensspanne hinweg zu berücksichtigen, zeigt sich beispielsweise durch aktuelle Erkenntnisse zu den genetisch bedingten Behinderungssyndromen. So fand man, dass ältere Personen mit Prader-Willi-Syndrom geringere psychopathologische Auffälligkeiten aufweisen als jüngere Personen mit Prader-Willi-Syndrom (DYKENS 2004). Das könnte bedeuten, dass sich über die Lebensspanne beim Prader-Willi-Syndrom bestimmte psychopathologische Besonderheiten abmildern. Anders verhält es sich bei Menschen mit Down-Syndrom. Bei ihnen tritt häufiger und deutlich früher als in der Durchschnittsbevölkerung eine altersbedingte Demenz vom Alzheimer-Typ auf. Demgegenüber finden sich bei Menschen mit geistiger Behinderung ohne Down-Syndrom dementielle Syndrome nicht häufiger als in der Gesamtbevölkerung oder sogar noch etwas seltener (ZIGMAN et al. 2004). Dabei ist die verminderte Häufigkeit vielleicht Ausdruck der diagnostisch-methodischen Schwierigkeiten. Menschen mit bestimmten genetisch bedingten Syndromen, z. B. dem Rett-Syndrom, weisen dagegen eine deutlich verminderte Lebenserwartung auf.

Diese wenigen Beispiele lassen die Schlussfolgerung zu, dass sich bei einer differenzierten Betrachtung der Behinderungssyndrome erhebliche Unterschiede im Längsschnittverlauf bestimmter Symptome, in der Lebenserwartung usw. zeigen können, die bei einer pauschalen Betrachtung in der abstrakten diagnostischen Kategorie „geistige Behinderung“ untergehen.

Neben den biologischen Aspekten müssen auch die Besonderheiten der psychologischen Aspekte bei Menschen mit geistiger Behinderung beachtet werden. Zunächst gilt auch hier der allgemeine Verweis auf die Differenzierbarkeit

unter dem Aspekt spezieller Ursachen oder biologischer Grundlagen der Behinderungssyndrome.

In verallgemeinernder Betrachtung besitzen Menschen mit geistiger Behinderung verminderte intellektuelle und emotionale Bewältigungsmöglichkeiten für altersbedingte Beeinträchtigungen. Ihre Biografie ist nicht selten von einer Häufung bestimmter Stressfaktoren geprägt. Andererseits haben sich Menschen mit geistiger Behinderung immer wieder im Laufe ihres Lebens an unterschiedliche Bedingungen anpassen müssen und dafür sicher Strategien und Kompetenzen entwickelt. Auf jeden Fall sollten die Entwicklungspotenziale und individuellen Ressourcen von Menschen mit geistiger Behinderung so sorgfältig wie möglich identifiziert und gefördert werden.

Unter den psychologischen Aspekten ist eine spezielle Frage besonders interessant: Sind Menschen mit schwerer geistiger Behinderung mehr gefährdet, die klinischen Symptome einer Demenz zu bekommen, weil sie eine geringere mentale Reservekapazität als leichter behinderte Gleichaltrige haben? Die Antwort auf diese Frage fällt bislang unentschieden aus, nicht zuletzt deshalb, weil die sichere Erfassung (Assessment) der Demenzsymptomatik und ihrer Schwere bei schwerer geistiger Behinderung mit erheblichen Schwierigkeiten konfrontiert ist.

Unter den sozialen Aspekten sind vor allem folgende zu nennen: Die Distanz zur Herkunftsfamilie oder gar deren Fehlen, das Fehlen eigener Nachkommen, die Beschränkung sozialer Beziehungen, der eingeschränkte Raum für eigenständige soziale Betätigung, die geringen finanziellen Ressourcen für Freizeitgestaltung, für die Beschaffung hochwertiger Nahrungsmittel, für die Erschließung gesundheitlicher Leistungen, die Abhängigkeit von Sozialleistungen, die Abhängigkeit von Hilfesystemen (institutionelle und personale Leistungen). Ein besonders heikles Problem ist die von manchen Leistungsträgern der Eingliederungshilfe vorgeschlagene, verlangte oder verfügte Umwidmung älterer Menschen mit geistiger Behinderung zu „Pflegefällen“ (SGB XII), um sich eigener finanzieller Verpflichtungen zu entledigen. Hierin ist nichts anderes zu sehen als eine Diskriminierung aufgrund des Alters, die sich unmittelbar im verkürzten Umfang der Leistungen ausdrückt und damit die Chance auf soziale Teilhabe einschränkt (vgl. den Beitrag von KLAUß in diesem Band).

## **Erhöhte Mortalität und Unzulänglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung**

Mit zunehmendem Lebensalter steigt generell das Risiko für Gesundheitsstörungen und Krankheiten. Bei Menschen mit geistiger Behinderung ist dieses Risiko jedoch stark erhöht. Das belegen die alltägliche Erfahrung der Betreuung und auch viele empirische Studien (z. B. FISHER & KETTL 2005). Die Ursachen dafür sind vielfältig.

An erster Stelle ist die allgemein erhöhte Belastung geistig behinderter Menschen mit Krankheiten zu nennen (Multimorbidität). Die Verknüpfung genetisch bedingter Behinderungssyndrome mit bestimmten Krankheiten und Krankheitsrisiken ist ein Sonderfall davon. Die Besonderheiten der Lebensführung,

die sozialen Bedingungen der Lebensführung einschließlich verminderter Möglichkeiten hochwertiger Ernährung und unzulänglicher Bewegung kommen hinzu. Ein spezielles Problem stellen Übergewichtigkeit und Fettleibigkeit dar (MELVILLE et al. 2007). Aus erhöhter Krankheitsbelastung resultieren selbstverständlich vermehrte Therapieerfordernisse, die ihrerseits auch mit Nebenwirkungen verbunden sein können.

Leider bestehen für Menschen mit schweren geistigen Behinderungen viele Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung, die als Folge der letzten Gesundheitsreformen (Leistungsausgrenzungen, Zuzahlungen usw.) eher noch zunehmen bzw. zunehmen werden. Die Erschwernisse der Diagnostik – sowohl in den Besonderheiten der Verläufe und der klinischen Ausdrucksformen der Krankheiten als auch in der Unzulänglichkeit struktureller und fachlicher Bedingungen des Gesundheitssystems begründet – tun ihr Übriges für eine oft verzögerte oder gänzlich unzulängliche medizinische Versorgung. Die Aspekte der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung sind vielfach erörtert worden. Sie waren auch Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen und Positionsbestimmungen (z. B. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe 2001, FISHER 2004, WALSH et al. 2003). Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass die steigende Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung angemessene Antworten des Gesundheitssystems verlangt (HOLLAND 2000). Schließlich ist das Fehlen von Programmen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung als eine der im Versorgungssystem begründeten Ursachen für eine erhöhte Morbiditätslast dieser Zielgruppe zu beklagen. Es ist dringend notwendig, dafür präventive Strategien zu entwickeln (FISHER & KETTL 2005).

## **Die Notwendigkeit gerontologischer Kenntnisse und Handlungskompetenzen im System der Behindertenhilfe**

Es kann nicht bezweifelt werden, dass zielgruppenspezifische gerontologische Kenntnisse und Handlungskompetenzen, die in die praktische Anwendung einfließen, im System der Behindertenhilfe noch weitestgehend fehlen, obwohl das Problembewusstsein grundsätzlich erfreulich zugenommen hat. Es ist dringend erforderlich, dass sich die Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe praktisch und konzeptionell auf den demografischen Wandel einstellen und zielgerichtet Handlungskompetenzen für die Förderung und Begleitung älterer Menschen mit geistiger Behinderung entwickeln.

In grundsätzlicher Hinsicht können hier sowohl das UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UNITED NATIONS 2006) als auch die Empfehlungen des Deutschen Instituts für Menschenrechte zu den sozialen Menschenrechten älterer Menschen in Pflege (Deutsches Institut für Menschenrechte 2006) wertvolle Orientierungshinweise geben.

## Literatur

- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (Hrsg.) 2001. Gesundheit und Behinderung. Expertise zu bedarfsgerechten gesundheitsbezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung als notwendiger Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensqualität und zur Förderung ihrer Partizipationschancen. Diakonie-Verlag, Reutlingen.
- Deutsches Institut für Menschenrechte. Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege. 2., überarbeitete Auflage 2006. ([http://files.institut-fuer-menschenrechte.de/488/d51\\_v1\\_file\\_44d9abe2561c\\_DIMR%20Studie%20Pflege%202%20%20Auflage%2007-08-06.pdf.pdf](http://files.institut-fuer-menschenrechte.de/488/d51_v1_file_44d9abe2561c_DIMR%20Studie%20Pflege%202%20%20Auflage%2007-08-06.pdf.pdf)). Letzter Zugriff: 11. 5. 2008).
- DYKENS, E. (2004). Maladaptive and compulsive behavior in Prader-Willi-Syndrome: New Insights from older Adults. *American Journal on Mental Retardation* 109, 142-153.
- FISHER, K. (2004). Health disparities and mental retardation. *Journal of Nursing Scholarship* 36, 48-53.
- FISHER, K, KETTL, P. (2005). Aging with mental retardation: increasing population of older adults with MR require health interventions and preventing strategies. *Geriatrics* 50, 26-29.
- HOLLAND, A. J. (2000). Ageing and learning disability. *British Journal of Psychiatry* 176, 26-31.
- JANICKI, M. P., DALTON, A. J., HENDERSON, C. M., DAVIDSON, P. W. (1999). Mortality and morbidity among older adults with intellectual disabilities: health services considerations. *Disability & Rehabilitation* 21, 284-294.
- MELVILLE, C. A., HAMILTON, S., HANKEY, C. R., MILLER, S., BOYLE, S. (2007): The prevalence and determinants of obesity in adults with intellectual disabilities. *Obesity Reviews* 8, 223-230.
- NIKOLAUS, T. (Hrsg.) (2000). *Klinische Geriatrie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio.
- PATJA, K, IIVANAINEN, M., VESALA, H., OKSANEN, H., RUOPPILA, I. (2000): Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research* 44, 591-599.
- WALSH, P., KERR, M., VAN SCHROJENSTEIN LANTMAN-DE VALK, H. M. (2003). Health indicators for people with intellectual disabilities: a European perspective. *European Journal of Public Health* 13 (Supplement), 47-50.
- WERNER, H. (2000). Das "Failure-to-thrive-Syndrom". In: NIKOLAUS, T. (Hrsg.): *Klinische Geriatrie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio. S. 295-302.
- United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. 2006. Deutsche Arbeitsübersetzung: Vereinte Nationen: Übereinkommen über die Rechte behinderter Menschen. Deutsche Arbeitsübersetzung. ([http://files.institut-fuer-menschenrechte.de/437/UN\\_BK\\_Konvention\\_Internet-Version.pdf](http://files.institut-fuer-menschenrechte.de/437/UN_BK_Konvention_Internet-Version.pdf)). Letzter Zugriff: 10.5. 2008).
- ZIGMAN, W. B., SCHUPF, N., DEVENNY, D. A., MIEZEJESKI, C., RYAN, R., URV, T.K. (2004). Incidence and prevalence of dementia in elderly adults with mental retardation without Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation* 109, 126-141.

## **Was kann die Qualifikation von Pädagoginnen/Pädagogen und Pflegekräften zur seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung beitragen?**

**Christina Ding-Greiner**

Die Voraussetzung für eine optimale Betreuung und Versorgung älterer geistig behinderter Menschen ist eine fundierte fachliche Qualifikation der sie begleitenden pädagogischen und Pflegefachkräfte. Dazu gehören spezifische Kenntnisse der geistigen und körperlichen Entwicklung im Alter, von Alternsprozessen und Erkrankungen, die im höheren Alter auftreten, sowie von Besonderheiten der Pflege des älteren Menschen.

Im Projekt „Vergleich von stationären Einrichtungen der Altenhilfe mit Einrichtungen der Behindertenhilfe hinsichtlich der Betreuungs- und Pflegekonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung“ sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenhilfe und der Behindertenhilfe schriftlich und mündlich im Einzelgespräch und in Fokusgruppen befragt worden zu den von ihnen beobachteten Alternsprozessen bei geistig behinderten oder chronisch psychisch kranken Menschen und den sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Entwicklung von Konzepten für eine gute Betreuung und Pflege.

## **Wie verändern sich die körperliche und die geistige Leistungsfähigkeit im Alter?**

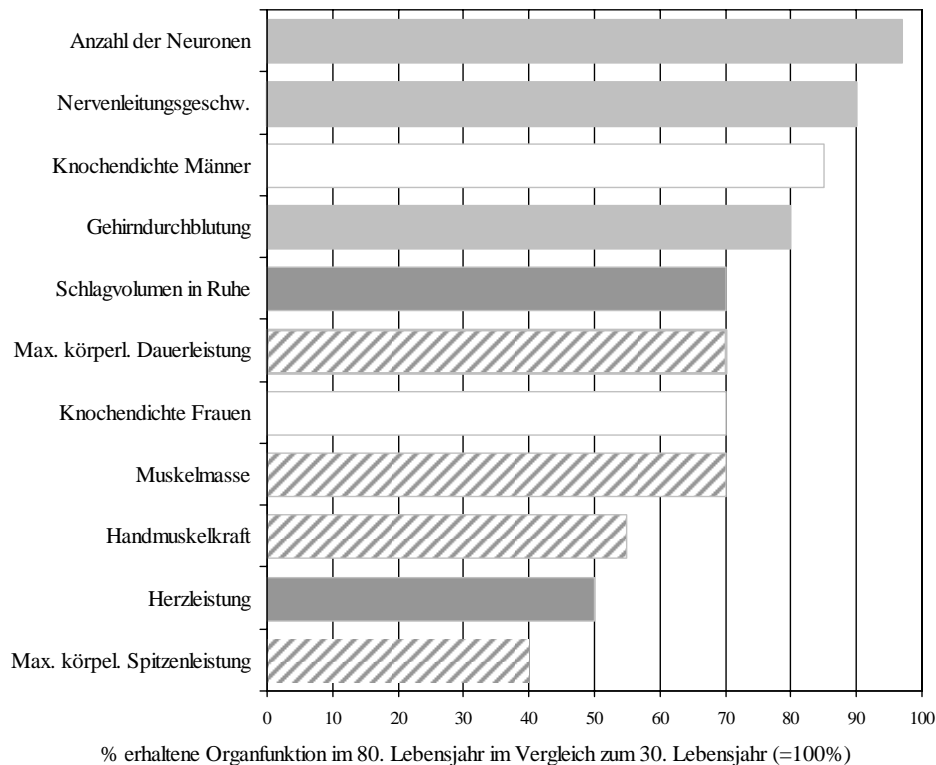
Die maximale körperliche und geistige Leistungsfähigkeit wird mit dem 30. Lebensjahr erreicht. Danach erfolgt ein langsamer Abbau der Organfunktionen, der sich allerdings beim Gesunden erst nach Jahrzehnten bemerkbar macht, da die Reservekapazität des Organismus ein Mehrfaches dessen beträgt, was an Leistung im Alltag notwendig ist (DING-GREINER & LANG 2004). Die Verminderung der Organsubstanz beträgt im Durchschnitt etwa 1 bis 2 Prozent pro Jahr, Erkrankungen oder Veränderungen des Hormonspiegels beispielsweise in der Menopause können diesen Abbau beschleunigen.

Abbildung 1 zeigt Durchschnittswerte der Organfunktionen bei gesunden 80-Jährigen im Vergleich zu 30-Jährigen. 100 Prozent entsprechen der maximalen Leistungsfähigkeit von 30-Jährigen; die Balken zeigen die verbleibende körperliche Leistungsfähigkeit bei 80-Jährigen. Die Funktion des Gehirns ist im Vergleich zu anderen Organsystemen bei Gesunden im höheren Alter sehr gut erhalten; die Durchblutung vermindert sich um etwa 20 Prozent, die Nervenleitungsgeschwindigkeit und die Anzahl der Nervenzellen verringern sich um 3 bis 10 Prozent. Die kognitiven Leistungen, die an die Funktion des Gehirns gebunden sind – die „fluide“ Intelligenz – nehmen mit zunehmendem Alter entsprechend der körperlichen Funktionsfähigkeit ab; dazu gehören die Gedächtnisleistung, die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, die



Wahrnehmung, Umstellungsfähigkeit, die Bewältigung neuartiger kognitiver Probleme und die Psychomotorik. Die sogenannte „kristalline“ Intelligenz – auch erfahrungsgebundene Intelligenz – kann Gewinne im Alter zeigen; sie sind gekennzeichnet durch die im Lebenslauf erworbenen Fachkompetenzen und Daseinskompetenzen, die auf eine kontinuierliche Akkumulation, Verarbeitung und Ordnung von Erfahrung und Wissen zurückzuführen sind.

### Organfunktionen im höheren Lebensalter



*Abb. 1: Organfunktion bei Gesunden im 80. Lebensjahr*

Die Muskelfunktion nimmt sowohl im Bereich der Skelettmuskulatur als auch der Herzmuskulatur ab, ebenso im Bereich der glatten Muskulatur, die sich in den inneren Organen findet. Die Abnahme der Muskelkraft führt beispielsweise bei älteren Menschen zu einer Einschränkung der Bewegungsfähigkeit und zu einer Erhöhung der Sturzgefahr, zu einer Schwächung des Herzmuskels oder zur Verstopfung auf Grund einer Verminderung der peristaltischen Bewegung des Darms.

Die Knochendichte nimmt bei Frauen stärker ab als bei Männern, sodass bei gesunden Frauen ein Rückgang der Mineralisierung des Skeletts um etwa 30 Prozent im Durchschnitt festgestellt werden kann. Erkrankungen, Medikamente, Bewegungsmangel, Fehlernährung und familiäre Veranlagung können zur Ausbildung einer Osteoporose führen, die die Ursache sein kann von schmerzhaften Wirbelbrüchen und Veränderungen der Wirbelsäule oder von einer erhöhten Neigung zu Knochenbrüchen, die wiederum zu Pflegebedürftigkeit und zum Verlust der Selbstständigkeit führen können.

Mit zunehmendem Alter treten häufig ein erhöhter Blutdruck, erhöhte Blutfette, erhöhte Blutzuckerspiegel auf; ältere Menschen neigen zu Übergewicht infolge von Über- und/oder Fehlernährung und einer verminderten körperlichen Aktivität. Diese Risikofaktoren können zu Veränderungen am Gefäßsystem und zu Durchblutungsstörungen führen, welche die Grundlage für die Entwicklung eines Herzinfarkts und/oder eines Schlaganfalls bilden.

Altersprozesse und Krankheitsprozesse verlaufen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung in gleicher Weise; die geringeren kognitiven Fähigkeiten, häufig auftretende körperliche Einschränkungen oder aber genetische Komponenten modifizieren oder beschleunigen den Verlauf. Im höheren Alter findet sich auch in dieser Personengruppe zunehmend eine Erhöhung von Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen wie Bluthochdruck, Cholesterinerhöhung, Altersdiabetes oder Übergewicht. Frühzeitige präventive Maßnahmen zur Milderung oder Vermeidung von Altersprozessen wie Gelenkarthrosen, Osteoporose, Muskelschwäche oder Durchblutungsstörungen und deren Folgen werden bei Menschen mit einer geistigen Behinderung noch viel zu wenig beachtet.

## **Welche Veränderungen wurden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Altenhilfe und der Behindertenhilfe bei älter werdenden Bewohnerinnen und Bewohnern festgestellt?**

Nach Beobachtungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Altenhilfe und der Behindertenhilfe zeigen Altersprozesse und Krankheitsprozesse bei Menschen mit einer geistigen Behinderung oder psychischen Erkrankung überwiegend den gleichen Verlauf wie in der Gesamtbevölkerung. Folgende Veränderungen wurden beobachtet:

- Große interindividuelle Variabilität von Altersprozessen
- Körperlicher Abbau und Zunahme des Pflegebedarfs
- Raschere Ermüdbarkeit und allgemeine Verlangsamung
- Selbstüberschätzung und Verleugnen von körperlichen Einschränkungen mit der Folge einer erhöhten Sturzgefahr
- Zunahme von Ängstlichkeit insbesondere nach Stürzen

Folgende Veränderungen treten bei Menschen mit einer geistigen Behinderung und/oder psychischen Erkrankung häufiger als bei anderen auf

- Zunahme von Aggression und Zwängen
- Rasch wechselnde Befindlichkeit
- Erschwerte Kommunikation und sozialer Rückzug
- Verminderte Schmerzempfindlichkeit
- Vernachlässigung der eigenen Person
- Zunahme von Antriebslosigkeit, Ungeduld, Eigenwilligkeit
- Erschwerter Umgang mit Anforderungen und Belastungen

- Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche, Desorientiertheit als ein möglicher Hinweis auf eine Demenz

Als eine Folge von Verlusten körperlicher und kognitiver Leistungsfähigkeit kommt es zu einem erschwerten und langwierigen Prozess der Akzeptanz zusätzlicher körperlicher Einschränkungen, die Unzufriedenheit mit sich selbst wächst; eine festere Bindung zu Bezugspersonen, die einen Halt geben können, wird von den Betroffenen gesucht. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Behindertenhilfe betonen, dass das Aufarbeiten des individuellen Verlusterlebens im therapeutischen Gespräch auch bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung möglich ist.

## **Welchen Bedarf und welche Bedürfnisse haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung ermittelt?**

In Fokusgruppen und durch schriftliche Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Eingliederungshilfe konnten Merkmale ermittelt werden, die bei älteren geistig behinderten Menschen den veränderten Bedarf und die Bedürfnisse im Alter charakterisieren. Folgende Merkmale wurden aufgeführt:

- Ein ruhigerer Lebensrhythmus und eine den Einschränkungen angemessene Beschäftigung
- Sicherheit und Kontinuität in der Pflege und Betreuung bei einem zunehmenden Bedarf an Unterstützung und Pflege
- Möglichkeiten der Kommunikation und Teilhabe, aber auch Rückzugsmöglichkeiten
- Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, Übernahme von Selbstverantwortung und Mitverantwortung im alltäglichen Leben, verbunden mit
- Anerkennung und Wertschätzung der Person
- Bei vermehrt auftretenden Belastungen und Verlusten besteht ein erhöhter Bedarf an Hilfe und Orientierung sowie individueller Zuwendung

Bedarf und Bedürfnisse ergeben sich aus körperlichen und kognitiven Leistungsminderungen bei älteren geistig behinderten Menschen und unterscheiden sich in keiner Weise von den Bedürfnissen, die ältere Menschen ohne geistige Behinderungen äußern.

## **Demenzielle Erkrankungen und ihre Symptomatik bei Menschen mit geistiger Behinderung**

Zu den typischen Erkrankungen im Alter gehört die Demenz vom Alzheimer-Typ. Sie tritt überwiegend nach dem 60. Lebensjahr auf; der Anteil erkrankter Menschen verdoppelt sich alle fünf Jahre, sodass in der Altersgruppe der 90-Jährigen und Älteren etwa 35 bis 50 Prozent erkrankt sind.

Die wahrgenommenen Verluste und die verminderte kognitive Leistungsfähigkeit führen zunehmend zu problematischem Verhalten als Reaktion auf die eigene Hilflosigkeit, bedingt durch Fehldeutung einer Situation, durch Überforderung; Hunger, Durst sowie Schmerzen, die nicht mehr adäquat ausgedrückt werden können. Die Patienten reagieren mit Angst oder Unsicherheit, mit Unruhe und Aggression, mit Apathie oder dem wiederholten Versuch „nach Hause zu gehen“. Fundierte Kenntnisse vom Verlauf einer demenziellen Erkrankung, von deren Ursachen und der Biographie des Betroffenen ermöglichen einen adäquaten Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, sie führen zu einem besseren Verständnis der Situation des Patienten und zu einer Veränderung des Verhaltens der Pflegefachkräfte.

Demenzielle Erkrankungen treten bei geistig behinderten Menschen häufiger und oft auch zu einem früheren Zeitpunkt auf als in der Gesamtbevölkerung. Die gängigen Testungen zum Screening demenzieller Erkrankungen bei Menschen ohne geistige Behinderung wie beispielsweise der MMST setzen eine durchschnittliche kognitive Leistungsfähigkeit vor Ausbruch der Erkrankung voraus. Auf dieser Grundlage kann beurteilt werden, welche Funktionen sich ggf. vermindert haben, um das Krankheitsbild der Demenz vom Alzheimer-Typ einzugrenzen. Fundierte wissenschaftliche Untersuchungen zum Verlauf von demenziellen Entwicklungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sind kaum vorhanden. Die Einschätzung und Beurteilung des Abbaus kognitiver Funktionen beim geistig behinderten Menschen ist nur dann objektivierbar, wenn individuelle Basis- oder Vergleichsdaten vorliegen, die die körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit zu einem Zeitpunkt dokumentieren, in dem noch keine Anzeichen einer Demenz vorhanden sind.

In der Diakonie Stetten läuft derzeit eine Langzeituntersuchung zur Entwicklung der demenziellen Symptomatik bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung unter der Leitung von Evelyn Franke. In Abständen von jeweils acht Wochen werden Veränderungen bei älteren Menschen mit Down-Syndrom in verschiedenen Leistungsbereichen dokumentiert, um Kriterien für den Ablauf demenzieller Erkrankungen zu entwickeln. Folgende Merkmale werden überprüft:

1. Gehen
2. Sprechen
3. Mahlzeiten einnehmen
4. Körperpflege und Gang zur Toilette
5. Orientierung in der Zeit und im Raum
6. Erkennen von Personen
7. Affektivität, Stimmung
8. Epileptische Anfälle

Als erstes Symptom einer Demenz findet sich in dieser Studie das Auftreten von Schluckstörungen. Möglicherweise treten Einschränkungen, die bei anderen Personengruppen im Frühstadium auftreten, in den Hintergrund, da die Probanden unter stationären Bedingungen leben (Persönliche Mitteilung).

In der Gesamtbevölkerung finden sich Schluckstörungen bei 60% der Bewohner von Pflegeheimen und zu 84% bei Patienten mit einer mittelschweren bis schweren

Demenz (Jäger 2003). Durch gezielte Schulung können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lernen, an den Symptomen Schluckstörungen zu erkennen, und adäquate Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme zu geben. Folgende Symptome können Hinweise auf das Vorliegen einer Schluckstörung geben:

- Länger dauernde Nahrungsaufnahme
- Angst vor dem Schlucken, Schmerzen beim Schlucken
- Haltungsveränderung bei der Nahrungsaufnahme
- Schwierigkeiten bei der Aufnahme von Nahrung mit bestimmter Konsistenz
- Steckenbleiben der Nahrung im Mund oder Hals
- Notwendiges Ausspucken von Speichel oder Nahrung
- Regurgitation
- Husten bei oder nach der Nahrungsaufnahme
- Belegte Stimme, Räuspern, verstärkte Verschleimung
- Vermehrtes Husten, Erstickungsanfälle
- Häufig unklares Fieber: Pneumonie
- Exsikkose, Malnutrition und Gewichtsabnahme

Bei 24% der Patienten mit einer Schluckstörung zeigt sich eine Aspiration, d.h. es gelangen bei der Nahrungsaufnahme Speisen in die Atemwege; von diesen Patienten entwickelt etwa ein Fünftel eine Lungenentzündung. Die Sterblichkeit liegt bei etwa 20%; 90% der Verstorbenen sind über 60 Jahre alt.

## **Voraussetzungen für eine gute Pflege und Betreuung**

In Fokusgruppen konnten im o.g. Projekt die Grundlagen für eine gute Pflege und Betreuung von älteren Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung erarbeitet werden. Folgende Voraussetzungen wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor allem genannt.

1. Fachliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
2. Anpassung der Konzepte an die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner
3. Tagesstrukturierende Angebote, die den individuellen Interessen und Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner entsprechen
4. Qualifizierte medizinische Versorgung
5. Anpassung der räumlichen Umwelt an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner.

In einem zweiten Schritt wurden Konzepte, die eine gute Pflege und Betreuung kennzeichnen, erarbeitet und auf verschiedenen Abstraktionsniveaus in einen größeren Zusammenhang gestellt. Sie sind in Abb. 2 dargestellt.

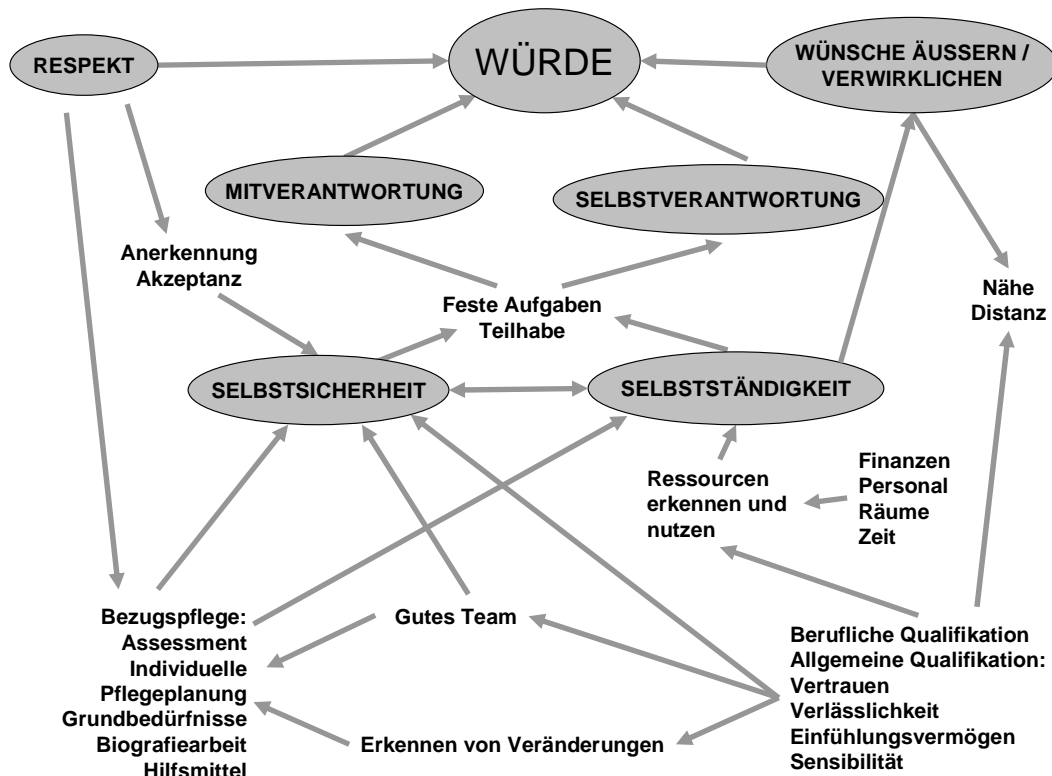


Abb. 2: Fokusgruppen. Betreuungskonzepte und Pflegekonzepte

Das höchste Ziel, welches die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer Arbeit anstreben, ist die Wahrung der Würde des Menschen, unabhängig von Erkrankung oder Behinderung, von Einschränkungen oder Funktionsverlusten. Der geistig behinderte oder psychisch kranke Mensch soll als ebenbürtig und gleichgestellt anerkannt werden. Alles Tun der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist darauf ausgerichtet, dieses Ziel zu verwirklichen.

Die Konzepte sind inhaltlich miteinander verflochten und bauen aufeinander auf. Im oberen Bereich der Abbildung finden sich die übergeordneten Merkmale, die das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leiten, sich jedoch nicht direkt umsetzen lassen. Im unteren Bereich der Abbildung finden sich jene Konzepte, die eine direkte Umsetzung in den Alltag erlauben. Die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich durch deren fachliches Wissen und Erfahrung sowie persönliche Reife definiert, bildet die Basis und Voraussetzung für die Qualität von Pflege und Betreuung. Sie ermöglicht eine gute Teamarbeit, die Ausführung des Assessment als Vorbedingung einer differenzierten Bezugspflege, das Erkennen und Nutzen von Ressourcen und das Wahren von Nähe und Distanz unter Berücksichtigung der aktuellen Befindlichkeit sowohl von Bewohnerinnen und Bewohnern als auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Die Grundlage für selbstverantwortliches und mitverantwortliches Handeln bilden die Ziele der Selbstständigkeit und Selbstsicherheit des Bewohners, der Bewohnerin. Der Respekt, der ihnen entgegengebracht wird, schließt Anerkennung und Akzeptanz ihres Soseins mit ein und fördert auf diese Weise die Selbstsicherheit. Selbstständigkeit und Selbstsicherheit erlauben die Teilhabe am

gesellschaftlichen Leben und die Übernahme von festen Aufgaben, die wiederum Grundlage für ein selbstverantwortliches und mitverantwortliches Handeln und Leben im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten bilden. Selbstständigkeit soll dazu befähigen, persönliche Wünsche zu entdecken und auch zu äußern, und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen ihre Aufgabe auch darin, die Bewohnerinnen und Bewohner so weit zu fördern, dass sie ihre Wünsche aussprechen und verwirklichen können. Ein Leben, das auf dieser Grundlage geführt wird, kann als ein Leben in Würde bezeichnet werden.

## **Welches Berufsverständnis zeichnet PädagogInnen und Fachpflegekräfte aus?**

Unterschiede finden sich in den Schwerpunkten der Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern und von Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspflegern, wie sie in Abb. 3 zusammengefasst sind.

ALTENPFLEGE	HEILERZIEHUNGS- PFLEGE
<p>Die Ausbildung ist auf die Versorgung von älteren überwiegend körperlich pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet mit medizinisch-pflegerischem Schwerpunkt.</p>	<p>Die Ausbildung ist auf die ganzheitliche Lebensbegleitung von Menschen mit psychischer Erkrankung, geistiger und/oder körperlicher Behinderung ausgerichtet mit pädagogischen Schwerpunkt.</p>
<p>Ausrichtung auf das aktuelle Befinden des Bewohners.</p>	<p>Ausrichtung auf persönlichkeitsfördernde und –bildende Aspekte im Lebenslauf.</p>

*Abb. 3: Schwerpunkte der Ausbildung und Berufsverständnis*

Die Ausbildung der Altenpfleger und Altenpflegerinnen ist auf die Versorgung von älteren überwiegend körperlich pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet. Die Grund- und Behandlungspflege, Ausscheidung und Nahrungsaufnahme stehen auf Grund ihrer zentralen Bedeutung bei Pflegebedürftigkeit im Mittelpunkt. Der Schwerpunkt liegt auf einer überwiegend körperlichen Versorgung von älteren hilfe- und pflegebedürftigen Menschen (KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE 2002). Eine vertiefende und intensive Auseinandersetzung mit gerontopsychiatrischen Problembereichen, die im Berufsalltag relevant werden, wie beispielsweise die Versorgung von psychisch kranken Menschen, die zusammen mit schwer demenziell Erkrankten zu einem hohen Anteil in Einrichtungen der

Altenhilfe leben, ist nicht vorgesehen. Die Ausbildung geht damit in Teilen an der Realität vorbei und führt zu schweren Belastungen bei Pflegefachkräften. Auch ist eine angemessene Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner nicht immer gewährleistet. Durch gezielte Fort- und Weiterbildung können sich Pflegefachkräfte jedoch für gerontopsychiatrische Pflege qualifizieren. Eine Auseinandersetzung mit der Betreuung und Pflege von geistig behinderten älteren Menschen ist in der Ausbildung nicht vorgesehen.

Die Einrichtungen der Altenhilfe sind ausgerichtet auf das aktuelle Befinden des hilfebedürftigen Menschen und auf eine für ihn befriedigende Gestaltung seiner Situation. Die Pflegefachkräfte sind (im Rahmen der Pflegeversicherung) vom Gesetzgeber angehalten, die (überwiegend) körperliche Versorgung zu gewährleisten. Die Berichte der Qualitätsprüfungen des MDK in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zeigen übereinstimmend eine Liste von Mängeln in der Pflege, in der Organisation, in der Stellenbesetzung, sowohl qualitativ als auch quantitativ. Es fällt auf, dass bei der Auflistung von Defiziten und Mängeln nur wenige Merkmale aus dem psychosozialen Bereich angesprochen werden.

Die psychosoziale Betreuung von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf wird als eine zentrale Aufgabe von den Pflegewissenschaften und inzwischen auch vom Gesetzgeber gewertet. Die finanziellen und damit auch die personellen Bedingungen sind jedoch nicht ausreichend, um nach SGB XI pflegebedürftige Menschen körperlich und psychosozial zufrieden stellend zu versorgen. Die um Vieles schwierigere Versorgung von chronisch psychisch kranken Menschen überfordert jene Altenpfleger und Altenpflegerinnen, die keine spezifische Fort- und Weiterbildung aufweisen und keine langjährige Berufserfahrung mitbringen.

Heilerziehungspflege versteht sich als ganzheitliche Lebensbegleitung von Menschen mit psychischer Erkrankung, geistiger und/oder körperlicher Behinderung. Sie umfasst folgende Tätigkeitsbereiche: Bilden, Pflegen, Fördern und Begleiten. Das professionelle Handeln wird grundsätzlich durch persönlichkeitsfördernde und –bildende Aspekte bestimmt. Die Arbeitsfelder der Heilerziehungspflege beziehen sich auf die gesamte Lebenswelt der Menschen mit psychischer Erkrankung oder mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen und umfassen die Bereiche des Wohnens, der Bildung, der Arbeit und der Freizeit. Die Betreuung erfolgt in stationären oder teilstationären Einrichtungen oder in ambulanter Form. Ziel der Ausbildung ist die Befähigung, eigenverantwortlich die Persönlichkeitsentwicklung, Sozialisation und/oder Rehabilitation von Menschen zu fördern, die auf Grund ihrer Behinderung oder Erkrankung auf körperlichem (impairment), geistigem (disability) oder sozialem (handicap) Gebiet einen Unterstützungsbedarf haben.

In der Behindertenhilfe hat sich das Berufskonzept als Fachlichkeitsprofil mit der Verbindung von sozialpädagogischen und pflegerischen Qualifikationen etabliert. Es werden drei Kompetenzbereiche unterschieden:

1. Fachkompetenz wird durch Vermittlung theoretischer Inhalte und ihre Übertragung in die Praxis gesichert und zu professionellem selbstständigem Handeln weiterentwickelt.



2. Selbstkompetenz ermöglicht es den Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspflegern in Beziehungsprozesse einzutreten und die Verantwortung für anvertraute Menschen zu übernehmen. Über das „Du“ des anderen erfährt und definiert sich das eigene „Ich“.

3. Sozialkompetenz entwickelt sich aus einer Überprüfung eigener Beziehungs- und Kommunikationserfahrungen und ermöglicht es, professionelle Beziehungen aufzubauen durch Reflexion der eigenen Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit und der eigenen Haltung gegenüber anderen Menschen.

Die verschiedenen Kompetenzbereiche verstehen sich als integrierte Bestandteile eines ganzheitlichen Ansatzes des Berufsverständnisses und der Handlungsweise.

Das Berufsbild der Altenpflege und jenes der Heilerziehungspflege zeigen eine unterschiedliche inhaltliche Schwerpunktbildung, sie sind außerdem auf unterschiedliche Personengruppen mit unterschiedlicher Zielsetzung ausgerichtet. Die Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe unterscheiden sich durch die Art der Behinderung/Erkrankung und durch ihren biografischen Hintergrund. Nach SEIFERT (1998) ist die Grundlage der Betreuung in Einrichtungen der Behindertenhilfe eine „zukunftsorientierte Perspektive für die Lebensgestaltung von Menschen mit geistiger Behinderung“, in Einrichtungen der Altenhilfe ist es „die befriedigende Gestaltung der aktuellen Situation“.

Die beiden beschriebenen Berufsgruppen sind auf Grund ihrer Ausbildung nicht ausreichend qualifiziert, ältere Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung adäquat zu pflegen oder betreuen. Beide Berufsgruppen können jedoch voneinander lernen und sich in idealer Weise ergänzen.

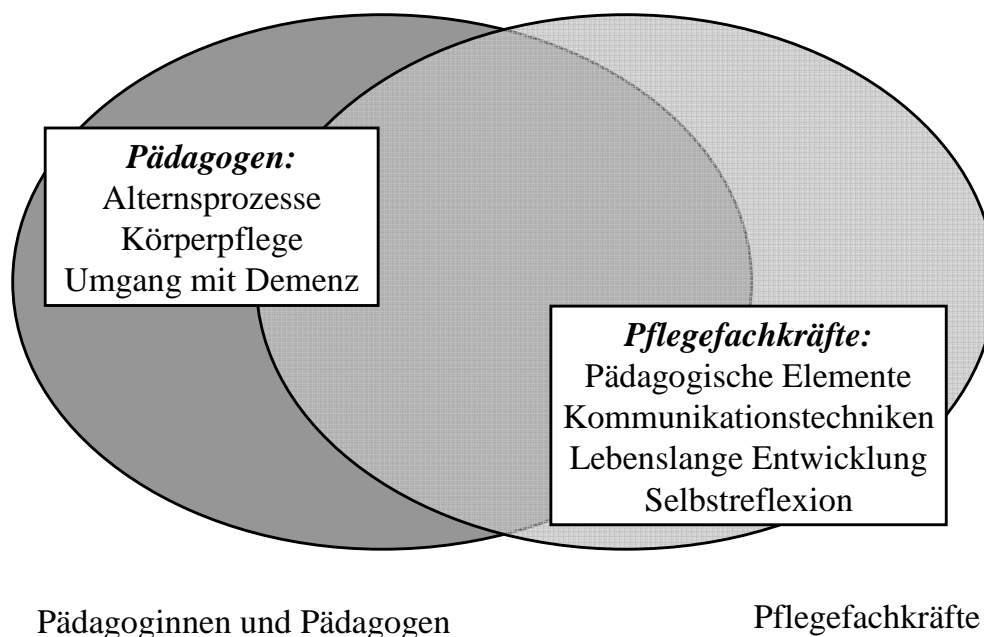


Abb. 4: Was Pädagoginnen und Pädagogen und Pflegefachkräfte voneinander lernen können

Eine angemessene Pflege kann weder von pflegerisch noch von pädagogisch ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern allein geleistet werden. Erst die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen kann eine angemessene und alle Bereiche umfassende Betreuung und Pflege von geistig behinderten und chronisch psychisch kranken älteren Menschen gewährleisten. Die derzeitigen Rahmenbedingungen in Einrichtungen der Altenhilfe sind auf Grund unserer Analysen nicht geeignet, Menschen mit einer geistigen Behinderung oder einer chronisch psychischen Erkrankung adäquat zu versorgen.

## Literatur

- DING-GREINER, CH. & LANG, E.: Altersprozesse und Krankheitsprozesse – Grundlagen. In: KRUSE A. & MARTIN M. (Hrsg.), Enzyklopädie der Gerontologie. Huber 2004, 182-206.
- JÄGER, M.: Schluckstörungen. Bei Demenz-Patienten noch zu wenig beachtet. In: FÜSGEN, I. (Hrsg.): Sprech- und Schluckstörungen. Problemfeld in der Demenztherapie. Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, Wiesbaden 2003.
- KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (Hrsg.) (2002): Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung. Materialien für die Umsetzung der Stundentafel. BMFSFJ.
- SEIFERT, M. (1998): Pflege- und Behinderteneinrichtungen im Vergleich. Geistige Behinderung, Heft 3.

# Erwachsenenbildung

## Ein Beitrag zur seelischen Gesundheit beim Altwerden

**Georg Theunissen**

### **Einleitende Bemerkungen**

„Bildung ist ein lebenslanger Prozess. Gerade an der Lebendigkeit, mit der alte Menschen imponieren können, an ihrer Teilhabe am Leben um sie herum, an ihrem kulturellen Interesse, an ihrem Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit, an ihrer Nachdenklichkeit, an ihren Erinnerungen und an ihrer Gesprächsbereitschaft zeigt sich, dass in ihnen gebildetes Leben wirksam ist, man könnte auch sagen: belebender Geist, der das physische Altern aufzufangen in der Lage ist. Diese Beobachtung bezieht sich auf älter werdende bzw. alte Menschen an sich, seien sie geistig behindert oder nicht“ (SPECK 1999, 348).

Mit diesen anregenden Worten fasst OTTO SPECK Beobachtungen und Grundeinsichten zusammen, die für ein Bildungskonzept, das einen Beitrag zur seelischen Gesundheit beim Altwerden leisten soll, von zentraler Bedeutung sind, und die in den folgenden Thesen expliziert werden:

1. Wir können von einer prinzipiellen, lebenslangen Bildungs- und Entwicklungsfähigkeit ausgehen, die uneingeschränkt und unabhängig von der Schwere einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit für alle Menschen gilt. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen diese These. Eine generelle Abnahme der Lernfähigkeit im mittleren und höheren Alter entspricht nicht den Tatsachen (THEUNISSEN 2002, 53ff.; auch KRUSE u. a. 2002). Dabei gilt jedoch Folgendes zu bedenken: „Funktionen, die oft gebraucht werden, entwickeln sich bis zum höchstmöglichen Entfaltungsgrad; Funktionen, die selten oder nie gebraucht werden, verkümmern und bleiben unentwickelt“ (ROHRACHER 1965, 242f).
2. Alte Menschen bekunden Bedürfnisse nach Kommunikation, Zuwendung und sozialer Zugehörigkeit und möchten am gesellschaftlichen Leben partizipieren. Derlei Bedürfnisse korrespondieren unter anderem mit den allgemeinen Menschenrechten sowie mit dem Verständnis von Behinderung der Weltgesundheitsorganisation (ICF).
3. Alte Menschen können mit kommunikativen Botschaften, Lebensfreude, emotionaler Ausgeglichenheit, Heiterkeit, Poesie o. ä. imponieren (vgl. auch KRUSE u. a. 2002, 51, 66), das ist ein Ausdruck von Stärke, den es wertzuschätzen und zu unterstützen gilt.
4. Erinnerungen spielen im Alter eine prominente Rolle. Unzweifelhaft lebt das Alter aus der Rückschau – ein Aspekt, der wertvolle Anknüpfungspunkte für eine sinnerfüllte Bildung und Lebensbegleitung im Alter bietet (THEUNISSEN 2002).

Vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen und richtungweisenden Aspekte möchte ich im Folgenden Grundzüge einer zielgruppenbezogenen, professionell organisierten Bildung skizzieren.

## **Zum Bildungsverständnis**

Grundlegend für die Konzeption einer Bildung geistig behinderter Menschen im Alter sollte ein Bildungsverständnis sein, wie es in den 1970er Jahren WOLFGANG KLAFKI in seinem Konzept einer zeitgemäßen Allgemeinbildung herausgearbeitet hat (KLAFKI 1994, 19ff.). Danach soll Bildung in historischer Verpflichtung (HUMBOLDT, SCHILLER u. a.) nicht nur als Selbstbildung oder Selbstaufklärung zur Gewinnung von Lebenssinn und Lebenserfülltheit, sondern zugleich auch als Vehikel für Chancengerechtigkeit und mehr Humanität zur Demokratisierung der Gesellschaft fungieren.

Betrachten wir das Empowerment-Konzept als Wegweiser moderner Behindertenarbeit (hierzu ausführlich THEUNISSEN 2007), so hat sich an der Aktualität dieser Zielsetzung bis heute nichts geändert, geht es doch letztlich um Förderung und Unterstützung von Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Partizipationsmöglichkeiten am Leben in Gemeinschaften und in der Gesellschaft. In Anlehnung an KLAFKI möchte ich drei zentrale Aspekte eines allgemeinen Bildungskonzepts herausstellen:

Erstens soll durch „allgemein“ zum Ausdruck gebracht werden, dass Bildung ein Grundrecht für alle ist (KLAFKI 1994, 21, 54f.). Folglich darf kein Personenkreis von diesem Anspruch ausgeschlossen werden, und zwar unabhängig von Alter, von der Art oder der Schwere einer Behinderung; und in sozialer Hinsicht sollte dieses allgemeine Grundrecht möglichst in „integrativen“ Lebenszusammenhängen realisiert werden (dazu LINDMEIER 2003).

Demgegenüber gibt es in der Behindertenhilfe Tendenzen, auf den Bildungsbegriff in der Arbeit mit alten geistig behinderten Menschen zu verzichten oder den Bildungsanspruch im Rahmen einer Geragogik (SKIBA 1996) oder Soziagogik (BUCHKA 1998) aufzulösen. Demgegenüber hält die allgemeine Altersforschung am Bildungsgedanken fest (KRUSE 1987; 1992). Besonderheiten und Einschränkungen, die Menschen mit geistiger Behinderung im Alter nachgesagt werden, können kein Argument dafür sein, auf den Bildungsbegriff im Alter zu verzichten.

Zweitens soll dieser allgemeine Anspruch im Medium epochaltypischer Schlüsselprobleme eingelöst werden, die Fragen und Grundthemen der Gesellschaft und Menschen betreffen und die für unsere gemeinsame Gegenwart und Zukunft von zentraler Bedeutung sind. Auch dieses zweite Bestimmungsmoment von Bildung gilt für alle Menschen. Die Allgemeinbildung würde allerdings zu kurz greifen, wenn sie ausschließlich auf gesellschaftlich relevante Schlüsselprobleme fixiert wäre. Ebenso wichtig sind individuell bedeutsame Schlüsselthemen, „instrumentelle“ Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie frei wählbare Bildungsangebote oder Interessenschwerpunkte, die „Zugänge zu unterschiedlichen Möglichkeiten menschlichen Selbst- und

Weltverständnisses und zu kulturellen Aktivitäten“ (ebd. 1985, 29f.) erlauben und für die seelische Gesundheit eine konstitutive Bedeutung haben.

Damit kommen wir zu dem dritten zentralen Bestimmungsmoment einer allgemeinen Bildung, das schon in den „klassischen“ Bildungstheorien angelegt ist und die „allseitige Entfaltung der Persönlichkeit“ als Bildungsaufgabe betont. Gemeint ist der Bereich des Ästhetischen, der das breite Spektrum der Alltagsästhetik (Kunst etc.) sowie Spiel, Tanz und Bewegung, Medienarbeit, Theater- und Kulturprojekte bis hin zu Formen der Geselligkeit umfasst. Ästhetische Bildung soll und kann zur Erschließung von Lebenssinn anstiften und lenkt den Blick auf ihren Eigenwert, indem sie dem Menschen Möglichkeiten einer zweckfreien Selbstverwirklichung wie auch Chancen einer Förderung psychischer Gesundheit („Selbstheilung“) offeriert (THEUNISSEN 2004; THEUNISSEN & GROßWENDT 2006). Dabei bietet sie Raum für basale Aktivitäten, so dass alle Menschen mit geistiger Behinderung, insbesondere auch Personen, denen eine schwerste kognitive Beeinträchtigung oder eine Demenz nachgesagt wird, erreicht werden können. Die Bedeutung des ästhetischen Bereichs kann somit für eine Bildung für alle nicht hoch genug eingeschätzt werden. Ein bloß kognitiv dimensioniertes Bildungsverständnis würde nämlich die Möglichkeit menschlicher Verwirklichung verfehlen. Zudem würde es einen Ausschluss von Bildungsangeboten in Bezug auf Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen befördern.

## **Aufgaben einer Bildung für Menschen im mittleren und späten Erwachsenenalter**

Vor dem Hintergrund der vorausgegangenen Ausführungen möchte ich nunmehr stichwortartig die wichtigsten Aufgaben einer Bildung für Menschen im mittleren und späten Erwachsenenalter benennen.

### **Vorbereitung auf das Altern und den Lebensabschnitt „Alter“**

Die Vorbereitung auf das Altern und den Lebensabschnitt „Alter“ stellt „einen maßgeblichen Faktor für das Erleben von Lebenszufriedenheit und Sinnerleben im Alter (dar, G. T.) und (kann) somit eine wichtige Lebenshilfe sein“ (KLINGENBERGER 1992, 65). Insgesamt ist die Palette entsprechender Angebote breit:

- Grundlegende Kenntnisvermittlung über den Alternsprozess
- Vorbereitung auf die Bewältigung von anstehenden „Entwicklungsaufgaben“
- Persönliche Zukunfts- und Lebensstilplanung
- Vorbereitung auf sinnerfüllte Tätigkeiten und „produktive“ Aufgaben im Alltag
- Grundsätzliche Auseinandersetzung mit Themen wie biologisch-physische und soziale Veränderungen im Alter
- Aufbau eines Freundeskreises bzw. tragfähiger Beziehungsstrukturen
- Weckung eines Gesundheitsbewusstseins und Stärkung von Gesundheit

## **Erhaltung, Erschließung und Förderung von Potenzialen, Stärken, Fähigkeiten oder Kompetenzen**

Hier kommt es darauf an, Angebote zu offerieren und Situationen zu arrangieren, in denen Betroffene an ihren verfügbaren Ressourcen anknüpfen, eigene Erfahrungen und eigenes Wissen einbringen können. Ebenso wichtig sind aber auch Angebote zur Erschließung und Förderung neuer Interessen und Fähigkeiten.

## **Kompensatorische und rehabilitative Hilfen**

Eine Bildung im späten Erwachsenenalter und Alter sollte gleichfalls konkrete Problemlagen, reale Verlustsituationen oder erlebbare Einschränkungen aufgreifen. Hierzu zählen Angebote zur bewussten und praktischen Auseinandersetzung mit Verlusten, Hilfen zur Verarbeitung von Funktionseinbußen, chronischen Schmerzzuständen oder „Grenzsituationen“. Darüber hinaus machen im Einzelfall rehabilitative Angebote Sinn, die sich auf Kurse oder Übungen (Gymnastik, Fitness, Wellness ...) beziehen, um weiteren Einschränkungen vorzubeugen bzw. ein größtmögliches Maß an Selbstständigkeit aufrecht zu erhalten.

## **Hilfen zur Sinnfindung und Identitätssicherung**

Den modernen Alternstheorien, auf die ich hier aus Zeit- und Platzgründen nicht näher eingehen kann (dazu THEUNISSEN 2002), ist zu entnehmen, dass es ihnen allesamt um Lebenszufriedenheit und psychisches Wohlbefinden im Alter zu tun ist. Eine wichtige Möglichkeit und Chance, dem Grundbedürfnis nach Lebenssinn, der Suche nach Individualität, Identität und Lebenszufriedenheit Rechnung zu tragen, bietet das biografische Arbeiten.

## **Förderung und Unterstützung sozialer Gemeinschaften, gesellschaftlicher Integrations- und Partizipationsmöglichkeiten**

Hier geht es um eine breite Palette an zielgruppenbezogenen und integrativen Angeboten (z. B. Selbsterfahrungsgruppen; Biografiearbeit; Erzähl-Café; Gemeinschaftsaktivitäten; Theaterarbeit, Tanz und Musik), die soziale Kommunikationen zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen fördern sowie Möglichkeiten der gesellschaftlichen Integration, Partizipation und Inklusion unterstützen können.

## **Unterstützung emanzipatorischer Prozesse und Anliegen**

Unter der Leitidee der „Emanzipation“ (dazu OLSEN 2002, 150ff.) können zwei miteinander verknüpfte Aspekte unterschieden werden: Bildungsangebote, die individuelle Emanzipationsprozesse ermöglichen, sowie Bildungsangebote und Hilfen, die eine politische Emanzipation unterstützen (kollektive Selbstvertretung innerhalb und außerhalb von Institutionen; Heimbeiräte).

## **Aufklärung und Wissensvermittlung**

Bildung hat eine Aufklärungsfunktion und zielt auf Wissensvermittlung. Daher muss auch älteren Menschen „die Möglichkeit zur Erweiterung ihrer Kenntnisse und ihres Wissens“ (KRUSE 1992, 152) gegeben werden. Die Auswahl entsprechender Themen sollte sich an den Bedürfnissen und der Lebenssituation Betroffener orientieren (Ernährung, Umgang mit Geld, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Orientierung und Einkauf im Supermarkt, Bedienung von Küchengeräten u.a.m.).

## **Arbeit mit der Bezugswelt**

Da die meisten älteren Menschen mit geistiger Behinderung in Institutionen der Behindertenhilfe leben und da sich ihre Lebenssituation im Vergleich zu nicht behinderten Menschen durch ein „Mehr an Abhängigkeit“ charakterisieren lässt (HAHN), kommt der Einbeziehung ihrer Lebenswelten sowie der Rolle der Bezugspersonen eine herausragende Bedeutung zu. Darauf hat sich die Bildungsarbeit einzustellen. Ein zentrales Thema der Kooperation mit Eltern, die selbst im hohen Alter ihre inzwischen alt gewordenen behinderten Töchter oder Söhne noch zu Hause pflegen und begleiten, ist die „Ablösung von der Herkunftsfamilie“. Für professionelle Helferinnen und Helfer sind Fortbildungen über Gerontologie, Altenpflege und Altenarbeit erforderlich. Dabei sollte es nicht nur um eine medizinisch orientierte Wissensvermittlung, um die Aneignung von Pflorgetechniken oder um pragmatische Alltagshilfen gehen, sondern auch um Einstellungen alten Menschen gegenüber sowie um alterspsychologische, sozio-kulturelle und gesellschaftspolitische Fragen (Rechte-Perspektive; Verfügbarkeit von Diensten). Bildung im späten Erwachsenenalter und Alter kann am ehesten fruchtbar sein, wenn sie in Kooperation mit Lebenswelten und Bezugspersonen erfolgt, die bereit sein müssen, Selbstbestimmung zuzulassen und auch sich selbst zu verändern. Ein in einer Bildungseinrichtung organisierter Kochkurs bringt zum Beispiel wenig, wenn die Person in ihrer alltäglichen Lebenswelt keine Möglichkeit hat, selbst zu kochen.

## **Beispiel eines zielgruppenbezogenen Bildungslehrgangs zur Förderung von Selbstbestimmung**

Wie ein Bildungsprogramm aussehen kann, das den zuvor angesprochenen Aspekten weitgehend entspricht, soll am Beispiel des Lehrgangs „Selbstbestimmt älter werden“ aufgezeigt werden. Das von HAVEMAN u.a. (1999) vorgestellte Programm stammt aus den USA und wurde ins Deutsche übertragen. Der ursprüngliche Lehrgang wurde von HELLER und Mitarbeitern (2000) unter dem Titel „Person-Centered Later Life Planning Training Program of Older Adults with Mental Retardation“ konzipiert und soll auf altersbedingte Veränderungen und den Ruhestand vorbereiten sowie Selbstbestimmung und Empowerment-Prozesse befördern: „The major goals of the revised later-life planning training program are to (a) increase the participants' knowledge of later-life issues and options, (b)

facilitate greater individual choice and participation in decisions that influences their lives, (c) help participants set realistic goals, and (d) increase participants' life satisfaction" (ebd., 396f.). Hierzu sind Trainingseinheiten zu Themen wie „choice-making; current and potential living arrangements; work options, including part-time, volunteer, and new work roles; health and wellness; use of leisure time and recreation; use of informal and formal supports; action plans; participation in service planning meetings; and self-advocacy strategies“ (399) vorgesehen. Diese werden in kleinen Gruppen (5 bis 7 Personen) 17 Wochen lang jeweils (i. d. R.) zweistündig durchgeführt.

Von HAVEMAN u.a. (2000) wurde dieses Programm in fünfmonatiger Laufzeit mit Erfolg erprobt. Insgesamt nahmen 96 Personen mit eher leichten Formen an geistiger Behinderung im Alter zwischen 42 und 86 Jahren teil.

Ein wesentliches Ziel des Lehrganges ist es, ältere Menschen mit geistiger Behinderung zu mehr Autonomie und Handlungskompetenz sowie zu eigenständig-verantwortlichen Entscheidungen im Hinblick auf ein Leben im Ruhestand zu befähigen, und auch ihre Bezugspersonen (Mitarbeiter, Angehörige) zu bewegen, ein selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen im Alter zu unterstützen. Neben drei Exkursionen enthält der Lehrgang in Anlehnung an das US-amerikanische Curriculum 16 Kurseinheiten „mit den Themenkomplexen Wählen und Entscheiden, Rechte und Pflichten, Gesundheit und Wohlbefinden, Freizeitaktivitäten, Freundschaften und soziale Netzwerke, Wohnen und mit dem Erstellen individueller Handlungspläne“ (HAVEMAN 2004, 27):

„Lektion 1 soll den Teilnehmerinnen und Teilnehmern helfen, sich selbst mittels einer visualisierten ‚Lebenslauflinie‘ altersgemäß in den Alterungsprozess einzuordnen.

Lektion 2 zielt darauf ab, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ihre Entscheidungsspielräume im Alltag aufzuzeigen und entsprechende Entscheidungen mithilfe einer ‚Wahltafel‘ bewusst einzuüben.

Lektion 3 erklärt Rechte und Pflichten im sozialen Kontext der einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Lektion 4 führt in den Themenbereich ‚Gesundheit und Wohlbefinden im Alter‘ ein. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern soll ein nachvollziehbares Bild vom Altern und den damit einhergehenden körperlichen Veränderungen vermittelt werden.

Lektion 5 knüpft daran an und versucht, die Möglichkeiten zur altersgemäßen sportlichen Betätigung aufzuzeigen.

Lektion 6 setzt sich mit gesunder Ernährung auseinander.

Lektion 7 und 8 geben Hilfen zur individuellen Freizeitgestaltung.

Lektion 9 und 10 befassen sich mit dem Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand. Im Alter veränderte Arbeitszeiten und -anforderungen werden vor dem Hintergrund der jeweiligen Arbeitssituation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erörtert.

Lektion 11 beschäftigt sich mit dem Thema ‚Freundschaften und soziale Netzwerke‘ und gibt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Hilfestellung, Menschen mit gleichen Interessen kennen zu lernen, Freundschaften zu pflegen,



eigene Bedürfnisse zu äußern und sich der auf Gegenseitigkeit basierenden Struktur von Freundschaft bewusst zu werden.

Lektion 12 bereitet die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf den Besuch eines Seniorenzentrums vor. Konversationstechniken sollen eingeübt und die Fähigkeit zur Selbstbehauptung bestärkt werden.

Lektion 13 bietet die Möglichkeit, unterschiedliche Wohnformen kennen zu lernen und ihre Möglichkeiten für sich selbst einzuschätzen.

Lektion 14 setzt mit ganz konkreten Veränderungswünschen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Hinblick auf ihre Lebensbedingungen auseinander.

Lektion 15 und 16 vermitteln das Erstellen von individuellen Handlungsplänen und die Option, diese in der Organisation der Betreuung einfließen zu lassen.

Außerdem soll das Verständnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für ihre Einflussmöglichkeiten gestärkt, ihre Fähigkeiten zum Aufstellen von Zielen erhöht und ihr Selbstbewusstsein im Hinblick auf die Durchsetzung berechtigter Interessen gestärkt werden“ (HAVEMAN & STÖPPLER 2004, 129).

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass von diesem Programm in erster Linie Menschen profitieren, denen leichtere Formen einer geistigen Behinderung nachgesagt werden. Geistig behinderte Personen mit hohem Unterstützungsbedarf können hingegen am ehesten über basale Angebote im Rahmen einer ästhetischen Praxis erreicht werden (dazu THEUNISSEN 2004; THEUNISSEN & GROßWENDT 2006).

## **Organisation und soziale Vernetzung bei Bildungsangeboten für alt werdende Menschen mit geistiger Behinderung**

Folgende Organisationsformen lassen sich bei den Bildungsangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung im späten Erwachsenenalter und Alter unterscheiden:

- Bildungskurse an Volkshochschulen oder anderen vergleichbaren Stätten der Erwachsenenbildung (v. a. organisiert durch Kommunen, Kirchen oder Stiftungen);
- Spezielle Tages- oder Altengruppen in Werkstätten für behinderte Menschen und/oder Wohneinrichtungen (v. a. organisiert durch Träger der Behindertenhilfe);
- Tagesgruppen in Alten- oder Pflegeheimen (v. a. angeboten durch Träger der freien Wohlfahrt oder private Heimträger);
- Tagesgruppen in gerontopsychiatrischen Tageskliniken (v. a. angeboten durch Träger psychiatrischer Kliniken) und
- Gruppenangebote als offene Gemeinwesenarbeit in Altentagesstätten oder Altenclubs (v. a. angeboten durch kommunale Sozialhilfeträger, gemeinnützige Vereine oder Träger der freien Wohlfahrtspflege außerhalb des Zuständigkeitsbereich für Behindertenhilfe).

Bemerkenswert ist, dass sich in den letzten Jahren in der allgemeinen Erwachsenen- und Seniorenbildung eine Abkehr von professionell organisierten, traditionellen Systemen und Hinwendung zu selbst organisierten Formen und Dienstleistungsangeboten vollzogen hat, wobei der Schwerpunkt professioneller Unterstützung bei der Beratung liegt (z. B. Lern-, Rechts-, Wohn-, Gesundheits-, Lebens- und Trauerberatung).

In der Erwachsenen- und Altenbildung bei Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland steckt eine solche Entwicklung noch in blassen Anfängen. Ein erster Schritt in diese Richtung ist das Projekt „Unterstützter Ruhestand“ (HOLLANDER, MAIR & HOHMEIER 2003; MAIR & HOLLANDER 2006). Es ist explizit auf eine gesellschaftliche Teilhabe behinderter Menschen im Alter ausgerichtet und soll dazu beitragen, „problematischen, nicht selten regressiven Entwicklungen, die durch die Situation des Übergangs entstehen können, vorzeitig entgegen zu wirken“ (HERRMANN u. a. 2004, 9). Zudem geht es um das Anstiften und Unterstützen von Selbstbestimmung im Alter. „Im Mittelpunkt der personenbezogenen Unterstützungsleistungen stehen die Eröffnung von Angeboten zur Tages- und Wochenstrukturierung, die Hinführung zu einer sinngebenden Freizeitgestaltung sowie der Aufbau einer befriedigenden Kontakt- und Interaktionsstruktur“ (ebd.).

Um das Programm erfolgreich durchführen zu können, bedarf es der Funktionsstelle eines „Coaches“, der in einer Art Lotzen-Funktion eine Person so lange unterstützen soll, bis sich für sie eine zufriedene Alltagsstruktur und Partizipation an gesellschaftlichen Bereichen ergeben hat. „Zunächst baut der Coach einen Kontakt zum Nutzer auf, und es beginnen Gespräche, in denen neben der allgemeinen Lebenssituation und -geschichte des Nutzers insbesondere seine Interessen, Hobbys und Wünsche eruiert und dokumentiert werden. Aus diesen Ergebnissen werden Ziele formuliert, die in planerischer Hinsicht richtungweisend sind. Die Umsetzung eines übergeordneten Ziels wie beispielsweise ‚Netzwerkerweiterung‘ kann so durch Erprobung verschiedener Angebote wie der Besuch einer ‚pädagogischen Werkstatt‘, eines konfessionellen Seniorentreffs oder eines Kurses in einer Bildungseinrichtung quasi ‚spielerisch‘ erreicht werden und eben auch dazu führen, dass gleichzeitig neue persönliche Interessen entdeckt werden. Ihrerseits müssen die Coaches also über gute Kenntnisse und Kontakte zu regionalen Einrichtungen, Vereinen, Werkstätten, Klubs und öffentlichen Netzwerken verfügen sowie stets einen guten Überblick über aktuelle Angebote halten“ (ebd., 9 f.).

Ähnliche Ziele wie dieser Ansatz verfolgen die von JANICKI und ANSELLO (2000) beschriebenen Programme einer „assisted autonomy“ für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Zentrale Zielsetzungen und Aufgaben sind hier:

- Betroffene behinderte Menschen, Angehörige und Professionals auf Alterungsprozesse und spezifische Probleme (geriatriisch, psychisch, sozial) vorzubereiten (z. B. durch gezielte Bildungs- und Trainingsprogramme; gesundheitliche Aufklärung und Diät- und Gesundheitsprogramme).
- Betroffene behinderte Menschen und Angehörige als „kompetente Experten in eigener Sache“ sowie als „Konsumenten“ von Dienstleistungsangeboten zu

- stärken (z. B. durch Programme zur Selbsthilfe; Self-Advocacy-, Empowerment-Curricula [incl. skills-training zum Erwerb von Freizeitkompetenzen]).
- Individuelle und familiäre Zukunftsplanungen auf der Basis der Betroffenen-Perspektive anregen und unterstützen (later-life planning; parental planning).
  - Integrative und kollaborative Partizipation betroffener behinderter Menschen an Angeboten der offenen Altenarbeit (z. B. Seniorenclub) und Nutzung öffentlicher Dienstleistungseinrichtungen (z. B. Bibliothek, Kulturzentren) fördern und unterstützen (incl. Arbeit mit nichtbehinderten Kontaktpersonen).
  - Über vorhandene Dienste, Angebote, Hilfssysteme und rechtliche Möglichkeiten informieren.
  - Übergangsprozesse (transitions) bzw. Wechsel von Familien in eine neue (alten- und behindertengerechte) Wohnform mitplanen und unterstützen.
  - Ein möglichst selbstbestimmtes Wohnen in der Gemeinde (z. B. durch alltagspraktische Hilfen und persönliche Assistenz) auch für ältere behinderte Personen mit gesundheitlichen Problemen (incl. Demenz) absichern.

## Resümee und Ausblick

Ziel dieses Beitrags war es aufzuzeigen, welche Möglichkeiten eine Bildung geistig behinderter Menschen im Erwachsenenalter und Alter im Hinblick auf Förderung und Unterstützung von seelischer Gesundheit leisten kann. Ausgehend von einem am Empowerment-Konzept orientierten Bildungsverständnis wurden prominente Aufgaben einer zielgruppenbezogenen Erwachsenen- und Altenbildung herausgestellt. Im Mittelpunkt standen dabei Möglichkeiten der Förderung und Unterstützung von Selbstbestimmung, durch die Einfluss auf individuelles Wohlbefinden ausgeübt werden kann (HAHN 1999, 19). Diese Erkenntnis hat bekanntlich in Programmen der Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (Ottawa-Charta 1986; Jakarta Declaration on Health Promotion“ 1997) Eingang gefunden.

Ein Bildungskonzept, das sich sowohl der Förderung von Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Partizipationsfähigkeiten als auch der Wahrung von Rechten auf Selbstbestimmung und Partizipation verpflichtet hat, sollte deshalb darauf achten, dass jedem Menschen mit geistiger Behinderung „angemessene Freiheitsräume zur Verfügung stehen“ (HAHN 1999, 23), sodass Selbstbestimmung gelebt werden kann, die „der Herstellung von Wohlbefinden dient“ (24). Zu beachten ist dabei allerdings, dass Selbstbestimmung nicht in jedem Fall Wohlbefinden und seelische Gesundheit bewirken muss. Wir haben es hier mit höchst subjektiven Momenten zu tun, die in unterschiedlichen Lebenslagen zu Tage treten können. Eine bedeutsame Rolle spielen Situationen, die psychische und physische Ausgeglichenheit ermöglichen, vor allem Beziehungen oder Begegnungen, die positiv erlebt werden. Auch hierzu hat natürlich die Erwachsenen- oder Altenbildung ihren Beitrag zu leisten – und der kann vor allem durch eine ästhetische Praxis (THEUNISSEN 2004; THEUNISSEN & GROßWENDT 2006) erreicht werden, die einem seelischen Wohlbefinden besonders zuträglich ist.

## Literatur

- BUCHKA, M. (1998): Konzept einer Soziagogik, in: Zeitschrift für Heilpädagogik 9, 412-422.
- HAHN, M. (1999): Anthropologische Aspekte der Selbstbestimmung, in: WILKEN, E. & VAHSEN, F. (Hrsg.): Sonderpädagogik und Soziale Arbeit, Berlin, 14-30.
- HAVEMAN, u. a. (1999): Selbstbestimmt älter werden – Ein Lehrgang für Menschen mit geistiger Behinderung zur Vorbereitung auf Alter und Ruhestand, F B Sondererziehung und Rehabilitation, Fachrichtung Geistigbehindertenpädagogik, Universität Dortmund.
- HAVEMAN, M. u. a. (2000): Selbstbestimmt älter werden. Ein Lehrgang für Menschen mit geistiger Behinderung zur Vorbereitung auf Alter und Ruhestand, in: Geistige Behinderung 1, 56-62.
- HAVEMAN, M. (2004): Selbstbestimmt älter werden – Modelle und Wege, in: BERGHAUS, H.; BERMOND, H. & KNIPSCHILD, C. (Hrsg.): Aufeinander zugehen – miteinander umgehen - voneinander lernen, Köln 2004, 25-34.
- HAVEMAN, M. & STÖPPLER, R. (2004): Altern mit geistiger Behinderung, Stuttgart.
- HELLER, T. et al. (2000): Later-Life Planning: Promoting Knowledge of Options and Choice-Making, in: Mental Retardation, Vol. 38, 2000, 395-406.
- HERRMANN, Th. u.a. (2004): Vorstellung des Modellprojektes „unterstützter Ruhestand“ – Landschaftsverband Nordrhein-Westfalen für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V., in: Kuratorium für Altershilfe (Hrsg.): Aufeinanderzugehen – miteinander umgehen – voneinander lernen, Köln, 8-13.
- HOLLANDER, J.; MAIR, H. & HOHMEIER, J. (2003): Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand von Menschen mit Behinderungen“ im Auftrag des LV NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V., Münster (Westfälische Wilhelms-Universität Münster. Institut für Sozialpädagogik, Empirische Pädagogik und Weiterbildung).
- JANICKI, M.P. & ANSELLO, E.F. (eds.) (2000): Community Supports for Aging Adults with Lifelong Disabilities, Baltimore (Brooks).
- KLAFKI, W. (1985): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik, Weinheim (4. erweiterte Aufl. 1994).
- KLINGENBERGER, H. (1992): Ganzheitliche Geragogik, Bad Heilbrunn.
- KRUSE, A. (1987): Kompetenz bei chronischer Krankheit im Alter, in: Zeitschrift für Gerontologie, 20 Jg., 355-366.
- KRUSE, A. (1992): Die Bedeutung der Bildung für die Entwicklung der Kompetenz bei Krankheiten und Funktionseinbußen im Alter, in: DETTBARN-REGGENTIN, J. & REGGENTIN, H. (Hrsg.): Neue Wege in der Bildung Älterer, Bd. 1, Freiburg.
- KRUSE, A. u. a. (2002): Den Jahren Leben geben. Lebensqualität im Alter bei Menschen mit Behinderungen. Ein Projektbericht, Stuttgart.
- LINDMEIER, Ch. (2003): Integrative Erwachsenenbildung, in: Theunissen, G.: Erwachsenenbildung und Behinderung, Bad Heilbrunn, 189-204.
- MAIR, H. & HOLLANDER, J. (2006): Den Ruhestand gestalten – Bericht über das Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand von älteren Menschen mit Behinderungen“, in: Heilpädagogik online 1, 58-79.
- OLSEN, H. (2002): Offene Altenarbeit als Empowerment, Oldenburg.
- ROHRACHER, H. (1965): Kleine Charakterkunde, Wien.
- SKIBA, A. (1996): Fördern im Alter, Bad Heilbrunn.
- SPECK, O. (1999): Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung, München (9. überarb. Aufl.).
- THEUNISSEN, G. (2002): Altenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten, Bad Heilbrunn.
- THEUNISSEN, G. (2004): Kunst und geistige Behinderung, Bad Heilbrunn.
- THEUNISSEN, G. (2007): Empowerment behinderter Menschen. Inklusion – Bildung – Heilpädagogik – Soziale Arbeit, Freiburg.
- THEUNISSEN, G. & GROßWENDT, U. (Hrsg.) (2006): Kreativität bei Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen, Bad Heilbrunn.

## **Tut es gut, zurückzublicken? Biografiearbeit und seelische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter**

**Harald Fechter**

Vorbemerkung zum Sprachgebrauch: Wenn man von Selbstbestimmung der Menschen redet, um die es hier geht, und diese ernst nehmen will, kommt man nicht umhin, sie so zu nennen, wie „People First“ es fordert. Im Folgenden ist daher von „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ die Rede, wenn der im Titel genannte Personenkreis gemeint ist.

### **Fürsorge**

Auch die Behindertenhilfe hat ihre Geschichte: Noch vor ca. 30 Jahren erschien es normal, dass man im Sinne der „Fürsorge“ wusste, was gut und richtig für Menschen mit Lernschwierigkeiten ist. Deren eigene Wünsche und ihre Geschichte waren dafür nicht wesentlich.

*In der Akte eines in unserer Einrichtung lebenden Herrn findet sich in einem Schreiben aus dem Jahre 1963 Folgendes:*

*„Er verhält sich geordnet und willig, geht täglich mit der Arbeitskolonne zum Arbeiten. Anstößiges Verhalten wurde hier nicht beobachtet. Er benötigt Zuspruch und lockere Überwachung auch bei der Arbeit. Er ist gut lenkbar und willig.“*

Es gab (und gibt?) offenbar klare Maßstäbe, an denen Menschen im Heim gemessen wurden und auf die hin sie gegebenenfalls verändert werden sollten. Aber nicht nur im Heim, auch sonst wurden etwa Linkshänder „umerzogen“. Diese Maßstäbe waren allgemein anerkannt, standen nicht zur Diskussion und waren unabhängig von bestimmten Personen. Die Geschichte oder die Wünsche betroffener Personen waren damit ohne Bedeutung.

Wir reden von einer Zeit, in der Schlafsäle und Speisesäle in der Behindertenhilfe Alltag waren, eine fachliche Ausbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gab es noch nicht, zu Essen reichte oft nicht aus, und das ist auch eine Lebenserfahrung derer, die heute über 60 Jahre alt sind. Die Folge war: Wer sich diesen Maßstäben anpasste, war „gut“; wer dies aus irgendwelchen Gründen nicht tat, galt damit als „nicht gut“, problematisch und anstößig. Auf Anpassungsanforderungen konnten solche Menschen mit Rückzug reagieren – was aber räumlich nicht möglich war, sondern nur ins eigene Innere – oder mit Konfrontation. Das Problem erschien damit als Charaktereigenschaft oder als psychische Abweichung.

Auch wenn heute die Schlafsäle abgeschafft sind und jeder satt wird, gibt es doch immer noch Lebensumstände, auf die bestimmte Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen reagieren – ich jedenfalls wollte nicht mit zehn anderen in derselben Wohnung leben.

## Heute gilt: Mindestens perfekt!

Die Behindertenhilfe ist heute hochdifferenziert strukturiert. Formale „Zwänge“ prägen den Alltag so, dass etwa ein Arbeiten mit der Lebensgeschichte von Menschen mit Lernschwierigkeiten dagegen behauptet werden muss.

Leistungsvereinbarungen, Qualitätsvereinbarungen, Prüfvereinbarungen, Dokumentationspflicht, Betreuungsplanung, geregelte Kontrollen und all die dafür formulierten gesetzlichen Grundlagen haben erheblichen Einfluss auf die Alltagsgestaltung für und mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Vieles davon hat unbestritten seinen Sinn, führt aber auch dazu, dass sich dieses „Alles ist geregelt“ in den Köpfen der Unterstützer festsetzt. Biografiearbeit aber funktioniert anders: Zufälle, günstige Gelegenheiten und die Bereitschaft der Betroffenen spielen eine erhebliche Rolle. Und das lässt sich nicht (nur) auf Mittwoch 14.30 Uhr planen. Je mehr gründlich geregelt ist, desto schwieriger scheint es schon mental zu sein, sich in dieses „offene Gelände“ zu wagen – vorausgesetzt, die Ressourcen stehen dafür überhaupt zur Verfügung.

In den Verfahren der Hilfeplanung, Betreuungsplanung etc. wird vom gegenwärtigen Stand aus gedacht. Lebensgeschichte muss nicht einbezogen werden, das ist sogar systemfremd und damit nicht wesentlich. Die Folge: die Lebensgeschichte einer Person ist immer noch allenfalls im Blick einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die daran zufällig Interesse haben. Insofern sind wir hier immer noch auf der Stufe der ‚Fürsorge‘: Der Zugang zur eigenen Lebenserinnerung wird gewährt und die Lebensgeschichte ist so wichtig, wie die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter diese findet. Eine Auseinandersetzung mit der eigenen ‚biografischen‘ Identität ist damit nur unter erschwerten Bedingungen möglich.

## Paradigmenwechsel

Der Paradigmenwechsel (Assistenz statt Hilfe) steht in engem Zusammenhang damit, dass die Lebensgeschichte von Menschen mit Lernschwierigkeiten und deren eigene Erinnerungen fachliche Bedeutung erlangen. Damit hat auch hier die Selbstbestimmung begonnen! Diese zeitliche Übereinstimmung zwischen beiden Aspekten ist natürlich kein Zufall, es besteht vielmehr ein innerer Zusammenhang. Wenn wir zuerst die Kompetenzen sehen und nicht mehr die Defizite, stellt sich konsequenterweise auch die Frage nach der Möglichkeit eigener Entscheidungen in Bezug auf die eigene Lebensführung in Vergangenheit und Gegenwart.

Damit sind wir beim Thema Biografie. Die Frage: „Wie möchten Sie denn wohnen?“ kann nur zu Antworten führen, wenn auch gefragt wird: „Wie haben Sie bisher gewohnt? Was hat Ihnen daran gefallen, was nicht?“ Damit ist die Lebensgeschichte des Menschen angesprochen, dessen Wohnsituation sich ändern soll.

Der Begriff ‚Paradigmenwechsel‘ impliziert, dass sich nicht nur der Mensch mit Lernschwierigkeiten etwas verändert. Lassen Sie einmal für einen Moment die Phantasie zu, was passiert, wenn folgende Fragen gestellt werden:

*„Mit wem möchten Sie in Urlaub fahren und wohin?“*

*„Was möchten Sie heute essen?“*

*„Möchten Sie gerne in einem Drei-Bett-Zimmer wohnen?“*

Spätestens hier ist es wichtig, welche Vorgeschichte, welche Lebensgeschichte der betroffene Mensch mitbringt. Dabei reden wir allerdings noch nicht speziell von Menschen im Alter.

## **Plötzlich gibt es Alte!?**

Das Interesse an der Lebensgeschichte von Menschen mit Lernschwierigkeiten steht nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit der zunehmenden Zahl alt werdender. Diese demoskopisch beschriebene Tatsache wird nun schon seit mehr als 30 Jahren diskutiert, ohne dass in dieser Zeit entsprechende Konzepte entstanden wären.

Bereits 1973 hat ERWIN DÜRR darauf aufmerksam gemacht, dass mit einer älter werdenden Generation von Menschen mit Lernschwierigkeiten ein bislang unbekanntes Phänomen auf uns zukommt (nach DÜRR 1994). Seither sind unterschiedlichste mehr oder weniger intelligente Versuche zu beobachten, dieser Situation gerecht zu werden. Im Wesentlichen gilt heute dasselbe wie in den 70er Jahren: Es wird diskutiert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei in der Debatte der Abgrenzung von Leistungen nach SGB XI und SGB XII. Wenn man bedenkt, dass es hier um unsere Geschichte geht, um den politisch organisierten Mord an nahezu einer ganzen Generation von besonderen Menschen, dass wir uns diesem Erbe eben nicht nur unter Kostengesichtspunkten stellen müssen, wirkt diese Debatte befremdlich, peinlich, beschämend.

Also: Seit wenigstens dreißig Jahren wissen wir, dass auch Menschen mit Lernschwierigkeiten alt werden können. Für die fachliche Diskussion war das sehr lange erstaunlich bedeutungslos. Biografiearbeit taucht als Stichwort eben nicht auf, weil es Alte gibt, sondern weil eine andere Sicht von Menschen mit Lernschwierigkeiten dazu zwingt, sie und ihre Lebensgeschichte ernst zu nehmen.

## **Endlich: Mit der Lebensgeschichte arbeiten**

Die Lebensgeschichte ist etwas entscheidend Anderes als ein Lebenslauf! Lebensgeschichte ist das Erleben, die Erinnerung und ihre Bedeutung für den betreffenden Menschen. Biografiearbeit kann daher immer nur mit diesem Erleben zusammen stattfinden, ihr Thema ist die jeweils subjektive Geschichte.

Nur wer eine eigene Geschichte hat, erlebt die Möglichkeit von Veränderung. Biografie hat zwei wichtige Dimensionen: Zum einen ist sie die Erinnerung des zurückliegenden Lebens; zum zweiten hat aber Biografiearbeit die Bedeutung, Gedanken für die weitere Gestaltung des eigenen Lebens zu ermöglichen. Auch hier wird noch einmal deutlich, dass wir nicht von einem Spezialthema für Alte reden, sondern von einer Dimension, die nicht zu trennen ist vom Thema Selbstbestimmung. Wir reden von Lebensgestaltung überhaupt.

## Biografiearbeit - wie ‚macht man das‘?

Biografiearbeit mit alternden Menschen beginnt als initiiertes Angebot und muss sich dann individuell auf die betreffende Person einlassen. Fachlichkeit zeigt sich hier nicht in standardisierten Prozessen, sondern in der Fähigkeit, auf Besonderheiten einzugehen. Bilder, Lieder, Kochrezepte und andere Alltäglichkeiten können viel erschließen.

*Erzählen Sie jedem alles Wichtige aus Ihrem Leben? Sicher nicht, es braucht das richtige Gegenüber und manchmal auch den richtigen Moment. Vertrauen ist aber keine planbare Größe wie Duschen oder Frühstück. Zuhören, Hinschauen, geeignete Momente erkennen und nutzen, heikle Themen erkennen – das sind Dinge, die darauf verweisen, dass es nicht nur um erlernbare Techniken geht, sondern um eine Haltung, die mit Begriffen wie Geduld, Empathie, Kreativität zu umschreiben ist. Das ist kein Thema für Anhänger der Meinung, jede Betreuungsleistung sei messbar!*

Es gibt erleichternde Hilfsmittel für diese Arbeit mit der Lebensgeschichte. Mitarbeiter des Wittekindshofes haben zum Beispiel ein komplettes Wohnzimmer mit Möbeln aus den 50er Jahren gestaltet und dadurch erstaunliche Erinnerungen wachgerufen. Es gibt Fotobände mit Bildern aus dieser Zeit, die die damaligen Lebensverhältnisse abbilden und sich hervorragend als Einstieg ins Erzählen eignen. Es gibt Bauernhausmuseen, in denen frühere Lebensverhältnisse noch heute erlebbar sind. Alte Bilder, Filme, Lieblingsessen, Erinnerungsstücke: all das kann ein Einstieg dafür sein, mit jemandem dem eigenen Leben nachzudenken.

*Gemeinsam mit den Teilnehmern der Fortbildung „Ganzheitliche Betreuung älterer Menschen mit geistiger Behinderung“ wurde das Projekt ‚Schatzkiste‘ entwickelt. Jeder Teilnehmer hatte die Aufgabe, zusammen mit einer betreuten Person eine Schatzkiste zu gestalten und mit den ganz wichtigen Dingen zu füllen. Es war faszinierend, wie unterschiedlich diese Schatzkisten aussahen und wie unterschiedlich ihr Inhalt war. Und es war für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich darauf einließen eine Erfahrung, die teilweise ihre Sicht dessen veränderte, was ihre Aufgabe ist.*

Es gibt viele Möglichkeiten, einen solchen Prozess von Erinnerungen einzuleiten, und daraus entstehen immer noch neue. Und es gibt eine einzige wirklich objektive Anforderung dabei: Man muss es tun.

## Seelische Gesundheit

Lebensumstände und Lebenserfahrungen beeinflussen die körperliche und seelische Gesundheit. Die Beschäftigung mit der eigenen Lebensgeschichte ermöglicht Identität. Diese jedoch ist eine notwendige Voraussetzung dafür, wissen zu können, was ich will. Damit wird Selbstbestimmung möglich.

Das ist gesund – und anstrengend!

## Einige Schlussbemerkungen

1. Es war in diesem Text nicht nur die Rede von Menschen mit Lernschwierigkeiten, die gesprochene Sprache beherrschen. Wir haben unsere Fachlichkeit auch in anderen Bereichen dahin entwickelt, mit den Sprachlosen



kommunizieren zu können; weshalb sollte das bei diesem Thema nicht möglich sein? Phantasie ist gefragt und adäquate Assistenz beim Kommunizieren.

2. Wo bleibt das Thema in der Fachausbildung beispielsweise der Heilerziehungspflege? Mehr als die Frage fällt mir dazu nicht ein.

3. Biografiearbeit ist nicht nur ein Thema im Blick auf Alte mit Lernschwierigkeiten, sondern auf Alternde.

4. Wenn ein innerer Zusammenhang zwischen Biografiearbeit und dem Thema Selbstbestimmung besteht, so befinden wir uns in einem Terrain, in dem Vergangenes bearbeitet und Kommendes mitgestaltet werden kann. Die veränderte Sicht Betroffener als Subjekt ihrer Lebensgeschichte und Gestalter ihrer Perspektiven veranlasst uns, davon auszugehen, dass solche Umstände seelisches Wohlbefinden und Gesundheit auf jeden Fall begünstigen.

5. Dieser Vortrag hatte dann einen Sinn, wenn er dazu anregen konnte, entsprechende Schritte zu tun.

## **Literatur**

DÜRR, E. (1994): Zur Frage der Versorgung alter Menschen mit geistiger Behinderung - Die Delphi Umfrage 1980 und heute, in: Diakonisches Werk Baden (Hrsg.): Praxis, S. 8-15.

## **Reicht Pflege im Alter nicht aus? Menschen mit geistiger Behinderung zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung**

**Theo Klauß**

Die Frage, wo und wie Menschen im Alter ihr Leben menschenwürdig verbringen, hat offenbar bereits unsere Vorfahren sehr beschäftigt. Die folgende gar nicht ‚märchenhafte‘ Geschichte ist ein Beleg dafür:

*Es war einmal ein steinalter Mann, dem waren die Augen trüb geworden, die Ohren taub, und die Knie zitterten ihm. Wenn er nun bei Tische saß und den Löffel kaum halten konnte, schüttete er Suppe auf das Tischtuch, und es floß ihm auch etwas wieder aus dem Mund. Sein Sohn und dessen Frau ekelten sich davor, und deswegen mußte sich der alte Großvater endlich hinter den Ofen in die Ecke setzen, und sie gaben ihm sein Essen in ein irdenes Schüsselchen [...] da sah er betrübt nach dem Tisch, und die Augen wurden ihm naß. Einmal auch konnten seine zitterigen Hände das Schüsselchen nicht festhalten, es fiel zur Erde und zerbrach. Die junge Frau schalt, er sagte nichts [...] Da kaufte sie ihm ein hölzernes Schüsselchen [...] daraus mußte er nun essen.<sup>1</sup>*

Könnte ein Text zu diesem Thema aktueller sein? Offenbar haben sich bereits die Brüder Grimm zur Niederschrift eines Textes veranlasst gesehen, in dem es um die Frage geht, ob es im Alter nicht ausreicht, nur so eben für den Erhalt des organismischen Lebens zu sorgen oder ob Menschen nicht doch mehr brauchen, nämlich das, was wir heute Teilhabe nennen.

Doch vielleicht sollten wir nicht zu negativistisch, sondern eher realistisch-positiv denken. Ein gebrechlicher Mann bleibt in der Familie, ‚ambulant vor stationär‘! Er erhält Nahrung und angepasstes Geschirr und kann so bei nicht behinderten Menschen selbständig essen. Er muss in kein Asyl und hat, was er braucht. Und die Belastungen für sein soziales Umfeld bleiben erträglich, der Haushaltsetat wird nicht überfordert.

Die Volksweisheit findet dies inhuman – anders als möglicherweise ein baden-württembergischer Landrat, der 2006 seinen Ministerpräsidenten vorschlug, „ältere behinderte Menschen ab einer bestimmten Altersgrenze (Vorschlag: Vollendung des 65. Lebensjahres) genauso zu behandeln, wie gleichaltrige pflegebedürftige ohne Behinderung“. Hierin läge „ein ganz erhebliches Einsparpotenzial“. Und seit kurzem propagiert „der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS), alterspflegebedürftige geistig behinderte Menschen in so genannten Fachpflegeheimen unterzubringen. Das Fachpflegeheim [aber; T.K.] ist eine eigenständige Einrichtung im Bereich SGB XI ohne zusätzliche Leistungen nach SGB XII“ (VATER 2007).

In solchen Initiativen wird die Gefahr deutlich „dass angesichts immer knapper werdender finanzieller Mittel der öffentlichen Haushalte Dienstleistungs- und Einrichtungsangebote [...] nicht nur stagnieren, sondern tendenziell

---

<sup>1</sup> Gebrüder Grimm: Der alte Großvater und der Enkel. In: Kinder- und Hausmärchen 1812/1815

zurückgefahren werden.“ (BV LEBENSHILFE 2008, 1). „Seit Jahren üben Sozialhilfeträger Druck auf die Träger von Einrichtungen der Behindertenhilfe aus, ihre Wohnheime in Pflegeeinrichtungen umzuwandeln, um auf diese Weise für die in der Einrichtung versorgten behinderten Menschen mit erheblichem Pflegebedarf die vollen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI in Anspruch nehmen zu können. Dieser Druck wird zunehmen, wenn der in § 43a SGB XI verankerte Höchstbetrag von 256 Euro pro Monat, den die Pflegekassen für pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe abführen müssen, nicht erhöht wird“ (LACHWITZ 2008, S. 5).

Es scheint nicht zu stören, dass dies eklatant dem widerspricht, was beispielsweise die Bundesregierung in ihrem Behindertenbericht (2004) kundtut: Behinderte Menschen sollen auch im Alter ohne Ausgrenzung am Leben der Gesellschaft teilnehmen. Hierfür sind Rahmenbedingungen erforderlich, die ein Altern von behinderten Menschen in größtmöglicher Selbstständigkeit und Würde ermöglichen.

## Rechtliche Perspektive

*„Sozialpolitische Gesetze sind in Gesetze gegossene Solidarität“* (ROBERT ANTRETTNER, Bundesvorsitzender der Lebenshilfe)

Aus rechtlicher Perspektive ist die Sachlage übrigens klar, darauf hat u.a. ALEXANDER VATER vor kurzem wieder hingewiesen: „Leistungen für behinderte Menschen sind als Eingliederungshilfe unabhängig von der Schwere der Behinderung und dem Alter zu gewähren. Dies ist den §§ 53 ff. SGB XII zu entnehmen und ist durch zahlreiche Gerichtsentscheidungen untermauert“ (VATER 2007).

Rechtlich gesehen unterscheiden sich die Ziele von Eingliederungshilfe und Pflege gravierend: Eingliederungshilfe soll „eine drohende Behinderung [...] verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“ (ebd.)

Die Pflegeversicherung zielt vor allem auf Menschen in der letzten Lebensphase, die Pflegebedürftigkeits-Richtlinie sehen Hilfen ausschließlich bei den pflegerelevanten Verrichtungen des täglichen Lebens vor: z.B. waschen, duschen, Zahnpflege, Darm- oder Blasenentleerung, Aufnahme der Nahrung, an- und auskleiden (...). Weitergehende Hilfen werden ausgeschlossen, die Unterstützung der Mobilität beispielsweise beschränkt auf: „das Bewegen im Zusammenhang mit Verrichtungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung und der hauswirtschaftlichen Versorgung.“ [...] „Beim Verlassen oder beim Wiederaufsuchen der Wohnung sind nur solche Verrichtungen [...] zu berücksichtigen, die [...] das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern. Weiterer Pflegebedarf, z.B. bei Spaziergängen oder Besuche von

kulturellen Veranstaltungen bleiben unberücksichtigt“ (Ziff. 3.4.2 der Richtlinien). Kurz gefasst meint das: Die Pflegeversicherung ist eine beitragsfinanzierte Teilkaskoversicherung für den Pflegefall, die Eingliederungshilfe soll ein Menschenrecht auf umfassende Teilhabe sichern.

Die Rechtsprechung unterstützt diese Sicht offenbar in der Regel, alles andere wäre auch unerträglich. So hatte das Verwaltungsgericht Ansbach (Urteil von 14. Dezember 2005) zu entscheiden, ob zwei 80 Jahre alten Zwillingsschwwestern mit geistiger Behinderung, die bisher von ihrer fünf Jahre jüngeren Schwester betreut wurden, Anspruch auf Kostenerstattung für die Betreuung in einem Behindertenheim hätten, zu erstatten seien. Aus Altersgründen hielt der Sozialhilfeträger eine Unterbringung in einem Alten- und Pflegeheim für angemessen, da behinderungsbedingt eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich sei und die Geschwister von den vielfältigen pädagogischen Angeboten der Eingliederungshilfe nicht mehr profitieren könnten, eine pädagogische Förderung also nicht mehr möglich sei. Schließlich müsse die Sozialhilfe das im Einzelfall Erforderliche, nicht jedoch das Optimale gewähren. Das Gericht stellte fest, dass sich die Sozialhilfe nicht auf das für eine menschliche Existenz unerlässliche Minimum beschränke. Eingliederungshilfe gehe als spezielle und regelmäßig weitergehende Hilfe anderen Hilfearten der Sozialhilfe wie etwa der „Hilfe zur Pflege“ vor, die erkennbare Absicht des Gesetzgebers sei es gewesen, alle Maßnahmen der Rehabilitation behinderter Menschen in einer Hilfeart zusammen zu fassen. Im Zweifel habe der behinderte Mensch Anspruch auf die für ihn umfassendere und günstigere Eingliederungshilfe, die auf keinen Fall mit dem Erreichen des Rentenalters enden müsse, da sie nicht nur Eingliederung in das Arbeitsleben, sondern in die Gesellschaft bedeute. Außerdem seien die beiden Geschwister noch in der Lage seien, von den besonderen Förderungsmöglichkeiten in der von ihnen im Rahmen der Eingliederungshilfe bewohnten Wohnstätte zu profitieren (nach STAMPEHL 2007, 25f.).

## **Zur Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter**

Menschen mit geistiger Behinderung wird in unserer Gesellschaft besondere Unterstützung zugebilligt, um am Leben in der Gemeinschaft teilhaben und sich darin und dadurch in ihren Fähigkeiten, als Persönlichkeit und in Bezug auf ihre selbstbestimmte Teilhabe entwickeln zu können. Sie haben ein lebenslanges Recht auf Eingliederungshilfe. Mit dem Alter kommt ein wachsender Bedarf an Unterstützung bei der Befriedigung körperlicher Bedürfnisse hinzu, sie brauchen sowohl allgemeine als auch Behandlungspflege, werden pflegebedürftig. Was ist zu ihrer Lebenssituation bekannt?

Nach einer Erhebung der LEBENSHILFE BAYERN (2005), die 2004 ihre Wohneinrichtung befragte, waren von 9770 Mitarbeitern in Werk- und Förderstätten 2,9% über 60 Jahre alt und 12,4% zwischen 50 und 60. In Wohneinrichtungen der Lebenshilfe waren von 3337 Menschen 2,2% älter als 70 Jahre, 9,1% zwischen 60 und 70, und in 10 Jahren wird etwa 1/3 der WfbM-

MitarbeiterInnen ausscheiden (2). In Einrichtungen der konfessionellen Träger, zu denen zahlreiche große Komplexeinrichtungen gehören, ist der Anteil alter Menschen mit geistiger Behinderung etwas höher (vgl. den Beitrag von SEIDEL in diesem Band), doch auch hier wird ihre Zahl in den kommenden Jahren noch ansteigen. Wie werden sie im Alter leben?

Von hoher Relevanz ist die Frage, inwieweit die Bestrebungen vieler Kostenträger, alt werdende Menschen mit geistiger Behinderung in Heimen der Altenhilfe unterzubringen, bereits Wirkung zeigen. Dazu fehlen empirische Erkenntnisse bisher weitgehend. Wir haben an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg dazu mit der Befragung von Einrichtungen in drei Landkreisen (Rhein-Neckar-Kreis mit Mannheim und Heidelberg, Stadt- und Landkreis Karlsruhe, LK Heilbronn) begonnen (vgl. EHRISMANN 2008):

- Wir befragen Wohnstätten für Menschen mit geistiger Behinderung, wie viele alte Menschen bei ihnen leben, wie viele in den vergangenen 8 Jahren (seit 2000) die Einrichtung in Richtung Pflegeeinrichtung verlassen haben und aus welchen Gründen dies geschah. Außerdem möchten wir wissen, welche Angebote diese Menschen bei ihnen nutzen können, welches Personal sie hier einsetzen, wie gut sie mit ihren Angeboten den Bedürfnissen alt werdender Menschen mit geistiger Behinderung gerecht werden und welche Bedingungen sie für nötig hielten, um diesen entsprechen zu können.
- Pflegeeinrichtungen werden ebenfalls danach gefragt, ob Menschen mit geistiger Behinderung bei ihnen leben, welche Angebote sie mit welchem Personal für sie vorhalten, wo diese vorher gewohnt haben, und wie gut sie nach ihrer Einschätzung mit ihren Angeboten dem Bedarf dieses Personenkreises entsprechen.

In der Fortführung dieses Projektes ist geplant, noch mehr zu in Erfahrung zu bringen, nämlich

- bei Kostenträgern, in wie vielen Fällen sie bei Menschen mit geistiger Behinderung eine Kostenbewilligung für eine Pflegeeinrichtung vergeben haben, und
- bei Werkstätten und Förderstätten, wo ihre Beschäftigten wohnen, ob von ihrem Klientel in den vergangenen Jahren jemand in ein Pflegeheim umgezogen ist (und noch in der Förderstätte lebt oder diese verlassen hat).

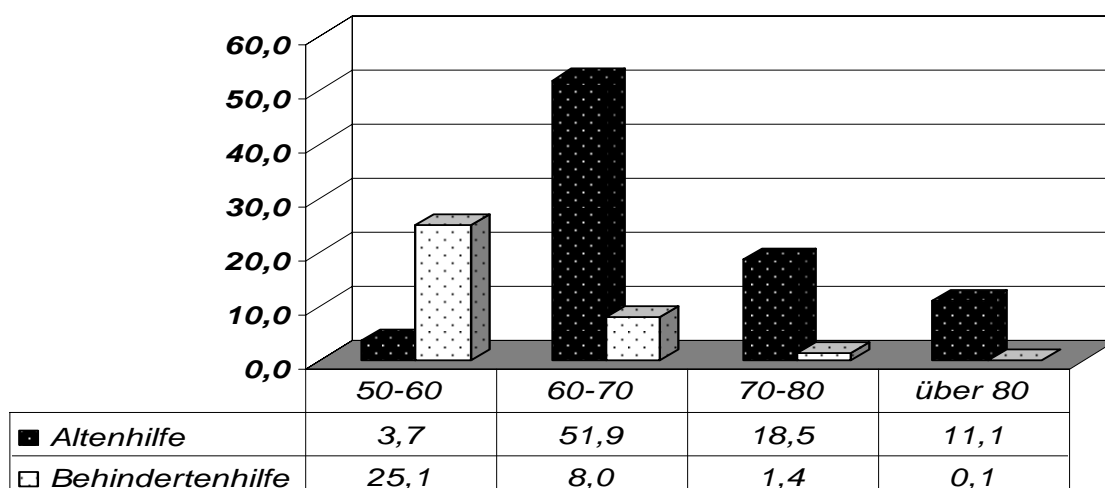
## **Einige Ergebnisse**

Im Rhein-Neckar-Kreis (inklusive Mannheim und Heidelberg), im Landkreis Heilbronn und im Stadt- und Landkreis Karlsruhe gibt es nach den dieser Erhebung zu Grunde liegenden Recherchen 289 Alten- und Altenpflegeheime betreiben, häufig ergänzt durch Angebote des Betreuten Wohnens, der Kurzzeitpflege etc. Daten liegen von 177 (61%) davon vor. Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung gibt es in den genannten Landkreisen und Städten 37, davon haben sich 17 (46%) an der Erhebung beteiligt, von denen aber nur 8 (22%) BewohnerInnen haben, die sie als SeniorInnen ansehen, weitere 5 machen Angaben zu Personen zwischen 50 und 60 Jahren. Komplexeinrichtungen

sind nicht beteiligt<sup>2</sup>. Die größte Altenhilfe-Einrichtung mit BewohnerInnen mit geistiger Behinderung umfasst dennoch immerhin 160, die größte Wohnstätte für behinderte Menschen 260 Plätze. Von den Behinderteneinrichtungen werden insgesamt 5 Personen genannt, die seit 2000 altersbedingt intern in einen speziellen Bereich gewechselt sind und 8, die in eine Altenpflegeeinrichtung wechselten.

Von den 177 Alteneinrichtungen geben nur 15 (8,5%) an, dass jeweils zwischen 1 und 4 und insgesamt 30 Menschen mit geistiger Behinderung bei ihnen leben. Davon sind drei Personen unter 50 Jahre alt. Von den Bewohnern mit geistiger Behinderung kamen die meisten (20) aus dem Elternhaus und nur einer aus einer Wohnstätte für behinderte Menschen, zwei aus einer Klinik, zwei aus einer selbstständigen Wohnsituation und niemand aus dem Betreuten Wohnen.

In den Einrichtungen der Behindertenhilfe macht der Anteil der 60-70jährigen BewohnerInnen 8% aus, die über 70jährigen nur 1,5%, und auch in den Altenpflegeheimen befindet sich der größte Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung in der Altersgruppe der 60-70jährigen (52%), während 19% von ihnen zwischen 70 und 80 Jahre alt sind und immerhin 11% sind über 80 Jahre alt.



*Abb. 1. Altersgruppen der alten Menschen mit geistiger Behinderung in Einrichtungen der Altenhilfe (N=27) und Behindertenhilfe (N=13)*

## Die Angebote

Die Angebote der Alten- und Behinderteneinrichtungen, die von alten Menschen mit geistiger Behinderung genutzt werden, unterscheiden sich nach der Selbsteinschätzung der befragten Einrichtungen nicht sehr. In den Bereichen Pflege und Kultur [!] geben die Pflegeeinrichtungen etwas häufiger an, dass diese SeniorInnen entsprechende Möglichkeiten nutzen, bei Selbstständigkeit, Freizeit, Ausflügen und in Bezug auf die Förderung der Kommunikation sind die Differenzen gering. Die Angebote in den Bereichen Fitness, Hobbys, Therapie

<sup>2</sup> Die Angaben einer Komplexeinrichtung im Landkreis Heilbronn mit 350 Wohnplätzen standen erst nach der hier zu Grunde liegenden Datenauswertung zur Verfügung. In ihr leben bereits 100 Seniorinnen und Senioren mit geistiger Behinderung.

werden von den Wohnstätten der Behindertenhilfe deutlich häufiger genannt, und Bildungsangebote können fast nur hier genutzt werden.

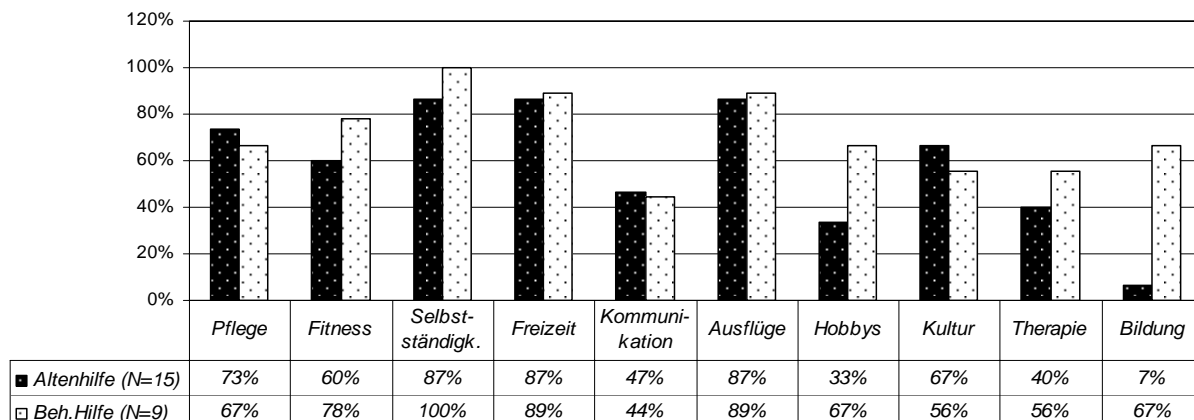


Abb. 2. „Welche Angebote ihrer Einrichtung nutzen die Senior/innen mit geistiger Behinderung?“ (Altenhilfe N=15; Behindertenhilfe N=9)

Abb. 3.

Fragt man nach der Selbsteinschätzung, wie gut die Einrichtungen den Bedürfnissen alter Menschen mit geistiger Behinderung gerecht werden, so erfährt man, dass sich die Pflegeeinrichtungen in fast allen Bereichen besser zutrauen, den alten Menschen zu entsprechen als die Einrichtungen der Behindertenhilfe. Sie bewegen sich im Durchschnitt bei ihren Einschätzungen fast immer zwischen 1 (sehr gut) und 2 (gut), während die Wohnstätten im Schnitt nie besser als 1,5 (sehr gut bis gut) liegen. Nur die Angebote zur Freizeitgestaltung, zur Förderung der Selbstständigkeit und im Bereich der Bildung rangieren bei dieser Beurteilung in der Behindertenhilfe etwas besser als in der Altenhilfe.

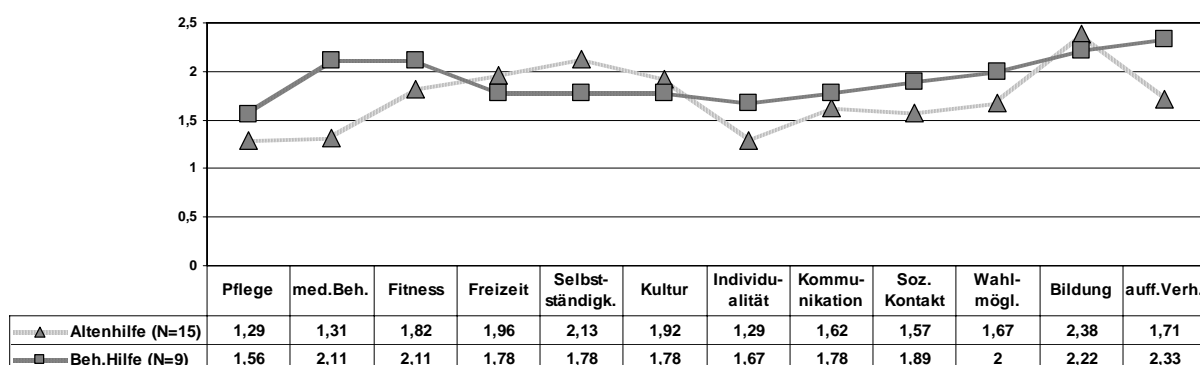


Abb. 4. „Wie gut kann Ihre Einrichtung den Bedürfnissen alter Menschen mit geistiger Behinderung gerecht werden?“ (1=sehr gut, 2=gut, 3=weniger gut, 4=unzureichend; Altenhilfe N=15; Behindertenhilfe N=9)

Beim Personal, das für diesen Personenkreis zur Verfügung steht, unterscheiden sich die Einrichtungen vor allem darin, dass die Behinderteneinrichtungen mehr pädagogisches Personal für diesen Personenkreis einsetzt und die Alten- und Pflegeheime über mehr Pflegefachkräfte verfügen. Letztere arbeiten deutlich häufiger mit Hilfskräften und ehrenamtlichen UnterstützerInnen, während es in

den Wohnstätten der Behindertenhilfe etwas häufiger Zivildienstleistende, PraktikantInnen und junge Menschen im Freiwilligen sozialen Jahr (FSJ) gibt.

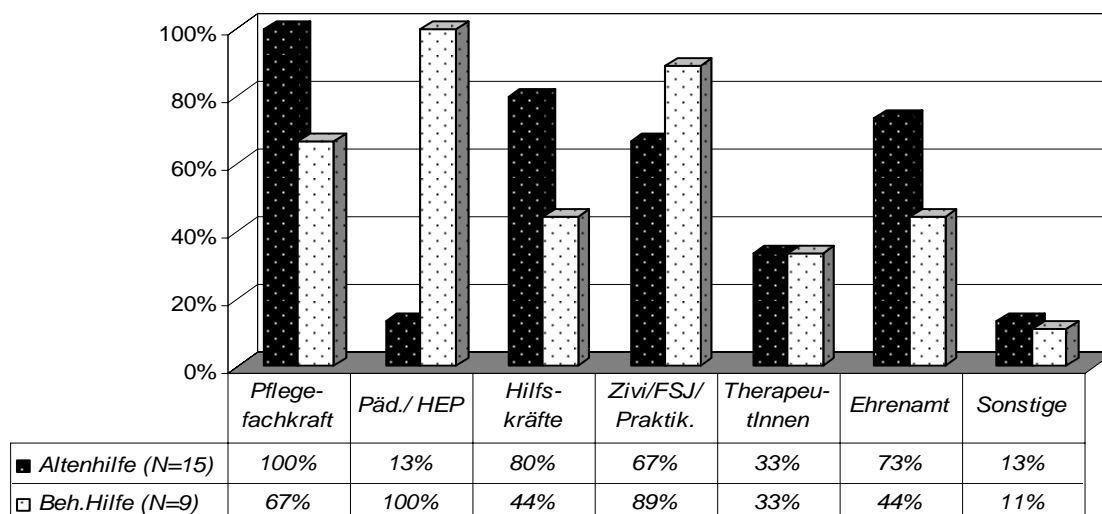


Abb. 5. Personal für alte Menschen mit geistiger Behinderung in Einrichtungen der Altenhilfe (N=15) und Behindertenhilfe (N=9)

Diese Ergebnisse basieren auf einer Befragung in einigen ländlichen Kreisen und Städten in Baden-Württemberg. Sie lassen noch keine Verallgemeinerung zu, zeigen jedoch folgende Tendenzen:

1. Die Unterbringung alt werdender Menschen mit geistiger Behinderung in Pflegeeinrichtungen kommt zumindest in der untersuchten Region in Nordbaden und Nordwürttemberg in durchaus beträchtlichem Umfang vor. Während die befragten Wohnstätten für Menschen mit geistiger Behinderung insgesamt 66 BewohnerInnen als SeniorInnen ansehen, leben in den einbezogenen Altenpflegeheimen in derselben Region immerhin 30 Personen, die als geistig behindert gelten. Die meisten von ihnen kamen aus dem Elternhaus direkt in die Pflegeeinrichtung. Möglicherweise entspricht dies dem Bemühen von Kostenträgern, beim Auszug aus den Familien Eltern und behinderte Menschen selbst zu einem Wechsel in ein Pflegeheim statt in ein Wohnangebot der Behindertenhilfe zu bewegen; möglicherweise spielen hier aber auch fehlende und geeignete Plätze in Wohnheimen eine Rolle. Dem stehen insgesamt acht Personen gegenüber, die nach Angaben der Wohnstätten seit dem Jahr 2000 die Einrichtungen der Behindertenhilfe in Richtung einer Pflegeeinrichtung verlassen haben; dies wurde vor allem mit der notwendigen medizinischen Versorgung und Pflege sowie der fehlenden räumlichen Ausstattung begründet. In diesen Fällen liegt der Grund für die Aufnahme in die Pflegeeinrichtung vor allem in fehlenden Voraussetzungen der Wohnstätten für die Begleitung im Alter.

2. Altenpflegeeinrichtungen ‚trauen sich zu‘, Menschen mit geistiger Behinderung gerecht zu werden. Obwohl sie über wesentlich weniger pädagogisches Personal verfügen und häufiger Hilfskräfte und ehrenamtliche BegleiterInnen einsetzen, nennen sie – sieht vom Bereich der Erwachsenenbildung ab – nicht wesentlich weniger fachliche Angebote, die sie für diesen Personenkreis machen. Darin



spiegelt sich möglicherweise ein gewandeltes pflegerisches Selbstverständnis, wonach eine gute Pflege nicht nur für die körperliche Versorgung zuständig ist.

3. Einrichtungen der Behindertenhilfe beurteilen erkennbar kritischer, inwiefern sie diesen Menschen im Alter gerecht werden. Sie geben mehrheitlich an, dafür nicht die passenden Qualifikationen und Ausstattungen zu haben. Sie müssen sich wohl dieser Aufgabe erst noch stellen, zugleich haben sie wohl einen anders geschärften Blick für das, was notwendig wäre. Die Einrichtungen der Altenhilfe haben offenbar eher den Eindruck, mit ihren Voraussetzungen und Angeboten das leisten zu können, was dem Bedarf dieser Personengruppe entspricht. Es ist allerdings zu fragen, ob sich hierin eine Fehleinschätzung dessen widerspiegeln könnte, was Menschen mit geistiger Behinderung im Alter brauchen. Möglicherweise wird hier davon ausgegangen, dass ‚normale‘ Pflege für sie ausreicht.

## **Was bedeutet Pflege-Bedarf?**

Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Qualität des Unterstützungsbedarfs von alternden und pflegebedürftigen Menschen mit geistiger Behinderung ist erforderlich. Was brauchen sie? Was bedeutet Pflege-Bedarf, und ‚reicht gute Pflege für sie zum Leben?‘

Pflegebedürftig ist jeder Mensch, und die meisten Menschen nutzen auch professionelle Hilfe bei der Sorge für ihr körperlich-seelisches Wohlbefinden. Ein Großteil der Fernsehwerbung dreht sich um Pflegemittel, und Friseur, Visagistin, Koch, Modedesignerin, Kellner, Masseurin, Bodybilder, Wellness-Beschäftigten und viele andere verdienen ihr Geld damit. ‚Ungepflegte Menschen‘ sind gesundheitlich und sozial beeinträchtigt. ‚Pflegebedürftig‘ nennen wir Menschen mit einem hohen Grad der Abhängigkeit bei der Pflege! Sie können diese größtenteils nicht selbst erledigen. Daraus ergibt sich oft ein weiterer Unterschied: Sie bestimmen häufig auch nicht, von wem sie in welcher Weise Unterstützung bei der Pflege erhalten.

Zu den Gemeinsamkeiten aller Menschen gehört nicht nur, dass alle Pflege brauchen, sondern dass niemand ein auf Pflege reduziertes Leben führen möchte – und sollte! Der Wunsch „Hauptsache gesund!“ trifft zu, weil gesund sein, gut gepflegt sein, die körperlichen Bedürfnisse befriedigt haben, eine Grundlage, eine wichtige Voraussetzung für ein gutes und menschenwürdiges Leben ist. Aber es ist nicht alles, was wir zum Leben brauchen. Stellen Sie sich vor, man würde Ihnen sagen: Deine Zähne sind doch gut geputzt, Deine Haut ist eingecremt, Du duftest gut, bist satt und ausgeruht und hast Kleidung, die zu Dir passt und ein Bett, in dem Du gut schläfst – Du wirst doch nicht auf die Idee kommen, auch noch ins Kino oder Theater gehen zu wollen, in der VHS eine Fremdsprache zu lernen, Dich mit Deinen Erinnerungen an früher beschäftigen, eine schöne Reise machen, und Dich womöglich mit interessanten und netten anderen Menschen unterhalten und ab und zu sogar noch etwas Neues lernen und Dich weiterentwickeln zu wollen!

Ich bin mir sicher, dass wir uns auf zwei Grundaussagen einigen können:

- Jeder Mensch braucht gute Pflege – in Form der Selbstpflege und soweit erforderlich der Pflege durch andere, aber
- kein Mensch darf auf ‚nur Pflege‘ reduziert werden, sonst fehlt ihm etwas Wesentliches.

## **Ein „gutes Leben“ als Menschenrecht**

Damit ist eine Kernfrage angesprochen: Gibt es Menschen, für die es reicht und vertretbar ist, sie ‚gut zu pflegen‘? Die Frage stellt sich besonders, weil die Pflege – als Wissenschaft – längst den Anspruch erhebt, dem Menschen ‚ganzheitlich‘ gerecht zu werden und ihm neben körperlich-seelischem Wohlbefinden beispielsweise auch ‚Teilhabe‘ zu ermöglichen. Derzeit findet (unter Beteiligung eines Vertreters des Deutschen Behindertenrates) eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitskonzepts durch ein Projekt der Universität Bielefeld statt (Wingenfeld u.a. 2008). Hier ist abzusehen, dass sich ein Pflegeverständnis bestätigt, das sich in der Pflegewissenschaft längst abzeichnet, nämlich dass das Pflegeverständnis wesentlich erweitert wurde und viele Aspekte der Teilhabe aufgreift (LACHWITZ 2008).

Dies zeigt sich auch in der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“, die der „Runde Tisch Pflege“ 2005 im Entwurf veröffentlicht hat (DZA 2005). Sie berücksichtigt folgende Aspekte einer ‚guten Pflege‘:

### **Inhaltsbereiche der Pflege-Charta (DZA 2005)**

1. Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe
2. Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit
3. Privatheit
4. Pflege, Betreuung und Behandlung
5. Information, Beratung und aufklärung
- 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gemeinschaft
- 7: Religion, Kultur und Weltanschauung
- 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Dieses Dokument belegt Mehreres:

1. Das moderne Pflegeverständnis ist längst keines von ‚satt und sauber‘ mehr (vgl. JUCHLI 1992). Es impliziert Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe, die Anliegen von Freiheit, Sicherheit und Privatheit, Betreuung, Aufklärung und Behandlung, Kommunikation und Teilhabe, Berücksichtigung der Kultur und Weltanschauung sowie würdevolles Sterben. Das ist anspruchsvoll entspricht einem humanen, modernen und demokratischen Menschenbild.
2. Eine solche Positiv-Definition schärft sehr den Blick für das Auseinanderklaffen von Ideal und Wirklichkeit. WOLLASCH (2005) kritisiert diese Charta insofern als Augenwischerei, weil nur Standards formuliert, aber nicht die dafür notwendigen Rahmenbedingungen benannt werden. Die Leistungen im Katalog der Pflegeversicherung decken den Bedarf nicht ab, der sich aus dem modernen Pflegeverständnis ergeben würde. Von der Pflegeversicherung finanzierte

Pflegeeinrichtungen können nicht das realisieren, was einem modernen und humanen Pflegeverständnis entspricht. „Die Pflegeversicherung ist unbestritten ein Teilleistungssystem, das nicht alles abdeckt, was Menschen an Pflege brauchen. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB 11 deckt folglich auch nicht alle Aspekte von Pflege ab“, so die Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, EVERS-MEYER (2007).

3. Eine Prüfung des Textes zeigt aber auch, dass Pflege nicht alles ist, was zum Menschsein gehört. Ein noch so weites Verständnis von Pflege lässt relevante Bedingungen ‚guten menschlichen Lebens‘ außen vor, weil ihr Fokus bei der Sorge um das Wohlbefinden, um körperlich/seelische Gesundheit liegt und sie in der menschlichen Körperlichkeit begründet ist, den Menschen darauf reduziert. Menschen brauchen mehr ‚zum Leben‘.

Was fehlt, wenn wir Menschen nur aus dem Blickwinkel der Pflege sehen? Dies wird beispielsweise deutlich, wenn man die o.g. Pflegecharta mit dem Modell der ‚Capabilities‘ der amerikanischen Philosophin MARTHA NUSSBAUM (1999) vergleicht; man könnte für einen solchen Vergleich auch die ICF der WHO heranziehen. Nussbaums Konzept bietet eine Grundlage und Zielorientierung für die praktische pädagogische Arbeit ebenso wie für die politische Auseinandersetzung um die Frage, was eine demokratische Gesellschaft jedem Bürger zubilligen muss, will sie ihren humanen Charakter nicht aufs Spiel setzen. Das Kernanliegen der Nussbaum’schen Philosophie besteht in der Opposition gegen die Beliebigkeit des postmodernen Relativismus. Sie vertritt einen modernen Universalismus, welcher Gründe, Einsichten und Kritik an die Stelle des postmodernen affirmativen Spiels der Differenz und des Rechts des Stärkeren treten lässt. Ihr ‚Markenzeichen‘, die Liste zentraler menschlicher Capabilities, stellt eine Kritik an Utilitarismus, Relativismus und Liberalismus dar und beinhaltet konkrete Forderungen nach sozialer und globaler Gerechtigkeit. Nach Nussbaums Auffassung macht sich das Menschsein und dessen Würde nicht - wie etwa bei Peter Singer - daran fest, welche Kompetenzen und Fähigkeiten Menschen bereits ausgebildet haben, sondern welche Möglichkeiten des Menschseins sozusagen vor ihnen liegen. Die Würde jedes Individuums hängt dann nicht davon ab, was aus ihm geworden ist, das ist bei jedem Menschen weniger als möglich gewesen wäre, sondern worauf er angelegt ist. Ihre Liste des guten menschlichen Lebens umfasst:

1. Ein Leben von normaler Dauer: In der Lage zu sein, bis zum Ende eines vollständigen Lebens leben zu können, soweit, wie es möglich ist; nicht frühzeitig zu sterben.
2. Körperliche Gesundheit (inkl. Ernährung und Wohnung, Sexualität und Bewegung): In der Lage zu sein, eine gute Gesundheit zu haben; angemessen ernährt zu werden; angemessene Unterkunft zu haben; Gelegenheit zur sexuellen Befriedigung zu haben; in der Lage zu sein zur Ortsveränderung.
3. Körperliche Unversehrtheit (inkl. Sicherheit vor Gewalt sowie lustvoller Erfahrungen): In der Lage zu sein, unnötigen und unnützen Schmerz zu vermeiden und lustvolle Erlebnisse zu haben.

4. Sinne, Vorstellungskraft und Denken (inkl. Kultur genießen und produzieren): In der Lage zu sein, die fünf Sinne zu benutzen, zu phantasieren, zu denken und zu schlussfolgern.
5. Emotionen (Zuneigung zu Dingen und Menschen): In der Lage zu sein, Bindungen zu Personen außerhalb unserer selbst zu unterhalten; diejenigen zu lieben, die uns lieben und sich um uns kümmern; über ihre Abwesenheit zu trauern; in einem allgemeinen Sinne lieben und trauern sowie Sehnsucht und Dankbarkeit empfinden zu können.
6. Praktische Vernunft (samt einer Vorstellung vom Guten): In der Lage zu sein, sich eine Auffassung des Guten zu bilden und sich auf kritische Überlegungen zur Planung des eigenen Lebens einzulassen.
7. Zugehörigkeit (inkl. Zuwendung und Würde sowie Schutz vor Diskriminierung): In der Lage zu sein, für und mit anderen leben zu können, Interesse für andere Menschen zu zeigen, sich auf verschiedene Formen familialer und gesellschaftlicher Interaktion einzulassen.
8. Verbindung mit anderen Lebewesen und der Natur: In der Lage zu sein, in Anteilnahme für und in Beziehung zu Tieren, Pflanzen und zur Welt der Natur zu leben.
9. Spiel (auch Lachen und Erholung) In der Lage zu sein, zu lachen, zu spielen und erholsame Tätigkeiten zu genießen.
10. (a+b) Kontrolle über die eigene Umgebung sowie In der Lage zu sein, das eigene Leben und nicht das von irgendjemand anderen zu leben sowie das eigene Leben in seiner eigenen Umwelt und in seinem eigenen Kontext zu leben (Nach *NUSSBAUM* 1999)

Diese ‚dem Menschen möglichen Fähigkeiten‘ (Capabilities) stellen eine nicht reduzierbare Pluralität dar: Das Fehlen im einen kann nicht durch ein Mehr in einem anderen Fähigkeitsbereich aufgewogen werden, und zwischen ihnen können durchaus Konflikte entstehen.

Im Vergleich zeigt sich, dass die Pflegecharta viele hier angesprochenen Aspekte berücksichtigt, einige jedoch nicht. Folgende Bedingungen für ein ‚gutes Leben‘ nach Nussbaum fehlen demnach auch in diesem modernen Konzept und gehen über das hinaus, was ‚gute Pflege‘ meint:

- Nutzung der Sinne, von Vorstellungskraft und Denken, Kultur genießen u. produzieren
- Lustvolle Erfahrungen, auch Sexualität
- Emotionen in Bezug auf Dinge und Menschen, Bindungen, Beziehungen,
- Praktische Vernunft
- Verbindung mit anderen Lebewesen und der Natur
- Die Fähigkeit zu lachen, zu spielen und erholsame Tätigkeiten zu genießen.

Die in der Pflegecharta nicht angesprochenen Aspekte haben etwas gemeinsam: Sie sind Gegenstand der Bildung und zugleich wesentliche Aspekte der gesellschaftlichen Teilhabe. Und sie haben unmittelbare Bedeutung für die Menschen, die wir schwer(st)behindert nennen: Wahrnehmung, Bildung von Beziehungen, Erkennen von Zusammenhängen, Kontakt und Begegnung mit der

Umwelt, der Genuss von unterhaltsamen Aktivitäten und Erfahrungen und Kulturzugang und -aneignung. Martha Nussbaum betont, dass die Capabilities keine Rangreihe beinhalten. Alles ist gleich bedeutsam, nichts kann durch etwas anderes ‚ersetzt‘ werden.

## **Was Menschen mit geistiger und schwerer Behinderung im Alter brauchen**

Man könnte einwenden, dass das doch für alle Menschen gelte. Das ist richtig. Offenbar hat eine Vereinigung von AlzheimerpatientInnen bereits eingefordert, ebenfalls Eingliederungshilfe zu erhalten (LACHWITZ 2008). Es ist aber zu beachten, dass Menschen mit geistiger Behinderung lebenslang ein Anrecht auf Ermöglichung selbstbestimmter Teilhabe rechtlich zugesichert ist, weil sie das brauchen. Sie haben ein Anrecht auf die Bedingungen für ein – um mit Nussbaum zu sprechen – ‚gutes Leben‘ in allen Facetten. Mit einer geistigen (und mehrfachen) Behinderung zu leben bedeutet, an dessen Verwirklichung be-hindert zu sein oder besser behindert zu werden, wenn ihnen die erforderlichen Hilfen und die Angebote vorenthalten werden, um die eigene Persönlichkeit entwickeln, möglichst selbstbestimmt ihr eigenes Leben führen und an dem teilhaben zu können, was in unserer Gesellschaft und in unserer Kultur vorhanden ist. Eingliederungshilfe meint das Recht auf selbstbestimmte Teilhabe in diesem Sinne. Dazu gehört das Recht auf pflegerische Hilfen, aber nicht nur.

Wie kommt man überhaupt auf die Idee, bei Menschen mit hohem Hilfebedarf sei ‚gute Pflege sei alles, was diese Menschen brauchten‘, zumindest im Alter – eine Meinung, die durchaus auch bei SonderpädagogInnen zu finden ist (Klauß u.a. 2006)? Kann man Menschen auf ihre körperlich bedingten Bedürfnisse reduzieren, nur weil der Zeitaufwand steigt, der für diesen Lebensbereich erforderlich ist? Benötigen Menschen deshalb, weil man viel Zeit für die Nahrungsaufnahme, Hygiene, Hautpflege und zum Erhalt der Beweglichkeit braucht, keine Möglichkeit mehr, mit anderen zu kommunizieren, neue Eindrücke zu genießen, an Kultur teilzuhaben, etwas Interessantes zu tun und zu erleben, in mehreren Welten zu leben, die eigene Selbstständigkeit zu entwickeln und möglichst viel im Alltag selbst zu bestimmen?

Alt werden mit einer Behinderung bedeutet, dass der Bedarf an Unterstützung im Bereich der Teilhabe bestehen bleibt, und dass der im Bereich der Pflege zunimmt. Die Anforderung – und damit unsere Verantwortung für sie – wird also größer, quantitativ und vor allem auch qualitativ. Es entsteht nun nämlich die Frage, wie man den Menschen gerecht wird – in allen ihren Lebensbereichen – auch wenn man im Bereich des körperlichen mehr Zeit aufwenden muss. Die Vorstellung, der Bedarf an personaler Zuwendung sei reduzierbar, wenn sie älter (und pflegebedürftiger) werden, ist deshalb nur sehr schwer nachvollziehbar.

## **Pflege – konkret erlebt**

Dass die Möglichkeit der Reduzierung von behinderten Menschen auf ihre organismischen Bedürfnisse keine nur theoretische ist, zeigt sich, wenn man – was

selten genug geschieht – die Qualität der pädagogisch-pflegerischen Begleitung untersucht, die Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung erhalten.

Zunächst zwei Beispiele aus einer Untersuchung von Monika Seifert (SEIFERT u.a. 2001), die sie mit Studierenden in mehreren Wohn- und Pflegeheimen um Köln durchgeführt hat.

*Beispiel I: Beim Wickeln fordert der Mitarbeiter die Initiative von Frau C., z. B. fordert er sie auf, sich selber an seinen Händen aus dem Liegen hochzuziehen. Beim Kämmen lässt er Frau C. erst mit dem Kamm spielen. Sie betastet die beiden Enden des Kammes, kratzt sich mit den Borsten über die Wange. Auch den Fön gibt er ihr in die Hände. Frau C. hält sich den Luftstrahl ins Gesicht, dreht den Fön, tastet ihn ab, hält ihn sich ans Ohr. Während des Windelns, Kämmens und Fönens [...] hören die beiden Musik. (SEIFERT 2006)*

Was geschieht hier? Eine Pflegesituation wird genutzt, um ein umfassendes Wohlbefinden des Gepflegten zu erreichen – und zugleich Teilhabemöglichkeiten und -fähigkeiten zu eröffnen, und zwar durch

- eine Atmosphäre der Freundlichkeit, durch die Haltung der Wertschätzung,
- vielfältige Angebote zur Sinneswahrnehmung,
- Anregung und Zulassen von Eigenaktivität, und einen
- nonverbalen Dialog durch körperorientierte Zuwendung.

Vergleichen wir damit die Alltagswirklichkeit einer Pflegeheimbewohnerin, Frau S.:  
*Beispiel II: Frau S. wird im Bett gewaschen. Zwei Mitarbeiterinnen ziehen sie aus, wobei eine rechts und eine links neben dem Bett steht. Eine hält ihre Hände fest, damit die andere sie waschen kann. Frau S. schreit wie ein Baby, sehr lang anhaltend und stoßweise. Sie wird zum Waschen mehrmals hin und her gedreht, wobei sie sich jeweils durch entgegengesetzte Bewegungen zu entwinden versucht. Die Mitarbeiterinnen greifen fest zu, damit sie liegen bleibt. Auch beim Anziehen schreit Frau S. ununterbrochen weiter. Die Mitarbeiterinnen versuchen nicht, sie zu beruhigen. Erst als Frau S. fertig angezogen ist und immer noch schreiend in den Rollstuhl gehoben wird, ruft eine Mitarbeiterin Frau S. laut beim Namen. Frau S. verstummt sofort. (ebd.)*  
 In zwei weiteren Beispielen geht es vor allem um das Thema Selbstbestimmung. Sie zeigen nach SEIFERT u.a. (2001) Eckpunkte des Kontinuums zwischen Achtung individueller Wünsche und Machtmissbrauch (vgl. HAHN 1992).

*Beispiel III: Beim Abendessen stehen an Frau L.s Platz zwei Teller mit Brei bereit. In dem einen befindet sich ein Eintopf (Mittagsrest), in dem anderen ein süßer Brei. Die Betreuerin erklärt mir, dass Frau L. (blind) manchmal süße Speisen bevorzugt und dass sie ihr deshalb gerne beides anbieten möchte. [...] Sie beginnt, ihr den herzhaften Brei zu geben, und achtet auf Frau L.s Reaktion. Sie wechselt nach wenigen Löffeln zu dem süßen Brei und es scheint, als helle sich der Gesichtsausdruck von Frau L. auf. (B)*

*Beispiel IV: Zum täglichen Speiseangebot von Herrn U., einem ständig bettlägerigen schwer behinderten Pflegeheimbewohner, gehört Weißbrot mit Schmierwurst oder Käse, das in Kaffee aufgeweicht ist. Er gibt deutlich zu verstehen, dass er diesen Brei nicht mag. Andere Speisen und Getränke nimmt er ohne Widerspruch zu sich: Die Mitarbeiterin [...] ging zu Herrn U., setzte sich auf seine Bettkante und hielt ihm den Löffel an die Lippen. [...] Er kniff die Lippen fest zusammen. Nach drei Versuchen, ihn freiwillig zum Essen zu bewegen, zog sie gewaltsam seinen Unterkiefer herunter und schob ihm das Brot in den Mund. [...] Als sie merkte, dass er das Brot nicht hinunterschluckte, rief sie: "Los! Jetzt wird aber schnell geschluckt!" Trotz ihrer Forderung*

*behielt er das Brot im Mund, so dass sie ihm erneut den Unterkiefer herunterzog und einen weiteren Bissen Brot in den noch vollen Mund steckte. Durch die große Menge an Brot, die sich nun in Herrn U.s Mund befand, war er gezwungen, es herunterzuschlucken. Dabei kniff er seine Augen zusammen und schüttelte den Kopf schnell hin und her. (SEIFERT 2006)*

## **Bedeutung der Qualifikation und Orientierung**

Nun kann man sagen: Es gibt doch auch gute Pflegeeinrichtungen und schlechte Einrichtungen, die über Eingliederungshilfe finanziert werden. Das stimmt natürlich. Letztlich kommt es auf die Personen an und auf die Art und Weise, wie sie mit den Menschen umgehen. Dennoch halte ich die Beispiele für aussagekräftig. Das konkrete Handeln der Menschen geschieht nicht im luftleeren Raum. Es ist abhängig von den konkreten Bedingungen, etwa von der Zeit, die zur Verfügung steht, und von der eigenen Qualifikation und von der Orientierung des Dienstes: Was erscheint einem angesichts der konkreten Bedingungen, unter denen man Begleitung und Pflege realisiert, vorrangig? Die Sorge für das körperliche Wohl oder eine gleichzeitige Beachtung dessen, was ein ‚gutes Leben‘ sonst noch ausmacht? Was hat man dazu in der Ausbildung gelernt? Was gilt im Team für wichtig, was wird von der Leitung erwartet und anerkannt? Was kann man in die Dokumentation als Leistung eintragen und was nicht? Das wiederum hängt wesentlich von dem ab, was dann auch bezahlt wird. Aus diesem Grund laufen Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung in Pflegeeinrichtungen große Gefahr, in ihrem Menschsein sehr reduziert zu werden.

## **Eingliederungsbedarf konkret**

Schwester WALBURGA SCHEIBEL aus den Heggbacher Einrichtungen hat beim KVJS-Tag im Juli 2007 in Herrenberg darauf hingewiesen, welche Eingliederungshilfeleistungen (nach Metzler) entfallen würden, wenn nur Pflege geleistet würde. Sie stellt dem gegenüber, was in ihrer Einrichtung für alte Menschen mit Behinderungen angeboten wird und nicht unter Pflege subsumiert werden kann. So erhalten Menschen mit geistiger Behinderung in der Seniorenbetreuung Angebote zur Alltagsgestaltung ihres dritten Lebensabschnittes und eine Begleitung, die ihre Besonderheiten berücksichtigt, beispielsweise:

- Beschäftigung mit dem Selbstbild und Verständnis für Körperveränderungen im Alter
- Biographiearbeit
- Sinnfragen und religiöses Leben
- Entwicklung neuer Aktivitäten und Nutzung eines zweiten Lebensraums

Schwester SCHEIBEL weist außerdem darauf hin, dass

- Menschen mit geistiger Behinderung wegen mentaler und psychischer Einschränkungen in Krisen, Krankheits-, Alterungs- und Sterbesituationen ein Vielfaches an individueller und ganzheitlicher Zuwendung, Begleitung und Unterstützung brauchen, und dass sie

- im Gegensatz zu anderen alten Menschen nicht die Fülle an Erfahrungen und Erinnerungen haben und weniger auf gemachte Erfahrungen zurückgreifen und sie als Verarbeitungspotential für ein gelungenes Leben/Alterszufriedenheit nutzen können. Sie brauchen dazu kontinuierliche Unterstützung.
- Außerdem ist für sehr viele von ihnen die Wohngruppe Familienersatz, da sie meist keine sozialen Netzwerke (Familie, Bekannte) mehr haben. Bleiben können ist Lebensqualität.

## **Pflege und Inklusion**

Auch wenn es noch immer wenige sind, leben doch Menschen mit geistiger Behinderung zunehmend in normalen Wohnungen und erhalten – z.B. mit dem Persönlichen Budget finanziert – Unterstützung nach eigener Wahl. Auch dieses umfasst nicht nur Leistungen zur Alltagsbewältigung, sondern Zugang zur Kultur, zu Bildungsangeboten, zur Kommunikation etc.

Wenn auch für Menschen in ‚normalisierten‘ Lebensumständen ein würdiges Altern möglich werden soll, ist auch hier zu fragen, wie dies bei zunehmendem Bedarf an Fremdpflege erhalten werden kann. Die Antwort auf dieser Frage kann keinesfalls sein, dass ein Alterspflegeheim doch eigentlich etwas ganz Normales sei. Normal ist das allenfalls im statistischen, nicht aber im normativen Sinne. Die modernen Ideen zur Teilhabe setzen ja nicht nur auf professionelle Unterstützung, sondern auch auf die Potenz von Nachbarschaften und auf bürgerschaftliches Engagement. Wo es gelingt, solche „Menschenstädte“ (v. LÜPKE 2000) zu schaffen, können hoffentlich auch mehr Menschen mit geistiger Behinderung im Alter am vertrauten Ort bleiben. Dies wird aber nicht funktionieren, wenn nicht auch die Profis, die Pflegedienste, MedizinerInnen, TherapeutInnen und PädagogInnen sich hier einklinken und entsprechend qualifizieren. Den Versuch ist dies wohl wert.

## **Was brauchen älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung?**

Fragt man zusammenfassend, was älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung im Alter brauchen, so komme ich auf die Grimm'sche Geschichte zurück, auf deren Schluss:

*Wie sie da so sitzen, so trägt der kleine Enkel von vier Jahren auf der Erde kleine Brettlein zusammen. „Was machst du da?“ fragte der Vater. „Ich mache ein Tröglein“, antwortete das Kind, „daraus sollen Vater und Mutter essen, wenn ich groß bin.“ Da sahen sich Mann und Frau eine Weile an, fingen endlich beide an zu weinen, holten alsofort den alten Großvater an den Tisch und ließen ihn von nun an immer mit essen, sagten auch nichts, wenn er ein wenig verschüttete.*

Das Kind, das einfach die Eltern imitiert, vermittelt dadurch die Einsicht vom richtigen Handeln, einer Variante von Kants Kategorischem Imperativ: Handle so, dass die Maxime deines Handelns zum Allgemeinen Gesetz werde könnte. Oder einfacher: Liebe deinen Nächsten - so wie dich selbst. Was spürt das Kind, was Menschen im Alter brauchen, um nicht nur dabei zu sein, sondern weiterhin teilzuhaben?



- Dabeibleiben und dazugehören können, den vertrauten Lebensraum nicht verlassen müssen – auch nicht den gemeinsamen Tisch.
- Kommunikation und menschlichen Kontakt: Menschen mit Behinderung im Alter brauchen eher mehr Unterstützung, um mit anderen kommunizieren zu können als weniger. Sie brauchen weiterhin heterogene Lebenssituationen und keine Gettos, wo sie ‚unter sich‘ sind.
- Teilhabe an der Kultur: Normales Geschirr ist ein Kulturgut, dessen Verweigerung steht symbolisch auch dafür, dass andere Kulturgüter zum würdigen Altwerden gehören: Lesen, gute Musik hören, gut zubereitete Mahlzeiten genießen, ästhetische und passende individuelle Kleidung tragen, etwas von der Welt sehen.
- Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit Selbstbestimmung: Selbstständigkeit und Autonomie zu erhalten ist aufwändiger als eine pure Versorgung. Beides erfordert bei nachlassenden Kompetenzen behinderter Menschen ein noch genaueres Hinhören und Hinschauen auf minimale Äußerungen und Signale, auf mögliche oder geäußerte Wünsche.
- Begleitung, die ihm ein menschenwürdiges Leben ermöglicht: Hilfe, die sich an den vorhandenen Kompetenzen orientieren und genau darauf abgestimmt sind, die nur mithilft, wo eine vollständige Übernahme hemmend und entwürdigend wäre.

### **Anforderungen an die pädagogisch-pflegerische Begleitung**

In Bezug auf die pädagogische und pflegerische Begleitung alt werdender und alter Menschen mit geistiger Behinderung erscheint deshalb Zweierlei notwendig:

1. Die Gestaltung pflegerischer Hilfen im Sinne selbstbestimmter Teilhabe, und:

2. Eigene Angebote zur selbstbestimmten Teilhabe (über die Pflege hinausgehend).

Die Beispiele haben belegt, dass man Pflege von Menschen mit – altersbedingtem – hohem Hilfebedarf sehr unterschiedlich gestalten kann. Die Zeit, die zur Pflege aufgewandt werden muss, steigt mit dem Alter an. Das bedeutet, dass weniger Zeit für teilhabeorientierte Angebote und Hilfen bleibt. Was folgt daraus? Will man die Teilhabe nicht reduzieren, so muss ich die Pflegezeit mitnutzen! Es gibt inzwischen viele Konzepte dafür, das bekannteste ist die Basale Stimulation von FRÖHLICH (1998). Gute Pflege bedeutet dann nicht nur, dass die körperlich bedingten Bedürfnisse befriedigt werden, sondern dass man dabei u.a. auch

- Selbstständigkeit fördert,
- Kommunikation und Selbstbestimmung ermöglicht und unterstützt,
- den Zugang zur Welt über die Wahrnehmung des eigenen Körpers, der vielen Gerüche, optischen Eindrücke u.a.m. zu ermöglichen und damit die Aneignung von Neuem und persönliche Weiterentwicklung zu unterstützen,
- Ausdruck und Gestaltung ermöglicht wird, das Ausprobieren beispielsweise, wie man gerne aussehen möchte, die Einrichtung des Wohnraumes, die Beschäftigung mit Farben.

Dazu braucht es Menschen, die das auch können. Am besten geht dies vermutlich in interprofessionellen Teams, die gut kooperieren und in denen auch Kompetenztransfer stattfindet. Pflegerisches Personal alleine muss damit überfordert sein.

Auch wenn wir die Pflegesituationen so gestalten, kann das nicht alles sein, worauf alt werdende Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung ein Anrecht haben. Es reicht nicht, im Bad das Radio laufen zu lassen – man muss auch mal ins Konzert gehen. Es reicht nicht, auf der Toilette über die beste Sitzhaltung zu kommunizieren – man muss auch mal zusammen alte Bilder alb anschauen und über das Vergangene sich austauschen können.

## Fazit

Pflege ist für jeden Menschen unerlässlich. Im Alter brauchen wir mehr Pflege durch andere. Wenn sie gut ist, orientiert sie sich am Ziel selbstbestimmter Teilhabe, auch im Alter. Das ist in Pflegeeinrichtungen nicht umfassend gewährleistet – vor allem nicht für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung, weil diese neben der Hilfe bei der Pflege auch in allen anderen Lebensbereichen spezifische Unterstützung benötigen, um bis zum Lebensende ein ‚gutes Leben‘ führen zu können. Niemand hat ein Recht, ihnen das abzusprechen, weil man mehr Zeit aufwenden muss, um ihre körperlich bedingten Bedürfnisse zu befriedigen. Wir würden ihnen damit einen Teil ihres Menschseins absprechen.

## Literatur

- BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE (2007): Ungerecht und nicht hinnehmbar. Gesetzentwurf zur Sozialen Pflegeversicherung benachteiligt in Wohneinrichtungen lebende behinderte Menschen. Pressemitteilung vom 18. 10. 2007.
- BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE (2008): „Orientierungs- und Entscheidungshilfe für die Begleitung des zukünftigen Wohnens älter werdender und alter Menschen mit Behinderung“ (Vorlage GemSitz 8./9. 02. 2008).
- Diskussionspapier der verbändeübergreifenden Arbeitsgruppe „Alternde und alte Menschen mit Behinderungen – eine Herausforderung für die Behindertenhilfe“. [http://www.beb-ev.de/files/pdf/2006/sonstige/2006-05-12\\_dp\\_alt.pdf](http://www.beb-ev.de/files/pdf/2006/sonstige/2006-05-12_dp_alt.pdf) (2006).
- EVERS-MEYER, K. (2007): Rede der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Karin Evers-Meyer, MdB, anlässlich der Übergabe der „Empfehlungen für eine teilhabeorientierte Pflege“ an Frau Bundesministerin Ulla Schmidt Kleisthaus, Dienstag, 12. Dezember 2006. URL: [http://www.behindertenbeauftragte.de/pdfs/1166000842\\_pdf.pdf](http://www.behindertenbeauftragte.de/pdfs/1166000842_pdf.pdf) (Entn. 14 10 2007).
- FRÖHLICH, A.D. (1998): Basale Stimulation. Das Konzept. Dortmund.
- LACHWITZ, K. (2008): Bericht bei der Gemeinsamen Sitzung des BV und der Länderkammer der Bundesvereinigung Lebenshilfe im Februar 2008. Unveröff.
- KLAUB, TH. (2006): Menschen mit schweren Behinderungen im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen. In: Geistige Behinderung Heft 1, 3-18.
- KLAUB, TH. (2007): Pflege für Menschen mit hohem Hilfebedarf. Eine pädagogische Aufgabe? In: Behinderte Menschen (30) H. 5, 22-35.
- LEBENSHILFE BAYERN (2004): In Würde alt werden. Lebensqualität im Alter für Menschen mit einer geistigen Behinderung in Einrichtungen und Diensten der Lebenshilfe; Positionspapier der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung. Erlangen.
- LEBENSHILFE NIEDERSACHSEN (2006): Alte Menschen mit geistiger Behinderung. Ergebnis des 22. Treffens der leitenden MitarbeiterInnen in Wohnbereichen der Lebenshilfe in Niedersachsen am 1./2. Dezember 2005 in Bad Nenndorf. Hannover.

- LÜPKE, K. v. (2000): Tandem-Arbeit mit Bürgerjahr - Beteiligung im Gemeinwohlarbeits-Sektor. In: *Gemeinsam leben - Zeitschrift für integrative Erziehung*, Heft 1.
- NUSSBAUM, M. C. (1999): *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*. Frankfurt/Main: Suhrkamp-Verlag.
- STAMPEHL, V. (2007): Abgrenzung der Eingliederungshilfe von der Hilfe zur Pflege aus rechtlicher Sicht. In: Landesverband Baden-Württemberg der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung e.V. (2007): *Alte Menschen mit geistiger Behinderung – zwischen Eingliederungshilfe und Pflege? Dokumentation des Fachtages am 14.11.2007 in Weil der Stadt*, S. 25-28.
- SEIFERT, M., FORNEFELD, B. & KOENIG, P. (2001): *Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim*. Bielefeld.
- SEIFERT, M. (2006): *Lebensqualität von Menschen mit schweren Behinderungen Forschungsmethodischer Zugang und Forschungsergebnisse*. In: *Zeitschrift für Inklusion-online.net*, H. 2. URL: <http://www.inklusion-online.net/index.php?menuid=18&reporeid=21>. Entn. 10 2007.
- VATER, A. (2007): *Eingliederungshilfe: ein Leben lang! Juristische Perspektive*. <http://www.beb-ev.de/files/pdf/2007/sonstige/2007-12-05vater.pdf>. Entn. 10 2007.
- WINGENFELD, K. , BÜSCHER, A. & GANSWEID, B. unter Mitarbeit von C. Büker, V. Meintrup, P.U. Menz, A. Horn, J. Weber (2008): *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit*. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Projektleitung: Prof. Dr. Doris Schaeffer, Dr. K. Wingenfeld, Dr. A. Büscher. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL); Projektleitung: Dr. U. Heine, Dr. B. Gansweid. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld/Münster, 29. 2. 2008

## Autorinnen und Autoren

Christina Ding-Greiner  
Ärztin und Diplom-Gerontologin,  
Institut für Gerontologie Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg  
Bergheimer Str. 20  
69115 Heidelberg  
Email: [Christina.Ding-Greiner@gero.uni-heidelberg.de](mailto:Christina.Ding-Greiner@gero.uni-heidelberg.de)

Harald Fechter  
Diplom-Pädagoge  
Bereichsleiter Wohnen im Heim Pfingstweid e.V.  
88069 Tettnang  
Email: [FechterH@aol.com](mailto:FechterH@aol.com)

Prof. Dr. Theo Klauß  
Fakultät für Erziehungswissenschaften, Institut für Sonderpädagogik  
Pädagogische Hochschule Heidelberg  
69120 Heidelberg  
Email: [theo.klauss@urz.uni-heidelberg.de](mailto:theo.klauss@urz.uni-heidelberg.de)

Prof. Dr. Michael Seidel  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Geschäftsführung des Stiftungsbereichs Behindertenhilfe  
v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel  
Maraweg 9  
33617 Bielefeld

Prof. Dr. Georg Theunissen  
Institut für Rehabilitationspädagogik, FB Erziehungswissenschaften  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
06099 Halle  
Email: [theunissen@paedagogik.uni-halle.de](mailto:theunissen@paedagogik.uni-halle.de)

## Impressum

Die „*Materialien der DGSGB*“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen und Bestellungen an die Redaktion erbeten (Bestellformular über die Website [www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)).

## Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit  
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)  
Maraweg 9  
33617 Bielefeld  
Tel. 0521 144-2613  
Fax 0521 144-3096  
**[www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)**

## Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennische  
Brüderstr. 5  
12205 Berlin  
Tel.: 0174 9893134  
E-mail [klaus.hennische@gmx.de](mailto:klaus.hennische@gmx.de)



### **Zweck**

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

### **Hintergrund**

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

### **Aktivitäten**

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

### **Mitgliedschaft**

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

### **Organisation**

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

#### **Vorstand:**

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)  
 Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stelw. Vorsitzender)  
 Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stelw. Vorsitzender)  
 Prof. Dr. Gudrun Dobsław, Bielefeld (Schatzmeisterin)  
 Dr. Knut Hoffmann, Göttingen  
 Dipl.-Psych. Stefan Meir, Meckenbeuren  
 Prof. Dr. Georg Theunissen, Halle

#### **Postanschrift**

Prof. Dr. Michael Seidel  
 v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel  
 Stiftungsbereich Behindertenhilfe  
 Maraweg 9  
 D-33617 Bielefeld  
 Tel.: 0521 144-2613  
 Fax: 0521 144-3467  
 www.dsgb.de