

**Subjektive Lebensqualität  
von Menschen mit geistiger Behinderung  
in der Lebensphase Alter**

Dissertation  
zur Erlangung des Grades  
eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von  
Heiko Michael Schuck  
Diplom-Pädagoge

Tag der Disputation: 20. Januar 2016

Gießen im Januar 2016

Gutachterinnen:

1. Frau Prof. Dr. Reinhilde Stöppler – Justus-Liebig-Universität Gießen
2. Frau Prof. Dr. Barbara Jeltsch-Schudel – Université de Fribourg (Schweiz)

## Vorwort und Danksagung

Die vorliegende Dissertation ist das Ergebnis eines jahrelangen Entwicklungsprozesses, in dem es immer wieder zu Änderungen, Fokus- und Interessensverschiebungen gekommen ist.

Auf dem Weg bis zur Fertigstellung der Dissertation begleiteten mich einige Menschen, die mich in unterschiedlicher Art und Weise unterstützt haben. An dieser Stelle möchte ich meinen herzlichsten Dank aussprechen.

Ich danke in besonderer Weise den Menschen, um die es in dieser Arbeit geht. Sie haben sich die Zeit genommen, mich freundlich empfangen und mir meine Fragen beantwortet. Ich wünsche ihnen alles erdenklich Gute!

Auch den Einrichtungsleitungen und Betreuungspersonen in den Institutionen danke ich für ihre kooperative und wohlwollende Bereitschaft zur Zusammenarbeit sowie dem mir entgegen gebrachten Vertrauen!

Meiner ‚Doktormutter‘ Prof. Dr. Reinhilde Stöppler danke ich für ihre immerwährende Unterstützung jedweder Art. Sie förderte und forderte mich in meinem Tun und begleitete mich bis ins Ziel.

Liebe Reinhilde, vielen herzlichen Dank dafür!

Danke an Frau Prof. Dr. Barbara Jeltsch-Schudel für die Übernahme des Zweitgutachtens und an Herrn Prof. Dr. Thomas Brüsemeister für wichtige Hinweise zur richtigen Zeit.

Ich danke meinen Kolleginnen und Kollegen, die mir in zahlreichen, konstruktiven Gesprächen und Doktorandenkolloquien über den ein oder anderen Stein geholfen haben: apl. Prof. Dr. Susanne Wachsmuth, für ihre immerwährenden optimistischen Mutzusprachen; Dr. Karoline Klamp-Gretschel und Melanie Knaup für die überaus angenehmen Spaziergänge in die Cafeteria; Ilka Benner für besondere Gespräche auf einem gemeinsamen Weg sowie Ellen Beutlich für ihren täglichen Frohsinn im Sekretariat.

Nicht versäumen möchte ich den Dank an meine ehemaligen Kollegen, die mich ebenfalls auf dem Großteil meines Weges begleitet haben: meiner lang-

jährigen Büropartnerin Julia Wilke danke ich für zahlreiche vertrauensvolle Gespräche und eine tolle Zeit in Raum B6 sowie Štefan Kvas, der mich letztendlich dem „Wissenschaftsbetrieb Universität“ bekannt gemacht hat und mit dem ich viele Erfahrungen teilen kann.

Ihr Lieben, danke für eure Begleitung!

Meiner unermüdlichen und überaus konsequenten Korrekturleserin Anne Pappendieck und ihrem männlichen Pendant Christian Fichtner-Kumpf danke ich ausdrücklich und ganz herzlich für ihre Zeit und Mühe, die sie in das Lesen meiner Arbeit investiert haben.

Danke für einige Begradigungen des Weges!

Zum Schluss, aus tiefstem Herzen, sage ich ‚Danke‘ an meine Familie, die mich auf diesem Weg durchweg begleitet und oftmals getragen hat – danke an René, meine Eltern, an Sven, Björn und Saskia!

Stellvertretend für die Menschen, die mir besonders am Herzen liegen, widme ich diese Arbeit Leif – der mir gezeigt hat, was wahre Lebensfreude ist.

Heiko Michael Schuck

### Der alte Großvater und der Enkel (Brüder Grimm)

„Es war einmal ein steinalter Mann, dem waren die Augen trüb geworden, die Ohren taub, und die Knie zitterten ihm. Wenn er nun bei Tisch 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 und noch dazu nicht einmal satt; da sah er betrübt nach dem Tisch, und die Augen wurden ihm naß. Einmal auch konnten seine zitterigen Hände das Schüsselchen nicht festhalten, es viel zu Erde und zerbrach. Die junge Frau schalt, er sagte aber nichts und seufzte nur. Da kaufte sie ihm ein hölzernes Schüsselchen für ein paar Heller, daraus mußte er nun essen. 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 an zu weinen, holten alsofort den alten Großvater an den Tisch und ließen ihn von nun an immer mitessen, sagten auch nichts, wenn er ein wenig verschüttete.“

## Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>I</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>VI</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>VIII</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Lebensphase Alter</b> .....	<b>9</b>
2.1. Definitorische Annäherung an fachspezifische Begrifflichkeiten.....	11
2.2. Demografische Entwicklungen und Zukunft des Alters .....	20
2.3. Dimensionen des Alterns von Menschen mit und ohne geistige Behinderung .....	30
2.3.1. Biologische Aspekte des Alterns .....	33
2.3.2. Psychologische Aspekte des Alterns.....	39
2.3.3. Soziologische Aspekte des Alterns .....	44
2.3.3.1. Aktivitäts- oder Ausgliederungstheorie .....	47
2.3.3.2. Disengagementtheorie.....	51
2.3.3.3. Kontinuitätstheorie .....	53
2.4. Fazit .....	56
<b>3. Konzept Lebensqualität</b> .....	<b>60</b>
3.1. Ursprünge der Wohlfahrtsforschung und Lebensqualitätskonzepte ..	60
3.2. Begriffliche Annäherungen an Lebensqualität .....	67
3.3. Lebensqualität im Kontext einer Behinderung .....	70
3.4. Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung durch sonderpädagogische Leitprinzipien.....	76
3.4.1. Normalisierung der Lebensbedingungen und Integration in die Gesellschaft .....	77
3.4.2. Selbstbestimmtes Leben .....	80
3.4.3. Inklusion im Sinne der UN-BRK .....	82
3.5. Fazit .....	85

---

<b>4.</b>	<b>Empirischer Kontext der Arbeit .....</b>	<b>89</b>
4.1.	Besonderheiten und Herausforderungen empirischer Forschung im Kontext geistiger Behinderung .....	90
4.1.1.	Antwortverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung.....	92
4.1.2.	Zusammenarbeit mit Institutionen .....	94
4.2.	Konzeption der zugrundeliegenden Untersuchung.....	95
4.2.1.	Voruntersuchung: Quantitative Erhebung .....	96
4.2.2.	Forschungsdisposition.....	98
4.2.2.1.	Zielsetzung und Fragestellung.....	98
4.2.2.2.	Personenkreis.....	99
4.2.2.3.	Methodisches Vorgehen .....	100
4.2.2.4.	Rahmenbedingungen der Befragung und Ethische Verantwortung.....	101
4.3.	Interventionsframework sensiQoL <sup>®</sup> .....	102
4.3.1.	Die theoretische Basis: der Lebensqualitätskatalog.....	103
4.3.2.	Die Instrumente der sensiQoL <sup>®</sup> AG.....	109
4.3.2.1.	Fragebogenaufbau .....	111
4.3.2.2.	Werteanalyse.....	112
4.3.2.3.	Auswertungssystematik .....	113
4.3.2.4.	Modifikationen und Ablauf .....	116
4.4.	Zur Methode der Autoethnografie.....	117
4.5.	Fazit .....	120
<b>5.</b>	<b>Zufriedenheitserfassung.....</b>	<b>124</b>
5.1.	Eckdaten der interviewten Personen.....	124
5.2.	Einzelfallbeschreibungen.....	125
5.2.1.	Einrichtung I .....	127
5.2.1.1.	Frau Rikkschaidt.....	127
5.2.1.2.	Herr Koswilevski .....	128
5.2.1.3.	Frau Schuhmacher .....	129
5.2.1.4.	Herr Kreuzer .....	130
5.2.1.5.	Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung.....	132
5.2.2.	Einrichtung II .....	135

---

5.2.2.1.	Frau Windschopp.....	135
5.2.2.2.	Frau Knopp.....	137
5.2.2.3.	Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung.....	139
5.2.3.	Einrichtung III .....	144
5.2.3.1.	Frau Mitrea .....	144
5.2.3.2.	Herr Tomko.....	145
5.2.3.3.	Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung.....	147
5.2.4.	Einrichtung IV .....	149
5.2.4.1.	Herr Kehm .....	149
5.2.4.2.	Frau Schmidt .....	151
5.2.4.3.	Frau Kammel .....	153
5.2.4.4.	Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung.....	154
5.2.5.	Einrichtung V .....	160
5.2.5.1.	Frau Best .....	160
5.2.5.2.	Frau Nohl.....	161
5.2.5.3.	Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung.....	162
5.2.6.	Einrichtung VI .....	163
5.2.6.1.	Frau Zech .....	163
5.2.6.2.	Frau Flint.....	165
5.2.6.3.	Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung.....	166
5.2.7.	Einrichtung VII .....	168
5.2.7.1.	Frau Fritz .....	168
5.2.7.2.	Frau Salzmann .....	170
5.2.7.3.	Frau Lemp .....	171
5.2.7.4.	Frau Breuer.....	172
5.2.7.5.	Herr Albrecht.....	173
5.2.7.6.	Herr Kling.....	174
5.2.7.7.	Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung.....	176



---

5.2.8. Einrichtung VIII.....	181
5.2.8.1. Frau Till.....	181
5.2.8.2. Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung.....	183
5.3. Fazit .....	184
<b>6. Analyse der Ergebnisse unter Berücksichtigung autoethnografischer Aspekte.....</b>	<b>188</b>
6.1. Codierung.....	189
6.2. Prioritäten des Personenkreises.....	191
6.2.1. Mobilität und Bewegung .....	192
6.2.2. Gesundheit.....	196
6.2.3. Psychische Konstitution .....	200
6.2.4. Kognition .....	207
6.2.5. Soziale Kompetenz und Interaktion.....	211
6.2.6. Tagesstruktur und Freizeit.....	216
6.2.7. Wohnen.....	219
6.3. Fazit .....	225
<b>7. Gesamtresümee und Ausblick.....</b>	<b>232</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>243</b>

**Abbildungsverzeichnis**

<b>Abb. 1:</b>	Drittes und viertes Lebensalter (TESCH-RÖMER & WURM 2009, 11)	14
<b>Abb. 2:</b>	Bevölkerungsanteil der über 64-jährigen im Jahr 2014 (STATISTA-DOSSIER 2014, 16)	21
<b>Abb. 3:</b>	Alterspyramide im Jahr 1910 (STATISTISCHES BUNDESAMT 2009a, 15)	23
<b>Abb. 4:</b>	Verlauf der Alterspyramide der Jahre 2011 bis 2060 (STATISTISCHES BUNDESAMT 2015b)	24
<b>Abb. 5:</b>	Multifaktorielles biologisches Modell (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 30)	37
<b>Abb. 6:</b>	Lebensqualitätsmodell mit vier Kernbereichen und 17 Kategorien (CURAVIVA 2014, 13)	106
<b>Abb. 7:</b>	Beispiel Fragesystematik (SENSIQOL© AG)	112
<b>Abb. 8:</b>	Erhebungssystematik (OBERHOLZER 2013, 233)	113
<b>Abb. 9:</b>	Passungssystematik (SENSIQOL© AG)	114
<b>Abb. 10:</b>	Zufriedenheitsskala am Beispiel eines Radardiagramms (SENSIQOL© AG)	115
<b>Abb. 11:</b>	Bildkarte zur Antwortunterstützung (eigene Darstellung)	116

## Tabellenverzeichnis

<b>Tab. 1:</b>	Altersdefinition der WHO (vgl. JUNKERS 1995, 7)	13
<b>Tab. 2:</b>	Differenz zwischen Geburten- und Sterberate (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015a)	22
<b>Tab. 3:</b>	Vier Niveaustufen einer Intelligenzminderung (vgl. DIMDI 2014, 217f)	31
<b>Tab. 4:</b>	Ausgewählte altersbedingte Veränderungen und mögliche Folgen (zit. n. WEYERER ET AL. 2008, 81ff)	35f
<b>Tab. 5:</b>	Zielbereiche und soziale Indikatoren der OECD (ebd. 1982, 13)	62
<b>Tab. 6:</b>	Objektive und Subjektive Indikatoren (ALLARDT 1993, 93)	65
<b>Tab. 7:</b>	Wohlfahrtspositionen (ZAPF 1984, 25)	66
<b>Tab. 8:</b>	Lebensqualitätsindikatoren (nach SEIFERT 2006, o.S.)	74
<b>Tab. 9:</b>	Methodologie der Lebensqualitätsforschung (vgl. SCHÄFFERS 2008, 82f)	89
<b>Tab. 10:</b>	Eckdaten der Onlineumfrage	97
<b>Tab. 11:</b>	Übersicht der vier Kernbereiche, 17 Kategorien und 49 Stichworte (eigene Darstellung)	104
<b>Tab. 12:</b>	Gesamtübersicht LQ-Werte der interviewten Personen	126
<b>Tab. 13:</b>	Zufriedenheitswerte Rikkschaidt	127
<b>Tab. 14:</b>	Zufriedenheitswerte Koswilevski	128
<b>Tab. 15:</b>	Zufriedenheitswerte Schuhmacher	130
<b>Tab. 16:</b>	Zufriedenheitswerte Kreuzer	131
<b>Tab. 17:</b>	Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung I	132
<b>Tab. 18:</b>	Zufriedenheitswerte Windschopp	135
<b>Tab. 19:</b>	Zufriedenheitswerte Knopp	138
<b>Tab. 20:</b>	Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung II	140
<b>Tab. 21:</b>	Zufriedenheitswerte Mitrea	145
<b>Tab. 22:</b>	Zufriedenheitswerte Tomko	146

<b>Tab. 23:</b>	Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung III	147
<b>Tab. 24:</b>	Zufriedenheitswerte Kehm	150
<b>Tab. 25:</b>	Zufriedenheitswerte Schmidt	152
<b>Tab. 26:</b>	Zufriedenheitswerte Kammel	153
<b>Tab. 27:</b>	Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung IV	155
<b>Tab. 28:</b>	Zufriedenheitswerte Best	160
<b>Tab. 29:</b>	Zufriedenheitswerte Nohl	161
<b>Tab. 30:</b>	Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung V	162
<b>Tab. 31:</b>	Zufriedenheitswerte Zech	164
<b>Tab. 32:</b>	Zufriedenheitswerte Flint	165
<b>Tab. 33:</b>	Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung VI	166
<b>Tab. 34:</b>	Zufriedenheitswerte Fritz	169
<b>Tab. 35:</b>	Zufriedenheitswerte Salzmann	170
<b>Tab. 36:</b>	Zufriedenheitswerte Lemp	171
<b>Tab. 37:</b>	Zufriedenheitswerte Breuer	172
<b>Tab. 38:</b>	Zufriedenheitswerte Albrecht	174
<b>Tab. 39:</b>	Zufriedenheitswerte Kling	175
<b>Tab. 40:</b>	Überblick der zufriedenhetswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung VII	176
<b>Tab. 41:</b>	Zufriedenheitswerte Till	182
<b>Tab. 42:</b>	Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung VIII	183
<b>Tab. 43:</b>	Codes und Codeklassen	190
<b>Tab. 44:</b>	Verunglückte Fußgänger bei Straßenverkehrsunfällen 2013 (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014, 191)	195
<b>Tab. 45:</b>	Zeitplan und Umfang von (Screening-)Untersuchungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (AUGUSTIN 2014, 84)	199
<b>Tab. 46:</b>	Gerne unter Menschen   Basis: Bundesrepublik Deutschland, 65- bis 85-Jährige Bevölkerung (Generali Altersstudie 2013, In: KÖCHER & BRUTTEL 2012, 168)	213

## Abkürzungsverzeichnis

BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
BGG	Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
LQ-Wert	ermittelter Zufriedenheitswert
SGB	Sozialgesetzbuch
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention

„Wenn ich jetzt sterben müsste, wäre das in Ordnung. Ich hatte ein erfülltes und glückliches Leben“ (Herr S., 87 Jahre<sup>1</sup>).

## 1. Einleitung

Eine hohe Lebensqualität und ein gutes, subjektives Wohlbefinden sind maßgebliche Faktoren für erfolgreiches Altern (vgl. THOMAE 1991, 323).

Es gibt jedoch keine „Anleitung“ für ein erfolgreiches, zufriedenstellendes Altern. Viele Faktoren spielen eine Rolle für die Lebenssituationen älterer und alter Menschen, wie bspw. der Umgang mit altersbedingten Anforderungen (Anpassungsprozesse hinsichtlich biologischer, psychologischer und sozialer Veränderungen) (vgl. ebd., 324ff), die gesundheitliche Verfassung, individuelle Bedürfnisse und Erwartungen an die Lebensbedingungen (Wohnverhältnisse, finanzielle Situation, Partnerschaft und Familie) sowie der individuelle Grad an Selbstständigkeit, Autonomie und sozialer Integration (vgl. ZANK & BALTES 1998, 62f). Besonders prekär sind Lebenssituationen, die wesentlich von Abhängigkeit und Unterstützungsbedarf geprägt sind, weil in der Lebensphase Alter die Pflege- und Hilfsbedürftigkeit eines Menschen ansteigen, und dadurch alltägliche Verrichtungen beschwerlicher werden können; die individuelle Lebenszufriedenheit in dieser Altersphase sinkt signifikant ab (vgl. HEUFT/KRUSE & RADEBOLD 2006, 53).

Auch heute noch ist mit dem Alter, gesellschaftlich betrachtet, vordergründig ein Stigma (vgl. HOHMEIER 1978, 10) verbunden. Menschen, die sich in der Lebensphase Alter befinden, werden (implizit oder explizit) von gesellschaftlichen Lebensbereichen ausgegrenzt (vgl. ebd., 10) und negativ konnotiert (vgl. DEDERICH 2010, 111). Außerhalb von Pflegeeinrichtungen sind insbesondere demente oder stark pflegebedürftige Menschen nicht sichtbar (vgl. ebd., 109). Menschen mit einer geistigen Behinderung sind aufgrund ihrer Behinderungsform innerhalb der Alterskohorte gegenüber nichtbehinderten Senioren doppeldiskriminiert (vgl. SCHMIDT-THIMME 1990, 110) und werden in unserer Gesellschaft als eine „soziale Systeme strapazierende Problemgruppe“ (DEDERICH 2010, 112) angesehen.

---

<sup>1</sup> Herr S. kommt aus dem eigenen Bekanntenkreis.

Insbesondere in der Geistigbehindertenpädagogik ist die Lebensphase Alter zu einem längst überfälligen, fachspezifischen Thema mit hohem Stellenwert geworden.

„Auch historische Gründe haben dazu beigetragen, daß man bis vor verhältnismäßig kurzer Zeit erwachsene geistig Behinderte kaum kannte und daher auch nicht besonders beachtete“ (THOMAE 1983, 132).

Die eindringliche Bedeutung wird durch den demografischen Wandel deutlich, der auf Menschen mit geistiger Behinderung gleichermaßen zutrifft. Zwar sind die Geburtenjahrgänge vor 1945 aufgrund der Euthanasieverbrechen des NS-Regimes selten vertreten (vgl. STÖPPLER 2014b, 190), jedoch erreichen gegenwärtig Menschen mit geistiger Behinderung erstmals das höhere Lebensalter. Das schließt altersbedingte Veränderungen und aufkommende Pflegebedürftigkeit mit ein (vgl. MILZ & STÖPPLER 2009, 179). Abhängigkeitsverhältnisse begleiten die Menschen lebensphasenübergreifend von der Kindheit an (vgl. NIEHOFF 1994, 187f). Jahrelange Entscheidungsabnahmen durch Betreuungspersonen und Einrichtungen verhindern das Erlernen von Verantwortlichkeit im Sinne der Selbstbestimmung: eine geistige Behinderung scheint mit lebenslanger sozialer Abhängigkeit eng verbunden (vgl. HAHN 1994, 85ff), die sich aufgrund neuer, altersspezifischer Lebenssituationen weiter intensivieren (vgl. WIELAND 1983, 27ff). Dabei bleiben individuelle Bedürfnisse oft unberücksichtigt.

Die stationäre Behindertenhilfe steht vor vielfältigen gerontologischen Herausforderungen hinsichtlich einer adäquaten Betreuung von alten Menschen mit geistiger Behinderung. Mit dem Eintritt in den Ruhestand werden neue, organisatorische und strukturelle Angebote für die Menschen notwendig. Durch den Wegfall des Werkstattbesuchs verbringen sie den überwiegenden Teil des Tages in der Wohneinrichtung und benötigen altersbedingt mehr Hilfe- und Pflegebedarf (vgl. HERMANN 2006, 229) sowie sinnvolle Tagesstrukturangebote (vgl. HAVEMAN ET AL. 2000, 56), die im Sinne der Inklusion nicht nur intern ausgerichtet sein sollten. Eine Vernetzung mit regionalen Institutionen oder Vereinen kann soziale Kontakte generieren (vgl. HERMANN 2006, 234); denn das Eingebundensein in gesellschaftliche Lebensbereiche und die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft ist für ältere und alte Menschen existentiell bedeutsam (vgl. KRUSE & WAHL 2010, 38f).

Obwohl Menschen mit geistiger Behinderung in spezifischen Lebenssituationen (Abhängigkeitsverhältnisse, Fremdbestimmung, etc.), in denen organisatorische Rahmenbedingungen der Einrichtung ihre individuellen Bedürfnisse oftmals dominieren (vgl. WACKER ET AL. 1998, 259), leben, unterscheiden sich ihre altersentsprechenden Bedürfnislagen nicht explizit von den Bedürfnissen gleichaltriger nichtbehinderter Menschen. Wohneinrichtungen und institutionelle Unterstützungsstrukturen benötigen bedürfnisgerechte Angebote, die die individuellen Bedürfnislagen der betroffenen Personen berücksichtigen können. Dabei darf die Behinderung nicht als ein bestimmendes Spezifikum der Lebensphase Alter gesehen werden, sondern als eine zu berücksichtigende, individuelle (Lebens-) Erfahrung, die in dynamischem Zusammenwirken mit dem Alter steht (vgl. CZOGALLA 2002, 17).

„Die Frage lautet also nicht: Was brauchen Menschen mit Behinderung im Alter? Sondern: Was brauchen Menschen im Alter, deren Leben auch durch eine Behinderung geprägt wird?“ (ebd., 17).

Für Einrichtungen der Behinderten-, aber auch der Altenhilfe ergeben sich daraus Notwendigkeiten zu Interventionen im Bereich der Sicherung von Lebensqualität und der Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. WACKER 2005, 345).

In sonderpädagogischen Handlungsfeldern wurde Lebensqualität oft auf ökonomischer Ebene (vgl. SPECK 1999a) und spezifisch im Kontext einer geistigen Behinderung unter ethischen Gesichtspunkten diskutiert (vgl. DWORSCHAK 2004, 39). Beide Betrachtungsweisen sind unzureichend und negieren die Bedeutung von Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung, deren Behinderungsform auch heute noch als generell lebensqualitätsmindernd angesehen wird (vgl. DEDERICH 2014, 39f). Durch einige Studien zur Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung mit verschiedenen Fokussierungen (u.a. SEIFERT/FORNEFELD & KOENIG 2001; DWORSCHAK 2004; SCHÄFERS 2008) wurde diese Auffassung jedoch grundsätzlich widerlegt. Das Spannungsfeld „Lebensqualität und Alter“ findet (im sonderpädagogischen Kontext) u.a. im Projekt „Lebensqualität im Alter bei Menschen mit geistiger Behinderung – Erhaltung und Förderung der Kompetenz“ (KRUSE/DING-GREINER &



GRÜNER 2002) sowie in der LEQUI-Studie („Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“, DIECKMANN ET AL. 2010) Berücksichtigung.

Eine ausschließlich auf subjektive Bedürfnisse ausgerichtete Fokussierung unter direktem Einbezug der älteren und alten Menschen stellt jedoch ein bundesweites Forschungsdesiderat in der Geistigbehindertenpädagogik dar.

Insbesondere hinsichtlich der subjektiven Lebensqualität des Personenkreises ergeben sich immer wieder eklatante Benachteiligungen für die Menschen. Ausschlaggebend, um subjektives Wohlbefinden maximieren zu können, ist die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisbefriedigung, die für Menschen mit geistiger Behinderung nicht immer Anerkennung findet (vgl. HAHN 1994, 83).

In der Annahme, dass es Menschen mit geistiger Behinderung aktuell in vielen Fällen nicht zugestanden wird, ihre Bedürfnisse selbst einschätzen und ausdrücken zu können, sind für die vorliegende Arbeit folgende Fragestellungen formuliert worden:

- Können Menschen mit geistiger Behinderung im Alter individuelle, lebensqualitätsrelevante Bedürfnisse erkennen und mithilfe einer angemessenen Systematik ihre eigene, subjektive Lebensqualität einschätzen?
- Wenn ja, *wie* schätzen sie ihre subjektive Lebensqualität selbst ein? Gibt es dabei einzelne Lebensbereiche, in denen besondere Unterstützungsleistungen notwendig sind?
- Lassen sich übergreifende, altersphasenspezifische Prioritäten/Bedürfnisse hinsichtlich lebensqualitätsrelevanter Kriterien formulieren?

In der vorliegenden Arbeit wird eine Studie konzipiert, die den Schwerpunkt auf die subjektive Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter legt. Die Begrifflichkeit subjektive Lebensqualität wird in diesem Rahmen gleichgesetzt mit subjektivem Wohlbefinden, das, gemeinsam mit objektiven Lebensbedingungen, maßgebliche Faktoren von Lebensqualität bildet (vgl. MAYRING 1987, 372). Durch den direkten Einbezug der betreffenden Personen wird ihnen eine aktive Partizipation am Forschungsvorhaben ermöglicht und somit kann (neben der notwendigen Berücksichtigung

objektiver Lebensqualitätskriterien) der „subjektive[n] Einschätzung der Lebenssituation durch das Individuum“ (SEIFERT 1994, 9) entscheidende Bedeutung gegeben werden.

Zunächst werden die thematischen Schwerpunkte der Arbeit – Lebensphase Alter und Lebensqualität – ausführlich diskutiert und kontextualisiert.

In Kapitel 2 erfolgt der theoretische Zugang zur Lebensphase Alter. Es wird herausgestellt, dass sich das Alter, historisch betrachtet, gewandelt hat. Ein Verständnis übergreifender Lebensphasen hat sich heute etabliert und starre Einteilungen abgelöst. Lebens- und Altersverläufe sind individuell verschieden und haben Einfluss auf subjektive Altersempfindungen. Unter Berücksichtigung verschiedener Altersaspekte wird ein Begriffsverständnis erarbeitet, dem ein dynamischer Prozess zugrunde liegt (Kap. 2.1.). Beispielsweise ist eine Begrenzung auf kalendarische Fakten (die bisher tatsächlich messbar gelebte Zeit eines Menschen) aus multiperspektivischem Verständnis dieser Lebensphase unzureichend, denn das kalendarische Alter impliziert Rechte und Pflichten der Person (rechtliches Alter) sowie die Übernahme entsprechender gesellschaftlicher Rollen- und Positionen (soziales Alter). Die erarbeiteten Erkenntnisse werden im weiteren Verlauf zu demografischen Entwicklungen und gesellschaftlichen Auswirkungen in Beziehung gesetzt (Kap. 2.2.). Im Zuge dessen zeigt sich die Relevanz sozialpolitischer Interventionen, die wiederum eine adäquate Reaktion auf Altersentwicklungen und darin spezifisch auftretende Merkmale erfordern. Auch Menschen mit geistiger Behinderung sind vom demografischen Wandel betroffen, was die Fachdisziplinen vor neue Herausforderungen stellt. Zwar sind die Alterungsprozesse bei Menschen mit oder ohne geistiger Behinderung grundlegend die gleichen, jedoch können spezifische Einflüsse durch die jeweilige Behinderungsform auftreten. Um komplexe Altersvorgänge und Verhaltensweisen zu verstehen, ist eine Betrachtung auf biologischer, psychologischer und soziologischer Ebene sinnvoll (Kap. 2.3.). Der zweite thematische Schwerpunkt der Arbeit liegt im Konzept Lebensqualität, das in Kapitel 3 fokussiert wird. Dem modernen Verständnis von Lebensqualität nach, in dem nicht nur materieller Wohlstand ausschlaggebend für ein gutes, zufriedenstellendes Leben ist, ging eine historische Entwicklung von Wohlfahrtsforschung und Lebensqualitätskonzepten (Kap. 3.1.) voraus. Die

Kenntnis über die historische Entwicklung vor allem von einer ökonomischen Betrachtungsweise hin zu einem mehrdimensionalen Begriff von Lebensqualität ist für die Definition lebensqualitätsrelevanter Begriffe (Kap. 3.2.) bedeutend. Insbesondere in der Sonderpädagogik ist Lebensqualität in den letzten Jahren zu einer festen Zielgröße in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen geworden (Kap. 3.3.). Hilfen und Unterstützungsleistungen werden als qualitätssichernde Maßnahmen konzipiert, die ausgerichtet sind auf individuelle Bedürfnis- und Interessenslagen. In der Geistigbehindertenpädagogik gelten förderpädagogische Leitprinzipien (u.a. Normalisierung, Selbstbestimmung und Integration/Inklusion) als aktive Umsetzungsmöglichkeiten, um daraus lebensqualitätsrelevante Aspekte für die betroffenen Menschen sicherstellen zu können (Kap. 3.4.).

Im Spannungsfeld „Geistige Behinderung und Lebensphase Alter“ ist die subjektive Lebensqualität von besonderer Bedeutung für institutionelle Unterstützungsstrukturen. In Kapitel 4 wird dazu der zugrundeliegende wissenschaftliche Kontext dargestellt. Methodologisch sind Lebensqualitätsforschungen auf verschiedenen Analyseebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) verortet, die – im Kontext des Forschungsinteresses – die Messbarkeit lebensqualitätsrelevanter Kriterien bedingen. Menschen mit geistiger Behinderung an einem Forschungsvorhaben aktiv partizipieren zu lassen, wird zunehmend anerkannt. Dabei sind die im Zusammenhang empirischer Forschung und geistiger Behinderung methodischen Herausforderungen zu berücksichtigen (Kap. 4.1.). Insbesondere sind im Hinblick auf das individuelle Antwortverhalten und Frageverständnis der Personen Besonderheiten in das Forschungsdesign einzubeziehen. Die Einrichtungsleitungen und Betreuungspersonen selbst nehmen – direkt oder indirekt – ebenfalls Einfluss auf das Setting. Die Tendenz zur Wahrung interner Interessen und die Vermeidung möglicher negativer Konsequenzen, erschwert mitunter eine Kooperation.

In der Konzeption und empirischen Vorgehensweise der Arbeit (Kap. 4.2.) wurde die Kooperationsbereitschaft im Rahmen einer kurzen Onlineumfrage erfasst. In dieser sind sowohl Alten- und Pflegeheime als auch behinderungsspezifische Wohnheime in Hessen zu einer Teilnahme eingeladen worden. Letztendlich ist es zu einer Zusammenarbeit mit neun Einrichtungen gekom-

men, in denen ausgewählte Bewohner befragt wurden. Im Fokus der Interviews steht die Erfassung der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter unter der Berücksichtigung der o.g. Fragestellungen. Den Befragungsrahmen bildet ein standardisiertes und auf Reliabilität sowie Validität überprüfetes Erhebungsinstrument, anhand dessen die betreffenden Menschen aktiv am Forschungsvorhaben partizipieren können. Die Umsetzung ist mit dem Interventionsframework *sensiQoL*® (Kap. 4.3.) realisiert worden. Die Systematik von *sensiQoL*® ermöglicht (basierend auf der theoretischen Basis eines Lebensqualitätskataloges) die umfassende Analyse lebensqualitätsrelevanter Kriterien und die Visualisierung individueller Zufriedenheitswerte (LQ-Werte). Aufbauend auf vier Kernbereichen, 17 Kategorien und 49 Stichworten des Lebensqualitätskataloges präsentieren sich vier instrumentalisierte Varianten zur Analyse (Variante *Selbst*, *Interview*, *Stellvertreter* und *Plus*) zwischen denen – entsprechend des Behinderungsgrades der Person – gewählt werden kann. Durch eine differenzierte Werteanalyse und Auswertungssystematik des Interventionsframeworks werden für jeden Probanden individuelle Zufriedenheitswerte ermittelt. In verschiedenen Skalen und Diagrammen erfolgt die Darstellung der einzelnen Kategorien und den dazugehörigen, individuellen Zufriedenheitswerten, die übersichtlich veranschaulichen sollen, in welchen Bereichen für den Probanden Interventionsmöglichkeiten hinsichtlich der Verbesserung ihrer Lebensqualität bestehen. Eine Begrenzung der Darstellung der subjektiven Lebensqualität der Probanden allein bezogen auf die Werteanalyse ist im Kontext der Arbeit unzureichend. Demzufolge wird das Datenmaterial zusätzlich mit der Methode Autoethnografie (Kap. 4.4.) qualitativ analysiert und damit das empirische Vorgehen komplettiert.

Eine zusammenfassende Darstellung der individuellen Ergebnisse jedes einzelnen Probanden findet sich in der Zufriedenheitserfassung (Kap. 5.). Insgesamt wurden 24 Interviews geführt, von denen 22 in die Auswertung der Ergebnisse einfließen. Die Eckdaten (Alterskohorte, Geschlechterverteilung, Behinderungsformen) der interviewten Personen finden sich in Kapitel 5.1. Das Durchschnittsalter lag bei 69,23 Jahren, und etwas mehr als zwei Drittel der befragten Personen waren Frauen. Alle haben eine lebenslange, geistige Be-

hinderung unterschiedlicher Schweregrade und Ursachen. Die subjektiven Zufriedenheitswerte zu jedem Probanden werden in Kapitel 5.2. ausführlich illustriert, diskutiert und individuelle Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtungen formuliert.

Um die Auswertung auf qualitativer Ebene auszuweiten, wird mit der Methode der Autoethnografie zusätzlich eine intensive qualitative Sichtung des Datenmaterials vorgenommen (Kap. 6.). Durch das ethnografische Codieren wurden Codeklassen erarbeitet, die eine Systematisierung des Datenmaterials ermöglichen (Kap. 6.1.). Als Ergebnis dieser Systematisierung können Prioritäten formuliert werden, die für die subjektive Lebensqualität älterer und alter Menschen mit geistiger Behinderung maßgeblich von Bedeutung zu sein scheinen (Kap. 6.2.). Die Prioritäten sind vom Einzelfall auf die Lebenssituationen anderer Personen dieser Alterskohorte übertragbar und werden für eine Sicherung und Verbesserung subjektiver Lebensqualität angesehen.

Die gewonnenen Erkenntnisse werden in einem abschließenden Gesamtresümee mit einem Ausblick auf lebensbegleitende Maßnahmen zur Verbesserung der (subjektiven) Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter zusammengefasst (Kap. 7).

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtliche Differenzierung in den Formulierungen verzichtet. Sämtliche Rollen- und Personenbezeichnungen gelten – wenn nicht anders vermerkt – im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter und intendieren keine Diskriminierung.

Zur Wahrung der Persönlichkeitsrechte wurde aus Datenschutzgründen die Anonymisierung sämtlicher personenbezogener Daten vorgenommen. Die gewählten Namen sind frei erfunden.

„Was ist am Morgen vierfüßig, am Mittag zweifüßig und am Abend dreifüßig?  
Von allen Geschöpfen wechselt es allein in der Zahl seiner Füße;  
aber eben, wenn es die meisten Füße bewegt,  
sind Kraft und Schnelligkeit bei ihm am geringsten“  
(zit. n. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 30)?

## 2. Lebensphase Alter

Die Antwort auf das Rätsel der Sphinx aus der griechischen Mythologie ist sicher bereits bekannt: der Mensch. Nach seiner Geburt (*am Morgen*) krabbelt er als kleines Kind zu Beginn seines Lebens auf allen Vieren; als erwachsener Mensch (*am Mittag*) geht er aufrecht auf zwei Füßen und im Alter, an seinem Lebensabend wird er gebrechlich und benötigt einen Stock als Hilfsmittel zum Laufen (vgl. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 30f). Auch BERTRAM (1997) beschreibt die traditionelle Drei-Generationen-Gesellschaft als

1. die strenge Lernphase der Kindheit und Jugend;
2. die Arbeitsphase des Erwachsenenalters und
3. die Ruhe- und Rentenphase des höheren Alters.

Die vorgenommene Dreiteilung ist längst nicht mehr aktuell und begrenzt eine sinnvolle Strukturierung des modernen Lebens (vgl. ebd., 169). Auf der OECD-Arbeitszeitkonferenz 1972 in Paris wird die Aufteilung schließlich abgelöst von sog. „Patchwork-Biographien“ (OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 31), dem Verständnis und der Unterteilung des Lebens in unterschiedliche Lebensphasen (bspw. des Lernens, der Arbeit, der Kindererziehung, der Familienarbeit, des sozialen Engagements). In der Familienforschung wird von der „Revolution der Lebenszeit“ (ebd., 31) gesprochen: die Lebensverläufe der Menschen verändern sich grundlegend. Großeltern-Eltern-Kind-Enkel-Beziehungen halten ein Leben lang, Partnerschaften und Ehen dauern länger bzw. können länger dauern als im Vergleich zu früher (vgl. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 31f).

Auf fachwissenschaftlicher und politischer Ebene wird die Lebensphase Alter und die damit verbundenen gesellschaftspolitischen Konsequenzen seit einigen Jahren diskutiert. Das spiegelt sich in den, seit den 1990er-Jahren erstellten und veröffentlichten Altenberichten der Bundesregierung wider. Ziel der Berichte ist die Erfassung der Lebenssituationen im Alter und die Weitergabe

dieser Informationen an die Bevölkerung (vgl. BMFSFJ 2010, IV). Die Lebenserwartung der Menschen steigt seit einigen Jahren stetig an, währenddessen die Geburtenrate rückläufig ist. Im Jahr 2013 lag zwischen den neugeborenen und den verstorbenen Menschen in Deutschland eine negative Differenz von 211.756<sup>2</sup> (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015a). Gesellschaftspolitisch hat diese „Vergreisung der Gesellschaft“ (JUNKERS 1995, 2) Auswirkungen, die ein umfassendes und differenziertes Wissen und Verständnis zu Aspekten des Alterns und des Alters erfordern (vgl. KRUSE & WAHL 2010, VII).

Die Lebensphase Alter sollte nicht einseitig betrachtet werden, denn kein Mensch ist in seinen Verhaltensweisen und Eigenschaften gleich dem anderen. Alter ist eine flexible Größe, die von den vielfältigsten und unterschiedlichsten Einflüssen geprägt wird (vgl. POHLMANN 2011, 104f). Gerontologisch kann es als eine Lebensphase beschrieben werden, die sich aus gesellschaftlichen Konventionen ergibt und nicht aus dem unmittelbaren Verlauf des Alterns (vgl. KRUSE & WAHL 2010, 6f).

„In vielen Gesellschaften werden Menschen mit Erreichen des Rentenalters als ‚alt‘ bezeichnet – dies können in dem einen Land 60-Jährige, in dem anderen Land 65-Jährige sein“ (KRUSE & WAHL 2010, 7).

Die Altersempfindungen und -merkmale sind von Mensch zu Mensch individuell verschieden, höchst heterogen und vielfältig, denn „die Verschiedenartigkeit älterer Menschen in Bezug auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit [ist] sehr hoch: 70-Jährige, die regelmäßig körperlich und geistig trainieren, können eine höhere Leistungsfähigkeit aufweisen als 50-Jährige, die nur eine sehr geringe körperliche und geistige Aktivität zeigen“ (ebd., 7). Um einen begrifflichen Zugang zu bekommen und definitorische Aspekte deutlich machen zu können, ist eine multiperspektivische Herangehensweise notwendig. Demzufolge müssen die Aspekte des Alters und Alterns durch unterschiedliche Perspektiven betrachtet und nicht von der generalisierten Annahme ausgegangen werden, dass Alter ausschließlich (biologischer) Verfall und Rückgang von Körperfunktionen, Organen und Nervenzellen bedeutet. Das ist sicher eine nicht zu vernachlässigende Tatsache, jedoch spricht nichts dagegen, das Alter aus einer weitaus positiveren, gewinnbringenderen Sicht

---

<sup>2</sup> Die demografischen Entwicklungen werden in Kap. 2.2. eingehend diskutiert.

zu betrachten. Es birgt keineswegs ausschließlich Herausforderungen für Gesellschaft, Kultur und Wissenschaft, sondern – im Gegenteil – einiges an Potential, bspw. der Verwirklichung von „Generativität“ (KRUSE & WAHL 2010, 4) (die Verantwortlichkeit für zukünftige Generationen). Darüber hinaus kann ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen aus den Erfahrungswerten und Wissensinhalten der älteren Menschen gezogen werden (vgl. ebd., 4f).

Bevor gesellschaftliche Auswirkungen des demografischen Wandels in Form von Chancen und Herausforderungen in Kapitel 2.2. diskutiert werden, erfolgt eine definitorische Annäherung an Aspekte des Alters und Alterns.

### **2.1. Definitorische Annäherung an fachspezifische Begrifflichkeiten**

Den Aspekt des Alterns bzw. das Alter selbst zu definieren fällt schwer. Eine allgemeingültige Präzisierung von Alter ist nicht existent und Begrifflichkeiten wirken etikettierend oder diskriminierend (vgl. MILZ & STÖPPLER 2009, 180).

„Nur auf den ersten Blick erscheint klar, was eigentlich unter Alter zu verstehen ist“ (KRUSE & WAHL 2010, 3).

In der Auseinandersetzung mit der Altersthematik begegnet man immer wieder den zwei Begrifflichkeiten ‚Alter‘ und ‚Altern‘. Unter gerontologischen Gesichtspunkten lässt sich Altern beschreiben als lebenslanger Prozess eines Individuums, der mit der Geburt beginnt und dem Tod endet (vgl. RÜBERG 1991, 13). Ein lebender Organismus unterliegt über den gesamten Lebensverlauf fortschreitenden, körperlichen Entwicklungen und Veränderungen, die biologisch vorprogrammiert sind; fachwissenschaftlich wird das als „Biomorphose“ (KRUSE & WAHL 2010, 9; POHLMANN 2011, 61) beschrieben. Die genannten Veränderungen erfolgen graduell, d.h. sie vollziehen sich allmählich über die Zeit hinweg. Genau dieses Verständnis der graduellen Veränderungen über die gesamte Biografie hinweg, machen eine Abgrenzung eines eigenständigen Lebensabschnitts ‚Alter‘ nahezu unmöglich (vgl. KRUSE & WAHL 2010, 7ff). Die Altersforschung hat bis heute keine allgemein gültige Definition des Alters gefunden, und jeder Versuch erscheint einer willkürlichen Grenzziehung zu gleichen (vgl. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 41; POHLMANN 2011, 106).



Vielmehr ist die Lebensphase Alter ein vielschichtiger und differenziert zu betrachtender Aspekt des menschlichen Lebens, der keiner Verallgemeinerung unterworfen werden kann. Jeder Mensch vereint in sich unterschiedliche Bedürfnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen, die durch ein subjektives Alterserleben in unterschiedlicher Weise beeinflusst werden (vgl. KRUSE & WAHL 2010, 3ff). Der Begriff des Alters ist jedoch nicht eindeutig zu umschreiben und eine Festsetzung des Zeitpunktes, ab dem ein Mensch als alt bezeichnet werden kann unzureichend (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 17). Ein differenzierteres Begriffsverständnis versteht Alter als Lebensabschnitt. So kann unterschieden werden zwischen den Abschnitten des Kindes-, Jugend-, Erwachsenen- und Alten-Alters. Diese Sichtweise zeigt auf, in welchem Abschnitt der Alterslandschaft sich eine Person derzeit befindet und erfasst nicht nur die Zeit, die seit der Geburt vergangen ist. Anzumerken ist, dass jeder Lebensabschnitt individuell gestaltet ist (vgl. RÜBERG 1991, 14f). Zwar unterliegt das Altersempfinden immer subjektiven Bewertungen und gesellschaftlichen Einflüssen (vgl. KRUSE & WAHL 2010, 7), dennoch gibt es relativ übereinstimmende Lebensabschnitte, die bei allen Menschen in annähernd gleichem Alter stattfindende Ereignisse verzeichnen (bspw. das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben), die wiederum Auswirkungen auf den entsprechenden Lebensabschnitt nehmen; PHILIBERT (1978) beschreibt diesen Prozess als „Periodisierung“ (ebd., 105).

Eine weitere Begrifflichkeit ist die der Altersphase. Sie umschreibt die letzte Lebensphase, wobei diese mittlerweile nicht mehr eindeutig festzusetzen ist. Für viele Menschen beginnt das Alter mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben (vgl. RÜBERG 1991, 14ff). Jedoch sind Versuche, eine Definition von der Erwerbstätigkeit abzuleiten, nicht mehr hinreichend, denn vor allem in den westlichen Industrienationen beginnt Alter fortwährend früher. Insbesondere durch die Vorverlegung der Altersgrenze in den Betrieben, um auf die Ressourcen junger belastbarer Arbeitnehmern zurückgreifen zu können (mit der Konsequenz des Wegfalls älterer erfahrener Arbeitskräfte), ist die traditionelle Dreiteilung des Lebenszyklus Ausbildung – Beruf – Ruhestand außer Kraft gesetzt (vgl. OPASCHOWSKI 1998, 23). Tatsächlich wurde, mit der Einführung der Pensionsversicherung vor über 100 Jahren, diese Lebensphase immer mehr

aus der Erwerbstätigkeit ausgegrenzt, so dass seitdem unter statistischen Gesichtspunkten Menschen ab einem Alter von 65 als alt galten (vgl. JUNKERS 1995, 1).

Mittlerweile erlaubt ein flexiblerer Umgang mit der Altersgrenze, frühere Festlegungen abzulösen. Im Allgemeinen heißt es nun, der Beginn von Alter liegt im siebten Lebensjahrzehnt (60-70 Jahre) und stellt einen lebenslangen Prozess dar, der mehrere Aspekte umfasst, die differenziert betrachtet werden müssen. RÜBERG (1991) nennt diese Aspekte Lebens- oder Altersaspekte, von denen einige in einer engen Wechselbeziehung und -wirkung zueinander stehen. Er stellt zwölf Aspekte auf, die zum Menschen in jeder seiner Lebensphasen dazu gehören. Sie tragen in eigener Weise (in jeweilig unterschiedlichem Verlauf der Entwicklung) zur Gesamterscheinung des Menschen bei. Der erste Aspekt ist das *kalendarische oder chronologische Alter (1)* und beschreibt die seit der Geburt vergangene Zeit, gemessen in Jahren (vgl. ebd., 16ff). Als Beispiel einer Definition von Alter (in Orientierung an der bisher gelebten Zeit) hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die in Tabelle 1 dargestellte Klassifikation vorgenommen (vgl. JUNKERS 1995, 7).

Definition des Alters der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	
alternde Menschen	50-60 Jahre
ältere Menschen	61-75 Jahre
alte Menschen	76-90 Jahre
sehr alte Menschen	91-100 Jahre
Langlebige	älter als 100 Jahre

**Tab. 1:** Altersdefinition der WHO (vgl. JUNKERS 1995, 7)

Mit einer solchen Klassifikation kann bspw. die Übereinstimmung der Befindlichkeit eines Individuums innerhalb des entsprechenden Alterstypus überprüft werden (vgl. RÜBERG 1991, 18).

„Das aktuelle Alter einer Person bildet allerdings keinen hinreichender (sic!) Marker, um grundsätzlich beurteilen zu können, ob eine an Jahren ältere Person zum Beispiel über mehr oder weniger Fähigkeiten verfügt als eine kalendarisch jüngere Person“ (POHLMANN 2011, 106).

Aktuelle Tendenzen in der Gerontologie sehen die Notwendigkeit einer weiteren Ausdifferenzierung der Lebensphase Alter, da eine feste chronologische Fixierung des Beginns von Alter (mit 60 oder 65 Jahren) den individuellen und

gesellschaftlichen Anforderungen nicht hinreichend angebracht erscheint. Dementsprechend wurde eine Unterteilung in Lebensalter formuliert, die eine Definition eines dritten und vierten Lebensalter vorsieht (vgl. Abb. 1). Als hochaltrig werden Personen bezeichnet, von deren Alterskohorte 50% der Mitglieder bereits verstorben sind (vgl. TESCH-RÖMER & WURM 2009, 10).

Altersabschnitt	Alter	Bezeichnung (synonyme Verwendung)
Alter	65 Jahre und älter	alte Menschen, ältere Menschen
drittes Lebensalter	65 bis unter 85 Jahre	junge Alte
viertes Lebensalter	85 Jahre und älter	sehr alte Menschen, alte Alte, Hochaltrige, Hochbetagte

**Abb. 1:** Drittes und viertes Lebensalter (TESCH-RÖMER & WURM 2009, 11)

Besonderes Merkmal des vierten Lebensalters ist der massive Verluste von körperlichen, kognitiven und psychischen Fähigkeiten sowie der deutliche Anstieg lebensqualitätsbeeinträchtigender Erkrankungen. Hierbei ist anzumerken, dass Prozesse des Älterwerdens bereits vor den dargestellten Altersabschnitten eintreten und von Relevanz sein können (vgl. ebd., 10f).

Weiterhin formuliert RÜBERG das *administrative Alter* (2), das der verwaltungs- und statistischen Kategorisierung in Altersgruppen zu fünf Jahren dient. Für das individuelle Leben und Altersempfinden eines Menschen ist dieser Aspekt jedoch von relativ geringer Bedeutung (vgl. ebd. 1991, 18). Gesellschaftlich gesehen sind administrative Altersgrenzen, die aufgrund eines kalendarischen Alters festgesetzt werden, meist politisch motiviert und willkürlich bestimmt (bspw. das Wahlrecht oder der Berentungszeitpunkt) (vgl. POHLMANN 2011, 107). Weiterhin beschreibt RÜBERG das *rechtliche Alter* (3), das den Beginn mit der Geburt – dem Grundrecht auf Leben – hat. Bei diesem Aspekt fungiert das kalendarische Alter als Auslösemechanismus für Veränderungen. Das Erreichen eines bestimmten, gesellschaftlich festgelegten kalendarischen Alters (bspw. mit 18 Jahren das Erreichen der Volljährigkeit) bringt bestimmte Rechte und Pflichten mit sich. Hierbei wird der Mensch im Verlauf des Heranwachsens zum einen mit gesellschaftlichen Verhaltensnormen konfrontiert, zum anderen

wird ihm aber auch Schutz gewährleistet, u. a. durch Kinder- und Jugendschutzgesetze. Die Bindung an das kalendarische Alter birgt eine gewisse Starrheit, denn die Anpassung der realen Situation eines Menschen (bspw. an eine Behinderung) ist erst durch entsprechende bürokratische Nachweise und Bestätigungen gegeben. Das *biologische Alter* (4) beschreibt den Prozess der biologisch-physiologischen Entwicklung mit Wachstum und Alterung, der durch die Faktoren Erbanlagen, äußere Einflüsse und individuelles Verhalten (gesundheitsbewusste Lebensweise) beeinflusst wird. Diese Faktoren prägen durch ihr wechselseitiges Zusammenwirken den individuellen Lebenslauf des Menschen ab der Kindheitsphase. Hierbei ist anzumerken, dass sich die Annahme, biologische Faktoren seien primär verantwortlich für „Jugend“ bzw. „Alter“ als unzureichend erwiesen hat. Ob sich jemand jung bzw. alt fühlt, ist immer abhängig von sozialen Gegebenheiten und gesellschaftlichen Umständen (vgl. RÜBERG 1991, 18f). Darüber hinaus ist das biologische Alter eines Menschen nur schwer zu messen. Der Organismus mit seinen physischen Funktionen altert in keinster Weise einheitlich; bspw. kann ein Mensch über ein vitales, gesundes Herz verfügen, während sich seine Gehirnzellen gleichzeitig abbauen (zu den biologischen bedingten Altersveränderungen vgl. Kap. 2.3.1.). Die Auswirkungen auf das Altersempfinden hängen dabei ausschließlich von subjektiven Bewertungsmaßstäben ab. Auch wenn biologische Aspekte allein für eine ganzheitliche Alterseinschätzung nicht ausreichend sind, kann eine biologische Alterseingrenzung dazu dienen, individuelle gesundheitliche Risiken zu erkennen, und entsprechende präventive Maßnahmen ergreifen zu können (vgl. POHLMANN 2011, 109).

Die einer Lebensphase entsprechende Funktionalität, also (Leistungs-)Fähigkeit in Bezug auf altersgemäße Rollen und Funktionen, umfasst das *funktionale Alter* (5). Dabei kann die individuelle Funktionalität von gesellschaftlichen Vorstellungen, Normen und Erwartungen abweichen (bspw. berufliche Leistungen, die altersgemäß noch nicht, schon oder nicht mehr erfüllt werden können) (vgl. RÜBERG 1991, 19). Die funktionale Altersdefinition orientiert sich somit an aufgabenbezogenen Alterszuschreibungen in Bezug auf relevante, alltagsbezogene Aufgaben, die auch im höheren Alter noch von Bedeutung sind. Dabei ist unbedingt zu gewährleisten, dass Bedürfnislagen und Potentiale der älteren Menschen ausreichend Berücksichtigung finden (vgl. POHLMANN 2011,

110). Für das *psychologische Alter (6)* sind äußere und innere Faktoren von besonderer Wichtigkeit. Durch das Zusammenwirken beider Faktoren baut der Mensch persönliche Eigenschaften auf, fühlt sich Aufgaben gewachsen und kann sich dementsprechend verhalten (vgl. RÜBERG 1991, 19). Altern wird unter diesem Aspekt als individuell beurteilter Vorgang definiert, dem keine konstante Größe zugeschrieben werden kann. Vielmehr erfolgt die Festlegung des psychischen Alters durch das intrinsisch empfundene Alter im Kontext mit der unmittelbaren Situation; bspw. nehmen Müdigkeit oder hohe Anspannung immensen Einfluss auf das gefühlte Alter. Es kann konstatiert werden, dass mit zunehmendem Alter das individuelle Alter und die damit einhergehenden Altersgrenzen immer weiter nach hinten verschoben werden. Ob man sich selbst nun als alt bezeichnet, unterliegt subjektiven Gesetzmäßigkeiten (vgl. POHLMANN 2011, 108). Ebenfalls nehmen die Einstellung zu Sterben und Tod sowie der Umgang mit schwierigen Akzenten des Lebens wie Krankheit und Behinderung enormen Einfluss auf die subjektive Altersempfindung eines Menschen (vgl. RÜBERG 1991, 20; JUNKERS 1995, 8).

Die Zugehörigkeit zu einer Alterskategorie, inklusive der Übernahme der dieser Lebensphase entsprechenden Rollen und Positionen, sind Faktoren, die das *soziale Alter (7)* definieren. Besagte Rollen- und Positionsübernahme sind abhängig von gesellschaftlichen Altersnormierungen (vgl. RÜBERG 1991, 20) sowie von bestehenden Einstellungen und Etikettierungen. Das soziale Alter impliziert gesellschaftliche Vorgaben, wie sich eine Person ihres Lebenslaufes und Alters entsprechend zu verhalten hat, um als alterskonform angesehen zu werden (vgl. POHLMANN 2011, 107). Die impliziten und expliziten Rollenveränderungen haben wiederum Auswirkungen auf verschiedene andere Lebensbereiche (bspw. in den Bereichen Arbeit, Freizeit, Wohnen) (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 18). Das *ethische Alter (8)* umfasst eine ausgereifte sittliche Werthaltung, ein fundiertes Beurteilungsvermögen sowie wertbezogene Verhaltensmuster, die ein sittlich verantwortbares Verhalten ermöglichen. Im Kindes- und Jugendalter kann das noch nicht erwartet werden, denn ein stabiles ethisches Wertebewusstsein und dementsprechende Handlungsweisen werden durch Lernerfahrungen in den beiden ersten Lebensphasen im Zusammenleben mit vertrauten Erwachsenen und durch Teilhabe am alltäglichen Lebens- und Kommunikationsprozess erlangt und ausgebaut. Somit wachsen

junge Menschen zu einer sittlichen Persönlichkeit heran, die im Stande ist, überlegte und selbstverantwortliche Entscheidungen zu treffen und sich in diesem Zuge kritisch und reflektiert mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen. Durch zunehmende Lebenserfahrung stabilisiert sich das Denken und Handeln eines Menschen und ermöglicht es ihm, die eigene Position ständig zu überdenken und gegebenenfalls zu korrigieren. RÜBERG (1991) spricht von der „Weisheit des Alters“ (ebd., 21), die sich bündelt aus einer Verbindung von Sachkenntnis mit breiter Lebenserfahrung, tiefere Einsicht in Lebenszusammenhänge und der Fähigkeit zu ausgewogenen Urteilen. Voraussetzung dafür ist, neben einer entsprechenden Sozialisation, ein Maß an geistiger Aufnahme- und Lernfähigkeit, was dem Aspekt des *geistigen Alters* (9) entspricht. Die kognitiven Fähigkeiten ermöglichen dem Menschen die Wahrnehmung und Veränderung seiner selbst sowie seiner Mit- und Umwelt. Diese vielfältigen, oftmals in rascher Abfolge sich ablösenden Veränderungen, bedeuten für Menschen höheren Alters eine geistige Herausforderung.

In der Auseinandersetzung mit der letzten Lebensphase, die mit dem Sterben enden wird, ist das *religiöse Alter* (10) ein wichtiger Aspekt im Umgang mit dem eigenen Tod und der damit verbundenen intensiven Retrospektive des eigenen Lebens. Bedeutende Vorgänge des religiösen Alters sind das Heranwachsen in Religiosität und die damit einhergehende Findung der eigenen Position zum Glauben und der Gottesbeziehung sowie die Art und Intensität der Beteiligung am kirchlichen Leben. Das *geschichtliche Alter* (11) beschreibt unterschiedliche geschichtlich-charakteristische Prägungen einzelner Biografien. Gemeint ist das Erleben zeitgeschichtlicher Ereignisse sowie Problem- und Krisensituationen, die in einem bestimmten Alter durchlebt wurden (bspw. das Erleben eines Krieges, von Naturkatastrophen, etc.) (vgl. RÜBERG 1991, 20ff). ROSENMAYR (1978) deutet Altern als „Zugehörigkeit zu einer jeweiligen historischen Kohorte“ (ebd., 15) und definiert Kohorte als eine Gruppe mit gleichem oder ähnlichem Geburtsdatum, die sich aus zeitgeschichtlicher Perspektive mit einer gemeinsamen Problematik auseinanderzusetzen haben (vgl. ebd., 15).

Es kann zusammengefasst werden, dass die bisher dargestellten Aspekte in ihrem ganzheitlichen und wechselseitigem Zusammenwirken den Menschen

als solchen definieren; Veränderungen jedes einzelnen Aspektes beeinflussen die „reale(n) Ganzheit“ (RÜBERG 1991, 24) des Menschen. Das Ergebnis des Umgangs mit den unterschiedlichen Lebensaspekten und deren Zusammenschluss zum Ganzen ist eine personale Prägung, die als Persönlichkeit bezeichnet werden kann und im *personalen Alter (12)* beschrieben wird.

„So kann Altern, trotz partieller Dekompensationsvorgänge, Weiterentwicklung des menschlichen Individuums bedeuten: verstärkte und vertiefte Personalisierung, Ablösung (zumindest bis zu einem gewissen Grad) von unmittelbaren Herausforderungen der sozialen Umwelt, kreative Verarbeitung und Deutung von Erfahrung, die zu einer neuen Form der Zuwendung zum (häufig jüngeren) Mitmenschen führen kann (und sollte)“ (ROSENMAYR 1978, 13).

POHLMANN (2011) erweitert die Alterskategorien von RÜBERG um eine weitere, die des *induzierten Alters*. Diesen Aspekt sieht er als „Faktorenbündel“ (ebd., 110), das Auswirkungen durch äußere Umstände und individuelle Verhaltensweisen auf die Kategorisierung des Alters nimmt. Umweltbedingungen wie Gesundheitsversorgung, soziale Unterstützung, Arbeitsanforderungen, Bildungschancen, ökologische Lebensbedingungen, ökonomische Sicherung, individuelle Lebensweise, wie bspw. destruktive Lebensstile, beeinflussen den Alterungsprozess (vgl. POHLMANN 2011, 110f).

Werden die dargestellten Altersaspekte auf den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung angewendet, kann festgestellt werden, dass sie in unterschiedlichem Ausmaß Einfluss auf das Altern und die Altersempfindungen dieses Personenkreises nehmen (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 18f). Exemplarisch kann im Kontext des *rechtlichen Alters* v.a. die Bedeutung des Übergangs in den Ruhestand und das Ausscheiden aus dem Berufsleben (primär aus der Werkstatt für behinderte Menschen – WfbM) aufgezeigt werden (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 18). Der Ruhestand bzw. der Übergang in diesen hat gerade für Menschen mit geistiger Behinderung einen besonderen Stellenwert, da das Ausscheiden aus der WfbM für die Personen oft negativ behaftet ist. Die Beschäftigung ist für sie mehr als „bloße“ Erwerbsarbeit. Neben der regelmäßigen Tätigkeit und der festen Zeitstruktur, die die Arbeit in der WfbM mit sich bringen, definieren viele Menschen mit geistiger Behinderung darüber ihren Status und ihre Identität (vgl. BUCHKA 2012, 46). Sie erleben Leistung und Nützlichkeit der eigenen Person, was zur Stärkung des Selbst- und Lebensgefühls beiträgt (vgl. SPECK 1999b, 344). Darüber hinaus

pflegen sie oftmals enge soziale Kontakte zu anderen Mitarbeitern der WfbM. Durch das Ausscheiden aus dem Tätigkeitsfeld drohen diese Kontakte wegzubrechen, und die Gefahr der sozialen Isolation steigt. Um den angeführten negativen Aspekten entgegenwirken zu können, erscheint eine Vorbereitung und ggf. ein schrittweises Heranführen an den bevorstehenden Ruhestand ratsam (vgl. BUCHKA 2012, 48; MILZ & STÖPPLER 2009, 187).

Wenngleich sich der Altersprozess des Personenkreises in wesentlichen Zügen nicht von dem der Menschen ohne geistige Behinderung unterscheidet, zeigen sich dennoch personenkreisspezifische Besonderheiten und Risiken (vgl. STÖPPLER 2014b, 192), die im Verlauf von Kapitel 2.3. eingehend dargestellt und diskutiert werden. Generell spielen während des Alterns eines Menschen (unabhängig von Behinderungen) individuelle Faktoren und Verläufe eine bedeutende Rolle (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 29ff). Menschen mit geistiger Behinderung unterliegen in ihren Lebenssituationen verschiedenen Einflüssen und Abhängigkeiten. Ihre Lebenserwartung und die Anforderungen an lebensqualitätsrelevante Aspekte entsprechen jedoch den Bedürfnissen alter Menschen ohne lebenslange Behinderungserfahrungen (vgl. MILZ & STÖPPLER 2009, 185). Allerdings ist der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung in besonderem Maße von negativen Zuschreibungen der vierten Lebensphase betroffen: ein positives Altersbild mit den damit verbundenen Stärken und Kompetenzen jedes Einzelnen erhält wenig Zuspruch. Die Annahme einer steigenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie das Aufkommen von Multimorbiditäten dominieren das Altersbild des Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. DEDERICH 2010, 109).

„Alte behinderte Menschen bilden aufgrund der steigenden Lebenserwartung und des demographischen Wandels eine besondere, verschiedene soziale Systeme strapazierende Problemgruppe, um die herum sich in der arbeitsteilig differenzierten Gesellschaft verschiedene Subsysteme für seine Bearbeitung bilden“ (ebd., 112).

Es wird deutlich, dass die Auseinandersetzung mit der Altersthematik ein immer aktueller werdendes Thema für sonderpädagogische Fachdisziplinen ist. Dabei ist der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung ebenso von den demografischen Entwicklungen betroffen wie die Restbevölkerung der Bundesrepublik. Bedingt durch die Euthanasie-Verbrechen des NS-Regimes

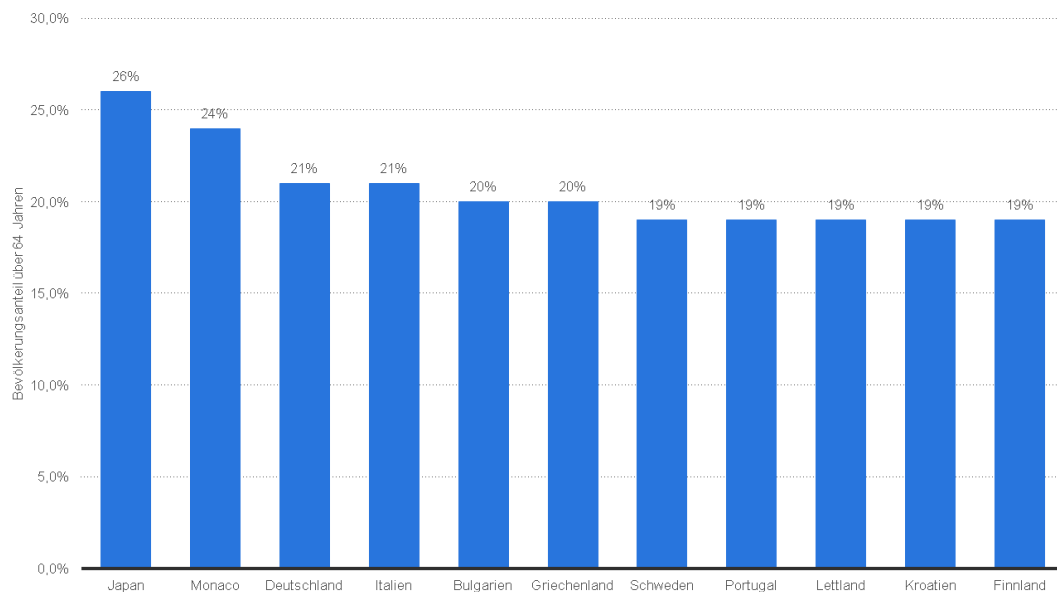


leben insbesondere in Deutschland gegenwärtig die ersten Generationen alter Menschen mit geistiger Behinderung, die in der Nachkriegszeit geboren wurden (vgl. STÖPPLER 2014b, 190). Demzufolge sind auch sie „Teil des demografischen Wandels“ (ebd., 190) und eine Personengruppe, „die jetzt erstmals ins höhere Lebensalter kommen und altersgebrechlicher werden“ (MILZ & STÖPPLER 2009, 179).

## **2.2. Demografische Entwicklungen und Zukunft des Alters**

Die demografische Entwicklung stellt die größte soziale und politische Herausforderung des 21. Jahrhunderts dar (vgl. KREIMER 2010, 11). Ursachen für den demografischen Wandel sind in den Auswirkungen politischer Ereignisse, wie bspw. Geburtenausfälle während der beiden Weltkriege und der Weltwirtschaftskrise, zu suchen. Aber sowohl Veränderungen der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, die zu einer Verringerung der Geburtenhäufigkeit führen als auch Auswanderungstendenzen sind nicht zu vernachlässigen (vgl. BACKES & CLEMENS 2008, 31; TEWS 1999, 137ff). Innerhalb eines Jahrhunderts ist die Weltbevölkerung von 1,6 Milliarden auf 6,6 Milliarden Menschen rasant angestiegen, und laut Hochrechnungen der UN werden Mitte des 21. Jahrhunderts neun Milliarden Menschen auf dieser Erde leben. Vor allem in Entwicklungsländern, in denen Armut eine alltägliche Bedrohung für die Menschen darstellt, wird weiterhin ein starkes Bevölkerungswachstum zu verzeichnen sein. Neben dem Aspekt der Überbevölkerung, wird das Durchschnittsalter der Menschen dramatisch ansteigen (vgl. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 26). Insbesondere die Bevölkerung in Europa und anderen Industrieländern wird immer älter. Die Verbesserung der medizinischen Versorgung ist wohl der bedeutendste Grund für den Anstieg der Lebenserwartung. Die Vorbeugung und Behandlung von Infektionskrankheiten haben stark dazu beigetragen, dass der Anteil der Todesfälle im Kindes- und frühen Erwachsenenalter kontinuierlich zurückgegangen sind. Die Menschen leben heute länger – der Anteil der Einwohner über 60 Jahren hat zugenommen und wird in den nächsten 20 Jahren noch weiter steigen (vgl. DAVIES & HIGGINSON 2004, 10). Es lässt sich prognostizieren, dass der Anteil der über 65-jährigen um fast zehn Prozent steigen wird (von 7% auf 16%), wobei die Europäer mit einem Durchschnittsalter von

etwa 50 Jahren die Altersstatistik in der Welt anführen werden (vgl. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 26). Auch die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland wird aufgrund medizinischer Fortschritte und der Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen immer älter (vgl. JUNKERS 1995, 3). Wie aus Abbildung 2 hervorgeht, belegte Deutschland im Jahr 2014 Platz Drei der zehn Länder mit dem höchsten Bevölkerungsanteil der über 64-jährigen.



**Abb. 2:** Bevölkerungsanteil der über 64-jährigen im Jahr 2014 (STATISTA-DOSSIER 2014, 16)

Seit dem Jahr 1855 hat sich die Lebenserwartung der Deutschen von 37 auf 77 Jahren mehr als verdoppelt (vgl. OPASCHOWSKI 1998, 12). Die stark besetzten Jahrgänge erreichen allmählich ein hohes Alter, was zur Folge hat, dass die Sterberate – trotz steigender Lebenserwartung – immer höher wird. Schon zum jetzigen Zeitpunkt ist die Sterbezahll höher als die Geburtenzahl (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2009, 5). Tabelle 2 veranschaulicht diese Tendenz.

Jahr	Geborene	Gestorbene	Differenz
2013	682.069	893.825	-211.756
2011	662.685	852.328	-189.643
1972	901.657	965.689	-64.032

**Tab. 2:** Differenz zwischen Geburten- und Sterberate (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015a)

Ein Grund für die, seit 2003, stetige Abnahme der Bevölkerungszahl der Bundesrepublik Deutschland, ist die negative Differenz zwischen geborenen und gestorbenen Menschen<sup>3</sup> (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2009, 12; JUNKERS 1995, 2). Das STATISTISCHE BUNDESAMT (2009) prognostiziert, dass im Jahr 2060 jeder Dritte (34%) mindestens das 65. Lebensjahr erreicht hat und es doppelt so viele 70-jährige Menschen geben wird als Neugeborene. Darüber hinaus wird die Bevölkerungszahl der Hochbetagten steigen. In 50 Jahren werden etwa 14% der Bevölkerung 80 Jahre und älter sein; das würde auf jeden Siebten zutreffen (vgl. ebd., 5ff). Ebenfalls zeigen die demografischen Entwicklungen gravierende Veränderungen in der Altersstruktur. Die klassische Form der Bevölkerungspyramide wie sie im Jahr 1910, zu Zeiten des Deutschen Reichs festzustellen war (vgl. Abb. 3), trifft bereits auf die heutige Altersstruktur nicht mehr zu (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2009, 5ff). Eine immer älter werdende Gesellschaft ist historisch betrachtet neu und birgt große Herausforderungen für jeden Einzelnen, vor allem aber für die Politik und die Wirtschaft (vgl. OPASCHOWSKI 1998, 12).

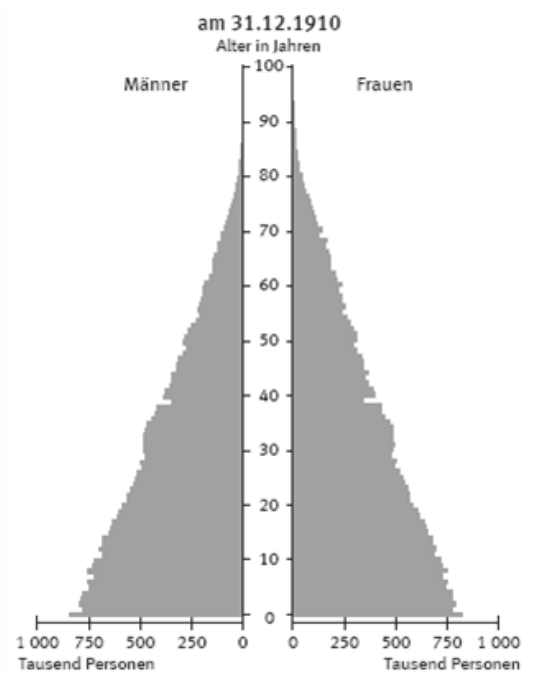
<sup>3</sup> Vorläufige Berechnungen verzeichnen für das Jahr 2014 erstmals seit dem Jahr 1997, einen geringen Rückgang der negativen Differenz (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015a).

Zukünftig werden die sozialen Sicherungssysteme immensen finanziellen Problemen gegenüberstehen; denn das immer länger währende Leben wird von den nachwachsenden Generationen kaum noch zu finanzieren sein. Der Anteil der über 80-jährigen wird erheblich steigen, während immer weniger Kinder ihre Eltern im hohen Alter pflegen werden können (vgl. ebd., 104). Die Bevölkerungspyramide beginnt sich allmählich umzukehren und wird sich schließlich immer deutlicher der Form eines Pilzes angleichen (vgl.

STATISTISCHES BUNDESAMT 2009, 5ff; BACKES & CLEMENS 2008, 30; TEWS 1999, 146).

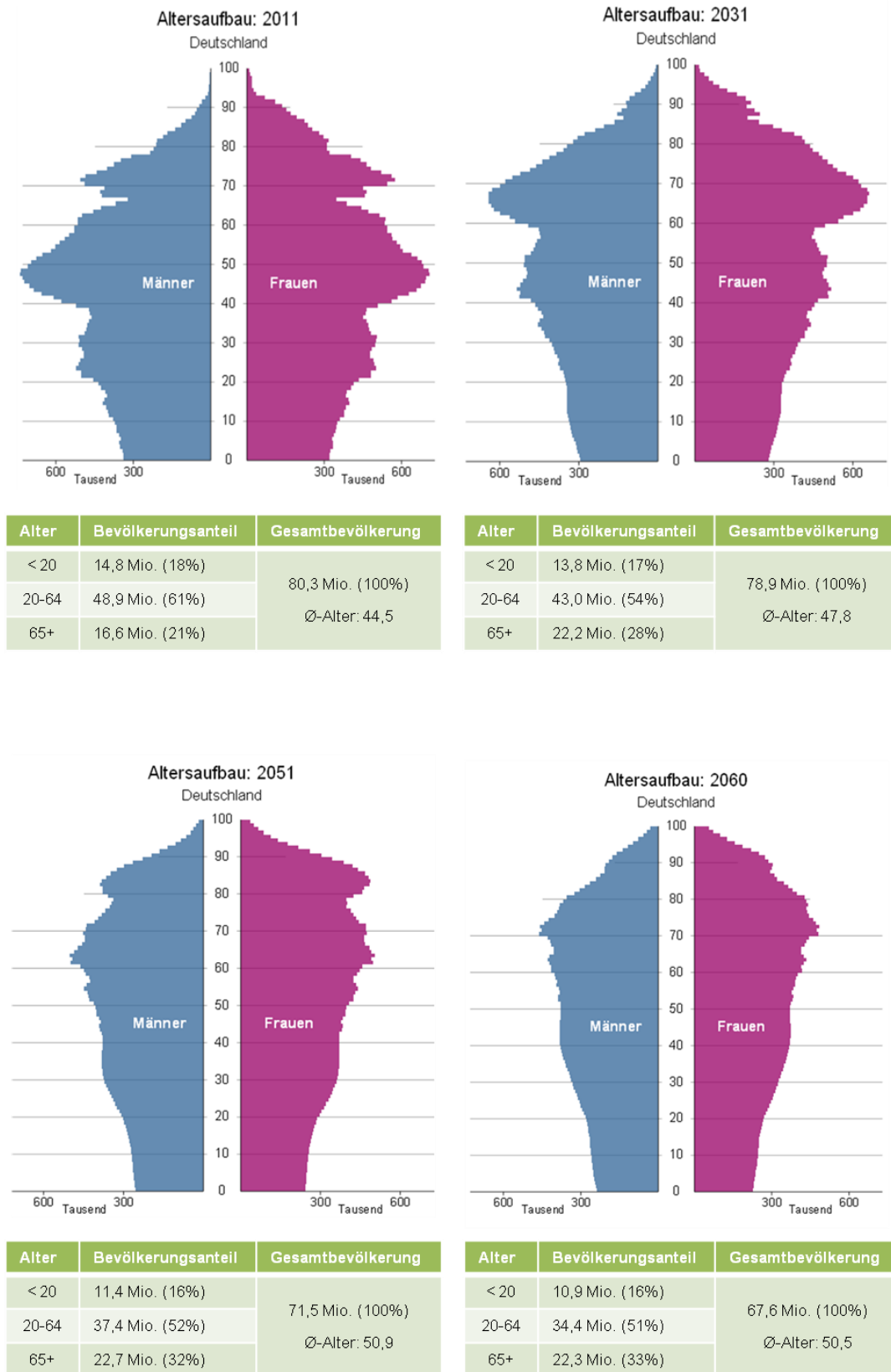
In Abbildung 4 wird diese Wandlung anhand der Bevölkerungszahlen in den unterschiedlichen Altersklassen der Jahre 2011 bis 2060 verdeutlicht. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass die Geburtenhäufigkeit annähernd konstant bei 1,4 Kindern pro Frau bleibt. In der Abbildung wird der Bevölkerungsrücklauf deutlich. Im Verlauf der nächsten 59 Jahren wird die Bevölkerungsdichte auf 16,7 Millionen Menschen sinken<sup>4</sup>.

Die Überalterung der Deutschen schreitet stetig voran, und die Gruppe der Hochaltrigen wird in den nächsten Jahrzehnten drastisch zunehmen. Jedes Jahr steigt die Lebenserwartung für Frauen um drei Monate und für Männer um 2,5 Monate an. Bis zum Jahr 2050 wird in Deutschland jeder dritte Einwohner über 65 Jahre alt werden. Nur jeder sechste bis siebte wird dann unter 20 Jahre alt sein (vgl. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 28f).



**Abb. 3:** Alterspyramide im Jahr 1910 (STATISTISCHES BUNDESAMT 2009, 15)

<sup>4</sup> Die aktuell hohe Zuwanderung von Flüchtlingen ist in diesen Vorausberechnungen nicht berücksichtigt. Das statistische Bundesamt geht jedoch davon aus, dass die Aspekte der aktuellen Zuwanderungen nur eingeschränkten Einfluss auf die langfristige Bevölkerungsentwicklung in Deutschland nehmen. Weitere Auswirkungen werden untersucht (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2016, 1).



© Statistisches Bundesamt 2015

**Abb. 4:** Verlauf der Alterspyramide der Jahre 2011 bis 2060 (STATISTISCHES BUNDESAMT 2015b)

Durch die aufgezeigten demografischen Entwicklungen wird eingehend deutlich, dass die Lebensphase Alter in den letzten Jahrzehnten in ihrer Bedeutung angestiegen ist. Diese ist durch zwei zentrale Aspekte gesellschaftlicher Veränderungen bestimmt worden: zum einen durch sozialstrukturelle Veränderungen in der Gruppe älterer und alter Menschen, was BACKES & CLEMENS (2008) als „*Strukturwandel des Alters*“ (ebd., 30) beschreiben. Zum anderen durch die stetig steigende Lebenserwartung der Bevölkerung (der oben beschriebene demografische Wandel). Beide Entwicklungen hängen eng zusammen und haben sowohl Auswirkungen auf gesellschaftliche Strukturen insgesamt als auch auf die soziale Lage der jüngeren Altersgruppen. Besagte Auswirkungen bedingen sozialpolitische Diskussionen zur Renten-, Pflege- und Gesundheitspolitik, aber auch zu intergenerationaler Gerechtigkeit und das Verhältnis der Generationen zueinander (vgl. BACKES & CLEMENS 2008, 30). Die Überalterung breitet sich langsam aber stetig in der Welt aus und „die tendenzielle Geriatriisierung der Welt kann in Zukunft zu globalen Verteilungskämpfen zwischen Jung und Alt führen“ (OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 27). Diese demografischen und sozialen Veränderungen nehmen Einfluss auf makrostrukturelle Rahmenbedingungen der Gesamtgesellschaft. Der stetig sinkende Anteil der Menschen im Kindes- und Jugendalter sowie der Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter (vgl. MOLLENKOPF & ENGELN 2008, 240) lässt die Rückkehr älterer und erfahrener Arbeitnehmer (OPASCHOWSKI & REINHARDT (2007, 16) sprechen vom sog. „Bellheim-Effekt“<sup>5</sup>) immer wahrscheinlicher werden. Hinsichtlich des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umgangs mit Alter ist diese „Festsetzung“ zum Eintritt in den Ruhestand äußerst problembehaftet. Vor dem Hintergrund, dass die Zahl der älteren Erwerbstätigen immer weiter steigen wird, erscheint eine neue Definition der Ruhestandsregelung aufgrund tatsächlich gegebener Kompetenzen als sinnvoll und notwendig<sup>6</sup> (vgl. KRUSE & WAHL 2010, 6; Pohlmann 2011, 36).

---

<sup>5</sup> Zurückzuführen auf den Spielfilm von Dieter Wedel „Der große Bellheim“ (1992), in dem ein – bereits selbst pensionierter – Unternehmer seine Firma vor dem Konkurs rettet, in dem er selbst und alt eingesessene Kollegen (alle jenseits der Rentengrenze) wieder die Führung der Firma übernehmen. Durch ihre Berufs- und Lebenserfahrung retten sie schließlich das Unternehmen vor dem Untergang (vgl. HARKSEN & WEDEL 1992).

<sup>6</sup> Die Bedeutung älterer Arbeitnehmer und die damit verbundenen Chancen werden auch auf medialer Ebene aufgegriffen und diskutiert (vgl. u.a. TRENTMANN 2014; SCHAIBLE 2014; USTORF 2012; BAREITHER 2010).

„Aus diesem Grunde wäre zu überlegen, an die Stelle eines bestimmten Alters, zu dem Menschen in den Ruhestand treten, einen Zeitkorridor – zum Beispiel vom 61. bis zum 70. Lebensjahr – zu definieren, der ausreichend Spielraum für die Entscheidung gibt, im Beruf zu verbleiben oder aus diesem auszuschneiden“ (KRUSE & WAHL 2010, 6).

Der Wissensgehalt sowie die Fähigkeiten und Erfahrungen älterer Arbeitnehmer können dabei für den Wirtschaftsstandort Deutschland nur von Vorteil sein. Und doch liegt der Fokus der Unternehmen auf jüngeren Arbeitnehmern: Mitarbeiter, die älter als 50 Jahre sind, scheinen die Betriebe zu meiden. Das führt dazu, dass jüngere Arbeitnehmer immer geringere Chancen haben, Erfahrungen mit älteren Kollegen zu machen und von deren Erfahrungsschatz zu profitieren (vgl. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 16ff). Diese Aspekte aufgreifend, hat der Europäische Rat reagiert, um ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum und die Wettbewerbsfähigkeit der Europäischen Union zu sichern. Er verabschiedete bereits im Jahr 2001 die Zielsetzung, bis zum Jahr 2010 die Erwerbstätigenquote von Menschen im Alter zwischen 55 und 64 Jahren um 50 % zu steigern<sup>7</sup> (vgl. ALIAGA & ROMANS 2006, 1). Gesellschaftlich wie auch politisch bedeutet dies, dass die Senioren nicht nur als erfahrene Arbeitskräfte, sondern darüber hinaus als Experten der demografischen Entwicklung und der perspektivischen Planung der Gesellschaft anerkannt werden müssen. Um dabei ein Höchstmaß an Partizipation für jede Altersgruppe zu erreichen, ist eine gute und zielorientierte Zusammenarbeit der Generationen unabdingbar (vgl. KREIMER 2010, 11).

Trotz der dargestellten wirtschaftlichen Vorteile und Chancen älterer Arbeitnehmer spricht TEWS (1999) von einer *Entberuflichung* des Alters als ein Strukturmerkmal einer älter werdenden Gesellschaft. Durch die frühe Berufsaufgabe und die höhere durchschnittliche Lebenserwartung verlängert sich die Lebensphase Alter. Der Ruhestand hat somit große Bedeutung, weil die betroffenen Personen neue Tages- und Lebensstrukturen entwickeln müssen (vgl. ebd., 147f). Für jede Lebensgeschichte stellt das Verlassen des Erwerbslebens und der Übergang in den Ruhestand eine biografische Zäsur dar, die wohl der stärksten gesellschaftlichen Zuschreibungen von Alter unterliegt (vgl. BACKES & CLEMENS 2008, 60).

---

<sup>7</sup> Dieses Ziel hat Deutschland im Jahr 2007 mit einer Beschäftigungsquote von 51,5 % der 55- bis 64-jährigen Arbeitnehmer erreicht (vgl. PUCH 2009, o. S.).

Nach wie vor wird die Grenze zum Alter in der Regel mit Invalidität und Berufsunfähigkeit definiert. Jedoch hat das Ausscheiden aus dem Berufsleben heutzutage weder etwas mit Invalidität noch mit Berufsunfähigkeit oder gar Alter zu tun. Mit dem Austritt aus dem Berufsleben und dem Berufsalltag werden Kompensationsleistungen hinsichtlich der neu hinzugekommenen Zeit nötig (vgl. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 18ff), die u.a. bestimmt werden durch den berufsbiografischen Verlauf, die gesundheitliche Disposition, die finanziellen Bedingungen, die Qualifikation und den Berufsbezug sowie durch familiäre und sonstige soziale Faktoren (vgl. BACKES & CLEMENS 2008, 61).

Neben den Aspekten der Entberuflichung formuliert TEWS (1999) vier weitere Strukturmerkmale einer immer älter werdenden Gesellschaft. Zum einen beschreibt er u. a. den Verjüngungsmythos in den Betrieben, welchen er unter dem Merkmal der *Verjüngung* zusammenfasst. Bereits jetzt gelten über 45-jährige als ältere Arbeitnehmer, deren Beschäftigungschancen immer schlechter werden, und selbst in den Medien zeichnet sich ein neues Bild von Alter ab, in dem ältere Menschen möglichst jung dargestellt werden. Ein weiteres Merkmal ist die *Singularisierung*: die Anzahl der Ein-Personen-Haushalte steigt mit zunehmendem Alter, und die Menschen sind zum großen Teil alleinstehend<sup>8</sup> (vgl. ebd., 147ff). Das wird zunehmend problematischer, denn Menschen in fortgeschrittenem Alter können und wollen in dieser Lebensphase häufig nicht mehr alleine wohnen. Auch, wenn demgegenüber der Wunsch vorhanden ist, so lange wie möglich im eigenen Haushalt zu leben, was die meisten älteren Menschen nach dem Tod des Partners auch tun: im Jahr 2008 lebten 41% der Frauen ab 60 und 17% der gleichaltrigen Männer alleine. Dabei ist festzustellen, dass das „Singledasein“ im Alter von den betroffenen Personen nicht selbst gewählt, sondern meist bedingt wird durch Scheidung oder Trennung. Die geschlechterspezifische Differenz wird durch folgende Zahlen sehr deutlich: mehr als ein Drittel der Frauen über 60 (36%) sind aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung verwitwet. In der gleichen Alterskohorte trifft das lediglich auf jeden zehnten Mann (10%) zu (vgl. WEINMANN 2010, 42ff). Somit wird Altern zunehmend zum Frauenproblem, denn – wie bereits beschrieben

---

<sup>8</sup> Jedoch ist die Annahme, die Lebensphase Alter sei von Isolation und Einsamkeit geprägt unzureichend (vgl. OPASCHOWSKI 1998, 96). Der Kontakt zur Familie, zu Freunden und Bekannten ist für die meisten älteren Menschen sehr ausgeprägt (vgl. KÖCHER & BRUTTEL 2012, 167).



– übersteigt die Lebenserwartung älterer Frauen deutlich die gleichaltriger Männer (vgl. JUNKERS 1995, 3). Das wird auch zukünftig so bleiben. Die Altersgesellschaft ist gegenwärtig zu Zwei-Drittel eine Frauengesellschaft (vor 100 Jahren war das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen), was TEWS (1999) formuliert als das Strukturmerkmal der *Feminisierung*.

Das Merkmal der HOCHALTRIGKEIT umfasst den Aspekt, dass die Menschen ein sehr hohes Alter erreichen und dieser Trend auch nicht umzukehren ist (vgl. ebd., 148ff). Die Anzahl der Hochaltrigen wird sich überproportional erhöhen und immer weiter zunehmen (vgl. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 34; JUNKERS 1995, 4). Früher galten die über 60-jährigen als die Alten und heute werden erst die über 80-jährigen als die Hochaltrigen bezeichnet (diejenigen, die bereits ein Lebensalter über der durchschnittlichen Lebenserwartung erreicht haben). Die Tendenz ist steigend, und zukünftig wird es immer mehr 90-jährige Menschen in Deutschland geben. Konnte im Jahr 1950 in Westdeutschland eine Zahl von knapp 19.000 über 90-jährige festgestellt werden, so stehen dieser Zahl aktuell bereits ungefähr 500.000 über 90-jährige gegenüber. OPASCHOWSKI & REINHARDT (2007) prognostizieren für die Mitte dieses Jahrhunderts, dass die Zahl der über 90-jährigen auf weit über zwei Millionen ansteigt (vgl. ebd., 34f). Da die Hochaltrigkeit von einer Vielzahl an negativen Aspekten begleitet wird, können diesbezüglich Probleme vereinzelt oder gehäuft auftreten, wie bspw.

- Multimorbidität und chronische Erkrankungen,
- Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, die sich ausweiten kann bis hin zu einer Demenz,
- mehr oder weniger ausgeprägte Hilfe- und Pflegeabhängigkeit,
- vermehrte Behandlungsbedürftigkeit, die bis zu einer vorübergehenden oder dauerhaften stationären Aufnahme führen kann sowie
- Isolierung und Vereinsamung (vgl. TEWS 1999, 150f).

Die beschriebenen „negativen“ Seiten der Hochaltrigkeit sind jedoch keinesfalls für die Lebenssituation der betroffenen Menschen bestimmende Faktoren (vgl. ebd.; TESCH-RÖMER & WURM 2009, 10).

„Der Alterungsprozess ist nicht einfach nur ein Vorgang, der am alten Menschen geschieht und den der alternde Mensch unreflektiert anzunehmen hat. Es ist auch entscheidend, wie sich der alternde Mensch sich selbst gegenüber

verhält. Somit bekommt das Altern eine passive und aktive Seite zugeordnet. Der Mensch ist damit nicht nur das Ergebnis dessen, was der Tag ihm bringt (KREIMER 2010, 109).

Durch den bewussten Umgang mit der Lebensphase Alter und der Entwicklung eines individuellen, positiven Altersbildes müssen altersbedingte Herausforderungen nicht in Resignation enden (vgl. KREIMER 2010, 11). Im Gegenteil: die Hochzeit des jüngsten Kindes haben vor 100 Jahren die wenigsten Eltern miterlebt; in der heutigen Zeit können viele sogar die Heirat ihrer Enkel oder die Geburt von Urenkeln miterleben. Zwar geht die Zahl der Enkel (bedingt durch die sinkende Geburtenrate) zurück (vgl. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007,34; OPASCHOWSKI 1998, 103f) und es gibt immer mehr „enkellose Ruheständler“ (OPASCHOWSKI 1998, 104), jedoch bergen die demografischen Entwicklungen auch Chancen und Potenziale. Gesellschaftliche Strukturen wandeln sich und viele positive Entwicklungen können bereits verzeichnet werden. Das moderne Pflegeverständnis (vgl. Kap. 6.2.6.) konzentriert sich nicht mehr auf die vordergründige Versorgung alter Menschen. Vielmehr sollen sie aktiviert und ermutigt werden, an der Lebensphase Alter zu partizipieren (vgl. KREIMER 2010, 15), um die Qualität der verbleibenden Lebensjahre zu steigern (vgl. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 37).

„Gesellschaft und Politik müssen deshalb die nachrückenden alten Menschen mit mehr Ressourcen, Ausbildungsniveau, Gesundheit, mit ihrem aktiven Lebensstil, mit mehr Lebenszufriedenheit und Aktivitäten in positiver Wechselwirkung sehen“ (KREIMER 2010, 15).

Menschen mit geistiger Behinderung sind gleichermaßen von demografischen Entwicklungen betroffen (vgl. WACKER 2001, 57). Auch wenn die tatsächliche Zahl der in Deutschland lebenden Menschen mit einer Behinderung nicht präzise ermittelbar ist<sup>9</sup>, haben regionale und überregionale Studien (vgl. u.a. WACKER ET AL. 1998; HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM/LANDESWOHLFAHRTSVERBAND HESSEN & BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V. 2001; DIECKMANN ET AL. 2010) gezeigt, dass die „stationäre ‚Behindertenhilfe ergraut‘“ (WACKER 2005, 345) und die Zahl der über 65-jährigen Heimbewohner weiter stetig ansteigt (vgl. ebd., 344).

---

<sup>9</sup> Es erfolgt in Deutschland keine zentrale Erfassung von Menschen mit Behinderung, was u.a. mit den Erfahrungen des dritten Reichs zusammenhängt (vgl. WACKER 2005, 343).

### 2.3. Dimensionen des Alterns von Menschen mit und ohne geistige Behinderung

Alterungsprozesse verlaufen in keinster Weise einheitlich und werden beeinflusst von biologischen Voraussetzungen, psychosozialen und ökologischen Bedingungen, dem individuellen Gesundheitsverhalten sowie der medizinischen Versorgung (vgl. OYEN 1991, 183f). Jeder Mensch hat unterschiedliche Selbsteinschätzungen bezüglich des eigenen Lebens und Alterns. Die Einschätzungen basieren auf biologischen (körperliche Leistungsfähigkeit), psychischen (geistige und kognitive Leistungsfähigkeit) und soziologischen (soziale Zuschreibungen) Kriterien. Daraus ergibt sich, dass Altern ein multidimensionales Geschehen ist, was nicht ausschließlich auf das medizinische Defizitbild des körperlichen und psychischen Abbaus reduziert werden darf (vgl. KARL 2009, 21ff). Demzufolge erscheint ein Betrachtungsrahmen von Alterungsprozessen unter biologischen, psychischen und sozialen Bedingungen sinnvoll. Auch bei Menschen mit geistiger Behinderung unterliegt das Altern den genannten Einflüssen. Der Behinderungsbegriff der geistigen Behinderung wird an dieser Stelle nicht eingehend diskutiert<sup>10</sup>. Für den Kontext der Arbeit ist es notwendig, den Personenkreis einzugrenzen, um eine differenzierte Perspektive formulieren zu können und eine deutliche Abgrenzung zu alterstypischen Veränderungen wie dementiellen Erkrankungen klarzustellen. Geistige Behinderungen sind zwar in den meisten Fällen mit irreversiblen Hirnschädigungen verbunden, aber nicht mit generellen Abbauprozessen und Verlustereignissen wie es bspw. bei einer Demenzerkrankung der Fall ist (vgl. THEUNISSEN 1999, 170).

Das SGB IX definiert Behinderung in §2 Absatz 1 wie folgt:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (§2 Abs. 1 SGB IX).

Diese Definition kann nur als Orientierungsrahmen dienen, denn der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung ist in sich sehr heterogen.

---

<sup>10</sup> Umfangreiche Ausführungen hierzu finden sich u.a. in STÖPPLER 2014 und FORNEFELD 2004 bzw. 2009.

Eine einheitliche Beschreibung der Menschen mit diesem Merkmal ist nahezu unmöglich, da jeder von ihnen einzigartig in seinen individuellen Fähigkeiten, Bedürfnissen und Eigenschaften ist (vgl. STÖPPLER 2014a, 16). In diagnostischer Herangehensweise formulierte das internationale Klassifikationsschema ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Einstufung der Schweregrade einer Intelligenzminderung. Demzufolge ist eine Intelligenzstörung „ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten“ (DIMDI 2014, 217), mit der eine Beeinträchtigung der Kognition, Sprache sowie motorischer und sozialer Fähigkeiten einhergehen. Es werden mit standardisierten Intelligenztests Niveaustufen diagnostiziert, die eingeteilt sind in die Kategorien F70-79 (vgl. ebd., 217). In folgender Tabelle 3 werden die vier primären Niveaustufen (F70-73) kurz skizziert. Die übrigen Stufen (,andere‘ und ,nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung‘) werden an dieser Stelle ausgespart.

Kategorie	Bezeichnung	IQ-Bereich
F70.-	Leichte Intelligenzminderung	50-69
F71.-	Mittelgradige Intelligenzminderung	35-49
F72.-	Schwere Intelligenzminderung	20-34
F73.-	Schwerste Intelligenzminderung	unter 20

**Tab. 3:** Vier Niveaustufen einer Intelligenzminderung (vgl. DIMDI 2014, 217f)

Die vorgestellte Klassifikationssystematik dient einzig der medizinischen Diagnostik unter statistischen Angaben. Soziokulturelle oder individuelle Entwicklungsfähigkeiten der Menschen bleiben hierbei unberücksichtigt, was unter pädagogischen Gesichtspunkten sehr kritisch reflektiert wird. Auch begriffliche Implikationen oder Zuschreibungen zur Einordnung des Personenkreises werden seit vielen Jahren (fachspezifisch) diskutiert. Im Vordergrund steht, dass Bezeichnungen jeglicher Art Diskriminierungstendenzen und Etikettierungen für die betroffenen Menschen mit sich bringen können. Die Elternvereinigung Lebenshilfe, die heute zum Bundesverband Lebenshilfe e.V. erwachsen ist, hat den Begriff der geistigen Behinderung eingeführt. Heute wird auch diese Bezeichnung diskutiert und von der Selbstvertretergruppe „Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.“ abgelehnt. Unbestritten ist, dass die Bezeichnung ,geistige Behinderung‘ der Komplexität der Eigenschaft und der

Individualität eines Menschen nicht gerecht werden kann (vgl. STÖPPLER 2014a, 16ff).

„Doch das reicht noch nicht, da die Bezeichnung ‚Menschen mit geistiger Behinderung‘ semantisch problematisch ist: Die Gleichsetzung von ‚Intellekt‘, ‚Kognition‘, also von Denken mit ‚Geist‘ greift zu kurz. Nennen wir einen Menschen in seinem Geist behindert, werten wir ihn damit zwangsläufig in seinem Personsein ab“ (FORNEFELD 2004, 50).

In Kenntnis der negativen Konnotation des Begriffs und den damit eventuell verbundenen Benachteiligungen für die betreffenden Menschen ist die Notwendigkeit einer Bezeichnung gegeben, um diesen Personenkreis von Personen mit anderen Behinderungsformen abzugrenzen (vgl. STÖPPLER 2014a, 18). Insbesondere im Kontext dieser Arbeit erscheint der Abgrenzungsaspekt von besonderer Relevanz. Im Spannungsfeld der geistigen Behinderung und der Lebensphase Alter soll vermieden werden, die individuellen Lebensmuster und Alterungsaspekte des Personenkreises zu pauschalisieren (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 22).

In den folgenden Kapiteln (2.3.1.-2.3.3.) werden die Aspekte ausführlich diskutiert und herausgestellt, dass altersbedingte Veränderungen bei Menschen mit geistiger Behinderung in gleichem Maße auftreten, wie bei alten Menschen ohne eine Behinderung. Eine klare Abgrenzung zu Menschen mit altersbedingten Demenzerkrankungen sei ausdrücklich hervorgehoben, denn

„(d)er Begriff ‚geistige Behinderung‘ ist ein Sammelbegriff für ein Phänomen mit oft lebenslangen, aber verschiedenen Äußerungsformen einer unterdurchschnittlichen Verarbeitung von Kognition und Problemen mit der sozialen Adaption. Wir wissen, dass es bei den einzelnen Menschen nicht nur Schwächen, sondern oft auch Stärken gibt (...)“ (HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 19f).

### 2.3.1. Biologische Aspekte des Alterns

Für alle fachwissenschaftlichen Disziplinen ist unmissverständlich, dass ein lebender Organismus altert und letztendlich stirbt. Zur Erklärung bedient sich die Biologie verschiedener Alterstheorien, um den physiologischen Vorgang des Alterns zu verstehen. Die Theorien bilden einen Orientierungsrahmen zum Verstehen der biologischen Prozesse, die jedoch nicht isoliert betrachtet werden können. Es ist wichtig zu berücksichtigen, dass innere und äußere Faktoren die Altersvorgänge in positiver oder negativer Weise beeinflussen können (vgl. OYEN 1991, 195f). Deswegen sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass die im weiteren Verlauf erläuterten Altersdimensionen stets in einem wechselseitigen Zusammenhang gesehen werden sollten (vgl. FRANKE 1991, 317f).

Aus biologischer Sicht wird der Vorgang des Alterns Biomorphose genannt, „einen regelhaften und unaufhaltsamen Prozeß (sic!) der irreversiblen Veränderung der lebenden Substanz als Funktion der Zeit mit der Folge einer fortschreitenden Involution biologischer Funktionen“ (OYEN 1991, 183). Zunächst beginnt der körperliche Alterungsprozess auf Zell- und Organebene, was – bezogen auf die Spezies Mensch – allen gemeinsam ist. Allerdings variieren die Vorgänge individuell je nach fortschreitender Geschwindigkeit des Prozesses sowie je nach Körperfunktion und Organ. Viele Aspekte, die im weiteren Verlauf noch näher beschrieben werden, nehmen Einfluss auf den körperlichen/organischen Abbau von Lebensfunktionen, der genetisch vorprogrammiert ist (vgl. KARL 2009, 23).

Genetisch fundierte Erklärungsansätze biologischen Alterns gehen davon aus, dass der Mensch auf biologischer Ebene ein festgelegtes Maximalalter erreichen kann. Die maximale Lebenserwartung eines Menschen ist, aus zellbiologischer Perspektive, in den Zellen festgeschrieben (vgl. JUNKERS 1995, 117), da diese nur über eine begrenzte Teilungsfähigkeit und Regenerationsmechanismen verfügen, mit der entscheidend die Vitalität des Organismus zusammenhängt. Die Zellen gelten somit als der Ort, in denen letztendlich das Altern stattfindet und deshalb Einfluss auf Altersvorgänge nehmen. Mit zunehmendem Alter geht die Zellaktivität zurück und verlangsamt sich. Auf medizinische Therapien und Interventionen im hohen Alter reagiert der Körper langsamer

oder sie bleiben unwirksam. Das hat zur Folge, dass Multimorbidität und demenzielle Erkrankungen stark ansteigen, was letzten Endes zum Tod führt (vgl. OYEN 1991, 182ff).

Neben weiteren zellbiologischen Vorgängen, die Einfluss auf die Alterungsprozesse nehmen, lässt sich zudem die Energieverbrauchstheorie nach PRINZINGER (1990, 7ff) nennen. Diese besagt, dass die dem Organismus zur Verfügung stehende Gesamtenergie im Laufe des Lebens aufgebraucht wird. Dabei hat die Intensität der Aktivität des Lebewesens einen entscheidenden Einfluss auf die Schnelligkeit des Verbrauchs der Energie. PRINZINGER veranschaulicht dies an folgendem Beispiel:

„Und der Zaunkönig ‚verlebt‘ während seiner vier Jahre dauernden Adultphase<sup>11</sup> genauso viel Energie wie der Graupapagei in 80 Lebensjahren“ (ebd., 1990, 7).

Im Sinne dieser Theorie haben hochaktive Lebewesen eine geringere Lebenserwartung als träge, gemütliche bzw. energiesparend lebende. Übertragen auf den Menschen würde dies bedeuten, dass aktive, gestresste Menschen schneller ihre Gesamtenergie verbrauchen und somit früher sterben.

„Besonders alt werden bei uns in der Regel Nonnen und Mönche, die in völliger Ruhe, ohne Streß und ohne große körperliche Aktivität in der Abgeschiedenheit eines Klosters in Klausur leben. Geringe Lebensspannen zeigen dagegen Schwerstarbeiter“ (PRINZINGER 1990, 9).

Auch die von SELYE (zit. n. OYEN 1991, 185) begründete Stress-Verbrauchstheorie geht davon aus, dass der Energieverbrauch eines unter Stress lebenden Organismus höher ist und dementsprechend schneller aufgebraucht wird. Die damit hervorgerufenen Abbau- und Belastungsprozesse beschleunigen biologische Alterungsprozesse und verkürzen somit die Lebenserwartung des Organismus. Schlussfolgernd begünstigt der schonende und bewusste Umgang mit den persönlichen Ressourcen biologische Vorgänge auf Zell- und Organebene, was sich positiv auf die biologische Vitalität auswirkt und somit das biologische Altern verlangsamen kann. Jedoch sollte nicht fehlinterpretiert werden, dass körperliche Aktivität einen negativen Einfluss auf den Alterungsprozess hat. Vielmehr ist der Mensch für ein gewisses Maß an körperlicher

---

<sup>11</sup> Der Autor definiert für das Leben der meisten höheren Organismen drei begrenzte Lebensabschnitte: die Embryonalentwicklung (Embryogenese), die Jugendentwicklung (Ontogenese) und die Adultphase (Stadium als Erwachsener) (vgl. PRINZINGER 1990, 6).

Arbeit und Bewegung ausgelegt und zwar nicht nur, um die Fettanlagerung zu vermeiden. Ebenso benötigen die Organe und Zellen für den Erhalt ihrer Funktionalität und Vitalität Trainingsreize, die der Mensch nur durch Bewegung und Aktivität erreichen kann. Bewegung und Gesundheitstraining begünstigen folglich die qualitativen Aspekte des Altwerdens. Durch körperliche Aktivität kann ein guter funktioneller Zustand der Zellen und Organe erreicht werden. Darüber hinaus wirken sich Aktivität und gesundheitsbetonte Bewegung positiv auf das Herz-Kreislauf-System aus, dessen Erkrankung im Alter zu einer häufig vorkommenden Todesursache geworden ist (vgl. OYEN 1991, 185ff). Weitere altersbedingte biologische Veränderungen zeigt folgende Auflistung (Tab. 4) nach WEYERER ET AL. (2008, 81ff):

Organ/System	Altersbedingte Veränderungen	Mögliche Folgen
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zunahme des Körperfetts</li> <li>- Abnahme des Körperwassers</li> <li>- Abnahme des Grundstoffwechsels</li> <li>- Abnahme der Temperaturregulation</li> <li>- Abnahme der Durstperzeption</li> </ul>	<p>Einflüsse auf die Verteilung von Medikamenten im Körper</p> <p>unbemerkte Unterkühlung möglich</p> <p>Exsikkosegefahr</p>
Sinnesorgane	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auge: Abnahme der Elastizität (Presbyopie) und der Transparenz der Linse</li> <li>- Ohr: Verlust von Haarzellen im Corti-Organ (umweltabhängig), degenerative Veränderung der Hörnervenfasern</li> <li>- Geruchssinn: Verminderte Regenerationsfähigkeit der Sinneszellen, degenerative Veränderung der Riechnervenfasern</li> <li>- Geschmack: Geschmacksknospen werden weniger, degenerative Veränderung der Geschmacksnervenfasern</li> </ul>	<p>Akkommodationsschwierigkeiten, Katarakt</p> <p>Hochtonverluste, Verschlechterung der Wortdiskrimination vor allem bei Hintergrundgeräuschen</p> <p>Veränderungen der Geruchs- und Geschmacksempfindungen können zu Appetitlosigkeit führen.</p>
Respirationstrakt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abnahme der Lungenelastizität</li> <li>- Vergrößerung der Alveolen</li> <li>- Abnahme der Lungenkapillarenanzahl</li> <li>- Zunehmende Steifheit des Brustkorbs (Altersthorax)</li> </ul>	<p>Abnahme der Vitalkapazität, der Lungendehnbarkeit und des Sauerstoffpartialdrucks, erhöhter Atemwiderstand, erhöhte Infektanfälligkeit wegen Einschränkung des Hustenreflexes und der Belüftung der Lunge</p>



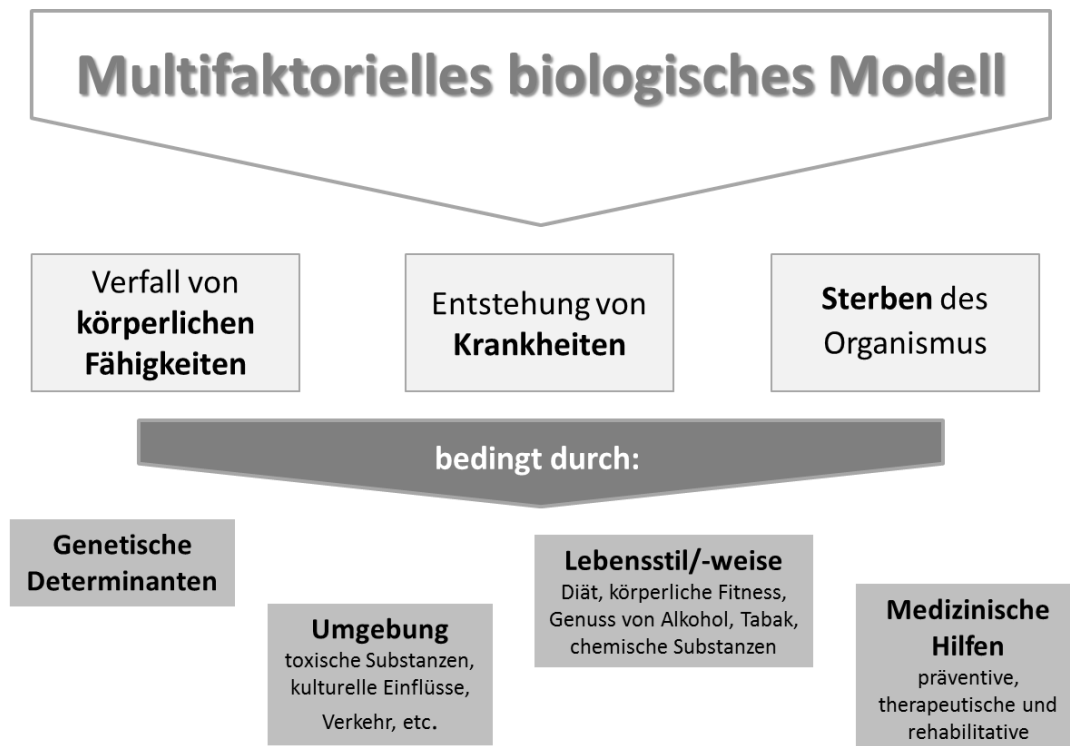
Herz-Kreislauf-System	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abnehmende Elastizität und Durchlässigkeit der Arterienwände</li> <li>- Verzögerte Blutdruckregulation</li> <li>- Abnahme der maximalen Herzschlagrate</li> <li>- Ersatz von Herzmuskelfasern durch Bindegewebe</li> </ul>	erhöhter Blutdruck (abhängig auch von Umwelt und Lebensweise), orthostatische Probleme, körperliche Belastungen können schlechter kompensiert werden, Störungen im Erregungsbildungs- und -leitungssystem
Bewegungsapparat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abnahme des Mineralstoffgehalts der Knochen</li> <li>- Abnahme der Muskelmasse, z.T. Ersatz durch Fettgewebe</li> <li>- Geringere Dehnbarkeit von Bändern, Sehnen und Muskeln</li> <li>- Knorpelveränderungen und Osteophytenbildung an den Gelenken</li> </ul>	erhöhte Anfälligkeit für Knochenbrüche, Reduktion von Kraft und Beweglichkeit
Gastrointestinaltrakt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verlust von Zähnen</li> <li>- Verminderte Funktion des Geruchs- und Geschmackssinns</li> <li>- Speichelsekretion nimmt ab.</li> <li>- Atrophie der Magen- und Darmschleimhaut</li> <li>- Verminderte Motilität von Magen und Darm</li> <li>- Reduzierung der Größe und Funktion von Leber und Pankreas</li> </ul>	<p>Kau- und Schluckstörungen, Appetitverlust, Gefahr der Mangel- und Fehlernährung</p> <p>Absorptionsstörungen</p> <p>Obstipation</p> <p>reduzierte Glukosetoleranz, verzögerte Ausscheidung von Medikamenten, über die Leber mit erhöhter Gefahr der Überdosierung und unerwünschter Arzneimittelwirkungen</p>
Niere	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abnahme der Nephronenzahl</li> <li>- Abnahme der glomulären Filtrationsrate</li> </ul>	verzögerte Ausscheidung von Medikamenten über die Niere mit erhöhter Gefahr der Überdosierung und unerwünschter Arzneimittelwirkungen
Haut	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atrophie des subkutanen Fettgewebes mit Kapillaren und Schweißdrüsen</li> </ul>	verminderte Schweiß- und Fettproduktion, trockene Haut, verlangsamte Wundheilung, Faltenbildung

**Tab. 4:** Ausgewählte altersbedingte Veränderungen und mögliche Folgen (zit. n. WEYERER ET AL. 2008, 81ff)

Es scheint wissenschaftstheoretisch bewiesen, dass die Lebensspanne jedes Lebewesens genetisch bedingt und auf ein definiertes Maximum begrenzt ist (vgl. OYEN 1991, 196; JUNKERS 1995, 117; KARL 2009, 23). PRINZINGER (1990)

formuliert diesbezüglich die „Hypothese von der genetisch aktiv gelenkten Alterung, die im Tod ihr Ziel findet“ (ebd., 4) und betont, dass diesem Prozess nicht zwangsläufig die Phase des Funktionsverlustes und Verfalls vorausgehen muss (vgl. ebd., 4). Darüber hinaus ist eine monokausale Betrachtungsweise des Alterungsprozesses zu vermeiden, da schädliche Umwelteinflüsse und destruktive Verhaltensweisen ebenfalls negativen Einfluss auf die biologischen Alterungsprozesse nehmen können (vgl. OYEN 1991, 184).

HAVEMAN & STÖPPLER (2010, 29f) konkretisieren in diesem Zusammenhang ein multifaktorielles biologisches Modell (Abb. 5), das die Auswirkungen objektiver Einflüsse und subjektiver Verhaltensweisen auf den biologisch-medizinischen Alterungsprozess erklärt.



**Abb. 5:** Multifaktorielles biologisches Modell (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 30)

Die hier aufgeführten biologischen Einflüsse auf den Alterungsprozess des menschlichen Organismus verlaufen bei Menschen mit geistiger Behinderung weitestgehend kongruent zur Gesamtbevölkerung (vgl. MILZ & STÖPPLER 2009, 185). Die körperlichen Alterungsprozesse unterscheiden sich demnach nicht wesentlich voneinander. Ein Aspekt, der gesonderten Einfluss auf die Alterungsprozesse von Menschen mit geistiger Behinderung nimmt und in diesem

Zusammenhang nicht unberücksichtigt bleiben darf, ist der Aspekt der Mehrfachbehinderung. Menschen mit geistiger Behinderungen leben oftmals mit komplexen Mehrfachbehinderungen, die ein Auftreten gesundheitlicher Risiken und Multimorbidität begünstigen. Auch das Auftreten chronischer Erkrankungen ist bei diesem Personenkreis um ein vielfaches wahrscheinlicher als bei dem Personenkreis nichtbehinderter Menschen (vgl. STÖPPLER 2014a, 121). Ebenfalls konnte festgestellt werden, dass bei einigen Behinderungsformen bzw. Syndromen wie bspw. dem Down-Syndrom (Trisomie 21) ein genetisch bedingtes frühzeitiges Altern eintritt, das wiederum Auswirkungen auf die Lebenserwartung der Personen hat. Das ist zurückzuführen auf die genetischen Aberrationen, die ursächlich für das Auftreten des Downs-Syndroms sind (vgl. OYEN 1991, 193; HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 35). An dieser Stelle wird jedoch darauf verwiesen, dass einzelne Gene nicht allein weder für den Fortlauf des Alterungsprozesses verantwortlich sind, noch zu einer Beschleunigung oder Verlangsamung führen (vgl. BIRREN 1974, 94; DANNER & SCHRÖDER 1992, 119). DANNER & SCHRÖDER (1992) erklären, dass durch Veränderungen im Genom eines Menschen Altersähnlichkeiten frühzeitig auftreten können (,segmentales Altern‘). Die genetisch bedingten Ursachen sind syndromspezifisch. Die von den Autoren aufgeführten, diesbezüglich populärsten Syndrome sind das Down-Syndrom, das Hutchinson-Gilford-Syndrom (Progerie) und das Werner-Syndrom (vgl. ebd., 119). Vor allem das Down-Syndrom wird oftmals als das „Ebenbild des Alterns“ (DANNER & SCHRÖDER 1992, 119) beschrieben, da phänotypische Altersmerkmale und -erkrankungen signifikant früher auftreten können (vgl. ebd., 119). Ein besonderer Aspekt kommt diesbezüglich der Alzheimer-Erkrankung von Erwachsenen mit Down-Syndrom zu, worauf in Kap. 2.3.2. eingegangen wird.

Auch, wenn die beschriebenen genetischen Faktoren wissenschaftlich durchaus von Bedeutung für das Altern von Menschen mit spezifischen Syndromen sind, ist eine einseitige Betrachtungsweise des Alterungsprozesses unzulänglich. Der Alterungsprozess ist auch bei Menschen mit geistiger oder komplexer Behinderung ein multifaktorielles Geschehen, welches nicht bloß auf die biologischen Aspekte reduziert werden kann. Das biologische Alter beschreibt le-

diglich die gesundheitliche Situation der körperlichen und geistigen Fähigkeiten eines Menschen. Das Individuum – gleichwohl mit oder ohne eine Behinderung – ist unausweichlich mit seiner individuellen Lebensgeschichte verbunden und diese sollte im Betrachtungsrahmen eines umfassenden Alterungsverständnisses unbedingt Berücksichtigung finden (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 29).

### **2.3.2. Psychologische Aspekte des Alterns**

In der Psychologie des Alterns stehen zunächst die lebenslaufperspektivischen Verhaltensweisen des Erwachsenen im Vordergrund (vgl. BIRREN 1974, 23). In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Anpassungsfähigkeit des Individuums bezüglich des Umgangs mit sich neu entwickelnden Umgebungsanforderungen im Alter entscheidend (vgl. KARL 2009, 23). Gerade im höheren Alter kommt es immer wieder zu Veränderungen der Lebenssituation. Die zu Beginn bestehende Stabilität der alltäglichen Lebensumstände wird mit zunehmendem Alter immer wieder auf die Probe gestellt, und vom betroffenen Menschen wird eine hohe Kompensations- und Anpassungsfähigkeit verlangt. Als Beispiele für diese Veränderungstendenzen kann der Auszug und Weggang der Kinder, der Übergang in den Ruhestand, der Verlust von vertrauten Menschen oder die Häufung körperlicher Beschwerden und Erkrankungen angeführt werden. Die veränderten Lebenssituationen können psychische und physische Folgen mit sich bringen (vgl. LEHR 2003, 56f). In der psychologischen Altersforschung werden u.a. die eben genannten Altersveränderungen psychischer Merkmale und Mechanismen beschrieben und analysiert. Fokussiert werden dabei insbesondere kognitive Veränderungen, die das Gedächtnis und die Intelligenz betreffen (vgl. WEINERT 1994, 180). Die altersbedingten Veränderungen sind primär verursacht durch die Alterung des Gehirns und die damit einhergehenden morphologischen Veränderungen. Dazu zählen u.a. die Abnahme und der Verlust von Nervenzellen und Neuronen, die Abnahme der Interaktion zwischen den Zellen durch Rezeptorverlust, Pigmenteinlagerungen in den Zellen, Verschmälerung der Hirnwindungen und faserige Verdickung der Hirnhäute. Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass das Gehirngewicht mit zunehmendem Alter sinkt. Die beschriebenen, hirnorganischen Verände-

rungen bleiben natürlich nicht ohne Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten des älteren Menschen (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 35). Das angesammelte Erfahrungswissen von älteren Menschen reicht dabei zur Kompensation nicht aus und ist auch keine universell gültige Erscheinung des Alters. Erfahrungswissen ist vielmehr Ausdruck persönlicher und spezifischer Lebenserfahrung, die beeinflusst wird durch die individuellen und sozialen Lebensbedingungen jedes Einzelnen<sup>12</sup> (vgl. SMITH & BALTES 1990, 494 zit. n. WEINERT 1994, 192). Generell nehmen ab dem mittleren und höheren Erwachsenenalter die intellektuellen Leistungsfähigkeiten ab. Vor allem in den 1920er- und 1930er-Jahren konnten durch Untersuchungen von JONES und CONRAD sowie von MILES dem biologischen Verständnis der Abnahme geistiger und intellektueller Leistungsfähigkeit im Alter entsprochen werden (vgl. LEHR 2003, 49f). Basierend auf dem Verständnis einer allgemeinen vorherrschenden Intelligenz und aktiven geistigen Leistungsfähigkeit von älteren Menschen, wurde das mit einheitlichen Aufgabenstrukturen überprüft. Aufgrund der gewonnenen Ergebnisse, nämlich einem Nachlassen der geistigen Leistungsfähigkeit älterer Menschen, wurde das Defizit-Modell formuliert, das Altern einzig in Abhängigkeit mit Abbau und Verlust setzt (vgl. JUNKERS 1995, 88).

Mit der Intelligenzforschung von WECHSLER im Jahr 1944 wurde ein neues, differenziertes Verständnis von Intelligenz entwickelt und das starre Konzept der „globalen Intelligenz“ (JUNKERS 1995, 88) abgelöst (vgl. ebd., 88). Seither wird Intelligenz als ein „mehrdimensionales Fähigkeitskonzept“ (WEINERT 1994, 192) verstanden, das altersstabile und -labile Dimensionen umfasst, die sich im Altersverlauf eines Menschen organisieren und umstrukturieren (vgl. JUNKERS 1995, 88). Das daraus hergeleitete Zwei-Faktoren-Modell der fluiden und kristallinen Intelligenz prägte die psychologische Altersforschung. Die diesem Modell zugrunde liegenden Intelligenzen sind in unterschiedlichem Umfang vom allgemeinen Altersabbau betroffen (vgl. WEINERT 1994, 192). Die sog. kristalline Intelligenz gilt als altersstabil, d.h. sie ist relativ altersunabhängig und kann bis ins hohe Alter durch entsprechendes Training erhalten und

---

<sup>12</sup> Dennoch kann dieser ‚Gewinn des Alters‘ durchaus als positiv und Vorteil gegenüber jüngeren Generationen gewertet werden (vgl. WEINERT 1994, 182; KARL 2009, 24). Ein gesellschaftliches Umdenken des immer noch vorherrschenden Negativbildes des Alters ist diesbezüglich längst überfällig, um eben auch die positiven und vorteilhaften Aspekte des Alters und Alterns deutlich zu machen (vgl. POHLMANN 2011, 117).

sogar gesteigert werden. Sie umfasst bildungs- und übungsabhängige Faktoren wie Wortschatz, Sprachverständnis, Allgemeinwissen und Anwenden von Problemlösungsstrategien (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 35f).

Die sog. fluide Intelligenz hingegen unterliegt dem Einfluss des Altersabbaus und ist biologisch determiniert. Die diesem Intelligenzverständnis zugrunde liegenden kognitiven Kompetenzen (erkennen von Zusammenhängen, abstrakte Schlussfolgerungen ziehen) gelten als bildungsunabhängig (vgl. WEINERT 1994, 192). Die Veränderungen dieser altersabhängigen intellektuellen Fähigkeiten manifestieren sich vor allem in der Verlangsamung der Lösung komplexer Aufgaben (vgl. BARTELS 1982, 306 zit. n. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 36). Das hier vorgestellte Zwei-Faktoren-Modell sollte jedoch nicht eingrenzend auf die vielfältigen kognitiven Entwicklungen im Alter wirken. Dem volkstümlichen und im ursprünglichen Zusammenhang auf körperliche Bewegung ausgerichteten Sprichwort ‚Wer rastet, der rostet‘ kann in diesem Zusammenhang seine Gültigkeit bescheinigt werden (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 35f).

Die hier aufgezeigten kognitiven Altersveränderungen sind nicht die einzigen Veränderungen, auf die der Mensch in der Lebensphase Alter kompensatorisch reagieren muss. Weitere altersspezifische Defizite, Einschränkungen und Verluste können psychische Belastungssituationen darstellen (vgl. WEINERT 1994, 181). Insbesondere bei den über 75-jährigen ist ein erhöhter Anstieg psychischer Erkrankungen zu verzeichnen (vgl. WEYERER & BICKEL 2007, 53). Dabei gehören vor allem depressive Erkrankungen zu den häufigsten affektiven Störungen im Alter. Sie sind multikausal bedingt, d.h. verschiedene biologische, psychologische und psychosoziale Faktoren nehmen Einfluss auf ihre Entstehung. Gerade deswegen sind sie in der Lebensphase Alter eine besondere Einflussgröße. Im Alter ist der Mensch mit Veränderungen in allen Lebensbereichen konfrontiert, mit denen er umgehen muss. Gerade körperliche Veränderungen, und die damit verbundenen Leistungseinbußen können zusätzlich eine depressive Erkrankung mit sich bringen. Gleichzeitig können körperliche Erkrankungen auch durch diese bestimmt sein; eine eindeutige Diagnose der depressiven Erkrankung im Alter ist nicht immer leicht (vgl. ebd., 115f). WEYERER & BICKEL (2007) schlussfolgern, dass etwa ein Viertel der Personengruppe der älteren Menschen an einer psychischen Krankheit

leidet. Diesbezüglich können Neurosen (v.a. Depressionen), Persönlichkeitsstörungen und dementielle Erkrankungen als die am häufigsten auftretenden Erkrankungen diagnostiziert werden (vgl. ebd., 53ff). Den persönlich gravierendsten Verlauf zeigt in diesem Zusammenhang die Erkrankung an einer Demenz.

„Demenz ist das Syndrom des progressiven Gedächtnisverlustes, anderen kognitiven Verlusten (wie Orientierung), Epilepsie und Verhaltensänderungen, das mit pathologischer Verschlechterung des Gehirn auftritt“ (HAVEMAN & STÖPPLER 2014a, 140).

Gekennzeichnet durch den stetig voranschreitenden Rückgang der Gedächtnisleistungen und der geistigen Fähigkeiten führt eine Demenz letztlich in die völlige Pflegebedürftigkeit der betroffenen Person (vgl. HÄFNER 1986, 16) und macht diese Erkrankung zum Damoklesschwert des Alters. Zum einen tritt sie nur selten bei Menschen auf, die jünger sind als 65 und zum anderen nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung an einer Demenz mit zunehmendem Alter gravierend zu (vgl. LEHR 2003, 91; WEYERER & BICKEL 2007, 61). Da die Lebenserwartung der Menschen ebenfalls weiterhin steigt (vgl. Kap. 2.2.) befürchten WEYERER & BICKEL (2007), „(...) dass die Demenzen wegen des oft langjährigen Versorgungsbedarfs wahrscheinlich zur größten Herausforderung des Gesundheits- und Sozialsystems werden (...)“ (ebd., 61) könnten. Für Menschen mit geistiger Behinderung können im Zusammenhang mit dementiellen Erkrankungen Besonderheiten festgestellt werden, denn sie sind von dementiellen Erkrankungen existentiell betroffen. Untersuchungen u.a. von STRYDOM ET AL. (2007) haben ergeben, dass ab einem Alter von 65 eine erhöhte Prävalenz einer Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung gegenüber der Gesamtbevölkerung vorliegt (vgl. ebd., 153). Bestimmte genetische Syndrome weisen zudem extrem früh Anzeichen einer Demenz auf (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2014a, 140). Insbesondere bei Menschen mit Down-Syndrom kann eine Alzheimer-Demenz verhältnismäßig früh auftreten (vgl. HOLLAND ET AL. 2000, 138). Schon ab dem 40. Lebensjahr können bei diesem Personenkreis neuropathologische Veränderungen eintreten. Somit erkranken sie im Durchschnitt 20-30 Jahre früher an Demenz als die Gesamtbevölkerung. Es ist bekannt, dass das APP-Gen (amyloid precursor protein) eng mit dem Auftreten einer Alzheimer-Demenz zusammen hängt und auf dem Chromosom 21 angesiedelt ist. Demzufolge lassen sich erste Erklärungsansätze

aufgrund des dreifachen Vorhandenseins dieses Chromosoms (Trisomie 21) formulieren. Es wird vermutet, dass bei Menschen mit Down-Syndrom das APP-Gen durch die Trisomie 21 übermäßig produziert wird und das das ein Grund für das frühere Auftreten und den schnelleren Verlauf der Alzheimer-Demenz bei Menschen mit Down-Syndrom sein kann (vgl. WEYERER & BICKEL 2007, 81; HAVEMAN & STÖPPLER 2014a, 142f). Letztendlich bleibt diese Hypothese jedoch noch endgültig zu beweisen (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2014a, 143).

Generell ist die Forschung über die Ätiologie einer Demenzerkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung von vielen Fragen begleitet, die es noch zu klären gilt (vgl. STRYDOM ET AL. 2007, 156). STRYDOM ET AL. (2007) resümieren:

„It is important to establish why Alzheimer’s dementia may be more common in these adults than in the general population; (...). The incidence and presentation of dementia and validity of diagnoses should be confirmed longitudinally. It is also important to confirm subtype diagnoses with post-mortem studies, and to investigate the aetiology of dementia in this population. This will enable appropriate interventions and illuminate our understanding of dementia presentation and progression throughout the intellectual range“ (ebd., 156).

Abgesehen von den beschriebenen Besonderheiten einer dementiellen Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung unterliegt das psychische Altern dieses Personenkreises grundsätzlich keinen anderen Einflüssen als das der nichtbehinderten Menschen (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 38). WEBER (1997) verweist darauf, dass Menschen mit geistiger Behinderung häufiger psychische Erkrankungen entwickeln als die Allgemeinbevölkerung. Der Personenkreis ist zwar nicht anderen Einflüssen ausgesetzt als Menschen ohne eine geistige Behinderung; es variieren jedoch die individuellen Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit diesen Einflüssen. Psychische Gesundheit wird bedingt durch ein Gleichgewicht zwischen persönlichen Faktoren, Umwelteinflüssen und biologischen Aspekten. Diese Faktoren stehen bei Menschen mit geistiger Behinderung unter besonderer Beeinflussung und in einem ständigen Ungleichgewicht. Die lebenslange Abhängigkeitserfahrung, die diesen Personenkreis durch die gesamte Lebensspanne begleitet, führt dazu, dass entsprechende Coping-Strategien zur Verarbeitung belastender Situationen und Stress nicht ausreichend entwickelt werden können. Ursächlicher Auslöser für psychische Störungen beim Menschen sind chronischer Stress



und belastende Lebensereignisse. In der Regel stehen jedem Einzelnen in unterschiedlicher Ausprägung genannte Verarbeitungsmechanismen zur Verfügung, um den Stress und die Belastungen abzubauen. Menschen mit geistiger Behinderung verfügen häufig über verringerte und wenig differenzierte, verbale Möglichkeiten. Dies hat zur Folge, dass sie über äußerst mangelhafte verbal-kognitive Verarbeitungsmechanismen verfügen. Sie können u.U. nicht über ihr Leid klagen oder sich Belastungen „von der Seele reden“, was dazu führt, dass ihr psychisches Befinden als labil und verletzlich einzustufen ist. Des Weiteren kann der Umgang mit emotionalen und affektiven Aspekten wenig differenziert ausgeprägt sein und schnell überfordernd wirken für große Teile des Personenkreises (vgl. WEBER 1997, 12ff). Durch eine entsprechende Förderung dieser Verarbeitungskompetenzen

„(..) kann so verhindert werden, daß ältere geistig behinderte Menschen – wie es häufig der Fall ist – durch den Verlust einer nahestehenden Person und/oder das eventuell hierdurch erwachte Bewußtsein der eigenen Vergänglichkeit in eine scheinbar unüberwindbare Depression geraten“ (WEBER 1997, 14).

Darüber hinaus fällt es Menschen mit geistiger Behinderung oftmals schwer, ihr eigenes Alter richtig einzuschätzen und wahrzunehmen (vgl. BARTELS 1989, 14). Die Alterungsprozesse sind zwar die gleichen, jedoch können Menschen mit geistiger Behinderung Schwierigkeiten haben, diese Prozesse kognitiv richtig zu deuten (vgl. SKIBA 2006, 45f). Es fällt ihnen „häufig schwer, zu begreifen, was mit ihrem Körper passiert, warum sie beispielsweise auf einmal mehr Pausen benötigen“ (HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 38). SKIBA (2006) spricht in diesem Zusammenhang von einer „tendentiellen Altersindifferenz“ (ebd., 45). Menschen mit geistiger Behinderung schätzen ihr Alter anders ein als die restliche Gesamtbevölkerung und können die oben genannten Alterungsprozesse nicht immer richtig einordnen. Aus diesem Grund ist es in der gerontologischen Arbeit enorm wichtig, auf die speziellen Bedürfnisse dieser Personengruppe explizit einzugehen und Stigmatisierungen zu vermeiden (vgl. SKIBA 2006, 45ff).

### **2.3.3. Soziologische Aspekte des Alterns**

Soziologische Aspekte des Alterns umfassen vordergründig gesellschaftliche Zuschreibungen auf mikrosozialer Ebene (Zuschreibungen durch die unmittel-

bare soziale Umwelt) sowie auf makrosozialer Ebene (bestehende gesellschaftliche Altersbilder) (vgl. KARL 2009, 23). Gesellschaftliche Altersbilder nehmen dabei in unterschiedlichem Ausmaß Einfluss auf die Lebenssituationen alter Menschen. Der sechste Altenbericht der Bundesregierung beschäftigt sich explizit mit Altersbildern in der Gesellschaft. Insbesondere gesellschaftliches Engagement und die Notwendigkeit der intergenerationalen Zusammenarbeit werden als notwendige Lösungsansätze demografischer Herausforderungen eingeschätzt (vgl. BMFSFJ 2010, VII).

„Wenn dennoch Teilhabe- und Engagementdefizite feststellbar sind, führen das die Sachverständigen nicht auf mangelnde Engagementbereitschaft zurück, sondern auf Altersbilder, die eher Verluste und Passivität akzentuieren und Chancen verdecken“ (ebd., VII).

Altersbilder unterliegen stark kulturgeprägten Bedingungen einer Gesellschaft, die zu positiven oder negativen Ausrichtungen der Einstellungen gegenüber alten Menschen führen. In östlichen Ländern wie bspw. China erhält Alter eine positive Verehrung; der oder dem Ältesten kommt eine besondere Behandlung, Aufmerksamkeit und Respekt zuteil. Das Alter bedeutet ein hohes Ansehen der Person, was zudem oftmals mit der Funktion des Familienoberhauptes verbunden ist. In europäischen Ländern hingegen ist Alter mit negativen Eindrücken behaftet. Alt sein wird hauptsächlich verstanden als Verlust körperlicher und geistiger Fähigkeiten, Altersschwäche und Verfall (vgl. JUNKERS 1995, 11f; HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 43). Obwohl es neben den negativ besetzten Altersbildern mindestens genauso viele positive Altersbilder gibt, überwiegen in unserer gesellschaftlichen Struktur die Negationen von Alter (vgl. POHLMANN 2011, 117). In der Psychologie wird dies „Halo-Effekt“ genannt (ebd., 117). Gesellschaftlich geprägte Altersbilder, verbunden mit ihren sozialen und gesellschaftlichen Faktoren, nehmen (neben den bisher beschriebenen biologischen und psychologischen Determinanten) ebenfalls einen entscheidenden Einfluss auf das subjektive Erleben des Alters (vgl. TRAPMANN ET AL. 1991, 9). Dabei sind die oben genannten Variationen der Altersbilder keineswegs nur global anzuordnen: in einer Kultur können sie innerhalb eines spezifischen gesellschaftlichen Bereiches ebenfalls variieren (vgl. KARL 2009, 23). So gilt beispielsweise ein Leistungssportler mit 35 Jahren bereits als alt, wohingegen ein Kardinal mit 65 Jahren als jung eingestuft wird (vgl. POHLMANN 2011, 106).

„Das soziale Alter unterliegt den Altersbildern und Normierungen der jeweiligen Gesellschaft bzw. einzelner Gruppen. Es unterliegt starken Wandlungstendenzen, wenn sich die demographischen Proportionen, die Arbeitsmarktlage, die Familienstruktur oder die ökonomischen Interessen ändern“ (PRAHL & SCHROETER 1996, 16).

Altern bedeutet ein aktives Auseinandersetzen mit der jeweiligen Lebenssituation und kann keineswegs ein passiver Vorgang sein. Es ist ein Prozess, der durch individuelles Verhalten während des gesamten Lebens beeinflusst werden kann (vgl. TRAPMANN ET AL. 1991, 9). Auf mikrosozialer Ebene nehmen Menschen Rollen und Positionen ein, die von ihrem sozialen Netzwerk erwartet werden und die sich die Person selbst zuschreibt. Soziale Rollen und Positionen stehen in enger Verbindung, die sich gegenseitig bedingen, d.h., in verschiedenen sozialen Settings eingenommene Positionen knüpfen an eine bestimmte soziale Rolle die spezielle Erwartungen und Aufgaben impliziert. Durch die veränderten Lebensbedingungen und -situationen müssen ältere Menschen diese immer wieder neu definieren (vgl. SKIBA 2006, 162ff): Rollen und Positionen können abgelegt werden, gehen verloren oder die Person zieht sich aktiv davon zurück (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 44). Neben den bereits o.g. Alterungsprozessen katalysieren soziologische Aspekte ebenfalls Veränderungsprozesse, mit denen sich der ältere Mensch auseinandersetzen muss, umso eine innere Zufriedenheit im höheren Alter zu erhalten (vgl. LEHR 2003, 56):

„Lebenszufriedenheit wird in diesem Kontext als Indikator für eine gelungene Anpassung an den Alternsprozess angesehen“ (ebd., 56).

Diesbezüglich wurden verschiedene Theorien und Thesen erfolgreichen Alterns formuliert (vgl. LEHR 2003, 46), die die gesellschaftliche Position älterer und alter Menschen hinsichtlich ihrer Lebenschancen und ihrer Lebensqualität überprüfen.

Nachfolgend werden drei Konzepte der Alterssoziologie exemplarisch aufgezeigt, die zwar im theoretischen Sinn nicht mehr aktuell gültig sind, aber weiterhin einen nachweislich wichtigen Einfluss auf die Praxis der Altenarbeit und -politik nehmen. Die Grundannahme dieser Konzepte ist ein Wechselverhältnis zwischen individuellen und gesellschaftlichen Aspekten. Die Strukturen, die sich mit dem Alter ändern, sollen in ein Gleichgewicht gebracht werden, um individuell befriedigende und sozial integrierte Lebenssituationen für alte

Menschen zu schaffen und zu sichern. Ausgangspunkt sind dabei vor allem mit dem Alter einhergehende Rollenverluste in beruflichen und familiären Kontexten sowie Bewältigungsstrategien zur Erhaltung und Stabilisierung des Selbstkonzeptes des älteren Menschen (vgl. BACKES & CLEMENS 2013, 125ff).

### 2.3.3.1. *Aktivitäts- oder Ausgliederungstheorie*

Die Aktivitätstheorie begründet altersbedingte Abbauprozesse durch gesellschaftliche Ausgrenzung der Person (vgl. KROHN 1978, 54) und folgt der Annahme, dass im hohen Alter nur diejenigen zufrieden und glücklich sein können, die ein aktives Leben führen<sup>13</sup> (vgl. LEHR 2003, 57). Mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben beginnt nicht zwangsläufig eine Phase der Inaktivität und des Rückzuges (vgl. OPASCHOWSKI & REINHARDT 2007, 40).

„Die Aktivitätstheorie geht davon aus, dass auch der alte Mensch nur glücklich und zufrieden sein kann, wenn er aktiv ist, etwas leisten kann und von anderen Menschen gebraucht wird“ (BUCHKA 2003, 135).

MOLLENKOPF & ENGELN (2008) konstatieren (und beziehen sich in ihren Ausführungen auf OBERLIN (1984)), dass mit dem Eintritt in den Ruhestand eine Suche nach neuen Aufgaben und Verantwortlichkeiten für die betroffenen Personen beginnt. Diese Aufgaben können bspw. individuelle Hilfeleistungen zur Lebens- und Alltagsbewältigung für Freunde und Verwandte sein, aber auch Ehrenämter und nachberufliche Erwerbsarbeit (vgl. MOLLENKOPF & ENGELN 2008, 244). Die Generali Altersstudie 2013 hat ergeben, dass sich derzeit 45 Prozent der 65- bis 85-jährigen bürgerschaftlich in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen engagieren (bspw. in Kirche, Freizeit und Geselligkeit, Sport und Bewegung, Kultur und Musik, sozialer Bereich) und sich sogar vorstellen können, dieses Engagement noch weiter zu steigern. Sie unterstreichen damit die mehrheitliche Auffassung, noch eine Mitverantwortung für gesellschaftliche Entwicklungen und Lebensbedingungen zu tragen, die nicht allein auf jüngere Generationen projiziert werden kann (vgl. KÖCHER & BRUTTEL 2012, 341ff).

---

<sup>13</sup> Gestützt wurde diese Auffassung von verschiedenen Studien, u.a. von MADDOX (1963) sowie LIPMAN und SMITH (1968), durch die ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen Aktivität und Zufriedenheit im Alter festgestellt werden konnte (vgl. SCHNEIDER 1974, 94).

„Durch ihr ehrenamtliches und freiwilliges Engagement leisten ältere Menschen einen erheblichen Beitrag zum Gelingen von Gesellschaft“ (KRUSE 2012, 372).

Das jeweilige Engagement hängt eng mit dem gesundheitlichen Status der Person zusammen: je gesünder die Senioren sind, desto aktiver ist ihr Engagement (vgl. KÖCHER & BRUTTEL 2012, 350). Es zeigt sich somit, dass „die Bedeutung der eigenen gesundheitlichen Konstitution als Schlüsselfaktor für ein aktives Leben und die gesellschaftliche Teilhabe“ (ebd., 350) eine entscheidende Rolle spielt.

Jeder Art von Engagement kann eine elementare Bedeutung beigemessen werden: durch das Hervorrufen eines Gefühls des *Dazugehörens* und des *noch-gebraucht-werdens* wird das eigene Wohlbefinden positiv beeinflusst (vgl. MOLLENKOPF & ENGELN 2008, 244). Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit, den Tag sinnvoll und sinnerfüllt zu planen und zu gestalten – alte Gewohnheiten ablegen zu können, um sich neue anzueignen. Dabei ist es wichtig, sich auf das Wesentliche zu fokussieren und Prioritäten zu definieren, um einer alltäglichen, erstarrten Routine zu entgehen. Die wichtigste Lebensaufgabe in der Phase des Ruhestands ist es, die kommende Lebensphase mit zu gestalten, um das bestmögliche für die neu gewonnene Zeit zu erreichen (vgl. KREIMER 2010, 14ff). Zunehmende Inaktivität ist bedingt durch Rollen- und Funktionsverluste, die mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben und dem damit verbundenem Wegfall der Sozialkontakte ausgelöst werden kann. Um der Gefahr der Vereinsamung entgegenzuwirken, müssen neue Funktionen und Rollen übernommen werden, die als Kompensation dienen. Somit stellt Aktivität eine Art Kompensationsmöglichkeit dar. Vom mittleren Erwachsenenalter ausgehend sollte das Aktivitätsniveau bis ins hohe Alter aufrechterhalten werden (vgl. KROHN 1978, 55f; LEHR 2003, 57); denn es wird angenommen, dass die Werte und Bedürfnisse von Menschen ab dem mittleren Erwachsenenalter keinen Änderungen mehr unterliegen, womit Vertreter dieser Theorie die starke Fokussierung bzw. Orientierung an dieser Lebensphase rechtfertigen. Des Weiteren geht die Theorie davon aus, dass im Alter die Personen zwangsläufig einem Rückzug aus gesellschaftlichen Konventionen (Disengagement<sup>14</sup>) un-

---

<sup>14</sup> Diese Auffassung lässt die Abgrenzung zur Disengagementtheorie immer undeutlicher werden (vgl. BACKES & CLEMENS 2013, 128).

terworfen sind, weshalb Altersprobleme auf eine damit einhergehende Funktionslosigkeit zurückzuführen sind. Das Ausscheiden aus dem sozialen Bezugssystem der Arbeitswelt ist hierbei von zentraler Bedeutung. Ausgangspunkt ist eine, von der betroffenen Person ungewollte Berentung, die mit der vermeintlichen, mit dem Alter sinkenden Leistungsstärke und Handlungsfähigkeit begründet wird (vgl. BACKES & CLEMENS 2013, 128ff).

„Das Aktivitätskonzept unterliegt zumindest in seinen Annahmen nicht den Stereotypisierungen von Alter als einem Abbau von Fähigkeiten und reduziertem Bedürfnis nach Betätigungen, sondern weist darauf hin, dass solche reduzierten Aktivitäten und Interessen oft erst durch gesellschaftlich herabgesetzte Möglichkeiten entstehen“ (BACKES & CLEMENS 2013, 130).

Die damit verbundene neue, ungewohnte Lebenssituation muss die einzelne Person auf individueller Ebene kompensieren, da sich gesellschaftliche Strukturen hierbei nicht in der Pflicht sehen. Dementsprechend sollten nach Auffassung dieser Theorie alternde und alte Menschen eigenständig Kompensationsmöglichkeiten entwickeln, um der Gefahr der Vereinsamung entgegenzuwirken. Die Kompensationen sollten dem o.g. Aktivitätsniveau des mittleren Erwachsenenalters entsprechen und vorteilhafterweise durch kulturelle Aktivität, Selbstbestimmung und Kreativität definiert sein (vgl. KROHN 1978, 55ff). Die starke Fokussierung auf das mittlere Erwachsenenalter lässt durchaus kritische Diskussionen zu, denn

„[o]b die idealisierten Aktivitäten der mittleren Lebensjahre überhaupt, insbesondere für das Alter, erstrebenswert sind, bleibt dahingestellt; der damit verbundene Mangel an Entwicklung im Lebenslauf wird nicht problematisiert. Allerdings kann das Aktivitätskonzept bei Bedarf dazu benutzt werden, verstärktes (Wieder-)Einsetzen alter Menschen, z.B. auf dem Erwerbsarbeitsmarkt oder in unbezahlter sozialer oder sonstiger gesellschaftlich notwendiger Arbeit, zu begründen und mit scheinbar „wissenschaftlichen Argumenten“ zu legitimieren“ (BACKES & CLEMENS 2013, 131f).

Die Priorisierung der Lebenssituation des mittleren Erwachsenenalters vernachlässigt zum einen die gegenwärtigen Lebensumstände von alten Menschen; zum anderen findet die generelle individuelle Lebenssituation und -weise kaum Berücksichtigung. Es wird gänzlich ausgeblendet, ob die einzelne Person überhaupt die wegfallende berufliche Identität (gleich welcher Bedeutung diese für die einzelne Person hatte) mit einem entsprechenden Freizeit-

verhalten oder Engagement adäquat kompensieren kann oder die Möglichkeiten dazu hat (vgl. KROHN 1978, 57). Die Berentung wird als das zentrale Ereignis konstatiert, ohne die restlichen lebensweltlichen Bereiche des Individuums zu berücksichtigen. Vorangegangene gesellschaftliche, ökonomische, politische oder biografische Erfahrungen oder Ereignisse werden weitestgehend ausgeblendet und menschliche sowie gesellschaftliche Veränderungen bleiben völlig unberücksichtigt. Des Weiteren fehlt der Theorie ein konkreter Gesellschaftsbezug und eine sozialstrukturelle Differenzierung: es wird pauschal von der Annahme ausgegangen, dass die Lebensphase Alter gesellschaftlich abgelehnt wird und es deswegen zu den bereits beschriebenen individuellen Schwierigkeiten kommt. Als Lösung wird einzig eine konstant bleibende Aktivität im Alter zugelassen, die als einzige Möglichkeit akzeptiert wird, ein zufriedenstellendes Wohlbefinden zu erreichen (vgl. BACKES & CLEMENS 2013, 130f).

Insbesondere jedoch im Hinblick auf den Personenkreis der alten Menschen mit geistiger Behinderung sollte diese Theorie sehr kritisch reflektiert werden. Dieser Personenkreis ist nicht nur aufgrund ihrer individuellen Behinderungsbioografie eine sehr heterogene Gruppe. Der Grundgedanke der Theorie – Aktivität bis ins hohe Alter – ist im Kontext der Geistigbehindertenpädagogik positiv zu bewerten. Im Hinblick auf mangelnde Möglichkeiten der Selbstbestimmung und bestehende Abhängigkeitsverhältnisse entspricht es jedoch nur selten der Lebenswirklichkeit von alten Menschen mit geistiger Behinderung. Durch die meist lebenslangen Behinderungserfahrungen und dem damit verbundenen Unterstützungsbedarf, aber auch aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung, sind die heute älteren bzw. alten Menschen mit geistiger Behinderung oftmals kaum in der Lage, ihren Lebensalltag selbstständig aktiv zu gestalten oder streben dies an (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 46). Vor allem in der o.g. Forderung nach Aktivität in kulturellen Bereichen und bei der Selbstbestimmung ist ein bedeutender Kritikpunkt anzuführen. Gesellschaftliche Barrieren – ob baulicher oder organisatorischer Natur – und/oder mangelnde Mobilität verhindern auch heute noch soziale Integration und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung am gesellschaftlichen Le-

ben (vgl. STÖPPLER 2002, 31). Nicht unberücksichtigt zu lassen ist die damalige defizitäre Sichtweise auf den Personenkreis, unter dessen Einfluss die heute älteren und alten Menschen aufgewachsen sind. Im Vordergrund in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung standen vor allem das Nicht-Können und die mangelnde Entscheidungskompetenz dieses Personenkreises. Sie haben nicht gelernt, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Ihnen heute unreflektiert Entscheidungen zu überlassen, würde zu Hilflosigkeit und Überforderungstendenzen führen (vgl. THEUNISSEN & PLAUTE 1995, 59f). Darüber hinaus sollte ebenfalls eruiert werden, ob die einzelne Person überhaupt aktiv sein möchte. Ein institutionelles ‚Aufzwingen‘ im Sinne einer gut gemeinten Wohltat sollte diesbezüglich vermieden werden (vgl. BUCHKA 2003, 135).

#### 2.3.3.2. *Disengagementtheorie*

Die Disengagementtheorie kann als Gegenthese zur Aktivitätstheorie formuliert werden. Im Fokus steht die Ansicht, dass die Lebensphase des Alters eine ganz neue Entwicklungsstufe des Menschen ist, die neue Zielsetzungen mit sich bringt. Basierend auf einem Defizitmodell des Alters, fordert die Disengagementtheorie den kompletten Rückzug aus den Rollen und Aktivitäten des mittleren Erwachsenenalters. Damit sich das alte bzw. alternde Individuum ganz auf sich selbst konzentrieren kann, um sich auf den unvermeidbaren Tod vorzubereiten (vgl. BUCHKA 2003, 134; BACKES & CLEMENS 2013, 132).

„Personen verringern ihre Beteiligung an der Arbeitsgesellschaft, weil sie in ihrer physisch-psychischen Konstitution Abbauprozesse beobachten und gleichzeitig eine Reduzierung des Lebensraums und die sich verringemde Lebensenergie als unabänderlich wahrnehmen“ (BACKES & CLEMENS 2013, 132).

Alter wird als eigenständige Lebensphase definiert und der Rückzug aus sozialen Beziehungsebenen als natürliches Bedürfnis alter Menschen gerechtfertigt. Somit ist der mit dem Altern verbundene Rückzug aus sozialen Bezugssystemen und dem Berufsleben ein unvermeidbarer Prozess, der die unbedingte Voraussetzung für erfolgreiches Altern darstellt (vgl. BACKES & CLEMENS 2008, 128). Anders als bei der Aktivitätstheorie wird dieser Prozess von der Person selbst ausgelöst, aber auch von der Gesellschaft unterstützt. Im Sinne dieser Theorie profitieren von dem Rückzug beide Seiten: der alte bzw. al-



ternde Mensch wird durch seinen bedürfnisorientierten Rückzug aus bestehenden Verpflichtungen und Bindungen zufriedener und glücklicher. Die Gesellschaft profitiert dahingehend, dass sie die freigewordenen Positionen rechtzeitig mit jüngeren, leistungsstärkeren Personen besetzen kann und keine Ressourcen für alternde Menschen bereitstellen muss. Durch ihren freiwilligen und den Bedürfnissen entsprechenden Rückzug aus der Arbeitswelt wird eine gesellschaftlich induzierte Vorbereitung auf den Ruhestand überflüssig (vgl. KROHN 1978, 58). Ausschließlich die Rentenansprüche, die als Anerkennung für die erbrachten Arbeitsleistungen angesehen werden, bleiben gesellschaftliche Aufgabe. Im Gegensatz zur Aktivitätstheorie kann die Auflösung des Aktivitätszwangs für alte und alternde Menschen durch die Disengagementtheorie als positiv bewertet werden (vgl. BACKES & CLEMENS 2013, 132ff).

„Denn letztenendes komme es doch zum ‚natürlichen Prozess‘ des Disengagement, dessen Ziel eine gereifte, in sich ruhende Persönlichkeit mit einem Minimum gesellschaftlicher Verpflichtungen sei. Die ihr auf ihre ‚Einsicht‘ in auch gesellschaftliche Notwendigkeit hin gewährte ‚Freiheit‘ wird als Privileg hingestellt: Das Individuum darf frei von Rollenaktivitäten auf den Tod warten“ (BACKES & CLEMENS 2013, 134).

Der Hauptkritikpunkt an der Disengagementtheorie ist die Betrachtungsweise des Ruhestandes als „bloße Restzeit“ (KOHLI 1994, 236) des Lebens. Vor dem Hintergrund, dass die Menschen aktuell immer älter werden und die Lebenserwartung stetig steigt (vgl. Kap. 2.2.), hat die Lebensphase des Ruhestandes einen weitaus größeren quantitativen und qualitativen Stellenwert für die Menschen, als sie auf eine Wartezeit auf den Tod zu reduzieren (vgl. KOHLI 1994, 236). Ebenfalls kritisch zu betrachten bleibt die Annahme, dass der Rückzug und das Disengagement einen natürlichen Prozess darstellen, auf den die alten bzw. alternden Menschen zielführend hinarbeiten. Die in Kapitel 2.3.3.1. dargestellten Ergebnisse der Generali Altersstudie 2013 zum Engagement und Verständnis der Mitverantwortung der älteren Generationen widersprechen diesem Verständnis (vgl. KÖCHER & BRUTTEL 2012, 341ff). Es zeigt sich, dass das Alter keineswegs Stillstand und Rückzug bedeuten muss, und dass Generalisierungen, ohne Berücksichtigung der individuellen Bedürfnislagen, unzureichend sind. Die Argumente der Disengagementtheorie legitimieren überdies die Segregation und Abwertung alter Menschen (vgl. BACKES & CLEMENS 2013, 135).

Auch für Menschen mit geistiger Behinderung hätten die Aspekte des Rückzuges weitreichende Konsequenzen. Die oben angesprochene Legitimierung von Segregation steht in komplettem Widerspruch zu den aktuellen Inklusionsbemühungen. Die lebenslangen Ausgrenzungserfahrungen, die alte Menschen mit geistiger Behinderung oftmals erlebt haben und erleben, sollten sich nicht im Alter fortführen oder durch diese Theorie weitere Bestärkung finden (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 47). Darüber hinaus ist der subjektiven Sichtweise auf individuelle Bedürfnislagen von alternden Menschen mit geistiger Behinderung hinsichtlich Aktivität und Rückzug eine entscheidende Bedeutung einzuräumen. Hierfür sollten jedoch die institutionellen Rahmenbedingungen bezüglich frei wählbarer aktivierender Beschäftigungsangebote gegeben sein (vgl. BUCHKA 2003, 135).

Am Ende kann es keine allgemeine Gültigkeit für diese Theorien geben. Ausschlaggebend bleibt der einzigartige Mensch mit seinen Bedürfnissen, seinen Lebensbedingungen und seine individuelle Auseinandersetzung mit dem Altern (vgl. LEHR 2003, 63). Dem Rechnung tragend, entstand die Kontinuitätstheorie, die einer Synthese der beiden dargelegten Alterstheorien entspricht (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 47; BACKES & CLEMENS 2013, 137).

#### 2.3.3.3. *Kontinuitätstheorie*

Die Kontinuitätstheorie „(..) geht davon aus, dass weder Aktivität noch Disengagement dem Menschen zu einer optimalen Alterssituation verhelfen, sondern die Möglichkeit eines kontinuierlichen Lebens, des Beibehaltens von individuell typischen Aktivitäts- und Rückzugsbestrebungen“ (BACKES & CLEMENS 2013, 137).

Basierend auf der Annahme, dass der Mensch im Laufe seines Lebens Gewohnheiten, Vorlieben, persönliches Engagement und eine Vielzahl an charakterlichen Eigenschaften entwickelt, die seine individuelle Persönlichkeit definieren. Anders als in der Aktivitätstheorie, werden verloren gegangene Rollen und Positionen jedoch nicht ersetzt. Gewohnheiten können beibehalten werden und brauchen nur unter bestimmten Voraussetzungen gegebenenfalls verändert werden (vgl. ATCHLEY 1977, 27). Folglich gelingt es dem alten Menschen, sich erfolgreich dem Alterungsprozess anzupassen, wenn nur wenige

schwerwiegende Änderungen im Leben auftreten und die Lebenssituation dem grundlegenden Bedürfnis nach Stabilität und Kontinuität gerecht wird (vgl. BACKES & CLEMENS 2013, 137f). Jedoch bedeutet das nicht, dass das Leben älterer Menschen keinerlei Veränderungen unterliegt. Veränderungen können unter anderem aus externen (bspw. Umwelteinflüsse) und internen (bspw. kognitive Veränderungen) Faktoren resultieren (vgl. TOKARSKI 1989, 254f) die wiederum Diskontinuitäten, wie z.B. Krankheit, Aufgabe der Berufsrolle, die Reduktion von Freizeitaktivitäten oder der Verlust sozialer Kontakte hervorrufen können. Dabei ist anzumerken, dass Diskontinuitäten individuell und geschlechtsspezifisch definiert sein können. Im traditionell geprägten Verständnis können bei Männern vor allem Anpassungsprobleme beim Eintritt in den Ruhestand auftreten, wohingegen für Frauen die Aufgabe der Mutterrolle oder zunehmende Gesundheitsprobleme maßgeblich für Anpassungsprobleme im Alter sind (vgl. BACKES & CLEMENS 2013, 138). Folglich ist ein zufriedenstellendes Altern dann gesichert, wenn die Möglichkeit besteht, die Lebenssituation des mittleren Erwachsenenalters kontinuierlich fortzuführen. Zwar entspricht das faktisch den theoretischen Auffassungen der Aktivitätstheorie, jedoch gibt die Kontinuitätstheorie der Individualität der älteren Menschen einen größeren Raum (vgl. FISCHER 1991, 429). Die Zufriedenheit im Alter wird an individuellen Bedürfnislagen gemessen, in deren Vordergrund das Anspruchsniveau und das Aktivitätsbedürfnis der einzelnen Person steht (vgl. BACKES & CLEMENS 2013, 138).

„Menschen, die »schon immer« eher passiv und häuslich zentriert gelebt haben, werden im Alter vermutlich dann mit ihrem Leben zufriedener sein, wenn ihnen ein Rückzug aus dem Kreis der Sozialkontakte ermöglicht wird, weil sie darin u.U. eine Erleichterung verspüren. Andere Personen, deren Leben auch in früheren Lebensphasen sehr aktiv verlaufen ist, werden [...] dann im Alter zufriedener sein, wenn sie ihren aktiven Lebensstil mit vielen Sozialkontakten beibehalten können [...] (FISCHER 1991, 429).

Kontinuität bedeutet in diesem Zusammenhang auch, die individuelle Bedürfnislage in gewohnter Umgebung verbringen zu können und an vertrauten Handlungen festzuhalten (vgl. BUCHKA 2003, 136). Das entspricht ebenfalls

dem primären Bedürfnis älterer Menschen, so lange wie möglich in ihrem vertrauten Wohnumfeld zu leben<sup>15</sup> (vgl. BMFSFJ 2006, 2). Ein Wohnortwechsel im Alter, einschließlich den damit einhergehenden Veränderungen u.a. in der Lebensweise, kann sich negativ auf die Alterszufriedenheit auswirken (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 47).

In der starken Betonung der Vermeidung von Diskontinuitäten kann Kritik an der Theorie formuliert werden. Die angeführten Diskontinuitäten stehen in Abhängigkeit zu verschiedenen anderen Faktoren wie Einkommen, Gesundheitszustand, soziale Beziehungen und Freizeitgestaltung. Individuelle Problematiken werden in der Kontinuitätstheorie zwar erfasst, jedoch nicht in Verbindung mit sozial ungleichen und altersbedingten Lebensphasen gesetzt (vgl. BACKES & CLEMENS 2013, 138).

Für Menschen mit geistiger Behinderung ist auch diese Theorie nicht hinreichend differenziert, damit diesem Personenkreis ein zufriedenstellendes Altern garantiert werden kann. Die uneingeschränkte Wichtigkeit von Kontinuität im Lebenslauf ist für Menschen mit geistiger Behinderung kaum zu erreichen, da gerade ihre Lebensverläufe von ständigen Diskontinuitäten geprägt sind. Eine Aufrechterhaltung von Kontinuitäten ist für die wenigstens Menschen wirklich realisierbar (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 47). Durch diese Theorie konnte behindertenpolitisch dahingehend ein Umdenken begünstigt werden, dass Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben der WfbM nicht zwangsläufig in eine stationäre Einrichtung der Alten- und Pflegehilfe umziehen müssen (vgl. BUCHKA 2003, 136). Vor dem Hintergrund, dass dieser Personenkreis auch heute noch bis ins mittlere Erwachsenenalter in der Herkunftsfamilie leben und ein Umzug erst dann in Betracht gezogen wird, wenn die Eltern die alltägliche Unterstützung selbst nicht mehr leisten können, ist gerade in diesem Zusammenhang der Wohnaspekt in der Lebensphase Alter von besonderer Brisanz. In der Realität werden dann (aus Kostengründen) immer wieder Menschen in „klassischen Altenpflegeheimen ‚fehlplatziert‘“ (DIECKMANN ET AL. 2013, 50), da insbesondere ambulante

---

<sup>15</sup> Die Bundesregierung ist sich dieser Tendenz bewusst und formuliert in ihrem Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner die Zielsetzung, die Pflege- und Betreuungsstrukturen der Altenhilfe bedarfsgerecht auszubauen und zu modernisieren. Dabei fokussiert sie den Grundsatz „ambulant vor stationär“ (vgl. BMFSFJ 2006, 2).

Unterstützungsstrukturen konzeptionell noch nicht ausreichend auf die Bedürfnislagen älterer Menschen mit geistiger Behinderung ausgerichtet sind. Bei einem Umzug in eine stationäre Wohneinrichtung ist dieser Personenkreis von langen Hospitationen betroffen (vgl. ebd., 49f). Die Veränderung in der Wohnsituation kann gravierend sein, denn der Anspruch auf ein Einzelzimmer ist nicht immer realisiert (vgl. ROHRMANN 2012, 279) und „[e]lementare Grundrechte, z.B. das Recht auf Unverletzlichkeit der Wohnung gelten für Heimbewohner nicht“ (ebd., 279).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die diskutierten Alterstheorien nur unter Berücksichtigung individueller Lebenssituationen und -zusammenhänge kontextualisiert werden können, um realisierbar sowie wünschenswert und befriedigend zu sein (vgl. BACKES & CLEMENS 2013, 139). Eine allein- und uneingeschränkt gültige Theorie erfolgreichen Alterns kann es dementsprechend nicht geben (vgl. ebd., 139). Hinsichtlich sonderpädagogischer Bemühungen sollte primär die „konkrete Gestaltung der letzten Lebensphase von geistig behinderten Menschen, die notwendige Unterstützung und Begleitung unter Wahrung von Würde und Selbstbestimmung“ (JELTSCH-SCHUDEL 2011, 51) im Vordergrund stehen, um jeder Person ein möglichst zufriedenstellendes und erfolgreiches Altern ermöglichen zu können.

#### **2.4. Fazit**

Der Blick auf die Lebensphase Alter erfordert ein differenziertes und mehrdimensionales Verständnis, um die Heterogenität der Personen und ihren Umgang mit Alterungsprozessen verstehen zu können. In Kapitel 2 wurden neben gesellschaftlichen Entwicklungen ebenfalls fachspezifische Begrifflichkeiten und Dimensionen des Alters sowie der Alterungsprozesse aufgenommen, um die Lebensphase Alter im Rahmen dieser Arbeit zu kontextualisieren.

Es wurde herausgearbeitet, dass das Altern eines Organismus die ganze Lebensspanne betrifft und eine Definition der Lebensphase Alter nahezu unmöglich macht (vgl. Kap. 2.1.). Zuschreibungen und Begrifflichkeiten wirken primär etikettierend und verstärken teilweise das in der Gesellschaft dominierende negative Verständnis von Alter. Klassifikationen in Altersgruppen oder die Einteilung des Lebensalters in Altersabschnitte wurden an verschiedenen Stellen

vorgenommen (u.a. durch die WHO oder TESCH-RÖMER & WURM 2009) und erscheinen plausibel. Hinsichtlich individueller Lebensmuster und Altersempfindungen können diese Einteilungen auf chronologischer Ebene jedoch lediglich Orientierungsgrößen darstellen, die es ermöglichen, die jeweilige Person und ihre Lebenssituation im Kontext einer Alterskohorte zu verstehen. Dabei sollten primär Individualität und subjektive Empfindungen der Person priorisierte Beachtung finden. Körperliche und kognitive Altersveränderungen oder Multimorbidität sind weder zu vernachlässigende Aspekte der Lebensphase Alter, noch Alleinstellungsmerkmale. Altersvorgänge unterliegen verschiedenen Einflüssen über alle Lebensphasen hinweg. Allgemein akzeptiert ist die Auffassung, dass das Alter ab dem siebten Lebensjahrzehnt (60.-70. Lebensjahr) beginnt und einen lebenslangen Prozess darstellt. Diesbezüglich formulierte RÜBERG zwölf Altersdimensionen, die er Lebens- oder Altersaspekte nennt und die in wechselseitigem Zusammenwirken stehen. Die diskutierten Altersdimensionen prägen die Persönlichkeit eines Menschen und beeinflussen dessen Lebensphasen. Durch das Verständnis dynamischer Lebensphasen wird es erst möglich, die Person als Individuum zu betrachten und subjektive Lebensumstände adäquat zu berücksichtigen.

Gesellschaftlich betrachtet dominiert noch immer ein einseitiges, meist defizitär ausgerichtetes Altersbild in westlichen Industrienationen. Die Lebensphase Alter gilt als nachteilig für eine moderne Leistungsgesellschaft, gleichzeitig wird sie jedoch durch demografische Entwicklungen (vgl. Kap. 2.2.) gesellschaftspolitisch immer bedeutsamer. Gesellschaftliche Auswirkungen des Anstiegs der Lebenserwartung, das Ungleichgewicht zwischen Jung und Alt aufgrund der negativen Differenz zwischen Geburten- und Sterberate sowie der stetige Anstieg von hochaltrigen Menschen (85 Jahre und älter) erfordern ein sozialpolitisches Umdenken. Das Alter als „eine Lebensphase mit erhöhter Wahrscheinlichkeit von Verlusterfahrungen und Bewusstwerdung von Grenzsituationen – vor allem im extremen Alter, das heute und erst recht morgen immer mehr Menschen erreichen“ (KRUSE & WAHL 2010, VIII) wird zukünftig soziale, gesellschaftliche und individuelle Herausforderungen mit sich bringen. Dazu ist ein umfassendes und differenziertes Wissen zu Aspekten des Alterns und den damit einhergehenden gesellschaftlichen Auswirkungen unumgänglich (vgl. ebd., VII). Da sich Alterungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen

vollziehen und individuell verschieden verlaufen, ist eine multidimensionale Perspektive unterschiedlicher Kriterien notwendig. Insbesondere biologische, psychologische und soziologische Aspekte des Alterns stehen in engem Zusammenhang und sollten Berücksichtigung finden (vgl. Kap. 2.3.). Auch wenn medizinische Zusammenhänge von Bedeutung sind, ist die alleinige Fokussierung des Alterungsprozesses auf die biologisch-medizinische Ebene unzureichend. Ein zu einseitiger Betrachtungsrahmen lässt kaum Raum für individuelle Alternsverläufe und subjektive Bedürfnislagen, die in engem Zusammenhang mit sozialen und psychischen Kriterien stehen und Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden der Person nehmen. Insbesondere auf die Lebensqualität von alten Menschen wird sich in fachspezifischen Disziplinen aus unterschiedlicher Perspektive fokussiert (vgl. Kap. 3).

In sonderpädagogischen Praxis- und Forschungskontexten ist im Spannungsfeld Behinderung und Alter eine differenzierte Sichtweise notwendig. Herausgestellt werden konnte, dass die Alternsvorgänge von Menschen mit geistiger Behinderung keinen grundlegend anderen Verlauf nehmen als die von Menschen ohne eine lebenslange Behinderungserfahrung. Besonderheiten können jedoch im Zusammenhang mit verschiedenen Syndromen auftreten, bspw. einer verfrühten Erkrankung an Alzheimer-Demenz von Menschen mit Trisomie 21 (Kap. 2.3.2.). Um adäquate Unterstützungsangebote anbieten zu können, sind entsprechende Kenntnisse notwendig.

Darüber hinaus ist die Lebensphase Alter im Bereich der Geistigbehindertenpädagogik von besonderer Bedeutung. Bedingt durch historische Ereignisse in Deutschland (Euthanasieverbrechen des NS-Regimes) erreichen gegenwärtig die Geburtsjahrgänge nach 1945 ein höheres Alter. Die demografischen Entwicklungen beziehen den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung mit ein: die Alterskohorte der über 65-jährigen Heimbewohner steigt stetig an und bringt neue konzeptuelle Herausforderungen für Einrichtungen mit sich. Dementsprechend müssen aktuell praktische Unterstützungsdienste mit Menschen mit geistiger Behinderung, die älter sind als 70 umgehen. Die Betreuungsintensität und Pflegebedürftigkeit dieses Personenkreises steigt an, wohingegen die institutionellen Strukturen unverändert bleiben (vgl.

u.a. BARTELS 1989, 14; DIECKMANN ET AL. 2013, 49ff). Insbesondere für Menschen in Abhängigkeitsverhältnissen hat das Auswirkungen auf die Lebensqualität, da nicht adäquat auf neue Lebenssituationen reagiert werden kann (bspw. der Zugewinn von zeitlichen Ressourcen mit dem Eintritt in den Ruhestand).

Die Auswirkungen (u.a. altersspezifische und tagesstrukturelle Veränderungen) auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der alten Menschen mit geistiger Behinderung stellen große Herausforderungen für die Arbeit mit diesem Personenkreis dar. Insbesondere die subjektive Lebensqualität und individuelle Bedürfnislagen bleiben oftmals unberücksichtigt. Entsprechende Forschungsvorhaben stellen ein Desiderat dar. Das Spannungsfeld Behinderung und Alter ist in gesellschaftlichen Beziehungsgefügen auch heute noch negativ besetzt. Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion sind nur einige formulierte Leitideen, die Chancengleichheit von Menschen mit Behinderung (besonders in der Lebensphase Alter) sicherstellen sollen. Leider wird das nicht in allen Lebensbereichen konsequent umgesetzt (vgl. JELTSCH-SCHUDEL 2011, 52), was dazu führen kann, dass die Lebensqualität des betroffenen Personenkreises – insbesondere von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter – Einschnitte erfährt.

Wissenschaftlich betrachtet sind Aspekte der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter ein noch zu wenig berücksichtigter Forschungsgegenstand. Zufriedenstellendes Altern sollte uneingeschränkt für alle Menschen eine erstrebenswerte Zielperspektive sein.

„(..)[Die] individuelle Sicht auf einen gelingenden Lebensabend muss für jeden möglich sein, auch dann, wenn die Fähigkeiten zur freien Lebensgestaltung von vornherein eingeschränkt erscheinen“ (WACKER 2001, 57).

Die Klärung der Begrifflichkeiten von Lebensqualität, die Ursprünge der Wohlfahrtsforschung und der Lebensqualitätskonzepte sowie die Zusammenhänge sonderpädagogischer Leitprinzipien mit der Sicherung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung sind Gegenstand des dritten Kapitels.



„Der vage und vieldeutige Begriff der Lebensqualität wird präzisiert als persönliche Wohlfahrt, als individuelle Konstellation von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden“  
(GLATZER & ZAPF 1984, 7).

### 3. Konzept Lebensqualität

Jeder Mensch strebt ausnahmslos nach einem sinnerfüllten, zufriedenen und glücklichen Leben. Retrospektiv möchte jeder von uns am Ende des Lebens ein hohes Maß an Selbstverwirklichung erreicht haben und sagen können, nach den eigenen Wünschen und Erwartungen gelebt zu haben (vgl. ARNTZ 1996, 1).

„Wie kann ich glücklich leben oder wie lebe ich ein gutes Leben?“ sind – philosophisch betrachtet – demnach immanente Fragen, die aus heutiger Sicht für jeden Menschen immer bedeutender und zunehmend in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen kontrovers diskutiert werden. In der Medizin wird Lebensqualität daran gemessen, wie der Patient subjektiv seinen Gesundheitszustand erlebt; in der Gerontologie ist Lebensqualität ein Indikator für erfolgreiches und zufriedenstellendes Altern (vgl. DWORSCHAK 2004, 32).

„So vielfältig das Verständnis dessen ist, was ein ‚gutes Leben‘ ausmacht, so unterschiedlich sind auch die entwickelten Ansätze zur konzeptuellen Präzisierung und Operationalisierung von Lebensqualität“ (SCHÄFERS 2008, 26).

Bevor auf verschiedene Begrifflichkeiten und Umschreibungen von Lebensqualität eingegangen wird, erscheint es zunächst sinnvoll, auf historische Entwicklungen von Wohlfahrtsforschungen und Lebensqualitätskonzepten einzugehen.

#### 3.1. Ursprünge der Wohlfahrtsforschung und Lebensqualitätskonzepte

Ursprünge der Lebensqualitätsforschung liegen in sozialwissenschaftlicher Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung (vgl. SCHUMACHER ET AL. 2003, 9; DWORSCHAK 2004, 33). Zwar stand der Begriff „quality of life“ bereits viel früher in sozialwissenschaftlichen Kontexten (in der Wohlfahrtsökonomie der 1920er-Jahre bei PIGOU beispielsweise; vgl. NOLL 2000, 3; GLATZER 2002, 248), jedoch

war nach dem zweiten Weltkrieg das unangefochtene und vorrangige Ziel moderner Industriegesellschaften der Aufbau eines Wohlfahrtsstaates mit einem stabilen wirtschaftlichen Wachstum (materieller Wohlstand), mit Massenkonsum und der Steigerung des Bruttosozialprodukts (vgl. NOLL 2000, 5; BECK 2000, 361). Somit wurde Wohlfahrt definiert als materieller Wohlstand, wobei der Fokus hauptsächlich auf der Erhöhung des Lebensstandards lag. Beginnend in den 1960er- in den USA und später zu Beginn der 1970er-Jahre in Deutschland bekam schließlich das Konzept der Lebensqualität in seiner modernen Auffassung (und parallel die Sozialindikatorenforschung) wissenschaftlich wie gesellschaftspolitisch einen bedeutenden Stellenwert (vgl. NOLL 2000, 3ff). Die bis dahin bestehende Überzeugung, Lebensqualität an den bestehenden Wirtschaftsmaßen zu definieren, wurde zunehmend kritisch reflektiert und letztlich relativiert (vgl. DWORSCHAK 2004, 34). Die OECD als internationale Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung stellte fest, dass die zunehmende Unzufriedenheit der Menschen in den 1960er-Jahren darauf gegründet werden kann, dass allein herkömmliche wirtschaftliche Indikatoren nur unzureichende Stellvertreter für Lebensqualität sind (vgl. OECD 1982, 7). Somit rückten immer mehr die individuelle und die subjektiv empfundene Zufriedenheit in den Fokus von Wohlfahrtsmessungen. Infolgedessen musste sich eine Differenzierung der Determinanten gesellschaftlicher Wohlfahrt ergeben. Es entwickelten sich objektive Messungen anhand von Erhebungen sozialer Indikatoren. Diese dienten zur Identifizierung von Evaluationskriterien für gesellschaftliche Wohlfahrtsmaße sowie für eventuell bestehende Bedarfslücken. Die in diesem Zuge wohl bekannteste Form der Wohlfahrtsmessung ist das Soziale-Indikatoren-Programm der OECD. Wohlfahrt wird hier als das Vorhandensein von Ressourcen verstanden, die zur Erfüllung von Grundbedürfnissen notwendig sind. Dabei wird unterschieden zwischen externen (soziale und materielle Mittel zur Bedürfnisbefriedigung) und internen oder persönlichen (individuelle psychische Komponenten zur Bedürfnisbefriedigung) Ressourcen, die durch soziale Indikatoren operationalisiert werden (vgl. BECK 2000, 361f).

In Tabelle 5 werden die Zielbereiche und die dazugehörigen sozialen Indikatoren der OECD abgebildet.

Chart 1. THE OECD LIST OF SOCIAL INDICATORS

Social Concern	Indicator
<b>HEALTH</b>	
Length of Life	- Life Expectancy
	- Perinatal Mortality Rate
Healthfulness of Life	- Short-term Disability
	- Long-term Disability
<b>EDUCATION AND LEARNING</b>	
Use of Educational Facilities	- Regular Education Experience
	- Adult Education
Learning	- Literacy Rate
<b>EMPLOYMENT AND QUALITY OF WORKING LIFE</b>	
<b>LIFE</b>	
Availability of Employment	- Unemployment Rate
	- Involuntary Part-time Work
	- Discouraged Workers
Quality of Working Life	- Average Working Hours
	- Travel Time to Work
	- Paid Annual Leave
	- Atypical Work Schedule
	- Distribution of Earnings
	- Fatal Occupational Injuries
	- Work Environment Nuisances
<b>TIME AND LEISURE</b>	
Use of Time	- Free Time
	- Free Time Activities
<b>COMMAND OVER GOODS AND SERVICES</b>	
Income	- Distribution of Income
	- Low Income
Wealth	- Material Deprivation
	- Distribution of Wealth
<b>PHYSICAL ENVIRONMENT</b>	
Housing Conditions	- Indoor Dwelling Space
	- Access to Outdoor Space
	- Basic Amenities
Accessibility to Services	- Proximity of Selected Services
Environmental Nuisances	- Exposure to Air Pollutants
	- Exposure to Noise
<b>SOCIAL ENVIRONMENT</b>	
Social Attachment	- Suicide Rate
<b>PERSONAL SAFETY</b>	
Exposure to Risk	- Fatal Injuries
	- Serious Injuries
Perceived Threat	- Fear for Personal Safety

**Tab. 5:** Zielbereiche und soziale Indikatoren der OECD (ebd. 1982, 13)

Rückführend auf oben skizzierte Entwicklungen wird seither gesellschaftlicher Fortschritt nicht mehr ausschließlich am ökonomischen Wirtschaftswachstum gemessen. Vielmehr wird Lebensqualität zum modernen Maßstab für gesellschaftlichen Fortschritt und entwickelt sich im sozialwissenschaftlichen Sinn zur Zielvorstellung einer reformorientierten Wohlstandsgesellschaft (vgl. GLATZER 2002, 248f; SCHÄFERS 2008, 27f). Es erfolgte eine historische Fokusverschiebung, bei der zunehmend subjektive Indikatoren und Einschätzungen von Lebensqualität in den Mittelpunkt von empirischen Forschungszugängen rückten (vgl. SCHUMACHER ET AL. 2003, 9). Wegweisende und einflussreiche Studien, die objektive Bedingungen und externe Merkmale als Bestandteile subjektiven Empfindens definierten, wurden u.a. von ANDREWS & WITHEY (1976) sowie von CAMPBELL, CONVERSE & RODGERS (1976) vorgelegt (vgl. BECK 2000, 364).

Somit wurde die eindimensionale, hauptsächlich ökonomisch orientierte Betrachtungsweise von Lebensqualität von einem mehrdimensionalen Konzept von Lebensqualität abgelöst (vgl. SCHÄFERS 2008, 28; BECK 2006, 377). Geprägt wurden diese Entwicklungen zunächst durch zwei Ansätze zur Lebensqualitätsmessung mit gegensätzlichen Ausrichtungen – der *skandinavische bzw. schwedische „level of living-approach“* und die *amerikanische Perspektive „quality of life“*.

Der *skandinavische „level of living-approach“* erfasst primär objektive Indikatoren, die Wohlfahrt<sup>16</sup> über ein Ressourcenkonzept definieren. Dabei unterscheidet dieser Ansatz zwischen individuellen Ressourcen und Determinanten<sup>17</sup> (vgl. NOLL 2000, 8). Eine Kombination beider Aspekte regeln individuelle Bedingungen, die wiederum im Kontext mit dem individuellen Anspruchsniveau das Wohlbefinden definieren (vgl. ERIKSON 1974, 275 zit. n. NOLL 2000, 9).

---

<sup>16</sup> Wohlfahrt wird in allen skandinavischen Sprachen (Schwedisch, Dänisch, Norwegisch und Finnisch) synonym mit Lebensqualität gebraucht und definiert (vgl. ALLARDT 1993, 88).

<sup>17</sup> Ressourcen auf individueller Ebene (u.a. Einkommen und Vermögen, Bildung, soziale Beziehungen, psychische und physische Energie) stehen in diesem Zusammenhang der einzelnen Person zur Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen zur Verfügung. Die Bedeutung und Qualität dieser individuellen Ressourcen unterliegt jedoch den Einflüssen von Handlungskontexten (bspw. Bedingungen auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt). Determinanten werden definiert als Bedingungen, auf die das Individuum keinen Einfluss nehmen kann (u.a. natürliche Umwelt, Gesundheit, Infrastrukturausstattung) (vgl. NOLL 2000, 8).

Der Ansatz der *amerikanischen „quality of life“-Forschung* orientiert sich an subjektiven Wahrnehmungs- und Bewertungsprozessen mit dem zentralen Ziel, subjektives Wohlbefinden einzelner Menschen zu erfassen. Die Beurteilung obliegt demnach der einzelnen Person selbst, als „beste[r] Experte für die Beurteilung seiner eigenen als subjektives Wohlbefinden verstandenen Lebensqualität [...]“ (NOLL 2000, 9). Zur Messung der individuellen Lebensqualität werden immaterielle Komponenten subjektiver Indikatoren (bspw. Zufriedenheit, Glück, etc.) herangezogen (vgl. NOLL 2000, 8ff).

Die hier komprimiert vorgestellten Ansätze zeigen lediglich zwei Ausgangspunkte der empirischen Wohlfahrtsforschung, die als Prägungsmechanismen für die Entwicklung der weiteren Wohlfahrts- und Lebensqualitätsforschung angesehen werden können (vgl. NOLL 2000, 10; SCHÄFERS 2008, 28). Kritisch betrachtet wird jedoch deutlich, dass beide Ansätze keinen Anspruch auf Ganzheitlichkeit haben. In Anlehnung an ALLARDT (1973) wird vor allem das schwedische Ressourcen-Konzept des *„level of living-approach“* als zu engmaschig und unflexibel kritisiert. Die Beschränkung auf materielle Bedingungen macht eine hinreichende Analyse der Lebensqualität kaum möglich (vgl. SCHÄFERS 2008, 31). Vielmehr sollte von einer Mehrdimensionalität ausgegangen werden, deren gewonnene Werte auf den Bedürfnissen eines jeden Einzelnen basieren (vgl. ALLARDT 1973, 1f). Daraus ableitend lässt sich feststellen, dass eine Vernetzung objektiver und subjektiver Bedingungen für eine umfassende empirische Wohlfahrtsforschung immer bedeutsamer wird. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, entwickelte ALLARDT im Zuge der *„Comparative Scandinavian Welfare Study“* ein breitgefächertes Lebensqualitätskonzept – den *„basic needs approach“* (vgl. NOLL 2000, 10).

„The basic needs approach is both more complicated and more ambiguous than the resource approach. It allows, however, for a fuller consideration of the necessary conditions for human development. A basic needs approach focuses on conditions without which human beings are unable to survive, avoid misery, relate to other people, and avoid alienation“ (ALLARDT 1993, 89).

Der Ansatz erlaubt es, Lebensqualität durch objektive und subjektive Indikatoren zu operationalisieren (vgl. NOLL 2000, 10). So wird es möglich, beobachtbare Wohlfahrt von subjektivem Wohlbefinden zu unterscheiden und drei Ka-

tegorien von Grundbedürfnissen zuzuordnen (vgl. SCHÄFERS 2008, 31). ALLARDT (1973) bezeichnet diese drei Kategorien mit den Stichworten „Having“, „Loving“ und „Being“ (ebd., 3):

- Having: Bedürfnis nach Lebensstandards und Wohlstand, bspw. ökonomische Ressourcen, Wohn- und Umweltverhältnisse, Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen, Gesundheit und Bildung
- Loving: Bedürfnis nach Zugehörigkeit und sozialen Kontakten, bspw. Familie und Verwandtschaft, Freundschaftsbeziehungen, Nachbarschaftskontakte, Kontakte zu Arbeitskollegen, Engagement im Gemeindeleben, in Vereinen etc.
- Being: Bedürfnis nach Persönlichkeitsentwicklung und Selbstverwirklichung, bspw. politisches Engagement, Einfluss- und Entscheidungsmöglichkeiten, Möglichkeiten zu sinnvoller Arbeit, Freizeitbeschäftigung (vgl. NOLL 2000, 10; SCHÄFERS 2008, 31).

Wie bereits erläutert, ist die Identifizierung objektiver und subjektiver Einflussfaktoren unbedingt zu berücksichtigen. Tabelle 6 zeigt auf, wie Lebensbedingungen anhand verschiedener objektiver und subjektiver Indikatoren der „Comparative Scandinavian Welfare Study“ eingeschätzt werden können (vgl. ALLARDT 1993, 93).

	Objective indicators	Subjective indicators
Having (material and impersonal needs)	1. Objective measures of the level of living and environmental conditions	4. Subjective feelings of dissatisfaction/satisfaction with living conditions
Loving (social needs)	2. Objective measures of relationships to other people	5. Unhappiness/happiness – subjective feelings about social relations
Being (needs for personal growth)	3. Objective measures of people's relation to (a) society, and (b) nature	6. Subjective feelings of alienation/personal growth

**Tab. 6:** Objektive und subjektive Indikatoren (ALLARDT 1993, 93)

In Deutschland wurden die Konzepte zur Lebensqualitätsforschung, unter Beeinflussung der o.g. Studien von ANDREWS & WITHEY (1976) sowie von CAMPBELL, CONVERSE & RODGERS (1976), maßgeblich von ZAPF vorangebracht. Er entwickelte einen synthetischen Ansatz der empirischen Wohlfahrtsforschung, dem es gelingt, Wohlfahrt und Lebensqualität als Konstellationen zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden zu definieren. Eine Unterscheidung und Gegenüberstellung dieser beiden Aspekte erbrachte in der empirischen Sozialforschung bereits reliable Ergebnisse (vgl. NOLL 2000, 10f).

Um eine angemessene Beurteilung zu erhalten, ist die Kenntnis über Konstellationen der objektiven Lebensbedingungen und des subjektiven Wohlbefindens notwendig. ZAPF und GLATZER sprechen in diesem Zusammenhang von vier verschiedenen Wohlfahrtskonstellationen (vgl. ZAPF 1984, 25; GLATZER, 2002, 249). Bei der Kombination von objektiven Zuständen/Lebensbedingungen und subjektiven Bedürfnislagen/Befindlichkeiten können im einfachsten Fall, der Einteilung in „gute“ und „schlechte“ Bedingungen, vier Typen von Lebensqualität identifiziert werden (Tab. 7) (vgl. ZAPF 1984, 25f).

Objektive Lebensbedingungen	Subjektives Wohlbefinden	
	gut	schlecht
gut	Well-being	Dissonanz
schlecht	Adaptation	Deprivation

**Tab. 7:** Wohlfahrtspositionen (ZAPF 1984, 25)

Je nach Beurteilung ergeben sich daraus konsistente und inkonsistente Dispositionen. Werden das subjektive Wohlbefinden und die objektiven (gesellschaftlichen) Lebensbedingungen aus beiderlei Perspektiven als positiv bewertet, ergibt sich eine positive, konsistente Wohlfahrtsbeschreibung (Kombination objektiv=gut/subjektiv=gut; „Well-being“). ZAPF (1984) spricht in diesem Zusammenhang von „doppelt gut gestellten Bürgern“ (ebd., 26). Die zweite konsistente, jedoch negative Wohlfahrtsdisposition stellt die Kombination aus objektiv=schlecht/subjektiv=schlecht („Deprivation“) dar. Hierbei werden schlechte (objektive) Lebensbedingungen auch als schlecht empfunden, was wiederum Einfluss auf die subjektive Zufriedenheit nimmt. Die inkonsistenten

Mischformen „Dissonanz“ und „Adaptation“ sind in der Realität seltener vertreten. Hier kann von einem „Unzufriedenheitsdilemma“ ausgegangen werden: Menschen sind unzufrieden, obwohl die Lebensbedingungen als gut eingeschätzt werden können (Kombination objektiv=gut/subjektiv=schlecht; „Dissonanz“). Es scheint dem Betrachter als paradox, wenn sich die Kombination umkehrt und die subjektive Lebenszufriedenheit als gut beurteilt wird, hingegen die objektiven Lebensbedingungen als schlecht einzustufen sind. GLATZER (2002) spricht hierbei vom „Zufriedenheitsparadox“ (Kombination objektiv=schlecht/subjektiv=gut; „Adaptation“) (vgl. ebd., 249f). Besonders prekär erscheinen dabei die in geringem Maß vorhandenen Einflussmöglichkeiten des Einzelnen auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (vgl. ARNTZ 1996, 1). Wenn Menschen in objektiv schlechten gesellschaftlichen Bedingungen womöglich „das Beste daraus machen“ und die eigenen Einflussmöglichkeiten auf gesellschaftliche Strukturen akzeptieren, erscheint das als plausibler Erklärungsansatz für das postulierte „Zufriedenheitsparadox“ (vgl. ZAPF 1984, 26). „Die Verbesserung der Lebensqualität ist deshalb vor allem eine sozialetische Herausforderung“ (ARNTZ 1996, 1).

### 3.2. Begriffliche Annäherungen an Lebensqualität

Es wird deutlich, dass zur Beantwortung der zu Beginn gestellten Fragen eine Auseinandersetzung mit dem subjektiv empfundenen Wohlbefinden und den objektiv eingeschätzten Lebensbedingungen bzw. -verhältnissen unabdingbar ist. GLATZER (2002) stellt einen engen Zusammenhang zwischen diesen subjektiv sowie objektiv eingeschätzten Aspekten fest. Ausgangspunkt ist die Lebenszufriedenheit als individuelle Zielsetzung sowie Lebensqualität als moderne Leitidee für gesellschaftlich gestaltete Lebensverhältnisse, die beide in einem sich ergänzenden Kreislauf zu sehen sind (vgl. ebd., 248). Lebensqualität kann somit als deskriptiver und vielschichtiger Begriff verstanden werden, der oft mit angrenzenden Begriffen wie Lebensstandard, Wohlfahrt, (Lebens-)Zufriedenheit, Wohlbefinden oder Glück<sup>18</sup> synonym gebraucht wird (vgl. BECK

---

<sup>18</sup> Diese werden auf individueller Ebene von jeder einzelnen Person eingeschätzt und bewertet. Im Zusammenhang von Lebensqualitätskonzeptionen sind dabei gesellschaftliche Wirkungen auf die individuelle Lebensführung relevant und zu berücksichtigen (vgl. BECK 2006, 376).



2006, 376) bzw. die integralen Bestandteile von Lebensqualität beschreiben (vgl. SCHÄFERS 2008, 27).

Der Begriff der Lebensqualität dient „zur umfassenden Bezeichnung der gesamten Lebensbedingungen“ (HILLMANN 2007, 488); darin eingeschlossen zählen objektive Lebensverhältnisse<sup>19</sup> und subjektives Wohlbefinden<sup>20</sup> zu den bestimmenden Größen zur Einschätzung von Lebensqualität (vgl. ZAPF 1984, 23). Relevante Wirkungen für eine zufriedenstellende Bewertung sind differenzierte und bewertete Wohlfahrtsniveaus (aus gesellschaftlicher Perspektive) und, aus individueller Sichtweise, das Überwiegen positiver Aspekte bezüglich emotionaler, sozialer und physischer Lebensführung (physisches und psychisches Wohlbefinden, soziale Integration) (vgl. BECK 2006, 376). BECK (2006) bewertet in diesem Zusammenhang Zufriedenheit als kognitive Einschätzung des Verhältnisses individuellen Anspruchs (Anspruchsniveau) und der tatsächlichen Anspruchsbefriedigung durch gesellschaftliche Gegebenheiten (Befriedigungszustand) (vgl. ebd., 376). Lebensqualität kann somit als Vermittlungsprozess zwischen objektiv vorfindbaren Lebensbedingungen und subjektiven Bedürfnislagen verstanden werden (vgl. BECK 2000, 361). Was jedoch jeder Einzelne darunter versteht oder welche Assoziationen mit dem Begriff Lebensqualität einhergehen, bleibt weitgehend offen.

Die Lebensqualitätsforschung ist ein interdisziplinäres Forschungsfeld, das verschiedene Konzepte und unterschiedliche Zugangsweisen verfolgt (vgl. MÜLLER 2013, 21). Dementsprechend ist eine grundlegende begriffliche Konvergenz nach wie vor nicht vorhanden (vgl. ZAPF 1984, 23; ARNTZ 1996, 3). Einigkeit besteht darüber, dass multidimensionale Bedingungen<sup>21</sup> Einfluss auf das Begriffsverständnis der Lebensqualität nehmen (vgl. RUPPRECHT 1993, 13ff). Die Terminologie unterliegt starken Variationen in Definition und Verwendung, was wiederum eine einheitliche Definition kaum zulässt (vgl. ebd., 15; DWORSCHAK 2004, 32; BECK 2006, 376).

---

<sup>19</sup> Einkommen, Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen, Familienbeziehungen und soziale Kontakte, Gesundheit, soziale und politische Beteiligung (Zapf 1984, 23)

<sup>20</sup> Zufriedenheit, Hoffnungen und Ängste, Glück und Einsamkeit, Erwartungen und Ansprüche, Kompetenzen und Unsicherheiten, wahrgenommene Konflikte und Prioritäten (ebd.)

<sup>21</sup> Die Erfassung kann nur konkret und über bestimmte Merkmale (Indikatoren) erfolgen (vgl. SCHWARTE & OBERSTE-UFER 2001, 14).

Insbesondere im englischsprachigen Raum liegt eine Fülle an Definitionen und Betrachtungsweisen von Lebensqualität vor, die durch langjährige, wissenschaftliche Forschung zustande gekommen ist (vgl. BECK 2006, 376f). Generell ist Lebensqualität meist in Bezug auf den vorhandenen Forschungsgegenstand bzw. -hypothese ausgerichtet, und einzelne Aspekte wie Lebenszufriedenheit, subjektives Wohlbefinden, Gesundheitszustand, etc. werden in unterschiedlicher Weise in Bezug zur Lebensqualität gesetzt (vgl. RUPPRECHT 1993, 15f).

Je nach Forschungsansatz und -perspektive lassen sich drei Problembereiche identifizieren, auf die eine entsprechende empirische Untersuchung ausgerichtet sein kann. Zum einen auf makrostruktureller Ebene, die objektive Lebensbedingungen von Gruppen oder Gesellschaften erfasst. Dieser Ansatz enthält u.a. die Bereiche Wohnen, Arbeit, soziale Beziehungen, Bildung, Freizeit, Sicherheit, politische Rechte, materieller Stand, etc. In einem zweiten Bereich erfolgt eine Analyse der objektiven und subjektiven Zusammenhänge. Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden werden hinsichtlich makrostruktureller, objektiver sowie subjektiver, sozialer und psychologischer Indikatoren betrachtet. Im dritten Bereich richtet sich Forschung auf die individuelle Lebensqualität und Lebensbewältigung auf meso- und mikrostruktureller Ebene (bspw. individuelle Lebensqualität sowie komplexe Wirkungszusammenhänge zwischen sozialen, psychischen und materiellen Faktoren) (vgl. BECK 2006, 377).

In normativer Herangehensweise bedeutet Lebensqualität nicht mehr nur materieller Wohlstand und Lebensstandard als Zielvorstellung, wie es – bereits oben beschrieben – vor den 1960er-Jahren der Fall war. Vielmehr gewinnen immaterielle Werte (Chancengleichheit, Solidarität, Selbstverwirklichung, etc.) an Bedeutung (vgl. GLATZER 2002, 253f). Somit umfasst Lebensqualität neben subjektiven und objektiven ebenfalls individuelle, soziale sowie gesellschaftliche Dimensionen, die eine angemessene Beurteilung bedingen (vgl. BECK 2006, 378). NOLL (2000) konstatiert, dass „die empirische Lebensqualitäts- bzw. Wohlfahrtsforschung in der Regel einem engeren und stärker individuenzentrierten Lebensqualitätsverständnis gefolgt [ist], als es das Konzept ursprünglich nahelegte“ (ebd., 12).

Im Kontext der Arbeit wird Lebensqualität definiert als „die subjektive Erfahrung von Wohlbefinden“ (BECK 2000, 364). Objektive Lebensbedingungen, wie Einrichtungs- und Unterstützungsstandards sind eine beeinflussende Komponente dieses Wohlbefindens (vgl. ebd., 364). Aufgrund des gesetzten Forschungsfokus (vgl. Kap. 4.) werden im weiteren Verlauf die Termini *subjektive Lebensqualität* und *subjektives Wohlbefinden* parallel verwendet, mit der „Klarheit darüber, daß Lebensqualität bzw. individuelle Wohlfahrt den Zusammenhang von objektiven und subjektiven Komponenten beinhaltet“ (ZAPF 1984, 23).

### **3.3. Lebensqualität im Kontext einer Behinderung**

Im Bereich der Heil- und Sonderpädagogik wurde Lebensqualität erstmals im Jahre 1978 von WALTER THIMM thematisiert, der Lebensqualität als „Zielvorgabe für Sondererziehung“ postulierte und „die erste bundesdeutsche Konzeptualisierung von Lebensqualität als Zielbegriff der Behindertenpädagogik“ (BECK 2000, 364) vornahm. Mit dieser von THIMM fachspezifischen Kontextualisierung wurde Lebensqualität Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen in sonder- und heilpädagogischen Disziplinen. Zunächst (in den 1980er-Jahren) ausschließlich auf Basis des Normalisierungs- sowie des Integrationsgedankens begrenzt, wurde Lebensqualität mit der sich entwickelnden Qualitätsdebatte in der Heil- und Sonderpädagogik zu Beginn der 1990er-Jahre in dem von THIMM skizzierten Verständnis (in Anlehnung des Ansatzes der OECD) diskutiert. SPECK (1999a) kritisiert in diesem Zusammenhang die Einschätzung von Lebensqualität aus ökonomischer Perspektive und konstatiert die Gefahr der Marginalisierung durch den Sozialstaatabbau. Dadurch kommt es aufgrund des gesteigerten wirtschaftlichen Wettbewerbs auf den Weltmärkten zu einer Erhöhung der Sozialausgaben. Um entsprechende Interventionen einzuleiten, überprüft der Sozialstaat einzelne Positionen, um gegebenenfalls die Sozialausgaben zu kürzen. Mit dem einhergehenden Qualitätsverlust bzw. der Qualität unter falschen Gesichtspunkten geraten ökonomische Werte wie Produktivität, Wettbewerb und Effizienz zunehmend in den Vordergrund, was ei-

nen gesellschaftlichen Mentalitätswandel zur Folge hat. Die aufkommende Priorisierung der Wirtschaftlichkeit und Bezahlbarkeit verunsichert Einrichtungen der Behindertenhilfe, der Sozialarbeit und der gesundheitlichen Versorgung.

„Konkret werden finanzielle Mittel gekürzt, Stellen abgebaut, Gruppen- und Klassenstärken in Heimen und Schulen heraufgesetzt. Einrichtungen müssen schließen, andere sehen sich in ihrer Existenz bedroht. (...) Aus Finanzierungsgründen werden organisatorische Umschichtungen erwogen oder bereits praktiziert, z.B. die Umwandlung von Wohnheimen in Pflegeheime. Dabei ist klar, daß mit Qualitätsminderungen zu rechnen ist“ (SPECK 1999a, 13).

Entscheidungen werden überwiegend aus Kostengründen getroffen, um den Kostendruck zu minimieren. Die Notwendigkeit der Maßnahmen und Hilfen wird hinterfragt und utilitaristisch überprüft. Dabei gerät die individuelle Lebensqualität oftmals aus dem Blickfeld. Das subjektive Wohlbefinden einer Person sowie deren Belange und Bedürfnisse (z.B. Fördermaßnahmen, Therapiegeräte und -anwendungen) bleiben unberücksichtigt und werden auf den individuellen Mehrwert hin kaum noch überprüft (vgl. SPECK 1999a, 25). Dem daraus resultierenden Versagen von Hilfen oder deren Einschränkung muss entschieden entgegengetreten werden (vgl. BECK 2006, 378).

Die Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung wird durch die oft lebenslange Abhängigkeit maßgeblich von der Qualität professioneller Hilfen bzw. der Qualität der entsprechenden Einrichtungen beeinflusst. Zwar hat sich die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung durch die jahrzehntelange Konzeptionierung und Durchsetzung verschiedener Leitvorstellungen – in diesem Zusammenhang sind die Leitideen Normalisierung, Selbstbestimmung und Partizipation sowie Integration/Inklusion anzuführen – gebessert; der Beurteilung von Lebensqualität dieses Personenkreises kommt jedoch nach wie vor ein besonderer Stellenwert zu. Fachliche Standards, Qualitätsentwicklung und -beurteilung sozialer Dienste in unbedingter Orientierung an alltäglichen Lebensbedingungen der einzelnen Personen sind dabei zentrale Themen in heil- und sonderpädagogischen Disziplinen (vgl. BECK 2000, 348ff). Insbesondere in der Geistigbehindertenpädagogik wurde Lebensqualität im Zuge ethischer Fragestellungen und Kontexten thematisiert und kontrovers diskutiert (vgl. DWORSCHAK 2004, 39). Begriffliche Zuschreibungen bzw. Definitionen der Lebensqualität von Menschen mit schweren Behinderungen erwiesen sich dabei als äußerst heikel. Ethische Überlegungen bezüglich des

Lebensrechtes bzw. Lebenswertes von Menschen mit schweren Behinderungen kamen erneut zur Diskussion (v.a. durch die 1994 von Peter Singer propagierte „Praktische Ethik“). In diesem Zusammenhang stellen die in der Literatur befindlichen Begrifflichkeiten ‚Lebensqualität‘ (‚quality of life‘) und ‚Qualität eines Lebens‘ (‚quality of a life‘) eine verhängnisvolle Verknüpfung dar. Eine Vermeidung dieser Begriffe und eine begriffliche Neudefinition wurden an verschiedenen Stellen bereits gefordert (vgl. SEIFERT 1997, 79; DWORSCHAK 2004, 39). SPECK (1993, zit. n. DWORSCHAK 2004, 39) plädiert in diesem Zusammenhang für ein umfassendes und ganzheitliches ethisches Verständnis in der Bewertung von Lebensqualität. Entscheidend sei dabei „die Gültigkeit des Subjektiven, d.h. die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen des Einzelnen“ (DWORSCHAK 2004, 39). In diesem Zusammenhang sei eine Fokussierung der Beeinträchtigung des Menschen unbedingt zu vermeiden. Diese darf zwar nicht völlig unberücksichtigt bleiben, eine generelle Einschätzung als lebensqualitätsmindernd und eine Reduzierung auf diese darf jedoch unter keinen Umständen festgesetzt werden (vgl. BECK 2006, 378).

„Ein zentrales und historisch relativ stabiles Motiv bei der Wahrnehmung von Menschen mit geistiger Behinderung ist deren Deutung als Zustand des Leidens, der mit einer Minderung der Lebensqualität und einer Zuschreibung von ‚lebensunwert‘ oder ‚nicht lebenswert‘ einhergehen kann“ (DEDERICH 2014, 39f).

Daher ist die Orientierung am Menschen mit geistiger Behinderung unabdingbar und notwendig (vgl. DWORSCHAK 2004, 40). Hilfen und Unterstützungsleistungen können im Zuge qualitätssichernden Maßnahmen identifiziert werden, müssen jedoch immer individuell auf die Bedürfnis- und Interessenslage der Person angepasst sein, an die sie sich richten. Eine Übereinstimmung der Wünsche und Erwartungen jedes Einzelnen sollte in diesem Zusammenhang unbedingte Berücksichtigung finden (vgl. SCHWARTE & OBERSTE-UFER 2001, 14).

In sonderpädagogischen Handlungsfeldern stellt insbesondere die Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung einen bedeutenden und wichtigen Faktor dar. Dabei rücken entsprechende Lebensqualitätskonzepte und Auffassungen über ein gutes Leben von Menschen mit erhöhtem Hilfebedarf in den Fokus diverser Forschungsbemühungen, wobei eine konkrete son-

derpädagogische Ausrichtung hinsichtlich der subjektiven Lebenszufriedenheit desiderat zu sein scheint (vgl. HOYNINGEN-SÜESS/OBERHOLZER & STALDER 2007, 88ff).

„So vielfältig das Verständnis dessen ist, was ein ‚gutes Leben‘ ausmacht, so unterschiedlich sind auch die entwickelten Ansätze zur konzeptuellen Präzisierung und Operationalisierung von Lebensqualität“ (SCHÄFERS 2008, 26).

Durch die starke interdisziplinäre Ausrichtung der Lebensqualitätsforschung existieren viele unterschiedliche Modelle zur Messung von Lebensqualität, die grundsätzlich aus zwei forschungsmethodologischen Bereichen resultieren. Die gesundheitsbezogene Lebensqualitätsforschung fokussiert Gesundheit als lebensqualitätssichernden Zustand. In diesem Verständnis ist Lebensqualität multidimensional und umfasst körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Aspekte. Ausgerichtet im Bezugsrahmen der klinischen Medizin bis hin zur Gesundheitsökonomie entstanden seit den 1980er-Jahren hoch differenzierte und validierte Messinstrumente<sup>22</sup>. Der zweite Bereich, die Wohlfahrtsforschung, orientiert sich an der Sozialberichterstattung. Zu Beginn der Wohlfahrtsbewegung war die Ausrichtung ausschließlich auf das wirtschaftliche Wachstum fokussiert, das als entscheidender Faktor für Lebensqualität galt (vgl. Kap. 3.1.). Der rein ökonomische Betrachtungsrahmen wurde im Laufe der Jahre durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen ergänzt und „es entstanden differenzierte, mehrdimensionale Konzepte von Wohlfahrt, die individuelles Wohlbefinden, Lebensqualität und Verteilungsgerechtigkeit mit einem neuen Ansatz des so genannten ‚qualitativen Wachstums‘ zu verbinden und die Benachteiligung verschiedener Gruppen, Regionen und Lebensbereiche auszugleichen suchten“ (HOYNINGEN-SÜESS/OBERHOLZER & STALDER 2007, 89). Immaterielle, kognitive und emotionale Aspekte fanden in diesen Modellen Berücksichtigung; die notwendige Bedingt-

---

<sup>22</sup> Die populärsten sind die Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität der WHO (WHOQOL-100/-BREF) oder der European Quality of Life Questionnaire-Gruppe (EuroQOL), um nur diese zu nennen. WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF wurden zur Messung der Lebensqualität von erwachsenen Menschen mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen entwickelt. Die Erhebung erfolgt über das Ausfüllen eines Fragebogens (vgl. KILIAN 2003, 324). EuroQOL oder EQ-5D wurde ebenfalls für den Erwachsenenbereich konzipiert. Bisher wurde er v.a. in gesundheitsökonomischen Studien, aber auch in klinischen und pharmakologischen Untersuchungen eingesetzt (vgl. SCHUMACHER 2003, 86).

heit objektiver Lebensbedingungen und deren subjektive Bewertung wurde erkannt. Daraus entstand ein differenziertes Indikatorensystem, das analytisch zuverlässig ist und sich statistisch bewährt hat.

Erhebungsinstrumente zu sonderpädagogischen Lebensqualitätserfassungen orientieren sich an den beiden genannten forschungsmethodologischen Bereichen (gesundheitsbezogene Lebensqualitätsforschung sowie Wohlfahrtsforschung) (vgl. ebd., 88ff). Verdeutlicht wird das besonders durch die von SEIFERT (2006) weiterentwickelten Lebensqualitätsindikatoren (Tab. 9), die sowohl gesundheitliche Aspekte als auch wirtschaftliche und materielle Standards umfassen. Es werden objektive Lebensbedingungen, subjektives Wohlbefinden und persönliche Werte und Ziele integriert (vgl. SEIFERT 2002, 203).

Physisches Wohlbefinden	Soziales Wohlbefinden	Materiell bedingtes Wohlbefinden	Entwicklung und Aktivität	Emotionales Wohlbefinden
Gesundheit Körperpflege Ernährung Bewegung Entspannung Persönliche Sicherheit	Persönliche Beziehungen Interaktion Anerkennung Kommunikation Wertschätzung Soziale Integration	Umgebung Räumlichkeiten Ausstattung Eigentum Bevorzugte Gegenstände Individuelle Nutzung des Raums	Tagesstruktur Aktivitäten Partizipation Vorliebe, Gewohnheiten, Interessen Mitwirkung bei Alltagsaktivitäten Selbstbestimmung	Ausdruck von Gefühlen Achtung durch andere Psychische Befindlichkeit Sicherheit Stress Sexualität

Tab. 8: Lebensqualitätsindikatoren (nach SEIFERT 2006, o.S.)

Die aufgelisteten Indikatoren dienten in der Kölner Lebensqualität-Studie (vgl. SEIFERT/FORNEFELD & KOENIG 2001) als Leitfaden zur Beobachtung zentraler Aspekte des Alltags der Bewohner stationärer Wohn- und Pflegeheime mit der primären Ausrichtung auf die subjektive Lebensqualität des Personenkreises von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung (vgl. SEIFERT 2006). Die Probanden der Studie hatten zudem erhebliche Mehrfachbehinderungen und waren in ihren kommunikativen Fähigkeiten stark eingeschränkt; die meisten kommunizierten auf nonverbaler Ebene. Um eine möglichst mehrperspektivische Darstellung der Alltagswirklichkeit gewährleisten zu können, wurden verschiedene (quantitative und qualitative) methodische Verfahren angewandt: Fragebögen zur Erfassung von Strukturdaten der Einrichtungen, teilnehmende

Beobachtungen im Gruppenalltag, problemzentrierte Interviews und informelle Gespräche, Auswertung relevanter Dokumente (u.a. Konzeptionen, Bewohnerakten, Entwicklungsberichte) (vgl. SEIFERT 2002, 206f; SEIFERT/FORNEFELD & KOENIG 2001, 119).

SCHÄFERS (2008) nimmt in seiner Studie eine umfangreiche und systematische Analyse englisch- und deutschsprachiger Erhebungsinstrumente vor, die sich explizit auf die Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung aus subjektiver Perspektive konzentrieren. In der Analyse der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Instrumente hinsichtlich der Kriterien: „inhaltliche Aspekte (Lebensqualitätsdimensionen und -indikatoren), sprachliche Gesichtspunkte (verständliche Sprache, einfacher Satzbau etc.), formale Struktur der Instrumente (benutzte Frage- und Antwortformate, Skalierung der Items, Skalenstruktur), Reliabilität, Validität und Sensitivität“ (ebd., 103) resümiert er, dass die Konzeption und Entwicklung adäquater Instrumente ein diffiziles Unterfangen ist. Die dem Personenkreis entsprechenden Anforderungen machen eine ständige Überarbeitung und Weiterentwicklung bestehender Konzepte unabdingbar und notwendig. Darüber hinaus ist primär ausschlaggebend für die Wahl oder Konstruktion eines Erhebungsinstrumentes, welche Hintergründe, Fragestellungen und Zielsetzungen das Forschungsvorhaben verfolgt (vgl. ebd., 101ff). Unter Berücksichtigung der gewonnenen Erkenntnisse konzipiert er ein eigenes Instrument auf der Basis sieben verschiedener, bereits erprobter Instrumente zur Erhebung von Lebensqualität (vgl. ebd., 197) und überprüft es anhand einer Stichprobenauswahl auf interne und externe Validität, was als die Hauptzielsetzung seiner Studie gilt (vgl. ebd., 188). Einschlusskriterien für die Teilnehmer definiert er wie folgt:

- „1. mindestens 20 Jahre alt sein,
2. seit mindestens einem Jahr in der jeweiligen stationären Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung wohnen,
3. sich freiwillig zur Teilnahme an der Befragung bereit erklärt haben,
4. über ein Mindestmaß an passiver und aktiver Sprachkompetenz verfügen“ (ebd., 189).

Beide vorgestellten Konzepte von SEIFERT/FORNEFELD & KOENIG sowie SCHÄFERS zeigen einen umfassenden Zugang zu lebensqualitätsfokussierten Forschungsvorhaben. Sie erfassen sowohl objektive als auch subjektive Kriterien



der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung bzw. schwerer geistiger Behinderung und fokussieren die Abhängigkeit des entsprechenden Personenkreises von institutionellen Strukturen. Eine bestimmte Alterskohorte bleibt in beiden Studien unberücksichtigt, dabei ist die Lebensphase Alter von Menschen mit geistiger Behinderung hinsichtlich ihrer Lebensqualität noch wenig erforscht. WACKER (2005) konstatiert, dass die Lebenssituationen und -bedingungen der alten Menschen oft nicht förderlich für ein erfolgreiches Altern und institutionelle Konzepte unzureichend auf deren Bedürfnisse ausgerichtet sind. Es fehlen Konzepte, um den Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter gerecht zu werden und ihnen damit eine gute (subjektive) Lebensqualität sicherzustellen (vgl. ebd., 340).

#### **3.4. Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung durch sonderpädagogische Leitprinzipien**

Während Menschen ohne Behinderung weitgehend unabhängig eine hohe Lebensqualität und ein zufriedenstellendes Leben als Zielperspektive fokussieren können, ist die Lebensqualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung wesentlich abhängig von unterschiedlichen Faktoren, die zur individuellen Lebens- und Alltagsbewältigung notwendig sind (vgl. SCHÄFERS 2008, 22). Aus sonderpädagogischer Sichtweise fokussiert das Konzept Lebensqualität die Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensführung und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben trotz bestehender Abhängigkeitsverhältnisse (vgl. WACKER 2005, 342). Orientierungspunkte für die übergeordnete Zielperspektive Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung stellen die Leitprinzipien Normalisierung, Selbstbestimmung und Integration/Inklusion dar (vgl. OBERHOLZER 2013, 273).

Das Konzept der Lebensqualität stellt keinen neuen Aspekt in heil- und sonderpädagogischen Disziplinen dar (vgl. Kap. 3.3.). Implizit und Explizit lässt sich Lebensqualität als Zielperspektive in den verschiedenen Leitprinzipien in der sonderpädagogischen Diskussion wiederfinden.

### 3.4.1. Normalisierung der Lebensbedingungen und Integration in die Gesellschaft

Der Grundgedanke des Normalisierungsprinzips kam bereits früh in den skandinavischen Ländern auf, bevor es maßgeblich auf Initiative des dänischen Juristen BANK-MIKKELSEN im Jahr 1959 formuliert und etabliert wurde. Eine weitere Konkretisierung unternahm NIRJE zehn Jahre später mit der Implementierung des Acht-Punkte-Programms (vgl. THIMM 2008, 20ff), das folgende Aspekte umfasst:

1. Normaler Tagesrhythmus
2. Normaler Wochenrhythmus (Trennung von Wohnen – Arbeit – Freizeit)
3. Normaler Jahresrhythmus
4. Normaler Lebenslauf
5. Respektierung von Bedürfnissen
6. Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern
7. Normaler wirtschaftlicher Standard
8. Normale Standards von Einrichtungen (SEIFERT 1997, 27; NIRJE 1994, 182ff).

Diese Aspekte sind für die Humanisierung der Lebensbedingungen von Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen unbedingt zu berücksichtigen (vgl. THIMM 2007, 132). Jedoch sollten die Forderungen des Normalisierungsprinzips nicht unreflektiert ins Alltagsverständnis der betreffenden Personen übertragen werden. Je stärker die Aspekte von Normalisierung ausdifferenziert werden, umso schwieriger wird deren Umsetzung. Selbst, wenn Menschen mit geistiger Behinderung in kleinen oder betreuten Wohnformen leben, bedürfen sie meist pädagogischer Unterstützung. Somit wird bspw. das Erreichen eines individuellen Tagesrhythmus schwieriger, da eine ständige Abhängigkeit von Betreuungspersonen und ggf. der Wohngruppe besteht. Ebenfalls ausschlaggebend für die Umsetzung von Normalität ist, den Menschen mit geistiger Behinderung nicht an eine ‚*normative Normalität*‘ anzupassen. Vielmehr sollten die bereits bestehenden Lebensbedingungen normalisiert werden (vgl. PITSCH 2006, 230ff).

Zunächst zielte der Gedanke des Normalisierungsprinzips auf die Reformierung der großen Anstalten ab (vgl. THIMM 2007, 132). Grundprinzip dabei war,

„weg von der Verwahrung, hin zu normalen Lebensbedingungen, die ein Eingehen auf individuelle Bedürfnisse zulassen“ (SEIFERT 1997, 27).

Eine Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung kann dann erreicht werden, wenn die alltäglichen, individuellen Lebensbedingungen und subjektiven Bedürfnisse wahrgenommen und in den Fokus gerückt werden können (Punkt 5: Respektierung von Bedürfnissen). Die Bedürfnisrealisierung ist dabei in unterschiedlichen Lebensbereichen und -phasen unter Berücksichtigung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der Menschen selbst festzustellen. Hilfen und Unterstützungsangebote sollten dahingehend normalisiert werden, dass die betroffenen Menschen ein Leben führen können, das dem eines Menschen ohne Behinderung entspricht. Für die Gesellschaft bedeutet das, dass bestehende Normen erweitert bzw. überdacht werden müssen: Menschen mit Behinderungen sind Teil der Gesellschaft und Behinderung per se ist nicht als normabweichend zu sehen (vgl. BECK 2000, 356). Behinderung kann nach dem Verständnis der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und der ICF abgebaut werden, wenn eine gelingende und funktionierende Interaktion zwischen Individuum und seiner materiellen sowie sozialen Umwelt gesichert wird (vgl. BMAS 2013, 31).

„Heute gilt das Bild von Menschen mit Beeinträchtigungen als abhängig und hilfebedürftig als überholt. Ihr menschenrechtlicher Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe ist – wie in der UN-BRK niedergeschrieben – anerkannt“ (BMAS 2013, 29).

Darüber hinaus müssen bestehende, gesellschaftliche Einstellungen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung dahingehend verändert werden, dass sie als gleichwertige Bürger Akzeptanz erfahren können (vgl. PITSCH 2006, 234).

„Isolation und Segregation sind ein guter Nährboden für Ignoranz und Vorurteile, hingegen gewähren die Integration und Normalisierung der Lebensbedingungen kleiner Gruppen geistig behinderter Mitmenschen die Möglichkeit, normale mitmenschliche Beziehungen einzugehen, die die Grundlage jedes Verständnisses, der Annahme und der Integration des einzelnen sind“ (NIRJE 1994, 199).

Daher ist eine differenzierte, gesellschaftliche Integration bzw. Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung unbedingte Voraussetzung, um die Aspekte von Lebensqualität für den Personenkreis nachhaltig zu verbessern.

NIRJE unterscheidet sechs verschiedene Ebenen, auf denen sich ein gelungener Integrationsprozess vollzieht (vgl. STÖPPLER 2002, 28). Dabei versteht er Integration als „die Beziehung zwischen Menschen auf der gegenseitigen Anerkennung der Integrität des anderen und auf gemeinsamen Grundwerten und Rechten“ (NIRJE 1994, 200). Grundsätzlich ist von einer Gleichstellung aller Menschen, ob mit oder ohne Behinderung auszugehen, und die gleichberechtigte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben unbedingte Voraussetzung für ein funktionierendes, gleichberechtigtes Leben in der Gesellschaft (vgl. STÖPPLER 2002, 29f).

Vor dem Hintergrund des Normalisierungsprinzips vollziehen sich die genannten Integrationsprozesse im Zusammenwirken des Individuums mit seiner unmittelbaren sozialen Umwelt (vgl. NIRJE 1994, 200). SEIFERT (1997) bezieht die Integrationsebenen auf den Wohnalltag von Menschen mit geistiger Behinderung. Sie unterscheidet:

- *„Räumliche Integration:* Wohneinrichtungen sind in normalen Wohngebieten angesiedelt.
- *Funktionale Integration:* Allgemeine Dienstleistungen werden auch von Menschen mit geistiger Behinderung in Anspruch genommen (z.B. öffentliche Verkehrsmittel, Restaurants, Schwimmbäder).
- *Soziale Integration:* Die sozialen Beziehungen in der Nachbarschaft sind durch gegenseitige Achtung und Respekt gekennzeichnet.
- *Personale Integration:* Das Privatleben wird durch dem jeweiligen Lebensalter entsprechende persönliche Beziehungen zu nahestehenden Menschen als emotional befriedigend erlebt. Im Erwachsenenalter beinhaltet dies ein möglichst selbstbestimmtes Leben außerhalb des Elternhauses.
- *Gesellschaftliche Integration:* Menschen mit geistiger Behinderung werden in bezug (sic!) auf gesetzliche Ansprüche als Mitbürger akzeptiert. Sie können bei Entscheidungen, die ihr Leben und ihren Alltag betreffen, mitbestimmen – sowohl als Einzelperson als auch als Mitglied von Selbsthilfegruppen.
- *Organisatorische Integration:* Die organisatorischen Strukturen einer Gemeinde fördern und unterstützen die Integration von Menschen mit geistiger Behinderung“ (ebd., 27f).

Eine weitere Differenzierung gesellschaftlicher Integration kann – in Anlehnung an BRONFENBRENNERS ökologischen Ansatz<sup>23</sup> – durch zwei weitere spe-

---

<sup>23</sup> In seiner *Ökologie der menschlichen Entwicklung* geht BRONFENBRENNER von einer Wechselbeziehung zwischen dem sich entwickelnden Menschen und seinen unmittelbaren Lebensbereichen aus, die sich in ständigem Austausch gegenseitig bedingen. Dabei differenziert er

zifische Betrachtungsweisen vorgenommen werden: zum einen durch makrostrukturelle Aspekte, d.h. durch politische, wirtschaftliche und rechtliche Integration in gesellschaftliche Teilsysteme und Organisationen (vgl. BECK 2000, 357). Zum anderen durch mikrostrukturelle Aspekte, die die soziale und personale Integration des Individuums in unmittelbare Lebensbereiche (Familie, Wohngruppe, etc.) der einzelnen Person vorsieht (vgl. SEIFERT/FORNEFELD & KOENIG 2001, 87). Dabei werden Voraussetzungen von beiden Seiten (der gesellschaftlichen Strukturen sowie der einzelnen Person) für eine gelingende Integration gefordert (vgl. BECK 2000, 358). Die verschiedenen Systeme auf mikro- und makrostruktureller Ebene stehen in ständiger Wechselwirkung, deren qualitative Intensität maßgeblich die individuelle Entwicklung und das Wohlbefinden beeinflusst (vgl. SEIFERT/FORNEFELD & KOENIG 2001, 87).

#### **3.4.2. Selbstbestimmtes Leben**

Die Forderung nach Änderung bzw. Anpassung gesellschaftlicher Normvorstellungen für die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen mit Behinderung setzt voraus, dass vor allem Menschen mit geistiger Behinderung die Kompetenz zugesprochen wird, selbstbestimmt Entscheidungen treffen und ein eigenständiges Leben führen zu können. Vor diesem Hintergrund entstand in den 1990er-Jahren der Selbstbestimmungsgedanke in Deutschland, der schnell an Popularität gewann. Zurückzuführen auf die Independent-Living-Bewegung in den USA in den 1960er-Jahren zielt Selbstbestimmung auf die Beseitigung gesellschaftlicher Benachteiligungen und die Schaffung einer selbstbestimmten Lebensführung von Menschen mit Behinderungen ab, unabhängig von der Art und Schwere der Behinderung (vgl. STÖPPLER 2002, 31f). Als normative Forderung formuliert und auf den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung abgestimmt, bedeutet Selbstbestimmung mehr Unabhängigkeit von Helfern, Institutionen und Organisationen. Es sollte den Menschen zugetraut werden, Entscheidungen eigenverantwortlich und frei von externen Einflüssen zu treffen und das eigene Leben nach eigenen Bedürfnissen und Fähigkeiten zu gestalten (vgl. KULIG & THEUNISSEN 2006, 237ff). REINARZ & OCHEL (1992; zit. n. STÖPPLER 2002, 35) formulieren sieben Grundaussagen,

---

die Lebensbereiche in Systemkategorien: Mikro-, Meso-, Exo- und Makrosystem (vgl. BRONFENBRENNER 1981, 37ff).

deren Erfüllung Bedingung und Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben sind:

1. Befriedigung der eigenen Grundbedürfnisse
2. Bewusstsein seiner selbst
3. Akzeptanz und Vertretung seiner selbst
4. Gefühl der Gleichwertigkeit in der Begegnung mit anderen Menschen
5. ein freies Leben mit eigenverantwortlichen Entscheidungen
6. in und mit der Gesellschaft leben
7. ein politisches Wesen sein

Diese Grundaussagen finden sich ebenfalls – implizit und explizit – in den Sozialindikatoren der OECD zur Verbesserung der Lebensqualität (vgl. Kap. 3.1., Tab. 5).

In unserer heutigen (westlichen) Gesellschaft gehört Autonomie und eigenverantwortliches Handeln zu den Grundbedürfnissen des Menschen (vgl. KULIG & THEUNISSEN 2006, 237). Schon MASLOW (1977) definiert in seiner Theorie der menschlichen Motivation den Wunsch nach Unabhängigkeit und Freiheit als Grundbedürfnis eines jeden Menschen (vgl. SEIFERT 1997, 40).

„Höhere Bedürfnisbefriedigungen führen zu erwünschteren subjektiven Resultaten, das heißt zu tieferem Glück, Gelassenheit und Reichtum des inneren Lebens“ (MASLOW 1977, 155).

Selbstbestimmung gilt als grundlegender Wert eines erfüllten Lebens, der in den seltensten Fällen in Frage gestellt wird. Lange Zeit wurden diese selbstverständlichen Annahmen und Voraussetzungen, die jeder Mensch für sich in Anspruch nimmt, Menschen mit geistiger Behinderung abgesprochen (vgl. KULIG & THEUNISSEN 2006, 237). Behinderung wurde lange als individuelles Problem mit biopsychischen Ursachen gesehen, mit der lang vorherrschenden Annahme der grenzenlosen Abhängigkeit und Hilfebedürftigkeit der betroffenen Personen. Heute sind die Bestrebungen, den Menschen ein selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe zu ermöglichen, selbstverständlich geworden (vgl. BMAS 2013, 29). Menschen mit (geistiger) Behinderung sind (u.U. durch entsprechende Hilfestellungen) gegenwärtig in der Lage, ein selbstständiges Leben zu führen und zu gestalten. Trotz der bestehenden Abhängigkeitsverhältnisse dieses Personenkreises sind weitere Bemühungen, zur Erfüllung des Grundbedürfnisses nach Unabhängigkeit und Freiheit notwendig (vgl. KULIG & THEUNISSEN 2006, 237).

Berücksichtigt werden sollte, dass Selbstbestimmung einen Entwicklungsprozess über die gesamte Lebensspanne beschreibt. Freies und autonomes Entscheiden und Handeln kann eine Person, die es nicht gelernt und bisher in starker Abhängigkeit gelebt hat, in hohem Maße überfordern, wenn der Gedanke der Selbstbestimmung und das Konzept der Independent-Living-Bewegung unreflektiert auf die Lebenswirklichkeit von Menschen mit geistiger Behinderung übertragen wird (vgl. NIEHOFF 1994 190f; KULIG & THEUNISSEN 2006, 241). Obwohl die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung heute im Vergleich zu früher besser ist und sich der Bevormundung und Einflussnahme durch (nichtbehinderte) Experten entgegengestellt wird (vgl. KNIEL & WINDISCH 2005, 21f), sollten der Gewinn an Emanzipation und die größere individuelle Gestaltungsfreiheit betreffend des eigenen Lebens nicht durch damit einhergehende Verluste an Orientierungshilfen, Sicherheiten und Verbindlichkeiten geschmälert werden (vgl. KULIG & THEUNISSEN 2006, 242). Überforderung von Menschen mit geistiger Behinderung, die ausgelöst werden kann durch die Erwartung von Selbstverantwortung, sollte unbedingt vermieden werden (vgl. FORNEFELD 2008a, 50). Menschen mit geistiger Behinderung sind in der Regel auf Assistenz und Hilfe angewiesen. Selbstbestimmung darf nicht missverstanden werden als ein Leben ohne Hilfen und Unterstützung. Es sollte den Menschen ermöglicht werden, dieses Angewiesen sein selbstbestimmt anleiten zu können, um im hohen Maß eigenständig zu entscheiden. Eine wohlwollende Zurückhaltung der Assistenz ist hierbei unumgänglich (vgl. NIEHOFF 1994, 191f).

„Unzweifelhaft ist nämlich, daß bei jeder Person Entscheidungsgräume (sic!) gegeben sind, die es zu nutzen gilt. Wenn Individuen die Erfahrung machen, daß sie bestimmen können, (...) werden sie auch das Bedürfnis und die Kompetenz mehr und mehr entwickeln, zu entscheiden“ (ebd., 188).

### **3.4.3. Inklusion im Sinne der UN-BRK**

Die heutige Gesellschaft steht einer menschlichen Vielfalt und Heterogenität gegenüber, mit der sie umzugehen hat und es bestenfalls allen Menschen ermöglicht, an Austauschprozessen mit der sozialen und materiellen Umwelt teilzuhaben. Durch diese Interaktions- und Kommunikationsprozesse zwischen

Individuum und Gesellschaft wird der „Blick auf objektive und subjektive Determinanten der Lebenslagen behinderter Menschen“ (BECK 2000, 360) erweitert.

Mit der 2006 verabschiedeten und in Deutschland im Jahr 2009 ratifizierten UN-BRK haben sich die unterzeichnenden Vertragsstaaten verpflichtet, politische Konzepte zur Durchführung und Umsetzung des Übereinkommens auf den Weg zu bringen. Vordergründiges Ziel ist die Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen und damit die Sicherung der Lebensqualität dieses Personenkreises. Die einzelnen Artikel der UN-BRK umfassen im Wesentlichen alle Aspekte des gesamten menschlichen Lebens<sup>24</sup> (vgl. BMAS 2011, 8; 2013, 8f). Allen Menschen soll in allen Lebensbereichen ein selbstbestimmtes Zusammenleben möglich sein. Dabei gilt der Grundsatz der gleichberechtigten Teilhabe, mit der gleiche Qualität und gleiche Standards in den jeweiligen Lebensbereichen (politisches, gesellschaftliches, wirtschaftliches und kulturelles Leben) einhergehen (vgl. BMAS 2011, 8).

Die Forderungen der UN-BRK sind keineswegs neu. Menschenrechtliche Grundsätze lassen sich bereits in früheren Menschenrechtsverträgen finden (vgl. BMAS 2013, 28f). In Deutschland lässt sich bereits in den 1990er-Jahren ein Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik und der behindertenpolitischen Gesetzgebung feststellen. Im Jahr 1994 erfolgte eine Grundgesetzweiterung im Artikel 3 („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“) und im Jahr 2001 wurde ein eigenes Gesetzbuch zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen formuliert (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX). Darüber hinaus wurde im darauffolgenden Jahr 2002 das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) verabschiedet und im Jahr 2006 trat zudem das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz in Kraft, das Menschen mit Behinderung sowie Menschen aufgrund ihrer ethnischen Herkunft, ihres Geschlechts, ihrer Religionszugehörigkeit oder Weltanschauung, ihres Alters oder ihrer sexuellen Identität vor Benachteiligungen schützen soll. In diesem Zusammenhang sei konstatiert, dass zur Umsetzung der UN-BRK ein

---

<sup>24</sup> Diese sind: Recht auf Leben, Erziehung, Bildung, Wohnen, Freiheit und Sicherheit der Person, Freizügigkeit und Staatsangehörigkeit, unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft, Recht der freien Meinungsäußerung und Zugang zu Informationen, Gesundheit, Familie, Arbeit und Beschäftigung, Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben, Teilhabe am kulturellen Leben sowie Erholung, Freizeit und Sport (BMAS 2013, 29).



gesellschaftlicher Wandel notwendig ist (vgl. BMAS 2011, 24f). Die Sicht auf Behinderung hat sich bereits verändert: heute besteht kein uneingeschränkter Abhängigkeits- und Hilfebedürftigkeitsgedanken mehr, sondern die Bestrebung nach Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe der Menschen mit Behinderung (vgl. BMAS 2013, 28f). Die defektorientierte funktionalistische Sicht von Menschen mit Behinderungen hat sich gewandelt zu einem individualistisch subjektorientierten Förderverständnis, das ebenfalls in den Hilfe- und Unterstützungssystemen der Behindertenhilfe etabliert wurde. Durch die Forderung nach Selbstbestimmung, Partizipation, Diskriminierungsschutz und einer barrierefreien, inklusiven Gesellschaft entwickelt sich ein verändertes Verständnis von Behinderung, was wiederum zu Veränderungen rehabilitativer Angebotsstrukturen führt. Diese Entwicklungen sind maßgeblich die UN-BRK vorangetrieben worden (vgl. STÖPPLER & WACHSMUTH 2010, 15ff).

„Die UN-Behindertenrechtskonvention konkretisiert die universellen Menschenrechte für die speziellen Bedürfnisse und Lebenslagen behinderter Menschen. Inklusion ist dabei die durchgängige Haltung und das zentrale Handlungsprinzip. Damit wird das Prinzip der Inklusion zur Leitlinie und zu einer klaren Orientierung für die praktische Umsetzung der Konvention“ (BMAS 2011, 8).

Inklusion stellt einen Lebenswelten-Ansatz dar, in dem alle Menschen willkommen sind. Sie bietet die Chance, einen barrierefreien Zugang zu gesellschaftlichen Lebensbereichen zu gewährleisten, der es ermöglicht, sich mit oder ohne Unterstützung zurecht zu finden, kommunizieren und interagieren zu können (vgl. THEUNISSEN 2005, 217).

Die Erreichung dieses Ziels setzt eine Überarbeitung und Anpassung von Vorschriften und Normen sowie strukturelle Änderungen im Bildungs-, Gesundheits-, Sozial oder Verkehrswesen voraus (vgl. BMAS 2011, 9). Nicht der einzelne Mensch soll in eine bestehende Gesellschaft integriert werden, wie es im Grundgedanken der o.g. Integrationsbestrebungen gefordert wurde. Inklusion umfasst vielmehr die Idee der Individualität und Einzigartigkeit aller Menschen – ob mit oder ohne Behinderung – die die Vielfältigkeit der Gesellschaft prägen und definieren (vgl. USTORF 2014, 45).

Bei den hier diskutierten Ausführungen zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen sei berücksichtigt, dass die UN-BRK den Schutz der Menschen-

rechte für alle sicherstellt und nicht als Sonderrecht für Menschen mit Behinderungen fehlinterpretiert werden darf. Vielmehr findet sich eine Konkretisierung der universellen Menschenrechte, der Bedürfnisse und Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen. Im Zentrum steht die unabdingbare Anerkennung der Menschenwürde eines jeden Menschen, unabhängig von Herkunft, Religion, Geschlecht oder Alter etc. (vgl. BMAS 2011, 22). Durch die Umsetzung der Forderungen der UN-BRK kann „Inklusion (...) die Lebensqualität aller Bürgerinnen und Bürger steigern“ (ebd., 9).

### 3.5. Fazit

Einer hohen Lebensqualität wird heutzutage eine besondere, individuelle Bedeutung zugeschrieben. Primär geht es nicht mehr um materiellen Wohlstand oder finanziellen Reichtum, sondern um immaterielle Werte wie Teilhabe an gesellschaftlichen Lebensbereichen und Selbstbestimmung sowie subjektive lebensqualitätsrelevante Aspekte wie Zufriedenheit, Wohlbefinden und Glück, die heutzutage bedeutende Faktoren einer hohen Lebensqualität geworden sind. Historisch zeichneten sich dahingehende Entwicklungen erst in den letzten Jahrzehnten ab, nachdem das ökonomische Wirtschaftswachstum stabilisiert und die Lebensumstände nach dem zweiten Weltkrieg wieder gesichert waren. Zuvor wurde Lebensqualität an ökonomischen Standards und wirtschaftlichem Wachstum gemessen (vgl. Kap. 3.1.). Mit dieser Entwicklung erfolgte auch ein differenzierteres Begriffsverständnis von Lebensqualität. Es wird als vielschichtiges Konzept verstanden, dass am Forschungsgegenstand ausgerichtet wird sowie stets objektive und subjektive Lebensbedingungen berücksichtigt. Dabei erhielt in empirischen Lebensqualitäts- und Wohlfahrtsforschungen zunehmend ein subjektiver Betrachtungsrahmen eine zentrale Bedeutung (vgl. Kap. 3.2.). Empirisch schwer messbare, subjektive, lebensqualitätsrelevante Kriterien wie Glück, (Lebens-)Zufriedenheit und Wohlbefinden wurden objektiven Lebensbedingungen gleichgesetzt bzw. ein relevantes Zusammenwirken herausgestellt. Individuelle Ansprüche für die subjektive Empfindung persönlichen Glücks oder (Lebens-)Zufriedenheit stehen in direktem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Aspekten, d.h. gesellschaftliche Bedingungen (objektive Lebensbedingungen) beeinflussen die subjektive Einschätzung des individuellen Wohlbefindens (subjektive Lebenszufriedenheit).

Auch in sonderpädagogischen Handlungsfeldern wurde in den letzten Jahren Lebensqualität in Einrichtungen der Behindertenhilfe vermehrt diskutiert. Angetrieben durch finanzielle Einsparungen, die sich zwangsläufig auf das subjektive Wohlbefinden der auf Hilfe und Unterstützung angewiesenen Menschen auswirkte, entwickelte sich Lebensqualität zur Zielperspektive im Handlungsbereich der Sonderpädagogik.

„Die vertrauensvolle Beziehung zu anderen Menschen“ (FORNEFELD 2008b, 22) ist fundamental für die Sicherung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung, die sich in konstanten Abhängigkeits- und Unterstützungsverhältnissen befinden. Soziale Beziehungsgefüge sind von besonderer Bedeutung, und eine Reduzierung auf die ökonomische Ebene ist abzulehnen. Insbesondere im Kontext der geistigen und komplexen Behinderungen zeigen sich Gradwanderungen, wenn es um das subjektive Wohlbefinden der betroffenen Menschen geht. Lebensqualitätsrelevante Aspekte werden falsch ausgelegt oder objektive Prioritäten in den Vordergrund gerückt (vgl. dazu JELTSCH-SCHUDEL 2013). Gerade definitorische und begriffliche Diskussionen brachten diesbezüglich ethische Überlegungen mit sich. Eine Reduzierung der Menschen auf ihre Behinderung sowie Behinderung als generell lebensqualitätsmindernd zu definieren, sollte vermieden werden. Demzufolge sind Begrifflichkeiten sehr sensibel zu verwenden, um Missverständnisse über die ‚Qualität eines Lebens‘ vorzubeugen. Eine Berücksichtigung der Behinderungsform ist zwar notwendig für ein ganzheitliches Verständnis, aber nicht primär ausschlaggebend für lebensqualitätsrelevante Lebensbereiche. Eine Ausrichtung an den subjektiven Empfindungen der betroffenen Person (ungeachtet der Art und Schwere der Behinderung) ist maßgeblich für die Einschätzung qualitätssichernder Maßnahmen (vgl. Kap. 3.3.). Durch die sonderpädagogischen Leitprinzipien (Normalisierung, Selbstbestimmung, Integration/Inklusion), die seit vielen Jahren entscheidenden Einfluss auf die Entwicklungen der Lebensbereiche und -situationen von Menschen mit geistiger Behinderung nehmen, können konkrete Bemühungen umgesetzt werden, um die Lebensqualität des Personenkreises zu sichern und auszubauen (vgl. Kap. 3.4.). Im Zuge des Normalisierungsprinzips kann eine Stabilisierung der Lebensqualität des Personenkreises dann erreicht werden, wenn u.a. die Lebensbedingungen der betreffenden Personen im Fokus ihrer individuellen Bedürfnisse betrachtet und

normalisiert werden. Es sollten die Möglichkeiten gegeben sein, ein Leben führen zu können, in dem individuelle Bedürfnisse respektiert und befriedigt werden. Voraussetzung dafür ist eine gesellschaftliche Weiterentwicklung bestehender Normen: Menschen mit einer geistigen Behinderung dürfen nicht als „normabweichend“ definiert, sondern als Teil der Gesellschaft anerkannt werden. Mit der Gleichstellung aller Menschen und der gleichberechtigten Teilnahme an gesellschaftlichen Lebensbereichen können die Menschen selbst über ihr Leben bestimmen. Sie werden unabhängig von institutionellen sowie personellen Strukturen und können ihr Leben entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen planen. Jedoch bedeutet das nicht, den Menschen keine Unterstützung mehr zuteilwerden zu lassen. Insbesondere im Kontext einer geistigen Behinderung sind Unterstützungs- und Assistenzleistungen notwendig. Betreffenden Menschen Entscheidungskompetenz zu zusprechen und diese ernst zu nehmen, ist ein notwendiger Schritt zur Inklusion des Personenkreises. Inklusion stellt dabei das Handlungsprinzip der UN-BRK dar, die neben der gleichberechtigten Teilhabe aller Menschen ebenfalls gleiche Qualität und gleiche Standards für alle Lebensbereiche fordert. Die Forderungen sind nicht als Sonderrecht für Menschen mit Behinderung definiert, sondern als Konkretisierung universeller Menschenrechte, mit deren Umsetzung die Lebensqualität aller Menschen sichergestellt werden kann.

Die Bedeutung eines ganzheitlichen und mehrdimensionalen Verständnisses von Lebensqualität mit der primären Fokussierung der subjektiven Einschätzungen der betroffenen Menschen ist im Kontext der geistigen Behinderung von herausragender Relevanz. Das Einbeziehen jeder einzelnen Person ist selbstverständlich, um Aussagen über das individuelle Wohlbefinden treffen zu können, was wiederum jedoch auch Herausforderungen mit sich bringt.

Im Spannungsfeld der geistigen Behinderung und der Lebensphase Alter werden Untersuchungen zur Lebensqualität des Personenkreises immer bedeutender, da entsprechende Forschungsausrichtungen desiderat sind. Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter haben prinzipiell sehr ähnliche Anforderungen an ihre Lebensqualität wie gleichaltrige Menschen ohne Behinderung. Dennoch unterscheiden sich beide Personengruppen in den ihnen gegebenen Lebenslagen deutlich voneinander (vgl. WACKER

2001, 57). Die Lebensbedingungen und -lagen von alten Menschen mit geistiger Behinderung bedürfen einer spezifischen Fokussierung hinsichtlich der Sicherung lebensqualitätsrelevanter Kriterien. Insbesondere die subjektiven Einschätzungen der betreffenden Personen erscheinen von entscheidender Priorität.

Das Forschungsdesiderat aufgreifend, wurde sich auf die subjektive Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter in dieser Arbeit konzentriert.

In Anlehnung an die Definition von ZAPF (1984), dass „[u]nter subjektivem Wohlbefinden (...) die von den Betroffenen selbst abgegebenen Einschätzungen über spezifische Lebensbedingungen und über das Leben im allgemeinen“ (ebd., 23) verstanden wird, erfolgt im folgenden Kapitel die empirische Kontextualisierung der Arbeit. Unter Berücksichtigung des Einbezugs des Personenkreises in den Forschungskontext werden u.a. Besonderheiten empirischer Forschung im Zusammenhang mit Menschen mit geistiger Behinderung diskutiert. Im weiteren Verlauf wird neben der Konzeption der empirischen Untersuchung die Methode der Autoethnografie zusammenfassend dargestellt sowie das verwendete Erhebungsinstrument der sensiQoL<sup>®</sup> AG ausführlich vorgestellt.

„Forschung kann strikt theoretisch und analytisch *und* emotional, persönlich und therapeutisch sein“ (ELLIS/ADAMS & BOCHNER 2010, 353).

#### 4. Empirischer Kontext der Arbeit

Ursprünge der Lebensqualitätsforschung sowie das Konzept der Lebensqualität wurden in Kapitel drei dargestellt und diskutiert. Deutlich wurde, dass eine Konkretisierung des Konzeptes vielfältigen Aspekten unterliegt und der Einbezug unterschiedlicher Disziplinen und Professionen nötig ist, um eine umfassende Sichtweise zu erlangen. Auch, wenn Definitionen wesentlicher Dimensionen und Prinzipien international Übereinstimmung finden, bleibt die Schwierigkeit der Messbarkeit von Lebensqualität weitgehend bestehen, vor allem im Handlungsbereich der Heil- und Sonderpädagogik (vgl. SCHÄFERS 2008, 81f). Aspekte der Lebensqualität und insbesondere die subjektive Zufriedenheit eines Menschen sind keine starr messbaren Elemente. Es handelt sich um ein Konzept, das es ermöglicht, Zusammenhänge und Einflüsse des realen Lebens plausibel nachzuvollziehen. Dabei steht es in Abhängigkeit kultureller, gesellschaftlicher und sozialer Beziehungsgefüge (vgl. OSBORNE 1992, 438). Die Messbarkeit ist immer bedingt durch den Kontext des Forschungsinteresses und der entsprechenden Analyseebenen. SCHÄFERS (2008) formuliert eine „Taxonomie der Messung von Lebensqualität“ (ebd., 82), die in Tabelle 8 zusammenfassend dargestellt ist.

Forschungsinteresse	
Was ist der Forschungsansatz?	Fokus auf objektive und/oder subjektive Gegebenheiten
Wer ist die Informationsquelle?	Fokus auf beteiligte Personen (Forscher, Beforschte, Stellvertreter, etc.)
Wie sollen die Ergebnisse erhoben werden?	Fokus auf Erhebungsinstrumentarium (Beobachtungen, Interviews, etc.)
Analyseebene	
Makroebene	gesellschaftliche Wohlfahrt, sozialer Wandel
Mesoebene	regionale Hilfestrukturen
Mikroebene	subjektive Lebenszufriedenheit

**Tab. 9:** Methodologie der Lebensqualitätsforschung (vgl. SCHÄFERS 2008, 82f)

Insbesondere die Messung der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung hat methodische Herausforderungen (vgl. SCHÄFERS 2008, 82). Aufgrund der Heterogenität des Personenkreises und den teilweise stark einschränkenden Verständigungs- und Kommunikationsproblemen, bleiben die subjektive Sichtweise der betroffenen Personen in Forschungsvorhaben im Kontext der geistigen Behinderung häufig unberücksichtigt. Menschen mit geistiger Behinderung wurden und werden als Forschungsobjekte in den methodischen Prozess einbezogen, aber nicht aktiv daran beteiligt. Diese Auffassung hat sich in der Geistigbehindertenpädagogik im Zuge der beschriebenen Paradigmen (u. a. Inklusion, Selbstbestimmung, Empowerment und Partizipation) gewandelt (vgl. TERFLOTH & JANZ 2009, 11f), so dass es aktueller methodischer Anspruch ist, nicht mehr nur über den betroffenen Personenkreis zu sprechen und Expertisen aus rationaler Objektivität zu formulieren. Als folgerichtiger Schritt in den Bemühungen, diesem Personenkreis Entscheidungskompetenz und selbstbestimmte Lebensführung zuzusprechen, werden Menschen als fundierte Informationsquelle aktiv in Forschungsvorhaben einbezogen (vgl. SCHÄFERS 2009, 213f).

Dennoch gibt es Besonderheiten und Herausforderungen empirischer Forschung innerhalb der Geistigbehindertenpädagogik zu beachten, die im folgenden skizziert werden.

#### **4.1. Besonderheiten und Herausforderungen empirischer Forschung im Kontext geistiger Behinderung**

Forschungsvorhaben mit Menschen mit einer geistigen Behinderung unterliegen zweifelsohne Herausforderungen und Schwierigkeiten, die jedoch nicht als unüberwindbar gelten. Dies wird in zahlreichen Publikationen diskutiert (vgl. u.a. HAGEN 2001, 2002; BUCHNER 2008; SCHÄFERS 2008, 2009; JANZ & TERFLOTH 2009).

Als Grundlage für die Partizipation an gesellschaftlichen Lebensbereichen gilt Bildung sowie das Vorhandensein einer stabilen Identität als Voraussetzung zur Verbesserung der individuellen Lebenssituation und der damit verbundenen Lebensqualität (vgl. SCHUPPENER 2009, 305). Ausgehend von der Gewissheit, dass Menschen mit geistiger Behinderung eine Identität bilden können,

ist ihre Teilnahme als Hauptpersonen an Forschungsprozessen gegenwärtig „state of the art“ (SCHÄFERS 2009, 213) und darüber hinaus mit förderpädagogischen Leitideen (u.a. Normalisierung, Partizipation, Empowerment, Selbstbestimmung, Inklusion) konsequenterweise zu rechtfertigen (vgl. SCHUPPENER 2009, 305ff). SCHUPPENER (2009) diskutiert die Identitätsbildung und die Entwicklung eines Selbstkonzepts bei Menschen mit geistiger Behinderung ausführlich und schlussfolgert, „dass von einer fundamentalen und gut ausgeprägten ‚Ich-Kompetenz‘ und auch ‚Forschungs-Kompetenz‘ bei Erwachsenen mit so genannter geistiger Behinderung auszugehen ist“ (ebd., 311). Hinsichtlich einer subjektorientierten Forschungsausrichtung auf die Lebenswelt des Personenkreises erscheint der Einbezug der betroffenen Menschen als Grundvoraussetzung (vgl. SCHÄFERS 2009, 214).

„Eine Erforschung der Lebenswelt – und speziell der Innensicht – von Menschen mit der Diagnose ‚geistige Behinderung‘ ohne eine Beteiligung der Betroffenen selbst (ausschließlich über Verhaltensbeobachtungen und Fremdeinschätzungen) erscheint nicht nur paradox, sondern geradezu unzulässig und entmündigend. Es gilt vielmehr, methodische Überlegungen anzustellen, um sich zentralen Forschungsfragen schrittweise und sensibel aus der Subjektperspektive der betreffenden Personen zu nähern“ (SCHUPPENER 2009, 313).

Die dargelegten Aspekte bergen methodische Herausforderungen; es stellt sich die Frage, welcher Zugang insbesondere zur Erfassung subjektiver Perspektiven des Personenkreises gewählt werden sollte. Besonders geeignet erscheint das qualitative Interview (vgl. SCHÄFERS 2009, 214), denn die direkte Zusammenarbeit mit dem fokussierten Personenkreis ermöglicht es, aktuell bedeutende, subjektive Empfindungen authentisch zu erfassen. Durch die intensive Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Interviews kann eine gründliche Ergebnissicherung und Interpretation erreicht werden. Die Möglichkeit der ständigen Kontrolle und Überprüfbarkeit der Interpretationen auf Grundlage der gesicherten Interviews ist ein hohes Qualitätsmerkmal dieser Methode (vgl. LAMNEK 2005, 329).

Neben den bereits geschilderten Vorzügen setzt die Form des Interviews jedoch auch kognitive und kommunikative Fähigkeiten voraus, die sowohl die befragte Person als auch der Interviewer erfüllen müssen (vgl. PORST 2011, 17ff). Bei Befragungen von Menschen mit geistiger Behinderung erscheint die Formulierung der Fragen von besonderer Bedeutung. Um Schwierigkeiten im



Verständnis zu minimieren, kann einfache Sprache gewählt und die Verwendung nonverbaler Kommunikationskanäle hinzugezogen werden (vgl. SCHUPPENER 2009, 313). Ebenfalls sollten lange aktive Sprachpassagen, bei denen v.a. lesen und schreiben verlangt werden, vermieden werden (vgl. GROMANN 1998, 258) sowie Bedeutungsgehalte der Fragen und Antworten sich nur auf einem kommunikativen Level bewegen. Nicht nur die befragte Person muss die Inhalte und Intention der Frage verstehen, sondern der Interviewer sollte in der Lage sein, die Äußerungen kontextuell korrekt interpretieren zu können (vgl. SCHÄFERS 2008, 148).

Das qualitative Interview stellt kommunikative Anforderungen an die beteiligten Personen, was jedoch keine Rechtfertigung bietet, Menschen mit geistiger Behinderung an der Teilnahme dieser Forschungsmethode grundsätzlich auszuschließen. Es kann nicht von der generellen Annahme ausgegangen werden, dass dieser Personenkreis prinzipiell nicht über notwendige kommunikative und kognitive Fähigkeiten sowie über ausreichendes Reflexionsniveau verfügt. BUCHNER (2008) weist darauf hin, dass HAGEN (2001) sowie zahlreiche Studien im angloamerikanischen und deutschsprachigen Raum diese Annahmen widerlegten (vgl. BUCHNER 2008, 518f).

#### **4.1.1. Antwortverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung**

Aufgezeigt wurde, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht aus Forschungskontexten auszuschließen und ihnen die dafür notwendigen Kompetenzen abzusprechen sind. Dennoch sind Besonderheiten im Antwortverhalten dieses Personenkreises zu berücksichtigen. SCHÄFERS (2009) stellte fest, dass die Antwortquoten und das Antwortverhalten erheblich vom Frageformat beeinflusst werden. Offene Frageformate führen zu einer geringeren Antwortquote als bspw. geschlossene Ja/Nein-Fragen. Interpretativ können als Ursache dafür höhere kognitive und kommunikative Anstrengungen gesehen werden, die zur Beantwortung offener Fragen notwendig sind. Es wird vermutet, dass Menschen mit geistiger Behinderung aus diesem Grund offene Fragen implizit negieren und nicht beantworten oder aber zu „Weiß-nicht-Antworten“ tendieren. Somit scheinen Ja/Nein-Frageformate, vor allem durch ihre geringere Komplexität, in der Befragung dieses Personenkreises die einfachere und erfolgversprechendere (hinsichtlich einer guten Antwortquote) Variante zu sein (vgl. ebd., 223). Eine Problematik, die dieses Frageformat mit sich bringt,

sind „systematische Antworttendenzen“ (SCHÄFERS 2009, 224). Ein bereits vielfältig festgestellter Sachverhalt in Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderungen scheint die häufige Tendenz zur Antwortkategorie ‚ja‘ zu sein. Als Ursachen für das sozial erwünschte Antwortverhalten können unterschiedliche Gründe angeführt werden. Es ist zwar keine behinderungsspezifische Besonderheit<sup>25</sup>, jedoch „[neigen] Menschen mit einer geistigen Behinderung offenbar in besonderem Maße dazu (..), ihre Antworten an dem zu orientieren, was sie vermuten, das von ihnen erwartet wird“ (HAGEN 2001, 105). Hinsichtlich der subjektiven Zufriedenheit sind diese Antworttendenzen immer wieder festzustellen. Unzufriedenheit wird nicht geäußert, weil keine Wahlmöglichkeiten verfügbar oder ihnen diese nicht bewusst sind (vgl. ebd., 104f). Vor allem in stationären Wohneinrichtungen ist der Hang zu sozial angepasstem Verhalten besonders deutlich ausgeprägt. Motive hierfür sind insbesondere darin begründet, dass die Personen keine Alternativen in Alltags- und Handlungsroutinen kennen. Sie haben nicht gelernt, Dinge einzufordern oder Vorlieben auszudrücken. Durch die teils langjährige Abhängigkeit von institutionellen Strukturen und Betreuungspersonen sind Lebensstile vorgegeben und Vergleichsmaßstäbe gering bis gar nicht vorhanden (vgl. GROMANN 1998, 259f). HAGEN prognostizierte bereits 2001, dass „durch die Erweiterung des lebensweltlichen Erfahrungs- und Kenntnishorizontes“ (ebd. 2001, 105) die geschilderte Problematik des sozial erwünschten Antwortverhaltens zum Teil gelöst werden könnte (vgl. ebd., 105).

Resümierend sind die geschilderten Aspekte zwar nicht zu ignorieren, jedoch ist eine Generalisierung ebenso zu vermeiden. Eine extreme Ausprägung, d.h. alle Fragen mit ‚Ja‘ zu beantworten, konnte SCHÄFERS (2009) nicht feststellen. Zwar stellt das ein methodisches Problem in der Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung, jedoch stellt es kein Spezifikum des Personenkreises dar. Die Validität der Ergebnisse wird nicht derart beeinflusst, dass entsprechende Studien oder der generelle Einbezug von Menschen mit geistiger Be-

---

<sup>25</sup> Sozial erwünschtes Antwortverhalten kommt auch bei Befragungen anderer Personengruppen vor. Es wird vermutet, dass diese Antwortstrategien eingesetzt werden, um Unwissenheit zu überdecken, längeres Nachdenken über die Frage zu vermeiden sowie soziale Anerkennung und Zuspruch für die Antwort zu erhalten (vgl. HAGEN 2001, 104).

hinderung in Forschungskontexte zweifelhaft erscheinen. Besonders in der Erhebung subjektiver Perspektiven des Personenkreises ist und bleibt das Interview das gewissenhafteste methodische Vorgehen (vgl. ebd., 224ff).

Durch die oft jahrelangen Abhängigkeitsbedingungen und Benachteiligungen, die Einfluss auf das Wohlbefinden und die Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung nehmen, sollte eine Befragung dieses Personenkreises jedoch von hoher Sensibilität, Empathie und großem Einfühlungsvermögen geprägt sein (vgl. HENSEL 2001, 35).

#### **4.1.2. Zusammenarbeit mit Institutionen**

Stationäre Wohnformen in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind aktuell die primären Unterbringungs- und Betreuungsbereiche für Menschen mit geistiger Behinderung. Dabei werden sie, in unterschiedlicher Ausprägung, von institutionellen Strukturen fremdbestimmt und unterliegen den Weisungen des Betreuungspersonals (vgl. ROHRMANN 2012, 278f). Einrichtungsleitungen und Angestellte in Wohnheimen nehmen demnach in sozialwissenschaftlichen Forschungskontexten eine wichtige Rolle ein. Da der Erstkontakt meist über die Einrichtungsleitung erfolgt, übernimmt diese automatisch die Rolle eines „Gatekeepers“ (BUCHNER 2008, 518), da sie die Interessen ihrer Einrichtung und die Wahrung des Schutzes vor negativer Publicity verfolgen.

„Gerade bei Forschungsprojekten, die eventuell ein problematisches Licht auf die Institution werfen könnten, wie z.B. Befragungen zu Lebensqualität, Selbstbestimmung und Empowerment, ist mit einem starken Eingreifen der Gatekeeper zu rechnen“ (ebd., 518).

Die Gatekeeper entscheiden direkt, ob ihre Einrichtung als Kooperationspartner am Forschungsvorhaben teilnimmt, und welche ihrer Bewohner als Teilnehmer in Frage kommen (vgl. BUCHNER 2008, 518). Insbesondere bei der geplanten Durchführung von Interviews werden die Bewohner nicht ausschließlich aufgrund ihrer kommunikativen Kompetenzen eingeschätzt. Die Betreuungspersonen entscheiden zusätzlich darüber, ob der Bewohner die Einrichtung positiv präsentiert (vgl. KELLE & NIGGEMANN 2003, 8). KELLE & NIGGEMANN (2003) wurde dieser Tatbestand in ihrer Studie zur Zufriedenheit von Leistungsempfängern in stationären und ambulanten Altenpflegeeinrichtungen konkret von einem Heimleiter kommuniziert:

„Man weiß ja schließlich als Einrichtungsleiter, welche Bewohner eher kritisch eingestellt sind, und welche Bewohner das Haus ausschließlich positiv sehen und darstellen“ (ebd., 8).

Der Erstkontakt über die Einrichtungsleitungen ist ein unausweichliches und auch gängiges Vorgehen.

Darüber hinaus kommt dem Einrichtungspersonal eine weitere wichtige Rolle zu: sie nehmen eine schützende Funktion gegenüber ihren Bewohnern ein. Nach dem Kontakt mit der Einrichtungsleitung und Betreuungspersonen klärt der Forscher zunächst über das Vorhaben und die Vorgehensweise auf. Die Heimmitarbeiter geben dieses Wissen an mögliche Interviewpartner weiter und bereiten sie somit auf den bevorstehenden Besuch des (fremden) Forschers vor. Erste Ängste und Unsicherheiten vor der Befragungsdurchführung können den Bewohnern infolgedessen genommen werden (vgl. KELLE & NIGEMANN 2003, 8).

#### **4.2. Konzeption der zugrundeliegenden Untersuchung**

Zur ganzheitlichen Erfassung der Lebensqualität eines Menschen ist es unabdingbar, objektive und subjektive lebensqualitätsrelevante Aspekte zu berücksichtigen (vgl. SEIFERT/FORNEFELD & KOENIG 2001, 114). Für das Forschungsdesigns dieser Arbeit wurde bewusst eine Zentrierung subjektiver Sichtweisen der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung vorgenommen und die Beurteilung individueller Lebenssituationen durch die betreffenden Personen selbst vorausgesetzt. Hintergrund ist die Annahme, dass objektive Lebensbedingungen auf subjektiver Ebene hinsichtlich der individuellen Bedeutung für die Lebensführung unterschiedlich von den Personen bewertet werden (vgl. SCHÄFERS 2013, 21).

„Insofern ist Wohlbefinden zwar nicht unabhängig von den Bedingungen der Umwelt, es herrscht allerdings auch kein strenger wechselseitiger Zusammenhang, da die Wahrnehmung von Lebensqualität ein individueller Bewertungsvorgang der Austauschprozesse mit der sozialen und materiellen Umgebung ist und von persönlichen Erwartungen, Einstellungen und Erfahrungen abhängt“ (ebd., 21).

Im methodischen Vorgehen werden quantitative und qualitative Aspekte miteinander verknüpft. Zunächst erfolgt die Erfassung der subjektiven Lebens-

qualität mit dem standardisierten Interventionsframework sensiQoL<sup>®</sup>. Das Erhebungsinstrument orientiert sich an strukturierten Vorgaben objektiver und subjektiver Indikatoren sowie einer systematischen Befragungsstruktur. Der Vorteil dieses Orientierungsrahmens ist, dass lebensqualitätsrelevante Aspekte für alle Personen mit unterschiedlichen Ausprägungen ihrer individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen erhoben werden können (vgl. OBERHOLZER 2010, 235). Mit den Instrumenten der sensiQoL<sup>®</sup> AG ist es möglich, lebensqualitätsrelevante Kriterien zu messen und in einem Analyseverfahren darzustellen. Durch unterschiedliche Fragebögen (vgl. Kap. 4.3.) können zum einen die Personen selbst befragt werden, um subjektive Einschätzungen zu gewinnen und zum anderen können auch Befragungen der Einrichtung oder von Betreuungspersonen hinzugezogen werden (vgl. u.a. FRÜH 2014, 21f). Die Instrumente sind darauf ausgerichtet, Lebenssituationen von Menschen in Abhängigkeitsverhältnissen zu erfassen ohne dabei eine Eingrenzung auf bestimmte Alterskohorten, institutionellen Bedingungen oder konkrete lebenspraktische Bereiche vorzunehmen. Subjektiv bedeutsame Indikatoren wie Lebenszufriedenheit und -freude finden einen bedeutenden Rahmen innerhalb der Konzeption der sensiQoL<sup>®</sup> AG (vgl. STALDER & FRÜH 2012, 34f). Diese Aspekte bilden den Begründungsansatz für die Verwendung des Interventionsframeworks sensiQoL<sup>®</sup> im Rahmen dieser Arbeit.

Die Ergebnisse sollten nicht ausschließlich auf die statistisch errechnete Werteanalyse des Instrumentes begrenzt werden. Aus diesem Grund wird die Variante des Interviews gewählt, um den befragten Menschen die Möglichkeit zu geben, über die Beantwortung der evidenten, jedoch begrenzten Fragen des Instrumentes hinaus, Angaben und Ergänzungen zu machen. Anhand der Aufzeichnung der Gespräche konnten relevante Zusatzinformationen identifiziert werden, die mit Aspekten der qualitativen Methode der Autoethnografie analysiert werden (vgl. Kap. 6.).

#### **4.2.1. Voruntersuchung: Quantitative Erhebung**

Bevor die Feldstudie durchgeführt werden konnte, mussten Kooperationseinrichtungen und Interviewpartner gewonnen werden. Zu diesem Zweck wurde ein onlinebasierter Fragebogen entwickelt. Da die Studie nicht allein auf behinderungsspezifische Wohnheime ausgerichtet ist, erfolgte zunächst eine

umfassende Recherche von Wohneinrichtungen für alte Menschen (im weiteren Verlauf *reguläre Alten- und Pflegeheime* genannt) sowie für Menschen mit geistiger Behinderung (im weiteren Verlauf *behinderungsspezifische Wohnheime* genannt), was aus logistischen Gründen auf das Bundesland Hessen begrenzt wurde. Aufgrund der hohen Anzahl an stationären Wohneinrichtungen erfolgte zusätzlich eine regionale Begrenzung auf Mittel- und Südhessen. Im Fokus der Kurzumfrage standen grobe Strukturdaten der Einrichtungen (Größe und Lage der Einrichtung, Bewohner- und Wohnstruktur, Tagesstruktur und Zeiteinteilung) und die Frage nach einer möglichen Kooperationsbereitschaft. Darüber hinaus wurde im Bereich der regulären Alten- und Pflegeheime erfragt, ob und wie viele Menschen mit einer geistigen Behinderung (im Sinne einer lebenslangen Behinderungserfahrung) in der Einrichtung leben. Im Bereich der behinderungsspezifischen Wohnheime wurde eine Frage auf die Altersstruktur der Bewohner spezifiziert. Die Onlineumfrage wurde per E-Mail an die Einrichtungsleitungen der generierten stationären Wohneinrichtungen versendet. Es wurden insgesamt 447 Einrichtungsleitungen eingeladen, an der Umfrage teilzunehmen (Tab. 10).

Wohnheimform	Einladung zur Teilnahme gesamt	Rücklauf
Reguläre Alten- und Pflegeheime	n=253	n=32
Behinderungsspezifische Wohnheime	n=194	n=7
insgesamt	n=447	n=39

**Tab. 10:** Eckdaten der Onlineumfrage

Der Rücklauf in der Befragung der *regulären Alten- und Pflegeheime* beträgt 12,65%. Festzustellen ist zum einen, dass nicht alle Einrichtungsleitungen für eine Zusammenarbeit zu gewinnen waren (n=11); zum anderen lebten in einigen Einrichtungen (n=21) keine Bewohner mit einer (lebenslangen) geistigen Behinderung. Die Abgrenzung zu altersspezifischen Erkrankungen (bspw. demenzielle Erkrankungen) erwies sich hierbei als äußerst schwierig. Letztendlich konnten zwei Einrichtungen für eine Zusammenarbeit gewonnen werden, in denen je zwei Interviews geführt wurden.

Im Bereich der Befragung der *behinderungsspezifischen Wohnheime* konnte ein Rücklauf von 3,61% erzielt werden, wobei es zu einer Zusammenarbeit mit einem Wohnheim kam, in dem vier Interviews geführt werden konnten.

Aufgrund des geringen Rücklaufs und der damit verbundenen mangelnden Zusammenarbeit mit entsprechenden Einrichtungen konnten durch persönliche Kontakte fünf weitere Wohnheime sowie eine Tagesstätte für erwachsene Menschen mit einer Behinderung als Kooperationseinrichtungen gewonnen werden. Diese Einrichtungen nahmen jedoch nicht an der o.g. Onlinebefragung teil. Es ist nicht auszuschließen, dass die beschriebenen Aspekte aus Kapitel 4.1.2., Gatekeepers und negative Publicity, eine Begründung für den geringen Rücklauf sein können.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die beschriebene Onlinebefragung lediglich zur Auswahl möglicher Kooperationseinrichtungen diene. Es handelte sich um eine willkürliche Auswahl von Einrichtungen, die keinerlei stichprobenspezifischen Kriterien entsprach (vgl. RAITHEL 2008, 56f). Demnach wird die nicht repräsentative Onlineumfrage nicht tiefergehend erläutert, sondern lediglich zur Vollständigkeit erwähnt.

#### **4.2.2. Forschungsdisposition**

##### *4.2.2.1. Zielsetzung und Fragestellung*

In den vorangegangenen Erläuterungen (vgl. Kap. 3.3ff) zu Aspekten der Lebensqualität von Menschen mit (geistiger) Behinderung wird deutlich, dass die Zufriedenheit bzw. die Lebensqualität dieses Personenkreises verschiedenen Einflussfaktoren unterliegt. Menschen mit geistiger Behinderung, die in einer Institution wie bspw. einem Wohn- oder Altenheim leben, bedürfen einer besonderen Berücksichtigung im Hinblick auf die Lebensphase Alter. Die betroffenen Menschen sind aufgrund der Schwere und/oder Komplexität ihrer Beeinträchtigungen auf unterstützende Dienste von Institutionen angewiesen. Dabei fehlen in den sonderpädagogischen Unterstützungsleistungen oftmals Aussagen über Qualitätsvorgaben, die an lebensqualitätsrelevanten Aspekten der Bewohner ausgerichtet sind (vgl. OBERHOLZER 2013, 2f). Das birgt die Gefahr, dass die individuell eingeschätzte Lebensqualität bzw. das subjektive

Wohlbefinden keine Berücksichtigung findet. Zwar wurden bereits einige Studien veröffentlicht, die die Lebensqualität von Menschen mit geistiger und auch komplexer Behinderung fokussieren (vgl. u.a. SEIFERT 1997; HAGEN 2001; SEIFERT/FORNEFELD & KOENIG 2001; DWORSCHAK 2004; SCHÄFERS 2008) aber gerade im Spannungsfeld Behinderung und Alter ergeben sich aktuell Fragestellungen in der empirischen Erforschung, die sowohl die Lebenssituationen der Menschen in dieser Lebensphase als auch ihre Lebensqualität (im Besonderen das subjektive Wohlbefinden) betreffen (vgl. JELTSCH-SCHUDEL 2011, 51).

Dieses Forschungsdesiderat aufgreifend, zielt die vorliegende Studie auf die Erfassung und aussagefähige Darstellung der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter ab. Im Zentrum steht dabei, betroffenen Menschen selbst die Möglichkeit zu geben, ihre subjektiv empfundene Lebensqualität einzuschätzen und sich darüber zu äußern.

Folgende Forschungsfragen stehen im Fokus:

- Können Menschen mit geistiger Behinderung im Alter individuelle, lebensqualitätsrelevante Bedürfnisse erkennen und mithilfe einer angemessenen Systematik ihre eigene, subjektive Lebensqualität einschätzen?
- Wenn ja, wie schätzen sie ihre subjektive Lebensqualität selbst ein? Gibt es dabei einzelne Lebensbereiche, in denen besondere Unterstützungsleistungen notwendig sind?
- Lassen sich übergreifende, altersphasenspezifische Prioritäten/Bedürfnisse hinsichtlich lebensqualitätsrelevanter Kriterien formulieren?

#### 4.2.2.2. *Personenkreis*

Unter Berücksichtigung der angegebenen Zielsetzung, und aufgrund der Heterogenität des Personenkreises in dieser Lebensphase (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 19ff) gelten als empirische Einschlusskriterien für teilnehmende Personen folgende Aspekte:

- Die Personen sollten eine lebenslange, kognitive Behinderungserfahrung aufweisen, d.h. eine geistige Behinderung muss genetisch bedingt



sein oder einer prä-, peri- oder postnatalen Ursache<sup>26</sup> zugrunde liegen (respektive in früher Kindheit aufgetreten sein). Damit soll eine klare Abgrenzung zu alterstypischen Demenzerkrankungen sichergestellt werden (vgl. Kap. 2.3.).

- Die Personen sollten mindestens das 60. Lebensjahr vollendet haben und sich bereits im Ruhestand oder sich am Übergang in diesen befinden (Altersteilzeit).
- Die Personen sollten sich in institutioneller Betreuung befinden, d.h. sie leben in einer stationären Wohneinrichtung oder in stationär betreuten Wohnformen und sollten an einer institutionellen (internen) Tagestruktur teilnehmen.
- Aufgrund der Fokussierung auf die subjektive Lebensqualität, die anhand von Interviews erfasst wird, können nur Menschen teilnehmen, die in der Lage sind, verbal zu kommunizieren, da die Form des Interviews entsprechende Sprachgebundenheit voraussetzt (vgl. SCHÄFERS 2008, 189).

#### 4.2.2.3. *Methodisches Vorgehen*

Die Besonderheiten einer Erhebung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung und entsprechender Erhebungsinstrumente wurden bereits im Verlauf des vierten Kapitels diskutiert. Für das weitere methodische Vorgehen der Arbeit wurde bewusst darauf verzichtet, erneut die vielfach diskutierten und analysierten Aspekte der Erhebungsinstrumente von Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden wiederzugeben und aufzugreifen. Im Zentrum dieser Arbeit steht das subjektive Wohlbefinden (die subjektive Lebensqualität) von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter, deren individuelle Einschätzung mit einem standardisierten und bereits empirisch überprüften Analyseinstrument erfasst werden soll, um fundierte Ergebnisse subjektiver, lebensqualitätsrelevanter Kriterien gewinnen zu können.

Es wird nicht die Entwicklung eines weiteren Instrumentes fokussiert, sondern die Darstellung und Diskussion der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Der Vorteil eines im praktischen Umfeld bereits erprobten Analyseinstruments ist seine vorauszusetzende Reliabilität und Validität. Das lässt differenzierte und zuverlässige Ergebnisse zu ohne vorausgehende empirische Erprobung und Überprüfung. Die Notwendigkeit der Durchführung üblicher Pretests zur Überprüfung empirischer Gütekriterien

---

<sup>26</sup> Eine detaillierte Darstellung der Ätiologie einer geistigen Behinderung findet sich in STÖPPLER (2014a).

ist damit nicht erforderlich (vgl. RAITHEL 2008, 63). Im beschriebenen Kontext soll das Analyseinstrument die Lebensqualität von Menschen mit (geistiger) Behinderung in besonderen Abhängigkeitsverhältnissen, bzw. die subjektive Lebensqualität von alten Menschen mit geistiger Behinderung erfassen (vgl. STALDER & FRÜH 2012, 40). Auf methodologischer Analyseebene der Lebensqualitätsforschung (vgl. Tab. 8, Kap. 4.) erfolgt somit der Fokus auf die Mikroebene (subjektive Lebenszufriedenheit). Die individuellen Einschätzungen sollen durch Interviews mit den entsprechenden Personen selbst gewonnen werden (vgl. SCHÄFERS 2008, 82f).

Nach umfassender Recherche bestehender Konzepte und Instrumente werden die genannten Anforderungen durch das in Kapitel 4.3. differenziert dargestellte Interventionsframework *sensiQoL*® erfüllt (vgl. hierzu u.a. OBERHOLZER 2013; STALDER & FRÜH 2012).

#### *4.2.2.4. Rahmenbedingungen der Befragung und Ethische Verantwortung*

Durch persönliche Gespräche mit den betroffenen Personen wird sichergestellt, dass die subjektive Sichtweise und individuelle Einschätzung der befragten Menschen im elementaren Zentrum der Untersuchung stehen. Die zum Teil sehr persönlichen Fragen zu den lebensqualitätsrelevanten Kriterien setzt das Einverständnis der befragten Personen zu jedem Zeitpunkt der Untersuchung voraus (vgl. BUCHNER 2008, 517). Die Beantwortung der Fragen und die Teilnahme am Interview beruht auf Freiwilligkeit; die Entscheidung zur Teilnahme liegt bei den Personen selbst. Zusätzlich zum Einverständnis der interviewten Personen wurde im Vorhinein eine schriftliche Einverständniserklärung der gesetzlichen Betreuer eingeholt. Da die Interviews mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet werden sollten, sind die Teilnehmer auch hier nach ihrem Einverständnis befragt worden. Die Wahrung der Identität durch absolute Anonymisierung der Daten wurde zugesichert. Dazu wurde der Einrichtung eine Datenschutzerklärung übergeben.

Die Interviews selbst wurden in – für die befragten Personen – vertrauter Umgebung durchgeführt. Dabei wurde darauf geachtet, die Gespräche an einem ruhigen Ort zu führen, an dem keine Störungen auftreten und die Personen sich sicher und wohl fühlen.

„Die Interviews sollten in der alltäglichen Umgebung der Betroffenen stattfinden. Um sicher zu stellen, dass die Gesprächspartner(innen) nicht aus Angst vor Sanktionen oder aus Opportunismus gegenüber Institutionsangehörigen kritische Äußerungen vermeiden, ist es sinnvoll, einen separaten Raum für die Befragung zu wählen“ (HAGEN 2002, 299).

Darüber hinaus wurden die Interviews ausschließlich im Vier-Augen-Prinzip geführt; an der Interviewsituation waren demnach nur die befragte Person und der Interviewer beteiligt. Eine negative Beeinflussung des Antwortverhaltens durch die Anwesenheit einer Betreuungsperson oder der Heimleitung wurde so weitestgehend ausgeschlossen (vgl. KELLE & NIGGEMANN 2003, 14). Es ist anzumerken, dass die Entscheidung an welchem Ort das Interview geführt wird und wer dazu anwesend sein soll, von der interviewten Person mitentschieden werden konnte.

### **4.3. Interventionsframework sensiQoL<sup>®</sup>**

Im Rahmen dieser Arbeit wurde das Interventionsframework sensiQoL<sup>®</sup> angewandt, das von einem Team der Universität Zürich in einem Forschungsprojekt entwickelt wurde. Basierend auf einer umfassenden Lebensqualitätskonzeption, beinhaltet sensiQoL<sup>®</sup> verschiedene Instrumente, die im weiteren Verlauf detailliert dargestellt werden.

Aspekte guter Lebensbedingungen und einer hohen Lebensqualität sind vor allem im stationären Wohnbereich der Alten- und Behindertenhilfe eine aktuelle Diskussion. Qualitätsstandards und -vorgaben sind maßgebend und fest implementiert<sup>27</sup>. Die verbindlichen Qualitätsvorgaben orientieren sich hauptsächlich an formalen und strukturellen Kriterien; Bereiche des subjektiven Wohlergehens (Zufriedenheit und Lebensfreude) finden meist keine Berücksichtigung. Für Behinderteneinrichtungen sind aber genau diese individuellen Kriterien von fundamentaler Bedeutung, wenn Aspekte guter Lebensbedingungen für die Bewohner konsequent umgesetzt werden sollen (vgl. STALDER & FRÜH 2012, 34f). Lebensqualität als Zieldimension institutionellen Handelns zu festigen, erscheint besonders sinnvoll, da das wissenschaftliche Konstrukt der Lebensqualität die subjektiven Empfindungen der Bewohner fokussiert

---

<sup>27</sup> Für Deutschland kann bspw. der grüne Haken angeführt werden. Er ist ein Qualitätssiegel für Lebensqualität in Einrichtungen der Alten- und Pflegehilfe, der bei der Wahl einer passenden Einrichtung als Orientierungshilfe gilt (vgl. dazu [www.heimverzeichnis.de/](http://www.heimverzeichnis.de/)).

und an den expliziten Lebensumständen ausgerichtet (vgl. OBERHOLZER 2010, 132). Insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung ist das Leben in stationären Wohneinrichtungen ein sehr bedeutender Faktor. Sie leben oftmals sehr lange in den entsprechenden Einrichtungen und befinden sich in einem stetigen Abhängigkeitsverhältnis zum Betreuungspersonal. Vor allem in der Lebensphase Alter verändern sich die Unterstützungs- und Pflegebedürfnisse der Personen qualitativ und quantitativ (vgl. DIECKMANN ET AL. 2013, 50). Eine spezifische Fokussierung auf lebensqualitätsrelevante Kriterien, um sie besonders für Einrichtungen des Behindertenwesens nutzbar zu machen, war das Ziel eines Pilotprojektes des Forschungsteams der Universität Zürich unter Vorsitz von HOYNINGEN-SÜESS. In Kooperation mit Wissenschaft und Praxis wurden nach langjähriger Konzeption webbasierte Analyse- und Planungsinstrumente entwickelt, die es ermöglichen, die Lebensqualität von Menschen mit Behinderung zu erfassen, darzustellen und im weiteren Verlauf zu steigern (vgl. HOYNINGEN-SÜESS & OBERHOLZER 2011, 3). Einen Orientierungsrahmen fanden sie dabei in wesentlichen Aspekten aus der Wohlfahrtsforschung, der gesundheitsbezogenen und sonderpädagogischen Lebensqualitätsforschung sowie aus der Qualitätssicherung (vgl. OBERHOLZER 2013, 180). Ergänzend basiert die formulierte sonderpädagogische Lebensqualitätskonzeption auf der Menschenwürde und den globalen Menschenrechten, die – bezugnehmend auf die UNO Menschenrechtserklärung (1948) und die UN-BRK – für alle Menschen Allgemeingültigkeit besitzen. Deswegen versteht sich die Lebensqualitätskonzeption als grundlegend und umfassend (vgl. CURAVIVA 2014, 5ff), denn

„es sind letztlich diese Grundrechte, die jedem Menschen diejenigen Voraussetzungen garantieren, die ihm ein erfülltes, glückliches und gutes Leben ermöglichen können und jede Gesellschaftsordnung prägen sollen“ (ebd., 10).

#### **4.3.1. Die theoretische Basis: der Lebensqualitätskatalog**

Eine umfassende Recherche und Analyse bestehender Konzepte und erprobter Instrumente ging der Erarbeitung des Lebensqualitätskataloges voraus, der als theoretische Basis für die entwickelten Instrumente dient (vgl. STALDER & FRÜH 2012, 35). Zum besseren Verständnis wird die in Tabelle 11 gegebene Übersicht zu den Kernbereichen sowie den implizierten Kategorien und Stichworten, weiteren Ausführungen zum Lebensqualitätskatalog vorangestellt.

<b>Kernbereich <i>Funktionalität und Gesundheit</i></b>	
<b><i>Kategorie</i></b>	<b><i>Stichworte</i></b>
<i>Ernährung</i>	Angebot Zugangsmöglichkeiten
<i>Mobilität</i>	Fortbewegung Lebensenergie
<i>Körperpflege</i>	Hygiene Körperästhetik
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	Selbstkonzept Zufriedenheit Bewältigungsstrategie
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	Körperverständnis Physische Wahrnehmungs- und Empfindungsfähigkeit Koordinierte Bewegungsfähigkeit Sexualität
<b>Kernbereich <i>Menschenwürde und Akzeptanz</i></b>	
<b><i>Kategorie</i></b>	<b><i>Stichworte</i></b>
<i>Psychisches Erleben</i>	Interesse Freude Ärger Trauer Angst Ekel
<i>Interaktionen</i>	Wechselseitige Kommunikation Teilhabe Engagement
<i>Verhalten</i>	Respektvoller Umgang mit der Person Respektvoller Umgang von der Person
<b>Kernbereich <i>Entwicklung und Dasein</i></b>	
<b><i>Kategorie</i></b>	<b><i>Stichworte</i></b>
<i>Soziale Kompetenz</i>	Einfühlungsvermögen Soziale Umgangsformen Krisenmanagement Kooperationsfähigkeit
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	Tätig sein Leistung
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	Zukunftsvorstellung Denkfähigkeit Erinnerungsfähigkeit Merkfähigkeit
<i>Verstandesfähigkeit</i>	Erlerntes Wissen Angewandtes Wissen
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	Fantasie Besinnlichkeit Religiosität
<i>Alltagsbewältigung</i>	Alltagspraktische Tätigkeiten Freizeit Intime Verrichtungen
<b>Kernbereich <i>Anerkennung und Sicherheit</i></b>	
<b><i>Kategorie</i></b>	<b><i>Stichworte</i></b>
<i>Unterkunft</i>	Wohnraum Umgebung Personal
<i>Persönliches Eigentum</i>	Materielle Güter Geistiges Eigentum
<i>Schutz</i>	Sicherheitsgefühl Schutzmaßnahmen

**Tab 11:** Übersicht der vier Kernbereiche, 17 Kategorien und 49 Stichworte (eigene Darstellung)

Zur theoretischen Herleitung einer Lebensqualitätskonzeption wurden sozialwissenschaftliche Kataloge, Modelle und Ansätze, die sich auf Lebensqualität fokussieren, gesichtet. Dabei konnte festgestellt werden, dass v.a. in gesundheits- und wohlfahrtsorientierten ausgerichteten Forschungskontexten publiziert wurde. Da dem Konzept eine metatheoretische Herleitung zugrunde liegt, wurden neun anerkannte Kataloge, Modelle und Ansätze in die Konzipierung eingebunden. Die medizinische Perspektive (HRQoL – Health related Quality of Life) spiegelt die Verwendung der gesundheitsbezogenen Ansätze der WHOQOL-100 und -BREF<sup>28</sup>, der SF-36<sup>29</sup> sowie die ICF (WHO 2005) wieder. In besonderer Weise war das Verständnis der ICF<sup>30</sup> wegweisend, das sich neben gesundheitsorientierten Aspekten ebenfalls auf soziale Dimensionen des Menschen und seiner Umgebung stützt. Metaanalytisch wurden die sonderpädagogischen Lebensqualitätsforschungen von Schalock (2004)<sup>31</sup>, Cummins & Lau (2005, Personal Wellbeing Index Intellectual Disability – PWI-ID)<sup>32</sup>, Felce & Perry (1997)<sup>33</sup> einbezogen und wesentliche Aspekte daraus berücksichtigt. Aus praxisorientierter Perspektive wurden die Lebensqualitätskonzeptionen LEWO II (Schwarte & Oberste-Ufer 2001), GBM (BeB 2004)<sup>34</sup> und QuAnTa (Hensel 2001)<sup>35</sup> ausgewählt (vgl. HOYNINGEN-SÜESS & OBERHOLZER 2011, 4f; HOYNINGEN-SÜESS ET AL. 2012, 594; STALDER & FRÜH 2012, 35; OBERHOLZER 2013, 194). Im Vergleich der genannten neun Konzeptionen wurden

---

<sup>28</sup> Angermeyer, M. C.; Kilian, R. & Matschinger, H. (2000): WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.

<sup>29</sup> Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

<sup>30</sup> Der ICF liegt ein übergreifendes Konzept der funktionalen Gesundheit zu Grunde. In einem bio-psycho-sozialen Modell werden Komponenten von Gesundheit Ressourcen- und Defizitorientiert formuliert. Integrale Bestandteile sind darüber hinaus soziale Aspekte (Partizipation, Teilhabe) und Umweltfaktoren, die in Wechselwirkung mit dem gesundheitlichen Problem oder der Beeinträchtigung stehen. Dies ermöglicht einen umfassenderen Blick auf die Lebenswirklichkeiten der einzelnen Menschen (vgl. WHO 2005, 4f).

<sup>31</sup> Schalock, R. L. (2004): The Concept of Quality of Life: What we know and do not know. In: Journal of Intellectual Disability Research 48 (3), 203-216.

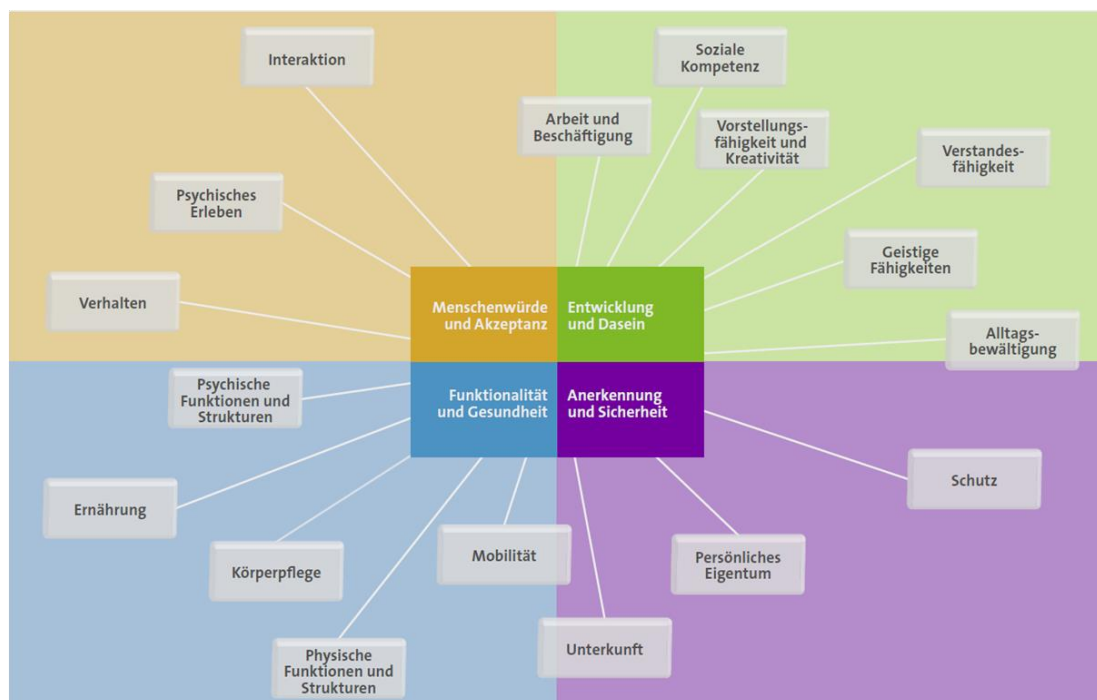
<sup>32</sup> Cummins, R. A. & Lau, A. L. D. (2005): Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability. Melbourne: School of Psychology, Deakin University.

<sup>33</sup> Felce, D. & Perry, J. (1997): Quality of Life: The scope of the term and its breadth of measurement. In: Brown, R. I. (Hrsg.): Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice. Cheltenham: Stanley Thornes Ltd, 56-71.

<sup>34</sup> BeB (2004): GBM – Gestaltung der Betreuung von Menschen mit Behinderungen<sup>®</sup>. EDV-gestütztes Verfahren zur Qualitätssicherung und -gestaltung in sozialen Einrichtungen. Berlin: Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.

<sup>35</sup> Hensel, U. (2001): QuAnTa. Qualitätssicherung der Angebote in der Tagesförderung für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung: ein Instrumentarium zur Qualitätssicherung im „Zweiten Milieu“. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

zunächst grundlegende lebensqualitätsrelevante Dimensionen erarbeitet und schließlich in den Instrumenten von sensiQoL<sup>®</sup> umgesetzt (vgl. HOYNINGEN-SÜESS/OBERHOLZER & STALDER 2007, 92). Entlang unterschiedlicher Arbeitsschritte wurden durch Metaanalyse der o.g. Konzeptionen und Modelle Bereiche, Kategorien und Stichworte identifiziert (vgl. Tab. 11), auf deren Grundlage das Lebensqualitätsmodell formuliert werden konnte (Abb. 6) (vgl. STALDER & FRÜH 2012, 35f; CURAVIVA 2014, 13).



**Abb. 6:** Lebensqualitätsmodell mit vier Kernbereichen und 17 Kategorien (CURAVIVA 2014, 13)

Das Modell wurde von fachdisziplinären Experten der Sonderpädagogik, Philosophie, Ethik und Gesundheitswissenschaft sowie von Experten aus der Praxis kritisch überprüft, reflektiert und diskutiert. Somit bildet es ein fachlich überprüftes Fundament für die Analyseinstrumente von sensiQoL<sup>®</sup> (vgl. STALDER & FRÜH 2012, 36). Es ist darauf ausgerichtet individuelle Bedürfnisse, Präferenzen und Ressourcen von Menschen mit Behinderungen, die in einem ständigen Abhängigkeitsverhältnis leben sichtbar zu machen. Demzufolge können an diesem Modell, unabhängig vom Alter oder anderen soziodemografischen Daten, Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungsausprägungen partizipieren (vgl. CURAVIVA 2014, 13). Durch die Identifizierung und Darstellung

der individuellen Gegebenheiten können die Instrumente zu Planungszwecken von Interventionsmöglichkeiten auf organisatorischer Ebene eingesetzt werden und zu einer praktischen Verbesserung der Lebensumstände von Menschen in Abhängigkeitsverhältnissen führen (vgl. HOYNINGEN-SÜESS ET AL. 2012, 600).

Das Lebensqualitätsmodell umfasst die vier Kernbereiche „*Menschenwürde und Akzeptanz*“, „*Entwicklung und Dasein*“, „*Anerkennung und Sicherheit*“ sowie „*Funktionalität und Gesundheit*“, die im weiteren Verlauf genau beschrieben werden. Der Kernbereich „*Menschenwürde und Akzeptanz*“ stellt für Menschen mit geistiger Behinderung eine besondere Relevanz dar. Die Ehrfurcht vor der menschlichen Würde und der Respekt seiner Person gegenüber sind grundlegende Aspekte dieses Kernbereichs (vgl. CURAVIVA 2014, 11). Dem Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung wurde es lange verwehrt, ein eigenständiges Leben zu führen oder selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen (vgl. Kap. 3.4.). Betroffene Menschen haben es nach wie vor schwer, gleichbleibende und sich verändernde gesellschaftliche Herausforderungen zu meistern sowie als gleichberechtigte erwachsene Mitglieder der Gesellschaft anerkannt zu werden. Menschen mit geistiger Behinderung wird heute noch oft der Status des Erwachsenseins aberkannt (vgl. WIELAND 2012, 107). Besonders im Alter wird ihnen nicht immer mit ausreichend Respekt und Anerkennung begegnet (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 18f). Gerade in Abhängigkeitssituationen ist ein angemessener, respektvoller Umgang sowie das bedingungslose Annehmen und ernst nehmen der individuellen Persönlichkeit mit allen subjektiven Empfindungen, Bedürfnissen und Wünschen wichtig.

Dem Kernbereich „*Menschenwürde und Akzeptanz*“ sind die drei Kategorien „*Psychisches Erleben*“, „*Interaktionen*“ und „*Verhalten*“ zugeordnet, die zusammen elf Stichworte umfassen.

Der Kernbereich „*Entwicklung und Dasein*“ konzentriert sich auf die Identitätsbildung und eigenständige Entwicklung des Menschen. Er räumt jedem Menschen das Recht auf ein selbstständiges Leben und Bewältigung des eigenen Alltags ein. Die dazu notwendigen kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten erlangt der Mensch über die gesamte Lebensspanne durch Erziehung, Bildung, Beschäftigung und Arbeit (vgl. CURAVIVA 2014, 11). Für Menschen mit geistiger Behinderung zeigt sich auch innerhalb dieses Kernbereichs die dringende Notwendigkeit der Umsetzung; denn auch heute ist der



Personenkreis noch immer von Chancenungleichheit betroffen. Inklusive Strukturen sind keineswegs allgegenwärtig umgesetzt. Insbesondere in den Bereichen Bildung, Arbeit und Beschäftigung sind Menschen mit Behinderungen deutlich benachteiligt und haben weniger Möglichkeiten zur aktiven Teilhabe in diesen Bereichen (vgl. HRADIL 2012, 124ff).

„(...) [Ä]ltere und alte Menschen mit Behinderungen [haben] die gleichen Grundbedürfnisse nach Wahrung der eigenen Identität, relativer Selbstständigkeit, der Möglichkeit einer sinnvollen Beschäftigung und Teilhabe am sozialen Leben in der Gemeinschaft wie nicht behinderte alte Menschen auch (...). Menschen mit Behinderungen haben ein Recht, in Würde, unter Respektierung der Einmaligkeit ihrer Persönlichkeit alt zu werden und neue Kompetenzen zu erwerben“ (STÖPPLER 2012, 6).

Dem Kernbereich „*Entwicklung und Dasein*“ werden 18 Stichworte in den Kategorien „Soziale Kompetenz“, „Arbeit und Beschäftigung“, „Geistige Fähigkeiten“, „Verstandesfähigkeit“, „Vorstellungsfähigkeit und Kreativität“ „sowie Alltagsbewältigung“ zugeordnet.

Der dritte Kernbereich „*Anerkennung und Sicherheit*“ umfasst gesellschaftliche und individuelle Faktoren zur persönlichen Sinnfindung und individuellen Freiheit. Die Anerkennung der eigenen Identität auf der einen, und die Anerkennung durch Mitglieder der Gesellschaft auf der anderen Seite, sind entscheidende Werte des menschlichen Lebens, die lebensqualitätsrelevante Wirkungen auf die einzelnen Personen haben. Für Menschen mit geistiger Behinderung können individuelle und soziale Unterstützungsangebote notwendige Hilfestellungen darstellen, die es ihnen unter Umständen ermöglichen können, mehr Individualität und Selbstsicherheit zu entwickeln. Dazu sind oftmals Maßnahmen zu ihrem Schutz, ihrer Begleitung und zur Unterstützung notwendig. Die dem Kernbereich zugeordneten Kategorien sind „Unterkunft“, „persönliches Eigentum“ und „Schutz“, denen wiederum sieben Stichworte zu Grunde liegen.

Der letzte Kernbereich ist „*Funktionalität und Gesundheit*“. Er beinhaltet die wesentlichen lebensqualitätsrelevanten Kategorien „Ernährung“, „Mobilität“, „Körperpflege“, „Psychische Funktionen und Strukturen“ sowie „Physische Funktionen und Strukturen“ umfasst, die wiederum zusammen 13 Stichworte enthalten. Im Kontext von Menschen mit geistiger Behinderung sind diese Aspekte von Bedeutung, um ausreichende physische Funktionsfähigkeit und Gesundheit zu gewährleisten (vgl. CURAVIVA 2014, 11f).

### 4.3.2. Die Instrumente der sensiQoL<sup>®</sup> AG

Mit den Analyseinstrumenten sensiQoL<sup>®</sup> basic und sensiQoL<sup>®</sup> advanced kann eine umfassende Lebensqualitätsanalyse in vier Schritten erfolgen.

Zunächst wird die Lebensqualität der einzelnen Teilnehmer anhand eines Fragebogens erfasst und daraufhin analysiert. Der wissenschaftlich fundierte Fragebogen wurde auf Grundlage des vorgestellten Lebensqualitätskatalogs in Zusammenarbeit mit Praxispartnern aus der Behinderten- und der Altenhilfe sowie aus dem Gesundheitssektor entwickelt (vgl. STALDER & FRÜH 2012, 36). Da es sich um Onlineapplikationen handelt, wird das Ausfüllen des Fragebogens primär an einem Computer oder auf einem Tablet durchgeführt, wobei die Daten direkt in die Applikation eingegeben werden können. Voraussetzung dafür ist eine Internetverbindung. Alternativ besteht ebenfalls die Möglichkeit der Paper-Pencil-Verfahrensweise, d. h. jeder Fragebogen kann ausgedruckt, vorgelegt und händig ausgefüllt werden. Die Antworten müssen dann anschließend mit einem Computer online übertragen werden (vgl. OBERHOLZER 2013, 234).

Es stehen vier spezifische Fragebogenvarianten zur Verfügung, mit denen Menschen unterschiedlicher Beeinträchtigungsgrade einbezogen werden können (eine detaillierte Erläuterung des Fragebogens findet sich im folgenden Kapitel 4.3.2.1.).

1. Mit der Variante *Selbst* wird es dem Bewohner ermöglicht, den Fragebogen selbstständig auszufüllen. Diese Variante kommt vor allem für jene Personen in Betracht, die lesen und schreiben können sowie nur leichte kognitive Beeinträchtigungen<sup>36</sup> haben.
2. Bei mittleren kognitiven Beeinträchtigungen kann auf die Variante *Interview* zurückgegriffen werden, in der die Fragen einfacher formuliert sind und der Bewohner den Fragebogen zusammen mit einem Betreuer ausfüllt. Der Begleiter kann Hilfestellungen geben, wenn die Fragen nicht verstanden werden oder Schwierigkeiten beim Ankreuzen entstehen.
3. Beim Fragebogentyp *Stellvertreter* wird der Fragebogen von einer Betreuungsperson (Mitarbeiter der Einrichtung) stellvertretend für den Be-

---

<sup>36</sup> Zu den Niveaustufen einer Intelligenzminderung vgl. Tab. 3 in Kap. 2.3.

wohner ausgefüllt. Insbesondere bei Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen und bei Menschen mit komplexer Behinderung kann diese Variante eingesetzt werden.

4. Wenn zusätzlich die Meinungen von Betreuungs- bzw. Bezugspersonen (Angehörige) eingeholt werden sollen, wird der Fragebogen *Plus* eingesetzt. Die Einschätzung und das Ausfüllen erfolgt dann ohne Beteiligung der betroffenen Person (vgl. STALDER & FRÜH 2012, 37; [www.sensiqol.ch](http://www.sensiqol.ch)).

Durch die vier Fragebogenvarianten wird eine nachhaltige und umfassende Darstellung von Lebensqualität möglich. Zusätzlich ist es durch die Varianten zwei bis vier möglich, Lebensqualitätswerte von Menschen mit komplexer Behinderung und/oder mangelnden kommunikativen Fähigkeiten zu gewinnen und darzustellen. Durch die statistische Auswertung der Antworten kann ein Überblick über die lebensqualitätsrelevanten Bereiche gewonnen werden.

In einem zweiten Schritt gewichtet die Einrichtung ihre Lebensqualitätsschwerpunkte anhand ihrer bestehenden Programme und Leitsätze. Dabei orientieren sie sich an den Kategorien des Lebensqualitätskataloges. Mitarbeiter der Einrichtung gewichten diese ihrer Einschätzung nach der Bedeutung für die institutionelle Arbeit. Dabei werden Wirkungszusammenhänge erarbeitet, die die Kategorien in ihrer Relevanz für die Einrichtung in Beziehung setzen. Es entsteht ein, der Einrichtung entsprechendes Lebensqualitätsprofil.

Im dritten Schritt werden die individuell gewonnen Lebensqualitätswerte der Bewohner aus Schritt eins, mit den lebensqualitätsrelevanten Schwerpunkten der Einrichtung aus Schritt zwei miteinander verknüpft. Zielsetzung ist hierbei das Visualisieren der Lebensqualitätskategorien der Bewohner im System der Einrichtung. Mit einer systematischen Übersicht können Wirkungseinflüsse dann anschaulich dargestellt werden.

In einem vierten Schritt werden die Erkenntnisse der vorherigen Schritte umgesetzt, in dem für die Einrichtung ein Problembewusstsein geschaffen wird. Zu diesem Zweck werden Arbeitsgruppen und Diskussionsrunden organisiert und Evaluationsberichte formuliert, um Interventionen zu planen und umzusetzen, damit bekanntgewordenen Probleme aufgelöst werden können (vgl. STALDER & FRÜH 2012, 36ff).

Da im Zentrum der Arbeit die subjektive Lebensqualität der Menschen im Vordergrund steht, wurde sich für den vorliegenden Forschungskontext ausschließlich auf den ersten Schritt konzentriert. Es sei an dieser Stelle jedoch klargestellt, dass für eine ganzheitliche Anwendung der Erhebungsinstrumente von *sensiQoL*® und für nachhaltig wirksame Interventionen alle vier Schritte notwendig sind. Die schwerpunktmäßige Fokussierung auf die subjektive Lebensqualität in der vorliegenden Arbeit erlaubt es, in diesem Zusammenhang die Erhebung der lebensqualitätsrelevanten Bereiche isoliert zu betrachten und auf subjektiver Ebene zu interpretieren.

Im weiteren Verlauf wird der Fragebogaufbau detailliert erläutert und auf die Werteanalyse sowie die Auswertungssystematik eingegangen.

#### 4.3.2.1. Fragebogaufbau

Der Fragebogen, unabhängig von der gewählten Variante, ist im Aufbau der Fragesystematik am Lebensqualitätskatalog orientiert (Tab. 11). Er gliedert sich in die vier Kernbereiche, die als übergeordnete Bereiche den Fragebogen strukturieren. Den Kernbereichen sind 17 Kategorien zugeordnet, die wiederum eine unterschiedliche Anzahl an Stichworten beinhalten (vgl. Kap. 4.3.1.). Zu den insgesamt 49 Stichworten sind Fragen formuliert, die vom Bewohner auszufüllen sind. Grundlegend werden zu jedem Stichwort zwei Fragen generiert: eine Frage zu den Fähigkeiten/Möglichkeiten und eine zu den Prioritäten/Wünschen des Bewohners. Die erste Frage (vgl. ① Abb. 7) nach den Fähigkeiten und Möglichkeiten des Bewohners impliziert die individuellen Fähigkeiten, auf die der Bewohner zurückgreifen kann, etwas zu tun oder zu haben, aber auch, ob die organisatorischen Möglichkeiten von Seiten der Einrichtung gegeben sind. Im gezeigten Beispiel wird die eigenständige Mobilität erfragt, zunächst auf der individuellen Möglichkeit des selbstständigen Gehens, mit oder ohne Unterstützung eines Hilfsmittels. Ebenfalls hat der Befragte die Option, die organisatorischen Möglichkeiten anzusprechen, d. h., ob es ihm ermöglicht wird, sich frei in der Öffentlichkeit zu bewegen. Mit der zweiten Frage (vgl. ② Abb. 7) werden die individuellen Prioritäten und Wünsche der befragten Person ermittelt (vgl. OBERHOLZER 2013, 233). Bezogen auf das angegebene

Beispiel der Mobilität schätzt der Befragte die Wichtigkeit seiner individuellen, persönlichen Mobilität ein.

**Fragen und Einschätzungen**

① Können Sie selber (oder mit einer Gehilfe / dem Rollstuhl / dem Rollator) weggehen (z.B ins Dorf oder in die Stadt) und sich frei in der Öffentlichkeit bewegen?

nein  eher nein  eher ja  ja

② Ist es wichtig für Sie, dass Sie selber gehen (oder mit einer Gehilfe / dem Rollstuhl / dem Rollator fahren) können?

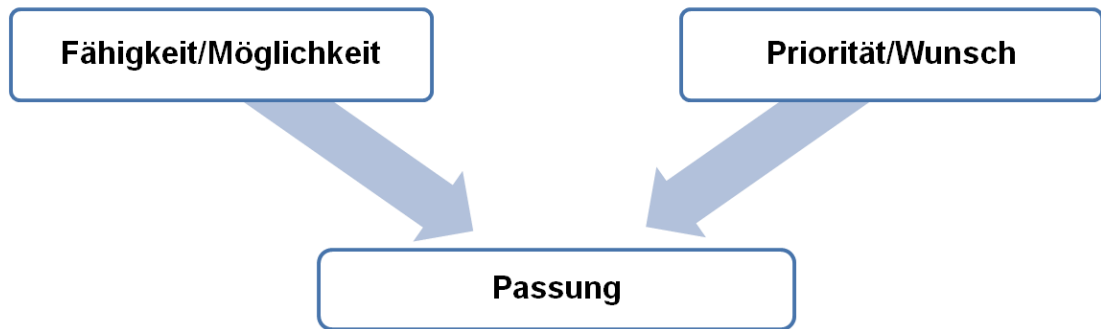
nein  eher nein  eher ja  ja

**Abb. 7:** Beispiel Fragesystematik (SENSIQOL® AG)

#### 4.3.2.2. Werteanalyse

Die Antworten werden auf einer vierstufigen Skala mit den Antwortmöglichkeiten ‚ja‘, ‚eher ja‘, ‚eher nein‘ und ‚nein‘ erfasst (vgl. STALDER & FRÜH 2012, 37). Die Wertespannen belaufen sich dabei zwischen den Faktoren eins und vier. Die Antwortitems werden wie folgt bewertet: ‚ja‘ mit Faktor 4, ‚eher ja‘ mit Faktor 3, ‚eher nein‘ mit Faktor 2 und ‚nein‘ mit Faktor 1. Für die erste Frage nach den Fähigkeiten/Möglichkeiten bedeutet ein Fähigkeitswert von 4 eine starke Ausprägung der individuellen Fähigkeit (selbstständige Mobilität) und ein starkes Vorhandensein der organisatorischen Möglichkeit der befragten Person (zugestehen des freien Bewegens im öffentlichen Raum). Ein Fähigkeitswert von 1 drückt aus, dass die Fähigkeit und/oder Möglichkeit für den Befragten nicht vorhanden ist. Er ist nicht in der Lage, sich selbstständig fortzubewegen, und er bekommt nicht die Möglichkeit oder es werden ihm keine Hilfestellungen zur Verfügung gestellt, dies zu tun. Für die zweite Frage nach den Prioritäten/Wünschen ergibt sich ein Prioritätenwert von 4, wenn die befragte Person eine sehr hohe Priorität angibt oder einen großen Wunsch diesbezüglich hat (freie, selbstständige Mobilität in der Öffentlichkeit). Der Prioritätenwert von 1 hingegen impliziert eine Art Gleichgültigkeit des Befragten. Es ist nicht wichtig oder wünschenswert für ihn, sich selbstständig in der Öffentlichkeit bewegen zu können. Die ermittelten Werte werden mittels eines entwickelten Zufriedenheitsschlüssels in Relation zueinander gesetzt und daraus ein Pas-

sungswert ermittelt (Abb. 8). Der identifizierte Wert wird auch als Lebensqualitäts- oder Zufriedenheitswert (kurz: LQ-Wert) bezeichnet (vgl. STALDER & FRÜH 2012, 37).



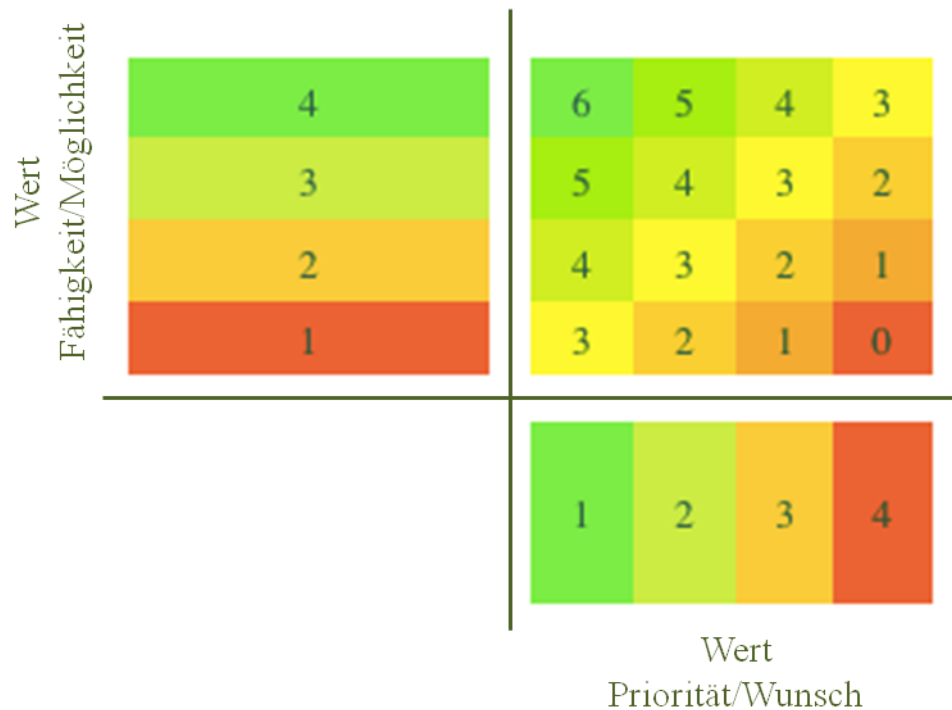
**Abb. 8:** Erhebungssystematik (OBERHOLZER 2013, 233)

#### 4.3.2.3. Auswertungssystematik

Die Ermittlung des LQ-Werts unterliegt einer Art Umrechnungs- bzw. Passungssystematik, die davon ausgeht, dass ein hoher LQ-Wert dann ermittelt werden kann, wenn der Fähigkeitswert gleich groß oder größer ist als der Prioritätenwert. Im Umkehrschluss bestimmt die Ausprägung der negativen Differenz zwischen den Fähigkeits- und Prioritätenwerte die Tiefe des LQ-Werts (vgl. OBERHOLZER 2013, 233f).

„Der tiefste lebensqualitätsbezogene Passungswert ist dann zu setzen, wenn ein Klient ein Item mit der höchsten Priorität respektive dem höchsten Wunsch quantifiziert (...), ihm allerdings gänzlich die Fähigkeiten und Möglichkeiten fehlen, dies zu realisieren (...)" (ebd., 234).

Abbildung 9 illustriert schematisch die Passungssystematik: entspricht sowohl der Fähigkeits- als auch der Prioritätenwert vier, so ergibt sich ein LQ-Wert für das Item von drei. Beträgt der Fähigkeitswert vier und der Prioritätenwert eins, wird ein LQ-Wert von sechs ermittelt, usw.



**Abb. 9:** Passungssystematik (SENSIQOL® AG)

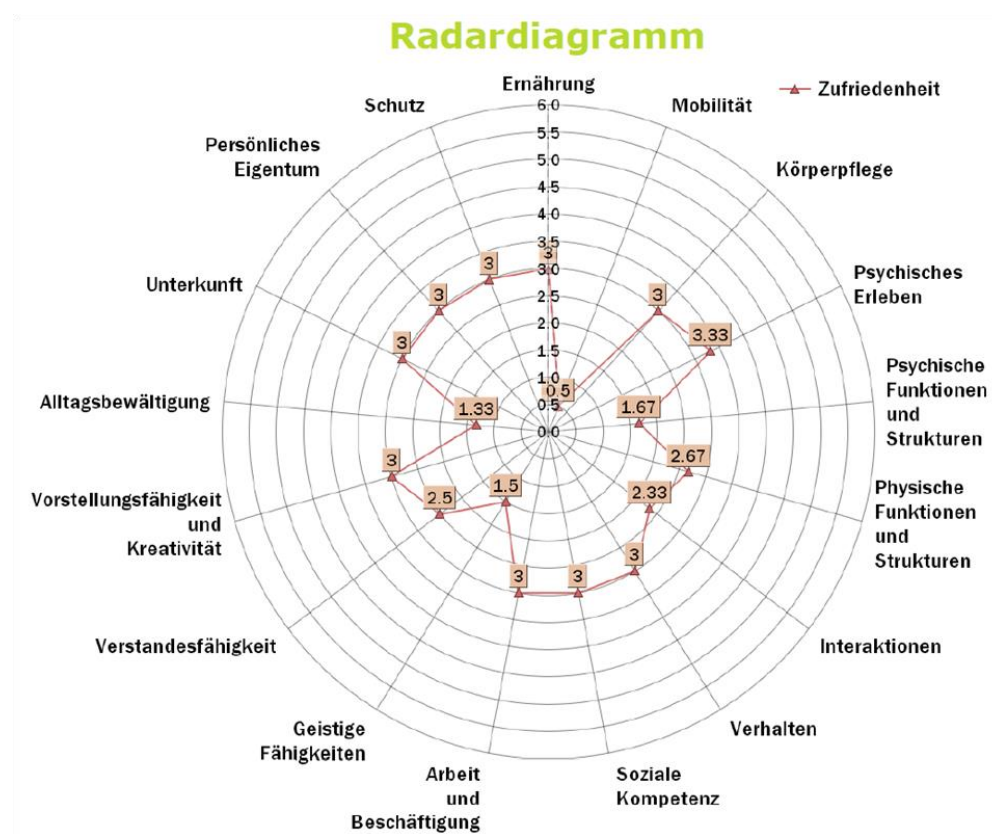
An der Passungssystematik wird die Fokussierung auf die subjektive Einschätzung der befragten Personen deutlich. Unzufriedenheit stellt sich dann ein, wenn etwas gewünscht wird oder wichtig ist, der Person jedoch die Fähigkeiten/Möglichkeiten dazu fehlen (vgl. OBERHOLZER 2013, 234).

„Schlechte Lebensqualität bedeutet: Jemand kann etwas nicht, was er gerne möchte“ (FRÜH 2014, 22).

Demzufolge liegen die Prioritätenwerte in der Wertekonstellation höher. Die durch dieses Prinzip ermittelten LQ-Werte können in Tabellen, Grafiken oder verschiedenen Diagrammen übersichtlich dargestellt werden (Abb. 10). In der Onlineapplikation sind die genannten Übersichten unmittelbar nach der Eingabe der Daten verfügbar. Dadurch ist es möglich, präzise die Bereiche zu identifizieren, in denen die niedrigsten subjektiv eingeschätzten LQ-Werte erreicht wurden (vgl. FRÜH 2014, 22).

Die anschließende Analyse kann auf zwei Ebenen erfolgen: durch Einzelanalyse der Items lassen sich Übersichten sowohl zu den LQ-Werten von Einzelpersonen als auch für Gruppen (bspw. Wohngruppen) – basierend auf einer Mittelwertberechnung – erstellen. Darüber hinaus können durch Vergleichsanalysen die Entwicklungen, ausgehend von verschiedenen Erhebungszeitpunkten, aber auch Vergleiche zwischen mehreren Personen oder

Gruppen berechnet werden. Die Zufriedenheitsskalen, so, wie sie durch das beschriebene Vorgehen gewonnen werden, sind als Interventionsskalen zu betrachten, d. h., je tiefer der LQ-Wert eines lebensqualitätsrelevanten Items ist, desto dringender sind die von der Einrichtung zu ergreifenden Maßnahmen. Werte in einer Spanne von drei bis sechs gelten dabei als gute Werte. Die individuellen Wünsche und Prioritäten sind durch die Fähigkeiten der Person selbst oder der Möglichkeiten des Unterstützungssystems gesichert. Bei Werten im Bereich unter drei sind zu befriedigenden Wünsche und Prioritäten der befragten Person stärker ausgeprägt, als das auf die Fähigkeit/Möglichkeit der Befriedigung zurückgegriffen werden kann. In dem Fall bedürfen die Werte einer eingehenderen Betrachtung, um entsprechende Interventionsmöglichkeiten formulieren zu können (vgl. STALDER & FRÜH 2012, 37ff; OBERHOLZER 2013, 234ff).



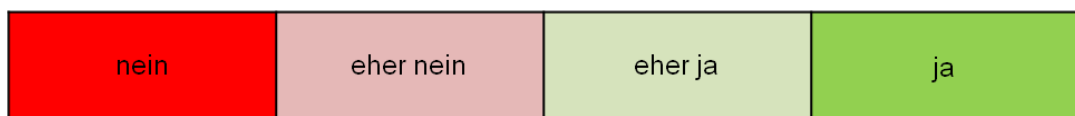
**Abb. 10:** Zufriedenheitsskala am Beispiel eines Radardiagramms (SENSIQOL® AG)



#### 4.3.2.4. Modifikationen und Ablauf

Vor Beginn der Feldstudie wurde das Interventionsframework sensiQoL<sup>®</sup> gesichtet und die darin enthaltenen Fragen überprüft. Aufgrund der regionalen Sprachvarietäten innerhalb der Schweiz mussten manche Ausdrucksweisen und Wortbezeichnungen angepasst werden, um die Nachvollziehbarkeit der Fragen für die interviewten Personen sicherzustellen. Das beinhaltete Ausdrucksweisen wie „...in denen Sie es lustig haben...“, „grusig“ oder „...jetzt nimmt es mich wunder...“.

Zu Beginn des Interviews wurde eine Bildkarte (Abb. 11) zur Unterstützung des Antwortverhaltens vorgelegt und erläutert. Die befragten Personen konnten sich zusätzlich an Farben orientieren und hatten somit die Möglichkeit, auf das gewünschte Antwortitem zu zeigen.



**Abb. 11:** Bildkarte zur Antwortunterstützung (eigene Darstellung)

Zu Beginn eines jeden Interviews erfolgten die Vorstellung des Interviewers und die Erläuterung des Grundes seiner Anwesenheit. Es wurde auf die Vertraulichkeit des Gespräches hingewiesen und den befragten Personen die Möglichkeit eingeräumt, jederzeit eine Pause machen zu können. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 45 bis 60 Minuten. Der zeitliche Aspekt ist von besonderer Bedeutung; denn die Belastungsgrenze von Menschen mit geistiger Behinderung ist individuell verschieden (vgl. GROMANN & NIEHOFF-DITTMANN 1999, 161). Durch eine einleitende „Eisbrecher“-Frage (BUCHNER 2008, 521), bspw. „Heute ist das Wetter aber sehr schön!“ oder „Haben Sie gut gefrühstückt/zu Mittag gegessen?“, die mit der eigentlichen Fragestellung nicht in Zusammenhang steht, wurde ein ungezwungener und entspannter Einstieg in das Gespräch erreicht. Durch diesen themenunspezifischen „Small-Talk“ bestand die Möglichkeit, eventuell bestehende Nervosität oder Ängstlichkeit abzubauen (vgl. PERRY 2004, 119).

Da die Interviews zusätzlich unter autoethnografischen Gesichtspunkten beleuchtet wurden (vgl. Kap. 6.), wird an dieser Stelle ein kurzer, zusammenfassender Einblick in die Theorie der Autoethnografie gegeben.

#### **4.4. Zur Methode der Autoethnografie**

Die Autoethnografie ist ein qualitativer Forschungsansatz, der persönlichen Erfahrungen innerhalb eines Forschungskontextes Raum gibt, um diese in den Analyseprozess einfließen zu lassen. Historisch betrachtet hat sich die Autoethnografie aus der Erkenntnis heraus entwickelt, dass sich Forschungsinteressen fortwährend innerhalb enger Grenzen bewegen. Die Ergebnisse der Forschungen hängen stets eng mit den Theorien zusammen, derer sich der Forscher bedient. Festgeschriebene Forschungsabsichten erlauben kaum eine Erweiterung des Blickwinkels oder das Akzeptieren von kulturellen und persönlichen Erfahrungen während des Forschungsprozesses. Die Autoethnografie (Methode und Ergebnis zugleich) erlaubt es dem Forschenden, sich auf die subjektive Ebene und den damit einhergehenden Einfluss auf den Forschungsprozess zu konzentrieren. Sie bedient sich den Grundsätzen der Autobiografie und der Ethnografie, die die Möglichkeit eröffnen, persönliche Erzählungen und Erfahrungen aus der Feldforschung in die Ergebnisanalyse mit einzubeziehen und ihnen somit ein forschungsrelevantes Gewicht zu geben. Das bewusste Verlassen des neutralen und objektiven Standpunktes des Forschers stellt die bisher verbindlich geltenden Richtlinien für ein adäquates Forschen infrage und hebt starre Definitionen von Forschung auf. Die Autoethnografie verhilft zu einer umfassenden Sicht auf die Dinge und bietet der Bedeutung der Heterogenität der Menschen entsprechenden Raum (vgl. ELLIS/ADAMS & BOCHNER 2010, 345f).

„Diejenigen, die für kanonische Formen von Forschung plädieren, vertreten hingegen implizit eine weiße, maskuline, heterosexuelle, christliche und nicht-behinderte Perspektive der Mittel- und Oberschicht, die andere Formen von Wissen ausklammert bzw. als unzulänglich und ungültig erscheinen lässt“ (ebd.; 346).

Die Subjektivität des Forschers bekommt in der Autoethnografie einen entscheidenden Stellenwert. In wissenschaftlichen Selbsterzählungen wird Erlebtes reflektiert, um nicht angesprochene Themen und verborgene Motive identifizieren zu können und in die Analyse mit einfließen zu lassen. Dabei sind die

Datenbasis Erinnerungen aus der Feldforschung, mit denen der Forscher eigene erlebte Erfahrungen analysiert und resümiert. So wird es ihm ermöglicht, erkenntnisbringende Elemente auf Basis emotionaler Empfindungen der Feldforschung einen bedeutungstragenden Raum zu geben (vgl. PLODER & STADLBAUER 2013, 374ff). Durch die retrospektive und bewusst selektive Beschreibung von Ereignissen wird Erlebtes nicht einfach nur aufgeschrieben, sondern gleichzeitig analysiert und in den Erkenntnisprozess mit eingearbeitet (vgl. ELLIS/ADAMS & BOCHNER 2010, 347). Persönliche Perspektiven werden somit in allen Forschungsschritten (bei der Datenerhebung, der Datenanalyse und -interpretation) berücksichtigt und unterstützen die Herausarbeitung spezifischer Themen aufgrund bestimmter subjektiver Erinnerungen und Bedeutungen. Vergangene und zurückliegende Aspekte können so in die gegenwärtige Interpretation eingearbeitet werden (vgl. CHANG 2008, 140).

Trotz einer Vielzahl von Befürwortern und Anwendern der Autoethnografie, wird sie kontrovers diskutiert und stellt nach wie vor keine allgemein akzeptierte Methode dar (vgl. BÖNISCH-BREDNICH 2012, 48). Kritik wird aus vielen Richtungen geäußert und findet sich in unterschiedlichen (sozial-)wissenschaftlichen Lagern. Generelle Kritik wird dahingehend formuliert, dass sich die Autoethnografie den Grundstrukturen der Ethnografie und der Autobiografie bedient, aber innerhalb beider Methoden die gängigen und gültigen Kriterien nicht einhält. Aus der Perspektive der Ethnografie scheint sie zu wenig theoretisch und wissenschaftlich fundiert und verfährt auf sozialwissenschaftlicher Ebene nicht streng genug mit wissenschaftlichen Standards. Emotionalität und subjektive Empfindungen des Forschers (faktisch schwer analytisch messbare Aspekte) werden noch vor der theoretisch-analytischen Ebene entsprechenden Status eingeräumt und somit eine Verzerrung der Daten leichtfertig hingenommen.

Seitens der Autobiografie wird kritisiert, nicht die Gütekriterien der Ästhetik und Literarität zu erreichen; literarische Formen werden benutzt, um einen wissenschaftlichen Zugang zu legitimieren, ohne die Qualitäten einer Autobiografie zu implementieren (vgl. ELLIS/ADAMS & BOCHNER 2010, 352f).

Es wird deutlich, dass beide Disziplinen ihre jeweiligen theoretischen Standards als Fundament für ihre Kritik wählen. So entsteht ein Widerspruch zwischen der Kunst (Autobiografie) und der Wissenschaft (Ethnografie), wobei die

Autoethnografie versucht, dieses komplementäre Beziehungspaar in Einklang zu bringen (vgl. ebd., 353). In diesem Sinne kann Forschung beiden Ansprüchen gerecht werden: „Forschung kann strikt theoretisch und analytisch *und* emotional, persönlich und therapeutisch sein“ (ELLIS/ADAMS & BOCHNER 2010, 353). Darüber zu diskutieren, ob der Autoethnografie in der ohnehin bereits bestehenden Vielfalt der methodischen Zugänge und wissenschaftlichen Perspektiven eine legitime Forschungsberechtigung zugesprochen werden kann, erscheint obsolet. Vielmehr erlaubt sie die Einnahme anderer Perspektiven der sozialwissenschaftlichen Gegenstandsbetrachtung und ermöglicht durch ihr Produkt (analytische und zugleich verständliche Texte) den Zugang zum Gegenstand für jene, die sich nicht ausschließlich in forschungsmethodischen Kontexten bewegen. Konkret bedeutet dies, dass es den Menschen, die selbst oder deren soziale Kulturnische beforscht werden, ermöglicht wird, an den Forschungsergebnissen zu partizipieren (vgl. ELLIS/ADAMS & BOCHNER 2010, 352f). Darüber hinaus ist Autoethnografie keineswegs ein unwissenschaftliches Vorgehen. Sie reflektiert ethnografisches Vorgehen und erweitert die Analyse dann um den Faktor der subjektiven Erfahrungsebene. Dem Forscher wird es somit möglich, seinen Blick zu erweitern und eigenen, subjektiven Eindrücken ein bedeutendes Gewicht zu geben (vgl. BÖNISCH-BREDNICH 2012, 62).

Insbesondere im Bereich der Geistigbehindertenpädagogik erscheint dieser Aspekt von grundlegender Bedeutung. Hinsichtlich der Besonderheiten bei der Befragung dieses Personenkreises (vgl. Kap. 4.1.) wird vor allem die Untersuchungstechnik des Interviews im Forschungskontext Geistiger Behinderung als zielführendes methodisches Mittel diskutiert. Durch das Interview mit den betroffenen Personen selbst werden diese als „Experten in eigener Sache“ (SCHÄFERS 2009, 213) ernst genommen und ins Zentrum sozialwissenschaftlicher Forschung gerückt. Es wird nicht mehr über sie gesprochen, sondern sie bekommen die Gelegenheit, die Dinge aus ihrer subjektiven Perspektive zu schildern (vgl. ebd., 213f). Der Einbezug der betreffenden Menschen selbst ist notwendig, denn subjektive Bedeutungen und individuelle Befindlichkeiten allein durch Einschätzungen anderer, außenstehender Personen, abzuleiten, sind gering und von schlechten Erfolgsaussichten geprägt. Ferner beruht die Form des Interviews natürlich auf sprachlicher Basis (vgl. MAYRING 2002, 66),

was für den ausgewählten Personenkreis wiederum Probleme aufwerfen kann. Im Zuge des Interviews müssen die gestellten Fragen sowohl kognitiv als auch kommunikativ erfasst, verstanden und verarbeitet werden können (vgl. PORST 2011, 17ff). Allerdings nutzen Interviewpartner mit einer geistigen Behinderung nicht ausschließlich verbale Kommunikationskanäle. Sie unterstützen getätigte Aussagen mit ihrer Mimik und Gestik oder wählen ausschließlich nonverbale Möglichkeiten zum antworten auf eine Frage. Demzufolge sind die Beobachtungen und Eindrücke außerhalb der lautsprachlichen Ebene (die nicht anhand eines Audiomitschnitts des Interviews identifiziert bzw. nachvollzogen werden können) von enormer Wichtigkeit. Das „Zwischen den Zeilen“ lesen erscheint von besonderer Bedeutung hinsichtlich der Analyse und Interpretation der Ergebnisse (vgl. HAGEN 2002, 300).

Die geschilderten Aspekte werden in der Interpretation der Ergebnisse (vgl. Kap. 6.) berücksichtigt. Durch ergänzende, autoethnografische Vorgehensweise wurden die Audiomitschnitte der Interviews zusätzlich analysiert.

#### **4.5. Fazit**

Die Erhebung der Lebensqualität von Menschen unterliegt generell einer diffizilen Erhebungssystematik, insbesondere dann, wenn das subjektive Wohlbefinden im Zentrum entsprechender Forschungskontexte steht. Durch jahrzehntelange Forschungsbemühungen wurden vielfältige Instrumente entwickelt, die lebensqualitätsrelevante Kriterien durch unterschiedliche Perspektiven beleuchten und zu erfassen versuchen. Grundlegend bei allen Vorhaben ist die methodische Ausrichtung im Kontext des Forschungsinteresses. In sonderpädagogischen Handlungsbereichen werden speziell die Aspekte der Lebensqualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung diskutiert und fortlaufend erforscht. Dabei entwickelte sich ein neues Forschungsverständnis, durch das den Mitgliedern des gewählten Personenkreises eine direkte Einbindung in entsprechende Vorhaben zuspricht. Es wird nicht mehr über die Menschen und deren Lebenssituationen gesprochen, ohne sie dabei konkret einzubeziehen. Die Einschätzung der Lebenssituationen, insbesondere von Menschen in der Lebensphase Alter, wird durch die subjektive Perspektive der Individuen ergänzt, um bedarfsgerecht agieren zu können (vgl. SCHÄPER 2012,

58). Sonderpädagogische Forschungsvorhaben unterliegen jedoch spezifischen Besonderheiten in der Zusammenarbeit mit den Menschen und Institutionen (vgl. Kap. 4.1.). Speziell die Interviewführung im Kontext der geistigen Behinderung birgt methodische Herausforderungen. Wenngleich die Beteiligung von Menschen dieses Personenkreises als Hauptpersonen des Forschungsprozesses mittlerweile als Grundvoraussetzung für ein authentisches und umfassendes Forschungsdesign gilt, sollten die Erkenntnisse zu spezifischen Mustern im Antwortverhalten der Personen berücksichtigt werden. Trotz festgestellter systematischer Antworttendenzen (sozial erwünschtes Antworten, Ja-Sage-Tendenzen etc.) erscheinen geschlossene Frageformate (Ja/Nein-Fragen) hinsichtlich einer guten Antwortquote die erfolgsversprechendere Variante zu sein. Anzumerken sei, dass die genannten Aspekte im Antwortverhalten kein generalisiertes Spezifikum von Menschen mit geistiger Behinderung ist. Das methodische Vorgehen des Interviews ist für die Erhebung der subjektiven Perspektive von Menschen mit geistiger Behinderung alternativlos und die gewissenhafteste Methode (vgl. SCHÄFERS 2009, 224ff).

Den Kontakt zu diesem Personenkreis erhalten Forscher primär durch die Einrichtungsleitungen und das Betreuungspersonal der Adressaten. Der Erstkontakt erfolgt in der Regel über Einrichtungsleitungen, die zunächst über das Vorhaben informiert werden. Sie nehmen die sogenannte Rolle eines „Gatekeepers“ ein, der entscheidet, ob ihre Einrichtung am Forschungsprozess teilnimmt. Primär entscheidet die Leitung vor dem Hintergrund, dass die Interessen der Einrichtung gewahrt werden und diese nicht in negatives Licht rückt. Aufgrund dessen wird ebenfalls entschieden, welche Personen für eine Teilnahme infrage kommen. Jedoch nehmen „Gatekeeper“ ebenfalls eine Schutzfunktion gegenüber ihrer Bewohner wahr. Studienteilnehmer werden auf den Besuch eines fremden Forschers vorbereitet, womit erste Ängste aufgefangen werden können.

In der Konzeption der empirischen Vorgehensweise für die zugrundeliegende Arbeit (vgl. Kap. 4.2.) wurden ebenfalls die Aspekte der empirischen Forschung im Kontext geistiger Behinderung berücksichtigt. Forschungsvorhaben in der Geistigbehindertenpädagogik wurden bezüglich der Lebensqualität des Personenkreises bereits in unterschiedlichen Untersuchungssamples durchgeführt. Insbesondere die Lebenssituation des Personenkreises im Alter birgt Herausforderungen für institutionelle Unterstützungsdienste, die oftmals noch

nicht adäquat auf das Spannungsfeld Geistige Behinderung und Alter eingestellt sind (vgl. DIECKMANN ET AL. 2013, 50). Das kann sich maßgeblich negativ auf die Lebensqualität der betroffenen Personen auswirken.

Um entsprechende Kooperationspartner für die Feldstudie zu gewinnen, wurden zunächst regionale Alten- und Pflegeheime sowie behinderungsspezifische Wohnheime ausgewählt, um diese im weiteren Verlauf mit einer online-basierten Umfrage zu ihrer Bewohnerstruktur und Kooperationsbereitschaft zu befragen. Insgesamt wurden n=447 Einrichtungen per E-Mail kontaktiert und zur Teilnahme an der Onlinebefragung eingeladen; letztendlich wurden acht Einrichtungen zur Durchführung von Interviews besucht.

Voraussetzung für ein nachhaltiges und authentisches Forschungsdesign sind neben einem sensiblen Vorgehen des Forschers, kooperationsbereiten Institutionen ebenso multidimensionale Instrumente, die reliabel und valide sind. In sonderpädagogischen Forschungskontexten wurden diesbezüglich bestehende Indikatorensysteme differenziert und als Grundlage für die Entwicklung spezifischer Erhebungsinstrumente verwendet. In gleicher Vorgehensweise wurde das Interventionsframework *sensiQoL*® konzipiert (vgl. Kap. 4.3.), das im Rahmen der vorliegenden Arbeit verwendet wurde. Auf der Grundlage einer differenzierten Lebensqualitätskonzeption wurden durch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit fachwissenschaftlicher sowie praktischer Expertise die Analyseinstrumente der *sensiQoL*® AG entwickelt. Durch vier Varianten der Fragebögen (*Variante Selbst, Interview, Stellvertreter* und *Plus*) kann, entsprechend der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der Probanden, eine umfassende Erhebung lebensqualitätsrelevanter Kriterien unter Berücksichtigung subjektiver sowie objektiver Aspekte erfolgen. Da mit den Varianten *Selbst* und *Interview* die Erhebung der subjektiven Lebensqualität zunächst spezifisch umgesetzt werden kann, wurde sich ganz bewusst in dieser Arbeit allein auf die subjektive Lebensqualität des Personenkreises konzentriert und die spezifische Fragebogenstruktur der Variante *Interview* gewählt. Eine Befragung der Einrichtung oder nahestehender Betreuungs-/Bezugspersonen wurde bewusst nicht vorgenommen. Für eine umfassende Analyse der individuellen Lebensqualität sind diese Vorgänge jedoch unumgänglich.

Mit den bereits erprobten und auf Validität sowie Reliabilität hin überprüften Instrumenten konnten die geführten Interviews zunächst statistisch ausgewertet und erste Eindrücke der subjektiv eingeschätzten Lebensqualität und -zufriedenheit dargestellt werden. Es wurde jedoch deutlich, dass durch eine Begrenzung der Auswertung auf rein statistischer Ebene zentrale Aspekte und Anliegen der interviewten Personen verloren gehen. Viele persönliche Befindlichkeiten wurden von den Interviewten „Zwischen den Zeilen“ gesagt, die allein durch die stringente und feste Fragestruktur des Instrumentes nicht erfasst werden konnten. Aufgrund dessen wurde die qualitative Auswertungssystematik der Autoethnografie (vgl. Kap. 4.4.) zusätzlich zur Interpretation des Datenmaterials hinzugezogen. Die Methode der Autoethnografie folgt den Grundsätzen der Autobiografie und der Ethnografie, ist jedoch in der methodischen Forschungslandschaft noch kein fest etabliertes qualitatives Vorgehen. Da sie es zulässt, dass der Forscher eigenen, persönlichen Erfahrungen, die er während der Feldforschung gesammelt hat, einen entsprechenden Stellenwert in der Ergebnisanalyse einräumt, wird sie unter verschiedenen Anhängern qualitativer Theorien kontrovers diskutiert. Durch die autoethnografischen Ergänzungen in der Ergebnisanalyse dieser Arbeit konnten subjektive Bedeutungen und individuelle Befindlichkeiten der interviewten Personen, die nicht durch das Interventionsframework erfasst wurden, aufgenommen werden.

Eine ausführliche Darstellung der Zufriedenheitserfassung auf Grundlage der Auswertungssystematik des Erhebungsinstrumentes wird im folgenden Kapitel fünf vorgenommen.



„Individualisierung der Hilfe ist ein Schlüssel zur Lebensqualität“  
(WACKER 2005, 342).

## 5. Zufriedenheitserfassung

Die Interviews wurden im Jahr 2014 in neun verschiedene Einrichtungen mit insgesamt 24 Personen (n=24) mit Zustimmung ihrer gesetzlichen Betreuer geführt. Von den interviewten Personen leben sieben in einem regulären Alten- und Pflegeheim sowie 14 in einem behinderungsspezifischen Wohnheim. Drei Personen leben in betreuten Wohnformen, die allerdings an ein Wohnheim angegliedert sind und unter deren Obhut stehen. Zudem besuchen die Personen täglich die interne Tagesstruktur der jeweiligen Einrichtung.

In die Auswertung der Ergebnisse fließen die gewonnenen Werte von n=22 Personen ein, da zwei Personen nicht den Einschlusskriterien der Zielgruppe (Kap. 4.2.2.2.) entsprechen. Diese beiden haben erst im Zuge einer Erkrankung im Erwachsenenalter kognitive und psychische Beeinträchtigungen erworben, so dass in diesem Fall nicht von einer lebenslangen Behinderungserfahrung gesprochen werden kann.

Im weiteren Verlauf wird der Personenkreis der Studie kurz erläutert, im Anschluss erfolgen eine Beschreibung der Einrichtungen sowie eine Einzelfallbeschreibung der Personen und deren Zufriedenheitswerte.

### 5.1. Eckdaten der interviewten Personen

Im Fokus der Zufriedenheitserfassung stehen Personen, die 60 Jahre oder älter sind, eine lebenslange Behinderungserfahrung auf kognitiver Ebene aufweisen und sich bereits im Ruhestand respektive im Übergang in den Ruhestand befinden (dies trifft auf eine Person zu). Die Altersspanne der interviewten Personen reicht von 61 bis 82 Jahren. Somit betrug das Durchschnittsalter zum Erhebungszeitpunkt 69,23 Jahre. Die Geschlechterverteilung stellte sich wie folgt dar: 16 Frauen (Ø-Alter: 70,19) und sechs Männer (Ø-Alter: 66,67). Alle Personen haben eine geistige Behinderung mit unterschiedlichem Schweregrad und Ursache. Alle sind in der Lage, verbal zu kommunizieren, wobei bei einigen Personen Ausspracheschwierigkeiten vorliegen. In den meisten

Fällen existieren keine Differenzialdiagnosen, so dass eine Spezifizierung der Behinderungsformen nicht möglich ist. Die Informationen zu den einzelnen Personen wurden auf Grundlage der Akten und in Gesprächen mit dem Betreuungspersonal gesammelt. Laut Aktenlage liegen bei den Probanden die nachfolgend aufgelisteten Behinderungsformen vor:

- Intelligenzminderungen (F70-F79)
- Mehrfachbehinderungen (Autismus (F84.-), Schizophrenie (F20.-), Psychosen, Körperbehinderungen, Amaurose (H54.0), Depressionen, Demenzen)
- Down-Syndrom (Q90.9)
- Prader-Willi-Syndrom (Q87.1)
- Kleinhirnhypoplasie mit Debilität (Q04.3)
- Frühkindlicher Hirnschaden nach Meningitis
- nicht näher bezeichnete geistige Behinderung

## **5.2. Einzelfallbeschreibungen**

In Tab. 12 findet sich ein Überblick über alle LQ-Werte der befragten Personen, inklusive der errechneten Durchschnittswerte für jede Person wie auch für jede Kategorie. Im weiteren Verlauf wird auf diese Tabelle immer wieder verwiesen.

n=22																							Ø		
	Fr. Rikkschaidt	Hr. Koswilevski	Fr. Schuhmacher	Hr. Kreuzer	Fr. Windschopp	Fr. Knopp	Fr. Mitrea	Hr. Tomko	Hr. Kehm	Fr. Schmidt	Fr. Kammel	Fr. Best	Fr. Nohl	Fr. Zech	Fr. Flint	Fr. Fritz	Fr. Salzmann	Fr. Lemp	Fr. Breuer	Hr. Albrecht	Hr. Kling	Fr. Till			
Kategorien	Fr. Rikkschaidt	Hr. Koswilevski	Fr. Schuhmacher	Hr. Kreuzer	Fr. Windschopp	Fr. Knopp	Fr. Mitrea	Hr. Tomko	Hr. Kehm	Fr. Schmidt	Fr. Kammel	Fr. Best	Fr. Nohl	Fr. Zech	Fr. Flint	Fr. Fritz	Fr. Salzmann	Fr. Lemp	Fr. Breuer	Hr. Albrecht	Hr. Kling	Fr. Till	Ø		
Ernährung	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,50	1,50	3,00	2,91		
Mobilität	3,00	3,00	3,00	2,50	0,50	3,00	3,00	3,00	2,50	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,68		
Körperpflege	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	1,50	3,00	3,00	3,00	1,50	1,50	3,00	2,50	3,00	3,00	1,50	0,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,59		
Psychisches Erleben	2,50	3,00	2,67	3,33	3,33	3,00	3,17	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,50	3,20	3,00	2,50	3,17	3,00	3,00	2,97		
Psychische Funktionen und Strukturen	4,00	4,00	3,00	3,00	1,67	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,67	3,15		
Physische Funktionen und Strukturen	3,25	4,00	2,75	3,00	2,67	2,33	3,00	3,25	2,25	3,00	1,67	3,00	2,67	2,67	3,00	2,75	3,00	3,00	2,75	3,00	2,75	2,67	2,84		
Interaktionen	3,00	1,67	2,67	2,67	2,33	3,00	3,00	2,00	2,67	1,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	1,67	3,00	3,00	3,00	2,64		
Verhalten	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,50	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,93		
Soziale Kompetenz	3,00	2,25	2,75	3,25	3,00	3,00	2,25	2,00	2,00	4,00	3,00	4,00	3,00	3,00	3,50	3,00	3,00	3,00	2,25	3,50	3,25	3,25	2,97		
Arbeit und Beschäftigung	3,00	4,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	1,50	3,00	3,00	3,00		
Geistige Fähigkeiten	3,00	3,00	2,75	2,25	1,50	3,00	3,00	2,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,75	3,00	4,33	3,00	2,91		
Verstandesfähigkeit	3,00	1,50	1,00	3,00	2,50	-	3,00	3,00	1,50	2,50	3,00	3,00	3,00	2,50	3,00	3,00	3,00	2,50	3,00	3,00	1,00	2,45			
Vorstellungsfähigkeit und Kreativität	3,00	4,00	3,00	1,67	3,00	1,50	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,67	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,86		
Alltagsbewältigung	3,00	3,00	3,33	3,00	1,33	3,00	2,00	3,00	2,33	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,33	2,67	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,64		
Unterkunft	3,00	3,00	3,33	2,67	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	1,67	3,00	2,99		
Persönliches Eigentum	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	1,50	3,00	3,00	2,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,91		
Schutz	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,50	3,00	4,50	3,00	2,50	3,00	3,11		
Ø	3,04	3,05	2,84	2,84	2,52	2,61	2,91	2,93	2,51	2,74	2,77	3,09	2,95	2,84	2,91	2,68	2,93	2,97	2,97	2,92	2,94	2,86	/		
Einrichtung	I			II			III			IV			V			VI			VII					VIII	

Tab. 12: Gesamtübersicht LQ-Werte der interviewten Personen

### 5.2.1. Einrichtung I

Die Einrichtung, in der die vier nachfolgend vorgestellten Personen leben, ist ein vergleichsweise kleines Wohnheim mit weniger als 20 Plätzen für Menschen mit Behinderung in Trägerschaft der Lebenshilfe e.V. Sie liegt in städtischem Umfeld mit guter Anbindung an den ÖPNV; Einkaufsmöglichkeiten sind zu Fuß gut zu erreichen. Als Wohnformen stehen den Bewohnern Einzel- und Doppelzimmer zur Verfügung, die sie nach Möglichkeit frei wählen können.

#### 5.2.1.1. Frau Rikkschaidt

Frau Rikkschaidt (Jahrgang 1931) war zum Zeitpunkt des Interviews 82 Jahre alt. Sie hat eine nicht näher bezeichnete leichte geistige Behinderung und kann alleine gehen, benötigt jedoch zur Unterstützung einen Rollator.

Frau Rikkschaidt bewohnt mit einer anderen Dame ein Doppelzimmer, was ihr nach eigenen Angaben gut gefällt. Bevor sie im Jahr 1996 in dieses Wohnheim einzog, hatte sie viele Hospitalisationen.

Nach Aussagen der Betreuerin von Frau Rikkschaidt überlebte sie die NS-Zeit nur durch Geheimhaltung der Eltern, was gelegentlich in ihr Bewusstsein tritt und Angst in ihr hervorruft.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	2,50
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	4,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,25
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 13:** Zufriedenheitswerte Rikkschaidt

Die Zufriedenheitswerte von Frau Rikkschaidt weisen einen niedrigen Interventionsbedarf für die Einrichtung auf. Den niedrigsten Wert (2,50) erreicht sie in der Kategorie *Psychisches Erleben*. In dieser Kategorie erzählt die Probandin von ihren negativen Erfahrungen in einer vorherigen Einrichtung, in der sie geschlagen wurde und vielerlei Streitereien mit anderen Bewohnern hatte. Die Frage, ob sie auch ärgerlich oder wütend sein könne, verneint sie. Heute (in der jetzigen Einrichtung) wäre dies nicht mehr nötig, sie empfindet es jedoch als wichtig, Ärger zeigen zu können, wenn es sein muss.

#### 5.2.1.2. Herr Koswilevski

Herr Koswilevski (Jahrgang 1949) war zum Zeitpunkt des Interviews 64 Jahre alt. Er hat eine nicht näher bezeichnete geistige Behinderung und ist sehr froh darüber, Rentner zu sein.

Herr Koswilevski bewohnt ein Einzelzimmer und lebt seit 1996 in der Einrichtung. Zuvor lebte er zusammen mit den Eltern in deren Haus. Aufgrund des Todes der Eltern erfolgte der späte Umzug in das Wohnheim.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	4,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	4,00
<i>Interaktionen</i>	1,67
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	2,25
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	4,50
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	1,50
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	4,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 14:** Zufriedenheitswerte Koswilevski

Die Zufriedenheitswerte von Herrn Koswilevski variieren. Den niedrigsten Wert (1,50) erreicht er in der Kategorie *Verstandesfähigkeit*. Er würde gern sein Wissen besser anwenden können, was er als wichtig erachtet. Er kann lesen

und abschreiben, jedoch ist rechnen für ihn schwierig. Die Uhrzeit kann er nicht ablesen, obwohl sie etwas Wichtiges für ihn ist.

In der Kategorie *Interaktion* erreicht Herr Koswilevski einen Wert von 1,67. Vor allem im Bereich der Teilhabe lassen sich besondere Diskrepanzen feststellen. Die Frage, ob er viel mit den anderen Bewohnern unternehmen würde, verneint Herr Koswilevski. Er betont jedoch, dass es ihm wichtig sei, mit den anderen zusammen zu sein und an Unternehmungen teilzunehmen. Hierbei ist anzumerken, dass Herr Koswilevski ebenfalls kommuniziert, dass er sich am liebsten ausruht und alleine ist, jetzt wo er Rentner ist und es kann. Dies wurde auch durch die Betreuerin bestätigt.

Im Bereich *Soziale Kompetenz* gibt er an, dass er nicht mit den anderen Bewohnern zusammen sein oder mit diesen etwas unternehmen kann; sagt jedoch, dass es ihm durchaus wichtig sei. Es zeigt sich hier eine Ambivalenz in den Aussagen von Herrn Koswilevski: zum einen beansprucht er ein gewisses Maß an Ruhe und Rückzug für sich, zum anderen sucht er die Gesellschaft der anderen Bewohnern.

#### 5.2.1.3. Frau Schuhmacher

Frau Schuhmacher (Jahrgang 1948) war zum Zeitpunkt des Interviews 65 Jahre alt. Im frühen Kindesalter erlitt sie einen Hirnschaden nach einer Meningitis und hat seitdem eine kognitive Beeinträchtigung (im Sinne einer geistigen Behinderung).

Frau Schuhmacher lebte vor ihrem Einzug in das Wohnheim (1996) in ihrem Elternhaus. Ihre Mutter und ihre „Lieblingstante“ (Schwester der Mutter) sind bereits verstorben, worüber sie traurig ist. Über den Vater ist nichts bekannt. Heute bewohnt sie ein Doppelzimmer mit einer anderen Bewohnerin des Wohnheims und fühlt sich wohl damit. Sie ist sehr an Handarbeit interessiert, strickt sehr gern Schals und Decken, die wiederum auf dem jährlichen Weihnachtsbasar der Institution verkauft werden, worauf sie sehr stolz ist. Ein weiteres Interesse von ihr ist, dass sie Geschichten mit einem Laptop abschreibt und sie dann in einem Ordner sammelt.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	2,67
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,75
<i>Interaktionen</i>	2,67
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	2,75
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	2,75
<i>Verstandesfähigkeit</i>	1,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,33
<i>Unterkunft</i>	3,33
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 15:** Zufriedenheitswerte Schuhmacher

Der niedrigste Zufriedenheitswert (1,00) zeigt sich bei Frau Schuhmacher in der Kategorie *Verstandesfähigkeit*. Es ist ihr sehr wichtig, ihr Wissen anwenden zu können, was aber nur bedingt möglich ist. Sie kann lesen, benötigt dazu jedoch eine Lesebrille. Das findet sie nach eigener Aussage nicht gut. Darüber hinaus kann sie die Uhr nicht lesen, was sie jedoch gerne können würde, weil es ihr wichtig ist.

In der Kategorie *Physische Funktionen und Strukturen* (2,75) beklagt sie, dass sie häufig Krämpfe in den Waden bekommt, was sehr unangenehm für sie ist. Zwar kann sie sich größtenteils selbstständig bewegen, benötigt jedoch zur Unterstützung einen Rollator.

Während des Interviews wird deutlich, dass Frau Schuhmacher insbesondere mit einem der Mitbewohner nicht gut klar kommt. Mit diesem möchte sie nichts zu tun haben und ärgert sich auch öfters über ihn. Diese Problematik hat vor allem auf die Zufriedenheitswerte in den Kategorien *Psychisches Erleben*, *Interaktion* und *Soziale Kompetenz* Einfluss.

#### 5.2.1.4. Herr Kreutzer

Herr Kreutzer (Jahrgang 1951) war zum Zeitpunkt des Interviews 63 Jahre alt. Bei seiner Geburt erlitt er Sauerstoffmangel, was zu einer (perinatal verursachten) geistigen Behinderung geführt hat. Er bewohnt seit 1995 ein Einzelzimmer

in der Einrichtung. Davor lebte er in seinem Elternhaus. Herr Kreutzer hat ein besonderes Interesse am Schreiben. Nach eigener Aussage mag er es, Bücher abzuschreiben. Zudem geht er gern allein einkaufen und hält sich im Garten des Hauses auf. Wie es scheint, ist ihm nur der Kontakt zu einigen, wenigen Mitbewohnern wichtig.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	2,50
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,33
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Interaktionen</i>	2,67
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,25
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	2,25
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	1,67
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	2,67
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 16:** Zufriedenheitswerte Kreutzer

In der Kategorie *Vorstellungsfähigkeit und Kreativität* erreicht Herr Kreutzer einen Zufriedenheitswert von 1,67. Hier zeigt sich ein deutlicher Interventionsbedarf für ihn. Zwar gibt er an, nicht gern zu malen oder zu basteln, erachtet es jedoch als wichtig, die eigenen Ideen umsetzen zu können.

Er beschreibt, dass er sich gut bewegen und laufen kann, hin und wieder jedoch Schmerzen in der Herzgegend und der Lunge hat, was ihn in seinem Mobilitätsverhalten einschränkt (Kategorie *Mobilität*: 2,50).

Im Bereich der *Interaktion* (2,67) zeigt sich, dass Herr Kreutzer an den Unternehmungen der Einrichtung nicht teilnehmen möchte und er auch nur zu einigen Mitbewohnern Kontakt pflegt.

Offensichtlich ist er mit dem Umgang der Betreuer nicht zufrieden; denn auf die Frage nach der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals (Kategorie *Unterkunft*: 2,67) antwortet er „Bisschen, es geht so“. Ansonsten zeigt sich eine hohe Zufriedenheit mit dem eigenen Zimmer und mit der Umgebung des Wohnheims.



In der Kategorie *Geistige Fähigkeiten* (2,25) kommuniziert er, dass er viel über das Leben und die Zukunft nachdenkt, er sich aber nicht immer an alles aus der Vergangenheit erinnern kann. Auch seine Merkfähigkeit ist nach eigenen Aussagen nicht gut. Dies erachtet er jedoch als wichtig.

#### 5.2.1.5. Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung

Bei zusammenfassender Betrachtung der Zufriedenheitswerte der vier Bewohner dieser Einrichtung, wird deutlich, dass prinzipiell eine hohe Zufriedenheit bei Allen besteht (Tab. 17).

<b>Kategorien</b>	<b>Fr. Rikkschaidt</b>	<b>Hr. Koswilevski</b>	<b>Fr. Schuhmacher</b>	<b>Hr. Kreutzer</b>
<i>Ernährung</i>	3,00	3,00	3,00	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00	3,00	3,00	2,50
<i>Körperpflege</i>	3,00	3,00	3,00	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	2,50	3,00	2,67	3,33
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	4,00	4,00	3,00	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,25	4,00	2,75	3,00
<i>Interaktionen</i>	3,00	1,67	2,67	2,67
<i>Verhalten</i>	3,00	3,00	3,00	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00	2,25	2,75	3,25
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00	4,50	3,00	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00	3,00	2,75	2,25
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00	1,50	1,00	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00	4,00	3,00	1,67
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00	3,00	3,33	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00	3,00	3,33	2,67
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00	3,00	3,00	3,00
<i>Schutz</i>	3,00	3,00	3,00	3,00
<b>Ø</b>	<b>3,04</b>	<b>3,05</b>	<b>2,84</b>	<b>2,84</b>

**Tab. 17:** Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung I

Die Durchschnittszufriedenheitswerte liegen mit 2,84 bzw. 3,04 und 3,05 in einem guten Bereich, der die Einschätzung zulässt, dass die Einrichtung objektiv gute Lebensbedingungen für die Bewohner bietet. Bezüglich der subjektiven Einschätzung von Herrn Kreutzer und Frau Schuhmacher sollte spezifisch eruiert werden, in welchen Bereichen Interventionsbedarf notwendig ist.

Die anderen Bereiche werden von den Bewohnern subjektiv unterschiedlich empfunden. Darauf wird im Folgenden spezifisch eingegangen und zu den Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung Stellung genommen.

Wenn von den erhobenen Werten unterhalb 3,00 ausgegangen wird, ergeben sich folgende Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung:

Kategorie	Kernbereich
<i>Verstandesfähigkeit</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>In dieser Kategorie haben sowohl Frau Schuhmacher als auch Herr Koswilevski mit 1,00 bzw. 1,50 sehr niedrige Werte erreicht. Interventionen wären hier in der Förderung der Kulturtechniken Lesen, Schreiben, Rechnen und Kennen der Uhrzeit sowie in Gedächtnistrainings denkbar. Beide würden gerne ihr Wissen in der Einrichtung besser anwenden können, und von beiden ist die Kenntnis der Uhrzeit als wichtig eingestuft worden. In diesem Zusammenhang könnten Modifikationen des Anwendungsverfahrens „Mentales Training“<sup>37</sup> für die Bewohner entwickelt werden.</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Interaktionen</i>	<i>Menschenwürde und Akzeptanz</i>
<p>Hier zeigt sich vor allem bei Herrn Koswilevski Interventionsbedarf, aber auch bei Herrn Kreuzer und Frau Schuhmacher ist der Zufriedenheitswert niedrig. Im Fall von Herrn Koswilevski, der zum einen seine Ruhe haben möchte, zum anderen aber die Gesellschaft seiner Mitbewohner sucht, wäre zu überlegen, die Angebote gezielter auf seine Bedürfnisse sowie auf die Bedürfnisse der anderen, teilnehmenden Bewohner abzustimmen. Darüber hinaus wäre es sinnvoll, die Ursache für sein ambivalentes Verhalten zu ergründen, um ihm die Möglichkeit zu geben, gezielter seine Bedürfnisse äußern zu können.</p>	

<sup>37</sup> Das Mentale Training ist ein psychologisches Trainingsverfahren zur Lern- und Leistungssteigerung (MAYER & HERMANN 2009, 186), dass dazu genutzt werden kann, um u.a. positive Auswirkungen auf motivationale und emotionale Faktoren zu erreichen (vgl. ebd., 135). Zwar hat es in erster Linie eine sportpsychologische Ausrichtung, jedoch kann es in unterschiedlicher Herangehensweise genutzt werden, um Lernprozesse anzustoßen oder Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu steigern (vgl. ebd., 36).

Herr Kreuzer hingegen erweckt den Eindruck, ein Einzelgänger sein zu wollen. Er nimmt nicht gern an Unternehmungen teil und sucht nur hin und wieder den Kontakt zu anderen Bewohnern. In seinem Fall wäre es sinnvoll, zu ergründen, worauf dieses Einzelgängertum zurückzuführen ist, und ob dies tatsächlich seinen Bedürfnissen entspricht oder ob eventuelle Konflikte bzw. Antipathien gegenüber anderen Bewohnern diesem Verhalten zugrunde liegen.

Dieser Aspekt spielt im Fall von Frau Schuhmacher eine wichtige Rolle; denn für sie besteht Konfliktpotenzial mit einem anderen Bewohner. Hier wäre zu hinterfragen, wo die Gründe für dieses Konfliktpotenzial liegen und gegebenenfalls ein Krisenmanagement zu entwickeln oder einen Mediator zu Rate zu ziehen. Dieser Aspekt greift ebenfalls für die Interventionsbedarfe in der Kategorie soziale Kompetenz.

Kategorie	Kernbereich
<i>Soziale Kompetenz</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Neben dem eben beschriebenen Krisenmanagement ergibt sich in dieser Kategorie für Herrn Koswilevski Interventionsbedarf hinsichtlich seiner offensichtlichen Unzufriedenheit mit seinem sozialen Beziehungsgefüge. Er sagt zwar, dass er seine Ruhe haben will, erachtet es jedoch als wichtig, mit den anderen Bewohnern zusammen zu sein und Zeit zu verbringen. Es könnte dahingehend interveniert werden, die Angebote individueller und bedürfnisorientierter zu planen. Zum anderen sollte ausgeschlossen werden, dass er aufgrund von Konflikten mit einzelnen Bewohnern nicht an Unternehmungen teilnimmt. Die Ursachen sollten mit ihm gemeinsam eruiert werden. Als wichtig erscheint im Fall von Herrn Koswilevski, dass die Einrichtung im Gespräch mit ihm die Gründe für seine Zurückgezogenheit erschließt und feststellt, ob es sein eigener Wille ist oder er sich aus Hilfslosigkeit oder Konfliktscheue zurückzieht.</p>	

### 5.2.2. Einrichtung II

Diese Einrichtung ist eine Senioreneinrichtung für Psychisch kranke und pflegebedürftige Menschen und hat ausschließlich ein vollstationäres Pflegeangebot. Sie liegt in einem städtischen Umfeld in einer ruhigen Umgebung mit einer guten Anbindung (ÖPNV etc.) an eine kleine Innenstadt mit vielfältigen Einkaufs- und Freizeitmöglichkeiten. Die Einrichtung umfasst knapp 100 Plätze. Als Wohnformen stehen den Menschen sowohl Einzel- als auch Doppelzimmer zur Verfügung.

#### 5.2.2.1. Frau Windschopp

Frau Windschopp (Jahrgang 1937) war zum Zeitpunkt des Interviews 76 Jahre alt. Laut Aktenlage hat sie eine nicht näher diagnostizierte „Minderbegabung“ und leidet darüber hinaus an einer organisch, wahnhaften Störung, eine Form der Schizophrenie. Sie sitzt im Rollstuhl. Aufgrund eines zurückliegenden Unfalls wurde das Kniegelenk eines ihrer Beine operativ versteift (Arthrodesse). Demzufolge kann sie sich nur mäßig selbstständig fortbewegen. Im Haus schafft sie das größtenteils selbstständig, außerhalb des Hauses gelingt ihr das ohne Unterstützung nicht. Frau Windschopp lebt seit 1998 in der Einrichtung und wohnt zusammen mit einer anderen Dame in einem Doppelzimmer.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	0,50
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,33
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	1,67
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,67
<i>Interaktionen</i>	2,33
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	1,50
<i>Verstandesfähigkeit</i>	2,50
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	1,33
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 18:** Zufriedenheitswerte Windschopp

Einen besonders niedrigen Zufriedenheitswert (0,50) erreicht Frau Windschopp im Bereich der *Mobilität*. Hier zeigt sich ein sehr hoher Interventionsbedarf für die Einrichtung. Das hängt mit der körperlichen Verfassung von Frau Windschopp zusammen, da es für sie nicht ohne weiteres möglich ist, sich selbstständig fortzubewegen, und von ihrem versteiften Bein eine sehr hohe Einschränkung ausgeht. Aus den Erzählungen von Frau Windschopp wird ein hohes Abhängigkeitsverhältnis zum Betreuungspersonal der Einrichtung deutlich. Sie kann kaum nach draußen („Ich bin ja den ganzen Tag hier drin.“) oder kann sich selten an den Unternehmungen der Einrichtung beteiligen (*Interaktionen* = 2,33), weil die entsprechenden Ressourcen nicht vorhanden sind. Aus ihren Erzählungen wird deutlich, dass das Personal selten die Zeit findet, um mit ihr nach draußen zu gehen oder sie an Unternehmungen teilhaben kann, da ein entsprechendes, rollstuhlgerechtes Fahrzeug fehlt. Durch die mangelnde und vom Betreuungspersonal abhängige Mobilität von Frau Windschopp ist die Gefahr gegeben, dass sie in sozialen Bezügen benachteiligt wird und dadurch weniger am gemeinschaftlichen Leben innerhalb und außerhalb der Einrichtung partizipieren kann. Diese Aspekte haben durchaus Auswirkungen auf die anderen Zufriedenheitswerte von Frau Windschopp, wie sich im weiteren Verlauf zeigt.

Die sehr große mobile Beeinträchtigung schlägt sich ebenfalls im Bereich der *Alltagsbewältigung* nieder. Hier erreicht Frau Windschopp einen Zufriedenheitswert von 1,33, der unter anderem auf ihren hohen Unterstützungsbedarf zurückzuführen ist. Sie äußert, dass sie für alle alltäglichen Verrichtungen (eigenständiges Ankleiden, auf Toilette gehen oder duschen) stets auf Hilfe angewiesen ist. Morgens nach dem Aufstehen kann sie sich am Bettrand im oberen Körperbereich selbst waschen. Die untere Körperhälfte wird anschließend von einer Schwester gewaschen und gepflegt. Frau Windschopp äußert den Wunsch, dass sie gerne mehr selbst erledigen und mithelfen würde, ihr das aber leider nicht möglich ist. Wichtig ist ihr darüber hinaus, dass sie selbst entscheiden kann, was die Wahl ihrer Kleidung betrifft. Diesen Wünschen wird dann auch entsprochen.

In der Kategorie *Geistige Fähigkeiten* (1,50) besteht ebenfalls Interventionsbedarf für Frau Windschopp. Sie äußert, dass sie viel über das Leben und ihre Zukunft nachdenkt, aber was zukünftig sein wird, ist für sie nicht wirklich wichtig. Sie äußert dazu: „Ich bin ja immer hier“ (in der Einrichtung). Besonders

traurig stimmen sie die Erinnerungen an ihren Verlobten, der im Alter von 64 Jahren verstarb. Beide lernten sich in der Einrichtung kennen und wollten in einer kleinen, zeremoniellen Feier „heiraten“. Kurz vor dieser Feier jedoch verstarb er.

Im Bereich der *Psychischen Funktionen und Strukturen* erreicht sie einen deutlich niedrigen Zufriedenheitswert von 1,67. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sie äußert, nicht zufrieden und glücklich mit ihrem Leben zu sein. Von ihren Angehörigen (Vater, Mutter, Bruder) sei niemand mehr da, der sie besuchen kommt, weil alle bereits verstorben seien. Besuch wünscht sie sich jedoch sehr.

In der Kategorie *Verstandesfähigkeit* (2,50) teilt sie mit, dass sie die Kulturtechniken (lesen, schreiben, rechnen, Uhrzeit kennen) beherrsche, jedoch nicht immer in der Einrichtung gebrauchen könne.

Im Bereich der *Physischen Funktionen und Strukturen* (2,67) hat eine altersbedingte Schwerhörigkeit Auswirkungen auf den Zufriedenheitswert von Frau Windschopp. Sie hat bereits Hörgeräte, mit denen sie mittlerweile wieder gut hören kann.

#### 5.2.2.2. Frau Knopp

Frau Knopp (Jahrgang 1937) war zum Zeitpunkt des Interviews 76 Jahre alt. Laut Aktenlage hat sie eine nicht näher bezeichnete „Minderbegabung“ einhergehend mit einer chronischen Psychose bei Deblität. Sie sitzt im Rollstuhl und kann sich nicht selbstständig fortbewegen. In der Einrichtung lebt sie seit 1996 und bewohnt ein Doppelzimmer mit einer anderen Bewohnerin.

Das Interview mit Frau Knopp gestaltete sich als äußerst diffizil. Zum einen waren die räumlichen Bedingungen sehr ungünstig. Das Interview wurde in einem kleinen Personalraum geführt, in dem keine ruhige Atmosphäre herrschte. Zum anderen gestaltete sich die Kommunikation mit Frau Knopp schwierig; es wird vermutet, dass die Kommunikationsschwierigkeiten Einfluss auf ihr Antwortverhalten genommen haben (Kap. 4.1.1.).

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	1,50
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,33
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	–
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	1,50
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 19:** Zufriedenheitswerte Knopp

In der Kategorie *Körperpflege* beträgt der Zufriedenheitswert von Frau Knopp 1,50. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sie im diesem Bereich einen großen Hilfebedarf aufweist und nichts alleine erledigen kann.

Ebenfalls einen Zufriedenheitswert von 1,50 erreicht Frau Knopp im Bereich der *Vorstellungsfähigkeit und Kreativität*. Hier äußert sie, dass es ihr wichtig sei, ihre Ideen umsetzen zu können, das aber nicht immer möglich ist. Es bleibt festzustellen, ob das mit den Angeboten der Einrichtung zusammenhängt (Frau Knopp sagt, sie bastle und male nicht gerne).

Die Kategorie *Physische Funktionen und Strukturen* (2,33) ist dahingehend negativ beeinflusst, dass ihre Sinneswahrnehmungen (sehen, hören, riechen schmecken) nicht mehr ausreichend funktionstüchtig sind.

In der Kategorie *Verstandesfähigkeit* konnten keine Werte ermittelt werden, da Frau Knopp zu diesen Fragen keine Antworten gab. Es kann nicht nachvollzogen werden, ob sie die Fragen nicht verstanden hat oder welche anderen Gründe für eine Nichtbeantwortung zu Grunde liegen könnten.

Wie bereits beschrieben, kann nicht eindeutig festgestellt werden, ob Frau Knopp die Fragen verstanden hat. Im Verlauf des Interviews wurde der Eindruck verstärkt, dass sie oftmals dazu neigte, die Fragen mit „Ja“ zu beantworten. Das verwundert vor allem in den Bereichen *Mobilität* und *Physischen Funktionen und Strukturen*, in denen sie angibt, sich gut und selbstständig bewegen zu können. Jedoch konnte vor dem Interview beobachtet werden, dass

sie nicht in der Lage war, den Rollstuhl alleine zu bewegen. Dieses Antwortverhalten entspricht stereotypen Antworttendenzen („Response Sets“); einer „Akquieszenz“, in der Personen dazu neigen, einer Frage zuzustimmen ohne deren Inhaltsbedeutung erfasst zu haben (vgl. BORTZ & DÖRING 2006, 236). Darüber hinaus gab sie in der Kategorie *Alltagsbewältigung* an, dass sie nichts mehr alleine machen kann. Hier lässt sich ein gewisser Widerspruch erkennen, der eine Interpretation der Ergebnisse von Frau Knopp schwierig gestaltet (zu den Besonderheiten empirischer Forschung im Kontext geistiger Behinderung vgl. Kap. 4.1.).

#### *5.2.2.3. Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung*

Werden die Zufriedenheitswerte der beiden Damen (Tab. 20) in der Gesamtheit aller erhobenen Werte der teilgenommenen Personen gesehen, erzielen sie mit 2,52 bzw. 2,61 die niedrigsten Durchschnittswerte von allen befragten Personen (Tab. 12). Die Gründe hierfür lassen sich durch Interpretation der einzelnen, subjektiven LQ-Werte teilweise erschließen. Spekulativ und in keinster Weise empirisch belegt, könnte bei Frau Windschopp und Frau Knopp davon ausgegangen werden, dass sie in der derzeitigen Einrichtung fehlplatziert sind. Eine kleinere Einrichtung mit spezifischeren Angeboten und der Möglichkeit, gezielter auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen, könnte eventuell förderlicher für das Wohlbefinden der beiden Damen sein.



<b>Kategorien</b>	<b>Fr. Windschopp</b>	<b>Fr. Knopp</b>
<i>Ernährung</i>	3,00	3,00
<i>Mobilität</i>	0,50	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00	1,50
<i>Psychisches Erleben</i>	3,33	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	1,67	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,67	2,33
<i>Interaktionen</i>	2,33	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00	3,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	1,50	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	2,50	–
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00	1,50
<i>Alltagsbewältigung</i>	1,33	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00	3,00
<i>Schutz</i>	3,00	3,00
<i>∅</i>	2,52	2,61

**Tab. 20:** Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung II

Im Folgenden werden die einzelnen Bereiche mit Werten unter 3,00 näher betrachtet und mögliche Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung formuliert.

Kategorie	Kernbereich
<i>Mobilität</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>
<p>Insbesondere im Fall von Frau Windschopp hat der Aspekt der Mobilität weitreichenden Einfluss auf ihre individuellen Zufriedenheitswerte. Da ihre Mobilität stark eingeschränkt und in hohem Maß von institutionellen Strukturen abhängig ist, verwundert ihr sehr niedriger Zufriedenheitswert in dieser Kategorie keinesfalls. Interventionen können dahingehend fokussiert werden, dass einerseits die institutionellen Strukturen nicht überstrapaziert und zum anderen den individuellen Bedürfnissen Rechnung getragen werden, um das subjektive Wohlbefinden von Frau Windschopp steigern zu können. Soweit möglich wären individuumszentrierte Angebote für Frau Windschopp als Lösungsansatz denkbar. Im Interview äußert sie, dass sie gerne draußen ist, aber alleine nicht nach draußen kann. In ihrem Fall bedarf es eines erweiterten Mobilitätsbegriffs, so dass ihr personelle Ressourcen zur Befriedigung ihres Mobilitätsbedürfnisses (draußen sein, spazieren gehen und an</p>	

Unternehmungen teilnehmen) bereitgestellt werden müssten. Diesbezüglich wäre zu überlegen, ob durch ein „ehrenamtliches Patenprogramm“ die institutionellen Strukturen entlastet werden könnten und gleichzeitig die individuellen Bedürfnisse von Frau Windschopp Berücksichtigung finden. Eine Kooperation mit einer Schule, respektive einer Altenpflegeschule, im Rahmen eines ehrenamtlichen Engagements der Schüler wäre eine denkbare Form der Umsetzung. Schüler könnten zu festen Zeiten Besuche durchführen und so in Kontakt zu älteren Generationen kommen (vgl. SCHUCK 2012, 23). Ebenfalls kann hier der *Hamburger Kulturschlüssel* zur Orientierung erwähnt werden. Innerhalb dieser Organisation ermöglichen ehrenamtliche Begleiter Menschen mit einer Behinderung die Teilhabe am kulturellen Leben Hamburgs (vgl. hierzu <http://www.hamburger-kulturschluessel.de/>).

Kategorie	Kernbereich
<i>Körperpflege</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>

In dieser Kategorie zeigt sich vor allem bei Frau Knopp Interventionsbedarf, der auf ihre hohe Hilfsbedürftigkeit, die aufgrund ihrer körperlichen Verfassung vorliegt, zurückzuführen ist. Interventionsmöglichkeiten können jedoch in diesem Rahmen nur bedingt aufgezeigt werden. Hier scheint es ratsam, die genauen Hintergründe gemeinsam mit Frau Knopp zu eruieren, um präzise feststellen zu können, worin sich ihre Unzufriedenheit begründet.

Kategorie	Kernbereich
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>

Konkret äußert Frau Windschopp, dass sie nicht glücklich und zufrieden mit ihrem Leben sei. Sie leide sehr darunter, dass sie keinen Besuch bekommt, da sie keine Kontakte mehr außerhalb der Einrichtung hat. Zudem hat sie den Tod ihres Verlobten, den sie in der Einrichtung kennengelernt hat, bisher nicht richtig verarbeiten können. Interventionsmöglichkeiten können hier in der psychischen Aufarbeitung der belastenden Aspekte liegen (Trauerarbeit, Biografiearbeit). Eine psychologische bzw. psychotherapeutische Betreuung scheint angemessen. Das bereits angesprochene Mentale Training könnte auch für Frau Windschopp positive Aspekte mit sich bringen.

Kategorie	Kernbereich
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>
<p>In dieser Kategorie weisen beide Damen Interventionsbedarf auf, die auf ihre körperliche Verfassung zurückzuführen sind. Beide sitzen im Rollstuhl und sind in hohem Maße auf ständige Unterstützung angewiesen. Aber nicht nur die koordinierte Bewegungsfähigkeit der beiden Frauen ist eingeschränkt, auch die Bereiche der Sinneswahrnehmungen sind beeinträchtigt. Unterstützungsmöglichkeiten für besseres Sehen könnten durch eine helle, kontrastreiche Umgebungs- und Raumgestaltung, angepasste Lichtverhältnisse und Nachtlichter zur Orientierung sowie durch große Buchstaben und Symbole als Alltagsorientierungspunkte geschaffen werden. Im Bereich des Hörens könnte darauf geachtet werden, dass Hintergrundlärm und die Summierung von Lärmquellen vermieden wird, beim Sprechen kann die Person angesehen sowie laut und deutlich artikuliert werden. Zudem könnten Unterhaltungen an ruhigen Orten stattfinden (dazu ggf. den Raum mit zu großem Lärmpotenzial verlassen) und der älteren Person sollte ausreichend Zeit zum Verstehen gegeben werden (vgl. HAVEMAN &amp; STÖPPLER 2010, 223f).</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Interaktionen</i>	<i>Menschenwürde und Akzeptanz</i>
<p>Die mangelnde Mobilität von Frau Windschopp hat ebenfalls Einfluss auf andere Lebensbereiche. Interventionsmöglichkeiten im Bereich der Interaktionen überschneiden sich teilweise mit denen im Bereich der Mobilität. Die aktive Teilnahme an Unternehmungen der Einrichtung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben innerhalb und außerhalb der Einrichtung ist für Frau Windschopp nur durch Unterstützung einer Betreuungsperson möglich. Das sollte ihr ermöglicht werden, wenn es ihren Bedürfnissen entspricht. Denkbar wäre das im Rahmen eines bereits oben angesprochenen ehrenamtlichen Patenprogramms zur Entlastung der institutionellen Strukturen. Ebenfalls könnte mit ihr ein Unternehmungsplan ausgearbeitet werden, um den subjektiven Bedürfnissen entgegen zu kommen und ihr die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.</p>	

Kategorie	Kernbereich
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>In dieser Kategorie wird deutlich, dass Frau Windschopp keine Perspektive hat. Sie äußert, dass es ihr nicht wichtig sei, was in der Zukunft liege, denn sie sei ja sowieso immer nur in der Einrichtung. Hier könnten abwechslungsreiche und abgestimmte Angebote dazu führen, dass der als eintönig erlebte Alltag vielfältigere Perspektiven bietet. Bestehende Angebote sollten auf die Bedürfnislagen der Bewohner ggf. angepasst werden. Zu überlegen wäre die Durchführung von kurzen Urlauben oder Freizeiten, um den Bewohnern der Einrichtung zu ermöglichen, auch einmal einen Perspektivwechsel zu erleben.</p> <p>Im Fall von Frau Windschopp würde zudem die Förderung ihres kognitiven Bereiches den Bedürfnislagen gerecht werden. Denkbar wären Lern- und Gedächtnistrainings, Denkaufgaben etc., denn Menschen mit geistiger Behinderung sind bis ins hohe Alter lern- und bildungsfähig (vgl. THEUNISSEN 1999, 170).</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Verstandesfähigkeit</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Für diese Kategorie konnten keine Zufriedenheitswerte für Frau Knopp ermittelt werden. Es bleibt offen, ob sie die Fragen nicht verstanden hat oder nicht beantworten wollte. In diesem Zusammenhang könnte die Einrichtung eine Bedürfnisanalyse für Frau Knopp veranlassen, um zu ermitteln, welcher Interventionsbedarf unter Umständen in Betracht gezogen werden sollte.</p> <p>Für Frau Windschopp sollte festgestellt werden, welche Angebote ihren Bedürfnissen tatsächlich entsprechen. Denkbar wäre das Bereitstellen der lokalen Tageszeitung oder anderer Zeitschriften, für die sie Interesse zeigt.</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Hier sollte mit Frau Knopp erarbeitet werden, in welchen Bereichen Interventionen ihr helfen können. Sie gibt selbst an, nicht gerne zu malen oder zu basteln. Tagesstrukturierende Angebote sollten mit ihr und auf ihre Bedürfnisse weitestgehend abgestimmt werden.</p>	

Kategorie	Kernbereich
<i>Alltagsbewältigung</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Der hohe Abhängigkeitsgrad von Frau Windschopp hat zweifelsohne Auswirkungen auf den Zufriedenheitswert in dieser Kategorie. Dadurch, dass sie nur wenig alleine erledigen kann und stets auf fremde Hilfe angewiesen ist, ist sie folglich in ihrer selbstbestimmten Lebensweise stark eingeschränkt. Es ist nachvollziehbar, dass der Einrichtung in diesem Bereich nur wenige Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. In den Bereichen, in denen Frau Windschopp mitbestimmen kann, wird es ihr bereits ermöglicht (bspw. bei der Wahl der Kleidung).</p>	

### 5.2.3. Einrichtung III

Diese Einrichtung ist ein Alten- und Pflegeheim, das sowohl voll- als auch teilstationäre Pflege sowie ambulante Versorgung anbietet. Sie umfasst knapp 100 Plätze für alte und pflegebedürftige Menschen und liegt in einem ruhigen, jedoch zentralen Wohngebiet am Waldrand. Als Wohnformen stehen Einzel- und Doppelzimmer zur Verfügung.

#### 5.2.3.1. Frau Mitrea

Frau Mitrea (Jahrgang 1947) war zum Zeitpunkt des Interviews 67 Jahre alt. Sie wurde in Rumänien geboren, lebt jedoch seit ihrer Kindheit in Deutschland. Laut Aktenlage hat Frau Mitrea u.a. eine Kleinhirnhypoplasie<sup>38</sup> (Q04.3) mit Deblilität und eine zerebrovaskuläre Insuffizienz. In der Einrichtung lebt sie seit 2009 in einem Einzelzimmer. Zum Einzug in das Altenzentrum hat sie sich freiwillig entschieden. Zuvor lebte sie bei ihrem Stiefbruder, der sie regelmäßig besucht und Ausflüge mit ihr unternimmt.

<sup>38</sup> Hypoplasie bezeichnet die unvollkommene Größenentwicklung eines Organs (vgl. BROCKHAUS 2004, 173). Im Fall von Frau Mitrea liegt eine angeborene Fehlbildung des Kleinhirns vor.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,17
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	2,25
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	2,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 21:** Zufriedenheitswerte Mitrea

Die Zufriedenheitswerte von Frau Mitrea sind durchweg als positiv zu bewerten. Geringer Interventionsbedarf für die Einrichtung zeichnet sich lediglich in den Kategorien *Alltagsbewältigung* und *Soziale Kompetenz* ab. Im Bereich der *Sozialen Kompetenz* zeigt sich, dass sie nicht gut mit schwierigen Situationen (bspw. Konflikten o.ä.) zurechtkommt, obwohl ihr das wichtig ist.

Frau Mitrea ist sehr selbstständig und braucht in ihren alltäglichen Verrichtungen nicht viel Unterstützung. In der Kategorie *Alltagsbewältigung* wird allerdings deutlich, dass sie gerne mehr tun würde. Selbst einzukaufen, zu waschen oder zu putzen sind wichtige Dinge für sie. Das kann durch die vorherige Wohnform, in der sie höchstwahrscheinlich vieles selbstständig erledigen konnte, begründet sein. Unangenehm war ihr die Frage nach ihrer Fähigkeit zu rechnen, zu lesen und zu schreiben, weil sie das nicht gelernt hat, was sie mit ihrem kognitiven Entwicklungsrückstand begründet.

#### 5.2.3.2. Herr Tomko

Herr Tomko (Jahrgang 1940) ist zum Zeitpunkt des Interviews 73 Jahre alt. Er stammt ursprünglich aus der Ukraine, hat aber die deutsche Staatsbürgerschaft. Eine Differentialdiagnose bzgl. der geistigen Behinderung wurde nicht durchgeführt. Laut Aktenlage wurde eine dementielle Erkrankung mit Depressionen bei ihm festgestellt. Zudem zeigt Herr Tomko psychische Auffälligkeiten

(u.a. Exhibitionismus, F65.2) und ist schwerhörig. Nach Aussage seiner Betreuerin ist er auf ständige Unterstützung und Begleitung angewiesen. Bis zu seinem Einzug in die Einrichtung im Jahr 2007 lebte er mit seiner Mutter zusammen. In der Einrichtung bewohnt er ein Einzelzimmer.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,25
<i>Interaktionen</i>	2,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	2,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	2,50
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	4,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 22:** Zufriedenheitswerte Tomko

Auch bei Herrn Tomko zeigt sich nur geringfügiger Interventionsbedarf für die Einrichtung. Zwar braucht er in allen Lebenslagen Unterstützung und wird rund um die Uhr von einer Bezugsperson betreut, jedoch hat er Mitspracherecht. Im Bereich *Körperpflege* sagt er, er könne alles selbst machen, würde sich aber helfen lassen, wenn er etwas nicht könne. Die „Schwestern“ würden das dann erledigen.

In der Kategorie *Interaktionen* (2,00) zeichnet sich ein geringer Interventionsbedarf ab. Das ist darin begründet, dass Herr Tomko angibt, eher weniger mit anderen Menschen Gespräche zu führen, was er als wichtig erachtet, um nicht als „Stoffel“ missverstanden zu werden. Früher engagierte er sich im Wanderverein, was er ebenfalls als wichtig empfindet. Heute jedoch engagiere er sich nicht weiter.

Ebenfalls geringer Interventionsbedarf zeigt sich in der Kategorie *Soziale Kompetenz*. Der Kontakt zu anderen Leuten ist ihm zwar wichtig, jedoch hat er Schwierigkeiten im Umgang mit fremden Menschen. Auch hat er Probleme, mit schwierigen Situationen (Konflikten u. ä.) umzugehen.

Im Bereich *Geistige Fähigkeiten* kommuniziert Herr Tomko, dass er eher weniger über das Leben nachdenkt, es für ihn aber schon wichtig ist, was das Leben noch für ihn bereit hält.

### 5.2.3.3. Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung

Die Durchschnittswerte der beiden interviewten Bewohner dieser Einrichtung liegen mit 2,91 und 2,93 in einem guten Bereich (Tab. 23). Resümierend schafft die Einrichtung gute objektive Lebensbedingungen für die Bewohner, so dass sie ein gutes subjektives Wohlbefinden erleben.

<b>Kategorien</b>	<b>Fr. Mitrea</b>	<b>Hr. Tomko</b>
<i>Ernährung</i>	3,00	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,17	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,00	3,25
<i>Interaktionen</i>	3,00	2,00
<i>Verhalten</i>	3,00	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	2,25	2,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00	2,50
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	2,00	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00	4,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00	3,00
<i>Schutz</i>	3,00	3,00
<b>Ø</b>	2,91	2,93

**Tab. 23:** Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung III

Trotz der hohen Zufriedenheitswerte ergibt sich für diese Einrichtung in den folgenden Kategorien Interventionsbedarf, der im weiteren Verlauf dargestellt wird.



Kategorie	Kernbereich
<i>Interaktionen</i>	<i>Menschenwürde und Akzeptanz</i>
<p>In der Kategorie <i>Interaktionen</i> sollte zusammen mit Herrn Tomko überlegt werden, in welchem Zusammenhang Interventionen für ihn angeboten werden können. Rückschließend wird aus dem Interview deutlich, dass er zwar Kontakt zu anderen Bewohnern der Einrichtung hat, der jedoch nicht sonderlich ausgeprägt erscheint. Früher war für ihn Engagement in seinem Wanderverein sehr wichtig. Unter Umständen könnte ihm ein vergleichbares Engagement innerhalb der Einrichtung angeboten werden. Das hätte den Vorteil, dass dadurch mehr Kontakt zu anderen Bewohnern entstehen würde und Herr Tomko eine ausgeprägtere Kontaktfreudigkeit als die gegenwärtige entwickeln könnte.</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Soziale Kompetenz</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>In dieser Kategorie geben beide Personen an, nicht gut mit schwierigen Situationen wie bspw. Streit oder Konflikten umgehen zu können. Hier könnten Interventionsmöglichkeiten in der Förderung von Konfliktfähigkeit und der Entwicklung von Copingsstrategien bezüglich eines Konfliktmanagements formuliert werden.</p> <p>Für Herrn Tomko kommt hinzu, dass ihm der Kontakt zu fremden Menschen schwerfällt. Hier sollten die Ursachen dafür ergründet werden, um Interventionsmöglichkeiten entwickeln zu können.</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Für Herrn Tomko scheint es nicht wichtig zu sein, über das Leben nachzudenken, wohl aber darüber, was es für ihn noch mit sich bringt. Hier könnte angesetzt werden, um eine Persönliche Zukunftsplanung (vgl. DOOSE 2013b) mit ihm durchzuführen. In diesem Rahmen kann deutlich werden, welche bisher unerfüllten Bedürfnisse für Herrn Tomko wichtig sind.</p>	

Kategorie	Kernbereich
<i>Alltagsbewältigung</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Im Interview mit Frau Mitrea wird deutlich, dass sie eine selbstständige Frau ist, die wenig Unterstützungsbedarf hat. In ihrer vorherigen Wohnform lebte sie eigenständig mit dem Stiefbruder und organisierte wahrscheinlich auch den Haushalt. Die gewonnene Eigenverantwortung und Selbstständigkeit scheint ihr in ihrer jetzigen Wohnform nicht ausreichend vorhanden zu sein. Vonseiten der Einrichtung bleibt zu überlegen, welche Interventionsformen diesbezüglich förderlich für Frau Mitrea sein könnten. Beispielsweise könnte sie unter Umständen stundenweise in der Küche helfen oder kleinere Einkäufe begleiten.</p>	

#### 5.2.4. Einrichtung IV

Diese Einrichtung ist keine Wohneinrichtung an sich, sondern eine Tagesstätte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung. Es ist den Personen möglich, an verschiedenen Tagen in der Woche die Einrichtung zu besuchen und an spezifischen Tagesstruktur- und Freizeitangeboten teilzunehmen. Am Nachmittag kehren alle wieder in ihre Wohneinrichtungen zurück. Mit drei Personen, die in einem regulären Alten- und Pflegeheim leben und aus unterschiedlichen Gründen und Umfang die Tagesstätte besuchen, konnten Interviews über ihr Leben in der regulären Wohneinrichtung geführt werden. Es wird im Folgenden immer der Bezug zur Wohneinrichtung der Personen hergestellt.

##### 5.2.4.1. Herr Kehm

Herr Kehm (Jahrgang 1948) war zum Zeitpunkt des Interviews 66 Jahre alt. Bei ihm liegt eine nicht näher bezeichnete geistige Behinderung, Autismus (F84.-) und Schizophrenie (F20.-) vor. Wenn Herr Kehm nach draußen geht, benötigt er einen Rollator zur Unterstützung, da er nicht mehr so gut laufen kann. Früher lebte er im betreuten Wohnen relativ selbstständig. 2013 zog er in sein jetziges Seniorenheim, das zwar am Stadtrand liegt, jedoch eine gute Anbindung an den ÖPNV hat, und er zu Fuß ebenfalls schnell in die Stadt gelangt. Zuvor hat er in einem anderen Altersheim gelebt, in dem er sich nicht wohl fühlte und deshalb selbst entschied, umzuziehen. Zum Zeitpunkt des In-

interviews lebte er seit sechs Monaten in der neuen Einrichtung. Die jetzige Einrichtung hat ca. 200 Wohnplätze in Einzel- und Doppelzimmern; Herr Kehm lebt in einem Einzelzimmer.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	2,50
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	2,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,25
<i>Interaktionen</i>	2,67
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	2,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	1,50
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	2,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	2,33
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	1,50
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 24:** Zufriedenheitswerte Kehm

In den Zufriedenheitswerten von Herrn Kehm zeichnet sich einiger Interventionsbedarf für die Einrichtung ab. Vor allem in den Kategorien *Verstandesfähigkeit* und *Persönliches Eigentum* hat Herr Kehm niedrige Zufriedenheitswerte mit 1,50 erreicht.

Im Bereich *Verstandesfähigkeit* gibt Herr Kehm an, dass er nicht richtig rechnen, dafür aber gut lesen und schreiben kann. Er äußert im Interview, dass er in seiner Wohneinrichtung keine Zeitung bekommt, die er lesen könne. Das sei ihm aber durchaus wichtig.

In der Kategorie *Persönliches Eigentum* teilt Herr Kehm mit, dass er keine eigenen Sachen besitzen würde, die nur ihm alleine gehören. Über einen Fernseher verfügt er, nach eigenen Aussagen nur im Gemeinschaftsraum, der allen Bewohnern zur Verfügung stünde. Eigene Sachen zu besitzen und über diese zu verfügen, ist ihm jedoch wichtig.

Im Bereich *Psychisches Erleben* zeichnet sich ein Zufriedenheitswert von 2,00 ab. Dieser Wert ergibt sich aus den Angaben von Herrn Kehm, dass er (nach eigenen Aussagen) zum einen keine Freude zeigen oder lachen kann und zum

anderen er nicht zeigen kann, wenn er etwas eklig findet. In beiden Fällen gibt er an, dass er das als wichtig erachte.

In der Kategorie *Soziale Kompetenz* (2,00) zeigt sich, dass Herr Kehm nicht gut mit Streit oder schwierigen Situationen umgehen kann.

Ebenfalls einen Zufriedenheitswert von 2,00 erreicht er in der Kategorie *Vorstellungsfähigkeit und Kreativität*. Hier sagt er, dass er nicht gerne malt oder bastelt, entsprechende Angebote in der Einrichtung aber dennoch wahrnimmt. Es ist ihm wichtig, dass es ihm möglich ist, seine Ideen umzusetzen.

Im Bereich der *Physischen Funktionen und Strukturen* (2,25) zeichnet sich im Bereich der Sexualität von Herrn Kehm eine negative Beeinflussung ab. Hier verneint er die Frage, ob er seine sexuellen Bedürfnisse befriedigen kann; teilt jedoch mit, dass Sexualität für ihn etwas Wichtiges sei.

In der *Alltagsbewältigung* (2,33) wird deutlich, dass Herr Kehm gerne etwas mehr in die alltagspraktischen Tätigkeiten (waschen, putzen, kochen etc.) einbezogen werden würde. Er kann selbstständig einkaufen gehen, wenn er etwas braucht oder haben will. Alle anderen Arbeiten werden ihm jedoch größtenteils abgenommen.

Die letzten beiden Zufriedenheitswerte, die leicht niedriger sind liegen im Bereich der *Mobilität* (2,50) und der *Interaktionen* (2,67). In der *Mobilität* lässt sich das zurückführen auf den notwendig gewordenen Rollator und den gesundheitlichen Zustand von Herrn Kehm, den er selbst als „einigermaßen“ einschätzt. Im Bereich der *Interaktionen* gibt er an, dass er „ab und zu mal, aber nicht so oft“ mit den anderen Bewohnern in der Einrichtung redet. Gründe hierfür liegen eventuell darin, dass er einige Tage in der Woche in der Tagesstätte verbringt.

#### 5.2.4.2. Frau Schmidt

Frau Schmidt (Jahrgang 1933) war zum Zeitpunkt des Interviews 81 Jahre alt. Sie hat eine nicht näher bezeichnete geistige Behinderung und sitzt im Rollstuhl, mit dem sie sich nur schwer selbstständig fortbewegen kann. Generell hat Frau Schmidt einen hohen Unterstützungsbedarf, was sie jedoch eigenständig erledigen kann, macht sie gerne. Zudem ist die sprachliche Konversation mit Frau Schmidt schwierig, da sie in einem starken Dialekt spricht und eine sehr undeutliche Aussprache hat. Auch wird nicht immer deutlich, ob sie

Gesagtes richtig verstanden hat. Früher lebte Frau Schmidt bei ihrer Mutter und zog, als diese nicht mehr für beide sorgen konnte, zusammen mit ihr in das Seniorenheim, in dem sie nunmehr seit ca. 20 Jahren lebt. Gegenwärtig wohnt sie zusammen mit zwei weiteren Bewohnerinnen des Seniorenheims in einem Zimmer. Die Einrichtung wird privat geführt und ist mit 28 Plätzen ein vergleichsweise kleines Seniorenheim.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	1,50
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Interaktionen</i>	1,50
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	4,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	2,50
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	1,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 25:** Zufriedenheitswerte Schmidt

In einigen Kategorien zeichnet sich durch die Zufriedenheitswerte von Frau Schmidt deutlicher Interventionsbedarf für die Einrichtung ab. Einen sehr niedrigen Wert von 1,00 erreicht sie in der Kategorie *Alltagsbewältigung*. In dem Seniorenheim, in dem sie lebt, wird alles für sie erledigt und sie hat – nach eigener Aussage – keine Möglichkeit bei alltagspraktischen Tätigkeiten zu helfen. Das würde sie jedoch gerne, und es ist ihr wichtig. In der Tagesstätte, die sie an fünf Tagen in der Woche besucht kann sie mithelfen und sie bekommt anfallende Arbeiten (beim Kochen, Tisch decken etc.), die sie erledigen kann, zugeteilt.

Durch ihren hohen Unterstützungsbedarf bekommt sie bei ihren intimen Verrichtungen stets Hilfe von der Nachtschwester, wie sie selbst sagt. Von daher ist es ihr nicht möglich, morgens alleine aufzustehen, sich selbstständig anzuziehen oder zu waschen. Dieser Punkt hat ebenfalls Auswirkungen auf den

Zufriedenheitswert im Bereich der *Körperpflege* (1,50). Hier ist sie stets auf Unterstützung durch das Betreuungs- und Pflegepersonal angewiesen.

In der Kategorie *Interaktionen* (1,50) wird deutlich, dass Frau Schmidt an Unternehmungen oder Ausflügen des Seniorenheims nicht oft teilnimmt bzw. auch nur wenig Kontakt zu den anderen Bewohnern hat. Aus dem Interview wird ersichtlich, dass es in der Alteneinrichtung, in der Frau Schmidt lebt, kein großes Angebot für die Tagesstrukturierung gibt. Dieser Sachverhalt wurde durch die Leitung der Tagesstätte bestätigt.

Frau Schmidt kann die Uhr lesen und ihren Namen schreiben. Die Frage, ob sie Buchstaben lesen könne, verneint sie, weshalb der Zufriedenheitswert in der Kategorie *Verstandesfähigkeit* mit 2,50 leicht niedriger ist.

#### 5.2.4.3. Frau Kammel

Frau Kammel (Jahrgang 1947) war zum Zeitpunkt des Interviews 67 Jahre alt. Bei ihr liegt eine nicht näher diagnostizierte geistige Behinderung vor. Im Jahr 2012 zog sie vom Elternhaus, in dem sie alleine lebte, zunächst in ein Seniorenheim. Nach einem Jahr entschied sie sich jedoch für einen Umzug in ein anderes Seniorenheim, in dem sie nun seit 2013 in einem Einzelzimmer lebt.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	1,50
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	1,67
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	2,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 26:** Zufriedenheitswerte Kammel

Die Zufriedenheitswerte von Frau Kammel zeigen in den Kategorien *Körperpflege, Physische Funktionen und Strukturen* sowie *Alltagsbewältigung* Interventionsbedarf für die Einrichtung auf. Die übrigen Werte lassen eine hohe Zufriedenheitsbewertung von Frau Kammel zu.

Im Bereich der *Körperpflege* (1,50) gibt sie an, dass sie sich nicht alleine waschen kann und dabei stets auf die Unterstützung der Betreuerin angewiesen ist.

In der Kategorie *Physische Funktionen und Strukturen* (1,67) sagt sie, einige Probleme mit dem Spüren der Hände und Füße zu haben. Zudem kann sie nicht mehr so gut sehen und hören. Beides beeinträchtigt sie nicht in ihren alltäglichen Verrichtungen, jedoch ist es ihr wichtig, ein gutes Körpergefühl zu haben.

Im Bereich der *Alltagsbewältigung* (2,00) würde Frau Kammel gerne mehr bei alltagspraktischen Tätigkeiten mithelfen. Im Seniorenheim wird ihr weitestgehend alles abgenommen und für sie erledigt.

#### *5.2.4.4. Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung*

Auch, wenn alle drei interviewten Personen in unterschiedlichen Wohneinrichtungen leben, werden im Folgenden die festgestellten Zufriedenheitswerte diskutiert und Interventionsmöglichkeiten formuliert. Dabei wird Bezug auf die jeweiligen Wohneinrichtungen genommen.

Wie bereits beschrieben, bewohnen alle drei Personen reguläre Alten- oder Pflegeheime. Interessant erscheint die Tatsache, dass die Durchschnittszufriedenheitswerte, wie in Tab. 27 abgebildet, die niedrigsten Werte aller interviewten Personen darstellen (vgl. Gesamtübersicht, Tab. 12.).

<b>Kategorien</b>	<b>Hr. Kehm</b>	<b>Fr. Schmidt</b>	<b>Fr. Kammel</b>
<i>Ernährung</i>	3,00	3,00	3,00
<i>Mobilität</i>	2,50	3,00	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00	1,50	1,50
<i>Psychisches Erleben</i>	2,00	3,00	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00	3,00	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,25	3,00	1,67
<i>Interaktionen</i>	2,67	1,50	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00	3,00	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	2,00	4,00	3,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00	3,00	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00	3,00	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	1,50	2,50	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	2,00	3,00	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	2,33	1,00	2,00
<i>Unterkunft</i>	3,00	3,00	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	1,50	3,00	3,00
<i>Schutz</i>	3,00	3,00	3,00
<b>Ø</b>	2,51	2,74	2,77

**Tab. 27:** Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung IV

Kategorie	Kernbereich
<i>Mobilität</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>
<p>Herr Kehm ist aus altersbedingten Gründen auf einen Rollator angewiesen, wenn er längere Strecken zu Fuß zurücklegt. Auch ist sein genereller Gesundheitszustand, nach eigenen Aussagen, einigermaßen stabil. Interventionsmöglichkeiten könnten gegeben sein durch Mobilitätstrainings und Übungen zur Vermeidung von SRS-Unfällen<sup>39</sup>. Hierdurch kann seine Bewegungsfähigkeit stabilisiert und gesteigert sowie eventuell vorhandene Ängste vor Stürzen abgebaut werden. Jedoch sollte das in enger Kooperation mit Angeboten der Physio- und Ergotherapie erfolgen. Bezüglich des Gesundheitszustandes von Herr Kehm sollte eingehend diagnostiziert werden, welche Probleme vorliegen, und welche therapeutischen Möglichkeiten in Betracht gezogen werden können.</p>	

<sup>39</sup> Auf die Aspekte der SRS-Prophylaxe (Vorbeugung der Unfallursache Stolpern-Rutschen-Stürzen) wird in Kapitel 6.2.1. näher eingegangen.



Kategorie	Kernbereich
<i>Körperpflege</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>
<p>In den Fällen von Frau Schmidt und Frau Kammel liegt in der Kategorie <i>Körperpflege</i> hoher Unterstützungsbedarf vor. Beide Damen geben an, sich nicht alleine waschen oder zurecht machen zu können. Frau Schmidt sitzt im Rollstuhl und kann sich nur schlecht selbst bewegen. Da bei ihr ein hohes Abhängigkeitsverhältnis vorliegt, sollte so gut es geht auf ihre Bedürfnisse Rücksicht genommen und mit ihr die Angebote abgestimmt werden. Frau Kammel wirkt im Interview zunächst körperlich recht agil, zumal sie vor ihrem Einzug in das Wohnheim alleine im Elternhaus lebte. Hier sollten die pflegerischen Angebote der Einrichtung dahingehend überprüft werden, dass ihre wirklichen Bedürfnisse im Vordergrund stehen, und sie soweit wie möglich die Gelegenheit bekommt, eigenverantwortlich zu handeln bzw. zu entscheiden.</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Psychisches Erleben</i>	<i>Menschenwürde und Akzeptanz</i>
<p>Offensichtlich zeigt sich bei Herrn Kehm eine Schwierigkeit im Zeigen und Erkennen von emotionalen Regungen. Hier sollte er ermutigt und unterstützt werden, seine Gefühle zu zeigen und zuzulassen. Es erscheint sinnvoll, in diesem Bereich genauer zu ergründen, welche Bedürfnisse Herr Kehm hat. Darüber hinaus könnte er darin unterstützt werden, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen und diese auch umzusetzen.</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>
<p>In dieser Kategorie zeigen sich bei Herrn Kehm und Frau Kammel niedrige Zufriedenheitswerte. Im Fall von Herrn Kehm ist das auf die mangelnde Befriedigung seiner sexuellen Bedürfnisse zurückzuführen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, ein erweitertes Verständnis von Sexualität zu definieren und eine Reduzierung auf die bloße Triebbefriedigung zu vermeiden (vgl. WILKEN 2014, 177ff). Dementsprechend sollte zunächst geklärt werden, welche Aspekte die Sexualität von Herrn Kehm umfassen, d.h. es ist festzustellen, welches Verständnis von Sexualität bei ihm vorhanden ist. Erst mit</p>	

dieser Kenntnis können sinnvolle Überlegungen zu Interventionsmaßnahmen angestellt werden.

Für Frau Kammel ergibt sich vor allem Interventionsbedarf bezüglich ihres Körperempfindens und -gefühls. Es bleibt medizinisch abzuklären bzw. zu beobachten, warum sie hin und wieder ihre Hände und Füße nicht spüren kann und worin die Ursachen dafür liegen. Hinsichtlich ihrer altersbedingten Seh- und Hörprobleme können sich Unterstützungsmöglichkeiten ergeben, wie sie bereits in Kap. 5.2.2.3. formuliert wurden.

Kategorie	Kernbereich
<i>Interaktionen</i>	<i>Menschenwürde und Akzeptanz</i>

In der Kategorie *Interaktionen* ist es für Frau Schmidt von Bedeutung an Angeboten und Unternehmungen der Einrichtung teilzunehmen, um Kontakt zu anderen Menschen zu bekommen. Aus dem Interview mit Frau Schmidt und einem Gespräch mit der Leitung der Tagesstätte wird deutlich, dass in der Wohneinrichtung jedoch kaum tagesstrukturierende Angebote existieren oder Unternehmungen angeboten werden. Für die Einrichtung können Interventionsmöglichkeiten dahingehend formuliert werden, bestehende Angebote zur Tagesstruktur bedarfsgerecht zu optimieren oder neue zu konzipieren. Hierbei erscheint der Einbezug der Bewohner als unbedingte Voraussetzung für die Planung bedürfnisbefriedigender Angebote.

Im Fall von Herrn Kehm könnten Interventionsmöglichkeiten darin bestehen, ihn in den Alltag der Einrichtung stärker miteinzubeziehen. Dadurch, dass er einige Tage in der Woche die Tagesstätte besucht und somit nicht in der Einrichtung ist, besteht die Gefahr, dass er schnell den Anschluss an die anderen Bewohner verliert. Dem sollte entgegen gewirkt werden, indem für ihn spezifische Möglichkeiten gefunden werden, um sich in das einrichtungsinterne Gesellschaftsleben einzubringen. Diesbezüglich sollte jedoch Rücksprache mit Herrn Kehm getroffen werden, um auf seine Bedürfnisse eingehen zu können.

Kategorie <i>Soziale Kompetenz</i>	Kernbereich <i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Herrn Kehm kann nicht gut mit Konfliktsituationen umgehen, was Auswirkungen auf seine soziale Kompetenz hat. Es sollte gemeinsam mit ihm herausgefunden werden, wann er sich in solchen Situationen befindet, und wie er sich dann fühlt bzw. wie er mit diesen Konflikten umgehen könnte. Abhängig von der Präsenz und Ausprägung der Konfliktsituation kann auch hier ein Mediator zu Rate gezogen werden.</p>	
Kategorie <i>Verstandesfähigkeit</i>	Kernbereich <i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Für Herrn Kehm ergibt sich in dieser Kategorie die Interventionsmöglichkeit, dass ihm regelmäßig die Zeitung zum Lesen zur Verfügung gestellt werden könnte, was gegenwärtig nach seinen Aussagen nicht der Fall ist. Hierbei ist mit ihm abzustimmen, welche Zeitung er gerne lesen möchte (Lokale Tagesszeitung, Fachzeitschriften etc.).</p> <p>Im Fall von Frau Schmidt könnten gezielte Angebote zur Förderung ihrer Lesefähigkeit Abhilfe schaffen, da sie im Interview angibt, nicht richtig lesen zu können.</p>	
Kategorie <i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	Kernbereich <i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Es hat den Anschein, dass Herr Kehm seine kreativen Entfaltungsmöglichkeiten nicht gänzlich ausschöpfen kann. Mit ihm zusammen sollte erarbeitet werden, welche Angebote für ihn in diesem Bereich bedürfnisgerecht sein können, und in welchen Bereichen seine Interessen liegen. Unter Umständen existieren bereits entsprechende Angebote, die er jedoch nicht wahrnimmt. Zu berücksichtigen ist sein erst kürzlich erfolgter Umzug in diese Einrichtung und die damit verbundene kurze Dauer, die er bisher dort lebt. Eine strukturelle Routine ist bei ihm unter Umständen noch nicht ausgeprägt.</p>	

Kategorie <i>Alltagsbewältigung</i>	Kernbereich <i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>In dieser Kategorie ergibt sich für alle drei Personen Interventionsbedarf für die Einrichtungen. Bei allen wird deutlich, dass sie gerne mehr bei alltagspraktischen Tätigkeiten mithelfen würden. Herr Kehm kann zwar selbst einkaufen, wenn er etwas benötigt, dennoch würde er gerne mehr mithelfen. Da Frau Kammel vor ihrem Einzug in die Wohneinrichtung alleine lebte, besteht bei ihr ein hohes Potenzial an Selbstständigkeit, das sie nach eigenen Aussagen in der Einrichtung nicht ausschöpfen kann, da alles für sie erledigt wird. In beiden Fällen könnte die jeweilige Einrichtung Tätigkeitsfelder erarbeiten, in denen sich sowohl Herr Kehm als auch Frau Kammel einbringen können. Denkbar wäre eine Unterstützung beim Tisch decken zu den Mahlzeiten, das mithelfen in der Spülküche oder die eigenständige Reinigung der Zimmer.</p> <p>Trotz ihres hohen Unterstützungsbedarfs ergeben sich auch für die Einrichtung von Frau Schmidt Interventionsmöglichkeiten in alltagspraktischen Tätigkeiten. In der Tagesstätte beispielsweise bekommt sie Arbeiten im hauswirtschaftlichen Bereich (Besteck sortieren, für das Essen das Besteck in Servietten wickeln), die sie gut alleine am Tisch ausführen kann.</p> <p>Generell wird deutlich, dass alle drei interviewten Personen zu ihrer Selbstständigkeit zurückfinden und durch eigenständiges Handeln in ihrem Alltag partizipieren wollen.</p>	
Kategorie <i>Persönliches Eigentum</i>	Kernbereich <i>Anerkennung und Sicherheit</i>
<p>Es sollte im Fall von Herr Kehm dringend geklärt werden, was mit seinem persönlichen Eigentum geschehen ist. Im Interview gibt er an, dass er nichts besäße, das nur ihm alleine gehören würde. Nicht auszuschließen ist jedoch die Vermutung, dass Herr Kehm unter Umständen die Frage nicht richtig verstanden hat. Die Einrichtung weist in ihrem Konzept daraufhin, dass das Mitbringen eigener Möbel und Erinnerungsstücke deutlich erwünscht ist. Dieser Sachverhalt sollte noch einmal überprüft und mit Herrn Kehm besprochen werden.</p>	

### 5.2.5. Einrichtung V

Die Einrichtung, in der die nachfolgenden beiden Personen leben, ist ein Wohnheim für Menschen mit Behinderung. Das Wohnheim liegt so zentral, dass die Infrastruktur der Stadt in wenigen Gehminuten zu erreichen ist. Es umfasst 24 Wohnplätze in Einzelzimmern für Menschen unterschiedlichen Alters. Die beiden nachfolgend beschriebenen Damen konnten dort besucht und interviewt werden.

#### 5.2.5.1. Frau Best

Frau Best (Jahrgang 1949) war zum Zeitpunkt des Interviews 65 Jahre alt. Sie hat eine diagnostizierte leichte Intelligenzminderung (F70.0) und benutzt zur Unterstützung einen Rollator. In der Einrichtung lebt sie seit 2008 und bewohnt ein Einzelzimmer. Wie Frau Best vor ihrem Einzug in das Wohnheim gewohnt hat, konnte leider nicht ermittelt werden.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	4,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	4,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	2,50
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 28:** Zufriedenheitswerte Best

Die Zufriedenheitswerte von Frau Best zeigen lediglich einen minimalen Interventionsbedarf für die Einrichtung im Bereich des *Persönlichen Eigentums* (2,50). Wie aus Tabelle 11 (Kap. 4.3.1.) ersichtlich wird, umfasst diese Kategorie neben materiellen Gütern auch geistiges Eigentum. Bei der Frage, ob

Frau Best ihre Ideen umsetzen und eigene Entscheidungen treffen könne, äußert sie, dass schon alles mit den Betreuern abgesprochen werden muss. Generell könne sie ihre Ideen jedoch umsetzen und verwirklichen.

Frau Best wirkt sehr zufrieden mit ihrem Leben und in der neuen Lebensphase des Ruhestands, was sich in den Zufriedenheitswerten widerspiegelt.

#### 5.2.5.2. Frau Nohl

Frau Nohl (Jahrgang 1941) war zum Zeitpunkt des Interviews 73 Jahre alt. Laut Aktenlage hat sie eine nicht näher bezeichnete Minderbegabung mit Impulsstörung (F29.-) und eine leichte, altersbedingte Sehschwäche. Bis zu ihrem Einzug in das Wohnheim im Jahr 2008 lebte sie im ambulant betreuten Wohnen. Im Wohnheim bewohnt sie ein Einzelzimmer.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	2,50
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,67
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 29:** Zufriedenheitswerte Nohl

Auch die Zufriedenheitswerte von Frau Nohl bescheinigen der Einrichtung einen geringen Interventionsbedarf. Die leicht niedrigen Werte in den Kategorien *Körperpflege* (2,50) und *Physische Funktionen und Strukturen* (2,67) sind darauf zurückzuführen, dass Frau Nohl im Bereich der *Körperpflege* auf Unterstützung des Betreuungspersonals angewiesen ist. Im Bereich der *physischen Funktionen und Strukturen* fällt die altersbedingte Sehschwäche ins Gewicht.

Generell fühle sie sich wohl und es sei alles ok, nur die Augen seien nicht mehr so gut wie früher.

### 5.2.5.3. Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung

Die Zufriedenheitswerte der beiden Damen Best und Nohl liegen in einem „guten“ Bereich (Tab. 30). Die Durchschnittswerte mit 3,09 und 2,95 zeigen im Prinzip keinen Interventionsbedarf für die Einrichtung. Interpretativ scheinen die objektiven Lebensbedingungen positive Effekte auf das subjektive Wohlbefinden der Bewohner (zumindest der beiden hier interviewten Damen) zu nehmen.

<b>Kategorien</b>	<b>Fr. Best</b>	<b>Fr. Nohl</b>
<i>Ernährung</i>	3,00	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00	2,50
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	4,00	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,00	2,67
<i>Interaktionen</i>	3,00	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	4,00	3,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	2,50	3,00
<i>Schutz</i>	3,00	3,00
<b>Ø</b>	3,09	2,95

**Tab. 30:** Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung V

Dennoch werden die einzelnen, subjektiven Zufriedenheitswerte unter einem Wert von 3,00 genauer betrachtet.

Kategorie	Kernbereich
<i>Körperpflege</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>
Einen geringen Interventionsbedarf in der Kategorie <i>Körperpflege</i> lässt sich für Frau Nohl feststellen. Ihr Zufriedenheitswert mit 2,50 ist auf ihren großen	

Unterstützungsbedarf zurückzuführen. Denkbar wäre bezüglich der Körperpflege ein Gespräch mit Frau Nohl, welche Bedürfnisse noch unbeachtet sind und was in der pflegerischen Arbeit noch zu verbessern wäre.

Kategorie	Kernbereich
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>

Auch hier nehmen gesundheitliche und körperliche Veränderungen Einfluss auf die Zufriedenheitswerte von Frau Nohl. Mit ihr sollten alterstypische Veränderungsprozesse besprochen werden, so dass sie diese besser einordnen kann. Bezüglich des schlechten Sehens kann abgeklärt werden, ob eine entsprechende Sehhilfe Abhilfe schaffen könnte. Generell kann auch hier auf die in Kap. 5.2.2.3. formulierten Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen werden.

Kategorie	Kernbereich
<i>Persönliches Eigentum</i>	<i>Anerkennung und Sicherheit</i>

Der hier erreichte Zufriedenheitswert bezieht sich vordergründig auf das geistige Eigentum von Frau Best. Es wird deutlich, dass sie zwar ihre Ideen umsetzen kann, jedoch alles mit dem Betreuungspersonal besprochen werden muss. Ansatzweise könnten die Bewohner intensiver in die Planung der tagesstrukturierenden Angebote einbezogen werden.

### 5.2.6. Einrichtung VI

Diese Einrichtung ist ein Wohnheim für Menschen mit Behinderungen mit 36 Plätzen. Alle Zimmer sind Einzelzimmer mit einem kleinen Balkon. Es liegt am Stadtrand nahe eines Parks, der schnell zu Fuß erreichbar ist.

#### 5.2.6.1. Frau Zech

Frau Zech (Jahrgang 1950) war zum Zeitpunkt des Interviews 64 Jahre alt. Laut Aktenlage hat sie das Prader-Willi-Syndrom (Q87.1), eine Intelligenzmin- derung (F79.9) und Elefantiasis (I89.0). Sie benutzt zur Unterstützung einen Rollator, da sie Arthrose im Knie hat und daher nicht gut laufen kann. In der Einrichtung lebt sie seit 1989; zuvor lebte sie zu Hause bei ihrer Mutter.



<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	2,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,67
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	2,50
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	2,50
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	2,67
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 31:** Zufriedenheitswerte Zech

In der Analyse der Zufriedenheitswerte von Frau Zech wird deutlich, dass Interventionsbedarf vor allem im Bereich ihres Gesundheitszustandes besteht. Bedingt durch die Arthrose kann sie nicht mehr gut Treppen steigen und fühlt sich generell nicht immer fit und gesund (Kategorie *Mobilität*: 2,00). Das hat ebenfalls Auswirkungen auf die Kategorie *Physische Funktionen und Strukturen* (2,67). Hier gibt sie an, dass sie sich zwar relativ gut bewegen, aber keine längeren Strecken mehr laufen kann.

Im Bereich *Verhalten* (2,50) zeigt sich, dass Frau Zech mit einem Mitbewohner nicht klar kommt und diesen nicht leiden kann. Auch hat sie hin und wieder die Erfahrung gemacht, dass fremde Menschen nicht immer freundlich zu ihr sind, was sie jedoch als wichtig erachtet.

In der Kategorie *Verstandesfähigkeit* (2,50) gibt sie an, ein wenig lesen und ihren Namen schreiben zu können. Rechnen kann sie nicht, aber mit Geld kann sie umgehen und kommt damit gut klar. Des Weiteren gibt sie im Bereich der *Vorstellungskraft und Kreativität* (2,67) an, dass sie früher nicht gerne gemalt und gebastelt hat, was sich mittlerweile jedoch geändert habe, denn sie sei froh, wenn sie etwas mache.

### 5.2.6.2. Frau Flint

Frau Flint (Jahrgang 1943) war zum Zeitpunkt des Interviews 71 Jahre alt. Laut Aktenlage liegt bei ihr eine Trisomie 21 (Down-Syndrom, Q90.9) und eine nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79.0) sowie Hypertonie (I10.9) vor. Seit 1985 lebt sie in diesem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen in das sie von ihrem Elternhaus einzog.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	2,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	2,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,50
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 32:** Zufriedenheitswerte Flint

Die Zufriedenheitswerte von Frau Flint weisen nur einen geringen Interventionsbedarf für die Einrichtung in den Kategorien *Mobilität* (2,00) und *Verhalten* (2,00) auf. Im Bereich der *Mobilität* gibt sie an, nur mit dem Betreuungspersonal nach draußen gehen zu können und zur Sicherheit einen Rollator zu benutzen, da sie sich mittlerweile nur noch langsam bewegen könne.

In der Kategorie *Verhalten* teilt Frau Flint mit, dass andere Menschen, die sie beispielsweise auf der Straße trifft nicht immer freundlich zu ihr sind. Das ist ihr jedoch wichtig, denn sie ist auch immer freundlich.

Generell konnten in dem Interview mit Frau Flint nicht immer eindeutige Antworten identifiziert werden. Zudem wirkte sie sehr nervös und unsicher. Jedoch äußerte sie klar, dass sie sich in dem Wohnheim sehr wohl fühle und es ihr dort besser ginge als anderswo.

### 5.2.6.3. Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung

Die Zufriedenheitswerte der beiden Damen Zech und Flint liegen in einem guten Bereich (Tab. 33). Wenngleich ein geringer Interventionsbedarf für die Einrichtung besteht, scheinen sich die objektiven Lebensbedingungen in diesem Wohnheim positiv auszuwirken.

<b>Kategorien</b>	<b>Fr. Zech</b>	<b>Fr. Flint</b>
<i>Ernährung</i>	3,00	3,00
<i>Mobilität</i>	2,00	2,00
<i>Körperpflege</i>	3,00	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,67	3,00
<i>Interaktionen</i>	3,00	3,00
<i>Verhalten</i>	2,50	2,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00	3,50
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	2,50	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	2,67	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00	3,00
<i>Schutz</i>	3,00	3,00
<b>Ø</b>	2,84	2,91

**Tab. 33:** Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung VI

Geringer Interventionsbedarf ergibt sich für die Einrichtung in den nachfolgend beschriebenen Bereichen, in denen der Zufriedenheitswert unter 3,00 liegt.

Kategorie	Kernbereich
<i>Mobilität</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>
<p>In beiden Fällen wirken sich körperliche Beschwerden negativ auf die Mobilität aus. Für Frau Zech ist eine Arthrose stark mobilitätseinschränkend. Durch diese hat sie große Beschwerden beim Treppensteigen und längerem Laufen. Zudem könnten aufgrund ihres Prader-Willi-Syndroms sowie der vorliegenden Elefantiasis zusätzliche Skelettveränderungen und -erkrankungen auftreten, die weitere gesundheitliche Komplikationen mit sich bringen können (vgl. HAVEMAN &amp; STÖPPLER 2014a, 188). Gesundheitsfördernde</p>	

Bewegungsübungen sollten durchgeführt werden, um eine Verschlimmerung der körperlichen Beschwerden und altersbedingten Probleme im Muskel-Skelett-System zu verhindern und die Beweglichkeit zu erhalten. Übungen zur Vermeidung von SRS-Unfällen würden sich günstig auf die Bewegungsstabilität auswirken. Gerade im Alter kann körperliche Aktivität immens wichtig sein, um den negativen Folgen einer Nichtaktivität entgegenzuwirken (vgl. ebd., 153). Für Frau Zech wären zudem (falls nicht ohnehin bereits vorhanden) konservative Behandlungsmethoden ihrer Arthrose wie Physiotherapie und Krankengymnastik von Vorteil.

Im Fall von Frau Flint kommt hinzu, dass sie sehr unsicher wirkt und sich stets beim Betreuungspersonal rückversichern muss. Hier wäre zu überlegen, ihr Selbstbewusstsein und ihre Selbstsicherheit zu stärken, indem sie z.B. ermutigt wird, eigene Entscheidungen zu treffen.

Kategorie	Kernbereich
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>

Die Interventionsmöglichkeiten für Frau Zech hinsichtlich der Kategorie *Physische Funktionen und Strukturen* überschneiden sich mit denen aus der Kategorie Mobilität. Die negativen Auswirkungen auf den Zufriedenheitswert dieser Kategorie begründen sich aus ihren gesundheitlichen und körperlichen Beschwerden.

Kategorie	Kernbereich
<i>Verhalten</i>	<i>Menschenwürde und Akzeptanz</i>

Beide Damen äußern, dass fremde Menschen nicht immer freundlich zu ihnen sind. Hier können sie darin ermutigt werden, diese Menschen zu ignorieren und negative Gefühle nicht aufkommen zu lassen. Denkbar wäre auch eine psychologische Aufbereitung oder ein Gesprächskreis, um entsprechende Erlebnisse zu verarbeiten.

Für Frau Zech kommt hinzu, dass sie offensichtlich mit einem Bewohner nicht klar kommt, weil sie ihn nicht leiden kann. Hier sollte eruiert werden, wo das Konfliktpotenzial genau liegt, und ob diesbezüglich Hilfestellungen angebracht wären.

Kategorie <i>Verstandesfähigkeit</i>	Kernbereich <i>Entwicklung und Dasein</i>
Um ihre Kulturtechniken (lesen, schreiben, rechnen) zu festigen, könnten entsprechende Maßnahmen für Frau Zech hilfreich sein, wenn sie das wünscht.	
Kategorie <i>Vorstellungskraft und Kreativität</i>	Kernbereich <i>Entwicklung und Dasein</i>
Durch die Aussage von Frau Zech „Is ma doch froh, wenn man was macht“ wird deutlich, dass sie sich mit den Angeboten der Einrichtung offensichtlich arrangiert hat, auch, wenn diese nicht ihren Interessen entsprechen. Hier wären bedürfnisorientierte Angebote sicherlich hilfreich. Umzusetzen wäre das beispielsweise durch aktive Einbeziehung der Bewohner in die Planung der tagesstrukturierenden Angebote der Einrichtung. Dabei könnten die Bewohner ihre Interessen äußern und zusammen einen Wochenplan entwickeln. Jedoch sollten sie darauf hingewiesen werden, dass nicht immer alle Interessen umgesetzt werden können, und dass hier ein gerechtes Gleichgewicht gefunden werden muss.	

### 5.2.7. Einrichtung VII

Diese Einrichtung ist ein Wohnheim für Menschen mit Behinderungen mit insgesamt 37 Wohnplätzen in Doppel- und Einzelzimmern. Sie liegt zentral in einem Ortskern und ist in das Ortsgeschehen gut eingebunden. Laut Aussagen der Heimleitung sind die Bewohner gern gesehene Gäste auf Gemeinde- oder Vereinsfesten sowie in Gottesdiensten.

#### 5.2.7.1. Frau Fritz

Frau Fritz (Jahrgang 1947) war zum Zeitpunkt des Interviews 66 Jahre alt. Sie ist seit ihrer Geburt aufgrund einer mangelnden Entwicklung der Sehorgane, vollblind. Laut Aktenlage hat sie zudem eine nicht näher bezeichnete geistige Behinderung. Frau Fritz bewegt sich mit einem Rollator fort, allerdings sehr unsicher und nicht ohne Begleitung durch das Betreuungspersonal. 2012 zog sie aus ihrem Elternhaus in die Einrichtung und bewohnt seitdem mit einer anderen Bewohnerin ein Doppelzimmer.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	1,50
<i>Körperpflege</i>	1,50
<i>Psychisches Erleben</i>	3,50
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,75
<i>Interaktionen</i>	2,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	2,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	2,33
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 34:** Zufriedenheitswerte Fritz

In den Zufriedenheitswerten von Frau Fritz zeigt sich in einigen Kategorien Interventionsbedarf für die Einrichtung. In den Kategorien *Mobilität* (1,50) und *Körperpflege* (1,50) zeigen sich niedrige Zufriedenheitswerte. Das ist darauf zurückzuführen, dass Frau Fritz in sehr hohem Maße auf Unterstützung durch das Betreuungspersonal angewiesen ist.

Im Bereich der *Mobilität* zeigt sich, dass Frau Fritz ohne Unterstützung nicht selbstständig laufen kann, da sie sehr unsicher ist. Sie geht nur spazieren oder nach draußen, wenn sie dabei begleitet wird. Spazieren gehen und draußen sein sind ihr jedoch wichtig.

Ebenfalls braucht sie Unterstützung im Bereich der *Körperpflege* und kann nichts selbstständig erledigen. Der hohe Grad ihrer Hilfebedürftigkeit spiegelt sich auch im Zufriedenheitswert der Kategorie *Alltagsbewältigung* (2,33) wieder.

In der Kategorie *Physische Funktionen und Strukturen* (2,75) nimmt die Tatsache, dass Frau Fritz nichts sehen kann, Auswirkungen auf den Zufriedenheitswert. Alle anderen Wahrnehmungsbereiche (auditiv, taktil, kinästhetisch, gustatorisch und olfaktorisch) sind nach ihren Aussagen in Ordnung und funktionieren gut.

Im Bereich der *Interaktionen* (2,00) ist es ihr wichtig, mit den anderen Bewohnern etwas zu unternehmen oder mit ihnen zu reden. Auch sei es ihr wichtig, sich für etwas einzusetzen, was sie jedoch nicht tut oder nicht tun kann.

Der Zufriedenheitswert in der Kategorie *Geistige Fähigkeiten* liegt bei 2,00. Hier gibt Frau Fritz an, dass sie keine Zukunftsvorstellungen habe und sich auch nicht gut an ihre Vergangenheit erinnern könne. Gerade die Erinnerung an die Vergangenheit bewertet sie jedoch als wichtig. Ebenso als wichtig erachtet sie, eine gute Merkfähigkeit zu haben, gibt jedoch an, sich Sachen nicht gut merken zu können.

#### 5.2.7.2. Frau Salzmann

Frau Salzmann (Jahrgang 1939) war zum Zeitpunkt des Interviews 74 Jahre alt. Sie hat eine geistige und eine körperliche Behinderung, die jedoch nie differentialdiagnostisch spezifiziert wurden. Sie ist auf den Rollstuhl angewiesen, kann sich damit jedoch weitestgehend selbstständig fortbewegen. Bevor sie im Jahr 1994 in das Wohnheim zog, lebte sie in ihrem Elternhaus. Sie bewohnt ein Doppelzimmer und fühlt sich wohl mit ihrer Zimmerpartnerin.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	0,50
<i>Psychisches Erleben</i>	3,20
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	2,67
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	4,50

**Tab. 35:** Zufriedenheitswerte Salzmann

Im Interview mit Frau Salzman wurde deutlich, dass sie sich sehr wohl in der Einrichtung fühlt, was sich in ihren Zufriedenheitswerten widerspiegelt. Interventionsbedarf zeigen lediglich die Werte in den Kategorien *Körperpflege* (0,50) und *Alltagsbewältigung* (2,67).

Der Zufriedenheitswert im Bereich der *Körperpflege* ist sehr niedrig, was darauf zurück zu führen ist, dass Frau Salzman besonders hohen Unterstützungsbedarf in diesem Bereich hat. Sie gibt an, sich nicht selbst waschen zu können und auch beim Ankleiden auf Hilfe angewiesen zu sein. Widersprüchliche Angaben macht sie auf die Frage, ob sie sich ihre Kleidung die sie anziehen möchte, selbst aussuchen könne. Daher kann dieser Punkt nicht endgültig beurteilt werden.

In der Kategorie *Alltagsbewältigung* äußert Frau Salzman, dass sie gerne noch mehr bei alltagspraktischen Tätigkeiten helfen möchte.

#### 5.2.7.3. Frau Lemp

Frau Lemp (Jahrgang 1953) war zum Zeitpunkt des Interviews 61 Jahre alt. Sie hat eine nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung. Frau Lemp zog 1999 von zu Hause in die jetzige Einrichtung.

Sie befindet sich derzeit am Übergang in den Ruhestand und geht nur noch Teilzeit in die WfbM arbeiten.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	2,50
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 36:** Zufriedenheitswerte Lemp



Die Zufriedenheitswerte von Frau Lemp lassen durchweg positive Rückschlüsse zu. Einzig in der Kategorie *Verstandesfähigkeit* ist der Wert mit 2,50 minimal niedriger als die anderen Werte der übrigen Kategorien. Das ist darauf zurückzuführen, dass Frau Lemp nicht lesen und nur ein wenig schreiben kann, was sie jedoch als wichtig erachtet.

#### 5.2.7.4. Frau Breuer

Frau Breuer (Jahrgang 1946) war zum Zeitpunkt des Interviews 68 Jahre alt. Laut Aktenlage hat sie eine nicht näher differenzierte Intelligenzminderung. Sie wird seit 1994 von der Einrichtung betreut und lebt derzeit alleine im betreuten Wohnen. Frau Breuer versorgt sich selbst, kommt jedoch jeden Tag in die interne Tagesstruktur des Wohnheims. In diesem Punkt unterscheidet sie sich von allen anderen Teilnehmern dieser Interviewstudie, da sie in keiner stationären Wohnform lebt. Dennoch befindet sie sich in der Obhut dieser Einrichtung, so dass Rückschlüsse zugelassen werden können.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	2,50
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,75
<i>Interaktionen</i>	1,67
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	2,25
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,75
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	4,50

**Tab. 37:** Zufriedenheitswerte Breuer

Die Zufriedenheitswerte zeigen in der Kategorie *Interaktionen* (1,67) deutlichen Interventionsbedarf für die Einrichtung. Frau Breuer steht zwar in Kontakt

mit den anderen Bewohnern und nimmt an Unternehmungen teil, jedoch partizipiert oder engagiert sie sich darüber hinaus nicht am Gemeinschaftsleben in der Wohngruppe (bspw. Heimbeirat). Engagement empfindet sie jedoch als wichtig.

Weiterer Interventionsbedarf zeichnet sich im Bereich der *Sozialen Kompetenz* (2,25) ab. Hier gibt Frau Breuer an, dass sie nicht gut damit umgehen kann, wenn sie mit fremden Menschen zusammen ist.

In der Kategorie *Psychisches Erleben* (2,50) lässt sich feststellen, dass sie nicht alle emotionalen Empfindungen zeigen kann (bspw. Ekel). Für sie ist es jedoch wichtig, diese Empfindungen zeigen zu können.

Geringer Interventionsbedarf lässt sich in der Kategorie *Physische Funktionen und Strukturen* (2,75) feststellen. Das ist darauf begründet, dass ein Auge von Frau Breuer von grünem Star betroffen ist, sie jedoch Angst vor der Untersuchung hat und sich deswegen nicht behandeln lässt.

#### 5.2.7.5. Herr Albrecht

Herr Albrecht (Jahrgang 1952) war zum Zeitpunkt des Interviews 62 Jahre alt; er befindet sich bereits im Ruhestand. Laut Aktenlage liegt bei ihm eine nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung vor. Seit 20 Jahren befindet er sich in der Betreuung durch die Einrichtung und seit zehn Jahren lebt er im betreuten Wohnen. Somit zeigt sich bei ihm die gleiche Situation wie bei Frau Breuer. Auch er besucht regelmäßig an mehreren Tagen in der Woche die interne Tagesstruktur der Einrichtung.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	2,50
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,17
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	3,00
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,50
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	1,50
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 38:** Zufriedenheitswerte Albrecht

In zwei Bereichen zeigt sich bei Herrn Albrecht Interventionsbedarf für die Einrichtung: zum einen in der Kategorie *Ernährung* (2,50). Hier findet Herr Albrecht, dass das Essen, das aus der WfbM geliefert wird, nicht immer gut sei und ihm nicht schmeckt. Zum anderen im Bereich der *Arbeit und Beschäftigung* (1,50). Herr Albrecht ist bereits Rentner, und im Gespräch wird deutlich, dass er keine richtige Beschäftigung hat, mit der er sich kontinuierlich und gerne auseinandersetzt. Er spielt zwar gerne „Mensch-ärgere-dich-nicht“ mit den Betreuern, jedoch ist es ihm wichtig, seine Leistung sichtbar zu machen.

#### 5.2.7.6. Herr Kling

Herr Kling (Jahrgang 1942) war zum Zeitpunkt des Interviews 72 Jahre alt. Laut Aktenlage hat er eine nicht näher differenzialdiagnostisch festgestellte Intelligenzminderung. Er lebt seit 20 Jahren in der Einrichtung und war zuvor vorübergehend im betreuten Wohnen. Im Wohnheim bewohnt er ein Einzelzimmer.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	1,50
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	4,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,75
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,25
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	4,33
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	3,00
<i>Unterkunft</i>	1,67
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	2,50

**Tab. 39:** Zufriedenheitswerte Kling

Die Zufriedenheitswerte von Herrn Kling zeigen in einigen Bereichen Interventionsbedarf für die Einrichtung auf. Besonders mit dem Essen in der Einrichtung scheint Herr Kling unzufrieden zu sein (Kategorie *Ernährung*: 1,50). Er äußert, dass das Essen nicht durch die Verwendung durch Gewürze verfeinert wird und es ihm deswegen nicht schmecken würde.

Ebenfalls einen deutlich niedrigeren Zufriedenheitswert erreicht Herr Kling in der Kategorie *Unterkunft* (1,67). Er empfindet sein Zimmer als zu klein, und er hätte gerne ein etwas Größeres, damit er mehr Platz hat. Zum anderen gefällt ihm, nach eigener Aussage, die Umgebung des Wohnheimes nicht. Das sei ihm jedoch wichtig, da er viel draußen ist und spazieren geht.

Des Weiteren scheint er nicht alle Betreuer im Wohnheim zu mögen bzw. empfindet er manche nicht als freundlich und hilfsbereit.

Im Bereich des *Schutzes* (2,50) fühlt er sich manchmal nicht sicher, was jedoch selten der Fall ist.

In der Kategorie *Physische Funktionen und Strukturen* (2,75) hat die Tatsache, dass Herr Kling auf einem Ohr schwerhörig ist, Auswirkungen auf den Zufriedenheitswert.

### 5.2.7.7. Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung

In dieser Einrichtung weisen die Durchschnittswerte der interviewten Personen eine gute subjektive Zufriedenheit auf, wodurch auch hier objektiv gute Lebensbedingungen für die Bewohner bescheinigt werden können. Einzig im Fall von Frau Fritz (Tab. 40) zeigt sich ein größerer Interventionsbedarf, der zweifelsohne auf ihre Blindheit und den daraus resultierenden hohen Unterstützungsbedarf zurückzuführen ist.

<b>Kategorien</b>	<b>Fr. Fritz</b>	<b>Fr. Salzmann</b>	<b>Fr. Lemp</b>	<b>Fr. Breuer</b>	<b>Hr. Albrecht</b>	<b>Hr. Kling</b>
<i>Ernährung</i>	3,00	3,00	3,00	3,00	2,50	1,50
<i>Mobilität</i>	1,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
<i>Körperpflege</i>	1,50	0,50	3,00	3,00	3,00	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,50	3,20	3,00	2,50	3,17	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,75	3,00	3,00	2,75	3,00	2,75
<i>Interaktionen</i>	2,00	3,00	3,00	1,67	3,00	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,00	3,00	3,00	2,25	3,50	3,25
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00	3,00	3,00	3,00	1,50	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	2,00	3,00	3,00	3,75	3,00	4,33
<i>Verstandesfähigkeit</i>	3,00	3,00	2,50	3,00	3,00	3,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	2,33	2,67	3,00	3,00	3,00	3,00
<i>Unterkunft</i>	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	1,67
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
<i>Schutz</i>	3,00	4,50	3,00	4,50	3,00	2,50
<b>Ø</b>	2,68	2,93	2,97	2,97	2,92	2,94

**Tab. 40:** Überblick der zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung VII

Im weiteren Verlauf werden die einzelnen Kategorien eingehend diskutiert und der Interventionsbedarf für die Einrichtung formuliert.

Kategorie	Kernbereich
<i>Ernährung</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>
<p>Über das Essen, das aus der WfbM geliefert wird, urteilen beide Herren, dass es nicht gut schmecken würde. Hier sollte festgestellt werden, woran es liegen könnte, und ob es noch anderen Bewohnern so geht. Für die Mahlzeiten könnte den Bewohnern die Möglichkeit des Nachwürzens gegeben werden, so dass das Essen der individuellen Geschmacksvorliebe angepasst werden kann. Darüber hinaus könnte eine generelle Evaluation des Essenangebotes durchgeführt und diese mit der Küche der WfbM besprochen werden, um Veränderungsprozesse anstoßen zu können. Denkbar wäre auch das Angebot eines Rentnerkochens, in dem die Bewohner und Teilnehmer der Tagesstruktur ihr Essen selbst kochen.</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Mobilität</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>
<p>Für Frau Fritz zeigt sich großer Interventionsbedarf hinsichtlich ihrer Mobilität und Bewegungsfähigkeit. Besonders deutlich wurde bei ihr die Angst vor Stürzen und der daraus resultierenden mangelnden Bewegung. Für sie wäre von primärer Relevanz, dass sie lernt, sich selbstständig, sicher fortzubewegen (bspw. durch ein spezifisches Orientierungs- und Mobilitätstraining) und zwar bestenfalls unter Zuhilfenahme eines Hilfsmittels wie z.B. ein Blinden-Langstock<sup>40</sup>. Es wäre zu überlegen, ihr ein blindenspezifisches Orientierungs- und Mobilitätstraining zu ermöglichen. Im Sinne des SGB V §33 steht Frau Fritz ein Blinden-Langstock als notwendiges Hilfsmittel zu. Um diesen ordnungsgemäß gebrauchen zu können, werden für blinde und sehbehinderte Menschen spezifische Trainings angeboten. Hierfür ist die „blista – Deutsche Blindenstudienanstalt e.V.“ mit Sitz in Marburg die richtige Ansprechpartnerin. Darüber hinaus könnte zusätzlich ein SRS-Training Abhilfe schaffen und Frau Fritz die nötige Bewegungssicherheit geben, so dass sie keine Angst mehr vor dem Laufen bzw. vor Stürzen haben muss. Diese</p>	

<sup>40</sup> Hilfsmittel und die entsprechende Ausbildung in deren Gebrauch stehen betroffenen Personen im Sinne des §33 SGB V zu, um eine bestehende Behinderung auszugleichen (Abs. 1). Im Falle eines blinden oder sehr stark sehbeeinträchtigten Menschen wären dies zur Orientierung im Haus und außerhalb des Hauses Blindenlangstöcke. (GKV-Hilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 07 Blindenhilfsmittel (<http://www.rehadat.de/gkv3/Gkv.KHS>)).

Angst hat generell negative Auswirkungen auf das Lauf- und Bewegungsverhalten älterer Menschen (vgl. PIEROBON & FUNK 2007, 6), wie sich bei Frau Fritz zeigt.

Kategorie	Kernbereich
<i>Körperpflege</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>

Im Bereich der Körperpflege haben der hohe Unterstützungsbedarf von Frau Fritz und Frau Salzmann Auswirkungen auf ihre Zufriedenheitswerte. In diesem Zusammenhang sollte mit den beiden Damen eruiert werden, was ihnen fehlt und was eventuell verbessert werden könnte.

Kategorie	Kernbereich
<i>Psychisches Erleben</i>	<i>Menschenwürde und Akzeptanz</i>

In ihrem psychischen Erleben zeigt sich nur für Frau Breuer Interventionsbedarf, der darauf zurückzuführen ist, dass sie in manchen Bereichen Schwierigkeiten hat, emotionale Empfindungen zu zeigen und zu deuten. Hier sollte im Gespräch mit ihr festgestellt werden, welche Hilfsangebote für sie von Vorteil sein könnten.

Kategorie	Kernbereich
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>

In dieser Kategorie nehmen wieder altersbedingte Veränderungen der Seh- und Hörfähigkeit Einfluss vor allem auf die Zufriedenheitswerte von Frau Breuer und Herrn Kling. Frau Breuer leidet auf einem Auge an grünem Star, lässt ihn jedoch nicht behandeln, da sie Angst vor der medizinischen Untersuchung hat. Da grüner Star unbehandelt jedoch zur Erblindung führt, sollte diesbezüglich dringend mit ihr gesprochen und sie über mögliche medizinische Eingriffe aufgeklärt werden. Auch sollten ihr Hilfestellungen angeboten werden, damit sie ihre Angst vor medizinischen Untersuchungen überwinden kann. Herr Kling klagt über Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr, benutzt aber keine Hörgeräte mehr. Hier sollte erneut das Gespräch gesucht werden, um ihm die Vorteile eines Hörgerätes nahezubringen.

Obwohl Frau Fritz schon seit ihrer Geburt blind ist, wirkt sie sehr unsicher und ängstlich. Aufgrund ihres späten Umzugs in das Wohnheim (im Jahr

2012) wird vermutet, dass sie sich noch nicht gänzlich mit der neuen Wohnumgebung vertraut gemacht und eingewöhnt hat. Mit dem bereits oben angesprochenen Mobilitätstraining für Frau Fritz könnte ein spezielles Orientierungsleitsystem für die Einrichtung entwickelt und verknüpft werden.

Kategorie	Kernbereich
<i>Interaktionen</i>	<i>Menschenwürde und Akzeptanz</i>

Für Frau Fritz und Frau Breuer scheint das Engagement und sich für etwas einzusetzen wichtig zu sein. Es bleibt zu ermitteln, was die Gründe dafür sind, dass sie es nicht tun. Im Fall von Frau Fritz könnte vermutet werden, dass es mit ihrer mangelnden, selbstständigen Mobilität zusammenhängt. Es sollte mit beiden individuell überlegt werden, in welchen Bereichen sie sich vorstellen könnten, Engagement zu zeigen (bspw. Heimbeirat o.ä.) und wie es umzusetzen wäre.

Kategorie	Kernbereich
<i>Soziale Kompetenz</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>

In sozialen Beziehungsgefügen zeigt sich bei Frau Breuer, dass sie nicht gut mit fremden Menschen umgehen kann. Hier sollte ergründet werden, worauf das zurückzuführen ist und wie sie diesbezüglich unterstützt werden kann. Generell wäre das ein Aspekt, den die Einrichtung aufgreifen sollte. Herr Albrecht sagte im Interview ebenfalls, dass er Probleme mit fremden Menschen hat, was sich zwar nicht in entsprechendem Zufriedenheitswert niederschlägt, trotzdem an dieser Stelle nicht unberücksichtigt bleiben sollte.

Kategorie	Kernbereich
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>

Herr Albrecht zeigt sich generell zufrieden mit den Beschäftigungen, denen er nachgeht. Jedoch wird deutlich, dass es ihm wichtig ist, ein greifbares Ergebnis seiner Beschäftigung zu erreichen. Es wäre speziell für ihn zu überlegen, was für Tätigkeitsfelder ihm angeboten werden könnten, mit denen er hinterher ein Ergebnis vorliegen hat (z.B. handwerkliche Betätigungen). Hier sollten gemeinsam mit ihm seine Interessen und Fähigkeiten erarbeitet werden, um ihm bedürfnisgerechte Angebote machen zu können.



Kategorie	Kernbereich
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Durch das Interview mit Frau Fritz wird deutlich, dass ihre Merkfähigkeit nicht sehr ausgeprägt ist und sie sich nicht gut an ihre Vergangenheit erinnern kann. Interventionsmöglichkeiten wären zum einen in gezielten Gedächtnis-trainings zur Verbesserung ihrer Merkfähigkeit zu finden. Zum anderen könnte mit Frau Fritz Biografiearbeit durchgeführt werden, um ihr die Möglichkeit zu geben, ihre Vergangenheit wieder ins Bewusstsein zu rufen und aufzuarbeiten.</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Verstandesfähigkeit</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>In dieser Kategorie ergibt sich für Frau Lemp Interventionsbedarf, da sie angibt, nicht lesen und nur ein bisschen schreiben zu können. Wenn es dem Bedürfnis von Frau Lemp entspricht, könnten das Erlernen (zumindest Grundfähigkeiten) und die Förderung von lesen und schreiben eine mögliche Option sein.</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Alltagsbewältigung</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Durch den vorliegenden hohen Unterstützungsbedarf der beiden Damen Fritz und Salzmann zeichnet sich Interventionsbedarf hinsichtlich alltäglicher Verrichtungen ab. Dennoch unterscheiden sich die Bedürfnislagen: Frau Fritz benötigt in erster Linie Förderung ihrer Selbstständigkeit. Hier könnten auch Strategien der Hilfe zur Selbsthilfe günstig sein. Für Frau Salzmann ist die Partizipation an alltagspraktischen Tätigkeiten von Belang. Es könnten ihr einfache Arbeiten wie Besteck sortieren, Tische decken etc. zugetraut werden.</p>	

Kategorie	Kernbereich
<i>Unterkunft</i>	<i>Anerkennung und Sicherheit</i>
<p>Betreffend seiner Unterkunft zeigt sich Herr Kling mit einigen Dingen unzufrieden. Zum einen empfindet er sein Zimmer als zu klein, und die Umgebung gefällt ihm nach eigenen Aussagen nicht. Zum anderen scheint er mit einigen Betreuern der Einrichtung nicht gut klar zu kommen, was hin und wieder Konfliktpotenzial mit sich bringt. Hier sollten zunächst die genauen Bedürfnislagen von Herrn Kling geklärt werden. Darüber hinaus wäre zu überlegen, ob eine Supervision mit Herrn Kling und den betroffenen Betreuungspersonen angebracht und hilfreich sein könnte.</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Schutz</i>	<i>Anerkennung und Sicherheit</i>
<p>Herr Kling kommuniziert im Interview, dass er sich nicht immer sicher fühlt. Die genauen Gründe hierfür bleiben zu ermitteln, um anschließend adäquat darauf reagieren zu können. Es sollte mit ihm geklärt werden, auf welche Bereiche er das zurückführt, und was getan werden kann, damit er sich nicht mehr unwohl und sicher fühlt.</p>	

### 5.2.8. Einrichtung VIII

Diese Einrichtung ist ein Wohnheim für Menschen mit Behinderungen, das zentral in der Stadt liegt. In die Innenstadt und zum Bahnhof sind es zu Fuß nur wenige Gehminuten. Die Einrichtung bietet 16 stationäre Plätze in Einzelzimmern sowie einen Wohnkomplex für stationär begleitetes Wohnen.

#### 5.2.8.1. Frau Till

Frau Till (Jahrgang 1947) war zum Zeitpunkt des Interviews 67 Jahre alt. Sie hat eine nicht näher bezeichnete geistige Behinderung und benutzt einen Rollator. Früher lebte Frau Till mit ihrer Mutter zusammen, bis sie schließlich in ein Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung zog. Seit 1995 lebt sie im betreuten Wohnen, das an diese Einrichtung angegliedert ist. Frau Till versorgt sich selbst, hat aber eine persönliche Betreuerin.

<b>Kategorien</b>	<b>Wert</b>
<i>Ernährung</i>	3,00
<i>Mobilität</i>	3,00
<i>Körperpflege</i>	3,00
<i>Psychisches Erleben</i>	3,00
<i>Psychische Funktionen und Strukturen</i>	3,67
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	2,67
<i>Interaktionen</i>	3,00
<i>Verhalten</i>	3,00
<i>Soziale Kompetenz</i>	3,25
<i>Arbeit und Beschäftigung</i>	3,00
<i>Geistige Fähigkeiten</i>	3,00
<i>Verstandesfähigkeit</i>	1,00
<i>Vorstellungsfähigkeit und Kreativität</i>	3,00
<i>Alltagsbewältigung</i>	2,00
<i>Unterkunft</i>	3,00
<i>Persönliches Eigentum</i>	3,00
<i>Schutz</i>	3,00

**Tab. 41:** Zufriedenheitswerte Till

Einen niedrigen Zufriedenheitswert erreicht Frau Till im Bereich der *Verstandesfähigkeit* (1,00). Das ist darauf zurückzuführen, dass sie nicht lesen, schreiben und rechnen kann, was sie aber gerne gelernt hätte. Sie ging zunächst in die Schule, jedoch gibt sie an, dass sie von den anderen Kindern gehänselt und gedemütigt wurde, so dass ihre Mutter sie daraufhin nicht mehr in die Schule schickte. Hinzu kam, dass die Mutter pflegebedürftig wurde und Frau Till ihre Pflege übernahm.

In der Kategorie *Alltagsbewältigung* zeigt sich ein Zufriedenheitswert von 2,00. Begründungsansätze lassen sich auf die Angaben von Frau Till bezüglich ihres Freizeitverhaltens formulieren. Hier gibt sie an, dass sie nicht machen könne, was sie wolle, sondern zuvor Rücksprache mit den Betreuern halten muss. Jedoch kann sie frei zwischen den Angeboten wählen, die ihr gemacht werden. Das heißt, wenn sie keine Lust auf eine Freizeitaktivität hat, kann sie sich frei dagegen entscheiden.

Im Bereich *Physische Funktionen und Strukturen* (2,67) haben vor allem körperliche Beschwerden Auswirkungen auf den Zufriedenheitswert. Frau Till klagt über Schmerzen im Rücken und gelegentliche Taubheitsgefühle in Händen und Füßen.

### 5.2.8.2. Interpretation der Ergebnisse und Interventionsmöglichkeiten für die Einrichtung

Zwar lebt Frau Till im betreuten Wohnen, dennoch wird sie durch die Einrichtung betreut. Demnach können Interventionsmöglichkeiten formuliert und die Zufriedenheitswerte unter 3,00 von Frau Till beleuchtet werden.

<b>Kategorien</b>	<b>Fr. Till</b>
Ernährung	3,00
Mobilität	3,00
Körperpflege	3,00
Psychisches Erleben	3,00
Psychische Funktionen und Strukturen	3,67
Physische Funktionen und Strukturen	2,67
Interaktionen	3,00
Verhalten	3,00
Soziale Kompetenz	3,25
Arbeit und Beschäftigung	3,00
Geistige Fähigkeiten	3,00
Verstandesfähigkeit	1,00
Vorstellungsfähigkeit und Kreativität	3,00
Alltagsbewältigung	2,00
Unterkunft	3,00
Persönliches Eigentum	3,00
Schutz	3,00
∅	2,86

**Tab. 42:** Überblick der Zufriedenheitswerte und der Durchschnittswerte Einrichtung VIII

Kategorie	Kernbereich
<i>Physische Funktionen und Strukturen</i>	<i>Funktionalität und Gesundheit</i>
Die Schmerzen, die Frau Till gelegentlich im Rücken hat und die Taubheitsgefühle in den Händen und Füßen nehmen Einfluss auf den Zufriedenheitswert dieser Kategorie. Die gesundheitlichen Einschränkungen sollten durch regelmäßige medizinische Untersuchungen beobachtet, respektive die Ursachen dafür diagnostiziert werden. Einer Verschlechterung sollte durch konservative Behandlungsmethoden wie Physiotherapie und Krankengymnastik entgegengewirkt werden.	

Kategorie	Kernbereich
<i>Verstandesfähigkeit</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Die fehlende schulische Bildung beeinflusst sehr den Zufriedenheitswert der Kategorie Verstandesfähigkeit. Im Interview wird deutlich, wie gern Frau Till eine Schule besucht hätte. Lesen und schreiben zu können, empfindet sie als wichtig. Implizit findet das Verstärkung mit der Tatsache, dass sie sich jeden Tag eine Zeitung kauft, die sie dann durchblättert und anschaut. In ihrem Alter noch lesen und schreiben zu lernen sei jedoch – nach ihren Aussagen – nicht mehr möglich. Frau Till sollte hier dahingehend unterstützt werden, dass ihre schlechten Erfahrungen aus der Kindheit aufgearbeitet werden, wenn sie es möchte. Darüber hinaus könnten entsprechende Lern- und Bildungsangebote ihre kognitiven Fähigkeiten fördern und stabilisieren.</p>	
Kategorie	Kernbereich
<i>Alltagsbewältigung</i>	<i>Entwicklung und Dasein</i>
<p>Interventionsmöglichkeiten könnten dahingehend formuliert werden, dass individuelle Angebote zur Freizeitgestaltung für Frau Till gemacht werden. Mit ihr zusammen sollten bedürfnisorientierte Freizeit- und tagesstrukturierende Aktivitäten entsprechend ihren Interessen entwickelt werden. Dabei ist es wichtig, ihr Raum für ihre eigenen Ideen und Vorstellungen zu geben.</p>	

### 5.3. Fazit

Im Fokus des Kapitel fünf steht die Zufriedenheitserfassung mit dem Interventionsframework *sensiQoL*<sup>®</sup>. Insgesamt wurden 22 Personen im Alter von 61 bis 82 Jahren (Ø-Alter: 69,23 Jahre) in acht Einrichtungen besucht und interviewt. Mit der Auswertungssystematik des Erhebungsinstrumentes (vgl. Kap. 4.3.2.3.) wurden die Interviews zunächst auf statistischer Basis analysiert und die LQ-Werte für jeden einzelnen Teilnehmer generiert. Durch die primäre Ausrichtung des Forschungskontextes auf die subjektive Lebensqualität, im Spannungsfeld geistiger Behinderung und der Lebensphase Alter, werden die einzelnen LQ-Werte auf individueller Ebene für jeden Interviewpartner ausführlich dargestellt und interpretiert. Auf Grundlage dieser Werte, konnten Interventionsmöglichkeiten für die jeweiligen Einrichtungen abgeleitet werden, die notwendig erscheinen, um die individuelle Lebensqualität der betreffenden

Person zu verbessern. Es sei jedoch noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die gewonnenen LQ-Werte in dieser ersten Analyse lediglich Tendenzen aufzeigen können. Ein weiteres, intensives Analyseverfahren, besonders in den Bereichen mit niedrigen LQ-Werten, ist unbedingte Voraussetzung für eine zuverlässige und nachhaltige Reflektion der einzelnen Aspekte (vgl. OBERHOLZER 2013, 235).

Das detaillierte Vorgehen, das zur Beschreibung der LQ-Werte jedes einzelnen Teilnehmers vorgenommen wurde, hat den Nachteil, langatmig zu wirken und den Lesefluss beschwerlich zu gestalten. Jedoch bilden die Erkenntnisse aus Kapitel fünf den Hauptteil der Arbeit sowie das Fundament für die Ergebnissicherung (vgl. Kap. 6.). Die Vollständigkeit und die Detailliertheit des Datenkorpus sind für den (auto-)ethnografischen Betrachtungsrahmen von Bedeutung, da somit nichts Wichtiges (oder unwichtig Erscheinendes) verloren geht (vgl. BREIDENSTEIN ET AL. 2013, 98).

„In Bezug auf den Grad der Detailliertheit und den Umfang dessen, was beschrieben wird, sollten Protokolle immer etwas über das Ziel hinausschießen, also immer ein bisschen mehr beschreiben und ein bisschen genauer, als man es in der Gegenwart für notwendig hält, weil man noch nicht weiß, was in Zukunft von dem Beschriebenen wichtig werden wird“ (ebd., 98).

Auf statistischer Ebene wurden für einen Gesamtüberblick der LQ-Werte, für jeden Probanden und jede Kategorie die Durchschnittswerte errechnet. Zwar sind diese für die subjektive Bedeutung weitgehend unerheblich, jedoch lassen sich einige interessante Beobachtungen diesbezüglich formulieren.

Auf personeller Ebene lässt sich feststellen, dass den niedrigsten Durchschnitt der LQ-Werte jene Personen erreichen, die in einem regulären Alten- und Pflegeheim untergebracht sind: Herr Kehm ( $\bar{x}$  2,51), der erst seit wenigen Monaten in der gegenwärtigen Einrichtung lebt sowie Frau Windschopp ( $\bar{x}$  2,52) und Frau Knopp ( $\bar{x}$  2,61), die beide in derselben Einrichtung wohnen. Frau Fritz ( $\bar{x}$  2,68) lebt zwar in einem behinderungsspezifischen Wohnheim, in das sie allerdings erst im Jahr 2012 vom Elternhaus eingezogen ist. Es wird vermutet, dass sie sich aufgrund ihrer Amaurose noch nicht auf die neuen (räumlichen und strukturellen) Gegebenheiten eingestellt hat, da sie die niedrigsten LQ-Werte u.a. in den Kategorien *Mobilität*, *Körperpflege* und *Alltagsbewältigung* hat.

Werden die Durchschnittswerte der einzelnen Kategorien miteinander verglichen, stechen insbesondere vier Werte heraus, die ausdrücken, dass die Prioritäten der Probanden nicht ihren Fähigkeiten/Möglichkeiten entsprechen. Im Kernbereich *Entwicklung und Dasein* betrifft das die Kategorien *Verstandesfähigkeit* ( $\bar{X}$  2,45, niedrigster Wert aller Kategorien) und *Alltagsbewältigung* ( $\bar{X}$  2,64). Hier zeigen sich die Auswirkungen der Fremdbestimmung, mit der die Personen konfrontiert waren (mangelnde Schulbildung aufgrund des Stigmas ‚bildungsunfähig‘ zu sein) oder auch heute noch sind (feste Strukturen und Vorgaben in stationären Einrichtungen und durch Betreuungspersonen).

Zwei weitere niedrige Durchschnittswerte finden sich in den Kategorien *Körperpflege* ( $\bar{X}$  2,59) und *Mobilität* ( $\bar{X}$  2,68) des Kernbereichs *Funktionalität und Gesundheit*. Beide Kategorien werden maßgeblich von altersbedingten Veränderungen der Probanden beeinflusst – durch eingeschränkte Bewegungsfreiheit benötigen die Menschen in beiden Kategorien personelle oder technische Hilfestellungen.

Ein weiterer zu berücksichtigender Durchschnittswert findet sich in der Kategorie *Interaktionen* ( $\bar{X}$  2,64) des Kernbereichs *Menschwürde und Akzeptanz*. Insbesondere wenige Kontakte zu sozialen Netzwerken und mangelnde Teilhabe an gesellschaftlichen Lebensbereichen beeinträchtigen die Zufriedenheitswerte der Teilnehmer.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Berechnung der Durchschnittswerte ausschließlich der Darstellung von Tendenzen für einen Interventionsbedarf bezüglich entsprechender Kernbereiche bzw. Kategorien dient. Individuelle Aussagen über subjektives Wohlbefinden einzelner Teilnehmer können anhand solcher statistischer Beschreibungen nicht getroffen werden. Für Einrichtungen, die die Lebensqualität ihrer Bewohner nachhaltig verbessern wollen, ist es unabdingbar, dass die weiteren Analyseschritte des Interventionsframeworks *sensiQoL*® (vgl. Kap. 4.3.) vorgenommen werden.

Die Bedürfnisse der befragten Personen variieren, wie gezeigt wurde; in einigen Bereichen bzw. Kategorien sind sie ähnlich ausgerichtet, und in anderen werden Unzufriedenheiten sehr unterschiedlich eingeschätzt. Die subjektive Ausrichtung des Instrumentes wird hier noch einmal deutlich: wenn die individuellen Vorstellungen der befragten Person bezüglich eines speziellen Lebensbereiches hoch sind, sie jedoch keine Möglichkeit hat, diese Wünsche zu

verwirklichen, sinkt der LQ-Wert und die Person ist unzufrieden. In einem solchen Fall können für die Einrichtung Interventionsmöglichkeiten erarbeitet werden, um die objektiven Gegebenheiten hinsichtlich der subjektiven Bedürfnislagen zu verbessern. Für jede einzelne Person konnte das in Kapitel fünf detailliert dargestellt und diskutiert werden.

Die befragten Menschen haben auf subjektiver Ebene ihre Lebensqualität generell als gut eingeschätzt. Negative Werte in einzelnen Kategorien müssen von Fall zu Fall betrachtet und interpretiert werden, um individuelle Unzufriedenheiten feststellen zu können. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde es den beteiligten Personen ermöglicht, am Forschungsvorhaben aktiv zu partizipieren. Durch den direkten Einbezug der Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter konnten authentische, subjektive Einschätzungen entsprechend der Fragestellung erzielt werden. In keinem der geführten Interviews kam es zu Überforderungssituationen der befragten Personen, was u.a. auf die präzise und gut verständlich formulierte Fragesystematik des Erhebungsinstrumentes zurückzuführen ist. Die lebensqualitätsrelevanten Bereiche konnten differenziert und sehr umfangreich erfasst werden. Im Rahmen der intensiven Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial wurde jedoch deutlich, dass eine Interpretation der Ergebnisse nicht ausschließlich auf Grundlage der gewonnenen LQ-Werte erfolgen sollte. Bereits während der Feldforschung wurden Aussagen und Verhaltensweisen der Personen während der Interviews registriert, die aufgrund der engen Fragenstruktur nicht erfasst und berücksichtigt wurden, aber durchaus von Bedeutung für die jeweiligen Lebenssituationen der betreffenden Menschen sind.

Um die genannten Aspekte in den Analyseprozess einfließen zu lassen, wurde die Methode der Autoethnografie (vgl. Kap. 4.4.) angewendet. Insbesondere im Rahmen subjektiver Forschungsrichtungen wird es als sinnvoll erachtet, das Datenmaterial intensiv aus weiteren Blickwinkeln zu betrachten, zu analysieren und zu interpretieren.



„Wir sind in der institutionellen Behindertenhilfe ebenso wie in der Öffentlichkeit noch weit davon entfernt, den Anliegen von älteren und alten Menschen mit geistiger Behinderung ausreichend nachzukommen. Sie bilden innerhalb ihrer nichtbehinderten Altersgenossen nochmals eine Randgruppe (...). Und doch haben sie das gleiche Anrecht auf Lebensqualität wie die große Mehrheit der nichtbehinderten alten Leute in dieser Welt“ (Grundsatzdokument der Internationalen Liga für Menschen mit geistiger Behinderung, zit.n. SCHMIDT-THIMME 1990, 110).

## 6. Analyse der Ergebnisse unter Berücksichtigung autoethnografischer Aspekte

Zunächst wurden die Ergebnisse dieser Studie auf rein statistisch-quantitativer Ebene ausgewertet und ausführlich anhand der LQ-Werte deskriptiv in Kapitel fünf dargestellt. Im Auswertungsprozess wurde deutlich, dass durch die gewonnenen Werte zwar eine Aussage über die personenbezogene Zufriedenheit (subjektive Lebensqualität) getroffen werden kann, jedoch alles „zwischen den Zeilen“ Gesagte bzw. während des Interviews beobachtete Verhaltensweisen keine Berücksichtigung finden – dies wird jedoch als essentiell angesehen. Aus diesem Grund, wurde entschieden, zusätzlich eine Interpretation der Ergebnisse auf qualitativer Ebene vorzunehmen. Unter Zuhilfenahme eines autoethnografischen Betrachtungsrahmens (zur Methode der Autoethnografie vgl. Kap. 4.4.) konnten persönliche Erfahrungen und randständige Beobachtungen des Forschers während der Feldforschung in die Analyse mit einfließen, um die im folgenden Kapitel diskutierten, qualitativen Erkenntnisse darzulegen.

Als Orientierungsrahmen für das qualitative Vorgehen wurde zuerst eine intensive Sichtung des Datenmaterials vorgenommen. Durch ethnografisches Codieren – „intensives Lesen“ des Datenkorpus (BREIDENSTEIN ET AL. 2013, 125) – wurden Codes entwickelt, für die übergeordnete Codeklassen generiert werden konnten. Die Codeklassen implizieren lebensqualitätsrelevante Kriterien, die sich im Lebensqualitätskatalog von sensiQoL<sup>®</sup> wiederfinden. Demzufolge können sie als Prioritäten definiert werden, die für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter bedeutsam für eine gute subjektive Lebensqualität zu sein scheinen.

## 6.1. Codierung

In ethnografischen Forschungsprozessen ist es für den Forscher von Bedeutung, sein Datenmaterial intensiv zu analysieren. Die Beobachtungen und Aspekte, die er während der Feldforschung gewonnen und aufgeschrieben hat, strukturiert er in der Datenanalyse (vgl. KALTHOFF 1997, 263). Der Datenkorpus wird durch das Codieren annotiert, um gemeinsame Tendenzen der Fälle identifizieren zu können. Mit diesem Vorgehen werden die Daten sortiert und im Sinne des Forschungskontextes erschlossen (vgl. BREIDENSTEIN ET AL. 2013, 125). Die ethnografische Systematisierung des offenen Codierens wurde auch auf die vorliegenden Interviews angewendet. In ausführlicher Bearbeitung des Datenmaterials wurden Codes identifiziert, die in jeweilige Beziehungsgefüge sortiert und in entsprechende Codeklassen zusammengefasst wurden (Tab. 43).

„Mittels der Codes werden Beobachtungen, Ereignisse und Aussagen analytischen Themen zugeordnet und zu umfassenderen Sinneinheiten zusammengefasst“ (ebd., 137).

<b>Codes</b>	<b>Codeklasse</b>
Rollator, Rollstuhl Mobilität, Immobilität, mangelnde Mobilität Spazieren	Mobilität und Bewegung
Wohnform, betreutes Wohnen, Wohnen Später Umzug, Doppelumzug, freiwilliger Umzug Lange Hospitation	Wohnen
Absprache, Selbstständigkeit, Entscheidungskompetenz Hilfebedürftigkeit, Hilfebedarf, Mündigkeit, Entmündigung Abhängigkeit, Unterstützungsbedarf, Unterstützung Ideenumsetzung, Engagement, Verantwortung, früheres Engagement Selbstbestimmung, Teilhabebeeinschränkung Ruhestand, Übergang, Ruhe Kompensation der Arbeit Interesse, Beschäftigung, Handarbeit Alltag, Alltagsverrichtungen, Hilfsbereitschaft (Mithilfe), Tätigkeit Rücksprache mit Betreuern, mangelnde Angebote	Tagesstruktur und Freizeit
Altersveränderung, blind Gesundheit	Gesundheit
Psychische Beeinträchtigung, Demenz, Emotionen Traumatische Erlebnisse, Folge psychischer Zusatzbeeinträchtigung Behinderungsempfinden Tod und Trauer Vergangenheit, früheres Leben Zufriedenheit Unglücklich	Psychische Konstitution
Kulturtechniken, Kognition Sprache, Kommunikation, Verständigung Erinnerungsvermögen Prospektion, Zukunft	Kognition
Fremde Menschen, Umgang mit fremden Menschen, sozialer Kontakt, Kontakte, mangelnde soziale Kontakte Isolation, Einsamkeit, Menschenscheu, soziale Isolation Familie Konflikte, Streit, Umgang mit Konflikten, Konfliktfähigkeit, Konfliktsituation	Soziale Kompetenz und Interaktion

**Tab. 43:** Codes und Codeklassen

Durch das beschriebene ethnografische Codieren der Daten wurde eine Sensibilisierung spezifischer Bedürfnisse und Situationen der Probanden ermöglicht.

## 6.2. Prioritäten des Personenkreises

In Anlehnung der Codeklassen wurden Prioritäten formuliert, die von besonderer Bedeutung für die subjektive Lebensqualität des Personenkreises der älteren und alten Menschen mit geistiger Behinderung zu sein scheinen. Für alle Prioritäten gelten lebensqualitätsrelevante Aspekte der Normalisierung, der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit sowie der Inklusion und Teilhabe an gesellschaftlichen Lebensbereichen (vgl. Kap. 3.4.). Sie wurden durch das oben erläuterte ethnografische Vorgehen mit dem vorliegenden Datenmaterial aus den geführten 22 Interviews entwickelt und sind im Kontext dieser Arbeit zu betrachten. Die folgenden Ausführungen sind spezifisch hergeleitet und nehmen keinen Bezug mehr auf die LQ-Werte der einzelnen Personen aus Kapitel fünf. Vielmehr sind die formulierten Prioritäten übergreifende, lebensqualitätsrelevante Erkenntnisse aus den Interviews, die bezeichnend für die Lebenssituationen der Probanden sind und als übertragbar auf andere Menschen in der Lebensphase Alter eingestuft werden können. Für jede Priorität wurden exemplarisch interviewte Personen angeführt und deren Interviewsettings unter autoethnografischen Aspekten vorgestellt<sup>41</sup>. Die gewählten Personen sind kennzeichnend für die jeweilige Codeklasse und können als Vertreter der Priorität definiert werden, da die geschilderten Situationen in besonderer Weise den Bedeutungsgehalt der Priorität widerspiegeln. Die spezifischen Fälle sind übertragbar auf die Lebenssituationen der anderen Probanden, so dass vorsichtig Generalisierungen formuliert werden können (vgl. BREIDENSTEIN ET AL. 2013, 139).

„In diesem Sinne ist der Fall eine partikulare Einheit der Daten, die viel versprechend erscheint, um Erkenntnisse, neue Perspektiven und auch Generalisierungen über ein Feld und seine Struktur, über Verfahren und Dynamiken gewinnen zu können“ (ebd., 139).

Eine Hierarchie der Prioritäten wurde bewusst nicht aufgestellt, da sie im individuellen Lebenskontext der Menschen gesehen werden müssen. Obwohl sie als übertragbar auf die Lebenssituationen anderer Menschen in der Lebensphase Alter eingestuft werden, muss eine Kontextualisierung mit individuellen Lebensmustern jedoch unbedingt Berücksichtigung finden.

---

<sup>41</sup> Wiederholungen und Dopplungen zu den Inhalten aus Kapitel fünf wurden weitestgehend vermieden, sind in Anbetracht der spezifischen Lebenssituationen der interviewten Personen jedoch nicht immer unumgänglich.

### 6.2.1. Mobilität und Bewegung

Mobilität und Bewegung spielen im Alter eine wichtige Rolle für Menschen, was im Verlauf der geführten Interviews deutlich wurde. In Anbetracht der hohen Relevanz der eigenen Mobilitäts- und Bewegungsfähigkeit konnte eine *Codeklasse Mobilität und Bewegung* für die gewonnenen Daten formuliert werden. Innerhalb dieser Codeklasse waren Aspekte wie Immobilität, unerfüllte Mobilitätswünsche, aber auch die Bedeutung von Mobilitätshilfen (bspw. Rollatoren und Rollstühle) von ausschlaggebender Bedeutung.

Der Großteil der interviewten Personen kann selbstständig laufen und sich bewegen. Jedoch wurde durchgehend deutlich, dass Angst vor Stürzen besteht und sie deswegen zur Unterstützung und Sicherheit einen Rollator nutzen.

#### *Darstellung autoethnografischer Aspekte*

- Frau Fritz

Eingehende Beobachtungen konnten im Interview mit Frau Fritz gemacht werden, die eine ausgeprägte Angst vor dem eigenständigen Laufen hat und sich ohne Rollator oder Begleitung nicht fortbewegen kann. Das hängt auch mit ihrer Amaurose zusammen, aber nicht alle blinden Menschen sind deshalb in diesem Maße unsicher auf den Beinen oder meiden die Fortbewegung. In der Einrichtung konnte beobachtet werden, dass sie sehr verängstigt und unselbstständig aus dem Sessel aufsteht. Sie benötigte dazu Hilfestellung und den Körperkontakt (Hand) einer Betreuerin und musste den Rollator in unmittelbarer Nähe wissen. Das Aufstehen und Laufen mit dem Rollator versetzte sie so sehr in Angst, dass sie weinte und sich verbal dagegen wehrte. Die Betreuerin musste sie stets beruhigen und ihr in bestimmtem Ton sagen, dass sie damit aufhören soll. Im Zimmer angekommen, beruhigte sie sich schnell wieder, sobald sie in ihrem Sessel saß. Im Interview stellte sich heraus, dass Frau Fritz gerne spazieren geht und draußen ist. Da sie dies jedoch nicht selbstständig tun kann, besucht sie regelmäßig eine Bekannte, die mit ihr spazieren geht. Hierzu benötigt sie aber in jedem Fall ihren Rollator, ohne den sie – nach eigenen Aussagen – nicht laufen kann. Interessant erscheint die Tatsache, dass sie gerne spazieren geht, aber vor dem Interview (als sie aufstehen und im Haus den Raum wechseln sollte) emotional sehr angespannt war. Anfänglich verwunderte das sehr, jedoch kann ein möglicher Erklärungsansatz

darin liegen, dass Frau Fritz erst im Jahr 2012 (zum Zeitpunkt des Interviews vor zwei Jahren) in das Wohnheim eingezogen war. Von daher ist es möglich, dass ihr die Räumlichkeiten noch nicht gänzlich vertraut sind und sie sich daher immer noch ängstlich im Haus fortbewegt.

- Frau Windschopp

Als weiteres Beispiel für die Bedeutung von Mobilität und Bewegung im Alter können Erfahrungen aus dem Interview mit Frau Windschopp, die vollständig auf einen Rollstuhl angewiesen ist, angeführt werden. In diesem Beispiel wird besonders deutlich, welche schwerwiegenden Auswirkungen Stürze im Alter haben können. Sie erzählte von einem Sturz, infolgedessen sie sich ein Bein brach, das daraufhin operativ versteift werden musste (Arthrodesse). Das Bein ist immobil, was zur Folge hat, dass sie nicht mehr laufen kann und seitdem im Rollstuhl sitzt. Mit diesem kann sie sich zwar größtenteils selbstständig fortbewegen, was jedoch sehr beschwerlich für sie ist. Aufgrund der Arthrodesse ist es Frau Windschopp nicht mehr möglich, das Bein anzuwinkeln, so dass es stets ausgestreckt bleibt und sie beispielsweise beim Fortbewegen im Haus behindert. Stühle, Tische und Ecken werden zu gravierenden Hindernissen, an denen sie oftmals mit dem Bein anstößt und hängenbleibt. Seitdem kann sie nicht mehr alleine nach draußen, obwohl sie gerne in der Natur und unter Menschen ist. Hier ist sie in starkem Maß vom Betreuungspersonal abhängig.

*Diskussion Priorität Mobilität und Bewegung*

Aus den hier exemplarisch beschriebenen Erfahrungen lassen sich Bedürfnisse formulieren, die für den befragten Personenkreis besonders bedeutsam erscheinen. Mobilität und Bewegungsfähigkeit hat in allen Fällen für die interviewten Personen einen großen Stellenwert. Einschränkungen in diesem Bereich haben meist Auswirkungen auf andere Lebensbereiche.

Insbesondere ist die Mobilität ein wichtiger Aspekt, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können (vgl. STÖPPLER 2002, 31). Mobil zu sein und sich bewegen können fördert eine individuelle Lebensgestaltung sowie Autonomie und Selbstständigkeit des Menschen. Einschränkungen von Bewegungsabläufen oder der Mobilität eines Menschen bringen meist negative Auswirkungen auf andere Lebensbereiche (Lebensqualität, Flexibilität oder Emanzipation) mit sich (vgl. LUDWIG 2013, 26f; STÖPPLER 2002, 11). Das konnte auch

durch die autoethnografischen Ergänzungen der dieser Arbeit zugrunde liegenden Interviews festgestellt werden. Der Aspekt der eingeschränkten oder benachteiligten Mobilität führt, neben der mangelnden Bewegung, zu einem hohen Unterstützungsbedarf in alltagspraktischen Fähigkeiten und deren Bewältigung. Darüber hinaus ist die Angst vor Stürzen und deren Folgen bei allen interviewten Personen gegenwärtig, was sie zusätzlich in ihrem Mobilitätsverhalten einschränkt.

Naturgegeben ist ‚zu Fuß gehen‘ die primäre Fortbewegungsmöglichkeit des Menschen. Beginnend mit einem Alter ab ca. 12 Monaten und – bestenfalls – bis ins hohe Alter, birgt die Fortbewegung zu Fuß die größten Mobilitätspotentiale für den Menschen (vgl. STÖPPLER 2002, 88).

Jedoch weist die Rolle des Fußgängers ebenfalls eine hohe Unfallbeteiligung auf. Werden die Unfallstatistiken verunfallter Fußgänger vom Jahr 2013 (vgl. Tab. 44) herangezogen, wird deutlich, dass besonders die Altersgruppe 60 bis 75 und darüber hinaus mit einer Häufigkeit von 26,3 % beteiligt sind (dies entspricht 8250 verunfallten Rentnern).

Zudem führt im Alter erschwerte oder mangelnde Mobilität zu vielerlei negativer Konsequenzen und der Steigerung von Abhängigkeiten. Vor allem die Aktionsräume von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter sind stark eingeschränkt.

Gründe hierfür liegen vordergründig in einer veränderten Mobilitätsbiografie. Die gängigen Verkehrsteilnehmerrollen (Fußgänger, Radfahrer, Nutzer des ÖPNV, schließlich Autofahrer bis ins hohe Alter), die ein Mensch ohne Behinderung in seiner Mobilitätssozialisation meist durchläuft, treffen in den seltensten Fällen auch auf Menschen mit geistiger Behinderung zu. Oft sind sie bis ins hohe Alter abhängig von Bring- und Holdiensten, so dass sie selten die Möglichkeit einer frei wählbaren Mobilität haben (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 200ff).

<b>Verunfallte Personen (getötet/verletzt) insg.</b>	<b>31364</b>
unter 6	1260
6-10	2410
10-15	3200
15-18	1602
18-21	1495
21-25	1768
25-30	1829
30-35	1440
35-40	1241
40-45	1454
45-50	1839
50-55	1842
55-60	1628
60-65	1467
65-70	1195
70-75	1617
75 und mehr	3971
ohne Angabe	106

**Tab. 44:** Verunglückte Fußgänger bei Straßenverkehrsunfällen 2013 (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014, 191)

Für diesen Personenkreis bedeutet daher die Rolle des Fußgängers oftmals die einzige Möglichkeit zur Fortbewegung und der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (vgl. STÖPPLER 2002, 88). Hinzu kommen Beeinträchtigungen in den verkehrsspezifischen Kompetenzen, die ohnehin bei Menschen mit geistiger Behinderung vorliegen und die im Alter weitere Einschränkungen erfahren (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 203).

Das verstärkt oftmals die Angst vor Unfällen – v.a. bei der Teilnahme am Straßenverkehr – was den Aktionskreis noch weiter einschränkt. Daraus resultieren u.a. Auswirkungen auf die Integration und Selbstbestimmung der betroffenen Menschen. Somit spielen Mobilität und Bewegung in der gesamten Lebensspanne für den Personenkreis eine bedeutende Rolle (vgl. STÖPPLER 2002, 11ff). Zudem leiden Menschen mit geistiger Behinderung nicht selten an multiplen Fehlbildungen des Bewegungsapparates, die meist operativ behandelt werden müssen. Im Alter können daraus chronische Schmerzen resultieren, die negative Auswirkungen auf die Bewegungsfähigkeit der betroffenen Person hat (vgl. AUGUSTIN 2014, 83). Generell bringen altersbedingte Veränderungen oftmals Unsicherheiten und Ängste, bspw. vor Stürzen mit sich (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 203). Die Ängste sind durchaus berechtigt, denn vor allem sog. SRS-Unfälle (Stolpern-Rutschen-Stürzen) bergen im Alter eine zunehmende Gefahr. Stürze kommen nicht nur häufiger vor, sie haben auch schwerwiegendere Auswirkungen, als bei jüngeren Menschen. Die psychische



Folge ist häufig, dass eine große Angst vor weiteren Stürzen entwickelt wird und somit selbstständige Mobilität und Bewegungsdrang zurückgehen. Nicht nur ältere Menschen ohne eine lebenslange kognitive Behinderungserfahrung weisen eine höhere Sturzrate auf: Menschen mit kognitiven Einschränkungen stürzen häufiger und verletzen sich dabei gravierender (vgl. PIEROBON & FUNK 2007, 6ff).

Maßgebliche Beispiele für die geschilderten Aspekte sind die Lebenssituationen von Frau Windschopp und Frau Fritz. Individuelle Interventionsmöglichkeiten wurden bereits in den Kapiteln 5.2.2.3. bzw. 5.2.7.7. beschrieben.

Es kann konstatiert werden, dass bei Interventionen hinsichtlich der Mobilitäts- und Bewegungsförderung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter unbedingt eine lebensweltliche Fokussierung zu beachten ist, um einen hinreichenden Lebensweltkontext herstellen zu können (vgl. STÖPPLER 2008, 582). Mit anderen Worten sollten Angebote auf die individuellen Bedürfnislagen der betroffenen Person abgestimmt werden. Für Frau Windschopp bspw. macht es wenig Sinn, sie dahingehend zu fördern, selbstständig laufen zu können, da sie körperlich dazu nicht mehr in der Lage ist.

### **6.2.2. Gesundheit**

Einschränkungen im Mobilitäts- und Bewegungsverhalten von älteren und alten Menschen mit geistiger Behinderung werden jedoch nicht nur durch die oben beschriebenen Aspekte beeinflusst. Gesundheitliche Probleme und altersbedingte Veränderungen haben ebenfalls einen bedeutenden Einfluss auf Lebensbereiche und die Lebensqualität des Personenkreises.

Aus den gewonnenen Daten der geführten Interviews konnte die *Codeklasse Gesundheit* entwickelt werden, die vordergründig Aspekte der altersbedingten Veränderungen der Körper- und Sinnesfunktionen, aber auch Multimorbidität umfassen.

*Darstellung autoethnografischer Aspekte**- Frau Best*

Frau Best äußerte in ihrem Interview Angst vor Ärzten und medizinischen Untersuchungen. Sie berichtete, dass sie sich eigentlich gut fühle und auch gesund sei. Als belastend empfindet sie jedoch die Schmerzen in beiden Knien, die infolge von altersbedingter Osteoporose schlimmer werden; sie befindet sich deswegen in regelmäßiger medizinischer Behandlung. Auch ihre Augen würden schlechter werden (Altersstar), weswegen eine Operation eigentlich unumgänglich sei. Frau Best hat jedoch Angst und möchte nicht operiert werden. Es entsteht der Eindruck, als wäre nicht sie, sondern lediglich ihre gesetzliche Betreuerin eingehend informiert worden. Auch wirkt sie mit den altersbedingten Veränderungen und den damit verbundenen Konsequenzen überfordert.

*- Frau Till*

Eine weitere Beobachtung bezüglich der Überforderung mit Altersveränderungen konnte im Interview mit Frau Till gemacht werden. Auch sie erschien uninformiert und ratlos, was ihre Schmerzen im Rücken und den Taubheitsgefühlen in Händen, Füßen und Beinen betrifft. Mit dem Alter seien diese schlimmer geworden, aber die Ursache kenne sie nicht. Sie erzählte, dass sie deswegen in regelmäßiger ärztlicher Behandlung sei und in der kommenden Woche deswegen wieder in die „Röhre“ (radiologische Untersuchung) müsse.

Die geschilderten Beobachtungen konnten in vielen der geführten Interviews gemacht werden. Die Personen benötigten in den meisten Fällen eine Lesebrille und waren nicht über den Grund informiert worden. In einigen Fällen war zur Unterstützung des Hörvermögens ein Hörgerät verschrieben worden. Eine angemessene medizinische Aufklärung bezüglich notwendiger Behandlungen oder verordneter Hilfsmittel blieb in den meisten Fällen (der persönlichen Einschätzung der interviewten Person nach) aus.

*Diskussion Priorität Gesundheit*

Allgemein ist es bei alten Menschen unter Umständen schwierig, körperliche Erkrankungen von den generell auftretenden Altersveränderungen abzugren-

zen. Mit dem Alter treten biologische Veränderungen auf, die körperliche Auswirkungen mit sich bringen (bspw. Rückgang der Leistungsfähigkeit der Organe, des Immunsystems, der Muskeln und Knochen) (vgl. Kap. 2.3.1.). Krankheiten können häufiger, intensiver sowie langwieriger auftreten und entwickeln sich nicht selten zu einer chronischen Beschwerde (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2014b, 67). Das ist auch bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht anders (vgl. MILZ & STÖPPLER 2009, 185). Jedoch unterscheidet sich die medizinische Grundversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung eklatant durch drei verschiedene Aspekte wie Studien u.a. von HOWELLS 1986; BEANGE & BAUMAN 1990; WILSON & HAIRE 1990 (zit. n. LENNOX & KERR 1997, 366) gezeigt haben. Medizinisch einfach behandelbare Erkrankungen (bspw. Hör-/Sehschäden) bleiben bei diesem Personenkreis oftmals unbehandelt (vgl. LENNOX & KERR 1997, 366; HAVEMAN & STÖPPLER 2014b, 67), was auch für einzelne Personen aus den Interviews dieser Arbeit nicht ausgeschlossen werden kann. Die altersbedingten Probleme mit Sehen und Hören sind für viele Menschen mit geistiger Behinderung nicht immer nachvollziehbar, weil es nicht adäquat kommuniziert wird. Deswegen ist es wichtig, mit ihnen darüber zu reden und sie diesbezüglich aufzuklären (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2014a, 108). Ebenfalls kann es von Bedeutung sein, sie darin zu unterstützen, adäquate Kompensationsmöglichkeiten für die aufkommenden Altersveränderungen zu entwickeln, da sie oftmals über keine geeigneten verfügen (vgl. SCHUPPENER 2004, 39).

Einige Probanden klagten über Hör- und Sehschwierigkeiten, ohne dass eine medizinische Intervention zu erkennen war. Daneben werden unbehandelte, spezifische Gesundheitsfragen häufig als Ursache der individuellen Behinderung angesehen. Menschen mit geistiger Behinderung nehmen generell an wenigen allgemeinen Gesundheitschecks und Vorsorgeuntersuchungen (bspw. Blutdruckkontrolle) teil, wodurch Erkrankungen oftmals unerkannt bleiben oder erst sehr spät diagnostiziert werden (vgl. LENNOX & KERR 1997, 366; HAVEMAN & STÖPPLER 2014b, 67).

„Vor allem Menschen mit intellektueller oder Mehrfachbehinderung sind oft nur schlecht in das Gesundheitssystem eingebunden bzw. hier bestehen Probleme bei der Diagnosestellung und auf Behandlungsebene“ (HELLER & WENZEL 2014, 35).

Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention weist auf das Recht der gleichen Qualität in der Gesundheitsversorgung hin (vgl. ebd., 35). Demnach sollten Menschen mit geistiger Behinderung im Alter an allen üblichen (Vorsorge-)Untersuchungen teilnehmen, um eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes frühzeitig zu erkennen und langfristig vorzubeugen. AUGUSTIN (2014) konstatiert, dass Vorsorgeuntersuchungen bei Menschen mit geistiger Behinderung in dem Umfang durchzuführen sind, wie es in der Gesamtbevölkerung gängig ist. In Tabelle 45 sind Routineuntersuchungen aufgelistet, die bei Menschen mit geistiger Behinderung durchgeführt werden sollten. In diesem Zusammenhang weist er auf Besonderheiten in der ärztlichen Betreuung und medizinischen Untersuchung dieses Personenkreises hin (vgl. ebd., 84ff).

Untersuchung	Zeitplan
Zahnarzt	je nach vorbestehenden Zahnerkrankungen alle 3 bis 6 Monate
Seh- und Hörscreening	alle 5 Jahre unabhängig vom Alter, regelmäßige Untersuchung auf Cerumen obturans (Ohrpfropf H61.2) bei Routineuntersuchungen
Ganzkörperstatus inkl. Lymphknotenstatus, Ultraschall Abdomen und Schilddrüse, Labor [...]	mindestens 1 x jährlich unabhängig vom Alter
Krebsvorsorge Frauen und Männer	jährlich entsprechend der Gesamtbevölkerung
Mammografie	Entsprechend Gesamtbevölkerung
Koloskopie	Erstuntersuchung ab 45. Lebensjahr, dann Kontrolluntersuchungen entsprechend dem Erstbefund
Osteoporose-Screening	je nach körperlicher Aktivität und Medikation (insbesondere Antiepileptika)

**Tab. 45:** Zeitplan und Umfang von (Screening-)Untersuchungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (AUGUSTIN 2014, 84)

So erachtet AUGUSTIN (2014) es u.a. als wichtig, um eine betroffenenorientierte Begleitung gewährleisten zu können, in dem die jeweilige, individuelle Lebenswelt des Patienten Berücksichtigung findet, was jedoch zu einer intensiveren Behandlungsstruktur und -zeit führen kann (sorgfältige, ggf. mehrmalige Untersuchung, höhere Behandlungszeiten, Hausbesuche zum Kennenlernen des Lebensumfeldes etc.). Des Weiteren sollte auf die Erfahrungen der direkten Betreuungs- und Pflegepersonen zurückgegriffen und interdisziplinär zusammengearbeitet werden, um die konkreten Bedürfnislagen der Patienten mit geistiger Behinderung eindeutig erfassen zu können. Jedoch sollte stets die

Kommunikation mit den Patienten selbst gesucht und nicht nur über ihn gesprochen werden (vgl. ebd., 85f).

Insbesondere der letzte Aspekt erscheint generell in der Begleitung von älteren und alten Menschen mit geistiger Behinderung wichtig. In den geführten Interviews konnte immer wieder festgestellt werden, dass die Personen altersbedingte, körperliche Veränderungen als solche nicht wahrnehmen und verstehen können. Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass alterstypische Veränderungen jedoch von jedem alternden Menschen (ob mit oder ohne geistige Behinderung) unterschiedlich erlebt und verarbeitet werden (vgl. BLEEKSMÁ 2009, 27). Eine Fokussierung der individuellen Information ist hierbei von primärer Bedeutung.

### **6.2.3. Psychische Konstitution**

Unverarbeitete traumatische Erlebnisse oder der Tod nahestehender Personen (z.B. des Vaters oder der Mutter) stellen unter Umständen schwere psychische Belastungen für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter dar. Eine angemessene psychische Aufbereitung unverarbeiteter Erlebnisse oder Erinnerungen, bzw. die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte ist für diesen Personenkreis von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Aus den gewonnenen Daten konnte die *Codeklasse Psychische Konstitution* entwickelt werden, die vordergründig Aspekte der eigenen Vergangenheit und psychische Belastungen, wie etwa der Tod nahestehender Personen oder den späten Umzug in eine neue Wohnumgebung einschließen.

#### *Darstellung autoethnografischer Aspekte*

##### **- Frau Rikkschaidt**

Ein besonders interessantes Interview konnte mit Frau Rikkschaidt geführt werden. Mit ihren 82 Jahren war sie die älteste, interviewte Teilnehmerin. Ihre Betreuerin wies im Vorfeld daraufhin, dass Frau Rikkschaidt die NS-Zeit nur deswegen überlebte, weil ihre Eltern sie versteckt hielten. Dementsprechend sollte besondere Achtsamkeit ihr gegenüber aufgebracht werden, wenn über die Vergangenheit gesprochen wird. Sie hätte deswegen zwar keine gravierenden diagnostizierbaren, psychischen Schäden oder Auffälligkeiten. Jedoch

könne es sein, dass sie Angst bekäme, wenn über die Vergangenheit und entsprechende schlimme Erlebnisse gesprochen werden würde. In einem solchen Fall genüge es meist, sie zu beruhigen und ihr zu sagen, dass das alles vergangen sei und heute keine Gefahr mehr bestünde. Jedoch könnte das Interview in einem solchen Fall nicht weitergeführt werden. Ungeachtet dessen, dass die Lebensgeschichte von Frau Rikkschaidt sehr spannend erscheint, sollte eine Belastung mit der Vergangenheit und den Erlebnissen vermieden werden. Im Verlauf des Interviews kam es nicht zu einer solchen Situation. Es wurde zwar über die Vergangenheit gesprochen, aber Frau Rikkschaidt erzählte hauptsächlich von einem Heim, in dem sie früher lebte, sich dort jedoch nicht wohl fühlte und schlecht behandelt wurde. Sie machte Gewalterfahrungen und hatte viele Konflikte mit anderen Bewohnern, was für sie schlimm war und sie unglücklich machte. Sie war in der Zeit oftmals ärgerlich, was nun nicht mehr nötig sei. In ihren Erzählungen wirkte sie aufgelöst und zittrig. Es erweckte den Anschein, als gäbe es noch etwas, was sie bisher nicht hinreichend verarbeiten konnte. Zwar scheint sie diesbezüglich keine Einschränkungen zu haben, aber offensichtlich hat sie einige traumatische Ereignisse in ihrem Leben durchlebt, die noch immer präsent und unverarbeitet sind.

- Frau Till

Traumatische Erfahrungen mit weitreichenden Folgen machte Frau Till in ihrer Kindheit. Sie erzählte, dass sie als Kind von Mitschülern gehänselt, mit Steinen beworfen und bespuckt wurde; die Knöpfe ihrer Jacke wurden abgerissen, so dass sie große Angst vor der Schule entwickelte. Ihre Mutter meldete sie daraufhin von der Schule ab, und Frau Till blieb fortan zu Hause. Schulische Bildung wurde ihr somit nicht zuteil. Sie wohnte mit ihrer Mutter zusammen und organisierte mit ihr den Lebensalltag. Als die Mutter älter wurde und letztendlich pflegebedürftig, übernahm Frau Till die Pflege ihrer Mutter bis zum Tod. Sie erzählte davon und musste immer wieder kurze Pausen machen, da es sie auch heute noch emotional sehr aufwühlt.

*Diskussion Priorität Psychische Konstitution*

Psychische Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung sind aktuell schwer diagnostizierbar. Die Mitteilungskanäle, derer sich der betroffene Personenkreis bedient, sind für das Betreuungspersonal oder Ärzte und Therapeuten oftmals nicht ersichtlich oder schwer verständlich. Insbesondere vergangene Erlebnisse können für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter zu belastenden Situationen führen, da ihre Möglichkeiten zur Selbstreflexion und introspektiven Verarbeitung oftmals nicht ausreichen, um über das Erlebte zu berichten (vgl. HENNICKE 2005, 360). Auch, wenn es als erwiesen gilt, dass sie durchaus dazu in der Lage sind, pro- und retrospektiv über ihr Leben nachzudenken, besteht ungeachtet dessen vehement das Vorurteil, dass Menschen mit geistiger Behinderung einzig ein Verständnis für die Gegenwart hätten (vgl. LINDMEIER 2008, 18). LINDMEIER (2001) spricht in diesem Zusammenhang vom „Vorurteil der Gegenwartsgebundenheit“ (ebd., 254). Belastende Ereignisse aus der Vergangenheit bedürfen oftmals einer psychischen Aufbereitung, was jedoch das Einverständnis der Personen voraussetzt. Ein Interventionsansatz könnte in der Biografiearbeit liegen (vgl. BEB 2012, 4). Insbesondere bei Menschen mit geistiger Behinderung, die schon eine bedeutende Zeit in einer Einrichtung leben, rücken vergangene Lebensgeschichten in den Hintergrund, bis sie in manchen Fällen gänzlich verloren gehen. Darüber hinaus hat das Betreuungspersonal (aufgrund hoher Arbeitsbelastung und niedrigem Personalschlüssel) selten die zeitlichen Ressourcen, sich bewusst der Lebensgeschichte einzelner Personen zu zuwenden (vgl. ERN 1993, 221 zit. n. LINDMEIER 2001, 254). Die „Würdigung subjektiver Lebenserfahrungen“ (LINDMEIER 2008, 12) ist gerade bei alten Menschen mit geistiger Behinderung selten gegeben. Sie bekommen nicht immer die Gelegenheit, Erlebnisse und Erinnerungen aus ihrem früheren Leben mitzuteilen oder diese gegebenenfalls zu verarbeiten. Das Leben der einzelnen Personen bleibt oftmals fokussiert auf das Leben in der Einrichtung mit der Gefahr, dass dabei die individuellen Lebensgeschichten der Menschen unberücksichtigt bleiben. Jedoch könnte die Kenntnis der individuellen Lebensgeschichte unter Umständen den Umgang mit Verhaltensweisen in der Gegenwart erleichtern (vgl. BEB 2012, 4f).

„Die Rekonstruktion der individuellen Lebensgeschichte trägt auch zu einem ganzheitlichen Verständnis der Person und ihres Verhaltens bei und bietet die Grundlage für das pädagogische und therapeutische Handeln sowie den alltäglichen Umgang mit dem betreuten Menschen“ (BEB 2012, 6).

Darüber hinaus kann es gelingen, durch Biografiearbeit Wünsche, Bedürfnisse und lebensweltliche Aspekte richtig deuten und einschätzen zu können (vgl. SCHULZE 1993, 176f). Die eigene Lebensgeschichte und die biografischen Lebenserfahrungen nehmen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden von Menschen im Alter (vgl. ERLEMEIER 2011, 237). Durch das Reden-über und das Erinnern-an vergangene, schöne und glückliche Zeiten kann eine Identitätsstärkung erreicht werden und über gegenwärtige Traurigkeit und Niedergeschlagenheit hinwegtrösten (vgl. LINDMEIER 2008, 27).

Körperliche und psychische Krankheitsverläufe nehmen mit dem Alter zu (vgl. Kap. 2.3.). Individuelle Verarbeitungsressourcen helfen den Menschen im Alter, mit den Veränderungen umzugehen und diese mehr oder weniger Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden nehmen zu lassen. Die ELDERMEN-Studie<sup>42</sup> von SCHNEIDER, HEUFT und KRUSE hat gezeigt, dass Personen, die in einer Lebensphase Belastungen und Krisen bewältigen mussten, im Alter besser mit belastenden Veränderungen umgehen konnten. Menschen, die jedoch in mehreren Lebensphasen oder dauerhaften Belastungen ausgesetzt waren, kämpfen mit somatischen, psychischen und sozialen Altersanforderungen (vgl. ERLEMEIER 2011, 237).

Übertragen auf den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung im Alter bedeuten diese Erkenntnisse, dass biografische Lebenserfahrungen jedes einzelnen Menschen bei ihrer Begleitung deutlich fokussiert werden sollten. Durch die lebenslangen Behinderungserfahrungen sind Menschen mit geistiger Behinderung unter Umständen ständigen Belastungssituationen ausgesetzt und vorhandene Coping-Mechanismen nicht hinreichend ausgebildet. Mit den psychischen Bedürfnislagen der betroffenen Menschen ist sehr sensibel umzugehen (vgl. WEBER 1997, 14).

Die Biografie jedes einzelnen Bewohners zu kennen, hilft nicht nur, die Identität und Lebensumstände des Bewohners vor dem Einzug in die Einrichtung

---

<sup>42</sup> Die ELDERMEN-Studie wurde zu zwei Messzeitpunkten (1994-1997 und 2000-2002) durchgeführt und hatte die Zielsetzung eine 5-Jahresentwicklung von  $\geq 60$ -jährigen Krankenhauspatienten darzustellen. Zum zweiten Messzeitpunkt wurden Hypothesen bezüglich der Bewältigung körperlicher Alternsprozesse überprüft. Ausgeschlossen von der Studie waren jedoch u.a. Patienten mit kognitiven Störungen (vgl. SCHNEIDER ET AL. 2004, 138ff).



kennenzulernen und möglicherweise – wie bereits erläutert – die Verhaltensweisen der Gegenwart dadurch besser zu verstehen. Als positiver Nebeneffekt kann ebenfalls eine Selbstbewusstseinsstärkung der Person erzielt werden, wenn deutlich wird, was sie in ihrem Leben bereits alles erreicht hat und diese Wertschätzung auch zum Ausdruck gebracht wird (vgl. BEB 2012, 4f). Erinnerungen mitzuteilen und Geschichten zu erzählen ermöglicht älteren Menschen, Freude zu erleben und selbst an Unterhaltungen zu partizipieren. Gleichzeitig erfahren sie ein Gefühl des gebraucht Werdens, wenn sie ihr Wissen und ihre Erfahrungen an jüngere Menschen weitergeben können, was ebenfalls eine Stärkung des Selbstwertgefühls mit sich bringen kann. Darüber hinaus können Erinnerungen in der Verarbeitung von Trauer und Verlusten eine Stütze darstellen (vgl. WACHSMUTH 2006, 257). Unter Umständen gibt es jedoch auch traumatische Erlebnisse, die alte Wunden wieder aufreißen, emotional aufwühlen und psychisch belasten, was eine professionelle Unterstützung notwendig macht. Deswegen sollte die betroffene Person frei entscheiden dürfen, sich mit der eigenen Vergangenheit auseinanderzusetzen (vgl. BEB 2012, 4). Betreuungspersonen, die planen, Biografiearbeit mit den Bewohnern durchzuführen, sollten sich zuvor eingehend mit der Anwendung von Methoden der Biografiearbeit befasst haben (z.B. LINDMEIER 2008) und gegebenenfalls eine entsprechende Schulung besuchen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Leben von älteren und alten Menschen mit geistiger Behinderung stellt der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer dar. Generell trauern sie ähnlich, wie Menschen ohne eine geistige Behinderung, wenngleich sich individuelle Unterschiede im Trauerverhalten zeigen können (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 212). Somit können in der Trauerbewältigung individuelle Unterstützungsmechanismen nötig sein (vgl. BRUHN 2014b, 170). Der Umgang mit Sterben und Tod hängt ebenfalls u.a. von biografischen Aspekten ab. Aber auch Persönlichkeitsmerkmale, die eigene Sicht auf das Leben, und der Umgang mit Gefühlen spielen in der Trauerbewältigung und dem Umgang mit Sterben eine bedeutende Rolle. Wichtig ist die Tatsache, dass jeder Mensch auf seine individuelle Art und Weise trauert und darauf abgestimmte Begleitung und Unterstützung benötigt (vgl. HOFFMANN 2002, 126f).

„(..) Geschichten und Filme sowie Biographiearbeit können genutzt werden, um über Sterben und Tod, über vergangene und bevorstehende Abschiede, über bereits Verstorbene (...) und über das ‚Danach‘ zu sprechen“ (ebd., 137f).

Menschen mit geistiger Behinderung sollte grundsätzlich wertschätzend gegenübergetreten werden. Das bringt auch mit sich, dass Mitarbeiter bzw. vertraute Betreuungspersonen den Anliegen, Ängsten und Bedürfnissen der Menschen nicht aus dem Weg gehen dürfen und die individuellen (Trauer-)Bedürfnisse ernst nehmen müssen. Eine Tabuisierung ist zu vermeiden, um gerade diesem Personenkreis einen adäquaten Umgang mit dem Tod und der Trauer zu ermöglichen und damit negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden zu verhindern (vgl. HOFFMANN 2002, 137f). Lange wurden entsprechende Trauerangebote für diesen Personenkreis in Deutschland vernachlässigt (vgl. BRUHN 2014b, 167), u.a. aus falscher Rücksichtnahme oder Hilflosigkeit der Betreuungspersonen. Wird es jedoch den betroffenen Menschen verwehrt, adäquat trauern zu dürfen, chronifizieren sich das Sterben und der Tod zu Tabuthemen (vgl. LUCHTERHAND & MURPHY 2001, 33f). Das sollte unbedingt vermieden werden; denn die Konsequenzen können Einschränkungen im subjektiven Wohlbefinden bedeuten: unverarbeitete Verlusterlebnisse können verspätete Trauerreaktionen auslösen, die nicht mehr richtig verstanden und eingeordnet werden und bis hin zu auffälligen Verhaltensmustern führen können (vgl. BOSCH 2006, 39). Bisher unverarbeitete Trauerbedürfnisse konnten auch in einigen Fällen dieser Arbeit zugrunde liegenden Interviews festgestellt werden. Die Biografiearbeit kann dabei als mögliches Interventionsmittel zur Begleitung eines trauernden Menschen mit geistiger Behinderung „sehr bedeutsam und hilfreich sein, eine gute Unterstützung bieten und Ressourcen eröffnen“ (BRUHN 2014b, 179).

Unverarbeitete psychische Belastungen (bspw. der Verlust eines Angehörigen) sind Stressfaktoren für den Organismus, die Einfluss auf das psychische Befinden des Betroffenen nehmen (vgl. WEYERER & BICKEL 2007, 157). Als wahrscheinlich gilt, dass chronischer Stress und belastende Lebensereignisse die Ursache für psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten sein können (vgl. WEBER 1997, 13ff). Einige psychische Störungen (bspw. eine Depression) können durch existenzielle Krisen oder bedeutsame Lebensereig-

nisse ausgelöst werden. Darüber hinaus werden einige psychische Erkrankungen durch die menschliche Psyche verursacht, in ihrem Bestreben, Umwelteinflüsse zu verarbeiten und menschliches Verhalten zu verstehen. Wenngleich schwere Formen biologisch determiniert sind (vgl. BURTON 2011, 204ff), bleiben besonders Stress- und belastende Lebenssituationen bedeutsame Einflussgrößen auf die Psyche von Menschen mit geistiger Behinderung. Durch die ständige Abhängigkeit von Betreuungs- und Pflegepersonen in der Alltagsbewältigung befinden sich insbesondere alte Menschen mit geistiger Behinderung in einem „unnatürlichen Interaktionsprozeß (sic!)“ (WEBER 1997, 13), der sich konstant und fortdauernd durch alle Lebensphasen zieht (vgl. ebd., 13).

Deutlich wird, dass die psychische Komponente vor allem für die subjektiv empfundene Lebensqualität einen bedeutenden Stellenwert einnimmt. Psychische Bedürfnislagen haben oft Auswirkungen auch auf andere Lebensbereiche des Menschen. Körperliche Veränderungen können beispielsweise durch depressive Erkrankungen ausgelöst werden und umgekehrt (vgl. WEYERER & BICKEL 2007, 117). Die psychiatrische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter ist ein besonderes Tätigkeitsfeld, welches des weiteren Ausbaus bedarf. Psychische Auffälligkeiten und Bedürfnisse dieses Personenkreises festzustellen, stellt eine besondere Herausforderung für die Praxis dar, da eine psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung oftmals nicht erkannt wird und die Prävalenz mit zunehmendem Alter steigt. Die Unterversorgung psychosozialer Bedürfnisse können Einschnitte in der Lebensqualität mit sich bringen. Individuellen Bedürfnissen zu entsprechen, ist dagegen ganz wesentlich für die psychische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. DOSEN (1997) fordert die Ermittlung spezifischer Bedürfnislagen durch entsprechende Studien zur Lebensqualität und manifestiert die Bedeutung der psychischen Versorgung sowie die damit einhergehenden Zusammenhänge zur Lebensqualität dieses Personenkreises (vgl. ebd., 18ff).

Die Bedeutung der sozialen Integration bzw. Inklusion zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Kap. 3.4.3.) ist von besonderer Relevanz. Soziale Integration wird durch Verhaltensstörungen und psychische Störungen gefährdet, insbesondere dann, wenn sie nicht er-

kannt und verstanden werden. Da psychische Auffälligkeiten bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung häufiger auftreten, zeigt sich hier die besondere Notwendigkeit, diese Thematik eingehend zu berücksichtigen und aufzuarbeiten (vgl. WEBER 1997, 12), um Einschnitte in die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden des Personenkreises so weit wie möglich einzugrenzen.

#### 6.2.4. Kognition

Die Kulturtechniken Lesen, Schreiben und Rechnen sind Aspekte des täglichen Lebens. Besonders für den Personenkreis der älteren und alten Menschen mit geistiger Behinderung sind diese jedoch keine Selbstverständlichkeit. Kognitive Vorgänge wie Erinnerungsvermögen oder Zukunftsvorstellungen und das Nachdenken über das eigene Leben fallen diesem Personenkreis nicht leicht. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass die Interviewpartner oftmals unter Perspektivlosigkeit für ihr zukünftiges Leben leiden. Dementsprechend wurde die *Codeklasse Kognition* entwickelt, die diese Aspekte umfasst.

##### *Darstellung autoethnografischer Aspekte*

###### - Frau Mitrea

Eine besondere Beobachtung konnte im Interview mit Frau Mitrea gemacht werden. Das Gespräch war sehr angenehm; die Dame freute sich offensichtlich darüber, Besuch zu bekommen. Sie erzählte lebhaft aus ihrem Leben, dass sie ursprünglich aus Rumänien kommt, aber bereits seit ihrer Kindheit in Deutschland lebt und sie am Ende freiwillig in das Altenwohnheim gezogen ist. Außerdem bekomme sie regelmäßig Besuch von ihrem Stiefbruder, mit dessen Familie sie regelmäßig Ausflüge unternahme. Bei der Frage nach ihren Kenntnissen der Kulturtechniken – ob sie lesen, schreiben und rechnen könne – wurde sie etwas ruhiger. Schließlich bekam sie Tränen in die Augen und antwortete, dass sie das nicht könne. Sie entschuldigte sich dafür und zeigte auf ihren Kopf, den sie dafür verantwortlich machte. Sie weiß um ihre geistige Behinderung, kann diese jedoch nicht benennen.

- Frau Till

Die individuelle Bedeutung der Kenntnis der Kulturtechniken wurde auch im Interview mit Frau Till deutlich. Wie bereits beschrieben, besuchte sie die Schule nicht lange, weswegen sie heute nicht lesen, schreiben und rechnen könne, was sie sehr bedauert. Sie äußert im Gespräch, dass sie es gerne können würde, es jetzt jedoch zu spät sei um es noch zu lernen. Ihre Betreuerin berichtete, dass Frau Till viele Zeitschriften und Zeitungen kauft und sammelt, obwohl sie diese nicht lesen kann. Es wird auch keine davon weggeworfen, sondern ordentlich einsortiert. Eine Erklärung dafür könne sich die Betreuerin nicht geben, sie sehe aber auch keinen Grund, warum Frau Till es nicht so machen sollte. Es kann vermutet werden, dass Frau Till durch ihr Verhalten eine Art Kompensationsstrategie gefunden hat, mit der sie weitläufig ihre schrecklichen Erlebnisse aus der Kindheit verarbeitet und eine Art Zugehörigkeitsgefühl entwickelt, indem sie zeigt, dass sie Zeitschriften und Zeitungen besitzt wie alle anderen, obwohl sie diese nicht lesen kann<sup>43</sup>.

- Frau Windschopp

Aus dem Interview mit Frau Windschopp kann der Aspekt ihrer mangelnden Zukunftsvorstellungen aufgegriffen werden. Bei der Frage, ob sie denn über ihr Leben und ihre Zukunft nachdenken würde, beziehungsweise sich vorstellen könnte, was in der Zukunft sein wird, antwortete sie resigniert. Sie denke zwar viel über die Zukunft nach, aber das das nicht wichtig sei – sie sei ja immer nur hier in der Einrichtung. In dem Zusammenhang zeigt sich eine deutliche Perspektivlosigkeit bei Frau Windschopp.

### *Diskussion Priorität Kognition*

Innerhalb des Bereichs der kognitiven Fähigkeiten konnte bei dem Großteil der interviewten Personen festgestellt werden, dass vor allem im Bereich der Verstandesfähigkeiten große Einschnitte in den Zufriedenheitswerten zu verzeichnen sind. Ganz besonders zeigt sich im Bereich der Kulturtechniken<sup>44</sup>, dass zehn der 22 befragten Personen (45,5 %) nicht lesen, schreiben und rechnen sowie zwei Personen nicht rechnen können. Gerade für Personen innerhalb

---

<sup>43</sup> Diesen Aspekt konnte auch WILKE (2015) in ihrer Arbeit beobachten und diskutierte die Zusammenhänge im Rahmen von Literacy.

<sup>44</sup> Kulturtechnik = durch Erziehung vermittelte Fähigkeit, die die Aneignung, Erhaltung und Verbreitung von Kultur ermöglicht (z. B. Lesen, Schreiben, Rechnen) (DUDEN 2013 o.S.)

dieser Alterskohorte überrascht die Tatsache nicht. Ein Aspekt, der in diesem Zusammenhang eine bedeutende Rolle spielt, ist die diesem Personenkreis in den 1960er-Jahren zugestandene Bildungsfähigkeit und die damit verbundene Einführung der Schulpflicht für Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. STÖPPLER & WACHSMUTH 2010, 26). Als jüngster Sonderschultyp wurde die Schule für Schüler mit geistiger Behinderung gegründet (vgl. STÖPPLER 2014a, 95). In den Jahren zuvor galt dieser Personenkreis nach wie vor (noch als Folge der Ideologien der NS-Zeit) als bildungsunfähig; eine Partizipation an staatlichen Bildungsmaßnahmen wurde ihnen verwehrt (vgl. BLEIDICK & ELLGER-RÜTTGARDT 2008, 131; STÖPPLER & WACHSMUTH 2010, 26). Da alle o. g. Personen in den 1950er-Jahren geboren wurden und entsprechend dieser Zeit als ‚bildungsunfähig‘ galten, somit vom Schulbesuch ausgeschlossen waren (vgl. STÖPPLER 2014a, 94), haben sie keine oder nur eine sehr geringfügige schulische Bildung genossen. Insofern verwundert es nicht, dass knapp die Hälfte der Probanden die Kulturtechniken nicht hinreichend ausgebildet haben. Dieser Umstand hat jedoch negative Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden der befragten Personen (vgl. Kap. 5.).

Ein weiterer, für die Probanden wichtiger Aspekt ist die Wissensanwendung von alltäglichen Routinen, wie beispielsweise das Erkennen der Uhrzeit oder das Lesen der Tageszeitung; beide Vorgänge setzen entsprechende Lesekompetenz voraus (erkennen von Buchstaben und Zahlen). Bestehen Schwierigkeiten im Umgang mit Buchstaben und Zahlen, können diesbezüglich Maßnahmen getroffen werden, um es den Personen trotz allem ermöglichen zu können, nach ihren individuellen Bedürfnissen innerhalb der alltäglichen Routinen zu partizipieren. Beispielsweise kann das Lesen und Erkennen der Uhrzeit auch im höheren Alter noch erlernt und durch einfache Modifikationen für die Personen begünstigt werden. Lernpotenziale sind auch für Menschen mit geistiger Behinderung bis ins hohe Alter gegeben (vgl. THEUNISSEN 1999, 170). Tageszeitungen können unter Umständen online vorgelesen oder als Podcast zur Verfügung gestellt werden. Entsprechende Angebote gibt es vor allem im Bereich von speziellen Hörzeitungen<sup>45</sup> für blinde und sehgeschädigte Menschen (vgl. GRIEGER 2013, o.S.). Diese können durchaus auch Menschen zur Verfügung gestellt werden, die nicht lesen und schreiben können.

---

<sup>45</sup> Eine Auflistung thematischer und regionaler Hörzeitungen findet sich unter <http://auskunft.blindenzeitung.de/>, einer Internetpräsenz über Hörmedien für Sehbehinderte und Blinde.

Generell sollten Angebote im kognitiven Bereich in der Arbeit mit alten Menschen mit geistiger Behinderung nicht ausbleiben. Kognitive Anregungen und Aktivität können Menschen darin unterstützen, mit Altersveränderungen besser umzugehen und sie zu verstehen. Bildung und Lernen bis ins hohe Alter begünstigt die Kompensation neu auftretender Schwierigkeiten, die in Zusammenhang mit technischem Fortschritt (z.B. Umgang mit technischen Hilfsmitteln), altersbedingten Wahrnehmungsveränderungen oder dem Wegfall sozialer Kontakte stehen. Die Lebens- und Alltagsbewältigung einer neuen Lebensphase (hinsichtlich des Ruhestandes und Älterwerdens) ist von besonderer Bedeutung für die betreffenden Personen (vgl. HERMANN 2006, 236f).

„Gedächtnistraining und Bildung kann ein alter Mensch mit geistiger Behinderung schon allein durch Sozialkontakte und den Austausch von Erfahrungen und Erlebnissen realisieren“ (ebd., 237).

Ein weiterer Punkt, der durch autoethnografische Aspekte deutlich wurde, ist die Perspektivlosigkeit der Menschen bezugnehmend auf ihre eigene Zukunft und ihre zukünftige Lebensphase. Viele hatten keine Vorstellungen von der Zukunft oder konkrete Pläne, was sie zukünftig noch erleben wollen. Sie leben in den Tag hinein und bekommen darüber hinaus (scheinbar) wenige Anregungen. Für Menschen mit geistiger Behinderung ergeben sich dabei oftmals Schwierigkeiten durch Abhängigkeitsverhältnisse und Unterstützungsbedarfe. Mit der persönlichen Zukunftsplanung wurden Methoden entwickelt, um diese Benachteiligungen aufzuheben und mit den Menschen selbst über ihre Träume, Wünsche und individuellen Bedürfnisse zu sprechen (vgl. DOOSE 2011, o. S.). Durch Anwendung der Methoden wird es Menschen mit geistiger Behinderung ermöglicht, am Leben in der Gesellschaft selbstbestimmt teilzuhaben. Dabei geht es nicht ausschließlich darum, die Zukunft minutiös zu planen. Vielmehr lassen sich Veränderungen einleiten, die die Person wünscht, oder es lassen sich Übergänge in neue Lebensabschnitte unterstützen (bspw. der Übergang in den Ruhestand und der Umgang mit der hinzugewonnenen Zeit) (vgl. DOOSE 2013a, 94f). DOOSE (2013a) formuliert dazu folgende Eignungspunkte persönlicher Zukunftsplanung:

- Herausfinden von Änderungswünschen für das eigene Lebens
- Identifizierung der persönlichen Ziele im Leben
- Erarbeitung einzelner Schritte zur Zielerreichung

- Abklärung notwendigen Unterstützungsbedarfs
- Koordination der Hilfe- und Unterstützungsleistungen
- Gemeinsame Erarbeitung von Problemlösungsstrategien
- Aktivierung und Sensibilisierung von Menschen (vgl. ebd., 95)

Wichtig in der persönlichen Zukunftsplanung ist die Orientierung an der eigenen Person sowie den eigenen Wünschen und Bedürfnissen (vgl. DOOSE 2013b, 19f).

„Persönliche Zukunftsplanung sieht den einzelnen Menschen als einzigartiges Individuum mit seinen Fähigkeiten, Stärken, Interessen und Träumen“ (DOOSE 2013b, 20).

Die betroffene Person sollte selbst planen und entscheiden dürfen, wie sie die eigene Zeit gestalten möchte. Dann kann eine konkrete Verbesserung der Lebensqualität jedes einzelnen Menschen erreicht werden (vgl. DOOSE 2013b, 20f).

### **6.2.5. Soziale Kompetenz und Interaktion**

Die Wichtigkeit von sozialen Kontakten und Interaktionen wurde in den geführten Interviews mit allen Probanden deutlich. Einige sind relativ gut in das gemeinschaftliche Leben ihres Wohnumfeldes eingebunden, andere isolieren sich bewusst, weil sie gerne alleine sind; wieder andere drohen aus unterschiedlichen Gründen zu vereinsamen. Der Umgang mit Konflikten und mit fremden Menschen wurde der *Codeklasse Soziale Kompetenz und Interaktion* zugeordnet.

#### *Darstellung autoethnografischer Aspekte*

- Herr Koswilevski

Eine besondere Ambivalenz seiner Aussagen konnte im Gespräch mit Herrn Koswilevski festgestellt werden. Noch bevor das Interview begann, teilte er deutlich mit, dass er froh sei, nun in Rente zu sein und am liebsten nur schlafen würde. Das wurde von seiner Betreuerin bestätigt – wenn sie ihn lassen würde, würde er den Großteil des Tages im Bett verbringen. Im weiteren Verlauf des Gesprächs erzählte Herr Koswilevski, dass er nicht viel mit den anderen Bewohnern unternehmen würde, und am liebsten alleine bliebe. Manchmal hätte er sogar Ärger mit seinem Zimmernachbarn oder die anderen Bewohner gingen ihm auf die Nerven. Ebenfalls würde er nicht oft an Unternehmungen



teilnehmen oder sich in das Gemeinschaftsleben mit den andere integrieren. Auf der anderen Seite teilte er mit, dass er oft mit den anderen reden würde und das Zusammensein mit den anderen Bewohnern ihm wichtig sei.

Während des Gesprächs irritierte einerseits die offenkundige Ablehnung des Gemeinschaftslebens sowie das Hervorheben des Allein sein wollens. Andererseits konnte der Eindruck entstehen, dass er den Kontakt zu anderen Menschen durchaus sucht. Nach einiger Zeit im Interview fing er an, sich für meine Person zu interessieren. Er fragte konkret nach meinem persönlichen Umfeld – wo ich wohne, ob ich in eine Freundin hätte, ob meine Eltern noch leben, und was mein Vater arbeitet. Im Verlauf des Interviews erkundigte er sich immer wieder nach meinem Vater; z.B. sprachen wir an einer Stelle über seine Interessen und er sagte, er schaue Fußball (zu dieser Zeit lief gerade die WM 2014). Im Anschluss fragte er, ob mein Vater und ich auch Fußball schauen würden. Die Vaterfigur schien für ihn die ganze Zeit über wichtig zu sein. Am Ende des Interviews äußerte er deutlich, dass ihm sein Zuhause und seine Eltern fehlen würden. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, worin die Gründe für seinen sozialen Rückzug liegen und ob dieser wirklich von ihm gewollt ist.

Ein weiterer Aspekt, durch den einige Probanden in ihrer sozialen Kontaktfreudigkeit gehemmt werden, scheint der Umgang mit fremden Menschen zu sein, der vielen der befragten Personen schwerfällt.

#### *Diskussion Priorität Soziale Kompetenz und Interaktion*

Die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität wird heutzutage vor allem auch in gesellschaftspolitischen Kontexten diskutiert und kann nicht ausschließlich auf die subjektive Ebene reduziert werden. Das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität liegen nicht nur in der Eigenverantwortung jedes Einzelnen, sondern auch in der Veränderung gesellschaftlicher Strukturen begründet. Im Alter ist vor allem der Aspekt der Einsamkeit ein wichtiger, zu berücksichtigender Einflussfaktor des subjektiven Wohlbefindens. Es hat sich gezeigt, dass das Erleben von Einsamkeit mit negativen Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden und die Gesundheit einhergeht. Insofern spielen der individuelle Umgang und die individuelle Bewertung der Umstände von sozialer Einsamkeit eine bedeutende Rolle (vgl. TESCH-RÖMER ET AL.

2014, 3f). Familiäre Unterstützungsnetzwerke sind dabei längst nicht mehr so stabil ausgeprägt, und außerfamiliäre soziale Kontakte nehmen mit dem Alter ab. Die soziale Isolation scheint mit steigendem Alter ebenfalls immer größer zu werden und die Lebensqualität von alten Menschen existentiell zu beeinflussen (vgl. HUXHOLD/MAHNE & NAUMANN 2010, 215ff).

Vor allem soziale Integration bzw. Inklusion stellt eine wichtige Zielperspektive zur Erhaltung und Verbesserung von Lebensqualität dar.

„Seit Aristoteles (384-322 v. Chr.) wird der Mensch als ein Zoon politikon – ein soziales, sich in der Gemeinschaft handelnd entfaltendes Wesen – beschrieben“ (WACHSMUTH 2006, 9).

Die Ergebnisse der Generali Altersstudie aus dem Jahr 2013 untermauern die Bedeutung von sozialen Kontakten und zwischenmenschlichen Interaktionen deutlich. Wie in Tabelle 46 dargestellt, sucht die überwiegende Mehrheit der befragten Personen bis ins hohe Alter den Kontakt zu anderen Menschen.

Angaben in %	65- bis 85-Jährige insgesamt	65- bis 69-Jährige	70- bis 74-Jährige	75- bis 79-Jährige	80- bis 85-Jährige
<b>Es stimmen der Aussage zu</b>					
Ich bin gerne unter Menschen	77	78	79	77	70
Ich brauche nicht so viel Kontakt zu anderen	19	16	19	21	22
Ich bin am liebsten für mich allein	11	9	11	13	15

**Tab. 46:** Gerne unter Menschen | Basis: Bundesrepublik Deutschland, 65- bis 85-Jährige Bevölkerung (Generali Altersstudie 2013, In: KÖCHER & BRUTTEL 2012, 168)

Insgesamt stimmten 77 Prozent der befragten Personen der Aussage zu, gerne unter Menschen zu sein. Eine Abhängigkeit von der Alterskohorte kann dabei unberücksichtigt bleiben. Denn mit 70 Prozent liegen die Angaben der 80- bis 85-jährigen nur wenig hinter den Angaben der 65- bis 69-jährigen mit 78 Prozent. Innerhalb der Altersstudie wurde festgestellt, dass der soziale Kontakt durch den gesundheitlichen Zustand der Person beeinflusst wird. Ein schlechter gesundheitlicher Zustand führt dazu, dass die betroffenen Personen sich zurückziehen und wenig Kontakt zu anderen Menschen suchen. In diesem Fall steigt das Risiko für soziale Isolation gravierend an (vgl. KÖCHER & BRUTTEL 2012, 168f).

Darüber hinaus begünstigen soziale Netzwerke den Umgang mit alltäglichen Belastungssituationen. Können Menschen nicht auf entsprechende Unterstützung durch Freunde und Familie zurückgreifen, drohen ebenfalls Einbußen im subjektiven Wohlbefinden (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 155). Innerhalb der dieser Arbeit zugrunde liegenden Studie, konnte dieser Sachverhalt u.a. im Fall von Frau Windschopp beobachtet werden, die kaum soziale Kontakte hat und immer mehr zu vereinsamen droht, obwohl sie nicht alleine lebt. Aufgrund ihrer gesundheitlich bedingt eingeschränkten Mobilität nimmt sie selten an Ausflügen oder Unternehmungen teil.

Für ältere und alte Menschen mit geistiger Behinderung treffen die Erkenntnisse der Generali Altersstudie häufig nicht zu. Denn diesem Personenkreis mangelt es an ausreichend vorhandenen sozialen Kontakten. Diese sind meist beschränkt auf die Mitbewohner im Wohnheim oder die Arbeitskollegen in der WfbM; letztere brechen mit Eintritt in den Ruhestand sogar meist noch weg. Zwar müssen die Kontakte in ihrer Qualität nicht minder intensiv sein, jedoch sind sie oft nicht selbst von der einzelnen Person ausgesucht, da diese meist keine Möglichkeit zu anderweitigen Kontakten außerhalb der Einrichtungen hat (vgl. SCHWARTE 2009, 37). HAVEMAN & STÖPPLER (2010) nennen das ein „stark reduziertes (geringe Anzahl an Netzwerkmitgliedern) und instabiles (häufiges Lösen von Beziehungen innerhalb der Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung) soziales Netzwerk“ (ebd., 154). Es wird deutlich, dass soziale Netzwerke von Menschen mit geistiger Behinderung weder Kontinuität aufweisen noch in ihrer Größe und Funktion angemessen ausgeprägt sind. Hinzu kommt, dass ein Großteil des Personenkreises im Alter alleinstehend ist und auf keine partnerschaftlichen Ressourcen zurückgreifen kann (vgl. ebd., 156).

Der familiäre Kontakt nimmt für Menschen im Alter großen Stellenwert und hohe Bedeutung ein (vgl. KÖCHER & BRUTTEL 2012, 201ff). Familiäre Netzwerke sind im Alter im Hinblick auf den Unterstützungsbedarf von entscheidender Bedeutung. Alte Menschen werden hauptsächlich von der Familie versorgt und unterstützt, wenn sie nicht mehr für sich alleine sorgen können (vgl. HUXHOLD/MAHNE & NAUMANN 2010, 229). Für ältere und alte Menschen mit geistiger Behinderung sind die familiären Strukturen meist nur randständig von Bedeutung, da sie nie die Möglichkeit hatten, eine eigene Familie zu gründen

und somit nicht auf entsprechende Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten zurückgreifen können (vgl. SKIBA 2006, 167; DRILLER ET AL. 2008, 111). Sie sind in erster Linie auf die Kontakte zu ihrer Herkunftsfamilie (Eltern und evtl. Geschwister) angewiesen. DRILLER ET AL. (2008) konnten einen deutlichen Rückgang der familiären Kontakte von Menschen mit geistiger Behinderung und der damit verbundenen Hilfe- und Unterstützungsleistung bei zunehmendem Alter feststellen. Gründe dafür liegen im Tod der Eltern, der wiederum einen besonderen Einschnitt für den Personenkreis darstellt. Mit dem Tod der Eltern bricht eine fest etablierte, familiäre Verbindung weg (vgl. ebd., 111).

Ein weiterer Aspekt, der sich negativ auf die sozialen Kontakte von älteren und alten Menschen mit geistiger Behinderung auswirken kann, ist eine beeinträchtigte Kommunikation. Kommunikation ist eine soziale Handlung, die grundlegend benötigt wird, um sozialen Beziehungen aufbauen zu können (vgl. HILLMANN 2007, 436). Soziale Beziehungen und Kontakte werden somit durch eine funktionierende Kommunikation bedingt – sowohl von Seiten des älteren Menschen als auch von Seiten des Kommunikationspartners (vgl. WACHSMUTH 2006, 11f). Eine beeinträchtigte Kommunikation hat gravierende Folgen, da sie für den betroffenen Menschen bedeutet, aus sozialen Beziehungsgefügen ausgegrenzt zu werden und somit seine Teilhabe und Inklusion gefährdet ist (vgl. BRUHN 2014a, 120ff). Die Sprachentwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung ist meist stark verzögert oder beeinträchtigt (vgl. MÜHL 2006, 132). Menschen mit geistiger Behinderung haben oftmals bereits seit frühen Jahren Einschränkungen in ihrer Kommunikationsfähigkeit. Unter bestimmten Voraussetzungen (bspw. einer dementiellen Erkrankung) können sich diese im Alter noch verschlimmern (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 114). Zudem kann das altersbedingte Nachlassen von Hören und Sehen nicht immer durch entsprechende Hilfsmittel kompensiert werden. Das hat zur Folge, dass zwischenmenschliche Begegnungen und Kommunikation zusätzlich beeinträchtigt werden können. Einschränkungen können auch durch das Verhalten der Anderen hervorgerufen werden, in dem bspw. Betreuungspersonen oder Angehörige nicht adäquat mit alten Menschen kommunizieren oder ihnen gegenüber unangemessene Verhaltensweisen zeigen (vgl. ebd., 18f). Das kann dazu führen, dass sich die betroffene Person aktiv aus kommunikativen Prozessen zurückzieht, weil sie sich geringgeschätzt und sich in ihrem Selbstbild und Selbstwertgefühl angegriffen fühlt. Es droht die soziale Isolierung, die

negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden der Person nehmen kann; denn die Zufriedenheit von Heimbewohnern hängt auch davon ab, eine soziale Beziehung aufbauen zu können (vgl. WACHSMUTH 2006, 255f).

Die hier dargelegten Aspekte von sozialen Netzwerken und Interaktionen spiegeln sich auch bzgl. der Lebenssituationen der befragten Personen wieder. In allen Fällen beschränkt sich der soziale Kontakt auf das unmittelbare Wohnumfeld. Soziale Kontakte zu Menschen außerhalb der Einrichtung bestehen bestenfalls in schwach ausgeprägter Form (bspw. Begegnungen beim Einkaufen oder bei Ausflügen). Auch familiäre Kontakte sind stark eingeschränkt, und der Umgang mit fremden Menschen fällt einigen zusätzlich schwer.

### **6.2.6. Tagesstruktur und Freizeit**

Besondere Aspekte im Leben von alternden Menschen mit geistiger Behinderung sind der Ruhestand und die damit gewonnene Zeit. Es ergeben sich Fragen der Tagesstrukturierung und der Kompensation der Erwerbstätigkeit für die betroffenen Menschen. In den geführten Interviews konnte das festgestellt und in der *Codeklasse Tagesstruktur und Freizeit* zusammengefasst werden.

#### *Darstellung autoethnografischer Aspekte*

##### - Frau Zech

Frau Zech lebt seit 25 Jahren in der Einrichtung, in der das Interview geführt wurde. Tagsüber besucht sie die interne Tagesstruktur bis halb drei, und danach kann sie machen, was sie will. Ihre Freiheiten sind ihr sehr wichtig. Sie berichtete davon, dass sie früher nicht gerne gemalt hätte. Heute malt sie; denn schließlich sei sie „froh, wenn man was macht“.

##### - Frau Best

Einige der befragten Personen sind sehr glücklich darüber, im Ruhestand zu sein. Eine von ihnen ist Frau Best, die in ihrem Interview sichtlich glücklich darüber berichtete, dass sie froh sei, endlich in Rente zu sein und es geschafft zu haben. Zwar sei das für sie eine neue Lebensphase, an die sie sich noch

gewöhnen müsse, aber generell ist sie erleichtert, nicht mehr arbeiten zu müssen. Nun hat sie mehr Zeit für die Dinge, die ihr Spaß machen. Sie hilft sehr gerne bei Arbeiten in der Küche sowie beim Essen zubereiten und engagiert sich im Heimbeirat.

### *Diskussion Priorität Tagesstruktur und Freizeit*

Ein bedeutender Aspekt stellt der Ruhestand und die damit hinzugewonnene freie Zeit für den Personenkreis der älteren und alten Menschen mit geistiger Behinderung dar. Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe werden immer intensiver von der Thematik betroffen, auf die Bedürfnisse ihrer Bewohner, die sich im Ruhestand befinden, einzugehen, da die Zahl dieser Bewohner stetig steigt (vgl. Kap. 2.2.). Mit dem Ausscheiden aus der Beschäftigung in der WfbM fällt für die betroffene Person eine alltäglich-routinierte Tagesstruktur weg. Es bleibt individuell festzustellen, welche Angebote und Unterstützung den Personen zuteilwerden müssten, damit sie bedürfnisgerecht und wunschgemäß ihre Zeit gestalten können (vgl. HERMANN 2006, 229f).

Konstatiert werden kann, dass behinderungsspezifische Wohneinrichtungen auch zukünftig mit älteren und alten Menschen zu tun haben werden, die nicht mehr arbeiten gehen, was Auswirkungen auf die Betreuungs- und Personalplanung haben wird. Es müssen Tagesstrukturangebote formuliert werden, die umfassender sind als die Morgen- und Abend- bzw. die Wochenendgestaltung (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 126).

Darüber hinaus sollten Freizeitangebote für Menschen mit geistiger Behinderung entsprechend ihrer Bedürfnisse konzipiert werden. Prinzipiell haben sie die gleichen Freizeitbedürfnisse wie nichtbehinderte Menschen. Art und Schwere der Behinderung sowie die Abhängigkeit von Hilfen und – mit dem Alter – aufkommende Pflegebedürftigkeit nehmen jedoch negativen Einfluss auf die quantitativen und qualitativen Umsetzungsmöglichkeiten von Freizeit<sup>46</sup> (vgl. ebd., 165). Hinzu kommen äußere Einflüsse und Fremdeinschätzungen (bspw. durch Betreuungspersonen) hinsichtlich einer adäquaten Freizeitbeschäftigung. Oftmals wird Freizeit mit ständiger Aktivität gleichgesetzt. Sport treiben, Wandern, Ausflüge und Urlaube machen werden gemeinhin als adä-

---

<sup>46</sup> Auf eine Definition von Freizeit bzw. eine Diskussion des Freizeitbegriffs wird an dieser Stelle bewusst verzichtet.

quate Freizeitbeschäftigungen gesehen (vgl. OPASCHOWSKI 2008, 179). Genannte Aktivitäten entsprechen jedoch meist selten den Lebenswelten der Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Für sie sind die Grenzen von frei verfügbarer Zeit und Freizeit oft nicht klar gezogen. Historisch betrachtet waren freie und selbstbestimmte Zeit für Bewohner von Großeinrichtungen kaum vorhanden. Therapien und Förderangebote überlappten sich mit alltäglichen Verrichtungen und fanden immer am selben Ort statt. Die Menschen kamen selten raus und erlebten in ihrer Tagesstruktur Abwechslungen nur sehr selten (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 166). Für die Konzipierung von Freizeitangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung, die sich im Ruhestand befinden, ist es daher von entscheidender Bedeutung, wie die Person Freizeit früher erlebt und welchen Stellenwert sie hat. Konkret sollten die Wünsche und Bedürfnisse jedes Einzelnen ermittelt werden, um ein bedürfnisbefriedigendes und zufriedenstellendes Freizeitangebot machen zu können (vgl. OPASCHOWSKI 1990, 87ff). Dabei ist nicht wichtig, ob die Angebote als adäquat und zufriedenstellend von der Institution angesehen, sondern, ob diese auch so von den Menschen empfunden werden. Ältere Menschen mit geistiger Behinderung sollten in ihrer freien Wahl ernst genommen werden. Dabei müssen jedoch Überforderungssituationen vermieden werden (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 172). Alte Menschen haben meist lebenslange Abhängigkeitserfahrungen, die ihre selbstbestimmte Entscheidungsfähigkeit gravierend beeinträchtigt. Die heute unbestrittenen Paradigmen wie Selbstbestimmung, Empowerment und Normalisierung<sup>47</sup> wurden den älteren Jahrgängen (vor den 1980er-Jahren) kaum zuteil (vgl. THEUNISSEN & PLAUTE 1995, 60ff), was von SELIGMANN (1986) „erlernte Hilflosigkeit“ genannt wird.

„Weil Entscheidungen immer von anderen Personen getroffen werden, gibt es keinen Grund für die behinderte Person, selbst zu wählen und damit Verantwortung zu übernehmen und Risiko einzugehen. Es gibt folglich auch keine Möglichkeit, die Entscheidungsfähigkeit stufenweise zu erlernen“ (NIEHOFF 1994, 187).

Ein weiterer, zu berücksichtigender Faktor für die Lebensphase des Ruhestands besteht darin, dass nicht nur eine vertraute Tagesstruktur für die be-

---

<sup>47</sup> In Deutschland etablierten sich das Normalisierungsprinzip in den 1980er- sowie Selbstbestimmung und Empowerment in den 1990er-Jahren als Leitideen in der Behindertenhilfe (vgl. STÖPPLER 2014a, 74ff).

troffenen Personen wegfällt, sondern ebenfalls soziale Kontakte verloren gehen. Dieses Ereignis kann für die Menschen einen gravierenden Lebenschnitt bedeuten, da sie selten auf ein stabiles soziales Netzwerk außerhalb des Wohn- und Arbeitsumfeldes zurückgreifen können (vgl. hierzu Diskussion Sozialer Bedürfnislagen). Mit dem Wegfall der strukturellen und personellen Konstanz der WfbM bekommen das Wohnumfeld und tagesstrukturelle Angebote eine hohe Priorität für die betroffenen Personen (vgl. BAUR 2000, 11). Eine interne Tagesstruktur wird von den Einrichtungen zunehmend etabliert; dies konnte in einigen der Wohnheime festgestellt werden, die besucht worden sind. Dort reagierte die Einrichtungsleitung bereits auf die stetig steigende Zahl von Rentnern und installierte verschiedene neue interne Tagesstrukturangebote. Entsprechende interne Angebote sind als gut und wichtig zu beurteilen, jedoch sind sie im Sinne des Zwei-Milieu-Prinzips<sup>48</sup> auch kritisch zu reflektieren. Angebote im alltäglichen Wohnumfeld und mit den bekannten Mitbewohnern sollten nicht ausschließlich zur Verfügung gestellt werden. Eine Vernetzung mit regionalen Angeboten (bspw. mit Vereinen), die Kooperationen mit anderen Einrichtungen (bspw. Institutionen der Alten- und Pflegehilfe oder Jugendeinrichtungen) oder das Öffnen der internen Angebote für externe Personen sind Optionen, die das Angebot und die Wahlmöglichkeiten vielfältiger machen, Kontakte zu anderen Menschen ausweiten und Inklusion im Alter ermöglichen können (vgl. HERMANN 2006, 234).

### 6.2.7. Wohnen

Aspekte des Wohnens sind für Menschen mit geistiger Behinderung von besonderer Bedeutung. Die interviewten Personen haben zum großen Teil bereits vielfältige und lange Hospitationen erlebt. Einige leben bereits seit Jahren mit anderen Menschen zusammen in einem Zimmer und haben deshalb wenig Rückzugsmöglichkeiten oder Privatsphäre. Für diejenigen, die bis ins hohe Alter zusammen mit ihren Eltern lebten, ergab sich ein später Umzug aus dem

---

<sup>48</sup> Das Zwei-Milieu-Prinzip ist eine Konkretisierung der, im Zuge des Normalisierungsprinzips geforderten Trennung der Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit. Es ist nicht als starres Konstrukt zu verstehen und sollte die angemessene Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse fokussieren. Für die Lebensphase des Alters sollte demnach hohe Flexibilität geboten sein, um die Wahlmöglichkeiten der Bewohner durch interne wie externe Angebote im Gleichgewicht zu halten und den Bedürfnissen gerecht werden zu können (vgl. BAGÜS 2007, 12f).



Elternhaus und eine damit verbundene neue Wohnumgebung sowie Lebenswelt. Die Aspekte wurden in der *Codeklasse Wohnen* zusammengefasst.

#### *Darstellung autoethnografischer Aspekte*

##### - Frau Fritz

Frau Fritz zog erst im Alter von 64 Jahren aus dem Elternhaus aus, in ihre jetzige Wohneinrichtung. Als sie im Jahr 2014 besucht werden konnte, war dies zwei Jahre her. Demzufolge muss sie sich in hohem Alter noch an eine neue Wohnumgebung gewöhnen. Erschwerend kommt hinzu, dass sie vollblind ist, d.h., sie kann keine Helligkeitsunterschiede wahrnehmen. Verständlicherweise ist sie äußerst verunsichert und ängstlich in ihrer neuen Wohnumgebung, die ihr noch nicht gänzlich vertraut zu sein scheint. Vor dem Interview konnte beobachtet werden, wie unselbstständig und ängstlich Frau Fritz war. Sie bewegte sich nicht ohne Hilfe ihrer Betreuerin und schien generell eher passiv zu sein. Das einzige, womit sie sich gerne und lange beschäftigt, ist das Auffädeln von Holzperlen.

##### - Frau Schmidt

Im Gegenteil zu Frau Fritz weist Frau Schmidt eine sehr lange Hospitation auf. Sie zog vor über 20 Jahren mit ihrer Mutter in das Altenheim, in dem sie noch immer lebt. Bei ihrem Einzug war sie die jüngste Bewohnerin und lebte zu Beginn mit ihrer Mutter in einem Zimmer. Nachdem die Mutter gestorben war, zog sie in ein anderes Zimmer um und lebt seitdem mit zwei weiteren Bewohnerinnen des Altenheims zusammen. Sie besucht regelmäßig eine Tagesstätte für alte Menschen mit geistiger Behinderung, weil es in ihrer Wohneinrichtung keine Angebote zur Tagesstruktur zu geben scheint. Sie berichtete davon, dass sie in der Tagesstätte viel mithelfen könne, was ihr Freude bereite. Im Altenheim sei das nicht so, weil dort nichts weiter gemacht werden würde.

#### *Diskussion Priorität Wohnen*

Das Wohnen in der Lebensphase Alter ist von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung. Die meisten Menschen wollen im Alter in ihrem vertrautem Wohnumfeld bleiben und zwar bis zu ihrem Tod. Auch ein Umzug in eine stationäre

Einrichtung bei aufkommender Pflegebedürftigkeit, entspricht aus unterschiedlichen Gründen nicht den Vorstellungen und Wünschen der betroffenen Menschen. Trotz Bemühungen des stetigen Qualitätsausbaus der Einrichtungen der Alten- und Pflegehilfe, ist die Bundesregierung bestrebt, ambulante Unterstützungsangebote und -dienste weiter auszubauen (vgl. BMFSFJ 2006, 2).

„Leitziel der Bundesregierung ist, den Weg einer umfassenden und nachhaltigen Qualitätsentwicklung konsequent weiter zu gehen, um den Rahmen für eine den individuellen Bedürfnissen älterer Menschen angepasste, ihre Lebensqualität sichernde und ihre Würde und Selbstbestimmung achtende Versorgung zu garantieren“ (ebd., 2).

Wenn es, bedingt durch einen hohen Pflegebedarf, dennoch notwendig wird, dass der betroffene alte Mensch in eine stationäre Pflegeeinrichtung umzieht, geschieht das meist erst in der letzten Phase des Lebens. Die Aufenthaltsdauer in den entsprechenden stationären Einrichtungen ist vergleichsweise kurz und beträgt im Durchschnitt 2 ½ Jahre bis zum Tod (vgl. SCHÖNBERG & DE VRIES 2010 zit. n. DIECKMANN ET AL. 2013, 49). Im Jahr 2014 verzeichnet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) insgesamt 750.884 Menschen als stationäre Leistungsempfänger. Davon waren 75,95 % 75 Jahre oder älter sowie 46,87 % 85 Jahre oder älter (BMG 2015). Auch das Durchschnittsalter von Menschen mit Behinderungen in stationär betreuten Wohnformen steigt stetig an, wenngleich es im Vergleich immer noch bedeutend niedriger ist<sup>49</sup>. Die demografischen Entwicklungen nehmen ebenfalls Einfluss auf die Hilfe- und Betreuungsleistungen in den stationären Wohneinrichtungen, die entsprechend den damit verbundenen Bedürfnislagen des Personenkreises weiterentwickelt werden müssen. Obgleich das Durchschnittsalter steigt, wird die Hospitalisation von Menschen mit Behinderung dennoch weitaus länger. Darüber hinaus stellt der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung mit 64 % die größte Gruppe dar, die (finanziert durch die Eingliederungshilfe) in stationär betreuten Wohnformen leben (vgl. BAGÜS 2014, 4f). Zwar unterscheiden sich die Bedürfnisse von Menschen mit und ohne Behinderung im Alter generell nur wenig voneinander, es ergeben sich jedoch durch die Wech-

---

<sup>49</sup> 2006 betrug das Durchschnittsalter in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe 40 Jahre (vgl. BMFSFJ 2006, 223) und 2013 bereits 44 Jahre (vgl. BAGÜS 2014, 4).

selbeziehung der Aspekte Alter, Behinderung und Pflegebedürftigkeit für diesen Personenkreis entsprechende Bedürfnislagen, die in stationären Wohneinrichtungen entsprechende Priorität haben müssen (vgl. BMFSFJ 2006, 223; BAGÜS 2014, 4). Wohnen, und die damit verbundenen Aspekte Sicherheit und Schutz, Geborgenheit und Distanz, Beständigkeit und Vertrautheit, Kontakt und Kommunikation sowie Tätigkeit und Selbstdarstellung, sind für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter von großer Bedeutung (vgl. SCHWARTE & OBERSTE-UFER 1997, 44f). Deswegen sollte es diesem Personenkreis ermöglicht werden, solange wie möglich im vertrauten Wohnumfeld zu bleiben. Die Anstrengungen der Bundesregierung, ambulante Wohnformen zu bevorzugen und das Kompetenzprofil der ambulanten Unterstützungsdienste auszubauen, sollte auf alle Personengruppen angewendet und nicht auf eine bestimmte Personengruppen reduziert werden (vgl. DIECKMANN ET AL. 2013, 49ff).

Aspekte des Wohnens des Personenkreises der Menschen mit geistiger Behinderung können verschiedenen Einflussfaktoren unterliegen, die negative Auswirkungen mit sich bringen können. Noch immer leben die meisten Menschen mit geistiger Behinderung bis ins hohe Erwachsenenalter im Haus der Eltern. Der späte Umzug in eine stationäre Wohneinrichtung wird meist durch persönliche und/oder familiäre Erfordernisse bedingt. Die Personen treffen diesbezüglich selten eine selbstbestimmte Entscheidung. Mit der neuen Lebenssituation im Heim gehen individuelle Lebensmuster verloren, Kompromisse müssen eingegangen werden und von den Menschen wird eine hohe Anpassungsfähigkeit gefordert (vgl. WACKER ET AL. 1998, 297). Insbesondere im Bereich des Wohnens zeigt sich für den Personenkreis eine gravierende Benachteiligung der individuellen Wohnbedürfnisse. Einrichtungen ist es oftmals nicht möglich, individuelle Wohnsituationen herzustellen. Einige der befragten Personen leben bspw. nicht in Einzelzimmern und haben dementsprechend wenig Privatsphäre. Das Zusammenwohnen mit ein oder zwei weiteren Personen in einem Zimmer, scheint für die Teilnehmer alltägliche Routine geworden zu sein. Bezogen auf sonderpädagogische Leitprinzipien – bspw. im Sinne der Forderungen des Normalisierungsprinzips – stellt dies keinen adäquaten Zustand dar. Betroffene Personen haben keinen persönlichen Rückzugsraum, ihnen fehlt die damit verbundene Privatsphäre. Zwar zeigten sich die befragten Personen mit den jeweiligen Wohnsituationen meist zufrieden,

jedoch bleibt zu hinterfragen, ob dies darauf zurückzuführen ist, dass sie in ihrem Leben keine Alternativen kennengelernt haben. Durch jahrelange Institutionalisierungen scheinen Bedürfnisse nach Rückzug und Intimsphäre in Vergessenheit zu geraten (vgl. SCHWARTE 2009, 37).

Vor allem durch die im Alter hinzukommende Pflegebedürftigkeit drohen die Wohnbedingungen von alten Menschen mit geistiger Behinderung auf einen Unterbringungs- und Versorgungscharakter reduziert zu werden. Würdevolles Altern und die Sicherung des subjektiven Wohlbefindens scheinen in dem Zusammenhang an Bedeutung zu verlieren. Besonders die Berücksichtigung individueller Wünsche und Bedürfnisse rücken in stationären Großeinrichtungen oftmals in den Hintergrund. Das ist besonders dann der Fall, wenn die Menschen zu einem späten Zeitpunkt in ihrem Leben umziehen (bspw. wenn die Eltern aufgrund des eigenen Alters nicht mehr die Versorgung des „Kindes“ gewährleisten können oder nach deren Tod<sup>50</sup>) und ihr bisheriges, vertrautes Wohnumfeld verlassen müssen (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 136f). Diese weitreichenden Veränderungen können tiefgreifende Folgen für die betroffenen Personen haben: der Auszug aus einer vertrauten Umgebung sowie das Kennenlernen neuer Menschen und Wohnverhältnisse können negative Einflüsse auf die Lebensqualität im Alter nehmen (vgl. HERMANN 2006, 229). DIECKMANN ET AL. (2013) konstatieren in ihrer Studie, dass die meisten Menschen mit geistiger Behinderung ab einem Alter von 60 Jahren aufwärts überwiegend in stationären Wohneinrichtungen leben. Wenige dieser Alterskohorte leben in ambulant betreuten Angeboten, da diese konzeptionell noch nicht auf die Bedürfnislagen der Menschen in der Lebensphase Alter ausgerichtet zu sein scheinen. Empfehlungen für den Umzug in stationäre Wohneinrichtungen werden ausgesprochen, die jedoch in den wenigstens Fällen den Wünschen der betroffenen Personen oder den Vereinbarungen der UN-BRK entsprechen. Daraus resultieren ‚Fehlplatzierungen‘ in reguläre Alten- und Pflegeheime, die nur selten den Bedürfnissen der Menschen mit geistiger Behinderung gerecht werden können. Die Betroffenen müssen mit anderen Bewohnern zusammenleben, die um einiges älter sind als sie; die Dauer des Wohnaufenthaltes übersteigt die bereits oben genannte Durchschnittszeit (vgl.

---

<sup>50</sup> Hauptwohnsitz erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung ist nach wie vor das Elternhaus. Der Umzug erfolgt erst, wenn die Eltern nicht mehr in der Lage sind, die alltäglichen Unterstützungsleistungen selbst auszuführen (vgl. DIECKMANN ET AL. 2013, 49).

ebd., 49ff). Aus kommunaler Perspektive wird das vor allem pragmatisch-finanziell begründet: Menschen mit geistiger Behinderung, die in Einrichtungen der Alten- und Pflegehilfe untergebracht werden, fallen aus der Eingliederungshilfe heraus und die Pflegeversicherung<sup>51</sup> ist zuständig. Damit werden Kosteneinsparungen für die Kommunen erreicht, ungeachtet dessen, dass eine reine Pflegeversorgung von alten Menschen mit geistiger Behinderung in vielerlei Hinsicht nicht ausreichend sein oder gar den individuellen Bedürfnissen gerecht werden kann (vgl. KLAUß 2008a, 42ff).

„Die Pflegeversicherung ist eine beitragsfinanzierte Teilkaskoversicherung für den Pflegefall, die Eingliederungshilfe soll ein Menschenrecht auf umfassende Teilhabe sichern“ (ebd., 44).

Abgesehen davon haben Menschen mit geistiger Behinderung ein lebenslanges Recht auf Leistungen der Eingliederungshilfe – unabhängig des Schweregrades der Behinderung und des Alters. Eine Reduzierung oder Aufhebung dieser Leistungen, begründet durch eine (erhöhte) Pflegebedürftigkeit, ist daher unzulässig. Diskutiert wird es leider dennoch immer wieder (vgl. VATER 2007, o.S.).

Ungeachtet dessen hat KLAUß (2008a) mit einer nicht repräsentativen Studie Tendenzen ermittelt, dass die Unterbringung von alten Menschen mit geistiger Behinderung in regulären Alten- und Pflegeeinrichtungen teilweise vorkommt und die Einrichtungen der Altenpflege sich durchaus in der Lage sehen, diesen Personenkreis adäquat zu versorgen. Er schlussfolgert, dass dies mit einem modernen Selbstverständnis von Pflege zusammenhängt, das über die rein körperlich-pflegerische Versorgung hinausgeht. Behinderteneinrichtungen hingegen sind mit der Selbsteinschätzung, die Bedürfnisse von alten Men-

---

<sup>51</sup> Zielgerichtet unterscheiden sich die Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung massiv voneinander: die Eingliederungshilfe fokussiert die lebenslange Behinderung und deren Folgen. Zu ihren Aufgaben gehört es „eine drohende Behinderung zu 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 so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“ (SGB XII §53 Abs. 3). Die Pflegeversicherung hingegen fokussiert primär die letzte Lebensphase eines Menschen und die damit aufkommenden alltäglichen, pflegerelevanten Verrichtungen (z.B. Grundpflege wie Körperpflege, Hygiene, Nahrungsaufnahme, etc.). Weitergehende Unterstützungsleistungen sind nicht Teil des Leistungsspektrums und werden explizit ausgegrenzt (vgl. VATER 2007, o.S.).

schen mit geistiger Behinderung adäquat entsprechen zu können, zurückhaltender. Es bleibt festzustellen, ob die Einschätzung der Einrichtungen der Altenpflege als Fehleinschätzung erklärt werden muss (vgl. ebd., 47ff).

In der dieser Arbeit zugrunde liegenden Studie wurden sieben Personen befragt, die in einer regulären Alten- und Pflegeeinrichtung untergebracht sind. Fünf dieser Personen erreichten in der Gesamtübersicht die niedrigsten Lebensqualitätswerte (vgl. Tab. 12, Kap. 5.2.), die festgestellt werden konnten. Die Ursachen bedürfen weitreichenderer Untersuchungen, jedoch lässt sich hierdurch die von DIECKMANN ET AL. sowie die von KLAUß formulierte Einschätzung wiedererkennen.

Unbestritten ist die Überzeugung, dass Pflege ganzheitlich und umfassend betrachtet und definiert werden sollte. Eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitskonzepts, das diesem Anspruch teilweise gerecht wird, wurde in einem Projekt von WINGENFELD ET AL. (2008) an der Universität Bielefeld durchgeführt. Das neue Pflegebedürftigkeitskonzept greift zwar den ganzheitlichen Aspekt von Pflege auf, allerdings bedarf es, bezogen auf den Personenkreis der alten Menschen mit geistiger Behinderung, einer kritischen, pädagogischen Auseinandersetzung (vgl. KLAUß 2008b, 4ff).

„Solange aber die Leistungen der Pflegeversicherung nicht sinnvoll mit denen der Eingliederungshilfe verzahnt werden können, stoßen Unterstützungsarrangements für Menschen mit Behinderungen im Alter nach wie vor an sozialrechtliche Grenzen und Unverträglichkeiten (SCHÄPER 2012, 54).

### 6.3. Fazit

Die Erkenntnisse aus Kapitel fünf werden zunächst auf die individuellen Lebenssituationen der befragten Personen angewendet. Es wurden spezifische Interventionsmöglichkeiten der Einrichtungen formuliert, die aufzeigen, wie dahingehend die subjektiven LQ-Werte berücksichtigt und gesteigert werden können. In strukturellen Kontexten stationärer Wohnheime müssen jedoch Bedürfnisse vieler Bewohner Berücksichtigung finden; individuelle Prioritäten rücken dabei oftmals in den Hintergrund.

Während der Interviews wurde deutlich, dass die Probanden über die Frage-systematik hinaus Angaben machten oder Verhaltensweisen zeigten, die als wichtig für lebensqualitätsrelevante Kriterien eingeschätzt werden. Um den

Blickwinkel auf diese Aspekte erweitern zu können, wurde neben der Datenanalyse durch das Interventionsprogramm ein qualitativer Zugang für notwendig erachtet, um das Datenmaterial intensiv inhaltlich zu sichten und zu interpretieren. Zunächst wurde die Methode des offenen Codierens angewendet, um die schriftlichen Erkenntnisse zu systematisieren. Auf der Grundlage der 22 Interviews konnten Codes identifiziert werden, die allen Interviews übergreifend in spezifische Codeklassen zusammengefasst werden konnten. Diese Codeklassen wurden als Prioritäten definiert, die – vom Einzelfall ausgehend – als übertragbar auf die Lebensphase Alter eingestuft werden. Für jede Priorität wurden Vertreter benannt, die durch kennzeichnende Aspekte aus den Beobachtungen der Interviews (autoethnografische Ergänzungen) in besonderer Weise die Bedeutung der Priorität hervorheben. Sie werden als bedeutende Kriterien subjektiver Lebensqualität eingeschätzt, die ebenfalls in allen Kernbereichen des Lebensqualitätskonzeptes von sensiQoL<sup>®</sup> vertreten sind:

- Aspekte der Mobilität und Bewegung sowie der Gesundheit sind explizit im Kernbereich Funktionalität und Gesundheit angesiedelt,
- Kognition, Soziale Kompetenz und Interaktion sowie Tagesstruktur und Freizeit greifen Aspekte aus dem Kernbereich Entwicklung und Dasein auf,
- Psychische Konstitution deckt Kriterien der Kernbereiche Menschenwürde und Akzeptanz sowie Entwicklung und Dasein ab und
- Wohnen umfasst Aspekte des Kernbereichs Anerkennung und Sicherheit.

Die Prioritäten sind keiner Hierarchie unterworfen, da sie im individuellen Lebenskontext jedes Einzelnen betrachtet werden müssen. Während der Interviews wurde deutlich, dass die individuellen Anforderungen bzw. Erwartungen an lebensqualitätsrelevante Kriterien von Fall zu Fall unterschiedlich sind. Die formulierten sieben Prioritäten können jedoch als fallübergreifend eingestuft werden; für alle interviewten Personen waren sie in unterschiedlicher Ausprägung relevant für die Einschätzung der subjektiven Lebensqualität.

In der Priorität Mobilität und Bewegung zeigen sich die Aspekte Bedarf an Hilfsmitteln (Rollator, Rollstuhl), Immobilität und ausbleibende Mobilitätswünsche von Bedeutung für die interviewten Personen. Es stellte sich heraus,

dass insbesondere altersbedingte Mobilitätseinschränkungen belastend wirken können. Einige der Probanden benötigen zur Unterstützung eine Gehhilfe (bspw. einen Rollator), da sie sich nicht mehr sicher zu Fuß fortbewegen können und Angst vor Stürzen haben. Von besonderer Bedeutung erscheinen in diesem Zusammenhang Mobilitätstraining und Sturzprophylaxe zur Stabilisierung der Muskulatur und des Bewegungsapparates sowie zur Erhaltung der Mobilität. Ein konkreter Lebensweltbezug der Bewohner ist dabei unbedingt zu berücksichtigen. Für Einrichtungen ist es darüber hinaus notwendig, ein erweitertes Mobilitätsverständnis zu etablieren. Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, sich selbstständig fortzubewegen, respektive auf einen Rollstuhl angewiesen sind, sollten die personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um ihre Mobilitätsbedürfnisse (regelmäßige Spaziergänge o.ä.) befriedigen zu können.

Im Bereich der Gesundheit sind hauptsächlich Altersveränderungen und gesundheitliche Einbußen maßgeblich. Insbesondere in der medizinischen Grundversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter zeigt sich, dass diese oft nicht angemessen gewährleistet ist. Sie nehmen selten an gängigen Vorsorgeuntersuchungen teil, die für nichtbehinderte Menschen ab einer bestimmten Altersphase üblicherweise zur Gesundheitsvorsorge zählen. Infolgedessen werden Erkrankungen nicht frühzeitig erkannt und medizinische Interventionen bleiben aus. Darüber hinaus werden spezifische Gesundheitsfragen häufig im Kontext der individuellen Behinderung gesehen, d.h. Erkrankungen oder gesundheitliche Probleme werden als behinderungsspezifisch begründet mit der Folge, dass einfach behandelbare Erkrankungen unbehandelt bleiben. Weiterhin unterliegt die ärztliche Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung spezifischen Besonderheiten, mit denen das medizinische Personal vertraut sein sollte: Behandlungsstrukturen und -zeiten fallen intensiver aus, wodurch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit direkten Bezugspersonen notwendig wird, um die konkreten Bedürfnislagen der betroffenen Person eindeutig erfassen zu können. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Patienten nicht uninformiert bleiben und mit in die kommunikativen Prozesse einbezogen werden. Viele der interviewten Personen waren über die altersbedingten Veränderungen nicht aufgeklärt, was in vielen Fällen zu Überforderungssituationen führte. Sie hatten Angst vor ärztlichen Untersuchungen und medizinischen Eingriffen, weil sie nichts über die Vorgehensweise oder



die Notwendigkeit der Behandlung wussten. Der Informationsaustausch erfolgte ausschließlich zwischen Arzt und Betreuer; es wurde nur *über* den Patienten gesprochen anstatt *mit* ihm.

Die Priorität Psychische Konstitution umfasst u.a. psychische Kompensation vergangener Belastungssituationen (Traumatische Erlebnisse, Tod und Trauer, Unzufriedenheit etc.) sowie biografische Aspekte (Erlebnisse aus der Vergangenheit, eigenes Behinderungsempfinden). Der Umgang mit psychischen Problemen fällt Menschen mit geistiger Behinderung nicht leicht. Gründe dafür liegen im kognitiv-kommunikativen Bereich: ihre Möglichkeiten der selbstreflexiven Verarbeitung sind oftmals nicht ausreichend, um darüber zu reden und Verarbeitungsprozesse anzustoßen. Insbesondere zurückliegende, traumatische Ereignisse aus der Vergangenheit können negativen Einfluss auf das Wohlbefinden der betreffenden Person nehmen, wenn eine Verarbeitung ausgeblieben ist. Auch können die lebenslangen Behinderungserfahrungen zu ständigen Belastungssituationen führen und sich im Alter manifestieren, was Verhaltensweisen zur Folge hat, die das Betreuungspersonal kontextuell nicht einordnen kann. In der Arbeit mit alten Menschen mit geistiger Behinderung ist deswegen die Berücksichtigung der individuellen Lebensgeschichte notwendig, damit individuelle biografische Aspekte nicht verloren gehen. Oftmals wird fälschlicherweise davon ausgegangen, dass die Menschen nicht in der Lage seien, retrospektiv über ihr Leben nachzudenken. Erfahrungen aus der Biografiearbeit mit ihnen zeigen, dass durch Erinnerungen an schöne Zeiten und Reden über belastende Erlebnisse bestehende Unzufriedenheit oder Traurigkeit abgebaut und eine Verbesserung der subjektiven Lebensqualität erreicht werden kann.

Ein weiterer, wichtiger Aspekt, um psychische Belastungen zu vermeiden, ist der angemessene Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Prinzipiell ähnelt die Trauerbewältigung von Menschen mit geistiger Behinderung der von Menschen ohne Behinderung. Auch, wenn individuelle Unterstützungsmechanismen für die Personen notwendig werden können, ist eine Tabuisierung zu vermeiden und die Bedeutung individueller Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Kognitive Prioritäten können im Kontext der Arbeit vordergründig mit der Kenntnis der Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen) definiert werden. Aber auch andere kognitive Gedächtnisleistungen (Merkfähigkeit, Erinnerungsvermögen etc.) sowie das Nachdenken über das eigene Leben und die

Zukunft sind von hoher Bedeutung für die befragten Personen. Fast die Hälfte der Probanden (45,5 %) kann nicht Lesen, Schreiben oder Rechnen, was auf die fehlende Schulbildung zurückzuführen ist. Bis zu den 1960er-Jahren wurden Menschen mit geistiger Behinderung als bildungsunfähig stigmatisiert, was auch auf die Menschen zutrifft, die im Rahmen dieser Arbeit interviewt wurden; alle wurden in den 1950er-Jahren geboren. Der Umgang mit Buchstaben und Zahlen ist vielen nicht vertraut und hat zur Folge, dass Zeitungen und die Uhrzeit nicht gelesen werden können. Alltägliche Routinen fallen den Menschen schwer, was zur Unzufriedenheit führen kann. Kognitive Anregungen und Aktivitäten (Gedächtnistrainings und Lernangebote) können in der Lebensphase Alter den Umgang mit Altersveränderungen und Kompensation auftretender Schwierigkeiten begünstigen. Mangelnde institutionelle Angebote verhindern dies oft und fördern somit indirekt die Unzufriedenheit der Menschen.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist die Perspektivlosigkeit hinsichtlich der eigenen Zukunft. Viele der interviewten Personen haben keine Vorstellung, was zukünftig in ihrem Leben sein soll oder haben konkrete Pläne. Somit bleiben individuelle Bedürfnisse und Wünsche unberücksichtigt. Durch persönlicher Zukunftsplanung könnten die Menschen unterstützt werden, Ziele und Wünsche zu formulieren, auf die sie konkret hinarbeiten könnten. Insbesondere in der Lebensphase Alter (Eintritt in den Ruhestand, Wegfall von Aufgaben und Strukturen) sind das bedeutende Aspekte zur Sicherung subjektiver Lebensqualität.

Einen besonderen Stellenwert für eine gute Lebensqualität sind stabile soziale Beziehungsgefüge und Integration in gesellschaftliche Lebensbereiche (vgl. Kap. 3.4.). Für die interviewten Personen haben Soziale Kompetenz und Interaktion ebenfalls eine hohe Priorität, und der Kontakt zu anderen Menschen ist von großer Bedeutung für subjektives Wohlbefinden. Die Generali Altersstudie hat gezeigt, dass einem Großteil der befragten Personen (77 %) das Zusammensein mit anderen Menschen wichtig ist und sie Kontakte pflegen. Soziale Netzwerke von Menschen mit geistiger Behinderung sind hingegen nicht stabil ausgeprägt, da sie nur selten Kontakte zu Menschen außerhalb ihrer Einrichtung aufbauen konnten. In der Lebensphase Alter steigt die Gefahr der sozialen Isolation und Einsamkeit, denn mit dem Eintritt in den Ruhestand

können soziale Netzwerke wegfallen. Mangelnder Kontakt zu Freunden und Familie beeinflusst das subjektive Wohlbefinden.

Auf stabile, familiäre Strukturen können die betreffenden Personen meist nur in begrenztem Maß zurückgreifen (Eltern und ggf. Geschwister), da ihnen die Gründung einer eigenen Familie oder eine partnerschaftliche Beziehung verwehrt blieb. Mit dem Tod der Eltern gehen familiäre Strukturen verloren, und den Menschen bleiben meist nur die bestehenden Kontakte zu Mitbewohnern und Betreuungspersonen.

Zudem erschweren in einigen Fällen individuelle kommunikative Einschränkungen zwischenmenschliche Begegnungen, wodurch sich die betreffende Person zusätzlich zurückzieht und zu vereinsamen droht. Adäquate kommunikative Hilfsmittel können dem entgegenwirken und die Partizipation am Sozialleben ermöglichen.

Der Eintritt in den Ruhestand hat nicht nur Einfluss auf bestehende soziale Kontakte, sondern es fallen darüber hinaus alltäglich-routinierte Tagesstrukturen weg. Mit der hinzugewonnenen, freien Zeit bekommen entsprechende Angebote der Freizeitgestaltung hohe Priorität für die betreffenden Personen. Die stationäre Behindertenhilfe ist konfrontiert mit einer steigenden Zahl älter werdender Menschen, die nicht mehr arbeiten gehen. Es werden neue Betreuungsangebote notwendig, die bedürfnisorientiert ausgerichtet und nicht mehr auf eine bestimmte Tageszeit begrenzt sein dürfen. Wünsche und Bedürfnisse der betreffenden Personen sollten in der Planung berücksichtigt werden, um zufriedenstellende Angebote gestalten zu können und das Wohlbefinden sicherzustellen. Dabei sollten Überforderungstendenzen vermieden werden, wenn die Menschen eigene Entscheidungen treffen sollen.

Um den Anforderungen Rechnung zu tragen, etablieren sich interne Tagesstrukturangebote in den Einrichtungen zusehends. Das sind wichtige Reaktionen der Einrichtungsleitungen, jedoch sollte sich nicht ausschließlich auf interne Strukturen fokussiert werden. Die Rentner verbringen ohnehin einen Großteil ihrer Zeit in der Wohneinrichtung mit den bekannten Mitbewohnern und Betreuungspersonen. Eine Vernetzung mit außerinstitutionellen Strukturen (z.B. mit regionalen Vereinen oder mit anderen sozialen Einrichtungen) stellen Möglichkeiten dar, Inklusion im Alter zu verwirklichen und letztendlich für ein gutes, subjektives Wohlbefinden des Einzelnen zu sorgen.

Es hat sich gezeigt, dass die Anforderungen an Wohneinrichtungen mit der Lebensphase Alter steigen. Zum einen aus den formulierten Aspekten zur Tagesstrukturplanung, und zum anderen durch die aufkommende Pflegebedürftigkeit der Menschen. Gesamtgesellschaftlich ist es für alte Menschen von hoher Priorität, so lange wie möglich in ihrem vertrauten Wohnumfeld zu bleiben. Wird es durch einen erhöhten Pflegebedarf jedoch notwendig, in eine stationäre Betreuungseinrichtung umzuziehen, geschieht das meist in der letzten Phase des Lebens. Für Menschen mit geistiger Behinderung ist ein Umzug in eine reguläre Alten- und Pflegeeinrichtung bei erhöhtem Pflegebedarf keine adäquate Alternative. Aufgrund langer Hospitationen werden sie aus ihrem gewohnten Wohnumfeld gerissen und nicht mehr von der Eingliederungshilfe betreut. Die Pflegeversicherung wäre dann zuständig für die Kostenübernahme, die jedoch eine reine Pflegeversorgung der Menschen gewährleistet. Für die kommunale Sozialpolitik würde das zwar Einsparungen mit sich bringen, auf individueller Ebene hätte dies jedoch erhebliche Nachteile für die subjektive Lebensqualität der alten Menschen, denn ihre Bedürfnislagen gehen über eine pflegerische Versorgung hinaus.

Die formulierten Prioritäten können durch allgemeine Erkenntnisse begründet und auf die betreffenden Personen angewendet werden. Jedoch ist eine konkrete Fokussierung auf die individuelle Lebenswelt und -situation von Menschen mit geistiger Behinderung unbedingt erforderlich. Durch die autoethnografische Herangehensweise hat sich gezeigt, dass jede Priorität eine unterschiedliche Gewichtung im individuellen Kontext aufweist. In ihrer Gesamtheit sind alle Prioritäten zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität von großer Bedeutung für die Menschen.

„Der alte, sehr alte und fast blinde Ernst Bloch liegt auf einer Wiese und der junge Rudi Dutschke neben ihm, die beiden ins Gespräch vertieft. Das Alter kann offenbar mit dem Neuen, dem Jungen, dem Überraschenden verbunden sein“ (GRONEMEYER 2014, 11).

## 7. Gesamtresümee und Ausblick

Der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung ist genauso von demografischen Entwicklungen und altersbedingten Veränderungen betroffen wie Menschen ohne eine lebenslange Behinderungserfahrung (vgl. Kap. 2.). Durch die Euthanasie-Verbrechen des NS-Regimes haben sich die Aspekte des Alterns dieser Personengruppe zeitlich verschoben; Geburtsjahrgänge vor 1945 sind heute kaum vertreten. Personen, die 1945 oder später geboren wurden, galten noch lange aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung als „ewige Kinder“, deren Lebenserwartung das 50. Lebensjahr selten überschritt. Durch die Unterbringung in Großanstalten und -psychiatrien waren sie gesellschaftlich unsichtbar: das Spannungsfeld „Geistige Behinderung und Alter“ blieb von Fachdisziplinen lange weitgehend unberücksichtigt (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 13f).

Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung gleicht sich heute allmählich der allgemeinen Lebenserwartung an (vgl. DIECKMANN & GIOVIS 2012, 12). Mit zunehmendem Alter eröffnen sich damit u.a. neue Lebenssituationen, die Herausforderungen und Ansprüche an Einrichtungen, Betreuungspersonen und Fachdisziplinen stellen. Der Eintritt in den Ruhestand bringt bspw. einen Zeitgewinn mit sich, der mit sinnvoller Beschäftigung erfüllt werden sollte. Eine (für die Personen) adäquate Tagesstrukturierung „entscheidet maßgeblich über die Lebenszufriedenheit“ (HAVEMAN ET AL. 2000, 56).

Seit den 1980er-Jahren<sup>52</sup> bekommt die Lebensphase Alter von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland die notwendige, fachwissenschaftliche Aufmerksamkeit; themenzentrierte Aspekte werden in entsprechenden Forschungsdispositionen fokussiert. Kriterien der Lebensqualität von alten Men-

---

<sup>52</sup> Im Jahr 1981 wurde die Thematik zum ersten Mal auf einem internationalen gerontologischen Kongress in Hamburg thematisiert und 1982 erschien ein Grundsatzdokument zum Thema Alter und geistige Behinderung (vgl. HAVEMAN & STÖPPLER 2010, 14).

schen mit (geistiger) Behinderung rücken zunehmend ins Zentrum entsprechender Vorhaben (vgl. u.a. KRUSE/DING-GREINER & GRÜNER 2002; DIECKMANN ET AL. 2010). Unterschiedliche, objektive Einflüsse (u.a. Abhängigkeitsverhältnisse von Einrichtungen und Betreuungspersonen, Negierung fachspezifischer Leitprinzipien) bedingen die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden von Menschen mit geistiger Behinderung in unterschiedlicher Ausprägung.

Altersverläufe und damit einhergehende Veränderungen erfolgen bei allen Menschen unabhängig von lebenslangen Behinderungserfahrungen. Entscheidenden Einfluss auf lebensqualitätsrelevante Kriterien nehmen dauerhafte Abhängigkeitsverhältnisse und Institutionalisierungen von Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Kap. 3.). Insbesondere gerät die subjektive Perspektive unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Fähigkeiten dabei oftmals in den Hintergrund. Es sind sogenannte „weiche Faktoren“ (FRÜH 2014, 23), wie bspw. soziale Kompetenz, Alltagsbewältigung und geistige Fähigkeiten, die zu wenig Berücksichtigung im Alltag der Bewohner finden (vgl. ebd., 23).

Für eine umfassende Ermittlung von Lebensqualität ist der Kontext objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Einschätzungen von besonderer Bedeutung; die betreffenden Personen sind in entsprechende Forschungskontexte als „Experten in eigener Sache“ aktiv mit einzubeziehen.

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit und des damit verbundenen Forschungsvorhabens war die Erfassung der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter. Mit dem Interventionsframework *sensiQoL*<sup>®</sup> konnte ein Erhebungsinstrument verwendet werden, das bereits auf Reliabilität und Validität überprüft und in der Praxis erprobt wurde. Mit den Instrumenten werden subjektive und objektive Kriterien der Lebensqualität von Menschen erfasst, die in Abhängigkeitsverhältnissen leben. Durch die unterschiedlichen Fragebogensystematiken können sowohl direkt betreffende Personen, als auch Stellvertreter oder das Betreuungspersonal befragt werden. Anhand der Analyseschritte (vgl. Kap. 4.3.) wird es Einrichtungen möglich, eine umfassende Lebensqualitätserfassung für jeden Bewohner vorzunehmen und daraus Erkenntnisse über entsprechende Lebensbereiche zu erlangen. Im Kontext dieser Arbeit wurde sich ausschließlich auf

die individuelle Erfassung konzentriert, um ein Bild lebensqualitätsrelevanter Aspekte abzeichnen zu können, das die ganz eigene Sicht und Wahrnehmung der betreffenden Personen berücksichtigt. Hierzu wurde die Erhebungsvariante *Interview* gewählt und bewusst auf die übrigen Analyseschritte des Interventionsframeworks verzichtet. Die gewonnenen, subjektiven LQ-Werte der interviewten Personen wurden ausführlich in Kapitel fünf illustriert. Es zeigte sich, dass die befragten Personen authentisch ihren Möglichkeiten entsprechend ihre individuellen Empfindungen in den Interviews verbalisieren und einschätzen konnten. Dabei war die geschlossene Fragenkonstitution mit den vierstufigen Antwortmöglichkeiten von Vorteil.

Werden die LQ-Werte in der Gesamtübersicht (Tab. 12, Kap. 5.2.) betrachtet, fällt auf, dass drei der 22 befragten Personen im Durchschnitt einen Wert von 3,00 und höher erreicht haben; alle anderen Werte liegen in einem Bereich von 2,51 bis 2,97. Die isolierte Betrachtung der (statistisch ermittelten) Durchschnittswerte hat jedoch keinen Anspruch auf eine hinreichende und nachhaltige Aussage; denn sie würde den subjektiven Empfindungen nicht gerecht. Sie geben lediglich einen groben Überblick. In der Feinanalyse ist es daher notwendig, jede einzelne Kategorie eines Probanden hinsichtlich der eigenen Einschätzung zu reflektieren und nachhaltig zu überprüfen. Jeder der Probanden hat individuelle Fähigkeiten und Bedürfnisse, die in den jeweiligen Lebenssituationen kontextualisiert werden müssen. Bei Betrachtung der individuellen LQ-Werte innerhalb jeder Kategorie, zeigen sich zum Teil gravierende Einschnitte in lebensqualitätsrelevanten Kriterien, die eine Intervention in entsprechenden Bereichen für alle Probanden bedingen. Zur Verdeutlichung der notwendigen individuellen Betrachtung der LQ-Werte seien zwei Beispiele exemplarisch angeführt:

1. Herr Koswilevski erreicht den zweithöchsten Durchschnittswert (3,05) aller Probanden. In der Überprüfung seiner LQ-Werte in den einzelnen Kategorien lassen sich jedoch zwei Werte identifizieren, die eine Intervention hinsichtlich der Verbesserung seiner subjektiven Lebensqualität erforderlich machen. Diese sind: Kategorie Verstandesfähigkeit (1,50) und Kategorie Interaktionen (1,67).
2. Frau Windschopp erreicht in der Kategorie Mobilität (Kernbereich Funktionalität und Gesundheit) den niedrigsten individuellen LQ-Wert (0,50),

trotz eines Durchschnittswertes von 2,52, der scheinbar nur wenige Interventionen intendiert.

Die Beispiele verdeutlichen, dass eine Individuumszentrierung in entsprechenden lebensqualitätsfokussierenden Forschungsausrichtungen unbedingte Voraussetzung sein sollte. Mit dem Interventionsframework *sensiQoL*® ist eine subjektive Erfassung lebensqualitätsrelevanter Kriterien gewährleistet und zwar u.a. durch die aktive Beteiligung der betreffenden Personen.

Nach intensiver Sichtung und Interpretation der LQ-Werte konnten für die beteiligten Einrichtungen Interventionsmöglichkeiten ermittelt und formuliert werden, die die Lebensqualität der Bewohner verbessern und sichern können (vgl. Kap. 5.2.). Die gewonnenen Ergebnisse können als Anstoß für weiterführende Untersuchungen fungieren. Es sei noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Einbezug zusätzlicher Dimensionen (Einschätzungen vom Betreuungspersonal, von Bezugspersonen sowie Angehörigen, Erhebung der Einrichtungsstrukturen etc.) erforderlich ist, um nachhaltige Verbesserungen für jeden einzelnen Menschen erreichen zu können. Für eine konsequente und verlässliche Herangehensweise einer Analyse der lebensqualitätsrelevanten Kriterien durch die Einrichtung selbst sind die in Kapitel 4.3. beschriebenen Interventionsschritte von *sensiQoL*® unabdingbar.

Durch die klar strukturierte Fragesystematik des Interventionsframeworks gerieten die interviewten Personen nicht unter Druck, und es herrschte eine entspannte Gesprächssituation. Das ermutigte die Probanden, Aussagen und Verhaltensweisen außerhalb der Fragesystematik zu zeigen, die als wichtige Zusatzinformationen zur subjektiven Lebensqualität interpretiert wurden. Die Berücksichtigung dieser ‚*randständigen Beobachtungen*‘ wird als sehr bedeutend eingeschätzt, um die subjektiven Empfindungen der Probanden in einem lebensweltlichen Kontext zu betrachten und in die Analyse mit einbeziehen zu können. Durch die audiobasierte Aufzeichnung der Interviews konnte das Datenmaterial mit der Methode der Autoethnografie darüber hinaus qualitativ betrachtet und bedeutsame Prioritäten des Personenkreises herausgearbeitet werden, die in besonderer Weise von Relevanz für die interviewten Personen sind. Die Prioritäten begründen sich durch übergreifende Codeklassen, die anhand ethnografischen Codierens des Datenmaterials hergeleitet wurden (vgl. Kap. 6).



Zwar stellen die herausgearbeiteten Bedürfnisse und Prioritäten prinzipiell kein Spezifikum von Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter dar, dennoch unterliegen sie deutlichen Einflüssen, die unter Umständen durchaus als spezifisch für diesen Personenkreis bezeichnet werden können. Insbesondere zeigte sich in den Interviews, dass subjektive Faktoren von Lebensqualität der älteren und alten Menschen bisher häufig keine Berücksichtigung gefunden haben (bspw. Anspruch auf ein Einzelzimmer, Unterstützung beim Spazieren gehen). Fälschlicherweise wird scheinbar davon ausgegangen, dass individuelle Bedürfnis- und Interessenslagen nicht vorhanden seien, weil sie von den Personen nicht klar ausgedrückt und kommuniziert werden. Frau Zech bspw. mochte früher nicht gerne malen und basteln. Das hätte sich im Laufe der Jahre geändert. Sie sei jetzt froh, etwas tun zu können. Hier zeigt sich in gewisser Weise ein Anpassungsverhalten, das durch einen Mangel an Wahlmöglichkeiten begründet sein kann oder aber auf der Unkenntnis basiert, eigene Entscheidungen treffen und eigene Ideen umzusetzen zu können.

Die Ergebnisse der Werteanalyse von sensiQoL<sup>®</sup> und die autoethnografischen Ergänzungen komplementieren die Erkenntnisse der Arbeit.

Es wurde festgestellt, dass Einschränkungen bzw. Benachteiligungen in individuellen Lebensbereichen z.T. Auswirkungen auf die subjektive Lebensqualität der Personen haben, jedoch nicht immer in dem Ausmaß wie vermutet werden könnte. Eine außenstehende (nichtbehinderte) Person schätzt womöglich ein Leben im Heim und ein damit verbundenes Abhängigkeitsverhältnis als nicht zufriedenstellend ein. Auf diese Einschätzung begründete Interventionen können jedoch keinen Anspruch haben, für die betroffene Person selbst relevant zu sein. Frau Flint beispielsweise äußerte im Zuge ihres Interviews deutlich, dass sie zufrieden und glücklich mit ihrem Leben ist. Im Wohnheim ginge es ihr besser als nirgendwo sonst, und sie wolle nicht weg von dort, weil sie sich sehr wohl fühle. Wie das Beispiel von Frau Flint verdeutlicht, kann nicht pauschal davon ausgegangen werden, dass Menschen, die sich in institutionellen Betreuungsstrukturen befinden, deshalb ihre Lebenssituation negativ einschätzen.

Für alle Teilnehmer der Befragung kann im Wesentlichen eine hohe subjektive Lebensqualität festgestellt werden. Das zeigen die durchweg hohen individu-

ellen LQ-Werte, die trotz (objektiv betrachtet) negativer Aspekte und Einschränkungen, wie z.B. Mehrbettzimmer, Fremdbestimmung durch feste institutionelle Vorgaben und Strukturen, mangelnde Wahlfreiheit etc. erreicht wurden. Daraus sollte nicht geschlussfolgert werden, dass keine Verbesserungen in einzelnen Lebensbereichen der Probanden notwendig oder anzustreben sind. Aufgrund hoher Resilienz und oft jahrzehntelanger Institutionalisierung fehlt dem Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung selbstbestimmte Wahlfreiheit, bspw. „wo sie mit wem, wie, wie lange und mit welcher Unterstützung wohnen wollen“ (DIECKMANN 2012, 240). Durch eine Gewöhnung an institutionelle Vorgaben und eine damit verbundene Entbindung jeglicher Einflussnahme in Entscheidungsprozessen, sind die Menschen kaum noch in der Lage, Wünsche zu formulieren oder Bedürfnisse zu erkennen. Zudem hat gerade dieser Personenkreis nie wirklich gelernt, eigenständige Entscheidungen zu treffen oder ein selbstbestimmtes Leben zu führen (vgl. SCHWARTE 2009, 37). Deshalb sollten Überforderungssituationen aufgrund wohlgemeinter Selbstbestimmungstendenzen vermieden werden. Durch direkte und einfühlsame Interaktion mit den Personen kann gemeinsam überlegt werden, was für ihr individuelles Wohlbefinden wertvoll ist, z.B. etwas Neues kennenzulernen oder an altbewährtem festzuhalten.

Aufgrund der Erkenntnisse der Analyse des Erhebungsinstrumentes und der autoethnografischen Ergänzungen kann geschlussfolgert werden, dass Menschen mit geistiger Behinderung im Alter authentisch selbst ihre subjektive Lebensqualität einschätzen können sowie über die Kompetenz verfügen, ihr individuelles Wohlbefinden und Zufriedenheit zu reflektieren. Die Studie hat zudem gezeigt, dass institutionelle Unterstützungssysteme in unterschiedlichem Maß Einfluss auf die Lebensqualität ihrer Bewohner nehmen.

Die Abhängigkeit von institutionellen Strukturen steigt mit dem Alter des Personenkreises weiter an. Die grundlegenden Voraussetzungen für eine zufriedenstellende Lebensphase Alter erfordern eine starke, individuumszentrierte Ausrichtung von Einrichtungen und Betreuungspersonen auf ihre Bewohner. Lebensbedingungen einzelner Personen, deren Lebenssituation unter ständiger Beeinflussung von außen steht sowie strukturelle Unterstützungssysteme, sollten einer regelmäßigen Reflexion unterzogen werden, um schwierige Lebensumstände gezielt verbessern zu können (vgl. BECK & GREVING 2012, 193).

Demzufolge sollten stationäre (Wohn-)Einrichtungen – und zwar sowohl der Alten- als auch der Behindertenhilfe – regelmäßig selbst die lebensqualitätsrelevanten Kriterien ihrer Bewohner überprüfen und ggf. verbessern. Strukturelle Probleme der Einrichtungen können Auslöser für eine negative Beeinflussung individueller Bedürfnisse sein, bspw. wenn subjektive Prioritäten aufgrund des Betreuungsschlüssels oder des Angebotes der Institution nicht erfasst und berücksichtigt werden (z.B. Frau Windschopp, die gerne öfters spazieren gefahren werden würde).

Im Rahmen dieser Arbeit wurde festgestellt, dass die meisten Einrichtungen in unterschiedlichem Ausmaß von personeller Ressourcenknappheit betroffen sind, weshalb auf individuelle Bedürfnisse der Bewohner nur begrenzt eingegangen werden kann. Dieser Aspekt scheint insbesondere auf die regulären Alten- und Pflegeeinrichtungen zuzutreffen, denn für die behinderungsspezifischen Wohnheime hat sich eine stärkere Personenzentrierung hinsichtlich entsprechender Angebote gezeigt. Diese Einschätzung bedarf jedoch einer eingehenderen Untersuchung unter Einbezug einer größeren Auswahl entsprechender Einrichtungen der Altenhilfe. Aufgrund der Anzahl der besuchten Einrichtungen im Kontext der vorliegenden Studie ist diesbezüglich lediglich die Tendenz zu formulieren, die aber keine repräsentative Validität besitzt.

Es kann resümiert werden, dass institutionelle Wohn- und Unterstützungsangebote noch nicht ausreichend auf die Bedürfnisse in der Lebensphase Alter von Menschen mit geistiger Behinderung ausgerichtet sind, wie DIECKMANN ET AL. in der LEQUI-Studie (2009-2012) u.a. festgestellt haben. Der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung über 65 Jahren stellt bereits die größte Gruppe der Bewohner in Behinderteneinrichtungen dar. Diese Gruppe wird zukünftig weiter anwachsen und damit ebenfalls die Pflegebedürftigkeit der Personen (vgl. BOHNES ET AL. 2007, 335). Praxistaugliche Konzepte, auf die Einrichtungen dementsprechend zurückgreifen können, um auf individuelle Bedürfnisse und subjektive Altersempfindungen adäquat reagieren zu können, sind bisher wenig verbreitet (vgl. HAVEMAN ET AL. 2000, 56).

Infolgedessen erscheinen die Konsequenzen von Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit innerhalb der Lebensphase Alter unter Einbezug geistiger Behinderung von besonderer Bedeutung. Zwar hat sich in der Altenhilfe mittlerweile ein modernes Pflegeverständnis (das über die rein körperlich-pflegerische

Versorgung hinaus geht) entwickelt (vgl. KLAUß 2008a, 49), dennoch sollte vermieden werden, dass alte Menschen mit geistiger Behinderung ausschließlich von der Pflegeversicherung betreut werden, deren Leistungen für eine adäquate, pädagogische Betreuung des Personenkreises nicht ausgelegt sind (vgl. Kap. 6.2.7.).

Die Studie hat weiterhin gezeigt, dass insbesondere die individuellen Lebensmuster der Menschen mit geistiger Behinderung durch institutionelle Strukturen vernachlässigt werden. Die Lebensphase Alter ist in vielen Bereichen (z.B. medizinische Versorgung, Wohnen, soziale Kontakte etc.) davon betroffen, wie in der Fachliteratur bereits mehrfach bestätigt wurde (vgl. u.a. HOFMANN ET AL. 1983, WIELAND (Hrsg.) 1987, SKIBA 2006, HAVEMAN & STÖPPLER 2010). Für die Teilnehmer der zugrunde liegenden Studie wurden individuelle Vorschläge für die jeweils betreffende Einrichtung formuliert, um Interventionsmaßnahmen ergreifen zu können, die die subjektive Lebensqualität des entsprechenden Bewohners steigern könnten (vgl. Kap. 5.2.).

Eine Verbesserung der Lebensqualität kann nur dann erreicht werden, wenn Interventionen sowohl bedürfnis- als auch individuumorientiert erarbeitet werden. Der Lehrgang ‚*Selbstbestimmt älter werden*‘ stellt bspw. einen Interventionsansatz dar, der bedeutende Lebensbereiche der Lebensphase Alter miteinander verknüpft. Das Konzept ist praxiserprobt, so dass die Teilnehmer dabei unterstützt werden, mit den unterschiedlichsten Anforderungen des Alters (altersbedingte körperliche Veränderungen, Ruhestand, soziale Kontakte, neues Lebens- und Wohnumfeld) umgehen zu lernen. Durch die lebensweltliche Ausrichtung des Lehrgangs und eine selbstbestimmte Teilnahme könnten momentane Lebenssituationen verbessert und subjektives Wohlbefinden erreicht werden (vgl. HAVEMAN ET AL. 2000, 56f). Daneben stellen Konzepte wie Mobilitätstraining und SRS-Prophylaxe (vgl. Kap. 6.2.1.), Biografie- und Trauerarbeit (vgl. Kap. 6.2.3.), persönliche Zukunftsplanung, Gedächtnistraining (vgl. Kap. 6.2.4.), Freizeitaktivitäten, um soziale Kontakte (vgl. 6.2.5.) und gemeinde-nahe Integration zu erreichen (vgl. Kap. 6.2.6.) weitere Interventionsmöglichkeiten dar, womit Einrichtungen auf Bedürfnisse und Wünsche ihrer Bewohner reagieren können.

Die Lebensqualität umfasst vielfältige Aspekte, die es zu berücksichtigen gilt. Die meist lebensphasenübergreifenden „behinderungsbedingten Nachteile“

(KRUSE & BAEHRENS 2002, 4), die Menschen mit geistiger Behinderung auf vielfältige Art und Weise erlebt haben und noch erleben, finden sich in unterschiedlichsten Lebensbereichen wieder. Die förderpädagogischen Leitprinzipien (u.a. Normalisierung, Selbstbestimmung, Integration/Inklusion), unter deren Einfluss junge Menschen mit geistiger Behinderung aktuell Erziehung und Bildung erfahren und auf ein selbstständigeres Leben vorbereitet werden, können in angemessener Form auch auf die Lebensphase Alter übertragen werden.

Es kann festgehalten werden:

1. Der Ausbau individualisierter und bedürfniszentrierter Angebote ist notwendig, um die subjektive Lebensqualität in alltäglichen Lebenssituationen zu sichern. Das trifft insbesondere auf Menschen mit geistiger Behinderung, die sich aktuell in der Lebensphase Alter befinden und in hohem Maß von institutionellen Unterstützungsstrukturen abhängig sind, zu. Bezugnehmend auf die definierten Prioritäten, die von besonderer Bedeutung sind (vgl. Kap. 6.), können Einrichtungen zielgerichtet Maßnahmen konzipieren, die adäquat auf die Bedürfnisse des einzelnen Bewohners eingehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die betreffenden Personen aktiv in die Planung einbezogen werden, da Bedürfnislagen und Wünsche vielfältig ausgeprägt sind (vgl. WACKER 2005, 342).
2. Eine konsequente Umsetzung entsprechender Kursprogramme – z.B. der Lehrgang ‚Selbstbestimmt älter werden‘ (HAVEMAN ET AL. 2000) – stellt eine Möglichkeit dar, durch Weiterbildungsangebote ältere und alte Menschen mit geistiger Behinderung auf altersbedingte Veränderungen vorzubereiten. Dieser Personenkreis hat auch in der Lebensphase Alter noch Lern- und Bildungspotenziale, die ausgeschöpft werden sollten, um individuellen Bedürfnissen gerecht werden zu können (vgl. HAVEMAN ET AL. 2000, 61). Dabei geht es nicht um die „Festigung oder Wiederholung schulischer Lerninhalte, sondern vielmehr [darum], vorzubereiten auf wesentliche Änderungen in verschiedenen Lebensbereichen und dabei die ganzheitliche Entwicklung der Persönlichkeit und die größtmögliche Selbstbestimmung zu fördern“ (ebd., 61).

3. Zur Steigerung der subjektiven Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung in der Lebensphase Alter können bereits in früheren Lebensphasen Maßnahmen ergriffen werden, um auf die mit dem Alter eintretenden Lebenssituationen vorzubereiten. Mit Blick auf die steigende Lebenserwartung dieses Personenkreises (vgl. Kap. 2.2.) sollten die ‚zukünftigen Alten‘ so umfassend wie möglich bezüglich altersbedingter Veränderungen aufgeklärt werden, um sich mögliche Einflüsse, die in dieser Lebensphase auf die subjektive Lebensqualität einwirken können, weitgehend bewusst machen zu können.

Junge Menschen, die aufgrund einer Behinderungserfahrung auf Hilfe und Unterstützungsstrukturen angewiesen sind, sollten früh darin unterstützt werden soweit es ihren Möglichkeiten entspricht, selbstbestimmte und eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Die Fähigkeit und das Gefühl zu haben, ein eigenständiges, selbstbestimmtes Leben führen zu können, verringert die Potenzierung von Hilfebedürftigkeit und Abhängigkeitsverhältnissen im Alter und begünstigt die Erhaltung subjektiver Lebensqualität.

Alle Menschen wünschen sich (auch für die Lebensphase Alter) ein zufriedenstellendes Leben und eine gute Lebensqualität. Erreicht werden kann beides nur im Zusammenleben der Generationen in sozialen Beziehungsgefügen – in Gemeinschaft.

„Es sind die sozialen Bedürfnisse nach Anerkennung, Zugehörigkeit, Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen, die sich in der gesamten Lebensqualitätsforschung immer wieder als bedeutendstes Grundanliegen erwiesen haben und die notwendigen Ergänzungen zu den freien Wahl- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten bilden“ (BECK 2005, 392).

## Epilog

Es ist mir ein Bedürfnis, die abschließenden Worte dieser Arbeit, fernab eines wissenschaftlichen Bezugsrahmens zu formulieren.

Subjektive Lebensqualität für jeden Einzelnen zu verbessern und zu stabilisieren, wurde hinlänglich diskutiert. Im Umfang dieser Arbeit erscheinen die Aspekte eindeutig und längst überfällig in der Umsetzung. Wird versucht, die institutionelle Ebene – die Perspektive der Einrichtungsleitungen und Betreuungspersonen – zu verstehen, ergibt sich ein anderer Blickwinkel. Durch meine Gespräche mit den Einrichtungsleitungen und Betreuungspersonen, die ich vor oder zwischen den Interviews führen konnte, wurde deutlich, dass keineswegs ausschließlich auf dieser Ebene Hindernisse hinsichtlich der Verbesserung subjektiver Lebensqualität zu suchen sind. Ich habe Menschen kennengelernt, die eine sehr wertvolle und notwendige Arbeit leisten – immer konzentriert auf das Wohlergehen ihrer Bewohner. In erster Linie sind finanzielle Mittel nicht ausreichend vorhanden oder werden gekürzt. Infolgedessen fehlt es oft an nötigen Einrichtungsgegenständen und Personal. Subjektive Bedürfnisse der Bewohner können somit nicht immer Berücksichtigung finden. Auf individueller Ebene hat das enorme Auswirkungen, wie an einigen Beispielen verdeutlicht wurde. Idealismus, Ideenreichtum und der Wille, den Menschen in Abhängigkeitsverhältnissen ein gutes Leben zu ermöglichen sind unbestritten bei den Betreuungspersonen, die ich kennengelernt habe, vorhanden. Es ist mir wichtig darauf hinzuweisen, dass die gewonnen Aspekte und formulierten Kritikpunkte nicht als Generalkritik an den Einrichtungen und deren Mitarbeiter missverstanden werden, die es mir ermöglicht haben, meine Studie durchzuführen. Sie leisten einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag mit der Betreuung von alten Menschen und von Menschen mit geistiger Behinderung in allen Lebensphasen. Finanzielle und strukturelle Probleme sind es, die diese Arbeit behindern und ausbremsen. Der Umgang mit Menschen, die oft aus ‚normativer‘ Perspektive als Randgruppe definiert werden, ist gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wir alle haben Vorstellungen und Wünsche für den individuellen Lebensabend. Insbesondere für Menschen, die nicht gelernt haben, für sich einzustehen, ist die Umsetzung und Sicherung ihrer subjektiven Lebensqualität unter größtmöglicher Sorgfalt und Menschlichkeit umzusetzen.

„Von den vielen Welten, die der Mensch nicht von der Natur geschenkt bekam, sondern sich aus dem eigenen Geist erschaffen hat, ist die Welt der Bücher die größte“ (HERMANN HESSE (1930); zit. n. MICHELS 1977, 280).

## Literaturverzeichnis

- Aliaga, C. & Romans, F. (2006): Die Erwerbstätigkeit älterer Menschen in der Europäischen Union. In: eurostat (Hrsg.): Statistik kurz gefasst. Bevölkerung und soziale Bedingungen. Online im Internet. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-statistics-in-focus/-/KS-NK-06-015> [Zugriff: 07.08.2015].
- Allardt, E. (1973): About dimensions of welfare. An Exploratory Analysis of a Comparative Scandinavian Survey, 2<sup>nd</sup> Ed. University of Helsinki.
- Allardt, E. (1993): Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research. In: Nussbaum, M. C. & Sen, A. (Eds.): The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press, 88-94.
- Antor, G. & Bleidick, U. (Hrsg., 2006): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis, 2. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Arntz, K. (1996): Unbegrenzte Lebensqualität? Bioethische Herausforderungen der Moralthologie. Münster: LIT.
- Atchley, R. C. (1977): The Social Forces in Later Life. An Introduction to Social Gerontology, 2<sup>nd</sup> Ed. Belmont: Wadsworth Publishing Company, Inc.
- Augustin, J. (2014): Medizinische Versorgung (alter) Menschen mit geistiger Behinderung – Erfahrungen aus der langjährigen hausärztlichen Betreuung. In: Bruhn, R. & Straßer, B. (Hrsg.): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 77-86.
- Baacke, D & Schulze, T. (Hrsg., 1993): Aus Geschichten lernen. Zur Einübung pädagogischen Verstehens. Weinheim: Juventa Verlag.
- Backes, G. M. & Clemens, W. (2008): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung, 3. Auflage. Weinheim: Juventa Verlag.
- Backes, G. M. & Clemens, W. (2013): Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung, 4. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- BAGüS (2007): Grundsätzliche und strategische Überlegungen für Tagesstrukturierende Angebote für ältere Menschen mit Behinderungen. Online im Internet. URL: [https://www.lwl.org/spur-download/bag/i32\\_07an.pdf](https://www.lwl.org/spur-download/bag/i32_07an.pdf) [Zugriff: 26.06.2015].



- BAGüS (2014): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2013. Online im Internet. URL: <http://www.lwl.org/spur-download/bag/kennzahlenvergleich2013.pdf> [Zugriff: 24.06.2015].
- Baltes, P. B. & Mittelstraß, J. (Hrsg., 1992): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin: Walter de Gruyter.
- Baltes, P. B./Mittelstraß, J. & Staudinger, U. M. (Hrsg., 1994): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie. Berlin: Walter de Gruyter.
- Bareither, I. (2010): Das Ende der verpflichtenden Rente. Online im Internet. URL: <http://www.handelsblatt.com/politik/konjunktur/oekonomie/nachrichten/steigende-lebenserwartung-das-ende-der-verpflichtenden-rente/3405460.html> [Zugriff: 07.08.2015].
- Bartels, S. (1989): Beim biologischen Altern sind wir alle gleich. Medizinische Aspekte des Alters und Alterns geistig behinderter Menschen. In: Zur Orientierung. Zeitschrift für Mitarbeiter in der Behindertenhilfe 13 (1),12-14.
- Baur, F. (2000): Menschen mit Behinderungen im Alter. Online im Internet. URL: <https://www.lwl.org/spur-download/pdf/MenschenmitBehinderungen.pdf> [Zugriff: 26.06.2015].
- BeB (2012): Biografiearbeit mit Menschen mit Behinderung. Eine Handreichung des Bundesverbands evangelischer Behindertenhilfe. Berlin: ©BeB. Online im Internet. URL: [http://www.beb-ev.de/files/pdf/2012/2012-06-29\\_05\\_0\\_Handreichung\\_Biografiearbeit.pdf](http://www.beb-ev.de/files/pdf/2012/2012-06-29_05_0_Handreichung_Biografiearbeit.pdf) [Zugriff: 16.04.2015].
- Beck, I. & Greving, H. (2012): Normalisierung, Integration, Lebensqualität. In: Beck, I. & Greving, H. (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 179-197.
- Beck, I. & Greving, H. (Hrsg., 2012): Lebenslage und Lebensbewältigung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Beck, I. (2000): Das Konzept der Lebensqualität: eine Perspektive für Theorie und Praxis der Hilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: Jakobs, H./König, A. & Theunissen, G. (Hrsg.): Lebensräume – Lebensperspektiven. Ausgewählte Beiträge zur Situation Erwachsener mit geistiger Behinderung, 3. Auflage. Butzbach: Afra-Verlag, 348-388.
- Beck, I. (2005): Diagnostik und individueller Hilfebedarf. In: Stahl, B. & Irlich, D. (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe, 388-398.
- Beck, I. (2006): Lebensqualität. In: Antor, G. & Bleidick, U. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis, 2. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer, 376-379.
- Becker, K.-P. (Hrsg., 2013): Motorische Förderung in Werkstätten für behinderte Menschen. Berlin: DBM Druckhaus Berlin-Mitte.

- Behrens, J. (Hrsg., 2003): Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 2 (13).
- Bertram, H. (1997): Familien leben. Neue Wege zur flexiblen Gestaltung von Lebenszeit, Arbeitszeit und Familienzeit. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Biewer, G./Luciak, M. & Schwinge, M. (Hrsg., 2008): Begegnung und Differenz: Menschen – Länder – Kulturen. Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Birren, J. E. (1974): Altern als psychologischer Prozeß. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Bleeksma, M. (2009): Mit geistiger Behinderung alt werden, 3. Auflage. Weinheim: Juventa Verlag.
- Bleidick, U. & Ellger-Rüttgardt, S. L. (2008): Behindertenpädagogik – eine Bilanz. Bildungspolitik und Theorieentwicklung von 1950 bis zur Gegenwart. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- BMAS (2011): Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.
- BMAS (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn.
- BMFSFJ (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Online im Internet. URL: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument%2cproperty%3dpdf%2cbereich%3dheimbericht%2csprache%3dde%2crwb%3dtrue.pdf> [Zugriff: 21.06.2015].
- BMFSFJ (Hrsg., 2002): „Lebenswelten älterer Menschen mit Behinderung“. Online im Internet. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/dokumentation-des-workshops-lebenswelten,property=pdf.pdf> [Zugriff: 02.10.2015].
- BMFSFJ (Hrsg., 2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. Berlin.
- BMG (2015): Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12.2014 – insgesamt. Online im Internet. URL: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger\\_insgesamt/Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegestufen-insgesamt\\_01.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger_insgesamt/Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegestufen-insgesamt_01.pdf) [Zugriff: 21.08.2015].
- Böhm, K./Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (Hrsg., 2009): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter.

- Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Bohnes, H. et al. (2007): In guten Händen. Altenpflege 2. Berlin: Cornelsen Verlag.
- Bönisch-Brednich, B. (2012): Autoethnografie. Neue Ansätze zur Subjektivität in kulturanthropologischer Forschung. In: Zeitschrift für Volkskunde 108, 47-63.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bosch, E. (2006): Trauern, um wieder lieben zu können. Tod und Sterben im Leben von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: Geistige Behinderung 45 (1), 34-48.
- Breidenstein, G. et al. (2013): Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Brockhaus (2004): In drei Bänden, Band 2. Leipzig: F.A. Brockhaus GmbH.
- Bronfenbrenner, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brüder Grimm (1963): Kinder- und Hausmärchen. Vollständige Ausgabe zur ersten Gesamtausgabe von 1819, hrsg. Winkler-Verlag München.
- Bruhn, R. & Straßer, B. (Hrsg., 2014): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Bruhn, R. (2014a): Zugänge finden – Wege einer gelingenden Kommunikation. In: Bruhn, R. & Straßer, B. (Hrsg.): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 119-123.
- Bruhn, R. (2014b): Trauernde Menschen mit geistiger Behinderung begleiten und nach ihren eigenen Bedingungen verstehen lernen. In: Bruhn, R. & Straßer, B. (Hrsg.): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 167-180.
- Buchka, M. (2003): Ältere Menschen mit geistiger Behinderung. Bildung, Begleitung, Sozialtherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Buchka, M. (2012): Das Alter. Heil- und sozialpädagogische Konzepte. Stuttgart: W: Kohlhammer.
- Buchner, T. (2008): Das qualitative Interview mit Menschen mit so genannter geistiger Behinderung – Ethische, methodologische und praktische Aspekte. In: Biewer, G./Luciak, M. & Schwinge, M. (Hrsg.): Begegnung und

- Differenz: Menschen – Länder – Kulturen. Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 516-528.
- Burton, N. (2011): Der Sinn des Wahnsinns. Psychische Störungen verstehen. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Chang, H. (2008): Autoethnography as Method. Walnut Creek: Left Coast Press, Inc.
- Curaviva (2014): Lebensqualitätskonzeption für Menschen mit Unterstützungsbedarf. Online im Internet. URL: [http://www.curaviva.ch/files/NVW8XHL/LQ-Konzeption\\_\\_D.pdf](http://www.curaviva.ch/files/NVW8XHL/LQ-Konzeption__D.pdf) [Zugriff: 18.08.2015].
- Czogalla, D. (2002): Bewältigung der Lebensübergänge für ältere Menschen mit Behinderung durch Wegfall der Betreuung im häuslichen Bereich Ausscheiden aus der Werkstatt für Menschen mit Behinderung. In: BMFSFJ (Hrsg.): „Lebenswelten älterer Menschen mit Behinderung“. Online im Internet. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/dokumentation-des-workshops-lebenswelten,property=pdf.pdf> [Zugriff: 02.10.2015], 13-21.
- Danner, D. B. & Schröder, H. C. (1992): Biologie des Alterns (Ontogenese und Evolution). In: Baltes, P. B. & Mittelstraß, J. (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin: Walter de Gruyter, 95-123.
- Davies, E. & Higginson, I. J. (2004): Better Palliative Care for Older People. World Health Organization. PDF online im Internet. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98235/E82933.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf) [Zugriff: 31.03.2011].
- Dederich, M. (2010): Zur medialen Repräsentation alter behinderter Körper in der Gegenwart. In: Mehlmann, S. & Ruby, S. (Hrsg.): „Für Dein Alter siehst Du gut aus!“ Von der Un/Sichtbarkeit des alternden Körpers im Horizont des demographischen Wandels. Multidisziplinäre Perspektiven. Bielefeld: transcript Verlag, 107-122.
- Dederich, M. (2014): Leid und Mitleid im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Bruhn, R. & Straßer, B. (Hrsg.): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 39-43.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg., 2014): Einsamkeit im Alter – im Themenspektrum von Wissenschaft und bürgerschaftlichem Engagement. informationsdienst altersfragen 41 (1).
- Dieckmann, F. & Giovis, C. (2012): Der demografische Wandel bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung Vorausschätzung der Altersentwicklung am Beispiel von Westfalen-Lippe. In: Teilhabe. Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe 51 (1), 12-19.
- Dieckmann, F. (2012): Wohnen. In: Beck, I. & Greving, H. (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 234-241.

- Dieckmann, F. et al. (2010): Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Detmold: Merkur Druck GmbH.
- Dieckmann, F. et al. (2013): Bausteine für eine sozialraumorientierte Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangements mit und für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Vierter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Detmold: Merkur Druck GmbH.
- DIMDI (Hrsg., 2014): ICD-10-GM. Version 2015. Systematisches Verzeichnis.
- Doose, S. (2011): „I want my dream!“ – Persönliche Zukunftsplanung. Neue Perspektiven und Methoden einer individuellen Hilfeplanung mit Menschen mit Behinderungen. Online im Internet. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/doose-zukunftsplanung.html#ftn.idp1464608> [Zugriff: 14.06.2015].
- Doose, S. (2013a): Neue Wege zur Inklusion durch Persönliche Zukunftsplanung, Sozialraumorientierung und personenzentrierte Dienstleistungen. In: Thielen, M./Katzenbach, D. & Schnell, I. (Hrsg.): Prekäre Übergänge? Erwachsenwerden unter den Bedingungen von Behinderung und Benachteiligung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 93-117.
- Doose, S. (2013b): „I want my dream!“ – Persönliche Zukunftsplanung. Neue Perspektiven und Methoden einer personenzentrierten Planung mit Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, 10. Auflage. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Dosen, A. (1997): Psychische Gesundheit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung: Neuere Entwicklungen und Problembereiche. In: Weber, G. (Hrsg.): Psychische Störungen bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Verlag Hans Huber, 17-26.
- Driller, E. et al. (2008): Die INA-Studie. Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Duden (2013) © Bibliographisches Institut GmbH. Online im Internet. URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Kulturtechnik> [Zugriff: 10.04.2015].
- Dworschak, W. (2004): Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung. Theoretische Analyse, empirische Erfassung und grundlegende Aspekte qualitativer Netzwerkanalyse. Klinkhardt: Bad Heilbrunn.
- Ellis, C./Adams, T. E. & Bochner, A. P. (2010): Autoethnografie. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 345-357.

- Emerson, E. et al. (Eds., 2004): The international Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Erlemeier, N. (2011): Lebensqualität und Wohlbefinden unter erschwerten Bedingungen. Förderung von Ressourcen und Potenzialen im Alter. In: Hölzle, C. & Jansen, I. (Hrsg.): Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 236-253.
- Fischer, I. (1991): Psychologische Alternstheorien. In: Oswald, W. D. et al. (Hrsg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe, 2. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 425-430.
- Fischer, U. et al. (Hrsg., 1994): WISTA Experten-Hearing 1993. Wohnen im Stadtteil für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Fischer, U. et al. (Hrsg., 1998): Wohlbefinden und Wohnen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Fornefeld, B. (2004): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik, 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fornefeld, B. (2008a): Menschen mit Komplexer Behinderung – Klärung des Begriffs. In: Fornefeld, B. (Hrsg.): Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag, 50-81.
- Fornefeld, B. (2008b): Verantwortung für Menschen mit Behinderung im Wandel der Zeit. In: Fornefeld, B. (Hrsg.): Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag, 14-30.
- Fornefeld, B. (Hrsg., 2008): Menschen mit Komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fornefeld, B. (2009): Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik, 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Franke, H. (1991): Langlebigkeit. In: Oswald, W. D. et al. (Hrsg.): Gerontologie. medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe, 2. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 311-322.
- Früh, M. (2014): Erste Messungen der Lebensqualität von Menschen in sozialen Institutionen: Zufriedenstellend – mit Verbesserungspotenzial. In: Fachzeitschrift Curaviva: Lebensqualität. Ein Begriff wird vermessen und erhält Konturen, Ausgabe 6, 21-23.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (1984): Vorwort. In: Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 7-10.

- Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg., 1984): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Glatzer, W. (2002): Lebenszufriedenheit/Lebensqualität. In: Greiffenhagen, M. & Greiffenhagen, S. (Hrsg.): Handwörterbuch zur politischen Kultur der Bundesrepublik Deutschland, 2. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 248-255.
- Greiffenhagen, M. & Greiffenhagen, S. (Hrsg., 2002): Handwörterbuch zur politischen Kultur der Bundesrepublik Deutschland, 2. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Greving, H. (Hrsg., 2007): Kompendium der Heilpädagogik. Band 2, I-Z. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Grieger, T. (2013): Zeitung: Hören statt Lesen. Online im Internet. URL: <http://medien-mittweida.de/33597/zeitung-horen-statt-lesen/> [Zugriff: 16.04.2015].
- Gromann, P. & Niehoff-Dittmann, U. (1999): Selbstbestimmung und Qualitätssicherung. Erfahrungen mit der Bewertung von Einrichtungen durch ihre Bewohner. In: Geistige Behinderung 38 (2), 156-164.
- Gromann, P. (1998): Die Problematik der Beurteilung von Wohlbefinden aus der Aussenperspektive. Schwierigkeiten der „Messung“ von subjektiver Lebensqualität. In: Fischer, U. et al. (Hrsg.): Wohlbefinden und Wohnen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonieverlag, 254-270.
- Gronemeyer, R. (2014): Altwerden ist das Schönste und Dümme, was einem passieren kann. Hamburg: edition Körber-Stiftung.
- Häfner, H. (1986): Psychische Gesundheit im Alter. Der gegenwärtige Stand der Forschung über Art, Häufigkeit und Ursachen seelischer Krankheiten im Alter und über die Möglichkeiten ihrer Vorbeugung und Behandlung. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Hagen, J. (2001): Ansprüche an und von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung in Tagesstätten. Aspekte der Begründung und Anwendung lebensweltorientierter pädagogischer Forschung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Hagen, J. (2002): Zur Befragung von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. In: Geistige Behinderung 41 (4), 293-306.
- Hahn, M. Th. (1994): Selbstbestimmung im Leben, auch für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung 33 (2), 81-94.
- Harksen, V. C. & Wedel, D. (1992): Der grosse Bellheim. Roman nach dem Fernsehfilm von Dieter Wedel. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

- Haveman, M. & Stöppler, R. (2010): Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation, 2. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Haveman, M. & Stöppler, R. (2014a): Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Handbuch für eine inklusive medizinisch-pädagogische Begleitung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Haveman, M. & Stöppler, R. (2014b): Wenn Menschen mit geistiger Behinderung altern: Ressourcen und Bedürfnisse. In: Bruhn, R. & Straßer, B. (Hrsg.): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 65-74.
- Haveman, M. et al. (2000): Selbstbestimmt älter werden. Ein Lehrgang für Menschen mit geistiger Behinderung zur Vorbereitung auf Alter und Ruhestand. In: Geistige Behinderung 39 (1), 56-62.
- Heller, A. & Wenzel, C. (2014): Menschen mit Behinderung und Palliative Care. In: Bruhn, R. & Straßer, B. (Hrsg.): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 30-36.
- Hennicke, K. (2005): Psychiatrische Diagnostik. In: Stahl, B. & Irblich, D. (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe, 349-366.
- Hensel, U. (2001): QuAnTa. Qualitätssicherung der Angebote in der Tagesförderung für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Instrumentarium zur Qualitätssicherung im „Zweiten Milieu“. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Hermann, J. (2006): Normales Altern unnormale? Ruhestand in der stationären Behindertenhilfe. In: Geistige Behinderung 45 (3), 229-240.
- Hessisches Sozialministerium/Landeswohlfahrtsverband Hessen & Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg., 2001): Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung. Hessische Erfahrungen. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Heuft, G./Kruse, A. & Radebold, H. (2006): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hillmann, K.-H. (2007): Wörterbuch der Soziologie, 5. Auflage. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Hirschauer, S. & Amann, K. (Hrsg., 1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnografischen Herausforderung soziologischer Empirie. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.



- Hoffmann, C. (2002): Sterbe- und Trauerbegleitung. In: Theunissen, G. (Hrsg.): *Altenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 125-138.
- Hofmann, C. et al. (Hrsg., 2001): *Zeit und Eigenzeit als Dimension der Sonderpädagogik*. Luzern: Edition SZH/SPC.
- Hofmann, T. et al. (Hrsg., 1983): *Altwerden von Menschen mit geistiger Behinderung. Vorträge, Berichte und ergänzende Beiträge zum Internationalen Workshop 1981 „Situation des älteren geistig behinderten Menschen“*. Gladenbach: Kempkes, Offset- + Buchdruck GmbH.
- Hohmeier, J. & Pohl, H.-J. (Hrsg., 1978): *Alter als Stigma oder Wie man alt gemacht wird*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hohmeier, J. (1978): *Alter als Stigma*. In: Hohmeier, J. & Pohl, H.-J. (Hrsg.): *Alter als Stigma oder Wie man alt gemacht wird*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 10-30.
- Holland, A. J. et al. (2000): *Incidence and course of dementia in people with Down's syndrome: findings from a population-based study*. In: *Journal of Intellectual Disability Research* 2 (44), 138-146.
- Hölzle, C. & Jansen, I. (Hrsg., 2011): *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden*, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hoyningen-Süess, U. & Oberholzer, D. (2011): *Die Entwicklung der Lebensqualitätsplattform: Referenzkataloge und empirische Herleitung*. Universität Zürich: Unveröffentlichtes Dokument.
- Hoyningen-Süess, U. et al. (2012): *Tools for surveying and improving the quality of life: people with special needs in focus*. In: *International Journal of Health Care Quality Assurance* 25 (7), 592-603.
- Hoyningen-Süess, U./Oberholzer, D. & Stalder, R. (2007): *Lebensqualität als Zielperspektive sonderpädagogischen Handelns: Das Modell „sensiQoL“*. In: *Heilpädagogische Forschung. Zeitschrift für Pädagogik und Psychologie bei Behinderungen* 33 (2), 88-96.
- Hradil, S. (2012): *Soziale Exklusions- und Desintegrationsrisiken: Soziale Ungleichheit, soziale Abhängigkeit*. In: Beck, I. & Greving, H. (Hrsg.): *Lebenslage und Lebensbewältigung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 124-133.
- Huxhold, O./Mahne, K. & Naumann, D. (2010): *Soziale Integration*. In: Motel-Klingebiel, A./Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 215-233.
- Jakobs, H./König, A. & Theunissen, G. (Hrsg., 2000): *Lebensräume – Lebensperspektiven. Ausgewählte Beiträge zur Situation Erwachsener mit geistiger Behinderung*, 3. Auflage. Butzbach: Afra-Verlag

- Janz, F. & Terfloth, K. (Hrsg., 2009): Empirische Forschung im Kontext geistiger Behinderung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Jeltsch-Schudel, B. (2011): Behinderung im Alter. In: Universitas. Das Magazin der Universität Freiburg, Schweiz (3), 51-52.
- Jeltsch-Schudel, B. (2013): Schwerbehinderung und Wohlbefinden: Um wen geht es? In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik 19 (1), 11-17.
- Junkers, G. (1995): Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns. Stuttgart: Schattauer.
- Kalthoff, H. (1997): Fremdenrepräsentation. Über ethnografisches Arbeiten in exklusiven Internatsschulen. In: Hirschauer, S. & Amann, K. (Hrsg.): Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnografischen Herausforderung soziologischer Empirie. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 240-266.
- Karl, F. (2009): Einführung in die Generationen- und Altenarbeit. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Kelle, U. & Niggemann, C. (2003): Datenerhebung als sozialer Prozess in der Evaluations- und Wirkungsforschung – das Beispiel „Pflegerqualität“. In: Behrens, J. (Hrsg.): Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften 2 (13), 1-22.
- Kilian, R. (2003): WHOQOL-100/-BREF. WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. In: Schumacher, J./Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 324-329.
- Klauß, T. (2008a): Reicht Pflege im Alter nicht aus? Menschen mit geistiger Behinderung zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung. In: Klauß, T. (Hrsg.): Älterwerden und seelische Gesundheit – Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung – Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 7.3.2008 in Kassel. Berlin: Eigenverlag der DGSGB, 42-59.
- Klauß, T. (2008b): ‚Gute Pflege ist im Alter doch genug!??‘ Menschen mit geistiger Behinderung und Pflege. Online im Internet. URL: <https://www.lebenshilfe.de/wData/downloads/themen-recht/VABedarfGeeigneteHilfen/ReferatKlauss.pdf> [Zugriff: 25.06.2015].
- Klauß, T. (Hrsg., 2008): Älterwerden und seelische Gesundheit – Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung – Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 7.3.2008 in Kassel. Berlin: Eigenverlag der DGSGB.
- Kniel, A. & Windisch, M. (2005): People First. Selbsthilfegruppen von und für Menschen mit geistiger Behinderung. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Köcher, R. & Bruttel, O. (Hrsg., 2012): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

- Kohli, M. (1994): Altern in soziologischer Perspektive. In: Baltes, P. B./Mittelstraß, J. & Staudinger, U. M. (Hrsg.): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie. Berlin: Walter de Gruyter, 231-259.
- Kreimer, R. (2010): Faszination Altern. Gelingender Lebensabend durch Ressourcenoptimierung. Münster: Waxmann.
- Krohn, M. (1978): Theorien des Alterns. In: Hohmeier, J. & Pohl, H.-J. (Hrsg.): Alter als Stigma oder Wie man alt gemacht wird. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 54-75.
- Kruse, A. & Baehrens, H. (2002): Geleitwort. In: Kruse, A./Ding-Greiner, C. & Grüner, M. (Hrsg.): Den Jahren Leben geben. Lebensqualität im Alter bei Menschen mit Behinderungen. Projektbericht. Waiblingen: Druckerei und Buchbinderei Berufsbildungswerk Waiblingen, 4-5.
- Kruse, A. & Wahl, H.-W. (2010): Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Kruse, A. (2012): Mitverantwortliches Leben und gelingendes Altern aus individueller und gesellschaftlicher Sicht. In: Köcher, R. & Bruttel, O. (Hrsg.): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 372-382.
- Kruse, A./Ding-Greiner, C. & Grüner, M. (Hrsg., 2002): Den Jahren Leben geben. Lebensqualität im Alter bei Menschen mit Behinderungen. Projektbericht. Waiblingen: Druckerei und Buchbinderei Berufsbildungswerk Waiblingen.
- Kulig, W. & Theunissen, G. (2006): Selbstbestimmung und Empowerment. In: Wüllenweber, E./Theunissen, G. & Mühl, H. (Hrsg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 237-250.
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, 4. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Lehr, U. (2003): Psychologie des Alterns, 10. Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.
- Lennox, N. G. & Kerr, M. P. (1997): Primary health care and people with an intellectual disability: the evidence base. In: Journal of Intellectual Disability Research 41 (5), 365-372.
- Lindmeier, C. (2001): Altersbildung mit Menschen mit geistiger Behinderung im Lernfeld Biografie. Reflexionen zu einer praxisbezogenen Konzeptualisierung. In: Hofmann, C. et al. (Hrsg.): Zeit und Eigenzeit als Dimension der Sonderpädagogik. Luzern: Edition SZH/SPC, 247-257.
- Lindmeier, C. (2008): Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen. Ein Praxisbuch für Einzel- und Gruppenarbeit, 3. Auflage. Weinheim: Juventa Verlag.

- Luchterhand, C. & Murphy, N. (2001): Wenn Menschen mit geistiger Behinderung trauern. Vorschläge zur Unterstützung. Weinheim: Beltz Verlag.
- Ludwig, G. (2013): Motorische Förderung – eine begriffliche Standortbestimmung. In: Becker, K.-P. (Hrsg.): Motorische Förderung in Werkstätten für behinderte Menschen. Berlin: DBM Druckhaus Berlin-Mitte, 26-32.
- Maslow, A. H. (1977): Motivation und Persönlichkeit. Olten: Walter-Verlag.
- Mayer, J. & Hermann, H.-D. (2009): Mentales Training. Grundlagen und Anwendung in Sport, Rehabilitation, Arbeit und Wirtschaft. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Mayring, P. (1987): Subjektives Wohlbefinden im Alter. Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung. In: Zeitschrift für Gerontologie 20 (6), 367-376.
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken, 5. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Mehlmann, S. & Ruby, S. (Hrsg., 2010): „Für Dein Alter siehst Du gut aus!“ Von der Un/Sichtbarkeit des alternden Körpers im Horizont des demographischen Wandels. Multidisziplinäre Perspektiven. Bielefeld: transcript Verlag.
- Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg., 2010): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Michels, V. (1977): Hermann Hesse – Die Welt der Bücher. Betrachtungen und Aufsätze zur Literatur. Zusammengestellt von Volker Michels. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Milz, H. & Stöppler, R. (2009): Sozial-geragogische Hilfen für alte Menschen mit Behinderung. In: Orthmann Bless, D. & Stein, R. (Hrsg.): Lebensgestaltung bei Behinderungen und Benachteiligungen im Erwachsenenalter und Alter. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 179-195.
- Mollenkopf, H. & Engeln, A. (2008): Gesellschaftlicher Kontext und motivationale Veränderungen der Mobilität im Alter. In: Schlag, B. (Hrsg.): Leistungsfähigkeit und Mobilität im Alter. Köln: TÜV Media GmbH, 239-253.
- Motel-Klingebiel, A./Wurm, S. & Tesch-Römer, C. (Hrsg., 2010): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Mühl, H. (2006): Merkmale und Schweregrade geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, E./Theunissen, G. & Mühl, H. (Hrsg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 128-141.

- Müller, X. (2013): Ist die Lebensqualität bzw. die Lebenszufriedenheit von Jugendlichen mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten eingeschränkt? Antworten aus der Forschungsliteratur. Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik 19 (10), 19-25.
- Niederfranke, A./Naegele, G. & Frahm, E. (Hrsg., 1999): Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Niehoff, U. (1994): Wege zur Selbstbestimmung. In: Geistige Behinderung 33 (3), 186-201.
- Nirje, B. (1994): Das Normalisierungsprinzip. In: Fischer, U. et al. (Hrsg.): WISTA Experten-Hearing 1993. Wohnen im Stadtteil für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonie-Verlag, 175-202.
- Noll, H.-H. (2000): Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und „neue“ Wohlfahrtskonzepte. Online im Internet. URL: <http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/2000/p00-505.pdf> [Zugriff: 08.02.2013].
- Nussbaum, M. C. & Sen, A. (Eds., 1993): The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press.
- Nußbeck, S./Biermann, A. & Adam, H. (Hrsg., 2008): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Oberholzer, D. (2010): Das Interventionsframework sensiQoL<sup>®</sup>. Professionelle Begleitung und Unterstützung von erwachsenen Menschen in sonderpädagogischen Dienstleistungsorganisationen. Dissertation. Universität Zürich.
- Oberholzer, D. (2013): Zielperspektive Lebensqualität. Menschen mit Behinderungen unterstützen und begleiten. Bremen: EHV.
- OECD (1982): The OECD list of social indicators. Paris.
- Opaschowski, H. W. & Reinhardt, U. (2007): Altersträume. Illusion und Wirklichkeit. Darmstadt: Primus Verlag.
- Opaschowski, H. W. (1990): Pädagogik und Didaktik der Freizeit, 2. Auflage. Opladen: Leske und Budrich.
- Opaschowski, H. W. (1998): Leben zwischen Muß und Muße. Die ältere Generation. Gestern. Heute. Morgen. Hamburg: Germa Press.
- Opaschowski, H. W. (2008): Einführung in die Freizeitwissenschaft, 5. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Orthmann Bless, D. & Stein, R. (Hrsg., 2009): Lebensgestaltung bei Behinderungen und Benachteiligungen im Erwachsenenalter und Alter. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Osborne S. P. (1992): The Quality Dimension. Evaluating Quality of Service and Quality of Life in Human Services. In: British Journal of Social Work 22 (4), 437-453.

- Oswald, W. D. et al. (Hrsg., 1991): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe, 2. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Oyen, R. (1991): Zur Biologie des Alterns. In: Trapmann, H. et al. (Hrsg.): Das Alter. Grundfragen – Einzelprobleme – Handlungsansätze. Dortmund: Verlag modernes lernen, 182-197.
- Perry, J. (2004): Interviewing People with Intellectual Disabilities. In: Emerson, E. et al. (Eds.): The international Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, 115-131.
- Philibert, M. (1978): Stufen des Lebens in philosophischer Sicht. In: Rosenmayr, L. (Hrsg.): Die menschlichen Lebensalter. Kontinuität und Krisen. München: Piper & Co. Verlag, 105-124.
- Pierobon, A. & Funk, M. (2007): Sturzprävention bei älteren Menschen. Risiken – Folgen – Maßnahmen. Inkl. DVD. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Pitsch, H.-J. (2006): Normalisierung. In: Wüllenweber, E./Theunissen, G. & Mühl, H. (Hrsg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 224-236.
- Ploder, A. & Stadlbauer, J. (2013): Autoethnografie und Volkskunde? Zur Relevanz wissenschaftlicher Selbsterzählungen für die volkskundlich-kultur-anthropologische Forschungspraxis. In: Österreichische Zeitschrift für Volkskunde 116 (3+4).
- Pohlmann, S. (2011): Sozialgerontologie. München: Ernst Reinhardt.
- Porst, R. (2011): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch, 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Prahl, H.-W. & Schroeter, K. R. (1996): Soziologie des Alterns. Eine Einführung. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Prinzinger, R. (1990): Lebensalter und physiologische Zeit. Betrachtungen zur Messung der Lebensdauer in biologischen Systemen. In: Forschung Frankfurt 3 (8), 2-11.
- Puch, K. (2009): Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer. Online im Internet. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Arbeitsmarkt/2009\\_01/2009\\_01PDF.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Arbeitsmarkt/2009_01/2009_01PDF.pdf?__blob=publicationFile) [Zugriff: 25.10.2015].
- Raithel, J. (2008): Quantitative Forschung. Ein Praxisbuch, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rohrmann, E. (2012): Leben im Heim. In: Beck, I. & Greving, H. (Hrsg.): Lebenslagen und Lebensbewältigung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 277-281.

- Rosenmayr, L. (1978): Einleitung. In: Rosenmayr, L. (Hrsg.): Die menschlichen Lebensalter. Kontinuität und Krisen. München: R. Piper & Co. Verlag, 11-20.
- Rosenmayr, L. (Hrsg., 1978): Die menschlichen Lebensalter. Kontinuität und Krisen. München: R. Piper & Co. Verlag.
- Rüberg, R. (1991): Alter – Dimensionen und Aspekte. In: Trapmann, H. et al. (Hrsg.): Das Alter. Grundfragen – Einzelprobleme – Handlungsansätze. Dortmund: verlag modernes lernen, 13-30.
- Rupprecht, R. (1993): Lebensqualität. Theoretische Konzepte und Ansätze zur Operationalisierung. Dissertation: Universität Erlangen-Nürnberg.
- Schäfers, M. (2008): Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schäfers, M. (2009): Methodenforschung zur Befragung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Heilpädagogische Forschung. Zeitschrift für Pädagogik und Psychologie bei Behinderungen 35 (4), 213-227.
- Schäfers, M. (2013): Lebensqualität – ein Überblick über sozialwissenschaftliche Forschungsansätze. In: Orientierung. Fachzeitschrift der Behindertenhilfe (3), 20-23.
- Schaible, I. (2014): Rentner als „Bufdis“ – Alt hilft Älter. Online im Internet. URL: <http://www.spiegel.de/karriere/berufsleben/rentner-im-bundesfreiwilligendienst-jeder-5-bufdi-ist-ueber-50-a-978597.html> [Zugriff: 07.08.2015].
- Schäper, S. (2012): „... und denn noch ein bisschen so rüstig sein“. Anforderungen an die Lebensgestaltung im Alter und Chancen für neue Lebensqualität für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Teilhabe 51 (2), 53-59.
- Schlag, B. (Hrsg., 2008): Leistungsfähigkeit und Mobilität im Alter. Köln: TÜV Media GmbH.
- Schmidt-Thimme, D. (1990): Freizeitwünsche älterer Menschen mit geistiger Behinderung. In: Zielniok, W. J. & Schmidt-Thimme, D. (Hrsg.): Gestaltete Freizeit für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie und Realisation unter integrativem Aspekt, 4. Auflage. Heidelberg: HVA, Edition Schindele, 110-115.
- Schneider, G. et al. (2004): Veränderung einer Stichprobe  $\geq 60$ -jähriger Krankenhauspatienten nach 5 Jahren: Ergebnisse der ELDERMEN-Study. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37 (2), 136-144.
- Schneider, H.-D. (1974): Aspekte des Alterns. Ergebnisse sozialpsychologischer Forschung. Frankfurt am Main: Athenäum Fischer Taschenbuch Verlag.

- Schuck, H. (2012): „Bist du nicht zu alt für die Schule!?“ – Begegnungen im Unterricht zwischen Jung und Alt unter freizeitperspektivischen Aspekten. In: Lernen Konkret. Bildung im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung 31 (1), 20-23.
- Schulze, T. (1993): Lebenslauf und Lebensgeschichte. Zwei unterschiedliche Sichtweisen und Gestaltungsprinzipien biographischer Prozesse. In: Baacke, D & Schulze, T. (Hrsg.): Aus Geschichten lernen. Zur Einübung pädagogischen Verstehens. Weinheim: Juventa Verlag, 174-226.
- Schumacher, J. (2003): EuroQOL (EQ-5D). European Quality of Life Questionnaire. In: Schumacher, J./Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 86-91.
- Schumacher, J. et al. (2003): Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In: Schumacher, J./Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe, 9-24.
- Schumacher, J./Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg., 2003): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schuppener, S. (2004): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. In: Geistige Behinderung 43 (1), 36-56.
- Schuppener, S. (2009): Identität von Menschen mit geistiger Behinderung – Untersuchungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Kontext partizipativer Forschung. In: Janz, F. & Terfloth, K. (Hrsg.): Empirische Forschung im Kontext geistiger Behinderung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 305-319.
- Schwarte, N. & Oberste-Ufer, R. (1997): LEWO. Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Schwarte, N. & Oberste-Ufer, R. (2001): LEWO II – Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Instrument für fachliches Qualitätsmanagement. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Schwarte, N. (2009): Qualität 60 Plus. Konzepte, fachliche Standards und Qualitätsentwicklung der Hilfen für ältere Menschen mit Behinderung. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Seifert, M. (1994): Über 1000 Menschen mit geistiger Behinderung fehlplaziert ... Ergebnisse einer Studie zur Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Berlin. In: Geistige Behinderung 33 (1), 4-17.
- Seifert, M. (1997): Lebensqualität und Wohnen bei schwerer geistiger Behinderung. Theorie und Praxis. Reutlingen: Diakonie-Verlag.



- Seifert, M. (2002): Menschen mit schwerer Behinderung in Heimen. Ergebnisse der Kölner Lebensqualität-Studie. In: Geistige Behinderung 41 (3), 203-222.
- Seifert, M. (2006): Lebensqualität von Menschen mit schweren Behinderungen. Forschungsmethodischer Zugang und Forschungsergebnisse. In: Zeitschrift für Inklusion (2). Online im Internet. URL: <http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion/article/viewArticle/7/7> [Zugriff: 14.07.2015].
- Seifert, M./Fornefeld, B. & Koenig, P. (2001): Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Seligman, M.E.P. (1986): Erlernte Hilflosigkeit, 3. Auflage. München: Psychologie Verlags Union Urban & Schwarzenberg.
- Skiba, A. (2006): Geistige Behinderung und Altern. Norderstedt: Books on Demand.
- Speck, O. (1999a): Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit. München. Ernst Reinhardt.
- Speck, O. (1999b): Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein heilpädagogisches Lehrbuch, 9. Auflage. München: Reinhardt.
- Stahl, B. & Irblich, D. (Hrsg.; 2005): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Stalder, R. & Früh, M. (2012): sensiQoL: In vier Schritten zu mehr Lebensqualität. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik 18 (3), 34-41.
- Statista-Dossier (2014): Weltbevölkerung. Online im Internet. URL: <http://de.statista.com/statistik/studie/id/12358/dokument/weltbevoelkerung-statista-dossier/> [Zugriff: 14.08.2015].
- Statistisches Bundesamt (2014): Fachserie 8 Reihe 7 Verkehr. Verkehrsunfälle 2013. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015a): Bevölkerung. Geborene und Gestorbene Deutschland. Online im Internet. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/Irbev04.html> [Zugriff: 07.08.2015].
- Statistisches Bundesamt (2015b): 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. Online im Internet. URL: <https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/> [Zugriff: 08.08.2015].
- Statistisches Bundesamt (2016): Alterung der Bevölkerung durch aktuell hohe Zuwanderung nicht umkehrbar. Pressemitteilung vom 20. Januar 2016. Online im Internet. URL: [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16\\_021\\_12421pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16_021_12421pdf.pdf?__blob=publicationFile) [Zugriff: 26.01.2016].

- Statistisches Bundesamt (Hrsg., 2009a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. Wiesbaden: PDF-Dokument online im Internet. URL: [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere\\_\\_bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf) [Zugriff: 30.03.2011].
- Stöppler, R. & Wachsmuth, S. (2010): Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung. Eine Einführung in didaktische Handlungsfelder. Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Stöppler, R. (2002): Mobilitäts- und Verkehrserziehung bei Menschen mit geistiger Behinderung, 2. Auflage. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Stöppler, R. (2008): Mobilitäts- und Verkehrserziehung in Schule und Unterricht bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Nußbeck, S./Biermann, A. & Adam, H. (Hrsg.): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Göttingen: Hogrefe Verlag, 578-589.
- Stöppler, R. (2012): Die „neuen Alten“. Geragogische Herausforderungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Lernen Konkret. Bildung im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung 31 (1), 6-9.
- Stöppler, R. (2014a): Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Stöppler, R. (2014b): Mit Behinderung altern – Risiken der Exklusion und Chancen gesellschaftlicher Teilhabe. In: Wilken, U. & Jeltsch-Schudel, B. (Hrsg.): Elternarbeit und Behinderung. Empowerment – Inklusion – Wohlbefinden. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 190-199.
- Strydom, A. et al. (2007): Prevalence of dementia in intellectual disability using different diagnostic criteria. In: British Journal of Psychiatry 191 (2), 150-157.
- Terfloth, K. & Janz, F. (2009): Forschung im Kontext geistiger Behinderung. In: Janz, F. & Terfloth, K. (Hrsg.): Empirische Forschung im Kontext geistiger Behinderung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 9-19.
- Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009): Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts, Berlin: Robert Koch-Institut, S. 7-20.
- Tesch-Römer, C. et al. (2014): Einsamkeit-Trends in der zweiten Lebenshälfte: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS). In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Einsamkeit im Alter – im Themenspektrum von

- Wissenschaft und bürgerschaftlichem Engagement. *Informationsdienst Altersfragen* 41 (1), 3-8.
- Tews, H. P. (1999): Von der Pyramide zum Pilz. Demographische Veränderungen in der Gesellschaft. In: Niederfranke, A./Naegele, G. & Frahm, E. (Hrsg.): *Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 137-185.
- Theunissen, G. & Plaute, W. (1995): *Empowerment und Heilpädagogik. Ein Lehrbuch*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Theunissen, G. (1999): Geistig behindert und dement. Überlegungen und Anregungen aus pädagogischer Sicht. In: *Geistige Behinderung* 38 (2), 165-178.
- Theunissen, G. (2005): Inklusion, Partizipation und Empowerment. Gemein-deintegriertes Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Assistenzbedarf. In: Wacker, E. et al. (Hrsg.): *Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 213-224.
- Theunissen, G. (Hrsg., 2002): *Altenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Thielen, M./Katzenbach, D. & Schnell, I. (Hrsg., 2013): *Prekäre Übergänge? Erwachsenwerden unter den Bedingungen von Behinderung und Benachteiligung*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Thimm, W. (2007): Normalisierungsprinzip. In: Greving, H. (Hrsg.): *Kompendium der Heilpädagogik. Band 2, I-Z*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS, 132-139.
- Thimm, W. (2008): Das Normalisierungsprinzip – eine Einführung (1979). In: Thimm, W. (Hrsg.): *Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 12-31.
- Thimm, W. (Hrsg., 2008): *Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Thomae, H. (1983): Forschungsansätze aus der Sicht des Gerontologen. In: Hofmann, T. et al. (Hrsg.): *Altwerden von Menschen mit geistiger Behinderung. Vorträge, Berichte und ergänzende Beiträge zum Internationalen Workshop 1981 „Situation des älteren geistig behinderten Menschen“*. Gladenbach: Kempkes, Offset- + Buchdruck GmbH, 132-134.
- Thomae, H. (1991): Lebenszufriedenheit. In: Oswald, W. D. et al. (Hrsg., 1991): *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*, 2. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 323-328.

- Tokarski, W. (1989): Freizeit- und Lebensstile älterer Menschen. Kassel: Druck Center Schomberg.
- Trapmann, H. et al. (Hrsg., 1991): Das Alter. Grundfragen – Einzelprobleme – Handlungsansätze. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Trentmann, N. (2014): Ohne Ältere kollabiert der Arbeitsmarkt im Jahr 2050. Online im Internet. URL: <http://www.welt.de/wirtschaft/article134564493/Ohne-Aeltere-kollabiert-der-Arbeitsmarkt-im-Jahr-2050.html> [Zugriff: 07.08.2015].
- Ustorf, A.-E. (2012): Warum ältere Arbeitnehmer unterschätzt werden. Online im Internet. URL: <http://www.sueddeutsche.de/karriere/arbeiten-im-alter-warum-aeltere-arbeitnehmer-unterschaetzt-werden-1.1449481> [Zugriff: 07.08.2015].
- Ustorf, A.-E. (2014): Die Herausforderung „Inklusion“. In: Psychologie Heute 41 (4), 44-49.
- Vater, A. (2007): Eingliederungshilfe: ein Leben lang! Online im Internet. URL: <http://www.beb-ev.de/files/pdf/2007/sonstige/2007-12-05vater.pdf> [Zugriff: 25.06.2015].
- Wachsmuth, S. (2006): Kommunikative Begegnungen. Aufbau und Erhalt sozialer Nähe durch Dialoge mit Unterstützer Kommunikation. Würzburg: edition bentheim.
- Wacker et al. (1998): Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbstständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Wacker, E. (2001): Alter hat Zukunft – demographische Entwicklung älter werdender Menschen mit Behinderung und ihre Konsequenzen. In: Hessisches Sozialministerium/Landeswohlfahrtsverband Hessen & Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung. Hessische Erfahrungen. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 57-77.
- Wacker, E. (2005): Alter und Teilhabe. Grundsatzfragen und Aufgaben der Rehabilitation. In: Wacker, E. et al. (Hrsg.): Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 337-366.
- Wacker, E. et al. (Hrsg., 2005): Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Weber, G. (1997): Einführung in die Thematik. In: Weber, G. (Hrsg.): Psychische Störungen bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Verlag Hans Huber, 12-16.
- Weber, G. (Hrsg., 1997): Psychische Störungen bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Verlag Hans Huber.

- Weinert, F. E. (1994): Altern in psychologischer Perspektive. In: Baltes, P. B./Mittelstraß, J. & Staudinger, U. M. (Hrsg.): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie. Berlin: Walter de Gruyter, 180-203.
- Weinmann, J. (2010): Frauen und Männer in verschiedenen Lebensphasen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Online im Internet. URL: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/BroschuereFrauenMaenner0010013109001,property=file.pdf> [Zugriff: 01.08.2011].
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Weyerer, S. et al. (2008): Epidemiologie körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen im Alter. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- WHO (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf. Online im Internet. URL: [http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endaussage-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf) [Zugriff: 23.07.2015].
- Wieland, H. (1983): Der ältere geistig behinderte Mensch aus soziologischer Sicht. in: Hofmann, T. et al. (Hrsg.): Altwerden von Menschen mit geistiger Behinderung. Vorträge, Berichte und ergänzende Beiträge zum Internationalen Workshop 1981 „Situation des älteren geistig behinderten Menschen“. Gladenbach: Kempkes, Offset- + Buchdruck GmbH, 27-31.
- Wieland, H. (1987): Vorwort. In: Wieland, H. (Hrsg.): Geistig behinderte Menschen im Alter. Theoretische und empirische Beiträge zu ihrer Lebenssituation in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und in der Schweiz. Heidelberg: Edition Schindele, 7-11.
- Wieland, H. (2012): Erwachsensein und Alter. In: Beck, I. & Greving, H. (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 105-114.
- Wieland, H. (Hrsg., 1987): Geistig behinderte Menschen im Alter. Theoretische und empirische Beiträge zu ihrer Lebenssituation in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und in der Schweiz. Heidelberg: Edition Schindele.
- Wilke, J. (2015): „...dann mach' ich auch gerne lesen...“ – Eine Grounded-Theory-Studie zu Literacy im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. Dissertation. Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Wilken, U. & Jeltsch-Schudel, B. (Hrsg., 2014): Elternarbeit und Behinderung. Empowerment – Inklusion – Wohlbefinden. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Wilken, U. (2014): Sexualerziehung, Partnerschaft und Kinderwunsch – unter Einbezug von Menschen mit Down-Syndrom. In: Wilken, U. & Jeltsch-

- Schudel, B. (Hrsg.): Elternarbeit und Behinderung. Empowerment – Inklusion – Wohlbefinden. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 177-189.
- Wingenfeld, K. et al. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Online im Internet. URL: [https://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Abschlussbericht\\_IPW\\_MDKWL\\_25.03.08.pdf](https://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Abschlussbericht_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf) [Zugriff: 25.06.2015].
- Wüllenweber, E./Theunissen, G. & Mühl, H. (Hrsg., 2006): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zank, S. & Baltes, M. M. (1998): Förderung von Selbstständigkeit und Lebenszufriedenheit alter Menschen in stationären Einrichtungen. In: Kruse, A. (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. Band 2: Interventionen. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 60-72.
- Zapf, W. (1984): Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 13-26.
- Zielniok, W. J. & Schmidt-Thimme, D. (Hrsg., 1990): Gestaltete Freizeit für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie und Realisation unter integrativem Aspekt, 4. Auflage. Heidelberg: HVA, Edition Schindele.

## Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der 'Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis' niedergelegt sind, eingehalten.

Gießen, den

---

Heiko Michael Schuck