Fachhochschule Nordwestschweiz

Hochschule für Soziale Arbeit

Alter und kognitive Beeinträchtigung: Neue Anforderungen an begleitete Wohngruppen in Institutionen

Eberhart Mirjam

Eingereicht bei Frau lic. phil. Annette Lichtenauer

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit,
Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten

Eingereicht im Juni 2015 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Es ist zu beobachten, dass die Lebenserwartung der Bevölkerung zunimmt. Diese erhöhte Lebenserwartung trifft auch auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu. Diese Arbeit hat zum Ziel, den Bedarf an begleiteten Wohngruppen, die auf das Alter und Altern von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ausgerichtet sind, aufzuzeigen. Dieser Bedarf wird anhand veränderter Anforderungen an das Wohnen, die durch das Altern entstehen, begründet. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden häufig über die gesamte Lebensspanne von Fachpersonen begleitet. Dadurch wird die Begleitung im Alter weiterhin benötigt. Mit dem Alter und Altern entstehen neue und veränderte Bedürfnisse in unterschiedlichen Lebensbereichen wozu auch das Wohnen gehört. Die Erfüllung dieser Wohn- und Grundbedürfnisse ist entscheidend für das Entstehen von Lebensqualität. Dies führt zu neuen Anforderungen in der Begleitung von älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wenn die Lebensqualität als anzustrebendes Ziel angesehen wird.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 5

1.1 Relevanz der Thematik für die Soziale Arbeit 6

1.2 Herleitung der Fragestellung 7

1.3 Eingrenzung der Arbeit 7

1.4 Ziel der Arbeit und Vorgehen 8

2 Alter und Altern 10

2.1 Begriffserklärung Alter und Altern 10

2.2 Einteilung in Lebensabschnitte nach Woll-Schumacher und Aspekte des Alters nach Rüberg 11

2.3 Biologisches Altern 13

2.4 Psychologisches Altern 15

2.5 Soziologisches Altern 16

2.6 Vier Phasen des späteren Lebens nach Höpflinger 18

3 Kognitive Beeinträchtigung 20

3.1 Begriffsdefinition kognitive Beeinträchtigung 20

3.2 Zur Lebenssituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen 21

4 Alter und Altern von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen 23

5 Konzept der Lebensqualität nach Monika Seifert 28

6 Wohnen als Erfüllung von menschlichen Grundbedürfnissen 36

6.1 Unterschiedliche Wohnformen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen 38

6.2 Wohnen in Institutionen: Begleitete Wohngruppen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen 41

6.2.1 Erfüllung der Grundbedürfnisse des Wohnens von kognitiv beeinträchtigten Menschen in begleiteten Wohngruppen 42

6.3 Wohnen im Alter 43

6.3.1 Voraussetzungen des Wohnens für ältere Menschen 43

6.3.2 Voraussetzungen des Wohnens für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen 46

6.3.3 Gegenwärtige Wohnsituation von älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen 47

7 Lebensqualität im Wohnen älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen 48

8 Schlussfolgerungen 57

9 Quellenverzeichnis 59

10 Erklärung der Studierenden zur Bachelor Thesis 63

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Einteilung in Lebensabschnitte nach Woll-Schumacher 11
Abb. 2: Felce und Perrys Modell der Lebensqualität 30
Abb. 3: Seiferts Wohnbereich im Kontext übergreifender Systeme 32
Abb. 4: Seiferts Lebensqualität in Wohneinrichtungen 33

1 Einleitung

Unterschiedliche Einflüsse tragen dazu bei, dass die Bevölkerung in der Schweiz stetig älter wird. Diese erhöhte Lebenserwartung bringt unterschiedliche Herausforderungen mit sich. Die Gesellschaft und Politik ist immer wieder mit Fragen nach Finanzierungen und Anpassungen bezüglich der zunehmend älteren Bürgerinnen und Bürger konfrontiert. Diese Herausforderungen beziehen sich auf die gesamte Bevölkerung, demzufolge auch auf Minderheiten. So benötigen beispielsweise Menschen mit einer Suchterkrankung im Alter Wohnplätze. Ein normales Alters- und Pflegeheim hat jedoch nicht das nötige Fachwissen, um suchtkranke Menschen im Alltag zu begleiten.

Diese Problematik zeigt sich auch bei Menschen mit einer lebenslangen kognitiven Beeinträchtigung. Früher war die Lebenserwartung bei 40 bis 50 Jahren, heute ist diese deutlich höher (vgl. Höpflinger 2006b: 41f.). Das Alter bringt neue Aufgaben sowie Herausforderungen für die betroffenen Menschen und deren Umfeld mit. Vermehrt kommen medizinische und pflegerische Aufgaben hinzu. Alters- und Pflegeheime sind nicht darauf spezialisiert und ausgerichtet, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Alter zu begleiten und zu unterstützen (vgl. ebd.: 44). Welche Wohnmöglichkeiten bieten sich also für alte Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen?

Häufig leben die Personen über mehrere Jahre in der selben Institution (vgl. Stöppler 2014: 145, Wacker 2001: 51f.). Dadurch werden die Wohngruppen und das soziale Umfeld in der Institution zum Zuhause. Durch institutionelle Strukturen kommen neue Bewohnerinnen und Bewohner ungeachtet der Wünsche, Bedürfnisse und Präferenzen der Person in ein verfügbares Zimmer (vgl. Wacker 2001: 52). Die Personen, die zusammen in einer Gruppe wohnen, sind somit häufig unterschiedlich alt. Die Betroffenen können nicht selbst entscheiden, wie und wo sie wohnen möchten (vgl. Stöppler 2014: 126). Zu beobachten ist, dass Menschen im Alter andere Lebensthemen und Lebensaufgaben als jüngere Personen haben. Unterschiedliche Generationen wohnen ausserhalb von Heimen selten zusammen. Dennoch scheint diese Konstellation in Institutionen normal zu sein. Braucht der Mensch im Alter nicht ein Wohnumfeld, das auf die Wünsche und Bedürfnisse der Person angepasst ist, um Lebensqualität zu erreichen?

Wird nun eine Bewohnerin oder ein Bewohner im Alter pflegebedürftig oder benötigt stärkere Begleitung im Alltag, kann es vorkommen, dass diese Person in ein Pflegeheim gehen muss. Institutionen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind auf solche Situationen zu wenig vorbereitet (vgl. Driller/Pfaff 2006: 99f.). Dadurch wird die Selbstbestim-

mung im Alter und ein Altwerden im bevorzugten Umfeld behindert. Welche neuen Anforderungen ergeben sich durch ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen an Institutionen?

1.1 Relevanz der Thematik für die Soziale Arbeit

Die Soziale Arbeit ist in unterschiedlichen Praxisfeldern tätig. In der Arbeit werden häufig soziale Probleme und Benachteiligungen, die durch die Gesellschaft zu Stande kommen, zum Arbeitsinhalt. Nach Hochuli Freund und Stotz (2011: 36f., 129) sind die Herstellung von sozialer Gerechtigkeit und sozialer Integration sowie das individuelle Erlangen von Autonomie der Klientel als zentral anzusehen. Die Würde und Rechte der Menschen müssen stets bewahrt werden. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sollen ihre Klientel als Lebensweltexpertinnen und –experten wahrnehmen und anerkennen, dass ein Individuum sich in einem Entwicklungsprozess befindet, der nie abgeschlossen ist (vgl. ebd.: 33, 63, 130).

Die Soziale Arbeit ist schon länger im Feld der Behindertenhilfe tätig. Professionelle der Sozialen Arbeit setzen sich für die Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen ein, fördern und unterstützen ihre Ressourcen und begleitet sie wo nötig im Alltag. Dies kann in unterschiedlichen Lebensbereichen sein, wie beispielsweise in der Arbeitsintegration, in der Freizeit oder im Wohnen. Die Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigungen durch die Soziale Arbeit zieht sich meist über mehrere Jahre hinweg. Kinder werden in heilpädagogischen Schulen in ihrer Entwicklung unterstützt und gefördert. Familien sind häufig in Kontakt mit Fachstellen. Besteht nicht die Möglichkeit im ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein, werden sie im sekundären Arbeitsmarkt begleitet. Irgendwann steht der Auszug von Zuhause an. Ist es der Person nicht möglich selbständig zu wohnen, besteht die Option für eine Assistenz oder unterschiedliche Wohnformen in Institutionen. In all diesen Bereichen ist die Soziale Arbeit in der Regel involviert. Der Entwicklungsprozess wird ständig begleitet.

Neue Bedarfslagen zu erkennen und entsprechende Angebote neu oder weiterzuentwickeln, ist eine weitere Aufgabe der Sozialen Arbeit (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 70). Wird der Mensch in seiner lebenslangen Entwicklung betrachtet, bedeutet dies, dass dieser Prozess im Alter fortdauert. Hinzu kommt die Verpflichtung der Wahrung von Menschenrechten. Diese beinhalten nach Humanrights (2014: o. S.) unter anderem die freie Wahl des Wohnsitzes. Aus diesen Gründen ist es nötig, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auch im Alter individuell angepasste Formen der Begleitung und Unterstützung im Bereich des Wohnens anzubieten.

1.2 Herleitung der Fragestellung

Wie zuvor erwähnt, nimmt die Lebenserwartung in allen Bevölkerungsschichten zu. Die generell längere Lebensdauer stellt die Gesellschaft, wie auch die Politik, vor neue Herausforderungen. Auch der Sozialen Arbeit eröffnen sich neue Aufgabenfelder durch den demografischen Wandel. So werden Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wesentlich älter als früher (vgl. Stöppler 2014: 118). Für Institutionen heisst dies, dass neue Angebote geschaffen werden sollten. Die Frage stellt sich, welche Bedürfnisse und Anforderungen in Bezug auf das Wohnen sich Institutionen bewusst sein sollten, um kognitiv beeinträchtigten Menschen im Alter passende Angebote machen zu können? Wie kann ein möglichst hohes Mass an Lebensqualität erreicht werden? Aus diesen Überlegungen hat sich folgende Fragestellung entwickelt:

> Welche Anforderungen sollten Institutionen beachten, damit die Lebensqualität älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in begleiteten Wohngruppen möglichst erfüllt werden kann?

In der gedanklichen und literarischen Auseinandersetzung haben sich folgende Unterfragen herauskristallisiert:

> Welches sind die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Alter auf Wohngruppen?
>
> Inwiefern zeigen sich Unterschiede im Vergleich zu alten Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung?

Damit diese Fragen konkret beantwortet werden können, wird im nächsten Abschnitt eine Eingrenzung der Arbeit vorgenommen.

1.3 Eingrenzung der Arbeit

In der Fachliteratur wird häufig die Bezeichnung der geistigen Behinderung verwendet. Die Haltung in Bezug auf den Wortgebrauch ist je nach Autorin oder Autor unterschiedlich. In dieser Arbeit wird bewusst der Begriff Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung gewählt. An erster Stelle soll der Mensch als individuelles Wesen stehen. Die kognitive Beeinträchtigung sagt lediglich aus, dass die betroffenen Menschen andere kognitive Fähigkeiten haben beziehungsweise diese anders entwickelt sind (vgl. insieme o. J.). Weiter wird nicht von Behinderung gesprochen, da eine solche nur durch die Auseinandersetzung mit der Umwelt entstehen kann (vgl. Drechsler 2004: 35).

In der vorliegenden Arbeit wird von kognitiven Beeinträchtigungen gesprochen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Personen keine körperlichen Beeinträchtigungen mitbringen.

Im Alter entstehen in der Regel langfristig körperliche Beeinträchtigungen, die im Wohnalltag berücksichtigt werden müssen, zum Beispiel durch eine barrierefreie materielle Umwelt. Daher wird auf den Aspekt der physischen Beeinträchtigungen nicht konkret eingegangen, da diese mit hoher Wahrscheinlichkeit im Alter auftreten.

Eine weitere Eingrenzung wird gemacht indem in der Fragestellung nur begleitete Wohngruppen in Institutionen berücksichtigt werden in denen Begleitung während des Tages und in der Nacht für die Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung steht. Im Verlauf des sechsten Kapitels wird konkret dargelegt, aus welchen Gründen diese Eingrenzung vollzogen wird.

1.4 Ziel der Arbeit und Vorgehen

Die Thematik der kognitiven Beeinträchtigung und Alter ist nicht neu. Bereits vor 20 Jahren wurde dieser Arbeitsschwerpunkt erkannt und in der Literatur hervorgehoben. Jedoch lässt sich in der Praxis wenig Fortschritt beobachten. In dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, welche Bedürfnisse Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Alter in Bezug auf ihr Wohnumfeld haben können und welche Anforderungen sich daraus für Institutionen ergeben, damit ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen möglichst zufriedenstellend wohnen können.

Jeder Mensch ist individuell geprägt durch die eigene Lebensgeschichte. Aus diesem Grund unterscheiden sich die Anforderungen an das Wohnen von Person zu Person. Jeder Mensch hat unterschiedliche subjektive Auffassungen von Lebensqualität (vgl. Seifert 1997a: 83). Institutionell ist es jedoch möglich Bedingungen zu schaffen, welche die Entstehung der subjektiv empfundenen Lebensqualität erleichtern. Diese Möglichkeit soll als Ziel betrachtet werden. Der Zugang wird theoretisch und auf Literatur basierend hergestellt.

Nebst dem Anspruch eine Annäherung zum Wohnen kognitiv beeinträchtigter Menschen im Alter zu machen, soll in der Arbeit auch eine Sicht auf das Altern der Personengruppe ermöglicht werden. Nicht nur die Wohnsituationen bringen neue Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Auch andere Lebensbereiche von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen benötigen angepasste Angebote durch das zunehmende Alter.

Die Arbeit ist folgendermassen gegliedert. Im zweiten Kapitel wird zunächst auf den Schwerpunkt Alter und Altern eingegangen. Die Begriffe Alter und Altern werden definiert, wobei unterschiedliche Ansichten davon existieren. Zunächst wird das klassische, chronologische Alter erwähnt. Danach folgen Alterungsprozesse aus biologischer, psychologischer sowie soziologischer Sicht. Der Gerontologe Höpflinger (2006) hat zudem das Alter in Phasen gegliedert. Diese Alterstheorie wird ebenfalls miteinbezogen.

Unter dem dritten Kapitel soll kurz mit einer Begriffsdefinition auf die kognitive Beeinträchtigung eingegangen werden. Da sich die Lebenssituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen von denen der Gesamtbevölkerung deutlich unterscheiden, wird diese aufgezeigt. Die Lebenssituation wird anhand unterschiedlicher Teilhabebereiche dargestellt.

Im vierten Kapitel sollen die Unterschiede des Alterns von Menschen mit und Menschen ohne Beeinträchtigung aufgezeigt werden. Dies erlaubt im weiteren Verlauf eine Verknüpfung zwischen den Wohnformen, der Lebensqualität und dem Alter.

Im fünften Kapitel wird das Lebensqualitätskonzept von Seifert vorgestellt. Lebensbedingungen können von aussen beeinflusst werden, also auch von Institutionen in Bezug auf das Wohnumfeld. Mit diesen besteht die Möglichkeit zu erkennen, welche Angebote positiv auf die Zufriedenheit von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen wirken könnten.

Das sechste Kapitel beschäftigt sich mit dem Wohnen. Als Einleitung soll die Wichtigkeit des Wohnraums aufgezeigt werden und dessen Funktion für alle Menschen. Die unterschiedlichen Grundbedürfnisse, die mit dem Wohnen befriedigt werden können, werden aufgezeigt. Zudem haben die Bedürfnisse eine wichtige Bedeutung, damit schlussendlich die Verknüpfung zur Lebensqualität im Wohnen gemacht werden kann. Danach sollen die unterschiedlichen Wohnformen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aufgezeigt werden. Unter dem nächsten Punkt wird konkret auf institutionelle Wohngruppen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen mit Begleitung, die am Tag und in der Nacht anwesend ist, eingegangen. Hier soll genauer aufgezeigt werden, wie sich eine solche Wohnform gestaltet und welche Lebenssituation sich für die Bewohnerinnen und Bewohner ergibt. Danach werden die Voraussetzungen für das Wohnen älterer Menschen und die Voraussetzungen für das Wohnen älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen dargestellt.

Sind diese Punkte erläutert, kann die Verknüpfung mit der Theorie von Seifert unter dem siebten Kapitel gemacht werden. Dabei kann die Hauptfragestellung, welche Anforderungen Institutionen beachten sollten, damit die Lebensqualität älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in begleiteten Wohngruppen möglichst erfüllt werden kann, beantwortet werden. Hier soll im Anschluss konkret und zusammenfassend dargelegt werden, wie die Haupt- und Unterfragen beantwortet wurden.

Im achten Kapitel werden die Schlussfolgerungen der Ergebnisse gezogen speziell auch in Bezug auf die Soziale Arbeit und der Bedeutung für sie.

2 Alter und Altern

Wie bereits erwähnt, lässt sich feststellen, dass die Bevölkerung in der Schweiz immer älter wird, das heisst, dass die Lebenserwartung ansteigt (vgl. Bundesamt für Statistik 2015). Höpflinger (2013: 1-4) umschreibt, dass aufgrund von medizinischen Fortschritten, besserer wirtschaftlicher Lage oder gesundheitsbewusster Lebensweise Menschen in der heutigen Zeit deutlich älter werden als früher. Die Begriffe Alter und Altern sind komplex, die genauere Umschreibungen benötigen. In den folgenden Abschnitten sollen unterschiedliche Ansichten des Alterns und Alters dargelegt werden.

2.1 Begriffserklärung Alter und Altern

Für die Begriffe Alter und Altern existieren keine einheitlichen Definitionen. Die Begriffe können dennoch voneinander abgegrenzt werden. Nach Degen (2006: 13) kann das Alter als eine Masseinheit gesehen werden, die tendenziell starr ist. Weiter führt er aus, dass durch die unterschiedliche Anzahl an gelebten Jahren sich bestimmte Assoziationen ableiten lassen. Diese geben den Menschen eine Orientierung über die Lebenssituation der anderen Person. Sie impliziert gewisse Abschnitte im Leben, die gerade aktuell sind. Das Alter kann zur Identifikation eines Menschen beitragen, denn Personen mit einem ähnlichen Alter haben auch ähnliche prägende geschichtliche und gesellschaftliche Ereignisse miterlebt. Allgemein werden Menschen ab 65 Jahren und darüber in die Kategorie des Alters eingeteilt (vgl. Brinkmann 2014: 426). Aber der Mensch hat nicht nur ein bestimmtes Alter, er altert auch.

Das Altern wird als komplexer und individueller Prozess gesehen (vgl. Degen 2006: 13, Haveman/Stöppler 2010: 29). Laut Haveman und Stöppler (2010: 29) kann das Altern aus unterschiedlichen Blickrichtungen oder Dimensionen im Leben eines Menschen betrachtet werden. Wird der Mensch als biopsychosoziales Lebewesen gefasst, dann finden Alterungsprozesse in den Disziplinen der Biologie, Psychologie und Soziologie statt. Die Gerontologie als Alternswissenschaft, die Gerontopsychologie als die Psychologie des Alters sowie die Alterssoziologie sind wichtige Disziplinen im Zusammenhang mit der Erklärung des Alterns als Prozess (vgl. ebd.).

Prinzipiell kann ausgesagt werden, dass das Alter und Altern durch eine defizitorientierte Ansichtsweise gesellschaftlich eher negativ konnotiert wird. In der Forschung wird versucht, dass der Alterungsprozess verlangsamt wird oder es wird gekämpft, dass das Alter nicht weiter fortschreitet (vgl. Degen 2006: 14). Das Alter und Altern als Anteil des Lebens wird demzufolge nicht akzeptiert (vgl. ebd.: 16).

Die unterschiedlichen Betrachtungsweisen des Alters und Alterns werden in den nachfolgenden Kapiteln genauer umschrieben und ausdifferenziert.

2.2 Einteilung in Lebensabschnitte nach Woll-Schumacher und Aspekte des Alters nach Rüberg

Zunächst soll auf das Altersverständnis der gelebten Jahre, also gebunden an eine Zahl, dargelegt werden. Dieses Verständnis ist weniger komplex als das Altern als Prozess und in der Gesellschaft die gängigste Ansicht, wie das Alter einer Person eingeschätzt wird.

Theunissen (2002: 15) verwendet in der Literatur eine Darstellung nach Woll-Schumacher (1980) damit aufgezeigt werden kann, ab welchem Alter eine Person als alt angesehen werden kann. Diese Darstellung ist in der folgenden Abbildung 1 ersichtlich.

Bezeichnung	Lebensjahr
Säuglings- und Kleinkindalter	0 – 4
Vorschulalter	4 – 6
Schulalter	6 – 15
Jugendalter	13 – 18
frühes Erwachsenenalter	18 – 25
Erwachsenenalter	25 – 45
spätes Erwachsenenalter	45 – 65
Alter	65 – 75
Greisenalter	75 –

Abb. 1: Einteilung in Lebensabschnitte nach Woll-Schumacher

(in: Theunissen 2002: 15)

Dieser Gliederung nach gelten also Menschen ab 65 Jahren als alt. Zehn Jahre später sogar als Greise. In dieser Ansicht wird das Alter jedoch eindimensional dargestellt. Wichtige Umweltfaktoren, wie beispielsweise die Gesundheit einer Person oder die individuelle Lebenserfahrung, lassen sich anhand dieser Grafik nicht aufzeigen (vgl. Theunissen 2002: 15). Das Alter kann noch genauer differenziert werden.

Eine Annäherung bieten Haveman und Stöppler (2010: 18) und zeigen die zwölf Aspekte des Alters nach Rüberg (1991) auf:

1. Kalendarisches oder chronologisches Alter: die seit der Geburt vergangene Zeit.
2. Administratives Alter: die Kategorisierung in Altersgruppen für Verwaltung und Statistik etc.
3. Rechtliches Alter: die dem kalendarischen Alter entsprechenden Rechte, Pflichten, Mündigkeiten.
4. Biologisches Alter: der körperliche Zustand des Menschen aufgrund biologischer Vorgänge wie Wachstum, Reifung, Abbau und Verfall.
5. Funktionales Alter: altersgemässe Funktionalität, Leistungsfähigkeit im Gesamt des sozialen Lebens, besonders des gesellschaftlichen Arbeitsteilungssystems.
6. Psychologisches Alter: das Verhältnis des Individuums zu sich selbst, die Selbstdeutung des eigenen Zustandes, sich „so alt" fühlen und entsprechend verhalten.
7. Soziales Alter: Übernahme der in der Gesellschaft altersspezifisch üblichen Rollen und Positionen.
8. Ethisches Alter: das altersgemäss sittlich verantwortliche Handeln aufgrund des ethischen Wertebewusstseins und ihm gemässer Handlungsmuster.
9. Geistiges oder mentales Alter: die geistige Aufnahme- und Lernfähigkeit bezüglich eigener Veränderungen, wie auch derer von Mit- und Umwelt, die kritische Auseinandersetzung damit sowie die Fähigkeit der angemessenen Verhaltensanpassung.
10. Geschichtliches Alter: das Geprägtsein durch zeitgeschichtliche Ereignisse in einem bestimmten Zeitabschnitt des eigenen Lebens.
11. Personales Alter: Zusammenwirken und Integration aller Altersaspekte während des gesamten Lebens- und Alternsprozesses zur personalen und sozialen Identität.
12. Religiöses Alter: altersgemässer Glaube und Gottesbezeichnung, die entsprechenden Konsequenzen für Wertorientierung und Lebensführung, wie auch für die Art und Identität der Beteiligung am kirchlichen Leben.

In der Einteilung von Rüberg lässt sich feststellen, dass sich das Alter je nach Betrachtungsweise verändern kann. Wird das chronologische, rechtliche und administrative Alter betrachtet, bleibt die Kategorisierung des Alters bei jedem Menschen gleich. Diese Altersbegriffe unterscheiden sich nicht gross im Vergleich zur Einteilung in Lebensabschnitte nach Woll-Schumacher. Die restlichen Aspekte der Differenzierung hingegen können subjektiv sowie objektiv abweichend vom chronologischen Alter ausfallen. So muss beispielsweise das soziale Alter nicht zwingend mit dem chronologischen Alter kongruent sein.

Dennoch genügt es nicht, den Menschen in dessen Älterwerden anhand solcher Kategorisierungen zu betrachten. Nach Degen (2006: 13) ist das Altern des Menschen einem Prozess gleichzusetzen, wobei es schwierig ist auszusagen, wann dieser Prozess beginnt. Das chronologische Alter hat eher einen kleinen Einfluss auf die Konstitution eines Menschen im Alter (vgl. Brinkmann 2014: 428). Abhängig von der Betrachtungsweise, also Gerontologie, Gerontopsychologie oder Alterssoziologie, unterscheiden sich die sogenannten Bedeutungsdimensionen für das Altern (vgl. Stöppler 2014: 119).

In den nächsten Kapiteln soll auf die zuvor erwähnten drei Schwerpunkte im Altern des Menschen als biopsychosoziales Lebewesen eingegangen werden. Die nachfolgenden Umschreibungen bieten einen Überblick über die einzelnen Verständnisse des Alterns. Wichtig zu erwähnen ist, dass diese Prozesse unterschiedlich verlaufen und nicht bei jedem Menschen eintreffen oder gleich stark wirken. Jeder Mensch hat eine andere Lebensgeschichte, die auf die Dimensionen unterschiedlich gewirkt haben (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 29).

2.3 Biologisches Altern

Das biologische Altern befasst sich mit den Alterungsprozessen des Organismus. Nach Haveman und Stöppler (2010: 29) wird mit dem biologischen Altern „die gesundheitliche Situation, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit einer Person“ bezeichnet. Der Prozess ist multifaktoriell bedingt, was bedeutet, dass unterschiedliche Faktoren zusammenspielen (vgl. ebd.). Damit der Abbau des Körpers, Erkrankungen als auch das Sterben erklärt werden können, beziehen sich Haveman und Stöppler (2010: 30) auf ein multifaktorielles biologisches Modell. So wirken genetische Determinanten, die Umgebung wie zum Beispiel die Kultur, der Lebensstil wie beispielsweise der Konsum von gesundheitsschädigenden Substanzen und die medizinischen Hilfen auf das biologische Altern (vgl. ebd.). Dieser Prozess dauert über die ganze Lebensspanne hinweg. Bereits bei Kindern sind physische Veränderungen, die Entwicklung und das Wachstum des Körpers, deutlich zu erkennen (vgl. ebd.).

Durch Veränderungen in den Zellen, langsamere Teilungsvorgänge und Funktionseinschränkungen der Zellen entstehen alterstypische Veränderungen. Haveman und Stöppler (2010: 30f.) beziehen sich auf eine Aufzählung nach Böger und Kanowski, die von Engel (2001) angepasst wurde, welche die altersbedingten Auswirkungen aufzeigt:

- Wasserverarmung
- Elastizitätsverlust der Gewebe durch Abbau elastischer Gewebeanteile
- Verlangsamung der Regenerationsprozesse der Gewebe
- Gewichts- und Grössenabnahme der Organe und Muskeln

- Abbau von Knochenbälkchen
- Abnahme der Empfindlichkeit der Sinnesorgane
- Funktionsverminderung von Drüsen mit äusserer Sekretion (z. B für Verdauungssäfte)
- Funktionsverminderung einiger Drüsen mit innerer Sekretion (z. B. für Hormone)
- Verlangsamung des Stoffwechsels und Abnahme der Oxidationsvorgänge

Diese Veränderungen zeigen mit der Zeit unterschiedliche Auswirkungen auf die unterschiedlichen Organsysteme (vgl. ebd.: 31). Was dies konkret bedeutet, wird nun im Einzelnen dargestellt.

Haveman und Stöppler (2010: 32) umschreiben, dass sich die Muskeln und das Skelett zunehmend verändern. Die Muskulatur nimmt ab. Dies bedingt weiter, dass die Kraft und Ausdauer schwindet. Bänder und Sehnen sind anfälliger auf Verletzungen. Weiter wird erwähnt, dass durch hormonelle Veränderungen die Knochendichte abnimmt, was schneller zu Brüchen führen kann. Durch fehlendes Wasser in den Gelenken entstehen Abnutzungserscheinungen, die sich in Arthrosen, Skoliosen und anderen Erkrankungen zeigen. Für den Menschen kann dies bedeuten, dass die Mobilität sowie Motorik beeinträchtigt wird (vgl. ebd.: 33).

Mit den Zellveränderungen ändert sich die Haut im Alter. So nimmt der Tastsinn ab, wobei auch Temperaturen und Schmerzen schlechter wahrgenommen werden. Weiter kommen graue Haare oder der Verlust des Haares hinzu (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 33).

Die Seh- und Hörfähigkeit nimmt im Alter ebenso ab. In der Regel beginnt der Mensch in die Nähe schlechter zu sehen. Es gibt Veränderungen sowie Erkrankungen der Augen. Häufig tritt der grüne Star, Glaukom, auf. Dies führt zu Gesichtsfeldausfällen, schlimmstenfalls zu Blindheit. Bereits ab 30 Jahren nimmt die Hörfähigkeit wegen Veränderungen ab (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 33).

Haveman und Stöppler (2010: 33) zeigen auf, dass das Herz schwächer wird. Dadurch wird das Herz- und Kreislaufsystem beeinträchtigt. Häufig ist Bluthochdruck im Alter anzutreffen, da die Gefässe weniger elastisch sind und Ablagerungen an den Gefässwänden, Arteriosklerose, entstehen. Das Blut muss fester durch den Kreislauf gepumpt werden (vgl. ebd.).

Die Verschlechterung des Herz- und Kreislaufsystems hat auch Auswirkungen auf die Lungenfunktionen und Atmung. Es kann nicht mehr dieselbe Menge an Sauerstoff ins Blut aufgenommen werden. Diese Veränderungen führen dazu, dass die Leistungsfähigkeit des Körpers abnimmt (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 34).

Ein grosser Teil der älteren Menschen haben Probleme mit der Verdauung. Durch weniger Bewegung und Flüssigkeitsaufnahme verstärkt sich diese Problematik. Wegen Veränderungen der Blase und Nieren wird ungefähr jede dritte Person im Alter inkontinent. Bei Frauen und Männer verändern sich im Alter auch die Geschlechtsorgane. In den Wechseljahren der Frau entstehen einerseits organische andererseits hormonelle Veränderungen (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 34). Bei Männern führt vor allem die Zunahme des Östrogens und Abnahme des Testosterons zur Vergrösserung der Prostata, welche wiederum die Inkontinenz begünstigen kann (vgl. ebd.: 35).

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass durch die Veränderungen im ganzen Organismus ein kontinuierlicher Abbau der Leistungsfähigkeit des Körpers stattfindet. Dadurch entstehen Probleme und Erkrankungen, die sich stark auf den Alltag, das soziale Leben oder die psychische Verfassung auswirken können. Jedoch gilt zu beachten, dass nicht jede Person gleich stark von diesen Prozessen betroffen und der Umgang mit dem Abbau individuell ist. Nicht nur die zuvor erwähnten Systeme altern biologisch, auch das Gehirn ist davon betroffen. Was dies für das psychologische Altern bedeutet wird im nächsten Kapitel aufgezeigt.

2.4 Psychologisches Altern

Nebst dem biologischen Altern als Prozess ist das psychologische Altern zu erwähnen. Auch das psychologische Altern verläuft individuell. Wie eine Person ihr Altern wahrnimmt ist stark von dem Charakter, sozialen Umfeld und gesundheitlichen Zustand geprägt. Die Art und Weise wie ein Mensch Bewältigungsaufgaben überwinden kann ist wesentlich für das psychische Wohlbefinden (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 36).

Der Ursprung des psychologischen Alterns ist nach Haveman und Stöppler (2010:35) im Gehirn des Menschen zu erkennen. Auf der organischen Ebene gehen Neuronen verloren und die Zellen kommunizieren langsamer miteinander. Weiter verringert sich die Anzahl der Nervenzellen, es gibt Ablagerungen, Hirnwindungen werden kleiner oder die Hirnhaut wird fester. All diese Veränderungen zeigen Auswirkungen auf die psychische Verfassung eines Menschen. Daraus ergeben sich zwei verschiedene Arten von Konsequenzen. Einerseits auf der Ebene der Kognition, andererseits auf der Ebene der Emotion. Kognitive Konsequenzen beinhalten unter anderem die intellektuellen Fähigkeiten eines Menschen. Diese intellektuellen Fähigkeiten werden wiederum in flüssige und kristalline Funktionen gegliedert. Funktionen, die als flüssig gesehen werden sind praktisch unabhängig von der Bildung eines Menschen. Sie werden durch die Geschwindigkeit des Denkens und die Verarbeitung von Informationen bestimmt (vgl. ebd.: 36). In Bezug auf die kristallinen Funktio-

nen erwähnen Haveman und Stöppler (2010: 36), dass diese an die Bildungs- und Übungsfähigkeit eines Menschen gebunden sind. Die kristalline Intelligenz ist nicht an das Alter eines Menschen gebunden. Mit Übungen kann sich diese Intelligenz stetig weiterentwickeln. Die flüssige Funktion nimmt im Alter ab und die Leistungen sowie das Kurzzeitgedächtnis verringert sich (vgl. ebd.).

Wichtig ist, dass diese Konsequenzen nicht nur durch den physischen Abbauprozess des Körpers beeinflusst werden. Auch bei diesem Alterungsprozess wirken mehrere Faktoren mit. Die soziale Umwelt wie auch die intrinsischen Fähigkeiten in Bezug auf Bewältigungen und Anpassungen wirken auf die intellektuellen Fähigkeiten. Demzufolge lässt sich nicht aussagen, dass ein Mensch mit chronologisch höherem Alter per se weniger Intelligenz besitzt. Hinzu kommt, dass sich der Mensch ein Expertenwissen aneignen kann. Haveman und Stöppler (2010: 36) beziehen sich auf Weinert (1994): „Damit sind bestimmte Kenntnisse gemeint, die das Wissen organisieren und die Fähigkeit, sein eigenes Verhalten angemessen zu steuern." Auch das Expertenwissen kann im chronologischen Alter unterschiedlich stark ausfallen, da prägende eigene und gesellschaftliche Lebensumstände auf die Entwicklung kognitiver Leistungen wirken. Dies können beispielsweise die Gesundheit, Schichtzugehörigkeit oder der berufliche Werdegang sein. Nebst diesen psychischen Abbau- und Veränderungsprozessen gibt es jedoch auch subjektive Faktoren, also die Haltung gengenüber dem eigenen gelebten und zukünftigen Leben, die auf diese Dimension des Alterns wirken (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 36).

Haveman und Stöppler (2010: 36) betonen, dass nicht nur hirnorganische Veränderungen während dem Altern zu beobachten sind. Auch psychische Erkrankungen können auftreten. Das Erkennen und Erfassen von psychischen Störungen ist schwierig und wird nach unterschiedlichen Kriterien vollzogen. Daher gibt es keine klaren Aussagen bezüglich der Verbreitung von psychischen Störungsbildern im Alter. Es kann aber ausgesagt werden, dass der grösste Anteil der psychischen Störungen die Demenz ausmacht (vgl. ebd.: 37).

Auch bei der psychischen Dimension des Alterns lässt sich gut feststellen, dass der Prozess des Alterns nicht auf eine Determinante reduziert werden kann. Psychische (altersbedingte) Veränderungen und Erkrankungen entstehen aus einem Wechselspiel zwischen biologischen, sozialen und psychischen Faktoren.

2.5 Soziologisches Altern

Durch das eigene Einnehmen und äussere Zuschreiben von sozialen Positionen entstehen im Verlauf des Lebens eine Vielzahl an Positionen. Diese Positionen können an das Alter, den Beruf oder andere soziale Faktoren gebunden sein wodurch Rollen entstehen (vgl.

Haveman/Stöppler 2010: 42). Im Alter verändern sich diese Rollen und es kommen neue hinzu, zum Beispiel die Rolle der Grossmutter. Auch in der Vergesellschaftung gibt es neue Positionen im Alter. Durch die Pensionierung fällt laut Haveman und Stöppler (2010: 43) die Teilhabe am Berufsleben weg wodurch die Vergesellschaftungsformen der Familie, Freunde oder andere zentraler werden im Leben. Auch in anderen Lebensbereichen werden für das Alter typische Rollen mit altersspezifischen Merkmalen übernommen wobei wiederum andere Rollen abgegeben werden (vgl. ebd.: 44).

Haveman und Stöppler (2010: 42) erwähnen eine Aussage von Thomae (1968), dass soziale Auswirkungen einen grossen Einfluss auf das Altern haben. Dafür ist die Geburtskohorte[1] ein wichtiger Gesichtspunkt. Zu welcher Generation sich ein Mensch zugehörig fühlt, ist entscheidend für die Leistungen im Alter. Der Kohorteneffekt wird von Thomae dem chronologischen Alter übergeordnet. Prägende, umweltbedingte Ereignisse, Werte, Kultur oder Kommunikationsmöglichkeiten haben Einfluss auf die Kohorten und wirken immer wieder anders, da sich diese Ereignisse, Werte et cetera ebenso verändern (vgl. ebd.). Auch die Haltung gegenüber der Religion zeigt Auswirkungen auf die Wahrnehmung des Alterns. So werden der Tod oder Verlust mit dem Glauben verbunden wodurch Schicksale einen anderen Wert erhalten. Auf die unterschiedlichen Generationen wirkt zusätzlich die Sozialisation in der Familie (vgl. ebd.: 43).

Wie bereits erwähnt, ist das Altersbild in der Gesellschaft eher negativ konnotiert. Negative Aspekte werden nach Haveman und Stöppler (2010: 43) stärker gewichtet als positive. Auch diese Ansicht des Alterns hat Auswirkungen auf der individuellen Ebene, nämlich wie ein Mensch das eigene und das generelle Altern wahrnimmt. Das soziologische Altern findet also auf mehreren sozialen Ebenen statt. Wie in einer Familie mit dem Alter umgegangen wird, prägt den Menschen individuell. Hinzu kommen gesellschaftliche Lebensbereiche und Ansichten, die das Altersbild zusätzlich beeinflussen.

Nach allen drei Dimensionen des Alterns lässt sich einerseits aussagen, dass das Altern sehr individuell und subjektiv geprägt ist. Andererseits werden für eine Umschreibung des Alterns alle Sichtweisen gebraucht. Im nächsten Kapitel werden die vier Phasen des höheren Lebensalters nach Höpflinger betrachtet. In diesem Modell sind die drei Dimensionen enthalten und geben einen weiteren Überblick zum Thema Alter.

---

[1] „Eine Kohorte lässt sich als Aggregat von Individuen bestimmen, die in einem identischen Zeitintervall (z. B. während eines Jahres oder Jahrzehnts) geboren wurden oder in ein bestimmtes soziales System (z. B. eine Schule, ein Krankenhaus, einen Betrieb) ‚eintraten' [Hervorhebung im Original] und gemeinsam altern." (Riley et. al. 1972, zit. in Haveman/Stöppler 2010: 57)

2.6 Vier Phasen des späteren Lebens nach Höpflinger

Der Schweizer Gerontologe Höpflinger (2006a: 29) hat das höhere Alter in vier Phasen gegliedert. Er ist der Ansicht, dass die Gliederung in Erwerbstätige sowie Rentnerinnen und Rentner wegen dem demografischen Wandel nicht mehr genügt. Aus diesem Grund teilt er das Alter in vier Phasen, die aber nicht bei jeder Person chronologisch zur selben Zeit stattfinden. Die Phasen gestalten sich wie folgt.

Erste Alternsphase „Spätes Berufsleben, Auszug der Kinder und nahende Pensionierung“

Zu dieser Zeit sind die meisten Personen zwar noch in der Arbeitswelt integriert, jedoch setzen sie sich langsam mit dem Gedanken der Pensionierung auseinander. Sind Kinder vorhanden, ist dies häufig der Zeitraum in dem diese von zu Hause ausziehen. Dadurch sind die Betroffenen vor allem räumlich in einer neuen Situation. Hinzu kommt, dass in der Regel in dieser Phase Enkelkinder geboren werden. Dadurch entstehen neue Rollen als Grosseltern. Aber auch weniger erfreuliche Lebensabschnitte treten oft in dieser Phase ein. So werden die eigenen Eltern immer älter und allenfalls pflegebedürftig. Dies erfordert die Auseinandersetzung mit dem (möglichen) Tod der eigenen Eltern (vgl. Höpflinger 2006a: 29f., Höpflinger 2015: 8).

Zweite Alternsphase „Autonomes Rentenalter“

Durch die Pensionierung erleben diese Menschen mehr Freiheiten. Sie sind weitestgehend gesund und haben eine gute wirtschaftliche Lage. Dadurch haben diese älteren Personen die Möglichkeit ihre Zeit frei zu gestalten und Hobbys oder soziale Beziehungen können gepflegt werden (vgl. Höpflinger 2006a: 30, Höpflinger 2015: 8). Wie lange diese Alternsphase bestehen bleibt ist nach Höpflinger (2015: 8) „von den vorhandenen finanziellen und psychischen Ressourcen sowie den körperlichen Belastungen in früheren Lebensphasen abhängig. Gleichzeitig ist und bleibt das gesunde Rentenalter gesellschaftlich noch weitgehend unbestimmt und konturlos.“

Dritte Alternsphase „Phase erhöhter Gefährdung beziehungsweise fragiles Rentenalter“

Abhängig von unterschiedlichen Belastungsfaktoren in der Familie und dem Beruf treten in dieser Alternsphase Beeinträchtigungen auf. Diese sind vor allem biologischer und physiologischer Natur. Die Beeinträchtigungen sind jedoch nicht so stark, dass das Leben zu Hause aufgegeben werden muss. Dennoch wird Unterstützung oder Begleitung in Teilbereichen des Alltags nötig, da zum Beispiel die Mobilität eingeschränkt ist und der Einkauf

dadurch erschwert wird. Die psychische Situation ist in der Regel abhängig von der Kognition und den Bewältigungsstrategien der Betroffenen. Durch den körperlichen Abbau sehen sich die Personen in dieser Alternsphase auch immer wieder mit der Frage konfrontiert, wie lange sie noch autonom und selbstbestimmt Leben können werden (vgl. Höpflinger 2006a: 30-32, Höpflinger 2015: 8).

Vierte Alternsphase „Abhängiges Alter"

Die körperlichen Gebrechen nehmen in dieser Alternsphase im Vergleich zur vorherigen zu. Durch den physischen Abbau oder psychischen Erkrankungen wie die Demenz, ist es diesen Menschen nicht mehr möglich zu Hause zu leben. Sie sind im Alltag abhängig von der Hilfe, Unterstützung und Pflege durch andere Personen. Das gesellschaftlich negativ verbreitete Bild vom Alter wird häufig durch diese Phase geprägt. Dies weil viele Personen multimorbid sind. Jedoch gibt es auch ältere Menschen, die diese Phase nicht erleben und nie pflegebedürftig werden, da sie früher sterben. Dennoch nimmt die Anzahl an pflegebedürftigen Personen vor dem Tod zu,, also mehrfacherkrankt, sowohl in der Langzeit- wie auch in der Kurzzeitpflege (vgl. Höpflinger 2006a: 32f., Höpflinger 2015: 8f.).

Das Alternsmodell von Höpflinger nimmt den Menschen als biopsychosoziales Wesen in den Blick. Es wird allen drei Dimensionen Beachtung geschenkt, wodurch ein umfassendes Bild dargestellt wird. Dieses multidimensionale Verständnis vom Altern lässt sich auf den Alterungsprozess vieler Personen adaptieren. Dadurch, dass es keine Festlegung am chronologischen Alter gibt, wird der individuelle und subjektive Alterungsprozess des Menschen beachtet. Dennoch muss beachtet werden, dass beispielsweise Personen mit weniger finanziellen Ressourcen eine deutlich andere Lebenslage im „autonomen Rentenalter" aufweisen.

Werden nun alle Altersverständnisse betrachtet, kann ausgesagt werden, dass jede Ansichtsweise Vorzüge hat. Durch die Komplexität des Begriffs ist es unmöglich ein einheitliches und umfassendes Bild des Alters oder Alterns darzustellen. Dies ist möglicherweise dadurch bedingt, dass je nach Betrachtungsweise andere Schwerpunkte des Alters wichtig werden. Hinzu kommt die Individualität und Subjektivität in den Alternsprozessen, welche die Komplexität zusätzlich erhöhen. Aus rechtlicher Sicht kann das chronologische und administrative Alter entscheidend sein, wenn es um Rentengelder geht. In Forschungen kann beispielsweise eine Einteilung nach Lebensabschnitten hilfreicher sein. Um wiederum den Prozess des Alterns verstehen zu können, werden alle drei Dimensionen des Alterns benötigt. Das Modell von Höpflinger bietet eine gute und umfangreiche Sichtweise auf das Altern, wobei aber beachtet werden muss, dass es nicht generalisiert werden kann.

In den nächsten Kapiteln sollen kurz einige Ausführungen zur kognitiven Beeinträchtigung gemacht werden, damit anschliessend auf das Altern von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingegangen werden kann.

3 Kognitive Beeinträchtigung

3.1 Begriffsdefinition kognitive Beeinträchtigung

> Geistige Behinderung bedeutet eine Beeinträchtigung im kognitiven Bereich. Zu den kognitiven Fähigkeiten eines Menschen zählen zum Beispiel die Fähigkeiten zu lernen, zu planen, zu argumentieren. Einschränkungen in diesem Bereich können auch bedeuten, dass eine Person Schwierigkeiten hat, eine Situation zu analysieren, etwas zu verallgemeinern oder vorauszuschauen. Sie beeinflusst die Gesamtentwicklung oder die Lernfähigkeit in unterschiedlicher Art und Weise. (insieme o. J.)

An der Definition der Organisation insieme wird deutlich, dass eine prägnante Umschreibung des Begriffs schwierig ist. Die Ausgangslage stellt die Kognition und damit verbundene Fähigkeiten eines Menschen dar. Unterschiedliche Aspekte der Entwicklung werden betrachtet.

Auch die Personengruppe der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist, wie die Personengruppe der älteren Menschen, schwer zu fassen. Durch unterschiedliche Beeinträchtigungsformen, die sich auch in der Ausprägung und Auswirkung auf den Alltag unterscheiden, ist das Bilden einer homogenen Gruppe nicht möglich (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 19, Stöppler 2014: 16). Dennoch gibt es unterschiedliche Versuche eine Annäherung an eine Definition zu machen. Nach Haveman und Stöppler (2010: 20) ist der Begriff „ein Sammelbegriff für ein Phänomen mit oft lebenslangen, aber verschiedenen Äusserungsformen einer unterdurchschnittlichen Verarbeitung von Kognitionen und Problemen mit der sozialen Adaption." Wie bereits beim Altersbegriff ist auch bei dieser Definition der Blickwinkel entscheidend. Je nach umschreibender Theorie oder wissenschaftlicher Perspektive, werden andere Aspekte zentral (vgl. ebd.: 19).

Die soziologische Perspektive bezieht sich in ihrer Definition eher auf die Partizipationsmöglichkeiten der Menschen und gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse (vgl. Stöppler 2014: 25f.). Die Pädagogik orientiert sich am lern- und entwicklungsfähigen Individuum und zielt auf eine möglichst gelingende Entwicklung von Persönlichkeit und Teilhabe in sozialen Bereichen (vgl. ebd.: 27).

Die Auswirkungen auf die Lebensführung einer Person mit kognitiver Beeinträchtigung sind je nach Ausprägung der Beeinträchtigung unterschiedlich. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben nicht nur Defizite sondern weisen auch viele Stärken und Ressourcen

auf (vgl. ebd.: 20). Anhand der Definitionen lässt sich aussagen, dass die betroffenen Menschen in sozialen Dimensionen des Lebens, in der Gesellschaft und im Alltag mit anderen Schwierigkeiten konfrontiert sind. Durch die Veränderungen in der Entwicklung zeigen sich auch physiologische und psychische Auswirkungen. Wie sich die Beeinträchtigung zeigt, ist multifaktoriell und individuell geprägt.

Im folgenden Abschnitt wird versucht einen allgemein formulierten Bezug zur Lebenssituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu machen.

3.2 Zur Lebenssituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Vorab ist zu erwähnen, dass die Lebenssituationen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen genauso individuell und vielfältig sind, wie die von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Dennoch ist das Leben durch die Beeinträchtigung häufig von bestimmten Merkmalen geprägt. Auf diese wird nun kurz eingegangen.

Da viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bereits ab dem Säuglings- oder Kindesalter von der Beeinträchtigung betroffen sind, zeigen sich Auswirkungen auf den Lebensverlauf der Personen. Bildungsprozesse sollten bereits in der frühen Kindheit initiiert werden, da diese dann stärker wirken (vgl. Stöppler 2014: 81-83). Demzufolge kommen Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen schon früh in Kontakt mit pädagogischen Förderkonzepten. Auch die Eltern werden in diese Prozesse stark eingebunden (vgl. ebd.: 86). Stöppler (2014: 86) formuliert in diesem Zusammenhang: „Ziele der Früherziehung sind die Förderung der Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit, das Entgegenwirken von Sozialisationsdefiziten, Entwicklungsgefährdungen und –verzögerungen sowie Unterstützung bzw. Ergänzung beim Einsatz therapeutischer Hilfen und das Einwirken auf die Eingliederung ins soziale Umfeld und in die Gesellschaft.“ Mit Höpflinger (2006b: 42) kann ergänzt werden, dass solche Frühförderungen in der Regel positive Effekte auf das weitere Leben haben.

Ab dem Schulalter kommen viele Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen in Sonderschulen. In den Klassen werden Lehrpläne erstellt, die auf die einzelnen Kinder angepasst sind (vgl. Stöppler 2014: 96). Auch in diesen Einrichtungen sollen die Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen schlussendlich lernen, dass sie möglichst kompetent und unabhängig ihr Leben in der Gesellschaft führen können (vgl. ebd.). Es gibt Klassen, in denen sowohl Kinder und Jugendliche mit wie auch ohne kognitiven Beeinträchtigungen teilnehmen (vgl. ebd.: 100).

Nach der Schule hat ein Teil der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen die Möglichkeit eine Ausbildung zu machen. Jedoch spielt die Ausprägung der Beeinträchtigung eine

entscheidende Rolle, welche Ausbildungen gemacht werden können. Abhängig davon können Ausbildungen im ersten sowie auch im zweiten Arbeitsmarkt gemacht werden. Dadurch, dass viele Ausbildungen einen Schulabschluss verlangen, ist die Auswahl an Verwirklichungschancen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen deutlich kleiner (vgl. ebd.). Nebst Werkstätten speziell für Menschen mit Beeinträchtigungen, werden häufig in Institutionen interne Beschäftigungs- und Ausbildungsprogramme angeboten. Jedoch ist ein Teil der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durch das Bildungssystem gänzlich von Ausbildungen ausgeschlossen (vgl. INSOS 2009: 1). Hinzu kommt, dass der eigene Lebensunterhalt durch diese Formen der Arbeit nicht bewerkstelligt werden kann (vgl. ebd.: 2). Der grösste Teil der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind auf staatlich finanzielle Unterstützung angewiesen und erhalten Gelder der Invalidenversicherung teilweise zusätzlich Ergänzungsleistungen.

Aber nicht nur im Bildungssystem werden Menschen kognitiven Beeinträchtigungen ausgegrenzt. Wird die Mobilität betrachtet, ist es häufig nicht möglich die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen (vgl. Stöppler 2014: 137). Durch unterschiedliche umweltbedingte Barrieren wie komplexe Fahrkartenautomaten oder fehlende Orientierungshilfen ist die Benutzung erschwert. Somit können keine eigenständigen Reisen unternommen werden (vgl. ebd.: 137, 143). Dadurch kann keine Auseinandersetzung mit der Umwelt stattfinden, was die Entwicklung von Bildung stören kann. Je nachdem wie sich die Personen mit kognitiver Beeinträchtigung, die Eltern oder das soziale Umfeld entscheiden, ändert sich die Wohnsituation. Auf diese Thematik wird im fünften Kapitel eingegangen. Die Teilhabemöglichkeiten im Freizeitbereich unterscheiden sich ebenso von denen der Gesamtbevölkerung (vgl. Stöppler 2014: 157). Die Interessen bezüglich Freizeitgestaltung sind nach Stöppler (2014: 159) generell bei allen Menschen gleich. Dennoch sind Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen durch beispielsweise gesellschaftliche Barrieren in der Teilhabe und Partizipation behindert. Hinzu kommen fehlende finanzielle Ressourcen, erschwerte Kommunikation und Fremdbestimmung (vgl. ebd.: 161f.). Auch in der Sexualität sind Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen benachteiligt. Durch das Bild des ewigen Kindes, Ängste sowie Unsicherheiten und weitere Aspekte wird diesen Personen teilweise die Sexualität abgesprochen. Durch das Nichtvorhandensein von Liebesbeziehungen oder Sexualität fühlen sich die Betroffenen häufig ohne Geschlecht. Hinzu kommt, dass das Umfeld keine oder zu wenig Aufklärung anbietet womit sich die Frage nach Elternschaft gänzlich erübrigt (vgl. ebd.: 174-176, 180). In politischen Belangen werden für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ebenfalls zu wenige Zugänge geschaffen beispielsweise durch verständ-

liche Positionspapiere. Mit dem fehlenden Zugang, ist auch das Engagement seitens Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Politik oder politischen Fragen kaum vorhanden (vgl. ebd.: 183).

Prinzipiell kann zur Lebenssituation der Menschen mit Beeinträchtigungen ausgesagt werden, dass sie bereits im Kindesalter von vielen Lebensbereichen ausgeschlossen werden oder nur begrenzt partizipieren können. Sie werden schon früh durch Professionelle aus unterschiedlichen Disziplinen begleitet (vgl. Stöppler 2014: 118). Diese Begleitung hat positive wie auch negative Aspekte. Zum einen wird sie gebraucht, damit Kinder, Jugendliche sowie Erwachsene ihre Potenziale möglichst ausbauen und nutzen können. Zum anderen findet durch die vielen separaten Systeme Ausgrenzung statt. Das Fehlen der Integration in den unterschiedlichen Systemen führt zu weniger Berührungspunkten mit anderen Mitgliedern aus der Gesellschaft. Häufig ist ein defizitorientiertes Bild von Menschen mit Beeinträchtigungen verbreitet, was zu Stigmatisierungen und Ausschluss führt (vgl. Drechsler 2004: 33, Stöppler 2014: 26).

Da die Begleitung und Unterstützung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen meist über die gesamte Lebensspanne verläuft, kann sie im Alter nicht einfach abgebrochen werden. Hinzu kommt, dass die Entwicklung eines Menschen nicht irgendwann als abgeschlossen gilt, sondern lebenslang andauert (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 53). Dadurch zeigen sich erhebliche Auswirkungen auf das Alter und Altern von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, wie auch auf deren konkrete Lebenssituation. Im folgenden Kapitel wird explizit auf das Altern von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und der damit verbundenen Lebenssituation eingegangen.

4 Alter und Altern von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Ältere Menschen ohne kognitiven Beeinträchtigungen werden aufgrund unterschiedlicher Faktoren immer älter. Dies trifft auch auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu. Wie im Kapitel zum Alter und Altern deutlich wurde, kann das Alter und Altern nicht eindimensional betrachtet werden. Auch das Alter und Altern von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist mehrdimensional zu betrachten. Diese Alters- und Alterungsprozesse sollen nun in Verbindung mit kognitiven Beeinträchtigungen betrachtet werden.

Die Einteilung nach Lebensabschnitten von Woll-Schumacher in Theunissen (2002: 15) lässt sich ohne Anmerkungen auf das Alter von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen adaptieren. Durch die Orientierung am chronologischen Alter entstehen keine Unterschiede. Werden nochmals die zwölf Aspekte des Alters nach Rüberg (1991) betrachtet,

bleiben die ersten drei Altersaspekte im Vergleich zu Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen ebenfalls gleich (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 17). In den weiteren Aspekten können Unterschiede festgestellt werden. Zu erwähnen ist, dass durch den individuellen Lebenslauf die Aspekte des Alters bei allen Menschen unterschiedlich ausfallen. Wie jedoch in der Lebenssituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ersichtlich wurde, führen andere strukturelle, physische, soziale und gesellschaftliche Bedingungen zu anderen Entwicklungen im Leben. So kann sich beispielsweise durch eine kognitive Beeinträchtigung das geistige Alter vom chronologischen Alter deutlich unterscheiden. Die einzelnen Aspekte sind stark subjektiv und individuell geprägt und können daher nicht weiter ausgeführt werden.

Deutlichere Unterschiede im Altern von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen lassen sich in den Alternsprozessen feststellen. Die im biologischen Modell enthaltenen Punkte der genetischen Determinanten, die Umgebung, der Lebensstil und die medizinischen Hilfen wirken genauso auf das biologische Altern (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 30). Prinzipiell verläuft der biologische Alterungsprozess bei Menschen mit und ohne kognitiven Beeinträchtigungen gleich (vgl. ebd.: 35). Jedoch können unterschiedliche Arten von Beeinträchtigungen dazu führen, dass bestimmte biologische Alterungsprozesse früher beginnen (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 35, Theunissen 2002: 16). Mit dem physischen Abbau bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen kann eine Herausforderung für das Umfeld wie auch die Betroffenen entstehen. Das Kommunizieren und Registrieren von Veränderungen der Sinne und des Körpers, ist für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht immer möglich (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 222). Diese Veränderungen des Körpers können daher nach Haveman und Stöppler (2010: 222) nicht erkannt werden, da das Umfeld nicht auf Beschwerden reagieren kann. Somit wird das adäquate begleiten durch Fachpersonen nicht möglich.

Das psychologische Altern von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen differenziert sich in der Regel nicht von dem der Gesamtbevölkerung. Es gibt aber wenige statistische Erhebungen in diesem Zusammenhang (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 38). Das Verstehen von körperlichen Abbauprozesse kann für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erschwert sein. Durch zu wenig Aufklärung, Vorbereitung, Selbstwahrnehmung und Reflexionsmöglichkeiten entsteht nach Skiba (2006) eine sogenannte Altersgleichgültigkeit (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 38).

Mit Übungen und geistigen Trainings können ältere Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen ihre Wissensbestände ebenso behalten oder ausbauen (vgl. Jucker Meier 2006: 62, Stöppler 2014: 124). Die kristalline Intelligenz ist also gleich wie bei Menschen ohne

kognitive Beeinträchtigung. Wie das psychologische Altern fortschreitet, ist vor allem bei Menschen mit Trisomie 21 auffällig. Während Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen ohne Trisomie 21 kaum andere Prozesse zeigen, weisen Menschen mit Trisomie 21 deutlich stärkere Abbauprozesse auf, beispielsweise durch dementielle Erkrankungen (vgl. Höpflinger 2006b: 43). Vor allem der Beginn des Rückgangs der Fähigkeiten ist früher zu beobachten (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 39). Auch die Anzahl an vorkommenden psychischen Beeinträchtigungen im Alter ist nicht auffällig. Das Überwiegen von schwierigeren Alltagsaufgaben führt jedoch häufiger zu stereotypischem Verhalten. Es wird vermutet, dass durch die kognitive Beeinträchtigung zu wenige Bewältigungsmöglichkeiten vorhanden sind. Emotionen können von den Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen weniger eingeordnet werden, was zu psychischen Auffälligkeiten führen kann. Um die Gründe für die Auffälligkeiten zu benennen beziehen sich Haveman und Stöppler (2010: 39) auf Wieland (1987) mit der Vermutung, dass „die besonderen Lebensbedingungen" dazu führen. So kann die Wahrnehmung des Abbaus, die subjektive Haltung zur Situation, die Abnahme von sozialen Netzwerken oder reizlose Wohn- und Lebenssituation als Auslöser für Auffälligkeiten gesehen werden. Auch in Bezug auf psychische Störungen im Alter, vorwiegend dementielle Erkrankungen, weisen vorwiegend Menschen mit Trisomie 21 einen anderen Verlauf gegenüber der Gesamtbevölkerung auf (vgl. ebd.: 42). Das Expertenwissen unterscheidet sich insofern, da durch die Lebenssituationen nicht das gleiche Wissen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zugänglich ist.

Der Verlust von sozialen Positionen kennzeichnet auch den soziologischen Alternsprozess von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Durch den Ruhestand geht die Position im Arbeitsleben verloren. Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen kommt verstärkend hinzu, dass die Arbeit eine Schnittstelle für soziale Kontakte darstellt. Ist dieser Berührungspunkt nicht mehr vorhanden, werden die Beziehungen zu anderen Menschen noch stärker begrenzt als sie bereits sind (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 44). Wie im vorherigen Kapitel erwähnt wurde, zeichnet sich im Leben von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Ausgrenzungen von Schul- und Bildungsinstitutionen ab. Nach Haveman und Stöppler (2010: 45) ist eine kognitive Beeinträchtigung „mit einer systematischen sozialen Ungleichheit in fast allen Indikatoren sozialer Schichtung und Stratifikationen (z. B. Schulausbildung, Beruf, Einkommen und Besitz, Wohnumgebung, soziales Ansehen, Luxusgüter)" vorzufinden. Durch diese soziale Ungleichheit und die fehlenden gesellschaftlichen Berührungspunkte durch die Ausgrenzung, verstärken sich Stigmatisierungsmuster und führen zu weiterer Exklusion. Das negativ konnotierte Bild der kognitiven Beeinträchtigung wird durch das negative Bild vom Alter verstärkt (vgl. Drechsler 2004: 33, Haveman/Stöppler 2010: 45, Stöppler 2014: 26). Ein weiterer Unterschied in Anbetracht der

Gesamtbevölkerung lässt sich in der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen feststellen. Haveman und Stöppler (2010: 45) erwähnen, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen häufig die Zuschreibung des ewigen Kindes erhalten. Die Rolle des Erwachsenen wird weniger zugesprochen wodurch eine soziale Abwertung entsteht. Dies prägt vorwiegend das Selbstbild von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen.

Anknüpfend an diese drei Sichtweisen von Disziplinen kann das Altern von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auch mit den vier Phasen des späteren Lebens nach Höpflinger betrachtet werden. In diesem Modell werden diese Disziplinen im weitesten Sinne verknüpft.

In der ersten Alternsphase stehen Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung häufig vor grossen Veränderungen. Die Pensionierung steht Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ebenso bevor. Doch durch das Ausscheiden aus dem Berufsleben geht häufig auch die Tagesstruktur und soziale Kontakte verloren (vgl. Gusset-Bährer 2006: 69). Ohne Begleitung und Vorbereitung ist es häufig nicht möglich neue Rollen und Kontakte zu erlangen und zu finden. Daraus können sich psychische Belastungen und Krisen entwickeln (vgl. Gusset-Bährer 2006: 71, Haveman/Stöppler 2010: 127, Lempp 2001: 127). Das eigenständige Eingehen von neuen sozialen Beziehungen wird aufgrund unterschiedlicher Umstände erschwert. Vor allem führen die fehlenden Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen und öffentlichen Leben zu weniger Begegnungen mit anderen Personen. Vorwiegend Personen in Institutionen sind von diesen Umständen betroffen wodurch eine grössere Gefahr von Einsamkeit und Isolation besteht (vgl. Stöppler 2014: 126). Ein weiterer wesentlicher Unterschied liegt darin, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Regel keine Kinder haben (vgl. Ackermann 2000: 336, Wacker 2001: 51). Der Rollenwechsel zu einem Grosselterndasein kommt daher deutlich seltener vor. Der Tod der eigenen Eltern oder wichtiger Bezugspersonen ist eine Herausforderung. Viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben keine Vorstellung vom Tod, weil diese Thematik vom Umfeld nicht angesprochen wird (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 211, 220). Hinzu kommt, dass es viele Personen gibt, die erst in dieser Lebensphase aufgrund der Pflegebedürftigkeit oder des Todes der Eltern von zu Hause ausziehen (vgl. ebd.: 143).

Die zweite Alternsphase ist durch eine neue Freiheit gekennzeichnet. Menschen ohne Beeinträchtigungen sind in der Regel gesund und haben finanzielle Ressourcen (vgl. Höpflinger 2006b: 30). In dieser Alternsphase sind wesentliche Unterschiede bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen festzustellen. Durch das Leben mit kognitiven Beeinträchti-

gungen konnte eher weniger die gleiche wirtschaftliche Lage erreicht werden. Die finanziellen Ressourcen sind nur beschränkt vorhanden (vgl. Stöppler 2014: 123). Viele Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die heute älter sind, konnten in der Vergangenheit ihre Freizeit nicht autonom gestalten (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 166). Allgemein ist ihr Leben vor allem durch das Wohnen in Institutionen von einem anderen Freiheitsverständnis geprägt. Aus diesem Grund wird im Alter Unterstützung in der Freizeitgestaltung benötigt wobei auch die selbstbestimmte Wahl gefördert werden sollte (vgl. ebd.). Der Aspekt der Gesundheit ist relativ zu betrachten. Einerseits weil das Empfinden von Gesundheit subjektiv ist (vgl. Brinkman 2014: 32, Stöppler 2014: 130). Andererseits weil durch die kognitiven Beeinträchtigungen körperliche Abbauprozesse deutlich früher im Leben beginnen und Erkrankungen bereits über das gesamte Leben andauern können.

In der dritten Alternsphase gibt es weitere entscheidende Unterschiede im Leben von Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen. Ackermann (2000: 334) betont den wesentlichen Unterschied des Alterns von Menschen mit lebenslangen kognitiven Beeinträchtigungen, dass sie Abhängig von den Mitmenschen sind. Das heisst, dass unabhängig von den zusätzlichen körperlichen Beeinträchtigungen die Selbstbestimmung bereits mehr oder weniger begrenzt ist. Eine intensivere Begleitung im Alltag wird in dieser Phase benötigt (vgl. Höpflinger 2006b: 32). Die Möglichkeit das Leben zu Hause aufrecht zu erhalten ist abhängig davon, wo die betroffenen Personen zu diesem Zeitpunkt leben. Nach Wacker (2001: 51) leben die meisten älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im stationären Bereich. Befinden sie sich bereits in einer Institution mit Begleitung werden sich in der Regel wenige Veränderungen in der Wohnsituation ergeben (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 148). Bei Überforderungen in der pflegerischen Begleitung können Wechsel innerhalb oder ausserhalb von Institutionen anstehen. Leben die Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen bei den Eltern, Verwandten oder mit Assistenz sind deren Ressourcen und Möglichkeiten, wie die Übernahme von der Pflege und Begleitung der Person oder Spitex, entscheidend (vgl. Ackermann 2000: 342, Haveman/Stöppler 2010: 144, Wacker 2001: 52). Individuelle Wohnwünsche werden laut Haveman und Stöppler (2010: 137) selten berücksichtigt.

Die vierte Alternsphase ist bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen an die dritte Phase gebunden. Je nachdem wie die Wohn- und Lebenssituation aussieht, wird die vierte Phase geprägt. Ein wichtiger Unterschied in dieser Phase ist, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zwar in ein Alters- oder Pflegeheim könnten, diese jedoch eher ungeeignet sind (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 148, Höpflinger 2006b: 44). Auch die Anzahl an Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die einen hohen Pflegebedarf auf-

weisen nimmt zu (vgl. Wacker 2001: 62). Also stellt sich dem Umfeld wie auch den betroffenen Personen die Frage nach einer geeigneten Wohnumgebung. Auf diese Frage wird im weiteren Verlauf der Arbeit genauer eingegangen. Am Ende des Lebens steht die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und Tod an. Das Wissen und die Vorstellungen zu dieser Thematik sind bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen unterschiedlich ausgeprägt (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 209). Spätestens im Alter ist der Zugang zur aktiven Auseinandersetzung mit dem Sterben und Tod für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wichtig (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 220, Stöppler 2014: 127)

Wie im Kapitel zur Lebenssituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bereits deutlich wurde, findet im Leben der Betroffenen häufig durch fehlende strukturelle oder gesellschaftliche Anpassungen Teilhabeausschluss statt. Dieser Ausschluss wirkt sich später auch auf das Alter aus beziehungsweise wirkt weiterhin. Dies wird vor allem im Zusammenhang mit den vier Alternsphasen nach Höpflinger aufgezeigt. Der Alters- und Alternsprozess ist zwar in Bezug auf den biologischen Abbau des Körpers und die Bedürfnisse sowie Interessen weitestgehend identisch (vgl. Jucker Meier 2006: 62). Doch strukturelle Unterschiede und Bedingungen während des Lebensverlaufs prägen das Alter und Altern von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen anders. Dadurch ist das Alter und Altern von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auch nicht dem Alter von Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen gleichzusetzen. Zusammenfassend lassen sich wesentliche Unterschiede im Vergleich zum Alter der Gesamtbevölkerung in sozialen Netzwerken, finanziellen Ressourcen, Einnehmen von Rollen, Wohnsituationen, Bildung, Selbstbestimmung und Autonomie sowie Freizeit feststellen.

Im folgenden Kapitel wird das Konzept der Lebensqualität von Monika Seifert erläutert. Dieses Konzept soll dazu dienen, die wichtigsten Faktoren der Lebensqualität darzustellen, um danach die unterschiedlichen Wohnformen und Voraussetzungen des Wohnens aufzuzeigen. Schlussendlich sollen die Anforderungen an Institutionen von älteren kognitiv beeinträchtigten Menschen anhand dieses Konzepts aufgezeigt werden.

5 Konzept der Lebensqualität nach Monika Seifert

Das Konzept wurde von Seifert (2007: 60) explizit für die Lebensqualität von Menschen mit „schwerer geistiger Behinderung, erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigungen (...), hohem Hilfebedarf in wesentlichen Lebensbereichen, spezifischem Ausdrucksverhalten (...), spezifischem Kommunikationsverhalten (...), häufig instabilem, bisweilen lebensbedrohlichem Gesundheitszustand“ weiterentwickelt. Dies aus dem Grund, da Menschen mit schweren Beeinträchtigungen bei den Ansätzen der Selbstbestimmung, Empowerment oder Teilhabe weniger Beachtung erhalten (vgl. ebd.: 59). Das Konzept wurde dann in einer

Lebensqualitätsstudie zur Wohnsituation in Köln, Deutschland verwendet. Seifert vertritt den Standpunkt, dass die Bedürfnisse von jedem Menschen gleich sind (vgl. Seifert o. J.: 9). Das Konzept der Lebensqualität wird als Zielperspektive gesehen (vgl. Seifert 1997a: 78).

Als Grundverständnis von Seifert wird das Normalisierungsprinzip gesehen. Nach Nirje (1994) enthält dieses acht sogenannte Grundprinzipien. Diese beinhalten einen normalen Tagesrhythmus, die Trennung von Wohnen-Arbeit-Freizeit, normaler Jahresrhythmus und Lebenslauf, die Respektierung von Bedürfnissen, der angemessene Kontakt zwischen Frauen und Männern, ein normaler wirtschaftlicher Standard sowie normale Standards in Einrichtungen (vgl. Seifert 1997a: 27, Seifert 2000: 152). Wichtig bei diesem Prinzip ist, dass nicht darauf gezielt wird, dass die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen „normal gemacht" werden sollen. Vielmehr steckt die Absicht dahinter, dass unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfe, Fähigkeiten und Interessen eine Integration in die Gesellschaft erfolgen kann (vgl. Seifert 1997a: 27, Seifert 2000 152-155). Diese Integration soll in mehreren Lebensbereichen stattfinden nämlich räumlich, funktional, sozial, personal, gesellschaftlich und organisatorisch (vgl. Seifert 1997a: 27f.). Zu dem Lebensqualitätskonzept zählt auch das Prinzip der Selbstbestimmung. Dieses besagt, dass die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen an erster Stelle stehen (vgl. ebd.: 155). Das pädagogische Handeln soll sich am Menschen mit Beeinträchtigung orientieren und der Alltag mit ihnen strukturiert werden (vgl. ebd.: 156). Die Selbstbestimmung sollte in den Bereichen ermöglicht und entwickelt werden, in denen einen Person kompetent handeln kann (vgl. Seifert 1997a: 39, Seifert 2000: 157). Damit ein Mensch Lebensqualität erreichen kann, müssen diese Leitprinzipien erfüllt sein.

Seifert bezieht sich auf das Lebensqualitätsverständnis nach Felce und Perry (1997). Das Modell ist flexibel und kann verändert werden (vgl. Seifert 2007: 62). Dieses besagt, dass der Mensch objektive Einschätzungen zu seinen Lebensbedingungen und subjektive Einschätzungen zur persönlichen Zufriedenheit hat (vgl. Seifert 2006: o. S., Seifert 2007: 62). Die subjektive Zufriedenheit einer Person ist nach Seifert (2006) „geprägt durch biografische, kulturelle, alters-, geschlechtsspezifische und behinderungsbedingte Aspekte sowie Persönlichkeitsmerkmale und die aktuelle Lebenssituation." Die objektiven Lebensbedingungen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gestalten sich aus den Leitsätzen der Normalisierung, Integration, Selbstbestimmung, Partizipation, Inklusion sowie den Rechten (vgl. Seifert 2006: o. S.). In den Leisätzen sind personale, strukturelle und institutionelle Faktoren enthalten (vgl. Seifert 2007: 62).

Zufriedenheit kann durch die eigene Bedürfnisbefriedigung erlangt werden. Abhängig von der Stärke der Bedürfnisbefriedigung kann Wohlbefinden erlebt werden (vgl. ebd.). Dieses Wohlbefinden ist in unterschiedlichen Lebensbereichen angesiedelt. Die unterschiedlichen Bereiche beeinflussen sich gegenseitig. In Kombination mit individuellen Zielen und Werten eines Menschen kann Lebensqualität entstehen. Die Ziele und Werte sind deshalb von Relevanz, da die Bedeutung einer Einschätzung und des Wohlbefindens an diese gekoppelt sind und dadurch individuell werden. Auch die Lebensqualität hat schlussendlich einen subjektiven und individuellen Charakter (vgl. Seifert o.J.: 12, Seifert 2007: 62). In der folgenden Abbildung 2 wird das Verständnis von Lebensqualität nach Felce und Perry (1997) dargestellt.

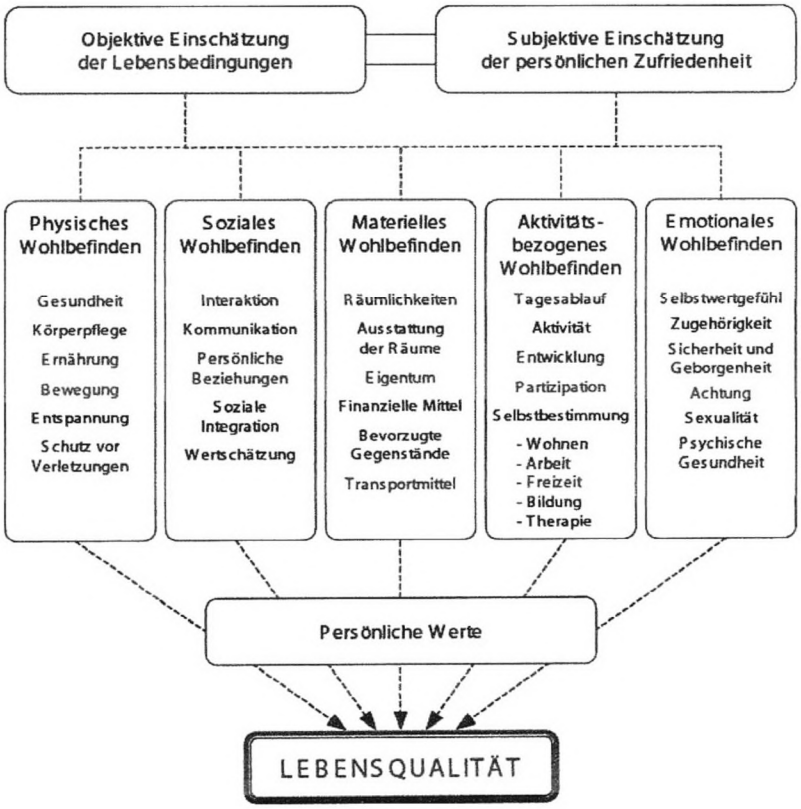


Abb. 2: Felce und Perrys Modell der Lebensqualität

(in: Seifert 2007: 61)

Die Bereiche des Wohlbefindens hat Monika Seifert differenziert auf das Wohnen von Menschen mit schweren kognitiven und mehrfachen Beeinträchtigungen angepasst.

Das physische Wohlbefinden ist gebunden an den allgemeinen Gesundheitszustand, die Körperpflege, die Ernährung, eine angemessene Balance von Bewegung sowie Entspannung und den Schutz vor Verletzungen. Ist dieses Wohlbefinden nicht genügend erfüllt, ist der Zugang zu den anderen Dimensionen erschwert (vgl. Seifert 2007: 62).

Soziales Wohlbefinden stellt sich ein, wenn die qualitativen und quantitativen persönlichen Beziehungen im ersten und zweiten Netzwerk stimmig sind. Hinzu kommt inwiefern eine Person in der Wohngruppe, Institution und gesellschaftlich integriert ist und wieviel Wertschätzung von aussen erlebt wird (vgl. ebd.: 62f.). „Zentrale Komponenten des sozialen Wohlbefindens sind Kommunikation, Interaktion und Dialog." (Seifert 2007: 63)

Im materiellen Bereich ist entscheidend inwiefern die materiellen Güter mit den subjektiven Bedürfnissen zusammenpassen. Die Bedeutung der materiellen Ressourcen und die Nutzbarkeit dieser prägt das Wohlbefinden weiter. Die vorhandenen Räumlichkeiten, die Einrichtung der Wohnung und die Infrastruktur wirken ebenso auf das Leben der Menschen. Weiter gehören zu den materiellen Ressourcen die Finanzen einer Person sowie bedeutsamer Besitz. Mit verfügbaren Transportmitteln entsteht eine Verbindung zur Partizipation an der Öffentlichkeit (vgl. Seifert 2007: 63).

Mit dem aktivitätsbezogenen Wohlbefinden ist gemeint, dass im Wohnen, bei der Arbeit, Freizeit, Bildung und Therapie Kompetenzen erlangt werden können. Diese sollen dazu dienen, dass der Lebensalltag bewältigt werden kann. Dadurch wird Kontrolle in Bezug auf das eigene Leben erlangt und die Persönlichkeitsbildung gefördert. In der Begleitung sind die „Eigenaktivität, Selbstbestimmung, Wahlmöglichkeit und Mitwirkung" (Seifert 2007: 63) zentral.

Zugehörigkeit, Sicherheit, Geborgenheit, Achtsamkeit, Sexualität und das Selbstwertgefühl sind zentrale Aspekte in Bezug auf emotionales Wohlbefinden. Werden diese Faktoren nicht geachtet, können Verhaltensauffälligkeiten oder psychisch Erkrankungen die Folge sein (vgl. Seifert 2007: 63).

Werden diese Dimensionen individuell zufriedenstellend erfüllt, können die betroffenen Menschen Lebensqualität erleben. Diese Dimensionen sind jedoch von Person zu Person unterschiedlich und daher subjektiv geprägt. Aus diesem Grund hat Seifert Indikatoren entwickelt, die erfüllt sein sollten, damit sich schlussendlich Lebensqualität einstellen kann.

Um einen Bezug zur Lebenswelt von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen herzustellen, bedient sich Seifert am Modell „Ökologie der menschlichen Entwicklung" von Bronfenbrenner (vgl. Seifert 1997a: 197). Dieser systemische Ansatz besagt, dass zwischen einem Individuum und der Umwelt eine wechselseitige Beziehung besteht (vgl. ebd.: 183). Dabei muss das Individuum nicht unmittelbar aktiv in der Umwelt sein, sondern sie muss bedeutungsvoll für die Person sein. Durch diese untrennbaren Beziehungen kann sich ein Mensch entwickeln (vgl. ebd.: 183). Die Umwelt besteht aus vier verschiedenen Systemen,

dem Mikrosystem, Mesosystem, Exosystem und Makrosystem (vgl. ebd.: 185). Das Mikrosystem meint das nächste Umfeld einer Person, das Mesosystem entsteht aus der Wechselwirkung von dem Mikro- und Mesosystem, das Exosystem ist die Gesellschaft und das Makrosystem die gesellschaftlichen Zusammenhänge aller Systeme (vgl. Hurrelmann 2006: 77f.). Angewandt auf den Lebensbereich des Wohnens sieht das System, wie in Abbildung 3 dargestellt, folgendermassen aus

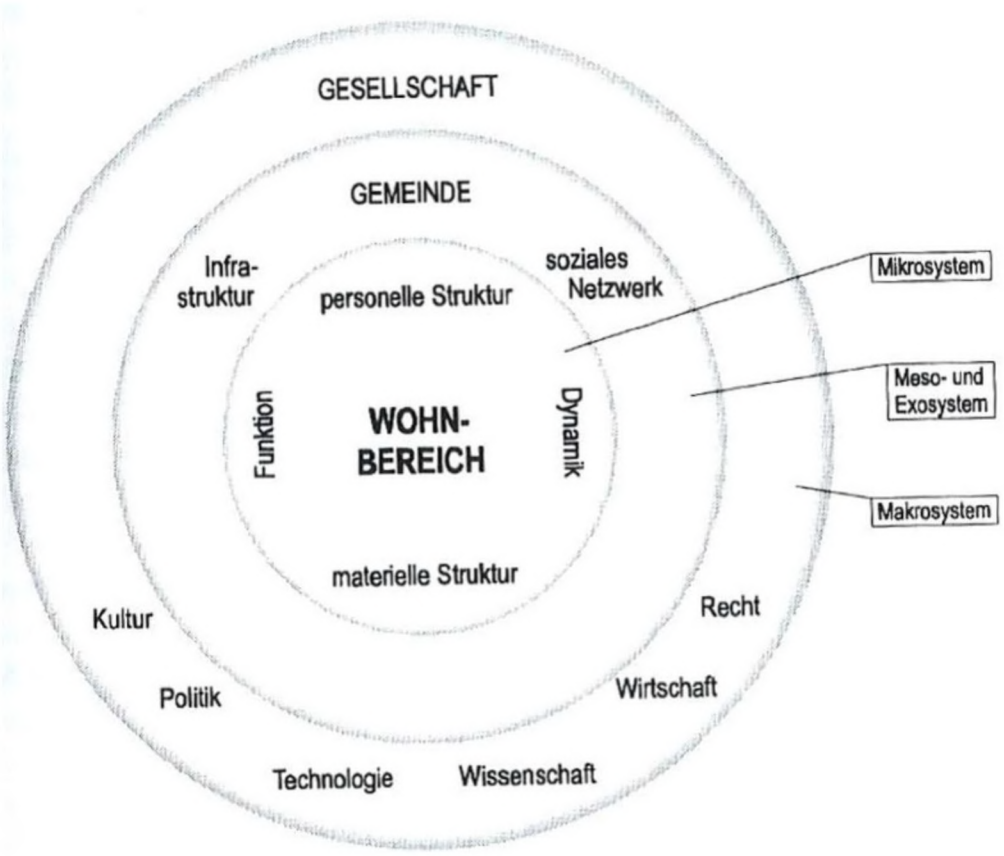


Abb. 3: Seiferts Wohnbereich im Kontext übergreifender Systeme

(in: Seifert 1997a: 201)

Orientiert am Systemverständnis von Bronfenbrenner hat Seifert (1997a: 202f.) ein Instrument mit sechs Dimensionen entwickelt, die sich in den Mirkro-, Meso-, Exo- und Makrosystemen befinden. Die Beziehungen zwischen einander gestalten sich von der ersten Dimension hin zur sechsten Dimension (vgl. ebd.: 203). Die Dimensionen „von Lebensqualität, die für die Befriedigung der individuellen Bedürfnisse und für die Entwicklung der Persönlichkeit von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung bedeutsam sind, können als Prüfkriterien für die Arbeit in Wohneinrichtungen gelten.“ (Seifert 1997a: 203) Die Dimensionen beziehen sich auf die Interaktion im Wohnbereich, die materielle Struktur des Wohn-

bereichs als auch des Umfelds, das soziale Netzwerk, die Teilnahme am allgemeinen Leben, die Akzeptanz durch die Bevölkerung und letztlich die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter (vgl. ebd.: 207). In diesen Dimensionen hat Seifert (2000: 158) Indikatoren bestimmt, die zur Erhebung der Lebensqualität dienlich sind. Durch den Bedarf an Begleitung im Alltag ist die Lebensqualität eines Menschen stark an qualitative Gegebenheiten in Bezug auf Materialien und Personen gebunden. „Lebensqualität ist abhängig vom Grad der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse durch ökologische Gegebenheiten der Umwelt." (Seifert 2000: 158) Auch bei diesem Instrument wird ein Bezug zum Normalisierungsprinzip gemacht und die Bedürfnisse eines Individuums stehen im Zentrum (vgl. Seifert 1997a: 202). Diese Einflussfaktoren werden in der folgenden Abbildung 4 dargestellt. Jedoch garantiert das Vorhandensein dieser Indikatoren nicht den subjektiven Anteil der Einschätzung der Lebensqualität (vgl. Seifert 2000: 158).

Lebensqualität *individuelle Bedürfnisse/ökologische Bedingungen*	
Dimension 1:	***Interaktion** im Wohnbereich* Indikatoren: ❑ Bedürfnisse ❑ Kommunikation/Beziehung ❑ Kompetenz/Selbständigkeit ❑ Abhängigkeit/Autonomie
Dimension 2:	***Materielle Struktur** des Wohnbereichs und des Umfelds* Indikatoren: ❑ räumliche Gestaltung ❑ Ausstattung ❑ Einrichtungsstruktur ❑ Lage der Einrichtung ❑ Infrastruktur des Wohnumfelds
Dimension 3:	***Soziales Netzwerk*** Indikatoren: ❑ Mitbewohner, Arbeitskollegen ❑ Angehörige, Freunde, Bekannte ❑ Nachbarschaft ❑ Fachleute (Betreuer, Therapeuten, Psychologen, Lehrer, Ärzte u.a.)
Dimension 4:	***Teilnahme** am **Allgemeinen Leben*** Indikatoren: ❑ Aktivitäten außerhalb ❑ Arbeit/Beschäftigung
Dimension 5:	***Akzeptanz** durch die Bevölkerung* Indikatoren: ❑ soziale Rolle der Bewohner ❑ Verhalten der Umwelt
Dimension 6:	***Arbeitszufriedenheit** der **Mitarbeiter*** Indikatoren: ❑ Rahmenbedingungen ❑ fachliche Kompetenz ❑ fachliche Unterstützung ❑ Kooperation ❑ Autonomie ❑ pädagogisches Konzept ❑ Bedürfnisse/Belastung ❑ Fluktuation

Abb. 4: Seiferts Lebensqualität in Wohneinrichtungen

(in: Seifert 2000: 159)

Im Folgenden sollen die unterschiedlichen Dimensionen nach Seifert (2000: 160-163) konkreter dargestellt werden.

Interaktion im Wohnbereich – Damit ein Mensch seine Persönlichkeit und Lebensqualität entwickeln kann, sind die qualitativen Aspekte im Wohnbereich von grosser Bedeutung. Ein Austausch zwischen Personen kann auch ohne sichtbare Aktivität geschehen. Die am Alltag beteiligten Akteure stehen in gegenseitiger Beziehung. Seifert (2000: 160) hat folgende Indikatoren formuliert:

- Mit der Beachtung von individuellen Bedürfnissen kann Wohlbefinden erreicht werden.
- Abhängig vom Entwicklungsstand einer Person und orientiert an deren Grundbedürfnissen können Beziehungen durch Kommunikation aufgebaut werden.
- Werden Aufgaben gemeinsam angegangen, können Kompetenzen und somit Selbstständigkeit erlangt werden wobei diese Aufgaben bedeutungstragend sein müssen für den Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung.
- Wird Abhängigkeit reduziert, kann die Autonomie gestärkt werden (vgl. ebd.).

Materielle Struktur des Wohnbereichs – Die Lebensqualität ist an materielle Ressourcen gebunden. Räumlichkeiten und die Einrichtung müssen sich an pädagogischen Standards orientieren. Weiter müssen individuelle Bedürfnisse geachtet werden. Ausserdem sollen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen so selbstständig und autonom wie möglich sein und kommunizieren können (Seifert 2000: 160f.). Als Indikatoren gelten folgende Punkte:

- Abhängig von der Beeinträchtigungen sollen die individuellen Bedürfnisse geachtet werden.
- Mit dem Vorhandensein von Räumen für alle, wird die Kommunikation gefördert.
- Räume sollen so gestaltet sein, dass Kompetenzen weiterentwickelt werden können und Partizipation möglich ist.
- Es sollen Räume zur Verfügung gestellt und gestaltet werden, in denen Autonomie unterstützt und ausgelebt werden kann.
- Entwicklungsunterstützende Strukturen sowie die Lage einer Institution ist entscheidend, damit normale Tagesabläufe ausserhalb der Institution möglich sind. Die Infrastruktur sollte die Partizipation in der näheren Umwelt sowie die Autonomie fördern (vgl. Seifert 2000: 160f.).

Soziales Netzwerk – Einige Grundbedürfnisse des Menschen sind Zugehörigkeit, Anerkennung und Kontakt. Jede Person ist demzufolge ein soziales Wesen. Beziehungen zu

anderen Menschen werden benötigt, damit Entwicklung stattfinden kann. Zudem wird das psychische Wohlbefinden gestärkt. „Die Qualität und Quantität der Begegnungen mit Menschen aus der alltäglichen sozialen und räumlichen Umgebung sind Indikator für den Grad der sozialen Integration eines Menschen mit geistiger Behinderung (...)." (Seifert 2000: 161) Wichtige Beziehungen sind der Kontakt

- Zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sowie Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen
- Zu Verwandten, Freunden und Bekannten
- Zur Nachbarschaft
- Zu Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen (vgl. Seifert 2000: 161).

Teilnahme am allgemeinen Leben – Dies ist ein weiteres grundsätzliches Bedürfnis des Menschen. Der regelmässige Einkauf, die Benutzung des öffentlichen Verkehrs oder eine Arbeitsstelle ausserhalb der Institution ermöglichen die Partizipation. Auch wenn die Arbeitsstelle zur Institution gehört, kann der Weg zur Arbeit oder Beschäftigung neue Anregungen und Beziehungen ermöglichen (vgl. ebd.).

Akzeptanz durch die Bevölkerung – „Akzeptanz bezeichnet den Grad der Bereitschaft der Umwelt, Menschen mit von der Norm abweichendem Verhalten als gleichberechtigte Bürger in das allgemeine Leben zu integrieren." (Seifert 2000: 161) Von Bedeutung ist dabei welche soziale Rolle ein Mensch hat. Seifert (2000: 162) betont, dass in Institutionen, die geografisch dezentralisiert liegen fast keine Berührungspunkte und somit keine Akzeptanz stattfinden kann. Dadurch können viele soziale Rollen nicht eingenommen werden und die Akzeptanz wird nicht gefördert. Ist eine Institution nahe an einer Nachbarschaft mit einer Infrastruktur können Kontakte geknüpft werden. Dies bedeutet nicht, dass die Resonanz der Nachbarschaft durchgehend positiv ist. Die Teilhabe an der Nachbarschaft ist hingegen trotzdem möglich. Für die Integration wird die Akzeptanz der Nachbarschaft benötigt. An dieser Dimension wird die Wechselbeziehung zwischen Individuum und Umfeld ersichtlich. Findet eine Integration statt, wird der Selbstwert positiv beeinflusst (vgl. ebd.).

Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter – Wie die Mitarbeitenden zufrieden sind, prägt nach Seifert (2000: 162) die Lebensqualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wesentlich. Weiter betont Seifert (2000: 160), dass diese Dimension wichtig ist, da die angestellten Personen den Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner gestalten. Die Dimension ist mit den anderen verbunden und beeinflussen sich gegenseitig (vgl. ebd.: 163). Hierzu zählen Faktoren wie die Arbeitsbedingungen, das eigene Fachwissen, erlebte Unterstützung von anderen Fachbereichen, Teamkonstellationen, Selbstständig-

keit bei den Tätigkeiten oder Kooperationen in Teams. Mit dem pädagogischen Grundverständnis sollten sich die Teammitglieder identifizieren können, um der Klientel ein stabiles Umfeld zu gewähren. Häufig sind diese Vorgaben politisch und institutionell geprägt wodurch wenig Handlungsspielraum für Mitarbeitende besteht. Die Zufriedenheit der Personen in den Teams ist individuell geprägt. Als weiterer Indikator nennt Seifert (2000: 162f.) die Fluktuationsrate. Diese ist nicht zwingend an fehlende Zufriedenheit der Angestellten gebunden, bedeutet aber für die Klientel einen Bruch im Umfeld sowie Einbussen in den qualitativen Aspekten der Begleitung (vgl. ebd.: 163).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass anhand des Lebensqualitätskonzept von Seifert, objektive Einschätzungen bezüglich der Lebensqualität von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung möglich sind. Orientiert an den Prinzipien der Normalisierung und Selbstbestimmung wurden die unterschiedlichen Formen des Wohlbefindens umschrieben, die in Kombination mit den individuellen Werten Lebensqualität ergeben. Speziell in Bezug auf das Wohnen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und mit dem systemökologischen Ansatz von Bronfenbrenner als Hintergrundfolie hat Seifert die einzelnen objektiv feststellbaren Dimensionen benannt und umschrieben. Diese beziehen sich auf die Aspekte des individuellen Wohlbefindens. Anhand dieses Modells soll nun im weiteren Verlauf der Arbeit in Kombination mit altersspezifischen Bedürfnissen, Interessen und Wünschen aufgezeigt werden, was eine Institution bieten sollte damit die objektiv einschätzbaren und subjektiven Lebensbedingungen erfüllt werden können.

Im nächsten Kapitel wird auf den Lebensbereich des Wohnens Bezug genommen. Es werden kurz die unterschiedlichen Wohnformen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und dann Erwartungen an das Wohnen aufgezeigt.

6 Wohnen als Erfüllung von menschlichen Grundbedürfnissen

Das Wohnen, wie auch das Wohnumfeld, ist für den Menschen von zentraler Bedeutung. Havemann und Stöppler (2010: 136) beziehen sich auf ein Zitat von Wacker (1998): „Die Wohnung ist der Raum, der es ermöglicht, Individualität zu leben, schafft Privatheit, ist der Ort maximaler individueller Souveränität und persönlicher Integrität.“ Weiter findet nach Seifert (1997b: 60) Kommunikation und das Zusammenleben in der Wohnung statt. Hinzu kommt, dass das Wohnumfeld zusätzlich Schutz, Sicherheit und Rückzug bietet. Die Wohnung kann also als zentraler Ort zur Befriedigung von unterschiedlichen Grundbedürfnissen gesehen werden (vgl. Seifert 1997b: 60, Thesing 2009: 32f).

Konkret bedeutet dies, dass jeder Mensch spezifische Bedürfnisse in Bezug auf das Wohnen hat. Wichtige Faktoren sind der Schutz, die Sicherheit und die Geborgenheit. Der

Mensch kann von seiner Wohnung aus in die Welt hinaustreten und wieder zurück in sein Zimmer. Dieses Bewusstsein stabilisiert den Menschen. Hinzu kommt, dass bestimmt werden kann, wer eintreten darf und wer nicht. Dadurch wird Schutz vor Fremden und Gefahren gewährt. Durch die Wände und Decken werden Natureinwirkungen abgehalten (vgl. Stöppler 2014: 145, Thesing 2009: 34). Thesing (2009: 35) betont weiter, dass Räume für den Menschen wichtig sind, da sie Beständigkeit und Vertrautheit vermitteln können. Durch wichtige, positivbesetzte Gegenstände und Menschen im Wohnumfeld entsteht eine Verbindung und die Identitätsbildung wird verstärkt. Stöppler (2014: 145f.) bezieht sich auf einen individuellen Tagesablauf und damit verbundene Handlungen, die zu Beständigkeit wie auch Autonomie führen. Die Wohnung kann mehr oder weniger frei gestaltet und eingerichtet werden. Dadurch erhält der Mensch die Möglichkeit sein Wohnumfeld als Raum der Selbstverwirklichung zu erfahren (vgl. Thesing 2009: 37). Mit der individuellen Gestaltung und Einrichtung der Wohnung ist es möglich sich selbst und den Status darzustellen. Nach aussen kann durch Statussymbole die soziale Schicht repräsentiert werden (vgl. ebd.: 41). Die Wohnung als Ausdrucksmöglichkeit der Persönlichkeit gibt Individualität und das Gefühl von Integration (vgl. Stöppler 2014: 146). Durch den Kontakt zu anderen Menschen haben Räume nach Stöppler (2014: 146) auch einen sozialen Aspekt. Dieser Kontakt findet in Wohnungen statt, zum Beispiel bei einem gemeinsamen Essen. Mit Thesing (2009: 39-41) lässt sich ergänzen, dass in der Gemeinschaft Kommunikation stattfindet wobei nicht in allen Räumen einer Wohnung dieselbe Art von Kommunikation angebracht ist, da gewisse Räumlichkeiten sehr intim geprägt sind.

Eine eigene Wohnung oder ein Zimmer stellt für den Menschen also einen zentralen Ausgangspunkt zu dem eine Verbindung besteht (vgl. Thesing 2009: 28). Diese Bedürfnisse bilden einen wichtigen Ursprung für individuelle Lebensqualität (vgl. Seifert 1997b: 60). Das Wohnumfeld kann als Wechselbeziehung zwischen Person und Umwelt gesehen werden wodurch die Wohnung und das Umfeld menschliche Entwicklungen ermöglichen (vgl. Seifert 1997a: 80, Stöppler 2014: 145).

In den nächsten Abschnitten sollen die unterschiedlichen Formen des Wohnens von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aufgezählt werden. Auf das Wohnen in Institutionen in begleiteten Wohngruppen wird aufgrund der Fragestellung genauer eingegangen. Danach wird anhand des begleiteten Wohnens gezeigt, inwiefern die Grundbedürfnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen umgesetzt werden können. Das Wohnen im Alter und die Voraussetzungen dafür, als auch die aktuelle Wohnsituation von älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, bilden den Abschluss des Kapitels.

6.1 Unterschiedliche Wohnformen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Die Wohnformen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind sehr vielfältig und unterschiedlich. Wie die betroffenen Personen wohnen, entscheiden diese häufig nicht selber. Abhängig von Fähigkeiten und Ressourcen beziehungsweise Defiziten einer Person wird über sie entschieden, wie die Wohnsituation auszusehen hat (vgl. Thesing 2009: 44).

Die Ausprägung und Art der Begleitung im Wohnen ist auch vielfältig. Daher ist diese Aufzählung nicht abschliessend. Sie bietet eine Übersicht der verbreitetsten Wohnformen. Neben stationären Angeboten gibt es ambulante Wohnformen (vgl. Seifert 1997a: 59). Nach Kräling (1995: 23) können die Begleit- und Unterstützungspersonen unterschiedliche Professionelle aus dem Sozial-, Psychiatrie- oder Pflegebereich sein. Aber auch Personen ohne fachspezifische Ausbildungen oder Angehörige machen das Begleitungsumfeld aus. Seifert (2000: 163) wie auch Stöppler (2014: 150f.) erwähnen, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen häufiger bei den Eltern als die Gesamtbevölkerung leben und deutlich öfters in stationären als ambulanten Kontexten wohnen.

Wohnen im Elternhaus – Wird generell betrachtet, wann die Kinder von zu Hause ausziehen, so ist dies meist im jungen Erwachsenenalter (vgl. Seifert 2000: 164). Weil jedoch zu wenige Wohnmöglichkeiten für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen existieren, lebt nach Thesing (2009: 75) ein Grossteil der Personen bis ins höhere Alter bei den Eltern oder auch bei Geschwistern. Eine andere Ursache wird darin gesehen, dass Ablösungsprozesse nicht stattfinden. Die Eltern sehen in der Betreuung des beeinträchtigten Kindes ihre Lebensaufgabe oder sie befürchten, dass das eigene Kind qualitativ nicht genügend begleitet wird. Hinzu kommt, dass vor allem die Mütter ihre berufliche Tätigkeit aufgeben damit das eigene Kind betreut werden kann. Dadurch fehlen finanzielle Ressourcen, die über Pflegegelder kompensiert werden können (vgl. Seifert 2000: 165). Langfristig ist das Leben im Elternhaus für die Entwicklung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen weniger förderlich und der Normalisierungsgedanke wird nicht beachtet (vgl. Seifert 2000: 165, Thesing 2009: 75). Thesing (2009: 75) bezieht sich auf ein Zitat von Thomae (1982), welches besagt, dass der Übergang in eine Institution nach dem Sterben der Eltern oder wegen anderen Ursachen im späteren Alter meist erschwert ist.

Wohnen mit Assistenz – In der Schweiz gibt es die Möglichkeit, dass Personen, die Gelder der Invalidenversicherung beziehen, Assistenzbeiträge erhalten. Volljährige Invalidenrentenbeziehende, die Zuhause, also bei den Eltern oder in einer eigenen Wohnung leben, haben Anspruch auf diese Gelder. Bei Interesse an den Assistenzbeiträgen werden unterschiedliche Bedingungen an die Betroffenen gestellt. So werden sie zu Arbeitgeberinnen

und Arbeitgeber, die selbständig Personen einstellen. Das Ziel ist, dass Menschen mit Beeinträchtigungen mit möglichst grosser Autonomie in ihrem eigenen Zuhause leben können (vgl. AHV/IV 2014: 2-4). Durch die strengen Grundvoraussetzungen, die Beziehende der Assistenzbeiträge mitbringen müssen, sind viele Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen von dem System ausgeschlossen.

Wohnen in institutionellen Aussenwohngruppen – Seifert (2000: 171) umschreibt, dass in diesen Wohngemeinschaften meist wenige Personen zusammen leben. Die Personen erhalten punktuell Unterstützung und Begleitung im Alltag, beispielsweise morgens und abends, durch ein Team. Die Wohnungen befinden sich häufig in Wohnquartieren und Mehrfamilienhäusern. Dadurch sind sie weniger stark mit den institutionellen Rahmenbedingungen konfrontiert. Das Leben kann autonomer und selbstbestimmter gestaltet und mehr Verantwortung übernommen werden (vgl. ebd.). Dennoch wird diese Wohnform zu den stationären Dienstleitungen gezählt, da sie an Institutionen gebunden sind (vgl. Thesing 2009: 97).

Wohnen in Grosseinrichtungen – Nach Thesing (2009: 78) hat sich diese Art von Wohnsituation häufig aus dem geschichtlichen Verlauf entwickelt. Diese grossen Anstalten sind sehr zentralisiert organisiert, liegen dafür häufig stark geografisch dezentralisiert (vgl. ebd.: 79f.). Unterschiedliche Lebensbereiche wie Wohnen, Arbeiten und Freizeit werden auf dem gleichen Areal abgedeckt (vgl. ebd.: 79f.). Diese Wohnform steht in der Kritik, da sie sich nicht an der Normalisierung der Lebensbedingungen von Menschen mit kognitiven, körperlichen und mehrfachen Beeinträchtigungen orientieren (vgl. ebd.: 80).

Wohnen in Alters- und Pflegeheimen – Altersheime orientieren sich primär an Personen im Pensionsalter, die sich nicht mehr genügend selbständig zu Hause versorgen können. Pflegeheime richten sich an Personen, die einen hohen Pflegebedarf aufweisen. Sie müssen aber nicht zwingend im Pensionsalter sein. Diese Arten von Heimen sind nach Thesing (2009: 80f.) nicht zwingendermassen der passende Wohnort für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Die Unterstützungsleistungen sind lediglich auf den biologischen Aspekt, also Pflege und medizinische Versorgung, ausgelegt. Seifert (2000: 176) umschreibt ‚dass sich Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen teilweise in solchen Wohnsituationen befinden, da zu wenig freie geeignete Plätze vorhanden sind oder die Intensität der Pflege der Person als zu anspruchsvoll erachtet werden.

Wohnen in der Psychiatrie – Diese Form von Unterbringung wird laut Seifert (1997a: 70) ebenfalls kritisiert, denn die Gründe für eine Unterbringung wiesen in der Vergangenheit auf Lücken im System in der Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigungen hin. Früher wurden Personen mit herausfordernden Verhaltensweisen aus den Familien oder anderen

Heimen wegen Überforderung häufig in psychiatrische Anstalten eingewiesen. Auch fehlende Plätze in Heimen für Menschen mit schweren und mehrfachen Beeinträchtigungen führten in der Vergangenheit dazu, dass ein Teil der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Psychiatrie lebten und immer noch leben. Weiter betont Seifert (1997a: 70f.), dass psychiatrische Einrichtungen und die angestellten Personen in der Regel nicht die nötigen fachlichen Kompetenzen in der Begleitung von Menschen mit kognitiven und mehrfachen Beeinträchtigungen mitbringen. Konsequenzen sind fehlende Entwicklungsangebote, sowohl basal als auch kognitiv.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass gänzlich unterschiedliche Wohnformen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen existieren. Die Facette reicht von sehr grosser Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Normalisierung der Lebensumstände bis hin zu eher prekären Situationen mit fehlenden grundlegenden Angeboten. An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass der Mangel an Lebensqualität oftmals nicht erst im Alter fehlt. Auch jüngere Altersgruppen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind mit unzureichender Lebensqualität konfrontiert gerade durch das Wohnen in unqualifizierten, stark fremdbestimmten Umgebungen.

Durch die diversen Wohnformen wird an diesem Punkt nochmals auf die Eingrenzung der Arbeit verwiesen. Alle Wohnformen in Betracht zu ziehen würde den Umfang dieser Arbeit überschreiten. Hinzu kommt, dass viele Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die momentan ins Alter kommen ihr gesamtes Leben lang in begleiteten Wohnformen in Institutionen gelebt hatten. Die Gründe hierfür sind geschichtlich, beispielsweise durch den zweiten Weltkrieg, und gesellschaftlich, beispielsweise durch die Unterbringung von normabweichenden Menschen in Anstalten, verankert (vgl. Kräling 1995: 21). Dadurch könnte eine komplette Veränderung der Wohnsituation eine Herausforderung für die betroffenen Personen sein. Mit der neuen Haltung gegenüber Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und neuen Modellen sowie Konzepten in der Begleitung, kann die Selbstbestimmung vermehrt unterstützt werden. Zudem wird öfters die Normalisierung angestrebt, was bedeutet, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in ihrem möglichen Rahmen normalisiert leben können. Dies ist eine von vielen Möglichkeiten, die sich mit der Zeit wandeln wird, genauso wie sich die Wohnangebote für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in den letzten Jahren verändert haben. Diese Aussage kann gemacht werden, da die unterschiedlichen Alterskohorten andere Bedürfnisse im Verlauf ihres Lebens bilden (vgl. Wehrli-Schindler 1997: 19). Im folgenden Kapitel wird aus diesen Gründen der Fokus speziell auf das Wohnen auf Wohngruppen in Institutionen gelegt, welches für die Fragestellung relevant ist.

6.2 Wohnen in Institutionen: Begleitete Wohngruppen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Begleitete Wohngruppen in Institutionen existieren einerseits in, wie zuvor erwähnten, Grosseinrichtungen, andererseits in gemeindenahen Gebieten oder in Gemeinden integrierten Institutionen (vgl. Seifert 1997a: 62, 66). Die Grosseinrichtungen haben in der Regel eine Entwicklung hinter sich und bieten häufig kleinere Wohngruppen an als früher (vgl. ebd.: 62). Integrierte oder gemeindenahe Institutionen sind aufgrund der späteren zeitlichen Entstehungen bereits auf kleinere Gruppen ausgerichtet (vgl. Seifert 1997a: 66, Thesing 2009: 78). Die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner in dieser Wohnform variiert, je nach Grösse der verfügbaren Wohnfläche, ist aber in einem überschaubaren Rahmen (vgl. Thesing 2009: 140). Die Idealgrösse liegt nach Kräling (1995: 22) zwischen sechs bis acht Personen. Typisch für Wohngruppen ist, dass die Rahmenbedingungen durch andere, in diesem Kontext Institutionen, geregelt werden. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Gruppen haben im Allgemeinen nicht die nötigen Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben, sich selbständig im Alltag zu versorgen. Durch die Begleitpersonen werden die Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen in den Alltag miteinbezogen. Somit können die unterschiedlichen Ressourcen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen der Personen in den Gruppen integriert und genutzt werden (vgl. Thesing 2009: 97). Unterschiedliche institutionelle Konzepte zielen auf die Förderung der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ab, damit mehr individuelle Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Handlungskompetenzen im Alltag erlangt werden können (vgl. ebd.: 128). Diese Begleitung zeigt sich beispielsweise in der Planung des Tages, Unterstützung bei Konflikten, Auswählen von passender Kleidung, Medikamentenmanagement oder Unterstützung in der Grundpflege. Die Begleitung ist während des Tages und in der Nacht anwesend (vgl. ebd.: 97). Häufig sind mit diesen Institutionen auch die Beschäftigungs- und Werkstätten verbunden und werden von derselben organisiert sowie bereitgestellt (vgl. ebd.: 77). Die Wohngruppen haben häufig ein gemeinsames Wohnzimmer und eine gemeinsame Küche. Die sanitären Anlagen können sich innerhalb der Zimmer befinden oder aber es gibt Badezimmer beziehungsweise Toiletten, die von allen benutzt werden (vgl. ebd.: 136). Die Anzahl der Begleitpersonen ist abhängig davon, wie viele Stellenprozente im Zusammenhang mit dem Begleitungsbedarf und der Grösse der Gruppe finanziert werden. Durch Einsparungen und Kürzungen von Geldern ist dieser Bedarf nicht immer gänzlich abgedeckt (vgl. Kräling 1995: 24).

Anhand dieser Wohnform von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen soll nun eine Verknüpfung zu der Erfüllung der Grundbedürfnisse in Bezug auf das Wohnen hergeleitet werden.

6.2.1 Erfüllung der Grundbedürfnisse des Wohnens von kognitiv beeinträchtigten Menschen in begleiteten Wohngruppen

Wie bereits in der Lebenssituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen angesprochen wurde, unterscheidet sich die Wohnsituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Häufig ist ein eigenständiges Wohnen nicht möglich oder wurde nicht ermöglicht. Ein grosser Teil der betroffenen Personen lebt nach Stöppler (2014: 145) in Institutionen. Das Wohnen ist ein wesentlicher Teil des Lebens. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erleben vielfach nicht das selbe Zugeständnis an Selbstbestimmung und Autonomie im Wohnen. Hinzu kommt, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Regel mit mehreren Personen zusammen leben müssen, die sie sich meist nicht aussuchen konnten (vgl. Seifert 1997a: 53). Im Alltag kommen Begleitpersonen hinzu, die ebenso wenig ausgesucht werden können (vgl. Seifert 1997a: 53, Stöppler 2014: 152). Auch an welchem Ort oder in welcher Art von Wohnung Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wohnen möchten, wird selten berücksichtig (vgl. Stöppler 2014: 151). Durch diese Lebenssituation zeigen sich auch Auswirkungen auf die zu Beginn umschriebenen Grundbedürfnisse im Zusammenhang mit dem Wohnen. Die Geborgenheit, der Schutz und die Sicherheit sind vor allem bei Personen in Heimen gestört. So kann es laut Thesing (2009: 24) vorkommen, dass Besuch ohne Einverständnis der Bewohnerinnen und Bewohner herumgeführt wird. Teilweise haben die betroffenen Personen nicht die Möglichkeit ihr Zimmer abzuschliessen (vgl. ebd.: 152). Somit wird die Privatsphäre verletzt. Durch gemeinsame Badezimmer und Toiletten wird dies verstärkt. Weiter führt Thesing (2009: 135) auf, dass es nach wie vor Institutionen gibt, die Zweierzimmer haben. Die Beständigkeit im Wohnen unterscheidet sich bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen dadurch, dass sich das Umfeld der Bezugspersonen schnell verändern kann oder ein ungewollter Zimmer- beziehungsweise Wohngruppenwechsel vollzogen werden kann (vgl. ebd.: 35). Bei plötzlicher Zunahme der Begleitungsintensität kann sogar ein Wechsel der Institution anstehen. Weiter gibt es nach Seifert (1997a: 53) Institutionen in denen es nicht möglich ist, dass die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen persönliches Mobiliar mitbringen. Somit kann die Vertrautheit verloren gehen. Durch die finanzielle Situation können Ressourcen zur Verwirklichung fehlen, um sich eigene Möbel zu kaufen (vgl. Thesing 2009: 36). Institutionelle Rahmenbedingungen können die Selbstverwirklichung und Selbstverfügung behindern. Es können unter Umständen keine bedeutungsvollen, eigene Objekte wie Pflanzen oder Möbel mitgenommen werden da möglicherweise der Platz fehlt. Durch das langjährige Leben in Institutionen kann es vorkommen, dass keine bedeutungsvollen Gegenstände erlangt werden konnten. Auch Umgestaltungen im Zimmer sind allenfalls nicht erlaubt, was die Autonomie weiter eingeschränkt (vgl.

ebd.: 37f.). Nicht nur Rückzugsmöglichkeiten, auch Kontakte zu Anderen sind für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wichtig. Durch das Wohnen und Leben in einer Wohngruppe besteht eine erhöhte Gefahr der Verletzung der Privatsphäre. Jedoch wird das Grundbedürfnis der Kommunikation und des Zusammenlebens dadurch erfüllt. Thesing (2009: 39f.) betont die Wichtigkeit, dass auf Wohngruppen zu gleichen Teilen die Privatsphäre sowie auch die Gemeinschaft vorhanden sind.

Wie bereits erwähnt, lassen sich einige Unterschiede in der Erfüllung der Grundbedürfnisse im Wohnen von kognitiv Beeinträchtigten Menschen im Vergleich zu Personen, die in einer anderen Wohnform leben, feststellen. Damit die Lebensqualität schlussendlich durch das Erfüllen von den Grundbedürfnissen erlangt wird, ist jedoch individuell geprägt. So kann die Lebenssituation einer Person für andere Menschen als unbefriedigend wahrgenommen werden. Für die betroffene Person sind die Grundbedürfnisse jedoch zufriedenstellend erfüllt (vgl. Seifert 1997a: 80). Im nächsten Kapitel wird konkret betrachtet, welche Bedeutung das Wohnen im Alter hat und welche Voraussetzungen beachtet werden müssen.

6.3 Wohnen im Alter

Mit zunehmendem Alter wird das Wohnen für den Menschen immer wichtiger. Durch die Pensionierung verlagert sich das Leben von der Arbeit in den Bereich des Wohnens sowie der Freizeit. Es wird mehr Zeit in den eigenen vier Wänden verbracht. Hinzu kommt, dass die Identifikation mit der eigenen Wohnung sowie dem Umfeld verstärkt wird. Dies hängt damit zusammen, dass sich im Umfeld viele Erinnerungen an die eigene Geschichte des Lebens befinden. Die Einrichtungsgegenstände sind biografisch geprägt und helfen im Umgang mit eigenen Abbauprozessen. Durch das langjährige Leben in der Umgebung kennen sich die Personen, die dort wohnen (vgl. Höpflinger 2006a: 9). Nebst dem grössten Anteil an älteren und alten Menschen, die zu Hause wohnen, hat auch ein Teil das eigene Daheim zurückgelassen. Diese Personen leben häufig in Alters- und Pflegeheimen, Pensionen oder vorübergehend im Spital (vgl. Wehrli-Schindler 1997: 20).

6.3.1 Voraussetzungen des Wohnens für ältere Menschen

Grundlegend haben ältere Menschen den Wunsch nicht zu vereinsamen sowie Kontakte und Beziehungen zu erhalten. Weiter führen Haveman und Stöppler (2010: 138) auf, dass sie im gewohnten Umfeld bleiben möchten und Unterstützung in der Bewältigung von Aufgaben im Alltag erhalten. Weitere Wünsche die Haveman und Stöppler (2010: 138) nennen sind, die Pflege und Begleitung im Sterbeprozess durch Bekannte als auch genügend finanzielle Ressourcen. Hinzu kommen nach Jucker Meier (2006: 63) Bedürfnisse nach

Wohlbefinden, Ruhe, Stimulation, Teilhabe im sozialen Bereich, Selbstständigkeit, sinnvolle Tätigkeiten, Wertschätzung, Anerkennung und Liebe. Diese Bedürfnisse und Vorstellungen prägen die Präferenzen in Bezug auf das Wohnen. Geborgenheit, Schutz, Zugehörigkeit, Selbstbestimmung, soziale Beziehungen, Raum für Kreativität und Gestaltung sowie das eingegliedert Sein in eine aktivierende Umwelt sind wichtige zentrale Merkmale für das Wohnen im Alter.

Eine andere Betrachtungsweise auf die Voraussetzungen bietet Höpflinger. Orientiert an Studien hat Höpflinger (2006a: 10) fünf zentrale Wohnelemente im Alter bestimmt. Bei den sogenannten räumlich-dinglichen Elementen handelt es sich um die geografische Lage sowie die Ausstattung und Einrichtung einer Wohnung. Die Wünsche und Bedürfnisse haben subjektiven Charakter. Die einen Personen möchten eher ländlich lokalisiert sein, andere mitten in der Stadt. Auch bei den Bedürfnissen in Bezug auf die Wohnungsstrukturen zeigen sich unterschiedliche und vielfältige Präferenzen. Elemente des Wohnens die mit dem Verhalten verknüpft sind, beziehen sich vorwiegend auf das Wahrnehmen von Selbstbestimmung. Diese Selbstbestimmung drückt sich in der freien Gestaltung der Wohnung aus. Hinzu kommt der Aspekt der Anregung durch das Umfeld wie Einkaufsmöglichkeiten, Restaurants oder Freizeitanlagen. Mit kognitiven Wohnelementen wird vor allem das Gefühl von Vertrautheit bezeichnen. Mit der Wohnung und dem Umfeld entsteht mit der Zeit eine emotionale Verbindung (vgl. ebd.). Das vierte Wohnelement stellt das emotionale dar. Ist ein Mensch zufrieden, fühlt sich wohl und erlebt Privatsphäre trägt dies einen wesentlichen Beitrag zur Zufriedenheit bei. Häufig sind diese Elemente mit der Freiheit verbunden, dass alles gemacht werden kann was eine Person möchte (vgl. ebd.: 10f.). Den letzten Anteil machen die sozialen Aspekte aus. Mit einem Gästezimmer besteht die Möglichkeit Bekannte einzuladen. Auch sonst bietet ein als positiv empfundenes Wohnumfeld gute Möglichkeiten für die Pflege von Kontakten und Beziehungen im Umfeld. Eigene Kinder sowie Freunde sollten in der näheren Umgebung sein und eine verlässliche Nachbarschaft ist ebenfalls von grosser Bedeutung (vgl. ebd.: 11).

In einer Befragung im Rahmen des Age Reports im Jahre 2003 in dem unter anderem Höpflinger (2006a: 73) beteiligt war, gehörte zu den wichtigsten Eigenschaften einer Wohnung die Gemütlichkeit. Danach folgten die Kosten, die Möglichkeit in der Umgebung einkaufen zu können und die Ruhe. Der Umstand, dass die Gemütlichkeit als wichtigster Aspekt betrachtet wird, kann dadurch erklärt werden, da ältere Menschen viel Zeit in ihren eigenen vier Wänden verbringen. Soziale Bedürfnisse, eine aktivierende Umgebung oder Barrierefreiheit wurden als weniger wichtig genannt. Anhand dieser Ergebnisse interpretiert Höpflinger (2006a: 74), dass ältere Menschen ihr Alter mit Ruhe assoziieren und dementsprechend Prioritäten setzen. Häufen sich altersbedingte, gesundheitliche Probleme

kann es sei, dass ein Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim unumgänglich wird. Durch die unterschiedlichen Alterungsprozesse und Multimorbidität kann der Lebensalltag nicht mehr selbständig bewältigt werden. Ambulante Dienste haben bestimmte zeitliche Ressourcen und Richtlinien wodurch die Begleitung nicht mehr genügend bereitgestellt werden kann. Viele ältere Menschen sehen diese Wohnform als letzte Lösung. Durch das lebenslange Führen eines autonomen Lebens ist ein solcher Wechsel schwierig. Dennoch lässt sich in der Studie beobachten, dass sich viele Personen eine solche Option, je älter sie werden, vorstellen können. Vor allem auch wegen den gemeinschaftlichen, sozialen Aspekten, die durch das Wohnen in einem Heim realisiert werden. Bei diesen Aspekten wirkt die Sorge alleinstehender Personen vor Isolation und Einsamkeit, da Bekannte im Umfeld sterben könnten (vgl. ebd.: 92).

Somit stellen sich im Alter nicht nur Fragen nach baulichen Aspekten zur Kompensation des physischen Abbaus wie zum Beispiel, dass eine Wohnung einen Lift hat, sondern auch in Bezug auf andere altersbedingte Aspekte. Höpflinger (2006a: 11) macht hierzu folgende Ausführungen:

> Oft unterscheiden sich ältere Menschen weniger in der Art der Anforderungen an eine gute Wohnung von jüngeren Menschen, als darin, dass solche Anforderungen erfüllt werden. (...) Das Alter führt meist nicht zu neuen Wohnwünschen, sondern primär dazu, dass es schwieriger wird, diese Wohnwünsche zu verwirklichen.

Die unterschiedlichen Wohnformen im Alter weisen in Bezug auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse unterschiedliche Qualitäten auf. So erfüllt das Wohnen in einer Wohnung oder einem Haus fast alle Grundbedürfnisse. Eine grosse Gefahr besteht in der Vereinsamung, wobei das Bedürfnis nach Kommunikation und Gemeinschaft nicht genügend erfüllt wird. In Alters- und Pflegeheimen ist sicherlich die eingeschränkte Intimität eines der grössten Probleme (vgl. Höpflinger 2006a: 99). Weiter wird die Selbstbestimmung durch institutionelle Rahmenbedingungen gestört. Je nach dem kann das Mobiliar nicht mitgenommen werden wodurch das Bedürfnis nach Individualität und Identität im Wohnen defizitär erfüllt wird. Dafür werden die Bereiche des Schutzes und der Kommunikation unterstützt (vgl. ebd.).

Schlussendlich sind die konkreten Bedürfnisse unter den älteren Personen sehr unterschiedlich. Nicht jede Person hat den Wunsch ortsansässig zu sein und zieht im höheren Alter noch einmal um. Diese Divergenz kommt daher, da einerseits die persönlichen biografischen Erlebnisse sehr unterschiedlich sind woraus sich auch vielfältige und individuelle Vorstellungen ergeben. Andererseits sind die Prozesse des Alterns sehr unterschiedlich. Manche Personen sind bis ins hohe Alter körperlich, psychisch und kognitiv kaum

eingeschränkt. Folglich sind unterschiedlich Angebote für das Wohnen im Alter wichtig, sodass diese individuellen Wünsche erfüllt werden können (vgl. Höpflinger 2006a: 12, Höpflinger 2009: o. S.).

6.3.2 Voraussetzungen des Wohnens für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Auch ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verbringen den grössten Teil der Zeit in den eigenen vier Wänden (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 136). Dadurch ist auch das Wohnen für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen von zentraler Bedeutung und ein wichtiger Faktor für die Erfüllung von Bedürfnissen sowie der Lebensqualität (vgl. ebd.). Haveman und Stöppler (2010: 136) formulieren treffend: „Angemessene Lebensbedingungen und eine anregende Wohnumgebung erscheinen unerlässlich für ein würdevolles Altern und den Erhalt der persönlichen Lebenszufriedenheit." Die zuvor aufgeführten Grundbedürfnisse treffen genauso auf die Wohnsituation von älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu. Auch konkrete Bedürfnisse, die im Alter entwickelt werden, sind identisch. Daher sollten alte, kognitiv beeinträchtigte Menschen ebenso möglichst normalisierte Wohnbedingungen erfahren können (vgl. ebd.:137). Auch wenn der Wohnort auf einer begleiteten Wohngruppe ist, ist das Empfinden von Zugehörigkeit, Geborgenheit, Sicherheit, Autonomie, Privatsphäre und anderen Bedürfnissen unerlässlich. Damit diese Bedürfnisse erfüllt werden können benötigen ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen mehr individuelle Begleitung und Unterstützung im Alltag. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass bei Bedarf die Sicherheit im gewohnten Umfeld bleiben zu können, vorhanden ist (vgl. ebd.: 138). Die subjektiven und individuellen Wünsche und Bedürfnisse müssen genauso respektiert und beachtet werden.

Werden die grundlegenden Wünsche im Alter betrachtet bedeutet dies, dass ein Wechsel des Wohnumfelds eine grössere Belastung für ältere Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen darstellt. Wohnwechsel sind als Belastungen zu sehen, da das Knüpfen von neuen Kontakten durch Schwierigkeiten in der Anpassung und eingeschränkte Mobilität erschwert werden. Hinzu kommt, dass im Alter der Wunsch nach „Beschaulichkeit, Ruhe, Erinnerung und Aufarbeiten des bisherigen Lebens" (Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. 1991 zit. in Haveman/Stöppler 2010: 138) bedeutungsvoll wird. Dadurch werden die Bedürfnisse nach Privatsphäre im Wohnen verstärkt. Durch die Pensionierung wird vermehrt Struktur und Unterstützung im Wohnen benötigt (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 139, Wacker 2001: 65). Dies bedingt nach Wacker (2001: 65) auch neue und bedeutungsvolle Aufgaben und Tätigkeiten im Alltag. Auch wenn die Wünsche und Bedürfnisse von älteren

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen kongruent sind, wird im Wohnalltag mehr Unterstützung und Begleitung von anderen Personen benötigt (vgl. ebd.). Wegen der Lebens- und Wohnsituation von kognitiv beeinträchtigten Menschen über die gesamte Lebensspanne hinweg, ist die Begleitung im Alter unabdingbar. Dennoch müssen alters- und beeinträchtigungsspezifische Belange im Wohnen beachtet werden um den konkreten Bedürfnissen und Wünsche im Alter gerecht zu werden.

Ein weiterer wichtiger Faktor den Theunissen (2002: 24) nennt, ist der Umstand, dass der Mensch lebenslang bildungs-, lern- und entwicklungsfähig ist. Aus diesem Grund dürfen ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in ihrem Wohnumfeld nicht auf die Alterungs- und Abbauprozesse reduziert werden. Auch Höpflinger (2006: 42f.) betont, dass im Alter Aktivierungs-, Anregungs- und Förderungsangebote in der näheren Umgebung bedeutsam sein können. Hinzu kommt, dass auch durch Förderung im Alter die Autonomie und Selbstständigkeit ausgebaut werden kann (vgl. Bach 1995: 139). Höpflinger (2006: 42f.) formuliert spezifische Aspekte in Bezug auf das Wohnen älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Er plädiert für Wohnformen, die überschaubar sind. Wegen der körperlichen Veränderungen werden Anpassungen im Wohnumfeld nötig. Durch die kognitive Beeinträchtigung werden allenfalls zusätzliche Orientierungsmerkmale benötigt. Das Umfeld sollte so gestaltet werden, dass die Selbstständigkeit unterstützt wird. Ein wichtiger Aspekt, den Höpflinger (2006: 43) in Bezug auf das Wohnumfeld nennt, ist eine Balance zwischen reizender und beruhigender Gestaltung. Der letzte Aspekt ist, dass die betroffenen Personen mit ihrer individuellen Lebensgeschichte gesehen werden sollen. Dementsprechend ist die Umgebungsgestaltung zu vollziehen (vgl. ebd.).

Die vorangegangenen Umschreibungen zu den Lebenssituationen von Menschen mit Beeinträchtigungen lassen erahnen, dass die Wohnsituationen von älteren Personen mit Beeinträchtigungen nicht die Selben sind, wie die von gleichaltrigen Personen ohne Beeinträchtigungen. Auf diese soll im folgenden Abschnitt kurz eingegangen werden.

6.3.3 Gegenwärtige Wohnsituation von älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Ein entscheidender Unterschied zwischen der Personengruppe mit und ohne kognitiven Beeinträchtigungen im Alter liegt darin, dass die Mehrzahl der Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht in einer eigenen Wohnung leben (vgl. Stöppler 2014: 125f.). Die meisten Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Alter leben in Institutionen. Ein Teil lebt noch bei den Eltern, wobei keine genauen Zahlen vorhanden sind und eine grosse Dunkelziffer vermutet wird (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 143). Prinzipiell wohnen Perso-

nen mit kognitiven Beeinträchtigungen in allen Wohnformen, die im Kapitel zu den unterschiedlichen Wohnformen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aufgezeigt wurden. Dennoch besteht nach Seifert (2000: 182) weiterhin Bedarf an Wohnplätzen für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Wie bereits erwähnt sind die Bedürfnisse von älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen prinzipiell die Selben wie die der Gesamtbevölkerung. Dennoch gibt es keine konkreten Aussagen, welche Bedürfnisse und Wünsche ältere Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen effektiv haben. Wohnangebote, die sich am Alter und der kognitiven Beeinträchtigung orientieren sind wenig verbreitet wodurch das Empfinden von Lebensqualität der betroffenen Personen gestört wird (vgl. Haveman/Stöppler 2010: 139).

Die nötigen Grundlagen zur Beantwortung der Hauptfragestellung sind nun gegeben. Im folgenden Kapitel sollen daher alle Erkenntnisse verknüpft werden, damit ein Gesamtbild zur Thematik der Lebensqualität im Wohnen älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen entstehen kann.

7 Lebensqualität im Wohnen älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Da im Alter zusätzliche Anforderungen an die Lebensgestaltung hinzukommen, ist das Erreichen von Lebensqualität erschwert. Die Lebensqualität wird als Zielperspektive betrachtet und ist als Idealzustand anzusehen. Für die Arbeit mit älteren, kognitiv beeinträchtigten Menschen bedeutet dies, dass in der Unterstützung und Begleitung im Alltag stets individuelle Lebensqualität anzustreben ist. Die Frage ist, welche Anforderungen von Institutionen zu erfüllen sind, um Lebensqualität als Zielperspektive zu erreichen.

Nach dem Konzept von Seifert (2006: o. S.) sollen auf der Grundlage der Normalisierung, Selbstbestimmung und aus systemischer Sicht Bedürfnisse von kognitiv beeinträchtigten Menschen erfüllt werden. Durch die Bedürfnisbefriedigung kann eine Person Wohlbefinden verspüren. In Kombination mit den individuellen Werten ist es möglich, dass Lebensqualität entsteht.

Die subjektive Zufriedenheit nach dem Konzept von Seifert (o. J.: 9) wird von unterschiedlichen Aspekten geprägt. Abhängig vom Alter, der Biografie und der Beeinträchtigung sowie je nachdem wie sich die aktuelle Lebenssituation gestaltet, wird die subjektive Zufriedenheit beeinflusst. Demzufolge haben das Alter sowie die kognitive Beeinträchtigung in diesem Kontext einen wesentlichen Einfluss auf die subjektive Zufriedenheit. Hinzu kommt die Biografie, welche bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durch die strukturellen, politischen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen häufig ähnlich ist. Dadurch,

dass in der Fragestellung der Personenkreis betrachtet wird, der bereits in begleiteten Wohngruppen in Institutionen lebt, gestaltet sich auch die aktuelle Lebenssituation in Bezug auf das Wohnen ähnlich. Auf diese Faktoren haben Institutionen weniger Einfluss. Jedoch kann, orientiert an den individuellen und subjektiven Empfindungen und am Menschen mit dessen Bedürfnissen, ein Beitrag durch äussere Bedingungen und Wertehaltungen dazu geleistet werden. Speziell im Lebensbereich des Wohnens sind Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten vorhanden wodurch die Basis für das Erlangen von subjektiver Zufriedenheit eines älteren Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung geschaffen werden kann. Beim Bezug zu den einzelnen Dimensionen wird dies noch genauer ausgeführt.

Für die objektive Einschätzung der Lebensbedingungen werden das Normalisierungsprinzip, die Selbstbestimmung, die Partizipation, die Integration und die Inklusion relevant. Dieser Bereich wird vor allem vom Umfeld geprägt. Entscheidend ist inwiefern die Grundprinzipien der jeweiligen Ansätze umgesetzt werden. Mit den Grundgedanken des Normalisierungsprinzips würde dies konkret bedeuten, dass sich die Wohngestaltung an den Bedürfnissen älterer Menschen orientiert. Normalisierung will nicht, dass für ältere Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen per se die selben Angleichungen geltend gemacht werden sollen wie bei älteren Personen ohne kognitive Beeinträchtigung (vgl. Seifert 2000: 155). Der Gedanke dahinter ist, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen innerhalb ihrer individuellen Ressourcen, Kompetenzen und Interessen möglichst normalisiert leben können. Der Tagesrhythmus und normalisierte Lebenslauf würde bedingen, dass Personen im Pensionsalter nicht mehr verpflichtet sind tagsüber in ein Beschäftigungsangebot zu gehen sondern, dass die Tagesstruktur auch auf der Wohngruppe angeboten wird. Normalisierung würde auch bedeuten, dass die Wohngruppengrösse in einem beschaulichen Rahmen mit Einzelzimmern ist damit die Privatsphäre gewährleistet wird.

Die Selbstbestimmung sollte respektiert und falls nötig gefördert werden. Dies bedeutet primär, dass die Bedürfnisse der älteren Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung an erster Stelle stehen (vgl. Seifert 2000: 155). Im Begleitungsalltag sollten demzufolge keine Entscheidungen für die Klientel getroffen werden, sondern immer in Kooperation mit der Person und orientiert an den institutionellen Rahmenbedingungen. Stellen zu komplexe Entscheidungen eine Überforderung für die Person dar, kann beispielsweise auch das Auswählen zwischen zwei unterschiedlichen Bettwäschegarnituren Selbstbestimmung bedeuten. Im grösseren Rahmen würde die Selbstbestimmung bedeuten, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Mitspracherechte zum Beispiel in der Gestaltung beziehungsweise Einrichtung der Gemeinschaftsräume in begleiteten Wohngruppen erhalten.

Diese Möglichkeit würde gleichzeitig die Partizipation erfüllen. Auch die Partizipation kann durch Institutionen gefördert werden. So würde die Möglichkeit für die betreute Wohngruppe einkaufen zu gehen zur Partizipation an der Gesellschaft führen und zugleich Integration bedeuten. An dieser Stelle sei auf die Differenz von Inklusion und Integration verwiesen. Seifert bezieht sich auf die Inklusion. Inklusion von älteren Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung würde bedeuten, dass in der Gesellschaft neue Systeme geschaffen würden, die jeden Menschen miteinschliesst (vgl. Sozialverband VdK 2015: o. S.). Hierfür sind grundlegende Veränderungen wie zum Beispiel die Veränderung der gesellschaftlichen Haltung gegenüber Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nötig. Diese Veränderungen können nicht alleine von Institutionen initiiert werden, da sie auf gesamtgesellschaftlicher und politischer Ebene geschehen müssten. Institutionen können sich dennoch für Inklusion einsetzen. Der passendere Begriff wäre die Integration auch wenn dies nicht zufriedenstellend ist, da der kognitiv beeinträchtigte Mensch sich an vorhandene Strukturen anpassen muss (vgl. Sozialverband VdK 2015: o. S.). Institutionen können die Integration von älteren Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung durch Angebote wie gemeindeintegriertes Wohnen fördern. Dadurch findet Kontakt zwischen Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen statt. Auf diesen Punkt wird später noch genauer eingegangen. Konkrete Anforderungen an Institutionen sind also das Einhalten von den Grundsätzen der Normalisierung, Partizipation, Selbstbestimmung und Integration sowie, dass die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen mit ihrer Lebenssituation und Merkmalen wahrgenommen werden.

Werden diese übergeordneten Aspekte der subjektiven und objektiven Einschätzungen berücksichtig besteht die Möglichkeit des Empfindens von Wohlbefinden. Das Wohlbefinden in den physischen, sozialen, materiellen, aktiven und emotionalen Bereichen ist in der ökologischen Aufgliederung der Wohndimensionen von Seifert enthalten. Die sogenannten Prüfkriterien gelten als Indikatoren zur Erhebung der Lebensqualität. Diese Indikatoren können als Anforderungen an begleitete Wohngruppen gesehen werden, die das Erleben von Lebensqualität älterer Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen unterstützen können. Von Vorteil ist, dass dieses Instrument durch den systemischen Hintergrund nicht nur das Individuum, in diesem Kontext kognitiv beeinträchtigte ältere Menschen, ins Zentrum stellt. Auch die Umwelt mit ihren Angeboten ist in der Wechselbeziehung ein massgebender Faktor, der für die Entwicklung von Lebensqualität entscheidend ist.

In der Interaktion im Bereich des Wohnens bedeutet dies, dass primär die Grundbedürfnisse und individuellen Bedürfnisse von älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen berücksichtigt werden sollten. Wie in den Ausführungen zuvor zu erkennen war, haben

ältere Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen nebst den generellen Grundbedürfnissen auch altersspezifische Bedürfnisse. Ein wichtiges Bedürfnis ist der Wunsch in der gewohnten Umgebung bleiben zu können. Besteht die Möglichkeit, dass eine Person bis zu ihrem Lebensende auf der Wohngruppe bleibt, kann dies ein Gefühl von Sicherheit vermitteln. Dadurch wird auch das Bedürfnis nach Beständigkeit und Vertrautheit unterstützt. Ein weiterer wichtiger Faktor ist der Wunsch nach Ruhe und Beschaulichkeit. Neben dem Bedürfnis nach Aktivierung im Alltag wird es für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wichtig, dass Raum für Entspannung gegeben wird. Ein angemessener, individueller Ausgleich zwischen Ruhe und Aktivität wird erforderlich. In diesem Zusammenhang wird auch der Indikator der Kommunikation und Beziehung relevant. Ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen brauchen die Möglichkeit mit anderen Menschen in Beziehung treten zu können. Ein Wunsch ist, dass Kontakte behalten werden. Durch den sozialen Rollenwechsel im sozialen Altern bei der Pensionierung gehen Kontakte und somit Beziehungen verloren. Hinzu kommen körperliche Gebrechen, die zu weniger Aktivitäten ausserhalb der Wohngruppe führen. Vereinsamung ist auch beim Zusammenleben mit mehreren Personen möglich, wodurch die Gefahr der Vereinsamung zunimmt. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen benötigen teilweise Unterstützung, um mit anderen Personen in Kontakt zu treten oder diesen aufrechtzuhalten. Ist diese Unterstützung nicht vorhanden, kann Vereinsamung durchaus eine Gefahr darstellen.

Die Begleitung und Unterstützung im Alltag hat Auswirkungen auf das subjektive Empfinden von Autonomie. Seifert (2000: 160) spricht in dem Konzept davon, dass durch das Verringern von Abhängigkeit die Autonomie eines Menschen gestärkt wird. Diese Abhängigkeit kann durch das Erlangen und Erhalten von Kompetenzen und Selbstständigkeit gebrochen und Autonomie gewonnen werden. Wie im psychologischen Alterungsprozess ersichtlich wurde, besteht auch im Alter dank der kristallinen Intelligenz noch die Möglichkeit neues zu erlernen. Auch Theunissen (2002: 24) geht vom Menschen als entwicklungs-, lern- und bildungsfähigen Wesen aus. Das Erledigen von alltäglichen, bedeutungsvollen Aufgaben in Kooperation mit der nötigen Unterstützung und Begleitung ist darum für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wichtig. Hinzu kommen die altersbedingten Veränderungen der Körperstrukturen. Sie bedingen, dass Teile der Selbstständigkeit verloren gehen. Die Abhängigkeit nimmt prinzipiell zu. Durch individuelle Begleitung, Unterstützung und angepasste Hilfsmittel kann die Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit dennoch aufrechterhalten werden. Trotz der altersbedingten Herausforderung entsteht möglicherweise kein totaler Verlust der Autonomie in diesem Bereich.

Insgesamt lässt sich als Anforderung erkennen, dass den Menschen trotz des Alters die Entwicklungsfähigkeit zugesprochen werden sollte. Durch das Alter finden Entwicklungen

langsamer statt. Ältere Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben altersspezifische und individuelle Bedürfnisse, die zu berücksichtigen sind, damit Wohlbefinden erlebt wird. Trotz dem Abbau durch das Alter ist die Wahrung von Autonomie und Selbstbestimmung nötig. Durch das Bedürfnis nach Beständigkeit und den Wunsch möglichst lange im gewohnten Umfeld zu leben, entsteht die Anforderung, dass Personen der Wohngruppe im Alter im Idealfall bis zum Tod in ihrem Zimmer bleiben können. Dies bedeutet, dass die Begleitung so ausgerichtet wird, dass nicht nur die pädagogische sondern auch die medizinische und allenfalls psychologische Begleitung gewährleistet wird. Somit würde der Mensch als biopsychosoziales Wesen gefasst werden.

Die zweite Dimension betrifft die materielle Struktur des Wohnbereichs und des Umfeld. Wie sich das eigene Zimmer, die Wohnung und das Wohnumfeld gestalten lassen und welche verfügbaren materiellen Ressourcen vorhanden sind, wirken auf die Lebensqualität. Die Wohngruppe stellt einen wichtigen Ausgangs- und Rückzugspunkt für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen dar. Dadurch gewinnen Bedürfnisse wie Gemütlichkeit, Barrierefreiheit und Geborgenheit an Wichtigkeit, die durch die materielle Struktur erfüllt werden können. Die Gestaltungsfreiheit im eigenen Zimmer hat einen entscheidenden Einfluss auf die Erfüllung der Grundbedürfnisse. Mit der freien Gestaltung können ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Vertrautheit, Individualität, Autonomie und Integration erlagen. Unter dem Gesichtspunkt, dass im Alter eine stärkere Identifikation mit dem eigenen Zimmer und Wohnumfeld entsteht und das Mobiliar häufig biografisch geprägt ist, erhalten diese Bedürfnisse zusätzliche Bedeutung. Hinzu kommt, dass das eigene Zimmer einen wichtigen Rückzugsort für Privatsphäre, Ruhe und Erholung darstellt wobei Möbel und persönliche Gegenstände diese Empfindungen unterstützen können. Für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden diese Aspekte nach Haveman und Stöppler (2010) wichtig. Wie in der Umschreibung der Wohnsituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ersichtlich wurde, ist diese Gestaltungsfreiheit nicht überall vorhanden, obwohl sie ein zentrales Kriterium für die Lebensqualität darstellt. Das Wohnen findet jedoch nicht nur im eigenen Zimmer statt. Die Gemeinschaftsräume wie das Wohnzimmer sind für Kontakte bedeutungsvoll. Auch hier können materielle Strukturen zum Verweilen einladen. Höpflinger (2006: 44) spricht davon, dass sich die Umgebungsgestaltung an der Biografie von älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen orientieren sollte. Demzufolge ist es sinnvoll wenn sich die Gestaltung von Gemeinschaftsräumen auf begleiteten Wohngruppen nach den Vorstellungen, Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner richtet.

Ein weiterer Punkt, den Höpflinger (2006b: 40) anspricht, sind benötigte Orientierungshilfen. Durch die kognitive Beeinträchtigung und altersbedingte Abbauprozesse, wie schlechteres Sehen oder dementielle Veränderungen, können beispielsweise zu viele Schränke in der Küche zu einem Orientierungsverlust führen. Beihilfe könnten Symbole oder Piktogramme aus der Unterstützten Kommunikation bieten. Auch weitere physische Barrieren in der Umwelt, sowohl auf den Wohngruppen als auch ausserhalb des Hauses, können die Lebensqualität im Wohnen negativ beeinflussen. Durch Verschlechterungen des Sehens und Hörens können Probleme in der Wahrnehmung entstehen. Daher ist es angebracht, dass die Wohngruppen mit gut erkennbaren Farben gestaltet sind. Durch den Verlust von Muskulatur stellen Hindernisse wie Treppen, Schwellen oder Stufen Gefahren dar. Weitere Strecken auf den Wohngruppen können anstrengend empfunden werden. Durch Handläufe an der Wand oder unterschiedliche Sitzgelegenheiten könnten diese Strecken dennoch autonom bewältigt werden. Mit solchen spezifischen materiellen Anpassungen, welche sich an altersbedingten Beeinträchtigungen orientieren, kann im Alltag trotz Verluste Selbstbestimmung und Autonomie erlebt und Abhängigkeit vermieden werden.

Seifert (2000: 160) erwähnt in dieser Dimension, dass die materielle Ausstattung entwicklungsunterstützend sein soll. Welche Entwicklung angestrebt wird und was dabei hilfreich sein könnte ist sehr individuell. In dieser Dimension müsste im Konzept von Seifert eine Anpassung wegen altersbedingten Veränderungsprozessen gemacht werden. Dies weil im Alter zusätzlich zu beachten ist, dass Fähigkeiten und Ressourcen erhalten bleiben sollten, damit Autonomie und Selbstverwirklichung weiterhin erfüllt werden können.

Als Anforderungen im strukturellen und materiellen Bereich sind vor allem altersspezifische Anpassungen zu nennen. Diese sind wichtig, damit die Autonomie erhalten bleiben kann. Durch ein stimulierendes Umfeld können sich ältere Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen neue Fähigkeiten und Kompetenzen aneignen oder bereits erworbene erhalten. Im Alter ist die Identifikation mit eigenen Gegenständen wie Möbel gross. Diese tragen häufig Erinnerungen an früher in sich. Gestaltungsfreiheiten geben den Menschen Individualität und führen zu Vertrautheit, Geborgenheit und Vertrautheit. Auch Gemeinschaftsräume sollte in Kooperation und nach den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner eingerichtet sowie gestaltet werden.

Die dritte Dimension bezieht sich auf das soziale Netzwerk. Die damit verbundenen Indikatoren sind nebst den Fachpersonen auch die anderen Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Familie, Verwandtschaft und die Nachbarschaft. Andere Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Fachpersonen sind oft um die betroffenen Personen herum. Sie beein-

flussen und prägen deren Leben wesentlich. Ein Bedürfnis im Alter in Bezug auf das soziale Netzwerk ist, dass alte Kontakte beibehalten werden können. Dadurch, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen häufig über mehrere Jahre mit den selben Personen zusammenleben und teilweise arbeiten, scheint es sinnvoll zu sein, dass diese Personen auch im Alter die Möglichkeit haben zusammen zu wohnen. Die sozialen Rollen und Beziehungen ausserhalb sind häufig sehr gering vorhanden, wodurch andere Wohnorte in Bezug auf diesen Aspekt des Alters wenig sinnvoll erscheint. Somit würde die Beständigkeit, Integration und Zugehörigkeit gefördert. Eine Schwierigkeit im Alter von kognitiv beeinträchtigten Menschen ist das Eingehen von neuen Beziehungen. Dadurch würde ein neues soziales Umfeld herausfordernd werden und unter Umständen dem Wohlbefinden und somit der Lebensqualität schaden.

Durch das Bedürfnis nach Ruhe und Beschaulichkeit wäre ein soziales Umfeld mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in einem ähnlichen chronologischen Alter förderlich. Auch in Anbetracht des Normalisierungsprinzips wäre eine heterogene Gruppenzusammenstellung weniger normalisiert. Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen wohnen in der Regel nicht mit mehreren Generationen zusammen, daher wäre eine solche Situation für ältere Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen atypisch. Fachpersonen, die das soziale Netzwerk von älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen beeinflussen, sollten konkrete Kenntnisse zum Alter und kognitiven Beeinträchtigungen haben. Fachpersonen könnten im Kontakt dazu beitragen, dass alters- und beeinträchtigungsbedingte Schwierigkeiten bewältigt werden, sodass die betroffene Person keinen kompletten Verlust des Wohlbefindens erlebt. Weiter sind Beziehungen zu Fachpersonen förderlich, da diese Ressourcen und Fähigkeiten erkennen und Anerkennung vermitteln können, welche ein wichtiges Bedürfnis im Alter darstellt. Mit Angeboten zur Tagestrukturierung, speziell bei pensionierten Personen, sind Fachpersonen auf begleiteten Wohngruppen ein wichtiges Glied im sozialen Netzwerk. Dadurch können sinnvolle Tätigkeiten mit individueller Begleitung angeboten werden. Auf das Netzwerk der Familie, Verwandte oder Freunde haben Wohngruppen weniger Einfluss. Dennoch können sie unterstützend wirken. Durch das Ermöglichen von Kontakten und Besuchen auf der Wohngruppe oder ausserhalb der Institution werden diese wichtigen sozialen Beziehungen gefördert und unterstützt.

Soziale Netzwerke ausserhalb von Institutionen sind speziell wichtig, da dadurch Kontakte nach aussen möglich sind, was wiederum die Integration fördert. Somit kann die Institution beziehungsweise Wohngruppe wichtig sein um der Vereinsamung von älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen entgegenzuwirken. Wie ersichtlich wurde, stellt sich durch das Alter in Bezug auf das soziale Netzwerk eine spezifische Herausforderung. Nicht nur die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden älter. Auch Freunde, Familie

und Verwandte der Personen werden älter. Dies kann dazu führen, dass Kontakte und Besuche abnehmen, da das soziale Netzwerk nicht mehr vorbeikommen kann. Dies bedingt individuelle Strategien, wie mit der Situation umgegangen werden kann. Aber auch, dass Personen aus dem Umfeld selber versterben kommt vor. Wie in der Lebenssituation ersichtlich wurde, haben nicht alle Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen eine Vorstellung vom Tod und Sterben. In solchen Situationen ist die Begleitung von Fachpersonen oder wichtigen Bezugspersonen unabdingbar.

Aus dieser Dimension ergeben sich Anforderungen, dass bestehende soziale Netzwerke erhalten bleiben sollten, um einer Vereinsamung entgegen zu wirken. Ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen benötigen bei Bedarf Unterstützung, um die bestehenden sozialen Netzwerke aufrecht zu erhalten. Die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sind im besten Fall ungefähr im gleichen Alter. Die Möglichkeit Besuch auf der Wohngruppe empfangen zu können, ist wichtig für soziale Kontakte. Aus den Alterungsprozessen ergeben sich nicht nur Schwierigkeiten in Bezug auf das eigene Leben, da auch Personen aus dem sozialen Netzwerk altern.

Auch die vierte Dimension wird durch begleitete Wohngruppen geprägt, da diese den Lebensmittelpunkt von älteren Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen ausmachen. Die Teilnahme am allgemeinen Leben hat Seifert (2000: 161) in zwei Indikatoren aufgeteilt nämlich die Aktivitäten ausserhalb der Institution und Arbeit beziehungsweise Beschäftigung. Durch die Pensionierung besteht weniger Kontakt zur Umwelt ausserhalb der Institution und Aktivitäten verlagern sich in das Wohnumfeld. Damit dennoch die Teilhabe und Integration an gesellschaftlichen Tätigkeiten bestehen, werden Angebote dazu benötigt. Dadurch, dass die Wohngruppe den Ausgangspunkt für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen darstellt, ist die geografische Lage der Wohngruppe entscheidend inwiefern die Partizipation möglich wird. Bei stadtnähe und guten Anschlüssen des öffentlichen Verkehrs ist die Teilhabe leichter zu bewerkstelligen. Können keine Ausflüge unternommen werden, kann keine Auseinandersetzung mit der weiteren Umwelt stattfinden. Sofern ältere Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen die Möglichkeit haben, ohne Begleitung an Aktivitäten teilzunehmen, sollte dies gefördert werden. Durch neue Aufgaben, wie Aufträge zu erledigen und Einkäufe zu tätigen, werden neben der Integration und Partizipation auch die Autonomie, Selbstverwirklichung, Anerkennung und sinnvolle Tätigkeiten gefördert. Auch Aktivitäten im Freizeitbereich wie in Vereinen und Clubs sind zu unterstützen. Ist Begleitung in der Teilhabe nötig, weil die Mobilität altersbedingt eingeschränkt ist oder aufgrund anderer physischer und psychischer Alterungsprozessen, sollte diese zur Verfügung gestellt werden. Speziell mit dem Rollenverlust bedingt durch das soziologische Altern brauchen kognitiv beeinträchtigte Personen nebst dem Wohnen Räume, in denen

alte Rollen, wie die Rolle des Vereinsmitglieds oder der einkaufenden Person im Lebensmittelgeschäft, erhalten bleiben können. Das Alter schliesst nicht aus, dass keine neuen sozialen Rollen eingenommen werden können. Auch im Alter können kognitiv beeinträchtigte Personen neue Angebote ausserhalb der begleiteten Wohngruppe beanspruchen. Solche Teilhabe- und Partizipationsmöglichkeiten sind wichtige Faktoren für das Empfinden von Wohlbefinden und schlussendlich der individuellen Lebensqualität.

Spezifische Anforderungen in der vierten Dimension sind, dass trotz der Pensionierung weiterhin Räume geboten werden, welche die Partizipation an der Gesellschaft ermöglichen und neue Räume geschaffen werden, damit die Entwicklung und der Erwerb von sozialen Positionen möglich sind.

Auch in der fünften Dimension sind die sozialen Rollen und die geografische Lage der begleiteten Wohngruppe relevant jedoch bezieht sich Seifert (2000: 162) auf die Akzeptanz durch die Bevölkerung. Inwiefern ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Umfeld partizipieren können, wird durch die positiven und negativen Reaktionen des Umfelds geprägt. In dieser Dimension könnte die doppelte Belastung der Stigmatisierung wirken. Nebst der kognitiven Beeinträchtigung, kommt das als negativ betrachtete Alter hinzu. Dies kann die Gefahr der Stigmatisierung und Ablehnung verstärken und zu Exklusion sowie Verlust von sozialen Rollen führen.

Die Anforderungen an begleitete Wohngruppen in dieser Dimension sind die Integration zu fördern, das direkte Umfeld aufzuklären, zu vermitteln und schlechte Erfahrungen der Klientel abzufangen.

Die letzte wesentliche Dimension in Bezug auf das Wohnen von kognitiv beeinträchtigten Personen ist die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden. Diese ist nach Seiferts Konzept (2000: 162) entscheidend für das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner. Vor allem die institutionellen Arbeits- und Rahmenbedingungen wirken auf diese Dimension. Je zufriedenstellender das Arbeitsklima ist und je kompetenter die Begleitpersonen sind, desto positiver und förderlicher wirkt sich dies auf die Klientel aus. Diese Dimension gilt für alle begleiteten Wohngruppen gleich und in Bezug auf die Begleitung von alten Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen kommt vor allem das nötige gerontologische Fachwissen in Bezug auf das Alter hinzu.

Damit Institutionen diese Anforderungen bedienen können, werden vor allem konzeptuelle Grundlagen benötigt. Die Grund- und Wertehaltung in der Institution sollte sich am Normalisierungsprinzip, der Selbstbestimmung, der Partizipation, der Integration und der Inklu-

sion orientieren, um die Indikatoren aus dem Konzept von Seifert zu erfüllen. Die Begleitpersonen auf den Wohngruppen spielen in der Umsetzung eine wesentliche Rolle und sollten diese Haltung im Alltag mit der Klientel umsetzen. Diese Anforderungen können realisiert werden, führen jedoch nicht zwangsläufig zur Entstehung von Lebensqualität, da diese einen individuellen und subjektiven Charakter hat.

8 Schlussfolgerungen

Das Alter kann als eine gesellschaftliche Masseinheit der bisherigen Lebenszeit eines Menschen gesehen werden. Das Altern ist ein komplexer, mehrdimensionaler Prozess, der bereits bei der Geburt durch die Entwicklung beginnt und schlussendlich mit dem Tod endet. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind keine homogene Gruppe. Sie haben unterschiedliche Fähigkeiten, Fertigkeiten, Potenziale, Ressourcen und Kompetenzen. Durch die vielfältigen Lebenssituationen gibt es nicht ein spezifisches Alter von kognitiv beeinträchtigten Menschen. Biologische Alterungsprozesse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen unterscheiden sich nicht wesentlich im Vergleich zu Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen. Dennoch bedingen unterschiedliche gesellschaftliche, wirtschaftliche und soziale Positionen und Ausgangslagen, dass sich das Leben im Alter stark von dem der Gesamtbevölkerung unterscheidet. Durch die lebenslange Begleitung und Unterstützung wird diese auch im Alter weiterhin benötigt. Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die in der heutigen Zeit älter sind, haben häufig in einem fremdbestimmten Umfeld gelebt und wurden wenig bis gar nicht in der Entwicklung begleitet, unterstützt oder gefördert. Doch auch im Alter hat der Mensch die Möglichkeit sich zu entwickeln und neue Kompetenzen zu erlangen. Im Wohnen haben Menschen konkrete Grundbedürfnisse, die erfüllt werden sollen. Alle Menschen im Alter haben in der Regel das Bedürfnis den Lebensabend in Ruhe zu geniessen. Auch die Gemütlichkeit wird wichtiger. Die Wohnung ist ein wichtiger Identifikations- und Erinnerungspunkt. Diese Bedürfnisse treffen auch auf ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu. Seifert hat ein Konzept entwickelt, welches konkret für Menschen mit kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen in Wohneinrichtungen entwickelt wurde. Es bietet aus systemökologischer Sicht Indikatoren, die zur Lebensqualität führen können, wobei die Lebensqualität als Zielperspektive gesehen wird. Dies da die Lebensqualität individuell ist und nicht nur durch äussere Bedingungen entstehen kann.

Auch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben das Recht in Würde zu altern. Das heisst, dass das Alter auch als Phase der Ruhe gesehen werden kann und muss. Der Erhalt von Autonomie und Selbstbestimmung ist wichtig. Auch in kleineren Lebensbereichen und Entscheidungen sollten diese respektiert, geachtet und gewürdigt werden. Wird

der Mensch als biopsychosoziales Wesen betrachtet, wird im Alter eine Begleitung durch Fachpersonen aus den sozialen, medizinischen und psychologischen Bereichen mit gerontologischem Wissen nötig. Auch in dem Konzept von Seifert (2000: 159) wird das Wohlbefinden, welches die Ausgangslage für die Lebensqualität darstellt, durch biologische, psychische und soziale Faktoren beeinflusst. Daher wäre es von Vorteil, wenn ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Begleitung und Unterstützung von interdisziplinären Teams erhalten.

Dies bedingt jedoch, dass die Thematik des Alters von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erkannt wird und entsprechende Angebote bereitgestellt werden. Auch Thesing (2009: 78) sowie INSOS (o. J.) betonen die Wichtigkeit von angepassten Wohnangeboten für ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind nach Kraft (2006: 196) in Alters- und Pflegeheimen in der Regel falsch platziert, da der Schwerpunkt der Versorgung im medizinischen Bereich liegt und weniger spezifisch auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ausgerichtet ist. Das Alter von kognitiv beeinträchtigten Menschen im institutionellen Kontext erfordert neue Konzepte und konkretes, gerontologisches Fachwissen damit Lebensqualität als Zielperspektive im Alter angestrebt werden kann. Jedoch können lediglich die Grundlagen zur Verfügung gestellt werden, da das Entstehen von Lebensqualität sich subjektiv unterscheidet. Die Wünsche und Vorstellungen des eigenen Alters von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind kaum erforscht und erhoben, wodurch erstens keine Daten vorhanden sind und sich zweitens Aussagen nur auf Vermutungen abstützen. Somit würden auch empirische und statistische Erhebungen nötig, damit dem Alter von kognitiv beeinträchtigten Menschen gerecht werden kann.

Für die Soziale Arbeit ist diese Thematik relevant, da Professionelle sowohl mit älteren Menschen als auch mit kognitiv beeinträchtigten Menschen zusammenarbeiten. Langfristig gesehen wird die Lebenserwartung von beiden Zielgruppen zunehmen. Durch die Fortschritte in der Begleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden sich die Anforderungen bald wieder verändern. Die nächsten Generationen von älteren Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden vermutlich weniger stark fremdbestimmt und haben eher Möglichkeiten in punktuell begleiteten Wohnformen zu leben. Dadurch ergeben sich wiederum neue Anforderungen an die Altersbegleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen.

9 Quellenverzeichnis

Ackermann, Karl-Ernst (2000). Lebenslange Bildung auch im Alter. In: Jakobs, Hajo/König, Andreas/Theunissen, Georg (Hg.). Lebensräume-Lebensperspektiven. Ausgewählte Beiträge zur Situation Erwachsener mit geistiger Behinderung. 3. Auflage. Butzbach-Griedel: Afra Verlag. S. 332-346.

AHV/IV (2015). 4.14 Leistungen der IV. Assistenzbeitrag der IV. URL: https://www.ahv-iv.ch/p/4.14.d [Zugriffsdatum: 27. Mai 2015].

Bach, Heinz (1995). Hauptbedürfnisse behinderter alter Menschen als Herausforderung für die Pädagogik. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V. (Hg.). Wohnen heisst zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 135-143.

Bundesamt für Statistik (2015). Bevölkerungsbewegung – Indikatoren. Lebenserwartung. URL: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html [Zugriff 07. Mai 2015].

Brinkmann, Ralf (2014). Angewandte Gesundheitspsychologie. Hallbergmoos: Pearson.

Degen, Johannes (2006). Gemeinsam älter werden – möglichst unbehindert. In: Krueger, Fritz/Degen, Johannes (Hg.). Das Alter behinderter Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 13-25.

Driller, Elke/Pfaff, Holger (2006). Soziodemographische Struktur von Menschen mit Behinderung in Deutschland. In: Krueger, Fritz/Degen, Johannes (Hg.). Das Alter behinderter Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 26-117.

Drechsler, Christiane (2004). Zur Lebensqualität Erwachsener mit geistiger Behinderung in verschiedenen Wohnformen untersucht am Beispiel der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld und der Werkgemeinschaft Bahrenhof e.V. Luzern: Edition SZH/CSPS.

Gusset-Bährer, Sinikka (2006). Der Übergang in den Ruhestand bei älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung. In: Furger, Martha/Kehl, Doris (Hg.). Alt und geistig behindert. Herausforderung für Institutionen und Gesellschaft. Luzern: Edition SZH/CSPS. S. 69-81.

Haveman, Meindert/Stöppler, Reinhilde (2010). Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Höpflinger, François (2006a). Age Report 2004. Traditionelles und Neues Wohnen im Alter. Zürich: Seismo Verlag.

Höpflinger, François (2006b). Lebens- und Wohnkultur für verschiedene Phasen des Alters. In: Furger, Martha/Kehl, Doris (Hg.). Alt und geistig behindert. Herausforderung für Institutionen und Gesellschaft. Luzern: Edition SZH/CSPS. S. 33-45.

Höpflinger, François (2013). Zur langfristigen Entwicklung der Lebenserwartung in der Schweiz – Studientext und historisches Datendossier zur Lebenserwartung in früheren Jahrhunderten. URL: http://www.hoepflinger.com/fhtop/Lebenserwartung-historisch1.pdf [Zugriffsdatum 20. April 2015].

Höpflinger, François (2015). Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen. URL: http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf [Zugriffsdatum 20. April 2015].

Humanrights (2014). Bewegungs- und Niederlassungsfreiheit: Rechtsquellen. URL: http://www.humanrights.ch/de/internationale-menschenrechte/rechtsquellen/bewegungs-niederlassungsfreiheit [Zugriffsdatum 21. April 2015].

Hurrelmann, Klaus (2006). Einführung in die Sozialisationstheorie. 9. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

insieme (o. J.). Definitionen. URL: http://insieme.ch/geistige-behinderung/definitionen/ [Zugriffsdatum: 08. Mai 2015].

INSOS (o. J.). Behinderung und Alter. URL: http://www.insos.ch/themen/querschnittsthemen/behinderung-und-alter/ [Zugriffsdatum: 15. Mai 2015].

INSOS 2009. Berufliche Bildung für alle! URL: http://www.insos.ch/assets/Downloads/Berufliche-Bildung-fuer-alle-D.pdf [Zugriffsdatum: 15. Mai 2015].

Jucker Meier, Heidi (2006). „Wenn ich alt bin, möchte ich auch da wohnen". Erfahrungsbericht aus der Martin Stiftung Erlenbach. In: Furger, Martha/Kehl, Doris (Hg.). Alt und geistig behindert. Herausforderung für Institutionen und Gesellschaft. Luzern: Edition SZH/CSPS. S. 61-68.

Kraft, Wolfgang (2006). Pflege älterer Menschen mit Behinderungen: Tendenzen – Entwicklungen – Perspektiven. In: Krueger, Fritz/Degen, Johannes (Hg.). Das Alter behinderter Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 192-201.

Kräling, Klaus (1995). Wohnen heisst zu Hause sein. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V. (Hg.). Wohnen heisst zu Hause sein. Handbuch für die Praxis

gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 21-28.

Lempp, Reinhart (2001). Geistige Behinderung im Lebenslauf. Die Bedeutung der Kompetenzförderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung für die Aufrechterhaltung der erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.). Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Band V. Opladen: Leske + Budrich. S. 123-139.

Seifert, Monika (o. J.). Heilpädagogische Facette Das Menschenbild der Geistigbehindertenpädagogik unter besonderer Berücksichtigung der Personen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf. Köln. URL: http://www.gib-ev.eu/material/seifert03.pdf [Zugriffsdatum: 09. Juni 2015].

Seifert, Monika (1997a). Lebensqualität und Wohnen bei schwerer geistiger Behinderung. Theorie und Praxis. Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung. Band 3. Reutlingen: Diakonie Verlag.

Seifert, Monika (1997b). Wohnalltag von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung. Eine Studie zur Lebensqualität. Berliner Beiträge zur Pädagogik und Andragogik von Menschen mit geistiger Behinderung. Band 4. Reutlingen: Diakonie Verlag.

Seifert, Monika (2000). Wohnen – so normal wie möglich. In: Jakobs, Hajo/König, Andreas/Theunissen, Georg (Hg.). Lebensräume-Lebensperspektiven. Ausgewählte Beiträge zur Situation Erwachsener mit geistiger Behinderung. 3. Auflage. Butzbach-Griedel: Afra Verlag.

Seifert, Monika (2006). Lebensqualität von Menschen mit schweren Behinderungen Forschungsmethodischer Zugang und Forschungsergebnisse. URL: http://bidok.uibk.ac.at/library/inkl-02-06-seifert-lebensqualitaet.html#idp1911216 [Zugriffsdatum: 17. Mai 2015].

Seifert, Monika (2007). Teilhabe, Selbstbestimmung und Gleichstellung auch für Menschen mit hohem Hilfebedarf?! In: Burger, Herbert/Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Landesverband Niedersachsen e.V. (Hg.). Festschrift. Menschen mit schweren Behinderungen gehören dazu! 1. Auflage. O. V.: Hannover. S. 59-74.

Sozialverband VdK Bayern e.V.(2015). Inklusion und Integration. Miteinander leben, statt getrennt! URL: http://www.vdk.de/bayern/pages/26741/inklusion_und_integration [Zugriffsdatum: 05. Juni 2015].

Stöppler, Reinhilde (2014). Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. München: Reinhardt Verlag.

Theunissen, Georg (2002). Altenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Thesing, Theodor (2009). Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Wacker, Elisabeth (2001). Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung – ein kompetenz- und lebensqualitätsorientierter Ansatz. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.). Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Band V. Opladen: Leske + Budrich. S. 43-121.

Wehrli-Schindler, Brigit (1997). Wohnen im Alter: zwischen Zuhause und Heim. Braucht es neue Wohnformen für Betagte? Zürich: Seismo Verlag.