



Dezernat	II	Az.	Datum	26.03.2008
----------	----	-----	-------	------------

Nr. 197 / 2008

Betreff:

Symposium «Leben mit Behinderung im Alter»

Betrifft Antrag/Anfrage Nr. 169/05
128/06

Antragsteller/in: SPD-Fraktion
CDU-Fraktion

Beratungsfolge	TOP	Sitzungstermin	Öff.	N.Ö.
1. Sozialausschuss	04.00	24.04.2008	X	
2.				
3.				

☐ Einladung an Bezirksbeirat/ Sachverständige

Finanzielle Auswirkungen ?

☐ ja

☒ nein

Nr.	197 / 2008
Blatt	- 2 -

Finanzielle Auswirkungen (falls "ja": zumindest geschätzt):

1) **Einmalige Kosten/ Erträge**

Gesamtkosten der Maßnahme		€
Objektbezogene Einnahmen (Zuschüsse usw.)	./.	€
Kosten zu Lasten der Stadt		€

2) **Laufende Kosten / Erträge**

Laufender Betriebs- und Unterhaltungsaufwand- (einschl. Finanzierungskosten)		€
zu erwartende Erträge	./.	€
jährliche Belastung		€

Dr. Kurz

Grötsch

Symposium «Leben mit Behinderung im Alter»

Die Verwaltung legt hiermit die Dokumentation des Symposiums «Leben mit Behinderung im Alter» vor, das am 12. Dezember 2007 stattgefunden hat.

Symposium «Leben mit Behinderung im Alter»

Die Dokumentation der Veranstaltung hat folgenden Inhalt:

Begrüßung und Eröffnung des Symposiums	5
<i>Erster Bürgermeister Christian Specht, Stadt Mannheim</i>	
Den Ruhestand gestalten lernen – Praxiserfahrungen zu Entwicklungen von älteren Menschen mit Behinderung	8
<i>Prof. Dr. Helmut Mair, Westfälische Wilhelms-Universität Münster</i>	
„Wir wissen selber, was wir brauchen!“ Personenbezogene Resilienzfaktoren von älteren Menschen mit geistiger Behinderung beim Übergang in den Ruhestand	20
<i>Ann-Kathrin Klein, Westfälische Wilhelms-Universität Münster</i>	
Workshop 1: Auch im Alter mitten drin? Menschen mit geistiger Behinderung	27
<i>Rudi Sack, Geschäftsführer des Landesverbands Baden-Württemberg der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung e.V.</i>	
Workshop 1 - Ergebnisse.....	31
Workshop 2: Besondere Herausforderungen für Menschen mit seelischen Störungen und Demenzen	33
<i>PD Dr. Daniel Kopf, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit</i>	
Workshop 2 - Ergebnisse.....	42
Workshop 3: Besondere Herausforderungen für Menschen mit körperlicher bzw. Sinnesbehinderung	47
<i>Albrecht Hegener, Paritätischer Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg</i>	
Workshop 3 - Ergebnisse.....	50
Schlussrunde: Mit Behinderung in Würde alt werden – aber wie?	52

Symposium «Leben mit Behinderung im Alter»

Immer mehr Menschen mit Behinderung erreichen heute aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts ein hohes Alter.

«Leben mit Behinderung im Alter» war Thema eines gleichnamigen Symposiums am 12. Dezember 2007 im Stadthaus, zu dem der städtische Beauftragte für Menschen mit Behinderungen auf Veranlassung der Mitglieder des gemeinderätlichen Sozialausschusses eingeladen hat.

Die Veranstaltung mit rund 80 Teilnehmer/innen hat eine Fülle von Informationen, Anregungen und Empfehlungen gebracht, die beim weiteren Ausbau eines integrativen Hilfesystems für Menschen mit Behinderung in Mannheim wertvoll sein können.

Die Verwaltung legt hiermit zeitnah die Dokumentation der Veranstaltung vor (Anlage).



Antrag Nr. **169** / **2005**

Gemeinderatsfraktion der Stadt Mannheim

Herrn
Oberbürgermeister
Gerhard Widder
Rathaus, E 5

68159 Mannheim

DER OBERBÜRGERMEISTER Abt. Ratsangelegenheiten Eingang: Antrag	
2.9. Juni 2005	
Federführendes Dezernat:	Mitzeichnende/s Dezernat/e:
III	

27. Juni 2005



Eingliederungshilfen für behinderte Menschen

Antrag zur Sitzung des Gemeinderates am 26. Juli 2005

Der Gemeinderat möge beschließen:

Die Verwaltung legt dem Gemeinderat - rechtzeitig zu den Haushaltsberatungen - ein Konzept zur Umsetzung der Hilfen für behinderte Menschen (Eingliederungshilfe), nach den neuen Grundsätzen des neuen Sozialhilferechts (SGB XII) vor.

Insbesondere soll dabei dargelegt werden, wie der Grundsatz „ambulant vor stationär“ und das „persönliche Budget“ künftig umgesetzt werden sollen.

Begründung:

Zum 1.1.2005 wurde die Aufgabe der Eingliederungshilfe vom Landeswohlfahrtsverband Baden auf die Stadt Mannheim verlagert. Zeitgleich hat der Bundesgesetzgeber mit der Neufassung des Sozialhilferechts den Grundsatz „ambulant vor stationär“ und als neue Leistungsform das „persönliche Budget“ eingeführt. Ziel dieser Neuerungen ist es, den Menschen mit Behinderungen durch individuelle Hilfeangebote ein Höchstmaß an Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu bieten, sie in ihrer Weiterentwicklung zu unterstützen und ihnen ein Leben zu ermöglichen, welches sich weitgehend an der Lebenswelt nicht behinderter Menschen orientiert.

Bundesweit ist die Eingliederungshilfe in den letzten Jahren in erheblichem Umfang angewachsen. Die Steigerung der Ausgaben lag in den Jahren 2001 bis 2005 bei annähernd 25 Prozent. Besonders gestiegen sind dabei die stationären Kosten. Dem soll durch einen Ausbau der ambulanten Hilfen begegnet werden. Die Steigerungen werden sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Der wichtigste Grund hierfür liegt in der Altersstruktur behinderter Menschen. Sie unterscheidet sich wesentlich von der Altersstruktur der Gesamtbevölkerung, denn die behinderten Menschen sind im Durchschnitt jünger als die Nichtbehinderten. Behinderte Menschen erreichen wegen der besseren medizinischen Versorgung heute eine ähnlich lange Lebenserwartung wie die Durchschnittsbevölkerung.

Vor diesem Hintergrund ist es dringend geboten, durch wirksame Steuerung der Einzelfallhilfen die ambulante Hilfe auszubauen und teuren stationären Hilfen vorzubeugen. Dies dient zugleich der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts der behinderten Menschen und unterstützt die Familienangehörigen. Erforderlich ist ein ambulanter Fachdienst, der durch aufsuchende Hilfe die Menschen unterstützt und gemeindenahen Hilfen im Einzelfall organisiert.

SPD-Gemeinderatsfraktion

Dr. Frank Mentrup

Geschäftsbereich
Rathaus, E 5
68159 Mannheim

Telefon (0621) 293-20 90/91
Telefax (0621) 293-94 70

Sparkasse Rhein-Neckar-Nord
Kto.Nr. 30 252 993
BLZ 670 505 05

Marianne Bade
Stv. Vorsitzende

E-mail: spd@mannheim.de
Internet: <http://www.spd-gemeinderatsfraktion-mannheim.de>



Antrag Nr. **128/06**

GEMEINDERATSFRAKTION MANNHEIM



Geschäftsstelle im Rathaus E 5,
68159 Mannheim

CDU-Gemeinderatsfraktion · Postfach 10 30 51 · 68030 Mannheim

Oberbürgermeister der
Stadt Mannheim
Herrn Gerhard Widder
Rathaus E 5

68030 Mannheim

DER OBERBÜRGERMEISTER	
Abt. Ratsangelegenheiten	
Eingang: Amtliche Eingänge	
14. Feb. 2006	
Federführendes Dezernat:	Mitberatende/s Dezernat/e:
III	

Postfach 10 30 51
68030 Mannheim

Telefon (06 21) 2 93 - 2190
Telefax (06 21) 2 93 - 94 40
E-Mail: cdu@mannheim.de

13. Februar 2006

ANTRAG
zu den Etatberatungen am 20.-22. Februar 2006

FB 50: Leben mit Behinderung im Alter
Einzelplan 4

Der Gemeinderat möge beschließen:

Anknüpfend an den Grundlagenbericht zur Mannheimer Altenhilfeplanung aus dem Jahre 2001 und dem Umsetzungsprogramm zum Stadtpflegebericht Mannheim 2004 legt die Verwaltung dem Gemeinderat ihre Perspektiven vor, wie die Aufgaben hinsichtlich des Altersruhestandes von Menschen mit Behinderung gemeistert werden können.

Zur Vorbereitung der Konzeption der Verwaltung wäre in Ergänzung der Symposien zur Pflege ein Symposium: „Leben mit Behinderung im Alter“ ausgesprochen hilfreich, um den differenzierten Anforderungen gerecht werden zu können.

Das Symposium soll sich mit der Beteiligung der freien Träger und der betroffenen Organisationen an der Entwicklung und der Konzeption zur Bewältigung der Aufgabe beschäftigen.

Begründung:

Menschen mit Behinderung erreichen inzwischen ein Alter, wie andere nichtbehinderte Menschen auch. Damit erfahren sie einen Lebensabschnitt jenseits der beruflichen Tätigkeit oder einer Arbeit in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung.

Auf diese Entwicklung sollten sich Verwaltung, die freien Träger und die betroffenen Organisationen gemeinsam vorbereiten.

Carsten Südmersen
Fraktionsvorsitzender

Konrad Schlichter
Stellvertr. Fraktionsvors.

Dr. Adelheid Weiss
Stellvertr. Fraktionsv.

Dr. Jens Kirsch
Stadtrat



Behindertenhilfe

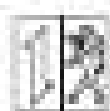
Leben mit Behinderung im Alter

Symposium

12. Dezember 2007

Stadthaus N1, Ratssaal

Fachbereich Soziale
Sicherheit, Arbeitshilfen
und Senioren



STADT MANNHEIM

Dezernat II

Wirtschaft, Arbeit, Soziales, Kultur

Impressum

Herausgeber	Stadt Mannheim Dezernat für Wirtschaft, Arbeit, Soziales, Kultur Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren
Redaktion	Walter Werner Monika Heinrich
Fotos	Monika Pfriem
Bezug	Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren K1, 7 – 13, 68159 Mannheim sozialplanung@mannheim.de
Kontakt	Klaus Dollmann, Beauftragter für Menschen mit Behinderungen Stadt Mannheim, Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren, Planungsbüro K1, 7-13, 68159 Mannheim Tel: 0621 293-3490, Fax: 0621 293-473490 klaus.dollmann@mannheim.de
Druck	Hausdruckerei der Stadt Mannheim Mannheim, März 2008

Vorwort

Leben mit Behinderung im Alter

Immer mehr Menschen mit Behinderung erreichen heute ein hohes Alter. Dafür sorgen insbesondere die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt. Welche Bedürfnisse, Wünsche und Sorgen haben Menschen mit Behinderung im Alter? Welche Herausforderungen kommen auf die Dienste, Einrichtungen und Mitarbeiter/innen im Hilfesystem für behinderte Menschen zu?

Ziel des Symposiums „Leben mit Behinderung im Alter“ war es, den Fachdialog zu einem bislang wenig bearbeiteten Thema zu eröffnen und dabei auch Betroffenen Raum zur Darstellung ihrer Sichtweisen zu geben. Die Initiative zur Durchführung dieses Symposiums geht auf Antrag der beiden Gemeinderatsfraktionen der CDU und SPD zurück, die Zustimmung im Sozialausschuss gefunden haben.

Im Ergebnis wurden viele Informationen zu Erfahrungen und Situation von Menschen mit Behinderung im Alter zusammengetragen und wertvolle Anregungen und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung ihrer Situation in Mannheim entwickelt.

Eine dialogorientierte Sozialberichterstattung liefert unmittelbare Hinweise auf die Lebenslagen von Menschen mit Behinderung und den weiteren Ausbau eines integrativen Hilfesystems. Seit dem Jahr 2007 hat die Sozialverwaltung auf Initiative des Gemeinderates diese Berichterstattung dezidiert zu einem fachlichen Schwerpunkt ausgestaltet, der je nach Art der Behinderung und biografischem Lebensabschnitt Grundlageninformationen für eine zielgerichtete Gestaltung der Sozialpolitik und des Dienstleistungsangebotes für Menschen mit Behinderung in Mannheim zusammenträgt, die den Grundsätzen der Integration und Teilhabe verpflichtet sind.

Mit dieser Dokumentation wollen wir die Mannheimer Öffentlichkeit für dieses bislang zu wenig beleuchtete Thema sensibilisieren, die Lebenswelt und Bedarfslagen betroffener Menschen mit Behinderung im Alter und ihrer Angehörigen besser verständlich machen, verantwortliche Träger der Behindertenhilfe zu mehr Initiative anregen und der Planung und Politik Informationen zur Orientierung und Weichenstellung in diesem Feld mit wachsender kommunalpolitischer Bedeutung liefern.

Michael Grötsch
Bürgermeister
Dezernat für Wirtschaft, Arbeit,
Soziales, Kultur

Hermann Genz
Leiter des Fachbereichs
Soziale Sicherung,
Arbeitshilfen und Senioren

Inhalt

Begrüßung und Eröffnung des Symposiums	5
Erster Bürgermeister Christian Specht, Stadt Mannheim	
Den Ruhestand gestalten lernen	8
Praxiserfahrungen zu Entwicklungen von älteren Menschen mit Behinderung Prof. Dr. Helmut Mair, Westfälische Wilhelms-Universität Münster	
„Wir wissen selber, was wir brauchen!“	20
Personenbezogene Resilienzfaktoren von älteren Menschen mit geistiger Behinderung beim Übergang in den Ruhestand Ann-Kathrin Klein, Westfälische Wilhelms-Universität Münster	
Workshop 1: Auch im Alter mitten drin? Menschen mit geistiger Behinderung	27
Rudi Sack, Geschäftsführer des Landesverbands Baden-Württemberg der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung e.V.	
Workshop 1 - Ergebnisse	31
Workshop 2: Besondere Herausforderungen für Menschen mit seelischen Störungen und Demenzen	33
PD Dr. Daniel Kopf, Zentralinstitut für seelische Gesundheit	
Workshop 2 - Ergebnisse	42
Workshop 3: Besondere Herausforderungen für Menschen mit körperlicher bzw. Sinnesbehinderung	47
Albrecht Hegener, Paritätischer Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg	
Workshop 3 - Ergebnisse	50
Schlussrunde: Mit Behinderung in Würde alt werden – aber wie?	52
Anhang	55

Begrüßung und Eröffnung des Symposiums

Erster Bürgermeister Christian Specht, Stadt Mannheim



Meine sehr geehrten Damen und Herren,

in diesem für Mannheim so bedeutenden Jubiläumsjahr haben schon viele, sehr unterschiedliche Veranstaltungen stattgefunden. Große Events, große Feiern mit vielen Gästen. Wir führen in diesem Jahr auch Veranstaltungen durch, die deutlich machen – diese Stadt lebt vor allem durch ihre engagierten Menschen und durch die vielen sozialen Kontakte untereinander.

Umso mehr freue ich mich, Sie heute hier im Ratssaal in N 1 zu dieser besonderen Veranstaltung begrüßen zu dürfen, die die Wichtigkeit des sozialen Miteinanders, speziell die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung im Alter zum Thema hat.

Fragen zur Demografie beschäftigen Politik und Gesellschaft in den letzten Jahren in besonderer Weise. Ausdruck hierfür ist auch die Diskussion um die Zukunft sozialer Sicherungssysteme. Der Sozialwissenschaftler Friedhelm Hengsbach, Nestor der katholischen Soziallehre, formuliert hierzu die Maxime, der ich mich gerne anschließe: „Eine moderne Gesellschaft sichert kollektive Risiken solidarisch ab; nur individuelle Risiken lässt sie durch die einzelnen Wirtschaftssubjekte privat absichern.“

Zu Recht fordern wir von unseren Bürgerinnen und Bürgern, dass sie sich selbst engagieren und nicht sofort nach Leistungen von Staat oder Kommune rufen. Aber es gibt auch Unwägbarkeiten des Lebens, bei denen wir als Gesellschaft die Einzelnen nicht alleine lassen dürfen. Für solche Lebens- und Notlagen müssen wir als Gemeinschaft solidarische Lösungen finden. Die sozialen Sicherungssysteme in unserem Land haben einen hohen Standard. Unser gemeinsames Anliegen ist, dass dies auch so bleibt.

In ganz besonderer Weise treffen die gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen den Bereich der Behindertenhilfe. Durch den medizinisch-technischen Fortschritt gleicht sich die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung immer mehr der allgemein steigenden Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung an.

Die Zahl der Menschen mit Behinderung, die in den nächsten Jahren ins Rentenalter kommen, steigt auch deshalb, weil die schrecklichen Euthanasieaktionen gegen behinderte Menschen mehr als sechs Jahrzehnte zurückliegen.

Der Prozess des Alterns verläuft bei Menschen mit geistiger Behinderung in gleicher Weise wie bei Menschen ohne geistige Behinderung. Demenzerkrankungen nehmen bei einer insgesamt steigenden Lebenserwartung ebenfalls zu. Wir können davon ausgehen, dass die Entwicklung im Alter von geistig behinderten gegenüber geistig nicht behinderten Menschen vergleichbar verläuft. Das lässt sich auch auf andere Behinderungsarten übertragen.

Darauf – das ist auch der Anlass für dieses Symposium – ist die Träger- und Angebotslandschaft in Mannheim noch unzureichend eingestellt. Wir müssen das Thema Behinderung im Alter angemessen und sensibel zur Kenntnis nehmen und wir wollen in Mannheim auch präventiv nach Wegen suchen, wie Menschen mit Behinderung auch im Alter ein zufrieden stellendes Leben führen können.

Das Sozialministerium Baden Württemberg rechnet in den nächsten 10 Jahren mit einem stetigen Anstieg von älteren Menschen mit Behinderung. Davon gehen wir auch in Mannheim aus. Das ist einerseits erfreulich, andererseits wird es aber für viele Einrichtungen und Dienste neue Anforderungen und fachlich-konzeptionelle Anpassungsprozesse geben. Wir müssen im Weiteren ausloten, wie sich der Bedarf in Zukunft fachlich und quantitativ darstellt und wie wir mit den bewährten Trägern der Behindertenhilfe und den Vertretern der Betroffenen eine bedarfsgerechte Betreuung und Versorgung sicherstellen können. Klar ist, der Bedarf ist da und wird in den nächsten Jahren noch zunehmen.

Die Stadt Mannheim ist seit Inkrafttreten der Verwaltungsreform Baden Württemberg am 01.01.2005 für die gesamte Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und die Hilfe zur Pflege zuständig. Sie trägt dadurch nicht nur die finanzielle Verantwortung für jeden einzelnen Hilfefall, sondern hat nun auch die Möglichkeit, die Planung und Struktur der Hilfeangebote maßgeblich zu steuern. Das bedeutet, sie kann differenzierter auf die Bedarfe der behinderten und pflegebedürftigen Mannheimer Bürgerinnen und Bürger eingehen und maßgeschneiderte örtliche Hilfestrukturen entwickeln. Es liegt an uns als Stadt Mannheim und den örtlichen Trägern der Freien Wohlfahrtspflege, inwieweit wir uns dieser Verantwortung stellen wollen und können. Die Veränderungen der gesetzlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für behinderte und pflegebedürftige Menschen erfordern, dass künftig die entsprechenden Hilfen angepasst und weiterentwickelt werden müssen. War die allgemeine Zielrichtung bisher überwiegend die reine Versorgung und Integration in die bestehenden Hilfsangebote für behinderte und pflegebedürftige Menschen, so gilt es jetzt, diesen Menschen individuell zugeschnittene Wege zu einem erfüllten und selbstständigem Leben zu ebnen.

Das heutige Symposium ist für uns ein wichtiger Schritt in der Weiterentwicklung der Behindertenhilfe. Wir versprechen uns von dieser Veranstaltung wichtige Erkenntnisse darüber,

wie sich die Situation in unserer Stadt darstellt und in welche Richtung wir uns künftig weiterbewegen.

Wir wissen es dabei zu schätzen, dass wir, unterstützt durch die Wohlfahrtsverbände und andere Träger, vielfältige Angebote sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich für Menschen mit Behinderung anbieten können.

Wie können diese Angebote an die besonderen Bedingungen, die sich aus der demografischen Entwicklung ergeben, rechtzeitig angepasst werden? Wie können Grundsätze und Leitlinien für eine Entwicklung aussehen, die auch in höherem Alter gleichberechtigte Teilhabe sicherstellen? Welche besonderen Bedürfnisse haben Sie als Betroffene, die zu Recht mehr Emanzipation und Integration einfordern?

Ich selbst bin sehr gespannt auf Ihre Ergebnisse. Sicher werden diese auch Beachtung im Gemeinderat finden. Es war ja auch der Wunsch des Gemeinderats, durch ein solches Symposium Anregungen für seine weiteren Beratungen zu bekommen.

Einen besonderen Gruß richte ich an die Referentinnen und Referenten des heutigen Tages:

Herrn Prof. Dr. Helmut Mair und Frau Ann-Katrin Klein vom Institut für Erziehungswissenschaften der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster,

Herrn Albrecht Hegener, Referent für Behindertenhilfe beim Paritätischen Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg,

Herrn Rudi Sack von der Lebenshilfe Landesverband Baden Württemberg,

und Herrn Dr. Daniel Kopf vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit.

Es freut mich, dass Sie uns durch Ihre Beiträge die Möglichkeit geben, auch an Erfahrungen, die andernorts gemacht wurden teilzuhaben. Ich danke auch allen, die dieses Symposium vorbereitet haben, stellvertretend dem städtischen Beauftragten für Menschen mit Behinderungen Herrn Dollmann, der Sie durch die heutige Veranstaltung als Moderator gemeinsam mit Frau Heinrich führen wird.

Ziel für uns ist es, die Bedingungen für Menschen mit Behinderung in unserer Stadt zu verbessern. Wir wollen unsere Stadt attraktiver machen für alle die hier leben, wohnen und arbeiten. Sie können uns mit Ihren Vorschlägen dabei weiterhelfen. Ich wünsche Ihren Beratungen daher einen guten Verlauf

Den Ruhestand gestalten lernen

Praxiserfahrungen zu Entwicklungen von älteren Menschen mit Behinderung

Prof. Dr. Helmut Mair, Westfälische Wilhelms-Universität Münster



1. Hintergründe und demographische Entwicklungen

In unserer „alternden Gesellschaft“ wächst die Zahl und der Anteil älterer und hochaltriger Menschen und verbunden damit auch die Zahl älterer Menschen mit Behinderung.

Zuerst einige relevante quantitative Daten und Entwicklungen hierzu: Die Zahl der älteren Menschen über 65 wird nicht nur absolut, sondern auch relativ eklatant zunehmen: Auf 2 erwachsene Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 65 wird demnächst (2030) 1 Person über 65 kommen. Im Jahr 2050 werden 30 Mio. Älteren (über 65) „nur“ noch 49 Mio. Jüngere zwischen 0 – 65 gegenüber stehen.

Tabelle 1: Demografische Altersstrukturentwicklung

2006	2050
Bevölkerung insgesamt: 80 Mio. hiervon unter 65 Jahre: 68 Mio. (85%) über 65 Jahre: 12 Mio. (15%)	Bevölkerung insgesamt: 70 Mio. hiervon unter 65 Jahre: 49 Mio. (70%) über 65 Jahre: 21 Mio. (30%)

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2006

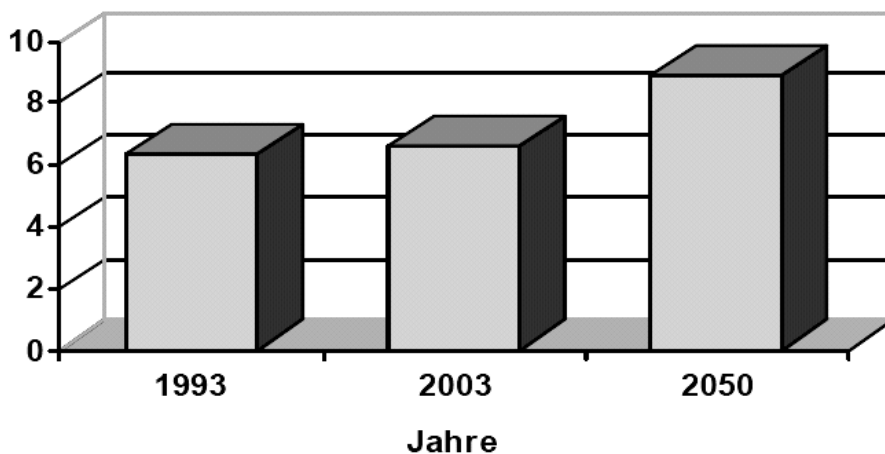
Es wird demnächst also mehr „Alte“ (über 65-Jährige) als Kinder und Jugendliche geben. Ja, die Gruppe der Älteren, die auf die 60 zugeht oder älter ist, wird annähernd so groß sein wie der Rest der übrigen Bevölkerung im Erwachsenenalter. Kinder und Jugendliche hingegen werden zur Minderheit.

Ein Grund für diese Entwicklung ist die steigende durchschnittliche Lebenserwartung. Diese beträgt heute bereits 76,6 Jahre bei Männern und 82,1 Jahre bei Frauen und wird weiter ansteigen. Wenn der Trend anhält, wird sie 2050 bei 83,5 (bei Männern) bzw. 88,5 (bei Frauen) liegen (vgl. Statistisches Bundesamt: 2006). Wer heute bereits 60 Jahre alt ist, hat im Durchschnitt noch 20 bzw. als Frau sogar 25 Jahre vor sich. Die „fernere Lebenserwartung“ derer, die das 60. Lebensjahr erreicht haben, ist damit heute doppelt so hoch wie vor 100 Jahren. Sie steigt weiter auf fast 30 Jahre für die, die heute jung sind.

Eine unmittelbare Folge der gestiegenen und weiter steigenden Lebenserwartungen ist die Zunahme der Hochaltrigen, d.h. der Personen, die 80 Jahre und älter sind, und in Verbindung damit die Gruppe der schwerbehinderten Hochaltrigen. Wenn weiter, wie bisher, 30 – 40 % der Hochaltrigen als schwerbehindert gelten, dann stellt allein diese Gruppe demnächst (im Jahre 2050) 3 – 4 Millionen Schwerbehinderte. Dies sind doppelt so viele wie heute.

Dieser Trend verläuft zwar moderat, wie folgende Grafik zeigt, aber stetig.

Grafik 1: Anzahl und Zunahme schwerbehinderter Menschen (in Millionen)



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2005

So ist die Zahl der Schwerbehinderten im Zeitraum von 1993 bis 2003 von 6,384 Mio. auf 6,639 Mio. gestiegen. Und sie wird nach gegenwärtigen Hochrechnungen bei gleich bleibender Steigerung bis zum Jahre 2050 auf über 8 Millionen anwachsen. Die Zunahme beträgt 0,25 Mio. oder rund 4% innerhalb eines Zehnjahreszeitraums.

Dieser Zuwachs findet konzentriert in einer Gruppe statt, nämlich in der Gruppe der Personen, die aufgrund einer neurologischen, psychiatrischen oder Sucht-Erkrankung als schwer behindert definiert werden. Hier liegen die Zuwächse im gleichen Zehnjahreszeitraum bei über 30%.

Die Zuwächse betreffen - wie oben gezeigt - überwiegend die Altersgruppe der über 60-jährigen. Hier beträgt die Zuwachsrate im gleichen Zehnjahreszeitraum (von 1993 – 2003) fast 8% und ist damit fast doppelt so hoch wie im Bevölkerungsdurchschnitt.

Wird neben dieser demographischen Entwicklung weiter berücksichtigt, dass auf Grund der sinkenden Geburtenrate - selbst bei einer höher Zuwanderung - die Bevölkerung abnimmt und dass sich infolgedessen die Relation zwischen Jüngeren und Älteren immer mehr zugunsten der Älteren verschiebt, dann ist - wenn die Schwerbehinderten aller Altersgruppen addiert werden - mit einiger Sicherheit von Folgendem auszugehen:

Auf 10 Personen kommt demnächst 1 Person, die *schwerbehindert* ist, einen *dauerhaften Hilfebedarf* hat und meistens *älter als 60 Jahre* alt ist. Der größte Teil, mehr als 2/3 dieser hilfebedürftigen Schwerbehinderten werden über 65 Jahre, also im Ruhestandsalter sein. Angesichts dieser Entwicklung prognostiziert die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ eine Verdoppelung des Bedarfs an professionellen Pflegekräften.

Dass sich der Anteil der Schwerbehinderten, die auf dauerhafte und z. T. aufwändige Unterstützung und Solidarität der anderen angewiesen ist, derart erhöht, wird nicht allein ökonomische, sondern vor allem auch immense soziale Probleme nach sich ziehen, die zwar immer näher rücken, aber oft noch weitgehend verdrängt werden.

Zunahme von älteren Menschen mit langjährigen Behinderung

Auch die Zahl der Menschen, die zeitlebens oder langjährig behindert sind und demnächst das Ruhestandsalter erreichen, nimmt zu.

Ein beachtenswerter Teil dieses allgemeinen sozialen Problems ist, dass auch Menschen mit einer langjährigen Behinderung, die von Geburt an, seit ihrer Kindheit oder Jugend oder seit dem frühen Erwachsenenalter behindert sind, älter werden, da auch ihre Lebenserwartung höher wird und sich der der übrigen Bevölkerung angleicht. Auch sie erreichen gegenwärtig größtenteils das Ruhestandsalter.

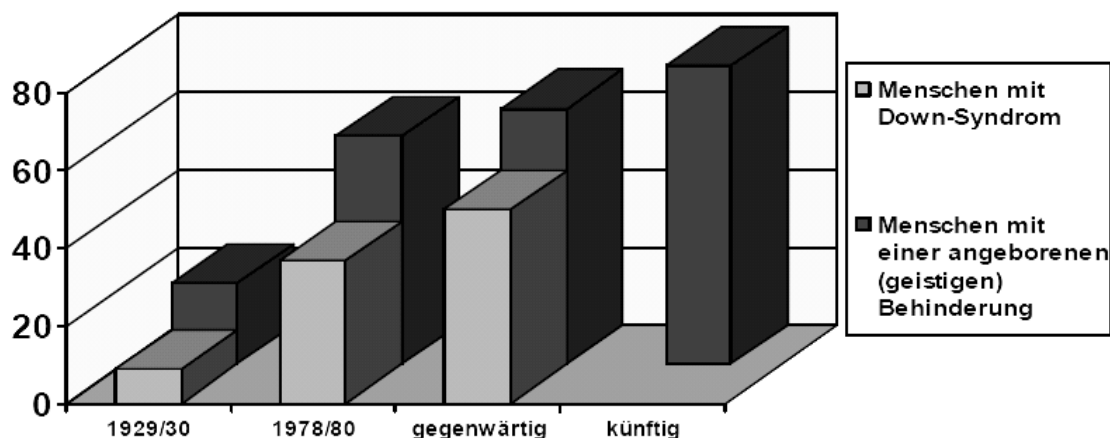
Tabelle 2: Lebenserwartungen von Menschen mit einer angeborenen Behinderung

1929/30: 21 Jahre - mit Down-Syndrom: 9 Jahre
1978/80: 59 Jahre - mit Down-Syndrom: 37 Jahre
gegenwärtig: 66 Jahre - mit Down-Syndrom: über 50 Jahre
künftig (in den Niederlanden): 77 Jahre – mit Down-Syndrom: ??

vgl.: Havemann/Michalek (2003, 10 - 20); Fisher/Kettl (2005, 26 – 29); Weber 1997

Das ist in diesem Ausmaß neu, wie der Vergleich über einen Zeitraum von 80 Jahren zeigt. Allerdings müssen, um die weitere Entwicklung prognostizieren zu können, Daten aus Untersuchungen in anderen westlichen Ländern herangezogen werden. Selbst die Gruppe der Personen mit Down-Syndrom hat heute eine um ein Vielfaches höhere Lebenserwartung. Allerdings ist unsicher, ob diese noch weiter ansteigen wird; denn ab dem 50. Lebensjahr besteht für Menschen mit Down-Syndrom ein unvergleichlich höheres Risiko, an einer Demenz zu erkranken (s.u.).

Grafik 2: Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung



Jedenfalls wird in absehbarer Zeit - wie die Grafik zeigt - ein großer Teil der Menschen mit langjährigen (geistigen oder anderen) Behinderungen das Ruhestandsalter erreichen und im Durchschnitt danach noch 10 Jahre und länger leben. Eine Entwicklung, mit der sich die Behindertenhilfe in wachsendem Maße wird auseinandersetzen müssen und auch bereits an vielen Orten auseinandersetzt.

Allerdings gibt es nur grobe Schätzungen, wie groß diese Gruppe demnächst sein wird. Es können daher allenfalls Hochrechnungen angestellt werden:

Die erste Schätzung geht auf der Grundlage der Daten des Mikrozensus von folgenden Zahlen aus: Gegenwärtig sind 1,2 Mio. Schwerbehinderte im Alter von 35 - 55 Jahren. Werden von diesen nur die 12% berücksichtigt, die in diesem Alter bereits einen dauerhaften Hilfebedarf im alltäglichen Leben haben und wird eine Sterblichkeit von 10% bis zum 65. Lebensjahr angenommen, dann erreichen in 10 - 30 Jahren zwischen 6.000 - 7.000 Menschen mit Behinderung pro Jahr das Ruhestandsalter.

Die zweite Schätzung geht von Daten der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger sowie Berechnungen der con_sens GmbH (Hamburg) aus. Diesen kann entnommen werden, dass aufgrund der gegenwärtigen Altersstruktur der Beschäftigten in Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) die Zahl der Personen, die das Rentenalter erreichen, in 10 - 20 Jahren rapide ansteigen wird. Die Zahl der Beschäftigten in WfbM, die jährlich in den Ruhestand gehen oder gehen könnten, wird sich also in absehbarer Zeit verdreifachen.

Tabelle 3: Beschäftigte in WfbM, die das Rentenalter erreichen (Schätzung)

Gegenwärtig 2.000 - 3.000 pro Jahr
In zehn Jahren 4.000 - 6.000 pro Jahr
2040 über 8.000 pro Jahr

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Referat Baur, Kiel 02.05.2005)

Geht man davon aus, dass diese langjährig behinderten Personen, die das 65. Lebensjahr erreichen, danach eine durchschnittliche Lebenserwartung von mindestens 10 Jahren haben, dann ist nach diesen Hochrechnungen die Prognose realistisch, dass die Gruppe der Menschen mit langjähriger Behinderung, die demnächst „Ruheständler“ sein werden, die oben angegebene Größenordnung haben wird.

2. Eine neue Zielgruppe der Eingliederungshilfe

Fazit: Hier entsteht eine neue Zielgruppe der Eingliederungshilfe.

Demnächst werden in Deutschland 60.000 - 80.000 Menschen mit einer langjährigen Behinderung bei einer durchschnittlichen Ruhestandsdauer von 10 Jahren im Ruhestand bzw. im Ruhestandsalter sein. Möglicherweise werden es sogar 100.000 sein, wenn die Lebenserwartung weiter steigt und auch die Menschen mit langjähriger Behinderung hinzugezählt werden, die nicht in einer Werkstätte für Menschen mit Behinderung (WfbM) beschäftigt sind.

Auch in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe werden sich die Relationen verschieben: Wenn dort demnächst von den 240.000 - 250.000 Klienten ein Drittel annähernd 65 Jahre alt oder älter, also im Ruhestandsalter oder kurz davor sein wird, sind das 70.000 - 80.000 (angehende) Ruheständler. Folglich fällt für eine wachsende Gruppe von Behinderten die übliche Lösung für die Gewährleistung sozialer Teilhabe durch Arbeit in einer WfbM oder entsprechende Äquivalente weg.

Für die wachsende Gruppe älterer Menschen mit Behinderung sind passende Konzepte für die Gestaltung ihres Ruhestandes erforderlich.

Für sie muss soziale Teilhabe auf andere Weise als bisher ermöglicht werden. Ideen sind gefragt, Konzepte müssen entwickelt werden. Um solche Konzepte und Ideen entwickeln zu können, sind allerdings zuerst die gesundheitlichen und sonstigen Voraussetzungen der betroffenen Zielgruppe zu klären. Im Folgenden soll auf diese eingegangen werden.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen

Zwar ist die Datenlage zur gesundheitlichen Situation älterer Menschen mit Behinderung unbefriedigend, aber diese deutet insgesamt doch darauf hin, dass die Mehrzahl von ihnen lediglich übliche Funktionseinbußen aufweist, die altersspezifisch sind. Erst ab dem 70. Lebensjahr kommt es bei einem größer werdenden Teil zu weit reichenden Funktionseinschränkungen bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen, insbesondere zu Kreislauf- und demenziellen Erkrankungen.

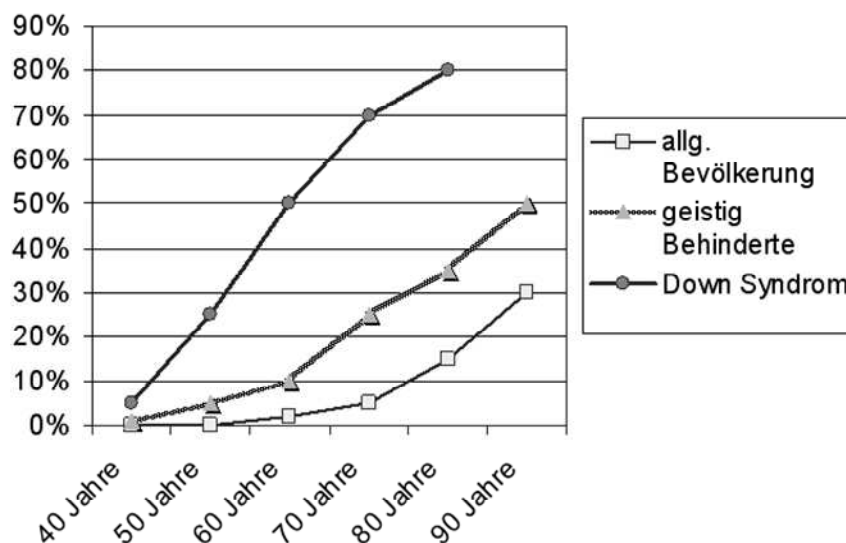
Tabelle 4: Alterserkrankungen

Art der Erkrankung	Alter		
	50-59	60-70	über 70
Augenerkrankung	23,4	21,9	38,5
Gehörerkrankung	16,7	17,1	32,4
Bluthochdruck	9,7	11,6	14,7
Kreislaufkrankung	6,6	11,9	31,3
Demenz	5,4	6,2	17,6
Osteoarthritis	7,5	6,3	15,2
Hals-/Rückenerkrankung	4,3	8,3	13,2
Spastizität	7,6	13,0	13,0
Epilepsie	12,0	6,9	11,8

Van Schroyensten Lantmann, nach Stöppler, 2004

Möglicherweise finden bei Ihnen bestimmte alterungsspezifische Abbauprozesse infolge früher Belastungen vorzeitiger und schneller statt.

Grafik 3: Demenzrisiko im Vergleich



Unbefriedigend ist - zumindest in Deutschland - auch der Forschungsstand im Hinblick auf demenzielle Erkrankungen. Gesichert ist, dass das Demenzrisiko bei Menschen mit Down-Syndrom ab dem 50. Lebensjahr um ein Mehrfaches höher liegt. Nach manchen Untersuchungen liegt es bei ihnen ab dem 50 Lebensjahr annähernd bei 50%. Wird diese besondere Risikogruppe getrennt betrachtet, dann liegt das Risiko einer demenziellen Erkrankung bei den übrigen Menschen mit einer geistigen oder andern Behinderung möglicherweise kaum über dem der Normalbevölkerung. Auch bei ihr liegt das Demenzrisiko ab dem 90. Lebensjahr heute bei 30%.

3. Zusammenfassung zu Entwicklungen im Alter allgemein

Ältere Menschen mit und ohne Behinderung kennzeichnen nicht nur wachsende Defizite. Wie die neuere Altersforschung belegt, kommt es zwar einerseits zu einer gewissen Verlangsamung und Verringerung der Lernfähigkeit, insbesondere bei neuen Aufgaben und in ungewohnten Kontexten, aber es gibt durchaus auch Positives zu verzeichnen, wie eine Stabilisierung und zum Teil auch Erweiterung habitueller, d.h. gewohnheitsmäßiger und oft gebrauchter Fähigkeiten (Kumulation von Erfahrungen und Wissen, Bündelung von Ressourcen auf subjektiv wichtigen Aufgaben). Es setzt nach Baltes und Baltes (1989, 85 - 105) ein Prozess der „selektiven Optimierung“ ein.

Das Altern eröffnet aber auch neue Chancen, wie diese:

- „Versöhnung“ mit dem Scheitern früherer Lebensentwürfe und Lebensplänen
- Stabilisierung sozialer Kontakte und Partnerschaften
- verringerter Druck durch Entlastung von Aufgaben
- zunehmende Akzeptanz der objektiven und subjektiven Lebenssituation und eigener Grenzen
- Relativierung von sozialen Differenzen und Ausgrenzungen

Neue Herausforderungen und Aufgaben

Ob diese Chancen genutzt werden (können), hängt allerdings zum einen von individuellen Voraussetzungen und Ressourcen, d. h. Resilienzfaktoren ab, zum anderen aber auch von institutionellen Rahmenbedingungen, also geeigneten Anregungen, Angeboten oder „Gelegenheitsstrukturen“. Solche zu schaffen wird daher in Zukunft die entscheidende sozialpolitische Herausforderung im Bereich der Behindertenhilfe sein.

Um diesen Voraussetzungen gerecht werden zu können, sind differenzierte Versorgungsangebote erforderlich: Zum einen sind individuelle Bedarfe zu ermitteln und dementsprechende Angebote zu entwickeln; diese müssen dem individuellen altersspezifischen Kompetenzniveau angepasst sein. Zum anderen müssen diese Angebote und Dienste Verlässlichkeit, insbesondere im Hinblick auf die Befriedigung von Grundbedürfnissen garantieren, zugleich aber auch die prinzipielle Wahlfreiheit des Einzelnen respektieren.

Hieraus leiten sich folgende Aufgaben ab:

Personenbezogene Aufgaben

- Bedürfnisorientierte Hilfeangebote
- Biographische Orientierung
- Individuelle (Unterstützungs-)Planung
- Kontinuität - flexible und klare Gestaltung der Übergänge in die neue Lebensphase
- Zulassen (produktiver) Krisen - Krisenhilfe

Auf der personalen Ebene ist eine Balance zwischen der Ermöglichung von Selbstbestimmung und der Gewährleistung von Kontinuität im Lebensablauf herzustellen, was gegebenenfalls durch eine gezielte personbezogene Beratung oder Begleitung beim Übergang in den Ruhestand zu leisten ist. Biographische Orientierung meint in diesem Kontext in einem fortlaufenden Verstehensprozess die biographischen Erfahrungen des Einzelnen zu berücksichtigen, diese, soweit möglich, zu thematisieren und daran anzuknüpfen. Denn eine genauere Kenntnis Lebens entscheidender biographischer Erfahrungen, Brüche und Kränkungen wie auch erinnelter glücklicher Lebensphasen und -momente und eine - eventuell methodisch angeleitete - Auseinandersetzung damit, wird häufig erst manches Empfinden und Handeln verständlich machen, oft auch für den Betreffenden selbst (vgl. Lindmeier 2004).

Ein solcher ggf. von einem Coach oder Begleiter angeleiteter gemeinsam Rückblick in die Lebensgeschichte kann also dazu dienen, zu erfahren und zu verstehen, was einem Menschen mit Behinderung in seinem Leben schon immer wichtig war oder was vielleicht in Zukunft wieder wichtig werden könnte. Dieser Blick in die Lebensgeschichte kann helfen, herauszufinden, was jemand wirklich will und was für den Einzelnen - aus seiner Sicht - sinnvoll ist.

Institutionsbezogene Aufgaben

- Tages-Struktur, mit Wahlfreiheit und Verbindlichkeit
- Fordern – Fördern – Selbstbestimmung
- Besondere (Schon-)Räume/Orte für Ältere
- Eingliederungshilfe und Pflege-Kompetenzen

Auf der institutionellen Ebene sind neue kreative Lösungen zu suchen, um eine solche Balance zwischen Freiheit und Verbindlichkeit, zwischen Fordern und Fördern, mit dem Ziel der Ermöglichung maximaler Selbstbestimmung immer wieder herzustellen und aufrechtzuerhalten. Ferner sind altersgemäße Orte und Räume zu schaffen, aber auch neue, den Bedarfen entsprechende Kompetenzen erforderlich.

Umfeldbezogene Aufgaben/Projekte

- Orte/Gelegenheiten der Begegnung
- Ehrenamtliche Begleiter oder Coachs
- Brücken- oder Schlüsselpersonen ausfindig machen, gewinnen, „pflegen“

Ebenso ist auf der Systemebene eine Öffnung und Vernetzung der Institutionen der Behindertenhilfe unumgänglich. Diese müssen in einen fruchtbaren Austausch mit ihrer Umwelt treten und durch diesen in einen ständigen Lernprozess „verwickelt“ werden. Hierfür sind Gelegenheiten zu schaffen, ehrenamtliche Begleiter sowie passende Kontakt- oder Schlüsselpersonen anzuwerben.

Als unmittelbare **Strategien der Optimierung** können genannt werden:

a) Anpassung des Wohnarrangements und des Wohnumfeldes

In jedem Fall sind in einem ersten Schritt Anpassungen des Betreuungs- und Wohnarrangements erforderlich und entsprechende Lösungen zu suchen, wenn Menschen mit Behinderung in den Ruhestand gehen - ähnlich wie bei anderen auch, wenn sie aus dem aktiven (Berufs-)Leben ausscheiden, ins höhere Alter kommen und der Betreuungsbedarf anwächst.

b) Hinzuziehen von Experten

Insbesondere beim Übergang in den Ruhestand oder bei einer Zunahme belastender, tendenziell überfordernder Pflegeaufgaben ist zu prüfen, ob das Betreuungs- und Wohnarrangement noch passend ist, und ggf. sind Experten als Berater, Coachs etc. hinzuzuziehen und es ist, wenn nötig, zusammen mit ihnen nach Entlastungsmöglichkeiten für die Hauptverantwortlichen zu suchen: durch Delegation von Pflegeaufgaben an entsprechende Fach-

kräfte, durch Förderung von bürgerschaftlichem Engagement und Anwerben von Ehrenamtlichen etc.

c) Entlastung der Hauptverantwortlichen durch Ausweitung von Unterstützungsressourcen

Da gegenwärtig (noch) die überwiegende Mehrheit (schätzungsweise 80%) der älteren Menschen mit langjährigen Behinderungen in „Komplexeinrichtungen“ wohnt bzw. untergebracht ist, stellt die wachsende Gruppe von Behinderten, die in den Ruhestand geht, insbesondere diese Einrichtungen vor neue Herausforderungen. Zudem macht der wachsenden Ambulantisierungsdruck auch für diese Gruppe innovative Konzepte erforderlich. Schon allein deshalb wird es sinnvoll sein, dass Menschen mit Behinderung mit dem Eintritt in den Ruhestand neue Wahlmöglichkeiten eröffnet werden, damit sie mit bedarfsentsprechender Unterstützung, Begleitung etc. ihren Lebensabend - wie andere auch - selbst gestalten können oder ihnen diese Option zumindest offen steht.

4. Ergebnisse aus Modellprojekten

In den hier aufgeführten Modellprojekten ging es um die Begleitung beim Übergang in den Ruhestand, das Vorgehen und die Erfolgsbedingungen des Übergangs (Projekt „Unterstützter Ruhestand“) sowie um das Eruiere von maßgeblichen subjektiven und umweltspezifischen Resilienzfaktoren aus Fallbeispielen (Projekt „Den Ruhestand gestalten lernen“).

a) Projekt „Unterstützter Ruhestand“

Wie im Projekt „Unterstützter Ruhestand“ herausgefunden wurde, eröffnen sich bei entsprechender Unterstützung und Begleitung tatsächlich in vielen Fällen mit dem Übergang in den Ruhestand neue, teilweise sogar völlig neue Optionen. Zentrale Aufgabe eines solchen Prozesses - in Anlehnung an Konzepte des Fallmanagements - ist das Herausfinden von leitenden Handlungszielen, die die Grundlage für tragfähige Vereinbarungen mit dem Begleiter oder „Coach“ bilden können und das weitere Vorgehen planbar machen.

Das Projekt „Unterstützter Ruhestand“ ist gekennzeichnet durch:

- Einzelbegleitung durch einen Coach
- ein Fallmanagement - Konzept
- Bedürfnisklä rung (Assessment)
- Zielfindung, Teilzielformulierung
- Unterstützungsplanung

- Soziale Netzwerkarbeit

(vgl. Hollander/Mair, 2006; Mair/Hollander, 2006)

Folgende Handlungsziele wurden in diesem Projekt formuliert und vereinbart (die Reihenfolge entspricht der Häufigkeit/Gewichtung):

- Alternative Aktivitäten
- Aufbau von neuen Kontakten
- Aufbau einer orientierenden Tagesstruktur
- Neuorientierung in der neuen Lebensphase
- Auseinandersetzung mit der Biographie

Ob dieser Begleitungsprozess zum Ziel, d.h. zum Erfolg führte, war jedoch überraschender Weise weniger abhängig von persönlichen Voraussetzungen, wie z.B. von der Art und dem Grad der Behinderung oder von institutionellen Rahmenbedingungen und vorhandener Infrastruktur. Entscheidende Voraussetzung für das Gelingen des Begleitungsprozesses war in den allermeisten Fällen, dass sich eine Kooperationsbeziehung zwischen dem begleiteten älteren Menschen mit Behinderung und dem Coach und mindestens einer weiteren relevanten Bezugsperson herstellen ließ. Weitere wichtige Faktoren dafür waren persönliche Voraussetzungen, institutionelle Rahmenbedingungen und die vorhandene soziale Infrastruktur.

b) Projekt „Den Ruhestand gestalten lernen“

Im Projekt „Den Ruhestand gestalten lernen“ werden gegenwärtig bundesweit „bewährte Praxen“ im Hinblick auf die Gestaltung des Ruhestandes von Menschen mit Behinderung erkundet, gesammelt und ausgewertet. Dazu wurden zum einen Mitarbeiter aus unterschiedlichen Einrichtungen der Behindertenhilfe, möglichst solche, die bereits Erfahrungen mit dieser neuen Zielgruppe gesammelt haben, eingeladen. Sie berichteten uns auf 7 Workshops über ihre Praktiken, Vorstellungen und Probleme. In gleicher Weise wurden auf 7 Tagungen ältere Menschen mit Behinderung, die bereits im Ruhestand oder im Übergang dorthin sind, nach ihren Erfahrungen und Einschätzungen gefragt. Die Aussagen dieser „Experten in eigener Sache“ waren für die Forschung das Ausgangsmaterial und bilden die Basis unserer Analysen und Schlussfolgerungen.

Ziel dieses Projekts ist es, einige grundlegende „Modelle guter Praxis“ zu entwickeln und deren Hauptelemente zu analysieren, die dann als Orientierungsmaßstäbe für die Praxis dienen können. Diese „Modelle guter Praxis“ beziehen sich insbesondere auf die oben genannten personenbezogenen, institutionsbezogenen und systembezogenen Aufgaben und erläutern, welche vielfältigen Elemente bzw. Anforderungen diese beinhalten.

Hier ausgewählte Ergebnisse des Projekts im Bezug auf Umweltfaktoren: Was fördert/stützt ältere Menschen mit Behinderung?

- Ein sicheres eigenes Zuhause, eigener Privat- und Rückzugsbereich
- Attraktive, nichtalltägliche Unternehmungen, die Zeit markieren
- Vertrautes Umfeld mit vielfältigen Wahl-, Kontakt und Betätigungsmöglichkeiten
- Zuverlässige, dem Einzelnen zugewandte Begleiter

Die Gesamtergebnisse des Projekts können unter folgender Internet-Adresse eingesehen werden: <http://egora.uni-muenster.de/ew/ruhestand>, siehe dort insbesondere: „Dokumentation der Abschlusssymposien des Projekts „Den Ruhestand gestalten lernen“, 2008.



Der Leiter der Abteilung Eingliederungshilfe des Fachbereichs Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren, Werner Nunnenmann, im Gespräch mit seinem Stellvertreter Gottfried Bleul

„Wir wissen selber, was wir brauchen!“

Personenbezogene Resilienzfaktoren von älteren Menschen mit geistiger Behinderung beim Übergang in den Ruhestand

Ann-Kathrin Klein, Westfälische Wilhelms-Universität Münster



Der Übergang in den Ruhestand ist in der Behindertenhilfe, wie oben gezeigt, ein hochaktuelles Thema, das allerdings mit sehr vielen Unsicherheiten sowohl auf Seiten der Betroffenen als auch auf Seiten der Mitarbeiter der Institutionen verbunden ist. Bislang gibt es kaum Erfahrungswerte dazu, da die Anzahl der Menschen mit Behinderung, die das Alter erreicht haben, um aus einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) auszuschneiden und in den Ruhestand gehen zu können, bisher zu gering gewesen ist (vgl. Haveman/Stöppler, 2004, 172).

Hinzu kommt, dass das Fachwissen über die unterschiedlichen Formen des Alterns von Menschen mit Behinderung und ihre persönlichen Potentiale noch immer sehr gering ist. Zu lange ist der Personenkreis der älteren Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Praxis, Forschung und Lehre nur marginal beachtet worden. Folglich mangelt es an Erfahrungen und kulturellen Traditionen, an die angeknüpft werden könnte, sowie an handlungsleitenden Konzepten, wie der Ruhestand von Menschen mit Behinderung gestaltet werden kann oder sollte und was sich vor allem die Betroffenen selbst vorstellen und wünschen.

Da es für Personengruppe der heute älteren oder alten Menschen mit Behinderung kaum Vorbilder gibt, an denen sie sich in dieser Lebensphase orientieren könnten, ist der Übergang in den Ruhestand, der generell eine Zäsur im Leben darstellt, für viele Menschen mit Behinderung sehr stark mit Unsicherheiten und Ängsten verbunden.

Im Rahmen des **Projekts „Den Ruhestand gestalten lernen“** haben wir auf unseren sieben Tagungen mit dem Titel „Mit 66 Jahren fängt das Leben an...“ Menschen mit Behinderung kennen gelernt, die ganz konkrete Vorstellungen von ihrem Ruhestand haben bzw. diese Vorstellungen bereits umsetzen. Sie schienen sehr zufrieden mit sich und ihrer Lebenssituation zu sein und wirkten trotz ihrer Behinderung souverän und selbstbestimmt – wie Experten in eigener Sache. Denn Prämisse unseres Projekts war: „spätestens im Ruhestand gibt es nichts mehr, was unbedingt noch angestrebt, erlernt, erreicht werden müsste – außer, dass der Einzelne selbst bestimmt, wie er lebt und was seine Maßstäbe für ein gutes Leben sind“ (Hollander/Mair, 2003, 54).

Im Folgenden soll anhand von „Expertenmeinungen“ aufgezeigt werden, welche Faktoren bzw. Aspekte für einen gelungenen Ruhestand maßgeblich sind. Diese Expertenmeinungen sollen auf dem Hintergrund folgender Leitfragen betrachtet werden: *„Was befähigt Menschen mit Behinderung im Alter dazu, ihren Ruhestand nach eigenen Vorstellungen und Wünschen zu gestalten? Welche personenbezogenen Faktoren spielen beim Übergang in den Ruhestand eine Rolle?“* – Oder anders formuliert: *„Warum sind einige Menschen mit Behinderung in der Lage, ihren Ruhestand selbstbestimmt zu gestalten und andere bzw. der Großteil dieser Generation ist es nicht?“*

Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden auf einige Ergebnisse des Projekts „Den Ruhestand gestalten lernen“ eingegangen werden:

- Etwas Besonderes können
- Sich engagieren
- Leute kennen, treffen, besuchen können
- Eigene Pläne haben, machen können
- Etwas mögen

Etwas können

Da das Ausscheiden aus dem Beruf in unserer Leistungsgesellschaft allgemein als einschneidendes Ereignis empfunden wird, ist es gerade im Alter wichtig, eine Nische zu finden, um sich als Person mit seinen individuellen Fähigkeiten und Stärken einbringen zu können: „etwas zu können“. Denn die Pensionierung konfrontiert mit dem Gefühl „nicht mehr gebraucht zu werden“ und lässt bei vielen Menschen – unabhängig von einer Behinderung – das bisherige Lebenskonzept aus den Fugen geraten. Zwangsläufig fallen wichtige, seit Jahrzehnten tragende Rollen- und Sozialbezüge, wie auch zeitliche Strukturierungen im Alltag weg und neue müssen an ihre Stelle treten. Nicht selten steht das gesamte bisherige Leben zur Disposition und muss neu ausgerichtet und mit Inhalt gefüllt werden. Für Menschen mit einer lebenslangen geistigen und/oder Mehrfachbehinderung, deren Leben seit Jahren durch ein und dieselbe Arbeit in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) und durch institutionelle Betreuung, oft in ein und demselben Wohnheim vollständig geregelt worden ist und sich den vorgegebenen Strukturen oftmals vollständig angepasst hat, stellt der Übergang aus dem Arbeitsleben in den Ruhestand einen Lebenschnitt mit hoher Brisanz dar: viele von ihnen haben nicht gelernt, ihren eigenen Bedürfnissen nachzugehen und Ideen zu entwickeln, wodurch die Aufgabe, sich im Ruhestand persönlich und sozial neu zu orientieren und relevante Interessen und soziale Bezüge neu zu definieren, massiv erschwert wird.

Herr Mayer (Korbflechter für die WfbM; er arbeitet dort noch 4x pro Woche für den Verkauf, weil es ein „auslaufender Beruf“ ist und er „der Einzige [ist], der das noch kann!“), wie auch Herr Henrich (er ist zuständig für Führungen in der Kreuznacher Diakonie: „Hab alles im Kopf, weiß alles!“), die im Rahmen der Tagungen interviewt wurden, haben jedoch eine Möglichkeit bzw. eine persönliche Nische gefunden, sich auch im Ruhestand noch einbringen zu können und auf diese Weise ihr Selbstwertgefühl zu stärken.

Sich engagieren

Sich im Ruhestand entweder sozial (wie z.B. Herr Majewski; er lebt seit 7 Jahren in seiner eigenen Wohnung, hilft anderen, die alleine wohnen, z. B. unterstützt er seine ältere Nachbarin in alltäglichen Dingen, da sie im Rollstuhl sitzt und „nicht rauskommt“) oder politisch-gesellschaftlich (wie Herr Rosenbaum; er ist sowohl im Berliner Rat der Lebenshilfe, als auch im Bundesvorstand der Lebenshilfe aktiv: „Macht Spaß! Jedes Mal eine dicke Mappe Papier“) engagieren zu können, scheint auch für Menschen mit Behinderung eine wichtige Komponente für eine gelungene Gestaltung dieser Lebensphase darzustellen: Indem Herr Majewski seine Nachbarin unterstützt, kann er erfahren, dass er für jemanden wichtig ist, anstatt selbst immer nur derjenige zu sein, der als Mensch mit Behinderung Unterstützung und Hilfe braucht. Gleichzeitig ist er auf diese Weise in sein nachbarschaftliches Netzwerk integriert, das ihm ein Gefühl von Zugehörigkeit vermittelt und auf das er selbst im Bedarfsfall zurückgreifen kann.

Herr Rosenbaum hingegen hat durch sein Engagement im „Berliner Rat“ eine Möglichkeit gefunden, auf gesellschaftlicher Ebene Einfluss nehmen und etwas bewirken zu können. Er macht dort die Erfahrung, dass seine Stimme zählt und dass er in diesem Kontext ein mündiger Bürger der Gesellschaft ist – trotz seiner Behinderung.

Ehrenamtliches Engagement hat somit eine sozial-integrative Funktion, ist identitätsstiftend und bietet auch für Menschen mit Behinderung die Möglichkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben. Somit wirkt es auch förderlich auf das persönliche Selbstwertgefühl (vgl. Putnam, 1993, 90).

Leute kennen / Besuche machen

Die Bedeutung und Funktion sozialer Netzwerke hat im Alter einen hohen Stellenwert, da sie eine Ressource darstellen, die „über die Leichtigkeit oder Schwierigkeit entscheidet, mit der Übergänge bewältigt werden“ (Hollander/Mair, 2003, 36). Soziale Netzwerke verfügen über ein breites Spektrum an Unterstützungseffekten, die besonders in belastenden Lebensphasen, wie Krankheit, Stress, Verlust und in diesem Fall dem Ausstieg aus dem Berufsleben, von Bedeutung sind, da sie das Gefühl von Rückhalt, Zugehörigkeit und Unterstützung ver-

mitteln und auf diese Weise die Zuversicht einer Person wie auch das persönliche Selbstbewusstsein und den individuellen Bewältigungsoptimismus stärken können. Damit kommt ihnen eine gesundheitsfördernde Wirkung zu.

Ältere Menschen mit Behinderung verfügen meist über ein „stark reduziertes und instabiles soziales Netzwerk“ (Haveman / Stöppler, 2004, 86). Das gilt insbesondere für diejenigen, die in Wohnheimen leben, denn „je umfassender die institutionelle Versorgung stattfindet, desto eher werden soziale Netzwerke reduziert“ (ebd., 85). Dementsprechend haben familiäre Beziehungen emotional den größten Stellenwert, auch wenn Besuche nur selten oder nur zu besonderen Anlässen stattfinden (z.B. Herr Hönig: „Kontakt zu allen im Dorf, Kontakt zu Bruder im Kloster, Kontakt zu Bruder in Kassel [ist öfter mit Freundin bei ihm zu Besuch], Kontakt zu Verwandten mit Weingut“). Der Kontakt zur Familie – seien es die eigenen Eltern, Geschwister, Neffen und Nichten, aber auch entferntere Verwandte – stellt auch den Kontakt zu einem „normalen“ Leben außerhalb der Einrichtung dar. Gleichzeitig stehen sie auch für die eigene Identität; die eigenen biografischen Wurzeln.

Im Hinblick auf deinstitutionalisierte Wohnangebote steigt die Bedeutung sozialer Netzwerke demgegenüber noch an, da in diesen Fällen auch die Mitbewohner fehlen, die Unterstützung bieten können. In diesen Fällen wird deutlich, wie klein und oftmals ineffizient die Netzwerke älterer Menschen mit Behinderung sind – es mangelt oftmals an Freizeitkontakten und nachbarschaftlichen Beziehungen (ebd., 92) –, was in der Behindertenhilfe zu Befürchtungen vor Vereinsamung, Isolation u. Ä. führt. Dennoch können es Menschen mit Behinderung (wie Herr Majewski) als befreiend empfinden, das eigene Leben autonom gestalten zu können, wie auch eigene Netzwerke aufzubauen.

Pläne haben

Pläne (von einem Leben im Ruhestand) zu haben bzw. entwickeln zu können hat viel damit zu tun, eine Vorstellung vom eigenen Leben zu haben, zu wissen, was einem wichtig ist, einen Sinn im Leben für gefunden zu haben – kurz: eine eigene Identität bzw. ein Selbstkonzept entwickelt zu haben. Als Selbstkonzept versteht man unter anderem die „Gesamtheit der Sichtweisen, die eine Person von sich selbst gefasst hat“ (Hofmann, 2001, 317).

Die Forschung zum Selbstkonzept von erwachsenen Menschen mit Behinderung ist bisher noch nicht sehr weit fortgeschritten, der Schwerpunkt liegt auch hier eher im Bereich der Kinder- und Jugendforschung. Hier wurde eine entwicklungspsychologische Theorie des Selbstkonzeptes entwickelt, die aufzeigt, dass trotz der unterstellten Gleichheit der Entwicklungsverläufe zwischen Kindern mit und ohne Behinderung diese Gleichheit bei Fragen des Selbstkonzepts nicht zuzutreffen scheint: Kinder mit einer geistigen Behinderung scheinen

sich von anderen dahingegen zu unterscheiden, dass sie in Verbindung mit einem niedrigeren Entwicklungsniveau ein weniger differenziertes Selbstkonzept haben (vgl. ebd., 320).

Einige Teilnehmer unserer Tagungen (wie hier exemplarisch Frau Kraus, sie möchte im Ruhestand „kleine Kinder verwahren, aber die Eltern sind ja so oft dagegen“; außerdem „in Ruhe eine Tasse Kaffee trinken, nicht auf die Uhr gucken müssen, Radio hören, ausruhen und nicht mehr den ganzen Tag shoppen, nur noch ein bisschen!“) oder Frau Schuster (möchte „eigene Entscheidungen treffen und Selbstständigkeit erhalten“, um fit zu bleiben und so lange wie möglich in der Gruppe wohnen bleiben zu können) haben uns jedoch gezeigt, dass sie klare Vorstellungen von ihrem Leben im Alter haben, was voraussetzt, dass sie sich mit sich selbst und ihren Bedürfnissen, Wünschen und Vorstellungen auseinandergesetzt haben und dementsprechend Pläne schmieden können, wie sie ihren Lebensabend gestalten wollen.

Etwas mögen

Ähnlich wie bei den oben ausgeführten Kategorien „Pläne haben“ und „etwas können“ hat dieser Aspekt ebenfalls viel damit zu tun, sich selbst als Person bzw. als Person mit individuellen Fähigkeiten und Interessen zu kennen. Dies stellt eine grundlegende Voraussetzung dar, um überhaupt Wünsche und Bedürfnisse wahrnehmen und schließlich auch realisieren zu können, was vielen Menschen mit Behinderung aus dieser Generation schwer fällt, da sie selten bis nie die Chance hatten, selbst entscheiden und bestimmen zu können.

Frau Feller (ihre Hobbys sind „boxen“ [anschauen, aber auch ausüben]; Mitglied im Museumseisenbahnverein, „mache immer den Ölwechsel“ und „Reisen/Städtetouren“) und Herr Klusmann (geht gerne alleine spazieren, „da hab ich meine Ruhe“; ist großer Fußballfan vom „1. FC Köln“) ziehen aus ihren Hobbys große Befriedigung und sind dementsprechend sehr zufrieden mit ihrem Leben als Rentner.

Diese personalen Faktoren und ihre Wirkung scheinen Einfluss darauf zu nehmen, dass manche Menschen mit Behinderung den Übergang in den Ruhestand für sich positiv bewältigen, während andere mit dieser Umbruchsituation nicht zurechtkommen. Deshalb lässt sich hier auch von „**Resilienzfaktoren**“ sprechen.

Die Resilienzforschung ist eine noch junge Forschungsrichtung, ihre Anfänge liegen in den 1970er Jahren. Da der Focus dieser Forschungsrichtung noch stark auf der Kinder- und Jugendforschung liegt handelt es sich bei diesem Beitrag um einen ersten Übertragungsversuch:

Resilienz wird nach Gabriel definiert als „Widerstandsfähigkeit mancher Personen gegenüber belastenden Umständen und Ereignissen und stellt somit einen positiven Gegenbegriff zur

Vulnerabilität dar“ (Gabriel, 2005, 207), wobei unter Vulnerabilität die „Verwundbarkeit, Verletzbarkeit oder Empfindlichkeit einer Person gegenüber äußeren (ungünstigen) Einflussfaktoren [verstanden wird] – also eine erhöhte Bereitschaft, psychische Erkrankungen zu entwickeln“ (Fingerle, 2000, 287 – 293). Resiliente Personen bleiben unter denselben Bedingungen jedoch nicht nur frei von psychischen Störungen, sondern bewältigen darüber hinaus auch noch erfolgreich altersspezifische Entwicklungsaufgaben (vgl. Wustmann, 2005, 193). Dementsprechend findet durch die Resilienzforschung eine Abkehr von der defizitorientierten Sichtweise statt.

Resilienz ist kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal; sowohl die Person mit ihren Erfahrungen und ihrer Form der Verarbeitung derselben, als auch die Umwelt sind an der Entwicklung resilienten Verhaltens beteiligt. Es handelt sich also um ein hochkomplexes Zusammenspiel aus Merkmalen der Person und ihrer Lebensumwelt. Die Wurzeln für die Entwicklung resilienter Bewältigungsmuster liegen in besonderen risikomildernden bzw. schützenden Faktoren innerhalb und/ oder außerhalb der Person (vgl. Wustmann, 2004, 32). Charakteristika des Faktorenmodells sind folgende:

- **„Resilienz ist ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess“**

Bei Resilienz handelt es sich nicht um ein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal, sondern vielmehr um eine Kapazität, die im Verlauf der Entwicklung im Kontext der Person-Umwelt-Interaktion erworben wird (ebd., 28).

- **„Resilienz ist eine variable Größe“**

Resilienz ist keine lebenslange Fähigkeit, sondern eine flexible, den jeweiligen Situationsanforderungen angemessene, elastische Widerstandsfähigkeit, d. h. resiliente Personen besitzen keine stabile Immunität gegenüber jeder Art von negativen Lebensereignissen und psychischen Störungen (ebd., 30).

- **„Resilienz ist situationsspezifisch und multidimensional“**

Resilienz ist nicht übertragbar von einem Lebenskompetenzbereich auf den anderen, man spricht daher nicht von universeller Unverwundbarkeit, sondern von situations- wie auch lebensbereichsspezifischer Resilienz (vgl. ebd., 32), wie z.B. ‘emotional resilience’, ‘educational resilience’, ‘social resilience’, ‘behavioral resilience’.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass der Übergang in den Ruhestand für Menschen mit Behinderung nicht zwangsläufig als Krise empfunden werden muss, was konträr zu den Einschätzungen vieler Mitarbeiter steht. Auch wenn viele Mitarbeiter/innen der Behindertenhilfe - wie eingangs bereits erläutert - durch das Thema „Ruhestand“ stark verunsichert sind, muss dennoch im Vordergrund stehen, den Menschen mit Behinderung die Chance zu geben, durch diese Umbruchsituation ihr Leben noch einmal - beziehungsweise für viele zum ersten

„Wir wissen selber, was wir brauchen!“

Mal überhaupt - zu reflektieren und selbst zu entscheiden, wie sie leben wollen und was ihre Maßstäbe für ein gutes Leben sind.

Wir plädieren folglich dafür, die Menschen mit Behinderung selbst zu fragen, wie sie ihren Ruhestand gestalten möchten und die professionelle Unterstützung an ihren Vorstellungen, Wünschen und Bedürfnissen auszurichten - nicht umgekehrt!



Die Gebärdensprachdolmetscherinnen Daniela Klug und Stefanie Straub in Aktion

Workshop 1: Auch im Alter mitten drin? Menschen mit geistiger Behinderung

Rudi Sack, Geschäftsführer des Landesverbands Baden-Württemberg der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung e.V.



Auch Menschen mit geistiger Behinderung werden heute alt. Wie andere Menschen möchten sie im „dritten Lebensabschnitt“ am gesellschaftlichen Leben teilhaben und in diesem Lebensabschnitt tun können, was sie bislang immer zurückstellen mussten. Und sie möchten in ihrer bisherigen vertrauten Umgebung bleiben können. An diesen berechtigten und auch ganz normalen Wünschen müssen sich alle Konzepte der Begleitung ausrichten.

Unsere Vision:

„Jeder Mensch mit Behinderung entscheidet frei, wo und wie er leben möchte, auch in fortgeschrittenem Alter. Er hat das Recht und die Möglichkeit, seine eigenen Wünsche und Wertvorstellungen zu entwickeln und demgemäß zu leben.“

Unsere Gesellschaft schafft die Voraussetzungen dafür, dass Menschen mit Behinderung nach ihrer Wahl in ihrer eigenen, privaten Wohnung leben können. Sie stellt die Mittel für eine ambulante Betreuung zur Verfügung – unabhängig von der Höhe des Unterstützungsbedarfes. Ambulant begleitete Wohnangebote und stationäre Angebote werden nach den Notwendigkeiten des Unterstützungsbedarfes und den Wünschen der Menschen mit Behinderung gestaltet.

Die Lebenshilfe setzt sich dafür ein, dass hier eine tatsächliche Wahlfreiheit erreicht wird. Sie unterstützt behinderte Menschen bei ihrer Zukunftsplanung und Entscheidung und schafft nach Bedarf und Wunsch der Menschen mit Behinderung eigene gemeindeintegrierte Wohnangebote.“

Aus den Zukunftsvisionen der Bundesvereinigung Lebenshilfe (Entwurfssfassung)



„Einen alten Baum verpflanzt man nicht!“ ist eine alte Volksweisheit.

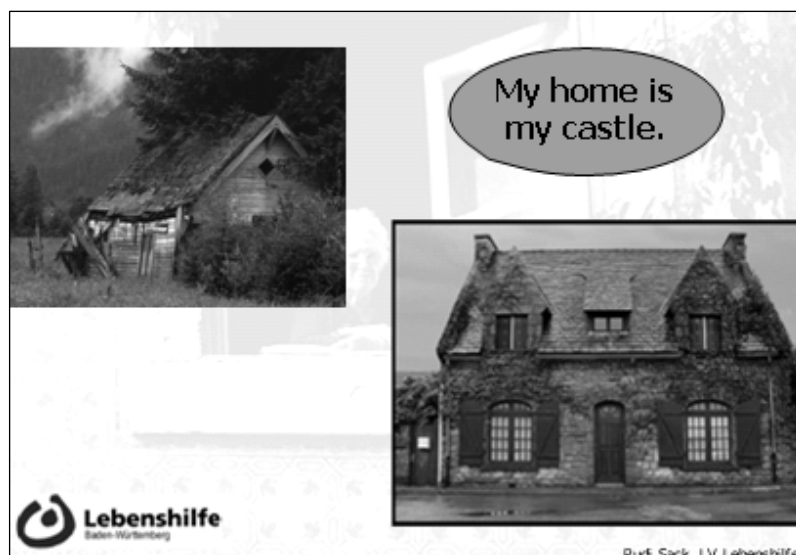
Dies wird auch in der „normalen“ Altenhilfe deutlich.

Auch in der dritten Lebensphase ist für Menschen mit Behinderung, wie für alle Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung immer der Königsweg. In England gibt es ein treffendes Sprichwort dafür:

Das gilt letztendlich unabhängig davon, wie „objektiv lebenswert“ diese eigene Wohnung ist.

Wenn eine jedoch eine Betreuung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe notwendig ist, müssen die erbrachten Leistungen der Eingliederungshilfe auch die notwendigen Leistungen der Pflege umfassen, um das

gewünschte Lebensumfeld solange als irgend möglich zu erhalten. Die Rechtslage hierzu ist eindeutig (§ 55 SGB XII):



§ 55 Sonderregelung für behinderte Menschen in Einrichtungen

„Werden Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43 a des Elften Buches erbracht, umfasst die Leistung auch die Pflegeleistungen in der Einrichtung. Stellt der Träger der Einrichtung fest, dass der behinderte Mensch so pflegebedürftig ist, dass die Pflege in der Einrichtung nicht sichergestellt werden kann, vereinbaren der Träger der Sozialhilfe und die zuständige Pflegekasse mit dem Einrichtungsträger, dass die Leistung in einer anderen Einrichtung erbracht wird; dabei ist angemessenen Wünschen des behinderten Menschen Rechnung zu tragen.“

Eine Feststellung des Sozialhilfeträgers, dass wegen der altersbedingten Verfassung des/der Heimbewohner „die Pflege im Vordergrund stünde“ und daher eine Verlegung in eine Pflegeeinrichtung erfolgen müsse, ist nicht zulässig. Festgestellt werden kann eine Überforderung im Bezug auf Pflegeleistungen nur von der Einrichtung selbst. Im Vordergrund muss natürlich immer der Wunsch des Menschen mit Behinderung selbst stehen.

Die Herausforderungen annehmen



Bild: Aktion Mensch: Menschen. das Magazin, 3/2003

Auf die besonderen Anforderungen des Personenkreises müssen sich die Träger (räumlich, personell, konzeptionell) einstellen. Es müssen aber auch die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Denn: das Recht auf Teilhabe endet nicht mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben.

Das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben belastet Menschen mit geistiger Behinderung in der Regel mehr als andere Menschen. Die WfbM ist oder war nicht nur ihr Arbeitsplatz, sondern darüber hinaus ein wesentlicher Ort der Kommunikation und der sozialen Kontakte. Im Gegensatz zu anderen älter werdenden Menschen können sie häufig weniger familiäre Rollen einnehmen (z. B. als Eltern oder Großeltern).

Wir dürfen das Alter jedoch nicht immer nur unter dem Blickwinkel von Problemen und Defiziten sehen. Denn diese Lebensphase birgt auch Chancen: Es kann in der dritten Lebensphase für Menschen mit Behinderung viel einfacher sein, Wege in die Gemeinschaft zu gehen, als in jener Zeit, in der sie wie andere Menschen unter dem Druck des Berufslebens stehen.



Wir brauchen Konzepte und Ressourcen, um für alte Menschen mit geistiger Behinderung Wege in die Gemeinde zu ebnen und bisherige Barrieren abbauen zu können. Wir müssen Menschen mit Behinderung dabei unterstützen, den Ruhestand zu gestalten.



Die Lebenshilfe spricht sich gegen eine systematische und flächendeckend geplante Schaffung von „Fachpflegeheimen für Menschen mit geistiger Behinderung“ als neuem Einrichtungstyp aus, denn diese würde nur zu einer zusätzlichen Aussonderung alter Menschen mit geistiger Behinderung führen.

Stattdessen muss zur Sicherstellung der Teilhabe alter Menschen mit Behinderung die Möglichkeiten der Kooperation mit verschiedenen Partnern im Gemeinwesen ausgelotet und ausgebaut werden.

Workshop 1 – Ergebnisse

Auch im Alter mitten drin?

Menschen mit geistiger

Behinderung

Berichterstatter: Klaus Keller, Verein für Gemeindediakonie und Rehabilitation e.V.

Zu Anfang des Workshops berichteten drei „Experten in eigener Sache“ d.h. Menschen mit geistiger Behinderung, die im Wohnheim oder ambulant betreut wohnen, von ihrer

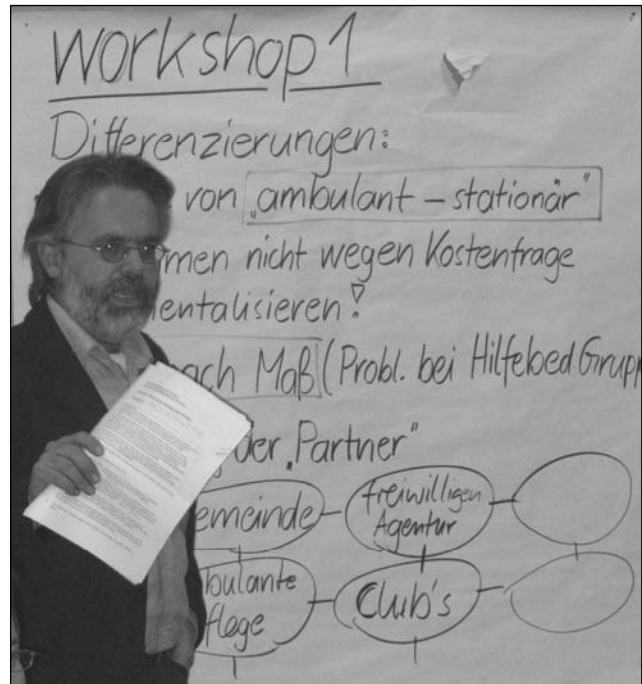
Lebenssituation, ihren Vorstellungen, Plänen, Hoffnungen und Sorgen in Bezug auf den Ruhestand: Herr Schwarzwälder – wohnhaft im Wohnheim, Herr Gaysert – wohnt seit 21 Jahren zu Hause mit ambulanter Betreuung, Herr Lohmann, wohnt seit 10 Jahren ebenfalls zu Hause und ist ambulant versorgt.

Inhalte der Diskussion

Wohn- und Betreuungsangebote (von ambulant bis stationär) sollten nach Meinung der Teilnehmer/innen an individuellen Bedarfen ausgerichtet werden. Sinnvolle Unterstützungsmaßnahmen sollen dabei nicht hauptsächlich nur nach den Kosten ausgesucht werden, da sich gezeigt hat, dass kurzfristig höhere Kosten oftmals langfristige Einsparungen erbringen können.

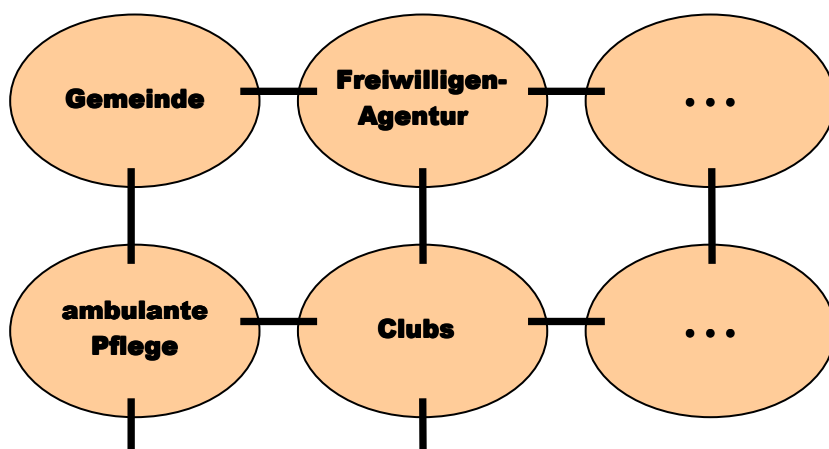
Zur Frage: „Was ist normal im Alter?“ stellte der Referent die These auf, dass das Erleben des Lebensabschnitts Alter bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht anders zu sehen ist als bei anderen älteren Menschen: grundsätzlich bestehen dieselben Wünsche und Sorgen in Bezug auf den Lebensabend.

Grundtenor ist bei Betroffenen der Wunsch, so lange wie möglich im gewohnten Umfeld zu verbleiben. Nur wenn im Einzelfall die Einrichtung der Behindertenhilfe, in der ein behinderter Mensch lebt (und seine Heimat hat), nicht mehr in der Lage wäre, einen erhöhten pflegerischen Hilfebedarf (inkl. intensiver behandlungspflegerischer Maßnahmen) zu decken, kann ein Umzug in ein Pflegeheim erforderlich werden. Das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen muss dabei jedoch berücksichtigt werden. Die Betroffenen äußerten übereinstimmend,



dass eine Wohnveränderung für sie nur in Frage käme, wenn es wirklich keine anderen Alternativen mehr gäbe.

Grafik 4: Vernetzung der Partner



Eine bessere Vernetzung vor Ort ist hilfreich und nötig, um Umzüge zu vermeiden: Übereinstimmend kamen die Anwesenden zum Ergebnis, dass bei einer guten Vernetzung der Angebote der Stadtteile, Vereine, Kirchengemeinden und sonstiger Gruppen sowie bei einer Offenheit der Alten- und Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderung keine aufwändigen Sondereinrichtungen erforderlich sind.



Blick ins Publikum

Workshop 2: Besondere Herausforderungen für Menschen mit seelischen Störungen und Demenzen

PD Dr. Daniel Kopf, Zentralinstitut für seelische Gesundheit



Ziel dieses Workshops war es, die Teilnehmer zu sensibilisieren für die Sorgen und Bedürfnisse hoch betagter, seelisch erkrankter oder dementer Menschen.

Auf dem Hintergrund explodierender Kosten im Gesundheitssystem und vieldiskutierter Pflegenotstände in Heimen stellt sich die Frage, wer zukünftig die Kosten und die Betreuung für unsere Kranken übernehmen soll bzw. kann und wie die Kosten eingedämmt werden können. Neue Lösungswege sollen erarbeitet werden, damit die Zukunftsperspektive alter und seelisch kranker Menschen unserer Gesellschaft nicht zu einer „Schreckensvision“ wird.

Die Lebenssituation und persönliche Ressourcen verändern sich im Alter, z.B. durch Multimorbidität, körperliche Einschränkungen, den Tod von Angehörigen und Freunden, finanzielle Engpässe bei niedriger Rente.

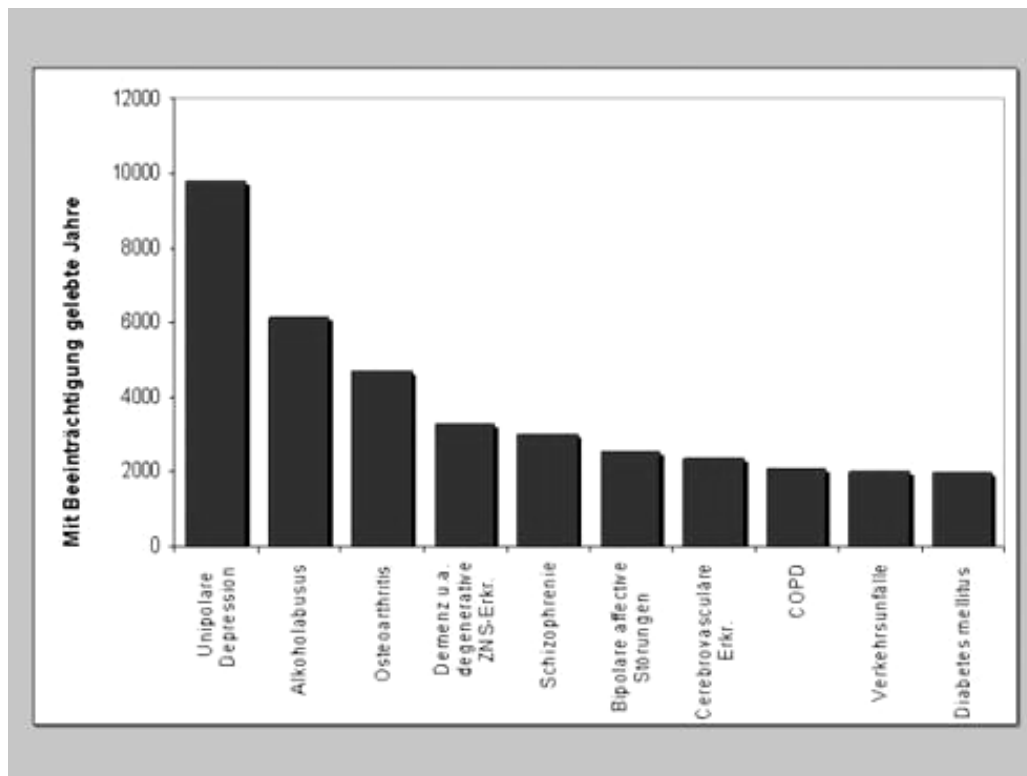
Je mehr Einschränkungen, desto mehr leidet die Psyche, was das Ausbrechen einer seelischen Störung, wie z.B. einer Depression oder einer Angststörung zur Folge haben kann. Bei einigen Menschen besteht zudem eine seit Jahren bekannte chronische seelische Erkrankung, z.B. in Form einer bipolaren Störung oder einer Schizophrenie. Aufgrund oben beschriebener Einschränkungen fällt die Bewältigung und Anpassung an die chronische Erkrankung im Alter oft schwerer, die Zahl der suizidgefährdeten Personen nimmt zu. Zudem steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken.

Im Folgenden werden die vom Referenten vorgestellten Folien präsentiert, die im Einzelnen folgende Themen umfassen:

Lebenserwartung und Kosten nach Eintritt von seelischen oder gerontopsychiatrischen Krankheiten, Entstehung von Behinderungen bei seelischen Krankheiten, Unterschiede, Interaktion und Charakteristika von seelischen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen, Behandlungskonzepte für Demenz, Effekte psychologischer Therapien für pflegende Angehörige, medikamentöse Maßnahmen und Versorgung bei Demenz.

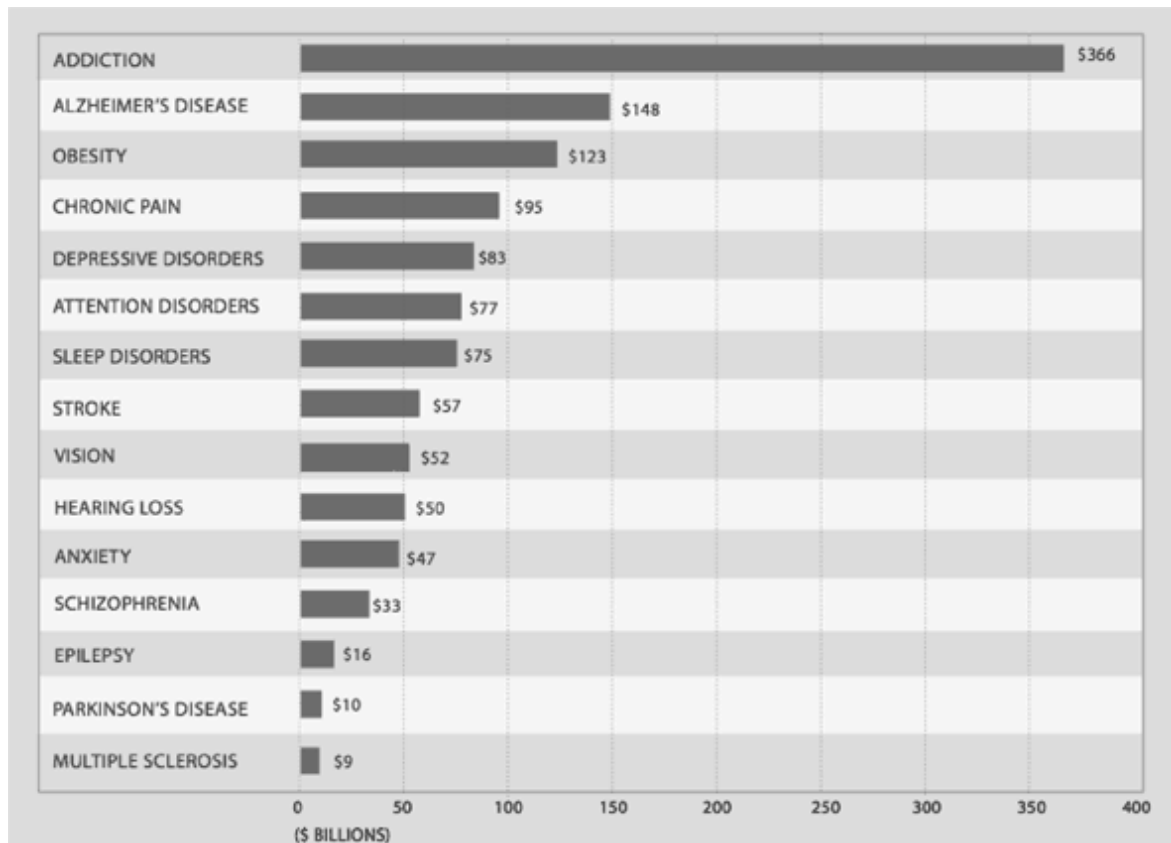
Unter den Erkrankungen, die in der WHO-Erhebung „Global Burden of Disease“ am meisten chronische Behinderung verursachen, stehen psychiatrische Erkrankungen ganz oben: An oberster Stelle die Depression, gefolgt von Alkoholismus, und an vierter bzw. fünfter Stelle, Alzheimer und andere Demenzen sowie die Schizophrenie.

Grafik 5: Durchschnittliche Lebenserwartung nach Eintritt verschiedener Krankheiten



Von diesen Erkrankungen führt die Schizophrenie bereits im frühen Erwachsenenalter bei einem großen Teil der Betroffenen zu teils erheblicher Behinderung. Patienten mit wiederkehrenden Depressionen können häufiger so erfolgreich behandelt werden, dass sie am beruflichen und gesellschaftlichen Leben ohne Einschränkung teilnehmen können. Mit zunehmendem Alter gibt es aber auch hier Patienten, die eine chronische, schwere Behinderung entwickeln. Da auch die Lebenserwartung von Patienten mit chronischen seelischen Erkrankungen steigt – wenn auch langsamer als die der Allgemeinbevölkerung – gelangen in Zukunft zunehmend mehr Menschen mit seelischen Behinderungen ins höhere Lebensalter.

Grafik 6: WHO: Gesellschaftliche Kosten verschiedener Krankheiten (in US - Dollar)

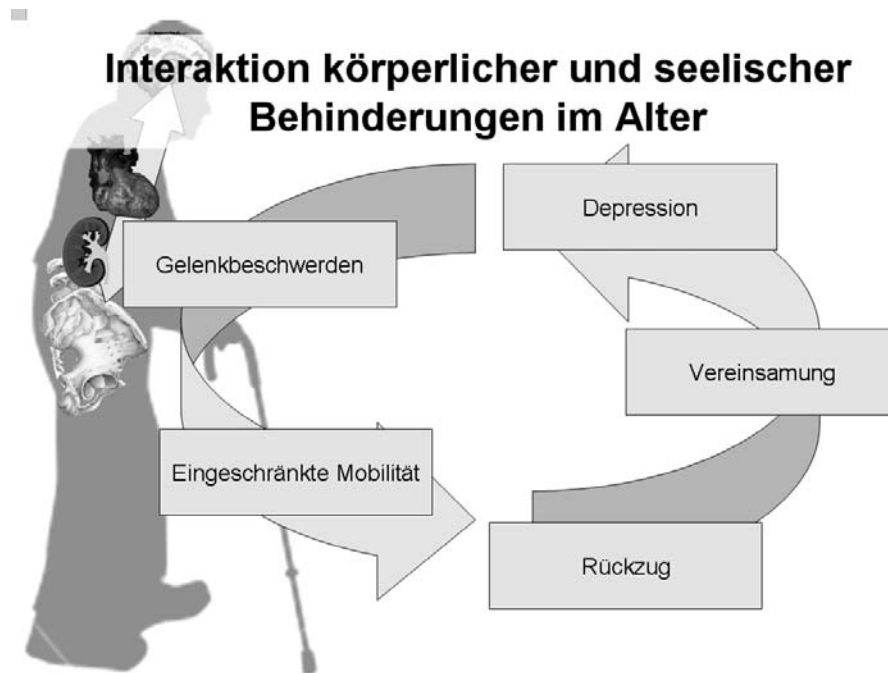


Grafik 6 verdeutlicht, dass psychische Erkrankungen erhebliche gesellschaftliche Kosten verursachen.

Wie entsteht Behinderung bei psychischer Krankheit?

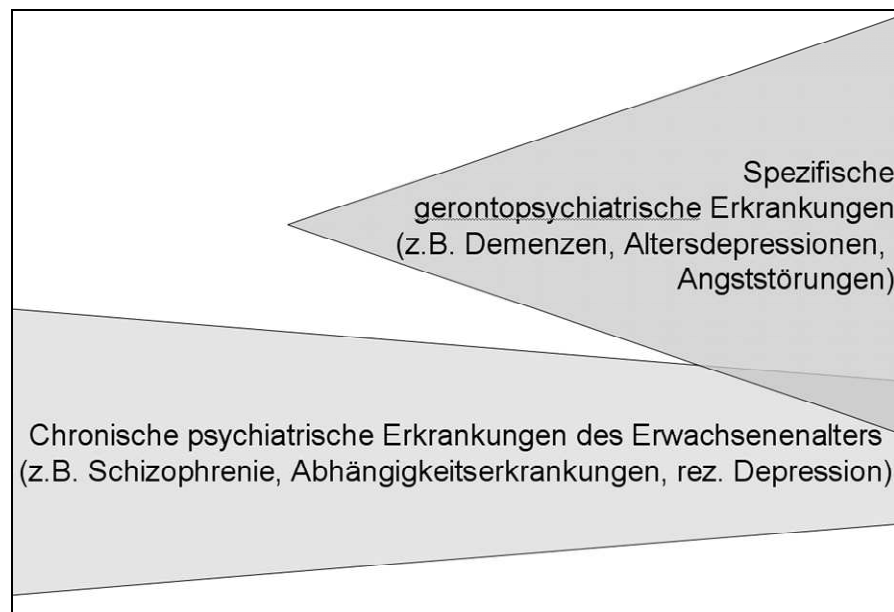
Psychische Erkrankungen, die zu Behinderungen führen, sind z. B. unipolare Depression und Schizophrenie. Durch eine Verschlechterung der Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer kann es z. B. bei Schizophrenie zu einem Verlust der Berufstätigkeit kommen. Eine eingeschränkte oder gestörte soziale Wahrnehmung zu Rückzug und sozialer Isolation führen. Darüber hinaus besteht die Gefahr der Verwahrlosung (Gesundheit, häusliches Umfeld, soziale Sicherung) durch krankheitsbedingt verminderten Antrieb und eingeschränkte Planungsfähigkeit.

Grafik 7: Interaktion körperlicher und seelischer Behinderungen im Alter



Altersbedingte Krankheiten (z. B. Gelenkbeschwerden) können psychische Erkrankungen verstärken. Dies führt oft zu Rückzug und Vereinsamung, vor allem bei Menschen, die allein leben, was für Menschen mit Behinderung im Alter häufig zutrifft.

Grafik 8: Überschneidung von chronisch-psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern im Alter



Wichtig ist die Unterscheidung zwischen chronisch-psychiatrischen Erkrankungen und spezifisch gerontopsychiatrischen Erkrankungen (wie Altersdepressionen, Demenzen, Angststörungen), denn Menschen mit Demenzerkrankungen haben andere Bedarfe als Langzeit-Seelisch-Kranke. Im Alter können sich beide Krankheitsbilder, wie oben dargestellt, jedoch überschneiden.

Charakteristika und Krankheitsverlauf der Demenz

Alzheimer ist mit 60% der Erkrankungen die am häufigsten auftretende Form der Demenz. Die allgemein-gesellschaftliche Zunahme von Demenz ist nur mit der Alterspyramide zu erklären, ist jedoch in Deutschland vergleichbar mit der anderer Industrienationen. Die Gründe, aus denen Demenz bzw. die Einlagerung von Plaques heute früher auftritt, sind unbekannt.

Behinderung und Versorgungsbedarf bei Demenz

- Im Frühstadium einer Demenz ist nur gelegentliche Unterstützung z.B. bei Terminen, Einkauf, Kühlschrank, Behörden etc. vonnöten.
- Bei leichter bis mittelschwerer Demenz ist eine kontinuierliche Beaufsichtigung (Desorientiertheit, fehlende Einschätzung von Gefahren im häuslichen Bereich, Unsicherheit im Umgang mit Medikamenten) geboten.
- In der mittelschweren Ausprägung Demenz: Beaufsichtigung, Anleitung, Unterstützung (Körperpflege, Versorgung mit Nahrung).
- Im Fall der schweren Demenz ist die Übernahme praktisch aller basalen Verrichtungen durch das Pflegepersonal obligatorisch.
- In den verschiedenen Demenzstadien ist allgemein eine Demenz-spezifische Pflege und Betreuung (Umgang mit Apathie, Wahn, Agitation, Aggressivität, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus) wichtig.

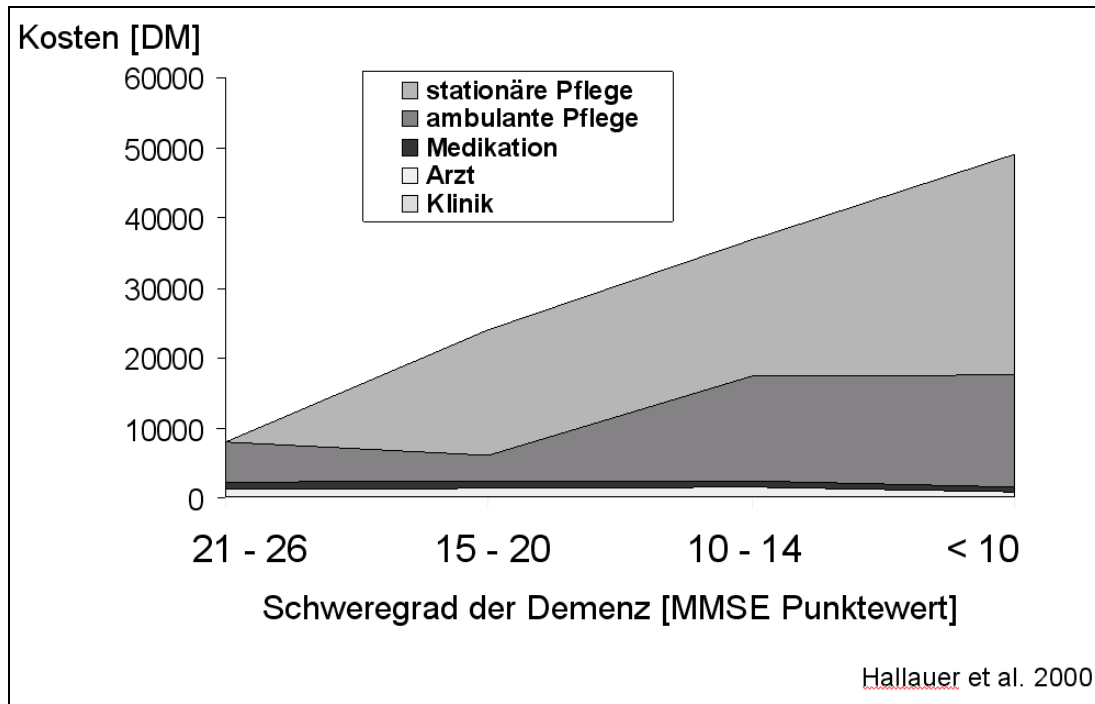
Menschen mit Down-Syndrom neigen zur Demenzbildung. Auch Sucht kann zu Demenz (z.B. alkoholbedingte Demenz im Gegensatz zu Altersdemenz) führen.

Behandlung der Demenz

In der Behandlung der Demenz ist eine strikte Einteilung bzw. Präferenz „chemischer“ vs. Naturheilmittel nicht praktikabel; hier ist wichtig, was verträglich ist und wirkt. Dies kann je nach Patient unterschiedlich sein. Für die Behandlung der Demenz gibt es bis jetzt keine nachprüfbar wirksamen Naturheilmittel (wie z.B. Vitamine, Gingko, Knoblauch). Aktivierende

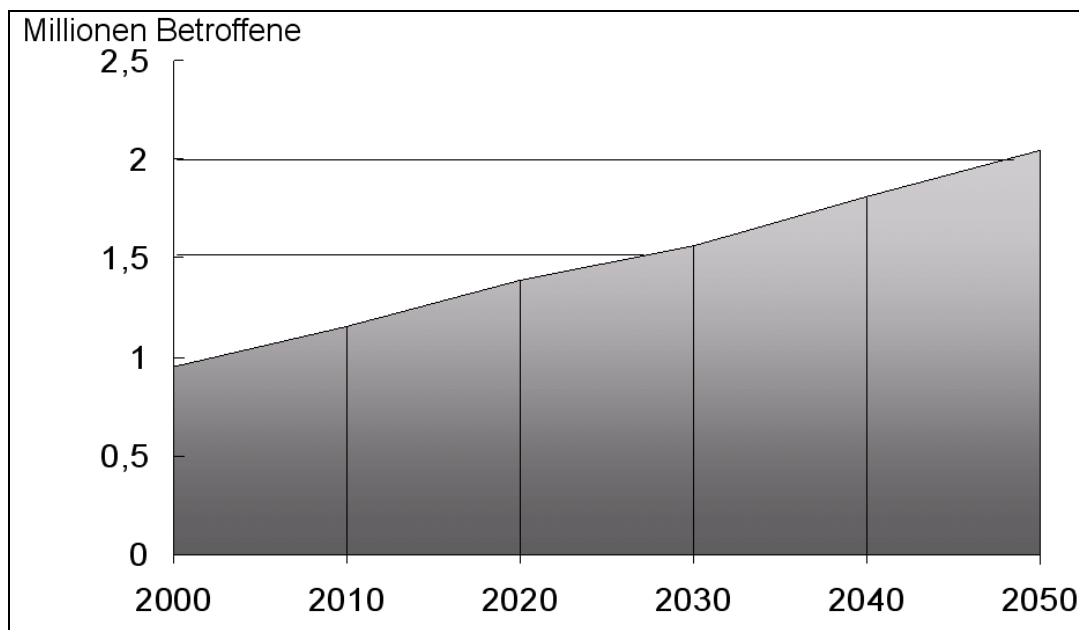
Medikamente gegen Demenz können in seltenen Fällen die Epilepsie-Anfallsbereitschaft steigern. Meist geht in diesem Fall jedoch eine andere Gehirnschädigung voraus (z. B. durch Alkohol, Schlaganfall).

Grafik 9: Jährliche Gesamtkosten pro Demenzpatient



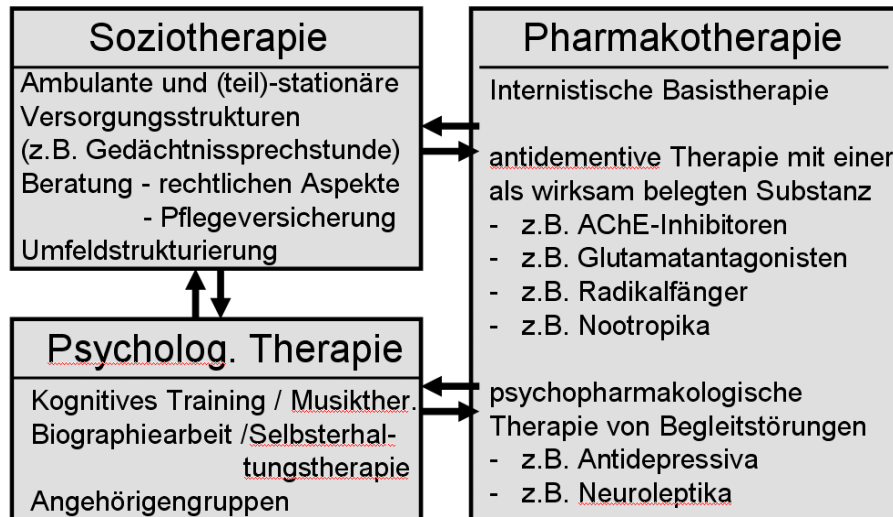
Der Blick auf die Grafiken 9 und 10 macht deutlich, dass die jährlichen Gesamtkosten pro Demenzpatient erheblich ansteigen werden und dass sich in den kommenden vier Jahrzehnten die Zahl demenzkranker Menschen mehr als verdoppeln wird.

Grafik 10: Verdoppelung der Zahl der Demenzen in den kommenden 5 Jahrzehnten



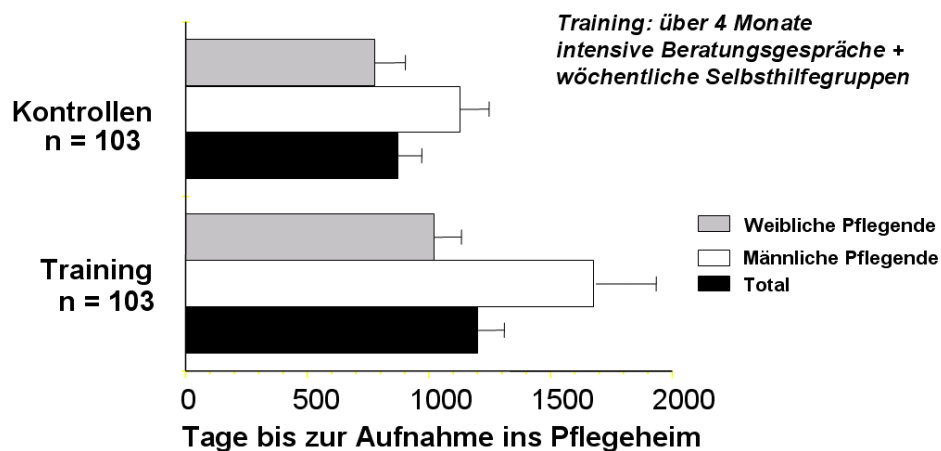
Zur Behandlung von Demenzen ist in der Regel ein Set an therapeutischen Maßnahmen angebracht, die gleichermaßen auf die Person, ihr Umfeld und eine medikamentöse Behandlung abstellen.

Grafik 11: Integratives Behandlungskonzept für Demenzen

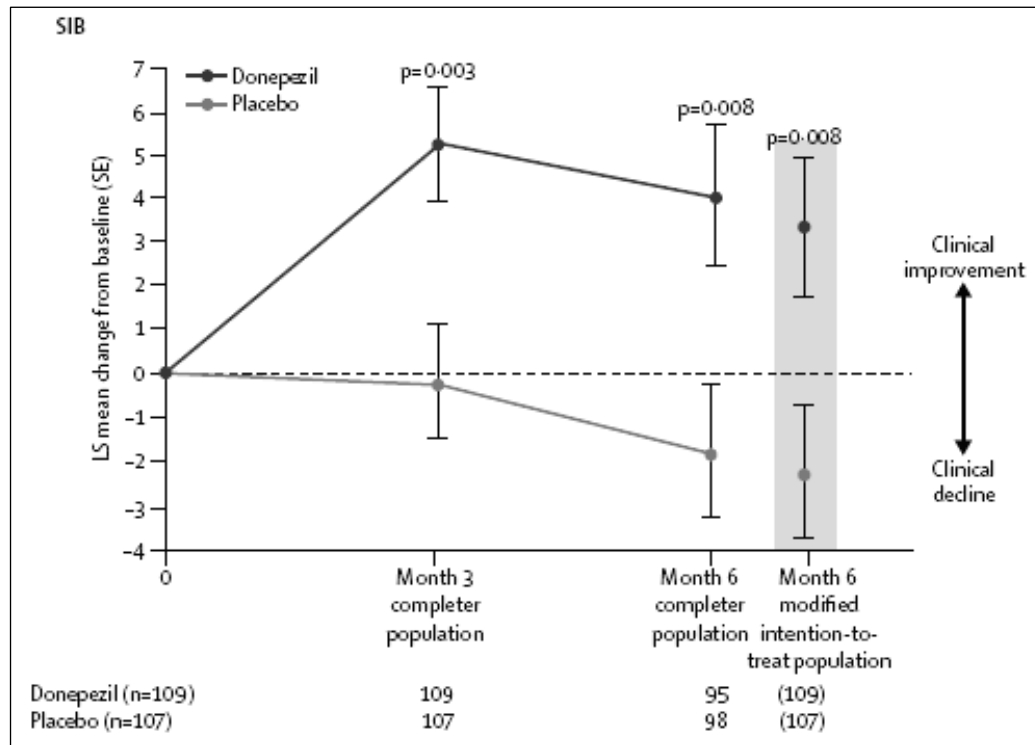


Von besonderer Bedeutung bei der Behandlung demenzerkrankter Menschen ist die Stärkung von Angehörigengruppen. Angehörige in solchen Gruppen gelingt es häufiger den Zeitraum bis zur Aufnahme ihrer Demenzerkrankten Familienmitglieder in ein Pflegeheim hinauszuzögern, wenn sie qualifiziert darauf vorbereitet werden und in Selbsthilfegruppen ein Feedback zur Aufarbeitung ihrer Probleme in der Betreuung haben.

Grafik 12: Psychologische Therapien – Effekte von Angehörigengruppen

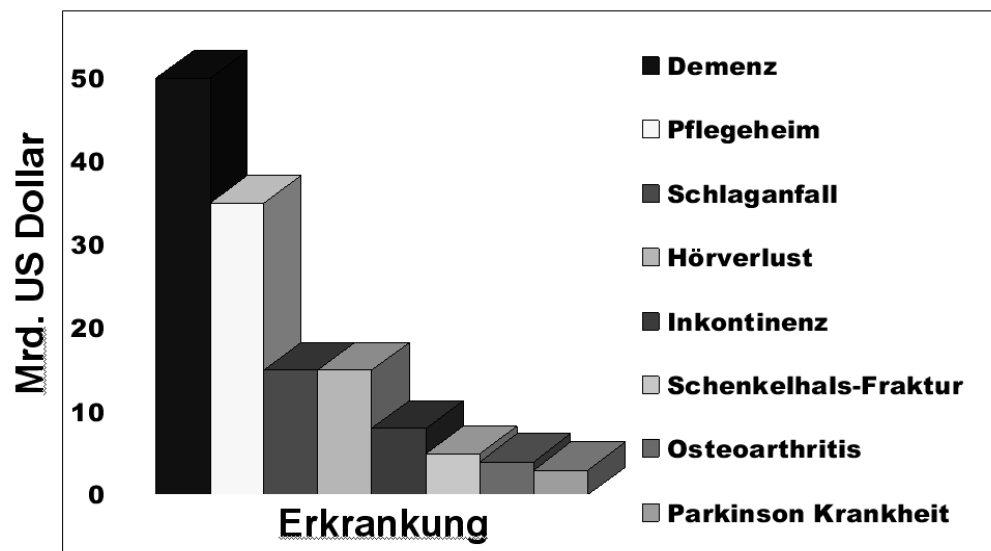


Grafik 13: Wirksamkeit medikamentöser Maßnahmen



Eine US-Studie (s. Grafik 14) macht deutlich, dass ein Hinauszögern des Krankheitsbeginns zu erheblichen Kosteneinsparungen für das Gesundheitssystem führt.

Grafik 14: Jährliche Kostenersparnis durch Verzögerung des Krankheitsbeginns um 5 Jahre

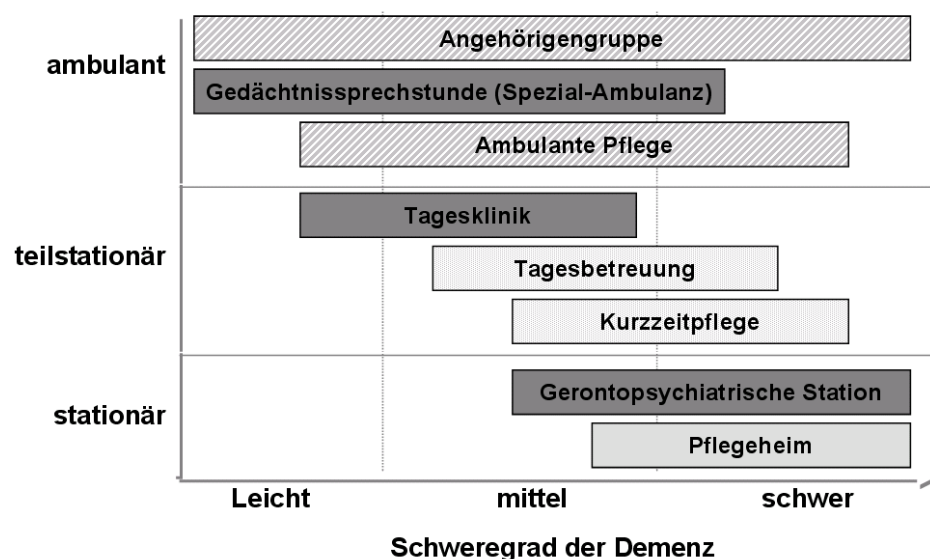


Putting Aging on Hold: Delaying the diseases of old age, AFAR& the Alliance for Aging Research, 1995

Workshop 2: Besondere Herausforderungen für Menschen mit seelischen Störungen und Demenzen

Die folgende Grafik klassifiziert die Angebotsstruktur für Menschen mit Demenzerkrankungen je nach Schweregrad der Demenz und entlang der Achse ambulanter bis zu stationärer Betreuung – von der Angehörigengruppe bis zum Pflegeheim.

Grafik 15: Versorgung von Demenzkranken: Strukturelle Bedingungen



Lebenslagen im Alter



Workshop 2 – Ergebnisse

Berichterstatter: Martin

Zimmermann, Stadt Mannheim,
Fachbereich Kinder, Jugend und
Familie

In diesem Workshop wurde die Situation und Lebenslagen von Menschen mit seelischen oder gerontopsychiatrischen Behinderungen oder Erkrankungen in Mannheim aus der Sicht von Fachkräften und Angehörigen beleuchtet, Defizite benannt sowie Empfehlungen für Teilbereiche der Behindertenhilfe erarbeitet.



Defizite und Handlungsbedarf aus ärztlicher Sicht

Mit zunehmendem Alter treten zu den psychiatrischen Erkrankungen noch vielfältige körperliche Erkrankungen hinzu, die oft auch medikamentös behandelt werden müssen. Patienten mit chronischen psychischen Behinderungen fällt es oft schwer, die nötigen Arztkontakte aufrecht zu erhalten, zu planen und zu koordinieren. Der erste ärztliche Ansprechpartner für solche Patienten ist oft nicht der Hausarzt, sondern der Nervenarzt, der aber oft nicht informiert ist über andere an der Behandlung beteiligte Fachärzte. Dadurch bestehen zwei Gefahren: entweder sind die Patienten unterversorgt mit Medikamenten für körperliche Erkrankungen, oder die Behandlung erfolgt unkoordiniert von Ärzten verschiedener Fachrichtungen. Die Gefahr von Medikamentenwechselwirkungen oder Nebenwirkungen wird dadurch erhöht.

Bei der Demenz besteht das Problem, dass die Erkrankung in frühen Stadien häufig nicht erkannt wird. Aufmerksamkeit erhalten die Patienten oft erst in einem Stadium, in dem die eigenständige Versorgung nicht mehr möglich ist. Häufig ist die Folge, dass Patienten dann plötzlich in ein Pflegeheim eingewiesen werden müssen, weil für die Organisation ambulanter Hilfen nicht mehr genügend Zeit bleibt.

Handlungsbedarf besteht daher auf zwei Gebieten: Sowohl Ärzte als auch andere medizinische Berufsgruppen und Bezugspersonen müssen vermehrt für das Thema Demenz sensibilisiert werden. Beratungsstellen für die soziale und pflegerische Versorgung im Frühstadium

der Demenz sollten für Hausärzte und für Betreuungspersonen leichter zugänglich sein, um frühzeitig ambulante Hilfsmöglichkeiten zu organisieren und dadurch überstürzte Heimeinweisungen zu vermeiden. Bei Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen werden mit zunehmendem Lebensalter aufsuchende Dienste notwendig, die den Patienten helfen, ihre Gesundheitsbelange kompetent und umfassend zu regeln.

Fehlende Infrastrukturangebote für seelisch erkrankte Menschen

Hilfemöglichkeiten (und -angebote) für seelisch Erkrankte machen oft an der Ruhestandsgrenze halt. Es gibt für seelisch Kranke zwar Einrichtungen wie z.B. das Elisabeth-Lutz-Haus (ein therapeutisches Wohnheim für psychisch Erkrankte), dessen Ziel jedoch die (Wieder-) Eingliederung in den Beruf ist. Dies ist ab 65 Jahren jedoch nicht mehr gefordert.

Ein **Angebot der Nachtpflege** für seelisch Kranke, die nachts oft unruhig sind, fehlt. Dafür könnte, so ein Vorschlag, das Café im stationären Bereich nachts geöffnet werden. Dies müsste jedoch beaufsichtigt werden. Auch der Transport ambulant wohnender Personen dorthin müsste organisiert werden.

Weiterhin wurde die Idee eines **mobilen Nachteinsatzdienstes** für seelisch oder gerontopsychiatrisch akute Problemlagen, der per Telefon oder mobilem Besuchsdienst arbeiten würde, eingebracht. Tätigkeit: 1 - 2 Stunden mit den Betroffenen reden, sie beruhigen. Oft wird der notärztliche Dienst wegen eines vorübergehenden Problems wie nächtlicher Unruhe oder nicht-schlafen-können angerufen und es kommt deswegen zu einer Krankenhauseinweisung. Dies könnte durch einen solchen Dienst vermieden werden. Qualifiziertes Personal, z. B. Pflegekräfte oder auch Medizinstudenten, sind dafür obligatorisch. Personal sollte dafür zusätzlich eingesetzt werden, da dieser Dienst auch eine Kostendämpfung bewirkt. Jedoch besteht vor allem bei seelischen Erkrankungen tendenziell ein Problem, spontan neue Bezugspersonen zu akzeptieren, was auf einen mobilen Nachteinsatzdienst erschwerend wirken kann.

Ein Problem ist es darüber hinaus, für ältere seelisch Erkrankte (z. B. Schizophreniekranken), auf eine externe Betreuung umzusteigen, wenn Eltern und/oder Angehörige als langjährige Betreuungspersonen aufgrund von Alterserkrankungen ausfallen oder sterben.

Wichtig wäre es, eine erste **Anlaufstelle für psychiatrisch alterserkrankte Menschen** zu schaffen: Der Sozialpsychiatrische Dienst dient als zentrale Anlaufstelle für psychisch kranke Menschen bis zum 65. Lebensjahr sowie für langjährig psychisch Erkrankte auch darüber hinaus, ist jedoch nicht für gerontopsychiatrisch oder demenziell erkrankte Menschen zuständig. Zur Zeit bestehen als Anlaufstellen in Mannheim nur die Seniorenberatungsstellen (früher IAV – Stellen) für diese Zielgruppe. Als Beispiele können hier die Organisationsstrukturen anderer Städte genannt werden: In Ludwigshafen ist ein gerontopsychiatrischer Dienst

mit Sozialarbeitern an das Gesundheitsamt angegliedert¹; in Stuttgart ist ein gerontopsychiatrischer Dienst an den Sozialpsychiatrischen Dienst angegliedert.

Ehrenamtliche Hilfe/Angehörigenentlastung

Für ehrenamtliche Helfer sowie für Nachbarschaftshilfe sollten in Mannheim die bestehenden **Foren für die Engagementförderung** (Stabsstelle für bürgerschaftliches Engagement, MachMit, Verbände u. a.) intensiver genutzt werden. Durch deren praktische Hilfe kann unter Umständen eine Heimunterbringung vermieden werden. Bei Einsatz ehrenamtlicher Helfer/innen ist in diesem Bereich allerdings sorgfältige Schulung nötig: in Ludwigshafen besteht dafür z. B. ein Projekt mit „Alltagshelferkursen“ für Langzeitarbeitslose.

Wegen der Pflegebelastung der Angehörigen an 365 Tagen im Jahr ist es wichtig, Angebote zur Angehörigenentlastung auszubauen. Dazu sind differenzierte Angebote nötig wie z. B. eine Tagespflege für Schizophrenie-Kranke (evtl. auch in einer Pflegeeinrichtung) oder Angebote, erkrankte Angehörige für wenige Wochen in einer Klinik aufzunehmen, sodass den Pflegenden ein Urlaub möglich wird.

Persönliches Budget/Ambulantisierung

Ambulantisierung, die durch die Nutzung des „Trägerübergreifenden Persönlichen Budgets“ ermöglicht wird, ist gerade von seelisch Behinderten erwünscht. Dies ermöglicht ihnen, unabhängiger von Einrichtungen der Behindertenhilfe zu leben und eine aktivere Rolle in der eigenen Lebensgestaltung einzunehmen. Im Rahmen von Modellprojekten wurde das Persönliche Budget zu 42% von Menschen mit psychischer Erkrankung, zu 31% von Menschen mit kognitiver Behinderung und zu 19% von Menschen mit Körperbehinderung in Anspruch genommen². Die Höhe der Persönlichen Budgets für seelisch Behinderte liegt dabei in der Regel unter dem Satz, den geistig oder körperlich Behinderte erhalten, da von ersteren weniger zeitaufwändige Leistungen, wie z.B. häusliche Pflege in Anspruch genommen werden (Cloerkes/Kastl, 2007, 197).

Wohnen

¹ **Sozialpsychiatrischer Dienst beim Gesundheitsamt (LU):** „Im höheren Alter kann sich ein Mensch durch eine Krankheit (beispielsweise die Alzheimer-Krankheit) oder ähnliche Krankheitsbilder so stark psychisch verändern, dass die Angehörigen dringend Hilfe und Beratung benötigen. In solchen Fällen kann das Gesundheitsamt fachkundig beraten. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen beraten und helfen auch bei anderen psychischen Erkrankungen, Behinderungen, Suchtkrankheiten sowie bei Gefährdung des alten Menschen auf Grund seiner Krankheit.“ Tel. 0621/59904-102 oder -162

² Universität Tübingen, Universität Dortmund, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg/Reutlingen: Trägerübergreifendes Persönliches Budget - Auswertung der Dokumentationsformulare aus den Modellregionen (Juni 2007)

Der Bereich des Wohnens ist für alle Betroffenen zentral. Gefordert wurde, dass der tatsächliche individuelle Bedarf im Bereich Wohnen vor einer Orientierung am Angebot stehen soll. Abgelehnt wird es, noch mehr Spezialeinrichtungen, z. B. für psychisch kranke Ältere zu schaffen. Wichtig ist dagegen eine genaue Bedarfsklärung und Feststellung der Betroffenenzahl etc. bevor man neue Einrichtungen schafft, die ansonsten eventuell am Bedarf vorbei geplant werden. Benannt wurde im Laufe der Diskussion auch ein Bedarf an wohnortnahen Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz.

Information/Transparenz

Die Strukturen der Behindertenhilfe sind oft für Betroffenen und Angehörige schlecht durchschaubar. Es wird die Bitte an die Stadt gerichtet, eine Übersicht der Angebote und ihrer Struktur zu veröffentlichen. Auch für die Telefonzentrale der Stadt (293-0) wird im Bereich der Strukturen und Hilfeangebote im Bereich Behindertenhilfe ein besserer Informationsstand gewünscht, evtl. durch das Vorliegen eines Wegweisers zum Thema. Dabei sollte auch die Lücke für muttersprachliche Beratungsangebote zum Thema Demenz bzw. psychische Alterserkrankungen – insbesondere auf türkisch und russisch – in Mannheim geschlossen werden.

Öffentlichkeitsarbeit

Eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit ist in Bezug auf alle Behinderungsarten nötig, um eine bessere gesellschaftliche Akzeptanz zu schaffen. Dies ist besonders für seelische oder gerontopsychiatrische Krankheiten und Behinderungen wichtig. Autonomie stellt einen hohen Wert in unserer Gesellschaft dar. Da diese durch seelische Krankheiten beeinträchtigt wird, stellen letztere ein gesellschaftliches Tabuthema dar und ihre Existenz wird tendenziell verdrängt. Öffentlichkeitsarbeit bzw. die Information der Öffentlichkeit darüber, dass seelische oder gerontopsychiatrische Erkrankungen nicht schlimmer, unehrenhafter oder schamvoller als andere Krankheiten sind, ist daher von Nöten. Deutlich wird dies unter anderem auch daran, dass die Bereitschaft, ehrenamtlich zu arbeiten sowie die Spendenbereitschaft für z. B. psychisch Erkrankte nicht so hoch ist wie für andere Bereiche.

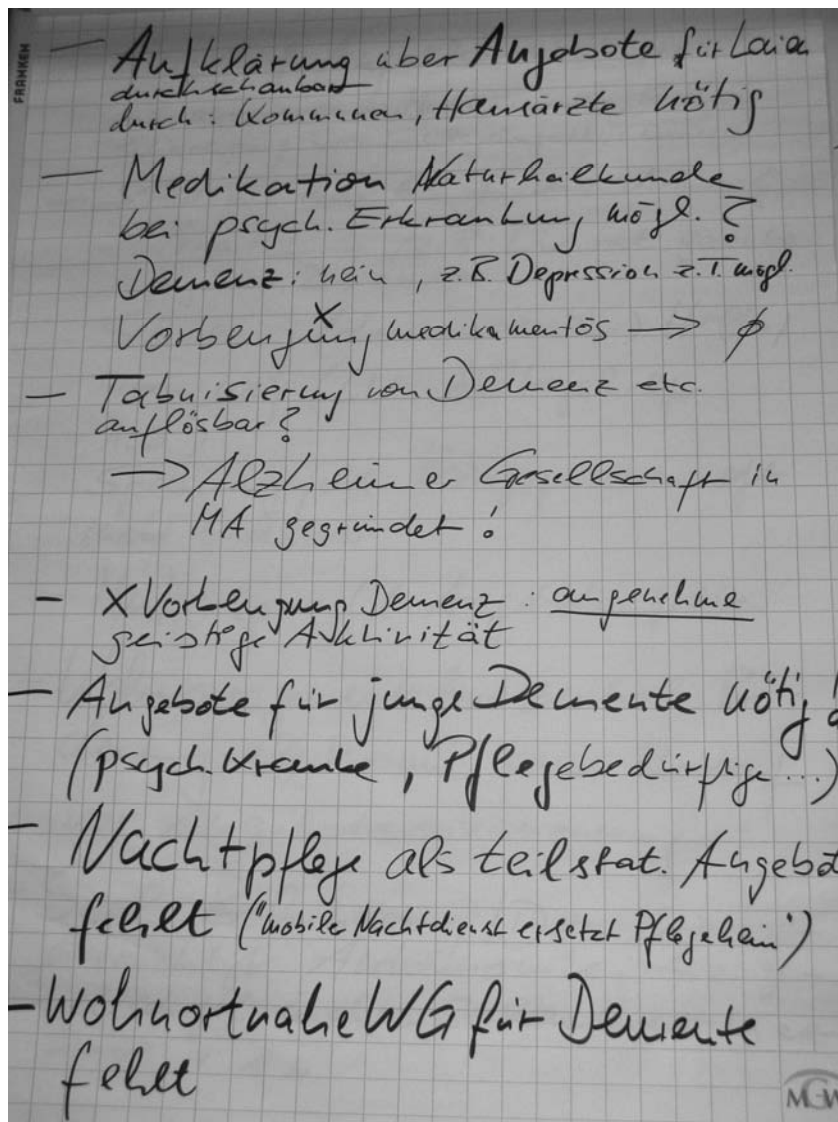
Oft besteht bei Demenzpatienten eine Angst vor der Krankheit, die zu Nicht-Annehmen derselben führt. Dies rührt unter anderem auch von der oben genannten gesellschaftlichen Stigmatisierung, der Einteilung in „anständige“ und „nicht-anständige“ Krankheiten her.

Ein möglicher Lösungsansatz wäre z. B. die Mitarbeit in der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft. Eine Regionalgruppe wurde in Mannheim neu gegründet und sucht noch ehrenamtliche Mitarbeiter. Dort wird unter anderem Öffentlichkeitsarbeit und Angehörigenbera-

tung betrieben und es werden Informationen über die Krankheit publiziert. Kontakt:

Alzheimer Gesellschaft Mannheim – Selbsthilfe Demenz e.V., Tel. 0621 / 74 48 64.

Gerade im Bereich der Demenz kann durch eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit mehr vorbeugend gearbeitet werden. Nachgewiesen ist z. B., dass sportliche Aktivität vorbeugend gegen Demenz wirken kann. Eine schon bestehende Demenz ist außerdem positiv beeinflussbar durch Sport und gesunde Ernährung. Auch geistige Aktivität, die als angenehm empfunden wird, hat einen positiven Effekt zur Vorbeugung von Demenz. Ergotherapeutische und soziale Angebote für Patienten mit früher Demenz könnten helfen, die geistige Leistungsfähigkeit noch besser zu stabilisieren.



Auszug aus der Arbeit des Workshops 2

Workshop 3: Besondere Herausforderungen für Menschen mit körperlicher bzw. Sinnesbehinderung

Albrecht Hegener, Paritätischer Wohlfahrtsverband
Baden-Württemberg



Alt und behindert – behindert und alt. Ältere Menschen mit Behinderung sind keine homogene Gruppe. Leben mit Behinderung ist ein Querschnittsthema – nicht nur im Alter.

... nur ein paar Zahlen?

In Baden-Württemberg waren am 31.12.2005 rund 728.500 schwer behinderte Menschen registriert. Der Anteil an der Bevölkerung betrug damit 6,8 Prozent. Eine Schwerbehinderung betrifft häufiger Männer als Frauen: 7,5 Prozent aller Männer, hingegen nur 6,1 Prozent aller Frauen. Mit dem Alter steigt das Risiko einer Schwerbehinderung kontinuierlich an: bei Kindern und Jugendlichen ist nur jede 110. Person schwer behindert, bei den über 65-jährigen ist es hingegen jede fünfte Person. 90 Prozent aller Schwerbehinderungen werden durch Krankheiten ausgelöst. Häufigste Behinderungsart ist eine Beeinträchtigung der inneren Organe bzw. Organsysteme. Körperliche Einschränkungen verschiedenster Art umfassen zusammen über 70 Prozent der Schwerbehinderungen. Die Häufigkeit einer Schwerbehinderung ist landesweit keineswegs einheitlich hoch. Die Stadt Mannheim hat mit einem Anteil von 10,2 Prozent der Bevölkerung den höchsten Wert. Der starke Einfluss des Alters auf die Häufigkeit einer Behinderung hat zur Folge, dass in Kreisen mit einem höheren Anteil älterer Menschen auch anteilig mehr schwer behinderte Menschen wohnen. Dies betrifft vor allem die Stadtkreise.

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Bereich Barrierefreiheit

Festzustellen ist, dass nur eine barrierefreie Infrastruktur für Menschen mit körperlicher bzw. Sinnesbehinderung eine umfassende Teilhabe ermöglicht. Fehlende Rampen oder Aufzüge, kontrastarme Anzeigetafeln, zu kurze „Grün-Phasen“ an der Fußgängerampel, fehlende taktile Leitlinien im öffentlichen Bereich, fehlende Kommunikationshilfen für gehörlose Menschen usw. sind die alltäglichen Hürden, die körper- und/oder sinnesbehinderte Menschen zu überwinden haben.

Busse und Bahnen sollten ebenso barrierefrei gestaltet sein wie die dazugehörenden Haltestellen, denn: Menschen mit Behinderung sind stärker als andere auf den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) angewiesen.

Fehlende Barrierefreiheit dagegen schränkt ein: beim Einkaufen, beim Arztbesuch, bei der Inanspruchnahme von Beratungen (z.B. Steuerberater, Rechtsanwalt, Notar). Angebote der Erwachsenenbildung (z.B. Volkshochschulkurs) finden „irgendwo“ statt – und damit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen oft unerreichbar, d. h. sie sind selten unter einem Dach.

Dies gilt in den verschiedensten Lebensbereichen: Sehenswürdigkeiten und kulturelle Veranstaltungen sollten für alle Menschen zugänglich sein. Gegenwärtig sind nur etwa 15 bis 20 Prozent der Museen in Baden-Württemberg barrierefrei zugänglich. Dies heißt aber nicht zugleich, dass auch die Ausstellungen selbst barrierefrei gestaltet sind. Sind Vitrinen für Rollstuhlfahrer einsehbar? Werden Informationen sowohl visuell als auch zum Hören angeboten? Und: sind Konzerte, Theater- oder Ballettaufführungen barrierefrei zugänglich? Auch im Bereich der digitalen Informationsübermittlung ist es wichtig, darauf zu achten, ob z. B. dynamischen Fahrgastanzeigen an Haltestellen sowie Hotlines vorhanden sind und ob Internetseiten barrierefrei gestaltet werden.

Im Bereich Tourismus: sind Gaststätten und Hotels barrierefrei? Und gibt es (genügend) öffentliche Rollstuhltoiletten? Gibt es solche in Gaststätten, Einkaufszentren, Museen, Theatern ...?

Hierzu können verschiedene Handlungsempfehlungen gegeben werden:

Barrierefreiheit sollte selbstverständlich als Kriterium bei städtebaulichen Wettbewerben, in der Bauleitplanung, Nahverkehrsplanung sowie bei der Gestaltung neuer Internetauftritte usw. berücksichtigt werden. Dazu sollten Menschen mit Behinderung bzw. deren Verbände als „Experten in eigener Sache“ analog den „Trägern öffentlicher Belange“ beratend beteiligt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Erarbeitung von Wegweisern oder Stadtführern für mobilitätsbehinderte Menschen (z. B. „Stadtführer für Rollstuhlfahrer“, „Stadtführer für blinde/sehbehinderte Menschen“).

Bereich Wohnen

Wohn- und Betreuungsangebote sind dann „alten- und behindertengerecht“, wenn sie soviel Selbständigkeit und Selbstbestimmung wie möglich und so viel Versorgungssicherheit wie nötig bieten.

Workshop 3: Besondere Herausforderungen für Menschen mit körperlicher bzw. Sinnesbehinderung

Ist die eigene Wohnung barrierefrei? Kann sie evtl. baulich angepasst werden, dass kein Umzug notwendig wird? Gibt es überhaupt geeignete Wohnungen am Ort?

Gibt es eine ambulante bedarfsgerechte Unterstützung, z. B. durch einen ambulanten Pflegedienst? Wie lange kann bei zunehmender Pflegebedürftigkeit die ambulante Versorgung und Betreuung gewährleistet werden? Gibt es Angebote zur Tagesstrukturierung am Ort? Barrierefreie Wohnungen und ein Ausbau der ambulanten Unterstützungsstrukturen wie z. B. ambulante Pflegedienste, „Essen auf Rädern“, sind notwendig.

Alte und pflegebedürftige Menschen mit Behinderung sollten auch bei der örtlichen Altenhilfeplanung mit ins Blickfeld genommen werden. Gibt es Gemeinsamkeiten und welche Unterschiede gibt es?

Fazit: „In Würde alt zu werden wünschen sich Menschen mit und ohne Behinderung!“

Zitat von Jutta Pagel-Steidl, Geschäftsführerin des Landesverbands für Körper- und Mehrfachbehinderte Baden-Württemberg e.V.

Altern in Würde – historische Darstellungen



Workshop 3 - Ergebnisse

Berichterstatter: Bernhard Scherer,
Stadt Mannheim, Fachbereich Kinder,
Jugend und Familie

Barrierefreiheit ist als Querschnittsthema nicht nur ein Anliegen von Menschen mit Behinderung, aber auch von Senioren, jungen Familien etc. und erweitert die Bewegungsfreiheit aller Bevölkerungsgruppen.

Im Workshop 3 wurde allgemein auf Herausforderungen für Menschen mit Körper- bzw. Sinnesbehinderungen eingegangen, die jedoch auch für diese Personengruppe im Alter relevant sind.



Betroffenenvertreter der AG Barrierefreiheit werden in Mannheim systematisch in **Bauplanungen**, die den öffentlichen Raum betreffen, einbezogen. Es wurde angeregt, bewährte Lösungen in der Folge als Standard zu verwenden. Gewünscht wird auch, dass DIN-Normen zum barrierefreien Bauen in allen Bereichen (öffentlicher Raum, öffentliche Gebäude, Wohnungsbau) verbindlich werden. Die Kosten eines barrierefreien Ausbaus können eventuell durch frühzeitige Planung reduziert und Vorbehalte gegen barrierefreies Bauen durch vorausgehende Kommunikation ausgeräumt werden. Ein Anliegen ist es außerdem, Architekten und andere Verantwortliche mehr über das Thema Barrierefreiheit zu informieren.

Konkret angeregt wurde, zu überprüfen, ob die vorhandenen **Behindertentoiletten** im Stadthaus der DIN-Norm entsprechen. Außerdem sollte an Haltestellen des ÖPNV die Barrierefreiheit noch weiter ausgebaut werden (z. B. bei E 5). Mängel bezüglich der Barrierefreiheit bzw. Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderung wurden in Mannheim in den Bereichen Kultur, Kirchen, Gastronomie, Tourismus, Einkaufszonen, Arztpraxen und Toilettenanlagen benannt.

Geplant ist, einen **Wegweiser bzw. Stadtführer** für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen zu erstellen. Ab Mai wird dieser Wegweiser, der von der AG Barrierefreiheit zusammen mit der Hochschule Mannheim/Fakultät für Sozialwesen erarbeitet wurde, für die Stadtbezirke im Urban-II-Gebiet (Jungbusch, Westliche Unterstadt und Teilbereiche der Neckarstadt-West) bereits zur Verfügung stehen.

Empfehlungen in diesem Workshop zu ausgewählten Themen:

Wohnen

Für ältere Menschen mit Behinderung wird die Einrichtung von mehr Mehrgenerationenhäusern und Wohngruppen angeregt. Es wird weiterhin der Wunsch geäußert, von Seiten der Stadt Zuschüsse für Wohnungsumbauten, die mit den speziellen Anforderungen im Alter zu tun haben, zu gewähren.

Unterstützung und Pflege

Unterstützungs-Ressourcen (z.B. „MachMit“ – Freiwilligenbörse der Stadt), Angebote und Fachdienste sollten vernetzt, koordiniert und publik gemacht werden. Wichtig ist bei ehrenamtlichen Diensten, Professionalität zu sichern und die Grenzen ehrenamtlichen Engagements zu beachten.

Für Rollstuhlfahrer/innen ist die bauliche Situation in Krankenhäusern manchmal sehr schlecht geeignet, z. B. wegen zu geringer Wendeflächen. Bemängelt wurde darüber hinaus von Betroffenen, dass Krankenhäuser oft zu schlecht auf die pflegerischen Anliegen von Menschen mit Behinderung (im Rahmen von medizinischer Behandlung, technisch, kompetenzbezogen,...) eingestellt seien.

Mobilität

Signalanlagen nehmen keine Rücksicht auf ältere Menschen und/oder Menschen mit Behinderung (Ampeln-Schaltzeiten, Öffnungszeiten von Straßenbahntüren, Visualisierung).

Der Verkauf von Fahrscheinen an Automaten ist häufig zu kompliziert und macht nicht nur älteren und behinderten Menschen Schwierigkeiten (z. B. Tasten oder Displays zu hoch angebracht oder schlecht lesbar).

Selbstorganisation

Angeregt wird, dass sich Menschen mit Behinderung auf der Homepage der Stadt (www.mannheim.de) im Ratsinformationssystem selbst über Themen und Vorlagen, die ihre Belange betreffen, informieren können, dass z. B. Gemeinderatsvorlagen eingesehen werden können, d.h. dass der Internetauftritt entsprechend gestaltet wird

Allgemeines

Der Dienst von Gebärdendolmetscher/innen sollte als ständiges Angebot vorgehalten werden.

Schlussrunde: Mit Behinderung in Würde alt werden – aber wie?

Moderation und Leitung

Klaus Dollmann, Beauftragter für Menschen mit Behinderungen,
Stadt Mannheim

Monika Heinrich, M. A., Planungsbüro, Fachbereich Soziale Sicherung,
Arbeitshilfen und Senioren



Aus jedem Workshop wurde ein Ergebnisbericht an das Plenum zurückgemeldet. Die Ergebnisse wurden von der Moderation aufgenommen und in den wesentlichen Punkten zusammengefasst:

Zusammenfassung

Grundsätzlich ist festzustellen, dass sich die Wünsche und Sorgen von Menschen mit Behinderung im Alter nicht von denen älterer Menschen ohne Behinderung unterscheiden: man möchte im Ruhestand möglichst in der gewohnten Umgebung verbleiben und nimmt nur dann einen Umzug in Kauf, wenn dies wegen der gesundheitlichen Situation unumgänglich erscheint.

Beratungs-, Betreuungs- und Unterstützungsangebote für behinderte Menschen sollen grundsätzlich nach **individuellen Bedarfen** und nicht nach institutionellen Interessen ausgerichtet werden.

Notwendig ist eine generelle **Öffnung der Regeleinrichtungen** für ältere Menschen mit Behinderung und eine bessere Vernetzung von Sondereinrichtungen mit dem Regelangebot von freien, öffentlichen und privaten Trägern. Behinderte Menschen haben damit auch im Alter deutlich bessere Chancen zur gesellschaftlichen Teilhabe.

Besonders wichtig für Betroffene ist das persönliche **soziale Netz** und die (oft pflegenden oder betreuenden) Angehörigen, zu deren Entlastung verstärkt Angebote gemacht werden sollten. Hier sollte in Kooperation mit kompetenten Stellen für bürgerschaftliches, ehrenamtliches und freiwilliges Engagement nach Möglichkeiten eines verstärkten Einsatzes von ehrenamtlich bzw. freiwillig Engagierten gesucht werden, die dafür entsprechend zu schulen sind.

Eine einschneidende Veränderung vor allem für behinderte Menschen, die in Werkstätten beschäftigt sind, ist mit dem Eintritt ins Rentenalter der Wegfall der **Tagesstrukturierung** durch den Arbeitsalltag. Wie bei allen Rentnern führt dies zu Anpassungsproblemen: Wie kommt man mit der neugewonnenen Freizeit zurecht? Welche Aufgaben und Ziele kann man sich stellen? Diese Anpassungsprobleme verstärken sich bei denjenigen, die bisher eine geordnete Tagesstruktur vorgegeben bekamen und im Laufe ihres Lebens kaum die Möglichkeit hatten zu lernen, ihren Tagesablauf selbst zu strukturieren.

Im Bereich Wohnen sollte zunächst mehr **barrierefreier Wohnraum** auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt geschaffen und die Wohnungsbauträger hierzu gezielt angeregt werden; die GBG hat dies bereits nachahmenswert in Angriff genommen. Darüber hinaus sollten je nach Bedarf auch Wohngruppen für behinderte und nichtbehinderte Menschen im Alter ermöglicht werden, wo sie möglichst lange im vertrauten Umfeld bleiben können.

Zu schon vorhandenen langjährigen Behinderungen treten im Alter oft noch typische Alterserkrankungen, die zu vermehrten Einschränkungen führen und die auf schon vorhandene Behinderungen verstärkend wirken können. Notwendig ist insbesondere bei Menschen mit psychischen Alterserkrankungen (vorwiegend Demenzen und Depressionen) eine **Sensibilisierung medizinischer und pflegerischer Berufsgruppen** für deren veränderte Lebenslagen und eine individuell angemessene Beratung, Betreuung und Versorgung womöglich in ihrem vertrauten Umfeld und das bei Aktivierung aller verfügbaren Ressourcen auch möglichst lange.

Diese Bedingungen erfordern eine sehr individuelle Herangehensweise, der die Hilfesysteme „Eingliederungshilfe“ und „Pflegeversicherung“ bisher zu wenig gerecht geworden sind. Viel zu schnell erfolgt der Ruf nach besonderen und spezialisierten Einrichtungen und Fachpflegeheimen. Wichtig ist hier, dass stationäre Einrichtungen für behinderte und pflegebedürftige Menschen ihren Fokus auch auf ältere Menschen mit langjähriger Behinderungserfahrung ausrichten und flexibel für diese **neue Zielgruppe** ihre Angebote entwickeln. Im Vordergrund steht auch hier das Leitprinzip, dass Menschen mit Behinderung im Alter die Freiheit zur Gestaltung ihres Alltags haben.

Das seit Januar 2008 als neue gesetzliche Leistung eingeführte **persönliche Budget** bietet auch behinderten Menschen im Alter die Chance im Rahmen eines leistungsrechtlich vorgegebenen Budget nach eigener Wahl die erforderlichen Unterstützungsleistungen zusammenzustellen. Hier sollten die zuständigen Träger dafür Sorge tragen, dass eine qualifizierte Beratung zur Verfügung steht und die Rahmenbedingungen für eine unbürokratische Inanspruchnahme persönlicher Budgets gewährleistet werden.

Eine umfassende **Information und Transparenz** über das Beratungs-, Hilfe-, und Dienstleistungsangebot für Menschen mit Behinderung im Alter in Mannheim ist unverzichtbar – zumal es auch in vielen Leistungsgesetzen des Sozialrechts verbrieft ist. Gute Information ist die Voraussetzung, um auch vorbeugend den jeweils individuell vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsbedarf angemessen befriedigen zu können und Menschen mit Behinderung im Alter eine echte Möglichkeit zur Eigenvorsorge einzuräumen. Das setzt eine systematische Bestandsaufnahme über das vorhandene Infrastrukturangebot im Rahmen der „Behindertenberichterstattung“ in Mannheim voraus. Im Ergebnis könnte dann der Beauftragte für Menschen mit Behinderungen, in Verbindung mit dem Mannheimer Behindertenforum oder einzelnen Netzwerken hieraus, einen jederzeit aktualisierbaren Wegweiser herausgeben.

Behinderung ist ein Querschnittsthema aller Alters- und Bevölkerungsgruppen. Das Säulendenken (z. B. die Einteilung Altenhilfe, Behindertenhilfe, Pflegehilfe) sollte schnellstens überwunden werden!



Blick in die Veranstaltungsreihen

Anhang

A) Programmflyer	56
B) Referentinnen und Referenten	57
C) Teilnehmer/innen	58
D) CDU-Antrag 128/06	62
E) SPD-Antrag 169/05	63
F) Auszug aus der Informationsvorlage 39/2007	64
G) Tabellenverzeichnis	66
H) Grafikverzeichnis	66
I) Literatur und Materialien	67

A) Programmflyer

Leben mit Behinderung im Alter

Ausgangslage: Immer mehr Menschen mit Behinderungen erreichen heute ein hohes Alter. Dafür sorgen insbesondere die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt. Welche Bedürfnisse, Wünsche und Sorgen haben Menschen mit Behinderungen im Alter? Welche Herausforderungen kommen auf die Dienste, Einrichtungen und Mitarbeiter/innen im Hilfesystem für behinderte Menschen zu?

Programm: Auf ein Grundsatzreferat folgen Workshops zu Lebenssituation, Herausforderungen und Lösungsperspektiven in Bezug auf das Leben mit verschiedenen Behinderungsarten im Alter. Deren Ergebnisse werden in einer Schlussrunde vorgestellt.

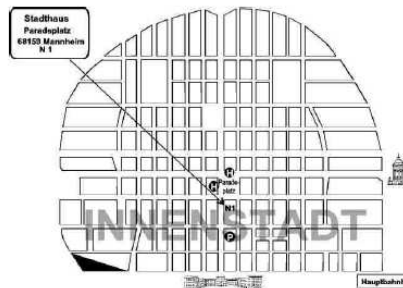
Ziel der Veranstaltung ist es, den Fachdialog zu einem bislang wenig bearbeiteten Thema zu eröffnen und dabei auch Betroffenen Raum zur Darstellung ihrer Sichtweise zu geben. Im Ergebnis sollen dabei auch Anregungen und Handlungsempfehlungen für die konkrete Situation in Mannheim entwickelt werden.

Teilnehmerkreis: Interessierte, Betroffene und Angehörige älterer Menschen mit Behinderungen, Mitarbeiter/innen und Leitungskräfte von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen

Leitung: Klaus Dollmann,
Beauftragter für Menschen mit Behinderungen
Stadt Mannheim

Tagungsort

Stadthaus N1, Ratssaal



ÖPNV: Haltestelle Paradeplatz

Information und Anmeldung

Klaus Dollmann, Beauftragter für Menschen mit Behinderungen, Stadt Mannheim, Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren K1, 7-13 (Zimmer 115), 68159 Mannheim
Tel: 0621/293-3490 oder -3436
oder Fax: 0621/293-473490
klaus.dollmann@mannheim.de

2

Leben mit Behinderung im Alter

Symposium

Mittwoch
12. Dezember 2007
13 – 17 Uhr

Stadthaus N1, Ratssaal

Schirmherrschaft:
Erster Bürgermeister
Christian Specht



Programm

12:00 – 13:00 Empfang der Teilnehmer/innen

13:00 – 13:15 Begrüßung und Eröffnung
Erster Bürgermeister
Christian Specht

13:15 – 14:00 Grundsatzreferat
„Den Ruhestand gestalten lernen“.
Praxiserfahrungen zu Entwicklungen von
älteren Menschen mit Behinderungen
Prof. Dr. Helmut Mair, Ann-Katrin Klein

14:15 – 16:15 Parallele Workshops
Workshop 1
Besondere Herausforderungen für Menschen
mit geistiger Behinderung
Referent: Rudi Sack, Raum Toulon

Workshop 2
Besondere Herausforderungen für Menschen
mit seelischen Störungen und Demenzen
Referent: Prof. Dr. Lutz Frölich, Raum 55

Workshop 3
Besondere Herausforderungen für Menschen
mit körperlicher bzw. Sinnesbehinderung
Referentin: Jutta Pagel-Steidl, Ratssaal

16.15 – 16.30 Pause

16:30 – 17:00 Schlussrunde
• Mit Behinderung in Würde alt werden - aber wie? Rückmeldungen aus den Workshops
• Zusammenfassende Empfehlungen
Moderation: Klaus Dollmann, Monika Heinrich

Referentinnen / Referenten:

Prof. Dr. Helmut Mair
Ann-Katrin Klein, Dipl.-Päd.
Institut für Erziehungswissenschaften
Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Rudi Sack
Geschäftsführer
Lebenshilfe-Landesverband Baden-Württemberg

Prof. Dr. Lutz Frölich
Leiter
Abteilung für Gerontopsychiatrie,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Jutta Pagel-Steidl
Geschäftsführerin
Landesverband für Körper- und Mehrfach-
behinderte Baden-Württemberg e.V.

Moderation:
Klaus Dollmann
Beauftragter für Menschen mit Behinderungen
Stadt Mannheim
Monika Heinrich
Planungsbüro, Fachbereich Soziale Sicherung,
Arbeitshilfen und Senioren

Gebärdendolmetscher
stehen für die Plenumsveranstaltungen und für
den Workshop 3 zur Verfügung.

Anmeldung

Name: _____

Vorname: _____

Organisation: _____

Funktion: _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Wir kommen mit insgesamt ____ Personen

Ich möchte teilnehmen an Workshop

(bitte ankreuzen):

- (1) geistige Behinderung
- (2) seelische Behinderung
- (3) körperliche bzw. Sinnesbehinderung

Ich bin damit einverstanden, dass meine
Kontaktdaten den Teilnehmer/innen zur
Verfügung gestellt werden und in den
Tagungsunterlagen veröffentlicht werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Der Eintritt ist frei.

Anmeldeschluss: 30.11.2007

B) Referentinnen und Referenten

Albrecht Hegener

Referent für Behindertenhilfe,
Paritätischer Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg
Haußmannstr. 6
70188 Stuttgart
Tel.: 0711 2155 - 128
Fax: 0711 2155 – 250
hegener@paritaet-bw.de

Ann-Katrin Klein

Westfälische Wilhelms-Universität Münster,
Abteilung II,
Forschungsstelle Ruhestand,
Georgskommende 33
48143 Münster
Tel.: 0251 83 22 403
Fax: 0251 8321194
akklein@gmx.net

Daniel Kopf, PD Dr. med.

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg
J 5, 68159 Mannheim
Tel.: 0621 1703 - 2403
Fax: 0621/1703 - 3125
daniel.kopf@zi-mannheim.de

Helmut Mair, apl. Prof. Dr. phil., AOR

Westfälische Wilhelms-Universität Münster,
Abteilung II
Georgskommende 33
48143 Münster
Tel.: 0251 83-24201
Fax: 0251 83-21194
mair@uni-muenster.de

Rudi Sack

Geschäftsführer des Landesverbands
Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung
Baden-Württemberg e.V.
Jägerstr. 12
70174 Stuttgart
Tel.: 0711 25589-10
Fax: 0711 25589-55
rudi.sack@lebenshilfe-bw.de

C) Teilnehmer/innen

Name	Vorname	Organisation	E-Mail-Adresse
Betz	Irene	Sorgenbüro "RegenSchein" Lemaitrestraße 88 68309 Mannheim	i.betz@arcor.de
Bielfeld	Linda	Patientenberatung Rhein-Neckar Alphornstraße 2a 68169 Mannheim	linda.bielfeld@patientenberatung-rhein-neckar.de
Bleul	Gottfried	Stadt Mannheim, Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren K 1, 7 -13; 68159 MA	gottfried.bleul@mannheim.de
Bonow	Eva	Regionale AG der Selbsthilfegruppen Im Rosenweg 6 68623 Lampertheim	ubonow@aol.com
Brendler	Peter	Altenpflegeschule Sternstraße 195 67063 Ludwigshafen	Altenpflegeschule.Ludwigshafen@caritas-speyer.de
Bröer	Claudia Maria	Mannheimer Seniorenrat Stadthaus N1 68161 Mannheim	mannheimer-seniorenrat@web.de
Brugger	Roland	Pro Seniore Carl-Benz-Straße 10 68167 Mannheim	mannheim@pro-seniore.com
Campioni	Elke	AG Barrierefreiheit Alphornstraße 2a 68169 Mannheim	elke-campioni@t-online.de
Capelle	Gabriele	Lebenshilfe Wohnbereich Stengelhof Stengelhofstraße 36 68219 Mannheim	gabriele.capelle@lebenshilfe-mannheim.de
Debert	Josef	Altenpflegeschule Sternstraße 195 67063 Ludwigshafen	Altenpflegeschule.Ludwigshafen@caritas-speyer.de
Demattio-Barmo	Ingrid	Stadt Mannheim, Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren	ingrid.demattio-barmo@mannheim.de
Denner	Angelika	Altenpflegeschule Sternstraße 195 67063 Ludwigshafen	Altenpflegeschule.Ludwigshafen@caritas-speyer.de
Diehl	Thomas	Pilgerhaus Weinheim Südliche Bergstraße 12 69469 Weinheim	Pilgerhaus@t-online.de
Dillmann-Urban	Brigitte	Stadt Mannheim, Fachbereich Gesundheit R1, 12; 68161 Mannheim	brigitte.dillmann-urban@mannheim.de
Dollmann	Klaus	Stadt Mannheim, Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren	klaus.dollmann@mannheim.de
Drewes	Alexander	Am Sandkopf 44, 34127 Kassel	Drewes.Alexander@web.de
Droste	Berthold	Caritasverband Mannheim B 5, 19a; 68159 Mannheim	droste-ma@t-online.de
Eben	Karin	Gemeindediakonie Rheingoldstraße 27 68199 Mannheim	eben@gemeindediakonie-mannheim.de

Name	Vorname	Organisation	E-Mail-Adresse
Engelke	Manfred	Altenpflegeschule Sternstraße 195 67063 Ludwigshafen	Altenpflegeschule.Ludwigshafen@caritas-speyer.de
Fischer	Klaus	Seniorenförderung Ludwigshafen Europaplatz 1 67063 Ludwigshafen	klaus.fischer@ludwigshafen.de
Gayser	Gerhard	Gemeindediakonie Mannheim	
Giebeler	Christina		
Hartmann	Jutta	IB - Bildungszentrum Neckarauer Str. 106 - 116 68199 Mannheim	
Heinrich	Monika	Stadt Mannheim, Fachbereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren	monika.heinrich@mannheim.de
Hellinger	Helga		
Hellerich	Eva	IB Tagespflege Seckenheimer Str. 11a - 13 68165 Mannheim	tagespflege-mannheim@internationaler-bund.de
Hembera	Horst	AG Barrierefreiheit Alphornstraße 2a 68169 Mannheim	info@barrierefrei-mannheim.de.
Igel	Ursula	Johannes-Calvin-Haus Rheingoldstraße 22 - 26 68199 Mannheim	igel@gemeindediakonie-mannheim.de
Iskender	Brigitte		
Kampe	Roland	Club - gemeinschaftlich Leben	roland.kampe@reha-suedwest.de
Keinath	Ulrich	Seniorenförderung Stadt Ludwigshafen Europaplatz 1 67063 Ludwigshafen	uli.keinath@ludwigshafen.de
Keller	Klaus	Gemeindediakonie Wohndienste Rheingoldstraße 27 68199 Mannheim	Keller@gemeindediakonie-mannheim.de
Knester	Ruth	Katharina-Zell-Haus Friedrichstraße 71 - 73 68199 Mannheim	knester@gemeindediakonie-mannheim.de
Kober	Renate	Klinikum Mannheim gGmbH - Universitätsklinikum Theodor-Kutzer-Ufer 1 - 3 68167 Mannheim	renate.kober@klinikum-mannheim.de
Kohlhoff	Regina	Verein für Gemeindediakonie Friedrichstraße 27 68199 Mannheim	r.kohlhoff@amargo.de
König-Bittner	Christine		
Kugler	Werner		
Lang	Gertrud	Mannheimer Seniorenrat Niederfeldstr. 125 68199 Mannheim	
Lipponer	Reinhard	Diakoniewerkstätten Rhein- Neckar - Tagesförder- zentrum Vogelstang Kamenzer Straße 5 68309 Mannheim	lipponer@diakoniewerkstatt.de

Name	Vorname	Organisation	E-Mail-Adresse
Lohmann	Klaus	Gemeindediakonie Mannheim	
Lutz	Wolfgang	Altenpflegeschule Sternstraße 195 67063 Ludwigshafen	Altenpflegeschule.Ludwigshafen@caritas- speyer.de
Mässinger	Franz	Gemeindediakonie Wohndienste	
Maurer	Robert	Senior 65 plus Lutherstr. 2; 67059 Mannheim	
Müller	Wolfgang		
Nonnenmacher	Katja	Beschwerdestelle Psychiatrie Mannheim; J 6, 1, 68159 Mannheim	giraffinesieben@web.de
Nunnenmann	Werner	Stadt Mannheim, Fach- bereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren	werner.nunnenmann@mannheim.de
Oedingen	Peter	Gehörlosenverein Mannheim 1891 e.V. Dornheimer Ring 37 68309 Mannheim	peter.oedingen@gv-mannheim.de
Onhans	Dubranka	Altenpflegeschule Sternstraße 195 67063 Ludwigshafen	Altenpflegeschule.Ludwigshafen@caritas- speyer.de
Ostuni	Sabine	Altenpflegeschule Sternstraße 195 67063 Ludwigshafen	Altenpflegeschule.Ludwigshafen@caritas- speyer.de
Pasch	Marlene	Pro Seniore Carl-Benz-Straße 10 68167 Mannheim	mannheim@pro-seniore.com
Pfriem	Monika	Stadt Mannheim, Fach- bereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren	moni.pfriem@mannheim.de
Prasse	Toni	Stadt Mannheim, Fach- bereich Soziale Sicherung, Arbeitshilfen und Senioren	50prakt20@mannheim.de
Riehm	Gudrun		
Riethmüller	Edmund	AG Barrierefreiheit Alphornstraße 2a 68169 Mannheim	riethmuellerma@aol.com
Rißberger	Michaela	Altenpflegeschule Sternstr. 195 67063 Ludwigshafen	Altenpflegeschule.Ludwigshafen@caritas- speyer.de
Rohde	Dieter	Dornheimer Ring 11 68309 Mannheim	d.rohde@vype.de
Sauer	Rolf	Badischer Blinden- und Sehbehindertenverein Augartenstraße 55 68165 Mannheim	bbv-bw@t-online.de
Scheib-Berten	Antonia	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit - Abteilung Gemeindepsychiatrie J 5, 68159 Mannheim	
Scherer	Bernhard	Stadt Mannheim, Fachbereich Kinder, Jugend und Familie R 1, 12, 68161 Mannheim	bernhard.scherer@mannheim.de
Schick	Ursula		

Name	Vorname	Organisation	E-Mail-Adresse
Schiller	Norbert	Fürstenwalder Weg 8 68309 Mannheim	Norbi70@web.de
Schlichter	Konrad	Gemeinderat	konrad.schlichter@mannheim.de
Schmutz	Tom	Mannheim	
Scholz	Joachim	Altenpflegeschule Sternstraße 195 67063 Ludwigshafen	Altenpflegeschule.Ludwigshafen@caritas-speyer.de
Schwarzwälder	Hans-Jürgen	Katharina-Zell-Haus Gemeindediakonie Mannheim	
Süsler	Aliyi		
Teves	Nikolaus	Handwerkskammer Mann- heim Rhein-Neckar- Odenwald B 1, 1-2; 68159 Mannheim	teves@hwk-mannheim.de
Trumpa	Klaus	Mannheim	mtrumpa@t-online.de
Trumpa	Monika	Mannheim	mtrumpa@t-online.de
Walter	Gerhard	Altenpflegeschule Sternstraße 195 67063 Ludwigshafen	Altenpflegeschule.Ludwigshafen@caritas-speyer.de
Weiß	Roland	Arbeiter-Samariter-Bund - Landesverband Baden- Württemberg e.V. - Ortsverband Mannheim Auf dem Sand 78 68309 Mannheim	info@asb-rhein-neckar.de
Wetzel	Hans-Joachim		
Willer	Liselotte	Mannheimer Seniorenrat	
Wolff Dr.	Klaus G.	Badischer Blinden- und Sehbehindertenverein Augartenstraße 55 68165 Mannheim	k.wolff@bbsvvmk.de
Zähl	Roland	AG Barrierefreiheit Alphornstraße 2a; 68169 Mannheim	roland.zaehrl@t-online.de
Zaklandnoj	Wolfgang	Altenpflegeschule Sternstraße 195 67063 Ludwigshafen	Altenpflegeschule.Ludwigshafen@caritas-speyer.de
Zimmermann	Martin	Stadt Mannheim, Fachbereich Kinder, Jugend und Familie R 1, 12; 68161 Mannheim	martin.zimmermann@mannheim.de

D) CDU-Antrag 128/06

Antrag Nr. **128** / **06**

GEMEINDERATSFRAKTION MANNHEIM

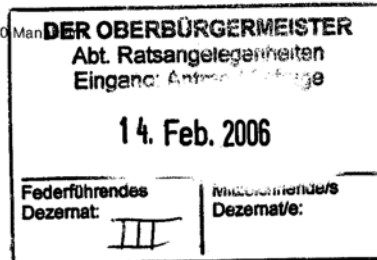


Geschäftsstelle im Rathaus E 5,
68159 Mannheim

CDU-Gemeinderatsfraktion · Postfach 10 30 51 · 68030 Mannheim

Oberbürgermeister der
Stadt Mannheim
Herrn Gerhard Widder
Rathaus E 5

68030 Mannheim



Postfach 10 30 51
68030 Mannheim

Telefon (06 21) 2 93 - 2190
Telefax (06 21) 2 93 - 94 40
E-Mail: cdu@mannheim.de

13. Februar 2006

ANTRAG zu den Etatberatungen am 20.-22. Februar 2006

FB 50: **Leben mit Behinderung im Alter** Einzelplan 4

Der Gemeinderat möge beschließen:

Anknüpfend an den Grundlagenbericht zur Mannheimer Altenhilfeplanung aus dem Jahre 2001 und dem Umsetzungsprogramm zum Stadtpflegerbericht Mannheim 2004 legt die Verwaltung dem Gemeinderat ihre Perspektiven vor, wie die Aufgaben hinsichtlich des Altersruhestandes von Menschen mit Behinderung gemeistert werden können.

Zur Vorbereitung der Konzeption der Verwaltung wäre in Ergänzung der Symposien zur Pflege ein Symposium: „Leben mit Behinderung im Alter“ ausgesprochen hilfreich, um den differenzierten Anforderungen gerecht werden zu können.

Das Symposium soll sich mit der Beteiligung der freien Träger und der betroffenen Organisationen an der Entwicklung und der Konzeption zur Bewältigung der Aufgabe beschäftigen.

Begründung:

Menschen mit Behinderung erreichen inzwischen ein Alter, wie andere nichtbehinderte Menschen auch. Damit erfahren sie einen Lebensabschnitt jenseits der beruflichen Tätigkeit oder einer Arbeit in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung.

Auf diese Entwicklung sollten sich Verwaltung, die freien Träger und die betroffenen Organisationen gemeinsam vorbereiten.

Carsten Südmersen
Fraktionsvorsitzender

Konrad Schlichter
Stellvertr. Fraktionsvors.

Dr. Adelheid Weiss
Stellvertr. Fraktionsv.

Dr. Jens Kirsch
Stadtrat

E) SPD-Antrag 169/05

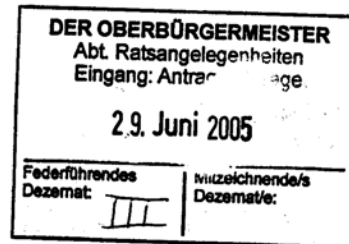


Antrag Nr. **169** / **2005**

Gemeinderatsfraktion der Stadt Mannheim

Herrn
Oberbürgermeister
Gerhard Widder
Rathaus, E 5

68159 Mannheim



27. Juni 2005



Eingliederungshilfen für behinderte Menschen

Antrag zur Sitzung des Gemeinderates am 26. Juli 2005

Der Gemeinderat möge beschließen:

Die Verwaltung legt dem Gemeinderat - rechtzeitig zu den Haushaltsberatungen - ein Konzept zur Umsetzung der Hilfen für behinderte Menschen (Eingliederungshilfe), nach den neuen Grundsätzen des neuen Sozialhilferechts (SGB XII) vor.
Insbesondere soll dabei dargelegt werden, wie der Grundsatz „ambulant vor stationär“ und das „persönliche Budget“ künftig umgesetzt werden sollen.

Begründung:

Zum 1.1.2005 wurde die Aufgabe der Eingliederungshilfe vom Landeswohlfahrtsverband Baden auf die Stadt Mannheim verlagert. Zeitgleich hat der Bundesgesetzgeber mit der Neufassung des Sozialhilferechts den Grundsatz „ambulant vor stationär“ und als neue Leistungsform das „persönliche Budget“ eingeführt. Ziel dieser Neuerungen ist es, den Menschen mit Behinderungen durch individuelle Hilfeangebote ein Höchstmaß an Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu bieten, sie in ihrer Weiterentwicklung zu unterstützen und ihnen ein Leben zu ermöglichen, welches sich weitgehend an der Lebenswelt nicht behinderter Menschen orientiert.
Bundesweit ist die Eingliederungshilfe in den letzten Jahren in erheblichem Umfang angewachsen. Die Steigerung der Ausgaben lag in den Jahren 2001 bis 2005 bei annähernd 25 Prozent. Besonders gestiegen sind dabei die stationären Kosten. Dem soll durch einen Ausbau der ambulanten Hilfen begegnet werden. Die Steigerungen werden in den nächsten Jahren fortsetzen. Der wichtigste Grund hierfür liegt in der Altersstruktur behinderter Menschen. Sie unterscheidet sich wesentlich von der Altersstruktur der Gesamtbevölkerung, denn die behinderten Menschen sind im Durchschnitt jünger als die Nichtbehinderten. Behinderte Menschen erreichen wegen der besseren medizinischen Versorgung heute eine ähnlich lange Lebenserwartung wie die Durchschnittsbevölkerung.
Vor diesem Hintergrund ist es dringend geboten, durch wirksame Steuerung der Einzelfallhilfen die ambulante Hilfe auszubauen und teuren stationären Hilfen vorzubeugen. Dies dient zugleich der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts der behinderten Menschen und unterstützt die Familienangehörigen. Erforderlich ist ein ambulanter Fachdienst, der durch aufsuchende Hilfe die Menschen unterstützt und gemeindenahen Hilfen im Einzelfall organisiert.

SPD-Gemeinderatsfraktion

F. Mentrup

Dr. Frank Mentrup

Geschäftsführer
Rathaus, E 5
68159 Mannheim

Telefon (0621) 293-20 90/91
Telefax (0621) 293-94 70

Sparkasse Rhein-Neckar-Nord
Kto.Nr. 30 252 993
BLZ 670 505 05

Marianne Bade
Stv. Vorsitzende

E-mail: spd@mannheim.de
Internet: <http://www.spd-gemeinderatsfraktion-mannheim.de>



F) Auszug aus der Informationsvorlage 39/2007

Informationsvorlage


STADT MANNHEIM²
 Der Oberbürgermeister

Dezernat	III	Az.	Datum	25.01.2007
----------	-----	-----	-------	------------

Nr. 039 / 2007

Betreff:

Aufgaben und Aktivitäten des Beauftragten für Menschen mit Behinderungen der Stadt Mannheim

Betrifft Antrag/Anfrage Nr.	94/2005	Antragsteller/in:	SPD
	104/2005		Bündnis 90/ DIE GRÜNEN
	156/2005		CDU
	128/2006		CDU
	211/2006		Bunte Liste Mannheim
	345/2006		CDU

Beratungsfolge	TOP	Sitzungstermin	Öff.	N.Ö.
1. Sozialausschuss	03.00	07.02.2007	X	
2.				
3.				

☐ Einladung an Bezirksbeirat/ Sachverständige

Finanzielle Auswirkungen ?

☐ ja

☒ nein

Symposium 2007 „Leben und Behinderung im Alter“

Aus den Reihen des Gemeinderates wurde gefordert, die Aufbruchstimmung des Jubiläumsjahres 2007 der Stadt Mannheim auch für die Belange behinderter Menschen sinnvoll zu nutzen. So hat die CDU mit Antrag Nr. 128/2006 „FB 50: Leben mit Behinderung im Alter“ beantragt, eine öffentlichkeitswirksame Veranstaltung zum Thema "Leben mit Behinderung im Alter" durchzuführen. Eine solche Veranstaltung wird von dem städtischen Beauftragten für die zweite Jahreshälfte 2007 vorbereitet.

Das Thema der Behinderung im Alter bekommt aufgrund der demografischen Entwicklung eine immer größere Bedeutung, da immer mehr Menschen mit Behinderungen auch immer höhere Lebensalter erreichen.

G) Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demografische Altersstrukturentwicklung	1
Tabelle 2: Lebenserwartungen von Menschen mit einer angeborenen Behinderung	10
Tabelle 3: Beschäftigte in WfbM, die das Rentenalter erreichen (Schätzung)	12
Tabelle 4: Alterserkrankungen.....	13

H) Grafikverzeichnis

Grafik 1: Anzahl und Zunahme schwerbehinderter Menschen (in Millionen)	9
Grafik 2: Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung.....	11
Grafik 3: Demenzrisiko im Vergleich.....	13
Grafik 4: Vernetzung der Partner	32
Grafik 5: Durchschnittliche Lebenserwartung nach Eintritt verschiedener Krankheiten	34
Grafik 6: WHO: Gesellschaftliche Kosten verschiedener Krankheiten (in US - Dollar)	35
Grafik 7: Interaktion körperlicher und seelischer Behinderungen im Alter	36
Grafik 8: Überschneidung von chronisch-psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern im Alter.....	36
Grafik 9: Jährliche Gesamtkosten pro Demenzpatient.....	38
Grafik 10: Verdoppelung der Zahl der Demenzen in den kommenden 5 Jahrzehnten	38
Grafik 11: Integratives Behandlungskonzept für Demenzen	39
Grafik 12: Psychologische Therapien – Effekte von Angehörigengruppen.....	39
Grafik 13: Wirksamkeit medikamentöser Maßnahmen.....	40
Grafik 14: Jährliche Kostenersparnis durch Verzögerung des Krankheitsbeginns um 5 Jahre	40
Grafik 15: Versorgung von Demenzkranken: Strukturelle Bedingungen	41

I) Literatur und Materialien

Baltes, M./Baltes, P.: Optimierung durch Selektion und Kompensation. In: Zeitschrift für Pädagogik, Jg. 35, 1989

Cloerkes, G./Kastl, J. M.: Deinstitutionalisierung durch Persönliche Budgets? Am Beispiel der Situation von Menschen mit psychischen Behinderungen. In: Leben und Arbeiten unter erschwerten Bedingungen. Menschen mit Behinderung im Netz der Institutionen. Heidelberg, 2007, S. 187 – 209

Fingerle, M.: „Vulnerabilität“. In: Borchert, J. (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie, Göttingen, 2000

Fisher, K./Kettl, P.: Aging with mental retardation. Increasing population of older adults with MR. In: Geriatrics, Jg. 60, 2005

Gabriel, T.: Resilienz – Kritik und Perspektiven. In: Zeitschrift für Pädagogik, 51. Jg. Heft 2/2005

Haveman, M./Stöppler, R.: Altern mit geistiger Behinderung – Grundlagen und Perspektiven für die Begleitung, Bildung und Rehabilitation, Stuttgart, 2004

Havemann, M./Michalek, S.: Symptome und Diagnostik der Alzheimer-Krankheit bei Menschen mit Down-Syndrom. In: Leben mit Down-Syndrom, Jg. 42, 2003

Hofmann, C.: Selbstkonzept und geistige Behinderung: Zum Stand der Forschung. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 8/ 2001.

Mair, H./Hollander, J.: Den Ruhestand gestalten. Case Mangement in der Unterstützung von Menschen mit Behinderung, Düsseldorf, 2006

Mair, H./Hollander, J.: Zwischenbericht zum Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand“ von Menschen mit Behinderung, Düsseldorf, 2003

Lindmeier, C.: Biographiearbeit mit geistig behinderten Menschen: ein Praxisbuch für Einzel- und Gruppenarbeit, Weinheim, München, 2004

Mair, H./Hollander, J.: Den Ruhestand gestalten. Bericht über das Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand von älteren Menschen mit Behinderung“. In: Heilpädagogik online 01/06, 2006 (www.heilpädagogik-online.com)

Putnam, Robert D.: Making democracy work. Civil traditions in modern Italy, Princeton, 1993

Scheib, A.: Aktivierung depressiver alter Menschen, Sozialpädagogische Interventionen in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik, Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete, Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen, Berlin, Ausgabe März 2007.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden, 2006

Statistisches Bundesamt: Statistik Schwerbehinderter Menschen 2003, Wiesbaden, 2005, zitiert nach: Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Bonn, 2005

Universität Tübingen, Universität Dortmund, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg/Reutlingen (Hrsg.): Trägerübergreifendes Persönliches Budget - Auswertung der Dokumentationsformulare aus den Modellregionen (Juni 2007); www.projekt-persoeliches-budget.de

Van Schrojenstein Lantmann - de Valk, H.M.J. et al.: Prevalence and incidence of health problems in people with intellectual disability, 1997, zit. nach: Havemann, M./Stöppler, R.: Altern mit geistiger Behinderung: Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation, Stuttgart, 2004

Weber, G. (Hrsg.): Psychische Störungen bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung, Bern, 1997

Wustmann, C.: Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung – Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. In: Zeitschrift für Pädagogik – 51. Jg. Heft 2/2005

Wustmann, C.: Resilienz – Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim / Basel, 2004

Internetmaterialien

Alle folgenden Links stammen von: <http://www.bildungsserver.de/zeigen.html?seite=1044>
(Stand: 13.03.2008).

Altern und Körperbehinderung - Grundlegende Aspekte einer Körperbehinderten-geragogik

http://www.heilpaedagogik-online.com/2004/heilpaedagogik_online_0304.pdf

Beitrag über die Besonderheiten des Alterungsprozesses bei einer lebenslangen Körperbehinderungserfahrung.

Geistig behinderte alte Menschen in Wohnheimen

http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/volltexte/2004/4564/pdf/Dissertation_Monika_Skillandat.pdf

Eine Dissertation über die (psycho-)soziale Situation älterer Menschen mit geistiger Behinderung in Wohnheimen, die schon das Rentenalter erreicht haben.

Lebenswelten älterer Menschen mit Behinderung

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/dokumentation-des-workshops-lebenswelten,property=pdf.pdf>

In den Vorträgen des Workshops werden Lebenssituation, Kosten- und Leistungsgefüge bei der Gestaltung institutioneller Strukturen und Handlungsoptionen der Politik im Bezug auf ältere Menschen mit Behinderung in den Blick genommen.

Wohnen mit Assistenz - Wohnformen für alte Menschen mit Unterstützungsbedarf und Menschen mit Behinderung als Antwort auf den demographischen und gesellschaftlichen Wandel

http://www.bbr.bund.de/nn_21780/DE/Forschungsprogramme/FoerderungBauforschung/InnovativerWohnungsbau/Downloads/DL_2485,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/DL_2485.pdf

Der Kurzbericht basiert auf der vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung geförderten Forschungsarbeit.

Altgewordene Menschen mit geistiger Behinderung: Zum Verhältnis von geistiger Behinderung und Demenz

http://www.demenz-service-nrw.de/files/material_der_dsz/owl/Artikel%20Geistige%20Behinderung%20und%20Demenz%20Kranch.pdf

Dieser Beitrag geht auf die hohe Zahl anerkannter psychischer Störungen, besonders Demenz, Depression und Angststörungen bei alten Menschen mit geistiger Behinderung ein. „Demenz ist bei älteren geistig behinderten Menschen eines der häufigsten Probleme mit gravierenden Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und kognitiv-intellektuelle Leistungsfähigkeit.“

Preparing adults with intellectual disabilities for later life - optimizing choice-making

<http://hdl.handle.net/2003/21521>

In dieser Arbeit geht es um „Auswirkungen eines Trainings für ältere Menschen mit geistiger Behinderung, die nur eingeschränkte Möglichkeiten zur Selbstbestimmung ihres Lebens haben.“ Berücksichtigte Themenbereiche sind unter anderem Lebensqualität, Freizeitgestaltung und soziales Umfeld.