



Bachelorarbeit

Wohnformen für

alte Menschen mit geistiger Behinderung

Vorgelegt von:

Tim Volz

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Studiengang: Pflege- und Gesundheitsmanagement

Modul: BA-Arbeit

Erstprüfer: [REDACTED]

Zweitprüferin: [REDACTED]

Abgabedatum: [REDACTED]

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Menschen mit geistiger Behinderung im Alter	7
2.1	Behinderung und geistige Behinderung.....	7
2.2	Entwicklung der Lebenserwartung	10
2.3	Alterungsprozess	13
3	Versorgungsaspekte für alte Menschen mit geistiger Behinderung	14
3.1	Wohnen und Betreuung	14
3.2	Kommunikation	17
3.3	Arbeit	18
3.4	Finanzen	19
4	Aktuelle Wohnformen für alte Menschen mit geistiger Behinderung	21
4.1	Wohnen im familiären Umfeld	22
4.2	Wohnen außerhalb des familiären Umfelds.....	24
4.2.1	Die Kurzzeitpflege: Der erste Schritt in die Selbstständigkeit	25
4.2.2	Das integrative Wohnhaus.....	27
4.2.3	Die inklusive Wohngemeinschaft	29
4.2.4	Die Dorfgemeinschaft	32
5	Fazit und Ausblick.....	35
6	Literaturverzeichnis	37
	Anhang.....	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl schwerbehinderter Menschen in Deutschland.	8
Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl geistig behinderter Menschen in Deutschland	9
Abbildung 3: Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland.....	10
Abbildung 4: Prognose der Anzahl und Altersstruktur geistig behinderter Menschen	12
Abbildung 5: IGLU-Konzept.....	30
Abbildung 6: Dorfplan Camphill Hausenhof	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ursachen und Häufigkeiten geistiger Behinderungen in Deutschland	9
---	---

Abkürzungsverzeichnis

aMgB	alte Menschen mit geistiger Behinderung
AUW	ambulant unterstütztes Wohnen
BRD	Bundesrepublik Deutschland
Destatis	Statistisches Bundesamt
FUD	Familienunterstützender Dienst
gB	geistige Behinderung
GdB	Grad der Behinderung
KatHO NRW	Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Krankenversicherung)
SGB IX	Neuntes Sozialgesetzbuch (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen)
SGB XI	Elftes Sozialgesetzbuch (Soziale Pflegeversicherung)
SGB XII	Zwölftes Sozialgesetzbuch (Sozialhilfe)
SPV	soziale Pflegeversicherung
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WG	Wohngemeinschaft

1 Einleitung

Menschen mit Behinderungen, seien es körperliche oder geistige, Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit, Blindheit sowie sozial-emotionale Entwicklungsstörungen, hat es in der Gesellschaft zwar schon immer gegeben, jedoch rückten die Rechte von Behinderten erst in den vergangenen Jahren zunehmend in das Bewusstsein der Menschen (LWL-Integrationsamt, k.D.; Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 216). Neben der Bundesrepublik Deutschland (BRD) haben weitere 176 Staaten weltweit die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, kurz die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), ratifiziert (UNTC, 27.07.2018). Aus Achtung der Würde des Menschen sichern die Staaten den Behinderten die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft sowie die Einbeziehung in die Gesellschaft zu. Wesentliche Aspekte sind dabei Nichtdiskriminierung, Chancengleichheit, Zugänglichkeit sowie die Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen (BBB, 2017, S. 9). Zur Realisierung sind alle Lebensbereiche, etwa Wohnen, Bildung, Arbeit, Kultur oder Freizeit zu berücksichtigen. Eine entscheidende Herausforderung liegt darin, den aufgrund verschiedenster Behinderungen unterschiedlichen Problemlagen, die der einzelne Mensch und dessen persönliches Umfeld zu tragen haben, gerecht zu werden.

Nicht immer hatten alle Menschen mit Behinderungen die gleichen Zugangsvoraussetzungen. Beispielsweise wurden im Hinblick auf pädagogische Förderung erst im 18. Jahrhundert speziell ausgerichtete Schulklassen für Taubstumme und Blinde eingerichtet (Strehl, 1927, S. 12). Ende des 19. Jahrhunderts wurden für lernbehinderte Kinder spezielle Klassen errichtet, ehe Mitte des 20. Jahrhunderts geistig Behinderte flächendeckend beschult wurden (Fischer & Ratz, 2017, S. 57-59). Ein Jahrzehnt später erfolgte die Beschulung von Kindern mit schwerer und mehrfacher Behinderung. Das Ziel heutiger Bildungspolitik, das vielfach medial diskutiert wird, liegt im inklusiven Gedanken, sodass behinderte und nicht-behinderte Kinder gemeinsamen unterrichtet werden und voneinander profitieren (Stöppler, 2017, S. 100).

Neben der Bildung ist insbesondere der Lebensbereich Wohnen, der mit den Lebensbereichen Arbeit und Freizeit korreliert, von höchster Relevanz und in der aktuellen Diskussion. Während Behinderte bislang vor allem fremdbestimmt im familiären Umfeld oder in Vollzeitheimen gewohnt haben, wird ihnen durch die UN-BRK das Recht zugesprochen, selbstbestimmt ihren Wohnort und die Wohnform zu wählen (Theunissen & Kulig, 2016, S. 83). Bislang fehlen jedoch flächendeckende Angebote und Alternativen zu Vollzeitheimen, sodass eine freie Wahl durch die Behinderten nur eingeschränkt gegeben ist (BMAS, 2013, S. 187). Eine besondere gesellschaftliche Herausforderung besteht diesbezüglich vor dem Hintergrund des demographischen Wandels: Einerseits altert die Ge-

sellschaft, da die Geburtenrate vergleichsweise gering ist und andererseits erhöht sich die Lebenserwartung (Lindmeier & Oermann, 2017, S. 18-19; Haveman & Stöppler, 2004, S. 20-21). Mit der höher werdenden Anzahl alter Menschen mit Behinderungen gehen besondere Erforderlichkeiten im Hinblick auf Wohnangebote und Versorgungsstrukturen einher. Angesichts der persönlichen und gesellschaftlichen Herausforderungen ist es das Ziel der Bachelorarbeit, unterschiedliche Wohnformen für alte Menschen mit geistiger Behinderung (aMgB) vorzustellen und vor dem Hintergrund verschiedener Bedarfe sowie Bedürfnisse zu diskutieren (Gusset-Bährer, 2018, S. 202-203).

Im Folgenden geht es in Kapitel 2 zunächst um die Definition von Behinderung sowie geistiger Behinderung, ehe auf die Entwicklung der Lebenserwartung und den Alterungsprozess eingegangen wird. Im anschließenden Kapitel 3 werden die für geistig Behinderte essenziellen Versorgungsaspekte Wohnen und Betreuung, Kommunikation, Arbeit und Finanzen erläutert. Schließlich werden in Kapitel 4 aktuelle Wohnformen für aMgB vorgestellt, die sich in das Wohnen im familiären und nicht-familiären Umfeld unterscheiden lassen. Der Fokus wird dabei auf die Darstellung und Diskussion ausgewählter Wohnformen im nicht-familiären Umfeld in Deutschland gelegt. Im abschließenden Fazit werden wesentliche Aspekte der Ausarbeitung zusammengefasst sowie Perspektiven für die weitere Entwicklung im Hinblick auf Wohnformen für aMgB in Deutschland aufgezeigt.

2 Menschen mit geistiger Behinderung im Alter

2.1 Behinderung und geistige Behinderung

Der Begriff Behinderung ist seit Jahrzehnten ein fester Bestandteil des deutschen Wortschatzes. Nichtsdestotrotz existiert keine allgemein akzeptierte Definition (Dederich & Jantzen, 2009, S. 106). Stattdessen hängt die Definition von der subjektiven Perspektive ab. Um den sozialrechtlichen Anspruch eines betroffenen Menschen in Deutschland festzulegen, bedarf es klarer Definition. Die Begriffsbestimmung der Behinderung umfasst in den Sozialgesetzbüchern unterschiedliche, fachbezogene Sichtweisen (Wölki, 2015, S. 12-13). Laut SGB IX (§ 2) wird die Behinderung wie folgt definiert:

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

Folglich wird die Behinderung eines Menschen als eine beeinträchtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die sich durch externe Einflüsse dieses Zustandes einstellen kann, beschrieben (Eikötter, 2017, S. 50-52). Die Ursache einer Behinderung ist dabei nicht relevant, es kommt jedoch auf die zeitliche Beeinträchtigung von mindestens sechs Monaten an, worin sich die Behinderung von Krankheit unterscheidet. Es gibt verschiedene Behinderungsarten: Blindheit und Sehbehinderung, Hörschädigung, Epilepsie, Suchtkrankheit, geistige Behinderung (gB), Lernbehinderung, seelische Behinderung, chronische und innere Erkrankung sowie Bewegungsbehinderung (LWL-Integrationsamt, k.D.).

Auf Grundlage der tatsächlichen Beeinträchtigungen wird einer Behinderung ein Grad der Behinderung (GdB) zugeordnet, der zwischen den Werten 20 und 100 liegen kann. Menschen, die einen GdB von mindestens 50 aufweisen, gelten als schwerbehindert (Eikötter, 2017, S. 52-53). Der Nachweis für die Schwerbehinderung, der im SGB IX (§ 2 Abs. 2) geregelt ist, wird beim Versorgungsamt beantragt und in der Regel unbefristet ausgestellt. Die Kriterien für die Bestimmung des GdB werden durch die Versorgungsmedizinischen Grundsätze in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. In Form von Kündigungsschutz oder steuerlichen Freibeträgen bietet der Schwerbehindertenausweis den behinderten Menschen Nachteilsausgleiche (Ernst, 2018, S. 26-30).

Laut Statistische[m] Bundesamt (Destatis) steigt die Anzahl schwerbehinderter Menschen seit der ersten Erhebung stets an. Während es im Jahr 1995 nur knapp 6,5 Millionen Menschen waren, lebten 2017 rund 7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen in Deutschland (vgl. Abbildung 1). Es gibt eine hohe Anzahl alter Menschen mit Behinderung

gen: Im Jahr 2017 waren 44% der Schwerbehinderten der Altersklasse 55-74 Jahre zuzuordnen, während 34% 75 Jahre oder älter waren (Destatis, 25.06.2018).

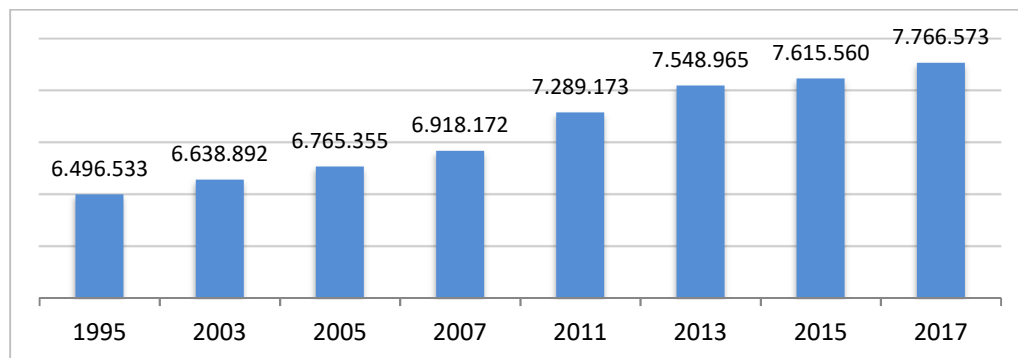


Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl schwerbehinderter Menschen in Deutschland. Dargestellt sind die Ergebnisse der im zwei-Jahres-Rhythmus aktualisierten Erhebungen zur Anzahl schwerbehinderter Menschen in Deutschland für die Jahre 1995 bis 2007 (erstellt nach Destatis, 13.07.2018, S: 19; Destatis, 2009, S. 20).

Der Begriff gB setzte sich vermehrt durch, nachdem in den letzten Jahrzehnten die diffamierenden Bezeichnungen Schwachsinn, Deбилität, Imbezillität und Idiotie durch die fachliche Diskussion der Elternvereinigung Lebenshilfe aus dem Sprachgebrauch verdrängt wurden. Fachwissenschaftler sprechen allgemein von einer gB, wenn die kognitiven und mentalen Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Es wird zwischen einer leichten, mittelschweren, schweren und schwersten gB unterschieden (Stöppler, 2017, S. 16-17). Beispielsweise beschreibt Fornefeld (2002, S. 56) die gB aus medizinisch-psychiatrischer Sicht als Intelligenzminderung, Einschränkung der kognitiven Leistungen sowie Abweichung im Entwicklungs-, Lern- und Sozialverhalten. Während der Standardwert des Intelligenzquotienten 100 beträgt, erreichen geistig behinderte Menschen maximal 69 (Fornefeld, 2002, S. 58). Die Bundesvereinigung der Lebenshilfe definiert gB wie folgt:

GB ist keine Krankheit. Sie bedeutet vor allem eine Beeinträchtigung der intellektuellen Fähigkeiten eines Menschen, nicht aber seiner sonstigen Wesenszüge, wie z.B. der Fähigkeit, Freude zu empfinden oder sich wohl zu fühlen. Geistig behinderte Menschen benötigen oft Hilfe und Unterstützung. (Lebenshilfe, 1999, zit. nach Weingärtner, 2009, S. 45)

Die Begriffsdefinitionen zeigen auf, dass die Gruppe der geistig Behinderten keine homogene Gruppe darstellt und durch ihre Individualität nur schwer zusammengefasst werden kann. In der Regel sind geistig behinderte Menschen auch in der sozialen Kompetenz eingeschränkt, was ein selbstständiges Leben erschwert, aber nicht unmöglich macht. Das gesellschaftliche Ziel für alle Behinderungen ist heute die Inklusion: Hiermit ist eine vollständige und gleichberechtigte Integration behinderter Menschen in das soziale und gesellschaftliche Leben gemeint (Al-Abtah et al., 2015, S. 656-657).

Von den 7,8 Millionen schwerbehinderten Menschen in Deutschland (2017) haben circa vier Prozent (310.238) eine gB. Die Anzahl geistig Behinderter nahm von 1995 bis 2017

im zwei-Jahres-Rhythmus um zwei bis vier Prozent zu (vgl. Abbildung 2). Mehr als die Hälfte der Personen mit einer gB wies im Jahre 2017 einen GdB von 100 auf. Dies macht deutlich, wie stark geistig behinderte Menschen durch ihre Behinderung beeinträchtigt sein können (Destatis, 13.07.2018, S. 22; Destatis, 2009, S. 20).

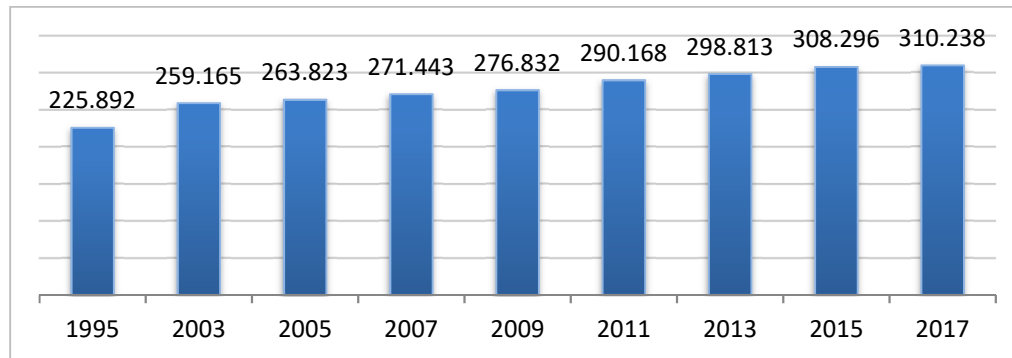


Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl geistig behinderter Menschen in Deutschland. Dargestellt sind die Ergebnisse der im zwei-Jahres-Rhythmus aktualisierten Erhebungen zur Anzahl geistig behinderter Menschen in Deutschland für die Jahre 1995 bis 2017 (erstellt nach Destatis, 2018, S. 22; Destatis, 2009, S. 23).

GB sind überwiegend angeboren und auf genetische Veränderungen, wie z.B. Trisomie 21 (Down-Syndrom), zurückzuführen. Als weitere erhebliche Ursache ist der Sauerstoffmangel während der Schwangerschaft oder der Geburt zu nennen. Darüber hinaus kann der Drogenkonsum der Mutter während der Schwangerschaft die Entwicklung des Kindes stark beeinflussen. Neben den angeborenen Behinderungen und Krankheiten können auch Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigungen ursächlich für eine Behinderung sein (Al-Abtah et al., 2015, S. 256-257). Bei circa 54% (166.409) der geistig Behinderten ist die Behinderung auf eine Krankheit, einschließlich aller Impfschäden, zurückzuführen, wohingegen knapp 42% (129.696) mit einer gB geboren wurden (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Ursachen und Häufigkeiten geistiger Behinderungen in Deutschland. Dargestellt sind in der ersten Zeile Ursachen von gB und in der zweiten Zeile die zugehörigen Anzahlen bezogen auf die im Jahr 2017 lebenden geistig Behinderten in Deutschland (erstellt nach Destatis, 13.07.2018, S. 11-12).

Ursachen der gB	Angeborene Behinderung	Arbeitsunfall/ Berufskrankheiten	Verkehrsunfall	Häuslicher Unfall	Sonstiger oder nicht näher bezeichneter Unfall	Anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivil- dienstbeschädigung	Allgemeine Krankheit (einschließlich Impfschaden)	Sonstige	Insgesamt
Anzahl	129.696	151	195	76	165	65	166.409	13.481	310.238

2.2 Entwicklung der Lebenserwartung

Wie für alle Menschen ist auch für geistig Behinderte im Zuge des demographischen Wandels das Altern relevant (Lindmeier & Oermann, 2017, S. 18-19). In den vergangenen Jahrzehnten ist in Deutschland eine stetige Erhöhung der Lebenserwartung zu verzeichnen. Gründe hierfür sind bessere Präventionsprogramme, medizinischer Fortschritt sowie die Verbesserung der medizinischen Versorgung (Müller & Gärtner, 2016, S. 61). Während im Jahre 1871 viele Menschen das Alter von 40 Jahren nicht erreichten, hat sich die Lebenserwartung bis heute mehr als verdoppelt (vgl. Abbildung 3). Im Jahr 2012 wurde bei den Frauen ein durchschnittliches Alter von über 80 Jahren verzeichnet, bei den Männern lag das durchschnittliche Alter bei knapp 80 Jahren. Die Lebenserwartung bei Geburt hat sich bei beiden Geschlechtern gleichermaßen erhöht.

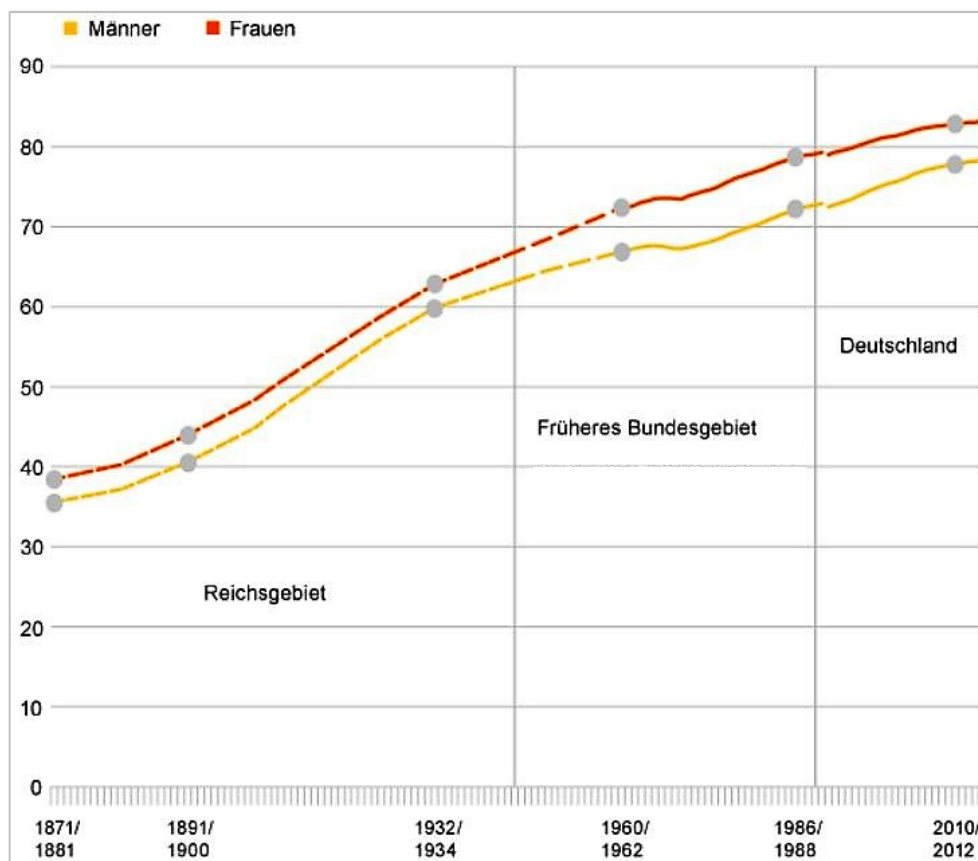


Abbildung 3: Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland. Dargestellt ist die Lebenserwartung bei Geburt von Männern (gelber Graph) und Frauen (roter Graph) in Deutschland in den Jahren 1871 bis 2012. Die bis 1960/1962 gestrichelten Graphen deuten an, dass fehlende Werte interpoliert wurden, wohingegen die durchgängigen Graphen aus der laufenden Berechnung der Sterberaten resultieren (Destatis, 2018).

Eine solche Entwicklung ist auch bei geistig Behinderten zu verzeichnen. Insbesondere ist bei der Betrachtung der Lebenserwartung geistig behinderter Menschen die Zeit des Nationalsozialismus relevant. Ende des 19. Jahrhunderts wurden in Deutschland einige Anstalten für Menschen mit Behinderungen gegründet, um die damals sogenannten

Schwachsinnigen abzuschirmen und der Öffentlichkeit ihren Anblick zu ersparen (Buchka, 2012, S. 31-35). Im Zuge des Ersten Weltkrieges nahm die Anzahl der Verletzten bzw. Behinderter, wie z.B. im Krieg verwundeter Soldaten, drastisch zu. Von diesem Zeitpunkt an wurden die Ursachen von Krankheit und Behinderung intensiver erforscht. In dem Zuge entstand die Pädagogik für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, die sogenannte Krüppelpädagogik. Es entstanden spezielle Anstalten, weniger mit dem Augenmerk geistig Behinderte wegzusperren, sondern diesen Personenkreis medizinisch zu behandeln und in die Gesellschaft zu integrieren (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2018).

Ab dem zweiten Drittel des 20. Jahrhundert herrschten in Deutschland aufgrund des Nationalsozialismus und der Rassenhygiene unvorstellbare Zustände. Menschen wurden unter anderem aufgrund ihrer Hautfarbe, Religion oder Sprache, ihres Aussehens, Verhaltens oder ihrer sexuellen Orientierung in Krankenhäusern gegen ihren Willen schmerzhaften Behandlungen ausgesetzt und teilweise getötet. Die Menschen, die in den Anstalten verblieben, wurden zwangssterilisiert, ehe geistig Behinderte und psychisch Kranke im nationalsozialistischen Staat von Ärzten als lebensunwerte Ballastexistenzen eingestuft wurden und im Zuge der sogenannten Euthanasie-Morde getötet wurden (Buchka, 2012, S. 34). Insgesamt fielen dabei fast 200.000 Menschen mit den verschiedensten Behinderungen zum Opfer. Nur jene Kinder mit gB, die bei ihren Eltern blieben oder versteckt wurden, konnten die Zeit des Nationalsozialismus überstehen (Haveman & Stöppler, 2004, S. 20-21). Aufgrund dessen haben in Deutschland nur wenige geistig Behinderte der Geburtsjahrgänge vor 1945 überlebt. Daraus resultiert heute eine geringe Anzahl an aMgB. Die Menschen, die überlebten, sind heute von negativen Erfahrungen geprägt, wie sozialer Isolation und einer mangelhaften Wertschätzung, Unterstützung und Entwicklungsmöglichkeiten (Schäper, Schüller, Dieckmann & Greving, 2010, S. 27).

Die Entwicklung der Altersstrukturen erwachsener Menschen mit gB wurde für die Region Westfalen-Lippe geschätzt und Prognosen von der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW) für die Jahre 2020, 2030 und 2040 herausgegeben. Während die Anzahl der erwachsenen Menschen mit gB im Jahr 2020 voraussichtlich bei knapp 33.700 liegen wird, wird im Jahr 2030 mit knapp 38.000 und für das Jahr 2040 mit über 40.000 geistig Behinderten gerechnet (vgl. Abbildung 4). Aufgrund der erhöhten Lebenserwartung sowie der systematischen Tötung geistig Behinderter im Nationalsozialismus, ist von einem wachsenden Anteil an Menschen über 60 Jahren auszugehen. Folglich ist in der Region Westfalen-Lippe eine steigende Anzahl von geistig behinderten Erwachsenen mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf durch ambulante oder stationären Einrichtungen zu erwarten (Dieckmann, Giovis, Schäper, Schüller & Greving, 2010, S. 41-42).

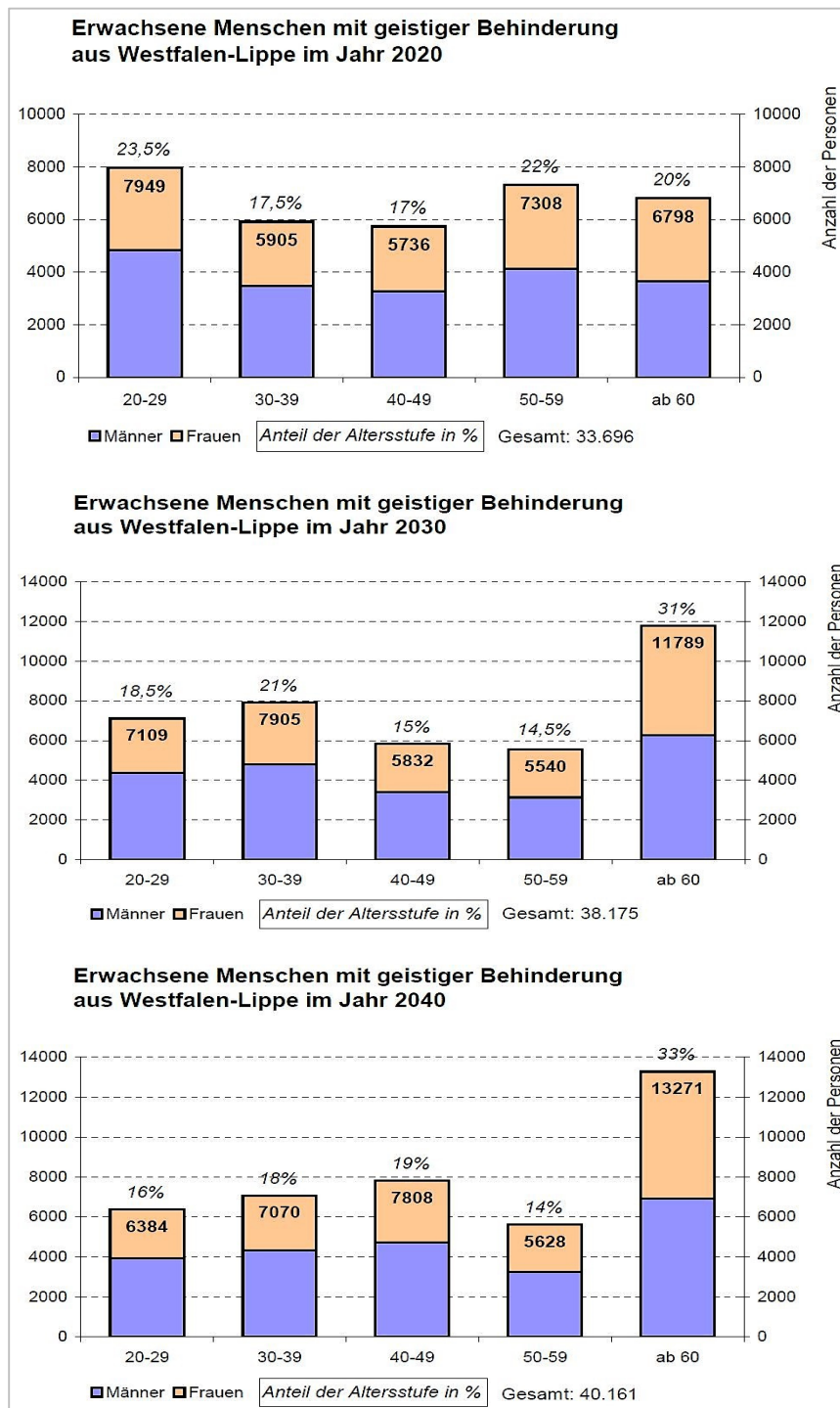


Abbildung 4: Prognose der Anzahl und Altersstruktur geistig behinderter Menschen. Dargestellt sind für die Region Westfalen-Lippe die geschätzten Anzahlen und relativen Anteile erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung in den Altersstufen 20-29, 30-39, 40-49, 50-59 und ab 60 Jahren für die Jahre 2020, 2030 und 2040 (Dieckmann et al., 2010, S. 41-42).

Neben der Behinderung stellt der Alterungsprozess viele Familien und Institutionen vor große Herausforderungen. Die Altersstruktur wird sich in den nächsten Jahren weiter normalisieren, sodass immer mehr behinderte Menschen das Rentenalter erreichen und die Lebenserwartung der Menschen mit Behinderungen sich der Menschen von nicht-Behinderten annähert. Aktuell erreichen die ersten Generationen von Menschen mit gB, die nach dem Krieg in Deutschland aufgewachsen sind, das Rentenalter.

2.3 Alterungsprozess

Eine Herausforderung stellt der biologische Alterungsprozess dar, der bei geistig behinderten Menschen zu einer Verschärfung von Problemen führt. Insgesamt gibt es bislang wenig Erkenntnisse und Wissen, wie sich lebenslange gB und der Alterungsprozess gegenseitig beeinflussen. Ebenso existieren nur wenige Erfahrungswerte in der Versorgung und Pflege älterer Menschen mit Behinderungen (Müller & Gärtner, 2016, S. 76-78). In der Regel findet bei Menschen mit Behinderungen ein normaler Alterungsprozess statt, jedoch verläuft dieser sehr individuell. Treten jedoch vorzeitige Alterserscheinungen im Vergleich zu jüngeren Behinderten auf, kann dies auf eine unzureichende Förderung im Kindes- oder Jugendalter zurückzuführen sein (Buchka, 2012, S. 101). Während Menschen mit Behinderungen früher eine vergleichsweise geringe Lebenserwartung hatten, nähert sich ihre Lebenserwartung zunehmend der Lebenserwartung Nichtbehinderter an. Dennoch ist die Lebenserwartung individuell und abhängig vom Lebensstil, dem Auftreten sowie den Ursachen potenzieller Krankheiten. Beispielsweise haben Menschen mit Trisomie 21 eine geringere Lebenserwartung als andere Menschen mit gB, da sie unter anderem ein vergleichsweise hohes Risiko für angeborene Herzfehler aufweisen. Bei Personen mit einer schweren und mehrfachen Behinderung ist die Lebenserwartung im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung und Menschen mit einer leichten Behinderung etwas geringer (Haveman & Stöppler, 2004, S. 21-23).

Bei geistig Behinderten kommt es häufiger und deutlich früher zu Sehbehinderungen und Hörbeeinträchtigungen als in der Allgemeinbevölkerung. Auch weitere Erkrankungen wie Osteoporose, Frakturen und psychische Erkrankungen, z.B. in Form von Depressionen und Demenzerkrankungen, sowie Übergewicht treten früher auf bzw. setzen früher ein (Müller & Gärtner, 2016, S. 68-69). Festzuhalten ist, dass geistig behinderte Menschen teilweise anfälliger sind, sie vor allem in Bezug auf chronische Krankheiten eher krank werden und sie insgesamt mehr Gesundheitsprobleme aufweisen als Menschen ohne Behinderung (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 22). Oft nehmen sie aber ihre Beschwerden erst spät wahr und können ihre Anliegen nur schwer artikulieren. Wird eine akute Erkrankung erst spät entdeckt und behandelt, führt dies schnell zur Chronifizierung (Haveman & Stöppler, 2004, S. 30). Dies bedeutet, dass in naher Zukunft mit einem erhöhten Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsbedarf von behinderten Menschen zu rechnen ist. Es müssen für diesen Personenkreis neue Angebote unter Berücksichtigung ihrer speziellen Bedürfnisse geschaffen werden (Thesing, 2009, S. 78).

Der Alterungsprozess führt ebenso zu einer mentalen Beeinträchtigung. Gerade im Alter kann die Akzeptanz und Verarbeitung der Rückentwicklung mit großen Herausforderungen und Schwierigkeiten verbunden sein, vor allem wenn der aMgB sein Training der vorhandenen Fähigkeiten nicht weiter fortsetzt. Die Gefahr ist gegeben, dass der alte

Mensch sich seinem „Altersschicksal“ hingibt und wenig Energie und Anstrengungen aufbringt, um dem Altersabbau entgegenzuwirken. Auch von außen lassen sich altersbedingte Veränderungen im Wesen oder Verhalten häufig schwerer erkennen als bei nicht-behinderten Menschen. Erste Anzeichen einer neuen Verhaltensform der Grundbehinderung werden nicht immer gleich richtig gedeutet, sodass keine adäquate medizinische und betreuende Versorgung eingeleitet werden kann (LWL, 2010, S. 13-14).

In Bezug auf die gesundheitliche Versorgung gibt es Barrieren für aMgB. Ding-Greiner und Kruse (2010, S. 25-27) sehen folgende Problemlagen: Die mangelnde Zugänglichkeit ambulanter und stationärer medizinischer Dienste für diese Personengruppe, behinderungsbedingte Kommunikationsschwierigkeiten und Unsicherheiten im Umgang mit behinderten Patienten auf Seiten der medizinischen Fachkräfte sowie mangelndes Wissen über spezifische Gesundheitsrisiken und Krankheitsverläufe.

3 Versorgungsaspekte für alte Menschen mit geistiger Behinderung

AMgB haben ebenso wie alte Menschen ohne Behinderung Lebens- und Wohnbedürfnisse, benötigen in manchen Lebensbereichen jedoch etwas mehr Unterstützung bzw. Anleitung. In unserer Gesellschaft haben geistig behinderte Menschen in der Vergangenheit viel Leid erfahren müssen. Umso wichtiger ist es, diese Menschen heute in das soziale und gesellschaftliche Leben zu integrieren. In diesem Zusammenhang sind verschiedene Versorgungsaspekte, etwa Wohnen und Betreuung, Kommunikation, Arbeit und Finanzierungsmöglichkeiten von besonderer Relevanz. Während zum einen die Lebenserwartung und zum anderen die Anzahl aMgB anstiegen ist, sind verschiedene Versorgungsstrukturen nicht adäquat mitgewachsen. Beispielsweise sind Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen teilweise unzureichend auf Menschen mit gB und deren Bedürfnisse eingestellt (Pollmächer & Holthaus, 2013, S. 80). Mittlerweile setzen sich jedoch immer mehr Einrichtungen der Behindertenhilfe mit neuen Wohnformen, etwa dem inklusiven Wohnen für aMgB, auseinander (Theunissen & Kulig, 2016, S. 72).

3.1 Wohnen und Betreuung

Je älter Menschen werden, desto mehr gewinnt die Wohnung an Bedeutung. Sie ist sozusagen der Ausgangs- und Rückkehrpunkt, von dem aus das tägliche Leben gestaltet wird. Jeder zehnte Hochbetagte geht tagsüber nicht mehr vor die Tür – zwei Drittel der Wachzeit und folglich den größten Teil des Tages verbringen alte Menschen in der Wohnung. Als wichtigster Lebensort bietet die Wohnung Vertrautheit, Sicherheit, Beständigkeit, Rückzugsmöglichkeit und Intimität (Stöppler, 2017, S. 143). Sie haben beispielsweise soziale Bindungen im Umfeld der Wohnung aufgebaut und die Wohnung ist Teil ihrer Bio-

graphie geworden, sodass sie mit Erinnerungen an frühere Lebensphasen und Ereignissen verknüpft ist (Dieckmann, Graumann, Schäper & Greving, 2013, S. 7). Angesichts der großen Bedeutung der Wohnung ist es verständlich, dass viele ältere Menschen nicht aus ihrer Wohnung ausziehen möchten (Stöppler, 2017, S. 143).

Während früher ein Großteil der Menschen mit gB von den Familien abgeschoben wurde und in großen Anstalten lebte, wachsen nach Schätzungen heute ca. 40-50% der Menschen mit gB in ihrer Familie als „besonders Versorgte“ auf (Schäper et al., 2010, S. 28; Jennessen, Lelgemann, Ortland & Schlütter, 2010, S. 141). Abhängig von der Kapazität, den individuellen Umständen und dem Ablösungsprozess von Kind und Familie bzw. Eltern, kann es im Erwachsenenalter einen Übergang zum Wohnen im nicht-familiären Umfeld geben, z.B. in eine soziale Einrichtung der Behindertenhilfe. Während die Familie auf Grundlage jahre- bzw. jahrzehntelanger Erfahrung routiniert im Umgang mit dem geistig behinderten Familienmitglied ist, besteht beim Wohnen im nicht-familiären Umfeld die Herausforderung des Anpassungsprozesses, da sich sowohl der geistig Behinderte als auch die Betreuenden aufeinander einstellen müssen (Thesing, 2009, S. 76).

Leben aMgB nicht mehr im privaten Umfeld bspw. mit Angehörigen, müssen sie sich an andere Menschen gewöhnen und sich ihnen anvertrauen. Die Mitarbeiter¹ der Behindertenhilfe sind oftmals eine von wenigen Bezugspersonen, die Menschen mit gB in ihrem näheren Umfeld haben. Sie leben eine gewisse Zeit mit ihnen, führen Unternehmungen durch und sind auch direkte Ansprechpartner für Angehörige und Freunde. Vor diesem Hintergrund ist es von essenzieller Bedeutung, dass sich Mitarbeiter der Behindertenhilfe in die aMgB hineinversetzen und Wünsche erkennen können. Um eine solche Vertrautheit und Verbundenheit gewährleisten zu können, bedarf es idealerweise eines kontinuierlichen und beständigen Personals. Zur Erleichterung der Vertrauensbildung arbeiten zahlreiche Institutionen mit einem sogenannten Bezugsbetreuersystem. In solch einem System übernehmen die Mitarbeiter die Funktion einer Vertrauensperson und sind damit der Vertreter für den zu betreuenden Menschen und die Institution. Die Vertrauensperson bzw. der Bezugsbetreuer setzt sich für die Belange des Bewohners ein und ist direkter Ansprechpartner für Angehörige, Therapeuten und Ärzte. Er fungiert als Vermittler und Koordinator, um die bestmögliche Betreuung und Bindung zu gewährleisten. Eine positive Grundhaltung sowie eine reflektierte Beziehung sind für den Beziehungsaufbau und die Zusammenarbeit unersetzlich. Diese kontinuierliche und vertrauensvolle Beziehung sorgt bei aMgB für ein sicheres Gefühl und Wohlbefinden (Trescher, 2017, S. 192).

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird die männliche Sprachform für alle Personenbezeichnungen verwendet. Es können dabei sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint sein. Dies impliziert keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

Soziale Einrichtungen, insbesondere Einrichtungen der Behindertenhilfe, stehen bedingt durch den Fachkräftemangel und den demographischen Wandel vor großen Herausforderungen. Während bislang in vielen Bereichen der Behindertenhilfe vor allem Fachkräfte, wie beispielsweise Heilerziehungspfleger, tätig sind, sollte das Personal in naher Zukunft ebenso aus Fachkräften der Alten- und Krankenpflege bestehen, um ein interdisziplinäres Arbeiten zu ermöglichen und den verschiedenen Bedarfen bzw. Anforderungen gerecht zu werden (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 45). Der Fokus in der Heilerziehungspflege liegt auf der ganzheitlichen Lebensversorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung, geistiger und bzw. oder körperlicher Behinderung, sodass sich das Arbeitsfeld über das gesamte Lebensfeld der Menschen erstreckt: Bilden, Pflegen, Fördern und Begleiten. Aufgrund der erhöhten Lebenserwartung sowie der erhöhten Anzahl alter Menschen mit Behinderungen ist davon auszugehen, dass die Bedeutung der Versorgung und Pflege erheblich zunehmen wird. Folglich wird die Tätigkeit von Fachkräften der Alten- und Krankenpflege in den Einrichtungen der Behindertenhilfe immer relevanter, da ihr Schwerpunkt weniger im Bilden und Fördern, sondern vornehmlich in der Versorgung, der Begleitung sowie dem Pflegen kranker oder alter Menschen liegt. Die Berufsgruppen der Heilerziehungspflege und der Kranken- bzw. Altenpflege würden sich sehr gut ergänzen (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 50). Diesen Anforderungen trägt ein Modellprojekt in Baden-Württemberg Rechnung: Eine dreieinhalbjährige Ausbildung mit dem Ziel einer Doppelqualifikation in der Heilerziehungs- und Altenpflege soll eine umfassende Vorbereitung auf die Tätigkeit in der Behindertenhilfe sichern (Diakonie-Kork, k.D.).

Neben der interdisziplinären Arbeit bedarf es einer gezielten Schulung des Personals, sodass dieses für den Alterungsprozess sensibilisiert ist. Die für die Betreuung zuständigen Berufsgruppen sollten daher an Fortbildungen teilnehmen, die sich mit pathologischem und normalem Alterungsprozess älter werdenden Menschen beschäftigen und zudem über Warnsignale für einsetzende Funktionsveränderungen aufklären und ein vertieftes Wissen zur Demenz vermitteln (Müller & Gärtner, 2016, S. 258). Bislang wurde in vielen Behinderteneinrichtungen versäumt, das Personal im Hinblick auf Erkennungsmerkmale für Demenz zu schulen (Wolff & Müller, 2013, S. 400).

Zur weiteren Unterstützung bieten viele Institutionen diverse Betreuungsmöglichkeiten an. Beispielsweise betreiben viele Institutionen oder Vereine einen sogenannten Familienunterstützenden Dienst (FUD). Der FUD stellt ambulante und wohnortsnahe Unterstützungen für Menschen mit Behinderung und deren Familie bereit. In der Regel handelt es sich hierbei um zielorientierte Einzelbetreuungen, wie z.B. Kinobesuche oder Spaziergänge (Buchka, 2012, S. 58-59). Eine zusätzliche Entlastung für Angehörige und die Versorgung von geistig behinderten Menschen im Hinblick auf die Grund- bzw. Behandlungspflege ist in Form eines mobilen Pflegedienstes möglich. Immer mehr Pflegedienste spezialisieren

sich auf die Versorgung und Pflege von Menschen mit gB, da dieser besondere Personenkreis gegenüber alten Menschen mit altersentsprechenden Einschränkungen differenzierte Bedarfe aufweist. Insbesondere muss bei der Versorgung von aMgB der erhöhte Zeitaufwand berücksichtigt werden. Dies kann zum einen mit einer verringerten Bewegungsgeschwindigkeit und zum anderen mit dem mangelnden Verständnis für erforderliche Handlungen bzw. Bewegungen zusammenhängen (Trescher, 2017, S. 193-195).

3.2 Kommunikation

Für aMgB ist eine vertraute Routine die Basis für das Wohlbefinden. Problematisch ist dabei jedoch, dass viele aMgB ihre Empfindungen und Bedürfnisse nicht verbalisieren können (Lamers, 2018, S. 69). In der Regel können die Eltern oder Angehörigen die betroffene Person mit ihrer Körpersprache richtig deuten. Dies können beispielsweise ausgeprägte Lutschbewegungen sein, die auf Hunger oder Durst hindeuten, oder ein unruhiges Hin- und Herrutschen auf dem Stuhl als Zeichen für Urin- oder Stuhldrang hinweisen. Da die meisten behinderten Menschen eine individuelle Körpersprache haben, ist es enorm wichtig, die Besonderheiten in der Kommunikation, im Verhalten, in der Gewohnheit sowie die Rituale und Interessen der betroffenen Person zu kennen (Al-Abtah et al., 2015, S. 648-649). Eine weitere Möglichkeit ist, dass über verschiedene Hilfsmittel, wie beispielsweise Piktogramme, Bildtafeln, Kommunikationshilfen mit Sprachausgaben, Gebärdensprache oder Texte in einfacher Sprache kommuniziert wird (Lamers, 2018, S. 395). Die bereits bekannten und vorhandenen Kommunikationsmöglichkeiten sind gleichermaßen wichtig wie hilfreich und sollten folglich auch durch die jeweiligen Bezugspersonen fortan genutzt werden, wenn der aMgB im nicht-familiären Umfeld wohnt (Pollmächer & Holthaus, 2013, S. 57). Für fremde Menschen ist das Verstehen geistig Behinderter teilweise schwierig und nicht immer möglich (Wolff & Müller, 2013, S. 400-401).

Eine besondere Herausforderung auf kommunikativer Ebene stellen Erkrankungen dar, weil diese idealerweise zeitnah nach dem Auftreten erster Symptome behandelt werden, jedoch viele Menschen mit gB nicht über die Fähigkeiten verfügen, zum einen Signale des Körpers wahrzunehmen bzw. zu deuten und zum anderen ihre Probleme adäquat mitzuteilen. Darüber hinaus vermeiden viele Menschen mit gB ungewohnte Situationen, wie beispielsweise Arztbesuche, da diese Angst, Unsicherheit sowie Überforderung auslösen können. In der Regel fällt den Angehörigen oder Betreuern durch Beobachtung auf, dass sich der geistig Behinderte unwohl fühlt. Daraufhin beginnt die Suche nach der Ursache für das Unwohlsein oder die Verhaltensänderung. Für solche Fälle ist es essenziell, dass verschiedene Personen aus dem näheren Umfeld den Menschen mit gB beobachten, um Veränderungen rechtzeitig wahrnehmen, interpretieren und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können (Al-Abtah et al., 2015, S. 659-661). Vor diesem Hintergrund ist der

regelmäßige Austausch von Informationen bzw. Auffälligkeiten zwischen den Personen, die mit dem geistig behinderten Menschen in Kontakt stehen, sehr hilfreich (Gusset-Bährer, 2018, S. 117). Eine solche Verhaltensbeobachtung von geistig Behinderten ist die wichtigste Methode zur Erkennung von Krankheiten (Wolff & Müller, 2013, S. 400).

3.3 Arbeit

Viele Menschen mit gB gehen ebenso wie nicht-behinderte Menschen nach der Schulzeit arbeiten, in der Regel in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) (Stöppler, 2017, S. 110). Zum großen Teil werden diejenigen geistig Behinderten in einer solchen Werkstatt beschäftigt, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können. Daher dient das Arbeiten in der WfbM primär der Eingliederung in das Arbeitsleben und leistet damit einen Beitrag zur Teilhabe (Ernst, 2018, S. 59-60). Des Weiteren haben Mitarbeiter einer WfbM einen arbeitnehmerähnlichen Rechtsstatus und sind unfall-, kranken-, pflege- und rentenversichert (Ernst, 2018, S. 61).

Da die Werkstatt für geistig Behinderte eine von wenigen Möglichkeiten darstellt, in einer Gruppe eine soziale Rolle zu übernehmen, Sozialkontakte zu knüpfen, Anerkennung zu erhalten und das Gefühl, gebraucht zu werden, zu erfahren, ist die Tätigkeit ein bedeutender Lebensinhalt (Stöppler, 2017, S. 106). Für Menschen mit gB sind Rituale, wie z.B. das gemeinsame Essen, Freizeitaktivitäten ebenso wie gewohnte Sozialbeziehungen relevant (Lamers, 2018, S. 69-70). Auch die Tätigkeit in einer WfbM kann als solches Ritual, das für die Strukturierung des Tages sorgt und damit zu einem beständigen Lebensrhythmus beiträgt, angesehen werden (Theunissen, Kulig & Schirbort, 2013, S. 29).

Abweichungen von diesem Rhythmus, wie zum Beispiel Urlaubs- und Feiertage, können zur Verunsicherung der Menschen mit gB führen. In besonderer Weise stellt der Eintritt in die Rente für aMgB eine solch schwerwiegende Veränderung dar (Buchka, 2012, S. 47-48). Während die Altersrente bei Menschen ohne Behinderung ab dem 67. Lebensjahr eintritt, können Behinderte mit einem Schwerbehindertenausweis zwei Jahre früher die reguläre Altersrente antreten. In manchen Fällen kann die Rente jedoch schon wegen Erwerbsminderung im früheren Lebensalter in Anspruch genommen werden. Diese erhebliche Veränderung der ritualisierten Tagesstruktur ist für aMgB in der Regel nicht nachvollziehbar und löst Stresssituationen aus. Diese Situation kann von Angehörigen und Bezugspersonen jedoch frühzeitig vorbereitet werden, indem beispielsweise ein Übergang in Einrichtungen zur Tagesstrukturierung erfolgt, die der Werkstatt angegliedert sind (Polimächer & Holthaus, 2013, S. 52-53).

3.4 Finanzen

Um Menschen mit Behinderungen eine Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu eröffnen, müssen die geschilderten Bedürfnisse im Hinblick auf Wohnen und Betreuung, Kommunikation und Arbeit realisiert werden. Hierzu bedarf es einer entsprechenden Finanzierung, die auf verschiedenen Wegen gewährleistet wird.

Wenn Menschen an einer dauerhaften geistigen, körperlichen oder seelischen Behinderung leiden und ihre Fähigkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch die Behinderung wesentlich eingeschränkt ist, besteht Anspruch auf Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Dies ist eine Leistung der Sozialhilfe und hier gilt der Grundsatz der Nachrangigkeit, das heißt, Sozialhilfe kann nur geleistet werden, wenn die betroffene Person sich nicht selbst helfen oder die notwendige Unterstützung nicht durch Angehörige erbracht werden kann. Insbesondere werden Eingliederungshilfen und Maßnahmen finanziell unterstützt, welche zur Ausübung eines angemessenen Berufes oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit sowie zur größtmöglichen Unabhängigkeit von Pflege beitragen (Ernst, 2018, S. 51-52). Für die Gewährung finanzieller Leistungen sind in Nordrhein-Westfalen die Landschaftsverbände als überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig. Die Unterstützung umfasst Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wie z.B. Hilfsmittel, Prävention, Früherkennung, -förderung, zudem Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, etwa Sicherung des selbstständigen Wohnens, Aufbau und Pflege von Beziehungen, sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben z.B. eine WfbM (LWL, 2011, S. 14-15). Diese Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII sollen bis 2020 in das SGB IX überführt werden, sodass die Menschen mit Behinderung nicht als Sozialfälle gelten (Ernst, 2018, S. 53).

Eine weitere Finanzierungsmöglichkeit besteht für Menschen mit gB ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in Form der Grundsicherung durch das SGB XII, wenn sie bedürftig sind und im familiären Umfeld leben, also ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen sicherstellen können. Erwerbstätige haben durch die Tätigkeit in einer WfbM Anrecht auf ein geringes Arbeitsentgelt, welches sich zum einen aus dem Produktionserlös und zum anderen aus dem Arbeitsförderungsgeld nach § 43 SGB IX zusammensetzt (Eikötter, 2017, S. 141-143). Die Grundsicherung wird als Aufstockung zu dem bereits vorhandenen Arbeitsentgelt geleistet. Verfügt der Behinderte oder die Familie über ein hohes Vermögen, kann auch dies zur Finanzierung des Lebens herangezogen werden (Ernst, 2018, S. 155-156).

Kommt für den aMgB die Pflegebedürftigkeit hinzu, besteht grundsätzlich Anspruch auf Leistungen aus der SPV nach dem SGB XI. Stehen jedoch trotz der Leistungen aus der SPV keine ausreichenden finanziellen Mittel zur Verfügung, können Sozialleistungen in

Form von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII in Anspruch genommen werden (Wölki, 2015, S. 15-16). In den meisten Fällen erfüllen bereits junge Menschen mit einer gB die Kriterien einer Pflegebedürftigkeit. Sie sind häufig bereits im Kindesalter auf Unterstützung durch Angehörige oder professionell Pflegenden angewiesen. Damit geht nicht nur eine psychische und physische, sondern ebenso eine finanzielle Belastung einher. Die SPV dient dazu, finanziellen Notsituationen entgegenzuwirken und Pflegebedürftige sowie pflegende Angehörige sozial abzusichern. Nach § 14 SGB XI sind Menschen pflegebedürftig, wenn sie eine gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen und körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Sofern eine Pflegebedürftigkeit vorliegt, kann bei der zuständigen Pflegekasse ein Pflegegrad beantragt werden. Je nach Pflegebedürftigkeit und Eingraduierung fällt die Höhe des Anspruchs auf Unterstützung aus (vgl. Anhang A). Die Leistungen aus der SPV dienen dazu, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen zu erhalten bzw. wiederherzustellen (Pollmächer & Holthaus, 2013, S. 84-86). Wenn der geistig Behinderte im familiären Umfeld oder von einer Institution der Behindertenhilfe ambulant betreut und versorgt wird, besteht grundsätzlich Anspruch auf Pflegegeld nach § 36 SGB XI. Wird zur Unterstützung jedoch ein mobiler Pflegedienst hinzugezogen, bekommt der Pflegebedürftige von der SPV kein Pflegegeld nach § 37 SGB XI, sondern bezieht höhere finanzielle Mittel in Form von Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI (vgl. Anhang A).

Vergleichbar dem Wohnen im familiären Umfeld generiert ein Bewohner im Wohnen außerhalb des familiären Umfelds ähnliche soziale Leistungen entsprechend der verschiedenen Sozialgesetzbücher, jedoch ist die Finanzierung von der stationären Einrichtung abhängig, ob die Einrichtung der Altenpflege bzw. der Behindertenhilfe angehört. Eine Abgrenzungsproblematik zwischen der SPV (SGB XI) und der Eingliederungshilfe (SGB XII) gibt es im Bereich der vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe. Hier gibt es eine Sonderregelung hinsichtlich der Leistungen aus der SPV. Die vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe verfolgen das Ziel, schulische, berufliche und soziale Förderung zu betreiben, sodass sie gesetzlich nicht als Pflegeeinrichtung zählen. Pflegeeinrichtungen werden nach § 71 Abs. 4 SGB XI wie folgt definiert:

Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen [...].

Da Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht als Pflegeeinrichtungen zählen, übernimmt die SPV somit nur 10 Prozent des Heimentgelts, jedoch höchstens 266 Euro im Monat. Ist der pflegebedürftige Mensch am Wochenende oder in den Ferien beispielsweise bei den Angehörigen im familiären Umfeld, sodass er von ihnen auch gepflegt und betreut wird, stehen ihm für diese Zeit anteilig die vollen Leistungen der SPV in Form von Pflegegeld zu. Auch die An- und Abreise zählen als volle Tage der häuslichen Pflege (§ 43a SGB XI).

4 Aktuelle Wohnformen für alte Menschen mit geistiger Behinderung

2008 trat in Deutschland die UN-BRK in Kraft. Im Rahmen der UN-BRK verpflichteten sich zahlreiche Länder, den Inklusionsgedanken umzusetzen und auf eine gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit und ohne Behinderungen zu zielen. Um Menschen mit Behinderungen im Sinne der Inklusion eine unabhängige Lebensführung zu ermöglichen, ist der Bereich des Wohnens von höchster Bedeutung (BBB, 2017, S. 17-27). Menschen mit Behinderungen dürfen ebenso wie nicht-behinderte Menschen ihren Aufenthaltsort frei wählen und folglich entscheiden, mit wem sie zusammenleben (Stöppler, 2017, S. 142-143). Noch stehen Menschen mit gB wenig Wahlmöglichkeiten zur Verfügung, wenn sie auf Hilfe angewiesen sind, aber nicht in einer Sonderform mit ausschließlich behinderten Bewohnern oder in einem Pflegeheim leben wollen (Müller & Gärtner, 2016, S. 265-266). Laut einer Hochrechnung der Katho NRW wird in knapp zehn Jahren fast die Hälfte aller Bewohner in stationären Einrichtungen 60 Jahre oder älter sein. Ebenfalls wird prognostiziert, dass 86% der Menschen mit gB in stationären Wohneinrichtungen leben (Dieckmann et al., 2010, S. 45-46).

Um sich auf das Alt-Werden und den Ruhestand vorzubereiten, bedarf es einer guten Beratung und Aufklärung. Es gibt vielerlei Möglichkeiten, das Rentendasein zu gestalten. Umso wichtiger ist es, die Menschen mit einer gB vor plötzlichen Veränderungen ihrer Lebenssituation zu schützen und langfristig auf mögliche Änderungen vorzubereiten sowie Alternativen bezüglich des Wohnens aufzuzeigen. In Absprache zwischen Behindertem und Betreuer bzw. Angehörigen soll dafür Sorge getragen werden, dass frühzeitig alternative Wohnformen aufgezeigt werden, bevor es um eine konkrete Entscheidungsfindung geht (Pollmächer & Holthaus, 2013, S. 44-45).

Während in Deutschland bislang verschiedenste Entscheidungen für Menschen mit Behinderungen fremdbestimmt und reguliert waren, ist es ein erklärtes Ziel, eine Entwicklung hin zu Selbstbestimmung und Autonomie zu gestalten. Damit geht ein Rückbau von alten Strukturen in der Behindertenhilfe einher, um den Schritt behinderter Menschen in die sogenannte Normalgesellschaft herzustellen (Thesing, 2009, S. 99-100). Seit Verabschiedung der UN-BRK haben sich zahlreiche Vereine, Verbände und die Länder mit der

Frage beschäftigt, wie Inklusion in der Realität umgesetzt werden kann (Stöppler, 2017, S. 76-79). Bereits heute existieren verschiedene Formen alternativer Wohnprojekte in Deutschland. Je nach Unterstützungsbedarf, Bedürfnissen und Wünschen der aMgB ist die Wohnform zu wählen.

4.1 Wohnen im familiären Umfeld

Das Leben im familiären Umfeld bietet Menschen mit gB in erster Linie Sicherheit und Beständigkeit. Räumlichkeiten und soziale Interaktionen, wie beispielsweise der tägliche Kontakt mit Eltern, Geschwistern oder Nachbarn bietet zugleich Sicherheit und Beständigkeit. Die sozialen Kontakte der Menschen mit gB, die sich in der Regel auf die nähere Umgebung beschränken, tragen für die Behinderten wesentlich zur Zufriedenheit und Verbesserung der Lebensqualität bei. Durch Angehörige, Nachbarn und Freunde erfahren die Menschen mit gB individuelle Hilfen auf unterschiedlichem Versorgungslevel (Müller & Gärtner, 2016, S. 248-249).

Im Hinblick auf das Wohnen im familiären Umfeld sind sowohl negative als auch positive Aspekte zu nennen. Hervorzuheben ist das hohe Maß an Beständigkeit und Sicherheit, die ein geistig behinderter Mensch im familiären Umfeld erfährt. Die Kontinuität in der gewohnten Umgebung, wie die räumlichen Bedingungen und die enge Beziehungsgestaltung zu den Angehörigen, ist für den geistig behinderten Menschen sehr hilfreich und wichtig (Buchka, 2012, S. 83). Andererseits werden geistig Behinderte im familiären Umfeld in der Regel sehr fürsorglich und behütet aufgezogen, sodass der Fokus weniger auf der Förderung der Selbstständigkeit liegt, sondern vielmehr in der Übernahme alltagspraktischer Handlungen. Dadurch werden dem geistig Behinderten viele Tätigkeiten abgenommen, die er zum Teil selbst durchführen könnte. In dem Moment mag das sowohl zeitlich wie auch in der ordentlichen Ausführung eine Entlastung darstellen, jedoch wäre eine selbstständige Ausführung der Tätigkeiten deutlich hilfreicher für den Menschen mit gB. Durch die selbstständige Ausführung von Tätigkeiten ist der geistig behinderte Mensch gefordert und im Training seiner Fertigkeiten. Viele Angehörige sind erfreut, wenn sie ihrem erwachsenen Kind ein solch familiäres, häusliches Wohnen mit einer überaus umsorgten Betreuung bieten können (Thesing, 2009, S. 75). Durch das Wohnen im familiären Umfeld bezieht der Betroffene Leistungen verschiedener Art. So besteht die Möglichkeit, Leistungen aus der Grundsicherung nach SGB XII, der Eingliederungshilfe nach SGB XII, der Hilfe zur Pflege nach SGB XII und der SPV nach SGB XI zu beziehen.

Unter der Projektleitung von Prof. Dr. Burtcher setzten sich Wissenschaftler in einem dreijährigen Projekt mit „Älter werdende[n] Eltern und erwachsene[n] Familienmitglieder[n] mit Behinderung zu Hause“ auseinander. Ziel der Studie ist das Erforschen der elterlichen Sichtweise sowie die Weitergabe von entwickelten Angeboten an die Eltern. Bei der Fra-

ge, ob der Beitrag zum Familienbudget bspw. in Form von Pflegegeld, Grundsicherung oder Werkstattlohn ein möglicher Grund für das Verbleiben des behinderten Kindes im familiären Umfeld sei, bestätigten dies knapp 65% (297 Eltern) der Befragten. Die Einnahmen des Sohnes bzw. der Tochter seien besonders wichtig (Projekt „elFamBe“, 12.09.2011, S. 26). Durch die Aussage wird deutlich, dass Angehörige und der erwachsene Behinderte finanziell und sozial voneinander abhängig sein können. Möglicherweise haben diese Familien darüber hinaus schlechte Erfahrungen im Bereich des außerfamiliären Wohnens gesammelt. Auch könnte die Angst einer Überforderung des erwachsenen Kindes, Unwissenheit der Familie oder Misstrauen gegenüber der Gesellschaft dazu geführt haben, dass der Verbleib im Elternhaus gewählt wurde (Jennessen et al., 2010, S. 148-149). 59% der befragten Eltern (285 Eltern) gaben an, dass ihnen Unterstützung fehle. Sie wünschen sich Unterstützungsmöglichkeiten unter anderem in folgenden Bereichen: Freizeit für Sohn/Tochter (24,6%), Beratung der Eltern (21,7%), regelmäßige Pflege und Begleitung (18,5%) sowie kurzfristige Unterstützung der Eltern (9,8%) (Projekt „ElFamBe“, 12.09.2011, S. 23).

Im weiteren Erwachsenenalter behalten Menschen mit gB oftmals die Rolle des Kindes bei. Viele der Erwachsenen mit Behinderung ziehen erst dann aus dem Elternhaus, wenn die Eltern die tägliche Unterstützung aufgrund ihres hohen Alters nicht mehr gewährleisten können oder sterben. Dann befindet sich das Familiensystem in einem Ungleichgewicht, sodass die Erwachsenen mit gB im mittleren Lebensalter in eine stationäre oder ambulant unterstützte Wohnform (AUW) übergehen, während ein kleiner Anteil der geistig Behinderten von weiteren Angehörigen, wie beispielsweise von Geschwistern, versorgt werden kann. Die Voraussetzung für das Wohnen in einem AUW ist das Vorhandensein alltagspraktischer Fähigkeiten und eine gewisse Selbstständigkeit sowie Orientierung der Betreuten (Trescher, 2017, S. 25).

Der Übergang in eine alternative Wohnform erfolgt in vielen Fällen abrupt, Betroffene werden mitunter überhaupt nicht mit in die Entscheidungsfindung miteinbezogen und für sie ist es oft nicht nachvollziehbar und wird daher als besonders krisenhaft erlebt (Trescher, 2017, S. 25). Die Situation ist deshalb krisenhaft, da neben dem Auszug aus dem gewohnten Umfeld auch der Verlust der Eltern als wichtige Bezugsperson zu verarbeiten ist. Insbesondere stellt dies für aMgB eine große Herausforderung dar. Häufig ist die einzige Alternative zum Leben im Elternhaus das Wohnen in institutionellen Einrichtungen. Durch den Umzug in eine solche Einrichtung wäre sichergestellt, dass künftig keine Notwendigkeit für weitere Umzüge bestünde (Haveman & Stöppler, 2004, S. 158). In Interviews bestätigte sich, dass Menschen mit gB die Themen Tod und Sterben besonders krisenhaft erleben. Ein möglicher Grund ist, dass es von pädagogischer Seite kaum begleitende Angebote gibt (Trescher, 2015, S. 305-306). Laut der KatHO NRW wird sich die

Anzahl der Menschen mit gB, die ohne professionelle Unterstützung wohnen, d.h. im Allgemeinen bei Angehörigen leben bzw. von diesen unterstützt werden, von knapp 10.000 auf etwa 12.500 in 2030 erhöhen. Nur 4-5% der Personen (500), die ohne professionelle Unterstützung wohnen können, sind Senioren (Dieckmann et al., 2010, S. 52).

4.2 Wohnen außerhalb des familiären Umfelds

Im Wohnen außerhalb des familiären Umfelds ist zwischen stationären, teilstationären und nichtstationären Angeboten zu differenzieren. Diese Angebote existieren für die Behinderten jeden Alters, da in der Behindertenhilfe bislang nicht zwischen dem Wohnangebot für Senioren oder für junge Menschen unterschieden wird. Die Auswahl einer passenden Wohnform ist im Wesentlichen von der Persönlichkeit und dem GdB eines Menschen abhängig (Pollmächer & Holthaus, 2013, S. 42). In der Regel wird das Wohnen über spezielle Einrichtungen der Behindertenhilfe, in denen Leistungen der Eingliederungshilfe genutzt werden, angeboten. In den Einrichtungen erfahren die Bewohner pädagogische Förderung, sodass die Menschen mit gB eine individuelle Förderung erfahren. Die meisten Menschen mit gB, die nicht im familiären Umfeld wohnen, leben in einer organisierten und institutionellen Wohneinrichtung (Trescher, 2017, S. 26). Vielerorts ist der Grund hierfür das Fehlen alternativer Wohnangebote (Theunissen, 2013, S. 327-328).

Laut Buchka (2012, S. 113-118) lassen sich die institutionellen Wohnangebote für Menschen mit gB abhängig vom Organisationsaufwand einteilen: Wohnformen mit hohem, mittlerem und geringem Organisationsaufwand. Die Wohnformen mit hohem Organisationsaufwand erinnern an Vollzeitheime, in denen in der Regel mehr als 50 Bewohner stationär betreut werden. Es wird von einem hohen Organisationsaufwand gesprochen, da neben dem Wohnen auch Lebensbereiche wie Arbeit, Freizeit, Therapie und Bildung auf einem Einrichtungsgelände angeboten werden. Der Trend für die Versorgung geistig Behinderter in Einrichtungen mit hohem Organisationsaufwand ist rückläufig. Die vorhandenen Kapazitäten in diesen Einrichtungen werden eher für die Versorgung Behinderter genutzt, die pflegebedürftig oder sehr stark verhaltensauffällig sind. In diesen Wohnformen ist ein vergleichsweise hoher Personalschlüssel, welcher eine angemessene Betreuung der Bewohner sichert (Thesing, 2009, S. 99-100).

Buchka (2012, S. 115-116) folgend sind auch Wohnformen mit mittlerem Organisationsaufwand stationäre Einrichtungen, jedoch mit lediglich 25-50 Bewohnern. In diesen Einrichtungen liegt der Schwerpunkt auf Wohnen und Freizeit, während die anderen Lebensbereiche ausgelagert sind, d.h. nicht auf dem Gelände der Wohnstätte befindlich sind. Meist leben die Bewohner in kleinen Wohngruppen oder in einem Wohnverbund zusammen. Aber auch Tagespflegeeinrichtungen, die als teilstationär bezeichnet werden, zählen zu Einrichtungen mit mittlerem Organisationsaufwand.

Leben Behinderte hingegen in einer Einzelwohnung und werden nur in geringem Umfang betreut, ist dies als Wohnform mit geringem Organisationsaufwand anzusehen. Hierzu zählt z.B. das Wohnen in einer Wohnfamilie bzw. Gastfamilie ebenso wie das Wohnen in einer Wohngemeinschaft (WG), in der entweder nur behinderte Menschen oder behinderte mit nicht-behinderten Menschen zusammenleben (Buchka, 2012, S. 117-118). Insgesamt steht in Wohngruppen mit mittlerem und geringem Organisationsaufwand nur eine geringe Anzahl an Plätzen zur Verfügung, sodass Interessierte lange Zeit auf einen Wohnplatz warten müssen. Hierfür gibt es in der Regel Wartelisten, die bei der Wohnplatzzuteilung chronologisch abgearbeitet werden (Pollmächer & Holthaus, 2013, S. 43).

4.2.1 Die Kurzzeitpflege: Der erste Schritt in die Selbstständigkeit

Viele Familien nutzen die Möglichkeit der Kurzzeitpflege. Hierbei handelt es sich um eine vollstationäre Pflege für eine begrenzte Zeit mit den primären Zielen, die geistig behinderten Angehörigen im Hinblick auf die Selbstständigkeit zu fördern und die Pflegeperson ebenso wie die Angehörigen zu entlasten (§ 42 SGB XI, 2017).

In besonderem Maße unterstützt die Kurzzeitpflege im Sinne eines Probewohnens im nicht-familiären Umfeld den Prozess des Ablösens und selbstständig Werdens und folglich kann die Kurzzeitpflege als erster Schritt in die Selbstständigkeit angesehen werden (BSUK, 2007, S. 47). Um Menschen mit einer gB auf das Wohnen im nicht-familiären Umfeld vorzubereiten, ist es sehr wichtig, bereits im Kindes- und Jugendalter erste Berührungspunkte zu Kurzzeitpflegeeinrichtungen herzustellen und idealerweise positive Erfahrungen zu sammeln. Diese positiv behafteten Erlebnisse stellen ein gutes Fundament für das spätere Wohnen unabhängig von der Familie dar. Aber nicht nur für die geistig Behinderten, sondern auch für die Eltern ist die Kurzzeitpflege eine Gewöhnung an die zu erzielende Selbstständigkeit des eigenen Kindes. Wurde diese Erfahrung im Kindes- und Jugendalter versäumt, kann auch im Erwachsenenalter noch die Möglichkeit der Kurzzeitpflege vor diesem Hintergrund genutzt werden. Allerdings ist der Prozess des selbstständig Werdens im zunehmenden Erwachsenenalter schwieriger, da der geistig behinderte Mensch nach jahre- oder jahrzehntelanger Routine plötzlich und unvorbereitet ohne seine Angehörigen wohnen muss. Folglich wird der geistig Behinderte dies nicht nachvollziehen können (Thesing, 2009, S. 204-205).

In vielen Städten gibt es bereits spezielle Angebote von verschiedenen Anbietern für eine Kurzzeitpflege von geistig behinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In der Regel müssen die Angehörigen keine Kosten tragen, da die Finanzierung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI im Rahmen der SPV erfolgt. Hierzu haben Angehörige bis zu vier Wochen am Stück, an einzelnen Tagen oder wochenweise die Möglichkeit, ihren pflegebedürftigen Angehörigen unterzubringen (Pollmächer & Holthaus, 2013, S. 86-87).

In Münster gab es laut statistischen Angaben der Stadt im Jahre 2015 4.380 Pflegebedürftige und insgesamt 221 Kurzzeitpflegeplätze für pflegebedürftige Menschen (Stadt Münster, 07.04.2017, S. 20-21). Beispielsweise bietet die Lebenshilfe Münster im Stadtteil Kinderhaus in Form des Wohnnestes eine Einrichtung für Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre mit der Möglichkeit zur Kurzzeitpflege an, sodass erste Erfahrungen mit einer stationären Institution bereits in jungen Jahren gesammelt werden können. Die Kurzzeitpflegeeinrichtung Wohnnest hat insgesamt zwölf Plätze zur Verfügung und stellt in Münster die einzige Möglichkeit für die Kurzzeitpflege von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen dar. Das Angebot des Wohnnestes richtet sich insbesondere an Personen der näheren Umgebung, damit die Kinder und Jugendlichen ihren gewohnten Freizeitaktivitäten nachgehen können und dabei in ihrer gewohnten Umgebung bleiben, sodass auch der gewohnte Kindergarten, die Schule oder die Arbeit in einer WfbM besucht werden können, ohne dass die Person aus dem gewohnten Alltag herausgerissen wird. Auch Kontakte mit Freunden oder Bekannten können problemlos in dieser Zeit aufgrund der Wohnortsnähe aufrechterhalten werden. Oftmals sind die Berührungspunkte mit einer solchen Einrichtung für Kinder und Jugendliche die einzige Möglichkeit, außerhalb des Elternhauses zu nächtigen, sodass die Eltern sorgenfrei abschalten können und das Kind in professioneller Hand vertrauensvoll versorgt und behütet wird (Lebenshilfe Münster, 2018). Sofern sich Familien für eine Kurzzeitpflege interessieren, findet zunächst eine Beratung durch die Einrichtungsleitung statt und bei weiterem Interesse wird das Kind oder der Jugendliche auf eine Warteliste gesetzt. Ist die Anzahl der Anfragen deutlich höher als die Anzahl der zur Verfügung stehenden Kurzzeitpflegeplätze muss mit einer sehr langen Wartezeit von einigen Monaten bis Jahre gerechnet werden (Lebenshilfe Münster, 2018).

Die meisten Institutionen mit Angeboten rund um Wohnen und Kurzzeitpflege verfügen über einen Fachdienst für die Wohnberatung, um interessierte Bewohner und deren Angehörige zu informieren. Im Beratungsgespräch soll eruiert werden, welche Vorstellungen und Ängste seitens der interessierten Person oder deren Angehörigen in Bezug auf verschiedene Wohnformen vorliegen. Für den Gewinn weiterer Eindrücke bieten sich Besichtigungen betreffender Wohneinrichtungen und -formen an, sodass im Anschluss eine Entscheidung für bzw. gegen gewisse Wohnformen getroffen werden kann (Pollmächer & Holthaus, 2013, S. 40). Die für die Beantragung eines solchen Wohnplatzes erforderliche Antragsstellung stellt einen großen Bürokratieaufwand dar und wird von vielen Familien als belastend empfunden (Pollmächer & Holthaus, 2013, S. 31). Einen solchen Fachdienst für die Wohnberatung bieten die meisten Institutionen an, um Interessierte zu entlasten, indem die Bearbeitung und Begleitung der Antragsstellung übernommen wird (Buchka, 2012, S. 58).

Neben der pflegerischen und betreuerischen Entlastung der Angehörigen existiert ein weiterer Vorteil für das familiäre Umfeld bei Nutzung der Kurzzeitpflege. Da viele Menschen mit einer gB aufgrund der erforderlichen Unterstützung, Betreuung und Pflege viel Zeit und Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, erfahren andere Familienmitglieder häufig nicht die adäquate Aufmerksamkeit. Durch eine Kurzzeitpflege können beispielsweise Lebenspartner oder Geschwisterkinder für eine gewisse Zeit die Zuwendung erfahren, die sie selbst benötigen (Pollmächer & Holthaus, 2013, S. 64).

4.2.2 Das integrative Wohnhaus

Das Wohnen in der eigenen Wohnung wünschen sich wohl die meisten Menschen in unserer Gesellschaft, jedoch ist dies nicht immer möglich. Vor allem aMgB sind oftmals auf Unterstützungsangebote von Familienangehörigen, Menschen aus der Nachbarschaft, Freunden oder diversen Dienstleistern abhängig. Um überhaupt in der eigenen Wohnung leben zu können, muss ein gewisses Maß an Selbstständigkeit bezogen auf verschiedene Lebensbereiche vorliegen (Trescher, 2017, S. 27-28).

Aus der Region Westfalen-Lippe ist das Wohnhaus Baumberger Hof in Münster-Nienberge vom Träger Westfalenfleiß GmbH Arbeiten und Wohnen ein Beispiel für alternatives Wohnen. Das integrative Wohnhaus bietet stationäre ebenso wie ambulant betreute Wohnangebote, sodass hier sowohl Menschen ohne, als auch mit geringem oder hohem Unterstützungsbedarf leben. Dieser Gedanke entspricht der UN-BRK, sodass die Behinderten nicht ausgesondert, sondern mitten in der Gesellschaft leben können. Durch das adäquate Unterstützungsangebot wird eine größtmögliche Normalität und Selbstbestimmung sowie ein Leben in einer aktiven Hausgemeinschaft ermöglicht. Alle Mieter haben einen eigenen Mietvertrag, sodass für alle die gleichen Rechte und Pflichten gelten (Westfalenfleiß GmbH, k.D.).

Das Haus liegt in einem ruhigen Wohngebiet mit einem unmittelbaren Zugang zum öffentlichen Personennahverkehr, sodass die Bewohner im Sinne der Teilhabe die Wohngegend selbstbestimmt verlassen können. Die dort lebenden Menschen mit gB, welche zum größten Teil aus dem Stadtteil stammen, leben in eigenen Wohnungen oder in kleinen Wohneinheiten mit einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Auf drei Wohngruppen verteilt wohnen insgesamt zwölf Bewohner mit einem hohen Unterstützungsbedarf, also im stationären Setting. Weitere sechs Menschen leben in Einzelwohnungen, die an Menschen mit einer geistigen und mehrfachen Behinderung von dem unternehmenseigenen Fachdienst AUW individuell betreut werden können. Diese Menschen benötigen z.B. punktuelle Unterstützung in der Haushaltsführung, in der persönlichen Lebensplanung oder Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben. Für die Abend- und Nachtstunden gibt es eine Nachtbereitschaft. Wird beispielsweise Behandlungspflege nach dem SGB V

(Gesetzliche Krankenversicherung) von einem Bewohner benötigt, kann dies über einen extern kooperierenden Pflegedienst organisiert werden (Westfalenfleiß GmbH, k.D.).

Indem das Wohnhaus verschiedene Versorgungsmöglichkeiten bietet, kann die Unterstützungsform individuell an die Bedürfnisse des aMgB angepasst werden. Persönliche Bedürfnisse und die individuellen Kompetenzen des Bewohners können vollkommen berücksichtigt werden, sodass das selbstbestimmte Leben gefördert und somit im Vordergrund des einzelnen Bewohners steht. Braucht ein Bewohner mit geringem Unterstützungsbedarf mehr Hilfe, so kann darauf kurzfristig reagiert werden, ohne dass der Betroffene ungewohnten Situationen und Stress ausgesetzt wird. Er kann weiterhin in seiner bekannten Umgebung wohnen, ist jederzeit fachlich der Institution angebunden, sodass er dem Personal vor Ort vertraut ist. Des Weiteren können auch verschiedene tagesstrukturierende Angebote, Ausflüge oder diverse Beschäftigungsangebote der Institution genutzt werden, die speziell auf Menschen mit einer gB angepasst sind. Die Finanzierung erfolgt über die Eingliederungshilfe. Bei der ambulant betreuten Versorgung gibt es bezüglich der Sonderregelung zwischen dem SGB XI und dem SGB XII keinerlei Probleme. Hierbei ist es möglich, die Leistungen aus der SPV zu nutzen. Jedoch übernimmt die SPV im stationären Bereich nur zehn Prozent des Heimentgelts.

Aus vielerlei Gründen ist das integrative Wohnhaus positiv zu bewerten. So haben Interessenten, unabhängig von vorhandenen kognitiven und körperlichen Fähigkeiten, die Möglichkeit, in ein solches Wohnhaus zu ziehen, sodass keine Ausgrenzung stattfindet. Die nächtliche Bereitschaftskraft gewährleistet bei jedem Bewohner, egal ob ambulanter oder stationärer Bedarf vorliegt, ein beruhigendes Gefühl. Zusätzlich ist die fachliche Anbindung an die Institution positiv hervorzuheben, da z.B. das Arbeiten in angegliederten Werkstätten möglich ist sowie das Nutzen von verschiedenen Freizeitangeboten. Darüber hinaus gewährleistet das kontinuierliche hauptamtlich beschäftigte Personal die Möglichkeit zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, die für Menschen mit einer gB von höchster Bedeutung ist. Westfalenfleiß GmbH ist ein gemeinnütziges Unternehmen, das Menschen differenzierte Wohn- und Arbeitsangebote, auf verschiedenen Standorten verteilt, anbietet. Die hier lebenden bzw. arbeitenden Menschen werden nicht auf das Wohnhaus bzw. die Arbeitsstätte eingegrenzt, sondern leben genauso wie nicht-behinderte Menschen in Nachbarschaft zu den unterschiedlichsten Menschen. In Form der Teilhabe entspricht dies dem Inklusionsgedanken und den Forderungen der UN-BRK. Es ist festzuhalten, dass dieses Wohnprojekt im Hinblick auf die umfassende Versorgung eine gute Möglichkeit für aMgB darstellt. Je nach Erforderlichkeit kann die Versorgung durch ambulante oder stationäre Dienste der Behindertenhilfe bei höherem Betreuungs- und Pflegeaufwand insbesondere im Alter gesichert werden. Folglich kann flexibel auf sich ändernde

Bedarfe reagiert werden. Der Bewohner profitiert davon, dass er im gewohnten Umfeld verbleiben und ebenso auf seine sozialen Kontakte zurückgreifen kann.

4.2.3 Die inklusive Wohngemeinschaft

Eine WG ist entsprechend ihrer Bewohner als homogene oder inklusive WG zu charakterisieren. In einer homogenen WG leben beispielsweise nur Menschen mit einer gB, die ihren Wohn- und Unterstützungsbedarf selbst organisieren oder die fachliche Unterstützung durch eine Institution nutzen. Demgegenüber ist die inklusive WG eine Wohnform, in der Menschen mit und ohne Behinderung leben und sich gegenseitig unterstützen. Das Ziel ist, ein Zusammenleben von Menschen mit und ohne Behinderung zu ermöglichen. Finanziert werden inklusive WG häufig durch Vereine, aber auch privat getragene WG sind denkbar. Zwar kann es in einer inklusiven WG wie bei einer klassischen Studenten-WG auch um eine Aufgabenverteilung gehen, jedoch liegt der wesentliche Unterschied darin, dass es sich um keine Zweck-WG handelt. Der Fokus liegt auf dem Gemeinschaftsleben einerseits und der Privatsphäre der Bewohner andererseits (Trescher, 2017, S. 28).

Die ersten inklusiven WG in der BRD gab es in den 1990ern. In diesen WG wurde die Betreuung und Unterstützung meist durch kirchliche Vertreter sowie Studenten übernommen (Thesing, 2009, S. 103). Beispielsweise entwickelte der Verein „Integration statt Aussonderung – Gemeinsam Leben e.V. Ludwigshafen“ für eine inklusive WG das Inklusive WohnGemeinschaft LUdwigshafen (IGLU)-Konzept. In der betreffenden WG leben zehn Menschen mit und ohne Behinderung zusammen, die ihre individuellen Bedürfnisse, Interessen und Fähigkeiten gleichberechtigt organisieren und einen verbindlichen Beitrag zum Zusammenleben leisten. Von den zehn Bewohnern sind sechs nicht-behinderte Menschen. Sie übernehmen neben den allgemeinen Aufgaben, die jeder Bewohner zu erledigen hat, zusätzliche Dienste, wie z.B. Nachtbereitschaften, Wecken, Zubereitung des Frühstücks. Zwar sind die geschilderten Dienste nicht direkt entlohnt, jedoch führen sie zu Mietvergünstigungen (IGLU, 01.02.2014, S. 7). Dem IGLU-Konzept folgend besitzt jeder der zehn Bewohner ein eigenes Zimmer, das ausschließlich für den Einzelnen vorgesehen ist und von dieser Person eigenständig und nach individuellen Wünschen gestaltet werden kann. Daneben gibt es verschiedene Räume, die für das gemeinschaftliche Leben genutzt werden (vgl. Abbildung 5). Unter anderem stehen den Bewohnern zwei Küchen, ein Esszimmer und ein großes Wohnzimmer sowie mehrere Balkone und einen Innenhof zur Verfügung. Die Gemeinschaftsräume sollen den sozialen Kontakt und die Vergemeinschaftung fördern (IGLU, 01.02.2014, S. 9).

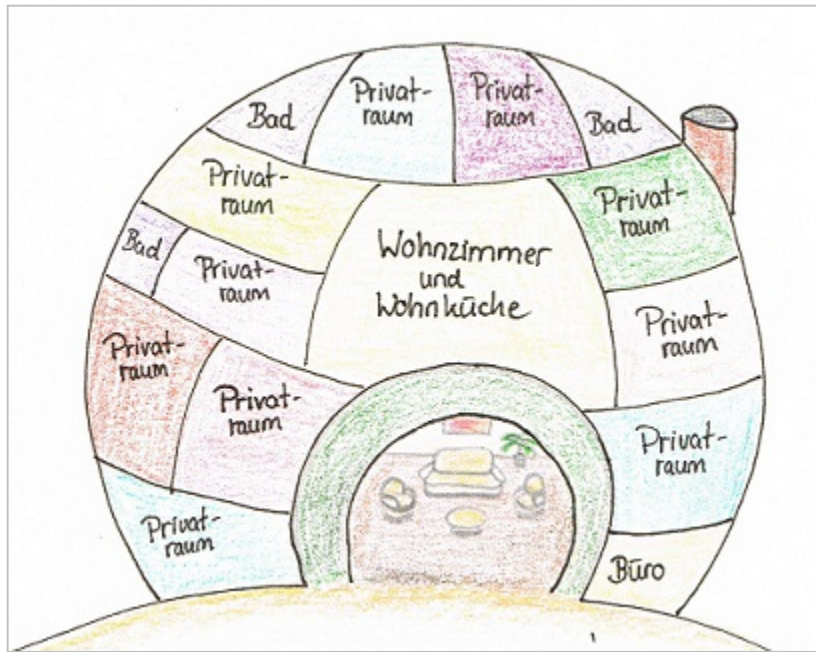


Abbildung 5: IGLU-Konzept. Dargestellt ist das IGLU-Konzept mit den privaten und gemeinschaftlichen Räumlichkeiten (IGLU, 01.02.2014, S. 1).

Alle Bewohner befinden sich in einem fortwährenden Lernprozess, der die Persönlichkeitsentwicklung und Förderung von sozialen Kompetenzen vorantreibt und fördert. Im Sinne des inklusiven Leitbildes sind alle Bewohner in der Organisation und Wohnungsarbeit, beispielsweise beim Putzen, dem Kochen oder dem Einkaufen, eingebunden. Bewohner, denen es aufgrund ihrer Behinderung nicht möglich ist, eine Tätigkeit auszuführen, erhalten Unterstützung durch ihre persönliche Assistenz, wie z.B. durch den Fachdienst AUW. Sie können aber auch verschiedene Dienste bei ihren Mitbewohnern beziehen. Entsprechend des Inklusionsgedankens wird in einer Inklusiven WG die Heterogenität von Menschen mit und ohne Behinderung als Bereicherung empfunden. Die Mitarbeiter, welche hauptamtlich für das Projekt tätig sind, werden von den Bewohnern mit Behinderung finanziert. Sie dienen ebenso als Ansprechpartner, Koordinator, Organisator sowie Verantwortliche für die WG (IGLU, 01.02.2014, S. 7-8).

Wie bereits oben beschrieben, haben die Bewohner mit einem Unterstützungsbedarf die Möglichkeit, Unterstützung bei externen Dienstleistern oder direkt bei den nicht-behinderten Bewohnern zu beziehen, sodass diese hierfür zusätzlich entlohnt werden. Durch das Erbringen von Dienstleistungen stehen die Bewohner in einem materiellen und sozialen Abhängigkeitsverhältnis. Verschiedene Hilfebedarfe für aMgB lassen sich in einer solchen WG gut und kurzfristig abdecken. Sollte jedoch ein hoher Hilfebedarf in Form von Pflege und Betreuung notwendig sein, muss ein externer Dienstleister hinzugezogen werden. Auf der Basis dieses Abhängigkeitsverhältnisses stellt es für die nicht-behinderten Mitbewohner eine Herausforderung dar, Arbeit und Wohnen voneinander zu trennen. Diese Trennung ist von der Persönlichkeit des Einzelnen abhängig. Eine inklusi-

ve WG ist für Bewohner ohne Unterstützungsbedarf interessant, da übernommene Unterstützungen zu Mietreduktionen führen und somit die Möglichkeit zum günstigen Wohnen geboten ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, soziale Kompetenzen zu stärken und sich sozial zu engagieren. Insbesondere profitieren aber auch Menschen mit gB von einer inklusiven WG, da in Form von Mitbewohnern, verantwortlichen Festangestellten oder verschiedenen Assistenzkräften stets Menschen bzw. betreuende Personen vor Ort sind. Folglich sind Betreuung und Sicherheit der Bewohner gewährleistet. Sollte sich zudem die Situation des einzelnen Bewohners verschlechtern, kann zeitnah auf personelle Unterstützung der WG zurückgegriffen oder durch andere Institutionen Unterstützung bezogen werden. Dadurch lässt sich die individuelle Hilfe für die Behinderten jederzeit anpassen.

Die nicht-behinderten Bewohner der WG leben teilweise nur eine begrenzte Zeit in der WG, sodass zwischen behindertem und nicht-Behindertem nicht unbedingt eine lebenslange und tragende Beziehung zwischen diesen Menschen und den Menschen mit einer gB aufgebaut wird. Aufgrund der finanziellen Anreize in Form der Mietreduktion für nicht-behinderte Menschen ist das Wohnmodell z.B. für Studenten interessant, die jedoch durch das Beenden des Studiums, den Wohnortswechsel und damit einhergehend mit dem Wohnungswechsel keine Konstanten für aMgB darstellen. Einerseits existieren durch diese Wohnform für beide Personengruppen Verpflichtungen, andererseits bestehen auch beiderseits Vorteile durch das Zusammenleben, sodass von einer „Win-Win-Situation“ gesprochen werden kann. Letztlich entscheidet jedoch jede Person selbst, ob für sie eine solche Wohnform infrage kommt (IGLU, k.D.). Interessant ist darüber hinaus, dass entsprechend der Gleichbehandlung gemäß UN-BRK alle Bewohner gleichermaßen bei der Auswahl neuer Bewohner Mitspracherecht besitzen.

Für das ambulant betreute Wohnen gibt es vor dem Hintergrund des politischen Versorgungsziels „ambulant vor stationär“ vielerlei finanzielle Anreize und Zuschussmöglichkeiten von Seiten der SPV. In den vergangenen Jahren wurde der ambulant betreute Bereich besonders gestärkt (Thesing, 2009, S. 63). Dabei stellt das Wohnen in einer WG eine Besonderheit dar: Wohnen mindestens drei Menschen mit einer anerkannten Pflegebedürftigkeit zusammen, so wird dies staatlich gefördert mit dem sogenannten Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI in Höhe von 214 Euro monatlich. Um einen noch höheren Anreiz zu setzen, wird die Neugründung einer WG ebenfalls aus der SPV finanziell unterstützt. Nach § 45e SGB XI können bis zu vier pflegebedürftige Bewohner pro Person 2.500 Euro für eine WG-Neugründung erhalten, sodass eine Maximalförderung von 10.000 Euro möglich ist (SGB XI, 2017).

Durch das Leben in einer inklusiven WG werden Sozialkontakte und menschliche Nähe zu den Mitarbeitern und Bewohnern ermöglicht. Ferner kann das Leben in einer solchen WG individuell und persönlich gestaltet werden. Im Vergleich zum integrativen Wohnhaus

stellt die integrative WG ebenfalls eine gute Alternative dar. Sollte jedoch für den aMgB ein zunehmender Pflege- und Betreuungsaufwand aufkommen, kann dies in der inklusiven WG nur für eine gewisse Zeit überbrückt werden. Folglich ist eine inklusive WG für aMgB, die tendenziell selbstständig sind, aber eine Einzelwohnung nicht alleine bewohnen können, positiv zu bewerten. Der wesentliche Vorteil für aMgB liegt beim integrativen Wohnhaus darin, dass zeitnah auf Veränderungen beim Betreuungs- und Pflegebedarf reagiert werden kann. Da die meisten Bewohner aus dem Stadtteil stammen, ist es ebenso ein großer Vorteil, dass die Bewohner ihre Sozialkontakte aufrechterhalten können.

4.2.4 Die Dorfgemeinschaft

Bereits nach dem Zweiten Weltkrieg wurden im schottischen Camphill mehrere Dorfgemeinschaften gegründet. Die Dorfgemeinschaften wurden als Lebensmodell für geistig behinderte Menschen errichtet, die heute unter dem Namen Camphill-Dorfgemeinschaft bekannt sind. Es geht hauptsächlich um die gegenseitige Förderung einzelner Menschen unter Berücksichtigung von Wohn-, Arbeits- und der Kulturgemeinschaft. Durch die Gemeinschaft soll zum einen die Behinderung in den Hintergrund rücken und zum anderen soll die größtmögliche Individualität, Förderung und Entwicklung des Einzelnen ermöglicht werden (Buchka, 2012, S. 114).

In Dietersheim nahe Nürnberg existiert bereits seit Jahrzehnten die Camphill-Dorfgemeinschaft Hausenhof. Hier wohnen insgesamt 120 Menschen, darunter 82 behinderte und 38 nicht-behinderte Menschen. Sie leben in neun Wohnhäusern, in denen jeweils zwischen acht und elf behinderte Menschen wohnen und betreut werden. Jedes Wohnhaus wird von einer hausverantwortlichen Person geleitet, die selbst mit ihrer Familie in dem Wohnhaus lebt und gemeinsam mit den behinderten Menschen eine Gemeinschaft bzw. Großfamilie bildet. Die Fachkraft wird für ihre Tätigkeit entlohnt. In einem Wohnhaus leben somit Menschen mit dem unterschiedlichsten Alter, von Kindesalter bis ins hohe Alter. Es kann somit als Mehrgenerationen-Hausgemeinschaft angesehen werden. Hinzu kommen ca. 110 Mitarbeiter, die sowohl in den Wohnhäusern als auch in anderen Bereichen der Dorfgemeinschaft tätig sind, jedoch nicht auf dem Gelände wohnen (Fritsch, 03.10.2017).

Vor Ort gibt es ein Verwaltungsgebäude, einen Dorfladen und ein Café sowie zwölf verschiedene Werkstätten, die überwiegend handwerklich geprägt sind (vgl. Abbildung 6). Die Werkstätten zählen als Arbeits- sowie Therapieangebote für die Menschen mit Behinderungen und lassen sich in folgende Bereiche aufteilen: Anlagenpflege, Gärtnerei, Landwirtschaft, Bäckerei, Kerzenzieherei, Käserei, Obstwerkstatt, Wäscherei sowie Weberei (Krämer, 14.11.2016, S. 3). Finanziert wird die Dorfgemeinschaft über Eigenmittel, Spenden, Stiftungsgelder sowie staatliche Zuwendungen. Durch den Werkstattbetrieb

wird eine weitgehende Unabhängigkeit von externen Unternehmen gewährleistet, sodass die Dorfgemeinschaft autark leben kann (Lauer, 14.11.2016).

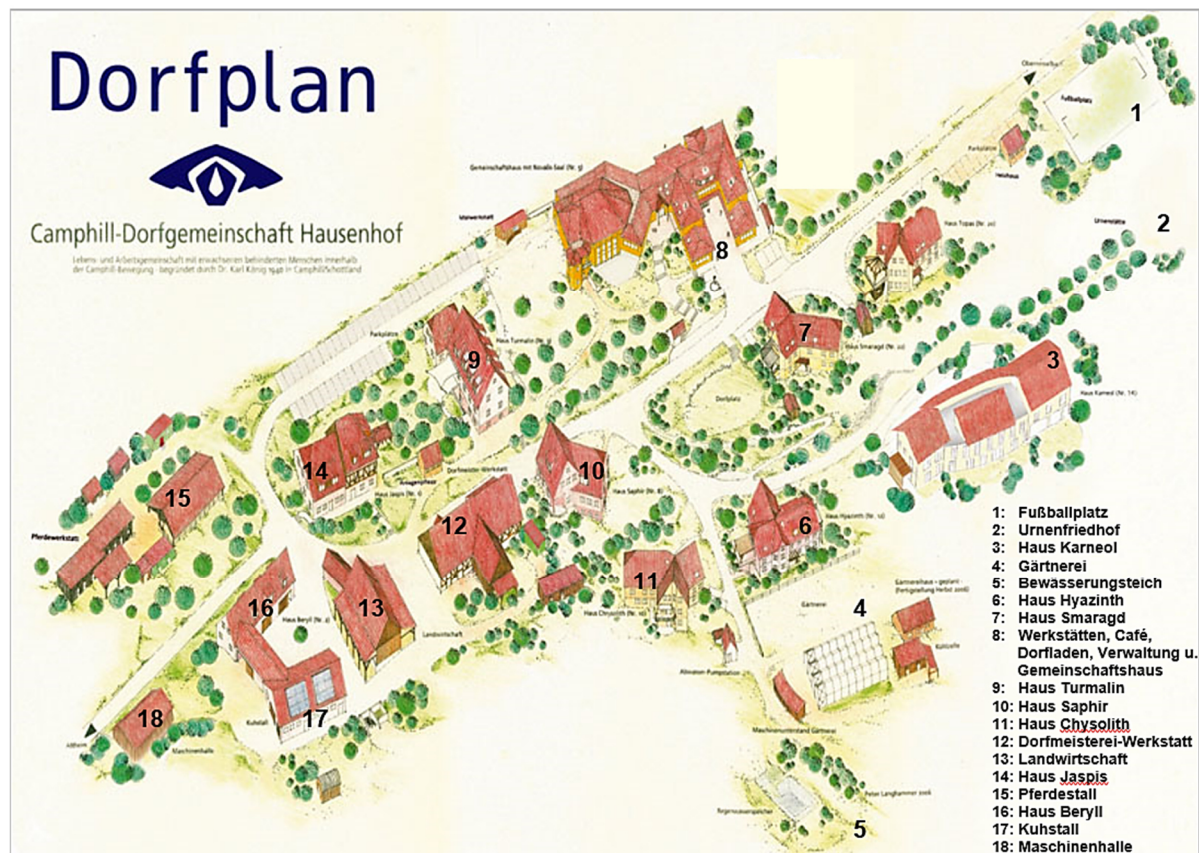


Abbildung 6: Dorfplan Camphill Hausenhof. Dargestellt ist der Dorfplan der Camphill-Dorfgemeinschaft Hausenhof mit Kennzeichnung der entsprechenden Einrichtungen (Camphill Dorfgemeinschaft Hausenhof, k.D., Dorfplan).

Angesichts des demographischen Wandels sowie des Anstiegs der Lebenserwartung behinderter Menschen setzte sich bereits vor einigen Jahren die Camphill-Dorfgemeinschaft Hausenhof mit dem Thema Behinderung und Altwerden auseinander. Die Dorfgemeinschaft wurde um das Haus Karneol, welches im Jahr 2015 als „Haus für älter werdende Menschen“ eröffnet wurde, erweitert. Mit diesem neuen Projekt möchte die Dorfgemeinschaft die Situation der älteren Menschen verbessern und zugleich das Angebot im Hinblick auf Betreuung und Hilfe vergrößern (Ganter, 29.07.2015). Der aMgB und der damit einhergehenden Pflegebedürftigkeit bekommt somit einen Zufluchtsort in der Dorfgemeinschaft, sofern die bisherige Wohngruppe die zunehmende Pflegebedürftigkeit nicht bewältigen kann. Ziel ist es, dass die älteren Menschen der Dorfgemeinschaft nicht gegen ihren Willen noch einmal eine komplett neue Umgebung kennenlernen müssen, sondern in ihrem bisherigen Umfeld, in dem sie gewohnt und gearbeitet haben, versorgt werden. Insgesamt wohnen elf pflegebedürftige Bewohner in dem Neubau, welcher behindertengerecht gestaltet ist, sodass die pflegerische Versorgung erleichtert ist. Des Wei-

teren wurden zwei Pflegebäder, sowie diverse Gemeinschaftsräume in dem Wohnhaus Karneol integriert (Camphill Dorfgemeinschaft Hausenhof, k. D., Leben im Alter).

In dem neuen Wohnhaus Karneol wird ein aMgB individuell betreut und unterstützt, wie z.B. bei alltagspraktischen Tätigkeiten, bei Freizeitangeboten oder in der pflegerischen Versorgung. Insbesondere profitieren die aMgB von einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Durch das neue Wohnhaus und die Gemeinschaft sind alle Bewohner unabhängig vom Alter in das soziale Leben integriert. Die Menschen mit einer gB haben in der Dorfgemeinschaft die Möglichkeit, so normal wie möglich zu leben. Neben den Einkaufsmöglichkeiten können die Bewohner auf dem Gelände den Gottesdienst oder verschiedene Gruppentreffen bzw. Freizeitmöglichkeiten innerhalb des Dorfes wahrnehmen. So gibt es diverse Freizeitmöglichkeiten, z.B. durch die Tanz- und Musikgruppe, die in regelmäßigen Abständen Bühnenauftritte präsentieren (Schwarz, 05.10.2017). Auf dem Gelände können die Bewohner alles fußläufig oder mit einem Rollstuhl problemlos erreichen. Durch die unmittelbare Nähe aller für die Bewohner relevanten Örtlichkeiten in Form von Wohnen, Arbeit und Freizeitmöglichkeiten wird den geistig behinderten Menschen Schutz, Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Die Dorfgemeinschaft erinnert an frühere Vollzeitheime, in denen Wohnen, Arbeiten und Freizeitaktivitäten auf einem Gelände stattfanden. Jedoch gibt es deutliche Unterschiede zwischen der beschriebenen Dorfgemeinschaft und früheren Vollzeitheimen, vor allem im Hinblick auf das Wohnen. Gewohnt wird in Häusern überschaubarer Größe gemeinsam mit anderen Menschen, sodass wie in einer Familie zusammengelebt werden kann. Die Bewohner leben auch dann nicht in eigenen Wohnungen, wenn es aufgrund des Betreuungsbedarfes möglich wäre. Schließlich gibt es in der Dorfgemeinschaft keine Einzel- oder Paarwohnungen, da der Fokus auf dem gemeinschaftlichen Wohnen liegt. Aufgrund der geringen Anzahl an Bewohnern pro Wohnhaus besteht in dieser Dorfgemeinschaft die Möglichkeit, das einzelne Individuum zu berücksichtigen, zu begleiten und zu fördern. Auf der einen Seite entspricht diese Wohnform nicht der UN-BRK, da es ein abgeschlossenes System ist, welches sich von der restlichen Gesellschaft abgrenzt. Auf der anderen Seite genügt das Konzept insofern dem Inklusionsgedanken, als dass Menschen mit und ohne Behinderung gemeinsam leben und sich frei für diese Wohnform entscheiden können (Thesing, 2009, S. 81).

Festzuhalten ist, dass die Dorfgemeinschaft vor allem für aMgB eine gute Wohnalternative darstellt. Der aMgB muss seine gewohnte Umgebung, in der er jahrelang gearbeitet, gewohnt und seine Freizeit verbracht hat, im Falle eines erhöhten Unterstützungsbedarfes nicht verlassen. Darüber hinaus haben die Bewohner in der Dorfgemeinschaft vertraute Personen, die sie bereits jahrelang begleitet, betreut und gepflegt haben. Dies sind wesentliche Faktoren, die für das Wohnen in einer Dorfgemeinschaft sprechen.

5 Fazit und Ausblick

Die deutsche Gesellschaft ist durch eine vergleichsweise geringe Geburtenrate sowie die Erhöhung der Lebenserwartung vom demographischen Wandel betroffen. In besonderem Maße betrifft die Erhöhung der Lebenserwartung, angesichts der Euthanasie-Programme der Nationalsozialisten im Dritten Reich, Behinderte (Lindmeier & Oermann, 2017, S. 18-19; Haveman & Stöppler, 2004, S. 20-21).

Ebenso wie alte Menschen ohne Behinderung haben aMgB Lebens- und Wohnbedürfnisse, benötigen in manchen Lebensbereichen jedoch mehr Unterstützung bzw. Anleitung im Alltag. Dabei stellt die Wohnung den wichtigsten Lebensort für aMgB dar, weil sie Vertrautheit, Sicherheit, Beständigkeit und Intimität gewährleistet (Stöppler, 2017, S. 143). Sie dient als Rückzugsmöglichkeit und die sozialen Bindungen im Umfeld sind Teil der persönlichen Biographie. Während im familiären Umfeld die geschilderten Aspekte gewährleistet sind und die Betreuung routiniert ist, muss bei einem Umzug in eine Einrichtung ein gegenseitiger Anpassungsprozess von Betreuern und zu Betreuenden stattfinden. Die Beständigkeit des Personals sowie das interdisziplinäre Arbeiten von Alten- und Krankenpflegern einerseits und Heilerziehungspflegern andererseits sind dabei essenziell.

Ein großer Anteil der geistig Behinderten wohnt im familiären Umfeld und wird dort betreut (Dieckmann et al., 2010, S. 30). Findet der natürliche Ablösungsprozess zwischen Eltern und geistig Behindertem jedoch nicht statt, besteht die Gefahr, dass der Betroffene im Alter, wenn Angehörige die Betreuung und Versorgung nicht mehr sicherstellen können, einen einschneidenden Umbruch durch einen Umzug erlebt. Zwar sind Vertrautheit und Beständigkeit im familiären Umfeld positiv zu bewerten, jedoch bedarf es eines Ablösungsprozesses, um die Selbstständigkeit des Individuums zu ermöglichen. Eine Gelegenheit, den Ablösungsprozess zu initiieren bzw. vorzubereiten, sind Aufenthalte in der Kurzzeitpflege, in denen der geistig Behinderte das Leben außerhalb des geschützten familiären Umfelds kennenlernt, Berührungspunkte zu anderen Personen erhält und seine Selbstständigkeit gefördert wird.

Verschiedene Vereine und Institutionen tragen der höher werdenden Anzahl aMgB und der UN-BRK Rechnung, indem sie sich mit der Entwicklung alternativer Wohnformen auseinandersetzen. So gibt es zahlreiche verschiedene Wohnprojekte, wie das integrative Wohnhaus, die inklusive WG oder die Dorfgemeinschaft, die alle das gleiche Ziel verfolgen: Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen. Die genannten Wohnformen bieten aMgB verschiedene Vor- und Nachteile. Beispielsweise ist das integrative Wohnhaus besonders geeignet, weil unabhängig vom Unterstützungsbedarf eine Versorgung gewährleistet wird und flexibel auf sich ändernde Bedarfe reagiert werden kann. Der Leitgedanke des integrativen Wohnhauses ist es, dass die Bewohner ursprünglich bereits in dem Stadtteil leb-

ten. Ein entscheidender Vorteil liegt folglich darin, dass soziale Bindungen bestehen bleiben. Im Vergleich zum integrativen Wohnhaus liegt der Fokus bei der inklusiven WG auf dem Zusammenleben von Behinderten und nicht-Behinderten in einer Wohnung, in der alle Bewohner dieselben Rechte und Pflichten haben. Folglich hat jeder Bewohner einen Beitrag für die WG zu leisten, wobei die behinderten Bewohner durch die nicht-Behinderten individuell unterstützt werden können. Neben der Hilfe durch die Mitbewohner kann die Versorgung der Behinderten durch den Fachdienst AUW oder andere externe Dienstleister gesichert werden. Diese können lediglich eine punktuelle Versorgung bieten, nicht jedoch eine so umfassende wie im integrativen Wohnhaus. Ein essenzieller Aspekt zur Teilhabe ist, dass alle Bewohner der inklusiven WG über dasselbe Mitspracherecht bezüglich der Auswahl neuer Bewohner verfügen. Zudem liegt ein besonderer Vorteil darin, dass durch die Gemeinschaft die Gefahr der Vereinsamung verringert wird. In Dorfgemeinschaften wird bereits seit Jahrzehnten Wohnen für Menschen mit gB angeboten. Die Besonderheit in der Dorfgemeinschaft ist das inklusive und gemeinschaftliche Leben in kleinen Wohnhäusern auf dem Dorfgelände, in direkter Nachbarschaft zu den WfbM. Fußläufig bietet das Dorf alles Lebensnotwenige ebenso wie Freizeitaktivitäten an. Positiv ist, dass in der Dorfgemeinschaft jedem erforderlichen Unterstützungsbedarf nachgekommen werden kann, beispielsweise in Form des Hauses Karneol für pflegebedürftige Menschen mit gB. Dennoch entspricht dieses Modell nicht vollständig dem Inklusionsgedanken, da es sich um ein geschlossenes System handelt. Letztendlich ist die passende Wohnform für aMgB individuell vom Betreuungs- und Pflegebedarf, vom Verhalten sowie den Wünschen des Einzelnen abhängig.

Um in Zukunft die Teilhabe der Menschen mit Behinderung bestmöglich zu gewährleisten, bedarf es mit Blick auf den Versorgungsaspekt Wohnen insbesondere der Aufklärung und der Erweiterung des Angebotes. Die Erweiterung des Angebotes sollte auf Grundlage wissenschaftlicher Forschung erfolgen. Es bedarf weiterer Grundlagenforschung, um Faktoren zu ermitteln, die sich positiv auf Menschen mit gB auswirken. Darauf aufbauend sollten Angebote verschiedener Wohnformen im Hinblick auf beizubehaltende oder zu verändernde Aspekte hin untersucht werden. Ausgehend von der Erweiterung des Wohnangebotes sollten Eltern und Behinderte über die verschiedenen Möglichkeiten des Wohnens informiert werden. Neben der erforderlichen Forschung sind auch politische Maßnahmen zu erwarten. Um eine bestmögliche Versorgung aMgB zu sicherzustellen, ist eine integrierte Ausbildung der Berufsabschlüsse Heilerziehungspflege und Alten- bzw. Krankenpflege, wie es sie schon in Modellprojekten gibt, erforderlich. Zudem sollten Fortbildungen, die praxisrelevante Forschungsergebnisse vermitteln, für die Fachkräfte in regelmäßigen Abständen angeboten werden.

6 Literaturverzeichnis

- Al-Abtah, J., Ammann, A., Bensch, S., Dörr, B., Elbert-Maschke, B., Ernstmann, N. ... Zimmermann, E. (2015). *I Care. Pflege*. Stuttgart: Thieme.
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (BSUK). (2007). Lehrplan für die Berufsschulstufe. Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. München: Hintermaier.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (BBB). (Hrsg.). (2017). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Verfügbar unter https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [01.07.2018]
- Buchka, M. (2012). *Das Alter. Heil- und sozialpädagogische Konzepte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). (Hrsg.). (2013). Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Verfügbar unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [28.07.2018]
- Camphill Dorfgemeinschaft Hausenhof. (k.D.). Leben im Alter. Verfügbar unter <https://www.hausenhof.de/html/ueberUns.php> [16.06.2018]
- Camphill Dorfgemeinschaft Hausenhof. (k.D.). Dorfplan. Verfügbar unter <https://www.hausenhof.de/html/dorfplan.php> [12.07.2018]
- DBfK. (2017). Leistungen der Pflegeversicherungen. Verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/veroeffentlichungen/Poster.php> [01.07.2018]
- Dederich, M. & Jantzen, W. (Hrsg.). (2009). *Behinderung und Anerkennung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Deutsches Institut für Menschenrechte. (2018). Neueste Geschichte. Anfang des 20. Jahrhunderts bis 1933. Verfügbar unter <http://www.inklusion-als-menschenrecht.de/neuste-geschichte/> [14.07.2018]
- Destatis. (2009). Statistik der schwerbehinderten Menschen 2007. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/SozialSchwerbehinderteKB5227101079004.pdf?__blob=publicationFile [09.06.2018]

- Destatis. (2018). Lebenserwartung bei Geburt. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Sterbefaelle.html#Tabellen>) [15.06.2018]
- Destatis. (25.06.2018). 7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/06/PD18_228_227.html [14.07.2018]
- Destatis. (13.07.2018). Statistik der schwerbehinderten Menschen 2017. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/SozialSchwerbehinderteKB5227101179004.pdf?__blob=publicationFile [22.07.2018]
- Diakonie-Kork. (k.D.). Ausbildung in Heilerziehungspflege-Altenpflege. Verfügbar unter <http://www.diakonie-kork.de/de/aus-weiterbildung/fachschule-fuer-heilerziehungspflege/Ausbildung-Heilerziehungspflege-Altenpflege/index-HEP-AP.php> [08.07.2018]
- Dieckmann, F., Giovis, C., Schäper, S., Schüller, S. & Greving, H. (2010). *Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützen Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI)*. Münster: LWL/KatHO NRW.
- Dieckmann, F., Graumann, S., Schäper, S. & Greving, H. (2013). *Bausteine für eine sozialraumorientierte Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangement mit und für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Vierter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützen Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI)*. Münster: LWL/KatHO NRW.
- Ding-Greiner, C. & Kruse, A. (Hrsg.). (2010). *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eikötter, M. (2017). *Inklusion und Arbeit. Zwischen Rechts- und Ermessensanspruch: Rechte und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Ernst, K.-F. (2018). *Behinderung und Teilhabe. Alle Leistungen und Rechte*. Düsseldorf: Verbraucherzentrale.

- Fornefeld, B. (2002). Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. München: Reinhardt.
- Fritsch, R. (03.10.2017). Eine Einöde gedeiht zum lebendigen Ortsteil. *Windsheimer Zeitung*, S. 3.
- Ganter, U. (29.07.2015). Pflegebedürftige können jetzt bleiben. *Fränkische Landeszeitung*.
- Gusset-Bährer, S. (2018). *Demenz bei geistiger Behinderung*. (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Haveman, M. & Stöppler, R. (2004). *Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- IGLU. (k.D.). Inklusive Wohngemeinschaft Ludwigshafen. Verfügbar unter <https://iglu.glg-lu.de> [11.06.2018]
- IGLU. (01.02.2014). IGLU-Konzept. Verfügbar unter <http://www.iglu.gemeinsamlebens-rheinlandpfalz.de/downloads/IGLU%20Konzept.pdf> [10.06.2018]
- Jennessen, S., Lelgemann, R., Ortland, B. & Schlüter, M. (Hrsg.). (2010). *Leben mit Körperbehinderung. Perspektiven der Inklusion*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krämer, G. (14.11.2016). Ausgestattet mit den besten Wünschen. *Windsheimer Zeitung*, S. 3.
- Lamers, W. (Hrsg.). (2018). *Teilhabe von Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung an Alltag, Arbeit, Kultur*. Oberhausen: Athena.
- Lauer, P. (14.11.2016). Entwurf gelobt - Politiker im Hausenhof. *Fränkische Landeszeitung*.
- Lebenshilfe Münster. (2018). Wohnnest. Verfügbar unter <https://www.lebenshilfe-muenster.de/de/wohnen/wohnnest.php> [10.07.2018]
- Lindmeier, B. & Oermann, L. (2017). *Biographiearbeit mit behinderten Menschen im Alter*. Weinheim: Beltz Juventa.
- LWL. (Hrsg.). (2010). *Menschen mit Behinderungen im Alter. Pädagogische, sozialer und pflegerische Betreuungsangebote der LWL-Wohnverbünde und LWL-Pflegezentren*. Münster: LWL.
- LWL. (Hrsg.). (2011). *Menschen mit Behinderungen im Alter. Aktuelle Bestandsaufnahme, Darstellung demografischer Entwicklungen, Anregungen für zielgerichtete Weiterentwicklungen*. Münster: LWL.

- LWL-Integrationsamt. (k.D.). Arten von Behinderung. Verfügbar unter <https://www.lwl-integrationsamt.de/links/allgemeines/behinderungsarten/> [11.07.2018]
- Müller, S. V. & Gärtner, C. (Hrsg.). (2016). *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen*. Wiesbaden: Springer.
- Pollmächer, A. & Holthaus, H. (2013). *Wenn Menschen mit geistiger Behinderung älter werden. Ein Ratgeber für Angehörige*. München: Reinhardt.
- Projekt „EIFamBe“. (12.09.2011). Älter werdende Eltern und erwachsene Familienmitglieder mit Behinderung zu Hause. Ergebnisse der Fragebogenerhebung in Berlin. Verfügbar unter <https://kidoks.bsz-bw.de/files/772/EIFamBe-Fragebogenerhebung.pdf> [16.07.2018]
- Schäper, S., Schüller, S., Dieckmann, F. & Greving, H. (2010). *Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen – Ergebnisse einer Literaturanalyse und Expertenbefragung*. Zweiter Zwischenbericht im BMBF-Projekt „Lebensqualität inklusiv(e)“. Münster: LWL/KatHO NRW.
- Schwarz, G. (05.10.2017). 30 Jahre Hoffnung, Mut und Vertrauen gefeiert. *Fränkische Landeszeitung*.
- Stadt Münster. (07.04.2017). Jahres-Statistik 2016 der Stadt Münster - Kapitel Gesundheit. Verfügbar unter https://www.stadt-muenster.de/fileadmin//user_upload/stadt-muenster/61_stadtentwicklung/pdf/jahr/Jahres-Statistik_2016_Gesundheit.pdf [15.07.2018]
- Stöppler, R. (2017). *Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung*. München: Ernst Reinhardt.
- Strehl, C. (Hrsg.). (1927). *Handbuch der Blindenwohlfahrtspflege*. Berlin: Springer.
- Theunissen, G. (2013). *Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit*. (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Theunissen, G, Kulig, W. & Schirbort, K. (Hrsg.). (2013). *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Theunissen, G. & Kulig, W. (Hrsg.). (2016). *Inklusives Wohnen. Bestandsaufnahme, Best Practice von Wohnprojekten für Erwachsene mit Behinderung in Deutschland*. Stuttgart: Fraunhofer IRB.

- Trescher, H. (2015). *Inklusion. Zur Dekonstruktion von Diskursteilhabebbarrieren im Kontext von Freizeit und Behinderung*. Wiesbaden: Springer.
- Trescher, H. (2017). *Wohnräume als pädagogische Herausforderung. Lebenslagen institutionalisiert lebender Menschen mit Behinderung*. Wiesbaden: Springer.
- Thesing, T. (2009). *Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung*. (4. Aufl.). Freiburg: Lambertus.
- United Nations Treaty Collections (UNTC). (27.07.2018). Status der Verträge. Verfügbar unter https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=_en [28.07.2018]
- Weingärtner, C. (2009). *Schwer geistig und Selbstbestimmt: Eine Orientierung für die Praxis*. Freiburg: Lambertus.
- Westfalenfleiß GmbH. (k.D.). Integrativ Wohnen – im Baumberger Hof. Verfügbar unter https://www.westfalenfleiss.de/Baumberger_Hof.html [16.06.2018]
- Wölki, N. (2015). *Zur Unterbringung von jüngeren behinderten Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Eine Bestandsaufnahme am Beispiel der Stadt Dortmund*. Dortmund: KSL-NRW.
- Wolff, C. & Müller, S.V. (2013). Die Lebenssituation von geistig behinderten Menschen mit Demenz in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Ergebnisse einer Befragung in Niedersachsen und Bremen. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie mit European Journal of Geriatrics*, 396-402. doi:10.1007/s00391-013-0504-x

Anhang

Anhang A	43
----------------	----

Anhang A

Leistungen der Pflegeversicherung

SGB XI Soziale Pflegeversicherung		Pflegegrad 1 (Nur für neu eingestufte Personen)	Pflegegrad 2 (Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)	Pflegegrad 3 (Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)	Pflegegrad 4 (Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)	Pflegegrad 5 (Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)
Pflegesachleistung (ambulante/häusliche Pflege)	§ 36	0 €	689 € monatlich	1.298 € monatlich	1.612 € monatlich	1.995 € monatlich
Pflegegeld (ambulante/häusliche Pflege)	§ 37	0 €	316 € monatlich	545 € monatlich	728 € monatlich	901 € monatlich
Tages- / Nachtpflege	§ 41	0 €	689 € monatlich	1.298 € monatlich	1.612 € monatlich	1.995 € monatlich
Vollstationäre Pflege	§ 43		770 € monatlich	1.262 € monatlich	1.775 € monatlich	2.005 € monatlich
Entlastungsbetrag	§ 45b	125 € monatlich				
Verwendung für		■ Vollstationäre Pflege ■ Pflegesachleistung ■ Tages- / Nachtpflege ■ Leistungen zur Kurzzeitpflege ■ Nach Landesrecht anerkannte Leistungen zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI)	■ Pflegesachleistung – außer körperbezogene Pflegemaßnahmen ■ Tages- / Nachtpflege ■ Leistungen zur Kurzzeitpflege ■ Nach Landesrecht anerkannte Leistungen zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI)			
Kurzzeitpflege	§ 42	0 €	Jährlich 1.612 € + 100 % des nicht genutzten Budgets der Verhinderungspflege (bis zu 3.224 €)			
Verhinderungspflege	§ 39	0 €	Jährlich 1.612 € + 50 % des nicht genutzten Budgets der Kurzzeitpflege (bis zu 2.418 €)			
Wohnraumanpassung	§ 40	Bis zu 4.000 € einmalig für alle Maßnahmen der Barrierereduzierung				
Wohngruppen-Zuschlag	§ 38a	214 € monatlich				
Beratungsbesuche bei Inanspruchnahme von Pflegesachleistung	§ 37 Abs. 3	entfällt	halbjährlich (freiwillig)			
Beratungsbesuche ohne Inanspruchnahme von Pflegesachleistung	§ 37 Abs. 3	halbjährlich (freiwillig)	halbjährlich (Pflicht)		vierteljährlich (Pflicht)	
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Bettunterlagen etc.)	§ 40	Bis zu 40 € monatlich				
Wohngruppenförderung	§ 45e	2.500 bis 10.000 € Gründungszuschuss für bis zu 4 Personen pro WG				
Pflegeunterstützungsgeld (ähnlich Krankengeld)	§ 44a	Ca. 67 % des Bruttoeinkommens für 10 Tage Freistellung zur Pflege eines nahen Angehörigen				

(Quelle: DBfK, 2017)

Erklärung zu schriftlichen Arbeiten

Einzelarbeit

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum und Unterschrift