

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

Wohnen im Alter bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Der Umgang von Wohnangebot mit den verändernden Bedürfnissen bei alternden Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Vergleich mit den theoretischen Grundlagen

Bachelor-Thesis, vorgelegt von
Alexandra Grossmann
Matrikelnummer: 22-463-293

Eingereicht bei
Dr. Alexander Seifert
Olten, im Juni 2024

Abstract

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema Wohnen im Alter bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Sie geht der Frage nach, wie sich die Bedürfnisse und Ausgangslage im Alter verändern und welche Wohnbedürfnisse daraus entstehen. Ein Vergleich mit Menschen im Alter ohne kognitive Beeinträchtigung zeigt, dass sich viele Bedürfnisse überschneiden, dass aber die Ausgangslage bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung deutlich schlechter ist. Häufig ist weder der Wohnort noch der Entscheid eines Umzugs bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter frei gewählt, obwohl das Recht darauf laut UN-Behindertenrechtskonvention besteht. Es gibt kein Wohnangebot, welches für alle Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter passend ist. Die Angebote sollten aber diversifiziert werden, damit eine echte Wahlfreiheit entsteht.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Relevanz für die Soziale Arbeit	2
1.2	Fragestellung	4
1.3	Aufbau der Arbeit	4
2	Hinführung zum Thema Beeinträchtigung	6
2.1	Verwendete Begriffe	6
2.2	Definition der kognitiven Beeinträchtigung	7
2.3	Normalisierungsprinzip	8
2.4	UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)	9
2.5	Biopsychosoziale Theorie menschlicher Bedürfnisse	10
3	Wohnformen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Erwachsenenalter	12
3.1	Deutschland	13
3.2	Österreich	14
3.3	Schweiz	14
4	Hinführung zum Thema Alter	16
4.1	Altersdefinitionen	16
4.1.1	Das kalendarische Alter	17
4.1.2	Das medizinische/biologische Alter	17
4.1.3	Das psychische/psychologische Alter	17
4.1.4	Das soziale/soziologische Alter	17
4.2	Alter und Altern	18
4.3	Alterskonzepte	18
4.3.1	Passives Altern	19
4.3.2	Successful Age	19
4.3.3	Doing Age	19
4.3.4	Ageismus	20
4.4	Demographische Entwicklung	20
4.4.1	Schweiz	20
4.4.2	Deutschland	21
4.4.3	Österreich	21
4.5	Aging in Place	21
5	Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter	23
5.1	Demographische Entwicklung bei Menschen mit Beeinträchtigung im Alter	23
5.1.1	Deutschland	23

5.1.2	Österreich	24
5.1.3	Schweiz	24
5.2	Alterungsprozesse	24
5.2.1	Biologischer Alterungsprozess	25
5.2.2	Psychischer Alterungsprozess	25
5.2.3	Sozialer Alterungsprozess	26
5.3	Ausgangslagen	27
5.4	Wohnbedürfnisse und Wohnwünsche	28
5.5	Selbstbestimmung	29
6	Wohnformen von Menschen im Alter mit und ohne Beeinträchtigung	31
6.1	Wohnformen im Alter ohne kognitive Beeinträchtigung aktuell	31
6.2	Wohnformen im Alter mit kognitiver Beeinträchtigung aktuell	32
6.2.1	Allgemeine Pflegeeinrichtungen	33
6.2.2	Spezielle Pflegeeinrichtungen	34
6.3	Gemeinsamkeiten und Unterschiede	34
6.4	Wünsche und Sorgen in Bezug auf die Wohnform	35
6.4.1	Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung	35
6.4.2	Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung	36
6.5	Herausforderungen in Bezug auf die Wohnform von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter	36
6.6	Handlungsbedarf	37
6.7	Aktuelle Entwicklung der Wohnangebote	38
6.8	Aktuelle Beispiele aus der Schweiz	39
6.8.1	Stiftung Bernaville	39
6.8.2	Seelandheim	39
7	Schlussfolgerungen	41
7.1.1	Schlussfolgerung zur Situation von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter	41
7.1.2	Schlussfolgerungen zu den Möglichkeiten und Bedarf	42
7.1.3	Schlussfolgerung zu Alter und Wohnen im Vergleich Menschen mit und ohne Beeinträchtigung	43
7.2	Beantwortung der Fragestellung	44
7.3	Ausblick	45
7.3.1	Anpassung des Angebots	45
7.3.2	Persönlicher Rückblick	46
8	Literaturverzeichnis	48

1 Einleitung

Seit genau zehn Jahren arbeite ich nun in der Behindertenhilfe, überwiegend in Wohnheimen für erwachsene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Die Klientel scheint unterschiedlich enge Beziehungen mit ihrem Wohnumfeld zu knüpfen. Ich habe bereits Menschen begleitet, die selbstbestimmt jeweils nur wenige Jahre am selben Wohnort verblieben. Die meisten Menschen jedoch, bleiben länger, oft mehrere Jahrzehnte in derselben Einrichtung und bauen tragfähige Beziehungen mit Betreuungspersonen und Mitbewohnenden auf. Meine Erfahrung zeigt zudem, dass das soziale Umfeld ausserhalb der Wohneinrichtung tendenziell kleiner wird, wenn die Menschen mit Beeinträchtigung alt werden. Verwandte werden immobiler und teilweise selbst pflegebedürftig. Das Arbeitsumfeld fällt mit dem Eintritt in den Ruhestand weg und oft werden zudem Hobbies oder die Teilnahme an Vereinsangeboten zu anstrengend für die alternde Person mit Beeinträchtigung.

In den Einrichtungen, in denen ich gearbeitet habe, steht bereits bei Eintritt fest, dass nur bleiben kann, wer ein Minimum an Selbstständigkeit aufrechterhalten kann und keine medizinische Pflege benötigt, welche über die Spitex-Leistungen hinausgehen. Auch in der Nacht sollte der Bewohner oder die Bewohnerin alleine zurechtkommen können. Ist all dies nicht mehr der Fall, muss nach einer Anschlusslösung gesucht werden. Was meist den Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim bedeutet. Ich, als Bezugsperson, bin jeweils hin und her gerissen. Der Betreuungsschlüssel und die Freizeitmöglichkeiten sind im Wohnheim meist besser als in einem Pflegeheim. Also versuche ich, die Person möglichst lange im Wohnheim zu behalten. Gleichzeitig ist es auch unschön, einer schwer pflegebedürftigen Person einen Umzug und eine neue Umgebung zuzumuten. Zwei Beispiele sind mir noch besonders im Gedächtnis geblieben.

Ein Mann mit kognitiver und auch leichter körperlicher Beeinträchtigung hat über zwanzig Jahre im Wohnheim gewohnt. Aus der Sicht des Wohnheim-Personals hätte der Mann noch im Wohnheim bleiben können. Leider liess sich nicht abschätzen wie lange noch, da nicht voraussehbar war, wie sich das Alter auf seine leichte körperliche Beeinträchtigung auswirken würde. Der Mann war Mitte Fünfzig und seine Mutter bereits über neunzig Jahre alt. Seine Mutter wollte ihn vor ihrem Tod an einem Platz wissen, an dem er für sein restliches Leben bleiben konnte. Sie hat ihn mit ihrem Wunsch emotional so stark unter Druck gesetzt, dass er einem Umzug schliesslich zustimmte. So zog der Mann mit Mitte Fünfzig in ein Alters- und Pflegeheim um. Er konnte am Rollator gehen, liebte es abends

weg zu gehen und live Musik zu hören und war jedes Wochenende bei Ausflügen an den See oder ins Kino dabei. Die vielen Aktivitäten ausserhalb, die er weder alleine noch mit seiner Mutter durchführen konnte, noch das Gehtraining am Rollator, konnte er im neuen Zuhause weiterführen. Ich kann die Beweggründe der Mutter sehr gut verstehen, sie wollte ihr Kind nicht in einer ungewissen Situation zurücklassen, obwohl ein Beistand oder eine Beiständin die Interessen ihres Sohnes vertreten hat, so dass auch in Zukunft zu keiner Zeit die Gefahr einer Wohnungslosigkeit bestanden hätte.

Ein weiterer Umzug betraf eine Frau mit Trisomie 21. Sie wohnte bereits seit siebzehn Jahren in einer Wohneinrichtung. Kurz nach ihrem 56. Geburtstag, entwickelte sie eine Demenz, welche durch Desorientierung und Angstzustände gekennzeichnet war. Sie liess ihren Partner und ihre Bezugsperson nicht mehr aus den Augen und wurde zunehmend unselbstständig. Dies hatte zur Folge, dass die Frau mit fortgeschrittener Demenz in ein Pflegeheim umziehen musste, wo sie nach sechs Wochen verstarb.

Diese beiden Umzüge beschäftigten mich. Ich frage mich, ob es eine gute Lösung ist, die Menschen in diesen vulnerablen Lebenssituationen zu einem Umzug und zur Eingewöhnung in eine neue Umgebung zu zwingen. Wäre es nicht besser, ein Leben in der gewohnten Wohngruppe oder zumindest in derselben Einrichtung zu ermöglichen? Mitarbeitende und Vorgesetzte, die ich darauf anspreche, entgegen meist, dass dies Normalisierung sei. Menschen, die in eigenen Wohnungen leben, haben oft auch nicht die Möglichkeit, bis zu ihrem Tod dort zu bleiben, obwohl sich die meisten dies wünschten. Ein erzwungener Umzug im Alter ist in der Tat für viele Menschen Realität. Mir stellt sich trotzdem die Frage, sind die Voraussetzungen für Menschen mit und ohne Beeinträchtigung im Alter wirklich gleich?

Diese Fragen und mein Unbehagen mit der mir bekannten Praxis haben mich zu meinem Thema für die Bachelor-Thesis gebracht.

1.1 Relevanz für die Soziale Arbeit

Um darlegen zu können, warum die oben beschriebenen Erlebnisse relevant für die Soziale Arbeit sind, wird zunächst einmal auf den Kernauftrag der Sozialen Arbeit eingegangen. Thiersch beschreibt die spezifische Aufgabe der Sozialen Arbeit so, dass neuen und alten Ungleichheiten entgegengewirkt werden müsse, damit Menschen in Würde und mit Anerkennung leben können. Er bezieht sich hierbei auf das Sozialstaatsprinzip, welches

einen Anspruch auf soziale Gerechtigkeit innerhalb der Gesellschaft anstrebt (vgl. 2002: 11). Dies bedeutet, dass die Soziale Arbeit als Profession involviert ist, wenn die Frage im Raum steht, ob eine momentane Situation gerecht ist und ob die Würde des Menschen gewährleistet werden kann. Staub-Bernasconi beschreibt Soziale Probleme als Gegenstand und Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit (vgl. 2018: 195). Soziale Probleme sind laut Schetsche Sachverhalte, die den gesellschaftlichen Werten widersprechen und dadurch als Problem erscheinen und von der Sozialen Arbeit bearbeitet werden müssen (vgl. 2008: 43).

Die Gruppe von Menschen, um die es in dieser Arbeit geht, Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter, lässt sich gleich in zwei traditionellen Feldern der Sozialen Arbeit verorten. Einerseits in der Altenhilfe und andererseits in der Behindertenhilfe. Thole beschreibt die Ausdifferenzierung der Felder im Verlaufe des 20. Jahrhunderts und umfasst sie mit der sehr passenden Beschreibung der «Hilfe in besonderen Lebenslagen» (vgl. 2012: 24).

Menschen mit Beeinträchtigungen sind eine klassische Klientel der Sozialen Arbeit. Der Aspekt des Alters erhält zurzeit aber eine wachsende Dringlichkeit. Dies liegt an der allgemeinen Zunahme von alten Menschen in der Bevölkerung. Im Jahr 2030 sollen 2.1. Millionen Menschen in der Schweiz zu den über 65-jährigen gehören und 2050 werden es bereits 2.7. Millionen Menschen sein (vgl. Bundesamt für Statistik 2020: 2). Auch im restlichen deutschsprachigen Raum herrscht eine ähnliche demographische Entwicklung vor. Wie die restliche Gesamtbevölkerung, werden auch Menschen mit Beeinträchtigung aufgrund medizinischer Fortschritte und weiteren Faktoren immer älter.

Wohnen und Arbeiten sind zwei zentrale Bereiche im Alltag der meisten Menschen. Im Alter nimmt die Zeit, die im Wohnraum verbracht wird, stetig zu. Über drei Viertel des Alltags findet bei Menschen im Alter im eigenen Zuhause statt. Menschen mit Beeinträchtigung im Alter verbringen ähnlich viel Zeit zuhause (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 123). Neben dem persönlichen Bezug wurde auch aus diesem Grund in dieser Arbeit den Fokus auf das Wohnen von Menschen mit Beeinträchtigung im Alter gelegt.

1.2 Fragestellung

Wie verändern sich die Bedürfnisse und Ausgangslagen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter bezüglich der Wohnform und welche Lösungen eignen sich, um diesen Veränderungen zu begegnen?

- **Unterscheiden sich die Bedürfnisse von Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung im Alter?**
- **Welche Faktoren prägen die Ausgangslagen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter?**
- **Wie wohnen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter aktuell im deutschsprachigen Raum und wie sieht die Ideale Wohnform aus?**

1.3 Aufbau der Arbeit

Das erste Kapitel führt in das Thema ein und beschreibt den persönlichen Bezug der Verfasserin zur Fragestellung.

Das zweite Kapitel ist eine Hinführung zum Oberthema Beeinträchtigung. Dieses enthält eine kurze Definition, sowie eine Erklärung über synonym verwendete Begriffe zum Wort Beeinträchtigung. Weiter wird auf zwei Theorien und eine rechtliche Grundlage eingegangen, die später relevante Argumente für die Beantwortung der Fragestellung liefern.

Der Frage, wie wohnen erwachsene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zurzeit, wird im dritten Kapitel erörtert. Weiter wird aufgezeigt, welche Veränderungen und Projekte in den jeweiligen Ländern des deutschsprachigen Raums aktuell sind.

Im vierten Kapitel wird auf das Thema Alter näher eingegangen. Die demographische Entwicklung wird hier detaillierter vorgestellt und einige relevante Altersdefinitionen beschrieben. Für ein besseres Verständnis des Oberthemas werden Altersbilder und Konzepte benannt. Abgeschlossen wird das Kapitel mit der Beschreibung eines Konzepts namens «Aging in Place», welches den Bereich Wohnen im Alter abdeckt.

Das fünfte Kapitel wendet sich spezifisch dem Thema kognitiver Beeinträchtigung im Alter zu. Auch hier zeigt ein Überblick über die demographische Entwicklung bei Menschen mit

kognitiver Beeinträchtigung die Relevanz des Themas auf. Weiter wird auf die Alterungsprozesse und die Ausgangslage von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingegangen und welche Wohnbedürfnisse daraus entstehen.

Im sechsten Kapitel steht die Wohnform von Menschen im Alter im Zentrum. Es werden die Situationen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung verglichen. Weiter werden Wünsche und Herausforderungen bezüglich der Wohnformen aufgezeigt. Anschliessend wird auf die Entwicklung der Wohnangebote eingegangen und welcher Handlungsbedarf aus den vorigen Erkenntnissen abgeleitet wird. Abgeschlossen wird das Kapitel mit Beispielen aus der Schweizer Praxis.

Im siebten Kapitel folgen die Schlussfolgerungen in den verschiedenen Teilbereichen der Arbeit und ein Ausblick.

2 Hinführung zum Thema Beeinträchtigung

Der Begriff Beeinträchtigung umfasst ein breites Themengebiet. Beeinträchtigungen sind wie folgt definiert: es handelt sich um Einschränkungen, die «voraussichtlich dauerhaft» bestehen bleiben. Es wird grob in körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigung unterteilt (vgl. BFS 2009: 5). Wobei es aber möglich ist, auch mehrere Beeinträchtigungsformen parallel zu haben (vgl. ICD-10 o.J.). Zudem wird in der Literatur oft unterschieden, ob Menschen mit einer Beeinträchtigung zur Welt kommen, sie im frühen Kindesalter entsteht oder ob sie diese im Laufe ihres erwachsenen Lebens erwerben (vgl. AAIDD o.J.). Der Grad der Beeinträchtigung ist bei jedem Individuum unterschiedlich ausgeprägt.

In der vorliegenden Arbeit wird auf die kognitive Beeinträchtigung eingegangen, die bereits seit der Geburt existiert oder in früher Kindheit erworben wurde. Bei Personen, welche die kognitiven Einschränkungen im späteren Verlauf des Lebens, beispielsweise durch Demenz oder einen Unfall erwerben, liegen oft andere Ausgangslagen vor, weshalb sich die Erkenntnisse dieser Arbeit auf diese Personengruppe nur bedingt übertragen lassen.

2.1 Verwendete Begriffe

Viele Begriffe und Umschreibungen wie kognitive Beeinträchtigung, geistige Behinderung oder eine Mischung der Beiden werden oftmals synonym verwendet. Diese uneinheitliche Verwendung kann zu Verwirrung und Missverständnissen führen. Deshalb wird hier kurz dargelegt, wie sich die Begriffe voneinander abgrenzen lassen und welche im weiteren Verlauf der Arbeit verwendet werden.

Der Begriff “geistige Behinderung” oder “Beeinträchtigung” wird häufig in der Fachliteratur und auch im Alltag verwendet. Er wurde etabliert, um negative, beleidigende Begriffe abzulösen (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 22). Das Wort geistig kann laut Duden auch als Synonym von (Wesens-) Art verwendet werden (vgl. Duden o.J.). Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sind nicht in ihrer ganzen Wesensart beeinträchtigt. Weshalb geistig als Beschreibung für die Beeinträchtigung wenig präzise ist. Zudem hat der Terminus «geistig behindert» im Laufe der Zeit eine negative Konnotation erhalten. Kognitive Fähigkeiten beschreiben die Möglichkeiten eines Menschen zu planen, zu lernen und zu analysieren. Diese Fähigkeiten sind bei einer Person mit kognitiver Beeinträchtigung von einer

Einschränkung betroffen (vgl. Insieme o.J.). Der Begriff Kognition ist präzise und neutral. Weshalb in der vorliegenden Arbeit dieser Begriff verwendet wird.

Die UN-Behindertenrechtskonvention spricht im gesamten Dokument über Menschen mit Behinderungen. Dazu zählen laut Art. 1, Menschen, die langfristige körperliche, psychische, kognitive oder sensorische Beeinträchtigungen haben und in Wechselwirkung mit verschiedenen, gesellschaftlichen Barrieren an der vollen Teilhabe behindert werden (Walhalla Fachredaktion 2023: 4). Dies bedeutet, dass die Beeinträchtigung der Teil ist, der nur aus der Einschränkung der Person besteht. Die Behinderung einer Person bezieht jeweils auch die Diskriminierung und die gesellschaftlichen Barrieren mit ein. Sie ist somit ein gesellschaftliches Phänomen. An der Reduktion der Behinderung soll mit dem Abbau von Barrieren gearbeitet werden. Für die vorliegende Arbeit wird der Begriff Beeinträchtigung verwendet, da sich die Arbeit damit auseinandersetzen will, ob und wo die Menschen im spezifischen Fall von Wohnen und Wohnbedürfnissen im Alter behindert werden.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist zudem, das Wort Mensch vor die anschließende Bezeichnung der Beeinträchtigung zu stellen. Da die Beeinträchtigung nur eine Eigenschaft dieser Person ist und sie die Person nicht allumfassend beschreibt.

Weiter gibt es viele neue und kreative Begriffe, welche der Stigmatisierung entgegenwirken sollen, indem sie auf die Stärken der gemeinten Personen anspielen, wie z.B. «Menschen mit Möglichkeiten» anstelle von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Dies scheint aber als Mechanismus in der Praxis nicht zu greifen (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 22).

2.2 Definition der kognitiven Beeinträchtigung

Der ICD-10 klassifiziert alle Formen von Krankheiten und Beeinträchtigungen und hat internationale Gültigkeit. ICD-10 steht für «international classification of diseases». Seit 2022 ist der ICD-11 in Kraft. Da in einer Übergangszeit beide Klassifikationssysteme gültig sind und in der Praxis meist noch der ICD-10 verwendet wird, findet der ICD-10 in dieser Arbeit Verwendung (vgl. Weichelt o.J.). Die kognitive Beeinträchtigung wird als Intelligenzminderung in den Codes von F70 bis F79 erläutert. Allgemein beinhaltet die Intelligenzminderung eine Verzögerung oder unvollständige Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten. Davon betroffen sind das Intelligenzniveau, sprachliche wie soziale Fähigkeiten. Unterteilt wird mit verschiedenen Codes von leichter bis schwerster

Intelligenzminderung. Weiter wird die dissoziierte Intelligenz aufgeführt, dort besteht eine grosse Diskrepanz zwischen den sprachlichen Fähigkeiten und dem Handlungs-IQ. Zudem werden andere, nicht näher definierte Intelligenzminderungen aufgeführt (vgl. ICD-10 o.J.).

Die American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) spricht von Intellectual Disability (ID). Bei dieser Diagnose müssen eine Intelligenzminderung und Anpassungsschwierigkeiten vorliegen. Beide Komponenten müssen vor dem zweiundzwanzigsten Lebensjahr auftreten. Die AAIDD berücksichtigt aber auch zusätzliche Faktoren wie kulturelle Hintergründe oder das soziale Umfeld, da diese in Wechselwirkung mit der Anlage der Person stehen und das Verhalten und die Fähigkeiten beeinflussen können (vgl. AAIDD o.J.)

Diese Definitionen bestimmen, wer das Etikett der kognitiven Beeinträchtigung erhält und wer nicht. Beide Definitionen beinhalten aber ein Spektrum, auf welchem sich verschieden schwere Beeinträchtigungsformen befinden. Beide Klassifikationssysteme werden in der Theorie erwähnt und in der Praxis verwendet, um Diagnosen zu erstellen.

2.3 Normalisierungsprinzip

Das Normalisierungsprinzip ist ein Konzept aus den 1960er- und 1970er-Jahren. Es entstammt einer Bürgerrechtsbewegung und wurde in Skandinavien durch Nirje (1969, 1972) und Bank-Mikkelsen (1980), sowie in den USA durch Wolfensberger (1972) bekannt. Zu dieser Zeit wurden Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oft weit ab von der Gesellschaft in grossen Einrichtungen untergebracht, in denen sie eher dahinvegetierten als ein Leben zu führen. Die Forderung der Bürgerrechtsbewegungen war ein «normales» Leben für diese Menschen (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 29). Bank-Mikkelsen und Nirje formulierten daraus acht Teilbereiche, in denen das Leben der Menschen in den Grosseinrichtungen «normaler» werden muss:

1. Normaler Tagesrhythmus: Ein Wechsel von Schlafen, Arbeiten, Freizeit und Mahlzeiten, der so auch bei einem Menschen ohne Beeinträchtigung stattfinden könnte.
2. Trennung von Arbeit und Freizeit und Wohnen: Arbeit sollte an einem anderen Ort stattfinden als das Wohnen und sollte ähnliche zeitliche Ressourcen in Anspruch nehmen wie bei anderen arbeitenden Personen. Die Freizeit sollte nicht nur am Wohnort stattfinden.

3. Normaler Jahresrhythmus: Wiederkehrende Ereignisse wie Feste und Traditionen sollen auch im Leben von Menschen mit Beeinträchtigung stattfinden.
4. Normaler Lebenslauf: Tagesablauf, angebotene Tätigkeiten und der Umgang mit der Person sollen dem Lebensalter entsprechend sein.
5. Respektieren von Bedürfnissen: Die Wünsche, Entschiede und Bedürfnisse sollen soweit wie möglich berücksichtigt werden.
6. Angemessenen Kontakt zwischen den Geschlechtern: Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung soll der Kontakt zu anderen Geschlechtern ermöglicht werden, wenn dies gewünscht wird.
7. Normaler wirtschaftlicher Standard: Der wirtschaftliche Standard sollte sich in der Norm der Bevölkerung bewegen und gesetzlich abgesichert sein.
8. Standards von Wohneinrichtungen: Die Einrichtungen sollten so gestaltet sein, wie auch Wohnraum von Personen ohne Beeinträchtigung. Auch die Lage und die Menge der Mitbewohnenden sollte den Standards der meisten Menschen entsprechen
(vgl. Thimm 1995: 19f).

2.4 UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

Die UN-Behindertenrechtskonvention geht über die Forderung des Normalisierungsprinzips von einem «normalen Leben» für Menschen mit Beeinträchtigung hinaus. Sie fordert dieselben Rechte und Möglichkeiten. Die rechtliche Verbindlichkeit der Konvention bindet die Staaten an die Umsetzung. Dies wurde in Form eines völkerrechtlichen Vertrags erreicht (vgl. Walhalla Fachredaktion 2023: 1).

Die UN-BRK wurde von der UNO-Generalversammlung 2006 in New York verabschiedet und ist seit 2008 in Kraft getreten (vgl. ebd.). Stand 2024 wurde die UN-BRK von 190 Ländern ratifiziert (Deutsches Institut für Menschenrechte o.J.). Im deutschsprachigen Raum gilt der Vertrag für Deutschland seit 2009 (vgl. ebd.), in Österreich seit 2008 (vgl. Österreichischer Behindertenrat o.J.) und in der Schweiz seit 2014 (vgl. Walhalla Fachredaktion 2023: 1).

In der UN-BRK sind alle Menschenrechte und Grundfreiheiten aufgeführt, diese stehen auch Menschen mit Beeinträchtigung zu. Zudem wird spezifiziert, dass weitere Merkmale von Menschen wie Hautfarbe, Geschlecht oder Ethnie zu einer Mehrfachdiskriminierung führen können. Weiter wird auf verschiedene Bereiche des Lebens eingegangen und die

Grundrechte in diesen Bereichen konkretisiert. Beispielsweise wird im Abschnitt über Gesundheit unter anderem festgehalten, dass Menschen mit Beeinträchtigung dieselbe Qualität der Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen muss, wie der restlichen Bevölkerung des Landes. Im letzten Teil des Berichts werden Mechanismen aufgeführt, welche sicherstellen sollen, dass die Länder daran arbeiten, den Vertrag zu erfüllen (vgl. Walhalla Fachredaktion 2023).

2.5 Biopsychosoziale Theorie menschlicher Bedürfnisse

Die biopsychosoziale Theorie menschlicher Bedürfnisse beschäftigt sich damit, wie Menschen strukturiert sind, welche Antriebe und Bedürfnisse sie haben. Das Modell wird hier verkürzt und vereinfacht dargestellt und es wird vor allem auf jene Teile des Modells eingegangen, die für die spätere Argumentation dieser Arbeit relevant sind.

Die Theorie sieht sich selbst nicht als primär soziologische Theorie, sondern ist davon überzeugt, dass Wissensbestände unterschiedlicher Disziplinen notwendig sind, um die Komplexität der menschlichen Bedürfnisse zu erfassen (vgl. Obrecht 2009: 4f).

Das Menschenbild, welches der Theorie zugrunde liegt, beschreibt Menschen als sozial lebende Biosysteme, welche lernfähig und selbstwissend sind. Sie zeichnen sich durch eine neugierige und aktive Art aus und sind beziehungs- und gemeinschaftsorientiert (vgl. ebd.: 13).

Der Mensch ist ein System mit drei, für die Soziale Arbeit interessanten, Ebenen. Eine biologische, in Form eines Körpers. Eine psychische, welche die Psyche und den Geist abdeckt, und eine soziale, welche den Menschen in Wechselwirkung mit seiner Umwelt darstellt. Alle drei Ebenen können bei jeder Handlung, jeder Interaktion und jedem Bedürfnis des Menschen involviert sein (vgl. Geiser 2015: 88).

Die Theorie geht davon aus, dass Menschen selbstregulierende Systeme sind, welche Biowerte (Zustände im Körper) haben, die sie bevorzugen. Unterscheidet sich der reale Wert vom Bevorzugten, wird uns dies in Form eines Bedürfnisses bewusst. Beispielsweise braucht der Körper eine bestimmte Menge Wasser im System. Wird diese unterschritten, bekommt der Mensch dies in Form von Durst und dem Bedürfnis etwas zu trinken signalisiert. Dies stellt sicher, dass sich die Biowerte wieder in ihren bevorzugten Bereich

begeben. Dieser Mechanismus ist für das Überleben des Menschen zentral (vgl. Obrecht 2009: 15).

Auch die Bedürfnisse treten auf allen drei Ebenen auf. Der Mensch hat biologische, psychische und soziale Bedürfnisse. Einige sind elastischer als andere, was bedeutet, dass der Mensch beispielsweise länger auf soziale Anerkennung (soziales Bedürfnis) als auf die Zufuhr von Luft (biologisches Bedürfnis) verzichten kann. Dennoch lassen sich die Bedürfnisse nicht hierarchisieren, die Befriedigung der Bedürfnisse auf allen drei Ebenen ist für ein würdiges Leben zentral (vgl. ebd.: 24,26,31).

Die Theorie geht davon aus, dass sich die Bedürfnisse zwar im Individuum manifestieren, diese aber als kollektive Bedürfnisse verstanden werden können und in schwächerer oder stärkerer Ausprägung in jedem menschlichen Individuum verankert sind (vgl. ebd.: 24).

Kann das Individuum seine Bedürfnisse nicht befriedigen und wieder in den bevorzugten Zustand kommen, löst dies Stress aus (vgl. ebd.: 30)

3 Wohnformen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Erwachsenenalter

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung wohnen im deutschsprachigen Raum in unterschiedlichen Settings. Grob wird zwischen stationärem Wohnen, der ambulant betreuten Wohnsituation und dem Wohnen in der (Gast-) Familie unterschieden (vgl. Thümmel/Pitsch 2017: 74).

Das stationäre Wohnen kann in unterschiedliche Angebote unterteilt werden, welche unterschiedlich viele Bereiche im Leben eines oder einer Bewohnenden abdecken. Fast der gesamte Alltag kann in einer vollstationären Einrichtung verbracht werden, welche sowohl Wohn-, Arbeits-, und Freizeitmöglichkeiten anbietet. Die Bewohnenden gestalten ihren Tagesablauf in und mit dieser Einrichtung (vgl. ebd.: 75). Diese Angebote dürfen kritisiert werden. Sie entsprechen beispielsweise nicht der Forderung des Normalisierungsprinzips nach Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen (vgl. Thimm 1995: 19). Weniger umfassend ist die Betreuung in teilstationären Einrichtungen oder oft in kleinen Wohnheimen. Dort gehen die meisten Bewohnenden einer externen Beschäftigung nach und verbringen nur einen Teil der Freizeit in der Wohneinrichtung (vgl. Thümmel/Pitsch 2017: 75). Weiter existieren noch Wohnheime, die sich auf eine bestimmte Klientel spezialisiert haben, wie beispielsweise Wohnheime für Menschen auf dem Autismus-Spektrum (vgl. ebd.: 79f).

Die ambulante Betreuung beim Wohnen findet oft in Einzel-, Paar- oder Wohngemeinschaftswohnungen statt. Die Menschen leben grösstenteils selbstständig in ihrer Wohnung und werden punktuell betreut oder begleitet. Oft geschieht dies bei lebenspraktischen oder administrativen Aspekten oder durch psychologische Sitzungen (vgl. ebd.: 80). Laut Bundschuh und Dworschak ist die Unterscheidung von ambulanter Betreuung in Wohnungen und Aussenwohngruppen, welche zu den stationären Angeboten gezählt werden, dass die Bewohnenden selber Mieter oder Untermieter in der Wohnung sind (vgl. 2003: 11). Diese Wohnform ist vor allem bei selbstständigen Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung verbreitet. Laut UN-BRK (Walhalla Fachredaktion 2023) muss sie auch den Menschen mit mehr Unterstützungsbedarf offenstehen. In der aktuellen Angebotslandschaft kann sich aber das Finden einer solchen Wohnlösung für Menschen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf schwierig gestalten (vgl. Thümmel/Pitsch 2017: 81).

Ein Teil der Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung wohnt weiterhin bei ihren Eltern, bei einem anderen Familienmitglied oder bei einer Gastfamilie. Die Gastfamilie beinhaltet ein familiäres Umfeld, in dem eine Person mit kognitiver Beeinträchtigung, selten ein Paar oder Geschwister aufgenommen werden (vgl. ebd.: 83–85).

Einige Angebote lassen sich nicht in diese Kategorien einteilen, dazu gehören beispielsweise die integrativen Wohngemeinschaften. Das sind Wohngemeinschaften, in denen Menschen mit und ohne Beeinträchtigung gemeinsam wohnen (vgl. ebd.: 79f).

3.1 Deutschland

In Deutschland wird danach gestrebt, für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung selbstbestimmte und inklusive Wohnangebote zu realisieren. Dennoch lebten 2006 mehr als die Hälfte der Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in Grosseinrichtungen wie Heimen oder psychiatrischen Kliniken. Nur 38% von ihnen hatten ein eigenes Zimmer, was die Wahrung von Privatsphäre und Selbstbestimmung aus strukturellen Gründen erschwert bis verunmöglicht (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 128).

2014 wurde in Westfalen-Lippe eine Studie zu den Wohnformen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung durchgeführt. In Westfalen-Lippe, einem Teils Bundesland Deutschlands, lebten über 10% der in Deutschland lebenden Bevölkerung, weshalb die Resultate, in der Tendenz, auf die Situation in ganz Deutschland übertragen werden können (vgl. Thimm/Dieckmann/Haßler 2019: 220). Die Studie untersuchte die Wohnsituation von rund 20`000 Personen mit kognitiver Beeinträchtigung, unter fünfzig Jahren. 44% der Befragten lebten in einem familiären Umfeld oder selbstständig. 34% der Menschen lebten in stationären Wohneinrichtungen, 21% wurden ambulant betreut und 1% lebt in einer Gastfamilie (vgl. ebd.: 221).

Daraus ergibt sich, dass 2014 etwas weniger Menschen in Grosseinrichtungen lebten als 2006. Das Bild könnte aber auch von den unterschiedlichen Merkmalen der Teilnehmenden verzerrt worden sein. In der Studie von 2006 wurden Menschen jeder Alterskategorie befragt und in der Studie von 2014 bildet die Statistik die Situation von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung bis fünfzig Jahre ab. Aktuellere Zahlen sind leider nicht vorhanden.

3.2 Österreich

Im Jahr 2017 wurde eine Untersuchung über «die Lage von Menschen mit Behinderung in Österreich» von der Bundesregierung beschlossen. Darin zeigt sich, dass in Österreich bezüglich des Wohnens eine landesweite De-Institutionalisierung notwendig ist, um das Ziel der freien Wohnungs- und Dienstleistungswahl für Menschen mit Beeinträchtigung zu erfüllen. Die einzelnen Bundesländer sind an unterschiedlichen Punkten in der Umsetzung. Ein nationales Begleitkomitee überwacht die Länder bei ihren Bemühungen und fördert den Austausch und die Übernahme gut laufender Projekte unter den Ländern (vgl. Rubisch et al. 2016: 117f).

Statistik Austria teilt auf Anfrage per Mail mit, dass es in Österreich zurzeit keine konkreten Zahlen über die Wohnsituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gibt. Dieses Jahr wird noch ein Bericht erscheinen, welcher offenlegt, wie viele Menschen mit Behinderung in «Anstaltshaushalten» leben, dieser unterscheidet aber nicht zwischen verschiedenen Beeinträchtigungsformen (vgl. Statistik Austria. 2024).

3.3 Schweiz

In der Schweiz gibt es keine landesweite Regelung zur Unterbringung von Menschen mit Beeinträchtigung. Dies wird von den Kantonen autonom geregelt, was zu unterschiedlichen Strategien und Angeboten in den jeweiligen Kantonen führt (vgl. Grunwald 2013: 67). Am 01. Januar 2008 trat zudem ein Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG) (SR 831.26) in Kraft. Laut diesem Gesetz müssen die Kantone nun allen Menschen mit Beeinträchtigung einen Platz in einer Wohneinrichtung garantieren. Dies verhindert die Förderung anderer Wohnformen und die Finanzierung des Wohnens in den Herkunftsfamilien. Es läuft zurzeit eine Motion, um dieses Gesetz dahingehend anzupassen, dass Menschen mit Beeinträchtigung eine freie Wohnungswahl haben. Das aktuell geltende Gesetz widerspricht damit den Richtlinien der UN-BRK (vgl. Tran 2024).

Ein weiteres aktuelles Thema im Bereich Wohnen in der Schweiz ist der Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung. Bei der Objektfinanzierung schliessen Wohnheime einen Leistungsvertrag mit dem Kanton ab und werden teilweise von ihm finanziert. Nach dem Wechsel soll das Geld direkt an die Menschen mit Beeinträchtigung oder ihre gesetzlichen Vertreter oder Vertreterinnen fließen. Die Menschen mit Beeinträchtigung entscheiden

dann selbst, ob sie die benötigten Leistungen in einem Wohnheim oder in einem anderen Setting einkaufen (vgl. Wyder 2018: 2). Die Umstellung der Finanzierungsform wird in jedem Kanton auf unterschiedliche Weise realisiert. Zudem muss gewährleistet sein, dass es neben den Wohnheimen auch andere Dienstleistende gibt, um eine echte Wahlfreiheit zu garantieren (vgl. ebd.).

In der Schweiz gibt es lediglich Zahlen zu der gesamten Gruppe von Menschen mit Beeinträchtigung. 2021 lebten 511'000 Menschen mit starker Beeinträchtigung in der Schweiz. Der grösste Teil wohnt in privaten Haushalten ohne professionelle Unterstützung oder im Alters- und Pflegeheim. Dieser Teil besteht überwiegend aus Menschen, die auf Grund von Altersbeschwerden zu dieser Personengruppe zählen (vgl. BFS 2021). 23'780 lebten in einer privaten Wohnung mit professioneller Unterstützung und 24'732 lebten in einem stationären oder ambulanten institutionellen Setting (vgl. Fritschi et al. 2019: 98).

4 Hinführung zum Thema Alter

Alter wird im Alltag als eindeutig gefüllter Begriff benutzt. Bei genauerer Betrachtung des Themas stellt sich heraus, dass Alter als Begriff und als Phänomen nicht eindeutig greifbar ist. Schroeter beschreibt Alter als «eingebunden in soziale und gesellschaftliche Strukturen und realisiert sich in dem multidimensional verflochtenen Gefüge von objektiven Strukturen (Lebenslagen) und subjektiven Handlungsentwürfen (Lebensführung, Lebensstile) auf unterschiedlichen Ebenen in verschiedenen altersrelevanten sozialen Feldern» (2009: 8). Es ist also von grosser Wichtigkeit, Alter als ein Phänomen in Wechselwirkung des Individuums und der Gesellschaft zu verstehen.

Lange wurde das Leben aus soziologischer Perspektive in drei Altersphasen eingeteilt. Das erste Alter beinhaltet die Kindheit und die Jugend, das zweite Alter das berufstätige Erwachsenenalter und das dritte Alter die Zeit nach der Pension, die als weitgehend selbstbestimmt und als Zeit der persönlichen Errungenschaften gesehen wird (vgl. Laslett 1995: 34). Nachdem die Lebenserwartung zugenommen hatte, bildeten diese Lebensphasen die Realität nicht mehr genügend ab. Rosenmayr fügte das vierte Alter hinzu, welches er als Zeit der Einschränkungen beschrieb und das fünfte Alter, in welchem die Abhängigkeit zentral ist (vgl. 1996: 70f.). In dieser Arbeit liegt der Schwerpunkt auf dem vierten und fünften Alter, da sich hier die Möglichkeiten der Menschen verändern und häufig auch ihre Wohnumgebung angepasst werden muss.

Die Gerontologie unterscheidet zwischen jungen Alten und alten Alten. Diese Einteilung ist nicht an das chronologische Alter gebunden, sondern richtet sich nach den Möglichkeiten und Lebensweisen der Menschen. Da viele Begriffe, die mit dem Alter in Verbindung stehen, negativ konnotiert sind, bieten sich diese beiden Begriffe als neutrale Bezeichnung an (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 19).

4.1 Altersdefinitionen

Wie bereits in der Einleitung dieses Kapitels festgehalten, lässt sich das Alter nicht allgemeingültig definieren. Es bleiben aber verschiedene Sichtweisen auf das Alter, die eine Annäherung aus einem spezifischen Blickwinkel ermöglichen.

4.1.1 Das kalendarische Alter

Wenn im Alltag von Alter gesprochen wird, wird sich meist auf das kalendarische Alter bezogen. Dies beschreibt die Jahre, die seit der Geburt vergangen sind. Dieses Alter ist relevant, um gewisse Privilegien, die an das kalendarische Alter gebunden sind, zu erhalten, wie beispielsweise Ermässigungen oder Renten. In diesem Kontext wird eine Person häufig ab 65 Jahren als alt bezeichnet, da sie in diesem Alter oft in Rente geht (ebd.: 18, Heusinger 2016: 24, Thümmel/Pitsch 2017: 23).

4.1.2 Das medizinische/biologische Alter

Der ganze Organismus des Menschen ist einem Alterungsprozess unterworfen. Sowohl die inneren Organe wie auch das Organ Haut weisen mit den Jahren einen Verschleiss auf. Auch die körperliche Widerstandsfähigkeit lässt nach und führt mit zunehmendem Alter zu mehr Krankheiten. So können je nach Veranlagung und Lebenswandel bereits junge Menschen einen alten Körper haben und umgekehrt (vgl. ebd.: 25f, Thümmel/Pitsch 2017: 23).

4.1.3 Das psychische/psychologische Alter

Das psychische oder psychologische Alter beschreibt das subjektive Lebensgefühl. Menschen, die unter unzureichenden Bedingungen leben, fühlen sich in den meisten Fällen früher alt. Zum psychologischen Alter gehören auch die Entwicklungsaufgaben, die in der jeweiligen Altersspanne erfüllt werden müssen. Im, nach Rosenmayr (vgl.1996: 70) definierten, vierten und fünften Alter gehören zu diesen Aufgaben, die Lebenserfahrungen mit eigenen Konzepten in Einklage zu bringen, Erreichtes zu würdigen, nicht Erreichtes zu akzeptieren und sich mit der Endlichkeit des eigenen Daseins zu versöhnen. Wie gut die Bewältigung dieser Aufgaben gelingt, hängt einerseits von den erlernten Bewältigungsstrategien ab und andererseits auch davon, unter welchen Voraussetzungen das gelebte Leben stattgefunden hat. Ab dem 65. Lebensjahr fühlt sich ein Grossteil der Menschen ein ganzes Jahrzehnt jünger als ihr kalendarisches Alter ihnen bescheinigt. Das psychologische Alter kann sich genau wie das biologische Alter vom kalendarischen Alter unterscheiden (vgl. Heusinger 2016: 27, Thümmel/Pitsch 2017: 23).

4.1.4 Das soziale/soziologische Alter

Dieses Alter widerspiegelt den Umgang der Gesellschaft mit Menschen, die sich in einer bestimmten Lebensphase befinden. An Menschen, die sich im Ruhestand befinden und als

alt gelesen werden, werden andere Erwartungen gestellt als an andere Altersgruppen. Beispielsweise an ihre Art sich zu kleiden, an ihr Verhalten und an ihre Sprechweise. Diese stereotypen Bilder weichen sich in den letzten Jahren ein wenig auf. Dies hat einerseits den positiven Effekt, dass Menschen, die sich nicht an das bekannte Bild einer alten Person halten, weniger auffallen und auch mit weniger negativen Reaktionen rechnen müssen. Andererseits führt die abnehmende Stereotypisierung dazu, dass auch Privilegien, die vorher fest mit dem Alter verbunden waren, nicht mehr unverhandelbar sind. Dies führt bei einem anderen Teil der heterogenen Gruppe der «Alten» dazu, dass dies als mangelnder Respekt wahrgenommen wird (vgl. Heusinger 2016: 29–32). Die gesellschaftlichen Erwartungen an Menschen im dritten bis fünften Alter sind, dass sie sich um ihre Enkelkinder kümmern und politisches Engagement betreiben sowie ehrenamtlich tätig sind (vgl. Thümmel/Pitsch 2017: 24). Im Umgang mit ihrer eigenen Person wird erwartet, dass sie alles dafür tun, gesund und fit zu bleiben (vgl. Heusinger 2016: 32).

4.2 Alter und Altern

Häufig wird der Begriff Alter(n) verwendet. Für die kommenden Ausführungen scheint es aber relevant, beide Begriffe zu definieren und voneinander abzugrenzen. Alter ist der aktuelle Status, er dient als soziales Strukturierungsprinzip, beschreibt also eine soziale Position und den Zugang oder Ausschluss von sozialen Partizipationschancen. Altern hingegen ist der Prozess, der sich von Geburt an in der Veränderung der äusseren und inneren Struktur des Menschen zeigt. Der Prozess beinhaltet das Durchschreiten verschiedener Altersstufen und Phasen (Baltes/Baltes 1994: 9).

Ob diese prozesshafte Veränderung des Alterns als Entwicklungsaufgabe beschrieben werden soll, ist strittig. Denn häufig wird mit der Entwicklung eine Zunahme einer Fähigkeit oder eines Zustands umschrieben. Im Prozess des Alterns verläuft die Entwicklung ab einem bestimmten Punkt eher in die degenerative Richtung. Was bedeutet, dass Fähigkeiten und Fertigkeiten abnehmen oder verloren gehen (vgl. Thümmel/Pitsch 2017: 14).

4.3 Alterskonzepte

Die jeweiligen Altersbilder und die Altersdiskriminierung beeinflussen unbewusst Konzepte und Haltungen der Personen und Einrichtungen, welche Angebote für alte Menschen schaffen (vgl. Butler 1980: 8).

4.3.1 Passives Altern

Die Disengagement Theorie, welche das passive Altern beschreibt, stammt aus den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts. Sie wurde von Cumming und Henry auf den Grundlagen von Parsons entwickelt. Die Theorie besagt, dass das Alter eine Zeit sei, sich zurückzuziehen und sich auf den Tod vorzubereiten. Kontakte sollen eingeschränkt und ausserhäusliche Aktivitäten auf ein Minimum reduziert werden (vgl. Heusinger 2016: 32). Das Loslassen soll einerseits auf der Seite der alten Person geschehen, in Form von Rückzug aus dem Arbeitsleben, aus politischen oder karitativen Ämtern oder anderen sozialen Verpflichtungen. Andererseits aber auch von der Gesellschaft, indem die Person nicht mehr mit Erwartungen belegt und von Jüngeren ersetzt wird. Diese Theorie sieht Alter als einen unumkehrbaren Abbau von physischen und kognitiven Fähigkeiten und den Rückzug in die Ruhe als inneres Bedürfnis der alten Menschen (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 52).

4.3.2 Successful Age

Unter «Successful Age» wird das erfolgreiche Altern verstanden. Diese Strömung möchte das Alter als Lebensabschnitt ressourcenorientiert beschreiben und das traditionelle defizitorientierte Bild überwinden. Nicht ganz trennscharf abgrenzen lassen sich die Konzepte: das produktive Alter, das gute Altern, wie auch das aktive Altern. Alle stellen das Alter als etwas dar, das gemeistert werden kann (vgl. Pfaller/Schweda 2021: 172). Walker hat eine Strategie zum aktiven Altern entworfen. Er beschreibt in mehreren Schlüsselprinzipien, wie der Mensch auf persönlicher und gesellschaftlicher Ebene mit mehr Wohlbefinden und Teilhabe alt werden und sein kann (vgl. Walker 2009: 75f). Alle Konzepte, die der Strömung des «Successful Age» angehören, haben gemein, dass sie sich nur für gesunde Menschen mit Privilegien eignen.

4.3.3 Doing Age

Das Konzept von «Doing Age» ist eine mentale Strategie und keine umfassende Theorie des Alterns. «Doing Age» versteht sich als eine Form der Lebensweise und der eigenen Interpretation und Gestaltung des Alters. Aus diesem Grund ist das Konzept nicht nur im menschlichen Eins zu Eins als «doing» in Form von handeln oder sich verhalten zu verstehen, sondern immer in der Gesamterscheinung, in der «saying», «feeling» und «being» mitgemeint sind. Alter wird als soziales Konstrukt anerkannt, welches sich nicht auf somatische Marker reduzieren lässt (vgl. Schroeter 2021: 2).

Dieses Konzept stellt weniger die Frage der Aktivität oder Passivität in den Vordergrund, sondern beschäftigt sich mehr mit der Wechselwirkung von Individuum und Gesellschaft bezüglich des Alters.

4.3.4 Ageismus

Hohmeier benennt Alter als ein Stigma. Mit diesem Begriff des Stigmas soll beleuchtet werden, welche Folgen die Etikettierung des alten Menschen für die jeweilige Person hat und wie der wechselseitige Austausch mit der Gesellschaft beeinträchtigt wird (vgl. Hohmeier 1978: 10f). Der Begriff des Stigmas füllt Hohmeier mit der Annahme, dass ein vorhandenes Merkmal negativ konnotiert wird. Weiter werden hierdurch noch weitere negative Eigenschaften und Merkmale mitgedacht, welche in keinem direkten Zusammenhang mit dem ersten Merkmal stehen. Diese negativen Zuschreibungen können sich zudem auch auf die ganze Rolle, die die Person innehat oder sogar eine weitere mögliche Rolle, die die Person sonst noch innehaben könnte, übertragen (vgl. 1975: 7f).

Auch das Selbstbild der alten Menschen gleicht sich an das negative Bild von aussen an. Ähnlich wie bei Personen, die als krank betrachtet werden, versuchen Menschen, die als alt gelten, ihren Zuschreibungen gerecht zu werden. Laut Hohmeier beginnt dieser Prozess ab dem fünfzigsten Lebensjahr mit der Vorbereitung auf die Pensionierung und ist etwa mit dem siebzigsten Lebensjahr abgeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt haben die meisten Menschen die Zuschreibungen internalisiert und passende Verhaltensweisen in ihrem Verhalten implementiert. Menschen, die von aussen als alt kategorisiert werden, sich aber nicht nach den üblichen Stereotypen verhalten, werden mit Verachtung und Ablehnung bestraft (vgl. ebd.: 19f).

4.4 Demographische Entwicklung

Die demographische Entwicklung verläuft in den deutschsprachigen Ländern ähnlich. Sie reiht sich ein in die Entwicklung aller westlichen Industrieländer.

4.4.1 Schweiz

In der Schweiz nahm die Gruppe der über 65-Jährigen in den letzten Jahren zu. Auch die Prognose für die Zukunft zeigt ein weiteres Wachstum dieser Altersgruppe. Im Jahr 2022 gehörten 19.2% der Gruppe der über 65-Jährigen an (vgl. BFS 2023). Im Jahr 2050 wird

mit einem Anstieg auf 25.5% gerechnet. Dies zeigt, dass der Anteil in dieser Bevölkerungsgruppe zunimmt. Das hat zwei Gründe. Einerseits steigt die Lebenserwartung ununterbrochen an und andererseits kommen die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer zwischen 2020 und 2030 in Rente (vgl. Bundesamt für Statistik 2020: 2). In 25 Jahren wird voraussichtlich jede vierte Person im heutigen Rentenalter sein.

4.4.2 Deutschland

Auch in Deutschland wächst die Anzahl Menschen im Pensionsalter. Während viele Menschen ihr Leben im Zweiten Weltkrieg (1939 bis 1945) verloren haben, gehören nun auch die Nachkriegsgenerationen zu der Gruppe der Pensionierten (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 14). Im Jahr 2021 belief sich der Anteil der über 67-Jährigen in Deutschland auf 16.4 Prozent der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 2050 wird je nach Berechnungsvariablen mit einem Anteil von 19.5-20.4 Prozent gerechnet (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland o.J.).

4.4.3 Österreich

In Österreich wird dieselbe demographische Entwicklung erwartet. Im Jahr 2022 gehörten 19.5 Prozent der Gruppe der über 65-Jährigen an. Im Jahr 2050 wird bei einer mittleren Variante mit einem Anstieg auf 27.8 Prozent gerechnet (vgl. Statistik Austria o.J.).

In allen drei Ländern wird ein deutlicher Anstieg von Menschen über 65 beziehungsweise über 67 Jahren in den kommenden 25 Jahren erwartet. Die frappanteste Zunahme wird in Österreich mit mehr als acht Prozent erwartet.

4.5 Aging in Place

Das Konzept des «Aging in Place» stammt aus der Geriatrie. Es beschreibt das Alt werden an Ort und Stelle, das heißt im eigenen Zuhause. Es gibt keine einheitliche Definition des Konzepts, welche allgemein anerkannt ist. Im Verlauf der Zeit hat sich der Begriff zudem weiterentwickelt und wurde jeweils mit neuer Bedeutung gefüllt.

Die Definition nach Höpfling beschreibt, dass die Menschen auch bei schlechterer Gesundheit selbstständig in ihrer Wohnung und der Umgebung verbleiben können sollen. Benötigte Hilfe wird in den eigenen vier Wänden installiert. Dies fügt sich auch in die

politische Entwicklung ein, welche effiziente Betreuung und eine Kostenreduktion anstreben, mit dem Slogan "Ambulant vor Stationär" (vgl. 2020: 13).

Kritisiert wird an dieser engen Definition, dass bei ungeeigneten Wohnsituationen ein früher Umzug in ein Wohnsituation, die eher den Bedürfnissen der alternden Person entspricht, zielführender sein könnte und die Lebensqualität positiver beeinflussen würde als ein Festhalten an einer ungunen Wohnsituation. Zudem könnte es Altersdiskriminierung Vorschub leisten, da Eigenschaften wie Starrsinn hinter einem unbedingten Festhalten an der Wohnsituation vermutet werden könnten (vgl. ebd.).

Eine Studie aus «The Gerontologist» hat mehrere Quellen, die mit dem Begriff «Aging in Place» arbeiten, verglichen und selber eine übergreifende Definition erstellt, die ein möglichst umfassendes Bild von «Aging in Place» vermitteln soll. «Aging in Place» wird anhand dreier Dimensionen definiert. Die eine Dimension ist der Wohnort und die Frage, welche Unterstützungen und welche Anforderungen damit verbunden sind. Die zweite Dimension ist die Person mit ihren Eigenschaften und Bedürfnissen. Die dritte Dimension ist die Zeit. Damit soll aufgezeigt werden, dass auch das Wohnen ein Prozess ist, der Veränderungen unterworfen ist. Das Wichtigste, laut dieser Definition, ist, dass die Person selbstbestimmt ihre Wohnsituation aussucht und am Gemeinschaftsleben desselben teilnehmen kann (vgl. Rogers/Ramadhani/Harris 2020: 9). Die übergreifende Definition lautet wie folgt: "One's journey to maintain independence in one's place of residence as well as to participate in one's community." (ebd.: 1)

Diese Definition ist viel offener und schliesst auch einen Umzug in ein nahegelegenes Altersheim nicht aus, wenn dies von der Person gewünscht ist. Allgemein entspricht der Ausschluss eines Umzugs nicht mehr dem Zeitgeist. Menschen in allen Alterskategorien ziehen öfter um als früher, weshalb auch ein Umzug auf Grund von Altersbeschwerden nicht in jedem Fall negativ sein muss. Das Wichtigste ist, dass die Teilhabe weiterhin gewährleistet ist (vgl. ebd.: 9).

Anders sieht es bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung aus. Bei ihnen ist ein Umzug, wann immer möglich, zu vermeiden. Jokine et al. weist in diesem Zusammenhang darauf hin, «transfer trauma can further exacerbate the situation and result in increased stress experienced by the individual with dementia» (Jokinen et al. 2013: 13).

5 Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter

Laut Haveman und Stöppler liegt bei der Eingrenzung der Personengruppe der alten Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in zwei Bereichen Ungenauigkeiten vor, denn weder «Alter» noch «kognitive Beeinträchtigung» lassen sich ganz genau eingrenzen (vgl. 2020: 22). Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung werden in statistischen Befragungen oft in Kategorien unter und über 65 Jahre eingeteilt, in Kategorien vor und nach der Pension. Bei Erhebungen zum Thema «Alter und kognitive Beeinträchtigung» wird die Altersgrenze unterschiedlich gesetzt. Die Grenzen liegen zwischen 50 und 65 Jahren, bei den Studien, die in dieser Arbeit erwähnt werden. Bei der Definition der kognitiven Einschränkung wird sich an Kapitel 2.2 dieser Arbeit orientiert.

5.1 Demographische Entwicklung bei Menschen mit Beeinträchtigung im Alter

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung werden in den westlichen Industrieländern im Durchschnitt immer älter (vgl. Dieckmann/Giovis/Röhm 2016: 55). Seit den 50er-Jahren wird in vielen Ländern dazu geforscht und die Tendenz der steigenden Lebenserwartung ist überall klar erkennbar (vgl. ebd.: 57). Internationale Vergleiche zeigen weiter, dass die Lebenserwartung stark mit dem Schweregrad der Beeinträchtigung zu tun hat. Dies hängt mit genetischen Veränderungen oder neurologischen Erkrankungen zusammen, die bei schwer oder schwerst beeinträchtigten Menschen häufig vorliegen. Diese Veränderungen führen zu einer höheren Sterblichkeitsrate in jungen Altersgruppen (vgl. ebd.: 60).

Laut Dieckmann et al. ist die Beschäftigung mit der Lebenserwartung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung entscheidend, da sie einen Indikator für Lebensqualität und die Teilhabechancen für diese Personengruppe darstellen (vgl. ebd.: 56).

5.1.1 Deutschland

In Deutschland gab es bis zu der Untersuchung von Dieckmann et al. im Jahr 2013 keine Untersuchung über die Lebenserwartung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung (vgl. ebd.). Durch die Massenermordung von Personen mit Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen im Zweiten Weltkrieg hat Deutschland auch weniger Erfahrung mit der Betreuung dieser Personengruppen im Alter (vgl. ebd.).

Die Studie von Dieckmann et al. zeigt, dass Frauen mit kognitiver Beeinträchtigung im Schnitt älter werden als Männer mit kognitiver Beeinträchtigung. Die Durchschnittslebenserwartung in Deutschland liegt bei Frauen bei 82.5 und bei Männern bei 77.3 Jahren. Die Lebenserwartung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung liegt zwischen 6 und 12 Jahren darunter (vgl. ebd.: 68).

Laut der Erhebung aus Westfalen-Lippe zur Wohnform von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ist jede dritte Person 50 Jahre oder älter (vgl. Thimm et al. 2019: 223). Wie bereits im Kapitel 3.1 beschrieben, lassen sich die Ergebnisse auf ganz Deutschland übertragen. Das heisst, dass bereits ein Drittel aller erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in Deutschland dieser Kategorie angehört.

5.1.2 Österreich

Auch in Österreich ist aufgrund der fehlenden Jahrgänge von Menschen mit Beeinträchtigungen, welche im 2. Weltkrieg zwischen 1939 und 1945 systematisch umgebracht wurden, ein rasanter Anstieg von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter zu erkennen (vgl. Lebenshilfe AT o.J.). Zum jetzigen Zeitpunkt leben 185`000 Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in Österreich, wie viele davon bereits über 50 Jahre alt sind, ist leider nicht erfasst. Es wird aber mit einer Verzehnfachung bis 2030 von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung über 60 Jahre gerechnet (vgl. ebd.).

5.1.3 Schweiz

In der Schweiz lebten 113`938 Menschen mit lebenslanger Beeinträchtigung, die über 65 Jahre alt sind, in Alters- und Pflegeheimen (vgl. BFS 2021). Menschen mit Beeinträchtigungen, die andere Wohnangebote nutzen oder selbstständig leben, wurden nicht erfasst.

5.2 Alterungsprozesse

Wie das Alter, lassen sich auch die Alterungsprozesse in verschiedene Dimensionen einteilen. Hier beleuchtet werden der biologische, der psychische und der soziale Alterungsprozess (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 37). Pollmächer und Holthaus stellen fest, dass der Alterungsprozess bei jedem Individuum unterschiedlich abläuft, sowohl bei Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung (vgl. 2013: 75). Zudem lassen sich

keine Hinweise finden, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung früher altern als andere Menschen (vgl. Müller/Gärtner 2016: 77).

5.2.1 Biologischer Alterungsprozess

In Anlehnung an Böger, Kanowski und Engel beschreiben Haveman und Stöppler neun verschiedene Prozesse, die bei der biologischen Alterung im Körper ablaufen. Beispielsweise nehmen die Organe und Muskeln an Grösse und Gewicht ab und der Stoffwechsel verlangsamt sich (vgl. 2020: 38). Dazu kommen die äusseren Faktoren wie die Umgebung mit eventuellen toxischen Substanzen, förderlichen oder hinderlichen kulturellen Einflüssen, der Lebensstil und die vorhandene medizinische Betreuung (vgl. ebd.: 37f).

Laut McCarron et al. haben Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung dieselben Erkrankungsrisiken wie die restliche Bevölkerung (vgl. 2013: 525). Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung haben jedoch ein höheres Risiko an Adipositas zu erkranken und es gibt auch Anzeichen dafür, dass sie früher «schwach und gebrechlich» werden. Die Gebrechlichkeit setzt im Schnitt bis zu fünfzehn Jahre früher ein als bei der Allgemeinbevölkerung (vgl. Müller/Gärtner 2016: 77f). Diese beiden Aspekte können dazu führen, dass altersbedingte Themen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in einem früheren kalendarischen Alter aktuell werden als bei anderen. Haveman und Stöppler beschreiben, dass viele Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung weitere körperliche Beeinträchtigungen haben, welche sich auch beschleunigend auf den Alterungsprozess auswirken können. Beispielsweise haben Menschen mit Trisomie 21 ein signifikant höheres Risiko, mit einem Herzfehler geboren zu werden (vgl. 2020: 38).

5.2.2 Psychischer Alterungsprozess

Auch das Gehirn ist einem Alterungsprozess unterworfen. Es findet ein Abbau der Neuronen statt und die Interaktion zwischen den Zellen nimmt ab. Das Hirngewicht sinkt vom 30. bis zum 75. Lebensjahr um durchschnittlich 56%. Dies hat Konsequenzen auf der kognitiven und emotionalen Ebene (vgl. ebd.: 43).

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung haben allgemein eine höhere Vulnerabilität bei psychischen Erkrankungen gegenüber der restlichen Bevölkerung (vgl. Dieckmann/Metzler 2013: 38). Dazu kommen psychische Erkrankungen, welche häufig erst im höheren Alter auftreten, wie Demenz. Auch da haben Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ein

fünfmal höheres Risiko zu erkranken (vgl. Müller/Gärtner 2016: 78). Als Erklärung für dieses deutlich erhöhte Risiko, lässt sich die Hypothese der kognitiven Reserven heranziehen. Diese geht davon aus, dass eine kognitive Reserve unterschritten werden muss, damit pathologische Prozesse, wie der Beginn einer Demenzerkrankung, stattfinden können. Diese Reserve ist bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung kleiner, was dazu führt, dass sie die kritische Grenze öfter unterschreiten (vgl. ebd.: 78). Zusätzlich bewegen sich Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Durchschnitt weniger, was ein weiterer Risikofaktor für Demenz aber auch für körperliche Erkrankungen ist (vgl. Evenhuis et al. 2012: 936).

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, die heute alt sind, haben in ihrer Kindheit und Jugend zudem oft gesundheitliche und psychische Schädigungen durch ihre Versorgung in Grosseinrichtungen und Psychiatrien erlitten. Die Abschottung vom gewohnten Umfeld sowie die unpersönliche und rigide Erziehung wirkten sich negativ auf die psychische Verfassung der Menschen aus und wirken teilweise bis heute nach (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 59).

5.2.3 Sozialer Alterungsprozess

Der soziale Alterungsprozess für die breite Bevölkerung wird bereits in den Kapiteln 4.1.4 beschrieben sowie in den Alterskonzepten unter 4.3.

Bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ist die berufliche Stellung häufig eine der wichtigsten Positionen, die sie in ihrem erwachsenen Leben innehaben. Oft fühlen sich Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung an ihrem Arbeitsort wirksam, sind in eine Gemeinschaft eingebunden und pflegen soziale Kontakte. Mit der Pension geht diese Position genauso verloren wie auch bei Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung. Oft hat es aber stärkere Auswirkungen, da die Arbeit nicht nur die Tagesstruktur, sondern auch viele weitere Bedürfnisse abgedeckt hat und Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung nicht dieselben Möglichkeiten haben, dies zu kompensieren (vgl. ebd.: 50).

Die Stigmatisierung des Alters und der Beeinträchtigung führen bei alten Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zu einer zweifachen Stigmatisierung. Häufig wird Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung die Erwachsenenrolle verweigert. Sie werden weiterhin wie Kinder behandelt, was von den Betroffenen oft verinnerlicht wird und sich wieder auf ihr Verhalten und ihre Erscheinung auswirkt (vgl. ebd.).

5.3 Ausgangslagen

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung durchlaufen also den gleichen Alterungsprozess wie die restliche Bevölkerung. Wobei sie bei einigen altersbedingten Erkrankungen ein höheres Risiko haben. Dieses Kapitel beschäftigt sich nun damit, auf welche Umweltbedingungen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung treffen, wenn sie alt werden.

Wieland betont, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung nach der Pension mit erschwerten Lebensbedingungen zurechtkommen müssen. Es stehen meist weniger externe Ressourcen zur Verfügung als den meisten anderen Menschen nach der Pension (vgl. 2013: 112).

Dieckmann hat aufgelistet welche Bereiche betroffen sind:

- geringere Schul- und Berufsbildung
- kleineres familiäres Umfeld und kaum stabile Partnerschaften
- von Sondersetting geprägte Biographie
- auch im Erwachsenenalter wenig Zugang zu Bildungsangeboten
- soziale Beziehungen finden überwiegend in den Einrichtungen statt
- fragile Gesundheit
- Erfahrung von Fremdbestimmung und traumatische Gewalterfahrungen

(vgl. Dieckmann et al. 2013: 27f)

Ein weiterer Punkt ist die prekäre finanzielle Situation von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Vergleich mit vielen anderen Menschen nach der Pension (vgl. Kühnert/Kricheldorf 2019: 216). Bei der Arbeit im zweiten Arbeitsmarkt in einer Werkstatt oder einem Atelier, lässt es der Verdienst nicht zu, finanziell für das Alter vorzusorgen, um die staatliche Rente zu ergänzen (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 114f).

Natürlich ist nicht jede Person der besprochenen Gruppe in jedem dieser Bereiche mit weniger Ressourcen ausgestattet, aber die Mehrheit der heutigen alten Menschen mit Beeinträchtigung sind davon betroffen (vgl. Franz 2016: 11).

Die Begleitpersonen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter werden ebenfalls vor zusätzliche Herausforderungen gestellt. Oft werden Veränderungen im Verhalten oder der Fähigkeiten dem Alter zugeschrieben und dadurch gesundheitliche

Probleme nicht erkannt, welche unabhängig vom Alter auftreten. Oder altersbedingte Beeinträchtigungen werden als Teil der Grundbeeinträchtigung interpretiert. Beide Fehleinschätzungen können gravierende Folgen wie medizinische Unterversorgung mit sich bringen (2013: 374). McCarron resümiert zudem, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung auch im Sterbeprozess schlechter begleitet werden. Es werden oft inadäquate und nicht palliative Interventionen gewählt, da Fehleinschätzungen vorliegen, ob sich die Person bereits im Sterbeprozess befindet (vgl. 2010: 249).

Nicht unerwähnt bleiben sollte, dass die Erfahrung mit Einschränkungen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter die Annahme der altersbedingten Veränderungen und Einschränkungen erleichtern kann. Die Gelassenheit und Akzeptanz dieser Tatsachen können eine wichtige Ressource sein (vgl. Dieckmann et al. 2013: 28).

5.4 Wohnbedürfnisse und Wohnwünsche

Im Alter verändern sich Bedürfnisse und Wünsche in einigen Lebensbereichen. Ein Bereich, der im vierten und fünften Alter an Bedeutung gewinnt, ist das Wohnen. Es wird mehr Zeit im eigenen Wohnumfeld verbracht und die Möglichkeit zur Anpassung wird geringer (vgl. Franz 2016: 6). Die Wohnbedürfnisse werden im höheren Alter bei Menschen mit und ohne Beeinträchtigung demzufolge zentraler. Folgende fünf Bereiche sind laut Theunissen für ein bedürfnisdeckendes Wohnen relevant: Menschen im höheren Alter brauchen eine sichere und Schutz bietende Umgebung, ein Gleichgewicht zwischen Geborgenheit und Distanz, Routinen im Alltag und ein Vertrauensverhältnis zu ihrem Umfeld. Ebenso sind die Möglichkeit, Kontakte zu pflegen, sich selbst ausdrücken zu können und aktiv teilzuhaben ein zentrales Anliegen (vgl. 2010: 59).

«Die Wohnung ist der Raum, der es ermöglicht Individualität zu leben, schafft Privatheit, ist der Ort maximaler individueller Souveränität und persönlicher Integrität.» (Wacker 1999: 22) Wacker zeigt mit dieser Aussage auf, dass Wohnen weit mehr Bedeutung hat als ein Platz, um seine Bedürfnisse nach Schlaf und Nahrungsaufnahme zu stillen.

Ein weiterer Teil der Wohnbedürfnisse hängt eng mit dem Zustand der Gesundheit und möglicher Einschränkungen zusammen. Eine passende Wohnsituation zeichnet sich dadurch aus, dass auch auf gesundheitliche Veränderungen reagiert werden kann, beispielsweise in Form von raschem Installieren von Pflegedienstleistungen (vgl. Franz 2016: 6).

Schrooten et al. realisierten 2019 ein Projekt und eine Begleitforschung zu Wohnwünschen von Menschen mit komplexer Beeinträchtigung. Die Zielgruppe besteht aus Menschen mit kognitiver und gleichzeitig körperlicher Beeinträchtigung. Der Bericht fasst Wohnbedürfnisse sehr eng und orientiert sich dabei an der Maslowschen Bedürfnispyramide. Die weiteren Ansprüche an den Wohnraum werden als Wohnwünsche deklariert (vgl.: 228). Weiter wird unterteilt zwischen allgemeinen und behinderungsspezifischen Wohnwünschen. Allgemeine genannte Wohnwünsche sind Stadtnähe, ruhige Umgebung mit ausreichend Wohnraum und kurze Pendeldistanzen zur Arbeit und Angehörigen. Die behinderungsspezifischen Wohnwünsche betreffen die Barrierefreiheit und eine individuelle Umgebung ohne Heimcharakter. Da einige der Teilnehmenden keine Vergleichsmöglichkeiten betreffend Wohnumgebung haben und nicht das Gefühl einer Wahlfreiheit vermittelt bekommen haben, fällt es ihnen auch schwer, konkrete Wünsche zu formulieren. Dies erschwert die Erhebung von Wohnwünschen (vgl. ebd.: 231). Die Forschung kam zum Ergebnis, dass eine nicht bedürfnisgerechte Wohnsituation die Lebensqualität der Teilnehmenden negativ beeinflusst (vgl. ebd.: 228).

Der Wohnraum für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter sollte frei von Hindernissen sein, um die Stolpergefahr zu minimieren. Rampen für Rollatoren und Rollstühle und Fahrstühle erleichtern es den Bewohnenden, sich so weit wie möglich selbstständig von einem Ort zum anderen zu bewegen. Zudem ist eine helle und freundliche Einrichtung wichtig. Die Räume sollten so gestaltet sein, dass es sowohl genügend Sitzmöglichkeiten für Pausen gibt, dass sie aber auch zu Bewegung und Aktivität einladen (vgl. Müller/Gärtner 2016: 134f).

5.5 Selbstbestimmung

Selbstbestimmung ist in westlichen Ländern ein wichtiger Wert. Ein autonomes Leben mit der Verwirklichung der eigenen Projekte und nach den eigenen Vorstellungen wird als Ideal angesehen. Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung wurde der Wunsch nach Autonomie aberkannt und der Fokus auf ihre Defizite gelegt. Seit einigen Jahren ist Selbstbestimmung ein wichtiges Konzept in der Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigung geworden (vgl. Dederich/Jantzen 2009: 183).

Selbstbestimmung wird nicht einheitlich definiert. Je nach Strömung ist es eine Forderung nach mehr Unabhängigkeit von begleitenden Akteuren und Akteurinnen oder es wird als

umfassendes agogisches Konzept postuliert. Selbstbestimmung beinhaltet nach Wüllenweber et al. die Möglichkeit, auf die eigenen Stärken und Fähigkeiten zurückzugreifen, eigene Ziele zu verfolgen, sein Verhalten selbst zu kontrollieren und sein eigenes Selbst zu erkennen. Dies ist ein Lernprozess, um die Fähigkeit der selbstbestimmten Entscheidung einzuüben. In der pädagogischen und agogischen Arbeit gibt es viele Programme, die diesen Lernprozess zum Thema haben (vgl. Wüllenweber/Theunissen/Mühl 2006: 241).

Ein Konzept, bei dem die Selbstbestimmung eine zentrale Rolle spielt, ist die Funktionale Gesundheit. Das Ziel dieses Konzeptes ist es, dass Menschen möglichst kompetent und normalisiert am Leben teilhaben können. Ein zentraler Aspekt ist hier die Selbstbestimmung (vgl. Oberholzer 2008: 47). Im Konzept wird zudem betont, dass die Selbstbestimmung Räume braucht, in der sie gefördert wird und sich an den Kompetenzen der Person orientiert (vgl. ebd.: 46).

Das Ziel der Selbstbestimmung ist, dass Menschen ihr Leben nach eigenen Vorstellungen und Zielen, unabhängig von den Vorstellungen des Umfelds, gestalten können (vgl. Wüllenweber et al. 2006: 241).

Strittig bei der Definition von Selbstbestimmung ist, wie weit diese geht und durch welche Faktoren sie begrenzt wird. Waldschmidt befürchtet, dass bei der Selbstbestimmung als alleiniger Fokus, die Sensibilität für die Auseinandersetzung mit der Umwelt verloren geht (vgl. ebd.: 242).

Eine Deutung von Selbstbestimmung, die beide Aspekte integriert, ist von Mühl. Er beschreibt Selbstbestimmung als «die Möglichkeit des Individuums, Entscheidungen zu treffen, die den eigenen Wünschen, Bedürfnissen, Interessen oder Wertvorstellungen entsprechen, und demgemäß zu handeln. [...] Selbstbestimmung hat jedoch Grenzen. Sie liegen da, wo die Selbstbestimmung der eigenen Person die Selbstbestimmung anderer Personen in Frage stellt» (2000: 80).

6 Wohnformen von Menschen im Alter mit und ohne Beeinträchtigung

Aufgrund der lückenhaften Datenlage über Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter und ihrer Wohnsituation in Österreich und der Schweiz wird in dieser Arbeit bei den aktuellen Wohnformen keine Aufteilung zwischen Deutschland, Österreich und der Schweiz vorgenommen. Bei den Wohnformen im Alter ohne kognitive Beeinträchtigung wurde die Schweiz als Beispiel herangezogen. Bei den Wohnformen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter wird überwiegend die Situation in Deutschland abgebildet und in Kapitel 6.8 werden zwei Wohnbeispiele aus der Schweiz beschrieben.

Um den Entwicklungsbedarf in der Schweiz in Bezug auf Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter erfassen zu können, läuft zurzeit eine Vorstudie der Hochschule Luzern in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule. Die Vorstudie endet im September 2024 und sollte die Grundlage für ein anschliessendes Projekt bilden, welches partizipativ mit Betroffenen und Begleitpersonen den Handlungsbedarf vertieft, erforscht und Entwicklungsmöglichkeiten erarbeitet (vgl. Adler/Fiala o.J.).

6.1 Wohnformen im Alter ohne kognitive Beeinträchtigung aktuell

Die meisten Menschen im Alter in der Schweiz leben in einem Privathaushalt. Der Prozentanteil sinkt mit zunehmendem Alter. Während es bei den 65- bis 79-Jährigen noch 98% sind, sinkt der Anteil auf 66% bei den über 90-Jährigen. Bei den «jungen Alten» überwiegt das Wohnen im Zweipersonenhaushalt. Durch den Verlust des Partners oder der Partnerin nehmen die Einpersonenhaushalte mit steigendem Alter zu. Die Hälfte aller in Privathaushalten lebenden Personen wohnen zur Miete. Die andere Hälfte lebt in ihrem Wohneigentum. Am häufigsten in einem Haus oder einer Wohnung mit vier Zimmern (vgl. Althaus/Birrer 2019: 16f.).

Die Wohnzufriedenheit bei den Menschen im Alter in der Schweiz ist sehr hoch. Knapp 90% der Befragten waren 2022 zufrieden oder sehr zufrieden (vgl. BFS 2022). Diese grosse Zufriedenheit soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass Handlungsbedarf besteht. Durch die lange Wohndauer werden Hindernisse und Einschränkungen oft nicht mehr

wahrgenommen (vgl. Höpflinger 2020: 12). Womit viele ältere Menschen nicht zufrieden sind, ist die Grösse ihrer Wohnung oder ihres Hauses. Die meisten möchten gerne in eine kleinere Wohneinheit umziehen. Dies wird meist aus finanziellen Gründen nicht umgesetzt. Neue, altersgerechte Wohneinheiten sind oft teurer, auch wenn sie über weniger Zimmer und Wohnfläche verfügen (vgl. Althaus/Birrer 2019: 17).

Wenn das Wohnen in den eigenen vier Wänden nicht mehr möglich ist, ziehen die meisten Menschen in ein Alters- und Pflegeheim. Dies geschah 2016 im Durchschnitt mit 81 bis 82 Jahren. Die Menschen blieben durchschnittlich 2.5 Jahre im Alters- und Pflegeheim, bevor sie verstarben (vgl. Höpflinger 2020: 14).

Solche Umzugsentscheide werden in vorsorgende und nachsorgende Umzüge eingeteilt (vgl. Schneider/Reuschke/Friese 2011). Vorsorgende Umzüge sind oft zu Beginn einer neuen Lebensphase. Sie haben das Ziel die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit auch bei steigendem Pflegebedarf zu erhalten. Meist werden die Umzüge von den Betroffenen geplant und der Zeitpunkt des Umzugs selbst gewählt. Nachsorgende Umzüge stehen an, wenn der Unterstützungsbedarf bereits spürbar ist und nicht mehr am aktuellen Wohnort geleistet werden kann. Diese Umzüge finden oft wesentlich später und weniger selbstbestimmt statt (vgl. Haßler/Thimm/Dieckmann 2019: 235).

Der Entscheid oder die Notwendigkeit eines nachsorgenden Umzugs wird häufig durch sogenannte «Kippunkte» ausgelöst. Dies kann eine schleichende Kumulierung von Altersbeschwerden sein, die irgendwann das Wohnen im gewohnten Umfeld verunmöglichen. Oft sind es auch akute Ereignisse wie ein Sturz oder eine Diagnose, die zum Entscheid führen. Beide Arten von Umzügen können durch soziale Isolation oder schwindende finanzielle Ressourcen ausgelöst werden (vgl. Althaus/Birrer 2019: 18). Für viele Menschen ist diese Aussicht mit einem Gefühl von Angst verbunden. Degen spricht von einer Drohkulisse, die sich aufbaut in Bezug auf die Unsicherheit, ob oder wann dieser «Kippunkt» eintritt (vgl. Degen 2016: 18).

6.2 Wohnformen im Alter mit kognitiver Beeinträchtigung aktuell

Nach dem 50. Lebensjahr verändern sich bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung häufig die Wohnformen. Wie die Statistik von Thimm et al. zeigt, leben ab dem 50. Lebensjahr deutlich mehr Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in einem stationären Setting. Vor dem 50. Lebensjahr sind es 34%, danach steigt der Anteil auf 60% an.

Gleichzeitig halbiert sich die Zahl der Menschen, die alleine oder bei ihren Familien leben. Ambulant betreutes Wohnen scheint häufiger auch im Alter über 50 möglich zu sein. Der Anteil sinkt viel geringer, von 21% auf 17% (vgl. Thimm et al. 2019: 221). Diese Angaben zeigen die Situation in Westfalen-Lippe, welche in der Tendenz auf Deutschland übertragbar ist.

Von den Menschen, die in einem stationären Setting wohnen, lebt mehr als ein Drittel in einer allgemeinen oder spezifischen Pflegeeinrichtungen. Ein weiterer Teil lebt in Komplexeinrichtungen. (vgl. ebd.: 224). Wohnen in kleineren, gemeindenahen Wohnformen ist für ältere Menschen nur noch selten möglich (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 132).

6.2.1 Allgemeine Pflegeeinrichtungen

Zu den allgemeinen Pflegeeinrichtungen zählen Alter- und Pflegeheime, die sich nicht auf eine spezifische Klientel ausgerichtet haben. Gründe warum Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in solchen Einrichtungen untergebracht werden sind, weil sie bereits seit dem jungen Erwachsenenalter dort wohnten, weil sie mit einem betagten Elternteil gemeinsam aufgenommen wurden oder weil in der Umgebung keine geeignete Einrichtung zur Verfügung steht. Die Pflegeheime sehen die Integration von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung von problemlos bis sehr herausfordernd. Schwierigkeiten sind, dass sich das Personal nicht kompetent fühlt, Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zu begleiten oder dass die anderen Bewohnenden, Mitbewohnende mit kognitiver Beeinträchtigung nicht akzeptieren. Einfacher scheint es auf Demenzstationen zu sein. Hier wird betont, dass sich die Begleitung weniger unterscheidet (vgl. Grunwald 2013: 202).

Die meiste Fachliteratur steht der Unterbringung von Menschen mit kognitiver Einschränkung in allgemeine Pflegeeinrichtungen eher kritisch entgegen (vgl. Franz 2016: S.6, Haveman/Stöppler 2020: 137, Thimm et al. 2019: 225, Thümmel/Pitsch 2017: 77). Kritisch gesehen wird, dass das Personal in allgemeinen Pflegeeinrichtungen meist agogisch wenig bis gar nicht ausgebildet ist, dass ein deutlich geringerer Betreuungsschlüssel vorgesehen ist und dass sich Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in den Strukturen einer allgemeinen Pflegeeinrichtung nicht zurechtfinden. In Folge des letzten Punktes geht mögliche Teilhabe verloren (vgl. Thimm et al. 2019: 225). Weiter bemängelt werden die weniger tragfesten Beziehungen zu Betreuungspersonen in allgemeinen Pflegeheimen, die durch die geringeren

Zeitressourcen und den häufigen Wechsel des Personals gegeben sind (vgl. Thümmel/Pitsch 2017: 77).

6.2.2 Spezielle Pflegeeinrichtungen

Zu den speziellen Pflegeeinrichtungen gehören Einrichtungen, die entweder ganz auf Menschen im Alter mit kognitiven Beeinträchtigungen spezialisiert sind, oder Abteilungen haben, die auf diese Klientel zugeschnitten sind. Komplexeinrichtungen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung haben häufig eigene Einrichtungen für ihre Klientel im Alter. Ein Teil der Menschen im Alter mit kognitiver Beeinträchtigung lebt in Pflegeheimen mit erhöhtem psychosozialen oder gerontopsychiatrischen Hilfebedarf in eigenen Abteilungen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Weniger verbreitet sind allgemeine Pflegeeinrichtungen mit Abteilungen, die auf Menschen im Alter mit kognitiver Beeinträchtigung spezialisiert sind (vgl. ebd.: 224).

Vereinzelt sind auch inklusive Pflegeeinrichtungen vorhanden, in denen Menschen mit und ohne lebenslange Beeinträchtigung im Alter leben. Ein Beispiel ist das Franziskuswerk in Schönbrunn. Sie bieten Senioren und Seniorinnen mit erhöhtem Pflegebedarf ein Zuhause (vgl. Franziskuswerk o.J.).

Wie bei Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung kann auch bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zwischen vorsorgenden und nachsorgenden Umzügen unterschieden werden. Hier sind beide Umzugsvarianten meist wenig selbstbestimmt. Oft findet ein Umzug statt, weil sich das aktuelle Wohnsetting zu wenig an den gestiegenen Unterstützungsbedarf anpasst. Beispielsweise wird keine Betreuung in der Nacht angeboten oder der Pflegeaufwand wird zu hoch. In diesen Situationen wird die Klientel zu einem Umzug genötigt anstelle einer Anpassung des Angebotes (Haßler et al. 2019: 235). Eine Untersuchung zeigt, dass im Jahr 2014 etwa 5% der alten Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung umgezogen sind. Ein grosser Teil der Menschen ist von Komplexeinrichtungen oder kleineren Wohnheimen in Pflegeeinrichtungen gezogen. Eine kleinere Anzahl Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung hat im Alter aber auch von einem Wohnheim in ein ambulantes Wohnangebot gewechselt (vgl. ebd.: 239).

6.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Wenn die beiden aktuellen Situationen von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung verglichen werden, fällt als erstes die unterschiedliche Datenlage auf. Während über

Menschen im Alter in der Schweiz sowohl die Wohnsituation, die Wohnzufriedenheit, wie auch ein eventueller Umzug in ein Alters- und Pflegeheim flächendeckend dokumentiert wurde, lassen sich über Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter in Deutschland weniger Studien zu ihrer Wohnsituation und Wohnzufriedenheit finden. Meist sind es einzelne Studien, die einen Teil Deutschlands abdecken.

Ein weiterer Umzug im Alter in eine Pflegeeinrichtung scheint für Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung zurzeit Realität zu sein, wenn sie ein gewisses Alter erreichen und Unterstützung benötigen. Menschen ohne Beeinträchtigung empfinden die Tatsache, dass sie auf Grund eines Unfalls oder eines schleichenden Abbaus der Fähigkeiten in eine Pflegeeinrichtung ziehen müssen, oft als bedrohliche Vorstellung (vgl. Degen 2016: 18). Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurden dazu konkret nicht befragt, die in Kapitel 5.2.2. festgestellte, erhöhte psychische Vulnerabilität von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, legt den Gedanken nahe, dass ein so einschneidendes Erlebnis, wie ein Umzug, auch bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung Ängste auslösen kann.

Ein grosser Unterschied, stellt die Verweildauer im Pflegeheim dar. Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung leben in der Schweiz 2.5 Jahre im Alters- oder Pflegeheim, bevor sie sterben (vgl. Höpflinger 2020: 14). Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung verbringen häufig ihre gesamte Lebensphase «Alter» in einer allgemeinen oder speziellen Pflegeeinrichtung (vgl. Thimm et al. 2019: 225). Dieser Zustand wird dahingehend kritisiert, dass Pflegeheime auch für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung auf keinen Fall zum Lebensort für das gesamte Alter werden sollen (vgl. ebd.: 226).

6.4 Wünsche und Sorgen in Bezug auf die Wohnform

Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung machen sich Gedanken, wie ihr Leben im Alter aussehen könnte oder sollte. Da Wohnen einen zentralen Stellenwert im Alter hat, sind auch diesbezüglich Sorgen und Wünsche vorhanden.

6.4.1 Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung

Über zwei Drittel der Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung wünschen sich auch bei erhöhtem Pflege- und Unterstützungsbedarf weiterhin in ihrem bisherigen Zuhause wohnen zu können. Ein Fünftel würde gerne in ein betreutes Wohnen oder ein anderes Wohnkonzept für Menschen im Alter ziehen, wenn sie Pflege und Unterstützung benötigen. Je etwa 5% der Menschen, würden am liebsten bei ihren Angehörigen wohnen und 5 % in

ein Alters- und Pflegeheim ziehen. Die Wünsche bezüglich des Wohnorts bleiben auch mit zunehmendem Alter konstant (vgl. Spangenberg et al. 2012: 6). Auch wenn der Wunsch im Alter in ein Alters- und Pflegeheim zu ziehen nur bei 5% der Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung besteht, lebten 2018 30.8% der über 85-Jährigen und 92.4% der über 95-Jährigen in dieser Wohnform (vgl. Höpflinger 2020: 14). Seit dem Aufkommen ambulanter Pflegeleistungen, wie der Spitex, ab den 2000 Jahren und der tendenziell besseren Gesundheit im Alter sind die Heimeintritte in fast allen Alterskategorien zurückgegangen (vgl. ebd.: 13). Dennoch zeigen diese Zahlen, dass nicht alle Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung die ganze Lebensphase «Alter» dort wohnen können, wo sie möchten.

6.4.2 Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung unterscheiden sich in ihrem Wunsch, im Alter in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben, nicht von Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung (vgl. Dieckmann 2015: 13).

Allgemeine Wünsche von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in Bezug auf das Älterwerden sind: soziale Kontakte stärker pflegen zu können und der Wunsch nach Mitbestimmung im Alter. Sorgen bereitet die Vorstellung, nicht mehr gebraucht zu werden und die allgemeine Frage, wie es ist alt zu sein (vgl. Degen 2016: 21). Auch wenn sich diese Sorgen und Wünsche nicht direkt auf die Wohnform beziehen, trägt eine passende Wohnsituation dazu bei, dass auf die Wünsche eingegangen werden kann.

6.5 Herausforderungen in Bezug auf die Wohnform von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter

Einige Herausforderungen der Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, eine passende Wohnform für die Lebensphase «Alter» zu finden, ergeben sich durch die in Kapitel 5.3 beschriebenen Ausgangslagen. Beispielsweise die fehlende individuelle Altersvorsorge und die dadurch geringeren finanziellen Mittel im Alter, schränkt die Wohnmöglichkeiten drastisch ein (vgl. Kühnert/Kricheldorf 2019: 216). Auch die beschriebene fehlende Bildung und Förderung erschwert es heutigen alten Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung so zu wohnen wie sie möchten. Alternativen zu ihren eigenen Wohnmöglichkeiten sind ihnen häufig nicht bekannt. Es fällt vielen schwer, Wünsche und Bedürfnisse zu artikulieren und auch die Umsetzung ist erschwert (ebd.: 215).

Die Adaption von gerontologischen Modellen wie «Aging in Place» welches in Kapitel 4.5 näher beschrieben wird, ist grundsätzlich erstrebenswert. Eine Herausforderung stellt die Tatsache dar, dass längst noch nicht alle Wohnangebote für jüngere Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung echte Teilhabe leben. Bei der Gestaltung der neuen Angebote sollten alte Einschränkungen nicht übernommen werden (vgl. Müller/Gärtner 2016: 94f).

«Aging in Place» als Modell ist bei jeder Form der Beeinträchtigung als Orientierung für Wohnangebote für Menschen im Alter zu befürworten. Für die Wohnheime kann es aber eine grosse Herausforderung sein, die Menschen die zusätzlich altersbedingte Beeinträchtigungen entwickeln, weiter zu begleiten. Gerade bei Erkrankungen wie Demenz, ist wie in Kapitel 4.5 beschrieben, ein Verbleib am Ursprungsort, besonders wichtig. Gleichzeitig steigt der Betreuungsbedarf und eventuell entspricht die Wohnsituation nicht mehr den Bedürfnissen der Person. Weil beispielsweise keine geschlossenen Bereiche zur Verfügung stehen, in denen sich eine Person mit Demenz frei bewegen könnte, ohne die Gefahr, dass sie zu weit läuft und sich verirrt. Hier müssen die Interessen der Person und auch die der Begleitpersonen sorgfältig abgewogen werden (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 140f).

6.6 Handlungsbedarf

Die UN-BRK, die von allen drei Ländern im deutschsprachigen Raum ratifiziert wurde, fordert in Art. 19, für Menschen mit Beeinträchtigung freie Wahl der Wohnsituation (Walhalla Fachredaktion 2023: Art. 19). Wie die vorherigen Unterkapitel von Kapitel 6 zeigen, ist dies zurzeit nicht der Fall. Ein Zwang in eine bestimmte Wohnform wie ein Pflegeheim ist nicht zulässig. Hier besteht Handlungsbedarf, die nötige Begleitung und Unterstützung zukünftig personenzentriert anzubieten (Haßler et al. 2019: 235). Aus diesem sehr allgemeinen und umfassenden Handlungsbedarf ergibt sich weiterer Handlungsbedarf, welcher das Ziel der freien Wohnortwahl schrittweise erreichen könnte.

Degen fordert eine Überwindung der Kategorien des ambulanten und stationären Wohnens. Die Grenzen sollten fließender sein und das Angebot auf die Klientel passgenau zugeschnitten werden. So entstehen kleinere und flexible Wohnangebote, welche das Leben im Quartier oder der Region mit einbeziehen, um keine «Pflegeheimsonderwelt» mehr zu generieren (vgl. 2016: 20f).

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sollten besser beraten und informiert werden, wenn es darum geht, Umzugsentscheide zu treffen. Dabei sollte eine echte Wahlmöglichkeit bestehen, die eine selbstbestimmte Entscheidungen zulässt. Ein steigender Pflegebedarf darf kein Grund für einen fremdbestimmten Umzug mehr sein (vgl. Kühnert/Kricheldorf 2019: 216).

Auch die Mitarbeitenden und Leitungspersonen der Wohnheime selber sehen einen Handlungsbedarf. Bei einer Befragung wurde festgestellt, dass über die Hälfte der Befragten Fort- und Weiterbildungen zum Thema Alter und altersspezifischen Erkrankungen wie Demenz notwendig finden. Auch einrichtungsinterne Konzepte für diese Zielgruppe sollten geplant und entwickelt werden. Notwendig sind spezielle Wohnangebote und ein darauf angepasster Betreuungsschlüssel (vgl. Grunwald 2013: 196).

6.7 Aktuelle Entwicklung der Wohnangebote

Bei jüngeren Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ist die Selbstbestimmung bei der Entscheidung für eine Wohnform bereits in vielen Fällen die Norm. Es entwickeln sich langsam weitere Wohnformen, die auch den Menschen im Alter offen stehen (vgl. Thimm et al. 2019: 226).

Eine neuere Wohnform ist das gemeinschaftliche Wohnen. Menschen leben dabei weniger eng zusammen als in Wohngruppen. Die sogenannten Clusterwohnungen bieten eine kleine private Wohnung und einige Gemeinschaftsräume zum gemeinsamen Kochen oder für gemeinsame Freizeitaktivitäten. Dies ermöglicht gegenseitige Hilfe, gemeinsame Unternehmungen, aber auch die Möglichkeit, sich zurückzuziehen und nach seinen individuellen Vorstellungen zu leben (vgl. Höpflinger 2020: 15).

Auch das Leben im Quartier ist eine neue Sonderform für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter. Dazu werden Wohnungen für Einzelpersonen, Paare oder kleine Wohngruppen in einem belebten urbanen Quartier angemietet. Die Bewohnenden können ihre täglichen Besorgungen zu Fuss in ihrer Umgebung erledigen und Termine eher selber wahrnehmen, wenn der Ort zu Fuss erreicht werden kann. Die Angebote aus dem Quartier können genutzt und durch spezifische Leistungen ergänzt werden. Diese Wohnform ist vor allem für Menschen geeignet, die sich in Stadtnähe und unter unterschiedlichen Menschen wohlfühlen. Kontakte müssen durch Eigeninitiative aufgebaut und gepflegt werden, dies kann für einige Menschen anspruchsvoll und anstrengend sein. Besonders bei Menschen,

die alleine wohnen, ist es aber wichtig, Kontakte zu pflegen, um nicht zu vereinsamen (vgl. Thümmel/Pitsch 2017: 88f).

6.8 Aktuelle Beispiele aus der Schweiz

In der Schweiz sind leider zurzeit keine Daten über die Wohnsituation von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter vorhanden. Es werden nun zwei Wohnheime vorgestellt, welche sich bereits mit dem Thema auseinandergesetzt haben. Die Informationen, die nicht mit anderen Quellen versehen sind, stammen aus einem schriftlichen und einem mündlichen Interview.

6.8.1 Stiftung Bernaville

Die Stiftung Bernaville befindet sich in Schwarzenburg im Kanton Bern. Sie bietet verschiedene Wohn-, Arbeits-, Beschäftigungs- und Ausbildungsmöglichkeiten (vgl. Stiftung Bernaville o.J.). Es wurden vor kurzem 4.5- und 5.5-Zimmerwohnungen auf dem Stiftungsgelände gebaut, welche nun von 3er- und 4er-Wohngemeinschaften bezogen wurden. Darunter befinden sich auch zwei Senioren-Wohngemeinschaften. Bei den Wohngemeinschaften haben die Bewohnenden ihre Mitbewohner und Mitbewohnerinnen selber ausgewählt. Weiter wird auch eine klassische Senioren- und Seniorinnen-Wohngruppe geführt. Diese unterscheidet sich von den anderen Wohngruppen dahingehend, dass die Bewohnenden mehr Zeit auf der Wohngruppe verbringen und dadurch mehr Personal für die Begleitung von Nöten ist. Auch die Abnahme der Fähigkeiten führt zu einem zunehmenden Bedarf an Unterstützung, welcher vom Wohngruppen-Team aufgefangen werden muss. Die altershomogenen Wohngruppen werden von den Bewohnenden geschätzt, weil die Bedürfnisse nach mehr Ruhe und Erholungszeit geteilt werden. Bei steigendem Pflegebedarf muss aber sowohl die Seniorenwohngemeinschaft wie auch die Seniorenwohngruppe verlassen werden. Ein Umzug in ein Pflegeheim steht bevor (Interview mit Abteilungsleiterin Wohnen im Alter Bernaville 2024).

Die Bewohnenden ziehen anschliessend meist in allgemeine Pflegeheime in der Nähe ihrer Angehörigen. Einige finden in einem nahegelegenen Wohnheim mit Pflegeabteilung einen neuen Wohnplatz (Interview mit Abteilungsleiterin Wohnen im Alter Bernaville 2024).

6.8.2 Seelandheim

Das Seelandheim befindet sich in Worb im Kanton Bern. Es bietet verschiedene Wohnmöglichkeiten im Alter an, wie Alterswohnungen, gerontopsychiatrische Wohngruppen wie auch klassische Alters- und Pflegeheimplätze. Weiter beinhaltet das Angebot auch mehrere Wohngruppen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung oder Mehrfachbeeinträchtigungen (vgl. Seelandheim o.J.). Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter wohnen teilweise in altersdurchmischten Wohngruppen, es besteht aber auch die Möglichkeit, in eine Wohngruppe speziell für diese Klientel zu ziehen. Auf dieser Wohngruppe arbeiten gemischte Teams aus Personen mit medizinischem und Personen mit pädagogischem Hintergrund. So können die Bewohnenden optimal begleitet werden und können auch bei steigendem Pflegebedarf in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben. Der Austausch in interdisziplinären Teams ermöglicht einen breiteren Fokus, da unterschiedliches Fachwissen zusammenkommt. Das Seelandheim spürt den wachsenden Bedarf an Wohnplätzen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter und plant weitere Angebote für Wohnmöglichkeiten und Tagesstrukturen (Interview mit Bereichsleitung Menschen mit Beeinträchtigung Seelandheim 2024).

7 Schlussfolgerungen

Die vorangegangenen 6 Kapitel lassen eine Vielzahl an Schlussfolgerungen zu. Sie werden nun thematisch geordnet dargestellt.

7.1.1 Schlussfolgerung zur Situation von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter

Die älteste herangezogene Theorie in dieser Arbeit ist das Normalisierungsprinzip. Auch wenn es bereits seit ca. 60 Jahren als Forderung besteht, wird es weder auf staatlicher noch auf agogischer Ebene vollumfänglich erfüllt. Sichtbar wird das besonders bei der 7. Forderung nach einem wirtschaftlichen Standard, welcher dem der durchschnittlichen Bevölkerung entspricht (vgl. Thimm 1995: 20). Auf das Alter und die Schweiz bezogen bedeutet dies für die meisten Menschen, dass sich ihr Einkommen aus den drei Säulen der Altersvorsorge zusammensetzt (vgl. Schweizerische Bundeskanzlei 2024). Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung haben selten die finanziellen Mittel, um eine 3. Säule anzulegen. Diese schlechtere finanzielle Situation schränkt auch den Spielraum ein, eine individuelle Wohnsituation zu wählen. Nicht zwingend notwendige Ausgaben im Bereich Wohnen, können so nicht finanziert werden. Auch die 8. Forderung nach einer normalisierten Wohnsituation mit einer normalisierten Menge an Mitbewohnenden (vgl. Thimm 1995: 20), wird bei einigen Wohnangeboten, meist Wohnheime mit 8 bis 12 Personen-Wohngruppen, nicht erfüllt. Auch die Tatsache, dass einige Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ihre gesamte Lebensphase «Alter» in einem Alters- oder Pflegeheim verbringen (vgl. Thimm et al. 2019: 225), entspricht nicht dem Punkt 4 der Forderungen des Normalisierungsprinzips, welches einen normalisierten Lebenslauf fordert (vgl. Thimm 1995: 19).

Wie bereits im Kapitel 6.5 erwähnt, ergeben sich aus den früheren Lebensumständen von heute alten Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung Herausforderungen in Bezug auf das Wohnen. Menschen die ihre Ressourcen nicht kennen, traumatische Erfahrungen in früheren Wohneinrichtungen gemacht haben und häufig nur hierarchisch strukturierte Beziehungsformen kennen, haben grössere Schwierigkeiten ihre Wünsche und Bedürfnisse zu artikulieren, eigene Pläne zu machen und Forderungen zu stellen (vgl. Dieckmann et al. 2013: 27f). Dies bringt die Gefahr mit sich, dass der Handlungsbedarf in der Praxis, individuelle Wohnlösungen anzubieten, weniger wahrgenommen wird. Die Verfasserin dieser Arbeit geht davon aus, dass Kinder mit kognitiver Beeinträchtigung heute

unter anderen Voraussetzungen aufwachsen. Dies sollte dazu führen, dass sich die künftigen Generationen der Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung mehr zutrauen und ihr Leben und Wohnen im Alter auch selbstbestimmter gestalten können.

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter sind eine heterogene Gruppe, welche von Mehrfachdiskriminierung betroffen ist. Zu der Tendenz, Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung als Erwachsene nicht wahr und ernst zu nehmen (vgl. Haveman/Stöppler 2020: 50), kommen im Alter noch die altersbedingten Vorurteile und Stereotypisierungen dazu. Die Aussensicht wird von den Personen selbst verinnerlicht, was dazu führt, dass sie sich den Stereotypen entsprechend verhalten (Hohmeier 1975: 19f). Die Verfasserin geht davon aus, dass sich die Diskriminierung auch in der insgesamt dürftigen Datenlage zu Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter niederschlägt.

Auch Angebote für Menschen mit Beeinträchtigung im Alter werden von den in Kapitel 4.3 beschriebenen Alterskonzepten beeinflusst. Müller und Gärtner betonen in ihrem Text zur Gestaltung von Räumen für Menschen im Alter mit kognitiver Beeinträchtigung, mehrmals, dass diese zum aktiv sein und zur Bewegung einladen sollen (vgl. Müller/Gärtner 2016: 134f). Die Verfasserin geht davon aus, dass aber auch eine Chance sein könnte, wenn Konzepte aus der Gerontologie übernommen werden. Beispielsweise könnte «Doing Age» auch bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung Anwendung finden. In dem das Thema «Alter» mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung individuell gedeutet und gestaltet wird, können auch in dieser Lebensphase individuelle Lebensentwürfe entstehen.

In allen Ländern des deutschsprachigen Raumes wurde erkannt, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung noch nicht nach den Forderungen der UN-BRK leben. Es wird vereinzelt nationale Forschung betrieben und Projekte aufgelegt (vgl. Kapitel 3.1-3.3). Das Thema Alter und kognitive Beeinträchtigung ist noch wenig im öffentlichen Raum und in der politischen Diskussion angekommen. Dies wird unter anderem daran sichtbar, dass nur in Deutschland Studien zu diesem Thema veröffentlicht wurden, die wiederum nur einen Teil Deutschlands widerspiegeln. Die UN-BRK wurde von den Ländern im deutschsprachigen Raum vor mehr als einem Jahrzehnt ratifiziert (vgl. Kapitel 2.4). Die Datenlage ist aber immer noch sehr dürftig. Gerade über die Wünsche von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung bezüglich ihrer Wohnform wurde bisher kaum geforscht.

Im Alltag ist es heute für Professionelle der Sozialen Arbeit anspruchsvoll ihre Klientel in der Findung eines passenden Wohnangebotes im Alter zu unterstützen. Die Angebote sind beschränkt und wenn ein Wohnheim keine Strukturen bietet um Menschen mit mehr

Betreuungsaufwand zu begleiten, kann sich ein langes Herausögern des Wohnortwechsels negativ auf den Klienten oder die Klientin auswirken. Wirksam ist es in Teams und mit Leitungspersonen von Wohnheimen die Diskussion über den momentanen Missstand anzustossen und sich politisch mit seiner Klientel für eine Verbesserung der Situation einzusetzen.

7.1.2 Schlussfolgerungen zu den Möglichkeiten und Bedarf

Die rechtlichen Voraussetzungen wären in allen Ländern des deutschsprachigen Raums vorhanden, damit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter so wohnen könnten, wie sie es möchten. Die UN-BRK fordert, dass Menschen mit Beeinträchtigung eine freie Wahl haben, wo, wie und mit wem sie wohnen wollen – auch im Alter (vgl. Walhalla Fachredaktion 2023: 19). Es ist ausreichend Fachliteratur und damit theoretische Grundlagen vorhanden, welche Empfehlungen macht, welche Wohnangebote geeignet sind und welche weniger. In der Realität bewegen sich die Angebote jedoch nur langsam in die richtige Richtung.

Wohnen darf als Thema in der Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigung im Alter nicht unterschätzt werden. Wie in Kapitel 5.4 dargelegt, nimmt Wohnen an Bedeutung im Alter zu (vgl. Theunissen 2010: 59). Die Zeit, die in den eigenen vier Wänden verbracht wird, nimmt deutlich zu, wenn die Mobilität und Energie abnehmen. Verknüpft mit der Theorie der menschlichen Bedürfnisse zeigt sich, dass viele Bedürfnisse mit einer passenden Wohnumgebung abgedeckt werden können (vgl. Geiser 2015: 88). Zudem zeigt sich, dass sich das Wohnen an die Bedürfnisse anpassen muss und nicht umgekehrt. Denn Bedürfnisse sind universell und können den Menschen nicht abgesprochen werden (vgl. Obrecht 2009: 24).

Wohnangebote ausschliesslich für gesunde Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter scheinen mit Blick auf die Alterungsprozesse, welche in Kapitel 5.2 beschrieben werden, zu kurz gedacht. Das Risiko von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter an altersbedingten Krankheiten zu leiden, ist sowohl bei einigen physischen wie psychischen Krankheiten (vgl. Müller/Gärtner 2016: 77f, Dieckmann/Metzler 2013: 38) deutlich höher. Zudem setzt der Zustand der Gebrechlichkeit im Durchschnitt fünfzehn Jahre früher ein (vgl. Müller/Gärtner 2016: 77). Beides deutet aus Sicht der Verfasserin darauf hin, dass Wohnlösungen, welche neu für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter geschaffen werden, flexibel auf neuen Hilfebedarf reagieren können müssen. Wohnangebote, die nur gesunde Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter

aufnehmen, verschieben das grundsätzliche Problem um ein paar Jahre, sind aber keine nachhaltigen Lösungen.

7.1.3 Schlussfolgerung zu Alter und Wohnen im Vergleich Menschen mit und ohne Beeinträchtigung

Auch Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung sind im Alter in ihrer Wahl der Wohnform häufig nicht frei (vgl. Kapitel 6.4.1). Leistungen, welche nicht von der Krankenkasse übernommen werden, wie Betreuung und Begleitung zuhause, können sich nur finanziell gut gestellte Menschen leisten (vgl. Althaus/Birrer 2019: 18). Dies führt zu teilweise unfreiwilligen Eintritten ins Pflegeheim, wenn die ambulante Hilfe den Bedarf nicht mehr decken kann (vgl. Haßler et al. 2019: 235). Die Verfasserin sieht daher einen Handlungsbedarf darin, dass pflegebedürftige Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung mehr Wahlmöglichkeiten bezüglich ihrer Wohnsituation haben. Diesen Missstand als Norm zu deklarieren und auch auf Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zu übertragen, führt nicht zu nachhaltigen Lösungen.

In der Literatur wird weitestgehend davon abgeraten, Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung im Alter in den Wohnsettings zu mischen. Gewisse Überschneidungspunkte wie im Bereich Aktivierung können aber für beide Seiten bereichernd sein (Interview mit Bereichsleiter Menschen mit Beeinträchtigung 2024).

7.2 Beantwortung der Fragestellung

Die grundlegende Frage, die sich dieser Arbeit annimmt, wird hier nochmals wiederholt.

Wie verändern sich die Bedürfnisse und Ausgangslagen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter bezüglich der Wohnform und welche Lösungen eignen sich, um diesen Veränderungen zu begegnen?

- **Unterscheiden sich die Bedürfnisse von Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung im Alter?**
- **Welche Faktoren prägen die Ausgangslagen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter?**
- **Wie wohnen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter aktuell im deutschsprachigen Raum und wie sieht die Ideale Wohnform aus?**

Die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung verändern sich im Alter, wie bei kognitiv nicht beeinträchtigten Menschen auch. Der Alterungsprozess unterscheidet sich grundsätzlich nicht (vgl. Pollmächer/Holthaus 2013: 75). Es ist ein erhöhtes Ruhebedürfnis erkennbar und der Wohnsituation kommt eine deutlich wichtigere Bedeutung zu, da mehr Zeit in den eigenen vier Wänden verbracht wird (vgl. Franz 2016: 6). Zusätzlich können altersbedingte Erkrankungen zu einer weiteren Veränderung der Bedürfnisse führen. Die meist früher eintretende Fragilität (vgl. Müller/Gärtner 2016: 77), führt dazu, dass hindernisfreie, helle Wohnräume mit genügend Möglichkeiten, Pause zu machen, wichtig werden (vgl. ebd.: 134f).

Die Ausgangslage ist bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, die heute alt sind, auf vielen Ebenen schlechter als bei Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung (vgl. Wieland 2013: 112). Sie sind durch das Alter und die Beeinträchtigung einer Mehrfachdiskriminierung ausgesetzt, haben häufig schlechte oder traumatische Erfahrungen aus der Vergangenheit zu bewältigen und leben meist in einer finanziell deutlich schlechteren Situation als Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung im selben Alter (vgl. Kapitel 5.3).

Es gibt nicht die eine Wohnlösung, welche sich für alle Menschen im Alter mit kognitiver Beeinträchtigung eignet. «Aging in Place» als Konzept kann eine Richtung vorgeben, wie gelungene Wohnlösungen aussehen könnten (vgl. Müller/Gärtner 2016: 94). Idealerweise müssen die Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ihren angestammten Wohnort nicht verlassen, sondern die Unterstützung wird vor Ort ausgebaut (vgl. Franz 2016: 6). Wenn dies selbstbestimmt geschieht, ist aber auch gegen einen Umzug in der Umgebung nichts einzuwenden. Wichtig ist, dass die Menschen weiterhin in ein soziales Umfeld eingebettet sind (vgl. Rogers et al. 2020: 9).

7.3 Ausblick

Die Zahl der Menschen im Alter mit kognitiver Beeinträchtigung wird in naher Zukunft weiter steigen, da auch Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung immer älter werden. Die Angebote müssen also zeitnah ausgebaut und diversifiziert werden. In einigen Jahren werden die Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ins höhere Alter kommen, welche ein höheres Mass an Bildung haben und Selbstbestimmung und aktive Mitgestaltung gewohnt sind. Diese Menschen werden auch höhere Ansprüche an ihre Situation im Alter haben, dies wird den öffentlichen Druck erhöhen und hoffentlich innovative Angebote fördern.

Auch in Bezug auf Aus- und Weiterbildungen der Personen der Sozialen Arbeit sollte das Thema mehr Raum einnehmen. Es gibt beispielsweise kein CSA welches sich mit dieser Thematik beschäftigt.

7.3.1 Anpassung des Angebots

Wie in der Beantwortung der Fragestellung sichtbar wird, gibt es nicht die eine Wohnform, die für alle Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Alter passend ist. Wichtig ist, dass dieselben Möglichkeiten, die langsam für jüngere Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung bestehen auch bei einem erhöhten Pflegebedarf noch möglich sind. Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sollte eine echte Wahl haben, wo sie die Lebensphase «Alter» verbringen wollen. Ob sie sich nun in einer Clusterwohnung in einer Wohngemeinschaft, alleine wohnend mit Assistenz oder in einem Wohnheim wohl und zuhause fühlen, ist von individuellen Vorlieben Abhängig.

Die wichtigste Anpassung aus der Sicht der Verfasserin ist, dass die Wohnangebote flexibler werden müssen. Menschen und ihre Bedürfnisse verändern sich in jedem Lebensalter. Die Möglichkeit, am gewohnten Platz zusätzliche Leistungen dazu zu kaufen, sollte selbstverständlich werden. In der Schweiz kann der Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung ein Schritt in diese Richtung sein. Vorausgesetzt, es besteht eine echte Wahl zwischen verschiedenen Angeboten. Im Rahmen der Subjektfinanzierung werden individuelle Bedarfserhebungen gemacht. Es wird auch erhoben, wie die Person gerne Wohnen möchte (vgl. Insieme Kanton Bern o.J.). Diese Erhebungen können in Zukunft über die Wünsche Auskunft geben. Es wäre wünschenswert, wenn diese neuen Erkenntnisse bei der Gestaltung von Wohnangeboten genutzt würden.

Aktuell und in Zukunft wird in der Schweiz daran gearbeitet, die UN-BRK umzusetzen. In den Bereichen, Wechsel von Objekt- zu Subjektfinanzierung, Wahl- und Stimmrecht für Menschen mit vollumfänglicher Beistandschaft und Gesetze zur Gleichstellung für Menschen mit Beeinträchtigung sind die meisten Kantone in einem Prozess. Der Stand der Umsetzung ist unterschiedlich weit. Insieme hat auf einer Schweizerkarte die Entwicklung und der aktuelle Stand aller Kantone aufgelistet (vgl. Schanda 2024).

Gerade grössere Wohnheime werden in vielen Fachtexten negativ bewertet. Aus der Sicht der Verfasserin hat diese Wohnlösung zurzeit aber durchaus seine Berechtigung. Viele Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, die heute im späteren Erwachsenenalter oder im Alter sind, konnten nicht die Voraussetzungen erarbeiten, sich in selbstständigen

Wohnlösungen zurecht zu finden. Aus Erfahrung kann gesagt werden, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, die sich im späteren Erwachsenenalter dazu entschlossen haben, in kleineren Wohneinheiten mit weniger Begleitung zu wohnen, teilweise einsam werden. Weil die Alltagsbewältigung und zusätzlich das aktive pflegen von sozialen Kontakten zu einer Überforderung führt. Einige der Menschen haben sich nach jahrelangem Wohnen alleine dazu entschieden, wieder oder zum ersten Mal in ein Wohnheim zu ziehen. Denn Wohnheime haben den Vorteil, dass die sozialen Kontakte nicht aktiv gesucht werden müssen und tragfähige Beziehungen angeboten werden.

7.3.2 Persönlicher Rückblick

Nun möchte ich noch einmal auf die beiden Beispiele aus der Einleitung zurückkommen. Der Mann der mit Mitte Fünfzig in ein Pflegeheim umgezogen ist, weil seine Mutter ihn gut versorgt wissen wollte, ist ein Beispiel für viele Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, die ihre gesamte Lebensphase «Alter» in einem Pflegeheim verbringen. Die Ausgangslage dieses Mannes entspricht zum grossen Teil der Ausgangslage, die in Kapitel 5.3 beschrieben wurde. Er war es sein Leben lang gewohnt, dass seine Mutter oder eine andere Bezugsperson für ihn die Entscheidungen traf. Die jahrelangen Bestrebungen des Wohnheims, seine Entwicklung Richtung Selbstbestimmung anzustossen, fruchteten in diesem Bereich nicht.

Die Frau mit Trisomie 21 und Demenz hätte besser vor Ort wohnen bleiben sollen. Wie in einigen Quellen beschrieben, war sie besonders anfällig auf die negativen Auswirkungen eines Umzugs. Höchstwahrscheinlich hat der Umzug bei ihrem grossen Stress oder sogar ein Trauma ausgelöst. Gleichzeitig muss auch erwähnt werden, dass die Begleitung für die Mitarbeitenden eines Wohnheims eine grosse Belastung darstellt, welche dazu führen kann, dass für andere Bewohnende nicht mehr genug Ressourcen zur Verfügung stehen. Kommt dann noch ein grosser Bewegungsdrang hinzu, welche nicht in einer sicheren Umgebung ausgelebt werden kann, ist die Gefahr gross, sich am alten Wohnort zu verlaufen. Die verschiedenen Faktoren, die berücksichtigt werden müssen, zeigen, wie komplex solche Situationen sind.

Wichtig wäre, dass sich Wohnangebote bewusst sind, dass diese Fragen auf sie zukommen, wenn sie erwachsene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung begleiten. Es sollten vorgängig Konzepte erstellt und Lösungen gesucht werden, nicht erst wenn ein Handlungsdruck besteht.

8 Literaturverzeichnis

AAIDD (o.J.). o.O. o.V. URL: <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition> [Zugriffsdatum: 17. Mai 2024].

Adler, Judith/Fiala, Elisa (o.J.). Alter und Behinderung: Vorstudie zur Lebenssituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. URL: <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=6450> [Zugriffsdatum: 30. Mai 2024].

Althaus, Eveline/Birrer, Angela (2019). ETH-Wohnforum ZAW. Zürich. URL: https://ethz.ch/content/dam/ethz/special-interest/arch/ncl/eth-case-dam/documents/aktuelles/2020/Zuhause-alt-werden/200080_ETH_Wohnforum_ZAW_Internet.pdf [Zugriffsdatum: 29. April 2024].

Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1994). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes, Paul B./Mittelstrass Jürgen/Staudinger, Ursula M. (Hrsg.). Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin, New York: de Gruyter. S. 1-35

BFS, Bundesamt für Statistik (2009). Behinderung hat viele Gesichter. Neuchâtel: BFS

BFS, Bundesamt für Statistik (2020). Bevölkerungsszenarien für die Schweiz und die Kantone 2020 - 2050. Neuchâtel: BFS

BFS, Bundesamt für Statistik (2021). Menschen mit Behinderungen. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/menschen-mit-behinderungen.html> [Zugriffsdatum: 19. Mai 2024].

BFS, Bundesamt für Statistik (2022). Subjektive Einschätzung der Lebensqualität, nach verschiedenen soziodemografischen Merkmalen - 2007-2022 | Tabelle. URL: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/30526458> [Zugriffsdatum: 24. Mai 2024].

BFS, Bundesamt für Statistik (2023). Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeitskategorie, 2010-2022 - 2010-2022 | Tabelle. URL: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/26565150> [Zugriffsdatum: 23. Mai 2024].

Budschuh, Konrad/Dworschak, Wolfgang (2003). Leben in stationären Wohnformen für Erwachsene mit geistiger Behinderung. Eine Studie zu Lebenszufriedenheit, individuellen Entscheidungsmöglichkeiten, sozialem Netzwerk und Unterstützungsressourcen, Abschlussbericht. o.O: o.V.

Butler, Robert N. (1980). Ageism: A foreword. In: Journal of Social Issues. 36. Jg. S. 8–11.

Cornelsen Verlag GmbH (Hg.) (o.J.). Geistigkeit ► Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft | Duden. URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Geistigkeit> [Zugriffsdatum: 25. April 2024].

Dederich, Markus/Jantzen, Wolfgang (2009). Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Degen, Johannes (2016). Gemeinsam älter werden - möglichst Unbehindert. In: Krueger, Fritz/Degen, Johannes (Hrsg.) Das Alter behinderter Menschen. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag. S.7-13.

Deutsches Institut für Menschenrechte (o.J.). UN-Behindertenrechtskonvention. URL: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/das-institut/monitoring-stelle-un-brk/die-un-brk> [Zugriffsdatum: 27. April 2024].

Dieckmann, Friedrich (2015). Wohnen und Unterstützung im Alter. Präsentation. Bundesvereinigung Lebenshilfe.

Dieckmann, Friedrich/Giovis, Christos/Röhm, Ines (2016). Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. In: Müller Sandra V./Gärtner Claudia (Hrsg.). Lebensqualität im Alter: Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 55-75.

Dieckmann, Friedrich/Graumann, Susanne/Schäper, Sabine/Greving, Heinrich (2013). Bausteine für eine sozialraumorientierte Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangements mit und für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Münster: Katholische Hochschule NRW.

Dieckmann, Friedrich/Metzler, Heidrun (2013). Alter erleben – Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Tübingen: o.V.

Evenhuis, Heleen M./Hermans, Heidi/Hilgenkamp, Thessa I. M./Bastiaanse, Luc P./Echteld, Michael A. (2012). Frailty and Disability in Older Adults with Intellectual Disabilities: Results from the Healthy Ageing and Intellectual Disability Study. In: Journal of the American Geriatrics Society. 60. Jg. (5). S. 934–938. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.03925.x.

Franz, Daniel (2016). Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Franziskuswerk (o.J.). Wohnen für Senioren und ältere Menschen. URL: <https://www.franziskuswerk.de/startseite/wohnen/wohnen-fuer-senioren-und-aeltere-menschen/> [Zugriffsdatum: 27. Mai 2024].

Fritschi, Tobias/von Bergen, Matthias/Müller, Franziska/Bucher, Noelle/Ostrowski, Gaspard/Kraus, Simonina/Luchsinger, Larissa (2019). Bestandsaufnahme des Wohnangebots für Menschen mit Behinderung. Bern: Berner Fachhochschule.

Geiser, Kaspar (2015). Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung. 6. überarbeitete Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Grunwald, Klaus (2013). Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung: eine empirische Bestandsaufnahme. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Haßler, Theresia/Thimm, Antonia/Dieckmann, Friedrich (2019). Umzüge von älteren Menschen mit geistiger Behinderung: Eine quantitative Analyse. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 52. Jg. (3). S. 235–240. DOI: 10.1007/s00391-019-01535-1.

Haveman, Meindert/Stöppler, Reinhilde (2020). Altern mit geistiger Behinderung: Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. 3. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Heusinger, Josefine (2016). Alt Werden und Alt Sein im sozialen Wandel. In: Müller Sandra V./Gärtner Claudia (Hrsg.). Lebensqualität im Alter: Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 23-39.

Hohmeier, Jürgen (1975). Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozess. In Manfred, Brusten/Jürgen, Hohmeier (Hrsg.). Stigmatisierung 1: Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen. Darmstadt: Luchterhand. S. 5–24.

Hohmeier, Jürgen (1978). Alter als Stigma. In: Hohmeier, Jürgen/Pohl, Hans J. (Hrsg.). Alter als Stigma oder wie man alt gemacht wird. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 10–30.

Höpflinger, François (2020). Leben im Alter - aktuelle Feststellungen. Zürich: Socius. URL: https://www.age-stiftung.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/Hilfsmittel_und_Werkzeuge/Socius2_Leben_im_Alter_aktuelle_Feststellungen.pdf [Zugriffsdatum: 29. April 2024].

ICD-10 (o.J.). ICD-10-GM-2024: F70-F79 Intelligenzstörung - icd-code.de. URL: <https://www.icd-code.de/icd/code/F70-F79.html> [Zugriffsdatum: 25. April 2024].

Insieme (o.J.). Kognitive Beeinträchtigung. URL: <https://insieme.ch/thema/geistige-behinderung/kognitive-beeintraechtigung/> [Zugriffsdatum: 25. April 2024].

Insieme Kanton Bern (o.J.). IHP. URL: <https://www.insieme-kantonbern.ch/startseite/politik/ihp/> [Zugriffsdatum: 17. Juni 2024].

Jokinen, Nancy/Janicki, Matthew P./Keller, Seth M./McCallion, Philip/Force, Lawrence T. (2013). Guidelines for structuring community care and supports for people with intellectual disabilities affected by dementia. In: *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. S. 1–24.

Kühnert, Sabine/Kricheldorf, Cornelia (2019). Wohnen im Alter bei lebenslanger Behinderung – ein gerontologisches Thema mit wachsender Relevanz. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 52. Jg. (3). S. 215–217. DOI: 10.1007/s00391-019-01552-0.

Laslett, Peter (1995). *Das dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns*. Weilheim, München: Juventa.

Lebenshilfe AT (o.J.). Altern. URL: <https://www.lebenshilfe.at/inklusion/themen/altern/> [Zugriffsdatum: 14. Mai 2024].

McCarron, Mary (2010). Supporting persons with Down syndrome and advanced dementia. Challenges and care concerns. In: *Dementia*. 9. Jg. S. 285–298.

McCarron, Mary/Swinburne, Janet/Burke, Eilish/McGlinchey, Eimear/Carroll, Rachael/McCallion, Philip (2013). Patterns of multimorbidity in an older population of persons with an intellectual disability: results from the intellectual disability supplement to the Irish longitudinal study on aging (IDS-TILDA). In: *Research in Developmental Disabilities*. 34. Jg. S. 525.

Mühl, Heinz (2000). *Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik*. 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Müller, Sandra V./Gärtner, Claudia (2016). *Lebensqualität im Alter: Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Oberholzer, Daniel (2008). Konzept Funktionale Gesundheit. Aarau: Pro Insos. URL: <https://atrium-baar.ch/wp-content/uploads/2021/11/Broschuere-Konzept-Funktionale-Gesundheit.pdf> [Zugriffsdatum: 21. Mai 2024].

Obrecht, Werner (2009). Was braucht der Mensch? Grundlagen der biopsychosozio-kulturellen Theorie menschlicher Bedürfnisse und ihre Bedeutung für eine erklärende Theorie sozialer Probleme. Luxemburg: Ligue Sociale

Österreichischer Behindertenrat (o.J.). UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – Österreichischer Behindertenrat. URL: <https://www.behindertenrat.at/eu-und-international/grundlagen/un-behindertenrechtskonvention/> [Zugriffsdatum: 27. April 2024].

Pfaller, Larissa/Schweda, Mark (2021). „Successful Aging“ als Kristallisationspunkt gerontologischer Selbstverständigungsdiskurse. In: Kolland, Franz/Gallistl, Vera/Parisot, Viktoria (Hrsg.). Kulturgerontologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 171–188.

Pollmächer, Angelika/Holthaus, Hanni (2013). Wenn Menschen mit geistiger Behinderung älter werden. München: Ernst Reinhard Verlag.

Rogers, Wendy A/Ramadhani, Widya A/Harris, Maurita T (2020). Defining Aging in Place: The Intersectionality of Space, Person, and Time. In: Innovation in Aging. 4. Jg. (4). S. 1-11. DOI: 10.1093/geroni/igaa036.

Rosenmayr, Leopold (1996). Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rubisch, Max/Miller-Fahringer, Karin/Luschin, Peter/Swietek, Konrad (2016). Bericht der Bundesregierung über die Lage der Menschen mit Behinderungen in Österreich 2016. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Schanda, Susanne (2024). Gleichstellungsgesetz, Finanzierungsmodell und politische Rechte: Was geht in den Kantonen? URL: <https://blog.insieme.ch/inklusion/gleichstellungsgesetz-finanzierungsmodell-und-politische-rechte-was-geht-in-den-kantonen/> [Zugriffsdatum: 13. Juni 2024].

Schetsche, Michael (2008). Empirische Analyse sozialer Probleme – Das wissenssoziologische Programm. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schneider, Joachim/Reuschke, Darja/Friese, Mike (2011). Umzugsverhalten älterer Menschen: Vorsorgend, Nachsorgend oder gar nicht? Dortmund: TU.

Schroeter, Klaus (2009). Senioren - Allgemeine Grundlagen. Hamburg: Hamburger Fern-Hochschule

Schroeter, Klaus (2021). Doing Age im Fokus von Agency, Corporeality und Embodiment: Eine Heuristik zur sozialen Konstruktion des Alter(n)s. In: Kolland, Franz/Parisot, Viktoria/Gallistl, Vera (Hrsg.). Kulturgerontologie. Wiesbaden: Springer. S. 25–57.

Schrooten, K./Bössing, C./Tiesmeyer, K./Heitmann, D. (2019). Wohnwünsche von Menschen mit komplexer Behinderung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 52. Jg. (3). S. 228–234. DOI: 10.1007/s00391-019-01532-4.

Schweizerische Bundeskanzlei (2024). Die Altersvorsorge. URL: <https://www.ch.ch/de/pensionierung/altersvorsorge/wie-funktioniert-die-altersvorsorge/> [Zugriffsdatum: 30. Mai 2024].

Seelandheim (2024). Mündliches Interview mit dem Bereichsleiter Menschen mit Beeinträchtigung vom 14.06.2024

Seelandheim (o.J.). Seelandheim Worben – mehr als ein Altersheim oder Pflegeheim. URL: <https://www.seelandheim.ch/> [Zugriffsdatum: 04. Juni 2024].

Spangenberg, Lena/Glaesmer, Heide/Brähler, Elmar/Strauss, Bernhard (2012). Inanspruchnahme familiärer Ressourcen bei späterem Pflegebedarf. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 55. Jg. S. 1-9. DOI: 10.1007/s00103-012-1512-5.

Statistik Austria (o.J.). Bevölkerungsprognosen für Österreich und die Bundesländer. URL: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-prognosen/bevoelkerungsprognosen-fuer-oesterreich-und-die-bundeslaender> [Zugriffsdatum: 02. Mai 2024].

Statistik Austria (2024). E-Mail von Sachbearbeiterin Statistik Austria 15. Mai 2024.

Statistisches Bundesamt Deutschland (o.J.). Ergebnisse der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft->

Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/variante-1-2-3-
altersgruppen.html [Zugriffsdatum: 02. Mai 2024]

Staub-Bernasconi, Silvia (2018). Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: auf dem Weg zu kritischer Professionalität. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl. Opladen Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Stiftung Bernaville (2024). Schriftliches Interview mit der Abteilungsleiterin Alter vom 29.05.2024.

Stiftung Bernaville (o.J.). Leitbild Stiftung Bernaville. URL: https://www.bernaville.ch/media/1731/leitbild-2014-stiftung-bernaville-v-2020_sr.pdf [Zugriffsdatum: 04. Juni 2024].

Theunissen, Georg (2010). Wohnformen-Soziale Netze-Bürgerschaftliches Engagement. o.O: o.V.

Thiersch, Hans (2002). Positionsbestimmung der Sozialen Arbeit. Tübingen: Juventa

Thimm, Antonia/Dieckmann, Friedrich/Haßler, Theresia (2019). In welchen Wohnsettings leben ältere Menschen mit geistiger Behinderung? Ein quantitativer Vergleich von Altersgruppen für Westfalen-Lippe. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 52. Jg. (3). S. 220–227. DOI: 10.1007/s00391-019-01533-3.

Thimm, Walter (1995). Das Normalisierungsprinzip - Eine Einführung. 6. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Thole, Werner (2012). Die Soziale Arbeit - Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung. In: Thole Werner (Hrsg.). Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S. 19-70.

Thümmel, Ingeborg/Pitsch, Hans-Jürgen (2017). Lebenschancen für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. 1. Aufl. Oberhausen: Athena-Verlag.

Tran, Lise (2024). Die Wohnform (endlich) selbst wählen können. URL: <https://insieme.ch/news/wohnen/die-wohnform-endlich-selbst-waehlen-koennen/> [Zugriffsdatum: 16. Mai 2024]

Wacker, Elisabeth (1999). Altern in der Lebenshilfe - Lebenshilfe beim Altern. Persönlichkeit und Hilfe im Alter. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Walhalla Fachredaktion (2023). Das gesamte Behinderten- und Rehabilitationsrecht: Teilhaberecht - bundes- und landesrechtliche Vorschriften in einem Band; Ausgabe 2023. WALHALLA Fachverlag.

Walker, Alan (2009). Commentary: The Emergence and Application of Active Aging in Europe. In: Journal of Aging & Social Policy 21. Jg. S. 75–93.

Weichelt, Manuela (o.J.). Wechsel von ICD-10 auf ICD-11 |Geschäft. URL: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20234184> [Zugriffsdatum: 24. Mai 2024].

Wieland, Heinz (2013). Erwachsensein und Alter. In: Beck, Iris/Greving, Heinrich (Hrsg.). Lebenslagen und Lebensbewältigung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 105–114.

Wüllenweber, Ernst/Theunissen, Georg/Mühl, Heinz (2006). Pädagogik bei geistigen Behinderungen: Ein Lehrbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Wyder, Angela (2018). Subjektfinanzierung im Behindertenwesen. Zürich: Zürcher Fachhochschule.