

Technische Universität Dortmund  
Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie

**Behinderung, Alter(n), professionelles Handeln –  
Sichtweisen der Fachkräfte  
in stationären Wohneinrichtungen  
für Menschen mit geistiger Behinderung**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktorin der Philosophie  
(Dr. phil.)

**Verfasserin: Christine Koeppe**

**Gutachter/in:**

**Prof. Dr. Gerhard Naegele;**

**Prof. Dr. Ulla Walter**

Eingereicht am 27. März 2019

Disputation am 08. Oktober 2019



## **Dank**

Ich möchte meinem Erstkorrektor Prof. Dr. Gerhard Naegele und meiner Zweitkorrektorin Prof. Dr. Ulla Walter danken für ihre Bereitschaft, diese Arbeit zu betreuen und zu bewerten. Besonders dankbar bin ich für ihr Verständnis für meine Lebenssituation, die stets von der Herausforderung geprägt war, eine gute Balance zwischen Familie, Berufstätigkeit und Promotion zu finden.

Grundlage dieser Arbeit sind Interviews mit Fachkräften aus Einrichtungen der Behindertenhilfe. Ich bin den Einrichtungsleitungen sehr dankbar für ihre Zustimmung, die Befragungen in ihren Häusern durchzuführen. Den Befragten bin ich sehr dankbar für Ihre Bereitschaft und Offenheit, mich an ihren Sichtweisen auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln teilhaben zu lassen.

Dr. Jan Kruse war ein begnadeter Methodencoach, der mich bei der Entwicklung und Umsetzung des Forschungsdesigns beraten hat. Ich bin ihm sehr dankbar für diese Unterstützung. Leider ist er viel zu früh verstorben. Dankbar bin ich für den regelmäßigen und hilfreichen kollegialen Austausch über die verschiedenen Lesarten im Datenmaterial innerhalb meiner Interpretationsgruppe, Dr. Gabriela Leiß und Dr. Susanne Löffler.

Viele Kolleg\*innen haben Teile meiner Arbeit gelesen, mit mir Inhalte und Struktur diskutiert und dadurch zur Weiterentwicklung meiner Arbeit beigetragen. Ihnen möchte ich herzlich Danke sagen: Prof. Dr. Friedrich Dieckmann, Dr. Susanne Frewer-Graumann, Michael Katzer, Prof. Dr. Marion Menke, Ines Röhm und Prof. Dr. Christiane Rohleder.

Dr. Jutta Wergen von coachingzonen und meinem Erfolgsteam, Melanie Bittner, Barbara Scholand und Eva Wegrzyn, danke ich herzlich für Inspiration und Motivation – sie waren wichtige Gelingfaktoren für die Einreichung meiner Doktorarbeit.

Meinen Freundinnen Britta Bertermann, Barbara Eifert, Prof. Dr. Annette Franke und Prof. Dr. Andrea Kuhlmann möchte ich herzlich danken für das Korrekturlesen, für viele wertvolle fachliche Hinweise, vor allem aber für ihre unschätzbare, treue freundschaftliche Unterstützung.

Meiner Familie gebührt der meiste Dank. Ohne ihre bedingungslose und großartige Unterstützung hätte ich diese Promotion nicht abschließen können. Meine Eltern Marianne und Peter Schopf sowie meine Schwiegermutter Waltraud Koepe sind wunderbare (Groß-)Eltern und wichtige Stützen in unserer Familie.

Mein größter Dank geht an meinen Mann Armin Koepe sowie an unsere Jungs Theo und Fred. Sie mussten verzichten und aushalten. Sie haben an mich geglaubt und mich getragen. Jetzt ist es endlich geschafft!



# Inhaltsverzeichnis

<b>Dank</b> .....	<b>3</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>7</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>11</b>
<b>2 Thematische Hinführung</b> .....	<b>20</b>
2.1 <b>Demografische Entwicklung</b> .....	<b>20</b>
2.2 <b>Lebenssituation älterer Menschen mit geistiger Behinderung</b> .....	<b>26</b>
2.3 <b>Paradigmenwechsel in der Behinderten- und Altenhilfe</b> .....	<b>32</b>
2.3.1 <b>Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe</b> .....	<b>33</b>
2.3.2 <b>Paradigmenwechsel in der Altenhilfe</b> .....	<b>39</b>
2.4 <b>Rolle der Fachkräfte in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe</b> .....	<b>44</b>
2.5 <b>Zusammenfassung</b> .....	<b>46</b>
<b>3 Theoretische Rahmung der Untersuchung</b> .....	<b>49</b>
3.1 <b>Behinderungsbegriff und Sichtweisen auf Behinderung</b> .....	<b>49</b>
3.2 <b>Perspektiven auf Alter und Altern</b> .....	<b>56</b>
3.3 <b>Gutes Alter(n)</b> .....	<b>65</b>
3.4 <b>Professionelles Handeln aus heilpädagogischer Perspektive</b> .....	<b>78</b>
3.5 <b>Zusammenfassung</b> .....	<b>92</b>
<b>4 Forschungsstand</b> .....	<b>96</b>
4.1 <b>Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung</b> .....	<b>96</b>
4.2 <b>Altersbilder</b> .....	<b>100</b>
4.3 <b>Sichtweisen auf Alter(n) von Mitarbeitenden der Behindertenhilfe</b> .....	<b>111</b>
4.4 <b>Zusammenfassung und Hinführung zur Forschungsfrage</b> .....	<b>116</b>
<b>5 Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>121</b>
5.1 <b>Forschungstheoretischer Zugang</b> .....	<b>121</b>
5.2 <b>Selektives Sample</b> .....	<b>123</b>
5.3 <b>Erhebungsverfahren</b> .....	<b>128</b>
5.4 <b>Transkription</b> .....	<b>132</b>
5.5 <b>Auswertung nach dem integrativen Basisverfahren</b> .....	<b>134</b>
5.6 <b>Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens</b> .....	<b>143</b>

---

<b>6</b>	<b>Ergebnisse der Interviewauswertung .....</b>	<b>145</b>
<b>6.1</b>	<b>Die zentralen Motive und Kernkategorien.....</b>	<b>145</b>
6.1.1	Kernkategorie AKTIVITÄT .....	146
6.1.2	Kernkategorie BEZIEHUNG .....	151
6.1.3	Kernkategorie STRUKTUR.....	160
6.1.4	Ambivalenzen.....	165
6.1.5	Zusammenfassung .....	167
<b>6.2</b>	<b>Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln .....</b>	<b>168</b>
6.2.1	Aktivitätsperspektive .....	169
6.2.1.1	Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) .....	169
6.2.1.2	Verständnis von gutem Alter(n).....	182
6.2.1.3	Verständnis von beruflichen Aufgaben und professionellem Handeln .....	186
6.2.1.4	Zusammenfassung.....	196
6.2.2	Beziehungsperspektive .....	198
6.2.2.1	Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n).....	198
6.2.2.2	Verständnis von gutem Alter(n).....	206
6.2.2.3	Verständnis von beruflichen Aufgaben und professionellem Handeln .....	208
6.2.2.4	Zusammenfassung.....	218
6.2.3	Strukturperspektive.....	220
6.2.3.1	Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n).....	220
6.2.3.2	Verständnis von gutem Alter(n).....	228
6.2.3.3	Verständnis von beruflichen Aufgaben und professionellem Handeln .....	230
6.2.3.4	Zusammenfassung.....	237
<b>6.3</b>	<b>Zusammenfassung und Beantwortung der Forschungsfragen.....</b>	<b>239</b>
<b>6.4</b>	<b>Diskussion der zentralen Ergebnisse .....</b>	<b>253</b>
<b>7</b>	<b>Fazit und Ausblick.....</b>	<b>268</b>
7.1	Zentrale Erkenntnisse .....	268
7.2	Ausblick.....	291
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>297</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>311</b>
	<b>Eigenständigkeitserklärung.....</b>	<b>325</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anteile der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland (BRD) und Nordrhein-Westfalen (NRW) 2015, 2030 und 2060. Quellen: Destatis 2018b, IT.NRW 2018, eigene Berechnungen. ....	21
Tabelle 2: Anzahl Schwerbehinderter mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen in verschiedenen Altersgruppen. Schätzungen auf Basis der Ausgangsdaten von 2011 (* = tatsächliche Werte). Quelle: Dieckmann et al. (2015: 33), eigene Zusammenfassung. ....	23
Tabelle 3: Anteil der Altersgruppen an erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe (Vorausberechnungen). Quelle: Dieckmann et al. 2010: 28 ff.), eigene Zusammenstellung.....	24
Tabelle 4: Anteil der Altersstufen an erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe, differenziert nach Wohnformen (Vorausberechnungen). Quelle: Dieckmann et al. 2010: 30 ff., 45 ff.), eigene Zusammenstellung. ....	25
Tabelle 5: Prozentuale Verteilung Erwachsener mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe auf verschiedene Wohnsettings, differenziert nach Altersgruppen, Stichtag 31.12.2014. Quelle: nach Thimm et al. (2018: 111). ....	28
Tabelle 6: Qualitativer Stichprobenplan .....	125
Tabelle 7: Realisierte Stichprobe .....	127
Tabelle 8: Auflistung der befragten Fachkräfte .....	127
Tabelle 9: Ausschnitt aus dem Interviewleitfaden, Themenblock gutes Alter(n). Eigene Darstellung nach Helfferich (2009: 186) und Kruse (2014: 149) .....	130
Tabelle 10: Transkriptionssystem (nach Kruse 2014: 362 f.) .....	133
Tabelle 11: Ausschnitt aus der Längsauswertung in tabellarischer Aufbereitung (nach Kruse 2014: 629) .....	141
Tabelle 12: Zentrale Motive und Kernkategorien .....	145
Tabelle 13: Behinderung und Alter(n) aus der Aktivitätsperspektive.....	169
Tabelle 14: Gutes Alter(n) aus der Aktivitätsperspektive .....	182
Tabelle 15: Aufgaben und Professionalitätsverständnis aus der Aktivitätsperspektive .....	187
Tabelle 16: Balanceakt und Grenzsituationen aus der Aktivitätsperspektive .....	191
Tabelle 17: Behinderung und Alter(n) aus der Beziehungsperspektive .....	198
Tabelle 18: Gutes Alter(n) aus der Beziehungsperspektive .....	206
Tabelle 19: Aufgaben und Professionalitätsverständnis aus der Beziehungsperspektive .....	208
Tabelle 20: Balanceakt und Grenzsituationen aus der Beziehungsperspektive .....	214
Tabelle 21: Behinderung und Alter(n) aus der Strukturperspektive .....	220
Tabelle 22: Gutes Alter(n) aus der Strukturperspektive.....	228
Tabelle 23: Aufgaben und Professionalitätsverständnis aus der Strukturperspektive .....	230
Tabelle 24: Balanceakt und Grenzsituationen aus der Strukturperspektive.....	234

---

Tabelle 25: Sichtweisen auf Behinderung.....	239
Tabelle 26: Sichtweisen auf Alter(n).....	242
Tabelle 27: Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) .....	244
Tabelle 28: Vorstellungen von gutem Alter(n) .....	248
Tabelle 29: Verständnis von professionellem Handeln.....	249



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF. Quelle: WHO (2005: 23). .....	53
Abbildung 2: Aufgaben von Heilpädagog*innen. Quelle: Greving/Ondracek (2005: 310) .....	84
Abbildung 3: Übersicht über die Themenblöcke mit Erzählaufforderungen .....	129
Abbildung 4: Transkriptionsbeispiel.....	134
Abbildung 5: Schema des Analyseprozesses des integrativen Basisverfahrens (Kruse 2014: 567) .....	139
Abbildung 6: Zentrale Motive der Kernkategorie AKTIVITÄT.....	147
Abbildung 7: Zentrale Motive der Kernkategorie BEZIEHUNG.....	152
Abbildung 8: Zentrale Motive der Kernkategorie STRUKTUR .....	160



## 1 Einleitung

Welche subjektiven Sichtweisen auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln haben Fachkräfte, die in Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten? Mit der Beantwortung dieser Frage beschäftigt sich die vorliegende Arbeit.

Zu Beginn werden die wesentlichen Begrifflichkeiten der Arbeit kurz definiert:

*Subjektive Sichtweisen* – hier verstanden als Vorstellungen von Behinderung und Alter(n) – ermöglichen Individuen Orientierung in komplexen Alltagssituationen und können daher Auswirkungen sowohl auf das eigene Handeln haben als auch auf die Personen, auf die sie sich beziehen (im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung) (Cloerkes 2007, Bundestag 2010). *Fachkräfte* in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe sind in der Regel Personen mit einer pädagogischen oder pflegerischen Berufsausbildung bzw. mit einem abgeschlossenen Studium im Bereich der Pädagogik oder Pflege. Der Begriff *Behindertenhilfe* umschreibt ein komplexes System organisierter Hilfs- und Beratungsangebote, die das Ziel haben, Menschen mit Behinderung „ein gleichberechtigtes Leben in unserer Gesellschaft bei angestrebter Chancengleichheit [zu] ermöglichen“ (Conrads 2008: 90). Unter stationären Wohneinrichtungen werden vor allem *Komplexeinrichtungen*<sup>1</sup>, *Wohnheime*<sup>2</sup> und *Außenwohngruppen*<sup>3</sup> verstanden.

Fachkräfte in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe gelten als zentrale Bezugspersonen für die Bewohner\*innen. Sie sind (Mit-)Gestalter\*innen des Lebens und Alltags der Bewohner\*innen (Dieckmann et al. 2015). Daher ist davon auszugehen, dass die Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln eine entscheidende Rolle spielen bei der erfolgreichen Bewältigung aktueller Herausforderungen, mit denen die Fachkräfte konfrontiert sind.

---

<sup>1</sup> Komplexeinrichtungen bieten auf einem räumlich abgegrenzten Areal häufig außerhalb städtischer Wohngebiete ein umfangreiches Hilfe- und Unterstützungsangebot für mehr als 80 erwachsene Menschen mit Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe (Thimm et al. 2018: 23 f.).

<sup>2</sup> Wohnheime sind Wohneinrichtungen mit umfassendem stationären Betreuungsangebot und mit weniger als 80 Plätzen innerhalb von Wohngebieten (Thimm et al. 2018: 23 f.).

<sup>3</sup> Außenwohngruppen sind kleine Wohn- oder Hausgemeinschaften im Wohngebiet für Bewohner\*innen, die dort im Rahmen regelmäßiger Betreuung gezielt für eine selbständigere Lebensführung trainieren. Organisatorisch sind die Außenwohngruppen an stationäre Wohnhäuser angebunden (Thimm et al. 2018: 23 f.).

Zu diesen Herausforderungen gehört u. a. die steigende Anzahl *älterer* Menschen mit lebenslanger geistiger Behinderung. Diese ist auf die allgemeine demografische Entwicklung sowie auf die verbesserte medizinische und heilpädagogische Versorgungs- und Betreuungssituation zurückzuführen. So wird sich beispielsweise in Westfalen-Lippe der Anteil der über 60-jährigen Menschen mit lebenslanger geistiger Behinderung an der Gesamtgruppe derjenigen, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, von 10 % 2010 bis 2030 auf 31 % verdreifachen (Dieckmann et al. 2010). Es handelt sich nach den Gräueltaten des Nationalsozialismus um die erste Generation von Menschen mit einer lebenslangen geistigen Behinderung in Deutschland, die die Nacherwerbsphase erreicht und alt werden darf (Dieckmann et al. 2015). Zwischen 1934 und 1945 waren im Rahmen der sogenannten „Euthanasie“-Verbrechen ca. 300.000 Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung ermordet worden – vor allem durch Vergasung und gezieltes Verhungernlassen (Dörner 2006).

Von einer *lebenslangen Behinderung*<sup>4</sup> ist die Rede, wenn diese vor dem 35. Lebensjahr erworben wurde (Dieckmann et al. 2015). Der Begriff *geistige Behinderung* bezeichnet Behinderungsformen, die primär mit einer intellektuellen Beeinträchtigung einhergehen und auf eine psycho-physische Veränderung des Gehirns zurückzuführen sind. Die individuelle Ausprägung der geistigen Behinderung hängt vom Schweregrad der Hirnschädigung sowie von den Förder- und Teilhabebedingungen im Lebenslauf ab (Speck 2013). Auch wenn es unterschiedliche kritische Positionen zum Begriff der (geistigen) Behinderung gibt und einige für eine Abschaffung des diskriminierenden Begriffes plädieren (vgl. Speck 2013, Dederich 2009), wird der Begriff der geistigen Behinderung in dieser Arbeit bewusst verwendet. Im Anschluss an die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF)<sup>5</sup>, die Anfang des 21. Jahrhunderts von der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2005) veröffentlicht wurde, umschreibt der Begriff (geistige) Behinderung das Zusammenspiel einer individuellen Beeinträchtigung oder Lernschwierigkeit mit sozialen Faktoren und Teilhabehemmnissen. Nach der ICF ist von einer Behinderung erst dann die Rede, wenn eine Person mit einer körperlichen, geistigen oder seelischen

---

<sup>4</sup> Wenn in dieser Arbeit von *Menschen mit geistiger Behinderung* die Rede ist, so sind damit Menschen mit einer *lebenslangen* geistigen Behinderung gemeint, jedoch nicht Menschen mit einer später – z. B. im Alter – erworbenen Behinderung.

<sup>5</sup> Die ICF löst die *Internationale Klassifikation der Schädigung, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen* (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, ICIDH) von 1980 ab, die Behinderung noch als defizitorientiertes Krankheitsfolgenmodell klassifizierte (WHO 2005: 4). Für eine detailliertere Darstellung der ICF vgl. u. a. ebd., Vernooij 2007: 14 ff.

Beeinträchtigung aufgrund unzureichender Umweltfaktoren dauerhaft in ihrer Teilhabe eingeschränkt ist.

Am deutlichsten wird die steigende Zahl älterer Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe spürbar. Dies ist das Wohnsetting, in dem die meisten älteren Menschen mit geistiger Behinderung leben. Der Anteil der über 60-Jährigen an den erwachsenen Bewohner\*innen stationärer Wohneinrichtungen wird von 16 % im Jahr 2010 bis 2030 auf 47 % steigen (Dieckmann et al. 2010).

Grundsätzlich altern Menschen mit geistiger Behinderung nicht anders als Menschen ohne Behinderung. Auch für sie bringt das Alter(n) vergleichbare Herausforderungen (z. B. körperliche Funktionseinbußen, Verluste im sozialen Bereich), aber auch Chancen (z. B. Freiheiten nach der Berentung) mit sich (Ding-Greiner/Kruse 2004, Schäper et al. 2010). Ein deutlicher Unterschied ist jedoch, dass Menschen mit (geistiger) Behinderung, die ihr Leben lang in Einrichtungen der Behindertenhilfe gelebt und Benachteiligungen im sozialen, wirtschaftlichen, gesundheitlichen und kulturellen Bereich erfahren haben, auf deutlich weniger Ressourcen zurückgreifen können, mit denen sie dem Alter(n) adäquat begegnen können (BMAS 2013).

Fachkräfte stationärer Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe werden es also in naher Zukunft vermehrt mit älteren Bewohner\*innen zu tun bekommen, die aufgrund altersbedingter Veränderungen ihrer Kompetenzen, Ressourcen und Bedürfnisse entsprechend angepasste Angebots- und Assistenzstrukturen in den Kommunen nachfragen.

Daneben gehört es zu den Aufgaben der Fachkräfte, die Umsetzung der aktuellen Leitlinien der Behinderten- und Altenhilfe auf der Ebene ihrer Einrichtungen voranzutreiben. Nach dem Zweiten Weltkrieg haben sich im Bereich der sozialen Arbeit einige Paradigmenwechsel vollzogen: Im Bereich der Behindertenhilfe wurde die Tradition der Fürsorge und Fremdbestimmung in den letzten Jahrzehnten zunehmend von der Verpflichtung abgelöst, die Bürgerrechte von Menschen mit Behinderung uneingeschränkt anzuerkennen, ihrer sozialen Ausgrenzung entgegenzuwirken sowie deren Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Die *UN-Behindertenrechtskonvention* (UN-BRK) – die 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde und in Deutschland 2009 in Kraft trat – fordert darüber hinaus explizit eine Abkehr von spezialisierten Einrichtungen und die Hinwendung zu einer gemeinwesenorientierten Arbeit, bei der alle Menschen inklusiv zusammenleben und durch

einen sogenannten Hilfemix innerhalb der Gemeinde unterstützt werden (Greving et al. 2012).

Auch in der Altenhilfe hat ein Wandel von einer defizitorientierten hin zu einer ressourcenorientierten und potenzialfördernden Sicht auf das Alter(n) stattgefunden (Naegele 2013). Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung plädiert für den Aufbau sogenannter lokaler Sorgestrukturen. Durch diese sollen die soziale Teilhabe älterer Menschen sowie deren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit auch bei steigendem Hilfe- bzw. Pflegebedarf erleichtert werden (BMFSFJ 2016).

Erste Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe haben begonnen, konzeptionell und personell auf die veränderten Bedürfnisse älter werdender Bewohner\*innen sowie auf die genannten Paradigmenwechsel zu reagieren (Dieckmann et al. 2015). Es bedarf jedoch noch weiterer, grundlegender konzeptioneller und struktureller sozialleistungsrechtlicher Umstrukturierungen. Für die Fachkräfte impliziert dies die Aneignung eines entsprechenden Qualifikationsprofils, aber auch eines entsprechenden Professionsverständnisses, mit dem das eigene professionelle Handeln an den Leitlinien Ressourcenorientierung, Selbstbestimmung, gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion ausgerichtet werden kann (Wacker 2005b, Greving et al. 2012).

Die jeweiligen subjektiven Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) prägen das Professionsverständnis und das berufliche Selbstverständnis der Fachkräfte. Sie wirken sich aus auf die Wahrnehmung von Einschränkungen, Kompetenzen, Ressourcen und Bedürfnissen älterer Bewohner\*innen und können somit handlungsleitend werden (Remmers/Walter 2012). *Professionalität* wird in diesem Zusammenhang verstanden als „Indikator für eine qualitativ hochwertige Arbeitsleistung“ (Greving/Ondracek 2009a: 31). *Professionelles Handeln* liegt in diesem Sinne vor, „wenn es sich um eine fachmännische, gekonnt, aber auch berufsmäßig durchgeführte Art und Weise des Handelns (und Denkens und Planens) handelt (Greving 2011: 17). *Professionelles heilpädagogisches Handeln* verfolgt demnach das Ziel, Beeinträchtigungen und Einschränkungen – die in der Interaktion bzw. Kommunikation zwischen Menschen mit und ohne Behinderung auftreten können – zu reduzieren bzw. zu überwinden. Menschen mit Behinderung sollen bei der selbstbestimmten und weitestgehend selbständigen Bewältigung von Alltagssituationen unterstützt werden (Greving/Ondracek 2005). Bezogen auf *ältere* Menschen mit Behinderung bedeutet professionelles heilpädagogisches Handeln, Unterstützungsmaßnahmen auf eine

Art und Weise zur Verfügung zu stellen, in der älter werdende Menschen mit Behinderung ihre Lebensphase Alter selbstbestimmt und teilhabeorientiert gestalten können. Dabei sind die jeweiligen altersspezifischen Lebensumstände und -ereignisse sowie die jeweiligen behinderungsbedingt eingeschränkten Handlungsspielräume zu berücksichtigen (Schäper et al. 2010).

An dieser Stelle knüpft diese Arbeit mit ihrer Frage nach den subjektiven Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln an. Die Teilhabemöglichkeiten (älterer) Menschen mit Behinderung hängen stark von den Unterstützungsleistungen der Fachkräfte ab. Deren Aufgabe ist es, die Ressourcen der Menschen mit Behinderung zu stärken und für kompatible Umweltbedingungen zu sorgen. Dominieren bei den Fachkräften negative Sichtweisen, so werden Behinderung und Alter(n) von Bewohner\*innen rasch mit Funktionseinschränkungen und einem wachsenden Hilfebedarf assoziiert. Dabei besteht die Gefahr, dass Ressourcen, Potenziale und Wünsche älterer Menschen mit geistiger Behinderung nicht ausreichend wahrgenommen oder (unbewusst) unterdrückt werden. Bei einseitig positiven Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) kann es umgekehrt passieren, dass Bewohner\*innen überfordert werden und eine Anpassung der Handlungsspielräume an veränderte individuelle Ressourcen ausbleibt (Franz 2016, Remmers/Walter 2012). Differenzierte und realistische Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) scheinen also eine essenzielle Voraussetzung dafür zu sein, dass die Fachkräfte in ihrer Rolle als Bezugspersonen und Mitgestalter\*innen adäquate Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes und teilhabeorientiertes *gutes Alter(n)* von Menschen mit geistiger Behinderung schaffen.

Eine differenzierte und realistische Sichtweise auf Alter(n) bedeutet, zwischen dem *Alter* als Resultat des Älterwerdens, dem *Alter* als Lebensphase, dem *Altern* als Prozess des Älterwerdens und den *Alten* als sozialer Gruppe älterer Menschen zu unterscheiden. Dabei sind die verschiedenen Dimensionen des Alter(n)s (körperlich, geistig, psychisch, sozial) sowie die unterschiedlichen Verläufe von Alterungsprozessen zu berücksichtigen. Zudem ist ein Bewusstsein über die Gestaltbarkeit des Alter(n)s sowie die mit Alter(n) einhergehenden Gewinne und Verluste vonnöten. Auch, dass sich der inter- und intraindividuelle Verlauf des Alterns auf die Individualität und Pluralität von Lebensformen und -situationen älterer Menschen mit und ohne Behinderung niederschlägt, sollte reflektiert werden.

Der Begriff *erfolgreiches Altern*<sup>6</sup> wurde in den 1950er Jahren von Havighurst und Albrecht (1953) eingeführt. Er sollte als Gegenkonzept zu rein deskriptiven Alterskonzepten dienen, die Alter(n) überwiegend mit körperlichen, geistigen und sozialen Einschränkungen assoziieren (Schroeter 2004). Verschiedene wissenschaftliche Disziplinen haben sich seither aus unterschiedlichen Perspektiven und mit unterschiedlichen Erkenntnisinteressen mit dem Konzept erfolgreiches Alter(n) beschäftigt. In der wissenschaftlichen Diskussion existieren verschiedene Bezeichnungen, wie erfolgreiches Alter(n), produktives Alter(n), optimales Alter(n), aktives Alter(n), gelingendes Alter(n) oder kompetentes Alter(n) (Baltes/Baltes 1992). In dieser Arbeit wird die Bezeichnung *gutes Alter(n)* verwendet – im Sinne der rein subjektiven Sicht von Menschen auf ein von ihnen persönlich als gut und zufriedenstellend wahrgenommenes Alter(n).

Bisher liegen kaum wissenschaftlich fundierte Informationen vor über die Sichtweisen, die mit älteren Menschen mit Behinderung arbeitende Fachkräfte auf Behinderung, (gutes) Alter(n) und professionelles Handeln haben. Diesen Sichtweisen nachzugehen ist jedoch wichtig, da sie – wie ausgeführt – das berufliche Selbstverständnis mitbestimmen und sich auf das professionelle Handeln auswirken können. Um eine adäquate Begleitung von älteren Menschen mit geistiger Behinderung gewährleisten zu können, ist es daher von Bedeutung, die Sichtweisen der entsprechenden Fachkräfte zu identifizieren, um diese gegebenenfalls durch zielgerichtete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen beeinflussen zu können, um die Fachkräfte in ihrer Arbeit zu unterstützen.

Hier setzt die vorliegende Arbeit mit ihrer Frage nach den subjektiven Sichtweisen der Fachkräfte an. Konkret werden die Deutungsmuster in den subjektiven Sichtweisen auf Behinderung, (gutes) Alter(n) und professionelles Handeln von pädagogischen und pflegerischen Fachkräften in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung rekonstruiert. Der Begriff *Deutungsmuster* geht auf Schütz (1974) zurück und beschreibt sozial vorstrukturierte, handlungsleitende subjektive Wissensstrukturen, die den Individuen dabei helfen, ihre sozialen Erfahrungen in einen übergreifenden Sinnzusammenhang einzuordnen.

Dabei gilt es zu untersuchen, welche Vorstellungen die Fachkräfte vom Alter(n) im Allgemeinen sowie vom Alter(n) von Menschen mit Behinderung im Speziellen haben und was ihrer Ansicht nach ein gutes Alter(n) ausmacht – sowohl für sie selbst als auch für

---

<sup>6</sup> Zur Kritik an der begrifflichen Unschärfe und der mangelhaften Konzeptualisierung der verschiedenen Begrifflichkeiten siehe z. B. Schroeter (2004: 52) und van Dyk (2009: 605).



die Menschen mit Behinderung. Außerdem wird der Frage nachgegangen, was für die Fachkräfte professionelles Handeln ausmacht und nach welchen Handlungsmaximen sie ihr berufliches Tun mit (älter werdenden) Bewohner\*innen ausrichten. Um den möglichen Handlungsbedarf bezüglich einer verbesserten professionellen Begleitung älter werdender Bewohner\*innen identifizieren zu können – beispielsweise durch eine Modifikation der Haltung oder Qualifikation der Fachkräfte – ist zudem zu untersuchen, wie die Fachkräfte die existierenden Rahmenbedingungen für ihre Arbeit einschätzen.

In einem zweiten Schritt werden die empirisch gewonnenen Erkenntnisse über die Sichtweisen der Fachkräfte mit theoretischen Konzepten aus der sozialen Gerontologie und der Heilpädagogik abgeglichen. Durch diesen Praxis-Theorieabgleich wird ein möglicher Modifikationsbedarf auf der Ebene der Sichtweisen und Handlungsperspektiven der Fachkräfte identifiziert. Dies liefert wiederum Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung von Fort- und Weiterbildungskonzepten für Fachkräfte etwa in der Heilpädagogik.

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, neben der Erhebung der subjektiven Sichtweisen der Fachkräfte Hinweise auf mögliche Einflussfaktoren für diese Sichtweisen zu identifizieren. Aus diesen können dann Ansatzpunkte für die Fort- und Weiterbildung pädagogischer und pflegerischer Fachkräfte in heilpädagogischen Einsatzbereichen konzipiert werden. Konsequenzen dieser Fort- und Weiterbildungskonzepte könnten die Vermittlung differenzierter und realistischer Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) sowie die Vermittlung eines Professionsverständnisses sein, das den Leitzielen Inklusion und Teilhabe entspricht.

Die Forschungsfragen dieser Arbeit lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Welche Sichtweisen auf *Behinderung* lassen sich bei den Fachkräften rekonstruieren?
- Welche Sichtweisen auf *Alter(n)* im Allgemeinen lassen sich bei den Fachkräften identifizieren?
- Welche Vorstellungen von *älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung* lassen sich bei den Fachkräften ausmachen?
- Welche Vorstellungen von *gutem Alter(n)* sind bei den Fachkräften erkennbar?
- Welche Vorstellungen von *gutem Alter(n) für Bewohner\*innen* stationärer Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe liegen bei den Fachkräften vor?
- Welches Verständnis *professionellen Handelns* haben die Fachkräfte? An welchen Handlungsperspektiven orientieren sie sich?

- Welches Verständnis *professionellen Handelns mit älteren Bewohner\*innen* haben die Fachkräfte? An welchen Handlungsmaximen orientieren sie sich?
- Wie beschreiben und bewerten die Fachkräfte die *Bedingungen für ein professionelles Handeln* in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe?

Um die unterschiedlichen Aspekte und die Mehrdimensionalität der subjektiven Sichtweisen auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln rekonstruieren zu können, wurde ein qualitativer Methodenzugang gewählt. Die Datengrundlage liefern zwölf teilnarrative Interviews mit pädagogischen und pflegerischen Fachkräften in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen, die auf Grundlage eines selektiven Samplings ausgewählt wurden. Die Interviews wurden nach dem integrativen Basisverfahren (Kruse 2014) textthermeneutisch ausgewertet. Dieses Analyseverfahren hatte das Ziel, die zentralen Motive eines jeden Interviews – und damit die Deutungsmuster in den subjektiven Sichtweisen der Befragten auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln aus dem Text herauszuarbeiten. Auf Basis dieser zentralen Motive wurden dann fallübergreifende, thematische Kernkategorien gebildet, die die sinnstrukturelle Gesamtgestalt des gesamten Datenmaterials abbilden.

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut: Kapitel 2 beleuchtet zunächst den thematischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit. Dabei wird die Aktualität und Bedeutsamkeit des Forschungsvorhabens für Praxis und Forschung erläutert und begründet. Konkret werden die demografische Entwicklung sowie die schwierige Lebenssituation älterer Menschen mit geistiger Behinderung behandelt (Kapitel 2.1). Im Anschluss daran werden die Paradigmenwechsel in der Behinderten- und Altenhilfe nachgezeichnet, um die fachlich-inhaltlichen Herausforderungen deutlich zu machen, mit denen sich die Fachkräfte in ihrer täglichen Arbeit konfrontiert sehen (Kapitel 2.2). Schließlich wird die zentrale Rolle der Fachkräfte bei der Begleitung (älterer) Bewohner\*innen skizziert (Kapitel 2.3).

In Kapitel 3 werden in Vorbereitung der empirischen Untersuchung aus dem Blickwinkel verschiedener Wissenschaftsdisziplinen die aktuellen Diskussionen um die Konzepte Behinderung (Kapitel 3.1), Alter(n) (Kapitel 3.2) und gutes Alter(n) (Kapitel 3.3) dargestellt. Kapitel 3.4 stellt das heilpädagogische Professionsverständnis sowie das aktuelle Verständnis heilpädagogischen Handelns mit älteren Menschen mit Behinderung vor. Diese Ausführungen dienen später als Vergleichsschablone zur Einordnung und Diskussion der Ergebnisse der empirischen Untersuchung.

Kapitel 4 stellt die Ergebnisse bisheriger empirischer Studien über individuelle Einstellungen zu Behinderung (Kapitel 4.1) sowie zu Altersbildern im Allgemeinen (Kapitel 4.2) dar. Im Vordergrund stehen dabei mögliche Einflussfaktoren auf Einstellungen und Altersbilder, sowie deren Auswirkungen insbesondere auf Fachkräfte bzw. Studierende aus dem sozialen und medizinischen Bereich im Vordergrund. Kapitel 4.3 beschäftigt sich mit den wenigen vorhandenen Studien zu den Altersbildern von Fachkräften in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Aus diesen werden wichtige Erkenntnisse für die empirische Untersuchung in dieser Arbeit abgeleitet.

Kapitel 5 beschreibt das Forschungsdesign und das methodische Vorgehen dieser Arbeit. Zuerst wird in den forschungstheoretischen Hintergrund der rekonstruktiven qualitativen Forschung eingeführt (Kapitel 5.1), dann die Auswahlmethode des selektiven Samplings (Kapitel 5.2) sowie das Erhebungsverfahren der teilnarrativen Leitfadenterviews vorgestellt (Kapitel 5.3). Kapitel 5.4 beschreibt das Vorgehen bei der Transkription der Interviews und Kapitel 5.5 die Auswertung nach dem integrativen Basisverfahren. Das Kapitel schließt mit einer kritischen Reflexion des methodischen Vorgehens (Kapitel 5.6).

In Kapitel 6 werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung vorgestellt: Kapitel 6.1 beschreibt die jeweiligen zentralen Motive der zwölf Interviews und zeichnet die Ableitung der Kernkategorien nach. Diese Kernkategorien bilden die Essenz der Sichtweisen der befragten Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln. Sie geben zugleich die inhaltliche Struktur der weiteren Darstellung der Ergebnisse vor. Kapitel 6.2 stellt entlang dieser Kernkategorien die unterschiedlichen Facetten der Sichtweisen auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln dar. Kapitel 6.3 widmet sich der Beantwortung der oben aufgeführten Forschungsfragen. Im Anschluss daran werden in Kapitel 6.4 die Ergebnisse diskutiert. Dabei werden die rekonstruierten Sichtweisen zu den theoretischen Konzepten der sozialen Gerontologie sowie der Heilpädagogik in Beziehung gesetzt und mit dem rezipierten Forschungsstand zu Einstellungen von Fachkräften gegenüber Menschen mit Behinderung bzw. zu Altersbildern abgeglichen.

Kapitel 7 fasst die wesentlichen Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit zusammen und schließt mit den daraus resultierenden konkreten Handlungsempfehlungen für Praxis und Forschung.

## 2 Thematische Hinführung

Dieses Kapitel zeichnet die thematischen Hintergründe der späteren empirischen Untersuchung nach. Im ersten Teil (Kapitel 2.1) geht es um die demografische Entwicklung der Bevölkerungsgruppe Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen, aber auch in Deutschland insgesamt: Die Zahl älterer Menschen mit geistiger Behinderung wächst stetig. Der Anteil dieser Gruppe steigt sowohl im Verhältnis zur Bevölkerungsgruppe älterer Menschen als auch zur Gesamtbevölkerung. Das bedeutet auch, dass sich Anbieter\*innen, die Leistungen für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung vorhalten, auf eine verstärkte Nachfrage einstellen müssen. Darüber hinaus zeigen Studien, dass Menschen mit geistiger Behinderung im Alter aufgrund ihrer Lebenssituation vermehrt Exklusionsrisiken ausgesetzt sind, die es – wie in Kapitel 2.2 dargestellt – bei der Ausgestaltung von Angeboten zu bedenken gilt. Kapitel 2.3 beschreibt den Paradigmenwechsel in der Alten- und Behindertenhilfe, der sich in den letzten Jahrzehnten vollzogen hat. Dieser stellt die entsprechenden Akteur\*innen in den Kommunen vor die Herausforderung, ihre Angebote für (ältere) Menschen mit Behinderung den aktuellen Leitlinien anzupassen. Kapitel 2.4 schließlich beschäftigt sich mit den Mitarbeitenden in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Diese spielen eine entscheidende Rolle bei der fachlichen und persönlichen Begleitung von Bewohner\*innen, aber auch bei der Umsetzung aktueller pädagogischer Leitlinien. Nicht selten sind sie die einzigen Vertrauens- und Bezugspersonen. Zudem prägen sie durch ihr Handeln die Rahmenbedingungen für das Alter(n) der Bewohner\*innen. Daher sind ihr Fachwissen, ihre Haltung sowie die institutionellen Rahmenbedingungen vor Ort wesentliche Faktoren.

### 2.1 Demografische Entwicklung

Im Zuge der demografischen Entwicklung nimmt der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung stetig zu, während der Anteil jüngerer Menschen gleichzeitig immer weiter abnimmt (Tabelle 1). Laut einer aktuellen Prognose<sup>7</sup> des Statistischen Bundesamtes (Destatis 2018b) wird der Anteil der 65- bis 79-Jährigen an der Gesamtbevölkerung

---

<sup>7</sup> Die Variante 2-A Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes ist eine Aktualisierung der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, die aufgrund der starken Zuwanderung seit 2014 vorgenommen wurde. Die Prognosevariante 2-A basiert auf den Bevölkerungszahlen von 2015 und geht von einer Geburtenziffer von 1,5, einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 88,6 Jahren bei Frauen und von 84,7 Jahren bei Männern aus. Zugrunde gelegt wurden bei der Prognose eine Zuwanderung von

von 15,3 % 2015 auf 19,1 % im Jahre 2060 ansteigen.<sup>8</sup> Der Anteil der über 79-Jährigen soll sich im selben Zeitraum von 5,7 % auf 11,8 % sogar verdoppeln. Parallel dazu nimmt der Anteil der 20- bis 64-Jährigen von 60,6 % 2015 auf 51,8 % 2060 ab. Für Nordrhein-Westfalen wird eine vergleichbare demografische Entwicklung prognostiziert (IT.NRW 2018): Hier betrug der Anteil der 65- bis 79-Jährigen 2015 15,1 % und wird bis 2060 voraussichtlich 2060 auf 18,7 % ansteigen. Der Anteil der über 79-Jährigen wird sich bis 2060 verdoppeln, während der Anteil der unter 65-Jährigen um 7 % sinken wird.

Tabelle 1: Anteile der Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland (BRD) und Nordrhein-Westfalen (NRW) 2015, 2030 und 2060. Quellen: Destatis 2018b, IT.NRW 2018, eigene Berechnungen.

Jahr	Bevölkerung gesamt		20- bis 64-Jährige		65- bis 79-Jährige		Über 79-Jährige	
	BRD	NRW	BRD	NRW	BRD	NRW	BRD	NRW
2015	82,2 Mio.	17,6 Mio.	60,6 %	60,7 %	15,3 %	15,1 %	5,7 %	5,6 %
2030	82,9 Mio.	17,7 Mio.	55,4 %	56,7 %	18,8 %	18,5 %	7,5 %	7,2 %
2060	76,5 Mio.	16,5 Mio.	51,8 %	53,6 %	19,1 %	18,7 %	11,8 %	11,3 %

Für die vorliegende Arbeit ist vor allem die Altersstruktur von Menschen mit lebenslanger geistiger Behinderung relevant, die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben. Auch Menschen mit einer lebenslangen geistigen Behinderung weisen eine höhere Lebenserwartung auf. Gründe hierfür sind eine verbesserte medizinische und heilpädagogische Versorgung, optimalere Wohnverhältnisse sowie veränderte Ernährungs- und Lebensstile (Ding-Greiner/Kruse 2010: 13). Der Vergleich mit früheren, auch internationalen Studien (z. B. Janicki et al. 1999, Bittles et al. 2002) zeigt einen signifikanten Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung auch von Menschen mit geistiger Behinderung (Dieckmann/Metzler 2013: 160 f.). Dennoch ist die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung deutlich geringer als in der Gesamtbevölkerung. Sie beträgt laut Sterbetafel 2007/2008 in Westfalen-Lippe 71,0 Jahre bei Männern und 73,0 Jahre bei Frauen, im Vergleich zu 77,3 Jahren bei Männern und 82,5 Jahren bei Frauen in der Gesamtbevölkerung. Je nach Art der geistigen Behinderung variiert die errechnete Lebenserwartung deutlich (Haveman/Stöppler 2010: 70 ff.). Insgesamt nimmt

750.000 Menschen im Jahr 2016 sowie von 200.000 im Jahr 2021. Inwieweit sich die Zuwanderung tatsächlich auf die demografische Entwicklung auswirken wird, lässt sich nicht verlässlich vorhersehen (Destatis 2018a).

<sup>8</sup> An dieser Stelle sei auf die meist geringe Aussagekraft solch langfristiger Bevölkerungsprognosen verwiesen (Bosbach 2006). Gerade die starke Zuwanderung 2014 und 2015 unterstreicht, wie schnell veränderte Parameter zu unvorhersehbaren Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur führen können.

auch der Anteil älterer Menschen mit geistiger Behinderung an der Gesamtbevölkerung zu.

Die Datenlage zu Altersstruktur und Lebenssituation von Menschen mit Behinderung wird als unzureichend beschrieben (BMAS 2013: 12 f., BMFSFJ 2016: 93 f.). So ist etwa die amtliche Schwerbehindertenstatistik zu undifferenziert. Sie erfasst Personen mit einer amtlich anerkannten Behinderung und einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50. Damit lässt sie Personen mit einem GdB unter 50 sowie Personen, die trotz einer Beeinträchtigung (etwa einer chronischen Erkrankung) keinen Behindertenausweis beantragt haben, außer Acht.

Zudem liefert die Schwerbehindertenstatistik keine Informationen darüber, in welchem Lebensalter die jeweilige Behinderung erworben wurde.<sup>9</sup> Diese Information ist jedoch entscheidend für die Einschätzung der im Alter zur Verfügung stehenden Ressourcen (BMAS 2013: 403f.). Des Weiteren differenziert die Schwerbehindertenstatistik nicht zwischen Behinderung und Beeinträchtigung und folgt damit nicht der ICF-Definition. Dasselbe gilt für das Neunte und Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX und SGB XI). Die Schwerbehindertenstatistik versteht Behinderung als individuelles medizinisches Defizit und lässt damit die Wechselwirkungen zwischen der jeweiligen Beeinträchtigung und den Kontextfaktoren, die diese verhindern oder begünstigen können, unbeachtet. Laut ICF ist erst dann von einer Behinderung die Rede, wenn eine Person mit einer körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigung aufgrund unzureichender Umweltfaktoren dauerhaft in ihrer Teilhabe eingeschränkt ist (BMAS 2013: 59).

Die Teilhabeberichte (BMAS 2013, BMAS 2016) versuchen dem Anspruch, die ICF-Definition von Behinderung als Grundlage zu nehmen, gerecht zu werden. Sie beschreiben die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung auf der Grundlage von Indikatoren allgemein zugänglicher Bevölkerungserhebungen, wie dem Sozio-oekonomischen Panel und dem Mikrozensus. Die Indikatoren geben über verschiedene Aspekte der Lebenssituation Auskunft und erfassen Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderung bezüglich der Ausübung ihrer Teilhabemöglichkeiten (BMAS 2016: 533). Diese Daten werden durch Informationen beispielsweise aus qualitativen Erhebungen ergänzt. Doch auch in den Teilhabeberichten sind bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie z. B. Menschen in stationären Wohn- oder Pflegeeinrichtungen sowie Personen, die aufgrund

---

<sup>9</sup> Die Schwerbehindertenstatistik differenziert lediglich zwischen „angeborene“ und „erworbene Behinderung“, ohne Angaben über den konkreten Zeitpunkt des Eintretens der Behinderung zu geben.

ihrer Behinderung als schwer befragbar gelten, gar nicht oder nicht ausreichend repräsentiert.<sup>10</sup>

Da bundesweite Statistiken nicht ausreichend differenziert sind, greift die Beschreibung der Altersstruktur der Zielgruppe auf Ergebnisse regionaler Erhebungen zurück. Erste Schätzungen zur Altersstruktur und Lebenssituation älterer Menschen mit einer lebenslangen Behinderung für Nordrhein-Westfalen legen Dieckmann et al. (2015) vor.<sup>11</sup> Sie ermitteln für das Jahr 2011 insgesamt 294.961 Menschen mit einer früh erworbenen Schwerbehinderung,<sup>12</sup> von denen 53.000 Menschen (18,0 %) über 65 Jahre alt sind. Differenziert nach Behinderungsart weisen 34,9 % der Senior\*innen ab 65 Jahren mit lebenslanger Behinderung eine körperliche, 14,6 % eine psychische und 8,8 % eine geistige Behinderung auf (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anzahl Schwerbehinderter mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen in verschiedenen Altersgruppen. Schätzungen auf Basis der Ausgangsdaten von 2011 (\* = tatsächliche Werte). Quelle: Dieckmann et al. (2015: 33), eigene Zusammenfassung.

Art der Behinderung	Über 35 Jahre	Über 60 Jahre	Über 65 Jahre
Körperliche Behinderung	57.486 (31,4 %)	23.860 (34,3 %)	18.544 (34,9 %)
Psychische Behinderung	24.088 (13,1 %)	9.998 (14,3 %)	7.770 (14,6 %)
Geistige Behinderung*	32.963* (18,0 %)	7.203* (10,3 %)	4.672* (8,8 %)
Sonstige Behinderung	68.790 (37,5 %)	28.552 (41,0 %)	22.191 (41,7 %)
Gesamt	183.327	69.613	53.177

Verallgemeinerbare Vorausschätzungen der Altersentwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung in verschiedenen Wohn- und Betreuungssettings liegen für Westfalen-Lippe vor<sup>13</sup> (Dieckmann et al. 2010, Dieckmann/Giovis 2012) (Tabelle 3). So wird ver-

<sup>10</sup> Siehe auch Hinweise des wissenschaftlichen Beirats des Zweiten Teilhabeberichts auf entsprechende methodische Begrenzungen (BMAS 2016: 533 ff.).

<sup>11</sup> Die Schätzungen basieren auf den Daten der Schwerbehindertenstatistik, der Eingliederungshilfestatistik (diese erfasst alle Personen, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten) sowie der Pflegestatistik (Dieckmann et al. 2015: 28 ff.).

<sup>12</sup> Eine Schwerbehinderung liegt laut amtlicher Schwerbehindertenstatistik vor, wenn ein Mensch einen Grad der Behinderung von 50 oder mehr aufweist und einen entsprechenden amtlichen Behindertenausweis beantragt hat.

<sup>13</sup> Die Vorausschätzungen beziehen sich auf personenbezogene Daten der Eingliederungshilfestatistik des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, auf Schulstatistiken und Aufnahmestatistiken von Werkstätten für

mutet, dass die Anzahl von Menschen mit geistiger Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, von 27.100 im Jahr 2010 auf 38.200 im Jahr 2030 zunimmt (Dieckmann et al. 2010: 28 ff.). War die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen 2010 mit 28 % am größten, soll sich ihr Anteil zwanzig Jahre später auf fast 15 % halbieren, während sich der Anteil der über 59-Jährigen sich bis 2020 auf 20 % verdoppelt. Es wird angenommen, dass 2040 jeder dritte Mensch mit geistiger Behinderung 60 Jahre oder älter ist und dass 20 % sogar älter als 69 Jahre sein werden.

Tabelle 3: Anteil der Altersgruppen an erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe (Vorausberechnungen). Quelle: Dieckmann et al. 2010: 28 ff.), eigene Zusammenstellung.

Altersstufen	2010	2020	2030	2040
20- bis 29	22 %	23,5 %	18,5 %	16 %
30- bis 39	21 %	17,5 %	21 %	18 %
40- bis 49	28 %	17 %	15 %	19 %
50- bis 59	19 %	22 %	14,5 %	14 %
60- bis 69	7 %	14 %	18 %	13 %
Über 70	3 %	6 %	13 %	20 %
Gesamt	27.100	33.700	38.200	40.200

Von den 27.100 erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung, die 2010 Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen, lebten 49 % im stationären Bereich, 14 % im ambulant betreuten Wohnen und 37 % ohne professionelle Unterstützung eigenständig oder bei Angehörigen (Dieckmann et al. 2010: 30). Differenziert man diese Verteilung nach Altersgruppen (Dieckmann et al. 2010: 30 ff., 45 ff.) so wird der vergleichsweise hohe Anteil älterer Bewohner\*innen im stationären Bereich deutlich. 16 % der Heimbewohner\*innen waren 2010 älter als 59 Jahre. Der Anteil dieser Altersgruppe im ambulanten Bereich beträgt hingegen gerade einmal 7 % (Tabelle 4).

Geht man von konstanten Aufnahmezahlen aus, so wird sich die Anzahl erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Wohneinrichtungen in Westfalen-Lippe von 13.419 Personen 2010 auf 18.622 Personen 2030 erhöhen. Von diesen werden 47 % 60 Jahre oder älter sein. Die Anzahl der Bewohner\*innen ambulanter Einrichtungen wird sich von 2010 zu 2030 mehr als verdoppeln. Dabei ist anzunehmen, dass Anbieter\*innen ambulanter Wohnplätze über noch geringere Erfahrungen in der Begleitung älterer Bewohner\*innen verfügen, als im stationären Bereich. Können Bewohner\*innen aus

---

Menschen mit Behinderung sowie auf Daten über Menschen mit geistiger Behinderung in Pflegeeinrichtungen (Dieckmann/Giovis 2012: 12 f.).



altersbedingten Gründen dort nicht mehr wohnen, steht der Umzug in stationäre Wohnsettings an. Zukünftig wird sich auch im ambulanten Setting der Anteil der älteren Bewohner\*innen erhöhen: Mehr als ein Drittel wird über 60 Jahre alt sein. Bei den Erwachsenen mit geistiger Behinderung, die ohne professionelle Wohnhilfen privat leben, ist kein gravierender Wandel absehbar. Aller Voraussicht nach werden privat lebende Menschen mit geistiger Behinderung mit zunehmendem Alter jedoch professionelle Hilfe benötigen, da sie selbst bzw. ihre ebenfalls älter werdenden Angehörigen die Betreuung nicht mehr gewährleisten können.<sup>14</sup>

Tabelle 4: Anteil der Altersstufen an erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe, differenziert nach Wohnformen (Vorausberechnungen). Quelle: Dieckmann et al. 2010: 30 ff., 45 ff.), eigene Zusammenstellung.

Altersgruppen	Stationäres Wohnen		Ambulantes Wohnen		Wohnen ohne professionelle Hilfe	
	2010	2030	2010	2030	2010	2030
20 bis 29	12 %	5,5 %	21 %	7 %	35 %	45 %
30 bis 39	18 %	13 %	25 %	16 %	25 %	35 %
40 bis 49	30 %	16 %	29 %	20 %	25 %	11 %
50 bis 59	24 %	18,5 %	18 %	21 %	13 %	5,5 %
60 bis 69	11 %	26 %	5 %	22 %	2 %	3,5 %
Über 70	5 %	21 %	2 %	14 %	k. A.	0 %
Gesamt	13.419	18.622	3.748	7.124	9.958	12.429

Angesichts der steigenden Zahl älterer Menschen mit geistiger Behinderung stehen Anbieter\*innen entsprechender Wohn- und Unterstützungsleistungen vor der Herausforderung, ihre Konzepte und ihr Personal qualitativ und quantitativ an die neuen Bedingungen anzupassen. Themen wie ein aktives und gesundes Alter(n), eine sinnvolle Gestaltung freier Zeit, Möglichkeiten der sozialen Teilhabe, der Umgang mit altersbedingten veränderten Hilfe- und Pflegebedarfen sowie Sterbebegleitung verlangen entsprechende Lösungen.

<sup>14</sup> Im Zuge der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes wird zum 1.1.2020 die Trennung zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit Behinderung aufgegeben. Fachleistungen und existenzsichernde Leistungen werden getrennt, das heißt, nur noch die Fachleistungen werden im Zuständigkeitsbereich der Eingliederungshilfe liegen, während Leistungen zum Lebensunterhalt einschließlich Wohnen für Menschen mit und ohne Behinderung in grundsätzlich gleicher Weise über das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) geregelt werden. Bereits existierende Betreuungsmöglichkeiten in Wohnformen sollen dabei bestehen bleiben (BMAS o. J.).

## 2.2 Lebenssituation älterer Menschen mit geistiger Behinderung

Ältere Menschen mit lebenslanger geistiger Behinderung sind eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe. Ebenso wie bei älteren Menschen ohne früh erworbenen Behinderungen gibt es ausgeprägte interindividuelle Unterschiede (Ding-Greiner/Kruse 2004: 519). Zurückzuführen sind diese auf die Art und Ausprägung der Behinderung, auf die Kompetenzen der Betroffenen sowie auf die medizinische und heilpädagogische Förderung, die diese Personen im Laufe ihres Lebens erfahren haben. Auch die individuell erlebten förderlichen und hemmenden Umweltbedingungen und deren Auswirkungen auf die Kompensationsmöglichkeiten der Betroffenen tragen zur Vielseitigkeit dieser Gruppe bei (Müller et al. 2016: 77 f., Dieckmann/Rohleder 2017: 75).

Der Alterungsprozess von Menschen mit geistiger Behinderung ist vergleichbar mit jenem von Menschen ohne geistige Behinderung: Er verläuft auf körperlicher, seelisch-geistiger und sozialer Ebene sehr unterschiedlich (Ding-Greiner/Kruse 2004: 519).<sup>15</sup> Grundsätzlich sind Menschen – ob mit oder ohne Behinderung – mit denselben altersbedingten Veränderungen sowie mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert (Schäper et al. 2010: 96, Stappen/Fooker 2006). Dazu zählen z. B. der Wegfall von Arbeit und Arbeitsbeziehungen, der Verlust von Freund\*innen und Angehörigen durch Krankheit oder Tod, akute und chronische psychische sowie physische Erkrankungen, nachlassende Selbständigkeit, die Auflösung des gewohnten Lebensumfeldes sowie die Konfrontation mit der Endlichkeit des Lebens und dem Sterben. Auch Menschen mit lebenslanger geistiger Behinderung müssen lernen, „mit neuen Freiräumen, und sozial-ökologischen, interpersonellen und individuellen Verlusten und Einbußen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Bilder und Einstellungen“ umzugehen (Schäper et al. 2010: 96). Eine Besonderheit besteht darin, dass Menschen mit lebenslanger geistiger Beeinträchtigung aufgrund ihrer Benachteiligungen im sozialen, wirtschaftlichen, gesundheitlichen und kulturellen Bereich in der Regel über geringere Ressourcen verfügen, um den Chancen und Risiken des Alterns adäquat begegnen zu können (BMAS 2013: 403 f.). Sie sind daher besonders stark von Exklusionsrisiken betroffen, also von dem Risiko, ihr Recht auf soziale Teilhabe nicht wahrnehmen zu können. Die Fachwelt vertritt die Ansicht, dass Menschen mit geistiger Behinderung im Alter sehr wohl über das Potenzial und den Willen verfügen, ihr Leben im Rahmen der ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsspiel-

---

<sup>15</sup> Für Informationen zum biologischen, psychologischen und soziologischen Alterungsprozess von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung siehe z. B. Haveman/Stöppler (2010: 29 ff.).

räume selbstbestimmt zu gestalten (Schäper et al. 2010: 11). Allerdings stellen die individuellen Beeinträchtigungen dieser Menschen, kombiniert mit fehlenden förderlichen Umweltbedingungen häufig schon früh im Leben die Weichen für geringere Gestaltungsmöglichkeiten, z. B. in den Bereichen Ausbildung, Erwerbsleben, Lebenspartnerschaft, soziale (Hilfs-)Netzwerke. Dies wirkt sich langfristig auch negativ auf die Lebenssituation und die Teilhabemöglichkeiten im Alter aus (Dieckmann et al. 2015: 22).

### **Gesundheitliche Situation**

Biologisch betrachtet altern Menschen mit geistiger Behinderung auf die gleiche Weise wie andere Menschen. Jedoch beeinflussen Schädigungen, die auf die geistige Beeinträchtigung zurückzuführen sind, die Intensität und den Verlauf des Alterns (Ding-Greiner/Kruse 2004). Diese Einflüsse können durch das Altern noch überlagert und verstärkt werden (Dieckmann/Metzler 2013). Hierdurch ist das Krankheitsrisiko in dieser Gruppe ungleich höher, ebenso wie aufgrund der oftmals langjährigen unzureichenden medizinischen Versorgung sowie der Multimedikation (Hasseler 2015, Dieckmann et al. 2015: 116 ff.). Studien zeigen, dass Menschen mit geistiger Beeinträchtigung – je nach Behinderungsart – durchschnittlich deutlich früher von Kompetenzeinbußen und (Alters-)Erkrankungen (z. B. Seh- und Hörbeeinträchtigungen, schwindende Körperkraft, Diabetes, Krebserkrankungen, Depressionen) betroffen sind als gleichaltrige Menschen der Gesamtbevölkerung (Dieckmann et al. 2015: 106 ff., Haveman/Stöppler 2010: 75 ff.). Menschen mit geistiger Behinderung gelten zudem als „Hochrisikogruppe für eine Demenzerkrankungen“<sup>16</sup> (Müller et al. 2016: 78). Die Inzidenzrate für Demenz von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung liegt nach einer Studie von Styrdom et al. (zitiert in Müller et al. 2016: 78) fünf Mal höher als bei Menschen ohne geistige Behinderung. Der höchste Anteil an Demenz-Neuerkrankungen findet sich in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen, in der Gesamtbevölkerung liegt die höchste Inzidenzrate erst bei den über 89-Jährigen (ebd.). Menschen mit Down-Syndrom (Trisomie 21) sind häufiger und im Schnitt mehr als 20 Jahre früher von Demenz betroffen als Menschen in der Gesamtbevölkerung (Haveman/Stöppler 2010: 107). 22 % der über 39-jährigen und 56 % der über 59-jährigen

---

<sup>16</sup> Eine Hypothese für das erhöhte Demenzrisiko hängt mit den kognitiven Reserven zusammen: Menschen mit geistiger Behinderung erreichen demnach aufgrund ihrer behinderungsbedingt geringeren kognitiven Reserven schneller eine kritische Grenze, ab der kognitive Abbauprozesse sichtbar werden (Stern, zitiert in Müller et al. 2016: 78). Ein weiterer Grund ist das dreifach vorhandene Chromosom 21, auf dem die Anlage zur Plaquebildung programmiert ist (ebd.: 79).

Menschen mit Down-Syndrom weisen nach einer Studie von Janicki und Dalton (zitiert in Bigby 2004: 76) eine Alzheimer-Demenz auf.

## Wohnen

Der größte Anteil erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung lebt in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (BMAS 2013: 367). Einer Untersuchung zu teilhabeförderlichen Wohnsettings und Unterstützungsstrukturen in Westfalen-Lippe (Thimm et al. 2018) zufolge leben 41 % der Erwachsenen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen, 19 % nutzen Angebote des ambulant betreuten Wohnens<sup>17</sup> und 37 % wohnen selbständig bzw. mit Angehörigen zusammen (Tabelle 5). Lediglich knapp 3 % sind in Einrichtungen nach SGB XI untergebracht.

Mit zunehmendem Alter wächst die Bedeutung stationärer Wohn- und Pflegeeinrichtungen (Kapitel 2.1), während ambulante Wohnsettings und das Leben in Privathaushalten kontinuierlich an Relevanz verlieren. So beziehen 59 % der über 64-Jährigen Wohnhilfen der Eingliederungshilfe. Der Anteil derjenigen, die ambulant betreut wohnen, beträgt in dieser Altersgruppe nur 8 %, der Anteil derjenigen, die selbständig bzw. bei Angehörigen Lebenden 9 %. Dagegen beträgt der Anteil derjenigen, die stationäre Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, in dieser Altersgruppe 22 %.

Tabelle 5: Prozentuale Verteilung Erwachsener mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe auf verschiedene Wohnsettings, differenziert nach Altersgruppen, Stichtag 31.12.2014.<sup>18</sup>  
Quelle: nach Thimm et al. (2018: 111).

Wohnsetting	Alter	Erwachsene mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe		
		Insgesamt N=31.137	ab 50 Jahre N=10.687	ab 65 Jahre N=2.264
Bei Angehörigen/selbständig		36,6 %	21,7 %	8,9 %
Ambulant betreutes Wohnen (Eingliederungshilfe)		18,9 %	15,7 %	8,0 %
Stationäres Wohnen (Eingliederungshilfe)		40,9 %	54,4 %	59,3 %
Außenwohngruppe		5,0 %	5,5 %	4,5 %
Wohnheim in der Kommune		24,0 %	32,6 %	32,4 %
Komplexeinrichtungen (80 und mehr Plätze)		10,2 %	14,9 %	20,6 %
SGB XI-Pflegeeinrichtung		2,7 %	7,3 %	21,9 %

<sup>17</sup> Ambulant betreutes Wohnen umfasst „Einzelwohnen“, „Paarwohnen“, „Wohn- oder Hausgemeinschaft“ sowie „Sozialräumliche Gemeinschaft“ und unterscheidet sich vom stationären Wohnen vor allem darin, dass Bewohner\*innen als Mieter\*innen in eigenen abgeschlossenen Wohneinheiten, weitgehend selbständig leben (Thimm et al. 2018: 21 f.).

<sup>18</sup> Angegebener Stichtag für Pflegeeinrichtungen: 5/2016.

Das Wohnen in stationären Einrichtungen geht oftmals mit einem hohen Maß an Fremdbestimmung sowie einer eingeschränkten Privatsphäre einher. Selten wird ein Umzug in ein Heim von der betroffenen Person selbst initiiert. Zudem ist Mitsprache bei der Zusammensetzung der Bewohner\*innengruppe kaum gegeben. Der Grund des Umzugs sind meist eine Überlastung informeller Pflegepersonen und/oder der schlechte Gesundheitszustand der Betroffenen (Driller et al. 2008: 128 ff.).

Schon heute haben stationäre Wohneinrichtungen damit begonnen, auf die veränderten Bedürfnisse älter werdender Bewohner\*innen zu reagieren, etwa durch eine Anpassung der Hilfeplanung, die Einrichtung gesundheitsbezogener Dienste und tagesstrukturierender Angebote für berentete Bewohner\*innen oder durch die vermehrte Einstellung von Pflegefachkräften (Dieckmann et al. 2015: 16 f.). Sollten Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe nicht in der Lage sein, eine Tagesstrukturierung, eine 24-Stunden-Betreuung und/oder die pflegerische Begleitung berenteter Bewohner\*innen zu leisten, kann dies Umzüge in (spezielle) Pflegeeinrichtungen zur Folge haben (Thimm et al. 2018: 113 ff.). Bei Umzügen von Wohneinrichtungen in spezielle Pflegeeinrichtungen (desselben Trägers), die in Absprache mit den Angehörigen und/oder mit gesetzlichen Betreuer\*innen stattfinden, können auch Eigeninteressen der Organisation und Rahmenbedingungen innerhalb der Organisation eine Rolle spielen. Allerdings werden die Betroffenen selbst in diese Aushandlungsprozesse kaum einbezogen. Der Selbstbestimmung der Bewohner\*innen steht in diesem Falle eine „Kultur der fürsorgliche[n] Fremdbestimmung“ (Dieckmann/Rohleder 2017: 83) entgegen. Dabei gilt es zu bedenken, dass durch einen Wegzug aus dem vertrauten Wohnumfeld alltagspraktische Routinen und soziale Beziehungen verloren gehen, die gerade für ältere Bewohner\*innen eine wichtige und schwer erarbeitete Ressource für die Teilhabe darstellen (Dieckmann/Rohleder 2017: 84).

### **Arbeitsleben, Übergang in die Nacherwerbsphase**

Auch für Menschen mit geistiger Behinderung bedeutet (Erwerbs-)Arbeit häufig Sinnstiftung, Identitätsbildung, Tagesstrukturierung und Einbindung in soziale Bezüge (Hollander/Mair 2004). Gerade für Menschen, die in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe leben, stellt die Beschäftigung etwa in Werkstätten eine der wenigen Möglichkeiten dar, sich einen weiteren Lebensraum zu erschließen. Das Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit ist daher auch für Menschen mit geistiger Behinderung ein kritisches Lebensereignis. Dieses tritt zudem aufgrund der gesetzlichen Regelungen oder der ge-

sundheitlichen Bedingungen vergleichsweise früher ein als bei Menschen ohne Behinderung. Mit der Erwerbstätigkeit fallen tägliche strukturierende Routinen, Möglichkeiten der Selbstidentifikation und soziale Kontakte weg. Auch der Verlust von Angeboten der Gesundheitsvorsorge sowie der Sport- und Freizeitaktivitäten, welche zuvor im Werkstattalltag integriert waren, muss aufgefangen werden (Dieckmann/Rohleder 2017: 85). Hinzu kommt, dass Menschen mit Behinderung aufgrund der geringeren Arbeitsentgelte auf niedrigere Renten zurückgreifen können (Wacker 2005a: 347), was ihre Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung stark einschränkt. In der Regel sind die Betroffenen mittellos und daher auf Leistungen der sozialen Sicherungssysteme angewiesen sowie auf Personen, die diese für sie beantragen (Dieckmann/Rohleder 2017: 83).

### **Soziale Beziehungen**

Die Möglichkeiten, soziale Beziehungen aufzubauen bzw. zu pflegen, sind gerade für (ältere) in Wohnheimen lebende Menschen mit Behinderung aufgrund ihrer körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen stark eingeschränkt (Haveman/Stöppler 2010: 163). In der Regel können diese Personen nur auf ein kleines soziales Netzwerk zurückgreifen (Dieckmann et al. 2015: 15, Wacker 2005a: 347): Menschen mit geistiger Behinderung leben üblicherweise nicht in einer festen Lebenspartnerschaft und bleiben in der Regel kinderlos. Sie pflegen eher kontextgebundene Freundschaften mit Mitbewohner\*innen oder Kolleg\*innen in den Werkstätten. Diese Kontakte sind bei Umzügen oder Berentungen äußerst instabil. Kontakte zu Menschen ohne Beeinträchtigung außerhalb der Einrichtungen sind eher die Ausnahme. Zudem wird das persönliche Netzwerk noch kleiner, wenn Familienmitglieder oder Mitbewohner\*innen sterben oder erkranken (Dieckmann/Metzler 2013: 76, Haveman/Stöppler 2010: 162 f.).

Die wesentlichen Beziehungspersonen von Menschen mit geistiger Behinderung, die in stationären Einrichtungen leben, sind die Mitarbeitenden in diesen Wohneinrichtungen sowie die Familienangehörigen (Eltern und Geschwister) – sofern diese noch leben. Letztere fungieren als wertvolle informelle Unterstützer\*innen, z. B. bei leistungsrechtlichen Angelegenheiten. Beziehungen zu Mitarbeitenden sind quantitativ betrachtet häufig, können allerdings qualitativ betrachtet persönliche Beziehungen nicht ersetzen (ebd.). Aus organisatorischen und Kostengründen sind die zeitlichen Ressourcen der Mitarbeitenden sehr begrenzt. Zudem handelt es sich aus Sicht der Mitarbeitenden um Arbeitsbeziehungen (ebd.).

Die Ausführungen zeigen ein Dilemma, in dem sich berentete Menschen mit geistiger Behinderung häufig befinden: den ruhestandbedingten Freiheiten bei der individuellen Altersgestaltung stehen begrenzte Ressourcen im Bereich der formellen und informellen Kontakte sowie der Finanzen entgegen. Dies erschwert die selbstbestimmte Gestaltung der Lebensphase Alter.

In der Literatur werden weitere Spezifika genannt, die die Lebenssituation älterer Menschen mit geistiger Behinderung prägen.

- Der ersten Generation von Menschen mit geistiger Behinderung fehlen Vorbilder, an denen sie sich in der Lebensphase Alter orientieren kann (Dieckmann/Rohleder 2017: 83).
- Menschen mit geistiger Behinderung verfügen nur über eingeschränkte Möglichkeiten, altersbedingte Veränderungsprozesse zu verarbeiten sowie sich mit dem eigenen Älterwerden zu identifizieren und auseinanderzusetzen (Schäper et al. 2010: 84)
- Das Leben dieser Personengruppe ist geprägt von ihrer Einbindung in Institutionen und Hilfesystemen. Kennzeichnend hierfür sind vorgeschriebene Rollen, fehlende Lebenspraxis, ein Leben nach Dienstplan, häufig wechselndes Personal und nicht selbst gewählte Mitbewohner\*innen (Wacker 2005a: 347 f.).
- Fremdbestimmung, Ausgrenzung, Ablehnung und Vernachlässigung sind Erfahrungen, mit denen viele dieser Menschen von Geburt an konfrontiert wurden. Das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe ist ihnen häufig nicht bekannt (Wacker 2005a).
- Menschen mit lebenslanger Behinderung besitzen eine höhere Fähigkeit, sich anzupassen, zu arrangieren und Barrieren zu kompensieren – ein Vorteil, den sie gegenüber Menschen haben, die erst im höheren Alter mit Beeinträchtigungen konfrontiert werden. Erstere sind es gewohnt, Dritte um Hilfe zu bitten (BMAS 2013: 362, Dieckmann/Rohleder 2017: 84) und sich mit weniger zufrieden zu geben. Wacker (2005a: 348) spricht in diesem Kontext von der Integration der Menschen mit Behinderung „in die für sie konstruierten Lebensumstände“. Je älter sie werden und je länger sie in der Einrichtung leben, desto zufriedener scheinen sie mit den generellen Lebensumständen zu sein („Zufriedenheitsparadoxon“, Herschbach 2002). Allerdings fehlt ihnen dadurch womöglich der Antrieb – das ist die Kehrseite des Zufriedenheitsparadoxons – eigene Wünsche zu identifizieren, zu artikulieren und deren Umsetzung einzufordern.

- Ältere Menschen mit lebenslanger Behinderung haben nicht selten traumatisierende Erlebnisse erfahren, wie erzwungene Umzüge (mit Beziehungsabbrüchen als Folge) oder physische bzw. psychische Gewalt in Anstalten oder Kliniken (Dieckmann/Rohleder 2017: 83).

Zusammengefasst liegen die Ursachen für die in diesem Teilkapitel aufgeführten Exklusionsrisiken von älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung nicht in erster Linie in den individuellen Beeinträchtigungen, sondern in den bisher unzureichend implementierten Konzepten, dieser größer werdenden Bevölkerungsgruppe größere Teilhabemöglichkeiten zu eröffnen (Wacker 2005a: 340).

### 2.3 Paradigmenwechsel in der Behinderten- und Altenhilfe

In den letzten Jahrzehnten haben sich in der Sozialpolitik, der Behinderten- und der Altenhilfe diverse Paradigmenwechsel vollzogen. Die Behindertenhilfe orientiert sich spätestens seit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches IX im Jahr 2001 an der Verpflichtung, die Bürgerrechte von Menschen mit Behinderung uneingeschränkt anzuerkennen, ihrer sozialen Ausgrenzung entgegenzuwirken und ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben weitestgehend zu ermöglichen. Die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) 2009 sowie die Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) 2016 unterstreichen das Bemühen, die Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung zu stärken. Auch in der Altenhilfe ist ein Wandel von defizitorientierten zu kompetenz- und ressourcenorientierten Ansätzen zu beobachten. Dies manifestiert sich z. B. in der Gesetzgebung,<sup>19</sup> im politischen Diskurs,<sup>20</sup> in internationalen Handlungsstrategien<sup>21</sup> sowie in Modellprogrammen von Kommunen.<sup>22</sup>

---

<sup>19</sup> Beispiele hierfür sind die Pflegestärkungsgesetze I (2015), II (2016) und III (2017) ([www.pflegestaerkungsgesetz.de](http://www.pflegestaerkungsgesetz.de), Abruf am 13.10.2016) sowie das „Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen“ (GEPA NRW) von 2014. Das GEPA NRW beinhaltet das „Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige“ (APG NRW) sowie das „Wohn- und Teilhabegesetz“ (WTG NRW) (MGEPa NRW 2014).

<sup>20</sup> Beispiele für diesen politischen Diskurs sind die Altenberichte der Bundesregierung (BMFSFJ 2005, Bundestag 2010, BMFSFJ 2016).

<sup>21</sup> Als Beispiel sei hier das active ageing Konzept der WHO (2002) genannt.

<sup>22</sup> Im Modellprogramm „Altengerechte Quartiere NRW“ wird mit finanzieller Unterstützung des Landes die altengerechte Entwicklung von Quartieren in den Kommunen angestoßen, wodurch der Verbleib der Betroffenen in eigenen Haushalt sowie ihre Teilhabe im Alter gewährleistet werden sollen (vgl. MGEPa NRW 2013).



Diese Paradigmenwechsel finden ihren praktischen Niederschlag u. a. in den stationären Einrichtungen, die Leistungen für ältere Menschen und ältere Menschen mit Behinderung anbieten. Einrichtungen passen sich (im Optimalfall) konzeptionell und strukturell an die jeweils neuen inhaltlichen Ausrichtungen der Behinderten- bzw. Altenhilfe an. Dies impliziert auch die Anpassung der Qualifikations- und Kompetenzprofile der Mitarbeitenden sowie der Haltung gegenüber der Klientel und des eigenen beruflichen Selbstverständnisses an die neuen Leitlinien. Da die vorliegende Untersuchung auf die Erhebung der Sichtweisen der Fachkräfte auf Menschen mit Behinderung, auf alte Menschen sowie auf ihr Verständnis von professionellem Handeln abzielt, wird im Folgenden die Entwicklung dieser Paradigmen nachgezeichnet – getrennt nach der stationären Behinderten- und der stationären Altenhilfe. Diese rezipierten Leitlinien der Behinderten- und Altenhilfe werden im Zuge der Ergebnisdiskussion mit den erhobenen Sichtweisen der Fachkräfte verglichen.

### **2.3.1 Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe**

Seit dem Zweiten Weltkrieg waren in der Behindertenhilfe unterschiedliche Paradigmen wirksam. Auch wenn diese zum Teil gleichzeitig Gültigkeit beanspruchen konnten, lässt sich doch eine Entwicklung ausmachen, die im Folgenden beschrieben werden soll.

- Das kustodiale Paradigma

Bis Ende der 1960er Jahre herrschte in der Behindertenhilfe in Deutschland das sogenannte „kustodiale Paradigma“ (Hohmeier/Mennemann 1995: 375) vor. Es geht davon aus, dass zum einen die Gesellschaft vor Menschen mit Behinderung und zum anderen die Menschen mit Behinderung vor der Gesellschaft geschützt werden müssten. Dementsprechend entstanden meist außerhalb von Wohnsiedlungen gelegene Großeinrichtungen für Menschen mit Behinderung, in denen „Massenpflege“ (Hohmeier/Mennemann 1995: 375) auf generell niedrigem fachlichen Niveau stattfand. Die zentrale Handlungsmaxime lautete „Aufsicht, Pflege und Betreuung im Sinne einer umfassenden Versorgung“ (ebd.). Diesem Paradigma lag ein Menschenbild zugrunde, das Menschen mit Behinderung als „Ballastexistenzen“ (Conrads 2008: 91) betrachtete, also im Kern menschenverachtend war. Studienergebnisse und Erfahrungen aus der Praxis belegten jedoch die Möglichkeiten zur Förderung von Menschen mit Behinderung. Bei den Betroffenen, aber auch in der breiten Öffentlichkeit verloren die „Verwahranstalten“ zunehmend an Legitimation (Hohmeier/Mennemann 1995: 375 f.).

- Das rehabilitativ-sonderpädagogische Paradigma

Ausgehend von Eltern- und Betroffeneninitiativen wandelte sich das Bild. Menschen mit Behinderung wurden zunehmend nicht mehr als „wertlose“ Menschen, sondern als „besondere“ Menschen mit speziellen Bildungs- und Rehabilitationsbedürfnissen betrachtet (Rohrman 2013: 107). Resultierend aus der großen Unzufriedenheit mit den Verwahranstalten bildete sich in den 1970er Jahren das „rehabilitativ-sonderpädagogische“ Paradigma (Hohmeier/Mennemann 1995: 376) heraus. Parallel zu den weiterhin betriebenen Wohnstätten-Großeinrichtungen entstanden Sondereinrichtungen zur Bildung, Förderung und Rehabilitation von Menschen mit Behinderung, wie z. B. Sonderkindergärten oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung (Rohrman 2013: 107), die dem Bedarf der Betroffenen an pädagogischer und therapeutischer Unterstützung gerecht werden sollten.

Die großen Wohnstätten wurden nach und nach umstrukturiert und verkleinert (Rohrman 2013: 107 f.). Zudem wurde qualifiziertes Fachpersonal eingestellt und die Einrichtungen spezialisierten sich. Die Handlungsmaximen lauteten nun „Förderung, Training und Therapie“ (Hohmeier/Mennemann 1995: 376). Das Ziel war es, durch medizinische, pädagogische und psychologische Interventionen Leidensfreiheit, körperliche und geistige Funktionstüchtigkeit sowie „angepaßte [sic!] Unauffälligkeit“ (Hohmeier/Mennemann 1995: 376) von Betroffenen zu erreichen. Menschen mit Behinderung blieben jedoch weiterhin als „bedauernswerte“ Objekte“ (Conrads 2008: 91) unter sich. Sie wurden in einem sich immer weiter ausdifferenzierenden, aber weitgehend geschlossenen System der Behindertenhilfe versorgt, gefördert und erzogen (Rohrman 2013: 108).

- Das integrative oder emanzipatorische Paradigma

Mit dem Erstarken der Betroffenenbewegung in den 1980er Jahren nahm die Kritik an diesem nach wie vor exkludierenden und paternalistischen rehabilitativ-sonderpädagogischen Paradigma zu. Sie verband sich mit der Forderung nach der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, unter denen Menschen mit Behinderung „innerhalb regulärer Lebenszusammenhänge (Teilhabe) als eigenständige Subjekte selbstbestimmt entscheiden und entfalten und ihrer Normalität entsprechend leben können“ (Rohrman 2013: 108). Daraus entstand das „integrative“ (Hohmeier/Mennemann 1995: 376) bzw. „emanzipatorische“ (Hohmeier/Mennemann 1995: 376) Paradigma, für das die Prinzipien *Normalisierung*, *Selbstbestimmung* und *Integration* stehen:

Der *Normalisierungsgedanke* wurde in den 1950er Jahren von Bank-Mikkelsen konzeptualisiert. In den folgenden Jahrzehnten hat Nirje entscheidend zur Weiterentwicklung

sowie zur Implementierung des Konzeptes in der Praxis beigetragen (Nirje 1994b). In den USA entwickelte Wolfensberger (2005) das Konzept in den 1960er Jahren weiter. In Deutschland fand es vor allem durch Thimm (1984) Verbreitung. Das *Normalisierungsprinzip* beinhaltet die Forderung, dass Menschen mit Behinderung in der Lage sein sollen, ein weitestgehend normales Leben zu führen. Sie sollen nicht *normalisiert* werden, also nicht *weniger behindert* gemacht werden, vielmehr geht es darum, die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung durch die notwendige Unterstützung so zu gestalten, dass diese mit gleichen Rechten und Pflichten in einer Gesellschaft leben können (Nirje/Perrin 1994: 203f.). Der Begriff *Normalisierung* bezieht sich auf ein Leben in normalen Tages-, Wochen- und Jahresrhythmen, einen altersangemessenen Lebenslauf, normale wirtschaftliche und soziale Lebensstandards sowie auf die Trennung der Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit (Nirje 1994a: 182 ff.). Das Wohnen in Großeinrichtungen, in denen Menschen mit Behinderung kaum Einfluss auf die Auswahl ihrer Mitbewohner\*innen nehmen können und in denen Tagesabläufe und -inhalte fast ausschließlich von den Dienstplänen der Angestellten abhängig sind, widersprechen diesem Prinzip der Normalisierung (Nirje 1994b: 143).

Die Forderung nach *Selbstbestimmung* kam in den 1960ern im Zuge der „Independent-Living-Bewegung“ körperbehinderter Menschen in den USA auf und wurde in Deutschland in den 1970er Jahren aufgegriffen (Lindmeier/Lindmeier 2012: 157 f.). Menschen mit Behinderung werden nicht mehr als „Mängelwesen“ (Hohmeier/Mennemann 1995: 376) betrachtet, sondern ganzheitlich als kompetente Person mit Bedürfnissen, die aktiv formuliert und umgesetzt werden wollen. Auf individueller Ebene bedeutet Selbstbestimmung, „einen Lebensplan zu entwickeln, dabei individuelle und selbstgewählte Lebenswege zu gehen und Entscheidungen im Alltag wie auch im Lebenslauf zu treffen, die den eigenen Vorstellungen und Zielen entsprechen“ (Wacker et al. 2005b: 17) – und zwar unabhängig davon, ob die Menschen diese Handlungen selbständig ausführen können oder nicht. So sollen z. B. Menschen mit Behinderung selbst entscheiden können, ob sie mit dem Bus fahren wollen oder nicht (Entscheidungsautonomie), unabhängig davon, ob sie aufgrund ihrer Mobilität dazu in der Lage sind oder nicht (Handlungsautonomie) (Schäper et al. 2010: 14). Das Ziel der Selbstbestimmung verändert das Verhältnis zwischen Professionellen und Menschen mit Behinderung: An die Stelle von Fürsorge und Versorgung treten Assistenz und Begleitung (Dederich 2016: 171). Sind Menschen jedoch aufgrund ihrer Beeinträchtigungen nicht oder nur eingeschränkt zu dieser Selbstbestimmung in der Lage, so sind sie darauf angewiesen „als Mitglieder der Gesellschaft mit legitimen

Belangen wahrgenommen zu werden und angemessen repräsentiert zu werden.“ Das bedeutet, dass „andere ihre Wünsche und Bedürfnisse – sofern sie bekannt sind – zum Ausdruck bringen und sich für deren Anerkennung einsetzen“ (Bérubé, zitiert in Dederich 2016: 171).

Das Prinzip *Integration* schließlich steht für eine Vernetzung der Sondersysteme (Systeme, die exklusiv für Menschen mit Behinderung entwickelt wurden, wie z. B. Sonderschulen) mit dem Regelsystem (Systeme, die für die Mehrheitsgesellschaft zur Verfügung steht, wie z. B. die Regelschule): Zuvor ausgeschlossene Individuen oder Gruppen sollen Teil der Gesellschaft werden, also in diese integriert werden (Lindmeier/Lindmeier 2012: 153). Der Integrationsgedanke impliziert eine „Zwei-Welten-Sicht“ (Theunissen/Schwalb 2009: 14), der zufolge der Welt von Menschen mit Behinderung eine vermeintlich normale Welt der Menschen ohne Behinderung gegenübersteht. Diese Sichtweise ist häufig verbunden mit der Erwartung an Menschen mit Behinderung, sich an die *normale* Welt der Menschen ohne Behinderung anzupassen. So sollen beispielsweise auch Wohnsettings für Menschen mit Behinderung integriert, also innerhalb von Wohngebieten angesiedelt werden. Damit werden Begegnungen zwischen den Bewohner\*innen und den anderen Bürger\*innen der Kommune angestrebt.<sup>23</sup>

Entsprechend der Prinzipien Normalität, Selbstbestimmung und Integration wurde der stationäre Wohnbereich in der Behindertenhilfe zugleich ausdifferenziert und dezentralisiert: Neben den vorhandenen Wohnheimen entstanden Außenwohngruppen, Wohngemeinschaften und Möglichkeiten des Einzelwohnens (Rohrman 2013: 108).

- Teilhabe und Inklusion

Die Leitlinien Normalität, Selbstbestimmung und Integration münden im Prinzip der *Inklusion*, worunter eine „umfassende Einbeziehung behinderter Menschen in alle Systeme des gesellschaftlichen Lebens“ verstanden wird (Conrads 2008: 91). Im Unterschied zu einer Zwei-Welten-Sicht soll eine Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung nach diesem Ansatz von vornherein vermieden werden.

Mit Inkrafttreten des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) 2001, das die Rehabilitation und *Teilhabe* von Menschen mit Behinderung sozialrechtlich regelt sowie mit der Aufnahme des Begriffs der Teilhabe in die ICF ist „Teilhabe am Leben der Gesellschaft“ das Ziel heilpädagogischen Handelns. Neben dem Begriff der Selbstbestimmung ist Teilhabe

---

<sup>23</sup> Zur Kritik am Prinzip der Integration siehe u. a. Theunissen/Schwalb (2009: 13 ff.).

inzwischen „als die wichtigste Prüfformel in der Diskussion um mehr Lebensqualität für Menschen mit Behinderung“ (Bosse 2006: 56) anzusehen. Erneut gingen hierbei die Impulse von der Behindertenbewegung aus. Seit 2001 fordert diese unter dem Namen „Netzwerk People-First-Deutschland e. V.“ die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen mit Behinderung (ebd.).

Das Teilhabeprinzip spricht Menschen mit Behinderung das grundsätzliche Recht zu, Einfluss auf die Gestaltung ihrer persönlichen aber auch der gesellschaftlichen Lebensumstände zu nehmen. Hinzu kommt der Anspruch, an den Errungenschaften der Gesellschaft teilzuhaben (Niehoff 2013: 369). Dabei werden folgende Bereiche der Teilhabe unterschieden: Die materielle (finanzielle Grundsicherung), politische (Wahrnehmung und Realisierung von Mitspracherechten), kulturelle (Verwirklichung individuell gewünschter und gesellschaftlich anerkannter Ziele der Lebensführung) und soziale Teilhabe (Partizipation an sozialen Beziehungen und Netzwerken) (Wacker et al. 2005b: 21). Volle gesellschaftliche Teilhabe bedeutet die Möglichkeit, trotz individueller Beeinträchtigung ein Leben zu führen, das dem eines nicht behinderten Menschen entspricht (Niehoff 2013: 369).

Die (stationären) Einrichtungen der Behindertenhilfe sind durch das Prinzip der Teilhabe aufgefordert, Angebotsformen zu schaffen, die Menschen mit Behinderung eine kompetenz- und autonomiefördernde Lebensgestaltung ermöglichen (Wacker et al. 2005b: 23). Das heißt auch, Bewohner\*innen in die Gestaltung des Lebens in den Einrichtungen miteinzubeziehen. Auch Menschen mit Behinderung sollen die Möglichkeit haben, in verschiedenen Teilsystemen der Gesellschaft wie Wohnen, Beschäftigung oder Freizeit aktiv werden zu können.

Das Prinzip der *Inklusion* geht ebenfalls auf die politische Bewegung von Menschen mit Behinderung sowie ihrer Angehörigen in den USA zurück (Theunissen/Schwalb 2009: 16). Es wurde rechtlich festgeschrieben in der 2006 verabschiedeten UN-BRK. Dabei steht Inklusion für eine Aufgabe der Unterscheidung zwischen Minderheit und Majorität. Stattdessen sollen Menschen mit Behinderung als gleichwertige Mitglieder der vielseitigen Gesellschaft akzeptiert werden. Eine Anpassung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen soll eine Gleichbehandlung gewährleisten (Theunissen/Schwalb 2009: 16 ff.). Im Unterschied zur Integration geht es nicht darum, eine zuvor ausgeschlossene Bevölkerungsgruppe wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Vielmehr soll gar nicht erst ein Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Behinderung konstruiert werden. Durch

die Betonung und Wertschätzung der Heterogenität der Gesellschaft wird die „Zwei-Welten-Theorie“ (Theunissen/Schwalb 2009: 20) überwunden. Im Gegensatz zur Integration wird bei der Inklusion nicht zwischen „integrationsfähigen“ und „integrationsunfähigen Menschen“ unterschieden (Theunissen/Schwalb 2009: 15). Statt auf die Anpassungsleistungen der Menschen mit Behinderung lenkt die Inklusion den Blick auf die Fähigkeit von Institutionen und Dienstleistungsstrukturen, ihre Angebote an die Bedürfnisse *aller* Bürger\*innen anzupassen. Mit anderen Worten: Es wird nunmehr als Pflicht der Gesellschaft angesehen, dafür zu sorgen, dass kein Mensch (aufgrund seiner Beeinträchtigung) ausgesondert oder benachteiligt wird und dass Menschen, die Hilfe benötigen, diese auch erhalten. In diesem Sinne macht eine inklusive Gesellschaft sämtliche zentralen sozialen und kulturellen Systeme für alle Menschen verfügbar und zugänglich (Barrierefreiheit). Dem Inklusionsgedanken liegt ein positives Menschenbild zugrunde: In dessen Fokus stehen die individuellen und sozialen Ressourcen sowie die Stärken von Menschen, die es zu aktivieren gilt (Theunissen/Schwalb 2009: 18 f.).

Für den stationären Wohnbereich in der Behindertenhilfe bedeutet Inklusion letztlich die Auflösung von Sondereinrichtungen (De-Institutionalisierung). Die Gesellschaft soll so gestaltet sein, dass Menschen unabhängig von ihren individuellen Beeinträchtigungen in einer Gemeinschaft zusammenleben können (Wacker, zitiert in Bosse 2006: 55). Inklusion bedeutet eine Abkehr von spezialisierten Institutionen sowie gleichzeitig eine Hinwendung zu gemeinwesenorientierter Arbeit, bei der Menschen mit und ohne Behinderung, junge wie alte Menschen, selbständige oder auf Hilfe angewiesene Menschen im Quartier zusammenleben und entsprechend ihrer Bedarfe gemeindenah unterstützt werden. Dies erfordert neben einem sozialraum- und quartiersbezogenem Denken von Fachkräften vor allem Konzepte für Sozialräume, in denen ein möglichst selbstbestimmtes Leben gestaltet werden kann (Greving et al. 2012: 37).

Gelingt es den Regeldiensten in der Kommune nicht, den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung gerecht zu werden, so müssen spezielle Dienste und Angebote entwickelt werden, wie z. B. Kurse zur Selbstbefähigung für Menschen mit geistiger Behinderung. Diese sollten dann jedoch auch für Menschen ohne Behinderung zugänglich sein (Schäper et al. 2010: 16).

Wissenschaft und Fachöffentlichkeit sind sich einig, dass die Ziele Selbstbestimmung, gesellschaftliche Teilhabe sowie ein Zusammenleben von Alt und Jung, von Menschen mit und ohne Hilfe-/Pflegetbedürftigkeit sowie von Menschen mit und ohne Behinderung

sind. Die praktische Umsetzung dieser Ziele steht jedoch häufig erst am Anfang. Neben einer grundlegenden strukturellen, konzeptionellen und leistungsrechtlichen Umorientierung bedarf es eines veränderten professionellen Selbstverständnisses auf der Basis eines entsprechenden Qualifikations- und Kompetenzprofils (z. B. sozialraum- und quartiersbezogenes Denken) auf Seiten der Dienstleistenden (z. B. Wacker et al. 2005b: 23, Greving et al. 2012: 37).

### 2.3.2 Paradigmenwechsel in der Altenhilfe

Die *Altenhilfe* ist ein Teil der Sozialhilfe und zielt laut Sozialgesetzbuch darauf ab, „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen“ (§ 71 SGB XII, Abs. 1). Als Altenhilfe wird jener Bereich „der örtlichen Altenpolitik und -arbeit“ verstanden, der sich mit der „praktischen Bewältigung von sozialen Problemen und Notlagen älterer Menschen, insbes. auf der örtlichen Ebene beschäftigt und entsprechend darauf gerichtete soziale Leistungen, Dienste und Einrichtungen zur Verfügung stellt“ (Naegele 2008: 30). Die Angebote der Altenhilfe zielen darauf ab, Menschen nicht zu entmündigen und als Fürsorgeobjekt zu behandeln, sondern ihre Eigenständigkeit und soziale Teilhabe zu unterstützen.

Auch in der Altenhilfe lassen sich verschiedene Paradigmen unterscheiden. Hohmeier und Mennemann (1995) differenzieren in Anlehnung an Hummel (1988) und Ribbert-Elias (1993) zwischen einem karitativ-kustodialen, einem experten-definierten und einem ganzheitlich-gemeinwesenorientierten Paradigma.

- Das karitativ-kustodiale Paradigma

Das „karitativ-kustodiale“ Paradigma (Hohmeier/Mennemann 1995: 377) steht für die Ausgrenzung älterer Menschen aus der Gesellschaft und deren Verwahrung und Versorgung in separaten Großeinrichtungen am Rande der Stadt, in denen sie, als Betreuungsobjekte behandelt, nach starren Regeln leben (Hohmeier/Mennemann 1995: 377 f.). Dieses Paradigma geht auf die Tradition christlicher Nächstenliebe sowie auf das ordnungspolitische Denken des 19. Jahrhunderts zurück und prägte die erste Generation von Altenheimen nach dem Zweiten Weltkrieg. In diesem Paradigma wird Altern als ein genereller und naturwüchsiger Abbauprozess verstanden. Von den alten Menschen wurde sogar erwartet, dass sie sich in die Rolle eines schützenswerten und hilflosen Objektes begeben und in Dankbarkeit und Würde ihren Tod erwarten (*Disengagement-Ansatz*, Kapitel 3.3).

- Das experten-definierte Behandlungsparadigma

Die in der Nachkriegszeit übliche menschenunwürdige Verwahrung Älterer in sogenannten Altenanstalten war mit zunehmenden Legitimationsproblemen konfrontiert (Hohmeier/Mennemann 1995: 378): In den 1970er Jahren veröffentlichte empirische Langzeitstudien belegten, dass Kompetenzen bis ins hohe Alter stabil bleiben und widerlegten damit den Defizitätsansatz, nach dem Alter(n) ausschließlich mit körperlichen, kognitiven und sozialen Verlusten in Verbindung gebracht wird. Dadurch wurde ein Paradigmenwechsel eingeleitet. Beim sich herausbildenden „experten-definierten Behandlungsparadigma“ (ebd.) werden alte Menschen nach wie vor als Empfänger\*innen sozialer Hilfen verstanden. Sie erhalten ihre Hilfe nun aber von Professionellen, die einem technischen Problemlösungsansatz verpflichtet sind. Damit geht eine Professionalisierung des sozialen Hilfesystems einher, Behandlungsmaßnahmen werden technisiert und Kosten-Nutzen-Analysen unterzogen. Alterungsprozesse werden in diesem Paradigma als körperliche Funktionsmängel verstanden, denen mit gezielten rehabilitativen Maßnahmen begegnet wird. Ein alter Mensch wird dabei als „Bündel von abgrenzbaren Teilfunktionen“ betrachtet, die ihn „im ‚Störfall‘ zum Patienten/Klienten der jeweiligen Dienstleistung bzw. des jeweiligen Spezialisten machen.“ (ebd.).

Aufgrund des Paradigmenwechsels erfahren ältere Menschen nun zwar eine fachlich spezialisierte pflegerische Versorgung, bleiben jedoch in der Rolle des therapiebedürftigen Objekts. Der alte Mensch wird noch immer nicht als eigenständige\*r Akteur\*in mit Ressourcen und Kompetenzen wahrgenommen. Aus den vormaligen Altenanstalten wurden klinikähnliche Alten- und Pflegeheime, die den besonderen Bedarfen hilfe- und pflegebedürftiger älterer Personen entsprechen sollten. Daneben entstanden standardisierte altengerechte Wohnungen und ambulante Sozialstationen, die hilfebedürftige Alte in ihrer häuslichen Umgebung versorgten. Dabei entpuppt sich das „am Vorbild des Krankenhauses oder Kurhotels orientierte Alten- und Pflegeheim“ jedoch als „totale Institution“<sup>24</sup> (Hohmeier/Mennemann 1995: 378). Das Leben in diesen Einrichtungen ist geprägt von hierarchischen Strukturen, arbeitsteiligen Arbeitsprozessen, standardisierten Tagesabläufen, einheitlicher Raumausstattung, der Dominanz von Pflege und technischer Funktionstüchtigkeit sowie von einer Fremdbestimmung der Bewohner\*innen.

---

<sup>24</sup> Der Begriff der *totalen Institution* geht zurück auf Erving Goffman: „A total institution may be defined as a place of residence and work where a large number of like-situated individuals, cut off from the wider society for an appreciable period of time, together lead an enclosed, formally administered round of life“ (Goffman 1961, 2007: xxi).



- Das ganzheitlich-gemeinwesenorientierte Paradigma

Ausgelöst vor allem durch das Erstarren organisierter Selbstvertretungen von Senior\*innen, die sich selbstbewusst politisch gegen ihre Entmündigung zu Wehr setzten, bildete sich ab Mitte der 1980er Jahren das „ganzheitlich-gemeinwesenorientierte“ Paradigma heraus (Hohmeier/Mennemann 1995: 378 f.). Zudem machten die quantitative Ausdehnung der Lebensphase Alter sowie der „qualitative Prozess einer *Ausdifferenzierung* der Lebenslagen im Alter“ (Schmidt 2013: 35) (Kapitel 3.2) ein Altenhilfekonzept erforderlich, welches die Aufgabe der Altenhilfe nicht mehr nur auf die Unterstützung und die Fürsorge von alten Menschen reduziert. Umbenannt in *soziale Altenarbeit* wird nun ein ganzheitlicher und emanzipatorischer Ansatz verfolgt, indem der Fokus darauf gelegt wird, Möglichkeiten zur Gestaltung des Alters zu schaffen (z. B. Bildungs- und Kulturarbeit, intergenerative Projekte, ehrenamtliches Engagement etc.) (vgl. Pohlmann 2011: 15, Klingenberg 1996: 16).

Im ganzheitlich-gemeinwesenorientierten Paradigma steht der Mensch im Fokus der Altenhilfe, der mit seinen Defiziten und Kompetenzen als Einheit aus Körper, Seele und Geist wahrgenommen wird. Altern wird dementsprechend nicht mehr als Störung der Leistungsfähigkeit betrachtet, sondern als Teil des Lebens. Die Berliner Altersstudie (Mayer/Baltes 1996) zeigte, dass Alter(n) etwa durch aktivierende Maßnahmen positiv beeinflusst werden kann und dass der Mensch bis ins hohe Alter über erhebliche Lern- und Anpassungsfähigkeiten verfügt. Alte Menschen werden nun nicht mehr auf die ihre Rolle als Patient\*innen reduziert, sondern als eigenverantwortliche Subjekte wahrgenommen (Hohmeier/Mennemann 1995: 379).

Mit der Veröffentlichung des Fünften Altenberichts (BMFSFJ 2005) wurde offiziell das Leitbild eines produktiven, aktiven Alters postuliert, eines Alters „voller häufig brachliegender *Potenziale* und *Ressourcen*, die es – gleichsam als ‚Schätze‘ – lediglich zu ‚bergen‘ gelte“ (Naegele 2010b: 100). Dies beinhaltet den Appell an Ältere, ihre Potenziale, Ressourcen und Kompetenzen für sich und zum Wohle der Gesellschaft einzusetzen (vgl. BMFSFJ 2005).

Gleichzeitig birgt das Verständnis eines produktiven und aktiven Alters die Gefahr, diejenigen Älteren auszugrenzen, die nicht auf entsprechende Potenziale und Ressourcen zurückgreifen können wie z. B. Hochaltrige, Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderung oder einkommensschwache Senior\*innen (Naegele 2010b: 100). Zudem können die

in diesem Ansatz mitschwingenden Anforderungen an Senior\*innen mit deren Vorstellungen von ihrem Ruhestand in Konflikt geraten (vgl. Denninger et al. 2014); Kapitel 3.2).

Nach dem ganzheitlich-gemeinwesenorientierten Paradigma ist die Aufgabe der Altenhilfe nicht länger, hilfebedürftige Menschen durch Spezialdienste isoliert zu versorgen, sondern „gemeinschaftliches, intergeneratives Handeln im Gemeinwesen an[zu]regen“ (Hohmeier/Mennemann 1995: 379). Die ursprünglichen Schwerpunkte der Altenhilfe Einkommen, Gesundheit und Pflege werden nun ergänzt um Themen wie Wohnen, Mobilität, Bildung, Kultur, Partizipation oder bürgerschaftliches Engagement (Schmidt 2013: 35 f.). Naegele spricht in diesem Kontext von einer „alle Lebenslagen im Alter einbeziehende[n] kommunalpolitische[n] Gesamtverantwortung“ für die „sozialen Gestaltung der Gesamtheit der Lebensverhältnisse einer insgesamt alternden Bevölkerung“ (Naegele 2010a: 174). Gleichzeitig macht Naegele auf Schwachstellen aufmerksam, wie etwa auf das Fehlen überzeugender Lösungen der Konzeptualisierung und Umsetzung in der kommunalen Praxis (Naegele 2010b: 100).

Für den vollstationären Alten- und Pflegebereich bedeuteten diese Paradigmenwechsel die Umstrukturierung von Verwahr- oder Versorgungsanstalten in Wohn- und Lebensorte für alte Menschen (Hohmeier/Mennemann 1995: 379). Innerhalb der Einrichtungen entstanden häufig kleinere Wohnbereiche mit Einzel- und Doppelzimmern sowie Gemeinschaftsräumen. Im Fokus der professionellen Arbeit stand nicht mehr allein die Versorgung der Bewohner\*innen, sondern zunehmend auch die Aktivierung ihrer Ressourcen. Auch Privatsphäre und Individualität der Bewohner\*innen sollen gewahrt werden. Mitbestimmung und Mitgestaltung sowie die Einbindung in die Gemeinschaft inner- und außerhalb der Einrichtung sind gewollt und sollen gefördert werden (Hohmeier/Mennemann 1995: 379).

Im Sinne des ganzheitlich-gemeinwesenorientierten Paradigmas sollte Grundlage professionellen Altenpflegerischen Handelns der alte Mensch mit seinen Bedürfnissen sein (DGGG 2011: 17). Der Respekt vor der Autonomie älterer Menschen sollte maßgeblich sein. Das heißt auch, individuellen Lebenssituationen und Bedarfslagen nicht mit Standardlösungen und -angeboten zu begegnen, sondern mit einer Vielzahl unterschiedlicher Unterstützungs- und Pflegearrangements. Dies erfordert auf Seiten der Dienstleistenden ein vielfältiges Qualifikations- und Kompetenzprofil sowie ein entsprechendes professionelles Selbstverständnis (DGGG 2011: 19 f.). Unter anderem benötigen Fachkräfte die

Fähigkeiten zur Bedürfnisfeststellung, Bedarfserhebung, Beziehungsgestaltung, Kommunikation und Selbstreflexion (DGGG 2011: 14).

Ende der 1990er Jahre wurde vom Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) das Konzept der *stationären Hausgemeinschaften* entwickelt und umgesetzt. Dabei handelt es sich um Wohngemeinschaften, in denen eine geringe Zahl vor allem demenziell erkrankter alter Menschen möglichst selbstbestimmt zusammenleben. Der Alltag in diesen Hausgemeinschaften ist dezentral organisiert und im Wesentlichen durch alltagstypische hauswirtschaftliche Tätigkeiten strukturiert. Die Bewohner\*innen werden von einer ausgebildeten Präsenzkraft begleitet und psychosozial betreut. Im Bedarfsfall stehen darüber hinaus pflegerische Versorgungsleistungen zur Verfügung. Insgesamt haben die stationären Hausgemeinschaften die herkömmlichen Altenpflegeeinrichtungen jedoch bis heute noch nicht gänzlich abgelöst (Michell-Auli/Sowinski 2012).

Mit dem Paradigmenwechsel setzt sich auch der Trend hin zu kleinen Versorgungseinheiten für alte und pflegebedürftige Menschen im Quartier fort. Das Ziel ist, alten Menschen so lange wie möglich ein selbständiges Wohnen in ihrem vertrauten Wohnumfeld zu ermöglichen sowie Eigeninitiative, Mitgestaltungsmöglichkeiten und gegenseitige Hilfe im Quartier zu stärken. Dies ist zugleich als Reaktion auf ein sinkendes familiales Hilfepotenzial sowie auf den zunehmenden Fachkräftemangel zu sehen (Bertelsmann Stiftung 2012). Das 2014 novellierte Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalen (WTG NRW) regelt die Versorgung in selbst- und anbieterverantworteten Wohngemeinschaften für ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen im Quartier (§§ 24–30 WTG NRW).

Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ 2016) diskutiert die Möglichkeiten des Auf- und Ausbaus sogenannter lokaler Sorgestrukturen, um dem Bedürfnis der Bürger\*innen nach sozialer Teilhabe und einem möglichst langen Verbleib im eigenen häuslichen Wohnumfeld trotz der steigenden Zahl älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen bei gleichzeitig sinkendem familialen Pflegepotenzial zu gewährleisten (Bernert 2016, BMFSFJ 2016). Hauptmotiv für die Schaffung dieser lokalen Sorgestrukturen ist die Entlastung pflegender Angehöriger sowie die Verteilung der Pflege und Unterstützung auf mehreren Schultern. Dies soll durch den Aufbau gemischter Pflegearrangements (mit Angehörigen, Freund\*innen, professionellen Fachkräften, freiwillig Engagierten und Nachbar\*innen) erreicht werden. Dies erfordert eine funktionierende Vernetzung, Kooperation und Abstimmung aller beteiligten Akteur\*innen auf allen relevanten Ebenen

(Wohlfahrtsmix), die durch die öffentliche Hand gefördert werden. Darüber hinaus erfordert das Konzept der lokalen Sorgestrukturen Akteur\*innen mit der nötigen Haltung, um die Altenhilfe modern zu denken und umzusetzen.

## **2.4 Rolle der Fachkräfte in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe**

Mitarbeiter\*innen in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung spielen eine entscheidende Rolle bei der fachlichen und persönlichen Begleitung älter werdender Bewohner\*innen sowie bei der Umsetzung aktueller pädagogischer Leitlinien.

Die Mitarbeitenden sind zentrale Akteur\*innen im Leben der Bewohner\*innen und üben einen wesentlichen Einfluss auf deren Tages- und Lebensgestaltung aus (Dieckmann et al. 2015: 59). Sie unterstützen die Bewohner\*innen bei der Verrichtung täglicher Aufgaben (ebd.:15). Sie sind daneben Ansprechpartner\*innen, Moderator\*innen und Berater\*innen der Bewohner\*innen in verschiedensten Lebenslagen (Dieckmann 2009: 56). Zudem sind sie neben den Angehörigen häufig die Türöffner\*innen zur Welt außerhalb der Wohneinrichtung (Dieckmann et al. 2015: 59). Es ihre Aufgabe, durch entsprechende Unterstützungsmaßnahmen Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen die älter werdenden Bewohner\*innen ihre Lebensphase Alter selbstbestimmt gestalten können – unter Berücksichtigung ihrer altersspezifischen Lebensumstände und ihrer behinderungsbedingt eingeschränkten Handlungsspielräume (Schäper et al. 2010: 11 ff.).

Professionelle Mitarbeiter\*innen stehen täglich im engen Kontakt mit den Bewohner\*innen (Haveman/Stöppler 2010: 162). Da sie im Privatbereich der Bewohner\*innen arbeiten, haben sie „die gesamte Lebensperspektive eines Klienten im Blick“ (Dieckmann 2009: 56). Da die Bewohner\*innen in der Regel nur auf wenige andere Kontaktpersonen zurückgreifen können (Kapitel 2.2), wenden sie sich auch mit persönlichen Anliegen (z. B. Wünsche, Ängste, Sorgen) oder mit dem Bedürfnis nach Kommunikation, Geborgenheit oder Nähe oftmals an die Fachkräfte (BMG 1998: 156). Dabei entstehen Beziehungen zwischen den Bewohner\*innen und dienstleistenden Mitarbeitenden (Haveman/Stöppler 2010: 162). Die Fachkräfte müssen daher im Rahmen ihrer Wohndienst-Arbeit immer wieder aufs Neue einen Kompromiss zwischen fürsorglicher und empathischer Nähe auf der einen Seite und professioneller Distanz auf der anderen Seite aushandeln (siehe auch Kapitel 3.4).

Darüber hinaus sind die Beziehungen zwischen Fachkräften und Bewohner\*innen vor allem in Einrichtungen der Behindertenhilfe von einem starken Machtgefälle geprägt. Dies hat seine Ursachen zum einen in der Rolle der Fachkräfte als Assistenz der Bewohner\*innen. Zum anderen besitzen Fachkräfte bessere physische und intellektuelle Fähigkeiten (Greving/Ondracek 2014: 224 ff., Greving/Ondracek 2009b: 40 f.). Epstein (1999: 8) schreibt in diesem Zusammenhang von „noninfluential influencing“. Damit ist gemeint, dass Fachkräfte sozialer Berufe ihre Klientel „durch Einpassung in professionelle Handlungskontexte“ (ebd.) dominieren, um die Ziele ihrer sozialen Arbeit zu erreichen – auch wenn dieses Vorgehen ihren eigenen Vorstellungen einer antiautoritären und egalitären Gestaltung von Beziehungen widerspricht.

Schäper zufolge handeln die Fachkräfte im Optimalfall „im Dialog mit den behinderten Akteuren auf der Basis eines Auftrags, eines Selbstverständnisses, eigener Ziele, Erfahrungen und Kompetenzen“ (Schäper et al. 2010: 11). Daher sind Sichtweisen der Fachkräfte auf das Alter(n) im Allgemeinen sowie auf das Alter(n) von Menschen mit geistiger Behinderung im Besonderen entscheidend, die den Leitlinien der Ressourcenorientierung, der Selbstbestimmung sowie der Teilhabe und Inklusion entsprechen, um den Menschen mit Behinderung ein aktives, selbstgesteuertes Altern zu ermöglichen.

Dominieren negative Sichtweisen, so wird Alter(n) häufig mit Unselbständigkeit und der Abhängigkeit von Unterstützung assoziiert. Dabei besteht die Gefahr einer Altersdiskriminierung, insbesondere wenn Fachkräfte die Bedarfslagen, Kompetenzen oder Leistungen der Bewohner\*innen nicht (ausreichend) wahrnehmen (Franz 2016: 9). Bei einseitig positiven Sichtweisen auf Alter(n), nach denen die mit dem Altern einhergehenden körperlichen, geistigen und sozialen Abbauprozesse ignoriert werden, kann es hingegen vorkommen, dass wichtige Rahmenbedingungen für ein gutes Alter(n) unberücksichtigt bleiben. Es wird unterstellt, dass gutes Altern für jede Person möglich ist oder sein müsste, selbst wenn die Betroffenen nicht sämtlich über die notwendigen Handlungsspielräume verfügen (ebd.). Damit ist die Gefahr gegeben, Senior\*innen zu überfordern.

Fachkräfte sind in ihrem Handeln stets eingebunden in institutionelle Kontexte. Ihr Handeln ist nicht nur von ihren Kenntnissen, Qualifikationen, Erfahrungen und Sichtweisen geprägt, sondern auch von den Einrichtungen, in denen sie arbeiten, und damit von deren Strukturen, Gruppen und Teams (Greving/Ondracek 2014: 200). Dabei besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Strukturen, Verfahren und organisatorischen Entscheidungen auf der einen Seite und dem Handeln der Fachkräfte auf der anderen Seite

(Franz 2014). Auch fachliche Standards wie etwa das Ziel der Teilhabe oder die Förderung von Partizipationsmöglichkeiten müssen sich in den organisatorischen Bedingungen der gesamten Institution widerspiegeln, wenn sie dauerhaft Wirkung zeigen sollen. Fachliche Anforderungen brauchen strukturelle Orte, müssen in Arbeitsstrukturen vor Ort eingebunden sein (Franz 2014: 51). Die Umsetzung der Leitlinien Teilhabe und Inklusion muss auf allen Ebenen und in allen Funktionsbereiche der Organisation gewollt, verinnerlicht und vorangetrieben werden. Die kann nicht allein dem persönlichen Engagement einzelner Mitarbeitenden überlassen bleiben.

## 2.5 Zusammenfassung

Das Kapitel hat gezeigt, dass der Anteil älterer Menschen mit geistiger Behinderung an der Gesamtgesellschaft stetig wächst. 2030 wird im stationären Wohnbereich fast die Hälfte der entsprechenden Bewohner\*innen 60 Jahre und älter sein. Anbieter\*innen von Unterstützungsleistungen in diesem Bereich sind daher angehalten, ihre Konzepte weiterzuentwickeln und stärker an diese Zielgruppe anzupassen. Dazu gehört, dass sich die Fachkräfte fachlich mit dem Alter(n) der Bewohner\*innen beschäftigen und sich zudem mit ihren eigenen Altersbildern auseinandersetzen müssen.

Ältere Menschen mit geistiger Behinderung sind verstärkt von Exklusionsrisiken betroffen. Zwar sind Menschen mit geistiger Behinderung mit vergleichbaren altersbedingten Veränderungen konfrontiert wie Menschen ohne lebenslanger Behinderung, sie können jedoch aufgrund ihrer Behinderung und der jahrelang erfahrenen Benachteiligungen und Vernachlässigungen nur auf weitaus geringere Ressourcen zurückgreifen, um diese Veränderungen zu kompensieren oder zu gestalten. Sie besitzen ein höheres Gesundheitsrisiko, zudem sind ihre sozialen Netzwerke in der Regel kleiner und fragiler. Auch ihr Übergang in den Ruhestand geht häufiger mit finanziellen Einbußen einher. Das Leben in stationären Wohneinrichtungen ist darüber hinaus geprägt von einem eingeschränkten Maß an Privatsphäre und Selbstbestimmung sowie einem limitierten Kontakt zur Außenwelt. Krankheitsbedingte Umzüge in spezielle Pflegeeinrichtungen berauben die Bewohner\*innen in noch größerem Ausmaß ihrer alltagspraktischen Routinen und sozialen Bezüge. Vielen Menschen mit geistiger Behinderung ist das Recht auf Teilhabe und Selbstbestimmung schlichtweg fremd. Für diese spezielle Lebenssituation *älterer* Bewohner\*innen müssen die Fachkräfte sensibilisiert sein, um bei der Bereitstellung hilfreicher Rahmenbedingungen für eine teilhabeorientierte Gestaltung der Lebensphase Alter ggf. entsprechend gegensteuern zu können.

In den letzten Jahrzehnten haben sich sowohl in der Behinderten- als auch in der Altenhilfe entscheidende Paradigmenwechsel vollzogen, auf die sich professionelle Mitarbeitende in der Begleitung von älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung einstellen müssen. Bis Ende der 1960er Jahre war die Behinderten- und Altenhilfe stark von autoritären und disziplinierenden Prinzipien geprägt: alte Menschen bzw. Menschen mit Behinderung galten als hinderliche Objekte, die es lediglich zu verwahren galt. Bis Mitte der 1980er Jahre standen von Fachleuten entwickelte Therapie- und Behandlungsprogramme im Fokus der sozialen Arbeit. Diese führten zu einer funktionalen Ausdifferenzierung der Versorgungssysteme (z. B. Werkstätten für Menschen mit Behinderung) sowie zu einem Professionalisierungsschub. Maßgeblich war in dieser Zeit ein Verständnis von behinderten bzw. alten Menschen als Objekten, die – separiert von der Mehrheitsgesellschaft – versorgt, gepflegt und erzogen werden müssen. Seit Mitte der 1980er Jahre werden Ansätze diskutiert, die sich an der Lebenswelt älterer Menschen und von Menschen mit Behinderung orientieren. Die flächendeckende praktische Umsetzung von Zielen wie gesellschaftliche Teilhabe, Inklusion oder der Förderung von Selbsthilfepotenzialen gestaltet sich jedoch schleppend. Ansätze wie Sozialraumorientierung, Quartiersentwicklung oder lokale Sorgestrukturen werden von Vertreter\*innen der Alten- sowie der Behindertenhilfe gleichermaßen diskutiert und modellhaft erprobt.

Die Umsetzung dieser Konzepte erfordert neben einer grundlegenden strukturellen und leistungsrechtlichen Umorientierung vor allem den Ausbau vielseitiger Qualifikationen und Kompetenzen sowie eine Veränderung des professionellen Selbstverständnisses der Fachkräfte, das an den Leitlinien der Teilhabe und Inklusion orientiert ist. Die vorliegende Untersuchung wird aufzeigen, inwieweit die Sichtweisen der Fachkräfte auf Menschen mit Behinderung, auf alte Menschen sowie auf ihr Verständnis von professionellem Handeln den in diesem Kapitel rezipierten Leitlinien der Behinderten- und Altenhilfe entsprechen.

Die Frage des professionellen Selbstverständnisses ist gerade deshalb so bedeutsam, weil die Fachkräfte stationärer Wohndienste *die* zentralen Akteur\*innen im Leben der Bewohner\*innen sind. Als Mitgestalter\*innen der Lebensphase Alter der Bewohner\*innen sind ihre Sichtweisen auf das Alter(n) von Menschen mit Behinderung entscheidend für ihr professionelles Handeln. Um aktuelle Leitlinien heilpädagogischer professioneller Arbeit erfolgreich umsetzen zu können, benötigen Fachkräfte neben entsprechendem Hand-

werkszeug wie Qualifikationen, Kompetenzen und förderlichen Einstellungen eine entsprechende Einbettung und Förderung dieser Ziele in allen Ebenen und Funktionsbereichen der Organisation, in denen sie tätig sind und ausgebildet werden.



### 3 Theoretische Rahmung der Untersuchung

#### Sichtweisen auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln in der Heilpädagogik

Kern dieser Arbeit ist die Untersuchung der Sichtweisen von Fachkräften in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe auf *Alter(n)*, *Behinderung* und ihr *professionelles Handeln*. In diesem Kapitel soll es in Vorbereitung der empirischen Untersuchung darum gehen, wie die entsprechenden Konzepte in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert wurden und werden. In Kapitel 3.1 werden der Begriff der Behinderung sowie unterschiedliche Sichtweisen auf *Behinderung* diskutiert. In Kapitel 3.2 geht es analog dazu um den Begriff sowie unterschiedliche Verständnisse des Alters bzw. Alterns. Kapitel 3.3 thematisiert das Konzept des *guten Alter(n)s* und in Kapitel 3.4 wird schließlich der Aspekt des *professionellen Handelns* in heilpädagogischen Einrichtungen behandelt. Die folgenden Ausführungen dienen als Vergleichsschablone zur Einordnung und Diskussion der erhobenen Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n), gutes Alter(n) und professionelles Handeln (Kapitel 6.3).

#### 3.1 Behinderungsbegriff und Sichtweisen auf Behinderung

##### Uneinheitlicher Begriff mit junger Geschichte

Für den Begriff *Behinderung* gibt es keine eindeutige Definition. Das liegt vor allem daran, dass der Begriff in sehr unterschiedlichen Disziplinen und Kontexten verwendet wird, u. a. in Medizin, Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Bildungs- und Sozialpolitik. In jedem dieser Kontexte hat der Begriff unterschiedliche Funktionen und wird „auf der Grundlage heterogener theoretischer und methodischer Voraussetzungen formuliert“ (Dederich 2009: 15). Laut Dederich ist die Unschärfe des Begriffes Behinderung auch auf seinen „metaphorischen Gehalt“ (ebd.) zurückzuführen. Zum Teil würden sehr uneinheitliche Konzepte wie Krankheit, Schädigung, Beeinträchtigungen oder Benachteiligung als Synonym für Behinderung verwendet. Auch semantisch birgt der Begriff Behinderung eine große Bandbreite an Bedeutungsmöglichkeiten, wie z. B. Hindernis, Erschwernis oder Einschränkung (Lindmeier 1993: 22, Weisser 2005).

Historisch gesehen ist der Begriff Behinderung recht jung, seine Bedeutung hat sich jedoch in einem längeren Prozess mehrfach verändert.<sup>25</sup> Seit dem späten 18. Jahrhundert

---

<sup>25</sup> Für eine detailliertere Begriffshistorie z. B. auch (Bleidick 1999: 11 ff., Vernooij 2007: 8 ff., Gröschke 2007a: 97 f., Dederich 2009: 16 f.).

war der Begriff vor allem medizinisch geprägt. Behinderung wurde als individuelles Defizit angesehen (s. u.) (Gröschke 2007a: 97 f.). Erst seit Anfang des 20. Jahrhunderts fand der Begriff in seinem jetzigen Gegenstandsbereich in der Heilpädagogik<sup>26</sup> Anwendung (Vernooij 2007: 8). Etwa Ende der 1960er Jahre setzte sich der Terminus Behinderung auch jenseits der Heilpädagogik immer mehr durch, etwa „im Bildungssystem allgemein ebenso wie im Rechtssystem, im Gesundheitssystem, im System sozialer Sicherung“ und erlangte so eine „herausragende Bedeutung als abstrakte Generalisierung“ (Lindmeier 1993: 28).

### **Behinderung als individuelles Defizit (individualtheoretische Sicht)**

Die medizinische Sichtweise, Behinderung als individuelles Defizit zu betrachten, gilt inzwischen zwar als überholt, spielt jedoch in der behindertenpädagogischen Praxis noch immer eine gewisse Rolle (z. B. Vernooij 2007: 23).

Aus dieser medizinischen Perspektive wird Behinderung als individuelles, weitgehend unveränderbares Defizit verstanden, das die Betroffenen als ihr persönliches Schicksal mehr oder weniger hinzunehmen haben (Vernooij 2007: 23, Cloerkes 2007: 10). Auch die soziale Lage von Menschen mit Behinderung wird durch Verweis auf dieses individuelle Defizit erklärt und legitimiert. Gesellschaftliche Zusammenhänge und Aspekte der Relativität von Behinderung bezogen auf personale und soziale Folgen für das Individuum bleiben in diesem Verständnis von Behinderung meist unberücksichtigt (Degener 2009: 273). Vielmehr wird Behinderung als Problem betrachtet, dessen Lösung in der medizinisch-therapeutischen Behandlung durch Expert\*innen oder einer Verhaltensänderung der Betroffenen gesehen wird (Waldschmidt 2007: 164, Lindmeier/Lindmeier 2012: 29). Gelingt dies nicht, bleibt den Betroffenen nur ein Leben in Sondereinrichtungen. Durch das Festhalten an diesem Modell wurden die Rechte von Menschen mit Behinderung jahrzehntelang verletzt (Degener 2009: 273). Ab den 1970er Jahren geriet diese Sichtweise auf Behinderung jedoch zunehmend in die Kritik. Parallel dazu wurde ein sozialtheoretisches Modell von Behinderung entwickelt (Speck 2003: 216, Degener 2009: 273).

### **Behinderung als soziale Zuschreibung (sozialtheoretische Sicht)**

Der Kerngedanke dieser sozialtheoretischen Sichtweise ist, dass Behinderung in erster Linie das Produkt gesellschaftlicher Verhältnisse ist (Speck 2003: 216). Grundlegend ist

---

<sup>26</sup> Der Begriff „Heilpädagogik“ wird hier synonym für Sonder-, Behinderten-, Förder- und Rehabilitationspädagogik genutzt (in Anlehnung an Wüllenweber/Theunissen 2009: 15). Zum Entstehungshintergrund der verschiedenen Disziplinbezeichnungen siehe z. B. Vernooij 2007: 18 ff.

dabei die Annahme, dass eine Behinderung erst durch systematische Ausgrenzung überhaupt entsteht. Die Exklusion aus sozialen Systemen wie z. B. Schule oder Arbeitsmarkt verhindert eine Partizipation von Menschen mit Behinderung – sie schafft *Barrieren* (Waldschmidt 2007: 164). Dementsprechend wird unterschieden zwischen der *Beeinträchtigung (impairment)* – also der individuellen Eigenschaft betroffener Menschen einerseits und der *Behinderung (disability)* – also dem „Resultat der Diskriminierung und Unterdrückung [...], denen Menschen mit Behinderung ausgesetzt sind“ (Degener 2009: 281). Folglich ist die Gesellschaft und nicht das betroffene Individuum für die Behinderung und damit für die soziale Lage von Menschen mit Behinderung verantwortlich (Degener 2009: 273). Vertreter\*innen der sozialtheoretischen Sichtweise sehen Behinderung als soziales Problem an und betrachtet wohlfahrtsstaatliche Unterstützung als dessen Lösung. Ansatzpunkt sollte nicht das Wissen von Expert\*innen sein, sondern die „Selbsthilfepotenziale und Erfahrungen der Betroffenen“ (Waldschmidt 2007: 164). In diesem Sinne werden Menschen mit Behinderung nicht bloß als Fürsorgeempfänger\*innen angesehen, sondern als „mündige Bürgerinnen und Bürger, die zu Selbstbestimmung und demokratischer Partizipation fähig sind“ (ebd.).

Durch die Etablierung dieser Ansätze gewann die Heilpädagogik einen größeren Handlungsspielraum für ihre Klientel. Aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen konnten auch auf gesellschaftlich-politischer Ebene Konsequenzen gezogen werden.<sup>27</sup> Insgesamt erfuhr die Behindertenarbeit eine Aufwertung. Diese drückte sich sowohl in der Entwicklung neuer Angebote für Betroffene als auch in einer veränderten gesellschaftlichen Wahrnehmung von Menschen mit Behinderung aus (Speck 2003: 216).

Kritikwürdig an der sozialtheoretischen Sichtweise ist die mitunter zu starke Betonung der sozialen Bedingtheit von Behinderung. In der Wissenschaft führte sie dazu, dass individuelle Faktoren, wie etwa die jeweilige individuelle Schädigung vernachlässigt oder gar ignoriert wurden (Speck 2003: 216 f.). Zudem weist etwa Waldschmidt (2007: 165) darauf hin, dass auch individuelle Schädigungen und Beeinträchtigungen soziale Konstruktionen seien – diese würden jedoch im Verständnis von Behinderung als sozialer Zuschreibung ignoriert. In diesem Sinne könne man dem sozialen Modell „einen unkritischen Naturalismus“ (ebd.) vorwerfen: „Indem es ‚impairment‘ schlicht voraussetzt und

---

<sup>27</sup> Als Theorien, die nach Erklärungen für die soziale bzw. gesellschaftliche Bedingtheit von Behinderung suchen, sind z. B. interaktionistische (z. B. Stigma-Ansatz nach Cloerkes 1997), materialistische (Jantzen 1987), systemtheoretische (z. B. Speck 1998), konstruktivistische (z. B. sozialer Konstruktivismus) oder modernisierungstheoretische Ansätze zu nennen. Für eine entsprechende Übersicht siehe z. B. Dederich (2009: 19 ff.) oder Lindmeier/Lindmeier (2012: 21 ff.).

‚disability‘ im Wesentlichen verbindungslos ‚on top‘ auf diese setzt, bringt es sich selbst um das theoretische Potenzial, das mit einem konstruktivistischen Ansatz verknüpft ist“ (ebd.).

### **Behinderung als mehrdimensionales Konstrukt**

Sowohl an der individualtheoretischen als auch an der sozialtheoretischen Perspektive wird mittlerweile bemängelt, dass Behinderung vor allem als Problem dargestellt wird, für das jeweils unterschiedliche Lösungen angeboten werden (Waldschmidt 2007: 165). Trotz des aufgrund unterschiedlicher Auffassungen und Zugangsweisen höchst unscharfen Begriffs *Behinderung* (Dederich 2009: 15) wird Behinderung einhellig als mehrdimensionales, von verschiedenen Faktoren abhängiges Konstrukt<sup>28</sup> betrachtet (Bosse 2006: 41, BMAS 2013: 29 ff.). Die ICF – auch als bio-psycho-soziales Modell bezeichnet, das die beiden zuvor diskutierten Modelle integriert (WHO 2005: 25) – ist ein Beispiel hierfür. Auch wenn es durchaus Kritik an der ICF gibt,<sup>29</sup> so beschreibt sie Dederich (2009: 16) zufolge doch gegenwärtig zumindest „in der Behindertenpädagogik“ einen „Minimalkonsens“.

Die ICF (WHO 2005) beschreibt Behinderung als Beeinträchtigung bei der Ausführung von Aktivitäten bzw. als Benachteiligung bei der gesellschaftlichen Teilhabe, die im Zusammenspiel von individuellen und Umweltbedingungen entsteht. Behinderung wird verringert durch die Stärkung personaler Ressourcen oder durch die Anpassung von Umweltfaktoren, so dass die Interaktion zwischen dem Individuum und seiner materiellen und sozialen Umwelt wieder in Balance gebracht wird (BMAS 2013: 31). Damit wird den sozialen und gesellschaftlichen Kontexten der Behinderung Rechnung getragen, der Mensch aber zugleich als „Mitgestalter seiner Situation“ (Dederich 2009: 16) angesehen.

Die ICF beschreibt Behinderung, indem sie den Körper einer betroffenen Person sowie deren spezifische Lebenssituation (z. B. Lebensort, Arbeitsplatz) betrachtet – und zwar dort, wo eine funktionale Beeinträchtigung wirksam wird (WHO 2005: 23 ff.) (Abbildung 1). Neben den *Körperfunktionen und -strukturen* werden auch das Maß der persönlichen

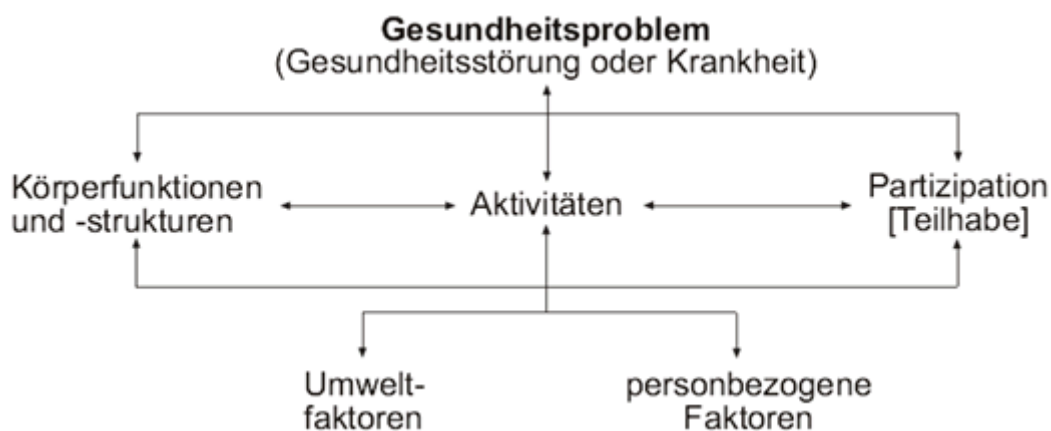
---

<sup>28</sup> Der Begriff Behinderung ist insofern ein sprachliches Konstrukt, als er eine Reihe von Vorannahmen enthält: „In ihm verdichten sich eine ganze Reihe theoretischer Annahmen und Perspektiven bezüglich des komplexen Zusammenspiels individueller und sozial-gesellschaftlicher Bedingungs Momente im Prozess der Herausbildung von Individualität, Normalität, Anpassung und Abweichung. Behinderung ist eine sowohl *individuale* wie auch *soziale* Kategorie“ (Gröschke 2007a: 102, Hervorhebung im Original).

<sup>29</sup> Kritisiert wird z. B. die fehlende Praxistauglichkeit des Instruments aufgrund seiner Komplexität, der unzureichend operationalisierten Komponenten (Teilhabe, personenbezogene Faktoren) sowie der zum Teil fehlenden Passung zwischen ICF-Nutzung und den Dokumentationsanfordernissen (z. B. DVfR 2014: 3 f.), weswegen das ICF-Instrument fortlaufend weiterentwickelt wird.

Verwirklichung im Rahmen einer *Gesundheitsstörung oder Krankheit* sowie die Dimension der *Partizipation* oder Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mit in den Blick genommen (Lindmeier/Lindmeier 2012: 29). Mit den *Kontextfaktoren*, also den umwelt- und personenbezogenen Faktoren, wird der Blick auf individuelle Bedingungen, Lebensumstände und Lebenshintergründe gerichtet, die sich positiv oder negativ auf die Entfaltungsmöglichkeiten des Individuums auswirken können. Damit wird das defizitorientierte Krankheitsmodell zu einem mehrdimensionalen Funktionsfähigkeits-Modell: Behinderung wird als Ergebnis einer dynamischen Interaktion zwischen dem Gesundheitsproblem auf der einen Seite und den Kontextfaktoren auf der anderen Seite beschrieben. Zudem wird die ICF der Lebenswirklichkeit der Betroffenen besser gerecht, da deren gesamte Lebenssituation in die Beschreibung und Beurteilung von Gesundheit und Beeinträchtigung mit einfließt. Die ICF ist folglich ein differenziertes Instrument, das Personen nicht klassifiziert, sondern die Lebenssituationen jeder einzelnen Person im Spannungsfeld von Gesundheit und Krankheit stets unter Berücksichtigung der umwelt- und personenbezogenen Faktoren beschreibt und analysiert (WHO 2005: 13 f., Vernooij 2007: 16).<sup>30</sup>

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF. Quelle: WHO (2005: 23).<sup>31</sup>



### Behinderung als Menschenrechtsthema (Menschenrechtsmodell)

Seit den 1980er Jahren wird Behinderung auch aus menschenrechtlicher Perspektive betrachtet (Degener 2009: 274). Diese geht davon aus, dass die weltweit schlechten Lebenssituationen von Menschen mit Behinderung nicht auf die jeweiligen individuellen Beein-

<sup>30</sup> Die Aufnahme einer Klassifikation von Umweltfaktoren in die ICF ermöglicht es, nachzuzeichnen, wenn z. B. eine Partizipationsbeeinträchtigung in Form einer sozialen Isolation unmittelbar zu einem gesundheitlichen Schaden führt. So erleidet beispielsweise eine ältere Person, die seit längerem in relativer Isolation gelebt hat (=Partizipationsstörung), einen Mangel an kognitiver Stimulation, der wiederum zu einem graduellen Verlust kognitiver Fähigkeiten (Schäden) führen kann (Schuntermann 1999: 352).

<sup>31</sup> Abdruck Abbildung mit freundlicher Genehmigung der WHO. Alle Rechte für die Abbildung liegen bei der WHO.

trüchtigungen, sondern auf die „gesellschaftlich konstruierte Entrechtung (gesundheitlich) beeinträchtigter Menschen“ (Degener 2009: 272) zurückzuführen sind. Das Menschenrechtsmodell bezieht sich dabei neben dem Konzept der Menschenwürde im Wesentlichen auf die *Disability Studies*<sup>32</sup> (Degener 2009: 274 f.).

Im Unterschied zum sozialen Modell gerät jedoch die jeweilige individuelle Schädigung einer Person nicht aus dem Blick. Als zentral für die Erklärung der Lebenslage von Menschen mit Behinderung werden jedoch die exkludierenden Strukturen sowie die verletzenden Verhaltensweisen in der Gesellschaft betrachtet (Degener 2009: 272 f.).

Die UN-BRK ist Ausdruck dieser menschenrechtlichen Perspektive auf Behinderung. Sie ist „der erste universelle Völkerrechtsvertrag, der den anerkannten Katalog der Menschenrechte, wie er in den internationalen Menschenrechtscharta zum Ausdruck kommt, auf die Situation behinderter Menschen zuschneidet“ (Degener 2009: 264). Konkret bedeutet das, dass Menschen mit Behinderung nach der UN-BRK „nicht länger als Objektive karitativer Wohltätigkeit und sozialer Fürsorge behandelt werden, sondern als Subjekte mit elementaren Rechten, welche ihre rechtliche und gesellschaftliche Position stärken“ (Graumann 2011: 34). Damit werden Behinderung als Menschenrechtsthema sowie Menschen mit Behinderung als Menschenrechtssubjekte anerkannt (Degener 2009: 282).<sup>33</sup>

Bemerkenswert ist, dass sich die Autor\*innen der UN-BRK nicht auf eine einheitliche Definition des Begriffs Behinderung einigen konnten (Degener 2009: 280). Als Kompromisslösung findet sich eine Definition des Begriffs *Menschen mit Behinderung* in Artikel 1 („Zweck“) und nicht – wie zu erwarten gewesen wäre – in Artikel 2 („Definitionen“) (Lindmeier/Lindmeier 2012: 37 f.). Demnach sind Menschen mit Behinderung:

---

<sup>32</sup> Als *Disability Studies* wird ein interdisziplinärer und von der Beteiligung von Forschenden mit Behinderung gekennzeichneter Forschungsansatz bezeichnet, der seit den 1960er Jahren in den USA sowie in Großbritannien u. a. aus der sozialen Widerstandsbewegung von Menschen mit Behinderung entstanden ist (Waldschmidt 2007: 162). Aus kulturwissenschaftlicher Perspektive folgen Vertreter\*innen der Disability Studies der Grundannahme, „dass ‚Behinderung‘ nicht einfach ‚vorhanden‘ ist, sondern ‚hergestellt‘ wird, produziert und konstruiert in wissenschaftlichen und alltagsweltlichen Diskursen, politischen und bürokratischen Verfahren, subjektiven Sichtweisen und Identitäten“ (ebd.: 163). Würden Menschen mit Behinderung hingegen „als integraler Bestandteil der Gesellschaft“ verstanden, so könne Behinderung als stigmatisierte Lebenslage überwunden sowie individuelle und gesellschaftliche Akzeptanz möglich werden (Waldschmidt 2007: 166).

<sup>33</sup> Nach Degener ist der Wandel von einer medizinisch/individuellen zu einer menschenrechtlichen Perspektive auf Behinderung sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene erkennbar (Degener 2009: 270 ff.). Lindmeier und Lindmeier (2012: 37) sehen das Menschenrechtsmodell als offiziellen Ansatz der Behindertenpolitik in der Europäischen Union und in den Vereinten Nationen an. Dies zeige sich etwa in Deutschland im 2001 in Kraft getretenen SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe) sowie dem 2002 verabschiedeten Behindertengleichstellungsgesetz.

„Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (Art. 1 UN-BRK)

Die Präambel der UN-BRK weist darauf hin,

„dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen und wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (UN-BRK, Präambel, Abschnitt).

Insgesamt wird Behinderung dabei jedoch als gesellschaftliches Konstrukt verstanden (Bielefeldt 2009: 8 f.). Die UN-BRK orientiert sich am *Diversity-Ansatz*, der Behinderung als „normale[n] Bestandteil menschlichen Leben[s] und menschlicher Gesellschaft ausdrücklich bejaht und darüber hinaus als Quelle möglicher kultureller Bereicherung wert[... ]schätzt“ (ebd.: 6 f.). Das Behinderungsverständnis der UN-BRK setzt sich aus diesen beiden Aspekten – bereichernder Ausdruck menschlicher Vielfalt und gesellschaftliches Konstrukt – zusammen (ebd.: 9).

Zusammenfassend lässt sich folgendes festhalten: Es gibt sowohl eine eindimensionale als auch eine mehrdimensionale Sichtweise auf Behinderung. Eindimensionale Modelle betrachten Behinderung entweder als ein durch Krankheit oder durch Unfall verursachtes individuelles Defizit (individualtheoretisches oder medizinisches Modell) oder als einen durch die diskriminierenden Strukturen der Gesellschaft verursachten Zustand (sozialtheoretisches oder soziales Modell). Beide Modelle gelten mittlerweile als überholt, da sie Behinderung vor allem als ein Problem darstellen, wofür entweder allein das Individuum beim medizinischen oder die Gesellschaft beim sozialen Modell verantwortlich gemacht wird.

In der Fachwelt herrscht inzwischen Einigkeit darüber, dass Behinderung ein mehrdimensionales, von verschiedenen Faktoren abhängiges Konstrukt ist. So wird Behinderung – wie auch in vorliegender Arbeit – z. B. in Anlehnung an die ICF als ein Phänomen verstanden, das als Beeinträchtigung bei der Ausführung von Aktivitäten bzw. als Benachteiligung bei der gesellschaftlichen Teilhabe im Zusammenspiel von Person- und Umweltbedingungen entsteht. Den sozialen und gesellschaftlichen Kontexten sowie den (Mit-)Verantwortlichkeiten der Individuen am Auf- sowie am Abbau von Behinderung wird hier Rechnung getragen. Das Menschenrechtsmodell sieht Behinderung ebenfalls mehrdimensional, bestimmt durch individuelle und soziale Faktoren. Der Fokus beim

Menschenrechtsmodell liegt jedoch auf den exkludierenden Strukturen der Gesellschaft und dem diskriminierenden Verhalten seiner Mitglieder, die zu einer sozial konstruierten Entrechtung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen führt. Die UN-BRK ist Ausdruck dieser menschenrechtlichen Perspektive. Behinderung wird in Anlehnung an den Diversity-Ansatz als bereichernder Ausdruck menschlicher Vielfalt gesehen.

Vorliegende Untersuchung wird aufzeigen, nach welchen Behinderungsmodellen die Befragten ihr professionelles Handeln mit den (älteren) Bewohner\*innen ausrichten. Die Frage wird sein, inwieweit die Fachkräfte die Bewohner\*innen weiterhin nur eindimensional, über deren körperliche oder kognitive Defizite definieren – dies wäre ein alarmierendes Ergebnis. Oder ob die Fachkräfte die Bewohner\*innen als Mitgestalter\*innen der eigenen Lebenssituation verstehen, deren Menschenrecht es ist, selbstbestimmt an der Gesellschaft teilzuhaben. Werden die befragten Fachkräfte sich selbst insofern als Mitgestalter\*innen der Lebenssituation der (älter werdenden) Bewohner\*innen verstehen, als dass es ihre Aufgabe als Fachkraft ist, Möglichkeiten zu schaffen, personale Ressourcen der Bewohner\*innen zu stärken und Umweltfaktoren an deren Bedürfnisse anzupassen?

## 3.2 Perspektiven auf Alter und Altern

### Alter(n) – ein vielschichtiger Begriff

Der Begriff *Alter(n)* ist ebenso wie der Begriff Behinderung sehr „vielschichtig und vielschichtig“ (Niederfranke et al. 1999a: 7). Je nach theoretischer Perspektive oder beruflicher Sozialisation kann er höchst unterschiedlich verstanden werden. Um diese Vielschichtigkeit zu erläutern und die unterschiedlichen Perspektiven zu verdeutlichen, werden im Folgenden unterschiedliche Aspekte der Begriffe Alter und Altern dargestellt: Alter(n) als interdisziplinäre Aufgabe, Alter als soziale Kategorie, kalendarisches vs. funktionales Alter, Alter als Lebensphase sowie Altern als Prozess.

Zunächst aber ist begrifflich zwischen *Alter*, *Alten* und *Altern* zu unterscheiden:

„Wenn der Begriff Alter verwendet wird, stehen die älteren Menschen und das Resultat des Altwerdens im Vordergrund; das Alter als Lebensperiode und die Alten als Bestandteil der Gesellschaft. Wenn dagegen von Altern gesprochen wird, liegt der Schwerpunkt auf der Untersuchung von Prozessen und Mechanismen, die zum Alter führen und die dem Altwerden zugrunde liegen.“ (Baltes/Baltes 1992: 9).

*Alter* und *Altern* sind zudem mehrdimensionale Begriffe, sie können „sowohl körperliche als auch psychische, soziale und gesellschaftlich aggregierte Phänomene beinhalten“ (Baltes/Baltes 1992: 1). Daher wird sowohl bei Alter als auch beim Altern zwischen bio-



logischer, psychischer und sozialer Dimension unterschieden. Eine Erfassung des komplexen Phänomens Alter(n) bedarf daher einer interdisziplinären Sichtweise (Wahl/Heyl 2015: 146 f.).

### **Alter(n) als interdisziplinäres Forschungsfeld**

Der Vielschichtigkeit der Begriffe entsprechend vollzieht sich die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Alter und Altern in unterschiedlichen Disziplinen:

Die *Geronto-Biologie* erforscht anhand von Modellorganismen Ursachen, Mechanismen und Verläufe des biologischen Alterns und wird daher auch als „Lebensspannenforschung“ (Simm 2015: 147 f.) bezeichnet. Die bio-gerontologische Forschung betrachtet Altern als Veränderungsprozess im Zeitverlauf, der mit einer fortschreitenden und irreversiblen Abnahme der Fähigkeit von Organen und Organismus einhergeht, sich an die wechselnden Erfordernisse der Umwelt anzupassen (Simm 2015). Dieser Prozess beginnt mit der Geburt und endet mit dem Tod (Ding-Greiner/Lang 2004: 183) und wird von spezifischen intrinsischen (genetischen) und extrinsischen (umweltbedingten) Faktoren beeinflusst (Simm 2015, Ding-Greiner/Lang 2004). Dies gilt auch für Menschen mit und ohne Behinderung (Haveman/Stöppler 2010: 35). Bei Menschen mit Behinderung kann dieser Prozess jedoch – je nach Art der Behinderung schneller vonstattengehen (ebd.). Das Altern als biologischer Prozess an sich lässt sich nicht aufhalten. Jedoch können Menschen den Verlauf dieses Prozesses durch die Vermeidung von Risikofaktoren (z. B. Rauchen und Alkoholkonsum) und durch einen gesundheitsförderlichen Lebensstil (z. B. ausgewogene Ernährung und ausreichende Bewegung) positiv beeinflussen (Görres/Martin 2004, Haveman/Stöppler 2014). Gerok/Brandtstädter (1992) sprechen von einem „optimalen Altern“, wenn der Alterungsprozess vom Individuum durch die genannte positive Einflussnahme so gesteuert werden kann, dass Lebensdauer und Lebensqualität bestmöglich aufrechterhalten werden können. Das „normale Altern“ bezeichnet „die erreichte Lebensspanne in Beziehung zur mittleren Lebenserwartung einer repräsentativen Bezugsgruppe und durch altersgebundene Veränderungen biomedizinischer Parameter“ (Gerok/Brandtstädter 1992: 356). Biologisch betrachtet altern Menschen also „normal“, wenn sie die durchschnittliche Lebenserwartung erreichen und dabei lediglich altersstypische Einbußen auf organisch-somatischer und psychischer Ebene – z. B. erhöhter Blutdruck bei körperlicher Anstrengung oder Gedächtnisschwächen – aufweisen.

Wichtig zu betonen ist, dass Alter nicht mit einer Krankheit gleichgesetzt werden kann. Dennoch steigt – mit zunehmendem Alter die Morbidität vor allem chronischer Erkran-

kungen und damit auch die Mortalität – gerade bei Menschen mit Behinderung – exponentiell an. Dadurch wird der Übergang vom normalen physiologischen Altern hin zum pathophysiologischen Altern fließend (Tesch-Römer/Wurm 2009: 8). Als pathologisch wird Altern definiert, wenn im Zuge des Alterungsprozesses (chronische) Krankheiten auftreten, die die Lebensqualität sowie die Lebensdauer der Betroffenen beeinträchtigen (Gerok/Brandstädter 1992). Die Disziplinen der *Geriatric* und der *Geronto-Psychiatrie* interessieren sich für medizinische und epidemiologische Fragen des Alterns: Sie untersuchen den Verlauf somatischer bzw. psychischer Alterserkrankungen und entwickeln Therapieansätze mit dem Ziel, den Betroffenen ein Höchstmaß an Gesundheit und Selbständigkeit zu ermöglichen. Von „altersabhängigen“ bzw. „altersbegleitenden Erkrankungen“ ist die Rede, wenn körperliche Veränderungen wie z. B. Osteoporose in Erscheinung treten, die mit dem Alterungsprozess einhergehen. Davon zu unterscheiden sind die sogenannten „typischen Alterskrankheiten“, deren Inzidenzrate direkt mit dem Alter steigt (z. B. Alzheimer-Demenz). Schließlich gibt es den Begriff „Krankheiten im Alter“. Dieser bezeichnet Krankheiten, die bei jüngeren Menschen gut kuriert werden können, jedoch bei älteren Patient\*innen aufgrund deren eingeschränkten Anpassungsmöglichkeiten (lebens-)gefährlich werden können (z. B. Lungenentzündung) (Ding-Greiner/Lang 2004: 195 f.).<sup>34</sup>

Aus Sicht der *Psychologie* beschreibt Altern die Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit sowie der Persönlichkeit eines Menschen (Staudinger 2008, Martin/Kliegel 2014, Wahl/Heyl 2015). Zudem wird Altern in der Psychologie als subjektiver Prozess verstanden, bei dem es um die Eigenwahrnehmung und das Selbstkonzept<sup>35</sup> geht – also auch um die Entwicklung und Umsetzung persönlicher Handlungsentscheidungen. Altern beinhaltet in diesem Sinne die Vergegenwärtigung eigener Entwicklungsaufgaben und -möglichkeiten im Lebensverlauf (Wahl/Heyl 2015: 155).

Die *Geronto-Psychologie* befasst sich mit den Phänomenen des individuellen Alterns (Martin/Kliegel 2014: 12). Zu den Kernthemen gehören hier die altersbezogenen Veränderungen (Gewinne und Verluste) sowie die Stabilität des Erlebens und Verhaltens im Alter (Wahl/Heyl 2015: 155). Zentral ist die Frage nach den Kriterien, Einflussfaktoren und Ressourcen eines „erfolgreichen Alter(n)s“ (Kapitel 3.3). Daran schließen sich Fragen an nach den Verlaufsmustern von Alterungsprozessen in ihrer Multidimensionalität

---

<sup>34</sup> Zu Krankheitsprozessen und Krankheiten im Alter siehe z. B. Ding-Greiner/Lang 2004, Saß et al. 2009.

<sup>35</sup> Mit *Selbstkonzept* ist die „Vielfalt an Inhalten und Bewertungen“ gemeint, die sich „auf die eigene Person beziehen“ (Wahl/Heyl 2015: 171).

(also dem Altern auf verschiedenen Ebenen wie z. B. Kognition, Physis, Verhalten) und ihrer Multidirektionalität<sup>36</sup>, nach möglichen Bewältigungsstrategien (z. B. Entwicklungsregulation durch Assimilation oder Akkommodation<sup>37</sup> nach Brandtstädter/Renner 1990) sowie nach Möglichkeiten, das Altern zielgerichtet zu beeinflussen (Wahl/Heyl 2015: 155). Die *Plastizität*, ein Schlüsselkonzept der Gerontologie, besagt, dass sowohl die kognitive als auch die körperliche Leistungsfähigkeit von Menschen mit und ohne geistige Behinderung bis ins hohe Alter positiv beeinflussbar sind (Wahl/Heyl 2015: 75, Staudinger 2008: 84, Haveman/Stöppler 2010).

Die *Soziologie* betrachtet Altern als gesellschaftliches Phänomen (Lessenich 2015: 157). Die Grundannahme lautet, dass individuelles Alter(n) von sozialen, gesellschaftlichen und historischen Kontexten beeinflusst wird (Wurm et al. 2010: 499). Die *Geronto-Soziologie* oder auch *Alterssoziologie* interessiert sich für die altersbedingten Veränderungen von Lebenslagen und den sozialen Positionen von Menschen in ihren verschiedenen Lebensphasen („biografischer Alterungsprozess“) sowie für die Einbindung der Individuen in gesellschaftliche Gruppen und Institutionen („Vergesellschaftung älterer Menschen“) (Lessenich 2015: 157). Konkret werden etwa die sozialstrukturelle Ausdifferenzierung von Lebenslagen im Alter oder die Auswirkungen geschlechtsspezifischer Unterschiede auf den Gesundheitszustand bzw. auf verfügbare soziale und finanzielle Ressourcen untersucht.

Ein wesentliches Untersuchungsfeld der Soziologie ist die soziale Ungleichheit – also die ungleichen Zugangsmöglichkeiten unterschiedlicher Personengruppen zu verfügbaren Ressourcen, sozialen Gütern und Positionen. Soziale Ungleichheit führt zu sozial strukturierter Benachteiligung bzw. zur Bevorzugung bestimmter Personengruppen (Wurm et al. 2010: 500). Gerade in späten Lebensphasen lässt sich als „Ergebnis lebenszeitlicher Differenzierungen“ ein hohes Ausmaß sozialer Ungleichheit (Clemens/Naegele 2004: 399) erkennen: Im Alter sind insbesondere alleinstehende hochaltrige Frauen, Menschen

---

<sup>36</sup> Die *Multidirektionalität* des Alterns zeigt sich z. B. an der Intelligenzentwicklung: Während die fluide Intelligenz (Mechanik, geschwindigkeitsabhängige Leistungen) ab dem mittleren Erwachsenenalter graduell abnimmt, bleibt die kristalline Intelligenz (Pragmatik, Erfahrungs-, Kulturwissen) auch bei Menschen mit geistiger Behinderung bis ins hohe Alter konstant und kann sogar zunehmen. Der Alterungsprozess verläuft also in verschiedenen Bereichen unterschiedlich (Wahl/Heyl 2015: 161 ff., Haveman/Stöppler 2010: 39, vgl. auch Martin/Kliegel 2014: 33 f.).

<sup>37</sup> *Assimilative* Handlungen sind instrumentelle Maßnahmen, mit denen wahrgenommene Missverhältnisse (z. B. Atemnot beim Fahrradfahren) verändert werden (z. B. durch das Umsteigen auf ein E-Bike), um weiterhin eigene persönliche Ziele (z. B. mit dem Fahrrad in die Stadt fahren) erreichen zu können. *Akkommodative* Maßnahmen kommen zum Tragen, wenn die Rahmenbedingungen nicht modifiziert werden können (z. B. wenn die Gesundheit auch das E-Bike fahren nicht mehr erlaubt) und das Individuum seine Zielvorstellungen an die gegebenen Möglichkeiten anpassen muss (z. B. mit dem Bus in die Stadt fahren) (vgl. Martin/Kliegel 2014: 71 f.).

aus niedrigen sozioökonomischen Milieus und Menschen mit geistiger Behinderung von Armut betroffen (ebd.). Zur Beschreibung der Lebenssituation älterer Menschen sowie zur Aufdeckung sozialer Risiken findet in der Alterssoziologie das *Lebenslagenkonzept* Anwendung. Das Lebenslagenkonzept ist ein Konzept, das die materiellen und immateriellen Lebensverhältnisse von Personengruppen beschreibt, erklärt, beurteilt und Prognosen erstellt (Clemens/Naegele 2004).

Darüber hinaus rekonstruiert die Alterssoziologie Muster in Lebensläufen und stellt die Frage, wie sich z. B. der soziale Wandel auf die Biografie von Menschen auswirkt (z. B. Relevanz von UN-BRK für Lebenslauf von Menschen mit Behinderung), die Frage nach der sozialen Ausgestaltung von Altersübergängen und dabei wirksam werdenden Mechanismen (z. B. Relevanz von Altersteilzeitregelungen) oder die Frage nach den Lebensstilen älterer Bevölkerungsgruppen sowie nach den Ursachen und Wirkungen vorherrschender gesellschaftlicher Altersbilder.

### **Alter als soziale Kategorie**

Im Unterschied zu Altern als Prozess ist *Alter* eine soziale Kategorie, die zur Beschreibung der Sozialstruktur einer Gesellschaft dient. Nicht nur in Deutschland sind viele Rechte und Pflichten von Bürger\*innen gesetzlich an bestimmte Altersgrenzen gekoppelt. So beginnt z. B. mit dem sechsten Lebensjahr die Schulpflicht, ab dem 40. Lebensjahr kann für das Bundespräsidentenamt kandidiert werden, die Regelarbeitszeitgrenze liegt je nach Geburtsjahr derzeit bei 65 bzw. 67 Jahren.

Neben diesen formalen gibt es auch informelle Altersgrenzen in Form gesellschaftlicher und individueller Normen, Werte und Vorstellungen darüber, was für ein bestimmtes Alter „adäquat“ ist. So mag es Menschen ungewöhnlich vorkommen, mit 35 Jahren in Rente zu gehen oder im Alter von 50 Jahren eine Ausbildung zu beginnen (vgl. Wahl/Heyl 2015: 13 ff.). Unabhängig vom biologischen oder psychischen Alter der Person werden so bestimmte Rollen, Eigenschaften und Verhaltensweisen mit dem *kalendarischen Alter* verknüpft.

Für ein besseres Verständnis werden im Folgenden die verschiedenen Dimensionen des Alters eingeführt: Das *kalendarische Alter*, auch chronologisches Alter genannt, errechnet sich aus dem Geburtsdatum einer Person. Das *biologische* Alter ergibt sich aus einem somatischen Befund. Das *soziale* Alter wird bestimmt über die in einer Gesellschaft existierenden Einstellungen und Etikettierungen, die mit einer bestimmten Altersgruppe in

Verbindung gebracht werden. Das *psychische* Alter bezieht sich auf die subjektiven Bewertungsmuster auf das eigene Alter. Das *funktionale* Alter fokussiert das Verhalten einer Person (Pohlmann 2004: 11 ff.).

### **Kalendarisches Alter vs. funktionales Alter**

Das kalendarische Alter ist relevant für die individuelle Orientierung, aber auch für die Planbarkeit des individuellen sowie gesellschaftlichen Lebens. Allerdings sagt das kalendarische Alter nur sehr bedingt etwas darüber aus, wie alt eine Person im biologischen oder psychischen Sinne ist. Dieses biologische oder psychische Alter kann bei Personen mit demselben kalendarischen Alter höchst unterschiedlich ausfallen:

„Die zunehmende Variabilität von Alter – dokumentiert in differierenden Fähigkeiten, Fertigkeiten, Erlebens- und Verhaltensformen, körperlichen und psychischen Funktionsfähigkeiten – verbietet eine einfache chronologische Zuordnung von Alter.“ (Backes/Clemens 2013: 120)

Aussagekräftiger als das kalendarische ist daher das funktionale Alter, z. B. die Fähigkeit zum selbständigen Leben oder zum Kompetenzerleben. Rosenmayr (1996: 35) differenziert zwischen einem „chancenreichen dritten“, einem „eingeschränkten vierten“ und einem häufiger schon „abhängigen fünften“ Alter. Demnach definiert sich das Alter darüber, inwieweit eine Person (noch) in der Lage ist, für sich selbst und ggf. für Dritte zu sorgen (drittes Alter) – oder selbst der Unterstützung Dritter bedarf (viertes und fünftes Alter) (vgl. Wahl/Heyl 2015: 98 f., Wahl/Schilling 2012: 334).

Die Unterteilung in ein sogenanntes drittes und viertes Alter auf der Grundlage von funktionalem und kombiniert mit dem kalendarischen Alter wird wegen ihres pauschalisierenden und damit diskriminierenden Charakters kritisch gesehen (van Dyk 2015: 22 ff.). Wird das dritte Alter mit Beginn des Ruhestandes gesellschaftlich festgelegt (siehe oben), ist der Verlust der Selbständigkeit ein wichtiges Merkmal für den Übergang ins vierte Lebensalter. Da nicht jede über 80-jährige Person hilfe- oder pflegebedürftig ist, gleichzeitig aber auch nicht mehr dem dritten Alter zugeteilt werden kann, scheint die „Koppelung der Lebensphasenuntergliederung an ein kalendarisches Alter [...] wenig sinnvoll und mit Blick auf diskriminierende Effekte problematisch“ (van Dyk 2015: 23). Auch für Menschen, die aufgrund einer lebenslangen Behinderung zeitlebens auf die Unterstützung Dritter angewiesen sind, scheint diese Differenzierung nicht sinnvoll anwendbar: Eine 25-jährige Frau im Rollstuhl und mit kognitiven Beeinträchtigungen lässt sich nicht dem Vierten Lebensalter zuordnen.

### **Alter als Lebensphase**

Der Begriff *Alter* bezeichnet darüber hinaus auch eine bestimmte Lebensphase, also einen zeitlichen Abschnitt im individuellen Lebensverlauf. Mit der Lebensphase Alter ist in der Regel das höhere oder hohe Erwachsenenalter gemeint, das von den Lebensphasen Kindheit (Vorbereitungszeit) und Erwachsenenalter (Erwerbs- und/oder Familienphase) abgegrenzt wird. Sozial wird die Lebensphase Alter über die Bedingungen des Arbeitsmarktes und die Regelungen der Alterssicherung bestimmt – und nicht über die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit einzelner Individuen (Ehmer 1990: 11, Backes/Clemens 2013: 24). Die Einteilung in Lebensphasen ist damit eine soziale Konstruktion (Kaufmann 2008: 121). Laut Kohli handelt es sich um die „Institutionalisierung des Lebenslaufs“ (Kohli 1985) in Form einer Dreiteilung, wobei jede der drei Lebensphasen mit altersbedingten Zuschreibungen von Status, Verhaltens- und Rollenerwartungen einhergeht:

Durch diese Zuschreibungen wird der Lebenslauf für das Individuum planbar. Der Statuswechsel, z. B. von der Erwerbstätigkeit zum Ruhestand wird dadurch legitimiert (Kohli et al. 1993: 27 f.). Mit der Lebensphase Alter werden idealtypisch „sozial gesicherter Ruhestand“, „späte Freiheit“ sowie „familiäre Integration und Versorgung“ (Backes/Clemens 2013: 24 f.) verbunden. Idealtypisch deshalb, weil nicht jede\*r Bürger\*in und schon gar nicht, wenn diese Person eine geistige Behinderung hat, nach der Berentung ausreichend sozial abgesichert ist bzw. im Kreise der Familie Zuspruch und Unterstützung erfährt.

Die Lebensphase Alter ist in sich äußerst heterogen. Gründe hierfür sind ihre quantitative Ausdehnung u. a. aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung, der multidirektionale Verlauf des Alterns – also dem ständigen Wechselspiel zwischen Wachstum und Abbau von Kompetenzen – und die generelle Pluralisierung von Lebensformen und -stilen (Backes/Clemens 2013: 14). Mit anderen Worten: Die Lebensphase Alter bedeutet keineswegs, dass es sich bei älteren Menschen um eine homogene Gruppe handelt.

Die Vielfältigkeit des Alters wird bestimmt durch einen Alterungsprozess (s. o), der von zahlreichen Faktoren abhängt. Dies wird im nächsten Absatz weiter ausgeführt:

### **Altern als Prozess**

Das Altern des Menschen ist ein mehrdimensionaler Prozess, d. h. er findet auf verschiedenen Ebenen statt. Er umfasst biologische (Prozesse auf Molekular- und Zellebene bzw. auf Organ- und Organismusebene), körperliche (äußeres Erscheinungsbild), psychische

(Erleben und Verhalten), soziale (Rollen) und gesellschaftliche Vorgänge. Diese sind zwar miteinander verschränkt, unterscheiden sich jedoch auch voneinander.

In Anlehnung an Wahl und Heyl (2015: 83 ff.) wird im Folgenden auf weitere Merkmale des Alterungsprozesses hingewiesen: Altern ist wie jede Lebensphase ein dynamischer Prozess, der sowohl mit Verlusten als auch mit Gewinnen an Fähigkeiten und Kompetenzen einhergeht.<sup>38</sup>

Neben dem Lebenswandel, der das biologische Alter beeinflusst, ist Altern auch ein sozial bestimmter Prozess. Soziale Beziehungen besitzen einen wesentlichen Einfluss auf das Leben älterer Menschen. Auch die physische Umwelt wie Wohnung, Nachbarschaft oder Infrastruktur im Wohnviertel wirken sich auf das Altern aus, da diese den Handlungsrahmen für Autonomie, Aktivität, soziale Kontakte und Wohlbefinden darstellen (Clemens/Naegele 2004: 391 f.). Ungünstige Wohnbedingungen im Alter haben eine negative Wirkung auf die Physis, Psyche und das soziale Leben der betroffenen Person und erhöhen das Risiko eines Umzugs in ein Alten- oder Pflegeheim (Teti et al. 2014). Einkommen und Vermögen sind notwendige Ressourcen zur Bedarfsdeckung des Alltags sowie für den Erhalt der Autonomie und der Lebensqualität (Motel-Klingebiel et al. 2010a: 69, vgl. Clemens/Naegele 2004).

Altern ist kein homogener oder gleichgerichteter, sondern ein höchst vielfältiger Prozess. Dabei zeigen sich sowohl Unterschiede *zwischen* einzelnen Menschen („interindividuell“) als auch *innerhalb* einzelner Individuen („intraindividuell“). Folglich kann der Alterungsprozess auch bei gleichem Alter sehr unterschiedliche Formen und Verläufe annehmen: So kann eine alte Person körperlich durchaus noch sehr leistungsfähig sein, während im Bereich der Kognition erste Einschränkungen spürbar werden und umgekehrt. Die Unterschiede nehmen aufgrund verschiedener Einflussfaktoren (z. B. Beeinträchtigung, Geschlecht oder finanzielle Ressourcen) mit zunehmendem Alter zu. Es gibt daher kein Kriterium, um einen bestimmten Zustand, ein bestimmtes Verhalten oder Empfinden in einem bestimmten kalendarischen Alter als „normal“ zu bewerten (Wahl/Heyl 2015: 87 f.).

Neben objektiven Faktoren wie Geschlecht oder Einkommen spielt auch die subjektive Bewertung von Ereignissen oder Situationen eine entscheidende Rolle für den Alterungsprozess (Wahl/Heyl 2015: 92). Tesch-Römer et al. (2010: 264) konstatieren mit Bezug

---

<sup>38</sup> So steht in beispielsweise der Lebensphase Alter dem Verlust von körperlichen Einschränkungen Gewinn von mehr Freizeit gegenüber.

auf Fredrickson (1998) und Veenhoven (1988), dass das subjektive Wohlbefinden einer Person die Grundlage für die Weiterentwicklung ihrer Persönlichkeit sei: Glückliche Menschen seien eher in der Lage, Freundschaften zu schließen, einen gesunden Lebensstil zu verfolgen und sich mit Neuem auseinanderzusetzen als unglückliche.

Im Folgenden werden die Aussagen über das Alter(n), die für die vorliegende Untersuchung der Sichtweisen der Fachkräfte in der stationären Behindertenhilfe von Relevanz sind, zusammengefasst:

Alter(n) wird je nach wissenschaftlicher Perspektive unterschiedlich beschrieben: Die Biologie versteht Altern als einen Veränderungsprozess im Zeitverlauf, der mit der fortschreitenden und irreparablen Abnahme der Anpassungsfähigkeit der Organe und des Organismus an die Umwelterfordernisse einhergeht. Die Medizin interessiert sich für die pathophysiologischen Prozesse des Alterns, die Psychologie fokussiert die altersbezogene Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit sowie die Phänomene des individuellen Alter(n)s. Die Soziologie setzt sich mit biografischen Alterungsprozessen und der Vergesellschaftung älterer Menschen auseinander.

Für Fachkräfte, die mit älteren Menschen arbeiten, sollte es zum Grundlagenwissen gehören, dass Alter(n) nicht nur auf der biologischen und funktionalen Ebene stattfindet, sondern auch eine soziale und psychische Facette beinhaltet. Das heißt, älter werdende Menschen müssen sich nicht nur mit körperlichen und kognitiven Veränderungen arrangieren. Ebenso müssen sie mit möglichen altersbedingten Rollenwechseln (Stichwort Berentung) und Etikettierungen durch Dritte umgehen (lernen) sowie sich mit ihrem eigenen Selbstbild als älter werdender Mensch auseinandersetzen.

Altern ist ein Prozess, der mit der Geburt beginnt und im Lebensverlauf von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Er liefert damit für die alten Menschen selbst, aber auch für die Fachkräfte zahlreiche Ansatzpunkte, positiv auf den Alterungsprozess einzuwirken (z. B. Wohnumfeld, soziales Eingebundensein, gesundheitsbewusster Lebensstil). Gleichzeitig bedeutet ein von verschiedenen Faktoren gelenkter Alterungsprozess, dass sich die Lebenssituation älterer Menschen entsprechend unterschiedlich darstellt. Alterungsprozesse verlaufen nicht nur interindividuell, also zwischen den Menschen unterschiedlich, sondern auch innerhalb einer Person differenziert. Das heißt, dass ein körperlicher Abbau bei gleichbleibender Stärke im kognitiven Bereich möglich ist.



Dieses Wissen ist wichtig für Fachkräfte, die mit älteren Menschen zusammenarbeiten, um nicht Gefahr zu laufen, den Senior\*innen mit vorgefertigten, pauschalen, sondern mit personenorientierten, individuellen Sichtweisen und Handlungskonzepten zu begegnen.

Bei der Erhebung der Sichtweisen der Fachkräfte auf Alter(n) und auf Altern bei Menschen mit Behinderung wird deutlich werden, inwieweit die Fachkräfte Alter und Altern in seiner Differenziertheit und Komplexität wahrnehmen.

### 3.3 Gutes Alter(n)

Da die Fachkräfte in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der empirischen Untersuchung auch zu ihren Vorstellungen von gutem Älterwerden befragt wurden, wird im Folgenden eine Auswahl verschiedener Ansätze erfolgreichen bzw. guten Alter(n)s vorgestellt, die in der Gerontologie und in der Heilpädagogik diskutiert werden.

Der Begriff *erfolgreiches Altern (successful ageing)*<sup>39</sup> wurde in den 1950er Jahren von Havighurst und Albrecht (1953) eingeführt und sollte als Gegenkonzept zu rein deskriptiven defizitären Alterskonzepten dienen (Schroeter 2004: 52). Verschiedene Wissenschaftsdisziplinen haben sich seitdem mit dem Konzept erfolgreiches Alter(n) beschäftigt und je nach Erkenntnisinteresse unterschiedliche Aspekte beleuchtet. Im Folgenden werden ausgewählte Ansätze aus der Biomedizin, der Psychologie, der Soziologie sowie der Heilpädagogik vorgestellt.

#### Successful Ageing

In der Biomedizin gelten die Abwesenheit von Krankheit sowie der Erhalt der physischen und geistigen Funktionsfähigkeit als Schlüssel für gutes Alter(n). Die Lebensdauer gilt in diesem Sinne als entscheidender Indikator. Dementsprechend liegt das Forschungsinteresse hier auf der Frage, wodurch die Lebensdauer verlängert und körperliche sowie geistige Einschränkungen und Erkrankungsrisiken verringert werden können (Bowling/Dieppe 2005: 1548 f.). Der biomedizinische Ansatz *successful ageing* von Rowe und Kahn (1997: 433) unterscheidet zwischen „normal Alternden“ einerseits und „erfolgreich Alternden“ andererseits. Als „normal“ Alternde gelten Menschen ohne (chronische) Erkrankungen oder Einschränkungen, die jedoch ein hohes Risiko haben, altersbedingt zu

---

<sup>39</sup> In der wissenschaftlichen Diskussion über das „gute Altern“ existieren verschiedene Bezeichnungen wie z. B. erfolgreiches Alter(n), produktives Alter(n), optimales Alter(n), aktives Alter(n), gelingendes Alter(n), kompetentes Alter(n) (vgl. Baltes/Baltes 1992: 24). Zur Kritik an der begrifflichen Unschärfe und der mangelhaften Konzeptualisierung der verschiedenen Begrifflichkeiten siehe u. a. Schroeter 2004: 52 (Fußnote 4), van Dyk 2009: 605.

erkranken (*non-pathologic but high risk*). „Erfolgreich“ Alternde weisen dagegen bei hoher körperlicher und geistiger Funktionsfähigkeit ein geringes Krankheitsrisiko auf (*low risk and high potential*) (ebd.). Diese Unterscheidung spiegelt zum einen die Heterogenität alternder Menschen wider, zum anderen regt sie weitere Untersuchungen nach Einflussfaktoren für erfolgreiches Altern an und verweist auf die Notwendigkeit entsprechender Interventionen (ebd.).

Rowe und Kahn zu Folge sind Gesundheit bzw. die uneingeschränkte Funktionsfähigkeit allein noch kein Garant für erfolgreiches Altern. Zusätzlich ist eine tatsächlich aktive Teilhabe am Leben erforderlich (ebd.: 433 f.). Dazu gehört die Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen sowie das Aufrechterhalten produktiver Tätigkeiten (ebd.). Nach Rowe und Kahn können durch eigenes individuelles Bemühen jene Faktoren, die zu Krankheit, Funktionsschwäche und Inaktivität führen können, positiv beeinflusst werden: So könne das Erkrankungsrisiko im Alter z. B. durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil deutlich reduziert werden (ebd.: 435 f.). Die Wissenschaftler plädieren dafür, die geistigen und körperlichen Fähigkeiten zu trainieren, einer möglichen Vereinsamung entgegenzuwirken (ebd.: 437 f.) und bereits in jungen Jahren durch (Fort- oder Weiter-) Bildung dafür zu sorgen, dass auch im Alter ein produktives Leben geführt werden kann (ebd.: 438 f.).

Rowes und Kahns Konzept ist eines der am häufigsten angewandten Konzepte in der biomedizinischen Forschung. Kritiker\*innen bemängeln jedoch, dass sehr alte Menschen ohne jegliche Krankheiten in der Realität kaum vorkommen (Bowling/Dieppe 2005: 1549). Auch Menschen mit Behinderung weisen Funktionseinschränkungen auf. Diesem Ansatz folgend könnten sie per definitionem kein erfolgreiches Altern erleben, was einer Abwertung dieser Bevölkerungsgruppe gleichkommt. Eine andere Kritik lautet, Rowe und Kahn verträten einen *Anti-Ageing Ansatz* (van Dyk 2015), da biologische Abbauprozesse sowie ein sozialer Rückzug im Alter mit ihrem Verständnis von erfolgreichem Altern nicht kompatibel seien.

### **Theorie der Entwicklungsaufgaben**

Auch in der Geronto-Psychologie ist gutes Alter(n) ein Kernthema. Hier liegt der Fokus auf dem Umgang von Individuen mit dem Älterwerden. Es geht darum, Prozesse zu identifizieren, die für ein gutes Altern im Sinne von Lebenszufriedenheit, subjektivem Wohlbefinden und sozialer Teilhabe relevant sind (Martin/Kliegel 2014: 70, Bowling/Dieppe 2005: 1549). So interessieren sich beispielsweise die psychologischen lebenslaufbezoge-

nen Entwicklungstheorien für die Bedingungen verschiedener Alterszustände. Sie untersuchen, wie Individuen mit lebenslaufspezifischen Herausforderungen umgehen (Bakkes/Clemens 2013: 183 f.). Dem liegt die Annahme zu Grunde, dass Individuen in jeder Lebensphase bestimmte Entwicklungsaufgaben bewältigen müssen. Gelingt es dem Individuum, die jeweiligen Entwicklungsziele adäquat zu erreichen, spricht man vom „erfolgreichen Altern“.

Eriksons (1950) Theorie der Entwicklungsaufgaben beschreibt den Lebenslauf als einen Ablauf von Entwicklungskrisen (Wahl/Kruse 2014: 55 f.). Die lebenslange Persönlichkeitsentwicklung ist demnach eine Sequenz von acht qualitativ voneinander abgrenzbaren psychosozialen Krisen, die im Optimalfall erfolgreich gelöst werden (Erikson 1988: 72 f.): Gelingt dem Individuum die Bewältigung der vorherigen psychosozialen Krisen, so verfügt es in der letzten Entwicklungsphase über eine voll funktionsfähige Persönlichkeit.

Wie andere Lebensphasen wird auch das Alter als krisenhaft beschrieben. Als Möglichkeit zur Bewältigung dieser Krise wird die *Integrität* angesehen. Diese besteht im Wesentlichen in der Akzeptanz des eigenen gelebten Lebens – einschließlich der Lebensziele, die nicht erreicht wurden. Darüber hinaus geht es um die Akzeptanz von Endlichkeit und Endgültigkeit, um Empfindungen von Zugehörigkeit und Kontinuität (Wahl/Kruse 2014: 56). Am Ende der Krise steht im Optimalfall die sogenannte *Weisheit* (Erikson 1988: 78). Ungelöste Krisen resultieren hingegen in Verzweiflung und unbewusster Todesfurcht. Sie führen dazu, dass der eigene Lebensverlauf nicht angenommen werden kann (Erikson 1973; 2013: 119).

Feil/Klerk-Rubin (2013: 34) ergänzen Eriksons Konzept der Lebensstadien noch um das „Hohe Alter“. Dieses wird mit der Aufgabe verbunden, tiefe, ungeklärte, aus früheren Lebensstadien resultierende Gefühle wahrzunehmen, zuzulassen und zu verarbeiten. Diese Aufarbeitung von Vergangenen ist im Gegensatz zu den Aufgaben in vorherigen Lebensstadien kein bewusster Prozess, sondern folgt dem menschlichen Bedürfnis, Frieden mit sich selbst und seinem bisherigen Leben zu schließen. Bleiben ungeklärte Gefühle jedoch unbestätigt oder ungeklärt, so droht dem Individuum der Theorie zufolge ein Rückzug in ein bloßes Vegetieren. Wird das Individuum durch validierende professionelle Begleitung in die Lage versetzt, seine Gefühle zu verarbeiten, so können negative Gefühle an Bedeutung verlieren und der alte Mensch kann beruhigter sterben (ebd.).

Eriksons Ansatz wird noch heute intensiv rezipiert und in psychologischen Analysen und Interventionen angewendet (vgl. Wahl/Kruse 2014: 56). Berücksichtigt man die Unterschiedlichkeit individueller Altersverläufe, so wirkt das Konzept mit seinem starren Ablauf von Entwicklungszyklen jedoch zu vereinfachend, um Altern adäquat beschreiben und erklären zu können (Wahl/Kruse 2014: 56).

### **Erfolgreiches bzw. kompetentes Altern (SOK-Modell)**

Baltes und Baltes (1989b, 1990a) haben mit ihrem „Modell zur selektiven Optimierung mit Kompensation“ (SOK-Modell) die Basis für ein psychologisches Modell der Entwicklung im Alter gelegt. In der Weiterentwicklung wird es noch heute für empirische geronto-psychologische Untersuchungen herangezogen (Martin/Kliegel 2014: 72).

Das SOK-Modell basiert auf der Annahme, dass mit dem Alter die körperlichen, geistigen und sozialen Leistungs- und Kapazitätsreserven des Menschen abnehmen. Dennoch verfügen Individuen jedoch auch im Alter über Ressourcen, die trainiert und ausgebaut werden können (Martin/Kliegel 2014: 72). Grundsatz ist die Annahme, dass „die Natur des Alters gestaltbar und veränderbar“ ist (Baltes/Baltes 1989a: 5). Erfolgreiches Altern wird im SOK-Modell verstanden als Maximierung von Gewinnen und die Minimierung von Verlusten auf der Grundlage von Prozessen der Selektion, Optimierung und Kompensation.

Der erste Prozess, die Optimierung, meint, dass Individuen ihre körperlichen und mentalen Reserven trainieren und stärken (Baltes/Baltes 1992: 29). Der zweite Prozess, die Selektion, meint eine Konzentration auf wesentliche Aufgaben, um die mit zunehmendem Alter nachlassenden Kraftreserven gezielt einzusetzen und das zunehmende Krankheitsrisiko zu minimieren. Dazu müssen die (Lebens-)Ziele an die verfügbaren Ressourcen angepasst werden. Von besonderem Interesse sind dabei psychische Ressourcen (kognitive Leistungsfähigkeit, Selbstkonzept, Coping-Strategien) sowie kontextuelle Ressourcen (Bedingungs- und Beziehungsgefüge zwischen Person und Umwelt wie z. B. Freundeskreis) (Wahl/Heyl 2015: 155 f.). Der dritte Prozess, die Kompensation, meint eine Reaktion auf irreversible Einschränkungen, z. B. Gedächtnistechniken bei kognitiven Leistungseinbußen oder die Anschaffung eines Treppenlifters bei verringerter körperlicher Mobilität (Baltes/Baltes 1992: 29).

Dem Ansatz liegt die Idee zugrunde, dass durch eine gezielte Selektion und Kompensation körperliche oder geistige Defizite ausgeglichen und vorhandene Kapazitätsreserven optimiert werden können. Damit kann der Alterungsprozess optimal gestaltet werden.

Altern und Erfolg werden also nicht als Widerspruch verstanden. Vielmehr haben Menschen auch im Alter die Möglichkeit, positiv auf altersbedingte psycho-physische Herausforderungen einzuwirken (Schroeter 2004: 52, Martin/Kliegel 2014: 72). Durch erfolgreiches Altern kann es gelingen, „ein relativ stabiles Funktionsniveau, ein positives Selbstbild und ein hohes subjektives Wohlbefinden aufrechtzuerhalten“ (Martin/Kliegel 2014: 72).

Die Grundlage für erfolgreiches Altern ist nach Baltes und Baltes (1989a: 8) ein gesunder Lebensstil, der das Krankheitsrisiko reduziert sowie Aktivitäten im Familien-, Freizeit- und Arbeitsbereich, die Kapazitätsreserven auffüllen. Je höher die allgemeine biologische, mentale und soziale Kapazitätsreserve, desto wahrscheinlicher wird auch erfolgreiches Altern.

Positiv am SOK-Modell ist die Annahme, dass der Alterungsprozess grundsätzlich gestaltbar ist und daher trotz Verlusten auch im Alter ein hohes subjektives Wohlbefinden erreicht werden kann. Gleichzeitig birgt diese Vorstellung einer Gestaltbarkeit des Alterns auch einen gewissen Erwartungsdruck zur selbstverantwortlichen Aktivierung in sich. Dies klingt etwa bei Lehr an:

„Jeder Einzelne hat alles zu tun, um möglichst gesund und kompetent alt zu werden. Damit erhöht er nicht nur seine eigene Lebensqualität im Alter, sondern auch die seiner Angehörigen, seiner Familie – und spart letztendlich der Gesellschaft Kosten.“ (Lehr 2003: 5)

Baltes und Smith (2003: 123) machen jedoch die Einschränkung, dass eine Gestaltbarkeit des Alters eher im dritten und nur bedingt im vierten Lebensalter möglich sei. Die Überbetonung von Ressourcen und Potenzialen entspräche häufig nicht der Lebenswirklichkeit vieler Individuen in bestimmten Altersgruppen. Zudem sind Ressourcen und Potenziale keineswegs gleich verteilt: Naegele etwa befürchtet, dass ein Leitbild konstruiert wird, das in erster Linie „für jüngere Ältere und/oder für Angehörige der sozialen Mittel- und Oberschicht“ zuträfe, das aber „viele andere gar nicht erreichen, geschweige denn leben können“ (Naegele 2010b: 100). Auf ältere Menschen mit geistiger Behinderung trifft dies in besonderer Weise zu. Zwar verfügen diese Menschen auch im Alter über die vom SOK-Modell beschriebenen Fähigkeiten der Selektion, der Optimierung und der Kompensation, allerdings sind die von Baltes und Baltes beschriebenen förderlichen Kapazitätsreserven bei ihnen in der Regel begrenzt.

Ein weiterer entscheidender Kritikpunkt kommt von Kühnert und Niederfranke (1993: 93 ff.). Der Ansatz legt den Fokus auf das Individuum, gesellschaftliche Rahmenbedingungen werden als einen weiteren entscheidenden Indikator für die Realisierung von gutem Altern nicht thematisiert. Somit ist der Ansatz nicht geeignet, die Problemlagen älterer bzw. älter werdender Menschen (mit geistiger Behinderung) zu identifizieren und geeignete Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln.

### **Aktivität, Disengagement und Kontinuität**

Die Ansätze der *Aktivität*, des *Disengagements* sowie der *Kontinuität* sind klassisch soziologische Konzepte. Sie beschäftigen sich mit erfolgreichem (im Sinne von individuell befriedigendem) und sozial integriertem Altern (Backes/Clemens 2013: 127). Gemeinsamer Ausgangspunkt der drei Konzepte ist die Frage, wie alternde Menschen nach ihrem Ausscheiden aus dem Berufsleben in der Gesellschaft sowie mit ihrer neuen Altersrolle zurechtkommen, wie sie auf die Veränderungen reagieren und sich in die Gesellschaft integrieren. Dabei nennen die drei Ansätze jeweils unterschiedliche Möglichkeiten für die Stabilisierung des Selbstkonzepts alternder Menschen.

Vertreter\*innen der *Aktivitätstheorie* (Tartler 1961, Havighurst et al. 1968) gehen davon aus, dass eine höhere Aktivität im fortgeschrittenen Alter mit größerer subjektiver Lebenszufriedenheit einhergeht. Für eine positive Wahrnehmung des eigenen Alter(n)s sei es daher entscheidend, berufliche und soziale Aktivitäten möglichst auch im Alter aufrechtzuhalten (Tartler 1961: 150 ff.). Die Tätigkeiten und Eigenschaften des mittleren Lebensalters, die für Normalität und Zufriedenheit stehen (Backes/Clemens 2013: 130), die körperlichen und geistigen Voraussetzungen sowie das soziale und psychische Bedürfnis nach Aktivität bleiben im Alter gleich (Havighurst et al. 1968: 161, Backes/Clemens 2013: 130). Es sei erst die fremdbestimmte, oftmals gegen den Willen der Betroffenen vollzogene Ausgliederung von Individuen aus dem Bezugssystem Arbeit,<sup>40</sup> die bei älteren Menschen zu einem psycho-physischen Abbau führe (Tartler 1961: 118 ff., Backes/Clemens 2013: 129). Physische und psychische Abbauprozesse, altersbedingte Funktionsverluste, die Abnahme sozialer Kontakte sowie ein geringeres Engagement in Aktivitäten und Organisationen seien also nicht Ursache, sondern *Folge* der plötzlichen gesellschaftlichen Ausgliederung (Tartler 1961: 118). Die Funktionslosigkeit werde den

---

<sup>40</sup> Älteren Arbeitnehmer\*innen, die noch voll einsatzfähig sind, wird aufgrund ihres Alters eine geringere Leistungsfähigkeit unterstellt, weswegen ihnen die Betriebe die (Früh-)Berentung nahelegen (Tartler 1961).

Individuen von außen aufgezwängt, sie widerspräche aber den eigentlichen Bedürfnissen der Menschen (Havighurst et al. 1968: 161, Backes/Clemens 2013: 129).

Der Aktivitätsansatz gehört nach Einschätzung von Backes und Clemens (2013: 128) „noch immer zu den am häufigsten implizit oder explizit verwendeten und diskutierten, aber auch kritisierten Konzepten der Sozialen Gerontologie.“ Positiv zu bewerten sei, dass Alter nicht automatisch mit Abbau und Defiziten gleichgesetzt würde. Die Betonung der Betriebsamkeit nicht nur im Zuge der Erwerbstätigkeit, sondern auch in der nachberuflichen Lebensphase entspräche zudem dem damaligen Zeitgeist (Kolland/Rosenmayr 2007: 204 f., Ekerdt 1986). Vor allem in der sozialen Altenarbeit wirke der Ansatz aufgrund seines appellativ-moralischen Charakters zum Teil noch heute. Untersuchungen belegen das Potenzial für Aktivität im Alternsverlauf sowie die Notwendigkeit aktivierender Maßnahmen (Kolland/Rosenmayr 2007: 205). Daraus ergebe sich für die Praxis die Schlussfolgerung, dass nur „aktives Altern auch gutes Altern“ (Wahl/Heyl 2004: 152) sei.

Allerdings wird auch kritisiert, dass Altern mit der Negation biologisch bedingter Abbau- prozesse auch im Aktivitätsansatz eine Abwertung und Stigmatisierung erfahre (Backes/Clemens 2013: 131). Kritisiert wird ferner die fehlende Berücksichtigung sozialstruktureller Unterschiede, wie etwa der sozialen Schicht, des Geschlechts, der regionalen Herkunft oder der Kohorten- bzw. Generationenzugehörigkeit. Zudem fehle ein konkreter Gesellschaftsbezug. Lebensbiografische Einflüsse und Lebenslagen von Menschen mit und ohne Behinderung blieben unberücksichtigt (ebd.). Die praktische Anwendbarkeit des Aktivitätsansatzes müsse daher in Frage gestellt werden (ebd.).<sup>41</sup>

Der *Disengagement-Ansatz* wurde als Kritik an der vermeintlichen „Idealisierung und Realitätsferne“ des Aktivitätsansatzes (Backes/Clemens 2013: 132) von Cumming und Henry (1961) entwickelt. Er fokussiert sich auf den freiwilligen sozialen *Rückzug* (*Disengagement*) Älterer aus Aktivitäten, sozialen Kontakten und bisherigen Rollen. Auch bestehende Kontakte verändern sich in ihrer Qualität (Cumming/Henry 1961: 211). Dieser Rückzug wird als Entwicklung betrachtet, die sowohl von den Individuen als auch von der Gesellschaft gewünscht ist und daher für beide funktional ist.

---

<sup>41</sup> Kolland und Rosenmayr (2007) haben den Aktivitätsansatz weiterentwickelt, indem sie nicht die Lebenszufriedenheit, sondern die Persönlichkeitsentwicklung als entscheidendes Kriterium für ein gelingendes Altern festlegen. Es sind die Formen des selbstbestimmten, sinnhaften und kreativen Handelns, mit denen die Veränderungs- und Befreiungspotenziale des Alterns verwirklicht werden können.

Dieser Ansatz wird als „Meilenstein“ (Dallinger/Schroeter 2002: 12) der sozialgerontologischen Forschung bezeichnet, da er versucht, die individuelle und gesellschaftliche Ebene miteinander zu verknüpfen. Alter wird im Disengagement-Ansatz als eigenständige Lebensphase betrachtet (Backes/Clemens 2013: 134).

Positiv am Disengagement-Ansatz ist, dass die Überbetonung der Aktivität im Alter vermieden wird (Backes/Clemens 2013: 135). Kritisch ist dagegen die angenommene Übereinstimmung von individuellem und gesellschaftlichem Bedürfnis eines Rückzugs aufgrund eines gemeinsamen institutionalisierten Wertesystems und gesellschaftlich angepasster individueller Wünsche. Dies kommt einer legitimierte Ausgrenzung älterer Menschen aus dem Gesellschaftssystem gleich. Dies ist insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung problematisch, da diese ihr Leben lang Ausgrenzung erfahren haben und dieser in der Regel wenig entgegensetzen können. Zudem gilt der Disengagement-Ansatz als zu undifferenziert hinsichtlich der heterogenen Lebenswelten älterer Menschen (vgl. ebd., Dallinger/Schroeter 2002: 12).

Der *Kontinuitätsansatz* (Rosow 1963, Atchley 1971, 1989) versteht sich als Synthese aus Aktivitäts- und Disengagement-Ansatz darstellt (Backes/Clemens 2013: 137). Er geht davon aus, dass die Kontinuität der Lebenssituation im Sinne von Kohärenz und Konsistenz (Wahl/Heyl 2015: 134) über den Erfolg der Anpassung im Alterungsprozess entscheidet. Erfolgreiches Altern sei definiert durch die Beibehaltung individuell gewohnter Aktivitäts- bzw. Rückzugsbestrebungen.

Der Kontinuitätsansatz geht davon aus, dass älter werdende Menschen aufgrund ihres Bedürfnisses nach Stabilität den Wunsch haben, ihren bisherigen Lebensstil aufrechtzuerhalten. Auch von außen wird an sie die Erwartung herangetragen, ihr Leben wie bisher weiterzuführen (Atchley, zitiert in Backes/Clemens 2013: 137). Diskontinuitäten zwischen dem mittleren (Phase der Erwerbstätigkeit) und dem höheren Lebensalter (Phase des Ruhestandes) werden dem Ansatz zufolge von den Betroffenen dementsprechend negativ bewertet – es sei denn, belastende Aspekte der eigenen Lebenssituation, können dadurch verringert oder ganz beseitigt werden. Grundsätzlich gilt dem Kontinuitätsansatz zufolge jedoch: Je weniger sich die Lebenssituation beim Übergang vom mittleren ins höhere Alter verändert, desto zufriedener ist das jeweilige Individuum.

Eine Stärke des Kontinuitätsansatzes ist die Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse älterer Menschen nach Aktivität und Rückzug. Aber auch in diesem Ansatz werden die gesellschaftlichen Ursachen und Rahmenbedingungen für das auf Kontinuität



ausgerichtete Anpassungsverhalten im Alter weitgehend außer Acht gelassen (Dallinger/Schroeter 2002: 13).

### **Active Ageing**

Das von der WHO (2002) entwickelte Konzept *active ageing* ist im Unterschied zu den bisher beschriebenen Konzepten breiter, komplexer und mehrdimensionaler: Es sieht gutes Altern als Gemeinschaftsaufgabe von Individuum und Gesellschaft gleichermaßen an. Zudem nimmt dieser Ansatz nicht nur eine bestimmte Altersgruppe in den Blick, sondern bezieht alle Altersgruppen mit ein. Unter *aktivem Altern* wird die Optimierung der Möglichkeiten von Menschen verstanden, „im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern“ (WHO 2002: 12) Das primäre Ziel ist nicht, Menschen so lange wie möglich erwerbsfähig zu halten, sondern Lebensqualität sowie physische und psychische Gesundheit aller Menschen zu erhalten – nach dem Motto „years have been added to life, now we must add life to years“ (Walker 2002: 114).

Walker (2002) hat sieben Schlüsselprinzipien für die Umsetzung des Konzepts formuliert, die gewährleisten sollen, dass den Herausforderungen einer immer älter werdenden Bevölkerung erfolgreich begegnet werden kann (Walker 2002: 114 f.):

1. Das Konzept *active ageing* basiert auf einem umfassenden Verständnis von Aktivität. Diese beschränkt sich nicht allein auf bezahlte Beschäftigung oder die Produktion von Gütern. Aktivität meint jegliche Tätigkeiten, die zur Förderung des individuellen Wohlergehens beitragen oder hilfreich für Familie, Gemeinde oder Gesellschaft sind.
2. Das Konzept adressiert *alle* Gruppen älterer Menschen, auch schwache und abhängige Ältere. Letztere dürfen nicht ausgeschlossen werden.
3. *Active ageing* ist ein präventives Konzept, das den gesamten Lebenslauf in den Blick nimmt und dessen Maßnahmen bereits in jungen Jahren ansetzen.
4. Im Fokus des Konzepts steht die Intergenerationalität. Generationenübergreifende Aktivitäten sollen zur Bewahrung und Förderung von Gerechtigkeit und Solidarität zwischen den Generationen beitragen.
5. *Active ageing* impliziert das Menschenrecht auf soziale Sicherheit und Aktivität sowie die Pflicht jedes Einzelnen, sein Recht z. B. auf Bildungschancen wahrzunehmen und seine Aktivität aufrechtzuerhalten.
6. Strategien zur Förderung von *active ageing* sollen partizipativ angelegt sein und eine Selbstbefähigung der Individuen bewirken. Das impliziert eine Befähigung

und Motivation zur Aktivität (Top-Down-Strategie) sowie die Förderung einer eigeninitiierten Gestaltung von Aktivitäten (Bottom-Up-Strategie).

7. Bei der Umsetzung des Konzeptes sollen nationale und kulturelle Unterschiede berücksichtigt werden. Es gibt keine für alle Menschen gültige optimale Aktivitätsform.

Das Konzept active ageing hat sich zu einem bedeutsamen Bezugspunkt bei der Modernisierung der kommunalen Alten- und Seniorenpolitik entwickelt (Naegele 2010b: 100). Es handelt sich um eine ausbalancierte mehrdimensionale Strategie, die auf zwei Ebenen – die der Individuen und die der Gesellschaft – ansetzt und diese miteinander in Beziehung setzt. So sind zum einen die Individuen selbst für sich und ihr Älterwerden verantwortlich. Zum anderen ist es die Aufgabe der Gesellschaft, Strukturen zu schaffen, die aktives Altern, Teilhabe und Partizipation für alle Bevölkerungsgruppen in allen Lebenslagen im gesamten Lebenslauf ermöglichen und unterstützen (Walker 2002: 118). Die Stärke des Konzeptes liegt in seiner Ganzheitlichkeit im Hinblick auf die Zielgruppe, da sich das Konzept nicht nur an Teilgruppen (z. B. ältere Angehörige der Mittel-/Oberschicht), sondern explizit auch vulnerable Gruppen wie z. B. älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung richtet (vgl. Naegele 2010b: 100).

Auch am Konzept active ageing wird Kritik geäußert. Zwar wirke sich die Betonung der Aktivierung im Alter durchaus positiv auf „negative Alterskonnotationen wie Verfall und Passivität“ aus, so van Dyk und Lessenich (2009: 542). Es zeuge jedoch von einem „offen negativen Altersbild“ (ebd.), wenn ressourcenstarken aktiven Senior\*innen nahegelegt werde, mit ihrem gesellschaftlichen Engagement die von unproduktiven, passiven Senior\*innen verursachte „gesellschaftliche Last“ zu kompensieren. Die mit dem Konzept des active ageing einhergehende Abwertung „unproduktiver“ älterer Menschen<sup>42</sup> sei kein „unerfreuliches wie vermeidbares ‚Beiprodukt‘“, sondern „eine systematische Folge der zunehmenden Dominanz von Normen des mittleren Lebensalters“ (van Dyk/Lessenich 2009: 542). Des Weiteren wird die Tatsache moniert, dass eine neoliberale Sozialpolitik Senior\*innen, denen es gesundheitlich immer besser gehe, die Rolle der „freiwilligen, verantwortungsbewussten und gemeinwohlorientierten Helfern und Helferinnen einer demografisch unter Druck geratenen Gesellschaft“ zuschreiben würden (Denninger et al. 2014: 13).

---

<sup>42</sup> Die können etwa (ältere) Menschen mit geistiger Behinderung, pflegebedürftige Menschen, Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau oder Menschen in einer prekären finanziellen Situation sein.

Denninger et al. (2014) belegen zudem, dass das öffentlich vertretene „Dispositiv“ des aktiven bzw. produktiven Alters – etwa in Form der Übernahme bürgerschaftlichen Engagements durch Senior\*innen, die so ihre Kompetenzen als „Potenziale eines produktiven Tätigwerdens zum Nutzen der Allgemeinheit“ (van Dyk et al. 2013: 324) einsetzen und folglich sozial verantwortlich handeln – nicht mit den weitaus komplexeren Alltagspraktiken und Sichtweisen deutscher Senior\*innen übereinstimmen.<sup>43</sup> Neben den *Produktiven* gebe es unter den Nacherwerbstypen auch *Ruheständler\*innen* und *Unruheständler\*innen*. Die Produktiven betonen die Wichtigkeit gesellschaftlichen Engagements und sehen es als ihre Pflicht, in der Nacherwerbsphase ihre Potenziale für das Wohl der Gesellschaft einzusetzen (van Dyk et al. 2013: 326 f.). Die Ruheständler\*innen verstehen die Nacherwerbsphase als eine Befreiung von der Erwerbsarbeit sowie als Phase der verdienten Ruhe. Sie lehnen eine produktivistische Aktivierung im Alter ab. Ruheständler\*innen orientieren sich eher an Familie, Haus und Garten (van Dyk et al. 2013: 326). Für die Unruheständler\*innen steht in der Nacherwerbsphase „autoproduktives, selbstbezogenes Engagement“ etwa bei Sport, Kultur, Fremdsprachen oder (Bildungs-)Reisen im Vordergrund (ebd.). Zusätzlich weisen van Dyk et al. auf Senior\*innen hin, die aufgrund ihrer prekären finanziellen Situation oder anderer sozialer Verpflichtungen (wie etwa die Pflege einer\*s Angehörigen) nicht in der Lage sind, ihre Nacherwerbsphase so zu gestalten, wie sie es sich als Ruheständler\*innen, Unruheständler\*innen oder Produktive wünschen würden. Die entsprechenden Wünsche im Alter nicht ausleben zu können führe zu einer großen Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation (*verhinderte Ruheständler\*innen, Gebremste*, vgl. van Dyk et al. 2013: 326 f.).

### **Erfolgreiches Altern von Menschen mit geistiger Behinderung**

Im nächsten Absatz wird ein Konzept erfolgreichen Alterns vorgestellt, das sich explizit mit der Zielgruppe der Menschen mit Behinderung beschäftigt.

Auch Konzepte des erfolgreichen Alterns von Menschen mit geistiger Behinderung versuchen Individuum und Gesellschaft als zwei wichtige Ebenen zu berücksichtigen. Heller (2004) entwickelte in Anlehnung an das *Support-Outcome Model* der American Association on Mental Retardation (1992) und an das *Successful Ageing Model* der Gerontologie ein für Menschen mit geistiger Behinderung modifiziertes Modell erfolgreichen Alterns. Die Verantwortung für erfolgreiches Altern dieser Menschen wird nicht den Betroffenen

---

<sup>43</sup> Auf der Grundlage von Interviews mit 55 Senior\*innen im Alter zwischen 60 und 75 Jahren identifizierten Denninger et al. (2014) folgende sechs typische Sozialfiguren des Nacherwerbslebens: 1. zufriedene Ruheständler\*innen, 2. geschäftige Ruheständler\*innen, 3. verhinderte Ruheständler\*innen, 4. Unruheständler\*innen, 5. Produktive und 6. Gebremste.

zugeschrieben – wie etwa beim SOK-Modell. Stattdessen wird erfolgreiches Altern als Zusammenspiel von „Fähigkeitsprofilen des Individuums, Bedingungen in seinem sozialen Umfeld und Art und Umfang der verfügbaren Unterstützungsleistungen“ verstanden (Dieckmann et al. 2013: 18). Zielperspektiven für erfolgreiches Altern sind Selbständigkeit, hohe Lebensqualität, physisches und emotionales Wohlbefinden sowie die volle Inklusion im Gemeinwesen (Heller 2004: 214). Das Modell korrespondiert mit den aktuellen Leitprinzipien der Behindertenhilfe (Kapitel 2.3), die betonen, wie wichtig für Menschen mit (geistiger) Behinderung die Einbindung in die Gemeinde, die persönliche Wahlfreiheit, die Lebensqualität sowie die Personenzentrierung und Lebensweltorientierung von Leistungs- und Unterstützungsangeboten ist (Heller 2004: 213).

Heller (2004: 214) identifiziert mehrere Faktoren für eine erfolgreiche Gestaltung der Lebensphase Alter durch Menschen mit Behinderung. Dazu zählen erstens die individuellen Fähigkeiten, wie kognitive Kompetenzen oder die Fähigkeit, sich an veränderte Lebenssituationen anzupassen. Zweitens zählen dazu die Umwelt und die Lebensumstände, also vor allem die Bereiche Wohnen, Arbeit und Gemeinwesen. Diese Umwelt prägt förderliche Rahmenbedingungen, aber auch Anforderungen und Hindernisse. Eine positiv gestaltete Umwelt stärkt Entwicklung und Wohlbefinden des Individuums. Sie orientiert sich am Alter und am soziokulturellen Hintergrund potentieller Nutzer\*innen. Die Umwelt sollte so beschaffen sein, dass Menschen mit Behinderung ihre Bedürfnisse befriedigen können. Des Weiteren soll die Umwelt dem Wohlbefinden der Individuen in wesentlichen Lebensbereichen zuträglich sein und den Menschen ein Gefühl von Stabilität, Planbarkeit und Kontrolle vermitteln. Drittens sind für ein erfolgreiches Altern die physische und emotionale Gesundheit sowie die physische Funktionsfähigkeit relevant. Viertens spielen Art und Ausmaß der zur Verfügung stehenden Unterstützung eine entscheidende Rolle für ein gelingendes Altern für Menschen mit Behinderung. Die zur Verfügung gestellten Unterstützungsleistungen bedingen gemeinsam mit den individuellen Fähigkeiten des Menschen mit Behinderung sowie den vorliegenden Umweltbedingungen die Funktionsfähigkeit des Menschen.

Am Ende dieses Teilkapitels (3.3) soll der Begriff *erfolgreiches* Altern kritisch beurteilt und die Relevanz für vorliegende Studie eingeordnet werden.

Es gibt auch grundsätzliche Kritik am Begriff *erfolgreiches* Alter(n). Schroeter (2004: 54) gibt etwa zu bedenken, dass der Zusammenhang zwischen Erfolg und Alter(n) automatisch mit normativen Maßstäben einherginge. Danach würde zwangsläufig beurteilt, wer erfolgreich oder wer erfolglos altere. Die Gefahr einer Abwertung vermeintlich erfolglosen Alter(n)s gegenüber einem vermeintlich erfolgreichen Alter(n) sei eindeutig gegeben (Schroeter 2004: 54, Baltes/Baltes 1992: 24). Erfolgreiches Alter(n) entspräche jedoch dem heutigen Zeitgeist, so Schroeter weiter (2004: 54). Im Fokus stünden Selbstmaximierung, Eigenverantwortung, Ressourcen- und Kompetenzorientierung im Sinne einer modernen Selbstkontrolle. Der „Machbarkeitsgedanke“ sei allgegenwärtig und das Individuum sei für sein gelingendes Leben selbst verantwortlich. (ebd.).

Mit Blick auf Menschen mit geistiger Behinderung warnen Dieckmann et al. (2013: 17 f.) beim Begriff des erfolgreichen Alter(n)s vor „subtile[n] und unbewusste[n] Formen einer Haltung des ‚(Dis-)Ableism‘<sup>44</sup>“. Durch die Unterscheidung zwischen mutmaßlich erfolgreichem und nicht erfolgreichem Alter(n) entstehe eine „doppelte Entwertung“ (ebd.) von Menschen mit lebenslanger Behinderung im Alter. Galten diese – gemessen an den Normvorstellungen der Bevölkerung – bereits in jungen Jahren als erfolglos, erführen sie durch das Konstrukt des erfolgreichen Alter(n)s eine zusätzliche Abwertung in Form der ihnen zugeschriebenen Attribute *behindert* und *alt* (Bigby 2004: 245 zit. in Dieckmann et al. 2013: 18). Bei der Begleitung älterer Menschen mit geistiger Behinderung plädieren die Autor\*innen daher, sie mit ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen wahrzunehmen und diese in den Fokus zu rücken (Dieckmann et al. 2013: 18).

Die Autorin dieser Untersuchung präferiert daher die Verwendung des Begriffs guten Alter(n)s, um der Gefahr der inhaltlichen Abwertung vermeintlich erfolglosen Alterns zu umgehen. Im Fokus sollte nicht die Leistungsorientierung stehen im Sinne der Erreichung sozial erwünschter Zielperspektiven wie z. B. der Erhalt der Selbständigkeit oder das Betreiben eines ehrenamtlichen Engagements. Relevant für ein gutes Alter(n) sollten die Aspekte sein, die von den Menschen selbst als persönlich gut, als zufriedenstellend und wünschenswert angesehen werden. Ein solcher Aspekt kann die Übernahme eines Ehrenamtes ebenso sein wie die Freude am Nichtstun.

---

<sup>44</sup> (Dis-)Ableism beschreibt in Analogie Begriffen wie Sexism oder Ageism eine generalisierende, entwertende und in dieser Form nicht durch reale Erfahrungen legitimierte, sondern auf unreflektiert übernommene (Vor-)Urteilen basierende Wahrnehmung von Menschen im Alter sowie von Menschen mit Behinderungen. Ableism kann auch in professionelle Beziehungen wirksam werden (Dieckmann et al. 2013: 17).

In Anlehnung an oben rezipierte mehrdimensionale Ansätze des active ageings und des erfolgreichen Alter(n)s für Menschen mit geistiger Behinderung wird die optimale Strategie der Realisierung eines guten Alterns im gut ausbalancierten Zusammenspiel von Individuum und Gesellschaft gesehen. Das heißt, beide werden gleichermaßen als Mitgestaltende förderlicher Rahmenbedingungen für ein gutes Alter(n) in der Kommune begriffen. Gelingfaktoren für ein gutes Alter(n) für Menschen mit geistiger Behinderung sind das Training und der Einsatz eigener individueller Fähigkeiten, die Förderung physischer, psychischer und emotionaler Gesundheit, das Bereitstellen von Strukturen und positiv gestalteten Umwelten (z. B. barrierefreies Wohnumfeld, barrierefreier Nahverkehr) sowie eine personenorientierte, individuelle Unterstützung durch ein Netzwerk professioneller und nicht-professioneller Dritter (Angehörige, Nachbarschaft).

In diesem Kontext wird erneut die zentrale Rolle der Fachkräfte in heilpädagogischen Einrichtungen deutlich, deren Aufgabe es ist, fördernd auf oben aufgeführte Faktoren guten Alter(n)s für Menschen mit geistiger Behinderung einzuwirken. Es stellt sich die Frage, welche Vorstellungen die Fachkräfte in vorliegender Untersuchung von einem guten Alter(n) der Bewohner\*innen haben und welche Rolle sie sich bei der Realisierung dieser Wünsche beimessen.

### **3.4 Professionelles Handeln aus heilpädagogischer Perspektive**

Fachkräfte bestimmen mit ihrem professionellen Tun die Gestaltungsmöglichkeiten der Bewohner\*innen. Daher ist es im Verlauf der Untersuchung von großer Interesse, nicht nur die Deutungsmuster in den subjektiven Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) zu rekonstruieren, sondern auch die Deutungsmuster im subjektiven Verständnis von professionellem Handeln in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe herauszuarbeiten. Deshalb wird im letzten Teil der theoretischen Rahmung die aktuelle Diskussion zum professionellen Handeln aus heilpädagogischer Perspektive dargestellt.

Nach der Einführung der Begriffe *Heilpädagogik* und *professionelles heilpädagogisches Handeln* werden die typischen Merkmale heilpädagogischer Professionalität vorgestellt, aktuelle Zielperspektiven heilpädagogischen Handelns erläutert und die Aufgaben heilpädagogischer Fachkräfte aufgeführt. Schließlich werden die Grundsätze und Inhalte des heilpädagogischen Handelns mit *älteren* Menschen mit Behinderung beleuchtet.

*Heilpädagogik* dient als Sammelbegriff für die unterschiedlichen anwendungsbezogenen Bereiche der Pädagogik, namentlich der Sonder-, Behinderten-, Förder- und Rehabilitationspädagogik (Wüllenweber/Theunissen 2009: 15). Sie erforscht und erarbeitet

„Handlungskonzepte, die darauf ausgerichtet sind, Menschen in einer heilpädagogisch relevanten Lage als vollwertige Mitglieder in das gesellschaftliche Leben einzubeziehen und ihnen zu einer subjektiv möglichen Entfaltung und Selbständigkeit in Alltagsangelegenheiten zu verhelfen“ (Greving/Ondracek 2005: 237).

Das Ziel ist dabei vor allem die Reduzierung und Überwindung von Beeinträchtigungen und Einschränkungen, die in Interaktions- und Kommunikationssituationen auftreten können sowie die Unterstützung bei der selbstbestimmten und weitestgehend selbständigen Bewältigung von Alltagssituationen (ebd.).

*Heilpädagogisches Handeln* bedeutet in diesem Sinne ein „begründetes, zielgerichtetes, planmäßiges, gekonnt durchgeführtes und reflektiertes Streben nach einer ‚Entbeeinträchtigung‘ von belastenden Zuständen, Prozessen und Lebenslagen von unterstützten Personen dar“ (Ondracek 2013: 63). Es richtet sich an alle Menschen, die

„bedingt durch ihre körperliche, geistige und seelische Beschaffenheit und durch die Reaktion der sozialen Umwelt auf diese Beschaffenheit – in der subjektiv sinnvollen Gestaltung des Alltags beeinträchtigt sind und nur eingeschränkt am Geschehen in der Gesellschaft teilhaben können“ (Greving/Ondracek 2005: 236).

Es ist nicht gleichzusetzen mit der zweckrationalen und unmittelbaren Umsetzung theoretischen Wissens, um festgelegte Ziele zu erreichen. Vielmehr ist professionelles heilpädagogisches Handeln stets individuell einzigartig, persönlich selbstbestimmt und situativ unterschiedlich. In der sozialen Praxis ist die Autonomie des Gegenübers zu berücksichtigen, damit „interaktives und kommunikatives Handeln prinzipiell einen spontanen, ereignishaften, offenen und damit *kreativen* Charakter bekommt“ (Gröschke 2007b: 70, Hervorhebung im Original). Die Fachkräfte beziehen sich auf ihr praktisches Wissen (also auf ihre Kognitionen, ihre Expertise und ihr Fachwissen). Dieses besteht nicht nur aus wissenschaftlich begründetem Theorie- und Fachwissen, sondern auch aus Erfahrungen, Haltung und Intuition. Darüber hinaus verfügen die Fachkräfte über implizites Wissen, das nicht rational erklärbar ist und auch nicht explizit gemacht werden kann, etwa wenn es darum geht, Handlungskonzepte zu beschreiben (Gröschke 2007b: 70).

### **Merkmale heilpädagogischer Professionalität**

Professionelles Handeln in der Heilpädagogik setzt die Kenntnis, die Nutzung und die kritische Reflexion verschiedener Aspekte voraus (Greving/Ondracek 2009a: 36 ff., 2005: 364 ff.). Dazu gehören Beziehung und Prozessualität, Personenzentriertheit und

professionelle Mitmenschlichkeit, Fachwissen und Verstehen, stellvertretende Deutung und stellvertretendes Agieren sowie Paradoxien und Polaritäten.

- Beziehung und Prozessualität

Die Gestaltung sozialer Beziehungen ist ein wesentliches Merkmal heilpädagogischer Arbeit. Während etwa in Handwerksberufen die Beziehung zu Klient\*innen nur eine sekundäre Rolle spielt – diese treten hier lediglich als Auftraggeber\*innen auf – besteht zwischen Heilpädagog\*innen und Klient\*innen ein „Arbeitsbündnis von Person zu Person“ (Greving/Ondracek 2005: 36 f.). Die Arbeit an einer gelingenden Beziehung ist damit ein entscheidendes Moment des Begleitungsprozesses (ebd.). Sie zeichnet sich u. a. durch wertfreie und respektvolle Akzeptanz und Annahme des Gegenübers aus sowie durch eine Begegnung auf Augenhöhe. Von Bedeutung sind darüber hinaus ein eindeutiges und einschätzbares, verlässliches sowie freundliches Verhalten, Bescheidenheit, der Verzicht auf Machtausübung sowie schließlich eine überlegte, ruhige und strukturierte Vorgehensweise (ebd.: 312 f.).

- Personenzentriertheit und professionelle Mitmenschlichkeit

Ein weiterer wichtiger Aspekt professionellen heilpädagogischen Handelns ist die Personenzentriertheit, die sich auch als „professionelle Mitmenschlichkeit“ (Ondracek 2013: 54) beschreiben lässt. Während Mitmenschlichkeit im Privaten meist spontan bzw. unsystematisch stattfindet und im Wesentlichen von Sympathien bestimmt wird, wäre es im professionellen Kontext unprofessionell, wenn die Aufmerksamkeit für Klient\*innen von persönlichen Vorlieben abhinge. Hier gilt es, allen Menschen gleichermaßen gerecht zu werden (ebd.: 55 f.). Personenzentriertes Handeln heißt in diesem Sinne, die Bedürfnisse der jeweiligen Klient\*innen zu erkennen, sie ernst zu nehmen, und entsprechend darauf zu reagieren. Dazu gehört die Einschätzung von Handlungsmöglichkeiten, die Suche nach Konsenslösungen und diese so umzusetzen, dass die Situation für alle Beteiligten gut annehmbar ist (ebd.: 58 ff.).

- Fachwissen und Verstehen

Eng damit verbunden ist neben der korrekten Anwendung von Fachwissen (also das Kennen, Reflektieren und Anwenden entsprechender Theorien) die hermeneutische Kompetenz, sich in die persönliche Lebenslage der jeweiligen hilfeschuchenden Person hineinzuversetzen (Greving/Ondracek 2009a: 37). Hierfür müssen Fachkräfte die subjektive Wahrnehmung der Klient\*innen erkennen und sie an ihr Fachwissen rückbinden. Daraus



entstandene Erkenntnisse müssen vom Klient\*in verifiziert werden bzw. ein gemeinsames Verstehen muss zwischen Klient\*in und Fachkraft ausgehandelt werden. Erst die Kombination mit dem empathischen Verstehen versetzt die Dienstleistenden in die Lage, ihr Fachwissen in der konkreten Situation zielführend einzusetzen (ebd.).

- Stellvertretende Deutung und stellvertretendes Agieren

Professionalität bedeutet für Expert\*innen auch, Klient\*innen nicht zu bevormunden. Grundlegend hierfür ist das Konzept der *stellvertretenden Deutung* (Greving/Ondracek 2009a: 38). Sind Klient\*innen nicht in der Lage, Tatbestände oder Lebenssituationen selbständig zu erfassen oder einzuordnen (beispielsweise, wenn Menschen mit Behinderung ausreichende kommunikative Fähigkeiten fehlen), so erfordert dies besondere Sensibilität auf Seiten der Professionellen. Da eine Verifizierung durch die Klient\*innen kaum möglich ist, können Deutungsversuche hier lediglich Hypothesen sein (ebd.).

Professionelle können Aufgaben von Klient\*innen nicht „für sie ohne sie“ übernehmen (vgl. Greving/Ondracek 2009a: 39). Im Optimalfall können Betroffene ihre Bereitschaft für eine gemeinsame Lösung signalisieren. Ist dies nicht der Fall, sollten heilpädagogische Maßnahmen dem Prinzip des *stellvertretenden Agierens* (ebd.) folgen. Dieses stellt zwar einen Eingriff in die Autonomie der Klient\*innen dar, ist aber mitunter von Nöten, etwa, wenn bestimmte medizinische Hilfeleistungen keinen Aufschub erlauben. Im Anschluss an das Handeln hat dann eine Reflexion zu erfolgen, in der das Vorgehen gegenüber den Klient\*innen begründet wird (ebd.).

- Paradoxien und Polaritäten

Ein Merkmal heilpädagogischen Handelns ist die Konfrontation mit den Widersprüchen der Arbeit – diese gilt es immer wieder auszuhalten und auszuhandeln. Diese Widersprüche werden auch als „Paradoxien professionellen Handelns in sozialen Berufen“ bezeichnet (Greving/Ondracek 2009a: 40). Eine dieser Paradoxien besteht zwischen *Beziehung und Aufgabe*: Heilpädagog\*innen müssen auf der einen Seite menschliche Beziehungen eingehen, sind auf der anderen Seite aber angehalten, im Rahmen institutioneller und rechtlicher Erfordernisse bestimmte Aufgaben effizient zu erledigen (Greving/Ondracek 2005: 365). Die Fachkräfte müssen sich daher der ständigen Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz bzw. zwischen einer persönlichen Beziehung und einer Arbeitsbeziehung bewusst sein. Eine weitere Polarität besteht zwischen *Autonomie und Abhängigkeit*: Fachkräfte in der Heilpädagogik müssen einerseits die Hilfesuchenden als Personen respektieren und ihnen eine weitest gehende Selbstbestimmung ermöglichen,

aber zugleich aufgrund ihrer Aufsichtspflicht bestimmte Verhaltensänderungsmaßnahmen umsetzen. Dies geht mit der Polarität von *Gleichwertigkeit und Machtausübung* einher: Einerseits sollen Heilpädagog\*innen Hilfesuchenden auf Augenhöhe begegnen, andererseits besteht hinsichtlich der Physis, des Intellekts oder der Handlungsmöglichkeiten ein großes Machtgefälle zwischen ihnen (Greving/Ondracek 2009a: 40 f.).

### **Aktuelle Leitlinien heilpädagogischen Handelns**

Professionelles heilpädagogisches Denken und Handeln sollte sich, so verschiedene Autor\*innen, an verschiedenen *Leitlinien* ausrichten (Greving/Ondracek 2005: 237 f., Lindmeier/Lindmeier 2012: 152 ff.). Neben den bereits in Kapitel 2.3.2 behandelten Leitlinien Teilhabe, Selbstbestimmung, Normalisierung und Inklusion sind dies die Ressourcenorientierung sowie die Sozialraumorientierung.

- Ressourcenorientierung

Der Grundsatz der Ressourcenorientierung besagt, dass Tätigkeiten für Menschen mit Behinderung nicht unhinterfragt übernommen oder nach starren Ablaufmustern begleitet werden. Stattdessen sollen Betroffene darin unterstützt werden, ihre persönlichen und sozialen Ressourcen wahrzunehmen, zu aktivieren und auszubauen, etwa indem sie ihr kreatives Talent in das Gruppenleben der Wohneinrichtung einbringen (persönliche Ressource) oder Familienangehörige den Menschen mit Behinderung beim Einkaufen assistieren (soziale Ressource) (Wacker et al. 2005b: 29 f.).

- Sozialraumorientierung

Das Konzept der Sozialraumorientierung betrachtet soziale und räumliche Entstehungsbedingungen von Unterstützungsarrangements und bietet zugleich praxisnahe Handlungsmöglichkeiten, die an den Ressourcen der Nutzer\*innen, ihres Sozialraumes (z. B. Familie, Nachbarschaft, Gemeinde) sowie der dort lebenden Menschen anknüpfen (Dieckmann 2009: 50 f.). Durch den Einsatz von Netzwerken, die in der aktiven Gemeinwesenarbeit entwickelt wurden, kann die Unterstützung gewinnbringend ergänzt werden (ebd.).

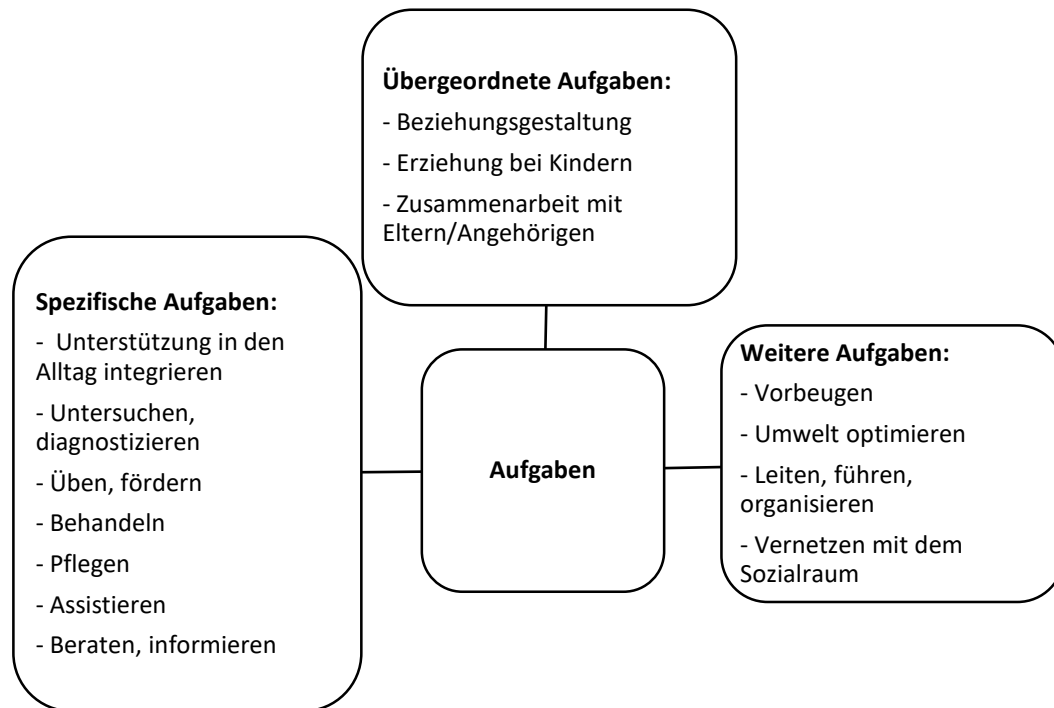
### **Aufgaben heilpädagogischer Fachkräfte**

Das Aufgabenspektrum von Heilpädagog\*innen ist vielseitig und komplex. Greving und Ondracek (2005: 310 ff.) unterscheiden zwischen drei verschiedenen Arten von Aufgaben: *spezifischen*, *übergeordneten* und *weiteren relevanten* Aufgaben (Abbildung 2). Die *spezifischen* Aufgaben betreffen den Kernbereich der Heilpädagogik und stellen die Grundlage für deren Handlungsfähigkeit dar (ebd.: 319). Darunter fallen Aufgaben wie

etwa die Unterstützung, Integration in den Alltag, Untersuchung, Diagnose, Beratung, Information, Begleitung und Assistenz (ebd.: 310 ff.). Als persönliche Assistenz werden direkte personenbezogene Dienstleistungen für erwachsene Menschen mit Behinderung bezeichnet (Dieckmann 2009: 43). Die Fachkräfte sollen diese Menschen bei der Umsetzung ihrer Wünsche und Ziele begleiten und dabei ihre Lebenswelten und Lebenswege achten. Das Konzept der persönlichen Assistenz grenzt sich damit deutlich von Ansätzen einer behütenden oder gar bevormundenden bzw. paternalistischen Betreuung ab. Niehoff spricht in diesem Zusammenhang von der Erfordernis, Hilfen im Alltag zu „entpädagogisieren“ (Niehoff 1997: 172). Bei der persönlichen Assistenz geht es darum, Menschen mit Behinderung ein Gefühl von Entscheidungsfähigkeit und Selbstverantwortung zu vermitteln sowie Wahlmöglichkeiten für sie zu schaffen. Im Fokus stehen die Interessen der Klient\*innen, aus diesen leiten sich individualisierte Hilfeangebote ab. Das bedeutet auch auf der Beziehungsebene einen Abbau von Hierarchien (Rock 2001: 180 ff.). Bei Menschen mit schwerer geistiger oder komplexer Behinderung geht es um Mittel und Wege, deren Anweisungen und Signale zu lesen, deren Kompetenzen zu entschlüsseln und deren Lebensgeschichte zu berücksichtigen (Weber 2007: 61).

Die *übergeordneten* Aufgaben sind keinem bestimmten Bereich zugeordnet, tragen jedoch maßgeblich zum Gelingen anderer Aufgaben bei (Greving/Ondracek 2005: 310 f.). Dazu zählt etwa die Gestaltung der Beziehungen zu Klient\*innen und Angehörigen. Diese ist entscheidend für den Erfolg heilpädagogischer Arbeit (ebd.: 311). Zu den *weiteren relevanten* Aufgaben von Heilpädagog\*innen gehören etwa präventive Maßnahmen, beispielsweise um der Ausgliederung eines Menschen mit Behinderung aus seinem gesellschaftlichen oder beruflichen Umfeld entgegenzuwirken. Weitere relevante Aufgaben sind auch die Verbesserung von Umweltbedingungen für Menschen mit Behinderung (etwa durch technisch-organisatorische Maßnahmen) oder die Leitung von Gruppen, Bereichen oder Institutionen (Greving/Ondracek 2005: 339 ff.) sowie die Vernetzung der Klient\*innen mit dem Sozialraum.

Abbildung 2: Aufgaben von Heilpädagog\*innen. Quelle: Greving/Ondracek (2005: 310)



### Heilpädagogisches Handeln mit älteren Menschen mit Behinderung

Beim professionellen heilpädagogischen Handeln geht es auch darum, ältere Menschen mit Behinderung im Sinne der Teilhabe als gleichwertige Bürger\*innen sowie als „Expert(innen) für ihr eigenes Leben“ wahrzunehmen (Wacker 2005a: 342). Diesen Menschen soll ermöglicht werden, in den für sie persönlich relevanten gesellschaftlichen Teilsystemen die für sie bedeutsamen Aktivitäten durchzuführen und am Lebensstandard der Gesellschaft teilzuhaben (Wacker 2005a: 342, 360).

Auch Behinderung im Alter ist mit einer Einschränkung der Teilhabe gleichzusetzen, die wiederum auf Passungsschwierigkeiten zwischen Person und Handlungsspielräumen in ihrer Umwelt zurückzuführen ist (Schäper et al. 2010: 11).

Die Nutzung von Handlungsspielräumen hängt bei Menschen mit geistiger Behinderung, die einen hohen Hilfebedarf haben, wesentlich von der Interaktion mit verantwortlichen Unterstützungspersonen ab (ebd.: 11 ff.). Zu den Aufgaben der heilpädagogischen Fachkräfte gehört es daher, mit entsprechenden Unterstützungsmaßnahmen dazu beizutragen, dass älter werdende Menschen mit Behinderung die Lebensphase Alter selbstbestimmt gestalten können (Kapitel 3.3). Hierbei müssen die altersspezifischen kritischen Lebensumstände und -ereignisse sowie die behinderungsbedingt eingeschränkten Handlungsspielräume (Kapitel 2.2) berücksichtigt werden. Das heißt z. B. (ebd.: 17, 83 f.)

- ältere Menschen mit Behinderung frühzeitig auf den Alterungsprozess und die Nacherwerbsphase vorzubereiten,
- entsprechende Maßnahmen vor Ort zu ergreifen, um dem Wunsch vieler älterer Menschen mit Behinderung gerecht zu werden, in ihrem vertrauten Lebens- und Wohnumfeld bleiben zu können,
- gemeinsam alternative Beschäftigungsformen zu entwickeln, um den Verlust tagesstrukturierender und sinnstiftender Arbeit sowie der damit verbundenen sozialen Kontakte aufzufangen,
- verstärkt auf das Fördern von Gesundheit und das Trainieren von Selbstversorgungskompetenzen zu achten, um der Zunahme gesundheitlicher Einschränkungen und Mobilitätseinbußen entgegenwirken zu können.

Damit Heilpädagog\*innen die eben genannten Aufgaben erfüllen und den an sie gestellten Ansprüchen gerecht werden können, muss ein deutlicher Richtungswechsel in traditionellen Einrichtungen der Behindertenhilfe erfolgen. Dazu gehört eine Weiterentwicklung der Angebote sowie der personenbezogenen Unterstützung.

In Anlehnung an die Domänen der *Teilhabebereiche* wird im Folgenden anhand ausgewählter Arbeitsfelder skizziert, an welchen Punkten sowie auf welche Art und Weise heilpädagogisches Handeln die Lebensführung älterer Menschen mit Behinderung im Sinne des Teilhabegedankens unterstützen kann (WHO 2005, Dieckmann 2009: 52):

- Wohnen

Teilhabe im Bereich Wohnen bedeutet für ältere Menschen mit Behinderung selbst über den für sie optimalen Lebensort entscheiden zu können. Neben der Möglichkeit eines Lebens in der Herkunftsfamilie oder im Wohnheim bedarf es zusätzlicher gemeindeintegrierter, barrierefreier Wohnformen<sup>45</sup> sowie kompetenter ambulanter formeller und informeller Unterstützernetzwerke. Passgenaue Angebote müssen auch in der eigenen Wohnung sowie im dazugehörigen Wohnumfeld nutzbar sein (Wacker 2005a: 348 ff., Seifert 2006: 377).

Teilhabe in einer Wohneinrichtung heißt neben Barrierefreiheit, dass Bewohner\*innen selbst über ihren Tagesablauf, ihre Mitbewohner\*innen, das Personal sowie über die Ge-

---

<sup>45</sup> Selbständigkeit, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe sind in kleineren, dezentralisierten und gemeindenahen Angeboten leichter zu realisieren (Beck 2007: 343, Wacker 2005a: 348 ff., Dieckmann et al. 2013: 52).

gestaltung ihres persönlichen Wohnbereichs bestimmen können (Seifert 2006: 377, Greving/Ondracek 2009a: 222). Entscheidend für die Wohn- und Lebensqualität sind individuelle Zugangsmöglichkeiten zu alltäglichen Angeboten und Diensten, wie Geschäften, Arztpraxen oder Cafés (z. B. Mollenkopf et al. 2006).

Die Wohnqualität und damit auch die Lebensqualität älterer Menschen mit Behinderung hängt daneben stark von der Qualität des professionellen Handelns ab (Beck 2007: 343). Entscheidend sind dabei a) das Menschenbild und die Einstellung des Personals inklusive der Leitungskräfte („teilhabeorientiertes Grundverständnis“) (Dieckmann et al. 2013: 55), b) die Qualifikation des Personals, insbesondere das gerontologische Fachwissen (z. B. im Bereich erschwerter Kommunikation) sowie der Blick auf eine altersgerechte Gestaltung des Wohnumfeldes und die Förderung von Partizipation, c) die Atmosphäre und der zwischenmenschliche Umgang, d) die Fähigkeit zur Konfliktbewältigung, e) das Bewusstsein für Spannungsfelder und Asymmetrien sowie f) eine strikte Subjektorientierung sowie Anerkennungsfähigkeit (Beck 2007: 343).

Heilpädagogische Fachkräfte sind für Menschen mit Behinderung zugleich Ansprechpartner\*innen, Moderator\*innen und Berater\*innen für die persönliche Lebens- und Hilfeplanung (Dieckmann 2009: 56). Gerade bei längerfristig institutionalisierten Menschen sind deren eingeschränkte Möglichkeiten, selbständig zu wählen, zu kontrollieren oder zu gestalten zu bedenken. Diese Menschen bedürfen besonderer Motivation und Hilfestellung (Beck 2007: 344 f.). Bei der Begleitung älterer Menschen mit Behinderung mit hohem und zeitaufwendigeren Unterstützungsbedarf im ambulant unterstützten Wohnen müssen Professionelle in der Lage sein, Verantwortung für die Gesamtorganisation der Unterstützung zu übernehmen und die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteur\*innen (Kommune, Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe, freiwillig Helfende, Klient\*innen) zu moderieren (Dieckmann et al. 2013: 53, Greving/Ondracek 2009a: 226).

Die Forderung nach mehr Teilhabe und sozialer Inklusion (Kapitel 2.3.1) verlangt „recht intensive Umstrukturierungsprozesse“ (Greving/Ondracek 2009a: 222 f.) innerhalb der Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe. Dies erfordert wiederum ein Umdenken von den Fachkräften, eine Anpassung ihres didaktisch-methodischen Handelns und ihrer Arbeitshaltung.

„Die Leitidee der Selbstbestimmung bzw. der Teilhabe an allen Prozessen des täglichen Vollzugs bzw. des Lebens muss somit Eingang finden in das planerische, pragmatische und evaluative Geschehen einer professionellen Didaktik und Methodik der Heilpädagogik“ (Greving/Ondracek 2009a: 221).

- Alltagsgestaltung

Die Alltagsgestaltung älterer Menschen mit Behinderung umfasst die Regeneration (Schlafen, Ausruhen, körperliches und geistiges Training), die Selbstpflege, die Selbstversorgung (Haushaltsführung) sowie die Gestaltung freier Zeit (Dieckmann et al. 2013: 57). Dabei haben heilpädagogische Fachkräfte nach Bigby (2004: 149) die Aufgabe,

- Wahlmöglichkeiten für die individuelle Planung und Gestaltung des Alltags bereitzustellen,
- soziale Netzwerke aufrechtzuerhalten und zu stärken,
- die Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten zu unterstützen,
- Kompetenzen zu erhalten,
- Gelegenheiten zu schaffen, in denen sich die Menschen wahrnehmen und ausdrücken können und
- die Gesundheit sowie einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu fördern.

Teilhabeorientierte Alltagsgestaltung bedeutet, Angebote hinsichtlich der Aktivitäten, Formen (Einzelbegleitung, Gruppenangebote), Zeitpunkte, Dauer und Orte unabhängig vom Wohnort auszudifferenzieren, um der Individualität älter werdender Menschen mit Behinderung besser gerecht zu werden (Dieckmann et al. 2013: 65). Dadurch entstehen unterschiedlich intensiv ausgeprägte Unterstützungszeiten, die je nach Bedürfnislage der Klient\*innen unterschiedlich zeitintensiv sind. Diese Ausdifferenzierung erfordert eine systematische Kooperation zwischen Angehörigen, ehrenamtlich Helfenden sowie verschiedenen Träger\*innen und Leistungserbringer\*innen in den Kommunen. Dabei sollten ältere Menschen mit Behinderung bereits in die Planung der Alltagsgestaltung miteinbezogen werden. Zudem sollten Angebote in Einrichtungen der Behindertenhilfe auch für andere Senior\*innen mit und ohne Behinderung geöffnet werden (ebd.: 65 f.).

- Freizeitgestaltung

Freizeit ist die Zeit, die frei von Zwängen und Verpflichtungen ist und über die frei bestimmt werden kann (Opaschowski 1976). Die Gestaltung der Freizeit ist ein Teil der Alltagsgestaltung. Auch für ältere Menschen mit geistiger Behinderung soll Freizeit Erholung, Entspannung und Vergnügen bedeuten. Sie sollen Freizeitaktivitäten frei wählen können, diese sollten sich an ihren Interessen orientieren (Haveman/Stöppler 2010: 166). In diesem Kontext plädiert Dieckmann (2009: 67) dafür, auf eine gemeinsame, standardisierte und verpflichtende „Bespielung“ berenteter Menschen mit Behinderung in tages-

strukturierenden Gruppenangeboten oder einrichtungswisernen Gemeinschaftsprogrammen zu verzichten. Durch diese Form der Tagesstrukturierung würde die Chance, die Lebensphase Alter nach eigenen Interessen und Wünschen frei gestalten zu können, vertan (ebd.). Eine teilhabeorientierte heilpädagogische Freizeitgestaltung müsse sich vielmehr zum Ziel setzen, die Freizeitwünsche der älteren Menschen mit Behinderung wahrzunehmen, zu respektieren und „die Spielräume für eine selbstbestimmte Freizeitgestaltung mit dem gewünschten Maß an sozialer Teilhabe und Integration“ zu erweitern (Dieckmann 2009: 65). Es gelte, jeder einzelnen Person bei der „Verwirklichung eines Lebensstils“ zu helfen, der den jeweiligen „persönlichen Vorstellungen und Ressourcen entspricht“ (ebd.).

Die heilpädagogischen Fachkräfte haben deshalb die Aufgabe, ältere Menschen mit Behinderung bei der Vermittlung inklusiver oder behinderungsspezifischer Freizeitangebote (z. B. Empowerment-Angebote) zu beraten und zu unterstützen. Sie organisieren die Unterstützung dieser Menschen durch Assistenzdienste und ehrenamtlich Helfende. Die Fachkräfte beseitigen Barrieren, die den Zugang zu inklusiven Freizeitangeboten erschweren.<sup>46</sup> Zudem sollen sie Mitarbeitende und Träger\*innen von Freizeitangeboten in den Kommunen bezüglich der Möglichkeiten einer inklusiven Öffnung von Angeboten beraten und so die Freizeitlandschaft in Gemeinwesenarbeit und Kommunalpolitik mitgestalten (Dieckmann 2009: 66).

Niehoff (2006) bringt die Aufgaben- und Rollenvielfalt der Professionellen in diesem Bereich folgendermaßen auf den Punkt: Diese sollten möglichst „Pädagogen, Organisationstalente, Animateure und Gesprächspartner“ (Dieckmann 2009: 66) sein. Sie sollten einerseits die Funktionsweise, Ziel- und Nutzergruppen der jeweiligen Institutionen und andererseits die Lebenslagen, Biografien, Bedürfnisse und Lebensentwürfe der Nutzer\*innen kennen. Fachkräfte müssen sich vernetzen und adressatenorientiert kooperieren können.

- Soziale Beziehungen und Netzwerke

Soziale Beziehungen und Netzwerke sind wesentliche Bedingungen für soziale Teilhabe. Für Menschen mit geistiger Behinderung, die vermehrt auf Unterstützung angewiesen

---

<sup>46</sup> Bei der Planung der Freizeitgestaltung sind diverse Barrieren mitzudenken, die es Menschen mit Behinderung erschweren, an Freizeitangeboten gleichberechtigt teilzunehmen. Dazu gehören individuelle Mobilitätseinschränkungen, mangelnde Barrierefreiheit auf dem Weg bzw. vor Ort, Verständigungsschwierigkeiten, limitierte finanzielle Möglichkeiten sowie soziale Vorurteile und Berührungssängste (Dieckmann 2009: 64 f.).



sind, hängen stabile Beziehungen zu anderen Menschen häufig mit der instrumentellen (z. B. Fahrdienst) und emotionalen Unterstützung (Trost, Bestärkung) zusammen. Nicht selten ist etwa die Möglichkeit, im eigenen Haushalt wohnen zu können, von intakten und verlässlichen sozialen Beziehungen abhängig. Die Beziehungen zu Angehörigen und zu Personen außerhalb der Institution stellen Verbindungen zur Außenwelt dar, durch die die soziale Integration gefördert wird (Haveman/Stöppler 2010: 153 ff.).

Gerade in Wohnheimen lebende Menschen mit Behinderung können in der Regel nur auf ein kleines, oftmals fragiles Netzwerk zurückgreifen (Kapitel 2.2). Oftmals fehlen verlässliche (informelle) Unterstützer\*innen, dementsprechend hoch ist die Gefahr von Isolation und Einsamkeit. Daher haben Fachkräfte die Aufgabe, diese Menschen zu befähigen, ihre Beziehungen selbst zu gestalten bzw. Räume für die Beziehungsgestaltung zu schaffen (Beck 2007: 344). Auch Beziehungen im weiteren Wohnumfeld sind im Hinblick auf die gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen (ebd.). Im Falle des Verlustes einer zentralen Vertrauensperson (z. B. dem Tod eines Familienangehörigen) oder beim Abbruch von Beziehungen (z. B. durch Umzug) müssen alternative Personen aus dem informellen Netzwerk gewonnen werden oder Maßnahmen getroffen werden, damit die alte Beziehung dennoch aufrechterhalten werden kann. Bei Kommunikationsproblemen, Auseinandersetzungen und Konflikten haben Fachkräfte die Aufgabe, zu übersetzen und zu vermitteln (Dieckmann et al. 2013: 76 f.).

- Bildung

Das Menschenrecht auf Bildung gilt auch für ältere Menschen mit Behinderung (vgl. Dieckmann et al. 2013: 40, Hoffmann/Theunissen 2006: 417). Die Erwachsenen- und Altenbildung hat daher auch die Aufgabe, diese Menschen auf den Alterungsprozess sowie auf den Lebensabschnitt Alter vorzubereiten. Damit sind u. a. die folgenden Themen verbunden:

- Information über den Alterungsprozess (Veränderungen, Verluste und Chancen im Alter),
- Vorbereitung auf die Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben (z. B. Übergang in den Ruhestand, Erlernen neuer Rollen, Auseinandersetzung mit Verlustereignissen oder Sterben),
- Unterstützung bei der Planung der eigenen Zukunft sowie der Entwicklung eines eigenen Lebensstils,
- Aufbau eines Freund\*innenkreises bzw. tragfähiger Beziehungen,

- Vermittlung gesundheitsförderlichen Verhaltens (Theunissen 2002: 66).

Eine zentrale Bedeutung haben Bildungsangebote, die ältere Menschen mit Behinderung befähigen, den Übergang von der Erwerbstätigkeit zur Nacherwerbsphase zu bewältigen (Dieckmann et al. 2013: 44). Ein Beispiel hierfür ist das Konzept des „Unterstützten Ruhestandes“ (Mair/Hollander 2006). Dabei begleitet ein\*e Coach\*in angehende Rentner\*innen bereits in der Übergangsphase, um auf der Grundlage eines ausführlichen Assessments gemeinsam realistische Ziele und Handlungsschritte für die Nacherwerbsphase zu entwickeln und diese mithilfe von Begleitenden umzusetzen.

Die Fachkräfte stehen vor der großen fachlichen Herausforderung, ältere Menschen mit Behinderung bezüglich Bildungsangeboten zu beraten, ihre Lern- und Bildungswünsche zu eruieren, entsprechende Angebote zu entwickeln, diese zu organisieren (ggf. mit anderen Träger\*innen wie Volkshochschulen oder Sportvereinen) und diese schließlich umzusetzen (Dieckmann 2009: 70 f., Dieckmann et al. 2013: 40). Die Gestaltung solcher Bildungsangebote sollte sich an den Prinzipien der Freiwilligkeit, Wahlmöglichkeit, Teilnehmer\*innenorientierung, Lebensnähe und Selbstbestimmung orientieren (Hoffmann/Theunissen 2006: 419 f.). Dabei sollten Fachkräfte den Anspruch auf Bildung von älteren Menschen mit Behinderung nicht grundsätzlich infrage stellen,<sup>47</sup> auch wenn in Einzelfällen Bildungserfolge erst spät oder gar nicht erkennbar sind (Dieckmann et al. 2013: 41). Die Lern- und Bildungsfähigkeit älterer Menschen mit Behinderung ist wissenschaftlich erwiesen (Lifshitz 1998). Gleiches gilt für die Tatsache, dass der Verlust von Kompetenzen durch entsprechendes Training abgemildert bzw. verhindert werden kann (Kruse/Ding-Greiner 2003: 472). Die professionelle Hilfe setzt Unterstützer\*innen voraus, die beim Eruieren und Artikulieren von Bildungsinteressen der Betroffenen sowie bei der Teilnahme an Angeboten „partnerschaftlich, konsultativ, kooperativ und wegbereitend (facilitatorisch) tätig sind“ (Hoffmann/Theunissen 2006: 420). Damit das Gelernte nicht verloren geht, sollten im Lebensalltag Möglichkeiten zur Anwendung des Gelernten geschaffen werden (ebd.). Daher sollten Lerninhalte an die Lebenswelt der Teilnehmenden anknüpfen, deren Interessen entsprechen sowie gleichzeitig „autonomie- und partizipationsfördernd“ sowie gesellschaftlich relevant sein (ebd.: 422). Angebote, die sich auf den musischen oder lebenspraktischen Bereich beschränken (z. B. Singen oder Backen), greifen nach Hoffmann und Theunissen (2006: 422) zu kurz und entsprechen nicht den

---

<sup>47</sup> Studien zeigen, dass professionell Begleitende häufig älteren Menschen mit geistiger Behinderung kaum Bildungserfolge zutrauen. Dies kann sich negativ auf die Teilhabebedingungen auswirken (Bigby 2004: 49).

Ansprüchen moderner heilpädagogischer Arbeit. Zeitgemäß sei es eher, wenn beispielsweise beim Kuchenbacken zusätzlich die Vor- und Nachteile bestimmter Ernährungsweisen oder die Möglichkeiten einer Selbstversorgung in bestimmten Wohnsettings thematisiert würden. Dies beinhalte über die reine praktische Tätigkeit hinaus Sachkompetenz und emanzipatorische Bildung (Hoffmann/Theunissen 2006: 422, Fußnote 12). Grundsätzlich, so Hoffmann und Theunissen, gelte es mit Betroffenen gemeinsam subjektiv bedeutsame und gesellschaftlich relevante Bildungsfragen oder Themen zu erschließen und diese mit Leben zu füllen, so dass jede\*r Einzelne davon profitieren könne (Hoffmann/Theunissen 2006: 422).

Am Ende der Ausführungen zu professionellem Handeln aus der Perspektive der Heilpädagogik lässt sich festhalten, dass professionelles heilpädagogisches Handeln die Entbeinträchtigung von belastenden Zuständen, Prozessen und Lebenslagen von Menschen mit Behinderung zum Ziel hat. Professionelles Handeln ist gekennzeichnet durch die Merkmale Beziehungsgestaltung, Personenzentriertheit, professionelle Mitmenschlichkeit, adäquate Verknüpfung von angewandtem (gerontologischen) Fachwissen und Verstehen der persönlichen Lebenslagen der Klientel sowie einem gelingenden Umgang mit verschiedenen Paradoxien, die in der Zusammenarbeit mit der Klientel aufkommen können.

In der professionellen Begleitung älter werdender Bewohner\*innen ist es die Aufgabe der Fachkräfte, Unterstützungsmaßnahmen zu schaffen, die es den Bewohner\*innen ermöglichen, die Lebensphase Alter – trotz altersspezifischer kritischer Lebensumstände und behinderungsbedingter eingeschränkter Handlungsspielräume – selbstbestimmt zu gestalten. Wohnen, Alltagsgestaltung, Soziale Beziehungen und Netzwerke sowie Bildung sind entsprechende Lebens- bzw. Teilhabebereiche, in denen die Fachkräfte begleitend aktiv werden können. Fach- und Leitungskräfte sind angehalten, ihr didaktisch-methodisches Handeln und ihre Arbeitshaltung im Sinne eines teilhabeorientierten Grundverständnisses an den Richtungswechsel – von der Angebotsorientierung hin zum personenzentrierten Handeln – anzupassen.

Des Weiteren gilt es, den Fähigkeiten und Bedürfnissen der älteren Zielgruppe mit fundiertem (sozial-)gerontologischen Fach- und Methodenwissen zu begegnen. Das Recht auf Teilhabe hört nicht mit dem Alter auf. Von besonderem Interesse wird daher in vorliegender Untersuchung die Frage sein, inwieweit die befragten Fachkräfte es weiterhin

als ihre Aufgabe sehen, auch die älteren Bewohner\*innen in der Ausübung ihrer Teilhabe zu unterstützen. Dazu gehört z. B. die Bewohner\*innen frühzeitig auf die Lebensphase Alter vorzubereiten, gemeinsam mit den Bewohner\*innen alternative Beschäftigungsformen zu entwickeln und deren Umsetzung durch entsprechende unterstützende Maßnahmen zu fördern.

### **3.5 Zusammenfassung**

Kapitel 3 beschäftigt sich mit der theoretischen Rahmung der vorliegenden Arbeit. Es galt, die aktuell in der Fachliteratur diskutierten Konzepte und Modelle von Behinderung, Alter(n), gutes Alter(n) sowie professionelles Handeln im heilpädagogischen Kontext vorzustellen. Damit wurde die Basis geschaffen für den Vergleich mit den erhobenen Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln. Auf Grundlage dieses Soll-Ist-Vergleiches können am Ende der Analyse wertvolle Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung z. B. von Fort- und Weiterbildungskonzepten der Fachkräfte in heilpädagogischen Einrichtungen abgeleitet werden.

Hinsichtlich der Modelle von Behinderung lässt sich folgendes festhalten: Es lassen sich eindimensionale von mehrdimensionalen Sichtweisen auf Behinderung unterscheiden. Die Eindimensionalen gelten als überholt, da diese Behinderung als ein Problem darstellen und einseitig entweder das Individuum beim medizinischen oder die Gesellschaft beim sozialen Modell verantwortlich dafür machen. Favorisiert werden derweil mehrdimensionale Modelle der Behinderung wie z. B. das der ICF, welches Behinderung als ein Phänomen versteht, das als Beeinträchtigung bei der Ausführung von Aktivitäten bzw. als Benachteiligung bei der gesellschaftlichen Teilhabe im Zusammenspiel von Person- und Umweltbedingungen entsteht. Das Menschenrechtsmodell sieht Behinderung ebenfalls mehrdimensional, bestimmt durch eine sozial konstruierte Entrechtung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen.

Auch das Alter(n) lässt sich nicht eindimensional erfassen. Es wird je nach wissenschaftlicher Perspektive unterschiedlich verstanden: Die Biologie versteht Altern als Veränderungsprozess im Zeitverlauf, der mit der fortschreitenden und irreparablen Abnahme der Anpassungsfähigkeit der Organe und des Organismus an die Umwelterfordernisse einhergeht. Die Medizin interessiert sich für die pathophysiologischen Prozesse des Alterns, die Psychologie fokussiert die altersbezogene Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit sowie die Phänomene des individuellen Alter(n)s. Die Soziologie setzt sich mit

biografischen Alterungsprozessen und der Vergesellschaftung älterer Menschen auseinander. Diese Interdisziplinarität korrespondiert mit den verschiedenen Dimensionen, auf denen Alter(n) stattfindet: Das heißt, älter werdende Menschen müssen sich nicht nur mit körperlichen und kognitiven Veränderungen arrangieren (biologisches Altern). Ebenso müssen sie mit möglichen altersbedingten Rollenwechseln (Stichwort Berentung) und Etikettierungen durch Dritte umgehen (lernen) (soziales Altern) sowie sich mit ihrem eigenen Selbstbild als älter werdender Mensch auseinandersetzen (psychisches Altern). Diese Erkenntnisse sollten zum Grundlagenwissen einer jeden Fachkraft gehören, die mit älteren Menschen zusammenarbeitet.

Altern als ein lebenslanger Prozess bietet aufgrund der zahlreichen Einflussfaktoren vielfältige Ansatzpunkte, positiv auf den Alterungsprozess einzuwirken (z. B. Wohnumfeld, soziales Eingebundensein, gesundheitsbewusster Lebensstil). Gleichzeitig verlaufen Alterungsprozesse nicht nur interindividuell, also zwischen den Menschen unterschiedlich, sondern auch innerhalb einer Person differenziert. Das heißt, dass ein körperlicher Abbau bei gleichbleibender Stärke im kognitiven Bereich möglich ist. Dieses Wissen ist wichtig für Fachkräfte, die mit älteren Menschen zusammenarbeiten, um nicht Gefahr zu laufen, den Senior\*innen mit vorgefertigten, pauschalen, sondern mit personenorientierten, individuellen Sichtweisen und Handlungskonzepten zu begegnen.

Ähnlich wie bei den Modellen und Perspektiven auf Behinderung und Alter(n) überzeugen unter den vorgestellten Konzepten des guten Alter(n)s die mehrdimensionalen Ansätze, die die Realisierung eines guten Alterns in einem gut ausbalancierten Zusammenspiel von Individuum und Gesellschaft sehen (active ageing und erfolgreiches Alter(n) für Menschen mit geistiger Behinderung). Gutes Alter(n) wird als Gemeinschaftsaufgabe von Individuum und Gesellschaft verstanden, das heißt, die Menschen sind selbst für sich und ihr Alter(n) verantwortlich, zugleich muss die Gesellschaft entsprechende förderliche Rahmenbedingungen und Strukturen zur Verfügung stellen. Bei Menschen mit geistiger Behinderung spielen neben dem eigenen Fähigkeitsprofil und einer förderlichen, barrierefreien Umgebung die Art und der Umfang der verfügbaren Unterstützungsleistungen eine entscheidende Rolle für die Realisierung von gutem Alter(n). Die Unterstützung sollte von einem Netzwerk aus professionellen sowie nicht-professionellen Helfenden personenorientiert und individualisiert geleistet werden. An dieser Stelle wird erneut die zentrale Rolle der Fachkräfte in heilpädagogischen Einrichtungen deutlich, deren Aufgabe es ist, positiv fördernd auf die oben aufgeführten Faktoren eines guten Alter(n)s für Menschen mit geistiger Behinderung einzuwirken.

Gerade mit Blick auf die Menschen mit geistiger Behinderung ist bei der Verwendung des Begriffs *erfolgreiches* Alter(n) auch Vorsicht geboten. Durch die Unterscheidung zwischen vermeintlich erfolgreichem und nicht erfolgreichem Alter(n) kann eine doppelte Entwertung von Menschen, die eine lebenslange Behinderung haben und alt sind, einhergehen (Bigby 2004). Die Autorin der vorliegenden Arbeit ist der Meinung, dass keine (sozial erwünschten und leistungsorientierten) Zielperspektiven für ein gutes Alter(n) von Dritten vorgegeben werden sollten. Vielmehr sollten die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der älteren Menschen mit Behinderung für ein gutes Altern im Fokus stehen sowie entsprechende Ressourcen und Rahmenbedingungen zur Verfügung gestellt werden, damit diese ihre Vorstellungen eines guten Alter(n)s auch realisiert werden können.

Professionelles heilpädagogisches Handeln bedeutet die Entbeeinträchtigung belastender Zustände, Prozesse und Lebenslagen von Menschen mit Behinderung. In der professionellen Begleitung älter werdender Bewohner\*innen ist es die Aufgabe der Fachkräfte, Unterstützungsmaßnahmen zu schaffen, die es den Bewohner\*innen ermöglichen, die Lebensphase Alter - trotz altersspezifischer kritischer Lebensumstände und behinderungsbedingter eingeschränkter Handlungsspielräume – selbstbestimmt zu gestalten. Wohnen, Alltagsgestaltung, Soziale Beziehungen und Netzwerke sowie Bildung sind entsprechende Lebens- bzw. Teilhabebereiche, in denen die Fachkräfte in der Begleitung (älterer) Menschen mit geistiger Behinderung aktiv werden. Fach- und Leitungskräfte sind gefordert, ihr didaktisch-methodisches Handeln und ihre Arbeitshaltung im Sinne eines teilhabeorientierten Grundverständnisses an den Richtungswechsel von der Angebotsorientierung hin zum personenzentrierten Handeln anzupassen, den Fähigkeiten und Bedürfnissen der älteren Zielgruppe ist mit fundiertem (sozial-)gerontologischen Fach- und Methodenwissen zu begegnen.

Eine der entscheidenden Aussagen in vorliegender Untersuchung wird die Beantwortung der Frage sein, inwieweit die Fachkräfte Behinderung und Alter(n) eindimensional als ein gegebenes Defizit, und die Behebung der behinderungs- und altersbedingten Beeinträchtigungen allein in der Verantwortung der Individuen selbst sehen. Oder sehen und verstehen die Fachkräfte Behinderung und Alter(n) jeweils in ihrer Mehrdimensionalität und Komplexität, mit ihren Gewinnen und Verlusten? Begegnen sie ihnen entsprechend mit individuellen, ausdifferenzierten Sichtweisen und Handlungsperspektiven?

Fachkräfte bestimmen mit ihrem professionellen Tun die Gestaltungsmöglichkeiten der Bewohner\*innen. Nehmen sich die befragten Fachkräfte als Mitgestaltende der Lebenssituation der (älter werdenden) Bewohner\*innen wahr, sehen sie es als ihre Aufgabe an, Möglichkeiten zu schaffen, die individuellen Ressourcen der Bewohner\*innen zu stärken und Umweltfaktoren an deren Bedürfnisse anzupassen? Es stellt sich ferner die Frage, welche Vorstellungen die Fachkräfte in vorliegender Untersuchung vom guten Alter(n) der Bewohner\*innen haben und welcher Rolle sie sich bei der Realisierung dieser Wünsche beimessen.

Nachdem die theoretische Rahmung vorliegender Arbeit präsentiert wurde, werden im nächsten Kapitel empirische Befunde zu Einstellungen gegenüber Behinderung, Altersbilder sowie Altersbilder in Einrichtungen der Behindertenhilfe präsentiert.

## 4 Forschungsstand

### Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n)

Kapitel 4 befasst sich mit dem Stand der Forschung zu Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n). Zuerst werden die empirischen Befunde zu Einstellungen gegenüber Behinderung (Kapitel 4.1) und zu Altersbildern allgemein sowie im Berufskontext (Kapitel 4.2) dargestellt. Im Vordergrund stehen dabei die Bestimmungsgründe für Einstellungen und Altersbilder, sowie deren Auswirkungen insbesondere auf Fachkräfte bzw. Studierende aus dem sozialen und medizinischen Bereich. Kapitel 4.3 beschäftigt sich mit den wenig vorhandenen Studien zu Altersbildern von Fachkräften in Einrichtungen der Behindertenhilfe, woraus wichtige Erkenntnisse für die eigene empirische Untersuchung abgeleitet werden (Kapitel 4.4).

### 4.1 Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung

Zu Beginn wird das Konzept *Einstellung* skizziert. Daran schließen sich Ausführungen an über empirische Befunde zu den Faktoren, die auf Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung einwirken können.

*Einstellung* ist ein Begriff für

„relativ stabile, durch Sozialisation geprägte Systeme von Gefühlen, Wahrnehmungen und Vorstellungen eines Menschen gegenüber anderen Menschen, Ideen, Gegenständen, Situationen. Einstellungen sind selektiv und wirken sich in der Wahrnehmung, der Bewertung und dem eigenen Verhalten in einer Situation aus (Dupuis/Kerkhoff 1992: 154).

Unter den verschiedenen Erklärungsansätzen für Einstellungen, die in der Sozialpsychologie bzw. in der Soziologie diskutiert werden, hat sich die mehrdimensionale Drei-Komponenten-Theorie etabliert. Danach finden Einstellungen ihren Ausdruck gegenüber einem Einstellungsobjekt in einer kognitiven Komponente (Vorstellungen und Überzeugungen), in einer affektiven Komponente (Gefühle, subjektive Bewertungen) sowie in einer konativen Komponente (Verhalten, Handeln) aus (Cloerkes 2007: 104, Tröster 1990: 57). Bei Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung ist die affektive Komponente „als Kern einer sozialen Einstellung“ (Cloerkes 2007: 104) als die bedeutendste Komponente anzusehen.

Die Komponenten sind gegenseitig voneinander abhängig. Positive bzw. negative Gefühle orientieren sich an vergleichbaren Überzeugungen und können verhaltenssteuernd wirken. Jedoch sind Einstellungen nicht automatisch mit entsprechenden Handlungen



verknüpft (Cloerkes 2007: 112 f.). Einstellung lassen lediglich gewisse Rückschlüsse auf das tatsächliche Verhalten zu. Bei einer Untersuchung von Einstellungen sollte daher immer auch die Komponente des Verhaltens miterfasst werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass verbalisierte Einstellungen aufgrund der sozialen Erwünschtheit, also der allgemeinen Tendenz, sich in sozial erwünschter Weise zu präsentieren, häufig positiver ausfallen. Allerdings kann auch das Verhalten z. B. gegenüber Menschen mit Behinderung in der Öffentlichkeit aufgrund der sozialen Erwünschtheit deutlich vorbildlicher sein, als es der individuellen Einstellung entsprechen würde (Cloerkes 2007: 112 f.).

Einstellungen entstehen im Verlauf der eigenen Lebensgeschichte und werden durch eigene Erfahrungen erlernt (Roth 1967: 41).

Eine spezielle Variante von Einstellungen sind *Vorurteile*. Dabei handelt es sich um starre, negative Einstellungen mit einem affektiven Bezug gegenüber einem Objekt (Wentura/Rothermund 2005: 627). Ein Sonderfall des Vorurteils ist wiederum das *Stigma*. Darunter werden „zutiefst diskreditierend[e]“ (Goffman 1975: 11) Eigenschaften verstanden, die einer Person zugeschrieben werden. Diese Zuschreibungen fokussieren sich häufig auf ein vermeintliches Merkmal eines Individuums, das die gesamte Aufmerksamkeit beansprucht und eine Abwendung von der stigmatisierten Person bewirkt. Auch eine Behinderung kann ein solches Stigma sein. Das gilt vor allem für Behinderungen, die im Alltagshandeln als visuell (ver-)störend angesehen werden. Entscheidend bei der Stigmatisierung ist nicht das Merkmal an sich, sondern dessen negative, eben stigmatisierende Wahrnehmung bzw. Definition durch andere (Hohmeier 1975: 7). Zu den Einstellungen zählen ebenfalls *Stereotype*. Diese unterscheiden sich von Vorurteilen und von Stigmata dadurch, dass sie komplexer sind. Sie weisen eine kognitive Struktur auf und können sowohl positiv wie auch negativ ausgerichtet sein können (z. B. die deutsche Pünktlichkeit oder die rheinische Frohnatur) (Filipp/Mayer 1999).

In einer Zusammenfassung von Forschungsergebnissen zu Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung resümiert Cloerkes (2007: 104 ff.), dass weder Hinweise auf eine besonders ausgeprägte Behindertenfeindlichkeit noch auf eine besonders gewachsene Behindertenfreundlichkeit erkennbar wären. „Ambivalenz“ scheint in diesen Studien das vorherrschende Merkmal der Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung zu sein. Darüber hinaus hält Cloerkes fest, dass es neben der Art der Behinderung selbst „kaum *eindeutige* Bestimmungsgründe“ (2007: 106, Hervorhebung im Original)

für diese Einstellungen gäbe. Daraus ließe sich eine „bemerkenswert starre und sehr grundlegende Haltung“ (ebd.) gegenüber Menschen mit Behinderung ableiten.

Die Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung hängt Cloerkes zufolge vor allem davon ab, wie sichtbar die Behinderung ist sowie wie stark die Beeinträchtigung von Funktionsleistungen wie Mobilität, Sprache, Kognition etc. ist, die in der Gesellschaft als Norm angesehen werden (Cloerkes 1985: 167 ff.). Insgesamt würden psychische und kognitive Beeinträchtigungen stärker negativ wahrgenommen als körperliche. Die tatsächliche Schwere der Beeinträchtigung sei für die Einstellung weniger relevant. Auch der Einfluss sozioökonomischer bzw. demografischer Merkmale scheint relativ gering zu sein. Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit Behinderung eher von Frauen als von Männern akzeptiert werden sowie eher von jüngeren als von älteren Personen (Olsen 2002: 14). Unterschiede bezüglich sozialen Merkmalen wie Bildungsgrad, Wissen über Menschen mit Behinderung oder Schichtzugehörigkeit gibt es keine eindeutigen Befunde. Fest steht jedoch, dass ein höherer Bildungsgrad sowie ausgeprägtes Wissen über Menschen mit Behinderung nicht automatisch zu einer positiveren Einstellung gegenüber dieser Bevölkerungsgruppe führen. Der Beruf, die ethnische Herkunft sowie Wohnort und Familienstand scheinen ebenfalls keine Rolle bei den Einstellungen zu spielen (Cloerkes 2007: 105).

Ein wichtiger Faktor für die Einstellungen kann der persönliche Kontakt zu Menschen mit Behinderung sein. Allerdings lässt sich nicht voraussetzen, dass dieser automatisch zu einer positiveren Einstellung führt – er kann sogar negative Einstellungen verstärken (Cloerkes 2007: 145 ff.), etwa wenn der Kontakt vor allem zufälliger und oberflächlicher Art ist. Dadurch würde Wolf zufolge der Eindruck der Andersartigkeit noch verstärkt und Vorurteile verfestigt (ebd.: 146 f.). Entscheidend für einen positiven Einfluss auf die jeweilige Einstellung ist daher die *Qualität* des Kontakts. Diese wird bestimmt durch die Intensität (z. B. das langfristige Miteinander in einem gemeinsamen Lebensraum), die Emotionalität (z. B. Freude am Kontakt, positive Gefühle) und die Freiwilligkeit (z. B. die Möglichkeit eines Rückzugs). Gerade Letzteres ist bei beruflichen Kontakten kaum gegeben. Weitere Faktoren für eine positive Veränderung von Einstellungen sind eine weitgehende Statusgleichheit, die Erwartung, dass die soziale Beziehung Vorteile bringt sowie die Verfolgung eines gemeinsamen Ziels, etwa im Arbeitskontext (ebd.: 147). Untersuchungen zeigen, dass gezielte, sorgfältig strukturierte Programme durchaus zu einer effektiven Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit Behinderung führen (Pettigrew/Tropp 2000: 110).

Berufliche Kontakte mit Menschen mit Behinderung gehen nicht zwangsläufig mit positiven Einstellungen gegenüber dieser Gruppe einher: So wurden bei Sonderpädagog\*innen<sup>48</sup> neben positiven Einstellungen durchaus auch neutrale bis ablehnende Einstellungen ausgemacht (Cloerkes 2007: 149). Berufstätige Heilpädagog\*innen wiesen vergleichsweise positive Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung auf– diese waren jedoch deutlich negativer als die Einstellungen von Studierenden der Sonderpädagogik – was auf Belastungen im Berufsalltag zurückgeführt wird (Fischer 2004).

Eine explorative Studie von Schuppener (2001) untersuchte die Grundhaltung von Fachkräften gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung. Gegenstand der Untersuchung waren 30 Gruppenleiter\*innen in Werkstätten für Menschen mit Behinderung sowie 30 Sonderschullehrer\*innen. Methodisch wurde eine offene Verhaltensbeobachtung durchgeführt sowie die Selbsteinschätzungen der Proband\*innen schriftlich erhoben.<sup>49</sup> Im Ergebnis wurde eine einheitlich positive und förderliche Grundhaltung beider Berufsgruppen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung festgestellt. Vertreter\*innen beider Berufsgruppen zeigten überwiegend ein Verhalten, das sich durch Begriffe wie Achtung, Wärme, Rücksichtnahme, „vollständiges einführendes Verstehen“, Echtheit, Übereinstimmung, Aufrichtigkeit sowie durch „viele fördernde nichtdirigierende Tätigkeiten“ beschreiben lässt (ebd.: 133). Als „problematische Stile“ wurden im Fragebogen „affektive Vernachlässigung“, „Überbehütung“, „zu lenkender Erziehungsstil“, „inkonsequentes Erziehungsverhalten“ sowie „zu starkes Appellieren an Normen und Werten“ erhoben (ebd.: 135). Die Ergebnisse zeigten nur eine geringe Orientierung an diesen als problematisch definierten Erziehungsstilen.

Interessant war für Schuppener, dass sich die Einstellungen und das Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderung bei Werkstattgruppenleiter\*innen und Sonderschullehrer\*innen trotz unterschiedlicher Ausbildungen und Arbeitsanforderungen kaum unterschieden. (Schuppener 2001: 136). Schuppener formulierte dazu die Hypothese, dass die Einstellungen eher durch notwendige Intuition und persönliche sowie soziale Kompetenzen geprägt werden (ebd.: 138). Sie vermutet auch, dass pädagogische Fachkräfte bei der Arbeit mit Menschen mit Behinderung keine Unterscheidung nach Alter vornehmen. Ältere und jüngere Personen werden gleichgesehen und behandelt, so Schuppener, was sich auch im

---

<sup>48</sup> Der Bereich der Sonderpädagogik verfolgt das Ziel, durch individuelle Hilfen, Förderangebote etc. Menschen mit Förderbedarf ein entsprechendes Maß an schulischer und beruflicher Eingliederung, gesellschaftlicher Teilhabe und selbstständiger Lebensgestaltung zu ermöglichen (vgl. Werning et al. 2012).

<sup>49</sup> Bei beiden Methoden ist damit zu rechnen, dass Proband\*innen bzw. Befragte ihr Verhalten bzw. ihre Antworten nach der sozialen Erwünschtheit ausrichten.

häufig selbstverständlichen Duzen selbst älterer Menschen mit geistiger Behinderung, niederschlage (ebd.).

Kapitel 4.1 hat sich mit dem Konzept Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung befasst und ausgewählte Ergebnisse von Studien, die Bestimmungsfaktoren für diese Einstellungen untersucht haben, vorgestellt. Kapitel 4.2 führt in das Konzept Altersbilder ein und präsentiert entsprechende Studienergebnisse, insbesondere über berufsbezogene Altersbilder.

## 4.2 Altersbilder

In Vorbereitung der empirischen Untersuchung der Bilder von älteren Menschen mit Behinderung sollen im Folgenden *Altersbilder* näher beleuchtet werden. Damit sind „individuelle und gesellschaftliche Vorstellungen vom Alter (Zustand des Altseins), vom Altern (Prozess des Älterwerdens) oder von älteren Menschen (die soziale Gruppe älterer Personen)“ gemeint (Bundestag 2010: 36). Altersbilder beinhalten

„Ansichten von Gesundheit und Krankheit im Alter, Vorstellungen über Autonomie und Abhängigkeiten, Kompetenzen und Defizite, über Freiräume, Gelassenheit und Weisheit, aber auch Befürchtungen über materielle Einbußen und Gedanken über Sterben und Tod“ (BMFSFJ 2001: 64).

Altersbilder haben nicht nur einen beschreibenden Charakter, sondern auch eine definierende und normative Funktion, insbesondere was Vorstellungen über die Rechte und Pflichten älter werdender Menschen betrifft (ebd.). Sie transportieren „Normwissen, Bewertungen und emotionale Interpretationen“ (Bundestag 2010: 51).

Ähnlich wie Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung sind Altersbilder nicht dazu geeignet, die komplexe Realität in ihrer Differenziertheit zu erfassen. Vielmehr dienen ihre Generalisierungen und Verhaltensmuster einer Reduktion der Komplexität von Alltagssituationen – sie haben kurz gesagt eine „Orientierungs- und Ordnungsfunktion“ (Bundestag 2010: 50). Gleichzeitig haben diese Bilder einen erheblichen Einfluss auf die Realität. Wenn Menschen ihr Verhalten gegenüber Älteren eher nach ihren eigenen Altersbildern ausrichten, als nach den tatsächlichen Handlungen und Fähigkeiten der Senior\*innen, hat dies zur Folge, dass die Älteren ihr Verhalten an die von ihnen erlebten Erfahrungen anpassen (selbsterfüllende Prophezeiung) (Bundestag 2010: 51).

Obwohl Altersbilder als „diffuses Konzept“ (Tews 1991: 6) wissenschaftlich nicht präzise zu fassen sind, können sie empirisch erhoben werden. In der gerontologischen Forschung etwa in Form von subjektiven Theorien des Alterns oder als Altersstereotype

(Haller 2011: 209 ff.). *Subjektive Theorien* (auch Alltagstheorien genannt) sind „Kognitionen der Selbst- und Weltsicht“ (Scheele/Groebe 1988: 3). Sie stellen „ein komplexes Gefüge aus Überzeugungen und Wissens-elementen“ dar, das sich auf „den Verlauf und die Bedingungen der menschlichen Entwicklung“ bezieht (ebd.: 8). Subjektive Theorien leiten – ähnlich wie wissenschaftliche Theorien – das tägliche Handeln von Menschen. Dabei versteht sich der Mensch als Expert\*in, die ihr meist implizites Wissen aus seinen persönlichen Erfahrungen sowie aus tradiertem Wissen gewinnt (vgl. Scheele/Groebe 1988).

Auch der Prozess des Alterns wird subjektiv erlebt. Jeder Mensch hat eine mehr oder weniger klare Vorstellung davon, assoziiert bestimmte Dinge mit Alter – sei es im Allgemeinen oder bezogen auf die eigene Person (Niederfranke et al. 1999b: 27). Philipp und Mayer resümieren in einer Analyse unterschiedlicher Befragungen, dass subjektive Theorien zum Alter(n) durchaus differenziert und facettenreich sind (Filipp/Mayer 1999: 39). Alter(n) wird zum einem mit einem Mehr an Freiheiten z. B. für Freizeit und Kontaktpflege verbunden, zum anderen aber auch mit Gesundheitsproblemen, eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten und Ängsten. Auch eine Repräsentativbefragung von 45- bis 75-Jährigen in Deutschland (Kruse/Schmitt 2006) zeigt die unterschiedlichen Dimensionen auf, in denen die Befragten Alter(n) wahrnehmen. Dabei können unterschiedliche Altersbilder nebeneinander existieren, miteinander konkurrieren oder flexibel zum Einsatz kommen (vgl. Bundestag 2010).

*Altersstereotypen* stellen einen Typ von Altersbildern dar, die stark generalisieren und ausschließlich positive oder negative Aspekte des Alter(n)s in den Blick nehmen (Walter et al. 2006: 47). Die Stigmatisierung oder Diskriminierung von Menschen aufgrund ihres Alters wird zudem als *Ageism* bezeichnet (Butler 1980). Wie auch andere Stereotype (Kapitel 4.1) sind Altersstereotype durchaus komplexe kognitive Strukturen, in denen je nach Situation unterschiedliche Substereotype zum Tragen kommen (Bundestag 2010: 51, Rothermund 2009). Diese Stereotype können die Wahrnehmung und Bewertung eines Menschen deutlich beeinflussen. Sie können sowohl das eigene Verhalten gegenüber älteren Menschen als auch das Selbstbild älterer Menschen steuern. Rothermund (2005) fand in einer Längsschnittstudie heraus, dass sich eindimensionale negative Vorstellungen von Alter(n) ungünstig auf das Selbstbild und die Lebenszufriedenheit älterer Menschen auswirken, positive Altersvorstellungen dagegen zu einer Verbesserung der Selbsteinschätzung führen können (Rothermund/Wentura 2007: 559 ff.). Auch der sechste Alt-

enbericht des Deutschen Bundestags (Bundestag 2010: 63) stellt fest, dass die Altersbilder den eigenen Alterungsprozess wesentlich beeinflussen. So zeigen etwa Menschen mit einem optimistischeren Blick auf das eigene Älterwerden bessere Gedächtnisleistungen (vgl. Levy 1996), führen einen gesünderen und aktiveren Lebensstil (vgl. Wurm et al. 2007), überstehen schwere Erkrankungen leichter (vgl. Levy et al. 2006) und leben länger (vgl. Levy et al. 2002). Dabei wirken Altersbilder und auch Altersstereotype häufig subtil und beeinflussen Menschen, ohne dass es diesen auffällt (Bundestag 2010: 63). Dies belegen experimentelle Studien, bei denen Menschen nach der Priming-Technik<sup>50</sup> mit bestimmten Begriffen konfrontiert wurden. Nach dem Zeigen von Begriffen, die mit einem negativen Altersbild assoziiert werden, schnitten Proband\*innen bei kognitiven und physischen Aufgaben schlechter ab als eine Vergleichsgruppe, der positiv konnotierte Altersbegrifflichkeiten gezeigt wurden (Bundestag 2010: 63, vgl. Hausdorff et al. 1999, Levy 1996, Levy et al. 2000).

Studien belegen ebenfalls den Einfluss von Stereotypen auf das Verhalten gegenüber anderen älteren Menschen. So verhalten sich Menschen mit negativen Altersstereotypen ablehnend gegenüber Senior\*innen, benachteiligen diese oder umsorgen sie übermäßig, auch wenn es nicht erforderlich wäre (Rothermund/Wentura 2007: 557 ff.).

### **Erscheinungsformen von Altersbildern**

Altersbilder spielen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen eine Rolle. Der sechste Altenbericht des Bundestages (Bundestag 2010) unterscheidet zwischen vier Erscheinungsformen von Altersbildern, die im Folgenden vorgestellt werden:

- a) gesellschaftliche Altersbilder
- b) organisationale und institutionelle Altersbilder
- c) Altersbilder als Elemente der persönlichen Interaktion
- d) individuelle Altersbilder

*Gesellschaftliche Altersbilder* (a) sind kollektive Deutungsmuster, die in öffentlichen Diskursen zum Tragen kommen. In ihnen wird ausgehandelt, ob eher die Potenziale älterer Menschen oder deren Defizite fokussiert werden (Bundestag 2010: 36 f.). Gesellschaftliche Altersbilder fungieren als „Folie für politische Entscheidungen im Gesundheits- und Sozialbereich“ (Remmers/Walter 2012: 206). Sie können in der Politik dazu

---

<sup>50</sup> Dabei wurden den Proband\*innen auf einem Bildschirm jeweils für wenige Millisekunden ausgewählte Begriffe angezeigt (vgl. Bundestag 2010: 43).

genutzt werden, bestimmte Reformvorhaben wie etwa die Erhöhung des Renteneintrittsalters (Rente mit 67) zu forcieren. So argumentierten beispielsweise Befürworter\*innen der Rente mit 67, neben ökonomischen Interessen auch mit einem Altersbild, das Aktivität und Leistungsstärke im Alter betonte. Die Gegner\*innen der Rente mit 67 bemühten dagegen ein Altersbild, das eher Leistungsverluste in den Vordergrund stellte (Bundestag 2010: 61).

An dieser Stelle soll betont werden, dass alt gewordene Menschen mit lebenslanger geistiger Behinderung in der Gesellschaft häufig als doppelt defizitär wahrgenommen werden: Sie sind alt und sie sind behindert. Daher sind diese Menschen, so Frewer-Graumann und Schäper (2015: 172) „besonders gefährdet, nicht (mehr) als Subjekte wahrgenommen, sondern auf den Status als hilfebedürftige Objekte von Pflege reduziert zu werden“. Das Bedürfnis und die (zumindest potenzielle) Möglichkeit, sich in die Gemeinschaft einzubringen, werden diesen Menschen häufig abgesprochen. Pichler (2010: 416) weist in diesem Zusammenhang auf die gesellschaftlichen Machtverhältnisse hin, die auch die Altersbilder prägen: Die dichotome Darstellung von „alt vs. jung“ sowie „behindert vs. nicht behindert“ diene auf gesellschaftlicher Ebene der Legitimation einer ungerechten Zuteilung von Rechten und Pflichten. Dies führe zu einer „sozialpolitischen und ökonomischen Funktionalisierung der jungen Alten und zur Exklusion der alten Alten sowie der Alten mit Behinderung (Frewer-Graumann/Schäper 2015: 172).

*Organisationale* und *institutionelle Altersbilder* (b) sind Altersbilder, die institutionalisiert, also in die Strukturen sozialer Organisationen eingebettet sind und dadurch Einfluss auf das Leben von Menschen ausüben (Bundestag 2010: 37 f.). Hierzu zählen etwa gesetzlich oder normativ festgesetzte Altersgrenzen. Die Dreiteilung des Lebenslaufs in Bildungs-, Erwerbs- und Nacherwerbsphase gibt Menschen ein klares Muster vor, an dem sie sich orientieren sollen bzw. können (Kapitel 3.1). Altersbilder bestimmen häufig auch das Handeln von Organisationen und Institutionen, etwa, wenn Bildungsträger oder Einrichtungen der Behindertenhilfe Angebote für sogenannte fitte Alten machen oder Wirtschaftsunternehmen Patenprogramme für ältere Mitarbeitende einrichten. Umgekehrt formt aber das Handeln dieser Institutionen auch die Altersbilder, z. B. indem Versicherungsanstalten Altersgrenzen für Policen absenken und damit suggerieren, das Leben älterer Menschen sei mit einem größeren Risiko behaftet (vgl. Bundestag 2010: 62).

Altersbilder sind auch als *Elemente der persönlichen Interaktion* (c) erkennbar und werden in dieser Interaktion (re-)produziert (Bundestag 2010: 38). Dies ist etwa der Fall,

wenn eine Person mit älteren Menschen automatisch lauter spricht, weil sie mit Alter per se Schwerhörigkeit assoziiert. Entsprechende Altersbilder kommen auch zum Vorschein beim sogenannten *Secondary Baby Talk* (Caporael et al. 1983) – einer infantilisierenden Art des Redens mit Älteren, das zwar mitunter Vertrautheit schaffen mag, jedoch mit einer sprachlichen Anpassung an Altersstereotype wie Hilflosigkeit oder Unselbständigkeit einhergeht (Remmers/Walter 2012). Hummert et al. (1998) beobachteten, dass junge Menschen, die ein negatives Altersbild verinnerlicht hatten, deutlich herablassender mit älteren Menschen umgingen als Personen mit einem positiven Altersbild (Bundestag 2010: 62). Weitere Untersuchungen ergaben, dass Pflegekräfte in Wohneinrichtungen dazu tendieren, die Bewohner\*innen in Pflegesituationen unabhängig von deren funktionalen Fähigkeiten zu unterstützen. Versuche der Bewohner\*innen, Verrichtungen selbstständig durchzuführen, wurden von den Fachkräften ignoriert oder gar unterbunden. Ein solches Verhalten fördert den Autonomieverlust und vergrößert die Hilfebedürftigkeit von Senior\*innen (Baltes/Wahl 1992).

*Individuelle Altersbilder* (d) sind die Erfahrungen, Vorstellungen, Überzeugungen und Wissensbestände einzelner Menschen über das Alter(n) (Bundestag 2010: 38 f.). Sie sind das Ergebnis der jeweiligen persönlichen Lebensgeschichte sowie vielfältiger individueller Erfahrungen mit dem Alter(n). Dabei unterscheidet man zwischen Vorstellungen, die sich auf das eigene Alter(n) beziehen (Selbstbild) und Vorstellungen, die sich auf das Alter(n) anderer beziehen (Fremdbild) (Bundestag 2010: 55 ff.). Dabei beeinflusst das Selbstbild auch das Fremdbild. Als Alters-Selbstbild werden Vorstellungen bezeichnet, die sich auf das eigene Alter(n) oder auf die eigene Person als alter Mensch beziehen. Diese Alters-Selbstbilder haben Auswirkungen darauf, wie älter werdende Menschen etwa im Krankheitsfall gesundheitsbezogene Leistungen in Anspruch nehmen (Remmers/Walter 2012: 206 f.). Individuelle Altersbilder werden bereits in jungen Jahren geprägt – und zwar von gesellschaftlichen Altersbildern einerseits und von den eigenen Erfahrungen mit älteren Menschen andererseits (Bundestag 2010: 55 f.). Mehrere Untersuchungen zeigen den Einfluss individueller Altersbilder auf die Gesundheit sowie die Lebensdauer älterer Menschen sowie auf die Handlungsspielräume und Rollen, die Älteren zugeschrieben werden (Westerhof et al. 2014).

Alters-Fremdbilder spielen eine entscheidende Rolle bei der Wahrnehmung und Bewertung älter werdender Menschen sowie ihrer Ressourcen, Kompetenzen und Bedürfnisse.



Sie bestimmen maßgeblich, wie sich Fachkräfte im sozialen und gesundheitlichen Bereich gegenüber Bewohner\*innen und Patient\*innen verhalten und welche Handlungsmöglichkeiten sie den Älteren einräumen (vgl. Remmers/Walter 2012).

Empirische Daten über individuelle Altersbilder liefert unter anderem der Deutsche Alterssurvey (DEAS), der seit 1996 die Lebenssituation von Menschen in der zweiten Lebenshälfte in Deutschland erfasst. Die Altersbilder der im DEAS befragten 40- bis 85-Jährigen sind multidimensional und multidirektional. Sie zeigen sowohl positive Aspekte des Alter(n)s als auch negative – und dies durchaus gleichzeitig. Es gibt also nicht nur ein Altersbild, sondern mehrere unterschiedliche (Beyer et al. 2017). Altersbilder fallen auch je nach Bevölkerungsgruppe unterschiedlich aus. Ältere Menschen, die bereits eigene verlustreiche Erfahrungen mit dem Älterwerden gemacht haben, weisen deutlich negativere Bilder auf, als junge Menschen: 60 % der 40- bis 54-Jährigen verbinden mit dem Alter(n) Verluste, 80 % hingegen Gewinne. Bei den 70- bis 85-Jährigen sind es hingegen 70 % gegenüber 59 %. Zudem gibt es Hinweise, dass Menschen aus bildungsärmeren Schichten mit häufig eingeschränkten Handlungsspielräumen, die Chancen des Alter(n)s zu nutzen und Risiken auszugleichen, eher zu negativeren Altersbildern tendieren (Beyer et al. 2017). Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten bisher nicht festgestellt werden (Wurm/Huxhold 2012). Im Zeitverlauf hat der Anteil positiv konnotierter Altersbilder seit 1996 stetig zugenommen und sich auf einem hohen positiven Niveau stabilisiert. Es scheint, als näherten sich die Altersbilder in unterschiedlichen Altersgruppen im Zeitverlauf einander an (Beyer et al. 2017).

### **Berufsbezogene Altersbilder**

Neben der Familie und der Schule hat der Beruf einen entscheidenden Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung und damit auch auf Einstellungen und Erwartungen eines Individuums. Im Verlauf eines Berufslebens entwickelt sich ein bestimmtes Rollenverständnis und berufsspezifische Verhaltensweisen werden verinnerlicht (Remmers/Renneke 2012: 255). Zu diesen Einstellungen und Rollenverständnissen gehören auch Altersbilder.

Zu den Altersbildern medizinischen bzw. pflegerischen Personals im deutschsprachigen Raum liegen zahlreiche empirische Untersuchungen vor. Metastudien (Rem-

mers/Renneke 2012, Walter et al. 2006) zeigen, dass diese Untersuchungen in ihren Methoden<sup>51</sup> und Ergebnissen sehr heterogen sind, so dass sich kein eindeutig negatives, neutrales oder positives Altersbild konstatieren lässt. Vielmehr existieren oftmals unterschiedliche Facetten von Altersbildern nebeneinander. In den Studien wurden verschiedene Faktoren identifiziert, die die Einstellungen von Ärzt\*innen und Pflegekräften gegenüber älteren Menschen beeinflussen – sowohl in der Ausbildung als auch in der Praxis. Neben der fachlichen Qualifizierung spielen das vorhandene Alterswissen, die Berufserfahrung, die Arbeitsbedingungen, die Interaktionssituationen, eigene Ideologien sowie favorisierte Pflegemodelle eine entscheidende Rolle.

Viele Untersuchungen erheben Altersbilder anhand strukturierter Fragebögen. Dieses Instrument lässt allerdings teilweise nur dichotomisierte Antworten zu. So lassen sich zwar Einstellungen zu vorgegebenen Items messen, neue inhaltliche Aspekte oder beeinflussende Rahmenbedingungen können jedoch ebenso wenig erfasst werden, wie der persönliche Stellenwert den die Einstellung für eine Person besitzt. Diese Daten können nur mit anderen Instrumenten (Kruse/Schmitt 2006) bzw. durch qualitative Studien erhoben werden.

Reichert (1993) zeigte in ihrer Dissertation, dass die berufliche Sozialisation einen starken Einfluss auf die Art und Häufigkeit des Hilfeverhaltens professioneller Helfender gegenüber älteren Menschen hat. Vom beobachteten Hilfeverhalten lässt sich auf das zugrundeliegende Altersbild der Helfenden schließen – ein Hilfsangebot setzt die Erwartung voraus, dass das Gegenüber überhaupt Hilfe benötigt. Reichert stellte fest, dass die Kombination aus einem Selbstbild als Helfende und negativen Altersstereotypen durchaus dazu führen kann, dass Kompetenzen und Potenziale von Älteren ignoriert werden und Bewohner\*innen oder Patient\*innen unnötiger Weise überversorgt werden (Reichert 1993: 52). Altersbilder spielen auch eine Rolle im beruflichen Selbstverständnis von Professionellen, die beruflich mit älter werdenden Menschen zu tun haben. Sie prägen die Wahrnehmung von Einschränkungen, Kompetenzen, Ressourcen und Bedürfnisse der älteren Klient\*innen und sind daher handlungsleitend für den Umgang mit diesen. In der Kombination mit negativen Selbstbildern werden so Möglichkeiten der Förderung oder der Aktivierung unter Umständen ignoriert (Remmers/Walter 2012: 208).

---

<sup>51</sup> Ausgehend von einem in der Gesellschaft verbreiteten, überwiegend negativen Altersbild wurden in den 1970er und 80er Jahren vor allem Statements abgefragt, die entsprechende Stereotypen abbilden. Dadurch wurden negative Altersstereotype zementiert. Mit der Ausdifferenzierung der gesellschaftlichen Altersbilder wurden zunehmend auch komplexere Altersbilder erhoben.

Schmitz-Scherzer et al. (Schmitz-Scherzer et al. 1978) fanden in einer standardisierten Befragung von 147 Mitarbeitenden aus 20 verschiedenen Alten- und Pflegeheimen sowie Altenwohnbereichen heraus, dass sich auch eine unbefriedigende Arbeitssituation negativ auf die Altersbilder auswirkt. So fanden sich negative Stereotype (z. B. die Vorstellung, Alter sei geprägt von Interessenlosigkeit und Inaktivität) überwiegend bei Mitarbeitenden in Alten- und Pflegeheimen, die die direkt mit der Pflege älterer Menschen betraut waren und oftmals überfordert waren. Insgesamt äußerten sich Fachkräfte mit einer besonders hohen Arbeitsbelastung negativer über ältere Bewohner\*innen. Die Mitarbeitenden aus dem Altenwohnbereich, die mit ihren Arbeitsbedingungen zufriedener waren, beschrieben Senior\*innen im Gegensatz dazu positiver und als aktiver (Schmitz-Scherzer et al. 1978: 59, 61). Die Forscher\*innen schlussfolgerten, dass eine mangelnde fachliche Ausbildung zu Fehleinschätzungen der Befragten bezüglich der Bedürfnisse und Kompetenzen älterer Menschen führe und stereotype (negative) Einstellungen gegenüber älteren Bewohner\*innen fördere.

Dunkel (1994) untersuchte verschiedene Formen der praktischen und sinnhaften Integration von Beruf und Familie sowie die persönlichen Ansprüche von Fachkräften in der beruflichen Altenpflege. Er befragte 20 Pflegefachkräfte aus verschiedenen Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege mithilfe leitfadengestützter Interviews u. a. unter anderem zu ihrer Berufstätigkeit, zu ihren Altersbildern und zu den Beziehungsformen zwischen Pflegekräften und älteren Menschen. Dunkel fand heraus, dass bei den Mitarbeitenden das Ziel einer „Satt- und-Sauber-Pflege“ Vorrang hatte gegenüber dem Bemühen um eine soziale Betreuung der älteren Bewohner\*innen bzw. Patient\*innen. Insgesamt war die Arbeit geprägt von routinierten, zeitlich strikt vorgegebenen Arbeitsabläufen. Eine Nichteinhaltung dieser Routinen sowie die von vielen Fachkräften erlebte Diskrepanz zwischen ihrem eigenen Qualitätsanspruch und der aufgrund der restriktiven Vorgaben begrenzten Qualität der Arbeit verursachte bei den Pflegekräften vielfach emotionalen Stress (ebd.: 135). Dunkel (1994: 149 ff.) zufolge sind die Beziehungen zwischen Mitarbeitenden und Bewohner\*innen strukturell asymmetrisch, von den Altersbildern überformt und auf persönlicher wie institutioneller Ebene stark ideologisch geprägt. Das Beziehungsverhalten der Fachkräfte wird geprägt von den Pflegekonzepten der jeweiligen Einrichtung sowie von den Mitarbeiterideologien.

Dunkel (1994: 150 f.) identifizierte zwei Dimensionen der Beziehungsgestaltung zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen: die Form der Beziehung – die vom Altersbild der jeweiligen Pflegekraft abhängt (symmetrisch oder asymmetrisch) – sowie die Nähe

zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem (Nähe oder Distanz). Hat die Pflegekraft ein defizitorientiertes Altersbild, so entwickelt sich eine asymmetrische Beziehung zwischen ihr und dem hilfebedürftigen alten Menschen. Richtet die Fachkraft ihr zwischenmenschliches Handeln hingegen nach dem Prinzip der Gleichstellung aus, so favorisiert sie eine symmetrische Beziehung. Bezüglich des Pflegekonzeptes ist die Nähe zu den alten Menschen abhängig davon, ob nach einem medizinisch-pflegerischen Modell gearbeitet wird, bei dem die körperliche Versorgung im Vordergrund steht oder nach einem sozialpflegerischen Modell, bei dem es auch um psychische und soziale Bedürfnisse geht. Anhand dieser beiden Dimensionen rekonstruierte Dunkel vier Beziehungsformen, die mit vier unterschiedlichen Altersbildern einhergehen. Diese überlagern sich durchaus und können zu Ambivalenzen bei Mitarbeitenden führen (ebd.: 151 ff.): In diesen vier Beziehungsformen verstehen die Fachkräfte ältere, hilfsbedürftige Menschen als Problembündel (a), als hilfebedürftige Person (b), als normales Individuum (c) oder als wunderbares Wesen (d):

- a) In der asymmetrisch-distanzierten Beziehung werden alte Menschen als „Problembündel“ betrachtet: Die Fachkräfte vermeiden eine persönliche Beziehung zu den Bewohner\*innen, um bei anderen Bewohner\*innen keinen Neid aufkommen zu lassen. Aufgaben werden sachgerecht durchgeführt. Bewohner\*innen werden nicht als Persönlichkeit, sondern als Quelle (potenzieller) Probleme angesehen, die die Fachkräfte zu lösen haben, wie Schmutz oder ein unsachgerechter Umgang mit Dingen. Oftmals lassen enge Zeitpläne und die hohe Anzahl an zu versorgenden Menschen keinen Aufbau persönlicher Beziehungen zu (ebd.: 151 f.).
- b) In der asymmetrisch-persönlichen Beziehung werden alte Menschen als hilfebedürftige, abhängige Personen wahrgenommen: Sie werden wie unselbständige Kinder betrachtet, die für ihre Handlungen nur bedingt selbst verantwortlich gemacht werden können. Diese Sichtweise entspricht dem Helfer\*innenideal der Pflegekräfte, die die Pflegebedürftigen über deren Defizite definieren und ihre eigene Aufgabe darin sehen, ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen um alles daran zu setzen, der hilfebedürftigen Person zu helfen (ebd.: 152 ff.).
- c) In der symmetrisch-distanzierten Beziehung werden alte Menschen wie normale Individuen behandelt: Alte Menschen werden ganzheitlich als mündige Personen, mit positiven und negativen Eigenschaften wahrgenommen – und auf diese Weise auch ernst genommen. Dies erzeugt zusätzliche Belastungen bei der Pflegearbeit.

Um sich vor den Emotionen der alten Menschen zu schützen, nehmen die Fachkräfte eine distanzierte Haltung gegenüber den Bewohner\*innen ein (ebd.: 154 f.).

- d) In der symmetrisch-persönlichen Beziehung werden alte Menschen als wunderbare Wesen betrachtet: Altern wird hier als ein Prozess beständigen Wachsens verstanden. Die Pflegekräfte sehen es als ihre Aufgabe an, diesen Wachstumsprozess durch den Aufbau intensiver persönlicher Beziehungen zu unterstützen und daran zu partizipieren. Der Anspruch, den die Fachkräfte an die Qualität der weit über die körperliche Grundversorgung hinausgehende Pflege stellen, ist hoch (ebd.: 155).

Selbst wenn Fachkräfte eine symmetrische Beziehung als positiv besetzte Norm anstreben, ist denkbar, dass sich dieses Pflegekonzept nicht ohne weiteres umsetzen lässt – z. B. in einer Wohngruppe mit ausschließlich schwerstpflegebedürftigen Bewohner\*innen. In der Folge müssen die Fachkräfte die Ambivalenz zwischen ihrem Anspruch einer symmetrischen Beziehung und der faktisch bestehenden Asymmetrie aushalten (Dunkel 1994: 155 f.).

Walter et al. (2006) untersuchten mithilfe episodischer Interviews subjektive Gesundheits- und Alterskonzepte von 32 Hausärzt\*innen und 32 Pflegekräften im ambulanten Bereich. Sie fragten nach den vorherrschenden Konzepten in Bezug auf Ältere und Hochbetagte bei beiden Berufsgruppen. Die Mehrheit der Ärzt\*innen und Pflegekräfte zeigte ein differenziertes Altersbild, das sowohl positive als auch negative Aspekte umfasste und unterschiedliche Dimensionen des Alter(n)s berücksichtigte. Allerdings fiel es Angehörigen beider Berufsgruppen schwer, Alter(n) zu definieren (ebd.: 87 ff.). Die Altersbilder – egal ob negativen oder positiv – bezogen sich fast ausschließlich auf Hochbetagte. Geistig fitte Hochaltrige wurden von den Professionellen nicht für alt gehalten (ebd.: 91). Des Weiteren resümierten Walter et al., dass sich die Altersvorstellungen in beiden Berufsgruppen im Laufe der Berufstätigkeit verändert hatten (ebd.: 105 ff.). Sowohl ausschließlich positive als auch einseitig negative Altersbilder relativierten sich und differenzierten sich aus (ebd.: 108). Inwieweit sich die Berufserfahrung positiv oder negativ auf die jeweiligen Altersbilder auswirkte, ließ sich jedoch nicht eindeutig sagen. Interessant ist zudem, dass eine ausführliche Auseinandersetzung der Fachkräfte mit dem eigenen Alter(n) häufig erst im Zuge der Berufstätigkeit stattgefunden hatte.

Remmers und Renneke (2012) befragten in einer standardisierten Befragung 969 Studierende pflegbezogener Studiengänge zu ihren Altersbildern. Die meisten Befragten hatten bereits zuvor eine pflegerische Ausbildung absolviert, zwei Drittel von ihnen hatten vor dem Studium in der Altenpflege gearbeitet. Ebenso wie in der Studie von Walter et al. (2006) wurden differenzierte Altersbilder festgestellt. Allerdings war eine deutliche Tendenz zu einem positiven Altersbild erkennbar. Die Befragten verfügten über ein positives Selbstbild, eine hohe Erwartungshaltung im Hinblick auf die eigene Zukunft und das eigene Alter(n). Sie zeigten sich zuversichtlich, zukünftige Anforderungen bewältigen zu können und wiesen ein starkes Selbstwertgefühl auf (Remmers/Renneke 2012: 271 f.). Insgesamt verbanden sie Alter(n) mit einem Gewinn an Persönlichkeit. Nur in geringem Maße wurde Alter mit sozialen Verlusten assoziiert, jedoch in hohem Maße mit körperlichen Einschränkungen (ebd.: 272 f.).

Das positive Selbstbild der Befragten nahm mit der Dauer des Studiums sowie mit einem höheren Lebensalter zu. Dies könnte jedoch auch mit der generellen Persönlichkeitsentwicklung im Verlauf eines Studiums zusammenhängen (ebd.: 282). Auch die Kompetenzen älterer Menschen wurden mit zunehmender Studiendauer und zunehmendem Lebensalter vermehrt wahrgenommen. Daneben zeigte sich bei den Befragten der positive Einfluss beruflicher und privater Erfahrungen mit alten Menschen auf die Wahrnehmung von Kompetenzen und Gewinnen von Senior\*innen. Ein häufiger privater Kontakt mit alten Menschen schien sich positiv auf den Wunsch auszuwirken, nach dem Studium in der Altenpflege zu arbeiten (ebd.: 284). Da die Altersbilder auf der Grundlage vorgegebener Aussagen erhoben wurden, konnte die Studie weder subjektive Einschätzungen der Befragten noch Gründe, Ursachen oder Folgen für die jeweiligen Einstellungen erheben, ebenso wenig wie zusätzliche Aspekte, die in der Auseinandersetzung mit Alter(n) noch eine Rolle spielen (ebd.: 285).

Nachdem die Erscheinungsformen von Altersbildern sowie eine Auswahl von Studien zu berufsbezogenen Altersbildern präsentiert wurden, werden in Kapitel 4.3 die wenigen Studien vorgestellt, die sich – wie bei vorliegender Untersuchung – mit der Frage nach den Altersbildern von Fachkräften in Einrichtungen der Behindertenhilfe empirisch beschäftigen haben.

### 4.3 Sichtweisen auf Alter(n) von Mitarbeitenden der Behindertenhilfe

Bisher existieren im deutsch- oder englischsprachigen Raum nur wenige empirische Untersuchungen zu den Sichtweisen von Mitarbeitenden in der Behindertenhilfe auf das Thema Alter(n) bzw. auf älter werdende Menschen mit Behinderung.

Kruse et al. (Kruse et al. 2002) befragten in der Interventionsstudie „Lebensqualität im Alter bei Menschen mit geistiger Behinderung – Erhaltung und Förderung der Kompetenz“ 40 Mitarbeitende verschiedener Betreuungseinrichtungen der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg mithilfe standardisierter Fragebögen sowie halbstrukturierter Interviews. Sie erhoben u. a. Daten zum vorhandenen Wissen über generelle Alter(n)sveränderungen und Altersbilder und beobachteten Vorstellungen über Bedürfnisse und Kompetenzen der Bewohner\*innen (ebd.: 40 f.). Im Ergebnis hatten die Mitarbeitenden ein realitätsnahes Bild des Alter(n)s von Menschen mit geistiger Behinderung (ebd.: 66): die befragten Fachkräfte beobachteten bei den älter werdenden Bewohner\*innen überwiegend Verluste im Bereich der Gesundheit, der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, der Selbständigkeit sowie der sozialen Beziehungen (ebd.: 89). Des Weiteren wurden Antriebslosigkeit und eine schwindende geistige Beweglichkeit ausgemacht. Konkret nach Kompetenzen befragt erkannten die Befragten jedoch auch die Fähigkeit der älter werdenden Bewohner\*innen, sich weiterhin bzw. teilweise sogar mehr mit Alltags- und Lebensaufgaben auseinanderzusetzen. Dies führten die Fachkräfte auf ihre gestiegene Lebenserfahrung zurück (ebd.: 66). Die Fachkräfte sahen außerdem Kompetenzen in Aufrechterhaltung einer persönlich zufriedenstellenden Lebensperspektive, in der Übernahme von Selbstverantwortung, in der selbständigen Durchführung (neuer) Alltagsaktivitäten sowie in der Äußerung eigener Wünsche und Gefühle und der Pflege sozialer Beziehungen (ebd.: 51 f., 95 f.). Dabei weisen die Forscher\*innen auf die Unterschiede zwischen verschiedenen Bewohner\*innen hin: Während manche ältere Bewohner\*innen ihre Selbständigkeit durchaus ausbauen konnten, benötigten andere jüngere Bewohner\*innen immer mehr Unterstützung durch Dritte (ebd.: 50). Als wichtige Bedürfnisse der Bewohner\*innen nannten die Befragten den Wunsch nach Sicherheit und Kontinuität hinsichtlich der Lebensgewohnheiten und Bezugspersonen. Die Bewohner\*innen wünschten sich zudem sinnhafte, horizontenerweiternde und körperliche Aktivitäten, ein an die individuellen Möglichkeiten der Bewohner\*innen angepasstes Lebensrhythmus-Tempo sowie individuelle Zuwendung und Betreuung durch die Mitarbeitenden (ebd.: 93 f.).

Auf die Frage, was die Fachkräfte von älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung lernen könnten, beschrieben diese als Menschen mit Persönlichkeit und Kompetenzen (ebd.: 66). Einige Befragte bewunderten die Ruhe, die die Bewohner\*innen ausstrahlen sowie deren Lebensmut und Humor. Zudem rege das Verhalten der Bewohner\*innen zum Reflektieren des eigenen Handelns an und man bekäme viel von ihnen zurück.

Bei der Einordnung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass das Projekt, in dessen Rahmen die Befragung stattfand, sich auf die Förderung von Kompetenzen von älter werdender Menschen mit Behinderung durch Mitarbeitende fokussierte. Daher ist von einer gewissen Vor-Sensibilisierung der Befragten für das Thema Kompetenzen und Kompetenzförderung auszugehen. Zudem wurde sowohl bei der Fragebogenerhebung als auch bei den Interviews gezielt nach beobachteten Veränderungen von Kompetenzen, nach Verlusten und Gewinnen gefragt, was eine weitere Vorstrukturierung der Antworten bewirkt haben dürfte. Aussagen über Einflussfaktoren für die erhobenen Altersbilder (z. B. das eigene Alter oder die berufliche Qualifikation) oder über deren Auswirkungen auf das professionelle Handeln wurden nicht getroffen.

Ein deutlich anderes Ergebnis erzielte Komp (2006) in ihrer Dissertation, in der sie ein sogenanntes sinnintegrierendes Begleitkonzept für ältere Menschen mit Behinderung in Betreuungseinrichtungen der Behindertenhilfe entwickelte. Neben 13 Bewohner\*innen einer stationären Wohneinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung zur Gestaltung ihres Ruhestandes befragte sie 34 pädagogische Mitarbeiter\*innen zu ihren Sichtweisen auf das Alter(n) von Menschen mit geistiger Behinderung sowie zu ihrem damit verbundenen Handeln. Komp diagnostizierte ein überwiegend mit Defiziten besetztes Altersbild sowie eine überwiegend negative Stereotypisierung durch die Mitarbeitenden. Die von Komp befragten Fachkräfte artikulierten ebenso negative wie positive Aspekte der allgemeinen Lebenssituation älterer Menschen. Dabei bezogen sich die positiven Aussagen eher auf das sogenannte junge Lebensalter (dynamisch, unternehmenslustig, kaufkräftig) und die negativen Aussagen eher auf das vierte Lebensalter (Pflegebedürftigkeit, hohe Kosten) (ebd.: 128 ff.). Der Alterungsprozess der Bewohner\*innen wurde mit körperlichen und kognitiven Abbauprozessen beschrieben, mit Verwirrtheit und Pflegebedürftigkeit. Menschen ohne Behinderung wurde ein reicheres und schöneres Leben zugeschrieben, als Menschen mit Behinderung (ebd.: 130 f.). Die älteren Bewohner\*innen wirkten nach Ansicht der Befragten erschöpft, zurückgezogen, überfordert, fühlten sich unverstanden und hatten Angst. Zudem traten Konflikte zwischen jüngeren und älteren Bewohner\*innen aufgrund unterschiedlicher (Wohn-) Bedürfnisse zutage (ebd.:



140 f.). Die Mitarbeitenden waren sich vielfach unsicher, was Aufgaben betrifft, die im Zuge des Älterwerdens der Bewohner\*innen zukünftig auf sie zukommen könnten. Aus der Sorge, künftig etwas falsch machen zu können formulierten sie ihr Bedürfnis nach Fortbildungen und praktischer Anleitung (ebd.: 146). Auch die Ergebnisse von Komps schriftlicher Befragung legen ein überwiegend negatives Altersbild der Mitarbeitenden nahe – dieser Befund ist jedoch abhängig von der Interpretation. So assoziierten 53 % der Befragten das eigene Altern mit körperlichen Abbauprozessen – 47 % taten dies jedoch nicht (ebd.: 153). Der Alterungsprozess von Menschen mit geistiger Behinderung wurde ausschließlich negativ dargestellt, wobei gesagt werden muss, dass Komps Fragebogen fast nur negativ konnotierte Aussagen abfragte und dadurch negative Stereotypen empirisch konstruierte (ebd.: 230 f.). Dies zeigt einmal mehr, dass standardisierte Befragungen die unterschiedlichen Lebenssituationen älterer Menschen weder differenziert abbilden noch subjektive Annahmen über das Alter(n) erheben können.

In Schweden befragten Kählin et al. (2016) zwölf Mitarbeitende vier verschiedener Wohngruppen für Menschen mit geistiger Behinderung mithilfe qualitativer Interviews dazu, wie sie das Alter(n) der Bewohner\*innen sowie den Einfluss dieses Älterwerdens auf ihre tägliche Arbeit wahrnehmen und wie sie dies untereinander diskutieren. Die Interviews wurden mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Ihre Ergebnisse fassen die Forschenden in drei Aussagen zusammen: Erstens wird über das Alter(n) kaum geredet (*silence of ageing*), zweitens unterscheidet sich das Alter(n) von Menschen mit Behinderung vom Alter(n) von Menschen ohne Behinderung (*dual faces of ageing*) und drittens erfordert das Alter(n) der Bewohner\*innen die Fähigkeit der Mitarbeitenden, jederzeit auf Veränderungen zu reagieren (*state of readiness*) (ebd.: 4). Im Einzelnen zu den drei Ergebnissen:

*Silence of ageing:* Weder die Bewohner\*innen noch die Mitarbeitenden scheinen Alter(n) gezielt zu thematisieren (ebd.). Es finden kaum Gespräche zum Thema Alter(n) statt, weder unter den Befragten noch zwischen Befragten und Bewohner\*innen. Die Befragten führen dies auf die gesellschaftliche Tabuisierung von Alter(n) zurück sowie auf das Unvermögen der Bewohner\*innen, über ihr eigenes Alter(n) zu reflektieren. Alter(n) wird erst dann zum Thema, wenn es sich auf die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der Bewohner\*innen auswirkt und somit einen direkten Einfluss auf deren Leben bzw. auf die Arbeit der Mitarbeitenden ausübt.

*Dual faces of ageing* (ebd.: 4 f.): Die Befragten äußern die Beobachtung, dass manche altersbedingten Veränderungen der Bewohner\*innen mit jenen in der Gesamtbevölkerung vergleichbar sind, andere wiederum von diesen abweichen. So nehmen die Befragten an den Bewohner\*innen auf der einen Seite dieselben körperlichen Abbauprozessen wahr wie bei Senior\*innen ohne Behinderung: Die Mobilität lässt nach, Sehen und Hören werden schwächer, die körperliche Erschöpfung nimmt zu, erhöhter Blutdruck, Diabetes und erhöhte Cholesterinwerte gehen einher mit einem erhöhten Medikamentengebrauch. Neben den körperlichen Veränderungen berichten die Befragten von kognitiven Einschränkungen, wie einem geringeren Erinnerungsvermögen, einem gestörten Zeitverständnis sowie von Veränderungen in der Persönlichkeit, im Temperament und im Verhalten. Demenz, erkennbar durch plötzliche Verwirrtheit und Desorientierung der Bewohner\*innen, nannten die Befragten als häufigsten Aspekt des Alter(n)s. Mögliche Gewinne des Alter(n)s thematisierten sie hingegen nicht. Es scheint so, als existiere das dritte Alter für Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht der Befragten gar nicht. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass diese Bevölkerungsgruppe als alterslos betrachtet wird (ebd.: 7). Ungeachtet dessen verstehen die Forschenden diese einseitige Sicht auf das Alter(n) im Kontext des vorherrschenden medizinischen Paradigmas der Behinderung (ebd.).

Auf der anderen Seite berichten die Fachkräfte von physischen, psychischen und altersbedingten sozialen Veränderungen, die sich von jenen in der Gesamtbevölkerung unterscheiden. So alterten vor allem Menschen mit Down-Syndrom früher als Menschen ohne Behinderung, was die Befragten unter anderem auf die lebenslange Einnahme von Medikamenten sowie auf die erlebten Exklusionserfahrungen zurückführen. Außerdem berichten die Befragten von den Schwierigkeiten der Bewohner\*innen, über ihr eigenes Alter(n) und über ihr bisheriges Leben zu reflektieren. Als Grund hierfür werden eingeschränkte kognitive Fähigkeiten angegeben. Die Befragten selbst fanden es mitunter schwierig auszumachen, inwieweit Veränderungen der Bewohner\*innen alters- oder behinderungsbedingt sind. Das soziale Alter(n) verbinden die Befragten vor allem mit dem Ruhestand, der sich – anders als in der Gesamtbevölkerung – im Wohnheimalltag als graduelle Abnahme arbeitsbezogener Tätigkeiten darstellt, da diese abhängig sind von den individuellen Fähigkeiten der jeweiligen Bewohner\*innen. Dieser schleichende Übergang in den Ruhestand käme einerseits dem Bedürfnis der Bewohner\*innen nach arbeitsbezogener Routine und andererseits ihrem Bedürfnis nach mehr Ruhe entgegen. Einen weiteren Unterschied machen die Befragten bei der Qualität der Unterbringung der Bewohner\*innen

aus. Ältere Menschen mit Behinderung erhielten in Einrichtungen der Behindertenhilfe eine bessere Ausstattung in Form von Fachkräften und Angeboten als dies in gängigen Senior\*inneneinrichtungen zu erwarten wäre. Zudem könnten die Mitarbeitenden in Einrichtungen der Behindertenhilfe aufgrund eines höheren Stellenschlüssels mehr Zeit mit den Bewohner\*innen verbringen. In der Folge seien die Beziehungen zwischen Professionellen und Bewohner\*innen von mehr persönlicher Nähe geprägt.

*State of readiness* (ebd.: 5 f.): Unter dieser Überschrift subsumieren Kählin et al. die durchaus unterschiedlichen Aussagen der Befragten über ihren Umgang mit dem Älterwerden der Bewohner\*innen. Sämtliche Mitarbeitenden fühlen die Notwendigkeit, jederzeit in Bereitschaft sein zu müssen, um auf mögliche altersbedingte Veränderungen von Fähigkeiten oder Bedürfnissen reagieren zu können. Nicht alle Befragten fühlen sich jedoch ausreichend auf diese Aufgabe vorbereitet. So fehle es innerhalb des Teams an Vorbereitung auf und an Diskussion über den professionellen Umgang mit dem Alter(n). Als größte Herausforderung sehen die Befragten den professionellen Umgang mit dem Sterben und dem Tod der Bewohner\*innen an. Während sich einige Mitarbeitende durchaus in der Lage sehen, den Bewohner\*innen einen Rahmen für ein würdevolles Sterben zu bieten, fühlen sich viele ob dieser Verantwortung unter Druck gesetzt und nicht ausreichend dafür ausgebildet. Nicht zu wissen, wann, in welcher Form und in welchem Ausmaß sich im Zuge des Älterwerdens der Bewohner\*innen deren Lebenssituation und somit auch die Arbeitssituation der Befragten verändern wird, empfinden manche als Last. Auch die emotionale Belastung der Befragten aufgrund des Alterns und Sterbens von Bewohner\*innen sei nicht zu unterschätzen, so die Forscher\*innen. Während einige Befragte angeben, dass der psychische Stress mit der steigenden eigenen Erfahrung abnehme – Alter(n) und Sterben als Teil des Lebens sowie die Begleitung der Bewohner\*innen in ihrem Alterungs- und Sterbeprozess wird hier als Teil der regulären Aufgabe akzeptiert – empfinden andere ihre Arbeit mit älteren Bewohner\*innen weiterhin als weniger lohnend oder gar als uninteressant. Diese Befragten meinen, der Fokus auf Pflege und hauswirtschaftliche Tätigkeiten mache ihre Arbeit eintönig und habe wenig mit ihrer eigentlichen Aufgabe zu tun, Bewohner\*innen in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe zu unterstützen.

Auf der Grundlage ihrer Forschungsergebnisse plädieren Kählin et al. für eine intensive Auseinandersetzung mit dem Alter(n) von Menschen mit Behinderung in den Einrichtungen. Damit soll einem einseitig negativen Verständnis von Alter(n) sowie einer fehlenden

Orientierung im Umgang mit dem Altern und Sterben von Bewohner\*innen entgegenewirkt werden. „Formal culture about ageing in group homes is weak and diffuse“, diagnostizieren die Forscher\*innen (ebd.: 6). Es fehle an entsprechenden offiziellen Leitlinien, die Alter(n) als wichtiges Thema in die Einrichtungskultur aufnahmen sowie an Handlungskonzepten für die Mitarbeitenden (ebd.: 6 ff.). Es bedürfe einer Kultur, die Behinderung und Alter auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe adressiere (ebd.). Darüber hinaus solle das Thema Alter(n) von Menschen mit geistiger Behinderung in den Fortbildungskanon der Mitarbeitenden aufgenommen werden. Eine mehrdimensionale Sichtweise auf das Alter(n) müsse sich nicht zuletzt auch in Handlungskonzepten und nationalen Leitlinien wiederfinden.

#### **4.4 Zusammenfassung und Hinführung zur Forschungsfrage**

Was lässt sich aus den rezipierten empirischen Untersuchungen zu Altersbildern, Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung sowie deren Alter(n) für die Forschungsfrage dieser Arbeit ableiten?

Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung und Altersbilder bestehen aus einer normativen, einer kognitiven und einer emotionalen Komponente. Sie dienen der Orientierung einer komplexen Welt und funktionieren über Generalisierungen und Verhaltensmuster. Sie sind handlungsleitend, wobei allerdings nicht automatisch von bestimmten Einstellungen bzw. Bildern auf ein bestimmtes Verhalten geschlossen werden kann. Bei der Erhebung von Einstellungen sollte die Verhaltensdimension daher mit erhoben werden.

Altersbilder prägen als kollektive Deutungsmuster die öffentliche Diskussion mit und entscheiden mit darüber, inwieweit alte Menschen in der Öffentlichkeit als Mehrwert oder als Belastung für die Gesellschaft angesehen werden. Ältere Menschen mit Behinderung werden von der Gesellschaft in der Regel als doppelt defizitär wahrgenommen: als hilfebedürftige Objekte. Institutionelle Altersbilder zeigen sich z. B. anhand der Ausgestaltung vielseitiger Angebote durch Einrichtungen der Behindertenhilfe, die sich an eine ältere Klientel richten. Altersbilder werden als Element der persönlichen Interaktion erkennbar, etwa zwischen professionell Betreuenden und Bewohner\*innen in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Sie zeigen z. B., inwieweit ältere Klient\*innen von Professionellen als kompetente und gleichberechtigte Subjekte behandelt werden. Das Alters-

Selbstbild einer Person hat Einfluss auf das Fremdbild anderer Alternder. Diese Fremdbilder bestimmen mit, wie sich Fachkräfte gegenüber älteren Klient\*innen verhalten und welche Handlungsräume sie älteren Menschen zuschreiben.

Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung sowie Altersbilder werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Überraschender Weise lassen sich für Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung wenig eindeutige Bestimmungsgründe ausmachen. Je sichtbarer eine Beeinträchtigung im alltäglichen Leben ist, desto negativer die Einstellung gegenüber der betroffenen Person. Die Qualität des Kontakts zwischen Einstellungsträger\*in und Mensch mit Behinderung ist ebenfalls relevant. Intensive, emotionale und freiwillige Kontakte haben einen positiven Einfluss auf die Einstellungen. Gerade die Bedingung der Freiwilligkeit ist allerdings für Mitarbeitende z. B. in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe nicht immer gegeben. Berufliche Kontakte sowie ausgeprägtes Wissen über Menschen mit Behinderung gehen jedoch nicht zwangsläufig mit positiven Einstellungen gegenüber der Klientel einher. Bedeutsam ist die Hypothese, dass nicht die Berufsausbildung, sondern Intuition und persönliche wie soziale Kompetenzen der Fachkräfte entscheidend für die Einstellungen und Verhalten sind. Auch die Annahme, dass Einstellungen und Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderung von Fachkräften mit unterschiedlicher pädagogischer Ausbildung unabhängig vom Alter der Einstellungsobjekte bestehen, ist für die folgende Untersuchung relevant. Macht es für die Fachkräfte im Hinblick auf ihre Einstellung und ihr Verhalten wirklich keinen Unterschied, ob sie mit jungen oder älteren Menschen mit Behinderung zu tun haben?

Aktuellere Studien zu Altersbildern im pflegerischen und medizinischen Bereich belegen die Existenz verschiedener Facetten von Altersbildern. Diese können durchaus nebeneinander existieren oder miteinander konkurrieren. Sie umfassen ebenso positive wie negative Aspekte des Alter(n)s. Altersbilder spielen eine Rolle für das berufliche Selbstverständnis Professioneller, sie prägen deren Wahrnehmung von Einschränkungen, Kompetenzen, Ressourcen und Bedürfnisse der Klient\*innen.

Berufliche Erfahrungen mit älteren (pflegebedürftigen) Menschen relativieren einseitig positive oder negative Altersbilder ambulanter Pflegefachkräfte und führen zu ausdifferenzierteren und nüchterneren Altersbildern. Bei Studierenden der Pflegewissenschaften dagegen wirken sich berufliche und private Kontakte positiv auf die Altersbilder aus und verstärken sogar den Wunsch, nach dem Studium in der Altenpflege tätig zu werden. Je älter die Studierenden sind und je länger sie studieren, desto positiver ist ihre Sicht auf

das Alter(n), während negative Aspekte zunehmend in den Hintergrund treten. In älteren Studien wurden das eigene Pflegeverständnis, der Einsatzort und in Kombination damit Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit und fachliche Ausbildung als relevante Einflussfaktoren für berufliche Altersbilder identifiziert.

Zu den Altersbildern von Fachkräften in Einrichtungen der Behindertenhilfe liegen nur wenige Studien vor. Diese weisen deutliche Unterschiede hinsichtlich des Forschungsinteresses, des Forschungsdesigns und der Interpretation der Ergebnisse auf. In der Studie von Kruse et al. weisen die befragten Mitarbeitenden ein realitätsnahes, ausdifferenziertes Bild von älter werdenden Menschen mit Behinderung auf. Auf konkrete Nachfragen hin identifizieren sie Kompetenzen und Stärken der älteren Bewohner\*innen. Aufgrund des Forschungssettings ist hier allerdings von einer gewissen Vor-Sensibilisierung der Befragten zum Thema Kompetenzförderung im Kontext von Behinderung auszugehen.

Komp legt bei der Interpretation ihrer Forschungsergebnisse den Fokus auf ein defizitäres Altersbild der Mitarbeitenden, obwohl diese durchaus positive Aspekte des (dritten) Alters nannten. Zudem arbeitet die Studie mit einem standardisierten Fragebogen, der überwiegend negativ konnotierte Aussagen zu Alter(n) beinhaltet. Interessant ist die Ansicht der Befragten, Senior\*innen ohne lebenslanger Behinderung könnten auf ein reicheres Leben zurückblicken. Die befragten Mitarbeitenden fühlen sich unsicher im professionellen Umgang mit dem Älterwerden der Bewohner\*innen und formulieren entsprechenden Fortbildungsbedarf.

Ein deutlicher Bedarf nach Fortbildung bei Mitarbeitenden zeichnet sich auch in der schwedischen Studie von Kåhlin et al. ab. Die gefühlte Notwendigkeit, jederzeit adäquat auf altersbedingte Veränderungen der Bewohner\*innen reagieren können zu müssen, kollidiert für einige Befragte mit dem Fehlen entsprechender Kompetenzen sowie mit den institutionellen Handlungskonzepten. Manche Fachkräfte hadern mit dem veränderten Schwerpunkt ihrer Tätigkeit – weg von der Ermöglichung von Teilhabe hin zu hauswirtschaftlichen und pflegerischen Tätigkeiten. Die Möglichkeit, Teilhabe auch mit alten, pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung gestalten zu können, artikulieren die Befragten nicht. Altern wird als mehrdimensionaler Prozess beschrieben (körperlich, geistig, sozial), mögliche Gewinne und Potenziale des Alter(n)s bleiben jedoch unerwähnt. Das sogenannte dritte Alter scheinen die Befragten bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht zu sehen. Trifft dies auch für Fachkräfte in deutschen Einrichtungen der Behindertenhilfe zu?

Von Interesse für die nachfolgende Untersuchung ist zudem die Erkenntnis von Kählin et al., dass Alter(n) weder von den Mitarbeitenden noch von den Bewohner\*innen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe wirklich thematisiert wird – es sei denn, die altersbedingten Veränderungen an den Bewohner\*innen und somit an den Arbeitsabläufen etc. machen dies notwendig. Alter(n) wird von Seiten der Einrichtung tabuisiert. Auch die Befragten sehen keine Notwendigkeit oder Möglichkeit, Alter(n) gemeinsam mit den Bewohner\*innen zu reflektieren. Hier stellt sich die Frage, inwieweit Alter(n) von Fachkräften in deutschen Wohneinrichtungen thematisiert wird.

Um den Facettenreichtum und die Mehrdimensionalität unterschiedlicher Altersbilder abbilden zu können und um neue inhaltliche Aspekte von Altersbildern sowie Informationen über mögliche beeinflussende Rahmenbedingungen erheben zu können, bedarf es entsprechender methodischer Instrumente. Hierzu bietet sich vor allem eine qualitative Befragung an. Im Interesse der Datenvalidität ist es zudem wichtig eine Vor-Sensibilisierung der Befragten für das Forschungsthema möglichst zu vermeiden – insbesondere wenn es darum geht, Sichtweisen auf Behinderung und Alter von Fachkräften offen zu erheben.

Die Betreuungsteams in Einrichtungen der Behindertenhilfe werden zunehmend multidisziplinärer. Neben pädagogischen Mitarbeitenden werden zunehmend auch Pflegekräfte eingesetzt. Auf die Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung scheinen die unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen keinen wesentlichen Einfluss zu haben. Bei den Altersbildern spielt der berufliche Hintergrund hingegen durchaus eine wichtige Rolle. Es stellt sich also die Frage, inwieweit sich die Altersbilder zwischen pflegerischen und pädagogischen Fachkräften unterscheiden. Weisen die Pflegekräfte aufgrund ihrer gerontologischen Ausbildung differenziertere Altersbilder auf? Welche Verluste und Gewinne nennen die Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen in den verschiedenen Dimensionen? Fällt es Pflegefachkräften aufgrund ihrer gerontologischen Ausbildung leichter, den Alterungsprozess von Menschen mit Behinderung einzuordnen? Können sie kompetenter damit umgehen als Pädagog\*innen?

Pädagogische Fachkräfte arbeiten meist nach einem ressourcenorientierten Ansatz, der auf die Ermöglichung der Teilhabe der Klient\*innen ausgerichtet ist. Bleibt dieses Ziel bestehen, wenn die Bewohner\*innen älter werden? Bemühen sich pädagogische Fachkräfte aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation stärker um die Teilhabe älterer Bewohner\*innen als ihre Kolleg\*innen aus pflegerischen Berufen? Begegnen Pädagog\*innen

älteren Bewohner\*innen mit einem anderen beruflichen Selbstverständnis als dies die pflegerischen Fachkräfte tun?

Ein Aspekt, der in den zuvor rezipierten Studien nicht erhoben wurde, ist das Verständnis eines guten Alter(n)s. Hier ist vor allem die Frage relevant, ob Pädagogen\*innen und Pflegekräfte unterschiedliche Sichtweisen auf gutes Alter(n) haben. Welche Unterschiede werden deutlich zwischen dem Bild vom eigenen guten Alter(n) einerseits und dem Bild vom guten Alter(n) von Bewohner\*innen andererseits?

Gibt es noch weitere relevante Themen im Berufsalltag der Fachkräfte, die über die Beschreibung von Gewinnen und Verlusten beim Alter(n) von Bewohner\*innen hinausgehen?

Den hier gestellten Fragen wird die empirische Untersuchung in Kapitel 6 nachgehen. Zuvor wird in Kapitel 5 das Forschungsdesign vorgestellt.



## 5 Methodisches Vorgehen

Im Folgenden wird das Forschungsdesign und das methodische Vorgehen nachgezeichnet. Zuerst wird in den forschungstheoretischen Hintergrund der rekonstruktiven qualitativen Forschung eingeführt (5.1), das selektive Sampling (5.2) und das teilnarrative Leitfadeninterview als Erhebungsverfahren vorgestellt (5.3). Kapitel 5.4 beschreibt das Vorgehen der Transkription der Interviews, Kapitel 5.5 die Auswertung nach dem integrativen Basisverfahren von Kruse. Kapitel 5.6 schließt mit einer kritischen Reflexion des methodischen Vorgehens.

### 5.1 Forschungstheoretischer Zugang

Die vorliegende Untersuchung rekonstruiert Deutungsmuster in den subjektiven Sichtweisen und Handlungsperspektiven von Fachkräften auf die Themen Behinderung und Alter(n). Dabei geht es nicht darum, Aussagen über Häufigkeiten oder statistische Zusammenhänge etwa zwischen bestimmten persönlichen Merkmalen der Befragten und rekonstruierten Handlungsformen zu treffen. Auch dient diese Methode nicht dazu, Hypothesen zu überprüfen. Vielmehr soll die Rekonstruktion der Deutungsmuster erklären, *wie* die Fachkräfte den älter werdenden Bewohner\*innen ihren Berufsalltag mit den älter werdenden Bewohner\*innen wahrnehmen und darstellen.

Der Begriff der *Deutungsmuster* geht auf Schütz (1974) zurück und wurde von Oevermann (2001 [1973]) sozialwissenschaftlich weiterentwickelt. „Deutungsmuster sind sozial geltende, mit Anleitungen zum Handeln verbundene Interpretationen der Umwelt und des Selbst“ (Höffling et al. 2002: Abs. 4). Sie strukturieren das kollektive Alltagshandeln, indem sie Modelle idealtypischer Situationen bereitstellen, unter die Wissen, Erlebnisse und Erfahrungen eingeordnet werden. Deutungsmuster bieten damit Subjekten für hochkomplexe Situationen Interpretations- und Handlungsanleitungen, an denen sie ihr Handeln ausrichten können (ebd.). Deutungsmuster können über die Rekonstruktion von Sinnzusammenhängen und Interpretationsmustern, die sich in den individuellen Sichtweisen, Erwartungen und Glaubensvorstellungen der Subjekte zeigen, analysiert werden (Oevermann 2001 [1973]).

Zur Erhebung der Deutungsmuster in vorliegender Arbeit wird ein qualitativer Methodenzugang gewählt, konkret die Methode der qualitativen Interviewforschung. Diese verfolgt das Ziel, auf Basis verschriftlichter sprachlicher Äußerungen komplexe soziale

Sachverhalte wie z. B. subjektive Sichtweisen, Deutungsmuster und Konzepte der Befragten rekonstruktiv nachzuvollziehen. Damit folgt die dem *Verstehen* als entscheidendem Erkenntnisprinzip der qualitativen Sozialforschung (vgl. Helfferich 2009: 21).

Dieser Ansatz der rekonstruktiven Sozialforschung geht davon aus, dass die zu erforschende Wirklichkeit nicht objektiv gegeben ist, sondern selbst Ergebnis von Konstruktionen und Interpretationen der Akteur\*innen ist, die diese interaktiv herstellen. Schütz (1971: 6 f.) spricht von diesen Interpretationen, die diese Akteur\*innen selbst vornehmen als „Konstruktionen ersten Grades“. Sozialwissenschaftler\*innen rekonstruieren diese Interpretationen und entwickeln aus ihnen wissenschaftliche Typen und Theorien – laut Schütz „Konstruktionen zweiten Grades“. Die soziale Wirklichkeit ist also stets auch konstruierte Wirklichkeit, weshalb sie sich in verschiedenen Ausprägungen zeigen kann (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009: 26 f.).

Bei der qualitativen Interviewforschung geht es darum, den Sinn der Aussagen von Befragten in seiner sprachlichen Konstruiertheit zu erfassen. Der subjektiv gemeinte Sinn der Aussagen lässt sich dabei nicht allein aus den Äußerungen der Sprechenden erschließen, da „das Gesagte“ nicht dasselbe ist wie „das Gemeinte“ (Kruse 2014: 392). Um das Gesagte tatsächlich verstehen zu können, muss berücksichtigt werden, in welcher Situation und in welcher Interaktion es geäußert wurde und welche subjektive Bedeutung das Gesagte für die sprechende Person hat. Garfinkel und Sacks reden in diesem Zusammenhang von der *Indexikalität* gesprochener Sprache (Garfinkel 1981: 210 ff.). Damit ist gemeint, dass eine Äußerung lediglich Hinweise auf ihre tatsächliche Bedeutung geben kann. Hinzu kommt die damit zusammenhängende „unausweichliche Vagheit“ (Garfinkel 1981: 204) der Alltagssprache, mit der sich die Forschenden konfrontiert sehen (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009: 28 ff.). Eine sprachliche Äußerung ist also variabel, jedoch mitnichten willkürlich, „weil sie als Einzelperscheinung oder Indikator in Beziehung steht zu einem zu Grunde liegenden Konzept oder Muster“ (Helfferich 2009: 22). Diese Muster gilt es in der Analyse zu erkennen.

Eine Möglichkeit, dieser „unausweichlichen Vagheit“ zu begegnen, ist laut Schütze eine „kontrollierte Methode des Fremdverstehens“ (Schütze et al. 1973), die sowohl bei der Datenerhebung als auch bei der Datenauswertung zum Tragen kommt (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009: 30 f.). Das bedeutet, „Bedingungen dafür zu schaffen, dass die Erforschten ihre Relevanzsysteme [gemeint ist damit das Sinnverständnis der Befragten;

Anm. d. Verf.] formal und inhaltlich eigenständig entfalten können“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009: 31). Wichtig ist in diesem Zusammenhang, ob es einen Unterschied zwischen dem Relevanzsystem bzw. dem Sinnverständnis der Befragten und dem Interpretationsrahmen bzw. der Sinnbedeutung der Forschenden besteht. Eine *kontrollierte* Methode des Fremdverstehens bedeutet konkret, den Befragten bei der Datenerhebung die Möglichkeit zu geben, ihre Sicht der Dinge innerhalb ihres eigenen Relevanzsystems, in ihrer eigenen Sprache und in einer von ihnen gewählten Schwerpunktsetzung und Reihenfolge zu präsentieren (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009: 31). Die interviewenden Forscher\*innen sollten sich führen lassen „von den angedeuteten semantisch-indexikalen Sinnstrukturen der Befragten, von ihren eigenen semantischen Relevanzsetzungen (Kruse 2014: 300). Das wiederum heißt, eigene Deutungen – und auch das eigene Verständnis von Normalität – zurückzunehmen und auf eine ergebnisorientierte Führung des Interviews zu verzichten. Dadurch erhält die forschende Person genügend Datenmaterial in einer Qualität, auf deren Grundlage die Indexikalität des Gesagten in seinem Kontext schrittweise herausgearbeitet werden kann. Die Einzeläußerungen werden im Kontext der Gesamterzählung, die die Befragten selbst geschaffen haben, untersucht (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009: 31).

Bei der Datenauswertung (Kapitel 5.5) bedeutet kontrolliertes Fremdverstehen, dass der Differenz zwischen den Relevanzsystemen und Interpretationsrahmen der Befragten und der Forschenden systematisch Rechnung getragen wird. Dies wird umgesetzt, indem die Forscher\*in mit den Daten – in diesem Fall mit den Interviewtranskripten – „kommuniziert“, eigene Deutungsversuche kontrolliert und die Autonomie des Textes akzeptiert (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009: 31).

## 5.2 Selektives Sample

### Qualitatives vs. quantitatives Sample

Die Qualität empirischer Daten hängt entscheidend davon ab, auf welcher Fallauswahl diese beruhen (Kruse 2014: 241 f.). In der quantitativen Sozialforschung, bei der es um die Untersuchung von Häufigkeiten und Zusammenhängen geht, bedarf es Stichproben mit großen Fallzahlen, die statistisch repräsentativ für die jeweilige Grundgesamtheit sind. In der qualitativen Sozialforschung geht es hingegen um die Rekonstruktion subjektiver Sichtweisen und sozialer Sinnstrukturen. Die Frage ist somit nicht, wie *häufig* ein bestimmter Typus in der Grundgesamtheit vorkommt, „sondern *wie* genau sich ein Typus aus welchen Merkmalen bzw. Sinnfiguren strukturiert“ (Kruse 2014: 245, Hervorhebung

im Original). Statt um „statistische Repräsentativität“ wie bei quantitativen Studien geht es folglich um die „qualitative Repräsentation“ von Stichproben (Kruse 2014: 245).

Dabei zielt die qualitative Forschung auf eine „*relative Verallgemeinerung* der typologischen Analysen“, auf die „Rekonstruktion eines bestimmten Fallmusters“, das „über die untersuchten Fälle hinweg gültig ist“ (Kruse 2014: 245, Hervorhebung im Original). Dafür muss sichergestellt werden, dass die Fallauswahl der Heterogenität des Untersuchungsfeldes entspricht (Kruse 2014: 245, Kelle/Kluge 2010: 42). Können bei quantitativen Untersuchungen zufällige Stichprobenfehler durch eine ausreichend große Fallzahl ausgeglichen werden, so ist dies in der qualitativen Forschungspraxis aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht möglich. Daher werden hier Sampling-Verfahren angewandt, die eine bewusste, nach bestimmten Kriterien gesteuerte Fallauswahl sowie eine Kontrastierung unterschiedlicher Fälle ermöglicht und dadurch die für die jeweilige Forschungsfrage relevanten Fälle beinhaltet (Kelle/Kluge 2010: 42 f.).

### **Selektives Sample und qualitativer Stichprobenplan**

Zu den Verfahren der gesteuerten Fallauswahl gehört neben der Fallkontrastierung<sup>52</sup> und dem theoretischen Sampling<sup>53</sup> das selektive Sampling (Schatzman/Strauss 1973, Kelle/Kluge 2010: 50), das auch in der vorliegenden Untersuchung angewandt wurde. Dabei handelt es sich um ein Sampling-Verfahren, bei dem *vor* Beginn der Datenerhebung untersuchungsrelevante Merkmale der Interviewpartner\*innen, der Merkmalausprägungen und der Samplegröße in Form eines qualitativen Stichprobenplans festgelegt werden. Die Datenanalyse beginnt erst nach Abschluss der Feldphase (Kelle/Kluge 2010: 50). Für das selektive Sampling sprach im konkreten Fall der Umstand, dass die für die Fallauswahl relevanten Merkmale durch die Forschungsfragen, die theoretischen Vorüberlegungen sowie die Vorkenntnisse über das Untersuchungsfeld bereits vorab bestimmt werden konnten (vgl. Kelle/Kluge 2010: 50).

Da es in der vorliegenden Untersuchung um die Rekonstruktion von Deutungsmustern in den subjektiven Sichtweisen und Handlungsperspektiven von Fachkräften im Betreuungsdienst stationärer Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe geht, wurde das Merkmal

---

<sup>52</sup> Bei der Fallkontrastierung anhand von Gegenbeispielen wird eine Hypothese durch die systematische Suche nach empirischer Gegenevidenz sukzessive weiterentwickelt und modifiziert (Kelle/Kluge 2010: 43).

<sup>53</sup> Beim theoretischen Sampling ergeben sich die Kriterien für die Auswahl des jeweils nächsten Falls aus den Hypothesen und Theorien, die während des Forschungsprozesses entstehen (Kelle/Kluge 2010: 43).

*Profession* mit den Ausprägungen *pflegerische Fachkraft* (Alten-, Kranken- und Heilerziehungspfleger\*innen) und *pädagogische Fachkraft*<sup>54</sup> (Erzieher\*innen, Heilpädagog\*innen, Diplom-Sozialpädagoge\*innen) berücksichtigt. In Anlehnung an die berufsspezifischen Altersbilder in der Pflege (Kapitel 4.2) wird davon ausgegangen, dass sich die verschiedenen beruflichen Sozialisationen unterschiedlich auf die Sicht- und Handlungsweisen der jeweiligen Fachkräfte auswirken. Außerdem wurde die Annahme aufgegriffen, dass die Sichtweisen auf das Alter(n) vom eigenen Alter der Befragten geprägt werden. Das dritte Merkmal ist das *Geschlecht* (weiblich, männlich).

Der qualitative Stichprobenplan wurde so angelegt, dass Vertreter\*innen aller relevanten Merkmalskombinationen im qualitativen Sample vertreten sind. Das Sample soll die Heterogenität des Untersuchungsfeldes abbilden (siehe oben). Daher sind gerade extreme Fälle bei der Fallauswahl interessant, wie z. B. ältere männliche Altenpfleger (Kelle/Kluge 2010: 55). Im Stichprobenplan sind folglich Fachkräfte verschiedener Professionen, unterschiedlichen Alters und beiderlei Geschlechts vertreten (Tabelle 6).

Tabelle 6: Qualitativer Stichprobenplan

Qualifikation	Geschlecht	Altersgruppen		
		„Jünger“ Unter 35 Jahre	„Mittleres Alter“ 35 bis 49 Jahre	„Älter“ 50 Jahre und älter
„Pflege“	Weiblich	X	X	X
	Männlich	X	X	X
„Pädagogik“	Weiblich	X	X	X
	Männlich	X	X	X

### Rekrutierung der Interviewpartner\*innen

Die Befragten wurden in drei Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung eines Wohlfahrtsverbandes in Nordrhein-Westfalen angesprochen. Der Kontakt zu diesen drei Wohneinrichtungen wurde durch die Leitungsebene des Verbandes hergestellt, nachdem die Interviewerin diese über ihr Vorhaben informiert und für eine Beteiligung der Trägereinrichtungen an der Untersuchung geworben hatte. Das Auswahlkriterium für die potenziell teilnehmenden Einrichtungen war, dass dort bereits ältere Men-

<sup>54</sup> Durch den Ausschluss von Nicht-Fachkräften soll das Untersuchungsfeld kontrolliert und eingegrenzt werden.

schen mit geistiger Behinderung leben und Mitarbeitende über entsprechende Erfahrungen in der professionellen Begleitung dieser Klientel verfügen. Die Interviewerin hatte weder Einfluss auf die Auswahl der einzelnen Einrichtungen des Trägers, noch auf die Rekrutierung der konkret befragten Fachkräfte innerhalb der jeweiligen Einrichtung. Die Interviewerin sprach lediglich im Vorfeld mit den Leitungen der jeweiligen Einrichtungen die vorgegebenen Kriterien für die zu befragenden Proband\*innen ab. Hauptkriterien für die Auswahl der zu befragenden Fachkräfte waren das Vorliegen einer pädagogischen oder pflegerischen Fachqualifikation sowie eine mindestens einjährige berufliche Erfahrung mit älteren Menschen mit geistiger Behinderung. Weitere Auswahlvorgaben waren die Beachtung einer möglichst großen Bandbreite der Variablen Alter und Geschlecht. Im Verlauf der Rekrutierung der Interviewpersonen wurde der *Einsatzbereich* als weiterer möglicher Einflussfaktor für die Sichtweisen der Befragten identifiziert, weswegen dieses Merkmal bei der Auswahl der Interviewpersonen ebenfalls berücksichtigt wurde. Die unterschiedlichen Einsatzbereiche verweisen in der Regel auf unterschiedliche Bewohner\*innengruppen, die sich hinsichtlich ihres Alters, des Grades ihrer Selbständigkeit und möglicherweise auch hinsichtlich der Arbeitsbelastung für die Fachkräfte unterscheiden. Bewohner\*innen von Außenwohngruppen sind in der Regel selbständiger und mobiler, als die stationärer Wohnbereiche. Der Bereich der Tagesstrukturierung richtet sich an berentete Bewohner\*innen, also an Personen, die sich bereits in der Lebensphase Alter befinden. Zudem sollten sämtliche Proband\*innen freiwillig an der Befragung teilnehmen und für den Zeitraum der Befragung (etwa zwei Stunden) vom Dienst befreit werden. Die Interviews sollten in ungestörter Atmosphäre an einem ruhigen Ort stattfinden können. Sämtliche Befragten bestätigten der Interviewerin gegenüber noch einmal, freiwillig an der Befragung teilgenommen zu haben.

Die Rekrutierung der Interviewpartner\*innen gestaltete sich insbesondere bei Männern, bei Personen ab 50 Jahren sowie bei Pflegefachkräften so schwierig, dass nicht in allen drei Einrichtungen dem Stichprobenplan entsprechend alle Merkmale abgedeckt werden konnten. Daher wurde eine gesuchte ältere weibliche Pflegefachkraft durch eine jüngere ersetzt, ebenso wie eine ältere männliche Pflegefachkraft durch eine ältere männliche pädagogische Fachkraft. Eine mittelalte männliche Pflegefachkraft wurde durch eine mittelalte weibliche pädagogische Fachkraft ersetzt. Da die jeweiligen Ersatzproband\*innen weitere individuelle Merkmalskombinationen durch zusätzliche Einsatzbereiche mitbrachten, trugen sie zur geforderten Heterogenität des Samples bei. Tabelle 7 gibt einen

Überblick über die realisierte Stichprobe, Tabelle 8 listet die befragten Fachkräfte nach Geschlecht, Alter, Profession und Einsatzbereich auf.

Tabelle 7: Realisierte Stichprobe

Qualifikation	Geschlecht	Altersgruppen		
		„Jünger“ unter 35 Jahre	„mittleres Alter“ 35 bis 49 Jahre	„älter“ 50 Jahre und älter
„Pflege“	Weiblich	X	XX	-
	Männlich	X	-	-
„Pädagogik“	Weiblich	X	XX	X
	Männlich	X	X	XX

Tabelle 8: Auflistung der befragten Fachkräfte

Geschlecht	Alter	Profession	Einsatzbereich
Weiblich	26	Heilerziehungspflegerin	Gruppendienst im stationären Wohnbereich
Männlich	33	Altenpfleger	Gruppendienst im stationären Wohnbereich
Weiblich	33	Erzieherin	Gruppendienst im stationären Wohnbereich
Männlich	34	Diplom-Sozialpädagoge	Gruppendienst im stationären Wohnbereich
Weiblich	36	Krankenschwester	Gruppendienst im stationären Wohnbereich
Männlich	42	Diplom-Sozialpädagoge	Gruppendienst im stationären Wohnbereich
Weiblich	43	Erzieherin	Gruppendienst in der Außenwohngruppe
Weiblich	44	Diplom-Sozialpädagogin	Leitung der Tagesstruktur für Rentner*innen
Weiblich	48	Altenpflegerin	Gruppendienst im stationären Wohnbereich
Weiblich	52	Erzieherin	Leitung der Tagesstruktur für Rentner*innen
Männlich	60	Heilpädagoge	Gruppendienst in der Außenwohngruppe
Männlich	60	Erzieher	Gruppendienst im stationären Wohnbereich

Zusammengefasst waren

- die Befragten zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 26 und 60 Jahre alt,
- vier arbeiteten in pflegerischen Berufen (eine staatlich anerkannte Heilerziehungspflegerin, zwei Altenpfleger\*innen und eine Krankenschwester) und acht in pädagogischen Berufen (drei Diplom-Sozialpädagogen\*innen, vier Erzieherinnen und ein Heilpädagoge),
- fünf der Befragte waren männlich, sieben weiblich,
- acht Befragte waren im vollstationären Wohnbereich, zwei im Außenwohnbereich und zwei in der Tagesstrukturierung für Rentner\*innen tätig.

## 5.3 Erhebungsverfahren

### Teilnarratives Leitfadeninterview

Bei den zu rekonstruierenden Deutungsmustern in Sichtweisen und Handlungsperspektiven handelt es sich um subjektive Konzepte. Bei diesen ist es nach Helfferich (2009: 38) zufolge auch möglich, das Interview durch „eine gewisse Strukturierung z. B. in Form eines Leitfadens für die Interviewführung“ zu strukturieren. Interpretationen können sich auch auf kürzere von den Interviewenden initiierte Textpassagen beziehen.

Für diese Arbeit wurde die Methode teilnarrativer Leitfadeninterviews gewählt. Dabei handelt es sich um eine Mischform aus narrativem und Leitfadeninterview. Narrative Interviews zeichnen sich durch maximale Offenheit aus: nach einem kurzen Erzählstimulus zu Beginn kann die interviewte Person weitestgehend unbeeinflusst „seine/ihre Geschichte“ erzählen (vgl. Kruse 2014: 153 ff.). Ein Leitfadeninterview dagegen wird in Ablauf und Thematik je nach Forschungsinteresse mehr oder weniger stark durch Leitfragen oder Stichworte strukturiert (Kruse 2014: 206). Das teilnarrative Leitfadeninterview besteht aus mehreren kürzeren aufeinander folgenden narrativen Interviewpassagen, die durch kurze offen formulierte Leitfragen thematisch strukturiert werden (Helfferich 2009: 42).

### Erstellung des Leitfadens

Der Leitfaden sollte so konstruiert sein, dass er maximale Offenheit des Interviews ermöglicht. Er sollte folglich nur Fragen enthalten, die längere freie Erzählungen der Befragten generieren. Daher wurde bei der Erstellung der Leitfragen das „SPSS-Prinzip“ von Helfferich (2009) angewandt. SPSS steht dabei als Abkürzung für die Verfahrensschritte Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren: Im ersten Schritt (Sammeln) wurden alle interessanten Forschungsfragen in einem offenen Brainstorming ungefiltert gesammelt (Helfferich 2009: 182). Im zweiten Schritt (Prüfen) wurden diese Fragen geprüft, inwieweit sie jeweils forschungsrelevant, tatsächlich zu beantworten und für offen generierende Erzählungen geeignet sind. Zudem sollen die Fragen Neues in Erfahrung bringen können und nicht bloß Bekanntes bestätigen (Helfferich 2009: 182 f.). Im dritten Verfahrensschritt<sup>55</sup> (Sortieren) wurden die Fragen den Themenblöcken *Berufliche Arbeit und Arbeitshandeln*, *Alter(n)*, *Behinderung*, *Behinderung und Alter(n)*, *Professionelles*

---

<sup>55</sup> Die Verfahrensschritte 1–3 wurden im Rahmen eines dreitägigen Methodenworkshops mit Wissenschaftler\*innen durchgesprochen. Schritt 4 sowie die iterative Wiederholung wurde alleine durchgeführt. Die Qualität des Interviewleitfadens wurde im Rahmen eines Methodencoachings sowie eines Probeinterviews geprüft und der Leitfaden entsprechend modifiziert.



*Arbeiten, Gutes Alter(n), Rahmenbedingungen guten Alter(n)s* und *Abschluss* zugeordnet. Im letzten Schritt (Subsumieren) wurde für jeden Themenblock eine einfache Erzählaufforderung formuliert (Helfferrich 2009: 185), die dazu anregen soll, dass die Befragten möglichst viele der interessanten Aspekte von sich aus ansprechen (ebd.). Die erzählgenerierenden Fragen wurden als Erinnerungsstütze vorformuliert in der jeweiligen Spalte des Leitfadens festgehalten.

### **Aufbau und Prinzipien des Leitfadens**

Abbildung 3: Übersicht über die Themenblöcke mit Erzählaufforderungen

1. Einstieg: Erzählen Sie mir doch bitte etwas über Ihre berufliche Arbeit. Was machen Sie so tagtäglich? Erzählen Sie mir über Ihre Arbeit mit den älteren Bewohner\*innen!
2. Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n): Wie erleben Sie die älteren Bewohner\*innen in Ihrem Berufsalltag?
3. Verständnisse von gutem Alter(n): Was macht für Sie persönlich gutes Alter(n) aus?
4. Verständnisse von professionellem Handeln: Wenn Sie an Ihren Berufsalltag denken, was macht da für Sie professionelles Handeln aus?
5. Realisierungsmöglichkeiten: Wie schätzen Sie die Realisierungsmöglichkeiten von gutem Alter(n) für die älteren Bewohner\*innen hier im Haus ein?
6. Abschluss: Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, was Sie gerne erzählen möchten, was Ihnen wichtig ist, worauf Sie noch nicht eingegangen sind?

Der Leitfaden besteht aus sechs Themenblöcken (Abbildung 3). Jedes Interview startete mit dem Themenblock *Einstieg* und der Aufforderung, etwas über die eigene berufliche Arbeit zu erzählen. Diese Frage diente als „Warming-up“ (Kruse 2014: 223) und ermöglichte es der befragten Person, zunächst etwas Vertrautes zu erzählen und dabei bereits thematische Akzente zu setzen. Tatsächlich deutete sich vielfach in dieser Anfangssequenz bereits das zentrale Thema des gesamten Interviews an.

Der komplexe Themenblock *Behinderung und Alter(n)* beinhaltete Fragen mit alltagspraktischen, biografisch-lebensweltlichen und konzeptionellen Bezügen zu den Aspekten Behinderung, Alter(n) sowie Behinderung und Alter(n). Einleitend wurde gefragt, wie die Fachkräfte die älteren Bewohner\*innen in ihrem Berufsalltag erleben würde. Daran schlossen sich bei Bedarf folgende Fragen an:

- „Woran machen Sie fest, dass Bewohner\*innen alt sind?“
- „Inwieweit hat sich Ihr Blick auf ältere Bewohner\*innen verändert?“

- „Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie ‚alt und behindert‘ hören?“

Nach demselben Prinzip wurden die Aspekte Behinderung und Alter(n) erfragt (vgl. Leitfaden im Anhang).

Der Themenblock *gutes Alter(n)* wurde eingeleitet mit der Frage: „Was macht für Sie persönlich gutes Altern aus?“. Anschließend wurde gefragt, was nach Ansicht der Befragten *gutes Alter(n)* für die Bewohner\*innen bedeuten könnte.

Der Themenblock *Professionelles Arbeiten* wurde mit der Frage eingeleitet: „Wenn Sie an Ihren Berufsalltag denken, was macht da für Sie ‚professionelles Arbeiten‘ aus?“ Im Bedarfsfall wurde diese spezifiziert zur Professionalität im Umgang mit Alter(n) und Behinderung gestellt und um die Frage nach Beispielen für professionelles Handeln ergänzt.

Im Themenblock *Realisierungsmöglichkeiten* wurden die Befragten gefragt, wie sie die Chancen eines guten Alter(n)s für die Bewohner\*innen in ihrer Einrichtung tatsächlich einschätzen. Ergänzend wurde nach ihrer Rolle beim Älterwerden der Bewohner\*innen gefragt. Dieser Themenblock schloss mit der Frage nach dem Bedarf für Verbesserungen sowie den erwarteten, erhofften oder befürchteten Entwicklungen dieses Wohnsettings.

Im Themenblock *Abschluss* erhielten alle Befragten noch einmal die Möglichkeit, Themen und Aspekte anzusprechen, die bislang im Interview noch nicht zur Sprache gekommen waren. Die meisten Befragten kamen dabei interessanterweise erneut auf das von ihnen ohnehin für essenziell gehaltene Thema zurück.

Jeder Themenblock wurde mit einer offen formulierten Erzählaufforderung eingeleitet (Tabelle 9). Darauf folgten in jedem Themenblock zwei bis vier konkrete, offen formulierte Nachfragen für den Fall, dass bestimmte für die Analyse wichtige Aspekte von den Befragten selbst noch nicht hinreichend thematisiert wurden.

Tabelle 9: Ausschnitt aus dem Interviewleitfaden, Themenblock gutes Alter(n). Eigene Darstellung nach Helferich (2009: 186) und Kruse (2014: 149)

**Leitfrage 5: Was macht für Sie persönlich gutes Alter(n) aus?**

Konkretes Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen	Inhaltliche Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie möchten Sie am liebsten älter werden – was wird Ihnen besonders wichtig dabei sein?</li> <li>- Was macht für Sie gutes Alter(n) bei Menschen mit Behinderung aus?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was geht Ihnen beim Thema gutes Altern noch durch den Kopf?</li> <li>- Können Sie mir noch mehr erzählen?</li> <li>- Fällt Ihnen noch etwas ein?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstbestimmung</li> <li>- Aktivität</li> <li>- Teilhabe</li> <li>- Gesundheit</li> <li>- Soziale Netzwerke, sozial integriert</li> </ul>

Sogenannte Aufrechterhaltungsfragen sollten die Befragten ermuntern, bereits thematisierte Aspekte weiter auszuführen (Kruse 2014: 218, Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009: 99). Dieser Fragentypus erwies sich als besonders wichtig, da das Interesse und die Aufmerksamkeit der Interviewerin unterstrich und das Erzählen der Befragten förderte, ohne dabei neue Inhalte einzubringen oder vorzugeben. Gegen Ende des Interviews wurden in einem gesonderten Fragenblock einige Einstellungsfragen gestellt.

Der Aufbau des Leitfadens entspricht der von Merton et al. (1956) formulierten Faustregel, wonach das Gespräch sich stets vom Allgemeinen zum Spezifischen hin bewegen und seinen Anfang bei der Perspektive der Befragten nehmen sollte (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009: 140).

### **Praktische Durchführung der Interviews**

Die Autorin hat sämtliche Interviews im Winter 2011/2012 persönlich geführt. Sie fanden in der jeweiligen Einrichtung statt – entweder im Aufenthaltsraum der Bewohner\*innen oder im Besprechungsraum der Mitarbeiter\*innen. Die Interviews dauerten im Durchschnitt zwei Stunden, das längste drei Stunden und 40 Minuten, das kürzeste eine Stunde und 30 Minuten. Zur Einstimmung wurde den Befragten der Hintergrund der Studie sowie der geplante Ablauf des Interviews erläutert. Dabei achtete die Interviewerin darauf, den Befragten nicht explizit zu sagen, dass es bei der Studie um die Erhebung ihrer Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) geht, um eine mögliche Färbung der Ergebnisse durch eine Vorsensibilisierung zu vermeiden. Stattdessen wurde den Befragten vermittelt, das Interesse der Interviewerin läge auf den Erfahrungswerten der Befragten im Umgang mit älteren Bewohner\*innen. Des Weiteren wurde betont, dass es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten gäbe und genügend Zeit zur Verfügung stünde, um die eigenen Worte für alles Wichtige zu finden. Nach Klärung der Datenschutzmodalitäten und Abgabe einer Einverständniserklärung wurde das Aufnahmegerät angeschaltet und das gesamte Interview aufgezeichnet.

Dem Motto folgend, dass der Leitfaden dem Interview dienen sollte und nicht umgekehrt (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009: 142), standen im Verlauf der Befragung die Fachkräfte und ihre Themensetzungen im Mittelpunkt; spontane Reaktionen, Deutungen, Gefühle und Mitteilungen von Seiten der Interviewerin wurden vermieden. Zur guten Interviewführung zählte zudem, die Kommunikation zu verlangsamen. Pausen gaben den Interviewten die Möglichkeit, ihre Gedanken zu sortieren und ihre Erzählung dann ggf. fortzuführen (Helfferich 2009).

Am Ende des Interviews hatten die Befragten die Gelegenheit, ihrerseits Fragen an die Interviewerin zu stellen, etwa zu den Hintergründen des Projektes. Danach endete das Interview offiziell und die Aufnahme wurde beendet. Im Anschluss daran füllten die Befragten einen kurzen Fragebogen mit persönlichen Angaben und Informationen über ihre Berufsbiografie sowie ihre Qualifizierung aus (siehe Anhang). Zu jedem Interview wurde zeitnah ein Postskript verfasst, das Bemerkungen zur Interviewsituation, zum Gesprächsverlauf, zu auffälligen Themen oder Störungen festhielt.

## 5.4 Transkription

Sinn und Zweck von Transkripten ist es, „über die alleinige (wort-)semantische, d. h. lexikalische Dimension des Textes hinaus so viele Informationen der Art und Weise der gesprochenen Sprache wie möglich in der Verschriftlichung zu ‚konservieren‘“ (Kruse 2014: 350). Mit dem Transkript als „Sekundärdatenmaterial“ kann dann valide „methodisch ausführlich und ohne Zeitdruck“ gearbeitet werden (ebd.).

Die Transkription der im Rahmen dieser Arbeit geführten Interviews erfolgte in Anlehnung an folgende fünf Regeln (Deppermann 2001: 46 ff., Kruse 2014: 358 ff.):

1. Es wurde weitgehend alles so verschriftet, wie es die Verfasserin gehört hat. Umgangssprachliches sowie inkorrekte Grammatikkonstruktionen wurden nicht bereinigt bzw. verbessert, sondern genauso exakt wiedergegeben. Füllwörter wie „mh“ oder „äh“ sowie Stottern wurden transkribiert. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass nicht falsch gesprochen, sondern nur anders gesprochen wird (Kruse 2014: 359). Auch die Ballung von „ähs“ in einem Textkorpus, in dem eher flüssig gesprochen wird, gibt Hinweise auf eine bedeutungsvolle Passage. Aus Gründen der Lesbarkeit wurden die „ähs“ bei den Interviewziten in dieser Arbeit jedoch gestrichen.
2. Alle Silben und Wörter wurden kleingeschrieben. Betonungen wurden großgeschrieben, besonders starke Betonungen zusätzlich mit Ausrufezeichen flankiert. Aus Gründen der Lesbarkeit wurden in den Interviewziten in dieser Arbeit Betonungen im Text durch Unterstreich hervorgehoben, besonders starke Betonungen durch eine fette Unterstreich. Betonungen markieren kommunikativen Sinn. Auch mit Pausen markieren Sprechende relevante Sinnbedeutungen und können damit z. B. Bedächtigkeit, Verlegenheit oder emotionale Bewegtheit ausdrücken (Kruse 2014: 359 f.).

3. Prosodische Merkmale, also melodische Phänomene des Gesprochenen, wie z. B. Akzente, Intonation, Pausen, Dauer, Tonhöhe und Tonstärke, wurden festgehalten, wenn es für die Analyse wichtig erschien. Aus Gründen der Lesbarkeit wurden diese Merkmale bei den Interviewzitat in dieser Arbeit ebenfalls gestrichen.
4. Bei der Transkription wurde versucht, auf vorgegriffene Interpretationen außersprachlicher oder sprachbegleitender Handlungen (z. B. „Person hustet verlegen“) zu verzichten.
5. Sprachlich kommunikativer Sinn wird interaktiv und damit ko-produktiv hergestellt. Deshalb war es wichtig, den sequenziellen Diskursverlauf festzuhalten, also zu markieren, inwieweit sich die Gesprächspartner\*innen ins Wort fallen und wann sie gleichzeitig sprechen.

Tabelle 10 stellt das Transkriptionssystem dar, das eine Adaption einer Kombination aus den Konventionen GAT-2-Minimaltranskript und GAT-2-Basistranskript darstellt (Kruse 2014: 362 f.). Abbildung 4 präsentiert einen Ausschnitt aus einem Interviewtranskript.

Tabelle 10: Transkriptionssystem (nach Kruse 2014: 362 f.)

Pausen und verlaufsstrukturelle Notationen	
(.)	Mikropause (unter 1 Sekunde)
(1), (2), (3), ...	Pausen in Sekundenlänge
-	Wort- oder Satzabbruch
{{gleichzeitig}}	Gleichzeitige Rede, Überschneidungen über zwei und mehr Zeilen
[...]	Redebeitrag des Gegenübers innerhalb eines Redebeitrags
Akzentuierungen	
akZENT bzw. akZENT	Betonung
ak!ZENT! bzw. akZENT	Starke Betonung
Endintonationen (Tonhöhenbewegung)	
?	Hoch steigend
,	Mittel steigend / schwebend
;	mMttel fallend
.	Tief fallend
:	Dehnung
Sonstiges	
((lacht)), ((hustet))	Außersprachliche Handlungen/Ereignisse/Störungen
<<lachend> ... >	Sprachbegleitende Handlungen
(?meint?)	Vermuteter Wortlaut
(??)	Unverständlicher Redebeitrag
(...)	Auslassungen im Transkript/Zitat
[[Name]], [[Ort 1]]	Anonymisierungen
Kursiv	Sinngemäße Zusammenfassung des Gesagten

Abbildung 4: Transkriptionsbeispiel

**Interviewerin:** wunderbar. (2) zu BEGINN (.) find ichs toll, wenn sie mir erzÄHLEN könnten, oder wenn sie mir etwas über ihre ARBEIT erzählen könnten, über ihre AUFGABEN, was MACHEN sie so tagtäglich (.) hier (2) in der einrichtung?

**Person 1:** also, wir (.) sind ja das WOHNheim [mhm], eine zeit des tages verbringen die bewohner auch (.) in der WERKstatt, in der regel. es gibt die eine ausnahme, rentner oder der gleichen die am arbeitsprozess teilnehmen können, dass die dann im HAUSE verbleiben. da haben wir auch so eine gruppe gegründet, (.) aber ansonsten ist die regel, sie gehen in die WERKstatt und kommen dann so gegen vier uhr (.) wieder zu uns zurück, [mhm] und DA fängt dann meine Elgentliche aufgabe an.

Die Transkripte wurden mithilfe des Transkriptions-Softwareprogramm f4 erstellt; es entstanden knapp 850 Seiten. Namen und Ortsangaben wurden durch Umschreibungen anonymisiert. Während des Transkribierens wurde ein Transkriptionstagebuch geführt, in dem erste Eindrücke, Fragen, Auffälligkeiten, Ideen, Impulse zu den jeweiligen Interviews für die spätere Auswertung festgehalten wurden.

## 5.5 Auswertung nach dem integrativen Basisverfahren

### Definition und Ziele

Die Daten wurden in Anlehnung an das *integrative Basisverfahren* von Kruse (Kruse/Schmieder 2012) ausgewertet. Dabei handelt es sich um ein sequenzanalytisches, hermeneutisches Verfahren zur rekonstruktiven Analyse von Textdaten, das seine Wurzeln in der dokumentarischen Interpretation nach Karl Mannheim und der ethnomethodologischen Konversationsanalyse nach Harold Garfinkel hat (vgl. Kruse 2014).

Ziel des Integrativen Basisverfahrens ist es *zentrale Motive* aus dem Text eines jeden Interviews herauszuarbeiten, um somit auf die Deutungsmuster in den subjektiven Sichtweisen der Befragten auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln zu schließen. *Zentrale Motive* sind sprachlich kommunikative Bündel oder auch Selektionen, die sich in ihrer sinnhaften Weise deutlich von der Fallstruktur anderer Fälle unterscheiden. Sie tauchen konsistent über thematische Passagen über verschiedene Sprachebenen hinweg auf. Sie lassen sich vor allem in dichten Passagen, häufig der Einstiegspassage identifizieren (Kruse 2014: 563-564, 575).

Bevor das integrative Basisverfahren in seinem Ablauf beschrieben wird, werden die Grundprinzipien und Verfahrensmomente rekonstruktiv-hermeneutischer Analysen in Anlehnung an Kruse (2014) skizzenhaft vorgestellt. Des Weiteren werden Begrifflichkeiten, die für das Verständnis des Analyseverfahrens relevant sind, eingeführt.

### **Grundannahmen und -prinzipien rekonstruktiv-hermeneutischer Analysen**

Eine Grundannahme rekonstruktiv-hermeneutischer Analyseverfahren lautet, dass das *Gesagte* nicht identisch mit dem *Gemeinten* ist. Das heißt, „dass der Sinngehalt von Versprachlichungen stets vor dem Hintergrund der interaktiven Verständigungsleistungen betrachtet werden muss, welche den Sinn überhaupt erst ‚produzieren‘“ (Kruse 2014: 392). Die Bedeutung eines Wortes ergibt sich also nicht von selbst. Erst über die Rekonstruktion des netzwerkförmig angelegten semantischen Sinns kann die tatsächliche Bedeutung de-indexikalisiert werden (Kruse 2014: 84). So kann beispielsweise „Alter“ für die einen Inaktivität und Verlusterfahrung bedeuten, für die anderen Freiheit und Erfahrungsreichtum.

Eine zweite Grundannahme lautet, dass sich der sprachlich-kommunikative Sinn einer Aussage *emergent entwickelt*. Das bedeutet, dass die interviewten Personen zu einem bestimmten Gesprächszeitpunkt noch nicht wissen, was sie zu einem späteren Zeitpunkt genau sagen bzw. wie sie es ausdrücken werden. Aus diesem Grund wird die Analyse *sequenziell* durchgeführt. Die Beschreibung der sprachlich-kommunikativen Phänomene in der gesprochenen Sprache wird Sequenz für Sequenz, also Wort für Wort, Zeile für Zeile und Passage für Passage vollzogen. Daraus folgt, dass früher Gesagtes nicht mit Späterem erklärt werden kann, jedoch muss später Gesagtes mit Früherem in eine konsistente Deckung gebracht werden (Kruse 2014: 393 f.).

Die *Sinnhaftigkeitsunterstellung* besagt, dass alle sprachlich-kommunikativen Praktiken der interviewten Personen für sich genommen einen Sinn ergeben. Diesen subjektiv gemeinten Sinn gilt es zu rekonstruieren (Kruse 2014: 395).

Das Prinzip der *Datenzentrierung* erinnert daran, dass die Analyse sowie die interpretativen Schlüsse streng auf das vorhandene Textmaterial bezogen sein müssen. Interpretationen werden aus dem vorhandenen Text heraus entwickelt und müssen sich konsistent mit diesem decken. Dabei soll so wenig wie möglich eigener Sinn in den fremden Text hineingelegt werden. Mit der Frage „Wo steht das im Text?“ (Kruse 2014: 396) diszipliniert sich die forschende Person bei der Auswertung, die Grundlage eigener Interpretationen kritisch zu überprüfen.

Die *Rekonstruktionshaltung* verweist auf das Prinzip der Offenheit bei der Auswertung. Dabei soll das eigene Relevanzsystem weitestgehend zurücktreten, im Fokus soll dagegen das Relevanzsystem der interviewten Person stehen: Damit geht das Bemühen einher,

voreilige Schlüsse zu kontrollieren. Schließende Interpretationen sollen erst ganz am Ende des Auswertungsprozesses erfolgen (Kruse 2014: 396 f.).

Das Prinzip der *Transparenz der Deutung* besagt, dass der eigene Forschungs-, Erkenntnis- und Konfliktprozess so weit wie möglich dokumentiert wird, um ihn für Dritte nachvollziehbar zu machen. Nur so können die Ergebnisse qualitativ hochwertig, überzeugend und valide sein (Kruse 2014: 397). Das bedeutet auch, alternative Lesarten argumentativ zu entwickeln oder zumindest Hinweise auf diese zu geben, auch wenn diese nicht weiterverfolgt werden.

Am Anfang der Datenanalyse steht die Öffnung der Analyse durch die umfassende und vielschichtige Deskription der sprachlich-kommunikativen Muster im Text. Diese Deskription findet auf den sogenannten drei Aufmerksamkeitsebenen statt. Dabei wird der Deskriptionsprozess durch die Orientierung an sogenannten forschungsgegenständlichen und methodischen Analyseheuristiken („Scanner“) (s. u.) strukturiert. Die Begriffe *Aufmerksamkeitsebenen* und *Analyseheuristiken* werden im Folgenden beschrieben.

### **Die drei Aufmerksamkeitsebenen**

Die Entscheidung einer Person, *was* sie *wie* sagt, beruht auf Sprachselektionen, die auf drei verschiedenen Ebenen stattfinden: auf der interaktionellen, der syntaktischen und der semantischen Ebene. Die Selektionen sind auf spezifische dahinterliegende Regeln bzw. auf einem spezifischen sozialen oder subjektiven Sinn zurückzuführen (Kruse 2014: 479). Die Beschreibung der sprachlich-kommunikativen Muster auf jeder dieser drei Ebenen ist der Versuch, der hochkomplexen Konstruktion sprachlich-kommunikativer Bedeutung gerecht zu werden (ebd.), also jedes komplexe Symbolsystem aus der Perspektive des anderen jeweils Sprechenden zu verstehen. Gleichzeitig erfährt der Analyseprozess durch die detaillierte Beschreibung der sprachlich-kommunikativen Phänomene eine Verlangsamung, indem die Prozesse der Deskription und der Interpretation voneinander getrennt werden. Interpretationen stehen am Ende des Analyseprozesses und sollen weitestgehend durch die Daten begründet sein und nicht umgekehrt (Kruse 2014: 385 ff.).

Auf der *Aufmerksamkeitsebene der Pragmatik bzw. Interaktion* werden die „(symbolischen) Handlungen“ der Interviewten sowie deren Beziehungsgestaltungen beschrieben (Kruse 2014: 481). Auf dieser Ebene wird also untersucht, wie sich die Beziehung zwischen Interviewer\*in und interviewter Person entwickelt (Interviewdynamik, Frage-Antwortverhalten, Rollenverteilung), wie sich die Befragten selbst in Szene setzen und wie



diese Personen präsentieren, über die sie sprechen (sogenannte narrative Personen) (Kruse 2014: 482).

Auf der *Aufmerksamkeitsebene der Syntaktik bzw. Syntax* wird beschrieben, welche grammatikalischen Besonderheiten sich in der Sprache der Interviewten finden lassen (Kruse 2014: 482). „Syntaktische Analysen können verdeutlichen, wie subjektive Bedeutungskonstruktionen, mentale Modelle und Repräsentationen, aber auch soziale Deutungsmuster strukturiert sind“ (Kruse 2014: 482). Die Analyse eröffnet den Zugang zu den syntaktischen „Ordnungen der Dinge in den Köpfen der Menschen“ (Kruse 2014: 483). Bei der Deskription wurde z. B. darauf geachtet, ob die Erzählenden eher Aktiv- oder Passivkonstruktionen verwenden, wenn sie z. B. von alten Menschen berichten, oder ob sie von sich selbst in der Ich-Form oder als Neutrum („man“) sprechen. Zudem wurde untersucht, ob die Sätze der Befragten kurz stringent oder verschachtelt formuliert waren, ob fließend gesprochen wurde oder ob es viele Wort- bzw. Satzabbrüche gab. Ebenso wurde auf sich verändernde Lautstärke, Redegeschwindigkeit sowie auf auffallende Denkpausen oder besonders schnelle Redeanschlüsse geachtet.

Auf der *Aufmerksamkeitsebene der Semantik* werden die Wortwahl und das Vokabular der interviewten Personen betrachtet. Die kognitive Linguistik zeigt, dass subjektive Bedeutungskonstruktionen nicht nur grammatikalisch, sondern auch metaphorisch strukturiert sind. Somit ist die semantische Analyse ein wertvoller Zugang zu den sozialen Deutungsmustern (Kruse 2014: 483). Im Zuge der Deskription wurde z. B. untersucht, inwieweit der Arbeitsalltag eher mithilfe von Fachbegriffen (z. B. „Morgenpflege“, „Bekleidungskäufe“ etc.) oder mit Begrifflichkeiten der Alltagssprache (z. B. „Zähneputzen“, „Shoppens gehen“) beschrieben wurde. Darüber hinaus konnten sich Begrifflichkeiten bestimmten Wortfamilien zuordnen lassen (z. B. „Bewegung“, „Bewegungsmotor sein“, „beweglich bleiben“, „etwas bewegen“?). Wird eher sachlich oder illustrativ erzählt? Welche Metaphern werden gewählt? („Das Leben ist wie ein Paket“). Welche Themen werden ausgelassen?

### **Einsatz von Analyseheuristiken**

Trotz des induktiven Prozesscharakters der offenen, deskriptiven Analyse kommen zum Zwecke der Systematisierung und Strukturierung auch deduktive Prozesselemente in Form von *Analyseheuristiken* zum Tragen (Kruse 2014: 489). Dabei sind *forschungsgegenständliche* und *methodische* Analyseheuristiken zu unterscheiden:

Zu den *forschungsgegenständlichen Analyseheuristiken* zählen etwa die Fragen aus dem Leitfaden als thematische Setzung. Diese fungieren als „Scanner“ (Kruse 2014: 491) oder „Wegweiser im Dickicht sprachlich-kommunikativen Sinns“ (Kruse 2014: 493). Ohne einen schließenden Charakter zu haben, geben sie der Analyse eine grobe Richtung und helfen zu erkennen, *was* beschrieben werden soll.

Je nach Beschaffenheit des Textes können weitere unterschiedliche Analyseheuristiken eingesetzt werden. Im Folgenden werden die Instrumente der Agencyanalyse, der Positioninganalyse und der Metaphernanalyse vorgestellt (vgl. Kruse 2014: 501 ff.):

*Agency* wird in der qualitativen Sozialforschung als subjektive Zuschreibung von Handlungs- und Wirkungsmächtigkeit verstanden. Diese kann sich auf verschiedene Weise im Text widerspiegeln (Lucius-Hoene/Deppermann 2002: 59 f.). Die *Agencyanalyse* untersucht auf den drei genannten Aufmerksamkeitsebenen, in welchem Maße und in welcher Form Personen, Artefakten oder abstrakten Geschehnissen Agency zugeschrieben oder auch abgesprochen wird. Im konkreten Fall geben etwa die Aussagen der befragten Fachkräfte Hinweise darauf, ob diese älter werdende Bewohner\*innen eher als selbsttagierend oder als passiv darstellen, oder inwieweit sie Alter(n) als etwas ansehen, das einfach passiert oder als etwas, das durchaus von einem selbst beeinflusst werden kann.

Im Rahmen der *Positioninganalyse* werden mikrosprachliche Phänomene auf ihre sozialräumliche Funktion hin betrachtet (Kruse 2014: 510). Das heißt, dass einzelne Sprachakte Hinweise auf die Selbst- und Fremdpositionierungen und damit auf die Beziehungsformen zwischen verschiedenen Akteur\*innen geben. Die sprachlich-kommunikativen Mittel zur Analyse dieser sozialen Positionierung sind zum einen die Analyse von *Perspektiven* und *Stimmen* (Lucius-Hoene/Deppermann 2002: 228 ff.). Dabei wird untersucht, wann eine befragte Person aus der Perspektive eine\*r bestimmten Bewohner\*in spricht bzw. warum sie dies überhaupt nicht tut. Zum anderen gehört dazu die Analyse des *Involvements*. Dabei wird gefragt, ob Ereignisse oder Abläufe aus der Perspektive eines Außenstehenden geschildert werden oder ob die erzählende Person selbst am Geschehen beteiligt ist. Zudem ist hier relevant, ob die Person von sich selbst eher distanziert berichtet oder emotional erregt erzählt.

*Metaphern* formen und repräsentieren Alltagskonzepte, Handlungshorizonte, Relevanzsysteme, Deutungsmuster, Weltverständnisse (Kruse 2014: 516). Durch die *Metaphernanalyse*, also die Analyse dieser metaphorischen Ausdrücke können sogenannte metaphorische Konzepte rekonstruiert werden. Aus diesen lassen sich wiederum Schlüsse auf

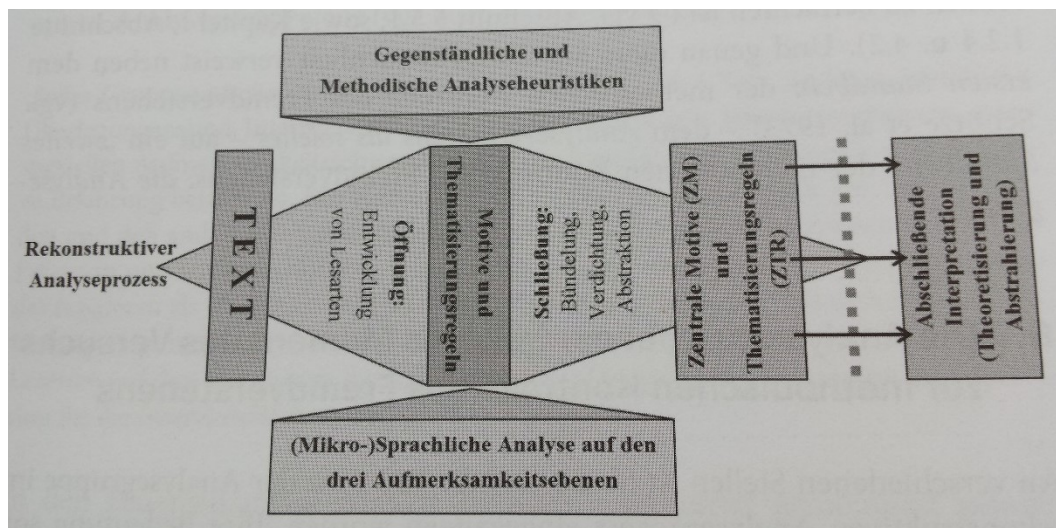
die metaphorische Struktur der jeweiligen Denk- und Handlungshorizonte ziehen (ebd.). Metaphern „eröffnen bestimmte Handlungsdimensionen, indem sie bekannte Erfahrungen, Wissensbestände und Einstellungen des bildspendenden Bereichs [...] übertragen (Kruse et al. 2011: 68). Metaphorik entsteht durch ein Netzwerk von semantischen Gebilden. Sie muss daher als solche analysiert werden, indem Regelmäßigkeiten bzw. Muster identifiziert werden (Kruse 2014: 517).

Nach der Einführung wesentlicher Begrifflichkeiten des Analyseprozesses wird dieser nun vorgestellt:

### Der Analyseprozess in der Gesamtschau

Der gesamte Analyseprozess besteht aus zwei gegensätzlichen Prozessen, der *Öffnung* und der *Schließung* (Abbildung 5):

Abbildung 5: Schema des Analyseprozesses des integrativen Basisverfahrens (Kruse 2014: 567)



Zu Beginn steht die *Öffnung* der Analyse durch die umfassende und vielschichtige Deskription der sprachlich-kommunikativen Muster im Text. Diese bezieht sich auf die drei oben vorgestellten Aufmerksamkeitsebenen. Dabei wird der Deskriptionsprozess durch die Orientierung an forschungsgegenständlichen und methodischen Analyseheuristiken („Scanner“) (s. o.) strukturiert. Auf Grundlage der Deskriptionsergebnisse werden offene Lesarten (lockere Interpretationen) entwickelt.

Bei der *Schließung* werden diese verschiedenen Lesarten über einen iterativen, zunehmend abstrahierenden Prozess der Verdichtung und Bündelung zu *zentralen Motiven* zusammengefasst. Deren Bestimmung erfolgt erst passagen-, dann interviewübergreifend und bildet den Übergang von der „deskriptiven Rekonstruktion hin zur (abschließenden)

*rekonstruktiven Interpretation*“ (Kruse 2014: 567, Hervorhebung im Original). Die direkte Textebene des konkreten Falls wird verlassen, das Relevanzsystem der Forschenden gewinnt an Bedeutung bei der Analyse. Erkenntnisse aus verschiedenen Interviews werden miteinander verglichen und weiter abstrahiert. Ergebnisse werden mit der Fragestellung rückgebunden. Am Ende des Analyseprozesses steht die abschließende Interpretation zentraler Motive, die schließlich einen stark theoretisch-abstrakten Gehalt aufweisen.

### **Beschreibung des konkreten Vorgehens bei der Auswertung**

Im Prozess der *Öffnung* der Analyse wurde nach der Transkription der Text jedes Interviews Zeile für Zeile durchgegangen und für jede der drei genannten Aufmerksamkeits Ebenen (Pragmatik/Interaktion, Syntax und Semantik) jeweils sämtliche sprachlich-kommunikativen Auffälligkeiten farblich markiert. Ziel dieser *sequenziellen Deskription* war es, sprach-kommunikative Muster sowohl auf der *Was*-Ebene (*Was* wird gesagt?) als auch auf der *Wie*-Ebene (*Wie* wird es gesagt?) zu identifizieren. Dies bildete die Grundlage für die erste Formulierung *offener Lesarten* (oder auch *Interpretationen*). Diese wurden an der jeweiligen Stelle im Transkript als Hypothesen über mögliche Motive notiert (Kruse 2014: 384).

Im Prozess der *Schließung*, der aus drei Runden besteht, wurden in der *ersten* Runde die formulierten offenen Lesarten durch das Verdichten von Mustern zu Motiven, iterativ strukturiert, gebündelt und verdichtet. Auf diese Weise werden für jeden Textabschnitt jeweils *Konzepte* (Muster auf der *Was*-Ebene) und *Thematisierungsregeln* (Muster auf der *Wie*-Ebene) herausgearbeitet. Dieser wiederum verdichten sich zu *textabschnittsbezogene Motiven* (Kruse 2014: 562 f.). Diese Motive sind als „symbolisch konsistente Sinnfigur“ zu verstehen, die sich auf den verschiedenen Sprachebenen und in sich wiederholend auftauchenden sprachlichen Bildern ausdrücken (Kruse 2014: 562 f.). Dieser Analyseschritt wurde jeweils über ein Interviewtranskript durchgeführt.<sup>56</sup>

In der *zweiten* Runde, ein weiterer iterativer und komparativer Prozess, wurden die einzelnen textabschnittsbezogenen Motive zu fallspezifischen *zentralen Motiven* verdichtet. Thematisierungsregeln fließen bereits während des Verdichtungsprozesses von Mustern zu Motiven ein. Am Ende steht für jedes Interview ein zentrales Motiv.

In der *dritten* Runde wurden die zentralen Motive eines jeden Interviews abermals gebündelt und in einem letzten Verdichtungs- und Abstraktionsprozess zu fallübergreifen-

---

<sup>56</sup> Dieser Analyseschritt ist vergleichbar dem offenen Kodieren nach Strauss und Corbin (Kruse 2014: 563).

den Kernkategorien abgeleitet. Kernkategorien stehen für die sinnstrukturelle Gesamtgestalt aller Interviews und bilden damit die Essenz der erhobenen Sichtweisen ab. Die Kernkategorien wurden nach dem sogenannten Mini-Max-Prinzip gebildet, d. h. die zentralen Motive die zusammen eine Kernkategorie ergeben, weisen innerhalb dieser Gruppe minimale Unterschiedlichkeit auf; außerhalb dieser Gruppe, im Vergleich zu den zentralen Motiven, die andere Kernkategorien bilden, weisen sie maximale Unterschiedlichkeit auf (Kruse 2014: 633).

Tabelle 11: Ausschnitt aus der Längsauswertung in tabellarischer Aufbereitung (nach Kruse 2014: 629)

<b>Zentrales Motiv: Begegnung, Thematisierungsregel: sich Annähern</b>				
Analyseheuristik	Themen	Deskriptive Analyse	(Zentrale) Motive	Thematisierungsregel
<b>Professionalität</b>	<p><u>Aufgaben</u> (3)*: Motivation = Spaß an der Begegnung; Pflichtprogramm macht ich auch, macht aber keinen Spaß (Pflicht vs. Kür); (...)</p> <p><u>Arbeit mit älteren Bewohner*innen</u> (266–378): Was ich bin, sein kann ist Vater, Mutter (...); körperliche Nähe zu Bewohner; (...)</p> <p><u>Unverkopftes Arbeiten</u> (1104 ff.): Zielplanung lästig, Haltung und Gesinnung sind entscheidend</p>	<p><b>Interaktion:</b></p> <p><u>Über sich:</u> Spass an der Begegnung; ich finde alle Menschen interessant (555); (...)</p> <p><u>Grenzen:</u> körperliche Nähe zu Bewohner: er schmiegte sich immer sehr an mich und ich MOCHTE das net, ließ ihn aber, wenn ich merkte, dass die sache innerlich für mich ok war“ (329); (...)</p> <p><b>Syntax:</b></p> <p>Definition von Professionalität (Begegnung) fällt leicht, schnelle, klare Antworten (1137 ff.); längere Auseinandersetzung, komplizierte Formulierungen über fremdbestimmte Zielvorgaben von Oben (1148–1154)</p> <p><b>Semantik:</b></p> <p>Begegnung, Spaß, interessant; unverkopftes Arbeiten; (...)</p>	<p>Spaß, Begegnung vs. Konzepte, Zielvereinbarungen</p> <p>Nähe vs. Distanz</p>	<p>Interviewperson nähert sich Thema von verschiedenen Seiten an</p> <p>Ambivalenzen</p>

\*Zeilenangaben im Transkript

### Strukturierung und Dokumentation der Analysearbeit

Um den ersten, offenen Interpretationen eine Struktur zu geben, um den Überblick zu behalten sowie um die einzelnen Analyseschritte zu dokumentieren, wurden die Ergebnisse des ersten Analysedurchgangs tabellarisch zusammengefasst (Tabelle 11). In dieser

Tabelle wurden sämtliche sprachlich-kommunikativen Aspekte festgehalten, die Hinweise auf bestimmte Aspekte, z. B. Professionalität geben. Dabei wurde differenziert nach der Textstelle, den angesprochenen Themen und eventuellen Auffälligkeiten auf einer der drei Aufmerksamkeitsebenen. Aufgrund der Menge an Informationen erfolgte dies in zwei Durchläufen: Im ersten Durchlauf wurden die Phänomene noch sehr detailliert beschrieben, im zweiten dann die Einzelinformationen zusammengefügt, gebündelt und abstrahiert, so dass erste zentrale Motive und Thematisierungsregeln herausgearbeitet werden konnten. Aspekte, die sich auf Anhiob keiner der Analyseheuristiken zuordnen ließen, wurden am Tabellenende unter „Sonstiges“ aufgelistet und je nach Relevanz im weiteren Analyseverlauf berücksichtigt.

Folgende Themen, die der Leitfaden vorgibt sowie Themen, die sich erst im Zuge der Analyse aus dem Datenmaterial herauskristallisiert haben (*kursiv unterlegt*), dienten dabei als Strukturierungsrahmen erster Interpretationen:

- Einstiegssequenz: Aufgaben und Abläufe
- Subjektive Konzepte von Alter(n): Assoziationen, Definition, Be-, Zu- und Umschreibungen, *Umgang/Beziehung*, Veränderung der Sichtweise;
- Subjektive Konzepte von Behinderung: Assoziationen, Definition, Be-, Zu- und Umschreibungen, *Umgang/Beziehung*, Veränderung der Sichtweise, *Umwelt*;
- Subjektive Konzepte von Alter und Behinderung: Assoziationen, Definition, Be-, Zu- und Umschreibungen, *Umgang/Beziehung*, Veränderung der Sichtweise, *Umwelt*;
- Subjektive Konzepte von Professionalität (im Hinblick auf Arbeit mit (älteren) Menschen mit Behinderung): Definition, erforderliche Kompetenzen, Wertigkeiten, *Selbstpositionierung*, *Umgang mit und Beschreibung der Bewohner\*innen*, *Rolle der Kolleg\*innen*, *Herausforderungen/Grenzen*;
- Rahmenbedingungen für gutes Älterwerden für Bewohner\*innen: Status Quo, Verbesserungsbedarf, Visionen
- Abschluss: Nachtrag, Bewertung des Gesprächs, Teilnahmemotivation

Am Ende dieser beiden Durchläufe waren in diesen Tabellen auf übersichtliche Weise das zentrale Motiv und die zentrale Thematisierungsregel jedes einzelnen Interviews erkennbar.

Darüber hinaus wurde im Verlauf der Analyseprozesse auf der Grundlage der so dokumentierten von den Befragten versprochenen Themen (zweite Spalte) ein Kategoriensystem entwickelt. Die Hauptkategorien bestanden in den forschungsgegenständlichen Analyseheuristiken, die dazu gebündelten Themen bildeten die Unterkategorien. Mithilfe dieses Kategoriensystems konnten fallweise wesentliche Aussagen zu bestimmten Themenschwerpunkten (Behinderung, Alter(n), gutes Alter(n), professionelles Handeln) sowie die Hauptaussagen des Falles strukturiert und visualisiert werden.

Das integrative Basisverfahren gilt als „anspruchsvoll und arbeitsaufwändig“, weshalb forschungspraktische „(Abkürzungs-)Strategien“ (Kruse 2014: 574; kursiv im Original) legitim sind. Basierend auf theoretischen Vorüberlegungen, wie z. B. die maximale Kontrastierung anhand der Merkmale Profession, Alter und Geschlecht wurde eine Substichprobe von sechs Interviews definiert, die vollständig rekonstruktiv-hermeneutisch analysiert wurden. Auf Grundlage dieser sechs Fälle wurden vorläufige Kernkategorien gebildet, die bei der weiteren Kodierung als Analyseraster dienten (Kruse 2014: 580). Die weiteren sechs Interviews wurden ebenfalls offen, mikrosprachlich deskriptiv bearbeitet, jedoch basierte die Deskriptionsanalyse auf den vier Kernkategorien und war daher selektiver. Nachdem alle zwölf Interviews wie beschrieben ausgewertet waren und für jedes Interview ein zentrales Motiv vorlag, wurden die Kernkategorien in einem iterativen Abstraktionsprozess vergleichend und verdichtend ergänzt, geprüft und final überarbeitet (Kapitel 6.1).

## 5.6 Kritische Reflexion des methodischen Vorgehens

Wie lassen sich die Ergebnisse im Hinblick auf die Qualität der erhobenen und ausgewerteten Daten einordnen? In Anlehnung an Kruse (2014: 54 ff.) können die in Kapitel 6 vorgestellten Ergebnisse dieser Interviewforschung als *intersubjektiv nachvollziehbar* bezeichnet werden, da die einzelnen Schritte des Forschungsprozesses (Ableitung der Forschungsfragen, Wahl der Erhebungsmethode, Festlegung des Samplings, Durchführung, Transkription und Auswertung der Interviews) ausführlich dokumentiert wurden. In der Ergebnispräsentation (Kapitel 6) wurden die zentralen Motive, die auf ihnen basierenden Kernkategorien sowie die Interpretationen ausführlich dargestellt. Durch die Auswertung von Interviewsequenzen in einer Analysegruppe konnten verschiedene Lesarten diskutiert werden, womit dem Anspruch der Intersubjektivität der Interpretationen genüge getan wurde. Die *reflektierte Subjektivität* konnte durch die methodische Kontrolle des

Fremdverstehens gewährleistet werden. Das heißt, dass die Steuerung des Interviewverlaufs (z. B. durch die Kommentare der Interviewerin) sowie der Einfluss der subjektiven Position der Forscherin bei der Auswertung bewusstgemacht und expliziert wurden. Auch diese mögliche Einflussnahme wurde in der Analysegruppe diskutiert. Der Anspruch der *internen Validität* konnte durch die Einhaltung der Konsistenzregel gesichert werden. Demnach ist eine Lesart eines Textabschnitts dann gültig, wenn diese konsistent mit dem gesamten Text ist, sich herausgearbeitete Sinnstrukturen nicht als einmalig oder zufällig erweisen, sondern sich durchgängig durch das gesamte Interviewmaterial ziehen. Die Konsistenz der jeweiligen zentralen Motive kann in Kapitel 6.1 nachvollzogen werden. *Externe Validität* als Gütekriterium der Verallgemeinerbarkeit meint in der qualitativen Forschung die Repräsentation, also die Frage, ob ein Falltyp umfassend repräsentiert ist. Um in der qualitativen Forschung selbst bei geringer Fallzahl von einem gewissen Grad an Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse über die Einzelfälle hinaus sprechen zu können, ist die Stichprobe entscheidend. In vorliegender Studie wurde eine strukturell stark variierende selektive Stichprobe gezogen, die die Heterogenität der Fachkräfte in stationären Einrichtungen der Behinderung abdeckt.

Nachdem der thematische Hintergrund vorliegender Untersuchung (Kapitel 2), die theoretische Rahmung der Forschungsfragen (Kapitel 3), der Forschungsstand zu Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung und zu Altersbildern verschiedener Berufsgruppen rezipiert (Kapitel 4) und das methodische Vorgehen nachgezeichnet wurde (Kapitel 5), werden nun in Kapitel 6 die Ergebnisse der Interviewforschung vorgestellt.



## 6 Ergebnisse der Interviewauswertung

Kapitel 6 befasst sich mit den Ergebnissen der Interviewauswertung. Kapitel 6.1 stellt für die zwölf ausgewerteten Interviews jeweils die *zentralen Motive* vor, aus denen die drei fallübergreifenden Kernkategorien AKTIVITÄT, BEZIEHUNG und STRUKTUR abgeleitet wurden. Diese drei Kategorien bilden die Essenz der rekonstruierten Sichtweisen der befragten Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln. Die Kernkategorien bilden bei der Ergebnispräsentation in Kapitel 6.2 den Rahmen für die Darstellung der rekonstruierten Deutungsmuster in den subjektiven Sichtweisen von Behinderung, Alter(n) und professionellem Handeln befragter Fachkräfte. Kapitel 6.3 fasst die Darstellung der Ergebnisse zusammen und beantwortet dabei die Forschungsfragen. In Kapitel 6.4 werden die zentralen Ergebnisse unter Hinzunahme der theoretischen Rahmung, des Forschungsstandes sowie der Forschungsfragen diskutiert.

### 6.1 Die zentralen Motive und Kernkategorien

Im Folgenden werden die zwölf zentralen Motive vorgestellt, die im Zuge der rekonstruktiven texthermeneutischen Analyse der zwölf teilnarrativen Interviews identifiziert wurde – für jedes Interview wurde ein zentrales Motiv abgeleitet (Tabelle 12). Ein Motiv ist dann zentral, wenn es in dichten Passagen auftritt und sich konsistent über verschiedene thematische Passagen im gesamten Interview sowie auf unterschiedlichen Aufmerksamkeitsebenen (Kapitel 5.5) identifizieren lässt.

Tabelle 12: Zentrale Motive und Kernkategorien

Interview-Nr.	Zentrales Motiv	Kernkategorie
3	Sinnvolles Gestalten	AKTIVITÄT
5	Sich/etwas bewegen	
11	Selbständigkeit durch Perspektivwechsel	
2	Sich begegnen/annähern	BEZIEHUNG
8	Normalisieren	
9	Gratwanderung, Grenzen erfahren	
12	(Spannungen) ausgleichen	
14	Sich positionieren	STRUKTUR
4	Unterschiedliches zusammenbringen	
6	Rahmen abstecken und mit Inhalt füllen	
7	Einheiten zusammenführen	AMBIVALENZ
13	Ambivalenzen	

Aus diesen zwölf zentralen Motiven wurden in einem finalen Abstraktionsprozess die drei fallübergreifenden Kernkategorien AKTIVITÄT, BEZIEHUNG, STRUKTUR gebildet<sup>57</sup>. Als sinnstrukturelle Gesamtgestalt aller Interviews bilden sie die Essenz der Sichtweisen und Handlungsperspektiven der Fachkräfte bezüglich der Themenkomplexe Behinderung, Alter(n) sowie professionelles Handeln. Zusätzlich wurden für Interview 13 die Ambivalenzen aufgenommen, da dieses Gespräch quer zu den restlichen elf Interviews liegt. Jeder der drei erstgenannten Kernkategorien stellt ein Spannungsfeld zwischen zwei entgegengesetzten Polen dar. So betrachten und erleben die befragten Fachkräfte etwa die Phänomene Behinderung und Alter(n)

- aus einer AKTIVITÄTS-Perspektive im Spannungsfeld zwischen Aktivität und Passivität,
- aus einer BEZIEHUNGS-Perspektive im Spannungsfeld zwischen Nähe/Akzeptanz und Distanz/Ablehnung sowie
- aus einer STRUKTUR-Perspektive im Spannungsfeld zwischen Heterogenität und Homogenität.

Aufgrund der beschriebenen Spannungsfelder werden Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln von den Fachkräften meist ambivalent wahrgenommen. Zudem sind die Fachkräfte in ihrem Arbeitsalltag mit Widersprüchlichkeiten konfrontiert, auf die sie professionell reagieren müssen.

In diesem Unterkapitel 6.1 wird skizziert, aus welchen zentralen Motiven sich die drei Kernkategorien jeweils ableiten lassen und welche Sprachselektionen in den einzelnen Interviews bestimmend für das jeweilige zentrale Motiv waren. Abschnitt 6.1.1 behandelt die Kernkategorie AKTIVITÄT, Abschnitt 6.1.2 die Kernkategorie BEZIEHUNG, Abschnitt 6.1.3 die Kernkategorie STRUKTUR und Abschnitt 6.1.4 die Ambivalenzen. Am Ende (6.1.5) steht eine kurze Zusammenfassung.

### **6.1.1 Kernkategorie AKTIVITÄT**

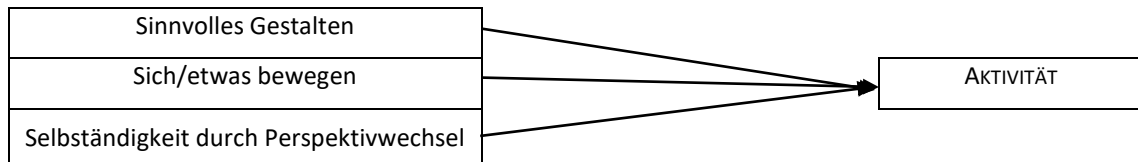
Die Kernkategorie AKTIVITÄT, bei der sich Fachkräfte dem Themenfeld Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln über das Spannungsfeld zwischen Aktivität und Passivität nähern, ergibt sich im Wesentlichen aus den drei zentralen Motiven sinnvolles

---

<sup>57</sup> Tatsächlich enthalten sämtliche Interviews Aspekte *aller* drei Kernkategorien. Die in Kapitel 6.1 vorgestellten Interviews bzw. Motive sind jedoch die homogensten, auf deren Grundlage sich die Kernkategorien ableiten lassen.

Gestalten, sich/etwas bewegen und Selbständigkeit durch Perspektivwechsel (Abbildung 6).

Abbildung 6: Zentrale Motive der Kernkategorie AKTIVITÄT



Das verbindende Element dieser drei zentralen Motive ist die Annäherung an das Verständnis von Behinderung und Alter(n) über das Kriterium der Aktivität bzw. Passivität. Das schließt sowohl den Willen als auch die Fähigkeit zu Aktivität bzw. Passivität mit ein. Behinderung und Alter(n) werden mit veränderten bzw. verringerten oder neuen Möglichkeiten sinnvollen Gestaltens, selbständigen Lebens sowie des sich bzw. etwas Bewegens verbunden. Aktivierende bzw. beruhigende oder ausgleichende Maßnahmen werden als Reaktionen auf Zustände und Entwicklungen verstanden, die mit Behinderung und Alter(n) einhergehen (können).

### **Zentrales Motiv: Sinnvolles Gestalten (Interview 3)**

Das zentrale Motiv von Interview 3 ist das *sinnvolle Gestalten*. Die befragte Fachkraft, eine ältere Erzieherin, die in der Tagesstrukturierung für berentete Menschen mit geistiger Behinderung arbeitet, beschreibt Behinderung und Alter(n) vor allem anhand der von ihr wahrgenommenen, vorhandenen und zur Verfügung gestellten Gestaltungsmöglichkeiten. Ihre berufliche Tätigkeit ist geprägt von einem aktiven und strukturierten Gestalten der Abläufe und Situationen. Die Befragte gestaltet auch im Interview mit ihrer anschaulichen Erzählweise ein eindrückliches Bild ihrer Sicht- und Handlungsperspektiven.

In der Einstiegssequenz zu ihren beruflichen Aufgaben und Dienstabläufen sagt sie: „Und dann heißt mein Hauptthema sinnvolle Gestaltung des Tages.“ (I3: 16)<sup>58</sup> Die Art und Weise, in der die befragte Fachkraft von den Tätigkeiten und Abläufen spricht, unterstreicht ihre aktive Gestaltung, Planung und Strukturierung des Alltags – sie lässt Dinge nicht zufällig passieren. Sie gestaltet soziale Gemeinschaft in der Gruppe, indem sie versucht, alle Bewohner\*innen in die Planung und Umsetzung von Aktivitäten des Tages

<sup>58</sup> Das Sigel (I3: 16) steht für Interview 3, Zeile 16. Für nachfolgende Interviewzitate werden entsprechende Siglen verwendet. Zwecks besserer Lesbarkeit wurden die Zitate ggf. sprachlich leicht geglättet.

aktiv einzubeziehen. Als Rahmenbedingung gilt, sämtliche Bewohner\*innen –unabhängig von Alter und Behinderung – an den überwiegend gestalterischen Aktionen (z. B. Wohnhausdekoration oder Waffeln backen) teilnehmen können.

Das Motiv des Gestaltens taucht besonders deutlich in einer Passage auf, in der die Fachkraft frühere und heutige Sichtweisen auf Behinderung reflektiert. Die Befragte berichtet, wie sie zu Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit in der Behindertenhilfe Bewohner\*innen zunächst als passive, vom Schöpfergott „verunstaltet[e]“ (I3: 663) und in Einzelfällen als „‘ne ganz verunglückte Gestalt“ (I3: 649) bzw. als eine „fürchterlich arme Kreatur“ (I3: 666) wahrgenommen hat. In dieser Darstellung sind Menschen mit Behinderung passive Opfer eines aktiven Schöpfergottes. Die Bewohner\*innen selbst umschreibt sie als „Gruselkabinett“ (I3: 621), also als Personen, die Grusel auslösen. Aus heutiger Sicht stehen für die Befragte bei Menschen mit Behinderung nicht mehr deren äußerliche Deformationen oder geistigen Funktionseinschränkungen im Vordergrund, sondern die individuelle Persönlichkeit sowie die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten. Sie sagt über einen Bewohner: „Der konnte auch mit ganz, ganz wenig Sprache konnte der uns Mitarbeiter auch austricksen und uns um‘n Finger wickeln.“ (I3: 656–658)

Wenn sich die Gestaltungsmöglichkeiten der Bewohner\*innen im Zuge des Älterwerdens verändern, wenn z. B. aufgrund der Berentung mehr Zeit und Raum für Altes und Neues sei, wenn es z. B. durch Immobilität einen eingeschränkten Bewegungsradius gebe, so die Fachkraft, dann gelte es die entsprechenden Rahmenbedingungen zu ermöglichen, damit die Gestaltung und Selbstwirksamkeit der Bewohner\*innen (weiterhin) gewährleistet ist. Es ist Teil ihres professionellen Selbstverständnisses, nach alternativen Möglichkeiten für sinnvolles Gestalten zu suchen: „Was kann ich jetzt machen, damit die trotzdem ‘n Erfolgserlebnis haben, dat sie was Anderes gut machen können?“ (I3: 421 f.) Sei der alterungsbedingte Abbauprozess jedoch zu stark, so seien die Gestaltungsmöglichkeiten sowohl der Betroffenen als auch der Fachkräfte innerhalb der Gruppe stark eingeschränkt: „Jetzt wird es schwer mit uns, jetzt braucht er viel Hilfe und viel Geduld.“ (I3: 401 f.) Aus der persönlichen Sicht der Befragten wird Altern dann zur Qual, wenn aufgrund starker körperlicher und geistiger Abbauprozesse ein sinnvolles Gestalten nicht mehr möglich ist und man etwa die eigenen dritten Zähne verwirrt im Kühlschrank suchen müsse.

**Zentrales Motiv: Sich/etwas bewegen (Interview 5)**

In Interview 5 kristallisierte sich das zentrale Motiv *sich bzw. etwas bewegen* heraus. Damit ist einerseits die aktive geistige und körperliche Bewegung gemeint und andererseits, gesellschaftlich etwas zu bewegen bzw. zu bewirken. Dazu gehören die Submotive Raum geben und sich/etwas öffnen: Um Bewegung überhaupt möglich zu machen, muss Raum erst geschaffen werden.

Die befragte Fachkraft, ein älterer Erzieher im Betreuungsdienst einer stationären Wohngruppe, sieht es als ihre wesentliche Aufgabe an, „jedem Bewohner eine Plattform [zu] bieten, damit er da auch weiter mit in der Wohngruppe agieren kann“ (I5: 30 f.). Er lege „sehr viel Wert“ darauf, „dass man da aktiv in der Gruppe is“, und nicht nur betüttelt wird“ (I5: 30–33). Ein großes Anliegen des Befragten Fachkraft ist es daher, ein „Antriebsmotor“ (I5: 504) oder ein „Erregungsmotor“ (I5: 505) für die Bewohner\*innen zu sein. Unabhängig von deren Alter und Behinderungsgrad will er ihren „Motor“ für Träume, Planungen und Aktivitäten anschmeißen. Auch die Fachkraft selbst will in diesem Sinne beweglich, also offen und neugierig bleiben und beobachten, wie sich Bewohner\*innen bewegen bzw. entwickeln können. Zu dieser Entwicklung gehört nach Ansicht des Befragten die eigene Lernbereitschaft, der fachliche Austausch im Team sowie die Möglichkeit, bei Schwierigkeiten Kolleg\*innen als „Transportband“ (I5: 612) zu nutzen, das einen im Zweifelsfall weiterbringe.

Alt sein ist aus Sicht des Befragten keine Frage des kalendarischen Alters, sondern hänge vielmehr mit der Fähigkeit zusammen, das eigene Leben unabhängig von einem strikten Karriereplan zu führen und dabei innerlich beweglich zu bleiben. Demnach seien Personen alt, wenn sie „wenich [...] träumen, Phantasien entwickeln oder sich mal so Auszeiten nehmen, das [ihre Lebens- und Karriereplanung, Anm. d. Verf.] ist alles schon sehr konkret, was die jungen Leute machen, ‘ne? und da erscheinen sie mir sehr alt“ (I5: 479–483). Alt ist ein Mensch dem Befragten zufolge, wenn er sich nicht für eine bessere Gesellschaft einsetzt oder nichts in der Gesellschaft bewegen will. Auch Menschen mit Behinderung wirkten nach Sicht der Fachkraft aufgrund ihrer Behinderung alt, wenn sie altersspezifische Verhaltensweisen, wie eine geringe Agilität und Unternehmenslust oder geringes Interesse an Dingen zeigten – dies sei allerdings unabhängig von ihrem Lebensalter.

In der Erzählpassage zum Konstrukt Behinderung nimmt der Befragte Behinderung als ein mögliches Gestaltungsfeld wahr, in dem man gesellschaftlich etwas bewegen könne. Er sieht sich selbst in einer Vermittlerrolle, mit der er Menschen mit Behinderung und

Menschen ohne Behinderung, konkret Bewohner\*innen und Personen aus seinem eigenen privaten Umfeld, zusammenbringt, um etwaigen Vorurteilen auf Seiten der Menschen ohne Behinderung entgegenzutreten. Darüber hinaus sieht die Fachkraft es als seinen eigenen Auftrag an, gegen die negative Stimmung gegenüber Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft anzugehen.

Die Art und Weise, in der der Befragte seine Antworten strukturiert, lässt sich auch insofern mit den Begriffen *Beweglichkeit* und *Offenheit* umschreiben, als z. B. das Gesagte aufgrund der Satzabbrüche und -fragmente und der zum Teil undeutlichen Sprechweise nicht immer eindeutig zu verstehen ist und so Raum für Spekulationen lässt. Auf der semantischen Ebene fallen die häufigen Bewegungs- und Raummetaphern auf, wie z. B. „Motor angeschmissen“ (I5: 499), „Transportband“ (I5: 612), „Spannbreite“ (I5: 28) oder „Plattform“ (I5: 30, 580, 617).

### **Zentrales Motiv: Selbständigkeit durch Perspektivwechsel (Interview 11)**

In Interview 11, in dem ein älterer Heilpädagoge in einer Außenwohngruppe befragt wurde, dominiert das zentrale Motiv der *Selbständigkeit durch Perspektivwechsel*. Der Befragte definiert Behinderung und Alter(n) über die Möglichkeit einer selbständigen Lebensführung. Professionelles Arbeiten bedeutet für ihn, den Bewohner\*innen zu so viel Autonomie wie möglich zu verhelfen. Das (gute) Alter(n) bringe Perspektivwechsel mit sich – etwa beim Zusammenleben von Menschen unterschiedlicher Altersgruppen – die der Schlüssel für eine Beibehaltung der Selbständigkeit im Alter(n) seien. Die Erzählungen der Fachkraft sind geprägt von häufigen Perspektivwechseln, mit denen sie Begebenheiten aus mindestens zwei unterschiedlichen Sichtweisen darstellt.

Auch für die Definition von Behinderung und Alter(n) zieht der Befragte den Aspekt der Selbständigkeit heran: So blieben Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund verschiedener kognitiver Defizite (wie z. B. dem fehlenden Abstraktionsvermögen) bestimmte Türen bei Bildung und Beruf verschlossen. Dadurch bleibe diesen Menschen ein selbständiges Leben nach den Standards unseres mittelschichtsgeprägten Denkens verwehrt. Settings wie etwa ambulante Wohneinrichtungen oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung böten diesen Menschen jedoch einen Rahmen, in dem Aufgaben und Abläufe übersichtlicher und einfacher strukturiert und damit leichter erlernbar seien. Für Menschen mit geistiger Behinderung, so die Fachkraft, sei die Möglichkeit eines Perspektivwechsels jedoch in Sondereinrichtungen nicht gegeben.

Auch Alter(n) definiert der Befragte über die Selbständigkeit. Alter(n) gehe mit nachlassender Selbständigkeit, etwa im Bereich der Grundversorgung einher. Als Reaktion darauf müsse die Förderung von Ressourcen und die Ermöglichung selbständigen Handelns betont werden. Das Älterwerden (der Bewohner\*innen), so die Fachkraft, führe zu einem höheren und damit zeitintensiveren Hilfebedarf. Dies habe aus Sicht des Befragten einen positiven Nebeneffekt. Dieser Perspektivwechsel überrascht, da der altersbedingt steigende Hilfebedarf der Bewohner\*innen von allen anderen Befragten ausschließlich negativ bewertet wurde. Für diese Fachkraft bedeutet das Älterwerden der Bewohner\*innen jedoch auch, dass eine „neue Form von Kommunikation“ (I11: 960) entstehen könne: „Man hat Zeit über Dinge zu reden [...] und man macht nicht nur, sondern, weil’s langsam gehen muss, wird das ja auch kommentiert, ne? Und dann kommt möglicherweise eins zum andern, ne, und es wird auch erzählt.“ (I11: 961–965)

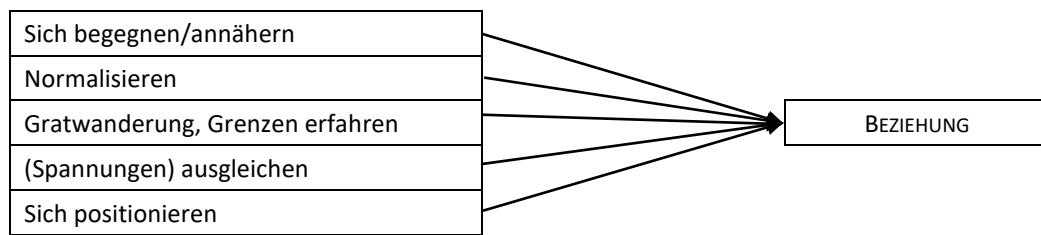
Das Leben in altersgemischten Wohneinrichtungen sei die ideale Ausgangssituation für ein längeres selbständiges Leben älter werdender Bewohner\*innen. Die Fachkraft vergleicht das Leben der Bewohner\*innen mit einer Fahrt auf Schienen. Das gemeinsame Fahren mit ggf. schnelleren Jüngeren fördere die nachhaltige Selbständigkeit der Älteren, was wiederum deren Alterungsprozess abmildere. Blieben die Senior\*innen hingegen unter sich und müssten sich aufgrund einer „Rundumversorgung“ (I11: 821) um nichts mehr kümmern, so würden sie schneller abbauen. Der Perspektivwechsel, den Ältere durch ihr Zusammenleben mit Jüngeren erfahren – so der Befragte – führe dazu, dass sie immer wieder eine neue Position einnehmen, dabei gefordert werden und dadurch länger jung bleiben können:

„Wenn man keine andere Positionen mehr einnehmen muss, weil man auf seinem Zuch fährt und rechts und links nix anders passiert, dann is‘ man schnell alt. [...] Es müssen Mitfahrer sein, die einen rechts überholen können und links, [...] langsamer sind oder umgekehrt, [...] oder wo man selber auch mal überholen kann. Das muss gegeben sein. weil dazu gehören Perspektivenwechsel.“ (I11: 1149–1156)

### 6.1.2 Kernkategorie BEZIEHUNG

Die Kernkategorie BEZIEHUNG, die durch die Pole Nähe/Akzeptanz und Distanz/Ablehnung geprägt ist, leitet sich aus den fünf zentralen Motiven sich begegnen/annähern, normalisieren, Gratwanderung/Grenzen erfahren, (Spannungen) ausgleichen und sich positionieren ab (Abbildung 7).

Abbildung 7: Zentrale Motive der Kernkategorie BEZIEHUNG



Diesen zentralen Motiven ist gemein, dass sie sich dem Themenkomplex Behinderung und Alter(n) auf der Beziehungsebene nähern. Hier stehen also nicht Aktivität und Aktivierung im Vordergrund, sondern die Frage, wie sich die interviewten Fachkräfte selbst zu den Themen Alter(n) und Behinderung mit all ihren wahrgenommenen Ambivalenzen sowie zu den Menschen mit den Merkmalen Alter oder Behinderung in Beziehung setzen. Die Antworten der Befragten lassen sich in einem Spannungsfeld mit den Polen Nähe und Akzeptanz auf der einen Seite sowie Distanz und Ablehnung auf der anderen Seite verorten.

### **Zentrales Motiv: Sich begegnen/annähern (Interview 2)**

Das zentrale Motiv von Interview 2 ist *sich begegnen* bzw. *sich annähern*. Damit ist Begegnung mit bzw. die Annäherung an Menschen ebenso gemeint wie die Auseinandersetzung mit (unangenehmen) Themen, wie etwa dem eigenen Älterwerden. Für die befragte Fachkraft, einen Diplom-Sozialpädagogen mittleren Alters, der im stationären Wohnbereich tätig ist, steht die Begegnung mit Menschen im Zentrum ihrer beruflichen Tätigkeit, über die sie sagt: „Ich komme nachmittags an [zum Dienst, Anm. d. Verf.] und richte mich im Grunde so drauf ein, dass ich irgendwelchen Leuten begegne. Also ich glaub, das ist so das Wesen überhaupt unserer Arbeit, dass wir irgendwelchen Leuten begegnen.“ (I2: 14–16). Das Pronomen „irgendwelche“ weist darauf hin, dass der Befragte Attribute wie „mit Behinderung“ oder „alt“ bei seinen Begegnungen für irrelevant hält. Dies bestätigt sich auch in seinen Erzählungen über Bewohner\*innen, in denen seine Begegnung mit diesen Menschen im Vordergrund steht und nicht deren Alter oder Behinderungsart. Die Irrelevanz solcher Attribute wird ebenso deutlich, wenn die Fachkraft seine Schwierigkeiten bzw. sein Unbehagen zum Ausdruck bringt, die Begriffe Behinderung und Alter(n) zu definieren. So antwortet der Befragte etwa auf die Frage, welches Verständnis von Alter(n) er habe: „Mir gefällt die Frage net, weil ich net unterscheide zwischen alt und jung.“ (I2: 458 f.)

Der Fachkraft zufolge bedeute professionelles Arbeiten mit (älteren) Menschen mit Behinderung, diese Menschen unabhängig von ihrem Alter und der Art ihrer Behinderung



wahrzunehmen und bestenfalls so anzunehmen, wie sie sind. Entscheidend sei es, die Formen der Begegnung so auf die alters- bzw. behinderungsbedingten Bedürfnisse dieser Menschen anzupassen, dass eine Annäherung unabhängig von Alter und/oder Behinderung möglich sei. Im Fokus seiner Arbeit, so der Befragte, stehe „liebe- und freudevoller Umgang“ (I2: 1081 f.) mit den Bewohner\*innen – nicht das Erarbeiten von Konzepten oder das Abarbeiten von Zielvereinbarungen. Die latente Abneigung der Fachkraft gegenüber konzeptioneller Arbeit spiegelt sich auch in ihrem schwierigen Zugang zu den Konzepten von Behinderung und Alter wider: „Also heutzutage denk ich, dass weder Behinderung noch Alter noch – was heißt alt? Was heißt behindert? – dass mir das irgendwie viel zu sagen hat.“ (I2: 777 f.). Obwohl dem Befragten die Frage nach den Konzepten deutlich missfällt, unternimmt er in einer längeren Passage eine zum Teil mühevollen Annäherung an die Konzepte Alter(n), Behinderung sowie Behinderung und Alter(n), die er aus verschiedenen Richtungen beleuchtet und sich so gewissermaßen auf sie einlässt. Seine Mühe ist u. a. an den zahlreichen Pausen, Satzabbrüchen und komplizierten Formulierungen erkennbar.

Interessant ist der Prozess der Annäherung der Fachkraft an die Akzeptanz und an eine positivere Sicht auf das eigene Älterwerden, die im Verlauf des Gesprächs stattfindet. Zu Beginn dieser Textpassage lehnt der Befragte das eigene Altern kategorisch ab: „Des mit dem Alter lehn ich ab. Des stimmt net, des mit dem Alter is‘ alles Quatsch.“ (I2: 482 f.). Wenig später sagt er: „Ich weigere mich anzuerkennen, dass ich in irgende Weise schwächer werde, vielleicht is‘ des auch so ‘ne stille Rebellion.“ (I2: 556–558) Im weiteren Verlauf des Gesprächs erkennt er jedoch auch die Errungenschaften des eigenen Alter(n)s positiv an, etwa seine größere Gelassenheit.

### **Zentrales Motiv: Normalisieren (Interview 8)**

In Interview 8 lautet das zentrale Motiv *normalisieren*. Im Gespräch mit einer jüngeren Heilerziehungspflegerin, die im Gruppendienst in einem stationären Wohnbereich tätig ist, wird ebenfalls ein annehmender Charakter erkennbar. Die Fachkraft argumentiert dabei mit einem Verständnis von Normalität: Personen und Situationen, die ihr fremd oder ungewohnt erscheinen – oder sogar Angst machen – entsprechen nicht der Normalität. Durch die Strukturierung, etwa ihrer Antworten auf offene Fragen im Interview sowie durch ihre Erfahrung und ihre Gewohnheiten (z. B. die Gewöhnung an die Arbeit mit älteren Bewohner\*innen) normalisiert sie dieses Nicht-Normale und macht es somit für sich handhabbar. Die Befragte teilt dementsprechend Personen, Situationen und Umstände in die Kategorien normal und nicht normal ein: So differenziert sie beispielsweise

zwischen normalen und nicht-normalen Arbeitsdiensten, normalen und nicht-normalen Menschen, normalen und nicht-normalen alten Menschen, normalem und demenziellem Altern oder zwischen normalem und nicht-normalem Leben.

Dabei zeigen sich in ihrer Darstellung zwei verschiedene Ebenen von Normalität: Zum einen die Normalität in der Gesellschaft und zum anderen die Normalität im familiären Umfeld. Durch ihr eignes Aufwachsen in einem familiären und nachbarschaftlichen Umfeld, in dem Menschen mit körperlicher und/oder geistiger Behinderung leben, führt die Befragte aus, sei Behinderung für sie schon immer Normalität gewesen:

„[Behinderung, Anm. d. Verf.] war für mich mein ganzes Leben lang schon Normalität [...] von daher bin ich damit groß geworden, es war für mich nie was Fremdes [...] von daher is‘ es für mich ganz normal.“ (I8: 661–666)

Das besonders betonte „für mich“ stellt einen deutlichen Kontrast her zu Menschen, für die ein gemeinsames Leben mit Menschen mit Behinderung keine Realität und somit auch keine Normalität darstellt. In diesem Sinne empfindet die Fachkraft ihr eigenes Leben – im Vergleich mit dem anderer – eben nicht als normal. Sie wirft von sich aus die Frage auf, wie sie sich menschlich entwickelt hätte, wenn es in der Familie keine Menschen mit Behinderung gegeben hätte und sie ein „normales“ Leben (I8: 759) geführt hätte.

Befremdlichen und angstmachenden Begebenheiten begegnet die Interviewperson mit Struktur, Faktifizierung und Distanzierung. Ihre strukturierende Herangehensweise an mit Angst und Spannung besetzte Situationen, wie etwa das Miterleben des Todes eines Bewohners, zeigt sich eindrücklich in folgender Textpassage: „Ich hab irgendwie die ganze Zeit darauf gewartet, wann stirbt der erste Bewohner? Wie reagierst Du dann darauf?“ (I8: 532 f.). Hier entsteht der Eindruck, dass die Befragte diese Erfahrung erst machen musste, um diese für sie selbst beunruhigende Situation einordnen, strukturieren und handhabbar machen zu können. Mit der Faktifizierung schafft sie Distanz. Als tatsächlich ein Bewohner starb, berichtet die Fachkraft vom Eintreffen der Todesnachricht wie folgt:

„Und dann war’s soweit und dann war’s ziemlich nüchtern. Das hat mich ja sehr gewundert eigentlich, ne? [...] OK!, der is‘ jetzt tot, is‘ nich mehr da, is‘ traurich [...] aber es war nicht so persönlich, wie wenn jetzt privat jemand gestorben wäre.“ (I8: 534–539)

Der „nächste Schritt“ (I8: 547), so die Befragte in ihrer Struktur schaffenden Art und Weise, sei nun, zu erfahren, wie es sein wird, wenn sie selbst eines Tages als erste den Tod eine\*r Bewohner\*in feststellen wird.

### **Zentrales Motiv: Gratwanderung, Grenzen erfahren (Interview 9)**

Das zentrale Motiv in Interview 9 ist die Gratwanderung und das Erfahren von Grenzen. Die Befragte, eine Krankenschwester mittleren Alters, die in der Wohnbereichsleitung in einer stationären Wohngruppe arbeitet, stellt problematisierend die Gegensätze und Grenzerfahrungen, die aus ihrer Sicht mit Behinderung und Alter(n) einhergehen, in den Mittelpunkt ihrer Erzählungen.

Im gesamten Gespräch lassen sich Beschreibungen in Gegensätzen finden. So beschreibt die Fachkraft z. B. den Gegensatz zwischen Früh- und Spätdienst, der in der ganz unterschiedlich wahrgenommenen Arbeitsintensität liege. Andere Gegensätze werden durch die konträren Sichtweisen pädagogischer bzw. pflegerischer Fachkräfte auf Behinderung sichtbar. Die Befragte bringt viel Positives mit Behinderung und Alter(n) in Verbindung – dies steht allerdings vielfach im Kontrast zu ihren späteren Ausführungen. Weitere von der Fachkraft thematisierte Gegensätze bestehen zwischen Erwachsenen und Kindern, zwischen Freizeit und Dienst sowie zwischen sich selbst als Nichtbehinderte und den Bewohner\*innen als Menschen mit Behinderung. Neben der Benennung von Gegensätzen spielen für die Interviewte Grenzerfahrungen im Umgang mit (älteren) Bewohner\*innen sowie die Abgrenzung von diesen eine große Rolle. Sie führt aus:

„Es kommt schon mal vor, dass ich dann von zu Hause erzähle. Is ja nix Schlimmes dran, aber eigentlich denke ich dann so: Nee, also, das geht ja auch keinem was an, irgendwie – das sind doch die Bewohner [...] die sind behindert [das heißt für die Interviewperson, Anm. d. Verf.], dass die ja nich so klar differenzieren können und so funktionieren wie ich.“ (I9: 526–556)

In diesem Zitat zeigt sich eine doppelte Grenzüberschreitung: Erstens sind nach dem Professionalitätsverständnis der Befragten private Angelegenheiten nicht für die Ohren der Bewohner\*innen bestimmt und zweitens stellen diese aufgrund ihrer Behinderung keine adäquaten Gesprächspartner\*innen für bestimmte private Themen dar.

Die Bewohner\*innen trotz ihres Entwicklungsstandes wie Erwachsene zu behandeln und nicht wie „kleine Kinder“ (I9: 496), stellt für die Fachkraft eine Gratwanderung dar. Ihre semantischen Selektionen erwecken den Eindruck, als gelinge ihr diese nicht immer. An einer anderen Stelle vergleicht die Interviewte das Verhältnis zwischen Mitarbeiter\*innen und Bewohner\*innen mit einer Eltern-Kind-Beziehung, zumindest wenn es darum gehe, nach einer Auseinandersetzung nicht unversöhnt auseinanderzugehen. Einige Formulierungen der Befragten erinnern an das paternalistische Verhalten einiger Erziehungsbeachtigter gegenüber ihren Kindern. Dies bezieht sich insbesondere auf den Wunsch, den Kindern vorzuschreiben, was zu tun ist und ihnen Grenzen aufzuzeigen:

„Ich sach ja den Bewohnern dann immer, wenn Berta heute nich gut drauf is und im Bett bleibt, dann geht ihr mal da rein, besucht die (I9: 754–756);

„Ich schick den dann raus, Fahrradfahren.“ (I9: 1146 f.);

„Das is ja das Schlimmste, was man machen kann. also, den Fehler hab ich ‘n paar Mal gemacht, dass ich dann eingelenkt hab [...] aber dann die Quittung kriecht man auf jeden Fall.“ (I9: 1071–1074.)

Auch das Altern, insbesondere der demenzielle Abbau der Bewohner\*innen, ist aus Sicht der Fachkraft verbunden mit vielen Grenzerfahrungen: So beschreibt sie, wie Bewohner\*innen im Zuge ihrer Demenz die Grenzen ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit erreichen. Unabhängig von Erklärungen oder Absprachen mit bestimmten Bewohner\*innen müsse sie sehen: „Das kriegt die gar nicht mehr auf die Reihe.“ (I9: 208 f.). An anderer Stelle heißt es: „Ich kann sagen was ich will, die schnallt dat einfach nich mehr.“ (I9: 218 f.). Sie als Mitarbeiterin wüsste „überhaupt nicht wie ich ihr das erklären soll“ (I9: 211). Die Befragte schildert mehrere Situationen, in denen die Grenzen des gegenseitigen Verstehens erreicht zu sein scheinen – dies würde vom Betreuungspersonal als sehr anstrengend empfunden. Auch das zunehmend herausfordernde Verhalten von Demenzerkrankten, so die Fachkraft, stoße im Berufsalltag an Grenzen: So sei ein Bewohner im Zuge seiner Demenzerkrankung „richtig fies geworden“ (I9: 298 f.), er sei „aggressiv, [...] sehr extrem; [...] ‘n ganz anderer Mensch wie früher.“ (I9: 311 f.) Die Befragte kommt dabei auch an ihre eigenen professionellen Grenzen, wenn sie ihre eigene Überforderung im Umgang mit demenzerkrankten Bewohner\*innen thematisiert:

„Ja, dass man auch oft hilflos is, grade mit dieser Demenz. Also ich bin oft an ‘nem Punkt, wo ich [...] denke, was machste denn jetzt hier mit dem? Ich weiß gar net mehr, wie ich mit dem umgehen soll [...] wenn gar nichts mehr ankommt.“ (I9: 414–417)

### **Zentrales Motiv: Spannungen ausgleichen (Interview 12)**

Das zentrale Motiv von Interview 12 ist der Ausgleich von Gegensätze und Unsicherheiten sowie den durch sie auftretenden Spannungen. Die befragte Fachkraft ist eine Erzieherin mittleren Alters, die im Außenwohngruppenbereich tätig ist. Ihre Erzählungen über Behinderung, Alter(n) und professionelles Arbeiten sind geprägt vom Aufzeigen von Kontrasten, Unsicherheiten und Spannungen zwischen unterschiedlichen Personengruppen oder Sichtweisen. Mit diesen sieht sich die Befragte in ihrem Berufsalltag, aber auch im Privatleben konfrontiert. Im Unterschied zu Interview 9 steht dabei jedoch nicht die Problematisierung der Gegensätze im Vordergrund (und damit die Gefahr von Grenzüberschreitungen), sondern der Ausgleich der Spannungen mit dem Ziel, einen für alle vertretbaren Kompromiss zu finden. Die Sprachselektionen der Interviewten verweisen

ebenfalls auf die Motive Spannung und Unsicherheit. So verwendet sie häufig abmildernde Adverbien wie „vielleicht“ (z. B. I12: 248, 611, 695, 1087) oder „bisschen“ (z. B. I12: 353, 415, 908, 1330) sowie Konjunktivkonstruktionen (z. B. „ich würd mal sagen“, I12: 315 f., 568, 1092). Diese Wortwahl unterstreicht ihre Vagheit bzw. ihre Unsicherheit ob der Richtigkeit ihrer Aussagen. Bei den konfliktreichen Gegensätzen zwischen jüngeren und älteren Bewohner\*innen spricht sie von den Jüngeren „die ‘n bisschen Leben reinbringen“ und den Älteren die „manchmal ‘ne sehr schlappe Truppe“ seien (I12: 454 f.). Durch das gemeinsame Aushandeln von Lösungen versucht die Interviewte den Spannungen in der Wohngruppe entgegenzuwirken.

Aus Sicht der Befragten gingen Behinderung und Alter(n) auch mit Unsicherheit einher, zum einem indem alte Menschen sowie Menschen mit Behinderung durch ihr zum Teil unsicheres Handeln als solche identifiziert würden. Zum anderen zeige sich die eigene Unsicherheit der Befragten angesichts der Frage, wie sich die Themen Behinderung und Alter gesellschaftlich weiter entwickeln werden. Die Interviewte ist in einigen Punkten äußerst zwiespalten, etwa bei der Frage, inwieweit Inklusion oder Segregation die bessere Variante für ein gutes Leben für Menschen mit Behinderung sei. Dies belegt auch der dialektische Aufbau der entsprechenden Interviewsequenz:

„Es is schön, von Integration zu sprechen, die Leute auch in die Gesellschaft zu integrieren, aber ich weiß nich, ob das so richtig is, [...] dass man dann die Leute [...] die wohnen dann ganz normal, wie jeder andere auch. [...] Das is für die manchmal auch recht schwierich, da kommt auch wieder diese Sicherheit und Unsicherheit, weil wenn ich denen zuhöre, [...] kriecht man schon mit, dass die Berührungsängste haben. Und wenn ich mir vorstelle, dass man jetzt ‘n kleines, ähnlich wie diese SOS-Kinderdörfer gemacht worden sind, und wenn man da jetzt die Leute zusammenleben lässt, auch in einzelnen Wohnung, aber in so‘n geschützten Rahmen [in einer Dorfgemeinschaft, Anm. d. Verf.] weiß auch nich, ob das unbedingt alles so richtig is, [...] weil ich bin da auch immer hin und her gerissen. [...] und ich glaub das gibt denen dann auch ‘n stückweit Zufriedenheit, oder Sicherheit, Sicherheit glaub ich is da ganz wichtich. [...] aber dann findet nich unbedingt Integration statt, ne? Und das grenzt das wieder aus und das will man ja grade nich mehr, diese Abgrenzung.“ (I12: 652–692)

Die Lösung des beschriebenen Dilemmas sieht die Befragte in der Abkehr von Fremdbestimmung. Die (älteren) Bewohner\*innen sollten selbst entscheiden, wie sie in Zukunft leben wollen. Auch das Thema Alter(n) wirft bei der Interviewten Fragen auf. So sei sie gespannt, zu erleben, inwieweit sich zukünftige Altersgenerationen veränderten:

„Ich seh dem [Alter, Anm. d. Verf.] mit Spannung entgegen, weil ich denke, da rutscht ‘ne ganz andere Generation an älteren Leuten jetzt hinterher, die’s früher so nicht gab, und dass diese, ich sach mal, diese Faltenrockomis quasi so langsam aussterben [...] Ich kann mir vorstellen, ich weiß ja nicht ob es so ist, dass es vielleicht n bisschen lebendiger wird. dass da einfach andere alte Menschen dann unter uns wandeln.“ (I12: 587–612)

Mit dieser Formulierung erweckt die Befragte den Eindruck, als sei sie eine außenstehende Beobachterin und nicht selbst von den beschriebenen Entwicklungen betroffen.

### **Zentrales Motiv: Sich positionieren (Interview 14)**

In Interview 14 lautet das zentrale Motiv sich positionieren. Damit ist die Kontrastierung unterschiedlicher bzw. gegensätzlicher Meinungen, Personen, Standpunkte, Situationen oder Zielvorstellungen gemeint. Bei der interviewten Fachkraft handelt es sich um einen jüngeren Diplom-Sozialpädagogen, der im stationären Wohnbereich arbeitet. Dieser positioniert sich u. a. indem er den Kontrast zwischen seiner eigenen Haltung und der Haltung anderer unterstreicht. Während im Verlauf des Gesprächs häufiger der Eindruck entsteht, als existiere neben diesen beiden konträren Standpunkten kein dritter, weicht der Befragte gegen Ende des Interviews diese Gegenüberstellung etwas auf und formuliert seine Bereitschaft zu Kompromisslösungen. Gleich zu Beginn des Interviews markiert die Fachkraft den Kontrast zwischen ihrem pädagogischen Selbstverständnis und ihren Arbeitsaufgaben:

„Ich bin eine pädagogische Fachkraft, da wir eine pädagogische Einrichtung sind, muss der Träger auch sowas unterhalten. [...] Wir [...] sind eigentlich für die Belange des täglichen Lebens zuständig. [...] Das heißt für den Frühdienst Wecken, Frühstück vorbereiten, bei der Grundpflege Hilfestellung leisten, oder stellvertretende Ausführungen, je nachdem, [...] dann halt wie gesacht hauptsächlich hauswirtschaftliche Tätigkeiten.“  
(I14: 8–17)

Die Formulierung „sowas“ vermittelt den Eindruck, der Befragte fühle sich nur wenig wertgeschätzt und in seiner Rolle eher überflüssig. Seine pädagogischen Kompetenzen scheinen im Kontrast zu seinen überwiegend behandlungspflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zu stehen. Die Tatsache, dass der Träger der Einrichtung vermehrt Pflegekräfte einstellt, verschärft seine Sorge, in diesem Setting bald überflüssig zu werden.

Auch bei den Auffassungen vom Ziel professioneller Arbeit zeigen sich Differenzen zwischen den Sichtweisen der Fachkraft und des Trägers. Der Befragte versteht unter professionellem Arbeiten „allen Menschen gerecht zu werden“ (I14: 808). Der Träger wolle ihm zufolge aber vor allem, dass die „Dokumentation eingehalten wird“ (I14: 814–816). Der Träger stelle immer weniger Ansprüche an die pädagogische Arbeit, was der Interviewte als „BWL-isierung der sozialen Arbeit“ (I14: 817 f.) umschreibt und damit ein Spannungsfeld zwischen zwei gegensätzlichen Systemen aufmacht.

Der Befragte positioniert sich auch mit seiner Sichtweise auf Alter(n) und grenzt sich damit von den Sichtweisen anderer ab. Er zitiert einen Komiker, der einmal gesagt habe,

alt werden sei nicht lustig, weil man ständig irgendwelche Zipperlein hätte. Er dagegen freue sich auf diesen Lebensabschnitt, auch wenn ihn die Aussicht aufs Alter(n) früher geängstigt hätte. Im Unterschied zu Leuten, die Angst hätten, im Alter etwas zu verpassen, habe er heute keine Angst mehr vor dem Alter, da er für sich persönlich überzeugt sei, genug erlebt und alles ausgekostet zu haben. Diese Aussage ist für eine Person jüngeren Alters durchaus überraschend.

Auch beim Themenkomplex Behinderung zeigt der Interviewte deutlich sein Bemühen um Abgrenzung. So grenzt er sich etwa von der Ansicht ab, Menschen würden behindert geboren und hält fest: „Menschen werden nicht behindert geboren, sie werden im Leben behindert. [...] Ich seh das auch nicht so als Behinderung. Ich seh das als Besonderheit.“ (I14: 327–330) Die Fachkraft erzählt, noch nie Berührungängste gegenüber Menschen mit Behinderung gehabt zu haben, während andere Menschen diese offen anfeinden würden. Auch würden andere Mitleid für Menschen mit Behinderung empfinden oder diese auch als Erwachsene wie Kinder behandeln. Der Befragte hingegen würde mit Behinderung nichts Negatives und insbesondere kein Mitleid assoziieren.

Interessanterweise gibt die Fachkraft im Verlauf ihres Interviews vereinzelt Hinweise auf eine gewisse Kompromissbereitschaft: An einer Stelle führt sie aus, dass ihre Arbeit aus Kompromissen bestehe, weil man beispielsweise aufgrund der zeitlichen Restriktionen gar nicht allen und allem gerecht werden könne. Der Befragte spricht auch von der Angleichung der Ansprüche zwischen den pflegerischen und pädagogischen Mitarbeiter\*innen in seinem Team. Letztlich hätten alle das Interesse, auf einem Level zu sein und gut zusammenarbeiten zu können. Gegen Ende des Gesprächs schlägt der Interviewte einen versöhnlichen Ton an und bekundet, zu allen „Schandtaten bereit“ (I14: 1118) zu sein. Darunter versteht er, Fortbildungen wahrzunehmen, um Bewohner\*innen im Alter in der Einrichtung besser begleiten zu können. Diese Aussage markiert einen Kontrast zu vorherigen Aussagen der Fachkraft, in denen ihre Unzufriedenheit über die Differenz zwischen seiner fachlichen Qualifikation und seinen tatsächlichen Arbeitsaufgaben zum Ausdruck kam.

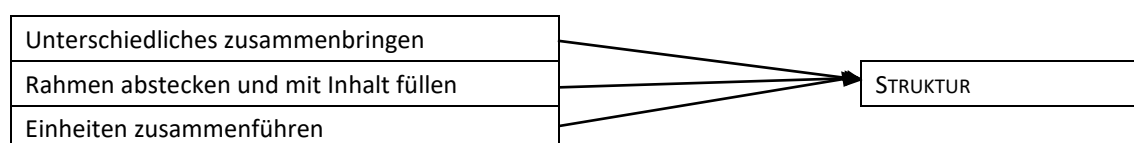
Wie lassen sich nun die unterschiedlichen zentralen Motive in der Kernkategorie BEZIEHUNG zusammenfassen? Anders als bei der Kernkategorie AKTIVITÄT (Kapitel 6.1.1) betonen die Befragten mit Blick auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln nicht in erster Linie das Maß an Aktivitäten (wie die Gestaltungsmöglichkeiten in Inter-

view 3, die Beweglichkeit in Interview 5 oder die Selbständigkeit in Interview 11). Stattdessen beschreiben die zentralen Motive in der Kernkategorie BEZIEHUNG vor allem die Art und Weise, in der die Fachkräfte sich zu Behinderung und Alter *als dem anderen* in Beziehung setzen und wie sie in ihrem beruflichen Alltag darauf reagieren. So steht in Interview 2 die Begegnung mit anderen Menschen im Vordergrund, wobei *alt* oder *behindert* als irrelevante Kriterien angesehen werden. Gleichzeitig fällt die Annäherung an und Annahme von unliebsamen Entwicklungen wie das Altern nicht unbedingt leicht. Bei Interview 8 stehen das Neue, Ungewohnte und die Spannung im Vordergrund, worauf die Befragte mit einem strukturierten Vorgehen und Routinen reagiert und so für sich Normalität sowie im Bedarfsfall auch Distanz schafft. In Interview 9 thematisiert und problematisiert die Interviewte hingegen Kontraste, die sie zwischen Kategorien wie behindert und nicht behindert oder alt und nicht alt sieht. Bei der Gratwanderung entlang dieser Kontraste kommt es mitunter zu Grenzerfahrungen und Grenzüberschreitungen. Auch bei Interview 12 spielen diese Kontraste und Spannungen bei der (beruflichen) Auseinandersetzung mit Behinderung und Alter eine Rolle. Hier versucht die Befragte jedoch, die Gegensätzlichkeiten und Spannungen auszugleichen und Kompromisse zu finden. In Interview 14 spielen ebenfalls unterschiedliche Positionen eine wichtige Rolle, hier steht jedoch die eigene Positionierung des Interviewten im Mittelpunkt. Das gemeinsame Merkmal in der Kernkategorie BEZIEHUNG ist, dass Behinderung und Alter als Themenfeld beschrieben werden, zu dem durchaus konträre Sichtweisen bestehen.

### 6.1.3 Kernkategorie STRUKTUR

Die Kernkategorie STRUKTUR ergibt sich aus den drei zentralen Motiven Unterschiedliches zusammenbringen, Grenzen abstecken und mit Inhalt füllen sowie Einheiten zusammenführen (Abbildung 8). Der gemeinsame Nenner dieser drei Motive ist die Heterogenität, die mit den Phänomenen Behinderung und Alter(n) verbunden wird sowie das Bestreben, vermeintlich unterschiedliche Elemente zu einer Einheit zusammenzufügen.

Abbildung 8: Zentrale Motive der Kernkategorie STRUKTUR





**Zentrales Motiv: Unterschiedliches zusammenbringen (Interview 4)**

Das zentrale Motiv in Interview 4 ist es, Unterschiedliches zusammenzubringen. Die interviewte Fachkraft, eine Altenpflegerin mittleren Alters, die im stationären Wohngruppenbereich arbeitet, rückt die Heterogenität in den Fokus, die aus ihrer Sicht mit Behinderung und Alter(n) einhergeht. Neben einem professionellen Umgang mit diesen Unterschiedlichkeiten kommt in ihren Antworten auch das Motiv des Vereinens und Auflörens von Gegensätzen zum Tragen.

Behinderung definiert die Fachkraft über unterschiedliche körperliche und geistige Fähigkeiten bei Menschen mit und ohne Behinderung. Das verbindende Element zwischen diesen beiden Bevölkerungsgruppen seien die vergleichbaren Grundbedürfnisse, etwa nach Zuwendung. Differenzen sieht die Befragte sowohl innerhalb der Gruppe älterer Menschen mit Behinderung als auch zwischen diesen und älteren Menschen ohne Behinderung. So unterschieden sich selbst gleichaltrige (ältere) Bewohner\*innen so sehr in ihren beobachtbaren Fähigkeiten und in ihrer Fitness, dass ihr Alter nicht anhand ihres Geburtsjahres zu bestimmen sei. Die Interviewte plädiert jedoch trotz dieser Ungleichheiten für ein gemeinsames Wohnen. Sie ist überzeugt, dass auch das Zusammenleben mit Bewohner\*innen unterschiedlichen Alters für alle ein Gewinn sei:

„Ich [...] nehm sie schon so wahr, dass ich nicht finde, dass unsre Älteren jetzt unter sich sein müssen, ne, sondern ich finde es schon ganz gut, dass sie auch in die Gruppe integriert sind, ja, wo auch jüngere Leute sind, die sie ja auch schon Jahre kennen, weil ich denke, sie unterstützen sich auch gegenseitig.“ (I4: 390–394)

Große Unterschiede sieht die Fachkraft zwischen Rentner\*innen mit und ohne Behinderung. Auf der einen Seite stünde ein\*e Rentner\*in, die „nicht geistig behindert ist“, immer gesund gewesen ist, Familie gegründet hat, Arbeitsstelle hatte [...] und sich dann auch noch selber helfen“ kann (I4: 656–658). Auf der anderen Seite gäbe es Bewohner\*innen, die aufgrund ihrer Behinderung und ihrer Sozialisation über weniger Ressourcen verfügten und einen größeren Hilfebedarf aufwiesen. Der Befragten ist es dabei ein Anliegen, dass diese unterschiedlichen Personengruppen in der Öffentlichkeit in ihrer Gemeinsamkeit betrachtet sowie als Gesamtheit erkannt und akzeptiert werden: „dass man wirklich sacht: Hier, es gibt nicht nur diesen Teil, es gibt diesen Teil, sie sind alle als Eins zu sehen, ja?“ (I4: 726 f.). Aus diesem Grund begrüßt die Interviewte auch Einladungen aus der Gemeinde zum Zusammentreffen von alten und jungen Menschen mit und ohne Behinderung.

Die tägliche Arbeit der befragten Fachkraft ist von Heterogenität geprägt. Der Umgang mit den Bewohner\*innen, die unterschiedlich hilfebedürftig bzw. selbständig sind, variierende Dienstabläufe sowie die Arbeit in einem multidisziplinären Team erfordern einen professionellen Umgang. Dabei gelte es, sowohl die Bewohner\*innen als auch die Kolleg\*innen in ihrer Unterschiedlichkeit zu verstehen und anzunehmen. Dabei jedem individuell stets gerecht zu werden führe allerdings häufig zu „Spagatsprüngen“ (I4: 322), so die Befragte. Diese Wortschöpfung, eine Kombination der Metaphern „Spagat“ und „Sprung“, unterstreicht die Anstrengung die aus Sicht der Fachkraft mit diesem Bemühen einherzugehen scheint.

Die Antwortmuster der Interviewten vermitteln ein Bild, nachdem die Unterschiedlichkeit von Personen und Situationen zugleich auch einende, verbindende oder einander ergänzende Aspekte beinhalte. So scheinen vermeintliche Kontraste nicht automatisch Ausschlüsse zu bedeuten. Gerade im Zusammenführen bzw. im Vereinbaren von (scheinbar) Gegensätzlichem können Unterschiede auch aufgehoben werden, etwa, wenn aus Alten und Jungen, aus Menschen mit und ohne Behinderung und aus Pflegekräften und pädagogischen Kräften eine voneinander lernende Gemeinschaft mit vergleichbaren Bedürfnissen entsteht, die trotz unterschiedlichen Ressourcen ein gemeinsames Ziel verfolgt. Damit dieses Unterfangen gelingt und alle davon profitieren können, bedarf es jedoch eines großen Energieaufwands.

### **Zentrales Motiv: Rahmen abstecken und mit Inhalt füllen (Interview 6)**

Das zentrale Motiv von Interview 6 ist das Abstecken von Rahmen. Auch in diesem Gespräch mit einer Sozialpädagogin mittleren Alters, die als Leiterin des tagesstrukturierenden Angebotes in einer stationären Wohneinrichtung tätig ist, geht es um die Verbindung unterschiedlicher Elemente zu einer Einheit. Anders als in Interview 4 geht es jedoch nicht so sehr um den vereinenden Aspekt, als vielmehr um das Abstecken eines Rahmens, den es mit unterschiedlichen Inhalten zu füllen gilt.

Dieses Schaffen einer umfassenden Struktur, deren Grenzen jedoch nicht immer eindeutig sind, zeigt sich bereits in der Einstiegspassage des Interviews. Die Fachkraft stellt die Angebote der Einrichtung für berentete Bewohner\*innen in Form eines „Stundenplan[s]“ (I6: 25) dar, der für die Angebote sowie für die Aufgaben der Fachkraft sowohl einen zeitlichen Rahmen (Beginn und Ende) als auch einen inhaltlichen Rahmen (thematische Schwerpunkte, ritualisierte Abläufe) bietet. Die Bewohner\*innen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Anzahl, ihres Alters, der Art und des Ausmaßes ihrer Hilfebedürftigkeit sowie ihrer Fähigkeiten. Die Interviewte fasst dies passend zusammen mit den Worten:

„also eigentlich ganz breit gefächert, [...] wie das so is‘ wenn hier sechzig Menschen auf einem Haufen wohnen, da ist von A bis Z alles vertreten.“ (I6: 238–254)

Das Leben versteht die Befragte als eine Abfolge von Phasen, von denen das Alter eine ist. Das Alter als Lebensphase wird von ihr also als Teil des Ganzen betrachtet, der positive wie negative Aspekte habe:

„Alt sein, älter werden [...] is vielleicht auch eine Phase im Leben, die nochmal wieder so‘n ganz besonderen Punkt haben kann, weil man ‘ne gewisse Ruhe und Zeit hat, vielleicht auch gewisse Weisheiten in der Tat hat, Gelassenheit entwickeln kann, ja, die das nochmal so ganz positiv machen, aber es hat natürlich auch den Nachteil, dass einem viele Dinge nicht mehr so gut von der Hand gehen, ne?“ (I6: 706–711)

Folgerichtig versteht sich die Fachkraft selbst „als Begleitung, für‘n Stück des Lebens, in diesem Fall jetzt eben für‘n Teil des Tages beim Altwerden“ (I6: 452 f.).

Dabei findet die Befragte es schwierig, den Rahmen eindeutig zu bestimmen, also festzulegen, ab wann bei einem Menschen von einer Behinderung die Rede sei. Lege man z. B. die Art oder das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs zugrunde, so sei Behinderung „so ein breites Fenster“ (I6: 581 f.). Zudem lägen Behinderungen auch nicht immer so offensichtlich vor, es gäbe auch „viel schwammigere Fälle, wo das gar nicht immer so ersichtlich ist“ (I6: 594 f.). Die Frage, ab wann von Behinderung die Rede sein kann, bleibt im Gespräch letztlich offen. Der Rahmen bleibt unklar, da seine Grenzen nicht eindeutig bestimmbar sind. Schließlich definiert die Fachkraft Behinderung darüber, dass Menschen erst aufgrund mangelnder Barrierefreiheit zu Menschen mit Behinderung gemacht werden – sie würden aufgrund existierender Grenzen in die Gesellschaft „nicht einfach reinpassen“ (I6: 618).

Gleichzeitig ist die Befragte der Ansicht, dass der Integration bzw. der Inklusion durchaus Grenzen gesetzt sind, dass also gar nicht alle Menschen in den Rahmen des sogenannten Regelbetriebs passen können: „Ja, früher hab ich gedacht, man kann jeden immer und überall integrieren. Das seh ich heute anders.“ (I6: 6382 f.) Die Gefahr, dass Menschen mit Behinderung im Regelbetrieb „durchschlüpfen“ (I6: 642), also aus dem Rahmen fallen, sei nach Ansicht der Fachkraft durchaus gegeben – unabhängig davon, wie gut Einrichtungen ausgestattet sind. Die Befragte plädiert daher z. B. für den Fortbestand von Förderschulen parallel zu Regelschulen. Dadurch wäre eine Begegnung zwischen unterschiedlichen Gruppen für einen begrenzten Zeitraum möglich, die Grenzen würden dadurch durchlässiger.

**Zentrales Motiv: Einheiten zusammenführen (Interview 7)**

Das zentrale Motiv in Interview 7 ist die Vorstellung, dass die Menschen, ihr Leben sowie ihre Arbeit jeweils aus einer Vielzahl von Einzelaspekten bestehen, die zusammengefügt werden müssen. Die Fachkraft, ein junger Altenpfleger, der im stationären Wohnbereich tätig ist, sieht dies als seine Aufgabe an, die er mit den Metaphern von einem gut gefüllten „Paket“, einem schönen „Mosaikbild“ oder einem „Buch“ mit interessanten Inhalten beschreibt.

In der Einstiegspassage des Gesprächs kommt diese Sichtweise besonders zum Tragen: Der Befragte zählt hier über einen Zeitraum von etwa 40 (!) Minuten detailliert sämtliche seiner Aufgaben auf, die im Laufe eines Arbeitstages eine Rolle spielen. Er schildert seine einzelnen Aufgaben erschöpfend in Einzelschritten: Von der Medikamentenvergabe zu verschiedenen Zeiten in verschiedenen Wohngruppen über die Begleitung des Wäschedienstes, den Transfer von Bewohner\*innen, die Dokumentation, die Anleitung der Kolleg\*innen, Reinigungstätigkeiten, das Zusammenführen von Informationen bis hin zur Befriedigung der psychosozialen Bedürfnisse der Bewohner\*innen. Diese Schilderung macht deutlich, wie mannigfaltig, komplex und verantwortungsvoll all diese Aufgaben sind, die am Ende eines Arbeitstages zusammengenommen ein „gepacktes Paket“ (I7: 385) ergeben.

Das Leben versteht der Interviewte als eine Aneinanderreihung von Etappen, die mit der „letzte[n] Etappe des Lebens“ (I7: 1149) – dem Alter – ende. Allerdings betrachtet er die Lebensetappe Alter nicht als homogene Einheit: „Also ich unterscheide noch mal alt, ich würd‘ jetzt nich alle Alten in ein Paket schieben.“ (I7: 1152 f.) Stattdessen differenziert der Befragte „junge, rüstige ältere Menschen“ auf der einen Seite von den „alten Menschen, die jetzt schon wirklich die letzten Schritte machen“ (I7: 1153–1155) auf der anderen Seite. Von Alter als einem „komplette[n] Paket“ (I7: 1124) könne aber erst die Rede sein, wenn zu einem bestimmten Lebensalter auch der körperliche und geistige Abbau dazu kommen. Erst dann stehe Alter für „Gebrechlichkeit, Hilflosigkeit, Hilfebedürftigkeit“ (I7: 1150 f.) und es handle sich um das „letzte Stadium vom Altsein“ (I7: 1151). Das vorletzte Stadium sei dagegen geprägt von „frei Sein von Beruf, von irgendwelchen Verpflichtungen, von den Zwängen“ (I7: 1327 f.).

Auch den einzelnen Menschen sieht die Fachkraft als Teil einer Gesamtheit an. Die aus vielen Einzelpersonen bestehende Wohngruppe vergleicht sie mit einem Mosaikbild:

„Des sind auch so die Unterschiede, ne? Und des is‘ ja so‘n Mosaik, ne? Also jedes Steinchen in der Gruppe bildet irgendwie so‘ne Gemeinschaft, und jeder is anders.“ (I7: 911–913)

Aus Sicht des Befragten steht jede\*r Bewohner\*in für eine eigenständige Persönlichkeit (also wiederum als komplexe Gesamtheit), die durch verschiedene Eigenschaften (also gewissermaßen Einzelteile) charakterisiert ist. Im Fokus der Erzählungen des Interviewten stehen diese Persönlichkeiten, steht die Vielseitigkeit der Bewohner\*innen und nicht deren Behinderung oder Alter. Für den Altenpfleger ist ein alter Mensch in erster Linie eine Person, voller Erfahrungen, Weisheit, Geschichten und Erlebtem – oder, in seinen eigenen Worten – „so‘n großes Paket an Erlebten, an Wissen, an Erfahrung“ (I7: 1146 f.). Beim Themenkomplex Behinderung und Alter(n) greift der Befragte dasselbe Bild von älteren Menschen auf: Diese verfügten über ein großes Lebenspaket und seien „als so ein weises Buch zu sehen“ (I7: 1183 f.). Ein älterer Mensch mit Behinderung könne sich aufgrund seiner eingeschränkten intellektuellen Fähigkeiten hingegen nicht so frei entfalten und habe dadurch weniger in seinem Paket, das sein Leben und sein Alter ausmache.

#### 6.1.4 Ambivalenzen

##### Zentrales Motiv: Ambivalenzen (Interview 13)

In Interview 13 ließ sich kein zentrales Motiv identifizieren, das alle relevanten thematischen Schwerpunkte und unterschiedlichen Sprachebenen gleichermaßen strukturiert. Die Fachkraft, eine jüngere Erzieherin, die im stationären Wohngruppendienst arbeitet, thematisiert wiederholt verschiedene Aspekte, die sich den eben behandelten Kernkategorien zuordnen lassen: Dabei handelt es sich um Fördern bzw. Lernen (Kernkategorie AKTIVITÄT), Normalität (Kernkategorie BEZIEHUNG) sowie um die Möglichkeiten von Teilhabe (Kernkategorie STRUKTUR), die allesamt miteinander verwoben scheinen.

Über diese Aspekte hinaus werden in dem Gespräch deutlich Ambivalenzen im Umgang mit Behinderung und Alter(n) artikuliert. Es handelt sich um Ambivalenzen, die in den anderen Interviews durchaus ebenfalls zum Vorschein kommen, wenn auch nicht in dieser Ausprägung.

Das Alter(n) beschreibt die Fachkraft als ein Geben und Nehmen. Es bedeute gleichermaßen Lernen und Bereicherung, aber auch Schmerz und Verlust – und zwar sowohl für die alten Menschen selbst als auch für Angehörige und Pflegepersonen. Auf der einen Seite wird Alter(n) also mit Angst und Unsicherheit in Verbindung gebracht: Angst vor dem Tod naher Angehöriger, Unsicherheit darüber, wie das eigene Alter(n) sein und wie

man selbst im Alter zurechtkommen wird. Auf der anderen Seite stellt die Befragte die intensiven und positiven (Lern-)Erfahrungen mit dem Alter(n) und Sterben anderer Menschen in ihrem privaten und beruflichen Umfeld sowie den großen Erfahrungsschatz älterer Menschen als unermesslichen Gewinn für sich dar. Außerdem argumentiert die Fachkraft, die Erfahrungen mit Alte(r)n und Sterbenden verringerten ihre Angst vor dem eigenen Altern und Sterben, Berührungsängste und Ekel im Umgang mit alten Menschen nähmen ab. Sie verstehe Alter(n) und Sterben als Teil des Lebens, der Umgang damit werde zunehmend zu einer Normalität.

Auch die Auseinandersetzung der Interviewten mit Behinderung bzw. Behinderung und Alter(n) weist auf Widersprüchlichkeiten hin. Menschen mit Behinderung beschreibt sie, verglichen mit der Mehrheitsgesellschaft, aufgrund ihrer Beeinträchtigungen als nicht *normal*. Gleichzeitig plädiert sie für die Gleichbehandlung von Menschen mit und ohne Behinderung. Weder im alltäglichen Miteinander in der Wohngruppe, noch außerhalb des Wohnheimsettings z. B. auf dem Arbeitsmarkt oder im Altenheim sollte Menschen mit Behinderung ein Sonderstatus zugeschrieben werden. Vielmehr sollten sie wie alle anderen normal behandelt werden. Gleichzeitig betont die Fachkraft jedoch die Notwendigkeit, Menschen mit Behinderung gerade wegen ihrer Beeinträchtigungen und ihrer geringeren Ressourcen ein höheres Maß an Förderung und Begleitung zuzugestehen, damit Nachteile ausgeglichen und Normalität erlebt werden können. So sollten Menschen mit Behinderung nach Ansicht der Befragten z. B. mehr professionelle Krankengymnastik verschrieben bekommen als Senior\*innen ohne Behinderung, weil sie ohne professionelle Anleitung z. B. steif werdende Gliedmaßen nicht freiwillig bewegen würden. Die verschreibenden Ärzt\*innen stuften diese Einschränkung jedoch als normal und daher als nicht behandlungsbedürftig ein – einem alten Menschen ohne Behinderung stünde diese Maßnahme auch nicht zu. Auch um sich in einem Altenheim zurechtzufinden, müssten Menschen mit Behinderung, so die Interviewte, aufgrund ihrer eingeschränkten kognitiven bzw. verbalen Fähigkeiten mehr Verständnis und Unterstützung von Seiten der Professionellen erhalten. Die Grundannahme lautet: Um für Menschen mit Behinderung Normalität zu schaffen, reiche eine normale Behandlung nicht aus, es bedürfe darüber hinaus förderlicher Umweltbedingungen. An dieser zusätzlichen Förderung und Betreuung fehle es aber der Fachkraft zufolge. Die behinderungsspezifische fachmedizinische Versorgung sei nicht ausreichend, auch in der Gesellschaft fehle es am Verständnis, stattdessen herrschten Vorurteile vor. Der Versuch, Nicht-Normalen zu mehr Normalität zu verhelfen, scheitere an strukturellen und gesellschaftlichen Unzulänglichkeiten.

### 6.1.5 Zusammenfassung

Bei der textthermeneutischen rekonstruktiven Analyse konnte für jedes der zwölf Interviews jeweils ein zentrales Motiv identifiziert werden. Diese zentralen Motive wurden zu drei Kernkategorien der erhobenen Sichtweisen und Handlungsperspektiven der Fachkräfte in Bezug auf Behinderung und Alter(n) gebündelt: AKTIVITÄT, BEZIEHUNG und STRUKTUR. Sie bilden als sinnstrukturelle Gesamtgestalt des kompletten Interviewmaterials den Strukturierungsrahmen für die systematische fallübergreifende Beschreibung der Untersuchungsergebnisse (Kapitel 6.2).

Die Kernkategorie AKTIVITÄT umfasst die Sichtweisen und Handlungsperspektiven, die Behinderung und Alter(n) über die Pole Aktivität und Passivität definieren. Sie gehen einher mit veränderten Gestaltungsmöglichkeiten für Betroffene und Betreuer\*innen (Interview 3), mit unterschiedliche intensiver Beweglichkeit auf körperlicher, geistiger und motivationaler Ebene (Interview 5) sowie mit veränderter Selbständigkeit (Interview 11). Behinderung und Alter(n) bedeutet aus Sicht der Befragten auch, alternative Gestaltungsmöglichkeiten zu arrangieren (Interview 3), weiterhin den Bewegungsmotor zu aktivieren (Interview 5) und das Einnehmen anderer Perspektiven für mehr Selbständigkeit zu fördern (Interview 11).

In der Kernkategorie BEZIEHUNG finden sich die Sichtweisen und Handlungsperspektiven, die Behinderung und Alter(n) als eine Frage des Umgangs mit Behinderung und Alter(n) im Spannungsfeld zwischen den Polen Nähe und Distanz bzw. Akzeptanz und Ablehnung definieren. So bedeutet Behinderung und Alter(n) eine Begegnung (von Menschen) und die Annäherung (an Menschen oder Herausforderungen). Kriterien wie Behinderung und Alter(n) sowie Gegensatzpaare wie alt und jung oder behindert und nicht behindert seien zweitrangig (Interview 2). Im Kontext von Behinderung und Alter(n) können genau diese Gegensätze im Vordergrund stehen, auf die es professionell zu reagieren gilt. Dabei werde versucht, das Unnormale bzw. Fremde durch die strukturierte und strukturierende Auseinandersetzung zu normalisieren und im Bedarfsfall Distanz zu schaffen (Interview 8). Eine Lösung kann auch sein, Gegensätze und Spannungen abzumildern und nach einem Mittelweg zu suchen (Interview 12). Der Umgang mit Gegensätzen kann jedoch auch als Gratwanderung empfunden werden. Sie ist verbunden mit der Gefahr, Grenzen zu erreichen oder gar zu überschreiten (Interview 9). Schließlich bieten Behinderung und Alter(n) einen Rahmen bzw. ein Spannungsfeld, sich zu positionieren und Stellung zu beziehen (Interview 14).

Die Kernkategorie STRUKTUR umfasst die Sichtweisen und Handlungsperspektiven, die vor allem die Heterogenität von Behinderung und Alter(n) in den Blick nehmen. Dies verbindet sich mit der Frage, inwieweit Homogenität in diesem Zusammenhang überhaupt sinnvoll und umsetzbar ist. Dabei geht es um den Prozess der Identifikation und Kombination von einzelnen Einheiten zu einem komplexen Ganzen (Interview 7). Im Vordergrund können auch Unterschiede oder Kontraste stehen, die sich im Zusammenführen ergänzen, indem Gegensätze aufgelöst werden und eine neue Gesamteinheit entsteht (Interview 4). Es kann auch um Rahmen und Schranken von in sich geschlossenen Einheiten gehen, die mal mehr und mal weniger klar definiert sind, sowie um die Frage, wie durchlässig diese Grenzen sein können (Interview 6).

Schließlich ist der Blick auf Behinderung und Alter(n) geprägt von Ambivalenzen. Dabei geht es um das Bestreben, das vermeintlich Unnormale von Behinderung und Alter(n) als normal anzusehen und Normalität weitestgehend zu ermöglichen. Behinderung und Alter(n) werden assoziiert mit einem Geben und Nehmen (Interview 13).

## 6.2 Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln

Nach der Vorstellung der Kernkategorien AKTIVITÄT, BEZIEHUNG und STRUKTUR werden in Kapitel 6.2 die verschiedenen Facetten der Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln ausführlicher vorgestellt. Da es sich bei den Kernkategorien um die sinnstrukturelle Gesamtgestalt der *Sichtweisen* der Fachkräfte handelt, wird der Begriff Kernkategorie im Folgenden *Perspektiven* genannt. Diese Perspektiven fungieren bei der folgenden Darstellung als Strukturierungsrahmen. Ziel dabei ist nicht, die Gesamtheit aller von den befragten Fachkräften rekonstruierten Sichtweisen abzubilden; die Aussagen treffen auch nicht auf alle befragten Fachkräfte zu. Die Darstellung verfolgt vielmehr das Ziel, die unterschiedlichen möglichen Facetten der Sichtweisen innerhalb der jeweiligen Spannungsfelder aufzuzeigen sowie deren Komplexität und Ambivalenzen zu unterstreichen.

Die Aktivitätsperspektive (Kapitel 6.2.1) umfasst dabei Sichtweisen der Fachkräfte, die Behinderung und Alter(n) vor allem mit Gewinnen und Verlusten auf verschiedenen Ebenen assoziieren. Die Beziehungsperspektive (Kapitel 6.2.2) beinhaltet Sichtweisen, welche die persönliche Beziehung der Befragten zum Thema Behinderung und Alter(n) betonen. Bei der Strukturperspektive (Kapitel 6.2.3) schließlich steht im Vordergrund der Aspekt der Heterogenität von Personengruppen, Bedürfnissen und Handlungsoptionen, die aus der Kombination von Behinderung und Alter(n) resultiert. Damit verbunden ist



die Frage, wie mit dieser Heterogenität professionell umgegangen werden kann. Für jede der drei Perspektiven werden im Folgenden jeweils drei Aspekte dargestellt: Erstens die Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung und Alter(n), zweitens das Verständnis der Befragten von gutem Alter(n) sowie drittens das Verständnis ihrer beruflichen Aufgaben bzw. ihres professionellen Handelns.

Die Darstellung der Ergebnisse wird zeigen, dass sich die Sichtweisen der Fachkräfte in allen drei Perspektiven jeweils als Spannungsfeld zwischen verschiedenen Polen bewegen (Aktivität vs. Passivität, Nähe/Akzeptanz vs. Distanz/Ablehnung, Heterogenität vs. Homogenität), unabhängig davon, ob es sich um die Sichtweisen auf Behinderung, Alter(n) oder professionelles Handeln drehte.

## 6.2.1 Aktivitätsperspektive

### 6.2.1.1 Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n)

In diesem Unterkapitel werden die verschiedenen Dimensionen der Sichtweisen der befragten Fachkräfte auf Behinderung und Alter(n) dargestellt, die sich der Aktivitätsperspektive – also dem Spannungsfeld zwischen den Polen Passivität und Aktivität – zuordnen lassen (Tabelle 13).

Tabelle 13: Behinderung und Alter(n) aus der Aktivitätsperspektive

Passiv	Aktiv
- Funktionseinschränkungen, Verluste	- Ressourcen, Gewinne
- Unselbständigkeit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	- Gestaltbarkeit
- Durch Dritte verursachte Passivität	- Alter als Lebensphase mit Freiheiten/ Perspektiven
- Nicht(s) bewegen wollen	
- Neutrale/erfreuliche Passivität	

### Funktionseinschränkungen, Verluste

Einige befragte Fachkräfte verbinden Behinderung<sup>59</sup> und Alter(n) mit Funktionseinschränkungen und Abbauprozessen auf körperlicher, geistiger sowie sozialer Ebene und nehmen damit eine biomedizinische Sichtweise auf Behinderung und Alter(n) ein: *Behindert* ist demnach, wer im Gegensatz zu nicht-behinderten Menschen bestimmte Dinge auf körperlicher oder kognitiver Ebene nicht tun kann. Anders formuliert können Menschen

<sup>59</sup> Wenn die befragten Fachkräfte von Menschen mit Behinderung sprechen, scheinen sie dabei in den meisten Fällen Bewohner\*innen ihrer jeweiligen Einrichtung vor Augen zu haben. Das zeigt sich vor allem bei konkreten Beispielen aus dem Berufsalltag der Befragten.

mit Behinderung bestimmte Dinge, wie laufen, sprechen, lesen oder schreiben nicht. Eine Altenpflegerin und ein Heilpädagoge formulieren dies wie folgt:

„N [...] körperlich gesunder Mensch rennt, macht, tut. ja? Wenn wir dann [...] eine Bewohnerin bekommen, die im Rollstuhl sitzt, die sich verbal nicht äußern kann, die ihre Hand nicht bewegen kann, na [...] dann is das ‘ne Behinderung, na, dann is das ‘ne körperliche Behinderung, ne Sprachbehinderung, na?“ (I4: 779–785)

„[Wir, Anm. d. Verf.] sprechen jetzt von [...] geistiger Behinderung, der langsamer is‘ in der Informationsverarbeitung, der vergleichbar mit andern Menschen die Speicherkapazität, die Informationsspeicherkapazität nicht hat und daher also ja grundsätzliche, ja, kulturelle Techniken wie Lesen, Schreiben, alles das, was wir normal zur Kommunikation brauchen, entweder nicht hat, oder nur ganz unausgeprägt, (?eben?) hat.“ (I11: 1326–1333)

Der Zustand der Behinderung wird als statisch beschrieben, was die kritische Frage aufwirft, inwieweit die Befragten den Zustand der Behinderung überhaupt als veränderbar ansehen (Kapitel 6.2.1.3). Auch die Perspektive auf das *Altern* sowie auf alte Menschen ist von Defiziten geprägt, hier liegt der Fokus allerdings auf dem Prozesscharakter des Älterwerdens. Von Altern ist die Rede, wenn bestimmte vorher vorhandene motorische oder kognitive Kräfte und Fähigkeiten mit der Zeit verlorengehen bzw. bereits verlorengegangen sind. Diese Sichtweise bezieht sich auf ältere Menschen mit und ohne Behinderung, wie die beiden folgenden Zitate einer Erzieherin in der Tagesstrukturierung zeigen:

„Alt werden heißt wirklich nicht mehr so Kraft haben können, wie noch Jahre zuvor. Die [Bewohner\*innen, Anm. d. Verf.] sind nicht mehr so mobil, können nicht mehr so gut laufen, [...] die Susanne is alleine gelaufen, dann Stock, dann Rollator, jetzt fest im Rollstuhl, [...] wo die die Fertigkeiten, Fähigkeiten vom Geschick mit den Händen auch, etwas weniger wird, die werden wat unsicher in der Motorik [...] älter werden auch sich nicht mehr so gut konzentrieren können.“ (I3: 288–304)

„Dat mach ich erstmal eher an den körperlichen Gegebenheiten fest, ne? Wenn ich so sach: boah schaff ich nit mehr, Bücken is schwer, oh ich habe Rücken, ne? [...] oder wo ich dann halt merke auch so meine Konzentrationsfähigkeit, ne, die lässt auch nach. [...] Da mach ich auch eher Alter dran fest, oder älter werden.“ (I3: 798–806)

Ebenso wie bei der Definition von Behinderung kommt hier ein medizinisch-biologisches Verständnis von Alter(n) zum Tragen (Kapitel 3.2).

### **Unselbständigkeit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit**

Für die Fachkräfte sind körperliche und geistige Funktionseinschränkungen eng verbunden mit Unselbständigkeit sowie Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Diese können aus Sicht der Befragten mit Behinderung und Alter(n) einhergehen. Bei Menschen liege eine Behinderung dann vor – so eine Erzieherin – wenn diese aufgrund (geistiger) Beeinträchtigungen trotz mehrmaliger Anleitung nicht in der Lage seien, bestimmte alltagsrelevante

Handlungen wie z. B. die korrekte Bedienung einer Mikrowelle selbständig durchzuführen. *Behindert* seien Menschen, wenn sie dauerhafte Unterstützung in wesentlichen Lebensbereichen benötigen, da sie z. B. keinem normalen Beruf nachgehen, nicht für den eigenen Lebensunterhalt sorgen, keine eigene Familie gründen oder selbständig zwischenmenschliche Konflikte lösen könnten. Entscheidend, so ein Erzieher im stationären Wohnbereich, sei bei diesen Kriterien jeweils die Intensität und die Dauerhaftigkeit der Unselbständigkeit, die letztlich eine Behinderung ausmache:

„Ich mach es [die Behinderung, Anm. d. Verf.] ja vor allen Dingen daran fest, dass er [der Mensch mit Behinderung, Anm. d. Verf.] sehr wenig sein Leben selbstständig, also so eigenverantwortlich führen kann. Da fängt bei mir so die Behinderung an, wenn jemand sehr stark, aber wirklich sehr stark, wir sind alle auf irgendwelche Hilfen angewiesen, [...] wenn die Beeinträchtigung so stark is, dass er sich selbst mithilfe anderer Menschen, ne, also immer wieder ständig diese Hilfe braucht (?und?) anfordert, ich denk da fängt das mit der Behinderung an.“ (I5: 1064–1072)

Solch eine defizitorientierte Sichtweise auf Behinderung zeigt sich auch in der Aussage einer Sozialpädagogin in der Renter\*innenbetreuung. Diese orientiert sich bei ihrer Definition von Behinderung nicht an Diagnosen oder Ursachen, sondern auf ihre Wahrnehmung der Bewohner\*innen und deren Hilfebedarf – wodurch sie paternalistisch wirkt. Ihr Fokus liegt auf der möglichen Unterstützung durch Fachkräfte: „Ich mach mir gar nicht mehr so viele Gedanken dadrüber, wann is jemand behindert, sondern denke eher so: Wo is dann hier mein Aufgabenfeld, wo braucht jemand Hilfe und Unterstützung?“ (I6: 624–626). Der Aspekt des Empowerment für Bewohner\*innen bleibt an dieser Stelle unerwähnt.

Auch das *Alter(n)* verbindet z. B. eine Erzieherin im Außenwohnbereich mit Unselbständigkeit, Unsicherheit sowie Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Das bezieht sich zum einen auf die Ausführung einfacher Alltagshandlungen:

„Ich hab‘ da grade meine Mutter im Kopf [...] bei ihr stell ich das auch fest, dass sie echt älter wird, und das macht sich einfach breit, in der Hilfe, die sie einfordert [...] und Unsicherheiten und Fragen, ganz viele Fragen, die gestellt werden, die früher nicht war‘n. [...] Vor allen Dingen in wirklich banalen Dingen, wo man welches Bild jetzt aufhängt und ‘n Nagel in die Wand hauen, was‘se vor‘n paar Jahren alles noch gemacht hat.“ (I12: 560–567)

Zum anderen zeigt ein Heilpädagoge dieselbe Sichtweise aber auch bezogen auf grundversorgungsbezogene und pflegerische Verrichtungen:

„Ja, also was ich persönlich mit dem Alter in Verbindung bringe, das wäre [...] ‘ne Hilfeleistung da, wo der Mensch früher keine brauchte. Beispielsweise, wenn man aufsteht, ne? Beim Sich-fertich-machen, anziehen und so was, und das bring ich so mit Alter in Verbindung, also pflegerische Tätigkeiten, also Grundversorgungstätigkeiten, ne, also viel Begleitung, ne?“ (I11: 943–949)

Den Alterungsprozess von Menschen mit geistiger Behinderung machen einige Befragte ebenfalls an einer weiteren Abnahme der Selbständigkeit fest. So zum Beispiel eine Erzieherin im Außenwohnbereich, die die nachlassenden kognitiven Fähigkeiten einer Bewohnerin beobachtet. Diese könne ihren eigenen Wohnbereich kaum noch sauber halten und benötige zunehmend Unterstützung und Begleitung. Besonders drastisch kann diese Zunahme an Hilfebedarf nach den Beobachtungen einer Erzieherin in der Rentner\*innenbetreuung bei älteren Menschen mit Down-Syndrom verlaufen. Sie nennt das Beispiel eines epileptischen Anfalls, der zu abrupten Funktionseinbußen führen kann:

„Aber wenn dann halt so‘n epileptischer [Anfall, Anm. d. Verf.] kommt, dann is na ganz starker Abbau von geistigen Fähigkeiten und von motorischen Fähigkeiten. Dann wissen die [Bewohner\*innen, Anm. d. Verf.] auf einmal ganz Vieles nicht mehr, dann [...] haben [die] zum Beispiel die Unterhose über‘m Kopf und det Unterhemd zwischen de Beine und sagen: Fräulein helfen Sie mir mal? Und die haben sich bis gestern alleine angezogen.“ (I3: 391–396)

Auffällig an den genannten Beispielen ist der unterschiedliche Grad an Unselbständigkeit, an dem die Fachkräfte Behinderung und Alter(n) festmachen. Dieser scheint für Behinderung deutlich ausgeprägter zu sein als für das Alter(n). Des Weiteren zeigen die Ausführungen der Befragten deutlich, dass Menschen mit Behinderung schon immer hilfebedürftig waren – und es wohl auch bleiben werden. Menschen ohne Behinderung werden hingegen erst im Verlaufe des Alterungsprozesses hilfebedürftig.

Wenn Menschen mit Behinderung, also Menschen, die schon immer hilfebedürftig gewesen sind, zusätzlich alt und damit noch hilfebedürftiger werden, bezeichnen zwei pädagogische Fachkräfte diesen Umstand als „Supergau“ (I9: 1370) oder als „Doppelbelastung“ (I12: 1319), „weil alles irgendwie noch schwieriger wird“ (I12: 1321).

Bedeutsam ist die Einschätzung einiger Fachkräfte, wonach das Alter bei den Bewohner\*innen der stationären Wohngruppen schwer auszumachen sei, da sie nicht sagen könnten, inwieweit bestimmte Defizite bzw. Veränderungen des Verhaltens oder der Funktionsfähigkeit auf den Alterungsprozess oder auf die Behinderung zurückzuführen sind. So gäbe es junge Bewohner\*innen mit sehr hohem und ältere Bewohner\*innen mit einem deutlich geringeren Unterstützungsbedarf. Hier stellt sich die Frage, inwieweit sich altersbedingte Veränderungen nicht über den Zeitverlauf doch erkennen ließen. Des Weiteren birgt diese Sichtweise die Gefahr in sich, erwachsene Bewohner\*innen fälschlicherweise als alterslos wahrzunehmen und entsprechend zu behandeln. Die Möglichkeit und Notwendigkeit einer aktiven Auseinandersetzung mit dem eigenen Alter(n) sowie eine

entsprechend professionelle Begleitung der Altersphase durch die Fachkräfte bleibt den Bewohner\*innen so verwehrt.

### **Durch Dritte verursachte Passivität**

Als Ursachen für die behinderungs- bzw. altersbedingte Passivität sehen die meisten Fachkräfte neben Krankheit und Unfall bei Behinderung und der abnehmenden Anpassungsfähigkeit der Organe und Organismen beim Altern eine höhere Macht, unangemessene Teilhabebedingungen in der Gesellschaft oder Vorurteile und das konkrete Verhalten Dritter an.

So erzählt eine ältere Erzieherin in der Renter\*innenbetreuung eindrücklich, dass sie zu Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit in der Behindertenhilfe Menschen mit Behinderung als „arme Kreaturen“ (I3: 666), als „verunglückte Gestalten“ (I3: 649) wahrgenommen habe, die von einem Schöpfergott kreiert und nun wie in einem „Gruselkabinett“ (I3: 621) ausgestellt würden (Kapitel 6.1.1). Die Befragte tadelt Gott regelrecht für das Ausmaß der Verunstaltung eines Bewohners: „Boah, lieber Gott, dat musste aber wirklich net sein, ne?“ (I3: 662). Die Vorstellung von einer höheren Macht, die über die Beeinträchtigung und Gebrechlichkeit von Menschen entscheidet, zeigt sich auch in ihrer Formulierung, der epileptische Anfall eines Bewohners sei „aus heiterem Himmel“ gekommen und jemand habe „ein[en] Schalter umgelegt“ (I3: 406), wodurch ein extremer körperlicher und geistiger Abbau eingesetzt habe. Diese Vorstellung einer bestimmenden höheren Macht ist insofern relevant, als sie zu der Frage führt, inwieweit die Fachkräfte Menschen überhaupt als Mitgestaltende von Behinderung und Alter(n) wahrnehmen.

Auch die Gesellschaft als abstrakte Größe wird als bestimmend für Behinderung angesehen. Damit wird Behinderung als sozial konstruiertes Phänomen dargestellt (Kapitel 3.1). Ein Diplom-Sozialpädagoge aus dem Gruppendienst vertritt etwa die Ansicht, den Bewohner\*innen sei über Jahre beigebracht worden, die Welt außerhalb ihrer Wohneinrichtung sei für sie zu groß:

„Ich stell mir vor, die Wahrnehmung eines Menschen, der behindert is‘, die is ja, die sind ja [...] so groß geworden und ham gesacht bekommen: Des verstehst du net, des kann ich dir jetzt net erklären und so, und so ham die sich dann auch selbst eingeordnet und denen muss ja die Welt erscheinen als‘n großes Mysterium.“ (I2: 928–932)

Gerade ältere Bewohner\*innen seien wegen dieser Sichtweise tendenziell passiver und unselbständiger, da sie sich alleine, ohne „Schutz einer Begleitung“ (I2: 923) gar nicht in die Stadt trauen würden. Interessant sind in diesem Zusammenhang andere Passagen aus demselben Interview. Diese erwecken teilweise den Eindruck, als führe der Befragte

diese „Tradition des Kleinhaltens“ selber fort, etwa, wenn er davon berichtet, dass er Bewohner\*innen einfach mal so mit zu einer Feier nehmen möchte oder sie in den Bus packt, um in die Stadt zu fahren – offenbar jeweils ohne vorher die betroffenen Bewohner\*innen zu fragen.

Andere Befragte machen gesellschaftliche Vorurteile sowie ausschließende strukturelle Rahmenbedingungen dafür (mit-)verantwortlich, dass Menschen überhaupt behindert würden.

„Also ich denke, eine Behinderung haben heißt ja auch eigentlich immer, dass man bisschen behindert gemacht is, weil das Umfeld nicht so wirklich stimmig is, ne? [...] weil diese Menschen auch nicht einfach überall so dran teilnehmen können, ne? Weil sie in der Schule nicht einfach so reinpassen, in die Regelschule, ne? Und das mache ja eigentlich, macht ja eigentlich die Gesellschaft, dass das nicht passt, ne, oder einen Teil davon.“ (I6: 610–620)

Einige Interviewte stellen vereinzelt auch die sozialen Praktiken im beruflichen Umgang mit den Bewohner\*innen selbstkritisch infrage. So moniert eine Erzieherin im Außenwohngruppenbereich, dass einerseits erwachsene Menschen ohne Behinderung ihr Leben selbst in die Hand nehmen sollten, andererseits erwachsene Bewohner\*innen jedoch z. B. ihre Betreuer\*innen um Erlaubnis fragen müssten, wann sie abends wieder zu Hause sein müssen. Die Frage sei, so die Fachkraft, wodurch diese Fremdbestimmung gerechtfertigt sei und wie sich Bewohner\*innen entwickeln würden, wenn sie stattdessen darin bestärkt würden, selbständig zu entscheiden.

Eine Erzieherin, die sowohl über berufliche als auch über private Erfahrungen in der Begleitung pflegebedürftiger Senior\*innen in Privathaushalten verfügt, berichtet ebenfalls von der Tendenz (professioneller) Pflegepersonen, den Senior\*innen unnötigerweise Aufgaben abnehmen zu wollen, was die Inaktivität der Betroffenen verstärke.

Allerdings gibt es auch zwei Befragte, die diese durch Dritte unterstützte Passivität (älterer) Menschen mit Behinderung positiv bewerten. Die Fachkräfte nähmen ihnen viele Alltagsaufgaben ab, wodurch die Bewohner\*innen ihren Alltag unbeschwerter verbringen könnten:

„Die [Bewohner\*innen, Anm. d. Verf.] haben viele Sorgen, nich? Ich muss mir ‘n Termin beim Doktor ausmachen, [...] Wir machen denen Termine aus, [...] denen ihr Alltach is eigentlich leichter, weil wir denen ganz viel abnehmen, von daher können die so unbelastet da ins Alter gehen.“ (I3: 776–780).

### **Nicht(s) bewegen wollen**

Alter wird von vielen Befragten zudem mit Unbeweglichkeit auf einer motivationalen Ebene in Verbindung gebracht. Alt seien Menschen folglich, wenn sie nicht mehr viel erleben, nichts mehr Neues ausprobieren wollten:

„Also man sollte meinen, sie [die älteren Bewohner\*innen, Anm. der Verf.] wollen einkaufen gehen. sie wollen mal raus hier aus dem Haus. Die Wenigsten gerade von den Alten, so hab ich hier den Eindruck, wollen das. Keine Abwechslung über das normale Maß hinaus, teilweise noch net mal der Wunsch in ‘ne Freizeit zu fahren. [...] Also des glaube ich so wahrzunehmen, dass also, je jünger die Leute sind, desto freizeithungriger, erlebnishungriger sind sie.“ (I2: 1795–1810)

Wichtig ist der Hinweis eines älteren Erziehers im Wohngruppendienst, dass nicht immer eindeutig zu klären sei, ob die abnehmende Motivation für Aktivitäten mit der vorliegenden Behinderung von Bewohner\*innen oder mit ihrem Älterwerden zusammenhänge. Oftmals seien es junge Bewohner\*innen, die aufgrund ihrer Behinderung sowie ohne Tatendrang und Unternehmungslust alt wirkten. Auch junge Menschen ohne Behinderung seien für ihn alt, wenn sie starr ihren Karriereweg verfolgen, ohne Raum für „Außerplanmäßiges“ oder für gesellschaftliches Engagement zu haben:

„[Bei den jungen Leuten, Anm. d. Verf.] seh ich wenig Phantasie entwickeln, dat is alles so ganz konkret und dann mach ma das und das und das. Aber ich merk nix so von so Träumen, Phantasien entwickeln oder sich mal so Auszeiten nehmen [...] und da erscheinen sie mir sehr alt.“ (I5: 478–483)

### **Neutrale/erfreuliche Passivität**

Die Passivität, mit der die befragten Fachkräfte Alter(n) assoziieren, ist nicht nur negativ konnotiert, sondern auch neutral oder gar positiv. So seien in der Lebensphase des (mittleren) Alters bestimmte, mehr oder weniger richtungsweisende (Lebens-)Entscheidungen wie Beruf, Lebenspartner\*in, Wohneigentum bereits getroffen worden. Im Alter sei daher weniger Flexibilität notwendig:

„Ich hab mit Zwanzich wahrscheinlich gedacht des‘ alles drin, is‘ alles möglich, und jetzt [...] bin ich schon relativ festgelegt, was mein‘ Beruf, familiäre Dinge anbelangt, des is‘ alles, wie sagt man gesetzt, das setzt sich ja auch wirklich was, es festigt sich was.“ (I2: 504–507)

Die Lebensphase Alter als Nacherwerbsphase wird verbunden mit vollbrachter Leistung und erarbeiteten Sicherheiten, auf denen man sich ausruhen könne:

„dass ma auch versichert und abgesichert ist, ne? Dass man schon Vieles sich schon aufgebaut hat, wo man sich auch drauf ausruhen kann, ne? Ich habe‘n Haus gekauft und ich habe es auch abbezahlt. [...] Ich kenn Freunde, die man lange hat, wo man sacht: kann ich mich drauf verlassen, is ‘ne gute Rückendeckung auch. [...] Ich habe auch Einiges geschafft wo ich nich mehr für kämpfen muss, ne?“ (I3: 811–818)

Hier wird die Vorstellung von einem aktiven, produktiven Leben beschrieben, das mit Anstrengung, Mühen, vielleicht auch mit Gefahren einhergeht – die Kriegsmetaphern „Kämpfen“ und „Rückendeckung“ verstärken diesen Eindruck. Ziel des Erwachsenenlebens ist es, durch Arbeit (im weiteren Sinne) die Basis für Sicherheit und Ruhe im Alter zu schaffen. Dies entspricht der Vorstellung einer Dreiteilung des Lebenslaufs nach Kohli, nach welcher der Übergang in den sozial abgesicherten Ruhestand nach dem Abschluss eines „normalen“ Arbeitslebens legitimiert ist (Kapitel 3.2).

Die Lebensphase Alter für Bewohner\*innen in den Einrichtungen beschreiben die befragten Fachkräfte ganz ähnlich. Sie beginne mit der Nacherwerbsphase, die den Bewohner\*innen insofern eine positive Passivität ermögliche, als sie sich ausruhen dürften:

„Die Erfahrung zeigt mir, wichtig is net mehr morgens den Stress zu haben, dat frühe Aufstehen, die knappe Zeit, die denen bleibt vom Wachwerden, Frühstück an den Bus zur Werkstatt, det is ‘ne sehr intensive Zeit, denk ich in allen Wohnstätten, die ganz viel Stresspotenzial hat. Der, wenn so‘n Stress weg is’, so, wenn so Unruhe weg is, dann is glaub ich schon ganz viel von Beginne gut.“ (I3: 722–727)

Im Gegensatz zu berenteten Menschen ohne Behinderung können Menschen mit geistiger Behinderung jedoch in der Regel weder auf ein selbst erwirtschaftetes finanzielles Polster noch auf ein stabiles Familien- und Freundschaftsnetzwerk zurückgreifen – beides Faktoren, die nicht unerheblich für einen sozial abgesicherten Ruhestand sind (Kapitel 3.2).

Zusammengefasst bringen die meisten befragten Fachkräfte mit Behinderung und Alter(n) erstmal passive Aspekte wie Funktionsbeinbußen, Verluste, Abhängigkeiten und einschränkende Umwelten in Verbindung. Gleichzeitig werden jedoch auch positive Aspekte mit Behinderung und Alter(n) assoziiert.

### **Ressourcen und Gewinne**

Die Fachkräfte nehmen die Bewohner\*innen als Personen wahr, die willensstark sowie in der Lage sind, ihren Willen auszudrücken und (ggf. mit Unterstützung) auch umzusetzen:

„Sie [eine Bewohnerin, Anm. d. Verf.] is auch jemand im Zimmer, die gerne mal liest oder fernsehguckt, sie hat ihr eigenes, [...] sie ist dann auch in der Lage zu sagen, genauso wie die [[anderer Bewohnerinnenname]] auch sacht, wenn ich sie frage: ‚Möchtest Du das und das machen?‘: ‚Nö, ich hab jetzt keine Lust, lass mich in Ruhe‘, weil sie einfach unheimlich gerne perlt.“ (I4: 344–351)

Bewohner\*innen werden als selbstbewusste, selbstständige und genussfreudige Personen dargestellt:



„Wir waren gerade mit ‘ner Gruppe [...] an der Nordsee, und ich denk wat machen die denn da die beiden Damen, hatte ich so zwei liebe netten Damen, die zogen sich vollkommen ihr Sonntagskostüm an, rannten zum Bäcker, mit dem hatten sie schon über Tage dann gesprochen, [...] holten die so ‘ne ganz kleine Torte, sagen zu mir: Wir kommen heute nich mit, wir setzen uns oben vor den Fernseher, [...] und schauen bei der Hochzeit [eines Königpaares, Anm. d. Verf.] zu.“ (I5: 443–450)

Zudem verfügten die Bewohner\*innen laut den Fachkräften über eine hohe Anpassungsfähigkeit. Trotz ihrer Einschränkungen fänden sie alternative Wege, auf ihre Weise freudvoll aktiv zu sein und am Leben teilzuhaben. Eine Erzieherin in der Tagesbetreuung berichtet von einem Bewohner, dem es gelänge, trotz starker Sprachstörungen freudvoll mit dem Betreuungspersonal zu interagieren. Eine Altenpflegerin im Wohnbereich erzählt erstaunt von einer Bewohnerin im Rollstuhl, die sich selbst trotz ihrer Immobilität als aktiver Teil einer Tanzgruppe wahrnimmt:

„Wir haben mit den Bewohnern für ein Fest [...] ein Lied geübt, da mussten sie singen und da mussten sie tanzen, dann mussten sie sich kostümieren. Tanzen kann sie körperlich nicht, ja, und dann hat sie immer nur dabeigessen, ne, und dann hab‘ ich gedacht: Gut, dat is‘ jetzt doch wohl nicht richtig. Aber, wenn man dann Nachmittag zum Dienst kommt, da sacht sie: Ich hab heute Morgen getanzt, das war toll! [...] Sie erlebt das wirklich so, ja als ob sie das auch gemacht hätte, ja?“ (I4: 298–305).

Auch alte Menschen verfügen im Allgemeinen über Ressourcen, die es ihnen ermöglichen, noch lange Zeit ihre Pflichten zu erfüllen, nennenswerte körperliche und geistige Leistungen zu vollbringen und, falls die Kräfte doch nachlassen sollten, ihr Handeln an den noch vorhandenen Fähigkeiten auszurichten. Alter(n) wird hier also nicht automatisch mit Defiziten in Verbindung gebracht.

Selbst sehr alte Menschen nehmen die Fachkräfte, die nach eigenen Angaben in ihrem Privatleben viele Erfahrungen mit älteren Menschen gemacht haben, als Menschen mit persönlichen und gesellschaftlich relevanten Ressourcen wahr, etwa, wenn sie von Senior\*innen sprechen, die aktiv Vereinssport betreiben, sich gesellschaftspolitisch engagieren, über ein enormes Wissen verfügen oder interessante und ausdauernde Gesprächspartner\*innen sind. Selbst bei einer Einschränkung der Vitalität und Selbständigkeit durch Alter bzw. Krankheit, so eine jüngere Erzieherin, verfügten die Betroffenen über den Willen, ihren Alltag so lange wie möglich selbständig bzw. mit so wenig Hilfe von Dritten wie nötig zu gestalten. Dazu gehöre – in Übereinstimmung mit dem SOK-Modell (Kapitel 3.3) – auch, Aktivitäten an die sich verändernden eigenen Möglichkeiten anzupassen. Der Fokus wird dabei nicht auf die Verluste, sondern auf die noch vorhandenen Fähigkeiten gelegt. Ein älterer Erzieher aus dem stationären Wohnbereich bringt folgendes Beispiel: Man lege mittlerweile die fünf Kilometer Entfernung altersbedingt nicht

mehr joggend, sondern kräfteschonend mit dem Fahrrad zurück. Die Fähigkeit und der Wunsch zu Lernen hörten auch im Alter nicht auf. So freut sich eine Altenpflegerin mittleren Alters auf ihre eigene Nacherwerbsphase, in der sie z. B. Volkshochschulkurse belegen möchte.

Über die Bewohner\*innen wird ebenfalls berichtet, dass sie im Alter durchaus in der Lage seien, ihre Aufgaben im Wohnbereich zu erfüllen sowie Neues zu lernen und auszuprobieren. So ginge ein über 70-jähriger Bewohner im Außenwohnbereich noch immer pflichtbewusst seinen hauswirtschaftlichen Aufgaben nach und leiste damit einen wichtigen Beitrag für die Wohngemeinschaft. Eine Erzieherin in der Rentner\*innenbetreuung berichtet, dass die Senior\*innen prinzipiell allesamt bereit seien, etwa im Kreativbereich Neues auszuprobieren. Darüber hinaus kommt es vor, dass Senior\*innen auch im sozialen Miteinander dazulernen:

„Die [Rentner, Anm. d. Verf.] kriegen auch schon mal andere Verhaltensweisen, die lernen um. So hat ein Bewohner, der war schon immer sehr unruhig, laut, ungeduldig, wenn dem irgendwas net passte, oder irgendwas wollte, hat der immer gebrüllt, war auch gar net konfliktfähig [...] aber er hat sich ganz, ganz im Positiven verändert. Der der is ruhiger geworden, viel ausgeglichener und hat gelernt wirklich seine Wünsche zu äußern.“ (I3: 453–468)

Neben den Ressourcen bringen die Fachkräfte mit Behinderung und Alter(n) auch explizit *Gewinne*, also einen Zugewinn an Fähigkeiten in Verbindung. Sie beschreiben Bewohner\*innen im Vergleich zu Menschen ohne geistige Behinderung als zufriedener und gelassener. Aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen – so die Erklärung eines Diplom-Sozialpädagogen – machten sie sich generell weniger Gedanken: „Der Intellekt, der scha-det uns manchmal. Also wir denken zu viel und da haben diese Menschen hier den Vorteil, die denken nicht und sind somit auch zufriedener.“ (I14: 343–345)

Eine Erzieherin in der Rentner\*innenbetreuung geht davon aus, dass es den Bewohner\*innen auch im Alter psychisch immer gut ginge, da sie Zustände und Veränderungen in ihrem Leben nicht hinterfragten, sondern einfach annähmen:

„Denen geht’s nich‘ schlecht, wenn die geistig behindert sind und alt werden. Die sind ja nicht so kopflastig, wie ich das bin, die hinterfragen ja nich‘ so, [...] die fragen net so viel, die nehmen eher det Leben. Wenn ich dann so sehe, auch wenn die im Krankenhaus sind, die nehmen det an.“ (I3: 693–700)

Die Befragte ist außerdem der Ansicht, dass ältere Bewohner\*innen ihren Alltag auch deshalb viel unbeschwerter erleben könnten, da die Mitarbeitenden ihnen viele Alltagsaufgaben und somit Sorgen abnähmen:

„Die [Bewohner\*innen, Anm. d. Verf.] haben viele Sorgen nich‘, ich muss mir ‘n Termin beim Doktor ausmachen, [...] wir machen denen Termine aus, [...] denen ihr Alltach is eigentlich leichter, weil wir denen ganz viel abnehmen, von daher können die so unbelas-  
tet da ins Alter gehen.“ (I3: 776–780)

Diese Sichtweise steht im deutlichen Kontrast zu der Sichtweise einer Altenpflegerin im Gruppendienst. Diese geht davon aus, dass Menschen mit Behinderung durchaus Ängste haben, auch beim eigenen Älterwerden. Sie führt aus, dass die älteren Bewohner\*innen sich in der für sie neuen Lebenssituation weniger gut zurechtfinden, da sie auf deutlich weniger Ressourcen zurückgreifen könnten, um mit den Herausforderungen umzugehen, die mit dem Alterungsprozess einhergehen (können). So sähe sie durchaus

„viel Angst bei den Leuten, [...] ich denke grade Bewohner so wie wir sie haben, auch von den Behinderungen, denk ich, entwickeln da noch mehr Ängste, weil sie sich vielleicht einfach auch nicht so zurechtfinden und ich denke da is der Hilfebedarf schon auch sehr groß und intensiv, na?“ (I4: 665–670)

Mit diesen einseitigen Sichtweisen laufen die Fachkräfte Gefahr, entweder nicht die nötige Sensibilität für mögliche Ängste der älter werdenden Bewohner\*innen zu haben, etwa, wenn sie davon ausgehen, dass Bewohner\*innen prinzipiell alles gelassen annehmen. Oder sie laufen Gefahr, den Bewohner\*innen aufgrund ihrer geringeren Ressourcen Ängste einzureden, die eventuell gar nicht vorhanden sind. In beiden Fällen könnte dies negative Auswirkungen auf die tatsächlichen Ressourcen der älter werdenden Bewohner\*innen haben.

Das *eigene* Alter bringen die Befragten ebenfalls mit Gelassenheit in Verbindung. Ein älterer Erzieher im Wohnbereich erläutert beispielsweise, er würde sich nicht wegen seiner nachlassenden Kräfte grämen, sondern sich an den Schönheiten des Lebens erfreuen: „Man wird ja im Alter auch gelassener, ne. Man reißt da keine Bäume mehr raus, aber man freut sich über den Rosenstock, der da schön blüht.“ (I5: 743–745) Neben der Gelassenheit zählten auch das Wissen und die Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens ansammle, als ein Gewinn des Alters. So könnten Senior\*innen z. B. mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung als Mentor\*innen in einem Betrieb oder in einem Ehrenamt fungieren. Eine jüngere Erzieherin im stationären Wohnbereich assoziiert Alter in diesem Kontext mit dem Bild einer alten Frau, von der man vieles lernen könne:

„Mit dem Alter verbinde ich immer so: alte Frau, die kann mir vielleicht was erzählen; alte Frau, die kann mir vielleicht so irgendjemand der’s alt, der kann mir ‘n Rezept irgendwas erzähl‘n, [...] ich denk, die kann bestimmt gut kochen oder so, die kann mir irgend-  
was beibringen“ (I13: 1592–1597).

Auch ältere Bewohner\*innen beschreiben die Befragten als Menschen mit einer eigenen Geschichte, von der sie berichten und aus der sie in ihrem täglichen Handeln schöpfen könnten. Gegenüber jüngeren Menschen mit und ohne Behinderung verfügten sie oftmals über einen Vorsprung an Erfahrungen und Informationen. Zudem genossen sie sowohl unter den Bewohner\*innen als auch unter den Mitarbeitenden mehr Autorität und Vertrauen und fungierten somit als Basis der Wohngruppe:

„Also die älteren Mitbewohner – ich würde sagen, ich hab die so erlebt, wie die so, wie der Bodensatz. also die Basis eigentlich. Es sind da auch die Bewohner, die die am längsten, [...] hier wohnen, die haben die meisten Erfahrung, die haben auch ändern Bewohnern gegenüber, die neuer sind oder reinkommen eher so einfach mehr Autorität.“ (I11: 469–474)

An dieser Stelle mag die Wortselektion „Bodensatz“ überraschen, bezeichnet der Begriff doch etwa im Bereich der Chemie oder Medizin Ablagerungen und Rückstände, also feste Bestandteile einer Flüssigkeit, die sich am Boden eines Gefäßes absetzen, also etwas, das zurückbleibt und ggf. auch entsorgt wird.

### **Gestaltbarkeit von Behinderung und Alter**

Neben den Ressourcen und Gewinnen, die die befragten Fachkräfte mit Behinderung und Alter in Verbindung bringen, betonen sie auch die Gestaltbarkeit einerseits des Lebens mit Behinderung und andererseits der Lebensphase Alter als positives Element. Dabei werden Behinderung und Alter als etwas positiv Beeinflussbares verstanden, etwa durch Förderung und Training. Eine junge Erzieherin ist fest davon überzeugt, dass Menschen mit geistiger Behinderung vieles lernen könnten, wenn sie nur die richtige Förderung bekämen. Eine andere Erzieherin aus dem Außenwohnbereich berichtet von einer Bewohnerin, die durch regelmäßiges Training gelernt habe, selbständig zum Kaffeetrinken in das nahegelegene Café zu gehen. Selbst wenn sich der Alterungsprozess bei Bewohner\*innen nicht aufhalten ließe, fänden sich dennoch Möglichkeiten, den Abbau abzubremsen bzw. ihn in eine andere Richtung zu lenken, so die Fachkraft:

„Also am Anfang, war das schockierend, dieses, dass das ein Abbau ist. [...] Wenn man hier arbeitet, dann entdeckt man aber doch Möglichkeiten, es gibt doch; es is nich nur ein Abbau. Es is ein Erhalt, aber auch zum Teil eine Förderung möglich, die Menschen sind in der Lage, auch kleinere, neue Sachen zu lernen.“ (I13: 1261–1266)

Nichtsdestotrotz stoßen diese Versuche der Förderung auch an ihre Grenzen, worauf in Abschnitt 6.2.1.3 näher eingegangen wird.

Bezogen auf sein eigenes Alter vertritt ein Diplom-Sozialpädagoge mittleren Alters die Meinung, dass letztlich jeder Mensch selbst für den eigenen Alternsprozess verantwortlich sei und diesen auch positiv beeinflussen könne. Deswegen sei er selbst aktiv bemüht,

seinen eigenen Alterungsprozess durch körperliches und kognitives Training zu verlangsamen. Interessant an dieser Aussage ist zum einem, dass sich die Befragten an keiner anderen Stelle ähnlich geäußert haben (also selbst ihren eigenen Alterungsprozess positiv zu beeinflussen). Zum anderen erwähnt dieser Interviewte an keiner Stelle, dass er die Bewohner\*innen dazu anregt, ihren Alterungsprozess positiv zu beeinflussen. Bedeutet das, dass er bei sich selbst andere Maßstäbe anlegt als bei den Bewohner\*innen?

### **Alter als Lebensphase mit Freiheiten und neuen Perspektiven**

Ein besonders positiver aktiver Aspekt, den die Fachkräfte mit dem Alter(n) im Allgemeinen verbinden, ist die Möglichkeit, sich nach der Erwerbsphase selbstbestimmter auf die Dinge konzentrieren zu können, die einem persönlich wichtig sind. Man sei nicht nur frei von erwerbsbedingten zeitlichen Restriktionen, sondern auch von sogenannten institutionellen Anstandsschranken, die mit der Einbindung in ein berufliches Umfeld einhergehen können. Einem älteren Heilpädagogen zufolge könne man es sich nach der Berentung endlich erlauben, unangepasst zu sein und „radikalere Ansichten“ (I11: 1087) zu vertreten. Durch die gewählte Konjunktivform („ich könnt mir erlauben, radikalere Ansichten zu vertreten““) bleibt offen, inwieweit der Befragte nach der Berentung tatsächlich radikaler werden will und was überhaupt mit „radikalere Ansichten“ gemeint ist.

Nach Ansicht der pädagogischen Fachkräfte in der Rentner\*innenbetreuung bedeutet die Lebensphase Alter (im Sinne von Nacherwerbsphase) auch für Bewohner\*innen, mehr Zeit und Muße zu haben. Das Alter bietet die Rahmenbedingungen, um Altes (z. B. in Ruhe spazieren gehen) und Neues (z. B. einen Seidenschal gestalten) selbständig oder unter Anleitung auszuprobieren. Dabei sei es den Bewohner\*innen selbst überlassen, inwieweit sie an organisierten Angeboten teilnehmen wollen, denn, so eine Mitarbeiterin: „Wenn man Rentner is‘, hat man auch sein Leben lang gut funktionieren müssen, [...], deshalb sei es gut, so viele Freiräume schaffen zu können wie möglich.“ (I6: 304–309)

Die Interviews enthielten jedoch keine Aussagen darüber, inwieweit auch Bewohner\*innen ihre Nacherwerbsphase nutzen wollen und vor allem auch dürfen, um sich z. B. für das Gemeinwohl einzusetzen oder ebenfalls in ihrem Denken oder Tun radikaler im Sinne von unangepasster zu werden. Bedeutet das, dass die mit dem Alter assoziierten Freiheiten und neuen Perspektiven aus Sicht der Befragten nur im Rahmen des gewohnten Wohngruppenalltags möglich sind?

### 6.2.1.2 Verständnis von gutem Alter(n)

Die Vorstellungen der Befragten über gutes Alter(n) von Menschen mit und ohne Behinderung sind auf den ersten Blick vergleichbar. Bei genauerer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass die Fachkräfte an ihr eigenes gutes Alter(n) teilweise andere Maßstäbe anlegen als an das der Bewohner\*innen (Tabelle 14).

Tabelle 14: Gutes Alter(n) aus der Aktivitätsperspektive

Aktiv	Passiv
- Geistige und körperliche Gesundheit – Aktivität und Selbständigkeit	- Kontinuität, Vertrautheit in Ort und Person
- Selbstbestimmung	- Ruhe, Rückzugsmöglichkeiten
- Persönlichkeitsentwicklung	
- gute Versorgung	

#### Geistige und körperliche Gesundheit – Aktivität und Selbständigkeit

Gutes Alter(n) setzt nach Ansicht vieler Fachkräfte vor allem Gesundheit (im Sinne einer Abwesenheit von Krankheit) sowie körperliche und geistige Leistungsfähigkeit sowie Schmerzfreiheit voraus. Betont wird also die Fähigkeit, weiterhin aktiv sein zu können: „Also solange ich gesund bin und geistig klar bin, kann Alter ja gut sein!“ [...] Da „ich ja im Alter auch noch viel machen“ kann (I3: 842–853).

Nach Ansicht der Befragten sei es für Menschen mit und ohne Behinderung wichtig, nicht nur gesund und aktiv zu bleiben, sondern im Alter auch eigenen alten und neuen Interessen nachzugehen sowie aktiv am (öffentlichen) Leben teilzuhaben. Dies könne auch bedeuten, etwas Neues hinzuzulernen:

„Wenn ich in Rente gehe, möchte ich auch nicht nur in der Ecke sitzen, ne? Ich möchte natürlich, dass ich hoffe, ich bleibe gesund, [...] und ich kann dann wirklich auch rausgehen oder ich kann wirklich meinen Interessen nachgehen, ne? Ich kann vielleicht auch auf der VHS-Schule noch gehen, kann da noch was lernen, ne?“ (I4: 459–464)

Ein älterer Heilpädagoge im Außenwohnbereich ist der Meinung, dass die Bewohner\*innen gleichermaßen den Wunsch hätten, selbständig Dinge zu unternehmen, die ihnen wichtig sind. Der Befragte betont die Bedeutung von Selbständigkeit für sein eigenes Altersverständnis. Aber auch ein älterer Bewohner im Außenwohnbereich fühle sich noch immer jung, wenn er noch immer Aufgaben für die Wohngemeinschaft selbständig erfülle und zudem die Freiheit habe, seinen Leidenschaften eigenständig nachzugehen:

„Sein Selbstverständnis heißt für ihn: Ich kann noch alles machen. So, aus dem so, das was er sich so denkt. Und das is ganz wichtig, deswegen macht er auch ‘n jüngeren Ein-druck. er sacht von sich: Ich bin doch nicht alt, ne? Das heißt für ihn, ich kann noch alles.“ (I11: 1205–1209)

Für ein gutes Alter(n) sei es entscheidend, weiter gefordert zu werden, Anerkennung zu bekommen (z. B. für erledigte Aufgaben) und mit den (Lebens-)Rhythmen, Sichtweisen und Ideen anderer Menschen konfrontiert zu werden, so der befragte Heilpädagoge weiter. Ein Leben, das stets demselben Rhythmus folge und in dem einem alle Aufgaben abgenommen würden, es also kaum Anlässe gäbe, die eigene Komfortzone zu verlassen, fördere hingegen altersbedingte Abbauprozesse. Aus diesem Grund befürwortet der Befragte ein Zusammenwohnen jüngerer und älterer Menschen in einem Setting, das Selbständigkeit und Engagement für das Allgemeinwohl fördert und so den Bewohner\*innen Perspektivwechsel ermögliche.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Aussage einiger Fachkräfte, etwa eines Diplom-Sozialpädagogen und einer jungen Heilerziehungspflegerin, dass ein Leben in Unselbständigkeit, etwa in einem Altenheim – das sie als Ausgeliefertsein (I14: 597) beschreiben – für sie nicht mit Gutem Alter(n) vereinbar sei, sondern einem Schreckensszenario gleichkäme. Dagegen steht Selbständigkeit für etwas Positives: Das „schönste Bild, was man im Kopf haben kann, is ja natürlich, dass man so lange wie möglich alleine klarkommt. Das ist für mich gutes Altwerden.“ (I8: 781–783) Interessanterweise übertragen die Interviewten dieses Bild jedoch nicht auf die Bewohner\*innen. Für diese bedeute ein gutes Alter(n) – so dieselbe Heilerziehungspflegerin – dass sie in heimeliger Umgebung gut versorgt würden.

### **Selbstbestimmung**

Für eine Altenpflegerin mittleren Alters bedeutet gutes Alter(n), persönlich selbstbestimmt zu altern: „Dass ich die Möglichkeit habe, mein Alter so weit wie möglich selbst zu gestalten.“ (I4: 896 f.) Dasselbe gelte auch für die Bewohner\*innen, wobei die Fachkraft an anderer Stelle richtiger Weise einräumt, dass diese weniger Möglichkeiten hätten, ihre Selbstbestimmung auch tatsächlich zu realisieren. Ein älterer Heilpädagoge betont ebenfalls, wie wichtig es für die Bewohner\*innen ist, tun zu können, was ihnen wichtig ist und wann es ihnen wichtig ist:

„Ich bin mir ganz sicher, dass der Werner ganz stolz darauf is, [...] rauszugehen, wann er will, [...] in die Stadt zu fahren, wann er will, seinen Scheck abzuholen, ne? Den auf der Bank einzulösen, ne? Sich die Zigaretten zu kaufen, wo er ihn immer kauft, sich dann auch noch ‘ne Münze zu kaufen, weil er Münzen sammelt und verrückt nach Münzen is, die er stolz vorzeigt. Das is Lebensqualität für ihn. Diese Dinge machen zu können, alleine machen zu können, immer wieder.“ (I11: 1188–1196)

Dieses Beispiel eines über 70-jährigen Bewohners in einer Außenwohngruppe wirft jedoch die Frage auf, wie es um die selbstbestimmte Freizeitgestaltung stünde, wenn der

Bewohner für die Fahrt in die Stadt altersbedingt Unterstützung benötigte? Wäre diese dann noch realisierbar?

Ein anderer Aspekt selbstbestimmten Alter(n)s ist nach Ansicht einer jüngeren Erzieherin mit Blick auf ihre eigene Familie, dass Angehörige nicht über den Kopf eines pflegebedürftigen alten Menschen entscheiden, sondern gemeinsam mit ihm nach Wohn- und Betreuungslösungen suchen. Einer Krankenschwester mittleren Alters ist es auch persönlich wichtig, selbst zu entscheiden, wann z. B. lebensverlängernde Maßnahmen sinnvoll sind und wann nicht: „Und wenn ich so krank bin, dass nix mehr geht, ja, leiden will ja keiner, ne? Gut, Sterbehilfe ha'm wir hier nich, aber ich würd dann schon nich lebensverlängernde Maßnahmen und so was würd ich auch nich haben wollen.“ (I9: 813–816)

Auch hier stellt sich die Frage, inwieweit Bewohner\*innen tatsächlich Mitsprache- und Entscheidungsmöglichkeiten bei der Frage haben, wo und wie lange sie ihren Lebensabend verbringen wollen.

### **Persönlichkeitsentwicklung**

Aus Sicht eines Diplom-Sozialpädagogen mittleren Alters aus dem stationären Wohnbereich bedeutet gutes Alter(n) auch, die eigene Persönlichkeit weiterzuentwickeln. Dieser Prozess beginne nicht erst mit dem Eintritt in die erwerbsfreie Phase, sondern sei lebenslang: „Also ich wünsche mir [für mein weiteres Leben, Anm. d. Verf.] eigentlich, dass ich noch freier werde von Zwängen und noch Bereiche erschließen kann, die die mir jetzt net so zu eigen sind.“ (I2: 813–816) Der Befragte wünscht sich, entscheidungsfreudiger und spontaner zu werden, sich selbst nicht so wichtig zu nehmen und auch anderen Menschen den Raum zu geben, ihre eigenen Erfahrungen machen zu können. Sich weiter zu entwickeln hieße vor allem, sich von den Erwartungen Dritter frei zu machen.

Bezeichnenderweise spricht der Interviewte den Bewohner\*innen genau diese Fähigkeit, „an sich selbst zu arbeiten“ und über sich zu reflektieren und ggf. das eigene Verhalten oder die eigenen Haltungen zu verändern, ab. Dies passt zur weiter oben zitierten Aussage eines anderen Diplom-Sozialpädagogen, wonach Menschen mit geistiger Behinderung nicht denken würden und daher das Leben daher leichter nähmen. Diese Befragten sprechen Menschen mit geistiger Behinderung die Fähigkeit ab, sich kognitiv mit sich selbst, ihrem Leben und ihrem Älterwerden zu beschäftigen. In der Konsequenz versäumen es Fachkräfte mit dieser Haltung, alternative Weisen zu finden, auf denen sich die Bewohner\*innen damit beschäftigen können.



### **Kontinuität, Vertrautheit in Ort und Person**

Gutes Alter(n) bedeutet für Menschen mit ohne Behinderung neben Aktivität und Bewegung auch, in bestimmten Bereichen Kontinuität, Vertrauen, Ruhe sowie Sicherheit zu erleben. Nach Ansicht der Befragten ist es für beide Gruppen gleichermaßen wichtig, im Alter in einer gewohnten Umgebung und mit gewohnten Menschen zu leben:

„Dass sie [die Bewohner\*innen, Anm. d. Verf.] dort alt werden können, wo sie wo sie leben, wo sie gelebt haben, dass sie das is auch für mich wichtig, also ich denke mal für jeden Menschen, dass er wie man sacht, alte Bäume sollte man nicht umwurzeln, umsiedeln, ne?“ (I7: 1373–1376).

Für Bewohner\*innen von Wohneinrichtungen sei zudem eine Kontinuität der Bezugspersonen und Tagesabläufe entscheidend für ein gutes Alter(n):

„Ja, ich denk, das was wir uns auch wünschen, dass es wirklich ihr Zuhause is hier, vertraute Umgebung. Ja, wo wir wirklich dran arbeiten müssen, keine zu hohe Fluktuation, bei dem Personal, das ist enorm wichtig, grade bei älteren Menschen, die brauchen ihre Vertrautheit, sowohl in der Person wie in der Umgebung, das is‘ so.“ (I5: 649–653).

Hierzu ist zu sagen, dass die Kontinuität der Bezugspersonen von Seiten der Institutionen aufgrund der organisatorischen Rahmenbedingungen oft nur schwer realisiert werden kann.

### **Ruhe und Rückzugsmöglichkeiten**

Wie bereits angedeutet bedeutet gutes Alter(n) auch, nach einem anstrengenden Leben Entspannung und Ruhe genießen zu können:

„Ich denke, [...] der Mensch is ja sein ganzes Leben lang irgendwie mit dem alltäglichen Dingen des Lebens beschäftigt, er kämpft ums Überleben heutzutage in der harten wirtschaftlichen Gesellschaft, und dass man sich dann auch im Alter irgendwo auch ‘n stückweit Ruhe [verdient, Anm. d. Verf.]“ (I7: 1378–1381)

Morgens nicht mehr zu einem bestimmten Zeitpunkt aufstehen zu müssen, ist für alle Menschen wesentlicher Faktor eines entspannten Älterwerdens. Die Möglichkeit, sich tagsüber zurückziehen und ruhen zu können, um z. B. wieder fit für die Abendaktivitäten zu sein, die Möglichkeit den Tag generell langsamer beginnen und verlaufen zu lassen, trägt wesentlich zu einem zufriedeneren, da entspannteren Alter(n) der Bewohner\*innen bei:

„Det Recht haben, dat wirklich alles langsamer gehen darf, ne? Nich aus der Werkstatt kommen und ich muss aber noch zum Zahnarzt, et wird Zeit, Kaffee trinken können wir gleich, sonst schaffen wir‘ s nich mehr, man kann Termine anders legen, der der Druck so viel Alltagsdruck is weg. (?Ich denk det spielt?) viel ‘ne Rolle um auch zufrieden zu sein.“ (I3: 729–734)

Bei den Bewohner\*innen geht mit dem Bedürfnis nach mehr Ruhe im Alter der Wunsch einher, in kleineren Wohngruppen in ruhigeren Wohngebieten zu leben, wo es eher private Rückzugsräume gibt.

### **Gute Versorgung**

Ein älterer Erzieher und eine jüngere Heilerziehungspflegerin im stationären Wohnbereich verbinden mit gutem Alter(n) die Hoffnung, im Falle einer Pflegebedürftigkeit gut und ausreichend versorgt zu sein: „Gutes Altwerden ist für mich dann eigentlich auch, wenn die Familie es schafft, sich um einen zu kümmern und wenn das nicht möglich ist, wenigstens ne gute Pflegeeinrichtung zu finden, wo sich gut um einen gekümmert wird.“ (I8: 783–786) Hier wird nochmals deutlich, dass die Fachkräfte eine pflegerische Versorgung im Kreise der Familie gegenüber einer Versorgung in einer stationären Einrichtung favorisieren. Diese Option dürften jedoch nur die wenigsten älteren Menschen mit geistiger Behinderung haben.

Zusammenfassend wird bei der Frage nach dem Verständnis von gutem Alter(n) deutlich, wie unterschiedlich spät das *Alter(n)* aus Sicht der Befragten beginnt. So denkt z. B. ein Diplom-Sozialpädagoge mittleren Alters bei gutem Alter(n) daran, auch als älterer Arbeitnehmer noch körperlich fit genug zu sein, um z. B. Bewohner\*innen aus der Wanne heben zu können. Eine Krankenschwester mittleren Alters hat bei der Frage hingegen sich selbst als pflegebedürftige Person vor Augen und erhofft sich eine gute pflegerische Versorgung im Familienkreis. Ein Sozialpädagoge mittleren Alters versteht Altern als lebenslangen Prozess, wohingegen eine Krankenschwester Alter generell ausschließlich mit Abbauprozessen und Pflegebedürftigkeit verbindet – also mit dem sogenannten vierten Alter (Kapitel 3.2). Einige Befragte gehen davon aus, dass es zwischen den Vorstellungen Guten Alter(n)s von den Fachkräften selbst und von den Bewohner\*innen kaum Unterschiede gibt. Tatsächlich zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede, etwa hinsichtlich der Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstreflexion, die den Älteren einerseits zugestanden werden und die andererseits als schwer realisierbar gelten.

#### **6.2.1.3 Verständnis von beruflichen Aufgaben und professionellem Handeln**

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit den Sichtweisen der befragten Fachkräfte auf ihr professionelles Handeln im Kontext von Behinderung und Alter(n). Nach Ansicht der Befragten ist es ihre wesentliche Aufgabe sowie der Inbegriff ihres professionellen Handelns, den Bewohner\*innen auf der einen Seite Aktivität zu ermöglichen und auf der anderen Seite Entspannung sowohl für die einzelnen Bewohner\*innen als auch für die gesamte Gruppe sicherzustellen (Tabelle 15).

### Alltagsbegleitung, Tagesstrukturierung

Die Fachkräfte, die im stationären Wohnbereich tätig sind, sehen eine ihrer Hauptaufgaben in der Organisation und Strukturierung des Alltags sowie der Unterstützung der Bewohner\*innen. Diese sollte sich stets an deren Bedürfnissen und Fähigkeiten orientieren. Dazu gehört z. B. die Bewohner\*innen zu wecken, ihnen beim Zubettgehen zu helfen, Mahlzeiten vor- und nachzubereiten sowie grundpflegerische und – je nach Qualifikation – behandlungspflegerische Maßnahmen durchzuführen. Es gelte, so eine junge Heilerziehungspflegerin, dafür zu sorgen, dass die Bewohner\*innen Termine rechtzeitig wahrnehmen (z. B. Tätigkeiten in der Werkstatt, Besuche bei Ärzt\*innen), in der Wohngruppe hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchzuführen sowie diese Arbeitsschritte zu dokumentieren: „Also eigentlich führen wir ja quasi den – ich sach das immer so, wenn meine Freunde fragen – wir führen ja quasi den Haushalt für unsere Bewohner, und unterstützen sie bei all dem, was sie nicht selber können, auch auf ihre Pflege bezogen.“ (I8: 81–84)

Zu den Aufgaben der Fachkräfte gehört nach Angaben der Befragten auch, Freizeitangebote zu organisieren, die Bewohner\*innen zu deren Nutzung anzuregen und sie im Bedarfsfall bei der Umsetzung zu unterstützen. Veränderten sich Freizeitbedürfnisse oder -interessen alters- bzw. behinderungsbedingt, so gelte es, die Angebotsstrukturen und Abläufe entsprechend anzupassen, um weiterhin allen Bewohner\*innen die Teilnahme zu ermöglichen.

Tabelle 15: Aufgaben und Professionalitätsverständnis aus der Aktivitätsperspektive

Aktivität	Passivität
- Alltagsbegleitung, Tagesstrukturierung	- Für Entspannung sorgen
- (Selbständigkeit) aktivieren, fördern	
- Selbst-, Mitbestimmung fördern, ermöglichen	
- Selbst (beruflich) beweglich bleiben	

In den stationären Außenwohngruppen sehen es die Fachkräfte als ihre Aufgabe an, die Bewohner\*innen darin zu unterstützen, den Überblick über ihren komplexen Alltag zu behalten. Die Bewohner\*innen sollen immer weitere Bereiche ihres Lebens selbständig und eigenverantwortlich gestalten können. Konkret heißt das, ihnen so viel Autonomie wie möglich zuzugestehen, förderliche Rahmenbedingungen zu schaffen, Anreize zu setzen, die Umsetzung zu beobachten, Hilfeleistungen auszuhandeln und entsprechend zu begleiten.

Fachkräfte, die für die Tagesstrukturierung der berenteten Bewohner\*innen zuständig sind, sehen ihre Aufgabe darin, die Senior\*innen für einen Teil des Tages und beim Älterwerden zu begleiten und deren Alltag sinnvoll zu gestalten. Dazu sollten Aktivitäten konzeptionell durchdacht sein und den Bewohner\*innen das Erleben von Mitbestimmung und Selbstwirksamkeit ermöglicht werden. Deshalb würden die Senior\*innen an der Planung der Aktivitäten beteiligt. Sie bekämen einen direkten Bezug zu Prozessen und Dingen, die sie selbst (mit-)gestaltet haben, etwa wenn sie selbst gebackene Waffeln zum Dessert essen. Neben den auch in diesem Setting notwendigen grundpflegerischen Tätigkeiten geht es in der Tagesstrukturierung darum, einen Rahmen für Angebote zu schaffen, in dem die Senior\*innen Kreativität, geistige und körperliche Beweglichkeit, Bildung, Selbstwirksamkeit sowie Gemeinschaft erfahren können.

Der weitere Verlauf dieses Abschnitts wird zeigen, dass die bisher genannten Aufgaben eher eine idealtypische Auflistung ist und sich die Realität des Berufsalltags durchaus anders darstellen kann.

### **(Selbständigkeit) aktivieren, fördern**

Den Fachkräften ist es ein großes Anliegen, die Bewohner\*innen immer wieder physisch, mental sowie emotional zu aktivieren und auch zu fordern. Einige unterstreichen in diesem Sinne den Unterschied zwischen der Behindertenhilfe und einem Hotel:

„Und so sehe ich dann auch meine Aufgabe dann, ja, in der Betreuung, na, möglichst je-  
den soweit aktiv werden zu lassen, wie er kann, ihn auch fordern ab und zu, man, ne?  
[...] Man sollte schon schauen, dass das nicht nur hier so'n Hotelaufenthalt is, ne, wo je-  
mand kommt und alles für einen erledicht, ne, weil, sonst schläft man ein und die Bewoh-  
ner <<lachend>> werden immer inaktiver.“ (I5: 34–42)

Eine junge Heilerziehungspflegerin versteht ihre Arbeit dann als professionell und erfolgreich, wenn sie Bewohner\*innen dazu bringen kann, Alltagsverrichtungen selbständig und im besten Fall auch noch mit Freude durchzuführen:

„[Das sind z. B., Anm. d. Verf.] Situationen, mit dieser Bewohnerin, die sich nicht anzie-  
hen will und sagt: ‚He, ich kann das nicht!‘, die dann so umzulenken, dass sie's halt sel-  
bermacht, und dabei auch noch lacht. Dann denk ich auch: Ja, jetzt haste wieder wat rich-  
tig gemacht.“ (I8: 956–959)

Ein älterer Erzieher in der Wohngruppe versteht sich bei der Aktivierung der Bewoh-  
ner\*innen zu mehr Selbständigkeit selbst als „Antriebsmotor“ (I5: 504) oder „Erregungs-  
motor“ (I5: 505), der die Bewohner\*innen durch bestimmte Aktionen aus ihre Trägheit  
herausholt und sie – im Gegensatz zu dem eher leistungsorientierten Ansatz im vorheri-  
gen Zitat – auch auf emotionaler Ebene anregt:

„Wenn ich da einfach mal so ‘n Lied trällere, oben in der Gruppe, und die singen dann alle mit, oder der große Teil <<auflachen>> und Werner lacht sogar, bringt vielleicht auch so ne zwei Wörter über seine Lippen, wo er sonst nie spricht, ja? Dann hat man sie wieder ich sach ma so ‘n Motor angeschmissen bei ihnen, und dann kommen wieder so Träume und dat könnt ma doch machen und Planungen und dergleichen das mach ich unendlich gerne mit ihnen.“ (I5: 495–501)

Für eine ältere Erzieherin in der Renter\*innenbetreuung ist die Biografiearbeit eine bewährte Methode, um die Erinnerungen der Bewohner\*innen und somit auch deren Lebensgeister wachzurufen. Gleichzeitig kann sie dabei in Erfahrung bringen, was den Bewohner\*innen Freude bereitet und wo ihre Leidenschaften liegen:

„[Ich mache, Anm. d. Verf.] mit den Bewohnern auch ja ganz gezielt so Biografiearbeit [...] wat war früher. Oder auch dann mal die Zeit haben, zu sagen: Komm wir gehen ma auf Friedhof nach Pappa oder Mamma. Solche Sachen auch, aber auch dadurch wieder in Erzählen kommen, und Anregungen kriegen, wat wie haben die früher gelebt und dann kucken, [...] dat ich rauskriege, wo hat der seine Interessen, wo hat der Spaß dran.“ (I3: 546–553)

Zur Förderung der kognitiven und motorischen Fähigkeiten gehöre es auch, regelmäßig Übungen mit den Bewohner\*innen durchzuführen, wie z. B. Schreibübungen oder Spazierengehen. Gerade für Ältere sei die körperliche Bewegung besonders wichtig. Leider scheinen solche Aktionen wegen personeller Engpässe allzu häufig nicht möglich bzw. ein seltener „Luxus“ zu sein.

### **Selbst- und Mitbestimmung fördern, ermöglichen**

Zu den Aufgaben sowie zum professionellen Verständnis der Fachkräfte gehört es auch, die Selbst- und Mitbestimmung der Bewohner\*innen zu ermöglichen und zu fördern. Da Menschen mit Behinderung, die heutzutage altern, oftmals nicht gelernt haben, ihre eigenen Wünsche zu äußern (Kapitel 2.2), ist es nach Aussagen der Befragten wichtig, dass die Fachkräfte entsprechende Entscheidungshilfen zur Verfügung stellen. Eine Fachkraft in der Seniorenbetreuung setzt z. B. Symbolkarten ein, die für verschiedene Möglichkeiten von Speisen, Spielen oder Liedern stehen und die Entscheidungsfindung der Bewohner\*innen erleichtern.

„Ich hab in der Adventszeit zum Beispiel ‘n paar Lieder mit ‘nem Bild versehen, also Klingglöckchen mit Weihnachtsglocken, oh Tannenbaum mit ‘nem Tannenbaum, und dann, wenn wir gesungen haben, meinetwegen drei oder fünf Bilder hingelegt, je nachdem und, ne, dann war das Aussuchen eines Liedes auch viel einfacher.“ (I6: 466–470)

### **Selbst (beruflich) beweglich bleiben**

Professionalität im heilpädagogischen Berufsfeld heißt nach Meinung der Befragten nicht nur, die Bewohner\*innen sozusagen in Bewegung zu halten, sondern als Fachkraft auch selbst handlungsfähig und beweglich zu bleiben. Es gelte, so eine ältere Erzieherin in der

Seniorenbetreuung, das eigene fachliche und methodische Wissen weiterzuentwickeln und sich entsprechend auf dem Laufenden zu halten. Für eine Altenpflegerin im Gruppendienst gehört zur fachlichen Kompetenz die Verinnerlichung einer Haltung wonach „behindert und alt“ nicht gleichzusetzen sei mit hohem Unterstützungsbedarf oder dem Bild von einem Abstellgleis. Berufsanfänger\*innen solle gleich zu Beginn ihrer Karriere vermittelt werden, so ein älterer Heilpädagoge, dass sich die Begleitung von älteren Menschen mit Behinderung nicht auf Versorgung und Pflege reduzieren lasse, sondern es auch im Alter um die Ermöglichung von Teilhabe und Selbstbestimmung gehe. Ein älterer Erzieher im Gruppendienst betont, dass man als Fachkraft neugierig darauf sein müsse, welche Fähigkeiten und Bedürfnisse noch unentdeckt in den Bewohner\*innen schlummern: „Dass man so neugierich is [...] man muss neugierich sein, wie entwickelt sich da was oder was kann man da noch bewegen?“ (I5: 584 f.) Selbst beweglich zu bleiben heiße in diesem Kontext auch, die eigene Arbeit, Haltung und Motivation regelmäßig zu reflektieren und zu hinterfragen, kritikfähig zu sein und sich bei Schwierigkeiten – mit Bewohner\*innen oder Kolleg\*innen – aktiv das Gespräch oder ggf. Unterstützung zu suchen.

### **Für Entspannung sorgen**

Neben den bereits beschriebenen, aktivierenden Aspekten gehört es für den älteren Erzieher auch zur Professionalität, in der Wohngruppe gleichzeitig auch für Ruhe und Entspannung zu sorgen:

„Also, professionell heißt so, ja, ich sach ma so ‘n Vergleich: Im Zirkus, der Clown, das ist die anstrengendste Arbeit, aber alle lachen. Und wenn ich hier das Lob bekomme: Boah, die Leute sind ja alle entspannt bei Ihnen, das läuft ruhig bei Ihnen ab oder so dergleichen, also, wenn gar nicht gemerkt wird <<auflachen>> wie man da arbeitet, aber man sieht’s die Auswirkung meiner Arbeit sieht man ja, ne? Is ne entspannte Gruppensituation.“ (I5: 568–574)

Die große Kunst sei gerade, so der Erzieher weiter, neben der Durchführung der „Must-Do’s“ im Wohnalltag ausreichend Zeit für die persönlichen und emotionalen Belange der Bewohner\*innen aufzubringen und ihnen das Gefühl zu vermitteln, sich mit ihren Anliegen jederzeit an die Betreuenden wenden zu können. Entspannung bedeute auch, die von der Arbeit kommenden Bewohner\*innen aufzufangen, sie also bei der Verarbeitung ihres Arbeitstages zu unterstützen und ihnen den nötigen Raum für Regeneration und Erholung zu geben:

„Kennt man ja von sich selbst, manchmal ist ma da faul, aber auch das gehört dazu, ne? Dass, wenn jemand sacht: Ich will mich jetzt entspannen, und zu mir sagen, ich hab‘ jetzt keine Lust zum Lesen – dann ist das auch <<lachend> in Ordnung.>“ (I5: 36–39)

Professionelles Arbeiten in diesem Verständnis ist nicht immer ohne Weiteres leistbar. Die Befragten Fachkräfte berichten, aus verschiedenen Gründen oftmals an die Grenzen des Möglichen zu stoßen. Nicht selten versuchen sie, eine Balance zwischen Aktivität und Passivität herzustellen, um die es im Folgenden gehen soll.

### **Balanceakt und Grenzsituationen der Professionalität**

Bei ihrer täglichen Arbeit sind die Fachkräfte nahezu permanent mit dem Ausharzen widersprüchlicher Entwicklungen, Bedingungen und Bedürfnisse konfrontiert. Dieser Balanceakt zwischen den Polen Aktivität und Passivität kann durchaus zu Grenzsituationen für die Fachkräfte führen (Tabelle 16).

Tabelle 16: Balanceakt und Grenzsituationen aus der Aktivitätsperspektive

- Anleiten vs. übernehmen	- Ökonomisierung sozialer Arbeit
- Grenzen des Förderns	- Persönliche Grenzen
- Bewilligungsgrenzen	

#### **Anleiten vs. übernehmen**

Da die personellen und zeitlichen Ressourcen bei der Begleitung (älterer) Bewohner\*innen knapp bemessen sind, müsse man nach Aussagen der Befragten als Fachkraft durchaus abwägen, ob man dem eigenen Professionsverständnis folge und versuche, den Bewohner\*innen mehr Handlungsspielräume für Selbstbestimmung und Selbständigkeit einzuräumen oder ob man aus organisatorischen und Zeitersparnisgründen lieber der eigenen Zeitstruktur und dem eigenen Tempo folgt, was weitaus einfacher und daher verlockend sei, wie ein älterer Erzieher im Gruppendienst ausführt:

„Bei so‘ner Institution verlockt ja manchmal wirklich, ja, wie im jeden Altersheim, ne? Die Pflege dauert weniger lang, wenn ich das durchstrukturiere, ne, oder organisiere und weniger Teilhabe von den Bewohnern, ne? Und dann da wird nicht diskutiert. Viertel nach war dat Duschen angesacht, Schluss aus, ne? Sonst komm ich da nich mehr durch, ne? <<lacht auf>> dass man sowas hier nich einziehen lässt, ne?“ (I5: 507–513)

#### **Grenzen des Förderns**

Die Fachkräfte thematisieren auch explizit die Grenzen der Förderung zu mehr Selbständigkeit. Ein jüngerer Diplom-Sozialpädagoge im Gruppendienst wirft die Frage auf, inwieweit diese Förderung bei (alten) Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung überhaupt sinnvoll sei, vor allem wenn diese bisher ihre eigene Selbständigkeit noch gar nicht erfahren hätten:

„Wir sind eine Einrichtung zur Wiedereingliederung nennt sich das hier. Obwohl, das find ich, das is Quatsch, weil halt dieser Altersschnitt also es is angedacht, und es is gewollt, dass möglichst viele Menschen die Einrichtung verlassen und dann in betreuten Wohnen leben, aber ich denk mal, mit so ‘nem hohen Altersschnitt [...] wird das nicht mehr funktionieren, weil es eben so festgefahren is, weil sie eben so lange so unselbständig waren.“ (I14: 239–245)

Zwar ließen sich nach Angaben des Erziehers einfache Verrichtungen wie Kaffeekochen oder Tischdecken trainieren, ein weitestgehend selbständiges Leben anzustreben sei jedoch eher unüblich. Vielmehr gehe es um das Üben der „Selbständigkeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten“ (I14: 249.). Sei selbst nach monatelangem Üben kein Zugewinn an Selbständigkeit zu erkennen, so stelle sich allerdings die Sinnfrage, so die Fachkraft:

„Gewaschene Anzihsachen selber in den Schrank einsortieren, [...] bei manchen kann man das auch trainieren ‘n halbe Jahr, ein Jahr lang und dann klappt es aber immer noch nicht, und das is dann die Sache, wo lohnt sich die Arbeit, ne? [...] Mach das den Leuten überhaupt Spaß, dass man diese Maßnahme weiterfährt oder nich?“ (I14: 255–260)

An dieser Stelle ist kritisch zu fragen, wem die Aktivierung eigentlich dienen soll: den Bewohner\*innen, weil es für diese persönlich wichtig ist, oder der Einrichtung, weil sie der Ansicht ist, dass die Bewohner\*innen bestimmte Dinge tun können müssten.

Ein Diplom-Sozialpädagoge, der heilpädagogischen Förderkonzepten gegenüber generell kritisch eingestellt ist, vertritt die Ansicht, dass manche Bewohner\*innen nicht selbständiger und stattdessen lieber an die Hand genommen werden wollen:

„Ich finde, das is ‘n falsch verstande[ne]s [...] Normalisierungsprinzip, dass man unser Klientel versucht, auf ‘n Level zu heben, wo’s eigentlich gar net hinwill. Man kriegt’s e net unbedingt an vielen Stellen viel mündiger gemacht. [...] Die wollen an der Hand genommen werden, wir sollen sie wie Erwachsene Menschen behandeln, das is auch richtich, nur teilweise wollen die kindlich an die Hand genommen werden.“ (I2: 1094–1099).

### **Bewilligungsgrenzen**

Die Aktivierung von Bewohner\*innen stößt schnell an ihre Grenzen, wenn Ärzt\*innen bzw. Krankenkassen keine ergotherapeutischen oder physiotherapeutischen Leistungen verschreiben bzw. bewilligen. Diese würden die Notwendigkeit solcher Leistungen häufig nicht anerkennen, so eine jüngere Erzieherin aus dem Gruppendienst. So würden Mobilitätseinbußen der Bewohner\*innen auf deren Behinderung zurückgeführt (z. B. auf Knochenskoliose) oder es würde argumentiert, dass Menschen ohne lebenslange Behinderung im gleichen Fall (z. B. bei Arthrose) auch keine Krankengymnastik verschrieben bekämen.



„Aber da, sonst is es wirklich eine ja auch eine Nervenaufreibung find ich nämlich, dass man mit den Ärzten so hin und her zerren muss, dass man sagen muss: Aber wir brauchen es. Ach ja, brauchen sie nicht und Normale bekommt das auch nicht.“ (I13: 611–614)

Manchmal fehlen auch die Räumlichkeiten oder das spezifische Fachpersonal, um (ältere) Bewohner\*innen zu mehr Aktivität anregen zu können.

### **Ökonomisierung sozialer Arbeit**

Ein Dilemma entsteht, wenn die Fachkräfte den Eindruck haben, dass die Leitung ihrer Einrichtung mehr Wert auf Quantität statt auf die Qualität der Arbeit legt und sie selber einen höheren Anspruch an die Qualität ihrer Arbeit stellen als die Einrichtungsleitung. Da Aufgaben der Fachkräfte zunehmen, diese Entwicklung jedoch nicht mit mehr Personal einhergeht, wird den Mitarbeitenden häufig nahegelegt, die Qualität ihrer Aufgaben zu reduzieren, um die Menge an Aufgaben überhaupt noch bewältigen zu können. Diese Erwartungshaltung vieler Einrichtungsleitungen kollidiert mit der Anspruchshaltung und dem Professionsverständnis etwa einer älteren Erzieherin in der Rentner\*innenbetreuung. Dieser Konflikt führt zu großer Frustration:

„Immer gesacht zu kriegen, die Leistung auf der einen Seite, die sind nie genug, wiederum brauchen die bei uns ja nur ausreichend zu sein, aber ich sach meinem Chef und meinem Oberchef: Ich gehe nicht nach Hause mit dem Gefühl, es war nur ausreichend. Ich will den Tag schon so haben, dass er für mich zufriedenstellend war, wenn nicht jeder Tag gut is auf der Arbeit, so will ich doch zufrieden sein. Den Spagat, der macht auch oft der mürbt oder macht auch krank, weil ich will auch gute Arbeit machen.“ (I3: 1056–1062)

Ein jüngerer Diplom-Sozialpädagoge im Gruppendienst spricht in diesem Zusammenhang von einer Ökonomisierung der sozialen Arbeit. Damit meint er die Fokussierung der Arbeit auf betriebswirtschaftliche Aspekte und die Dokumentation abrechnungsfähiger Leistungen anstelle einer individuellen und bedürfnisgerechten pädagogischen Begleitung der Menschen.

„Jedem auf seine Art gerecht werden zu können, is professionelles Arbeiten, aber des gibt’s nicht. Man verlangt von uns unser QM-System verlangt halt um so starke Dokumentation, die sehr viel Zeit in Anspruch nimmt, und ich glaub, das meint unser Träger mit professionellem Arbeiten, dass halt unsre Dokumentation eingehalten wird. Also er stellt da selber auch keine Ansprüche mehr an die Pädagogik halt. Das is auch die BWLisierung der sozialen Arbeit, die halt auch immer mehr greift.“ (I14: 811–818)

### **Persönliche Grenzen**

Aufgrund der Immobilität mancher Bewohner\*innen kommen Fachkräfte zunehmend auch körperlich an ihre Grenzen, etwa wenn es um die Mobilisierung geht. Eine junge Heilerziehungspflegerin führt hierzu aus:

„Aber wir [...] Kollegen sind da mittlerweile wirklich an unsere Grenzen, wo wir sagen, das schaffen wir nicht mehr alleine. Ja, dann gibt's auch einfach Sachen, die man macht, obwohl man sie nicht machen sollte <<schmunzeln>>, wie andre Bewohner aus'n Rollstuhl rausheben, und auf's Bett setzen und dann legen oder so, da haben wir'n Lifter, man macht es trotzdem aus der Schnelligkeit heraus immer wieder mit den Armen.“ (I8: 238–244)

Aus Sicht dieser Fachkraft gehe ihre Arbeit in der Wohngruppe sowohl mit großer Freude, als auch mit körperlichen Schmerzen einher:

„Ja, es is teilweise also es is ne super schöne Arbeit, ich mach sie total gern, ich bin super gerne hier, und teilweise macht man einfach <<schmunzelnd> Sachen, die man nicht machen sollte.> so Rücken kaputt machen und so.“ (I8: 247–250)

Versuchten Bewohner\*innen zudem noch, gegen die Bemühungen der Fachkraft anzuarbeiten, so komme zu der körperlichen noch eine nervliche Anstrengung hinzu:

„Ich hab vorhin noch der einen Bewohnerin, der wieder die Vorlage gewechselt, die liegt jetzt grad zu Mittagsruhe, die is so schwer, obwohl sie so klein is, is sie trotzdem so schwer auch zu drehen, weil sie selber nicht mithilft und dann drückt sie dagegen und sie is halt noch dieses Schamgefühl und zieht ihr Nachthemd oder beziehungsweise ihren Pulllover wieder, versucht sie dann da drüber zu ziehen, wo man denkt, so <<genervt> ach nee, jetzt mach des mal nich, ich muss doch jetzt die Vorlagen zu machen.>“ (I8: 258–264)

In dieser Beschreibung stoßen zwei Bedürfnisse aufeinander: Auf der einen Seite die aus Sicht der Fachkraft notwendige grundpflegerische Maßnahme und auf der anderen Seite Bedürfnis der Bewohnerin, ihre eigene Intimsphäre zu wahren. In diesem Konflikt wird das professionelle Agieren der Fachkraft auf die Probe gestellt. Dabei ist ihre fachliche Kompetenz gefragt, diese widersprüchliche Situation auf der Beziehungsebene angemessen aufzulösen.

Wenn Fachkräfte nicht (mehr) wissen, wie sie auf das herausfordernde Verhalten etwa demenzerkrankter Bewohner\*innen professionell reagieren sollen, schränkt das ihre Handlungsfähigkeit ein – dringender Handlungsbedarf wird deutlich. Von solch einem Fall berichtet eine Krankenschwester mittleren Alters: Eine Bewohnerin war nicht (mehr) in der Lage, ihre Ausführungen zu verstehen. Die Fachkraft wiederum fühlte sich machtlos und handlungsunfähig, da sie die Bewohnerin kognitiv nicht (erreichen) konnte. Das führte zu einem Gefühl von Hilflosigkeit und Frustration:

„Ja, dass man auch oft hilflos is, grade mit dieser Demenz. Also ich bin oft an 'nem Punkt, wo ich [...] denke, was machste denn jetzt hier mit dem? Ich weiß gar net mehr, wie ich mit dem umgehen soll.“ (I9: 414–417)

„Da kommt schon so'n bisschen Resignation auch manchmal auf. Dass man denkt, hach, Mann, ey, [...] bei mir auch teilweise, so dass das dann frustich is, weil man halt nicht mehr bewirken kann.“ (I9: 432–436)

Die Sprachselektionen der Fachkraft unterstreichen die Barrieren, an die die Bewohner\*innen in ihrem kognitiven Agieren stoßen, sowie die fachlichen Grenzen, mit denen sich die Fachkraft in der von ihr selbst wahrgenommenen Professionalität konfrontiert sieht.

### **Handlungsbedarfe für eine bessere Professionalität**

In den Interviews gaben die Befragten viele Hinweise für Verbesserungen hinsichtlich der Professionalität sowie der Rahmenbedingungen für ein gutes Alter(n) der Bewohner\*innen in den stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe.

Die Befragten, die im stationären Wohnbereich tätig sind, waren der Meinung, dass die räumliche Ausstattung in den stationären Wohngruppen hinsichtlich der Barrierefreiheit ausreichend sei. Jedoch fehle es an Pflegezimmern sowie an qualifiziertem Pflegepersonal.

Die Außenwohngruppen scheinen nach Ansicht der befragten Fachkräfte noch nicht für die älter werdende Klientel gewappnet zu sein. So seien die auf verschiedenen Etagen gelegenen Wohnungen nicht barrierefrei zu erreichen. Zudem fehle es an Pflegepersonal sowie bei den Mitarbeitenden an gerontologischem Grundlagenwissen. Eine Erzieherin und ein Heilpädagoge sehen sich nicht in der Lage, die Bewohner\*innen im Falle einer Pflegebedürftigkeit adäquat versorgen zu können. Sie fänden Bezugsbetreuer\*innen für die berenteten Bewohner\*innen hilfreich, die die besonderen Bedürfnisse der Älteren auffangen können.

Die in der Seniorenbetreuung tätigen Fachkräfte wünschen sich aufgrund der weiter steigenden Zahl an berenteten Bewohner\*innen, die ihre Angebote wahrnehmen, größere bzw. zusätzliche Räume, mehr qualifiziertes Personal sowie zusätzliche Zeit für die Vor- und Nachbereitung der jeweiligen Angebote. Ihr Interesse ist es, die pädagogische Qualität ihrer Arbeit (weiterhin) zu sichern. Um auch (alle) Rollstuhlfahrer\*innen auf Ausflüge mitnehmen zu können, benötigten die Einrichtungen auch mehr bzw. größere Fahrzeuge.

In sämtlichen Einsatzbereichen wünschen sich die meisten Fachkräfte Fortbildungen zu sozial-gerontologischen und geragogischen Fragestellungen, um künftig adäquat auf sich verändernde Bedürfnisse der Bewohner\*innen reagieren zu können. Der Bedarf an Fortbildungen zum Thema Demenz sowie zur Aktivierung älterer Menschen mit geistiger Behinderung scheint unter den Befragten besonders groß zu sein. Darüber hinaus wünschen sich die Fachkräfte häufigere und regelmäßige Möglichkeiten eines kollegialen

Austauschs, der Supervision und der Reflexion ihres eigenen professionellen Handelns im Kontext von Behinderung und Alter(n).

Zwei Fachkräfte fordern zusätzliche Gymnastikräume und entsprechend qualifiziertes Personal, da sie davon ausgehen, dass altersgerechte Sport- und Förderangebote einem Guten Alter(n) dienlich sind. Um innerhalb der Wohngruppen eine gute medizinische und pflegerische Versorgung gewährleisten zu können, plädiert eine junge Erzieherin für die Etablierung einer angegliederten Arztpraxis sowie einer mobilen Pflegestation.

#### **6.2.1.4 Zusammenfassung**

Aus der Aktivitätsperspektive betrachtet bringen die befragten Fachkräfte Behinderung und Alter(n) zum einen eher defizitorientiert mit Funktionseinschränkungen, Verlusten, Hilfebedürftigkeit, Trägheit und aktivitätshemmenden Rahmenbedingungen in Verbindung. Behinderung wird als statisch beschrieben, als Zustand, der schon immer da war und wohl auch immer bleiben wird. Altern wird hingegen als Veränderungsprozess verstanden. Zum anderen assoziieren die Fachkräfte Behinderung und Alter(n) durchaus mit aktiven und positiv konnotierten Aspekten. Sowohl Alte als auch Menschen mit Behinderung verfügen nach Ansicht der Befragten über umfassende Ressourcen wie Lebensfreude und Lernbereitschaft. Der Zustand der Behinderung bzw. der Prozess des Alterns brächte zudem Gewinne mit sich, wie z. B. eine höhere Anpassungsfähigkeit bei Behinderung oder ein Zugewinn an Lebenserfahrung im Alter. Zudem sehen die Fachkräfte die Möglichkeit, sowohl das Leben mit Behinderung als auch das Leben mit Alter positiv zu gestalten bzw. zu optimieren, jedoch für die Menschen mit Behinderung im geringeren Maße als für alte Menschen. Die Lebensphase Alter wird allgemein als eine Zeit der persönlichen Freiheit und neuer Perspektiven angesehen. Hier wird bereits deutlich, dass die Möglichkeiten der Fachkräfte, ihr Alter aktiv zu gestalten, größer sind als die entsprechenden Möglichkeiten der Bewohner\*innen.

Gutes Alter(n) setzen die Interviewten in der Aktivitätsperspektive mit (ausreichender) körperlicher und geistiger Gesundheit gleich. Diese sei die Voraussetzung, um das eigene Leben weiterhin selbständig, selbstbestimmt und aktiv gestalten zu können. Hier zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Verständnis, das die Befragten für ihr eigenes gutes Alter(n) haben und ihrem Verständnis eines guten Alter(n)s für die Bewohner\*innen: Für Letztere sind Gesundheit, Selbständigkeit und Selbstbestimmung alles andere als Selbstverständlichkeiten. Gutes Alter(n) im Sinne einer positiven Entwicklung der eigenen Persönlichkeit trauen einzelne Fachkräfte explizit nur sich selbst zu, nicht jedoch den Bewohner\*innen. Gutes Alter(n) bedeute auch für die Bewohner\*innen den

Wunsch nach Kontinuität und Vertrautheit hinsichtlich der Wohnumgebung und der sozialen Kontakte sowie einer gesicherten Versorgung im Falle der Pflegebedürftigkeit – Wünsche, auf deren Erfüllung die Bewohner\*innen in der Regel wenig Einfluss haben.

Professionelles Handeln bedeutet in der Aktivitätsperspektive, den Aktivitätsrahmen für die Bewohner\*innen je nach Behinderung und Alter so zu gestalten, dass die Teilhabe aller gewährleistet ist. Gerade bei älteren Bewohner\*innen gelte es, entsprechende aktivierende Impulse für Geist, Körper und Seele zu setzen. Je nach Wohnsetting müssten Bewohner\*innen in der Bewältigung ihres Alltags unterstützt werden. So sollten die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für mehr Eigenständigkeit und Selbstbestimmung bei der Verrichtung von Alltags- und Freizeitaktivitäten geschaffen werden. Die Fachkräfte sollten auch für die nötige Entspannung der Bewohner\*innen und Wohngruppen sorgen. Professionalität heißt für die Mitarbeitenden auch, für die eigene Fachlichkeit zu sorgen und das eigene Handeln zu reflektieren, gerade wenn die Mitarbeitende durch das Älterwerden der Bewohner\*innen mit neuen Themen und Herausforderungen konfrontiert werden.

Liest man etwas mehr zwischen den Zeilen, so wird jedoch deutlich, dass die Umsetzung dieses idealen Professionsverständnisses aus verschiedenen Gründen an seine Grenzen stößt. So müssen Fachkräfte im Berufsalltag aus Zeitgründen häufig zwischen den Alternativen „Bewohner\*in anleiten“ oder „selber machen“ abwägen. Die Selbständigkeit und die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner\*innen hängen stark von den jeweiligen institutionellen und personellen Rahmenbedingungen ab. Dazu gehören die Ökonomisierung der pädagogischen Arbeit ebenso wie die fehlende Bewilligung von Reha- oder Trainingsmaßnahmen. Diese Rahmenbedingungen erschweren Aktivierungsversuche im Berufsalltag. Auch bei fehlender Fachkompetenz oder Überforderung stoßen Fachkräfte an ihre persönlichen Grenzen, insbesondere, wenn etwa das herausfordernde Verhalten eine\*r Bewohner\*in institutionelle Abläufe oder das Gruppengefüge empfindlich stört.

Um die Umsetzung verbesserten professionellen Handelns im Sinne der Bewohner\*innen sicherzustellen, plädieren die Fachkräfte vor allem für Barrierefreiheit in den Wohngruppen, für eine ausreichende Menge an qualifiziertem Betreuungs- und Pflegepersonal sowie für gerontologische Fortbildungen und angeleitete Möglichkeiten des Austauschs für die Mitarbeitenden.

## 6.2.2 Beziehungsperspektive

Nachdem bisher die Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln der Aktivitätsperspektive behandelt wurden, soll es nun um die Sichtweisen gehen, die der Beziehungsperspektive zugeordnet werden können.

### 6.2.2.1 Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n)

In diesem Abschnitt werden die Sichtweisen der Fachkräfte vorgestellt, die Behinderung und Alter(n) mit Sich-in-Beziehung-Setzen zu Menschen oder Situationen assoziiert wird. Bei den Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) in der Beziehungsperspektive geht es darum, wie die Fachkräfte mit dem Anderssein von Menschen mit Behinderung und dem Anderswerden im Zuge des (eigenen) Älterwerdens privat bzw. im Berufsalltag umgehen. Auf der einen Seite treten Fachkräfte in Beziehung oder nähern sich an das Andere an, machen sich mit ihm vertraut – es geht also um Prozesse von Normalisierung, Annäherung und Akzeptanz. Auf der anderen Seite fühlen sich Fachkräfte verunsichert durch das Andere, spüren Angst, grenzen sich ab oder distanzieren sich. Hier geht es um Ablehnung oder Distanz (Tabelle 17).

Tabelle 17: Behinderung und Alter(n) aus der Beziehungsperspektive

Nähe, Akzeptanz	Distanz, Ablehnung
- Begegnung, Annäherung	- Alter(n) = Angst, Unsicherheit
- Annehmen	- Abgrenzung, Distanz
- Behinderung und Alter(n) = Normalität	- Ablehnung

### Begegnung und Beziehung

Ein Diplom-Sozialpädagoge mittleren Alters gibt in seinen Aussagen zahlreiche Hinweise darauf, dass (alte) Menschen mit und ohne Behinderung für ihn erstmal einfach „nur“ Menschen sind, denen er beruflich oder privat begegne und mit denen er in Beziehung trete – unabhängig von ihrem Alter oder ihrer Behinderung. Zu Beginn seiner Arbeit im Behindertenbereich, so der Befragte, seien Menschen mit Behinderung für ihn eher etwas Ungewöhnliches gewesen. Später habe sich dieses Bild jedoch gewandelt. Aufgrund der vielen Begegnungen seien Menschen mit Behinderung nun etwas Vertrautes:

„Also ich glaube die eigentliche Begegnung mit dem Klientel, die mir jetzt nach all den Jahren gar net mehr so absonderlich erscheint, also, die Personen sind in ihren Wesensarten sehr originell, und auch das sind sie nach den Jahren nicht mehr, die sind einfach so vertraut geworden.“ (I2: 146–150)

Die Attribute Behinderung und Alter scheinen der Fachkraft bei der Begegnung mit den Personen zweitrangig zu sein. Der Reiz liegt für ihn in der Begegnung mit Menschen.

„Ich hatte früher immer schon glaub ich auch n Zugang zu Leuten, die irgendwie anders warn, [...] fand alte Menschen so wie die anderen auch interessant, [...] ich find auch ganz junge Menschen nicht mehr und nicht weniger interessant und so isses auch mit der Behinderung: Ich find schlaue Leute interessant, ich find aber auch geistig sehr einfach gestrickte Leute interessant.“ (I2: 780–787)

Auch in dieser Aussage scheint das Attribut Behinderung für den Befragten keine Rolle zu spielen – weder bei seiner Wahrnehmung von Menschen noch bei seinem Umgang mit ihnen. Im Vordergrund stehen die Annäherung an die jeweilige Person und das In-Beziehung-Treten mit ihr:

„Ich würde jetzt ne geistig behinderte Person im Wesentlichen, die ich nicht kenne, nicht wesentlich anders begegnen als Ihnen [der Interviewerin, Anm. d. Verf.] beispielsweise. Ich find, dass jede Art von Begegnung mit dem andern Menschen einen gewissen Reiz hat. [...] Ich würde wohl unverblümt auf diese Begegnungen mich einlas- unverblümt Fragen stellen. Ich würde sagen: Und? Wo kommst Du so her?“ (I2: 156–161)

Auch für einen jüngeren Altenpfleger scheint bei der Begegnung mit älteren Menschen mit Behinderung das Lebensalter irrelevant zu sein. Angesichts seines Berufes mag dies erstmal überraschen:

„Wie nehm ich die [älteren Bewohner\*innen, Anm. der Verf.] wahr? Also wie jeden andere Bewohner, also nicht gesondert anders, weil er‘n Senior is‘, [...] also ich seh die nicht als Senioren. Ich weiß, dass sie, dass es Senioren sind, aber ich würd den jetzt nicht anders anschauen oder behandeln wie‘n andern Bewohner.“ (I7: 693–897)

Im Verlaufe des Interviews macht der Altenpfleger jedoch deutlich, dass er sein professionelles Handeln durchaus an das Altern der Bewohner\*innen anpasst (vgl. dazu ausführlich Kapitel 6.2.2.3). Auf die Bitte, etwas über die (älteren) Bewohner\*innen seiner Wohneinrichtung zu erzählen, fokussiert die Fachkraft seine Darstellung auf die Persönlichkeit der Bewohner\*innen. Auch ein jüngerer Diplom-Sozialpädagoge beschreibt die Art seiner Beziehung zu den Bewohner\*innen:

„Ja, die nehme ich nicht besonders extra als ältere Person wahr, sondern es is‘ halt diese Person, die sehr außergewöhnlich is‘, positiv und negativ außergewöhnlich.“ (I14: 126–128)

„Also meistens wird man beschimpft, wenn man zum Dienst kommt [...] aber zwei Minuten später wird man ganz herzlich gedrückt. [...] Also wir streiten uns und wir knudeln uns, das is im ständigen Wechsel.“ (I14: 138–152)

Alter(n) scheint eine Rolle zu spielen, wenn sich die Form der Begegnung zwischen Fachkraft und Bewohner\*in aufgrund altersbedingter körperlicher und geistiger Abbauprozesse verändert. So verlagert sich die Begegnung z. B. aufgrund einer demenzbedingten Abnahme kognitiver Fähigkeiten vermehrt auf eine visuelle und körperliche Ebene:

„Was mir aufgefallen is‘ an dieser Person [ein älterer Herr mit Down-Syndrom, Anm. d. Verf.], [...] da reduzierte sich der Kontakt in den letzten Jahren immer mehr hin zu einem

bloßen Erkennen der Person und sich freuen darüber, dass ihm ein bekanntes Gesicht erschien. [...] Ich hab gemerkt, dass ihn am Ende in den letzten Monaten ihm nix mehr was bedeutet, als diese körperliche oder diese visuelle Begegnung, dieses Wahrnehmen.“ (I2: 257–268)

### **Annäherung**

In den Antworten eines Diplom-Sozialpädagogen mittleren Alters zeigt sich nicht nur eine Annäherung an Alte oder Menschen mit Behinderung, sondern eine Annäherung an die Konzepte Behinderung und Alter(n). Im Verlauf des Interviews bemüht sich der Befragte, zu ergründen, was Behinderung bzw. Alter(n) allgemein, aber auch für ihn persönlich bedeuten könnten. Die Annäherung an eine Definition von Alter(n) ist verbunden mit vielen Fragen nach möglichen Abgrenzungskriterien: Ist Alter(n) eine Frage des jeweiligen eigenen Empfindens („so alt wie man sich fühlt?“, I2: 370), eine Frage der Begegnung („oder so alt wie einem die Person begehnet?“, I2: 370) oder eine Frage des tatsächlichen Lebensalters („ab Sechzich, ab Siebzich, ab Achtzich?“, I2: 370 f.)? Wird Alter(n) bestimmt durch die Wahrnehmung Jüngerer oder durch hormonell bedingte Bedürfnisse? („ich könnte mich ja jetzt auch alt fühlen, weil ich hormonell keine Zwanzig mehr bin und deswegen, keine Ahnung, bestimmte Bedürfnisse habe oder nicht mehr habe“, I2: 476–478). Diese begriffliche Annäherung endet mit der Beschreibung von Alter(n) als einen Veränderungsprozess, der bestenfalls mit Weisheit und schlechtenfalls mit dem Verlust geistiger und körperlicher Fähigkeiten einhergeht. Dass das Konzept Alter(n) für die Fachkraft so schwer zu definieren ist, mag neben der Komplexität und Vielschichtigkeit dieses Konzepts (Kapitel 6.2.3.1) auch daran liegen, dass der Befragte sich offenbar zuvor nicht mit diesem Thema auseinandergesetzt hat. Die Konzepte Behinderung und Alter(n) scheinen dem Befragten vor dem Interview unbekannt gewesen zu sein. Zudem scheint die Festlegung bestimmter Kriterien von Alter(n) für ihn mit der Angst verbunden zu sein, selbst (heute oder später) in eine sogenannte Altersschublade gesteckt zu werden, was für ihn als Fachkraft negativ besetzt zu sein scheint.

Neben der Annäherung an das Konzept Alter(n) scheint sich während des Interviews das persönliche, eher negativ gestimmte Bild des Befragten vom Alter(n) allmählich in ein positiveres Bild zu wandeln. Steht am Anfang noch die deutlich artikulierte Ablehnung des eigenen Älterwerdens („das mit dem Alter lehn ich ab“, I2: 482 f.) sowie die Furcht davor, schwächer zu werden, nähert sich der Diplom-Sozialpädagoge nach und nach einem realistischeren Bild vom eigenen Alter(n) an. Dabei würdigt er die psychischen Errungenschaften des eigenen Alterns (wie z. B. mehr Gelassenheit) und spricht gegen Ende des Gesprächs davon, dass das Alter doch nicht schlimm sei und durchaus schöne Seiten



habe. Es scheint so, als habe sich der Befragte erst im Rahmen des Interviews selbst verdeutlicht, dass er erstens einen gewissen Einfluss auf seinen eigenen Alterungsprozess hat und dass zweitens das Altern durchaus positive Aspekte haben kann. Welche Rolle Verdrängung oder auch soziale Erwünschtheit bei diesen Erzählungen spielen, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. Beachtenswert bleibt jedoch, dass diese Fachkraft, die seit mehreren Jahren mit älteren Bewohner\*innen arbeitet, sich im Rahmen dieses Interviews offenbar erstmals Gedanken über eigene und fremde Altersbilder gemacht hat.

Eine Erzieherin mittleren Alters in einer Außenwohngruppe führt aus, an einem positiveren eigenen Altersbild arbeiten zu müssen. Die Aussicht, irgendwann im Alter mit der Vergänglichkeit des Lebens und der Unwiederbringlichkeit positiver vergangener Momente konfrontiert zu werden, verbindet sie mit der Erwartung, dass diese Konfrontation unweigerlich Traurigkeit auslösen „müsste“ (I12: 1335). Die Verwendung der Konjunktivform „müsste“ lässt vermuten, dass sich die Fachkraft über die Richtigkeit ihrer Erwartung nicht sicher ist. Dennoch wolle sie an einem positiveren Bild vom Alter(n) arbeiten, denn:

„Das [Alter, Anm. d. Verf.] kann auch schön sein, sich an Dinge zu erinnern, [...] und wenn man dann alt is, dann is man auch vielleicht gerne alt und genießt das Alt-Sein, man hat ja andere Vorteile, die man früher nich hatte und kann dadurch sein Leben auch wieder anders gestalt’n.“ (I12: 1342–1346)

Das Vorhaben der Befragten, an einem positiveren Altersbild zu arbeiten, impliziert die Unsicherheit, dass diese Veränderung der Sichtweise möglicherweise misslingen könnte. Gleichzeitig schwingt darin das Wissen mit, keinerlei Gewissheit darüber zu haben, wie sich das Alter(n) für einen selber tatsächlich gestalten wird.

Eine weitere Strategie der Annäherung an befremdliche oder auch mit Spannung erwartete Situationen, die im Berufsalltag mit Behinderung und Alter(n) einhergehen können, zeigt sich in den Antworten einer jungen Heilerziehungspflegerin im Gruppendienst. Diese berichtet über ihren persönlichen Umgang mit dem Sterben von Bewohner\*innen, bei dem es ihr gelingt, über Strukturierung und Faktifizierung von Begebenheiten Ordnung sowie Distanz zu ungewissen und belastenden beruflichen Situationen zu schaffen. Im Gesagten schwingen dabei Spannung und Ungeduld mit, etwa wenn die Interviewte erzählt, lange auf „ihren“ ersten Sterbefall im Wohnheim gewartet zu haben – stets verbunden mit der Frage, wie sie wohl auf diese Situation reagieren würde. Offenbar benötigt die Fachkraft für sich selbst Klarheit darüber, wie sie in diesem Fall reagieren wird. Als

der Fall endlich eintrat und ein Bewohner verstarb, schaffte die Fachkraft durch Faktifizierung („OK, der is jetzt tot, is nich mehr da, is traurich“, I8: 537) Distanz zu dieser Tatsache. Ihre Nüchternheit überraschte sie im Nachhinein selbst („Ich hab mich gewundert, dass ich doch so viel Abstand hatte, ich hätte gedacht, das wär enger gewesen“, I8: 540 f.). Sie führt diese Nüchternheit darauf zurück, dass es sich um einen Bewohner und nicht um eine\*n Familienangehörige\*n handelte, deren Tod sie vermutlich emotional stärker treffen würde. Gemäß ihrer Strategie einer strukturierenden Annäherung an einen professionellen Umgang mit Sterbefällen im Berufsalltag, bereitet sich die Fachkraft nun im nächsten Schritt emotional darauf vor, selbst eines Tags eine\*n verstorbene\*n Bewohner\*in als erste vorzufinden: „Also das is dann wieder der nächste Schritt, sag ich mal so, und der irgendwann vielleicht kommt, wo ich dann natürlich nicht weiß, wie ich drauf reagiere.“ (I8: 546–548)

### **Behinderung und Alter(n) als Normalität**

Vielfach findet sich in den Aussagen der Fachkräfte das Motiv der Normalität. Durch die (lebenslange) Erfahrung im Umgang mit Alter(n) und Behinderung – ob privat oder dienstlich – scheint das vermeintlich Nicht-Normale, Ungewöhnliche, Befremdliche zur Normalität geworden zu sein. Dies gilt besonders für Fachkräfte, die in ihrer Familie oder in ihrer näheren räumlichen Umgebung mit Menschen mit Behinderung aufgewachsen sind, wie eine junge Heilerziehungspflegerin ausführt:

„[Behinderung, Anm. d. Verf.] war für mich mein ganzes Leben lang schon Normalität, weil mein [ein Angehöriger der interviewten Person, Anm. d. Verf.] behindert is‘. <<schmunzeln>> von daher bin ich damit groß geworden, es war für mich nie was Fremdes, auch wenn mein [der Angehörige, Anm. d. Verf.] nur ne körperliche Behinderung hat, bin ich mein ganzes Leben lang immer schon mit Menschen auch mit geistigen Behinderungen in Berührung gekommen, und in Kontakt gekommen, von daher is‘ es für mich ganz normal.“ (I8: 661–666)

Für die Fachkraft sind die Themen Behinderung sowie das Leben mit Behinderung von Kindesbeinen an vertraut. Die starke Betonung auf „für mich“ legt allerdings die Vermutung nahe, dass der Umgang mit Menschen mit Behinderung aus Sicht der Fachkraft für die meisten anderen Menschen eben gerade keine Normalität ist. Eine junge Erzieherin aus einem Wohnbereich macht deutlich, dass auch das Zusammenleben von Jung und Alt den Jüngeren ein realistischeres Bild vom Leben vermitteln, zu dem eben neben Geburt und Aufwachsen (dem „Kommen“) auch Altern und Sterben (das „Gehen“) gehörten:

„Wenn man von Anfang an mit älteren Menschen aufwächst, [...] wenn man so verschiedene Generationen im Haus hat, das is sehr schön, [...] dann hat man auch ein anderes Feingefühl für das Älterwerden. [...] man hat (die) Angst auch vielleicht nicht so, man erlebt durchaus, dass ein Kommen und Gehen da ist.“ (I13: 1505–1513)

Die intensive und positive Erfahrung mit Altern und Sterben im beruflichen Umfeld kann auch zum Abbau von (Berührungs-)Ängsten im Umgang mit dem Alter(n) anderer, aber auch mit dem eigenen Alter(n) beitragen.

Waren für die eben zitierte Heilerziehungspflegerin ihre ersten Begegnungen mit der älteren Klientel noch neu und ungewohnt, so wurde die Arbeit mit diesen durch die Annäherung und die Herausbildung von Routinen für sie zur alltäglichen Normalität. Auch die Erfahrung, einen Menschen beim Sterben zu begleiten und für diesen und seine Angehörigen da zu sein, hat ihr – so eine junge Erzieherin – persönlich sehr viel gebracht. Sie habe gelernt, mit einem Sterbenden in Beziehung zu treten, was ihr „die Angst zu einem Todkranken den Kontakt aufzunehmen“ (I13: 1548 f.) genommen hätte.

Inwieweit die Rahmenbedingungen einen Einfluss auf einen solchen Normalisierungsprozess ausüben, lässt sich aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nur bedingt sagen. An einer Stelle ist die Rede davon, dass ein gutes Arbeitsklima hilfreich dabei sei, sich in eine ungewohnte Arbeitssituation mit alten bzw. sterbenden Menschen hineinzufinden. Beim Vertraut-Machen mit der Situation könnten so mögliche erste negative Gefühle wie Angst, Abneigung, Ekel oder Mitleid abgebaut werden: „Das verschwindet so ein bisschen, dass so‘n normal einfach is“ (I13: 1577 f.). Negative Gefühle gegenüber dem professionellen Umgang mit dem Alter können abgebaut werden, wenn auch mit Einschränkungen.

### **Alter(n) = Angst, Unsicherheit**

Eine junge Heilerziehungspflegerin und eine junge Erzieherin erleben bei der Arbeit mit älter werdenden Bewohner\*innen, dass Alterungsprozesse unterschiedlich verlaufen können, dass selbst beeinträchtigte Menschen über viele Kompetenzen und Ressourcen verfügen und dass es Fachkräfte gibt, die sich um das Wohl pflegebedürftiger Menschen sorgen. Dies hat die Angst der beiden Befragten vor dem eigenen Älterwerden geschmälert: „Man verliert auch die Angst vor dem Älterwerden und vor dem Tod auch so‘n bisschen.“ (I13: 1342–1346), so eine Interviewte, wenn man mal als angestellte Pflegeperson in häuslicher Atmosphäre Sterbebegleitung gemacht habe. Aber nur „so n bisschen“, eine gewisse Restangst scheint zu bleiben.

Auch wenn Fachkräfte positive Erfahrungen mit Alter(n) und Sterben gemacht haben, kann ihr Blick auf das eigene Alter(n) weiterhin mit Unsicherheit und Angst verbunden sein. Die junge Erzieherin nennt etwa die Angst, hochaltrige Angehörige zu verlieren, die

Sorge um ausreichende Unterstützung im Bedarfsfall oder die Sorge, zukünftige technische Entwicklungen nicht verstehen zu können. Vor allem aber bleibe die Angst vor dem plötzlichen Krankwerden, wie eine Altenpflegerin mittleren Alters ausführt oder vor dem Abbau der eigenen Fähigkeiten, so die junge Erzieherin:

„Die Angst bleibt doch, glaub ich so'n Altwerden, einfach aus der Sicht, dass man ja Vieles doch nicht mehr können wird und die Angst in dem Sinne vom plötzlichen Altwerden, dass es halt so plötzlich geschieht, dass so krankheitsbedingt ein Abbau stattfindet – das verbind' ich mit dem Altwerden.“ (I13: 1634–1638)

Für eine Krankenschwester mittleren Alters schürt das Erleben des Älterwerdens und Sterbens anderer sogar die Angst vor dem eigenen Älterwerden und dem Verlust liebge-  
wonnener Menschen:

„Ich merk das jetzt an meinem Vater, der is halt krank, und da fängt es jetzt schon so an, also ich hab' so das Gefühl, wenn Eltern alt werden, wird man selber auch alt. Oder wenn dann das anfängt, dass die sterben oder so, das macht einem so seine eigene Endlichkeit auch bewusst. [...] Aber auch hier [...] sind ja schon einige gestorben. das is schon für einen selber, auch grade weil man die so lange begleitet, is' schon ne traurige Sache.“ (I9: 591–599)

Positive Erfahrungen mit Alter(n) und Sterben allein – ob im privaten oder im beruflichen Bereich – scheinen also nicht auszureichen, um den Fachkräften ihre Angst vor dem eigenen Älterwerden zu nehmen. Auch die Profession scheint also keinen Einfluss auf diese Angst zu haben.

### **Abgrenzung, Distanz**

Neben der Annäherung von Fachkräften an Behinderung und Alter(n) sowie den thematisierten Ängsten vor dem Alter(n) zeigen sich in den Antworten der Befragten auch Tendenzen der Distanzierung, des Abgrenzens und der Ablehnung von Behinderung bzw. Alter(n). Eine Krankenschwester thematisiert beispielsweise ihr Bemühen, den Bewohner\*innen nichts zu Privates zu erzählen, da diese ihrer Ansicht nach anders seien und nicht so funktionierten wie sie selbst. Über die professionelle Distanz hinaus, die auf die Trennung zwischen dienstlichen und privaten Kontakten verweist, geht es hier scheinbar um eine Abgrenzung von Menschen mit Behinderung, welche die Fachkraft aufgrund ihren kognitiven Beeinträchtigungen nicht als adäquate Gesprächspartner\*innen für private Themen ansieht (I9: 526-557).

Eine junge Heilerziehungspflegerin zeigt einen distanzierten Umgang mit dem altersbedingten kognitiven Abbauprozess einer Angehörigen, die in einem Pflegeheim lebt. Eine

eventuelle persönliche Betroffenheit im Sinne von Trauer, Verlustangst oder Mitleid findet keinen verbalen Ausdruck. Vielmehr betrachtet die Befragte die Situation der Demenzerkrankten zwar mit Interesse, aber aus der Distanz:

„Für mich persönlich is Demenz ‘n ganz großes Thema, weil meine Oma dement is‘, <<schmunzelt>> da bin ich auch gespannt. Sie hat jetzt am Wochenende Geburtstach. <<schmunzelt>> sie wird Neunzich, da bin ich gespannt, wie das so wird. Also sie erkennt mich schon lange nicht mehr, siezt mich immer <<lacht>> oder [...] das find ich auch interessant [...] die Pfleger in dem Heim sind für sie Schwestern, weil die weiße Kittel tragen. Sie denkt, sie ist im Krankenhaus.“ (I8: 606–613)

Auch ohne Kenntnis des persönlichen Verhältnisses zwischender Angehörigen und der Fachkraft entsteht durch die Wörter „Thema“, „gespannt sein“ und „interessant“ – in Verbindung mit dem Lachen und Schmunzeln der Befragten – der Eindruck, als würde sie dem Geburtstag nicht als Angehörige, sondern eher interessiert, belustigt und distanziert, also in einer Beobachter\*innenrolle beiwohnen. Sie scheint emotionale Distanz schaffen zu wollen.

Mit einer ähnlichen Distanz blickt eine Erzieherin mittleren Alters aus einer Außenwohngruppe auf zukünftige Senioren generationen. Sie stellt die These auf, die Generation der sogenannten „Faltenrockomis“ (I12: 590) – ein Begriff, der wohl für alte, konservative Frauen stehen könnte – werde von einer Generation vitalerer Älterer abgelöst:

„Ich seh dem mit Spannung entgegen, weil ich denke, da rutscht ‘ne ganz andere Generation an älteren Leuten jetzt hinterher, die‘ s früher so nicht gab [...] ich sach mal, diese Faltenrockomis quasi so langsam aussterben, und auch solche Butterfahrten aussterben werden. [...] Das wird ‘ne andere Form von älterer Menschen werden, [...] ich glaub, das wird ‘n andres Umgehen damit sein, [...] ich kann mir vorstellen, ich weiß ja nicht, ob es so ist, dass es vielleicht ‘n bisschen lebendiger wird. Dass da einfach andere alte Menschen dann unter uns wandeln.“ (I12: 587–612)

Dabei formuliert die Erzieherin so, als rechne sie sich selbst gar nicht dieser nächsten Generation von Senior\*innen zu. Vielmehr entsteht der Eindruck, als wolle sich die Interviewte von der Gruppe der Alten abgrenzen und diese aus der Distanz einer außenstehenden Beobachterin betrachten.

### **Ablehnung**

Neben der mühevollen Annäherung an das Konzept und den Prozess Alter(n) zeigt ein Diplom-Sozialpädagoge mittleren Alters auch seine deutliche Ablehnung gegenüber dem eigenen Älterwerden. Fast trotzig sagt er: „Ich weigere mich anzuerkennen, dass ich in irgend‘ne Weise schwächer werde, vielleicht is‘ des auch so ‘ne stille Rebellion.“ (I2: 556–558) Unterstrichen wird seine Haltung durch seine mehrmals wiederholte Aussage, nicht an ein eigenes Älterwerden zu glauben und deshalb auch nicht finanziell für sein

Alter vorsorgen zu wollen. Auch das Älterwerden anderer Menschen kann der Befragte nur schwer annehmen. Seiner Ansicht nach sollten auch ältere Menschen über die nötige körperliche Fitness verfügen, im Alter uneingeschränkt einkaufen gehen zu können: „Heute im Supermarkt begegnete mir ‘n Mann, der schnaufte, der hatte sichtlich zu kämpfen, der sah gar net so alt aus, der war vielleicht gute Siebzich, schnaufte. Dacht ich: Ne, des möchtest du net. Ich hätt den fast angesprochen, ich hätte gesacht: Wieso schnaufen Sie so und kann man da nix machen?“ (I2: 558–562)

Zusammengefasst stellen Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) in der Beziehungsperspektive die Begegnung mit Menschen in den Vordergrund – unabhängig deren Alters oder möglicher Behinderung. Auch die Annäherung an behinderungs- bzw. altersbedingt „andere“ Menschen und Situationen gerät hier in den Blick. Mehrere Befragte versuchen im Verlauf des Interviews, sich ihre eigenen, negativen Altersbilder schönzureden. Ungewohnte oder auch beängstigende Situationen im Berufsalltag wie z. B. das Versterben von Bewohner\*innen machen die Fachkräfte durch Strukturierung und Versachlichung von Abläufen für sich handhabbar. (Positive) Erlebnisse, Gewohnheit und Routinen – beruflich wie privat – führen zu einer Normalisierung des Umgangs mit Behinderung und Alter(n). Dennoch bleibt die Angst vor den Unwägbarkeiten des (eigenen) Älterwerdens bestehen und wird zum Teil durch Erfahrungen mit Alter(n) und Sterben im privaten oder beruflichen Umfeld noch verstärkt.

Im Folgenden soll es um das Verständnis von Gutem Alter(n) in der Beziehungsperspektive gehen.

### 6.2.2.2 Verständnis von gutem Alter(n)

Gutes Alter(n) aus der Beziehungsperspektive betrachtet heißt für die Fachkräfte, dass älter werdende Menschen mit und ohne Behinderung in ihrem Sein, Wollen und Handeln von Mitmenschen und Gesellschaft akzeptiert und respektiert werden, dass sie liebevoll bzw. freundlich behandelt werden und später sozusagen friedvoll auf ihr Leben zurückblicken können (Tabelle 18)

Tabelle 18: Gutes Alter(n) aus der Beziehungsperspektive

- Akzeptanz, Respekt
- Freundlicher, liebevoller Umgang
- Friedvoller Rückblick

### **Akzeptanz, Respekt**

Gutes Alter(n) bedeutet für Menschen mit und ohne Behinderung, angenommen zu werden, so wie sie sind, „mit all ihren Querelen oder Schwierigkeiten“ (I9: 823), oder so, wie es eine Sozialpädagogin aus der Rentnerbetreuung formuliert. Sie sagt:

„Dass man mich dann so nimmt, wie ich bin, dass man auch möglichst ruhig mit mir umgeht und nicht, ja, dass das Gegenüber nicht ständig schnell aufgebracht ist, weil ich vielleicht ein gew- länger für irgendwelche Dinge benötige, ne?“ (I6: 747–749)

Eine jüngere Erzieherin aus dem Gruppenbereich spricht in diesem Zusammenhang von einem „würdevollen Altern“ (I13: 1647). Dies müsse die Wünsche der Alternenden respektieren, z. B. was die Form der Versorgung im Falle der Pflegebedürftigkeit sowie dementsprechende Absprachen und Vorkehrungen innerhalb der Familie betrifft. Dies würde Sicherheit für alle Beteiligten bedeuten, so die Befragte:

„Dass man mich respektiert, so wie ich bin, dass man mich fragt, was ich möchte, dass man nicht einfach sagt <<haut mit der Hand auf den Tisch>> [...] <<und Du gehst jetzt ins Altersheim>> [...] aber man versucht es dann mit ihm die Entscheidung zu treffen. [...] dass man vorher abspricht vielleicht auch.“ (I13: 1647–1654)

Wie bereits erwähnt, ist durchaus fragwürdig, inwieweit (ältere) Bewohner\*innen in die Entscheidungen über ihre Wohn- und Versorgungssituation einbezogen werden.

Zum guten Alter(n) gehört auch nach der Meinung eines älteren Erziehers aus dem Wohngruppenbereich, dass das soziale Umfeld die erzielten Erfolge würdigt. Dies gelte auch, wenn der alternde Mensch bestimmte körperliche oder geistige Leistungen nicht mehr vollbringen könne:

„Für mich is Altwerden, dass die Wertschätzung bleibt, ne? Also die Akzeptanz auch bleibt, der Umgebung, dass das soziale Umfeld zwar akzeptiert, Ok, der läuft jetzt keine fünftausend Meter mehr, ne? Aber fünf Kilometer kann er noch mit dem Fahrrad fahren.“ (I5: 721–724)

In der Aussage schwingt die Vorstellung der Fachkraft mit, dass gutes Alter(n) eine anhaltende körperliche und geistige Leistungsfähigkeit impliziert. Nach Ansicht des Befragten sollte die Akzeptanz für ältere Menschen, insbesondere solche mit Behinderung, auch auf gesellschaftlicher Ebene sichtbar werden, etwa indem Neiddebatten darüber vermieden werden, ob die Sozialkassen zu viel Geld für diese Personengruppe zur Verfügung stellen. Gutes Alter(n) für Menschen mit Behinderung setze ein funktionierendes Sozialsystem und ehrenamtliches Engagement voraus.

### **Freundlicher, liebevoller Umgang**

Menschen mit Behinderung, so ein Diplom-Sozialpädagoge mittleren Alters, wollten auch im Alter Anerkennung und Zuspruch erfahren, sich in ihrem Zuhause willkommen

fühlen und freundlich von den Mitarbeitenden empfangen werden. Neben einem freundlichen Umgang gehöre dazu, liebevoll und bewohnerorientiert versorgt zu werden, so eine Krankenschwester im Gruppendienst. Jede\*r würde „Streicheleinheiten“ (I9: 774) benötigen, also z. B. mal in den Arm genommen oder freundlich angesprochen werden wollen. Schrecklich sei es dagegen, wenn etwa in einem Altenheim eine „kaltherzige Rabiata an mir rumfummeln“ würde (I9: 781), so die Befragte, oder Mitarbeitende im Wohnheim gedankenlos Rollstuhlfahrer\*innen bei geschlossener Türe im dunklen Zimmer alleine lassen.

### **Friedvolles Alter(n)**

Schließlich gehört es nach Ansicht eines jüngeren Altenpflegers im Gruppendienst zum guten Alter(n), positiv auf das eigene Leben zurückblicken zu können. Jeder Mensch – ob mit oder ohne Behinderung – habe es nach einem harten Leben verdient, positiv auf dieses zurückblicken zu können, in Zufriedenheit. Gutes Alter(n) heißt demnach, das eigene Leben und Altern versöhnlich annehmen zu können (Kapitel 3.3). Dazu gehöre auch, nicht mit Vergangenen zu hadern, wie dies eine Erzieherin im Außenwohnbereich befürchtet, sondern sich der neuen Gestaltungsmöglichkeiten in Gegenwart und Zukunft zu erfreuen: Gutes Altern, „das is verbunden mit Frieden, so friedlich alt werden zu können, mit vielen schönen Erlebnissen noch, dass man sich das Leben noch schön macht“ (I12: 494–496).

### **6.2.2.3 Verständnis von beruflichen Aufgaben und professionellem Handeln**

Welches Verständnis der Fachkräfte von ihren beruflichen Aufgaben und von Professionalität finden sich in der Beziehungsperspektive? Dabei geht es um die freudvolle Begegnung mit Bewohner\*innen und die Aufgabe, im Zuge der Beziehungsgestaltung genau solche Begegnungen zu ermöglichen, Bewohner\*innen und ihre Bedürfnisse wahr- und anzunehmen, ihnen auf Augenhöhe zu begegnen sowie professionelle Mitmenschlichkeit zu gewährleisten. Gleichzeitig muss aber auch eine professionelle Distanz gewahrt bleiben (Tabelle 19). Diese Anforderungen können die befragten Fachkräfte durchaus in Grenzsituationen bringen.

Tabelle 19: Aufgaben und Professionalitätsverständnis aus der Beziehungsperspektive

Begegnung	Distanz
- Begegnung mit Menschen – Freude geht vor Konzept	- Nötige Distanz wahren, Grenzen setzen
- Beziehungsgestaltung	



### **Begegnung mit Menschen – „Freude vor Konzept“**

Für einen Diplom-Sozialpädagogen aus dem Gruppendienst besteht seine Arbeit im Wesentlichen in der Begegnung mit Menschen und der Annäherung an diese:

„Ich komme nachmittags an und richte mich im Grunde so drauf ein, dass ich irgendwelchen Leuten begegne. also ich glaub das ist so das Wesen überhaupt unserer Arbeit, dass wir irgendwelchen Leuten begegnen, und dann mehr oder minder routiniert reagieren.“  
(I2: 13-17)

Die Begegnung ist vertraut und routiniert, geprägt von der langjährigen gemeinsamen Zeit in den Wohngruppen und einem großen Interesse der Fachkräfte an der Person der Bewohner\*innen sowie an ihren Belangen. Die Fachkraft vergleicht das nachmittägliche Nach-Hause-Kommen der Bewohner\*innen aus den Werkstätten mit dem Nach-Hause-Kommen von Kindern einer Großfamilie, die sich am heimischen Essenstisch trifft und austauscht:

„Dann bin ich eigentlich voller Erwartung auf die Personen, die dann so angefahren kommen mit dem Bus. Es is ja auch so, ich stell’s mir vor in ‘ner Großfamilie wird’s wahrscheinlich ähnlich sein, also wo dann die Kinder von der Schule kommen und bestürmen einen so und sagen: ach, das war, und alle reden durcheinander, so isses hier also auch.“  
(I2: 48–52)

Passend dazu versteht der Befragte professionelles Arbeiten in diesem Kontext als unverkopften, freudvollen, spontanen Umgang mit Bewohner\*innen. Er spricht sich deutlich gegen eine individuelle Hilfeplanung aus, in der messbare Ziele festgelegt werden, die Bewohner\*innen, unterstützt von den Mitarbeitenden, innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens erreichen sollen. Die Leistungen der Bewohner\*innen – so der Interviewte – aber auch die der sie unterstützenden Mitarbeitenden würden so bewertet. Diese Art des Arbeitens sei aufgrund der dünnen Personaldecke erstens nicht praktikabel und ginge zweitens am eigentlichen Ziel vorbei, nämlich „lachende Augen“ (I2: 1031) bei den Bewohner\*innen zu erreichen. Letztlich kämen bei den Bewohner\*innen Aktivitäten ohne das Prädikat „Förderung“ besser an. Für professionelles Arbeiten seien nicht Förderkonzepte, sondern Haltung, Gesinnung und Intuition relevant:

„Dieses ganze zielorientierte geht mir ‘n bisschen auf den Geist. [...] Wenn ich weiß, ich kann jetzt [...] für fröhliche Augen sorgen, ohne dass ich mir da viel Gedanken darüber mache, kann ich das morgen auch wieder. Ich brauch da kein Konzept für, das is’ mehr ne Haltungssache [...], weniger ne Kopfsache. [...] Und das is insgesamt ein sehr unverkopftes Arbeiten, des is intuitiv.“ (I2: 1027–1038)

Konkret heißt das aus Sicht der Fachkraft, sobald es die personelle Situation erlaube, „würd ich immer sagen, lass uns keine Zielplanung irgendwie machen, sondern lass uns fünf Leute fragen, ob sie mitwollen und lass uns in die Stadt fahren“ (I2: 1085 f.).

Trotz der fehlenden Planung, so ist der Befragte überzeugt, würden die Aufgaben, die der Arbeitgeber erwartet, in der erforderlichen Qualität ausgeführt werden. Der Kern des professionellen Arbeitens liegt für die Fachkraft eindeutig bei der Begegnung: „ich hab Spaß an der Begegnung. [...] Was mich motiviert und bei der Stange hält, dass is‘ Spaß mit den Leuten zu haben.“ (I2: 209–220) Letztlich bleibt hier jedoch die Frage, ob es bei den genannten Aktivitäten um den Spaß der Fachkraft oder um den Spaß der Bewohner\*innen geht.

## Beziehungsgestaltung

### Begegnung/Verständigung ermöglichen

Nach Ansicht desselben Diplom-Sozialpädagogen heißt professionelles Arbeiten, mit Menschen in Beziehung zu treten. Die Voraussetzung dafür sei Offenheit, also Interesse am Gegenüber sowie selbst für das Gegenüber „anfassbar“ (I2: 1108) zu sein. Das Ziel müsse sein, sich aufeinander einzulassen und miteinander in Beziehung treten zu wollen. Kurz: professionell zu sein, heiße, „herausfinden zu wollen, wer steht mir hier eigentlich gegenüber?“ (I2: 1241 f.)

Aus Sicht des Befragten setzt Beziehungsgestaltung Kommunikation voraus. So gehöre es zu den Aufgaben der Fachkräfte, eine offene und vertrauensvolle Kommunikationsebene für die Bewohner\*innen zu schaffen sowie Anreize zu bieten, sich mitzuteilen:

„Versuch, ein gutes Gegenüber auf sprachlicher Ebene zu werden. Versuch dein[en] Anvertrauten zu verstehen, versuch ne Sprachebene zu finden, wo er Dich versteht. und versuch ihn dazu zu bringen, in keiner Weise manipulativ, [...] mit Dir zu sprechen. Versuch ihm Anreize zu geben, wo er sich mitteilt, wo er Vertrauen findet.“ (I2: 1108–1112)

Begegnungs- und Kommunikationsrahmen seien dann anzupassen, wenn bestimmte Begegnungswege z. B. aufgrund altersbedingt veränderter Funktionsfähigkeiten nicht mehr gangbar seien. Der Diplom-Sozialpädagoge berichtet von einem Bewohner, mit dem es aufgrund seiner demenziellen Erkrankung nicht mehr möglich war, Gespräche zu führen oder etwas zu unternehmen. Die Kommunikation hatte sich auf die haptische Ebene verlagert. Obwohl die Fachkraft die körperliche Nähe zu dem Bewohner zuvor abgelehnt hatte, wurde die Umarmung zu einer seiner letzten Möglichkeiten, überhaupt mit dieser Person in Beziehung zu treten:

„Als das alles wegfiel [die kognitiven Fähigkeiten, Anm. d. Verf.], brach ich sozusagen mit meinen Ressentiments gegenüber der körperlichen Nähe und ließ ihn gewähren, weil ich dachte: Du kommst auf keinen anderen Weg mehr ran [...] Er wollte einfach nur noch gedrückt werden.“ (I2: 301–308)

Hier wird deutlich, mit welchem Balanceakt zwischen dem Zulassen von Nähe und der Wahrung von Distanz Beziehungsarbeit einhergehen kann. Es stellt sich die Frage, was es mit den Fachkräften macht, wenn sie im Berufskontext ihre Grundsätze z. B. bzgl. körperlicher Distanz aufgeben (müssen).

### **Wahrnehmen und annehmen**

Professionelles Arbeiten heißt für die Befragten, die Bewohner\*innen unabhängig von ihrem Alter oder ihrer Behinderung als Menschen wahrzunehmen – bestenfalls genauso wie sie sind: Eine Altenpflegerin aus dem Gruppendienst führt dazu aus: „Ob alt oder jung [...] gutes Arbeiten für mich find ich, dass ich den Menschen, beziehungsweise die Bewohner so nehme, wie er ist, [...], ihn toleriere wie er ist.“ (I4: 977–980) Auch ein Diplom-Sozialpädagoge setzt Professionalität mit dem Wahr- und Annehmen der Bewohner\*innen gleich. Er stellt jedoch zugleich die Frage, inwieweit er alles Wahrgenommene auch annehmen kann – und markiert damit eine mögliche Grenze der Professionalität: „Ob ich sie dann am Ende, wenn ich sie wahrgenommen hab, so annehmen kann, wie mir das selbst so passt, des is‘ ‘ne andere Sache, aber auch da kann man selbst an sich arbeiten.“ (I2: 1225–1227)

### **Begegnung auf Augenhöhe**

Professionalität heißt aus der Beziehungsperspektive betrachtet zudem, sich auf Augenhöhe zu begegnen, eine „Plattform zu haben von Du zu Du“ (I5: 580), auf der man auch voneinander lernen könne, so ein älterer Erzieher aus dem Gruppendienst. Professionalität hieße, eine Haltung verinnerlicht zu haben, nach der es im Miteinander trotz des Abhängigkeitsverhältnisses zwischen Bewohner\*innen und Mitarbeitenden nicht um ein besser oder schlechter, schlauer oder dümmer (I13: 1836) geht. Den Bewohner\*innen sollten alle nötigen Freiräume zugestanden werden, um für sich selbst entscheiden zu können. Die Fachkräfte müssten sich dabei entsprechend zurückhalten. Begegnung auf Augenhöhe heiße auch, so eine Erzieherin aus dem Außenwohnbereich, die Bewohner\*innen immer wieder zu ermutigen, bestehenden Unmut gegenüber den Mitarbeitenden zu äußern, also diese bei Bedarf auch zu kritisieren und sie nicht auf einen Sockel zu stellen: „Der Mitarbeiter, der steht immer bei ihnen ganz oben und ich versuch auch immer, das dann bisschen zu relativieren und runterzuholen und zu sagen: Leute, Ihr könnt uns auch mal kritisieren.“ (I12: 1022–1024) Auffallend ist an dieser Aussage die Einschränkung der Erzieherin („bisschen zu relativieren“).

Professionelles Arbeiten heißt für eine Krankenschwester aus dem Gruppendienst, Geduld und Respekt auch dann nicht zu verlieren, wenn man das Verhalten der Bewohner\*innen als sehr herausfordernd empfindet:

„Selbst wenn mich ein Bewohner fünfhundertmal fragt, ob ich morgen wiederkomme, ja, irgendwann bin ich genervt, [...] also ich würde nie auf die Idee kommen, einen anzuschreiben, [...] das find ich ganz schrecklich [...] Prinzipiell einfach respektvoll mit den Leuten umgehen.“ (I9: 796–803)

### **Professionelle Mitmenschlichkeit, Personenzentrierung, Verstehen**

Für eine junge Heilerziehungspflegerin aus dem Gruppendienst ist es die Aufgabe der Mitarbeitenden und gehört damit zu deren Professionsverständnis, sämtlichen Bewohner\*innen mit derselben Aufmerksamkeit zu begegnen sowie alle unabhängig von persönlichen Sympathien gleichermaßen anzunehmen:

„Man hat ja immer welche, die man bisschen <<spricht leise> lieber und bisschen unlieber> hat <<lacht>>, is‘ ja einfach so, aber das is‘ auch wieder Professionalität, is‘ den Bewohnern nich merken zu lassen, dass man den ihn vielleicht nicht so gerne hat, wie den, der danebensitzt.“ (I8: 853–866)

Auf die Frage, was er Berufsanfänger\*innen im Umgang mit (älteren) Bewohner\*innen raten würde, antwortet ein Diplom-Sozialpädagoge mittleren Alters, diese sollten sich in die Lage der Bewohner\*innen hineinversetzen, mit dem Ziel, sie zu verstehen. Sie sollten den Bewohner\*innen zuhören, sie beobachten, ihre (sich verändernden) Bedürfnisse erkennen und Wege zur Umsetzung mit ihnen abstimmen. In den folgenden Zitaten wird die Sichtweise eines älteren Heilpädagogen aus dem Außenwohnbereich deutlich, der (ältere) Menschen mit Behinderung als autonome Menschen mit wertvollen Ressourcen ansieht:

„Joah, ich würde ihr [einer Berufsanfängerin, Anm. d. Verf.] sagen: Achte drauf, was der ältere Bewohner will, ne? Versuch das rauszukriegen, und dann guck, wie Du das mit ihm umsetzen kannst, wenn er das will, dass Du das mit ihm tust.“ (I11: 1218–1221)

„Präsent sein, aber erst mal gucken, was wirklich so bei so‘n älteren Menschen anliegt, [...] sich Zeit nehmen [...] bleib mit ihm, geh mit ihm einkaufen, lass Dir was erzähl‘n, [...] geh ganz langsam auf ihn zu, mit viel Geduld. Und zuhören. Der is‘ älter wie Du, der hat ne Menge erlebt, und er hat ne Menge zu erzähl‘n und dann wirst‘e sehn, was er braucht, das zeigt sich.“ (I11: 1228–1236)

Verstehen schließe auch ein, so eine junge Erzieherin aus dem stationären Wohnbereich, sich selbst mal in einem Rollstuhl sitzend das Wohnhaus zu erschließen, um sich besser in die Lebenswelt, Bedürfnisse und Möglichkeiten eines Rollstuhlfahrenden hineinversetzen zu können.

Selbst wenn das Verhalten der Bewohner\*innen einmal irritierend oder auf den ersten Blick nicht nachvollziehbar scheine, so eine Altenpflegerin aus dem stationären Wohnbereich, sei es professionelles Handeln, sich in deren Situation hineinzusetzen, um deren Verhalten auf den Grund zu gehen:

„Dass ich auch ‘n Bewohner habe, der nich‘ sprechen kann, bis auf einige Silben, und eigentlich ein sehr liebenswerter Mensch is‘, aber wenn sie auch schräg drauf is‘, ma richtig hauen kann, sich beißen kann, dass ich da net einfach sach: hier so, pff, Du bleibst aber hier heut den ganzen Tach im Zimmer, na, sondern dass ich wirklich versuche, zu kucken, warum macht sie das, na? [...] Warum haut sie jetzt, warum schreit sie jetzt, dass ich mich ein Tach versuche da reinzusetzen, na?“ (I4: 1006–1012)

Einer jungen Heilerziehungspflegerin im Gruppendienst zufolge ist die Art der Begegnung sowie der Beziehungsgestaltung unabhängig von Behinderung oder Alter:

„Man muss ja jeden [...] da abholen, wo er is‘ und ob der Mensch jetzt normal is‘ und normalen alterlichen Abbau hat oder ob der Mensch jetzt vorher schon eine geistige Behinderung hat, ich muss den Menschen kennen, ich muss wissen, wie er tickt und darauf kann ich eingehen.“ (I8: 987–992)

### **Nötige Distanz wahren, Grenzen setzen**

Professionalität bedeutet, so die Befragte weiter, neben dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung gleichzeitig die nötige professionelle Distanz zur Arbeit sowie zu den Bewohner\*innen zu wahren:

„Ja, Nähe, Distanz. Ich glaube, das is eigentlich das Grundlegendste und Wichtigste, dass man ‘ne vernünftige Basis hat, quasi. Dass man ‘n gutes Vertrauen zu den Bewohnern hat, aber immer noch nach Hause gehen kann und nicht noch den ganzen Abend darüber nachdenkt, was denn heute gewesen is‘.“ (I8: 866–870)

Nach Meinung einer Erzieherin im Außenwohnbereich sei es entscheidend zu verstehen, dass es sich bei den Beziehungen zwischen Bewohner\*innen und Mitarbeitenden trotz der Vertrautheit nicht um freundschaftliche oder familiäre Beziehungen handle und man auch immer wieder professionellen Abstand zueinander herstellen müsse:

„Da muss man sich auch immer wieder sensibel für machen, dass man mit Menschen mit Behinderung im Alltach zusammen is‘ [...], dass man sich da immer wieder so ‘n stückweit seine eigene Stellung zurückholen muss, warum man hier arbeitet, was man hier arbeitet, und nich‘ so schnell in diese Beziehungsdinge reinrutscht.“ (I12: 1204–1215)

Neben der Distanz auf emotionaler Ebene sei auch auf die körperliche Distanz zu achten, so eine Krankenschwester im Gruppendienst. Selbst wenn es wichtig sei, liebevoll mit Bewohner\*innen umzugehen, sie also auch mal in den Arm zu nehmen, dürften die Grenzen einer professionellen körperlichen Zuneigung nicht überschritten werden. Professionelles Arbeiten heißt, so eine ältere Erzieherin in der Rentner\*innenbetreuung, auch die eigenen psychischen und physischen Grenzen zu erkennen und zu setzen. Man müsse gut

auf sich und die eigene Gesundheit achten und sich nicht „auffressen“ lassen, denn Bewohner\*innen würden „immer fordern, fordern, fordern“ (I3: 1048). Auch respektloses Verhalten von Bewohner\*innen müsse man sich verbitten: „Und dass man sacht: Bis hierhin und nicht weiter, also auch, es gibt ja auch Situationen, wo die [Bewohner\*innen, Anm. d. Verf.] frech oder aggressiv werden, oder dass man dann auch autoritär wird.“ (I9: 884–886)

Gerade in den letzten beiden Zitaten wird der Balanceakt deutlich, trotz der zum Teil hohen Belastungen im Berufsalltag auf der einen Seite professionell handeln zu müssen, dabei aber gesund zu bleiben.

### **Balanceakt und Grenzsituationen der Professionalität**

In diesem Abschnitt werden weitere Grenzsituationen im Berufsalltag der befragten Fachkräfte thematisiert. Im Zuge der Begegnungen und der Beziehungsgestaltung gelangen Fachkräfte durchaus an die Grenzen ihrer Professionalität. Dabei geht es um die Grenzen des Annehmens und Verstehens von Bewohner\*innen, aber auch darum, die Bewohner\*innen wie Erwachsene zu behandeln und um den Balanceakt zwischen Nähe und Distanz (Tabelle 20).

Tabelle 20: Balanceakt und Grenzsituationen aus der Beziehungsperspektive

- Grenzen des Annehmens	- Erwachsene vs. Kinder
- Grenzen des Verstehens	- Nähe vs. Distanz

#### **Grenzen des Annehmens**

Ein wesentlicher Aspekt professionellen Handelns ist es, die Menschen so anzunehmen, wie sie sind. Fachkräfte können dabei jedoch an die Grenzen ihrer Professionalität kommen, etwa, wenn sie mit plötzlichen Abbauprozessen von Bewohner\*innen konfrontiert werden, so wie es eine junge Heilerziehungspflegerin schildert:

„Es ist manchmal schwer, so grade so demenziellen Abbau unsrer Bewohner verstehen zu können. So dann denkt man so: Och gestern wusstest Du’s doch noch, und heute, gut, is‘ jetzt aber so, ich weiß ja, Du kannst es nicht, aber manchmal find ich das schon schwer, das, ja, zu erleben, wie sie abbauen.“ (I8: 115–120)

Mitzerleben, dass Bewohner\*innen über bestimmtes Alltagswissen nicht mehr verfügen oder alltägliche Verrichtungen nicht mehr selbständig durchführen können, ist auch für einen Diplom-Sozialpädagogen im Gruppendienst nicht leicht zu akzeptieren. Obwohl er wisse, dass die veränderte Funktionsfähigkeit auf den Alterungsprozess zurückgeht, falle

es ihm nicht leicht, die Abbauprozesse anzunehmen. Er verhalte sich dann unprofessionell dem alten Bewohner gegenüber:

„Das nehm ich net immer so ganz gleichmütig hin. Also ich denke dann: Mensch, Du kannst des doch, Du konntest des doch. Des gibt's doch gar net. Und ärger mich dann und schimpf ihn wiewohl ich weiß, dass des Quatsch is‘.“ (I2: 332–335)

Die Tatsache, dass Bewohner\*innen versterben, macht auch Fachkräfte traurig. Bedrückend oder geradezu beängstigend kann die Vorstellung sein, dass ältere Bewohner\*innen eines Tages einfach nicht mehr da sein werden. Zuzusehen, wie manche von ihnen krankheitsbedingt leiden, belastet die Mitarbeitenden trotz aller Professionalität:

„Sind ja schon einige gestorben. Das is‘ schon für einen selber auch grade, weil man die so lange begleitet, is‘ schon ‘ne traurige Sache. Vor allen Dingen hab ich auch so‘n bisschen, ja, Angst würde ich jetzt nich sagen, aber man denkt schon so: Wenn die jetzt alle nich mehr sind von früher, is‘ schon irgendwie bedrückend, weil man hängt doch an denen. Da kann man so professionell sein.“ (I9: 597–603)

### Grenzen des Verstehens

Trotz aller Bemühungen, die Lebenssituation und die Bedürfnisse der Bewohner\*innen zu verstehen sowie darauf zu reagieren, gehöre es auch zur Professionalität, so ein älterer Heilpädagoge aus dem Außenwohnbereich, sich die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderung zu vergegenwärtigen. Da man selbst nicht behindert sei, könne man sich nicht wirklich in die Situation der Betroffenen hineinversetzen. Dabei käme man naturgemäß an die Grenzen des Verstehens. Professionalität heiße demnach, anzuerkennen,

„dass ich mir nicht einbilden kann, die Menschen mit Behinderung zu verstehen, weil ich eben in dem Maße nicht behindert bin. Ich kann die Welt nicht so sehen, wie sie sie sehen. Ich habe nicht die Ängste, die sie haben, wenn sie vor Aufgaben stehen.“ (I11: 1245–1248)

Entscheidend sei es für Fachkräfte, so der Befragte, sich dieser Grenzen bewusst zu sein und sie zu akzeptieren.

In den Interviews ist das Erreichen professioneller Grenzen mehrfach auch in Situationen zu erkennen, in denen Fachkraft und Bewohner\*innen sich nicht zu verstehen scheinen. In einem Fall führen die Gedankensprünge und das aggressive Verhalten eines Bewohners sowie die fehlende Nachvollziehbarkeit dieses Verhaltens durch die Fachkraft zu beidseitigem Miss- und Unverständnis. Dies machen die Sprachsektionen im folgenden Zitat einer Krankenschwester deutlich:

„Weil die [eine Bewohnerin, Anm. d. Verf.] erzählt Dir in einem Moment von ihrem Hamster und im nächsten Moment is‘ sie dann sauer, weil sie keine Eier gekriecht hat, und weil sie doch Waffeln <<spricht lauter>> aber dann kommt man erst später drauf, was

eigentlich los war, wenn man genauer nachfragt>, <<wie kommst Du denn jetzt auf Eier?>> <<spricht imitierend aufgeregt> Ja, ich wollte doch Waffeln backen und so.> Und das alles in einem Satz und in einer Geschwindigkeit und wenn sie dann schlecht auch noch drauf is‘, dann wird die richtich aggressiv, also dann is‘ das wie so‘n Dichtma-chen, da kommt man da auch nicht mehr dran. Wenn ich dann nachfrage, <<spricht ruhig> was meinst Du denn jetzt? Ich versteh Dich überhaupt nich>, dann sind das die schieß Betreuer.> (I9: 229–239)

Das Zitat zeigt den hohen Unterstützungsbedarf der Fachkräfte beim professionellen Umgang mit Bewohnern\*innen mit herausforderndem Verhalten.

### **Erwachsene vs. Kinder**

Die Arbeit mit erwachsenen Bewohner\*innen, die sich aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung wie Kinder verhalten, ist ebenfalls ein Balanceakt. So musste eine Krankenschwester nach eigenen Angaben zu Beginn ihrer Tätigkeit in der Behindertenhilfe aufpassen, die Bewohner\*innen tatsächlich wie Erwachsene zu behandeln:

„Vor allen Dingen musste ich anfangs aufpassen, dass ich die nicht wie kleine Kinder behandle, [...] vom Entwicklungsstand sind ja nun mal einige so, [...] trotzdem hat jeder das Recht auf Respekt und Anstand. Das ist so eine Gratwanderung so ein bisschen.“ (I9: 494–499)

Die Fachkraft berichtet von Situationen, in denen sich Bewohner\*innen in ihren Augen tatsächlich wie kleine Kinder verhielten und sie sie daraufhin auch so behandelte. So würden sich die Bewohner\*innen „einpinkeln vor lauter Trotzigkeit“ (I9: 1054), anfangen, „zu schreien und zu heulen“ (I9: 1036 f.), sobald es nicht nach ihrem Willen gehe oder sich mitten auf der offenen Straße ausziehen, weil sie etwas kaufen wollten, ihnen aber das nötige Geld dafür fehle. Auf die Frage nach ihrer Reaktion antwortet die Fachkraft, dass sie auf keinen Fall nachgebe, denn das sei „das Schlimmste, was man machen“ (I9: 1071 f.) könne. Diesen Fehler habe sie in paar Mal begangen und dafür die „Quit-tung“ (I9: 1073) bekommen. So habe sie etwa Bewohner\*innen, die in der Stadt einfach nicht weitergelaufen waren, obwohl sie dazu in der Lage waren, schlicht stehengelassen und kommentiert dies mit den Worten: „Ja, wie mit kleinen Kindern“ (I9: 496).

Auch im weiteren Verlauf des Interviews mutet die Sprechweise der Fachkraft durchaus paternalistisch und infantilisiert an, etwa, wenn die Befragte erzählt, den Bewohner\*innen vorzuschreiben, wann was zu tun sei oder sie scheinbar ohne Abstimmung mit den Bewohner\*innen über deren Köpfe hinweg bestimmt. So berichtet sie, den Bewohner\*innen zu sagen, wann sie mit Wäschewaschen dran seien, dass dann und dann ein Ausflug gemacht werde oder dass sie eine erkrankte Mitbewohnerin besuchen sollten. Sie schicke die Bewohner\*innen zum Fahrradfahren hinaus, „verfrachte“ (I9: 1104) sie zur Kur.



### Nähe vs. Distanz, Rollenverständnis

Auch die richtige Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden, scheint in einer professionellen Beziehung nicht immer leicht zu sein. Die Fachkräfte haben unterschiedliche Vorstellungen davon, wo hier die professionellen Grenzen verlaufen (sollten). Ein Teil der Fachkräfte – hier ein Diplom-Sozialarbeiter mittleren Alters und eine Krankenschwester – vergleicht die Wohngruppe mit einem familienähnlichen Zusammenschluss, in dem das Betreuungspersonal mehr oder weniger die Funktion von Eltern innehat. Andere Befragte, wie z. B. ein jüngerer Altenpfleger, empfinden diese Sichtweise als unprofessionell: „Also man darf jetzt nicht wie Mutter oder Vadder an die Bewohner ran gehen, weil das wäre absolut unprofessionell.“ (I7: 1581–1583) Es gibt weitere Beispiele für die konträren Sichtweisen der Fachkräfte. Während die einen Bewohner\*innen niemals mit zu sich nach Hause nähmen, nutzen andere bewusst das Zusammenbringen von privatem und dienstlichem Umfeld, um mögliche Vorbehalte zwischen Menschen mit und ohne Behinderung abzubauen.

Durch die intensiven und zum Teil langen Präsenzzeiten der Fachkräfte in den Wohngruppen können die Grenzen zwischen Privatem und Dienstlichem leicht verwischen. So berichtet eine Krankenschwester vom Umstand, dass ihr Austausch mit ihrem eigenen privaten Netzwerk sich aufgrund von Schichtarbeit und langen Dienstzeiten reduziert habe. Dadurch könne sie sich dazu hinreißen lassen, Bewohner\*innen auch als private Gesprächspartner\*innen zu „beanspruchen“, so die Befragte:

„Es kommt schon mal vor, dass ich dann von zu Hause erzähle, zum Beispiel. [...] aber dadurch, dass ich so oft hier bin, is es ja durch den Schichtdienst auch – man sieht ja kaum einen also, es is schon Freizeitgestaltung für einen persönlich is schon sehr schwierig. Dann erzähl ich denen das halt auch.“ (I9: 526 f., 539–543)

Aus Sicht dieser Fachkraft handelt es sich hier sogar um eine doppelte Grenzüberschreitung: Zum einen hätten bestimmte private Erzählungen nichts im Dienst verloren, zum anderen seien die Bewohner\*innen aufgrund ihrer Behinderung keine geeigneten Kandidat\*innen für bestimmte private Gespräche.

Dass Beziehungsarbeit durchaus mit Grenzerfahrungen einhergehen kann, zeigt ein anderes Zitat. Eine Fachkraft beschreibt sich darin selbst als extrem genervt vom Verhalten eines Bewohners und spricht dabei von der generellen Gefahr, in besonders gereizten Situationen auch einmal handgreiflich werden zu können.

„Also ich hatte einmal ‘ne Situation, da war ich so genervt, dass ich echt die Tür zuge-macht hab und musste mich im Büro erstmal so‘n bisschen- is‘ auch wichtig, dass man

das macht, weil wir sind auch alles nur Menschen. ne? Und bevor man dann doch irgend- wie, also ich glaube nicht, dass ich jemals handgreiflich werden würde, gibt's aber auch oft, ne, glaub ich, könnt ich mir vorstell'n. Aber dass man dann halt vorher kuckt, sich abzugrenzen.“ (I9: 936–942)

### **Handlungsbedarfe für eine bessere Professionalität**

Auch für den Bereich der Beziehungsgestaltung machten die Befragten im Verlauf der Interviews Verbesserungsvorschläge für ein besseres professionelles Handeln. Einige Fachkräfte fanden es wichtig, bei der Auswahl des Personals stärker auf die menschliche Eignung zu achten. Um mit unterschiedlichen Bewohner\*innen in Beziehung treten zu können, bedürfe es entsprechend qualifiziertem Personal. Für die Beziehungspflege mit älteren Bewohner\*innen sei darüber hinaus hilfreich, die Fluktuation des Personals möglichst gering zu halten und vermehrt Mitarbeitende einzustellen, die in einem ähnlichen Alter sind wie die älteren Bewohner\*innen.

#### **6.2.2.4 Zusammenfassung**

In diesem Unterkapitel (6.2.2) wurden die Sichtweisen der befragten Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln aus der Beziehungsperspektive vorgestellt. Anders als bei der Aktivitätsperspektive (Kapitel 6.2.1) liegt der Fokus dabei auf der Frage, wie die Fachkräfte Menschen und Situationen begegnen, die behinderungs- bzw. altersbedingt anders sind oder werden. Dies vollzieht sich in einem Spannungsfeld zwischen den Polen Akzeptanz und Ablehnung, Nähe und Distanz.

Beim Annehmen spielen Attribute wie Alter oder Behinderung in der Begegnung zwischen Fachkraft und Bewohner\*in keine oder nur eine untergeordnete Rolle. Im Vordergrund steht die Begegnung mit dem Menschen, die Annäherung an diesen sowie die Beziehung mit ihm. Oftmals macht die Konfrontation mit dem eigenen Älterwerden, mit dem Umstand, selbst eines Tages zur Gruppe der alten Menschen zu zählen, eine Annäherung notwendig und löst einen Prozess von einem negativen zu einem positiveren Altersbild aus. Inwieweit es sich dabei um versuchte Schönmalerei handelt, kann nicht geklärt werden. Den komplexen und emotional belastenden Arbeitssituationen, die mit Behinderung bzw. Alter einhergehen können, begegnen die Fachkräfte mit einer strukturierten Annäherung, durch die sie Unsicherheiten und Ängste abbauen können. Durch alltägliche Nähe und Auseinandersetzung mit Behinderung und Alter(n) im privaten Umfeld und im Berufsalltag werden diese für Fachkräfte zur Normalität. Die Vertrautheit mit Alter(n) und Sterben kann Ängste vor dem eigenen Älterwerden schmälern, diese in Einzelfällen aber auch verschärfen.

Neben dem Motiv der Annäherung gibt es bei den Fachkräften auch eine Tendenz der Abgrenzung, der Distanz oder gar der Ablehnung. Im Vordergrund steht dabei das Trennende, die Abgrenzung von Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungen nicht so funktionieren, wie man selbst. Distanz zum (eigenen) Alter(n) schaffen die Befragten durch das Einnehmen einer Beobachterrolle. Andere können altersbedingte Abbauprozesse Dritter schwer akzeptieren und lehnen ihr eigenes Älterwerden kategorisch ab.

Gutes Alter(n) verstehen die Fachkräfte aus der Beziehungsperspektive betrachtet als Akzeptanz (Dritter) des eigenen So-Seins (inklusive des Nicht-mehr-alles-Könnens) sowie als einen freundlichen, respektvollen und liebevollen Umgang durch Dritte. Dazu zählt, dass die eigenen Wünsche für die Gestaltung des letzten Lebensdrittels respektiert werden – ein Wunsch, dessen Realisierung gerade für die Bewohner\*innen eher unwahrscheinlich sein dürfte – und dass man selbst Frieden mit Vergangenen und Gegenwärtigem schließen kann.

Behinderung und Alter(n) werden aus dieser Perspektive als In-Beziehung-Treten mit Menschen verstanden. Dies spiegelt sich im Professionsverständnis der Befragten wider. Sie sehen es als ihre Aufgabe an, immer wieder von Neuem Begegnungen für die Bewohner\*innen und mit ihnen zu ermöglichen. Um sich anzunähern und in Beziehung zu treten müssten im Bedarfsfall Begegnungsformen an die altersbedingt veränderten Kommunikationsformen der Bewohner\*innen angepasst werden. Dabei stehen eine Begegnung auf Augenhöhe, ein freud- und respektvoller Umgang, personenzentriertes Handeln und professionelle Mitmenschlichkeit im Fokus – alles Aspekte einer Beziehungsgestaltung, die im Berufsalltag nicht immer umsetzbar sind. Professionalität bedeutet dabei, die nötige Distanz zur Arbeit sowie zu den Bewohner\*innen zu wahren. Zudem warnen die Befragten davor, Arbeit (gedanklich) mit nach Hause zu nehmen und im Miteinander eine Eltern- oder Freundschaftsrolle einzunehmen. Die eigenen physischen und psychischen Grenzen – aber auch die des Gegenübers – müssten stets gewahrt werden.

Professionalität stößt dort an ihre Grenzen, wo Fachkräfte Alter(n)s- und Sterbeprozesse nur schwer annehmen oder wo ein gegenseitiges Verstehen zwischen Bewohner\*innen und Fachkräften nicht (mehr) möglich ist und das In-Beziehung-Treten dadurch scheitert. Grenzüberschreitungen finden statt, wenn Fachkräfte Bewohner\*innen wider besseren Wissens paternalisieren, professionelle Beziehungsgrenzen verschwimmen oder Dritte verbal oder physisch angehen. Gelingen kann die professionelle Beziehungsgestaltung nach Meinung der Fachkräfte, wenn das Personal persönlich und fachlich ausreichend

qualifiziert ist. Für eine befriedigende Beziehungspflege zu älteren Bewohner\*innen plädieren die Befragten für gleichaltriges Personal sowie eine geringere Fluktuation unter den Mitarbeitenden.

### 6.2.3 Strukturperspektive

In den beiden vorherigen Abschnitten wurden die Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln aus der Aktivitätsperspektive (6.2.1) mit den Polen Aktivität und Passivität sowie aus der Beziehungsperspektive (6.2.2) mit den Polen Nähe bzw. Akzeptanz und Distanz bzw. Ablehnung behandelt. Im folgenden Abschnitt werden die Sichtweisen der Fachkräfte aus der Strukturperspektive dargestellt. Das Spannungsfeld ist hier durch die Pole Heterogenität und Homogenität markiert. Behinderung und Alter(n) gehen aus Sicht der Befragten mit einer ausgeprägten Heterogenität von Personen und Situationen einher. Mit dieser gilt es im (Berufs-)Alltag professionell umzugehen. Dazu gehört die Frage, inwieweit sich trotz der Heterogenität vereinigende Momente finden lassen. Eine andere Frage in diesem Zusammenhang lautet, wo inklusive und wo nicht-inklusive Lösungen zu präferieren sind, etwa beim Zusammenleben von Jung und Alt.

#### 6.2.3.1 Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n)

Auffallend an den Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung und Alter(n) sind die vielfachen Hinweise auf Heterogenität, Komplexität und Abgrenzungsschwierigkeiten. Zum einen nehmen die Befragten die Konzepte Behinderung und Alter(n) selbst, die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderung bzw. der älteren Menschen sowie die einzelnen Individuen mit ihren jeweiligen Eigenschaften als sehr unterschiedlich wahr, was einfache oder verallgemeinernde Aussagen über Behinderung und Alter(n) erschwere. Zum anderen legen die Interviewten den Fokus auf jene Unterschiede, die sie zwischen jungen und alten sowie zwischen Menschen mit und ohne Behinderung wahrnehmen. Dies verbinden sie mit einer Diskussion darüber, inwieweit ein Zusammenleben der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen sinnvoll und möglich ist (Tabelle 21).

Tabelle 21: Behinderung und Alter(n) aus der Strukturperspektive

- Heterogenität und Komplexität
- Unterschiede und Gemeinsamkeiten
- Inklusives und nicht-inklusives Leben

### Heterogenität und Komplexität

Die Befragten nehmen Menschen mit Behinderung sowie alte Menschen als sehr heterogene Gruppen wahr. Dies verdeutlicht beispielhaft eine Sozialpädagogin aus der Seniorenbetreuung, die zum Thema Behinderung sagt: „Also, ich, was ist behindert? Ich find es einfach auch schwer zu sagen, weil das is‘ ja so ein breites Fenster, ne?“ (I6: 581 f.). Als mögliche Behinderungskriterien nennt sie den Besitz eines Behindertenausweises oder funktionale Einschränkungen in Verbindung mit Hilfebedürftigkeit. Bei Letzterem stelle sich jedoch die Frage, so die Fachkraft weiter, bei welcher Art und ab welcher Intensität von Hilfebedarf von einer Behinderung die Rede sein könne. So gäbe es Behinderungen, die aufgrund äußerlicher Auffälligkeiten offensichtlicher und daher eindeutiger zu erkennen seien, aber auch Behinderungen, die eher „schwammigere Fälle“ (I6: 594) seien. Darüber hinaus sei das gesellschaftliche Umfeld zu berücksichtigen, das durch ungünstige Rahmenbedingungen zur Behinderung von Menschen beitrage. Entscheidend sei für sie daher die Frage, wie sie als Fachkraft den Menschen jeweils bestmöglich unterstützen könne.

Die Ausführungen einer Altenpflegerin in der stationären Wohngruppe machen deutlich, dass der Versuch, Alter(n) zu definieren, sich aufgrund der Vielzahl möglicher Kriterien ebenfalls schwierig gestaltet:

„Es is‘ für mich ganz schwierig zu sagen, mit Sechzich, Fünfundsechzich- Er is älter, natürlich sind es ältere Personen, aber [...] Ja ich denke, Alter is relativ, Alter is relativ.“ (I4: 624–627)

„Also ich kann es wirklich nicht sagen, es ist unterschiedlich.“ (I4: 636 f.)

Die Sicht auf das Alter(n), so die Befragte, hinge von der eigenen Lebensabschnittsperspektive und der möglichen eigenen Betroffenheit ab. Empfand man mit Anfang Zwanzig noch 45-jährige Menschen als alt, würde man dies heute – nun selbst in den Vierzigern – nicht mehr tun, so die Interviewte. Alter könne man zudem am Grad der Fitness festmachen bzw. daran, inwieweit Krankheiten wie Schlaganfälle oder Demenz zu Pflegebedürftigkeit und Unterstützungsbedarf führen. Bei der Beobachtung alternder Menschen könne man den körperlichen Abbau als Kriterium nehmen. Neben dem physischen Alter müsse aber auch das tatsächliche Lebensalter berücksichtigt werden, da man z. B. eine 51-jährige Schlaganfallpatientin nicht als alt bezeichnen wolle. Bei einer Definition nach dem chronologischen Alter sei eine 70- oder 80-jährige Person bereits alt. Umgeben von hochaltrigen Menschen, etwa in einem Pflegeheim, könnte selbst ein sehr gebrechlich

und alt wirkender Mensch aufblühen und wieder jünger wirken. Alles in Allem hänge das Alter(n) also vom Umfeld und den umgebenden Rahmenbedingungen ab.

Die Fachkräfte nehmen nicht nur die Konzepte, sondern auch die Personen, die alt sind bzw. eine Behinderung haben, in den Erzählungen der Fachkräfte in ihrer Unterschiedlichkeit und Komplexität wahr. Eine Sozialpädagogin aus der Rentner\*innenbetreuung schildert, alt sei nicht gleich alt. Die Altersspanne der Mitglieder dieser Gruppe reiche von 50 bis 77 Jahren. Auch hinsichtlich der körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Bewohner\*innen sowie ihres Grades an Unterstützungsbedarf zeige sich eine große Bandbreite: könnten die einen selbständig laufen, benötigten andere einen Rollstuhl. Während die einen verbal kommunizieren könnten, müssten andere auf alternative Kommunikationswege ausweichen. Auch seien die einen psychisch relativ stabil, andere dagegen besser in einer Einrichtung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aufgehoben. Manche könnten lesen, schreiben und rechnen, viele könnten jedoch weder das eine noch das andere, verfügten dafür aber über ein ausgeprägtes Erinnerungsvermögen. Unterschiede – so die Fachkraft weiter – zeigten sich zudem in den Bedürfnissen der Bewohner\*innen, etwa im Hinblick auf tagesstrukturierende Freizeitangebote. Während die einen im Rahmen der Tagesstrukturierung regelrecht aufblühten und dieses Angebot als Bereicherung erlebten, wollten andere dieses aufgrund ihres gestiegenen Ruhebedürfnisses nur noch punktuell oder gar nicht mehr wahrnehmen. Eine Fachkraft bringt diese Bandbreite an Fähigkeiten und Bedürfnissen der älteren Bewohner\*innen treffend auf den Punkt:

„Also [die Gruppe der älteren Bewohner\*innen ist, Anm. d. Verf.] ganz, ganz, ganz breit gefächert. [...] Also eigentlich ganz breit gefächert, wie im; ich mein, wie das so is‘ wenn hier sechzig Menschen auf einem Haufen wohnen, da ist von A bis Z alles vertreten, ne?“  
(I6: 238–253)

Auch die Lebensphase Alter, als „letzte Etappe des Lebens“ (I7: 1135) versteht z. B. ein jüngerer Altenpfleger aus dem stationären Wohnbereich nicht als homogene Einheit, sondern als heterogen. Sie unterteile sich in das *junge, rüstige Alter* und in ein *sehr altes Alter*, das von Gebrechlichkeit, Hilfebedürftigkeit und der Nähe zum Lebensende bestimmt sei.

Das Bild vom Leben als Wegstrecke, die ein Mensch im Laufe seines Lebens zurücklegt, zeigt sich auch in der Vorstellung der selben Fachkraft, etwa, wenn diese davon spricht, dass ein Mensch im Laufe seines Lebens zahlreiche Erfahrungen macht. Diese sammle er zu einem „Paket“ (I7: 1147), das ihn am Ende als alten Menschen ausmacht:

„Alte Menschen, da is ja viel Erfahrung, da is ja auch viel Weisheit mit drin, da sind auch viele Geschichten, da is ja auch ‘ne Biographie dahinter, die steckt das Erlebte von dem Menschen, was einen sehr ausmacht, und was sehr interessant is‘ da so‘n großes Paket an Erlebten, an Wissen, an Erfahrung.“ (I7: 1143–47)

Interessanterweise geht die Fachkraft davon aus, dass ältere Menschen mit geistiger Behinderung über ein kleineres sogenanntes Paket verfügen: Als Begründung führt er an, dass sie aufgrund ihrer Beeinträchtigungen im Alter nicht auf vergleichbar umfangreiche Lebenserfahrungen in Beruf, Familie etc. zurückgreifen könnten wie ältere Menschen ohne Behinderung. Hier zeichnet der Befragte also ein defizitäres Bild von älteren Menschen mit Behinderung. Die Möglichkeit, dass Menschen mit geistiger Behinderung *andere* Lebenserfahrungen machen als Menschen ohne Behinderung, diese Erfahrungen aber nicht weniger oder weniger wertvoll sind, zieht er hier nicht in Betracht.

Auch wenn die Fachkräfte über die Persönlichkeiten der einzelnen Bewohner\*innen sprechen, kommt das Motiv der Heterogenität zum Tragen. Der junge Altenpfleger beschreibt ausführlich die unterschiedlichen, durchaus konträren Facetten der Persönlichkeit verschiedener Bewohner\*innen in einer Wohngruppe. Eine Bewohnerin etwa sei

„ne kleine Persönlichkeit, ne kleine Person, die so auf‘n ersten Anblick sehr sympathisch wirkt, auch viel Zärtlichkeit braucht, und sie auch die nimmt, auch sehr viel Aufmerksamkeit braucht, und wenn sie die nicht bekommt, dann macht sie sich mit der lauten Stimme dann deutlich bemerkbar.“ (I7: 710–715)

Der Befragte führt am Beispiel eines an Parkinson erkrankten Bewohners aus, dass selbst bei Krankheits- oder Alterungsprozessen, die mit starken psychischen bzw. körperlichen Veränderungen einhergehen können, die individuelle Persönlichkeit eines Menschen erkennbar bleibe. Die Persönlichkeit des Bewohners komme trotz der starken körperlichen und kognitiven Veränderungen vor allem in humoristischen Situationen zum Vorschein:

„Das sind auch sehr viele lustige Momente da in diesem Moment, ne? Dass man sieht, ja, da is‘ ja auch noch so‘n Stück seiner früheren Persönlichkeit, die sitzt innendrin. Dies komplette Andere, also die die Parkinson-Altersgebrechlichkeiten und so weiter dämpft das ein bisschen ein, aber im Kern is‘ er noch der, der er früher mal war, ne?“ (I7: 799–804)

Schließlich beschreibt der Interviewte die Heterogenität der Wohngruppe als Mosaikbild, das aus vielen verschiedene Steinen – den Persönlichkeiten der einzelnen Bewohner\*innen – bestehe: „Des sind auch so diese Unterschiede, ne? Und des is‘ ja so‘n Mosaik, ne? Also jedes Steinchen in der Gruppe bildet irgendwie so ‘ne Gemeinschaft.“ (I7: 911–913)

Es lässt sich festhalten, dass sich die Heterogenität und Komplexität der Konzepte Behinderung und Alter(n) in der Heterogenität und Komplexität der Personengruppen Menschen mit Behinderung und alten Menschen niederschlagen. Die Kombination beider

Merkmale in der Bevölkerungsgruppe ältere Menschen mit geistiger Behinderung vergrößert diese Heterogenität und Komplexität. Mit dieser haben die Fachkräfte professionell umzugehen. Gleichzeitig existiert die Vorstellung von einer Gemeinschaft, die sich aus den verschiedenen Personen mit all ihren Facetten zu einem schönen Mosaik bildet.

### **Unterschiede und Gemeinsamkeiten**

Die Fachkräfte thematisieren nicht nur die Heterogenität der Personengruppen alte Menschen und Menschen mit Behinderung, sondern auch Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderung sowie zwischen Jung und Alt – in diesem Fall zwischen jungen und älteren Bewohner\*innen.

So definiert sich z. B. für eine Altenpflegerin mittleren Alters Behinderung über die unterschiedliche Funktionsfähigkeit von Menschen mit und ohne Behinderung.

Die Befragten machen Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderung zudem an den unterschiedlichen Lebensbiografien und den daraus folgenden unterschiedlichen Handlungsspielräumen im Alter fest: Ein jüngerer Altenpfleger ist der Meinung, das eigene Alter(n) sei geprägt von Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten, die im Lebensverlauf eine Rolle spielen. Er ist der Ansicht, dass Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund ihrer vergleichsweise eingeschränkten intellektuellen Fähigkeiten sowie der begrenzenden Rahmenbedingungen eines institutionalisierten Wohnsettings ein Leben führten, das weniger interessant und abwechslungsreich sei. Er vergleicht das Leben mit einem Buch, in dem Erfahrungen, Wissen und Geschichten gesammelt werden. Dieses Buch falle bei Menschen mit lebenslanger Behinderung dünner aus. Hier kommt erneut ein defizitäres Verständnis von Behinderung zum Tragen. die Ressourcen, auf die Menschen mit Behinderung im Alter(n) zurückgreifen könnten – so der Befragte – seien entsprechend geringer und weniger vielseitig. Dies mache die Lebenssituation älterer Bewohner\*innen deutlich fragiler:

„Aber da seh ich halt eben noch mal die Unterschiede, dass die Menschen aufgrund ihrer Behinderung da gehandicapt sind, also ihr Leben auch was wir dann letztendlich auch ‘n Stückweit geprägt hat, also ihr Alter auch ausmacht, ne? Das Leben, das ganze Leben, geführte Leben, auch ein bisschen anders is‘, weil ‘s nicht dann so stark geprägt wurde, wie ‘n Mensch, der sich frei entwickeln kann, frei entfalten kann.“ (I7: 1200–1206)

Anders formuliert heißt das: Menschen ohne Behinderung seien seltener von Krankheiten betroffen, besser finanziell abgesichert, könnten sich freier entfalten und lebten in der Regel in eigenen Familien, auf deren Unterstützung sie im Bedarfsfall zurückgreifen



könnten: „Ich denke, es is ‘n Unterschied, ob ich, ob jemand in Rente geht, der nicht geistig behindert is‘, immer gesund gewesen is‘, Familie gegründet hat, Arbeitsstelle hatte und dann in Rente geht und kann sich dann auch noch selber helfen.“ (I4: 655–658)

Menschen mit geistiger Behinderung hätten schon immer Hilfe benötigt und aufgrund ihres Lebensweges auf geringere monetäre und informelle Ressourcen zurückgreifen können. Zudem gehen die Befragten davon aus, dass das Alter(n) für Menschen mit Behinderung mit größeren Ängsten verbunden sei, als für die Durchschnittsbevölkerung, da diese sich in dieser Lebenssituation schlechter zurechtfinden.

Die Fachkräfte betrachten die älteren Bewohner\*innen nicht nur im Kontrast zu älteren Menschen ohne Behinderung, sondern auch zu jungen Menschen mit Behinderung, wie bei einer Erzieherin in einer Außenwohngruppe:

„[Die älteren Bewohner, Anm. d. Verf.] spielen ‘ne große Rolle, die, will ich mal sagen, weil, die Jüngeren ha‘m ‘ne höhere Eigenständigkeit, was ihre Freizeitgestaltung angeht. das können die viel besser umsetzen und bewerkstelligen, als die Älteren. Die Älteren, die brauchen mehr eigentlich, sach ich mal, nich‘ mehr Aufmerksamkeit, aber mehr Begeleitung und Unterstützung.“ (I12: 175–180)

Auch hinsichtlich Interessen und Bedürfnissen konstruiert die Befragte ein Gefälle zwischen Jung und Alt. Sie beschreibt die jüngeren Bewohner\*innen als diejenigen, „die ‘n bisschen Leben reinbringen“ (I12: 454) in die Wohngruppe, Spaß haben und entsprechend laut sind. Die Älteren betitelt sie hingegen als „‘ne sehr schlappe Truppe“ (I12: 455) und „Frühschlafgruppe“ (I12: 215). Entsprechend unterschiedlich, so die Fachkraft, seien die Bedürfnisse der Bewohner\*innen hinsichtlich ihrer Schlafgewohnheiten, ihres Musikgeschmacks, ihrer Lautstärke sowie ihrer Freizeitinteressen – Unterschiede, die teilweise zu Konflikten führten.

Neben dem Herausstellen der Differenzen zwischen unterschiedlichen Bewohner\*innengruppen finden sich in den Erzählungen der Fachkräfte auch Aussagen, die die Gemeinsamkeiten von Menschen mit und ohne Behinderung betonen. Eine junge Heilerziehungspflegerin und eine Altenpflegerin berichten davon, wie sie auf kritische Fragen zu ihrer Arbeit im Bekanntenkreis reagieren. Sie würden argumentieren, dass Menschen mit Behinderung genauso seien wie Menschen ohne Behinderungen. Sie hätten die gleichen Bedürfnisse z. B. nach respektvoller Begegnung und Zuwendung: „Sind doch Menschen wie Du und ich, die können halt vielleicht nur irgendwas nicht so gut wie Du“ (I8: 775 f.); „[Ich] finde das eigentlich, dass es total lebenswerte Menschen sind, die unheimlich viel Zuwendung brauchen oder auch eigentlich genau die Zuwendung brauchen, wie gesunde Menschen.“ (I4: 825–827)

### **Inklusives und exklusives Leben**

Verbunden mit dem Aufzeigen von Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen diesen Personengruppen diskutieren die Befragten die Frage, inwieweit Junge und Alte sowie Menschen mit und ohne Behinderung zusammenleben sollten bzw. könnten.

Einige Befragte sprechen sich für ein Zusammenleben aller Altersgruppen aus. Eine Altenpflegerin mittleren Alters meint: „Also ich nehm‘ sie schon so wahr, dass ich nicht finde, dass unsre Älteren jetzt unter sich sein müssen, na, sondern ich finde es schon ganz gut, dass sie auch in die Gruppe integriert sind, ja, wo auch jüngere Leute sind.“ (I4: 390–392) Ein älterer Heilpädagoge versteht verschiedene Altersgruppen in den Wohngruppen als Ergänzung und nicht als sich voneinander abgrenzende Gruppen. Alte und junge Bewohner\*innen seien einander jahrelang vertraut, unterstützten sich gegenseitig und lernten voneinander. Durch das Zusammenleben mit den Jüngeren würden die Älteren in ihrem Denken und Handeln weiterhin gefordert. Die Jüngeren erführen durch ihre Unterstützung der Älteren Selbstbestätigung. Selbst Mitarbeitende könnten von den älteren Bewohner\*innen lernen, so wie jüngere Menschen generell von Älteren profitierten. Das Zusammenleben von Jung und Alt trüge zudem dazu bei, dass die Jungen ein realistischeres Bild vom Alter(n) bekämen, so eine junge Erzieherin aus eigener Erfahrung: „Wenn man von Anfang an mit älteren Menschen aufwächst, [...] wenn man so verschiedene Generationen im Haus hat, das is sehr schön, [...] dann hat man auch ein anderes Feingefühl für das Älterwerden.“ (I13: 1505–1512)

Im Gegensatz dazu ist eine andere Erzieherin aus der Außenwohngruppe der Meinung, die Nachteile des Zusammenlebens von Alt und Jung überwögen, weswegen sie ein altershomogenes Wohnen in der Gruppe präferiert. Selbst wenn schöne oder gewinnbringende, für beide Seiten profitable Begegnungen zwischen Jung und Alt in der Außenwohngruppe durchaus vorkämen, so die Befragte, gäbe es doch immer wieder Konflikte zwischen Jung und Alt z. B. wegen unterschiedlicher Interessen und Bedürfnisse. Außerdem sei es vor allem jüngeren männlichen Bewohner\*innen peinlich, mit älteren Frauen gemeinsam in einer Wohngruppe zu leben.

Nach Ansicht einer mittelalten Altenpflegerin aus dem stationären Wohnbereich sollte in der Gesellschaft deutlich gemacht werden, dass auch Menschen mit Behinderung älter würden. Man solle diese Gruppen als Ganzes betrachten und als gleichwertig anerkennen: „Es gibt nicht nur diesen Teil, es gibt diesen Teil, sie sind alle als Eins zu sehen.“ (I4: 726 f.)

Nicht immer fällt es den Fachkräften leicht, sich klar für oder gegen ein Zusammenleben unterschiedlicher Gruppen zu entscheiden. Viele sind „zwiegespalten“ (I12: 638), „hin und hergerissen“ (I12: 664), so eine Erzieherin aus der Außenwohngruppe. In ihrem Interview vergleicht sie das Pro und Contra eines Lebens von Menschen mit Behinderung in Sondereinrichtungen: Auf der einen Seite befürworte die Gesellschaft die Integrationsbemühungen. Den Wunsch der Bewohner\*innen, selbständig zu leben, könnten viele gut nachvollziehen. Auf der anderen Seite müsse man zum Wohle der Menschen mit Behinderung gut abwägen zwischen einem Leben in einem geschützten Rahmen (z. B. in einer separaten Dorfgemeinschaft, abgegrenzt von der übrigen Bevölkerung) und einem Leben innerhalb der Gesamtgesellschaft, das mit der Gefahr von Isolation, Unsicherheiten und Ausgrenzungserfahrungen verbunden sei. Ein Kompromiss, so die Fachkraft, könnte darin bestehen, die Bewohner\*innen entscheiden zu lassen. Dies sei zwar für die Zukunft wünschenswert, aber derzeit noch nicht realisiert:

„Es wird immer von Selbstbestimmung gesprochen und im Grunde genommen findet die gar nich statt, so richtig noch nicht [...] und das find ich eigentlich auch nicht so schön muss ich sagen. Das sollte wirklich mehr Selbstbestimmung stattfinden, und muss dann sich halt ‘ne Gruppe von älteren Menschen mal zusammenholen und sagen: Wie möchtet Ihr gerne leben und wohnen? Und jetzt versuchen wir das nach Euren Wünschen hinzukriegen.“ (I12: 693–703)

Andere Befragte betonen klar die Grenzen einer inklusiven Gesellschaft. Aus ihrer Sicht ist es unmöglich, die gesellschaftlichen Bedingungen so zu gestalten, dass alle Menschen unabhängig von ihren möglichen Beeinträchtigungen an allem teilhaben können. Hier stoße die Gesellschaft an ihre Inklusionsgrenzen. Dies zeige sich z. B. in den Regelschulen, in denen nicht alle beeinträchtigten Schüler\*innen zusammen unterrichtet werden könnten, so die Sozialpädagogin mittleren Alters aus der Rentner\*innengruppe. Bestimmte Personengruppen seien in Sondereinrichtungen – in diesem Fall in Sonderschulen – besser aufgehoben, da dort die Begleitung und die Förderung adäquater wären. Auch wenn die Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung in allgemeinen Pflegeheimen dem Verständnis von Inklusion entspräche, so eine junge Erzieherin aus dem stationären Wohnbereich, sei dies aufgrund der unzureichenden Ausstattung etwa mit heilpädagogisch qualifiziertem Personal mit großen Schwierigkeiten verbunden. Ein älterer Heilpädagoge aus dem Außenwohnbereich schätzt eine erfolgreiche Öffnung des ersten Arbeitsmarktes für Menschen mit geistiger Behinderung als schwer umsetzbar ein. Menschen mit Behinderung könnten den Prinzipien dieses ersten Arbeitsmarktes (Leistungsorientierung, Konkurrenz und Durchsetzungsvermögen) aufgrund ihrer kognitiven

Funktionseinbußen nicht entsprechen. Deshalb sei für Menschen mit geistiger Behinderung das Leben und Arbeiten in speziellen Wohneinrichtungen angemessener. Dort seien die Aufgaben überschaubarer, verständlicher, lösbarer und geeigneter. Der Befragte macht also hier die Menschen mit Behinderung dafür verantwortlich, aufgrund ihrer Beeinträchtigungen nicht inkludierbar zu sein. Sein Blick richtet sich nicht auf die ausgrenzenden Strukturen, die es im Sinne einer inklusiven Gesellschaft abzubauen gilt.

Neben strukturellen Begrenzungen werden in den Interviews auch Barrieren in den Köpfen der Mitmenschen thematisiert, wie Vorurteile, fehlende Akzeptanz oder Anfeindungen. Diese behinderten Menschen mit Beeinträchtigungen in der Ausübung ihrer Teilhaberechte. So sei es die fehlende Akzeptanz durch potenzielle Arbeitgeber\*innen oder die Feindseligkeit gegenüber Menschen mit Behinderung auf offener Straße, die eine Inklusion von Menschen mit Behinderung in den ersten Arbeitsmarkt bzw. in die Gesellschaft erschweren:

„Denn durchaus viele behinderte Menschen können im normalen Beruf arbeiten, aber diese Inakzeptanz <<ach, der kann es nicht und auch: Wie steht mein Geschäft da oder wie kann ich so ihn als Portier oder so einstellen, weißt Du, so einfache Arbeiten durchaus möglich wären>>, aber dass dann dieses <<Stöhnen>> das kann ich doch nicht, das kann ich nicht.>>“ (I13: 1935–1939)

„Ganz böse war letztens ein Spruch von einer Passantin, die meinte dann, als wir da vorgebeigegangen sind, der Staat zahlt halt Alles irgendwie, wo man halt ganz böse angekuckt wurde, wo die Leute die Straßenseite wechseln, wenn wir komm‘n, [...] dass Menschen so was machen, sowas lernt man halt, dass man wirklich behindert wird in der Gesellschaft.“ (I14: 357–362)

### 6.2.3.2 Verständnis von gutem Alter(n)

Gutes Alter(n) bedeutet aus Sicht der Befragten in der Aktivitätsperspektive (Kapitel 6.2.1) eine individuelle Balance zwischen Aktivität und Ruhe im Alltag. Aus der Beziehungsperspektive (Kapitel 6.2.2) bedeutet dies ein respektvolles Leben in Frieden mit sich selbst. Aus der Strukturperspektive betrachtet bedeutet gutes Alter(n) für die Befragten, alles für sich geregelt zu haben sowie sozial eingebunden zu sein (Tabelle 22).

Tabelle 22: Gutes Alter(n) aus der Strukturperspektive

- 
- „Schäfchen ins Trockene gebracht haben“
  - „In Gemeinschaft sein“

#### „Schäfchen ins Trockene gebracht haben“

Für die Befragten gehört zum Guten Alter(n), alle nötigen Vorkehrungen getroffen und Aufgaben erledigt zu haben, die notwendig sind, um das Alter(n) finanziell abgesichert

genießen zu können. Einem Diplom-Sozialpädagogen mittleren Alters aus dem Gruppendienst schienen zu Beginn des Interviews finanzielle Vorkehrungen für das eigene Alter nicht wichtig zu sein. Im Verlauf des Gesprächs und der Auseinandersetzung mit seinem eigenen Alter(n) zeigte sich jedoch durchaus ein gewisses Sicherheitsbedürfnis auch bezogen auf diese Lebensphase: „So‘n paar Sachen, die sollen einfach ins Trockene gebracht sein.“ (I2: 823 f.)

So wolle er ausreichend Geld zur Verfügung haben, um im Alter seinen Kindern nicht auf der Tasche liegen zu müssen. Außerdem wolle er über Wohneigentum verfügen, um eine plötzliche Kündigung durch seine Vermieter\*innen, etwa wegen Eigenbedarfs, vermeiden zu können. Einer jungen Erzieherin aus dem Gruppendienst geht es darum, im Voraus sämtliche Eventualitäten im Kreise der Familie zu regeln und zu besprechen, um im Falle einer schweren Erkrankung vorbereitet zu sein.

Den Aspekt der Absicherung im Alter kommunizieren die Fachkräfte allerdings nur für sich selbst als relevant. Interviewsequenzen weisen zudem darauf hin, dass die Fachkräfte Bewohner\*innen teilweise als Personen wahrnehmen, die sich im Alter um nichts sorgen müssten, da sich ja die Mitarbeitenden um alles kümmern würden. Bedeutsam ist, wie sehr sich die Ansprüche der Fachkräfte an ihr eigenes gutes Alter(n) sowie an ihre Lebenswelt (Wohneigentum, finanzielle Absicherung, einvernehmliche Absprachen innerhalb der Familie) von den auf die Bewohner\*innen bezogenen Ansprüche unterscheiden. Für diese dürfte in der Regel nichts von dem Gesagten zutreffen.

### **„In Gemeinschaft sein“**

Gutes Alter(n) aus der Strukturperspektive betrachtet heißt für die Fachkräfte, nicht alleine zu sein, eingebunden zu sein, etwa in eine Familie, eine Wohngemeinschaft, Nachbarschaft oder Gemeinde. Für eine Altenpflegerin mittleren Alters heißt das z. B. , „dass ich, wenn ich in dem Alter bin, auch jemand habe, der mir Zuwendung gibt“ (I4: 873 f.), oder dass man „im Kreise der Seinen im Alter irgendwie sitzt, unter‘m Weihnachtsbaum, ja?“ (I2: 828–830), „Dass mein Partner natürlich sehr lange bei mir bleibt, ja, und dass ich halt nicht so einsam bin“ (I4: 902 f.). Gutes Alter(n) bedeutet demnach auch, unabhängig von einer möglichen Pflegebedürftigkeit am Leben teilhaben zu können, so der Wunsch einer Befragten.

Laut den Fachkräften sei es für die Bewohner\*innen wichtig, (weiterhin) Kontakt zu Angehörigen und Freund\*innen halten zu können, in ihr soziales Umfeld eingebunden zu sein, in dem sie gegenseitige Unterstützung erfahren, am häuslichen und außerhäuslichen

Leben in der Nachbarschaft teilzuhaben sowie nicht isoliert zu sein. Dazu zähle auch, im Falle einer Pflegebedürftigkeit nicht in ein Pflegeheim ziehen zu müssen, sondern im Wohnbereich integriert bleiben und versorgt werden zu können. Eine Altenpflegerin mittleren Alters aus dem Wohnbereich beschreibt dies so:

„Ja, ich denke, dass sie auch Menschen um sich haben, die einfach für sie da sind und dass sie nicht alleine sind und dass sie halt nich verkümmern, grob ausgesprochen, dass sie [...] einfach aktiv auch am Leben noch teilnehmen können, na, wo man einfach sacht, dass einfach die Vereinsamung auch nicht da is, na?“ (I4: 914–919)

Die Wahrscheinlichkeit, dass Bewohner\*innen mit einem\*r Lebenspartner\*in bzw. im Kreise ihrer eigenen Familie alt werden können, scheint jedoch eher gering.

### 6.2.3.3 Verständnis von beruflichen Aufgaben und professionellem Handeln

Auch bei der Frage nach dem Verständnis der pädagogischen und pflegerischen Fachkräfte von ihren beruflichen Aufgaben und ihrem professionellen Handeln spielen Heterogenität und Komplexität, die aus Sicht der Befragten mit Behinderung und Alter(n) einhergehen, eine wichtige Rolle (Tabelle 23).

Tabelle 23: Aufgaben und Professionalitätsverständnis aus der Strukturperspektive

- Fülle und Komplexität der Aufgaben gerecht werden
- Individualität der Bewohner\*innen gerecht werden
- Arbeiten in heterogenen Teams

Laut den Fachkräften geht es in der Arbeit darum, neben dem Balanceakt zwischen Aktivität und Passivität (Aktivitätsperspektive) sowie dem Balanceakt zwischen Nähe/Akzeptanz und Distanz/Ablehnung (Beziehungsperspektive) einen gelingenden Spagat zwischen den Aspekten Heterogenität und Homogenität zu vollziehen. Zum einem gelte es der Fülle von Aufgaben in den stationären Wohngruppen, den Außenwohngruppen und in der Rentner\*innenbetreuung gerecht zu werden und dabei den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der verschiedenen Bewohner\*innen gerecht zu werden – also alle Aufgaben, Anforderungen und Bedürfnisse „unter einen Hut“ zu bekommen. Zum anderen heiße professionelles Handeln auch, bereit sowie in der Lage zu sein, in multidisziplinären Teams zu arbeiten. Dieses Verständnis von Aufgaben und professionellem Handeln werden in diesem Abschnitt vorgestellt.

#### Der Fülle und Komplexität an Aufgaben gerecht werden

In den Aussagen der Fachkräfte fällt die betonte Vielseitigkeit und Komplexität ihrer Arbeitsaufgaben auf. Diese zeigt sich etwa an Aufzählungen und Kommentaren über ihre

umfassenden und mannigfaltigen Aufgaben. Neben der originären Aufgabe einer pädagogischen bzw. (grund-)pflegerischen Arbeit am Menschen fallen zahlreiche hauswirtschaftliche, administrative und organisatorische Aufgaben an. Ein junger Altenpfleger im Gruppendienst macht deutlich, wie zahlreich und unterschiedlich die einzelnen Aufgaben sind: Im Frühdienst müsse er Bewohner\*innen wecken, Morgenpflege durchführen, Frühstück vorbereiten und begleiten, Medikamente vergeben, Bewohner\*innen zu den Werkstattbussen bzw. zur Tagesstruktur begleiten, Telefonate mit Ärzt\*innen, Krankenkassen etc. führen, Mittagessen bestellen, Bewohner\*innen betreuen, die vormittags in den Wohngruppen bleiben, diverse Kontrollen am gelieferten Essen durchführen, bisherige Aufgabenschritte dokumentieren, Ordnung in den Wohngruppen schaffen, Rentner\*innen von der Tagesstruktur abholen und Bewohner\*innen zur Mittagsruhe begleiten.

In seinem Spätdienst fielen folgende Aufgaben an: an Teamsitzungen teilnehmen, die zu verschiedenen Zeiten aus den Werkstätten kommenden Bewohner\*innen in Empfang nehmen, zu Hause gebliebenen Bewohner\*innen nach der Mittagsruhe aus dem Bett helfen, mit Bewohner\*innen Kaffee trinken und den restlichen Tag planen, Brot bestellen, Tisch abdecken, mit Bewohner\*innen Wäsche waschen, Abendbrot vorbereiten, gemeinsam Kochen, sich unterhalten, ggf. Aufgaben für die Nachbargruppe übernehmen, als beratende Pflegefachkraft ansprechbar für Kolleg\*innen sein, Kolleg\*innen anleiten, individuelle Abendpflege durchführen, je nach Müdigkeit und Hilfebedarf der Bewohner\*innen zwischendurch im Gruppenraum nach dem Rechten sehen, Dokumentation durchführen, Tische für den nächsten Tag eindecken, Termine der Bewohner\*innen mit Ärzt\*innen im Blick behalten, kranke oder sich im Verhalten verändernde Bewohner\*innen beobachten, Kontakt zu Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer\*innen halten, Finanzen und Anschaffungen regeln, Urlaube planen, Gesprächsbedarfe der Bewohner\*innen auffangen, die Wohngruppe sauber halten (z. B. Boden reinigen, Tische, Herd, Geschirr, Schubladenschränke, Zahnputzbecher, medizinische Strümpfe auswaschen, Fusselektrolyt der Waschmaschine). Nach der Auflistung aller Dinge, die während des Dienstes zu reinigen sind, fasst die Fachkraft ihre Aufgaben zusammen mit den Worten:

„Ja, das gehört alles dazu! Das ist alles Alltag, das ist alles so, also das, was man eigentlich zu Hause in seinem eigenen Haushalt hat, hat man hier auch und zusätzlich zu der pädagogischen, behandlungspflegerischen Arbeit und auch, ja, organisatorischen Arbeit.“  
(I7: 576–580)

Die Aufzählung des Altenpflegers macht nicht nur die Fülle der verschiedenen Aufgaben deutlich, die es innerhalb der jeweiligen Dienstschichten zu erfüllen gilt, sondern vermittelt auch den Eindruck, dass es bei der Arbeit der Fachkräfte vor allem darum geht, Bewohner\*innen und ihre Angelegenheiten effizient zu verwalten. Während man in einem Privathaushalt eher die Möglichkeit hat, eigenmächtig Prioritäten zu setzen, also z. B. hauswirtschaftliche Aufgaben wie das Säubern von Zahnputzbechern zu verschieben und stattdessen mehr Zeit mit der Familie zu verbringen, scheint es diese Freiräume in den Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe aufgrund institutioneller Zwänge zunehmend weniger zu geben. Laut einem jüngeren Diplom-Sozialpädagogen aus dem Gruppendienst bedeutet professionelles Arbeiten in diesem Kontext, die zahlreichen verschiedenen Aufgaben bis zum Ende der Schicht erfüllt und nichts Wesentliches vergessen zu haben. Inwieweit dabei letztlich das Wohl und die Lebensqualität der Bewohner\*innen im Vordergrund stehen und nicht die Ordnung in den Wohngruppen oder in den Akten, sei dahingestellt.

„Ja, sonst is‘ man sehr zufrieden, wenn man alles geschafft hat im Frühdienst. Das is‘ halt dann schon der Anspruch, der völich genügt: Ich hab‘ alles geschafft, ich hab nichts vergessen, ich hab alles aufgeräumt, ich hab alles dokumentiert, ich bin fertich, super. mehr brauch‘mer nich.“ (I14: 863–867)

### **Den Bewohner\*innen individuell gerecht werden**

Aus der Strukturperspektive betrachtet heißt professionelles Arbeiten, die Unterschiedlichkeit der Bewohner\*innen zu erkennen und ihr im Berufsalltag gerecht zu werden. Im Optimalfall sind die einzelnen Aufgaben auf die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Bewohner\*innen abzustimmen: Diese werden morgens zu unterschiedlichen Zeiten geweckt, auf verschiedene Art und Weise zu den Werkstätten befördert und von dort zu unterschiedlichen Zeiten abgeholt. Die Hilfeleistungen und Pflegeverrichtungen, für die die Fachkräfte zuständig sind, verlaufen aufgrund verschiedener Beeinträchtigungsarten und -grade sehr heterogen. Einige Bewohner\*innen benötigen lediglich Unterstützung bei der Auswahl der Kleider, während andere in Gänze pflegerisch versorgt werden müssen. Nachmittags und abends bieten die Fachkräfte unterschiedliche Aktivitäten an, die je nach Personalstärke, Jahreszeit, Situation und Wünschen der Bewohner\*innen variieren. Auch die Tagesstrukturierung für die Rentner\*innen bietet ein breites Spektrum an Tätigkeiten an.

Zufrieden sind die Fachkräfte mit ihrer geleisteten Arbeit, wenn es ihnen gelingt, neben der umfassenden Aufgabe, Ordnung zu halten, Zeit „freizugraben“ (I14: 858), um mit einzelnen Bewohner\*innen individuell Einzelaktivitäten durchzuführen:



„Gute Tage, das sind immer so Tage, wenn ich Unternehmungen mache. [...] Ich versuche mir die Zeit freizugraben, mit den Bewohnern Einzelaktivitäten zu machen, was unheimlich schwer is‘, weil‘s der Dienstplan nicht zulässt, ne? Aber wenn das mal gelaufen is‘, ‘n Tach lang, denke ich mir: Pff, das hat Spaß gemacht, das hat was gebracht, das hat uns allen weitergeholfen, nachhaltig auch, [ja] und das war gut.“ (I14: 856–862)

Professionelles Arbeiten bedeutet einer Altenpflegerin mittleren Alters im Gruppendienst zufolge auch, innerhalb der Gruppe unterschiedliche Bedürfnisse wahrzunehmen und im Alltag bzw. in Gruppenaktivitäten auf diese einzugehen:

„Dass ich einfach auch sehe, dass es Unterschiede gibt, bei den Bewohnern, dass ich auch ‘n Bewohner habe, der immer fröhlich is‘, der immer gut gelaunt is‘, der immer beschäftigt werden will, dass ich aber genauso ‘n Bewohner habe, der einfach sehr schwach is‘ und gar nix kann, und dass ich auch ihm diese Zuwendung geben muss.“ (I4: 1001–1005)

Dabei gehe es auch darum, trotz der Unterschiedlichkeit der Bedürfnisse, allen Bewohner\*innen gerecht zu werden und allen dieselbe Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Dies sei aufgrund der knappen Zeitressourcen und der unterschiedlichen Bedürfnisse der Bewohner\*innen letztlich nur durch das Eingehen von Kompromissen realisierbar.

Die Heterogenität der Bedürfnisse innerhalb der Gruppe vergrößert sich noch zusätzlich, wenn Bewohner\*innen in der Gruppe älter bzw. berentet werden und sich ihre Handlungsspielräume verändern. Einige ziehen sich im Zuge ihres Alterungsprozesses stärker zurück, andere werden verhaltensauffälliger und wieder andere wollen ihre hinzugewonnene Freiheit für (neue) Aktivitäten nutzen. So gilt es bei gemeinsamen Unternehmungen innerhalb der Gruppe die verschiedenen Aktivitätsmöglichkeiten und -bedürfnisse der einzelnen Bewohner\*innen auszugleichen, so dass alle die Möglichkeit haben, sich zu beteiligen. Die Anstrengung, die dieses Vorgehen den Fachkräften abverlangt, beschreibt eine Altenpflegerin aus dem Gruppendienst mit der Wortschöpfung „Spagatsprünge“ (I4: 322).

### **Arbeiten in heterogenen Teams**

Neben den Aufgaben und den Bewohner\*innen sind auch die Mitarbeitenden selbst eine heterogene Gruppe – vor allem hinsichtlich ihrer Qualifikation und ihrer Arbeitshaltung. Für eine Altenpflegerin mittleren Alters bedeutet Professionalität folglich, in einem heterogenen Team einen Weg zur konstruktiven Zusammenarbeit zu finden, eine gemeinsame Basis zu finden, in die Kolleg\*innen ihre Kompetenzen und ihre Arbeitshaltung einbringen und gleichzeitig von der Vielfalt der Fähigkeiten und Ideen aller profitieren können. Professionalität bedeutet demnach,

„dass ich ein Team habe, das genauso denkt, [...] wo ich aber auch ein unterschiedliches Team habe, wo wir miteinander auch reden können, jeder seine Möglichkeiten auch ein-bringt, seine Gedanken einbringt, seine Ideen einbringt. Ich denke, der eine kommt aus der Pflege, der andere is Heilerzieher, ich denke diese Kombination is‘ ganz wichtig für unsere Leute.“ (I4: 980–985)

Generell, so ein älterer Erzieher aus dem Gruppendienst, hinge Professionalität von einer guten Teamarbeit ab. Es sei wichtig, sich aufeinander verlassen zu können und davon ausgehen zu können, dass die Arbeit aller Kolleg\*innen dieselbe Grundlage besitzt:

„Also hier ist einfach Teamarbeit gefordert, ne? Weil, ich muss mich ja auch drauf verlas-sen können, ich bin ja auch Tage manchmal nicht da oder dergleichen. Das hat, ja, also ich sach ma‘ so ‘ne einheitliche Arbeits- oder so ‘ne Plattform gibt, ne?“ (I5: 614–617)

Eine Sozialpädagogin mittleren Alters aus der Rentner\*innenbetreuung geht davon aus, dass Bewohner\*innen gerade im Zuge des Älterwerdens besonders Routinen und Strukturen im Alltag benötigen. Für ein professionelles Arbeiten sei es daher entscheidend, dass sich Mitarbeitende regelmäßig über diese Routinen und Strukturen austauschen, um Bewohner\*innen durch ungewollte Abweichungen nicht unnötig zu verunsichern:

„Ich glaube, es tut ihnen gut, wenn die Mitarbeiter, die mit ihnen zu tun haben, da auch gut im Gespräch und Austausch drüber sind, damit sie möglichst gleich arbeiten, also natürlich mit der persönlichen Note, [...] aber ich glaube, je älter man wird, vielleicht braucht man da mehr Strukturen [...] wenn wir Mitarbeiter einfach jeder nach besten Wissen immer nur so handeln, sag ich mal, handeln wir ja aber doch verschieden, und das löst dann vielleicht Unsicherheiten und Ängste aus und dann ist schnell gesagt: Na der hat aber jetzt, weiß ich nicht, ‘n Schub oder der is‘ ja auffällig, ne? Und eigentlich sind wir‘s dann, die Schuld war‘n und das find ich, da muss man gut drauf achten.“ (I6: 817–830)

### **Balanceakt und Grenzsituationen der Professionalität**

Es überrascht nicht, dass die Fachkräfte beim Versuch, all ihren Aufgaben sowie der Individualität der Bewohner\*innen gerecht zu werden, an die Grenzen ihrer Professionalität stoßen können (Tabelle 24). Unter dem Zeitdruck und den zum Teil gegensätzlichen Zielausrichtungen der Arbeit kommt es zu einer Überlastung der Mitarbeitenden. Dadurch können die Bedürfnisse der Bewohner\*innen nicht ausreichend bedient werden. Spannungen zwischen den heterogenen Gruppen innerhalb der Bewohner\*innenschaft sowie innerhalb der Mitarbeiter\*innenschaft sind die wahrscheinliche Folge.

Tabelle 24: Balanceakt und Grenzsituationen aus der Strukturperspektive

- Überlastung der Mitarbeitenden
- Vernachlässigung der Bewohner*innen
- Spannungen zwischen Gruppen

### Überlastung von Mitarbeitenden

Aus Sicht der Befragten kommen die Fachkräfte an ihre professionellen Grenzen, wenn zu wenig Zeit oder nicht genügend Personal zur Verfügung steht, um alle Aufgaben erfüllen bzw. allen Ansprüchen gerecht werden zu können. Nicht selten führt diese Situation zu einer Überforderung und Überlastung der Fachkräfte, wie folgende Aussagen einer älteren Erzieherin aus der Rentner\*innenbetreuung sowie eines älteren Erziehers aus dem stationären Wohnbereich veranschaulichen:

„Ich bin am Limit, weil es is viel Zeit für hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Frühstück, Spülmaschine einräumen, Küche saubermachen, Toilettengänge, dann sich zerreißen mit den Aktivitäten, zwischendurch noch das Telefon, [...] dann kommen ja von außen noch die Leute, [...] der gesetzliche Betreuer, [...] der Richter, [...] dann noch nebenbei der Bäcker [...] und dann könnte ma schon mal um sich schlagen.“ (I3: 351–359)

„Wenn ich halt meine Kollegen sehe, [...] wenn ich mich selber sehe, wie man über die Jahre ausbrennt und kaputtgeht auf der Arbeit von immer mehr Belastung, immer mehr Anforderung, die an einen gestellt werden.“ (I3: 1053–1056)

„Es is natürlich – also letztes Jahr war sehr hart, wir hatten also wenich Arbeitskräfte und viel Arbeit. Das ging manchmal schon wirklich sehr an die Substanz.“ (I5: 513–515)

### Vernachlässigung der Bewohner\*innen

Die Fülle an Aufgaben, in Kombination mit den begrenzten Zeit- und Personalressourcen macht es notwendig, Kompromisse zu schließen, um den Bedürfnissen der Bewohner\*innen zumindest annähernd gerecht werden zu können – dies geht jedoch auf Kosten der Qualität der Arbeit sowie des eigenen Professionsverständnisses. Ein jüngerer Diplom-Sozialpädagoge meint, man könne den individuellen Bedürfnissen der Bewohner\*innen nicht gerecht werden, wenn die Einrichtung den dafür nötigen Assistenzbedarf nicht sicherstelle:

„Die Arbeit besteht eigentlich nur aus Kompromissen, in einer großen Einrichtung, in einer großen Gruppe, ja. Das is zum Beispiel die Bewohnerin, die eben hier war, die will jeden Tag würde sie gerne mit einem in die Stadt geh‘n, irgendwo Kaffee trinken, ein anderer Bewohner würde jeden Tag Zug fahr‘n, ein anderer würde lieber jeden Tag zum Arzt geh‘n, weil er irgendwelche Wehwehchen hat, das sind halt diese Aufmerksamkeits-sachen. Und dem kann man nicht gerecht werden, und deswegen muss man auch unpro- fessionell sein, aber gibt’s nix.“ (I14: 836–843.)

Die ältere Erzieherin aus der Renter\*innenbetreuung spricht in diesem Zusammenhang davon, dass die pädagogische Arbeit ihrer Meinung nach „schon eher mangelhaft“ sei (I3: 359 f.). Im Kern geht es um die Diskrepanz zwischen dem Notwendigen und dem Möglichen bei der Begleitung älterer Bewohner\*innen: Auf der einen Seite möchten Fachkräfte den Wünschen der berenteten Bewohner\*innen z. B. nach einem Haustier oder ei-

nem Konzertbesuch nachkommen. Auf der anderen Seite fehlten ihnen aber im Berufsalltag die (personellen) Möglichkeiten, um den Bewohner\*innen das Älterwerden schöner zu gestalten.

### **Spannungen zwischen Gruppen**

Professionalität kann auch auf die Probe gestellt werden, wenn die Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen von Bewohner\*innen so groß werden, dass das Gruppengefüge ins Wanken gerät. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn demenzerkrankte Bewohner\*innen aufgrund ihrer örtlichen und zeitlichen Desorientierung andere Mitbewohner\*innen stören. In einem solchen Fall müsse es darum gehen, „dass man einfach auch guckt, wie kriecht man das Ganze hier jetzt so wieder ins Lot, dass alle trotzdem teilnehmen können und alle dabei sein können?“ (I6: 965–967) Auch die Anwesenheit von psychisch erkrankten Bewohner\*innen kann die Bemühungen der Fachkräfte erschweren, allen gleichermaßen gerecht zu werden:

„Schwierig wird es schon bei einer Bewohnerin, die is halt zusätzlich psychisch krank, die ist oft ganz verhaltensauffällig mit Schreien und Rumtoben und dann muss ma die halt auch einfach mal von der Gruppe mal ‘n bisschen entfernen, damit die ändern auch mal zu ihrem Recht kommen.“ (I3: 243–246)

Wenn die altersbedingte Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einzelner Bewohner\*innen zunimmt, stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen des Zusammenlebens von Jung und Alt. Wollte man, dass Bewohner\*innen auch bei Krankheit und Pflegebedarf in der Wohneinrichtung bleiben, so müssten wegen der zeitintensiveren Begleitung der Älteren andere Bewohner\*innen mit ihren Bedürfnissen zurückstecken. Nehme die Pflegebedürftigkeit einzelner Bewohner\*innen zu, so stießen die Fachkräfte an strukturelle Grenzen, wenn der Mehrbedarf an Betreuung nicht durch zusätzliches Fachpersonal aufgefangen werde: „Also wir haben einfach personell die Möglichkeit dann nicht, weil man sonst den anderen Bewohnern nicht gerecht wird, dann kommen sie ins Altersheim, ja.“ (I13: 166–168)

### **Handlungsbedarfe für eine bessere Professionalität**

Die Verbesserungsvorschläge der Fachkräfte, die darauf abzielen, der Heterogenität der Arbeit besser gerecht werden zu können, zielen im Wesentlichen auf eine bessere personelle Ausstattung. Die Befragten wünschen sich vor allem mehr Personal in den jeweiligen Schichtdiensten, damit die individuelle, bedarfsorientierte Begleitung von Kleingruppen oder einzelnen Bewohner\*innen leichter realisierbar wird. Solange jedoch pro Wohnbereich nur 1–2 Mitarbeiter\*innen Dienst hätten, sei es nicht möglich, spontan mit einem Bewohner oder einer Bewohnerin in die Stadt zum Eis essen zu fahren. Auch um den

Wunsch nach mehr Selbständigkeit ernst zu nehmen, benötigt man ausreichende zeitliche Ressourcen, um Bewohner\*innen bei ihrer Verrichtung alltäglicher Handlungen (z. B. Zähneputzen) begleiten, anleiten und unterstützen zu können. In der Praxis würden viele dieser Verrichtungen aus Zeitmangel von den Mitarbeitenden übernommen. Außerdem sei es sehr wichtig, so ein älterer Erzieher aus dem Gruppendienst, Personal vorzuhalten, das kulturell sowie lebensweltlich näher an den älteren Bewohner\*innen dran ist (I5: 641–645), denn „das Schlimmste was ‘nem alten Menschen passieren kann, dass er kein‘ Gesprächspartner mehr hat, mit dem er sich austauschen kann“ (I5: 667–669).

#### **6.2.3.4 Zusammenfassung**

Dieser Abschnitt (6.2.3) hat die Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln aus der Strukturperspektive vorgestellt. Der gemeinsame Nenner dieser Sichtweisen ist die Heterogenität, die die Befragten mit den Konzepten Alter(n) und Behinderung, mit den Bewohner\*innen, ihren Lebenswelten sowie mit ihrer professionellen Arbeit verbinden. Behinderung und Alter(n) assoziieren die Befragten mit Heterogenität und Komplexität auf der einen und Homogenität auf der anderen Seite.

Die Fachkräfte verweisen auf die Heterogenität und Komplexität der Begrifflichkeiten Behinderung und Alter(n), was eine theoretische Auseinandersetzung erschweren würde. So gestalten sich eindeutige, trennscharfe Definitionen als schwierig. In gleicher Weise als unterschiedlich und komplex hinsichtlich ihrer Fähigkeiten, Ressourcen, Lebenssituationen und Bedürfnisse nehmen die Interviewten Menschen mit Behinderung sowie Menschen im Alter(n) wahr. Pauschalisierende Beschreibungen dieser Gruppen werden als nicht angemessen angesehen. Auch einzelne Individuen werden als komplexe Persönlichkeiten verstanden, die selbst bei starker Krankheit bestehen bleibe. Alle Individuen einer Wohngruppe zusammengenommen ergeben aus Sicht der Befragten wiederum eine Einheit.

Die Fachkräfte ziehen die wahrnehmbaren Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderung bzw. zwischen jungen und alten Menschen als entscheidende Definitionskriterien heran. Parallel dazu betonen sie die Gleichheit und die Gemeinsamkeiten der verschiedenen Personengruppen. Trotz der offensichtlichen Unterschiede sollten die verschiedenen Personengruppen als ein Ganzes betrachtet werden. Alte Menschen sowie Menschen mit Behinderung sollten genauso behandelt werden wie alle anderen. Unterschiedliche Standpunkte gibt es bei der Frage, ob Junge und Alte sowie Menschen mit und ohne Behinderung besser gemeinsam oder getrennt voneinander leben sollten. Auf der einen Seite werden die Vorzüge des Zusammenlebens genannt, wie das gegenseitige

voneinander Lernen. Auf der anderen Seite werden die Nachteile angeführt, wie die Unter- bzw. Überforderung bestimmter Personengruppen in heterogenen Wohnsettings sowie weiterhin bestehende Ressentiments gegenüber Menschen mit Behinderung in der Mehrheitsgesellschaft. Die Inklusion scheitere an der fehlenden umfassenden Barrierefreiheit der Gesellschaft, aber auch – so die Ansicht einiger Fachkräfte – an den zu starken Beeinträchtigungen der Menschen mit Behinderung.

Gutes Alter(n) aus der Strukturperspektive betrachtet meint für die Befragten persönlich, im Alter(n) alles unter Dach und Fach gebracht zu haben, was für ein sorgenfreies Leben im Alter(n) als notwendig erachtet wird (z. B. Altersvorsorge, stabiler Freundeskreis, getroffene Vereinbarungen für den Fall von Pflegebedürftigkeit und Tod). Zudem gehöre zum guten Alter(n) ein Zusammenleben mit vertrauten Menschen in der Nachbarschaft, in der eigenen Wohnung oder im Wohnhaus. All dies steht im deutlichen Kontrast zu den Möglichkeiten, über die die Bewohner\*innen in Behinderteneinrichtungen in der Regel im Alter(n) verfügen.

Eine Betonung von Heterogenität und Komplexität findet sich auch in den Aussagen der Fachkräfte zu ihrem Aufgaben- und Professionsverständnis. Die Befragten stellen ihre Aufgaben als sehr zahlreich und umfangreich dar. Bei der täglichen Arbeit stehe meist das Bemühen im Vordergrund, bis zum Ende der Schicht alle Aufgaben vollständig erledigt zu haben. Dabei dominieren häufig hauswirtschaftliche und verwaltungstechnische Aufgaben, was zu Lasten der Qualität der pädagogischen Arbeit gehe. Die notwendige Zeit, um der Individualität der Bewohner\*innen im Zuge der Alltagsbegleitung gerecht werden zu können (etwa innerhalb einer heterogenen Gruppe oder bei individuellen Einzelaktivitäten) müsse erst einmal gefunden bzw. „freigeschaufelt“ werden. Heterogenität zeige sich zudem auch im Team, vor allem hinsichtlich der Qualifikation und der Arbeitshaltung der verschiedenen Kolleg\*innen. Dabei formulieren die Fachkräfte das Ziel, trotz aller Unterschiede durch regelmäßige Abstimmungsprozesse im Team eine gemeinsame Arbeitsplattform zu schaffen.

An die Grenzen ihrer Professionalität gelangen die Befragten, wenn bei gleichbleibend niedriger Personalstärke die Aufgaben zunehmen. Dies führe dazu, dass man sich entgegen dem eigenen Professionsverständnis „zerreißen“ müsse, um allen Ansprüchen gerecht werden zu können. Die Qualität der pädagogischen Arbeit leide darunter, die pädagogische Arbeit mit den Bewohner\*innen komme zu kurz. Zusätzlich wachse bei den Fachkräften die Gefahr einer Überforderung. Aufgrund der unterschiedlichen Fähigkeiten

und Bedürfnissen der einzelnen Bewohner\*innen und der heterogenen Zusammensetzung der Wohngruppen könne es zu einer Benachteiligung einzelner Bewohner\*innen bzw. Bewohnergruppen kommen.

### 6.3 Zusammenfassung und Beantwortung der Forschungsfragen

Im vorherigen Abschnitt (6.2) wurden die Deutungsmuster in den subjektiven Sichtweisen der pädagogischen und pflegerischen Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln in ihren unterschiedlichen Dimensionen differenziert beschrieben. Ausgangspunkt hierfür war die Frage, mit welchen Sicht- und Handlungsweisen die Fachkräfte dem Themenkomplex Behinderung und Alter(n) begegnen. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse noch einmal zusammengefasst. Dabei wird die Unterscheidung der drei Perspektiven Aktivität, Beziehung und Struktur aufgegeben. Stattdessen werden die Sichtweisen entlang der Forschungsfragen (Kapitel 1) vorgestellt. Diese Darstellung wird zeigen, dass die Perspektiven Aktivität, Beziehung und Struktur in ambivalenter Form in sämtlichen Sichtweisen der Befragten auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln zum Ausdruck kommen.

#### Welche Sichtweisen auf Behinderung haben die Fachkräfte?

Tabelle 25: Sichtweisen auf Behinderung

<b>Aktivitätsperspektive</b>	
<b>Passivität</b>	<b>Aktivität</b>
- Funktionseinschränkungen, Defizite	- Ressourcen/Gewinne
- Unselbständigkeit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	- Gestaltbarkeit
- (Durch Dritte verursachte) Passivität	
<b>Beziehungsperspektive</b>	
<b>Distanz/Ablehnung</b>	<b>Nähe/Akzeptanz</b>
- Abgrenzung	- Begegnung, Annäherung
	- Normalität
<b>Strukturperspektive</b>	
<b>Heterogenität</b>	<b>Homogenität</b>
- Heterogenität	- Homogenität
- Nicht-inklusive Lösungen	- Inklusive Lösungen

Die befragten pädagogischen und pflegerischen Fachkräfte haben eine überwiegend differenzierte Sichtweise auf Behinderung (Tabelle 25).<sup>60</sup> Diese beinhaltet viele sowohl negative als auch positive Aspekte im Bereich der *Aktivität*, die durchaus auch neben einander stehen und mit einander konkurrieren können. Auf der einen Seite beschreiben vor allem die pflegerischen Fachkräfte Menschen mit Behinderung anhand von Fähigkeiten, die ihnen im Unterschied zu Menschen ohne Behinderung fehlten, wie z. B. Laufen, Sprechen, Lesen oder Reflexionsvermögen. Menschen ohne Behinderung werden als „gesunde Menschen“, als Norm gesetzt. Dementsprechend werden Menschen, die dieser Norm nicht entsprechen, von den Befragten als nicht funktionierend und behindert bezeichnet. Damit im Zusammenhang stehen für die Fachkräfte die dauerhafte Unselbständigkeit, die permanente Unterstützung durch Dritte z. B. bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben erforderlich macht. Behinderung wird über das Ausmaß an Hilfebedarf definiert, das von den Befragten durchaus unterschiedlich verstanden wird. Diese defizitorientierten Sichtweisen, die dem medizinischen Modell von Behinderung folgen, wurden vor allem von pflegerischen, vereinzelt auch von pädagogischen Fachkräften artikuliert.

Daneben verstehen die meisten pädagogischen und pflegerischen Fachkräfte Behinderung auch als sozial konstruiert, also „von der Gesellschaft gemacht“ oder von Dritten verursacht. Damit verbunden ist zum Teil das Bild von einer höheren Instanz (der Gesellschaft), die bestimmte Kriterien festlege, nach denen definiert würde, ob eine Person als behindert gelte. Auch fehlende gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie das diskriminierende bzw. paternalistische Verhalten von Mitgliedern der Gesellschaft (inklusive der Fachkräfte selbst), trügen zur Behinderung von Menschen bei. So würden Menschen mit Behinderung von Geburt an klein gehalten, wodurch ihnen später sowohl bestimmte Fähigkeiten als auch das nötige Selbstbewusstsein für eine größere Selbständigkeit fehlten.

Auf der anderen Seite verbinden die Fachkräfte mit Behinderung auch positive Aspekte wie Ressourcen und Gewinne. Einige Befragte aus beiden Berufsbereichen bewundern die Eigenschaft von Menschen mit Behinderung, ihr Leben im Rahmen ihrer eigenen Gestaltungsmöglichkeiten unbekümmert und mit Lebensfreude zu meistern. Trotz ihrer Beeinträchtigungen seien viele Menschen mit Behinderung in der Lage, ihren Interessen

---

<sup>60</sup> Wenn die befragten Fachkräfte von Menschen mit Behinderung sprechen, sprechen sie, wenn nicht anders angegeben, in der Regel von den Menschen mit geistiger Behinderung, die in den Wohneinrichtungen leben, in denen die Fachkräfte beschäftigt sind.



selbstbewusst und selbstbestimmt nachzugehen und Freude zu erleben. Diese Einschätzung geht jedoch teilweise mit der äußerst defizitorientierten Sichtweise einher, Menschen mit Behinderung würden aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen weniger denken und seien daher weniger kopflastig. Einige pädagogische Fachkräfte sind der Ansicht, in Menschen mit Behinderung stecke ein großes Potenzial, das durch die richtigen (gesellschaftlichen) Rahmenbedingungen und Förderangebote aktiviert werden könne.

Neben der Verbindung von Behinderung mit Aspekten der Aktivität und Passivität vertreten die Fachkräfte auch Sichtweisen auf Behinderung, welche die *Beziehungsebene* ansprechen. Menschen mit Behinderung sind für vereinzelte Befragte aus der Pädagogik in erster Linie Personen, zu denen sie in Beziehung treten. Diese Annäherung im privaten oder beruflichen Umfeld findet unabhängig von Behinderung oder Alter statt. Zum Teil wird Behinderung auch als Normalität beschrieben, insbesondere, wenn das vermeintlich Nicht-Normale für die Befragten aufgrund (langjähriger) Begegnungen und Erfahrungen zur Gewohnheit geworden ist. Eine andere Sichtweise einer Pflegefachkraft stellt Menschen mit Behinderung als Personen dar, von denen man sich deutlich abgrenzen müsse, da sie kognitiv anders funktionierten.

Ein weiterer Aspekt, den einige Fachkräfte beider Berufsgruppen mit Behinderung verbinden, ist die Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderung (*Strukturperspektive*). Die Befragten verweisen auf die großen Unterschiede innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe im Hinblick auf die jeweiligen Fähigkeiten, Interessen, Persönlichkeiten und (Hilfe-)Bedürfnisse. Verallgemeinernde Aussagen über Menschen mit Behinderung seien daher schwer zu treffen. Dementsprechend schwer tun sich einige Befragte mit einer Definition von Behinderung, also damit, für sich festzulegen, ab wann überhaupt von einer Behinderung die Rede ist. Dementsprechend unterschiedlich fallen die Definitionsversuche aus.

Die Unterscheidung zwischen Menschen mit und ohne Behinderung, die einige Befragte betonen, ist zum Teil mit dem Wunsch verbunden, trotzdem alle Menschen unabhängig von ihrer eventuellen Behinderung als Teil eines Ganzen anzusehen, also als Menschen mit denselben Rechten, Wünschen und Bedürfnissen. Daran schließt sich die Frage mancher pädagogischen Fachkräfte nach den Möglichkeiten und Grenzen von Individuen und Gesellschaft für ein inklusives Zusammenleben an. Die Fachkräfte sind in dieser Frage ambivalent. Sie wägen die Sicherheit und Fremdbestimmung eines Lebens in Sonderein-

richtungen sowie die Unsicherheit und Selbstbestimmung in einem Leben in der Gemeinde gegeneinander ab. Die Möglichkeit einer inklusiven Gesellschaft stellen die Befragten infrage, zumindest bei einer zu starken individuellen Beeinträchtigung der Betroffenen sowie aufgrund der in der Gesellschaft vorhandenen Barrieren.

### Welche Sichtweisen auf Alter(n) im Allgemeinen haben die untersuchten Fachkräfte?

Tabelle 26: Sichtweisen auf Alter(n)

Aktivitätsperspektive	
Passivität	Aktivität
- Funktionseinschränkungen, Verluste	- Ressourcen/Gewinne
- Unselbständigkeit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	- Gestaltbarkeit
- Nichts bewegen wollen	- Alter als Lebensphase mit Freiheiten und Perspektiven
- Neutrale, erfreuliche Passivität	
Beziehungsperspektive	
Distanz/Ablehnung	Nähe/Akzeptanz
- Distanzierung, Ablehnung	- Begegnung, Annäherung
- Angst	- Normalität
Strukturperspektive	
Heterogenität	Homogenität

Auch Alter(n) betrachten die befragten Fachkräfte aus einer Aktivitäts-, einer Beziehungs- und einer Strukturperspektive (Tabelle 26). Die meisten Befragten, unabhängig von ihrer Profession, verbinden mit Alter(n) sowohl passive als auch aktive Aspekte (*Aktivitätsperspektive*). Passive Aspekte sind zum einen Funktionseinschränkungen vor allem auf körperlicher und kognitiver Ebene. Während die Befragten die Funktionseinschränkungen von Menschen mit Behinderung eher als lebenslang und damit statisch verstehen, steht beim Alter(n) das Prozesshafte, also der allmähliche Abbauprozess im Vordergrund. Auch hier werden die Funktionseinschränkungen mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit assoziiert. Alt sein bedeute, dass man Dinge, die man früher selbständig verrichten konnte, nicht mehr so gut tun könne und vermehrt auf Unterstützung angewiesen sei. Andere Befragte argumentieren, alt sei man unabhängig vom Lebensalter auch, wenn man nicht mehr bereit sei, gesellschaftlich etwas bewegen zu wollen und nur an der eigenen Karriere interessiert sei. Manche Befragte stellen die Lebensphase Alter als passiver und ruhiger dar, als Lebensphase, in der viele richtungsweisende Lebensentscheidungen

bereits getroffen wurden. Vor allem die Nacherwerbsphase beschreiben einige Fachkräfte als Lebensphase, in der man sich auf seinen hart erarbeiteten Erfolgen ausruhen könne.

Neben diesen meist negativ konnotierten passiven Aspekten führen die Fachkräften auf der anderen Seite auch positive Aspekte von Alter(n) an: So sei es durchaus möglich, dass Menschen bis ins hohe Alter hinein körperlich wie geistig fit sind. Auch hegten die meisten Menschen den Wunsch, ihre eigene Selbständigkeit so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Sie verfügten über die Fähigkeit, ihr Tun an ihre eigenen und ggf. eingeschränkten Gestaltungsmöglichkeiten anzupassen. Durch gesundheitsförderliches Verhalten und Training ließe sich der Alterungsprozess positiv beeinflussen – den eigenen Alterungsprozess auf diese Weise positiv beeinflussen zu können, wurde überraschender Weise nur von sehr wenigen Befragten thematisiert. Ältere Menschen seien ein großer Gewinn für jüngere Generationen, gerade wenn sie andere von ihrem Wissen und ihren Erfahrungen, aber auch von ihrer Ruhe und Gelassenheit profitieren ließen, z. B. in der Rolle von Mentor\*innen. Die Nacherwerbsphase, so die Befragten, biete nicht nur die Möglichkeit des Ausruhens, sondern auch die Freiheit, gedanklich und praktisch neue, auch unorthodoxe (Lebens-)Wege einzuschlagen.

Auch in den Sichtweisen auf Alter(n) spielt der Aspekt der Annäherung für die Fachkräfte eine Rolle (*Beziehungsperspektive*): Für manche Fachkräfte gehe es im Umgang mit älteren Menschen primär darum, mit einem Menschen in Beziehung zu treten und sich diesem anzunähern. Das Alter dieses Menschen sei dabei zweitrangig. Eine Annäherung zeigt sich auch bei den Versuchen der Befragten, Alter für sich persönlich zu definieren – vor allem wegen der Konfrontation mit dem eigenen (negativen) Altersbild ist dies für viele eine Herausforderung. Inwieweit es den Befragten gelingt, ihr eigenes, zum Teil von einer starken Abwehrhaltung und Ängsten vor altersbedingten Verlusten geprägtes Altersbild zu ändern und sich einem positiveren Bild von Alter(n) anzunähern, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. Andere wiederum – in diesem Fall ein junger Altenpfleger – sehen keinen Grund, sich mit dem Thema (eigenes) Alter(n) jetzt oder in näherer Zukunft auseinanderzusetzen, was aufgrund seiner Profession durchaus überrascht. Vielleicht hängt dies mit der fehlenden Nähe zum eigenen Altsein zusammen. Auch beim Alter(n) vertreten Fachkräfte die Meinung, dass ein Zusammenleben von jüngeren und älteren Generationen dazu beitrage, Alter(n) und Sterben eher als Normalität anzusehen. Auch eine berufliche Auseinandersetzung oder positive Erfahrungen mit der Endlichkeit des Lebens könnten Ängste vor dem eigenen Altwerden schmälern. Gleichzeitig zeigen die Antworten der Befragten, dass ihre Angst vor dem plötzlichen Abbau der eigenen

Fähigkeiten oder vor dem Verlust von Angehörigen aufgrund positiver Erfahrungen nicht verschwindet und teilweise sogar verstärkt wird. Daher verwundert es nicht, wenn Fachkräfte sich distanziert über das Altern anderer bzw. über die Generation der Älteren sprechen – ganz so, als würden sie selbst niemals dazugehören.

Neben den Veränderungen der Aktivität und den Herausforderungen auf der Beziehungsebene wird Alter(n) auch mit dem Aspekt der Heterogenität in Verbindung gebracht (*Strukturperspektive*). Ebenso wie bei Menschen mit Behinderung fällt es den Befragten schwer, eine zufriedenstellende Definition von Alter zu finden – zu vielseitig seien die Kriterien, zu unterschiedlich die Menschen hinsichtlich ihrer Fähigkeiten, Einschränkungen, Bedürfnisse und Lebenssituationen. Entsprechend differenziert sind auch die Beschreibungen der Lebensphase Alter. Interessant ist an dieser Stelle das Bild vom Alter als einem Paket oder Buch, in dem Erfahrungen und Erinnerungen des Lebens gesammelt bzw. vermerkt werden können.

### **Welche Vorstellungen haben die untersuchten Fachkräfte von älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung?**

Tabelle 27: Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n)

<b>Aktivitätsperspektive</b>	
- Funktionseinschränkungen, Verluste	- Ressourcen/Gewinne
- Unselbständigkeit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	- Gestaltbarkeit
- Durch Dritte verursachte Passivität	- Alter als Lebensphase mit Freiheiten und Perspektiven
- Nichts bewegen wollen	
- Neutrale, erfreuliche Passivität	
<b>Beziehungsperspektive</b>	
- Distanzierung, Ablehnung	- Begegnung, Annäherung
- Angst	- Normalität
<b>Strukturperspektive</b>	
- Kleines Paket	- Großes Paket
- Heterogenität	- Homogenität

Auch zusammen betrachtet zeigen sich die Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung und Alter(n) weiterhin differenziert nach Aktivitäts-, Beziehungs- und Strukturperspektive und in diesen Perspektiven wiederum gegensätzlich und durch die Kombination von Behinderung und Alter(n) in dieser Ambivalenz auch ausgeprägter (Tabelle 27).

Auf der einen Seite nehmen Fachkräfte Alter(n) von Bewohner\*innen vor allem dann wahr, wenn bei diesen zuvor existierende kognitive bzw. körperliche Fähigkeiten nachlassen oder die Bewohner\*innen (noch) passiver werden bzw. (noch) mehr Unterstützung durch Dritte benötigen. Eine Förderung im Alter, so die Ansicht, könne nicht mehr unbedingt den Ausbau der Selbständigkeit zum Ziel haben. Vielmehr müsse es darum gehen, die vorhandenen Fähigkeiten durch Förderung zu erhalten und so Abbau und Vergessen entgegenzuwirken.

Außerdem erleben die Fachkräfte, dass älter werdende Bewohner\*innen verglichen mit jüngeren weniger aktiv sind und auch passiver bleiben wollen. Ein Grund hierfür könne sein, dass die wenigsten älteren Bewohner\*innen im Verlauf ihres Lebens Selbständigkeit und Selbstbestimmung überhaupt erlernt hätten. Auch nehmen die Befragten diese Menschen als weniger lebenshungrig wahr. Gleichzeitig ist es für die Fachkräfte nicht immer eindeutig bestimmbar, inwieweit kognitive, körperliche oder Verhaltensveränderungen auf den Alterungsprozess oder auf die Behinderung zurückzuführen sind. Oftmals wirkten junge Bewohner\*innen älter, wenn sie aufgrund ihrer Behinderung nur wenig Tatendrang und Unternehmenslust hätten. Gleichzeitig könnten über 60-jährige Bewohner\*innen jünger wahrgenommen werden, wenn sie geistig und körperlich fit sind. Eine positive Passivität sprechen die Interviewten Bewohner\*innen zu, die in der Nacherwerbsphase ihren Alltag im Wohnhaus ruhiger angehen können bzw. wollen.

Neben den passiven Aspekten des Alterns von Menschen mit Behinderung, die eher negativ konnotiert werden, haben die Fachkräfte vereinzelt auch positiv konnotierte, aktive Vorstellungen von Behinderung und Alter(n). Auch ältere Bewohner\*innen seien demnach in der Lage, weiterhin ihre Aufgaben zu erfüllen, z. B. im Wohnbereich. Aufgrund ihres Erfahrungs- und Informationsvorsprungs gelten sie mitunter sowohl bei jüngeren Bewohner\*innen als auch bei den Mitarbeitenden als Basis der Wohngruppe. Auch ältere Bewohner\*innen hätten durchaus Freude daran, in ihrer Nacherwerbsphase Neues auszuprobieren. Sie seien auch in der Lage, neue Verhaltensweisen oder Tätigkeiten zu erlernen, was im Widerspruch zu der Sichtweise anderer Fachkräfte steht, die die Sinnhaftigkeit von Förderung im Alter in Frage stellen (s. o.). Als weiterer Gewinn älterer Menschen mit Behinderung wird deren größere Gelassenheit angesehen, etwa im Umgang mit ihrem Alter(n). Diese Sichtweise kollidiert mit der Meinung, Menschen mit geistiger Behinderung würden aufgrund ihrer Beeinträchtigungen nichts hinterfragen – sowie mit der konträren Sichtweise anderer Fachkräfte, wonach Bewohner\*innen gerade *wegen* ihrer Behinderung vermehrt Ängsten ausgesetzt wären. Auch für Menschen mit Behinderung

sei die Lebensphase Alter gestaltbar und müsse als Chance für neue Erfahrungen und Perspektiven begriffen werden. Jedoch scheint sich diese Sichtweise überwiegend auf Aktivitäten zu beziehen, die innerhalb der Wohneinrichtung angeboten werden können bzw. die eine gewisse Eigenständigkeit der älteren Bewohner\*innen voraussetzen, also keine zusätzliche Assistenz Dritter erfordern.

In der *Beziehungsperspektive* auf Behinderung und Alter(n) stehen die Menschen im Vordergrund, denen die Fachkräfte begegnen. Bei dieser spielten Behinderung oder Alter(n) keine Rolle, weder bei der Wahrnehmung noch beim Verhalten gegenüber den Bewohner\*innen. Relevant sei allein der Mensch mit seiner Persönlichkeit. Allerdings spiele Alter(n) dann eine Rolle, wenn Begegnung und Verständigung schwieriger werden und die Form der Begegnung an die altersbedingten veränderten Fähigkeiten der Bewohner\*innen angepasst werden müsse. Mit Behinderung und Alter(n) verbinden die Fachkräfte zudem die Notwendigkeit, sich befremdlichen oder auch mit Spannung verbundenen Situationen anzunähern, die sie im Berufsalltag mit älteren Bewohner\*innen erleben. Durch ein strukturiertes Vorgehen schaffen sie Distanz zu ungewissen oder belastenden Situationen wie dem Versterben von Bewohner\*innen. Zudem schaffe das Alltagshandeln Routinen, wodurch auch die Arbeit mit älter werdenden Bewohnern\*innen zur Normalität werde. Auch wenn positive Erlebnisse der Versorgung alternder bzw. sterbender Bewohner\*innen das eigene Bild vom Alter(n) verbessern können, stellt die Konfrontation mit der Endlichkeit des Lebens für manche Befragte eine Belastung dar. Auch scheint nicht jede Fachkraft die Abbauprozesse der Bewohner\*innen gleich gut akzeptieren zu können.

Waren die Konzepte Alter(n) und Behinderung für die Befragten bereits für sich genommen schwer zu definieren, so vergrößert sich diese Schwierigkeit bei der Kombination beider Begriffe noch deutlich. In der *Strukturperspektive* nehmen die Fachkräfte die Gruppe älterer Menschen mit Behinderung als sehr heterogen wahr. Diese Vielseitigkeit bezieht sich auf die Fähigkeiten, Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner\*innen, aber auch auf unterschiedliche Unterstützungsbedarfe. Hier sei „von A bis Z alles vertreten“ (I6: 253), wie es eine Sozialpädagogin aus der Seniorenbetreuung zusammenfasst.

In der Auseinandersetzung mit Behinderung und Alter(n) thematisieren die Befragten nicht nur die Unterschiede innerhalb der Gruppe der Bewohner\*innen, sondern auch die Unterschiede beispielsweise zwischen jungen und alten Bewohner\*innen oder zwischen

alten Menschen mit und ohne Behinderung. Für eine Fachkraft stehen die älteren Bewohner\*innen für eine „schlappe Truppe“ (I12: 455), eine „Frühschlaftruppe“ (I12: 215), im Gegensatz zu den jüngeren Bewohner\*innen, die „ein bisschen Leben“ (I12: 454) in die Wohngruppe bringen. Alte Menschen mit Behinderung werden tendenziell als Senior\*innen wahrgenommen, die aufgrund ihrer vom Leben in einschränkenden Institutionen geprägten, fremdbestimmten Biografien auf ein deutlich dünneres Lebens-Buch“ (I7: 1183) zurückgreifen könnten und deren Handlungsspielräume deutlich eingeschränkter seien als die von Senior\*innen ohne Behinderung.

Der hohe Stellenwert der Heterogenität der Bewohner\*innen führt viele Fachkräfte zu der Frage, inwieweit alte und junge Bewohner\*innen gemeinsam oder besser in altersgetrennten Wohnbereichen leben sollten. In den Interviews finden sich Argumente für beide Optionen. Für die einen Fachkräfte stehen die sehr unterschiedlichen Lebens- und Wohninteressen unterschiedlicher Altersgruppen im Vordergrund, was für altershomogene Wohngruppen spräche, während andere Befragte den Mehrwert des Miteinanders unterschiedlicher Generationen hervorheben, da Alte und Junge menschlich wie instrumentell voneinander profitieren könnten.

### **Welche Vorstellungen von gutem Alter(n) haben die untersuchten Fachkräfte?**

Gutes Alter(n) heißt für die befragten Fachkräfte persönlich vor allem gesund und finanziell abgesichert zu sein, um das eigene Leben weiterhin selbstbestimmt und weitestgehend selbständig gestalten zu können, also in der Lage zu sein, den eigenen Interessen nachzugehen und aktiv am öffentlichen Leben teilhaben zu können (Tabelle 28). Die Befragten möchten auch weiterhin gestalten und lernen können. Selbstbestimmung solle auch möglich sein bei Fragen der angemessenen Wohn- und Versorgungsform im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit. Gutes Alter(n) bedeutet für die Interviewten auch, nach der Berentung dem eigenen Leben neue Perspektiven geben zu können, weiter an sich zu arbeiten und die eigene Persönlichkeit weiterzuentwickeln. Daneben heißt gutes Alter(n) auch, sich nach einem arbeitsreichen Leben ausruhen und die Früchte der bisherigen Arbeit genießen zu können. Im Falle ihrer eigenen Pflegebedürftigkeit wünschen sich die Fachkräfte eine gute (pflegerische) Versorgung im Familienkontext oder in einer entsprechenden Einrichtung.

Gutes Alter(n) bedeutet für die befragten Fachkräfte, in ihrem Sein, Wollen und Handeln von ihren Mitmenschen sowie von der Gesellschaft akzeptiert und respektiert zu werden –selbst wenn sie nicht mehr dieselben Leistungen erbringen können wie früher. Zum gu-

ten Alter(n) gehört nach Ansicht der Befragten auch, Frieden mit der eigenen Vergangenheit zu schließen und offen für Gegenwart und Zukunft zu sein. Schließlich verbinden die Befragten mit gutem Alter(n), alles Wesentliche geregelt zu haben und sozial eingebunden zu sein. Sie wünschen sich finanzielle und räumliche Sicherheit (z. B. durch Wohneigentum) sowie die Gewissheit, Weihnachten „im Kreise der Seinen [...] unterm Weihnachtsbaum“ (I2: 829 f.) sitzen zu können.

Tabelle 28: Vorstellungen von gutem Alter(n)

Für Fachkräfte	Für Bewohner*innen
<b>Aktivitätsperspektive</b>	
- Geistige und körperliche Gesundheit	- Geistige und körperliche Gesundheit
- Aktivität, gestalten, lernen	- „Am Leben teilhaben“
- Selbständigkeit, Selbstbestimmung	- Selbständigkeit, Selbstbestimmung
- Alter als Lebensphase mit Freiheiten und neuen Perspektiven	- Neue Freizeitaktivitäten ausprobieren
- Persönlichkeitsentwicklung	
- Ruhe	- Ruhe, Rückzugsmöglichkeiten
- Gute (pflegerische) Versorgung in Familie oder Einrichtung	- Gute Versorgung
<b>Beziehungsperspektive</b>	
- Akzeptanz, Respekt	- Freundlicher, liebevoller Umgang
- Friedvoller Rückblick	
<b>Strukturperspektive</b>	
- „Schäfchen ins Trockene gebracht“	- Vertraute Umgebung, vertrautes Personal
- Eingebunden sein in Familie, Partnerschaft	- Freund*innen treffen

### **Welche Vorstellungen von gutem Alter(n) für Bewohner\*innen stationärer Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe haben die untersuchten Fachkräfte?**

Die befragten Fachkräfte gehen davon aus, dass die Bewohner\*innen im Grunde genommen dieselben Wünsche für ein gutes Alter(n) haben wie sie selbst (Tabelle 28). Auch Menschen mit Behinderung wollen den Befragten zufolge gesund bleiben, selbstbestimmt und selbständig über ihre Zeit verfügen, am Leben teilhaben können, Freund\*innen treffen, sich ausruhen und in ihrer vertrauten Umgebung wohnen bleiben können. Jedoch hätten ältere Bewohner\*innen aufgrund ihrer Behinderung häufig nur begrenzte Möglichkeiten, diese Wünsche auch umzusetzen, so die Einschätzung einiger Fachkräfte.

Die befragten Fachkräfte legen durchaus verschiedene Maßstäbe an ihr eigenes Alter(n) und an das der Bewohner\*innen an, worauf im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse (6.4) näher eingegangen werden wird.



**Welches Verständnis von professionellem Arbeiten mit Bewohner\*innen haben die untersuchten Fachkräfte? An welchen Handlungsperspektiven orientieren sie sich dabei?**

Das Verständnis der befragten Fachkräfte von professionellem Arbeiten lässt sich in drei Hauptaussagen zusammenfassen (Tabelle 29):

- Ziel der Arbeit ist es, den Bewohner\*innen Aktivität zu ermöglichen und dabei für die nötige Entspannung zu sorgen, sowohl für die einzelnen Personen als auch für die Wohngruppe (Aktivitätsperspektive).
- Es geht darum, den Bewohner\*innen als Menschen zu begegnen, eine Beziehung zu ihnen aufzubauen und dabei immer auf die nötige professionelle Distanz zu achten (Beziehungsperspektive).
- Die Fülle an komplexen Aufgaben muss handhabbar gemacht werden. Zugleich soll die Arbeit der Individualität der Bewohner\*innen gerecht werden (Strukturperspektive).

Tabelle 29: Verständnis von professionellem Handeln

<b>Aktivitätsperspektive</b>	
- Alltagsbegleitung	- für Entspannung sorgen
- (Selbständigkeit) aktivieren, fördern	
- Selbst-, Mitbestimmung fördern, ermöglichen	
- Selbst (beruflich) beweglich bleiben	
<b>Beziehungsperspektive</b>	
- Begegnung mit Menschen	- Distanz wahren, Grenzen setzen
- Beziehungsgestaltung	
<b>Strukturperspektive</b>	
- Fülle und Komplexität der Aufgaben gerecht werden	- Individualität der Bewohner*innen gerecht werden
- Arbeiten in heterogenen Teams	

Konkret heißt das für die Fachkräfte, im Rahmen der Alltagsbegleitung und Tagesstrukturierung die Bewohner\*innen zu fördern sowie Möglichkeiten dafür zu schaffen und sie zu animieren, Alltagsverrichtungen selbständig durchzuführen. Dazu zählt auch, Bewohner\*innen emotional anzuregen, sie also zum Lachen und Träumen zu bringen. Außerdem sollte den Bewohner\*innen die Möglichkeit gegeben werden, über Angelegenheiten, die sie betreffen, mitzubestimmen. Dabei gehört es für die Fachkräfte zur großen Kunst, neben all dieser Aktivierung für eine entspannte Stimmung in der Wohngruppe zu sorgen.

Professionalität bedeutet aber auch, als Fachkraft beweglich zu bleiben, das eigene Handeln zu reflektieren, sich fortzubilden und bei all dem weiterhin offen zu bleiben für die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Bewohner\*innen.

Die befragten Fachkräfte erleben die Aktivierung als schwierig, wenn die personellen und zeitlichen Ressourcen nicht ausreichend sind, um Bewohner\*innen zeitintensiv anzuleiten oder gezielt zu fördern. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn betriebswirtschaftliche Interessen oder die Pflicht zur aufwändigen Dokumentation abrechnungsrelevanter Leistungen in der Einrichtung als wichtiger gelten als die Qualität der pädagogischen Arbeit. Viele Fachkräfte stellen sich zudem die Frage, worum es bei der Aktivierung eigentlich gehen sollte – insbesondere, wenn Bewohner\*innen Förderziele nicht erreichen können oder wollen: Geht es um die Bedürfnisse der Bewohner\*innen oder um die Interessen der Einrichtung? Problematisch wird die Aktivierung, wenn entsprechende Maßnahmen von Ärzt\*innen nicht verschrieben bzw. von Krankenkassen nicht bewilligt werden. An die körperlichen und psychischen Grenzen ihrer Professionalität kommen Fachkräfte, wenn ihnen die nötige fachliche Qualifikation für einen adäquaten Umgang mit Menschen mit Behinderung fehlt oder die physisch schwere Arbeit sie körperlich überfordert.

Die Arbeit mit Bewohner\*innen ist Beziehungsarbeit. Professionalität kann in diesem Kontext bedeuten, anstelle der oft mühsamen Arbeit nach bestimmten Förderkonzepten lieber freudvollem, unverkopftem Handeln mit den Bewohner\*innen den Vorrang zu geben. Nach Aussagen der Befragten ist es im Zuge der Beziehungsgestaltung professionell, einen entsprechenden Begegnungs- und Kommunikationsrahmen mit den Bewohner\*innen zu schaffen. Es gelte, die Bewohner\*innen mit ihren Stärken und Unterstützungsbedarfen wahr- und anzunehmen, ihnen auf Augenhöhe zu begegnen und sich in ihre Lebenssituation hineinzusetzen, sie und ihr Handeln zu verstehen. Gleichzeitig sei es für die Fachkräfte sehr wichtig, die nötige Distanz einzuhalten, sowohl zum Arbeitsalltag im Allgemeinen als auch zu den Bewohner\*innen. Die Befragten halten fest, dass es sich trotz der oft familiären Stimmung in den Wohngruppen um Arbeits- und nicht um Privatbeziehungen handle.

Das Ziel, sich auf Augenhöhe zu begegnen, ist gefährdet, wenn Fachkräfte infantilisierend oder paternalistisch über bzw. mit den Bewohner\*innen sprechen und diese eher erziehen wollen als sie zu begleiten. Durch die zum Teil sehr enge Zusammenarbeit zwischen Fachkräften und Bewohner\*innen ist es nicht immer leicht, die Grenze zwischen

Arbeits- und Privatbeziehung klar zu ziehen. Auch sich selber vom mitunter herausfordernden Verhalten mancher Bewohner\*innen emotional zu distanzieren sei nicht immer möglich.

Schließlich bedeutet Professionalität auch, mit der Fülle und Komplexität von Aufgaben im Berufsalltag zurechtzukommen. Professionell zu arbeiten heißt, sämtliche hauswirtschaftlichen, grundpflegerischen, organisatorischen, verwaltungstechnischen und nicht zuletzt auch pädagogischen Aufgaben bis zum Ende des Dienstes ausreichend gut erledigt zu haben. Dabei noch den individuellen Bedürfnissen der Bewohner\*innen gerecht zu werden, sei die große Kunst, so die Befragten. Hierfür müssten die Fachkräfte häufig zusätzliche Zeit „freigraben“ (I14: 858). Es komme „Spagatsprünge“ (I4: 322) gleich, so eine Interviewte, innerhalb einer Gruppe mit Bewohner\*innen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Bedürfnissen allen gerecht zu werden. Zudem gelte es, innerhalb eines multidisziplinären Teams eine gute gemeinsame Arbeitsbasis zu schaffen, die sich auf Kompetenz und eine gemeinsame Arbeitshaltung gründet und die zugleich Raum für die Vielfalt unterschiedlicher Fähigkeiten und Ideen der Kolleg\*innen biete.

Schwierig wird die ausgeprägte Heterogenität der beruflichen Hintergründe, wenn die Arbeitsanforderungen insgesamt zu groß werden und dies nicht über personelle Umstrukturierungen ausgeglichen werden kann und die Fachkräfte in der Folge an ihre körperlichen bzw. psychischen Grenzen kommen. Unterschiedliche Professionsverständnisse bei Einrichtungsleitungen und Fachkräften führen häufig zu Frustrationen auf Seiten der Mitarbeitenden. Aufgrund des hohen Arbeitsdruckes müssten Fachkräfte Kompromisse bei ihrer pädagogischen Arbeit machen, die zu Lasten der Bedürfnisse der Bewohner\*innen gingen. Das Zusammenleben und -arbeiten unterschiedlicher Bewohner- und Professionsgruppen verlaufe nicht immer ohne Spannungen. Diese müssten dann wiederum professionell aufgearbeitet werden.

### **Wie unterscheidet sich das Verständnis der Fachkräfte von professionellem Arbeiten mit älteren Bewohner\*innen von ihrem allgemeinen Verständnis von professionellem Arbeiten?**

Das Professionsverständnis der befragten Fachkräfte scheint nicht wesentlich anders zu sein, wenn es um die Begleitung älterer Bewohner\*innen geht. Vereinzelt stellen Fachkräfte beider Professionen sogar die Frage, weshalb sie sich als Fachkraft denn in gesonderter Weise mit dem Alter(n) auseinandersetzen sollten, da die Arbeit doch dieselbe bliebe. Auch bei der Arbeit mit älteren Bewohner\*innen geht es darum, eine gute Balance zwischen Aktivierung und Erholung, Annäherung und Distanzierung sowie Heterogenität

und Homogenität zu finden. Bei genauerer Betrachtung wird bei den Aussagen der Befragten deutlich, dass dies aufgrund der altersbedingten Veränderungen der Bewohner\*innen noch schwieriger wird, da

- a) auf der einen Seite die Förderung eine noch größere Rolle spielt. Die abnehmenden Fähigkeiten der Bewohner\*innen sollen so lange wie möglich erhalten, der wachsenden Passivität entgegengesteuert werden. Auf der anderen Seite soll das Tempo herausgenommen werden, um die Älteren nicht zu überfordern und sie auch mal in Ruhe zu lassen.
- b) Auf der einen Seite gilt es auch auf der Beziehungsebene den Begegnungsrahmen an die altersbedingt veränderten Fähigkeiten der Bewohner\*innen anzupassen, um Begegnung, Kommunikation und gegenseitiges Verstehen zwischen Fachkräften und älter werdenden Bewohner\*innen auch weiterhin zu ermöglichen. Dabei gilt es die veränderten Fähigkeiten und Verhaltensweisen der Bewohner\*innen zu verstehen und anzunehmen. Gleichzeitig müssen Fachkräfte lernen, sich von ihrer Arbeit und den Bewohner\*innen abzugrenzen, etwa, wenn Demenz, Sterben oder Tod zunehmend zum Thema in der Wohngruppe werden.
- c) Auf der einen Seite differenzieren sich durch die altersbedingten Veränderungen die Fähigkeiten und Bedürfnisse der Bewohner\*innen immer weiter aus. Dadurch entstehen für die Fachkräfte zusätzliche Aufgaben, erhöhter Bedarf für Fortbildungen (z. B. in sozialer Gerontologie), Anpassungen des Aktivitäts- und Begegnungsrahmens werden erforderlich, Bewohner\*innen müssen altersadäquat gefördert werden. All dies erfordert engmaschigere Beobachtungen, häufigere Abstimmungsprozesse im Team sowie Besuche bei Ärzt\*innen. Auf der anderen Seite wird der Druck für die Fachkräfte größer, immer mehr unterschiedliche Bedürfnisse und Fähigkeiten und Unterstützungsbedarfe innerhalb einer Wohngruppe unter einen Hut zu bekommen.

Dieser Balanceakt wird zur Zerreißprobe, wenn die Fachkräfte z. B. altersbedingte Abbauprozesse der Bewohner\*innen nur schwer akzeptieren können, wenn sie mit den abnehmenden Fähigkeiten der Bewohner\*innen hadern und ihre Arbeit deshalb als frustrierend erleben. Zu deutlichen Grenzerfahrungen (nicht nur bei den Fachkräften) kommt es, wenn es den Fachkräften nicht gelingt, den Begegnungs- und Kommunikationsrahmen auf die veränderten Bedürfnisse z. B. demenzerkrankter Bewohner\*innen anzupassen und es deshalb zu Missverständnissen und großen Frustrationen auf beiden Seiten kommt.

Auch Abbau- und Sterbeprozesse der Bewohner\*innen verursachen bei den Fachkräften Angst und belasten diese.

Die Hauptanforderung an die Fachkräfte besteht also im professionellen Umgang mit den Ambivalenzen und Gegensätzlichkeiten, die auch als Paradoxien professionellen Handelns in sozialen Berufen bezeichnet werden (vgl. Greving/Ondracek 2009), die jedoch durch die Kombination von Behinderung und Alter(n) noch mal an Ausmaß zunehmen.

### **Wie beschreiben und bewerten die untersuchten Fachkräfte die Bedingungen für ein professionelles Begleiten älter werdender Bewohner\*innen?**

Insgesamt vertreten die Fachkräfte die Meinung, dass die personelle Ausstattung für eine professionelle Begleitung der älter werdenden Bewohner\*innen qualitativ wie quantitativ nicht ausreichend sei. Um den Aktivierungsbedürfnissen dieser Bewohnergruppe gerecht werden zu können, bedürfe es Personal, das in der Pflege, aber auch in der angemessenen Begleitung und Aktivierung von Senior\*innen qualifiziert sei. Um sämtlichen erforderlichen Aufgaben, die im Dienstalltag anfallen, gerecht werden zu können und darüber hinaus eine individuelle Begleitung und Förderung (nicht nur) der älteren Bewohner\*innen gewährleisten zu können, bedürfe es einer erheblichen Aufstockung des Personals. Auch die räumlichen Gegebenheiten seien nicht immer geeignet, um Bewohner\*innen auch körperlich zu aktivieren (z. B. fehlende Gymnastikräume). Es fehle an Transportmitteln, um Ausflüge auch mit Bewohner\*innen machen zu können, die auf Rollatoren oder Rollstühle angewiesen sind. Bei den Mitarbeitenden fehle es zudem häufig an gerontologischem Grundlagenwissen sowie an Fachwissen über Demenz. Auch die Möglichkeiten, das professionelle Handeln im Team zu reflektieren und sich kollegial auszutauschen, müssten ausgebaut werden. Ein angeschlossener ambulanter Pflegedienst sowie eine in der Wohneinrichtung integrierte ärztliche Versorgung würden eine starke Entlastung bringen. Auf der Beziehungsebene sei es für ein besseres professionelles Handeln wichtig, dass das Betreuungspersonal die notwendige menschliche Eignung aufweise, um achtsam mit den unterschiedlichen Bewohner\*innen in Beziehung treten zu können. Erfolgreiche Beziehungspflege erfordere zudem eine geringe personelle Fluktuation sowie mehr Mitarbeitende, die ähnlich alt sind wie die Bewohner\*innen.

## **6.4 Diskussion der zentralen Ergebnisse**

In diesem letzten Teil des Ergebniskapitels werden die bisher dargestellten Ergebnisse der empirischen Untersuchung, also die Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung, Al-

ter(n) und professionelles Handeln, diskutiert. Die Forschungsergebnisse werden zum einen mit den entsprechenden theoretischen Konzepten der sozialen Gerontologie und der Heilpädagogik (Kapitel 3) verglichen. Zum anderen werden Bezüge zu den in Kapitel 4 rezipierten Forschungsstand zu Altersbildern und Einstellungen von Fachkräften gegenüber Menschen mit Behinderung (Kapitel 4) hergestellt.

Die befragten Fachkräfte weisen ausdifferenzierte Sichtweisen auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln auf, die sich analytisch einer Aktivitäts-, einer Beziehungs- und einer Strukturperspektive zuordnen lassen. Jede dieser Perspektiven ist jeweils von einem Spannungsfeld mit zwei entgegengesetzten Polen geprägt. Im Folgenden werden ausgewählte Aspekte der Sichtweisen auf Alter(n), Behinderung, Behinderung und Alter(n) sowie professionelles Handeln ausführlicher diskutiert.

### **Sichtweisen auf Behinderung**

Auffallend war die Schwierigkeiten, die einige befragte Fachkräfte hatten, den Begriff Behinderung für sich eindeutig zu definieren bzw. Kriterien zu formulieren, anhand derer sich bestimmen lässt, wann ein Mensch als behindert gilt (z. B. I2, I3, I6, I8). Dies korrespondiert mit der Unklarheit des Begriffes Behinderung, der Dederich (2009) zufolge je nach wissenschaftlicher Disziplin auf eine große Bandbreite verschiedener Bedeutungsmöglichkeiten zurückgreift. Zudem ist auch die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderung – wie bereits in Kapitel 1 skizziert – äußerst heterogen. Dies bezieht sich auf die Art und Intensität der Beeinträchtigungen, der Hilfebedürftigkeit, der personalen Ressourcen, der bereits erlebten und aktuell bestehenden Förder- und Umweltbedingungen sowie auf die jeweiligen Wünsche und Bedürfnisse. Es gibt nicht *den* Menschen mit Behinderung. Ein weiterer Grund für die Schwierigkeit der Befragten, die Bedeutung des Begriffes Behinderung zu fassen, könnte eine bisher unzureichende Auseinandersetzung der Fachkräfte über ihr persönliches Verständnis von Behinderung sein (z. B. I2, I9). Dies überrascht, sollte man doch davon ausgehen können, dass in diesem Bereich tätige Fachkräfte im Laufe ihrer Ausbildung oder ihrer beruflichen Praxis die Möglichkeit hatten, ihre eigenen Sichtweisen auf Behinderung zu reflektieren.

Das Paradigma von Inklusion und Teilhabe versteht und akzeptiert Menschen mit Behinderung als gleichwertige Mitglieder einer vielseitigen Gesellschaft. Im Fokus stehen deren individuellen und sozialen Ressourcen und Stärken, die es im Sinne eines inklusiven Lebens zu unterstützen gilt (Theunissen/Schwalb 2009). Vereinzelt sprechen die Befragten in den Interviews auch von den Bewohner\*innen als Menschen, die Teil der Gesellschaft und als gleichwertig anzusehen seien (z. B. I3, I4, I5, I13). Im Gegensatz dazu

finden sich in manchen Interviews auch zahlreiche Passagen, in denen nicht etwa eine Kommunikation auf Augenhöhe, sondern das Machtgefälle zwischen den Fachkräften und den Bewohner\*innen deutlich wird, etwa, wenn Befragte davon berichten, den Bewohner\*innen in bestimmten Alltagssituationen zu sagen, was zu tun sei (I2, I9).

Die Fachkräfte nehmen die Bewohner\*innen durchaus als Menschen mit persönlichen Ressourcen und Potenzialen wahr, wie z. B. Lernfreude oder Willensstärke (z. B. I3, I4, I13); manche Befragte wissen und haben die Erfahrung gemacht, dass persönliche Ressourcen, je nach Förder- und Teilhabebedingungen im Lebenslauf der Bewohner\*innen, erweitert werden können (vgl. Speck 2013). Vor allem erleben die Fachkräfte die Bewohner\*innen als Menschen, die bemerkenswerte Anpassungsleistungen vollbringen. So fällt es Bewohner\*innen leichter als Menschen ohne Behinderung, sich mit möglichen Widrigkeiten des Alltags zu arrangieren und Beeinträchtigungen durch Hilfsmittel oder durch Unterstützung Dritter zu kompensieren (vgl. auch Schäper et al. 2010). Bei genauerer Betrachtung verbirgt sich jedoch hinter dieser Ressource ein Defizit: Diese Anpassungsleistung von Menschen mit Behinderung wird in der Literatur damit begründet, dass Menschen mit geistiger Behinderung es in der Regel nicht anders gewohnt seien, als fremdbestimmt zu werden und um die Hilfe Dritter bitten zu müssen (vgl. u. a. BMAS 2013).

Einige Fachkräfte überrascht der Umstand, dass Bewohner\*innen trotz der erlebbaren Begrenzungen, denen sie u. a. im Wohnhausalltag ausgesetzt sind, mit ihrer Lebenssituation zufrieden zu sein scheinen (z. B. I2; I3, I14). In der Literatur ist dieses Phänomen ebenfalls bekannt und wird dort als Zufriedenheitsparadoxon (Herschbach 2002) bezeichnet. Dieses besagt, dass Menschen desto zufriedener mit den von ihnen vorgefundenen Lebensumständen zu sein scheinen, je länger sie in den Institutionen leben.

Es gibt allerdings auch Fachkräfte, die die große Zufriedenheit der Bewohner\*innen mit deren fehlenden Intellekt begründet (I2, I3, I14). Eine solche Sichtweise, die den Bewohner\*innen die Fähigkeit abspricht, zu denken und über sich selbst reflektieren zu können, ist extrem defizitorientiert und stereotypisierend. Sie entspricht nicht dem ICF-orientierten Bild von einem kompetenten Menschen, der Mitgestalter seiner Situation ist (Derich 2009). In der professionellen Arbeit birgt ein solches Verständnis die Gefahr, dass Fachkräfte den Bewohner\*innen ihr Recht und die Chance verwehren, mit der nötigen Assistenz die Gestaltung ihres Lebens grundsätzlich selbst zu bestimmen (Niehoff 2013). Anders formuliert: Wenn Menschen mit Behinderung keine Wünsche äußern, heißt dies

noch lange nicht, dass sie keine Wünsche haben. Gerade von älteren Menschen mit Behinderung ist bekannt, dass sie es selten gelernt haben, über sich oder über ihre Wünsche und Vorstellungen nachzudenken und daher folglich ihre Wünsche auch nicht artikulieren können (Kapitel 2.2). Es ist gerade deshalb die Aufgabe der Fachkräfte, Menschen mit Behinderung beim Identifizieren, Formulieren und Umsetzen ihrer Wünsche zu unterstützen.

Aufgrund der geringen Fallzahl können Aussagen über einen möglichen Zusammenhang zwischen den rekonstruierten Sichtweisen und bestimmten Merkmalen der Befragten (z. B. Alter, beruflicher Hintergrund) nur mit äußerster Vorsicht formuliert werden. Allerdings ist auffallend, dass sich Beschreibungen von Menschen mit Behinderung als Personen mit Defiziten und Hilfebedarf vor allem in den Interviews mit Pflegefachkräften (I4, I7, I8, I9) finden lassen. Auch in der schwedischen Studie von Kählin et al. (2016) überwiegen bei den befragten Mitarbeitenden in den Wohneinrichtungen defizitorientierte Behindertenbilder (Kapitel 4.3). Im Fokus dieser defizitorientierten Beschreibungen steht das, was Bewohner\*innen *nicht* können und bei dem sie Hilfe benötigen. Diese defizitorientierte Sichtweise auf Behinderung überrascht und alarmiert insofern, als dass sie als überholt gilt (Vernooij 2007), da sie Behinderung als Problem tituliert und die Betroffenen individuell dafür verantwortlich macht. Darüber hinaus können diese Sichtweisen Cloerkes (2007) zufolge verhaltenssteuernd werden. Fachkräfte, die Bewohner\*innen primär als hilfebedürftige Menschen ansehen, neigen demnach dazu, deren Ressourcen und Kompetenzen zu übersehen und ihnen Möglichkeiten, ihre Befähigung und Selbstwirksamkeit zu erfahren, (unbewusst) zu verwehren.

Vor allem bei den pädagogischen Fachkräften (z. B. I5, I11, I13) kommen jedoch auch Sichtweisen zum Ausdruck, die Behinderung in Übereinstimmung mit der ICF (WHO 2005) als mehrdimensionales Konstrukt verstehen, nach dem die individuellen Funktionseinschränkungen der Bewohner\*innen auf der einen Seite und die ungenügenden Rahmenbedingungen in Wohnhaus, Quartier und Gesellschaft auf der anderen Seite für die Behinderung verantwortlich gemacht werden. Diese wird nicht als individuelle Beeinträchtigung, sondern als eingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe verstanden (Kapitel 3.1). Nichtsdestotrotz erscheint die Existenz von Sondereinrichtungen (z. B. stationäre Wohneinrichtungen oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung) für diese Befragten noch immer notwendig zu sein. Dies gelte vor allem für Menschen, deren Behinderungen zu ausgeprägt seien, als dass sie gut in der Gesellschaft zurechtkommen könnten. Diese Annahme widerspricht jedoch dem Paradigma der Inklusion, nach dem in einer



vielfältigen Gesellschaft nicht mehr zwischen integrationsfähigen vs. integrationsunfähigen Menschen unterschieden wird. Scheitert die Inklusion – so die Annahme in der Theorie – so liege dies an den ungenügenden Anpassungsleistungen der Institutionen und Dienstleistungsstrukturen und nicht an den betroffenen Menschen (Schwalb/Theunissen 2009) (vgl. auch Kapitel 2.3.1).

### **Sichtweisen auf Alter(n)**

Auch bei den Sichtweisen der Fachkräfte auf Alter(n) entsteht der Eindruck, dass das Interview für einige Befragte die erste Gelegenheit war, über das Alter(n) im Allgemeinen sowie über ihr eigenes Altersbild im Besonderen zu reflektieren (z. B. I2, I5, I13). Ein junger Altenpfleger (I7) gab sogar explizit zu, sich bisher noch nicht mit dem Thema Alter(n) auseinandergesetzt zu haben. Das überrascht angesichts seines Berufes durchaus. Für einige Befragte stellte es eine Herausforderung dar, den Begriff Alter zu definieren (z. B. I4; I9; I12). Dies liegt zum einen wiederum – wie beim Begriff Behinderung – an der Mehrdimensionalität und Komplexität des Begriffs selbst (vgl. Niederfranke et al 1999a). Zum anderen schwang bei den Definitionsversuchen mancher Fachkräfte auch die Angst oder das Unbehagen mit, mit einer Festlegung auf konkrete Kriterien zu starke Zuschreibungen vorzunehmen und damit andere oder auch sich selbst in eine sogenannte Altersschublade zu stecken (vgl. I2; I6). Alter(n) ist in diesem Sinne also durchaus ein Tabuthema – unabhängig von der Profession.

Dem ganzheitlich-gemeinwesenorientierten Paradigma der Altenhilfe zufolge (Kapitel 3.2) wird der alte Mensch als Ganzes betrachtet, bestehend aus Körper, Seele und Geist, mit Defiziten und Kompetenzen gesehen. Er sollte in seiner gesamten Lebenswelt wahrgenommen werden (Hohmeier/Mennemann 1995). Altern wird in der Literatur nicht als Störung der Leistungsfähigkeit gesehen, sondern als Teil des Lebens.

Die meisten Fachkräfte beider Berufsgruppen verbinden mit Alter(n) sowohl Verluste (Abbau von körperlichen und geistigen Funktionen) als auch Gewinne (wachsende Lebenserfahrung und neue Gestaltungsmöglichkeiten). In Übereinstimmung mit den Ergebnissen bisheriger Studien (Kapitel 4.2 und 4.3) verstehen sie Altern als interindividuellen, biologischen Prozess, als einen Abbau von körperlichen und geistigen Funktionen. Nur wenige Fachkräfte erwähnen, dass der Alterungsprozess durch gesundheitsförderliches Verhalten positiv beeinflussbar ist. In der Studie von Walter et al. (2006) gehen die dort befragten medizinischen und pflegerischen Fachkräfte ebenfalls überraschend wenig auf diese Möglichkeit der Einflussnahme ein. Insgesamt erscheint Altern als ein fremdgesteu-

erter Prozess, der von den Befragten einfach hinzunehmen sei. Dies ist insofern interessant, als es gerade zu den Aufgaben der Fachkräfte gehört, mithilfe entsprechender gesundheitsförderlicher Maßnahmen positiv auf den Alterungsprozess der Bewohner\*innen einzuwirken. An Gewinnen beim Altern nennen die Befragten die wachsende Lebenserfahrung, das Wissen, Fortschritte in der Persönlichkeitsentwicklung sowie neue Gestaltungsmöglichkeiten. All diese Aspekte finden sich ebenfalls im Alternverständnis der Geronto-Psychologie (Kapitel 3.2). Die soziale Dimension altersbedingter Veränderungen (z. B. soziale Kontakte, Rollenwechsel) thematisieren die Fachkräfte indes kaum. Das wirft die Frage auf, inwieweit ihnen diese Dimension des Alterns überhaupt bekannt ist.

Eindeutige Zusammenhänge zwischen bestimmten Merkmalen der Fachkräfte und ihren Sichtweisen auf Alter(n) lassen sich aufgrund der geringen Fallzahl nicht ausmachen. Bemerkenswert ist jedoch die bereits erwähnte Einsilbigkeit des jungen Altenpflegers über seine Altersvorstellungen (I7) sowie die Sichtweisen der Krankenschwester (I9) und der jungen Heilerziehungspflegerin (I8), die Alter(n) vor allem mit Pflege assoziieren bzw. extrem distanziert schildern. Darüber hinaus scheint das eigene Lebensalter jedoch keinen Einfluss auf die Alter(n)sbilder der Befragten zu haben – negative wie positive Alterssichtweisen finden sich in sämtlichen Altersgruppen. Ein gemeinsames Merkmal der älteren Befragten (ab 55 Jahren) ist ihre Freude auf die eigene Nacherwerbsphase, die sich vielfach in mehr oder weniger konkreten Vorstellungen über die Nutzung der neuen Freiheit äußert (I3, I5, I11). Der Grund hierfür dürfte der geringe zeitliche Abstand zur eigenen Berentung sein.

In Übereinstimmung etwa mit der Studie von Remmers/Renneke (2012) zeigt sich auch bei den Befragten, dass positiv konnotierte berufliche oder private Erfahrungen mit alten Menschen sich auf die Wahrnehmung von deren Kompetenzen und Gewinnen auswirken. Insgesamt wird das Alter(n)sbild der Fachkräfte durch diese Kontakte besonders realitätsnah, indem es beide Aspekte des Alterns – die Gewinne und die Verluste – berücksichtigt sowie den interindividuellen Verlauf von Alterungsprozessen stärker wahrnimmt (I13, I5, I11). Allerdings mindern auch positiv konnotierte Erfahrungen mit Altern und Sterben nicht automatisch die Angst vor dem eigenen Älterwerden (I4, I13). Positive Erfahrungen vermögen zwar, diese Angst zu schmälern, doch kann die Angst etwa vor der Ungewissheit, was im Falle eines plötzlichen Verlustes der eigenen Selbständigkeit oder der eines Angehörigen passieren wird, durch die Konfrontation mit Altern oder Sterben Dritter sogar verstärkt werden. Diese Ängste der Befragten müssen aufgefangen werden,

damit sie nicht unreflektiert bleiben und so die Arbeit der Fachkräfte mit den älter werdenden Menschen mit Behinderung unbewusst beeinflussen.

### **Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n)**

Die Bevölkerungsgruppe älterer Menschen mit geistiger Behinderung ist eine sehr heterogene Gruppe (Ding-Greiner/Kruse 2004) (Kapitel 2.2). Diese Heterogenität spiegelt sich auch in den Sichtweisen der Befragten wider. Diese stellen fest, dass ältere Bewohner\*innen hinsichtlich der Behinderungsart, des Hilfebedarfs, der Kompetenzen, der Bedürfnisse und Wünsche ein breites Spektrum abbilden (vgl. I4, I7, I6). Dieser Aspekt ist insofern relevant, als dass das Paradigma der Teilhabe und Inklusion eine Begleitung und Pflege älterer Menschen mit Behinderung erforderlich macht, die den individuellen Bedürfnissen der Bewohner\*innen gerecht wird (Kapitel 2.3). Mit wachsender Heterogenität der Klientel dürfte es in der Praxis jedoch immer schwieriger werden, diesen Anspruch zu erfüllen.

Obwohl nach Angaben der Befragten in sämtlichen Wohngruppen, in denen Interviews geführt wurden, bereits berentete Bewohner\*innen leben, scheint das Thema Alter(n) nicht für alle Fachkräfte so wichtig zu sein, als dass es mit den Bewohner\*innen selbst oder zumindest im Team besprochen werden müsste. Auch Kählin et al. (2016) kommen zu dem Ergebnis, dass Mitarbeitende in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe das Alter(n) der Bewohner\*innen kaum thematisieren (Kapitel 4.3). Alter(n) wird in den Wohngruppen der befragten Fachkräfte offenbar erst dann thematisiert und problematisiert, wenn etwa aufgrund der ausgeprägten Demenz eine\*r Bewohner\*in die Aktivitäten in der Gruppe (I3) oder die Kommunikation zwischen Fachkraft und Bewohner\*in (I2, I9) nicht mehr sinnvoll möglich sind und dadurch das Leben in der Wohngruppe oder die Arbeit empfindlich gestört werden. Dies ist jedoch zu spät, da der Alterungsprozess viel früher beginnt – im Grunde genommen sogar schon mit der Geburt. Zudem haben die Bewohner\*innen das Recht, frühzeitig auf ihren Alterungsprozess und ihre Nacherwerbsphase vorbereitet zu werden (Schäper et al. 2010). Dass das Älterwerden in den Wohngruppen nicht thematisiert wird, kann damit zusammenhängen, dass es den Befragten zum Teil nicht leichtfällt, den Prozess des Alterns bei den Bewohner\*innen eindeutig zu bestimmen. Hierfür sind wiederum mehrere Gründe denkbar. Zum einem können die altersbedingten Veränderungen durch die Behinderung überdeckt werden („Overshadowing“, Haveman/Stöppler 2010). Das bedeutet, dass die Fachkräfte das Altern angesichts der behinderungsbedingten körperlichen und geistigen Veränderungen sowie der Änderun-

gen im Verhalten nicht wirklich erkennen (I5; I2). Zum anderen verlaufen Alterungsprozesse auch bei Menschen mit geistiger Behinderung multidirektionell und interindividuell (Kapitel 2.2), was eindimensionale Definitionen unmöglich macht (I2, I5, I14). Schließlich kommt bei manchen Definitionsversuchen die eigene Betroffenheit und Angst der Fachkräfte zum Vorschein, durch die Festlegung bestimmter Kriterien selbst als alt abgestempelt werden zu können (I2).

Gänzlich konträr sind die Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung und Alter bezüglich der Frage, wie leicht oder schwer das Leben für die Bewohner\*innen im Alter sei. Einige Fachkräfte sind der Ansicht, dass den Bewohner\*innen ihr Altern leichter falle, als Menschen außerhalb von Einrichtungen der Behindertenhilfe, da ihnen sämtliche Alltagshandlungen abgenommen würden (I3, I8). Zudem hätten sie keine Angst vor dem Altern, da sie über die altersbedingten Veränderungsprozesse nicht reflektieren könnten (I2, I3, I8, I14). Diese Sichtweise steht im starken Kontrast zur Meinung der Fachwelt. Hier geht man davon aus, dass der Alterungsprozess bei Menschen mit geistiger Behinderung vergleichbar ist mit dem anderer Menschen. Die Bewohner\*innen müssten daher mit ähnlichen altersbedingten Veränderungen (z. B. körperlicher Abbau, Berentung) sowie ähnlichen kritischen Lebensereignissen (z. B. Tod von Angehörigen) zurechtkommen (Ding-Greiner/Kruse 2004, Schäper et al. 2010). Den entscheidenden Unterschied sehen die Fachwelt, aber auch einzelne Befragte (I4) jedoch darin, dass die älteren Bewohner\*innen in der Regel über geringere Ressourcen verfügen, um mit diesen Herausforderungen gut umgehen zu können (BMAS 2013). Daher seien Menschen mit Behinderung im Alter verstärkt von Exklusionsrisiken betroffen. In der Tat haben diese Menschen weniger Möglichkeiten, Veränderungsprozesse zu verarbeiten und sich mit dem Älterwerden auseinanderzusetzen (Schäper et al. 2010), was wiederum ihre Unsicherheiten und Ängste verstärken kann. Dies ist ein weiterer Ansatzpunkt für das professionelle Handeln. Der Bedarf ist hoch für eine kompetente Assistenz durch fachlich qualifizierte Fachkräfte. Diese sollten ältere Menschen mit geistiger Behinderung mit realistischen Altersbildern sowie Sensibilität für ihre Bedürfnisse und Lebenssituation durch die Lebensphase Alter begleiten.

Doch nicht nur auf der Handlungsebene (z. B. Anpassung der Angebote und Wohnhausabläufe an die Bedürfnisse der älter werdenden Bewohner\*innen) stellt das Älterwerden der Bewohner\*innen die Befragten vor neuen Herausforderungen. Auch auf der Beziehungsebene sehen sich die Fachkräfte herausgefordert, die (von ihnen negativ konnotierten) Veränderungen der Bewohner\*innen zu akzeptieren. Ging es bisher in ihrer Arbeit

mit den Bewohner\*innen überwiegend um die Förderung und Weiterentwicklung von Fähigkeiten mit dem Ziel einer größeren Selbständigkeit, erleben die Fachkräfte nun (unaufhaltsame) Abbauprozesse. Um dies annehmen zu können, bedarf es eines professionell begleiteten Aushandlungsprozesses mit sich selbst, aber auch mit den Kolleg\*innen.

Darüber hinaus konfrontiert das Älterwerden der Bewohner\*innen die Fachkräfte auch mit ihren eigenen Altersbildern. Da diese häufig mit Unsicherheiten und Ängsten einhergehen, laufen die Befragten Gefahr, diese unreflektiert auf die älter werdenden Bewohner\*innen zu übertragen. So geht beispielsweise eine Erzieherin aus der Seniorenbetreuung (I3) wie selbstverständlich davon aus, dass ein Leben mit Demenz für Betroffene zwangsläufig eine Qual sein müsse. Dass es auch Demenzerkrankten möglich ist, in einer demenzfreundlichen Umgebung Freude und Selbstwirksamkeit zu erfahren und dass entsprechend qualifizierte Fachkräfte auch Menschen mit Demenz freudvoll begleiten können, scheint für sie undenkbar zu sein. An dieser Stelle wird deutlich, wie dringend notwendig eine weitere Sensibilisierung und Qualifizierung des Personals ist, worauf in Kapitel 7 näher eingegangen wird.

### **Sichtweisen auf gutes Alter(n)**

Die meisten Befragten wünschen sich für ihr eigenes Alter(n) Gesundheit, körperliche und geistige Mobilität sowie die Möglichkeit, weiterhin aktiv am Leben teilhaben zu können. Diese Vorstellung entspricht eher dem biomedizinischen Modell erfolgreichen Alterns von Rowe und Kahn (1997). Rowe und Kahn verbinden mit aktiver Teilhabe am Leben die Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen sowie die Aufrechterhaltung produktiver Tätigkeiten. Dies impliziert auch die Möglichkeit, das Erkrankungsrisiko durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil zu senken (Kapitel 3.3). Diese positive Beeinflussung des eigenen Alterungsprozesses ist bei den Befragten jedoch kaum ein Thema. Dies mag verwundern, wo sie doch Gesundheit als Qualitätskriterium für gutes Alter(n) einen so großen Stellenwert beimessen. Im Umkehrschluss heißt das, dass körperliche und geistige Abbauprozesse sowie ein sozialer Rückzug aus Sicht der Befragten nicht mit gutem Alter(n) kompatibel zu sein scheinen. Gutes Alter(n) ist dieser Lesart nach beschränkt auf das junge, gesunde Alter. Gutes Alter(n) und ein höheres Alter mit entsprechenden Einschränkungen scheinen sich also gegenseitig auszuschließen. (Kapitel 3.2)

Einige Fachkräfte (z. B. I7, I12) verbinden mit gutem Alter(n) jedoch eher eine Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit oder Frieden mit der eigenen Vergangenheit zu schließen. Dies entspricht in groben Zügen der geronto-psychologischen Theorie der Ent-

wicklungsaufgaben nach Erikson (1950). Demnach unterteilt sich das Leben in verschiedene Entwicklungsstufen, die bei der Weiterentwicklung einer funktionsfähigen Persönlichkeit jeweils zu meistern gilt. Diese Entwicklungsstufen sehen in der vorletzten Stufe u. a. die Akzeptanz des bisher gelebten Lebens sowie in der letzten Stufe die erfolgreiche Aufarbeitung ungeklärter Konflikte vor (Feil/Klerk-Rubin 2013) (Kapitel 3.3).

Vereinzelt finden sich in den Ausführungen der Befragten auch Ansätze des Modells der selektiven Optimierung mit Kompensation von Baltes und Baltes (1989, 1990b). Dies ist etwa der Fall, wenn Fachkräfte (z. B. I5, I6) sich wünschen, dass ihre körperliche Leistungsfähigkeit auch noch dann von anderen anerkannt wird, wenn sie aufgrund ihres Alters ihre Ziele und Aktivitäten an die nachlassenden körperlichen Möglichkeiten anpassen müssen.

Nur wenige Befragte sehen in der Lebensphase Alter die Gelegenheit, sich gesellschaftlich zu engagieren (I5; I11). In Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Denninger et al. (2014) (Kapitel 3.3) freuen sich die meisten Fachkräfte auf ihren Ruhestand, den sie vornehmlich als Befreiung von Pflichten betrachten (I3, I7) bzw. auf ihren Unruhestand, der als Freiraum für eigene Interessen in den Bereichen Kreatives, Kultur oder Bildung verstanden wird (I3, I4, I6, I12, I14). Verbunden mit dem Wunsch nach Gesundheit und Aktivität führen die Fachkräfte vor allem auch den Wunsch nach einem selbständigen und selbstbestimmten Altern an (I5, I8; I11, I14).

Die Befragten machen einen grundlegenden Unterschied zwischen den Vorstellungen von einem guten Alter(n), die sie auf sich selber beziehen und jenen, die sie für die Bewohner\*innen formulieren. An ihr gutes Alter(n) legen die Befragten andere Maßstäbe an, wie etwa Selbständigkeit, Selbstbestimmung, gemeinsames Leben mit der eigenen Familie, ehrenamtliches Engagement, als für die Bewohner\*innen. Deren gutes Alter(n) sei gekennzeichnet von Kontinuität im Wohnhausalltag, Anerkennung und der Ermöglichung von Teilhabe.

Allerdings ist der Gesundheitszustand der älteren Bewohner\*innen sowie deren finanzielle Situation im allgemeinen schlechter als in der Gesamtbevölkerung. Selbständigkeit und Selbstbestimmung – für die Fachkräfte wichtige Kriterien im Zusammenhang mit Gutem Alter(n) – sind für viele Bewohner\*innen deren gesamtes Leben lang alles andere als eine Selbstverständlichkeit gewesen. Nur selten werden Betroffene selbst in Entscheidungen miteinbezogen, etwa darüber, in welcher Einrichtung sie leben sollen. Die Möglichkeit, den eigenen Interessen nachzugehen, setzt voraus, diese zu kennen, nach ihnen

gefragt zu werden und ggf. bei der Umsetzung die notwendige Unterstützung zu erfahren. So beziehen manche Fachkräfte ihren Wunsch, in der Nacherwerbsphase freie Zeit für ein Ehrenamt in der Gemeinde zu nutzen, nicht auf die Bewohner\*innen. Neuausrichtungen scheinen für berentete Bewohner\*innen lediglich innerhalb des institutionellen Rahmens der Einrichtung realisierbar zu sein (Stichwort das erste Mal einen Seidenschal gestalten). Des Weiteren bleibt es dahingestellt, inwieweit die sich veränderten Fähigkeiten und Bedürfnisse der Bewohner\*innen in den Wohneinrichtungen akzeptiert und respektiert werden können, wenn Bewohner\*innen z. B. aufgrund einer Demenz die streng getakteten Wohnhausabläufe und die Wohngruppenstruktur sprengen.

Insgesamt trauen die Fachkräfte den Bewohner\*innen den Wunsch und die Fähigkeit, über ihr eigenes bisheriges Leben zu reflektieren, um zum einen die eigene Persönlichkeit weiterzuentwickeln und zum anderen ungelöste Fragen der Vergangenheit für sich zu bearbeiten, nicht zu.

Eine ausreichende finanzielle Absicherung und ein Altwerden im eigenen Wohnhaus mit Ehepartner\*in und Kindern ist für die allermeisten Bewohner\*innen eine Utopie. Selbst das Altwerden in vertrauter Umgebung ist für viele Bewohner\*innen keineswegs garantiert. Das soziale Umfeld ist häufig instabil, die Wohngarantie abhängig von der Ausrichtung und den strukturellen Möglichkeiten der eigenen Einrichtung.

In der Literatur wird gutes Alter(n) für Menschen mit geistiger Behinderung hingegen definiert als funktionierendes Zusammenspiel von Fähigkeiten und Ressourcen der jeweiligen Person, der Rahmenbedingungen in ihrem sozialen Umfeld sowie der Art und des Umfangs der zur Verfügung stehenden Unterstützungsleistungen (Heller 2004). Ziel eines guten Alter(n)s seien demzufolge Selbständigkeit, hohe Lebensqualität, physisches und emotionales Wohlbefinden sowie die Inklusion ins Gemeinwesen (ebd.). Wenn Bewohner\*innen in der Kommunikation und Umsetzung der Wünsche und Vorstellungen für ihr Älterwerden eingeschränkt werden, sei es Aufgabe der Fachkräfte in den Wohneinrichtungen, für eine passgenaue, personenbezogene Unterstützung Sorge zu tragen (Michna et al. 2007). Die Ausführungen der Befragten weichen deutlich von dieser Zielsetzung ab. Inklusion als Zielperspektive guten Alter(n)s wird in den Interviews kaum erwähnt. Ein älterer Erzieher (I5) entwirft zwar die Vision, dass sich im Optimalfall alle Sonderstrukturen auflösen und die Menschen – unabhängig von ihrem alters- bzw. behinderungsbedingten Unterstützungsbedarf – gemeinsam in ihrer Gemeinde leben. Doch scheint es auch für ihn eben eine Vision zu sein, deren praktische Umsetzung noch in

aller Ferne liegt. Daneben muss die kritische Frage gestellt werden, wie die Gestaltung eines guten Alter(n)s der Bewohner\*innen gelingen soll, wenn

- das Alter(n) der Bewohner\*innen von den Fachkräften nicht aktiv thematisiert wird,
- den Bewohner\*innen die Fähigkeit und der Wunsch abgesprochen wird, über ihr eigenes Altern zu reflektieren,
- Fachkräfte pauschal unterstellen, dass Bewohner\*innen mit ihrer Lebenssituation zufrieden sind und kein Problem mit dem Alter(n) haben,
- Fachkräfte ihre eigenen negativen Altersbilder ggf. unbewusst auf die Bewohner\*innen übertragen,
- die Menge und zeitliche Verdichtung der Arbeitsaufgaben den Fachkräften nur bedingt Zeit lässt, auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner\*innen einzugehen?

Diese Fragen machen deutlich, welche enorme Bedeutung die Sichtweisen der Fachkräfte für die Entwicklung guter Rahmenbedingungen für gutes Alter(n) der Bewohner\*innen in den Wohneinrichtungen haben.

An dieser Stelle soll noch einmal die Kritik aufgegriffen werden, der Begriff gutes Alter(n) gebe normativ vor, wie man „richtig“ altere (Schroeter 2004, Dieckmann et al. 2013, Kapitel 3.3). Gerade in Bezug auf Menschen mit Behinderung ist hier Vorsicht geboten. Diese Menschen entsprechen – nach dem in vielen Köpfen immer noch vorherrschenden medizinisch-defizitären Verständnis von Behinderung – bereits in jungen Jahren nicht der Norm, „richtig“ zu funktionieren (I9). Menschen mit Behinderung laufen also Gefahr, doppelt abgewertet zu werden, wenn ihre körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Zuge des Alterungsprozesses zusätzlich abbauen oder sie sich zurückziehen (wollen). Ein kritischer Begriff von gutem Alter(n) sollte sich also nicht nur auf den Erhalt körperlicher, geistiger und sozialer Aktivität fokussieren. Vielmehr sollte es um die entsprechenden Rahmenbedingungen gehen, die es Menschen – ob mit oder ohne Behinderung – ermöglichen, ihr Alter nach ihren eigenen Vorstellungen gut zu gestalten und zu leben. Aufgabe der Fachkräfte sollte es sein, älter werdenden Menschen Optionen aufzuzeigen und für diese Möglichkeiten zu schaffen, wie sie ein gutes Alter(n) auch dann erfahren können, wenn ihre Kräfte nachlassen und ihre Handlungsspielräume sich verringern. Grundlage hierfür ist jedoch wiederum ein realistisches Altersbild.



**Sichtweisen auf professionelles Handeln (im Kontext mit Alter)**

Die aktuelle Literatur (Kapitel 3.4) sieht es als wesentliche Aufgabe der Fachkräfte in heilpädagogischen Einrichtungen an, die Bewohner\*innen so zu unterstützen, dass diese unter Berücksichtigung ihrer altersspezifischen Lebensumstände (z. B. Berentung, Abbau von Fähigkeiten) sowie ihrer behinderungsbedingt eingeschränkten Handlungsspielräume die Lebensphase Alter selbstbestimmt gestalten können (Schäper et al. 2010). Dazu gehöre auch, ältere Bewohner\*innen frühzeitig auf den Alterungsprozess und die Nacherwerbsphase vorzubereiten, ihnen also den nötigen Rahmen (Zeit, Assistenz) zur Verfügung zu stellen, um sich mit ihrem Alter(n) auseinanderzusetzen. Die interviewten Fachkräfte vermitteln jedoch den Eindruck, dass sie das Alter(n) von Bewohner\*innen erst dann thematisieren, wenn Abläufe in den Wohneinrichtungen oder Gruppenaktivitäten durch das auffällige Verhalten einzelner z. B. demenzerkrankter Bewohner\*innen empfindlich gestört werden.

Eine weitere Aufgabe der Fachkräfte ist es, für Barrierefreiheit in den Wohneinrichtungen zu sorgen, so dass immobil werdende Bewohner\*innen weiterhin in ihrem vertrauten Lebens- und Wohnumfeld bleiben können – vorausgesetzt, sie wollen dies auch. In den Außenwohngruppen ist diese Barrierefreiheit vielfach nicht vorhanden (I11, I12). Zu den Aufgaben der Fachkräfte gehört es auch, den Bewohner\*innen alternative Wohnsituationen anzubieten und zu erläutern, so dass diese ihre Wahlfreiheit ausüben können (Kapitel 3.4).

Die Fachkräfte sollten die Bewohner\*innen auch über alternative inklusive und zielgruppenspezifische Beschäftigungsformate für berentete Bewohner\*innen informieren sowie ggf. die Teilnahme daran organisieren und realisieren (Bigby 2004). In den Einrichtungen der Befragten ist dies einerseits durch die tagesstrukturierende Renter\*innenbetreuung gewährleistet. Andererseits stellt sich jedoch die Frage, inwieweit die Einrichtungen dem möglichen Wunsch der Bewohner\*innen entsprechen können, ihre Freizeit nicht mit diesen standardisierten Gemeinschaftsprogrammen zu verbringen, sondern (mit entsprechender Assistenz) andere Angebote wahrzunehmen (Dieckmann 2009).

Des Weiteren stellt sich die Frage, in welchem Maße die Fachkräfte und die Einrichtungen überhaupt darauf vorbereitet sind, auch demenzerkrankten Bewohner\*innen einen sinnstiftenden Alltag zu ermöglichen. Die von den befragten Fachkräften thematisierten Schwierigkeiten, demenzerkrankte Bewohner\*innen in den normalen Wohnhausalltag zu integrieren (I3, I9), verdeutlichen die Notwendigkeit einer weitergehenden Qualifizierung und Sensibilisierung des Personals sowie einer Anpassung der Angebotsstrukturen.

Um der Zunahme altersbedingter gesundheitlicher Einschränkungen und Mobilitätseinbußen entgegenzuwirken (vgl. Schäper et al. 2010), sollten die Fachkräfte die Gesundheit der Bewohner\*innen stärken und deren Selbstversorgungskompetenzen trainieren. Letzteres verstehen die befragten Fachkräfte schon jetzt als eine ihrer wesentlichen Aufgaben (vgl. z. B. I3, I5, I11, I12). Diese Aufgabe steht jedoch nicht selten im Konflikt mit den engen zeitlichen Vorgaben des Arbeitsalltags. In der Praxis seien Fachkräfte häufig verleitet, Verrichtungen aus Gründen der Zeitersparnis selbst vorzunehmen, anstatt die Bewohner\*innen zu mehr Selbständigkeit anzuleiten (z. B. I5). Auch scheint es in den Einrichtungen an Gymnastikräumen und qualifiziertem Personal zu fehlen, um die Beweglichkeit (älterer) Bewohner\*innen zu trainieren (vgl. z. B. I5). Teilweise fehlt schon das Personal, um mit eine\*r immobilen Bewohner\*in überhaupt zu zweit ein paar Schritte laufen üben zu können (z. B. I13).

Das Verständnis der Fachkräfte von ihrer professionellen Arbeit mit älteren Bewohner\*innen legt den Fokus auf die (verstärkte) Aktivierung der Bewohner\*innen sowie auf die altersangepasste Beziehungsarbeit. Diese sei auch damit verbunden, die negativen Veränderungsprozesse der Bewohner\*innen zu verstehen und zu akzeptieren sowie sich dabei mit dem eigenen Altersbild auseinanderzusetzen. Schließlich – und das soll an dieser Stelle noch einmal betont werden – gehört es für die Fachkräfte zu ihrem Professionsverständnis, mit der durch die altersbedingten veränderten Bedürfnisse der Bewohner\*innen noch einmal stärker zunehmenden Heterogenität und Komplexität ihres Aufgabefeldes zurechtzukommen (I4, I6, I7). Professionalität bedeute, alle anfallenden Aufgaben bis zum Dienstenende ordnungsgemäß zu erledigen. In der Praxis stünden dabei häufig hauswirtschaftliche, organisatorische, grund- und pflegerische Aufgaben sowie die Dokumentation dieser Tätigkeiten im Vordergrund. Das, was vom Selbstverständnis der Heilpädagogik als originäre Aufgabe der Fachkräfte angesehen wird – nämlich die heilpädagogische Arbeit mit den Bewohner\*innen sowie die Förderung ihrer Kompetenzen und ihrer Autonomie (vgl. Wacker et al. 2005a) – tritt also im Berufsalltag oft notgedrungen in den Hintergrund. Dies beeinflusst den Anspruch der Fachkräfte an ihre eigene professionelle Arbeit auch qualitativ. Nach Ansicht mancher Befragter (I2, I3, I14) liegt den Leitungen ihrer Einrichtungen mehr an der Durchführung und Dokumentation überwiegend abrechnungsfähiger Verrichtungen, als an spontanen und freudvollen Begegnungen zwischen Fachkräften und Bewohner\*innen. Dies führt bei einigen Befragten zu viel Frust, da sie unter den betrieblichen Vorgaben ihrem persönlichen Anspruch an eine qualitativ hochwertige pädagogische Arbeit nicht gerecht werden können.

Auf der anderen Seite schadet dies den Bewohnern\*innen und verletzt ihr Recht auf eine individuelle, selbstbestimmte Lebens- und Alltagsgestaltung.

Allem Anschein nach haben die Fülle an Aufgaben sowie die umfangreichen Dokumentationspflichten nicht nur den Berufsalltag, sondern auch das Professionsverständnis der Fachkräfte nachhaltig verändert und dies offenbar unabhängig von deren Profession: Es scheint nicht mehr primär um eine qualitativ gut ausgestaltete pädagogische und pflegerische Arbeit gehen zu können, sondern darum, mit der Fülle an oftmals routinierten Tätigkeiten rechtzeitig fertig zu werden. Eine am Individuum sowie seinen Bedürfnissen und Ressourcen orientierte Arbeit scheint so nur schwer möglich zu sein.

Der Schlüssel für eine teilhabeorientierte, individuelle Begleitung (älterer) Menschen mit geistiger Behinderung liegt daher in der Abkehr von der Angebotsorientierung in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Ausrichtung auf die personenbezogene Unterstützung. Standardlösungen und -angebote können dem Anspruch nach einer personenorientierten Assistenz (älterer) Menschen mit Behinderung offenbar nicht mehr gerecht werden. Dieser Aspekt wird in Kapitel 7.3 noch einmal aufgegriffen.

## 7 Fazit und Ausblick

Dieses letzte Kapitel fasst die wichtigen Argumente dieser Arbeit sowie die wesentlichen Ergebnisse der empirischen Untersuchung zusammen (Kapitel 7.1). Daran schließen sich Schlussfolgerungen für Praxis und Forschung an (Kapitel 7.2).

### 7.1 Zentrale Erkenntnisse

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Deutungsmuster in den subjektiven Sichtweisen von Fachkräften in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung auf Behinderung, (gutes) Alter(n) und professionelles Handeln zu rekonstruieren. Davon ausgehend, dass diese Sichtweisen handlungsleitend sein können (Cloerkes 2007, Rothermund/Wentura 2007), sollten diese empirisch erhobenen Sichtweisen mit aktuell diskutierten Konzepten der Heilpädagogik und der sozialen Gerontologie verglichen werden. Auf dieser Grundlage sollten Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung stationärer Wohnangebote im Sinne eines guten Begleitens älter werdender Bewohner\*innen konzipiert werden.

Zunächst wurde in Kapitel 2 die aktuelle Bedeutung einer Untersuchung der genannten Sichtweisen von Fachkräften in der Behindertenhilfe für Praxis und Forschung erläutert. Wie in Kapitel 2.1 dargelegt, wird beispielsweise in Westfalen-Lippe beim Anteil der über 60-jährigen Menschen mit geistiger Behinderung an der Gesamtgruppe derjenigen, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, mit einem Anstieg von 10 % 2010 auf 31 % 2030 gerechnet (Dieckmann et al. 2010). Zugleich wird im stationären Wohnbereich, in dem die meisten erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung leben, der Anteil der über 60-Jährigen an den erwachsenen Bewohner\*innen im gleichen Zeitraum von 16 % auf 47 % zunehmen. Anbieter\*innen von Unterstützungsleistungen in diesem Bereich sind daher angehalten, ihr Personal und ihre Angebotsstruktur an diese wachsende Zielgruppe anzupassen. Auch das Personal – also die Fachkräfte – kommt nicht umhin, sich mit dem Alter(n) der Bewohner\*innenschaft sowie mit den eigenen Altersbildern auseinanderzusetzen.

Die Bedeutung der vorliegenden Arbeit wird auch dadurch unterstrichen, dass Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund ihrer Sozialisation in Einrichtungen der Behindertenhilfe verglichen mit gleichaltrigen Menschen ohne Behinderung in der Regel auf geringere Ressourcen zurückgreifen können, um den Herausforderungen und Chancen des Älterwerdens gut begegnen zu können (BMAS 2013) (Kapitel 2.2). Sie unterliegen einem

erhöhten Gesundheitsrisiko, ihre sozialen Netzwerke sind in der Regel kleiner und fragiler. Ihr Übergang in die Nacherwerbsphase geht häufiger mit finanziellen Einbußen einher. Das Leben in stationären Wohneinrichtungen ist geprägt von einem eingeschränkten Maß an Privatsphäre und Selbstbestimmung sowie begrenzten Kontakten zur Außenwelt. Krankheitsbedingte Umzüge in spezielle Pflegeeinrichtungen berauben die Bewohner\*innen in noch größerem Ausmaß ihrer alltagspraktischen Routinen und sozialen Bezüge. Vielen Menschen mit geistiger Behinderung ist das Recht auf Teilhabe und Selbstbestimmung aus diesen Gründen schlichtweg fremd. Fachkräfte müssen für diese spezielle Lebenssituation älterer Menschen mit geistiger Behinderung sensibilisiert sein, um sie im Alltag adäquat begleiten und im Bedarfsfall entsprechend unterstützen zu können.

Die Paradigmenwechsel in der Behinderten- und Altenhilfe (Kapitel 2.3) – von einer verwahrenden über eine versorgende hin zu einer (potenzial)fördernden und teilhabeorientierten sozialen Arbeit – die sich in den letzten Jahrzehnten vollzogen haben, sollen sich in den Angebotsstrukturen für ältere Menschen mit Behinderung auch praktisch niederschlagen. Die Umsetzung von Zielen wie Selbstbestimmung, Inklusion, Teilhabe oder Sozialraumorientierung erfordert neben einer grundlegenden strukturellen und leistungsrechtlichen Umorientierung vor allem der Fachkräfte den Ausbau vielseitiger Qualifikationen und Kompetenzen, aber auch eine Veränderung des professionellen Selbstverständnisses. Letzteres ist gerade deshalb entscheidend, weil Fachkräfte stationärer Wohndienste häufig die zentralen Bezugspersonen für die Bewohner\*innen und somit Mitgestalter\*innen ihrer Lebensphase Alter sind (Dieckmann et al. 2015) (Kapitel 2.4). Daher ging diese Arbeit den Fragen nach, inwieweit diese Umorientierung bei Fachkräften bereits stattgefunden hat und welche Rolle die Ziele Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion bei der Begleitung (älterer) Bewohner\*innen praktisch spielen (können).

In Vorbereitung der empirischen Untersuchung wurden in Kapitel 3 die in der Heilpädagogik sowie der sozialen Gerontologie gegenwärtig diskutierten Konzepte aus den Bereichen Behinderung, (gutes) Alter(n) und Professionalität vorgestellt. Diese dienten später zur Einordnung und Diskussion der Ergebnisse der empirischen Untersuchung.

*Behinderung* wird je nach theoretischer Perspektive unterschiedlich verstanden (Kapitel 3.1). Aus individualtheoretischer Sicht wird Behinderung als individuelles, überwiegend irreparables Defizit gesehen, für das die Betroffenen selbst verantwortlich sind. Medizinisch-therapeutische Hilfen sowie Sozialhilfeleistungen sollen das vermeintliche Problem der Behinderung lösen (Bleidick 1999, Degener 2009, Waldschmidt 2007). Aus

sozialtheoretischer Sicht wird Behinderung als Resultat gesellschaftlicher Diskriminierung betrachtet, die entsteht, wenn Betroffene systematisch bzw. strukturell ausgegrenzt werden. Abhilfe sollen hier wohlfahrtsstaatliche Unterstützung sowie die Selbsthilfepotenziale der Betroffenen schaffen (Waldschmidt 2007, Degener 2009). Sowohl die individual- als auch die sozialtheoretische Sicht auf Behinderung gelten inzwischen als überholt. Mittlerweile hat sich in der wissenschaftlichen Fachwelt ein Verständnis von Behinderung als mehrdimensionalem Konstrukt durchgesetzt, das von sich wechselseitig bedingenden Faktoren bestimmt wird (BMAS 2013). Die ICF versteht Behinderung als Ergebnis einer dynamischen Interaktion zwischen dem individuellen Gesundheitsproblem einer Person auf der einen Seite und Kontextfaktoren auf der anderen Seite (WHO 2005). Behinderung kann verringert werden durch den Ausbau persönlicher Ressourcen sowie ein ausgewogenes Zusammenspiel zwischen betroffenem Individuum und seiner materiellen und sozialen Umwelt. Nach diesem Verständnis sind sowohl die Person mit Beeinträchtigung als auch die Gesellschaft für die Realisierung von Teilhabe verantwortlich (ebd.). Das menschenrechtliche Modell führt Behinderung auf die gesellschaftlich konstruierte Entrechtung von Menschen mit Behinderung zurück (Degener 2009). Die UN-BRK betrachtet Menschen mit Behinderung als Menschenrechtssubjekte. Der Diversity-Ansatz versteht Behinderung als kulturelle Bereicherung in einer von Vielfalt geprägten Welt.

*Altern* als Prozess sowie *Alter* als Lebensphase sind vielschichtig und vielgesichtig (Niederfranke et al. 1999a) (Kapitel 3.2). Sie, wie auch alte Menschen, lassen sich nicht eindimensional beschreiben. *Alter* und *Altern* sind durch stets individuell spezifische körperliche, psychische, soziale und gesellschaftliche Phänomene bestimmt (Baltes/Baltes 1992). Zudem verlaufen Alternsprozesse aufgrund von Einflussfaktoren wie Lebenswandel oder Umweltbedingungen inter- und intraindividuell unterschiedlich. Sie gehen mit Verlusten und Gewinnen einher, was sich in der Individualität und Pluralität von Lebensformen und -situationen älterer Menschen niederschlägt (Wahl/Heyl 2015, Motel-Klingebiel et al. 2010b). Ebenso wie Behinderung wird auch *Alter(n)* je nach theoretischer Perspektive unterschiedlich definiert (Kapitel 3.2). Die Biologie versteht *Altern* als einen Veränderungsprozess im Zeitverlauf, der mit einer fortschreitenden und irreversiblen Abnahme der Anpassungsfähigkeit des Organismus an die Umwelteinflüsse einhergeht (Simm 2015). Die Medizin interessiert sich für die Entstehung, den Verlauf sowie die Therapie von Alterserkrankungen. *Alter(n)* wird als pathologisch angesehen, wenn Krankheiten auftreten, die die Lebensqualität sowie die Lebensdauer älterer Menschen

beeinträchtigen (Gerok/Brandstädter 1992). In der Psychologie wird Alter(n) als Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit und der Persönlichkeit eines Menschen betrachtet. Auch diese geht mit Gewinnen und Verlusten einher (Staudinger 2008, Martin/Kliegel 2014, Wahl/Heyl 2015). Die Soziologie betrachtet Alter(n) als gesellschaftliches Phänomen und untersucht die Veränderungen in Lebenslagen und sozialen Positionen von Menschen in verschiedenen Lebensphasen. Zudem untersucht sie die Einbindung von Individuen in gesellschaftliche Gruppen und Institutionen (Lessenich 2015).

In Kapitel 3.3 wurden die Sichtweisen auf *gutes Alter(n)* dargestellt. Für die Biomedizin liegt der Schlüssel zu gutem Alter(n) in der Abwesenheit von Krankheit sowie im Erhalt der physischen und geistigen Funktionsfähigkeit (Bowling/Dieppe 2005). Auch die selbstverantwortliche aktive Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen sowie das produktive Tätig-Sein werden als wesentlich für gutes Alter(n) angesehen (Rowe/Kahn 1997). In der Geronto-Psychologie ist ein Kernthema das erfolgreiche Alter(n). Nach der Theorie der Entwicklungsaufgabe von Erikson (1988) ist Alter(n) erfolgreich, wenn es dem Individuum gelingt, die Entwicklungsaufgaben jeder einzelnen Lebensphase zu lösen. In den letzten Phasen des Lebens sei es das Ziel, durch die Akzeptanz des Soseins und durch die Aufarbeitung von Vergangenem Weisheit und Frieden mit sich selbst zu finden (Erikson 1988, Feil/Klerk-Rubin 2013). Nach Baltes und Baltes (1989a) bedeutet erfolgreiches Altern, körperliche und geistige Defizite durch Selektion und Kompensation auszugleichen und sowie vorhandene biologische, mentale und soziale Kapazitätsreserven zu optimieren. Dadurch werden Gewinne maximiert und Verluste minimiert. Die Alterssoziologie versteht gutes Alter(n) als sozial integriertes Altern und fragt, wie sich der altersspezifische Rollenwechsel vollzieht, wie also ein strukturfunktionalistisches Gleichgewicht zwischen Gesellschaft und alterndem Individuum hergestellt werden kann. Vertreter\*innen der Aktivitätstheorie sehen einen starken Zusammenhang zwischen Aktivität im höheren Alter und subjektiver Lebenszufriedenheit (Tartler 1961, Havighurst et al. 1968). Für die Disengagement-Theorie liegt die Lösung hingegen im freiwilligen Rückzug Älterer aus sozialen Aktivitäten und Rollen (Cumming/Henry 1961). Die Kontinuitätstheorie sieht in einer Synthese von Aktivitäts- und Disengagement-Theorie die Beibehaltung gewohnter Aktivitäts- bzw. Rückzugsbestrebungen im Alter als Garanten für ein erfolgreiches Alter(n) an (Atchley 1971, 1989). Beim komplexeren Konzept des active ageing (WHO 2002) stehen sowohl die älter werdenden Menschen als auch die gesamte Gesellschaft in der Verantwortung, sich für ein aktives Altern aller Menschen einzusetzen. Schlüsselprinzipien des active ageing Konzeptes sind u. a. das

Einbeziehen aller Gruppen älterer Menschen, der Lebenslaufbezug, die inter- und intra-generationelle Solidarität, der gesellschaftliche Nützlichkeitsbezug sowie die soziale Absicherung sozial benachteiligter älterer Bevölkerungsgruppen (Walker 2002). Aktives Altern meint weiter Möglichkeiten zu optimieren, die Gesundheit auch im Alter zu wahren, am sozialen Leben teilzuhaben, sozial abgesichert zu sein und die eigene Lebensqualität zu verbessern. Für ein gutes Alter(n) von Menschen mit geistiger Behinderung spielen das erfolgreiche Zusammenwirken von individuellen Fähigkeiten, den Rahmenbedingungen im sozialen Umfeld sowie die Art und der Umfang der zur Verfügung gestellten Unterstützungsleistungen eine entscheidende Rolle. Heller (2004) zufolge sind Selbstbestimmung und Selbständigkeit, Gesundheit, subjektives Wohlbefinden sowie Inklusion im Gemeinwesen und Teilhabe entscheidende Zielfaktoren für ein gutes Alter(n) von Menschen mit (geistiger) Behinderung.

Die Annahme, dass Behinderung im Zusammenspiel von individueller Beeinträchtigung und förderlichen bzw. hinderlichen Umweltbedingungen abgebaut, aber auch verstärkt werden kann sowie der Gedanke, dass ein gutes Alter(n) von Menschen mit Behinderung erst im Zusammenspiel von individuellen Fähigkeiten, Gesundheit, Funktionsfähigkeit und förderlichen Lebensumwelten realisiert werden kann, unterstreichen die zentrale Rolle, die Fachkräfte bei der professionellen Begleitung älter werdender Bewohner\*innen in Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe einnehmen.

Die Fachkräfte bestimmen mit ihrem professionellen Handeln die Gestaltungsmöglichkeiten der Bewohner\*innen. Daher war es bei der empirischen Untersuchung von großem Interesse, nicht nur die Deutungsmuster in den subjektiven Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) zu rekonstruieren, sondern auch die Deutungsmuster im *Verständnis von professionellem Handeln* in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe (Kapitel 3.4). Professionelles heilpädagogisches Handeln ist das Streben nach der Entbeeinträchtigung von belastenden Zuständen, Prozessen und Lebenslagen von Menschen mit Behinderung (Ondracek 2013). Dieses Handeln ist gekennzeichnet durch Beziehungsgestaltung, Personenzentriertheit, professionelle Mitmenschlichkeit, adäquate Verknüpfung von angewandtem (gerontologischen) Fachwissen sowie das Verstehen persönlicher Lebenslagen der Bewohner\*innen. Wichtig ist auch ein adäquater Umgang mit verschiedenen Paradoxien, die in der Zusammenarbeit mit der Klientel aufkommen können (Greving/Ondracek 2009a). Dazu gehört die Widersprüchlichkeit, auf der einen Seite zwischenmenschliche Beziehungen eingehen und auf der anderen Seite das eigene Handeln an rechtlichen und institutionellen Vorgaben ausrichten zu müssen. Des Weiteren sollen



die Fachkräfte auf der einen Seite den Menschen mit Behinderung Autonomie ermöglichen, aber auf der anderen Seite aufgrund ihrer Aufsichtspflicht bestimmte Verhaltensänderungsmaßnahmen auch gegen den Willen der Bewohner\*innen durchsetzen. Mit diesen Widersprüchen gilt es professionell umzugehen. Den Betroffenen trotz des großen Machtgefälles auf Augenhöhe zu begegnen, kann für die Mitarbeitenden durchaus zu einem Balanceakt werden.

Bei der Begleitung älter werdender Bewohner\*innen in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe haben die Fachkräfte die Aufgabe, es den Bewohner\*innen durch Unterstützungsmaßnahmen zu ermöglichen, ihre Lebensphase Alter – trotz der altersspezifisch kritischen Lebensumstände sowie der behinderungsbedingt eingeschränkten Handlungsspielräume – selbstbestimmt zu gestalten (Schäper et al. 2010). Dazu zählen u. a. eine frühzeitige Vorbereitung der Bewohner\*innen auf Alterungsprozesse und die Nacherwerbsphase, die Schaffung eines altersfreundlichen (Wohn-)umfeldes sowie die gemeinsame Entwicklung alternativer sinnstiftender Beschäftigungsmöglichkeiten (ebd.). Wohnen, die Alltags- und Freizeitgestaltung, soziale Beziehungen und Netzwerke sowie Bildung sind relevante Lebens- bzw. Teilhabebereiche, in denen die Fachkräfte als zentrale Ansprechpartner\*innen, Organisator\*innen, Moderator\*innen, Berater\*innen und Animator\*innen fungieren (Dieckmann 2009). Sie sind daher, ebenso wie die Leitungskräfte angehalten, ihr didaktisch-methodisches Handeln und ihre Arbeitshaltung im Sinne der Angebotsorientierung und des personenzentrierten Handelns anzupassen (Wacker 2005a). Ziel sollte ein teilhabeorientiertes Grundverständnis (Dieckmann et al. 2013) sowie ein Klima des Zutrauens und Zulassens (Wacker 2005a) sein. Auch den Bedürfnissen der älter werdenden Klientel gilt es mit fundiertem (sozial-)gerontologischen Fach- und Methodenwissen zu begegnen.

Kapitel 4 stellte die Befunde bisheriger empirischer Untersuchungen von Einstellungen zu Behinderung und Altersbildern dar. Dabei wurden vor allem die Gründe für bestimmte Einstellungen und Altersbilder sowie deren Auswirkungen auf Fachkräfte in der Behindertenhilfe betrachtet. Einstellungen zu Menschen mit Behinderung sowie Altersbilder bestehen aus drei Komponenten: einer normativen, einer kognitiven und einer emotionalen (Cloerkes 2007, Bundestag 2010). Sie dienen der Orientierung in einer komplexen Welt und funktionieren über Generalisierungen und Verhaltensmuster. Sie gelten als handlungsleitend, wobei allerdings nicht automatisch von bestimmten Einstellungen auf ein bestimmtes Verhalten geschlossen werden kann (Cloerkes 2007).

Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung sowie Altersbilder werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Erstere gelten als „bemerkenswert starr und sehr grundlegend“ (Cloerkes 2007: 106). Dabei lassen sich nur wenige eindeutige Entstehungsfaktoren ausmachen: Negative Sichtweisen gegenüber Behinderung steigen mit der Sichtbarkeit der Behinderung und der Stärke der Abweichung von der Norm der Funktionalität von z. B. Sprache. Auch die Qualität des Kontakts zwischen Einstellungsträger\*in und Mensch mit Behinderung ist relevant. Intensive, emotionale und freiwillige Kontakte beeinflussen die Einstellungen positiv. Berufliche Kontakte sowie ein ausgeprägtes Wissen über Menschen mit Behinderung führen hingegen nicht zwangsläufig zu positiveren Einstellungen. Interessant ist die Hypothese, dass nicht die Berufsausbildung, sondern persönliche und soziale Kompetenzen der Fachkräfte entscheidend sind für ihre Einstellungen und ihr Verhalten (Schuppener 2001). Zu überprüfen war in der empirischen Untersuchung auch die These, dass die Einstellungen und das Verhalten der Fachkräfte gegenüber Menschen mit Behinderung unabhängig vom Alter der Einstellungsobjekte sind (ebd.).

Altersbilder spielen eine Rolle für das berufliche Selbstverständnis von Fachkräften. Sie prägen deren Wahrnehmung von Einschränkungen, Kompetenzen, Ressourcen und Bedürfnisse der Bewohner\*innen. Metastudien zu Altersbildern im pflegerischen und medizinischen Bereich zeigen, dass diese verschiedene positive und negative Facetten aufweisen (Walter et al. 2006, Remmers/Renneke 2012). Diese können durchaus nebeneinanderstehen oder miteinander konkurrieren. Mögliche Einflussfaktoren sind neben der fachlichen Qualifikation das vorhandene Alterswissen, die Berufserfahrung, die Arbeitsbedingungen, die Interaktionssituationen sowie die jeweils favorisierten Pflegemodelle (ebd.).

Die Studien zeigen, dass sich medizinische und pflegerische Fachkräfte schwer tun, Alter zu definieren. Altersbilder beziehen sich meist auf Hochbetagte. Menschen, die geistig und körperlich fit sind, gelten für sie nicht als alt. Berufliche Erfahrungen mit älteren (pflegebedürftigen) Menschen relativieren einseitig positive oder negative Altersbilder ambulanter Pflegefachkräfte und führen zu differenzierteren Altersbildern (Walter et al. 2006). Bei Studierenden der Pflegewissenschaften wirkten sich laut einer Untersuchung berufliche und private Kontakte positiv auf die Altersbilder aus und verstärkten den Wunsch, nach dem Studium in der Altenpflege tätig zu werden. Dieser Effekt nahm mit der Dauer des Studiums zu (Remmers/Renneke 2012).

Nur wenige Studien beschäftigten sich explizit mit den Altersbildern von Fachkräften in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Die vorhandenen Untersuchungen unterschieden sich hinsichtlich ihres Erkenntnisinteresses, ihres Forschungsdesigns und der Interpretation ihrer Ergebnisse (Kruse et al. 2002, Komp 2006, Kählin et al. 2016).

Besonders relevant für die vorliegende Untersuchung waren die Ergebnisse der schwedischen Studie von Kählin et al. (2016), in der zwölf Mitarbeitende aus Wohngruppen für Menschen mit geistiger Behinderung mithilfe qualitativer Interviews zu ihren Sichtweisen zu Alter(n) befragt wurden. Die wesentlichen Erkenntnisse waren erstens, dass Alter(n) in den Einrichtungen kaum thematisiert wurde (es sei denn, die altersbedingten Veränderungen der Bewohner\*innen und in der Folge die Veränderungen der Arbeitsabläufe machten dies notwendig). Zweitens betonten die Befragten in ihren Erzählungen die Unterschiede im Altern zwischen Menschen mit und ohne geistige Behinderung. Auf der einen Seite berichteten die Befragten bei Bewohner\*innen und älteren Menschen ohne Behinderung von denselben körperlichen und kognitiven Abbauprozessen. Andererseits blieben bei den Bewohner\*innen Gewinne des Alter(n)s unerwähnt. Die Befragten nahmen das dritte Alter bei Menschen mit geistiger Behinderung schlicht nicht wahr. Als weitere Unterschiede nannte die Befragten das frühere Einsetzen des Alterungsprozesses vor allem bei Menschen mit Down-Syndrom, die Schwierigkeiten der Bewohner\*innen, über ihr Alter(n) zu reflektieren, die Schwierigkeiten der Mitarbeitenden, Altern als Prozess von behinderungsbedingten Veränderungen zu unterscheiden sowie die bessere Betreuungssituation der Bewohner\*innen in Einrichtungen der Behindertenhilfe im Vergleich zu Pflegeeinrichtungen. Drittens sahen sich die Befragten in der Verantwortung, jederzeit professionell auf altersbedingte Veränderungen der Bewohner\*innen reagieren zu können, wozu sie jedoch aufgrund fehlender Kompetenzen oder fehlender institutioneller Handlungskonzepte nicht immer in der Lage seien.

Was ließ sich aus den rezipierten empirischen Untersuchungen zu Altersbildern, Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung sowie deren Alter(n) für vorliegende Arbeit ableiten?

Um die unterschiedlichen Facetten und Dimensionen der Alters- und Behindertenbilder abbilden und ggf. neue inhaltliche Aspekte identifizieren zu können, bedurfte es eines qualitativen Zugangs. Im Interesse der Datenvalidität schien es zudem wichtig, eine Vor-Sensibilisierung der Befragten für das Forschungsthema zu vermeiden – insbesondere bei einer offenen Erhebung von Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung und Alter(n).

Bisherige Studien zeigten, dass unterschiedliche berufliche Qualifikationen keinen wesentlichen Einfluss auf die Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung haben, sehr wohl aber auf die Altersbilder. Da in Einrichtungen der Behindertenhilfe neben pädagogischen Mitarbeitenden zunehmend auch Pflegekräfte eingesetzt werden, stellte sich für die vorliegende Arbeit die Frage, inwieweit sich die Sichtweisen auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln zwischen pflegerischen und pädagogischen Fachkräften unterscheiden. Ein zusätzlicher Aspekt, der in bisherigen Studien nicht erhoben worden war, ist das Verständnis guten Alter(n)s. Auch hier ging es um die Frage, ob Pädagogen\*innen und Pflegefachkräfte unterschiedliche Ansichten von gutem Alter(n) haben und inwieweit sich die Vorstellung vom eigenen guten Alter(n) unterscheiden von jenen eines guten Alter(n)s der Bewohner\*innen.

Kapitel 5 stellte das Forschungsdesign vor. Der qualitative Methodenzugang, konkret die qualitative Interviewforschung, sollte eine Rekonstruktion der Deutungsmuster in den subjektiven Sichtweisen der befragten Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln ermöglichen. Die rekonstruktive Forschung verfolgt das Ziel, den Sinn hinter dem Gesagten der Interviewpartner\*innen in seiner sozialen Konstruiertheit zu erfassen (Kruse 2014). Das Gesagte gibt lediglich Hinweise auf die tatsächliche Bedeutung der Äußerung, weswegen die Forschenden mit einer „unausweichlichen Vagheit“ (Garfinkel 1981) der Alltagssprache konfrontiert sind. Sprachliche Äußerungen sind variabel, jedoch nicht willkürlich, da das Gesprochene als Indikator in Beziehung steht zu einem ihm zugrundeliegenden Muster. Dieses gilt es in der Analyse herauszuarbeiten. Der *Vagheit des Gesprochenen* begegnet man über eine „kontrollierte Methode des Fremdverstehens“ (Schütze et al. 1973), bei der den Befragten die Möglichkeit gegeben werden muss, ihre Geschichten mit ihren eigenen Worten und in der von ihnen gewählten Schwerpunktsetzung und Abfolge zu präsentieren (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009). Die interviewende Person hält sich mit eigenen Deutungen und ergebnisorientierter Führung des Interviews zurück. Dadurch entsteht genügend Datenmaterial, auf dessen Grundlage die Kontextabhängigkeit des Gesagten schrittweise herausgearbeitet werden kann. Einzeläußerungen werden stets im Kontext der Gesamterzählung untersucht (ebd.). Kontrolliertes Fremdverstehen in der Phase der Datenanalyse gelingt dann, wenn reflektiert wird, in welcher Situation Gesagtes geäußert wurde und welche subjektive Bedeutung das Gesagte für die Interviewperson hat. Dabei gilt es, die Autonomie des Textes zu akzeptieren, also den Sinn des Gesagten aus dem Text herauszuarbeiten und diesem nicht mit zuvor

festgelegten Interpretationen zu begegnen (Kruse 2014, Helfferich 2009, Przyborski/Wohlrab-Sahr 2009).

Insgesamt wurden zwölf Fachkräfte in drei stationären Einrichtungen eines Trägers der Behindertenhilfe befragt. Die Fachkräfte wurden nach einem selektiven Stichprobenplan ausgewählt (Kelle/Kluge 2010). Das selektive Sampling ist ein Verfahren, bei dem untersuchungsrelevante Merkmale der Interviewpartner\*innen, die Merkmalsausprägungen sowie die Samplegröße vor Beginn der Datenerhebung in Form eines qualitativen Stichprobenplans festgelegt werden. Auf der Grundlage theoretischer Vorüberlegungen wurden als Merkmale die *Profession* (pflegerische Fachkraft bzw. pädagogische Fachkraft), das *Lebensalter* (unter 35 Jahre, 35 bis 49 Jahre, 50 Jahre und älter) sowie das *Geschlecht* (weiblich bzw. männlich) festgelegt. Es wurde darauf geachtet, dass alle relevanten Merkmalskombinationen vertreten waren, um die Heterogenität des Untersuchungsfeldes abbilden zu können. Die Befragten waren zwischen 26 und 60 Jahre alt. Fünf von ihnen waren männlich, sieben weiblich. Acht der Befragten waren pädagogische, vier pflegerische Fachkräfte. Acht Befragte waren im vollstationären Wohnbereich tätig, zwei in stationären Außenwohngruppen und zwei in der Tagesstruktur für berentete Bewohner\*innen.

Die Sichtweisen der Befragten wurden mithilfe eines teilnarrativen Leitfadeninterviews erhoben. Dessen Stärke liegt darin, dass die befragten Fachkräfte aufgrund kurzer Erzählstimuli weitestgehend unbeeinflusst eigene Schwerpunkte in ihren Erzählungen setzen können (Kruse 2014). Durch Leitfragen wurde zugleich eine thematische Strukturierung der Ausführungen der Fachkräfte entsprechend der Forschungsfragen sichergestellt. Jedes Interview begann mit der Erzählaufforderung, etwas über die eigene berufliche Arbeit zu erzählen. Daran schlossen sich kurze offene Fragen an zum Verständnis von Behinderung, Alter(n), gutem Alter(n), professionellem Handeln sowie zu den Rahmenbedingungen für professionelles Handeln.

Die Interviews wurden transkribiert in einem Verfahren in Anlehnung an das GAT-2-Minimaltranskript und das GAT-2-Basistranskript (Kruse 2014, Deppermann 2001). Dabei wurde das Gehörte so verschriftlicht, wie die Verfasserin es gehört hat. Umgangssprachliches sowie inkorrekte Satzkonstruktionen wurden nicht bereinigt, Betonungen und Pausen kenntlich gemacht. Namen und Ortsangaben wurden durch Umschreibungen anonymisiert. In einem Transkripttagebuch wurden erste Eindrücke, Fragen und Auffälligkeiten festgehalten.

Die Interviews wurden anschließend mithilfe des integrativen Basisverfahrens nach Kruse (2014) ausgewertet. Dabei handelt es sich um ein sequenzanalytisches, textthermeneutisches Verfahren zur rekonstruktiven Analyse von Textdaten. Die Stärke dieses Verfahrens liegt darin, dass es sich den Daten nicht mit einem vorher festgelegten Analyseansatz, sondern mit verschiedenen Analyseheuristiken nähert. Es operiert multiperspektivisch, d. h., je nach vorliegenden sprachlich-kommunikativen Phänomenen im Text und entspricht damit der erforderlichen Offenheit rekonstruktiver Forschung. Ziel des Verfahrens ist die Herausarbeitung zentraler Motive jeden einzelnen Interviews. Aus diesen wird auf die Deutungsmuster in den subjektiven Sichtweisen der Befragten auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln geschlossen.

Der Auswertungsprozess begann mit der Deskription von Mustern auf der „Was“-Ebene („Was wird versprachlicht?“) sowie der „Wie“-Ebene („Wie wird etwas versprachlicht?“). Daraus wurden erste abschnittsbezogene offene Lesarten bzw. Interpretationen formuliert. In weiteren iterativen und komparativen Analysedurchgängen wurden diese Lesarten strukturiert, gebündelt und verdichtet, bis für jedes Interview ein zentrales Motiv identifiziert werden konnte. Bei zentralen Motiven handelt es sich um sprachlich-kommunikative Bündel, die sich in immer wieder auftauchenden sprachlichen Bildern ausdrücken und sich deutlich von der inhaltlichen Sinnstruktur anderer Fälle unterscheiden (Kruse 2014). Die zentralen Motive wurden interviewübergreifend thematisch zu Kernkategorien zusammengefasst, die die sinnstrukturelle Gesamtgestalt des gesamten Textkorpus, und damit die Essenz der Sichtweisen der Befragten, darstellt.

Das Ergebnis waren die aus den zentralen Motive der zwölf Interviews abgeleiteten drei Kernkategorien AKTIVITÄT, BEZIEHUNG und STRUKTUR (Kapitel 6.1).

Die Kernkategorie AKTIVITÄT bildet sich aus den zentralen Motiven *sinnvolles Gestalten* (I3), *sich/etwas bewegen* (I5) und *Selbständigkeit durch Perspektivwechsel* (I11). Die Kernkategorie BEZIEHUNG ergibt sich aus den zentralen Motiven *sich begegnen/annähern* (I2), *normalisieren* (I8), *gratwandern und Grenzen erfahren* (I9), *(Spannungen) ausgleichen* (I12) und *sich unter verschiedenen Ansätzen positionieren* (I14). Unter die Kernkategorie STRUKTUR fallen die zentralen Motive *Unterschiedliches zusammenbringen* (I4), *den Rahmen abstecken und mit Inhalt füllen* (I6) und *Einheiten zusammenführen* (I7). Schließlich ist der Blick auf Behinderung und Alter(n) geprägt von *Ambivalenzen* (I13), ein zentrales Motiv, das quer zu allen anderen Interviews und somit zu den drei Kernkategorien liegt.

Die Sichtweisen der Fachkräfte, unabhängig davon, ob es sich um Behinderung, Alter(n) oder professionelles Handeln drehte, bewegen sich in jeder dieser drei Kernkategorien zwischen verschiedenen Polen. In der Kernkategorie AKTIVITÄT sind dies die Pole *Passivität* und *Aktivität*, also Behinderung und Alter(n) werden von den Fachkräften mit aktiven sowie passiven Aspekten in Verbindung gebracht. In der Kernkategorie BEZIEHUNG sind die Pole *Nähe* und *Distanz* bzw. *Akzeptanz* und *Ablehnung* maßgeblich. Dabei geht es um die Frage, wie sich die Befragten selbst zu den Themen Behinderung und Alter(n) bzw. zu den Menschen mit Behinderung und alten Menschen in Beziehung setzten. In der Kernkategorie STRUKTUR haben wir es mit den Polen *Heterogenität* und *Homogenität* zu tun. Es geht um die Heterogenität der Arbeit mit Behinderung und Alter(n) und die Frage, inwieweit Homogenität in diesem Zusammenhang wünschenswert und umsetzbar ist.

Im nächsten Schritt (Kapitel 6.2) wurden für jede der drei Kernkategorien bzw. *Perspektiven* einzelne Facetten der Sichtweisen der Befragten auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Arbeiten dargestellt. Diese Darstellung bildet nicht die Gesamtheit aller Sichtweisen der Befragten ab. Ebenso wenig treffen die dargestellten Sichtweisen auf alle Fachkräfte zu. Mit der Darstellung wurde das Ziel verfolgt, die unterschiedlichen Sichtweisen auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln zwischen den Polen *Passivität* und *Aktivität*, *Nähe/Akzeptanz* und *Distanz/Ablehnung* sowie *Heterogenität* und *Homogenität* aufzuzeigen um so deren Komplexität und Ambivalenz zu verdeutlichen.

Betrachtet aus der Aktivitätsperspektive (Kapitel 6.2.1), die durch die Pole *Passivität* und *Aktivität* gekennzeichnet ist, verbinden die befragten Fachkräften Behinderung und Alter(n) zum einen defizitorientiert mit *Funktionseinschränkungen* und *Verlusten*, mit *Unselbstständigkeit*, *Hilfe-* und *Pflegebedürftigkeit*, mit *Trägheit* und *aktivitätshemmenden Rahmenbedingungen*. Zum anderen assoziieren sie Behinderung und Alter(n) mit aktiven und positiv konnotierten Aspekten. Sowohl Alte als auch Menschen mit Behinderung verfügen nach ihrer Darstellung über umfassende *Ressourcen* (z. B. Lernbereitschaft). Zudem werden Gewinne anerkannt, die der Zustand der Behinderung bzw. der Prozess des Alterns mit sich bringe (z. B. Gelassenheit). Zudem sehen die Fachkräfte die Möglichkeit, sowohl das Leben mit Behinderung als auch das Leben mit Alter positiv zu *gestalten* bzw. zu optimieren – wenn auch für Menschen mit Behinderung im geringeren Maße als für alte Menschen. Die Lebensphase Alter sehen die Fachkräfte allgemein als Zeit persönlicher *Freiheit* und neuer Perspektiven an. Gutes Alter(n) setzen die Interviewten in der Aktivitätsperspektive mit (ausreichender) körperlicher und geistiger *Gesundheit* gleich. Diese sei die Voraussetzung, um das eigene Leben weiterhin *selbständig*,

*selbstbestimmt* und aktiv *gestalten* zu können. Eine positive *Entwicklung* der eigenen *Persönlichkeit* zählt für die Befragten ebenso zu einem guten Alter(n) wie auch der Wunsch nach *Kontinuität* und *Vertrautheit* hinsichtlich der Wohnumgebung und der sozialen Kontakte. Eine gesicherte *Versorgung* im Falle einer Pflegebedürftigkeit gehört auch dazu. Differenziert nach Befragten und Bewohner\*innen zeigen sich im Hinblick auf die Vorstellungen von einem guten Alter(n) deutliche Unterschiede (s. u.). Professionelles Handeln bedeutet für die Befragten aus der Aktivitätsperspektive im Idealfall, den *Aktivitätsrahmen* für die Bewohner\*innen je nach Behinderung und Alter so zu gestalten, dass *Selbständigkeit*, *Teilhabe* und *Selbstbestimmung* aller weitestgehend ermöglicht werden. Dabei müsse auch für die nötige *Entspannung* der Bewohner\*innen gesorgt werden. Professionalität heißt aus Sicht der Mitarbeitenden auch, in der eigenen *Fachlichkeit* z. B. durch Fortbildungen oder Reflexion beweglich zu bleiben. In der Realität stoßen die Fachkräfte durchaus an Grenzen ihrer Professionalität und wünschen sich entsprechend verbesserte Arbeitsbedingungen.

In der Beziehungsperspektive (Kapitel 6.2.2) legen die Fachkräfte den Fokus auf die Frage, wie sie Menschen und Situationen begegnen, die behinderungs- bzw. altersbedingt anders sind oder werden. Dies vollzieht sich in einem Spannungsfeld zwischen den Polen Nähe/Akzeptanz und Distanz/Ablehnung. Auf der einen Seite stehen *Annäherung* und *Begegnung* zwischen Fachkraft und Bewohner\*in im Vordergrund. Hier spielen Attribute wie Behinderung oder Alter nur eine untergeordnete Rolle. Die Konfrontation mit dem eigenen Älterwerden erfordert demnach eine *Annäherung* an das Thema sowie an ein positiveres Altersbild. Es geht um das *Annehmen* von Menschen und Situationen, auch wenn sie alters- oder behinderungsbedingt anders sind. Durch die alltägliche Nähe und Auseinandersetzung mit Behinderung und Alter(n) im privaten und beruflichen Umfeld werden diese für Fachkräfte zur *Normalität*. Die Vertrautheit mit Alter(n) und Sterben kann *Ängste* vor dem eigenen Älterwerden schmälern, sie in Einzelfällen aber auch verschärfen. Daneben gibt es bei den Fachkräften auf der anderen Seite auch eine Tendenz der *Abgrenzung* oder gar der *Ablehnung*. Diese kommt zum Tragen, wenn die Unterschiede und die Abgrenzung von Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungen nicht so funktionieren wie man selbst, in den Vordergrund gestellt werden. Die Befragten distanzieren sich vom (eigenen) Alter(n), können altersbedingte Abbauprozesse schwer akzeptieren und lehnen das eigene Älterwerden kategorisch ab. Gutes Alter(n) verstehen die Fachkräfte in der Beziehungsperspektive als *Akzeptanz* des eigenen So-Seins (inklusive des Nicht-mehr-alles-Könnens) sowie eines *freundlichen*, *respektvollen* und *liebvollen*



Umgangs durch Dritte. Dazu zählt, dass die eigenen Wünsche für die Gestaltung des letzten Lebensdrittels respektiert werden und dass man selbst *Frieden* mit Vergangenen und Gegenwärtigem schließen kann. Behinderung und Alter(n) werden in der Beziehungsperspektive als In-Beziehung-Treten mit Menschen verstanden. Dies spiegelt sich auch im Professionsverständnis der Befragten wider. Diese sehen es als ihre Aufgabe an, immer wieder *Begegnungen* für die Bewohner\*innen zu ermöglichen und deren *Beziehungen* zu *gestalten*. Hierzu müssen Begegnungsformen bei Bedarf an die altersbedingt veränderten Kommunikationsformen der Bewohner\*innen angepasst werden. Dabei stehen Begegnungen auf Augenhöhe, ein respektvoller Umgang miteinander, personenzentriertes Handeln sowie professionelle Mitmenschlichkeit im Fokus. Professionalität bedeutet für die Fachkräfte auch, die nötige *Distanz* zur Arbeit sowie zu den Bewohner\*innen zu wahren. Dies alles sind Aspekte einer Beziehungsgestaltung, die im Berufsalltag nicht immer umsetzbar sind.

In der Strukturperspektive (Kapitel 6.2.3) fokussieren die Befragten auf der einen Seite die Heterogenität, die sie mit den Konzepten Behinderung und Alter(n), mit den Bewohner\*innen, ihren Lebenswelten sowie mit ihrer eigenen professionellen Arbeit verbinden. Auf der anderen Seite geht es um die Frage, inwieweit es sinnvoll und möglich ist, diese Unterschiedlichkeiten zu homogenisieren. Die Begrifflichkeiten Behinderung und Alter(n) erscheinen den Fachkräften so *heterogen* und komplex, dass ihnen eine eindeutige Definition erschwert wird. Als ebenso unterschiedlich und komplex nehmen die Interviewten die Fähigkeiten, Ressourcen, Lebenssituationen und Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung sowie der Menschen im Alter(n) wahr. Jedoch würden alle unterschiedlichen Bewohner\*innen zusammengenommen eine *homogene (Wohn-)Einheit* bilden. Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderung bzw. zwischen jungen und alten Menschen dienen den Interviewten als entscheidende Definitionskriterien. Gleichzeitig betonen sie die Gleichheit und Gemeinsamkeiten verschiedener Personengruppen. Unterschiedliche Standpunkte vertreten die Fachkräfte bei der Frage, ob Junge und Alte sowie Menschen mit und ohne Behinderung besser *gemeinsam* oder *getrennt* voneinander leben sollten. Gutes Alter(n) bedeutet in der Strukturperspektive für die Befragten persönlich im Alter(n) *alles unter Dach und Fach* gebracht zu haben, was sie für ein sorgenfreies Leben als notwendig erachten (z. B. Altersvorsorge). Zudem gehöre zum guten Alter(n) ein *Zusammenleben* mit vertrauten Menschen in der Nachbarschaft, in der eigenen Wohnung oder im Wohnhaus. All diese Merkmale stehen jedoch im deutlichen Kontrast

zu den Möglichkeiten, über die die Bewohner\*innen in Behinderteneinrichtungen im Alter(n) in der Regel verfügen. In ihren Aussagen zu Aufgaben und Profession betonen die Fachkräfte in der Strukturperspektive ebenfalls die Heterogenität und Komplexität. Die Befragten beschreiben ihre Aufgaben als sehr zahlreich und umfangreich. Oft sei das pragmatische Ziel der Arbeit schlicht, bis zum Schichtende *alle Aufgaben vollständig erledigt* zu haben – was nicht immer gelinge. Trotz der Zunahme hauswirtschaftlicher und verwaltungstechnischer Aufgaben gelte es, weiterhin der *Individualität der Bewohner\*innen* im Zuge der Alltagsbegleitung gerecht zu werden. Heterogenität zeige sich auch im *multidisziplinären Team*, vor allem hinsichtlich der Qualifikationen und Arbeitshaltungen der verschiedenen Kolleg\*innen. Die Schaffung einer gemeinsamen Arbeitsplattform sei jedoch Voraussetzung für professionelles Handeln.

Der dritte Teil der Ergebnisdarstellung (Kapitel 6.3) beantwortet die Forschungsfragen. Die wesentlichen Ergebnisse lauten:

- Sichtweisen auf Behinderung

Die befragten pädagogischen und pflegerischen Fachkräfte zeigen differenzierte Sichtweisen auf Behinderung bzw. auf die Bewohner\*innen. Diese beinhalten verschiedene negative und positive Aspekte im Bereich der *Aktivität*. Bei aller Vorsicht aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen lässt sich festhalten, dass vor allem pflegerische Fachkräfte Menschen mit Behinderung über Defizite beschreiben, also über Fähigkeiten, über die diese – gemessen an einer vermeintlichen Norm – nicht verfügen, wie z. B. Laufen oder Lesen. Damit verbinden die Fachkräfte eine dauerhafte Unselbständigkeit sowie den permanenten Bedarf nach Unterstützung durch Dritte. Behinderung wird hier über das Ausmaß an Hilfebedarf definiert. Diese defizitorientierte Sichtweise auf Behinderung ist insofern alarmierend, als sie Behinderung als Problem begreift und die Betroffenen individuell für dieses verantwortlich macht. Diese Sichtweisen können verhaltenssteuernd werden (Cloerkes 2007). Fachkräfte, die Bewohner\*innen primär als hilfebedürftige Menschen ansehen, neigen möglicherweise dazu, deren Ressourcen und Kompetenzen zu übersehen und ihnen Gestaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten (unbewusst) zu verwehren.

Die meisten pädagogischen und pflegerischen Fachkräfte verstehen Behinderung als sozial konstruiert, also als etwas von der Gesellschaft Definiertes bzw. von Dritten Verursachtes. Mangelnde gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie diskriminierendes bzw. paternalistisches Verhalten von Mitgliedern der Gesellschaft (inklusive der Fachkräfte selbst) tragen nach Meinung der Befragten zur Behinderung von Menschen bei.

Vor allem bei den pädagogischen Fachkräften finden sich – in Übereinstimmung mit der ICF (WHO 2005) – Hinweise auf ein mehrdimensionales Verständnis von Behinderung. Sie machen die individuellen Funktionseinschränkungen der Bewohner\*innen ebenso für die Behinderung verantwortlich, wie die ungenügenden Rahmenbedingungen in Wohnhaus, Quartier und Gesellschaft. Durch den Ausbau von Ressourcen der Menschen mit Behinderung sowie die Anpassung der gesellschaftlichen Strukturen kann Behinderung ab- und Teilhabe ausgebaut werden. Nichtsdestotrotz erachten die Befragten die Existenz von Sondereinrichtungen (z. B. stationäre Wohneinrichtungen oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung) für notwendig – vor allem für Menschen, deren Behinderungen stark ausgeprägt sind. Diese Sichtweise widerspricht dem Paradigma der Inklusion, nach dem in einer vielfältigen Gesellschaft nicht mehr zwischen integrationsfähigen und integrationsunfähigen Menschen unterschieden werden soll.

Die Befragten thematisieren auch Gewinne, die sie mit Behinderung verbinden: So bewundern einige Befragte die Eigenschaft der Bewohner\*innen, ihr Leben trotz eingeschränkter Gestaltungsmöglichkeiten unbekümmert und mit Lebensfreude zu meistern. Diese Fähigkeit wird jedoch auch mit der äußerst defizitorientierten Annahme begründet, Menschen mit geistiger Behinderung dächten weniger nach und machten sich daher weniger Sorgen.

In der *Beziehungsperspektive* sind Menschen mit Behinderung für einzelne pädagogische Fachkräfte in erster Linie Personen, an die sie sich vorbehaltlos annähern und zu denen sie in Beziehung treten können. Zum Teil betonen die Befragten die Normalität, die Behinderung aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen im privaten oder beruflichen Umfeld für sie darstelle. Eine einzelne Fachkraft thematisiert im Kontrast dazu die Notwendigkeit, sich von Menschen mit Behinderung abzugrenzen, da diese kognitiv anders funktionierten.

Einige Fachkräfte beider Berufsgruppen fokussieren in der *Strukturperspektive* die großen Unterschiede, die sie innerhalb der Gruppe von Menschen mit Behinderung wahrnehmen, z. B. hinsichtlich der individuellen Fähigkeiten und Bedarfe. Entsprechend vielfältig fallen die Versuche der Befragten aus, Behinderung zu definieren. Die Interviewten betonen die Unterschiede, die ihnen zwischen Menschen mit und ohne Behinderung auffallen. Daraus resultiert die Frage einiger pädagogischer Fachkräfte nach den Möglichkeiten und Grenzen eines inklusiven Zusammenlebens. Für diese Frage finden sie offen-

bar keine einfache Antwort: Die Sicherheit und Fremdbestimmung innerhalb von Sondereinrichtungen stehen dabei der Unsicherheit und Selbstbestimmung in inklusiven Wohnsettings gegenüber.

- Sichtweisen auf Alter(n)

Die meisten Fachkräfte beider Berufsgruppen verbinden in der *Aktivitätsperspektive* mit Alter(n) sowohl Verluste (z. B. den Abbau körperlicher und geistiger Funktionen) als auch Gewinne (z. B. die wachsende Lebenserfahrung oder neue Gestaltungsmöglichkeiten). Die soziale Dimension altersbedingter Veränderungen (z. B. soziale Kontakte, Rollenwechsel) thematisieren die Fachkräfte indes kaum. Ebenso wie in den bisherigen empirischen Studien zu Altersbildern, verstehen sie Altern vorwiegend als interindividuellen, biologischen Abbauprozess. Nur wenige Fachkräfte erwähnen, dass der Alterungsprozess durch gesundheitsförderliches Verhalten positiv beeinflussbar ist. Altern erscheint den meisten Interviewten insgesamt als ein fremdgesteuerter Prozess, der mehr oder weniger passiv hinzunehmen sei. Dieser Befund ist insofern bedeutsam, als es zu den Aufgaben der Fachkräfte gehört, mithilfe entsprechender gesundheitsförderlicher Maßnahmen positiv auf den Alterungsprozess der Bewohner\*innen einzuwirken.

In der *Beziehungsperspektive* steht für die Fachkräfte der Aspekt der Annäherung im Mittelpunkt: Für manche Fachkräfte geht es im Umgang mit älteren Menschen primär darum, sich diesen anzunähern und sie kennenzulernen. Auch die Versuche der Befragten, Alter zu definieren, stellen eine Annäherung dar. Vor allem aufgrund der Konfrontation mit dem eigenen (negativen) Altersbild ist dies für einige Fachkräfte eine Herausforderung. Relevant ist die Erkenntnis, dass einige Fachkräfte bei der Befragung zum ersten Mal über ihr (eigenes) Alter(n) reflektiert haben. Andere Befragte sahen auch in der Befragung keinen Grund, sich jetzt oder in näherer Zukunft mit dem (eigenen) Alter(n) auseinanderzusetzen. Dies mag aufgrund der Profession vor allem eines Altenpflegers überraschen und mag mit der fehlenden Nähe des Befragten zum eigenen Alter(n) zusammenhängen.

Selbst wenn Fachkräfte Alter(n) und Sterben als Normalität verstehen (wollen) und in sie in ihrem privaten oder beruflichen Umfeld positive Erfahrungen bei der Begleitung alter und sterbender Menschen gemacht haben, scheint Alter(n) für sie weiterhin mit Ängsten verbunden zu sein. Die Möglichkeit des plötzlichen Verlustes eigener Fähigkeiten, von Angehörigen oder die Ungewissheit, wie sich das eigene Leben im Falle einer zunehmenden Hilfebedürftigkeit entwickeln könnte, ängstigt die Befragten.

Neben den Veränderungen der Aktivität und den Herausforderungen auf der Beziehungsebene verbinden die Fachkräfte in der *Strukturperspektive* Alter(n) auch mit Heterogenität. Ebenso wie bei Menschen mit Behinderung fällt es diesen Befragten schwer, eine zufriedenstellende Definition von Alter zu formulieren, da die Kriterien, aber auch die betroffenen Menschen, zu unterschiedlich seien. Entsprechend differenziert fallen die Beschreibungen der Lebensphase Alter aus.

- Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n)

Ältere Bewohner\*innen beschreiben die Fachkräfte in der *Aktivitätsperspektive* ähnlich differenziert wie ihre Sichtweisen auf Behinderung und den Sichtweisen auf Alter(n). Sie erwähnen die zum Teil sehr abrupt nachlassenden kognitiven oder körperlichen Fähigkeiten, die höhere Motivationslosigkeit oder den steigenden Hilfebedarf. Vereinzelt sprechen Befragte in diesem Zusammenhang von einer „Doppelbelastung“ oder einem „Supergau“. Sie führen aber auch Gewinne, Ressourcen und neue Gestaltungsmöglichkeiten auf – analog zu den Sichtweisen auf das Alter(n). Die Gewinne fallen jedoch aus Sicht der Fachkräfte zum Teil geringer aus, als bei Älteren ohne Behinderung. Der Informations- und Erfahrungsvorsprung älterer Bewohner\*innen wird in den Wohngruppen durchaus wahrgenommen. Was die Befragten allerdings nicht thematisieren, ist eine Nutzung dieser zusätzlichen Lebenserfahrung z. B. indem Bewohner\*innen sich auch außerhalb der Einrichtung, etwa in den Werkstätten als Mentor\*innen oder ehrenamtlich Tätige in der Gemeinde engagieren. Auch ältere Bewohner\*innen haben nach Angaben der Interviewten Freude daran, Neues auszuprobieren. Dies scheint jedoch auf (kreative) Aktivitäten beschränkt zu sein, die innerhalb der Wohneinrichtung angeboten werden können bzw. die eine gewisse Eigenständigkeit älterer Bewohner\*innen voraussetzen, also keine zusätzliche Assistenz durch Dritte erfordern. Geradezu konträr sind die Sichtweisen der Befragten zu den Ängsten älterer Bewohner\*innen. Während einige meinen, ältere Bewohner\*innen müssten sich aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung und ihrer Rundum-Versorgung in den Wohneinrichtungen im Alter weniger sorgen, vertreten andere die Meinung, dass die Bewohner\*innen gerade *wegen* ihrer Behinderung und ihrem Leben in einer Institution vermehrt Ängsten ausgesetzt wären und auf weniger Ressourcen zurückgreifen könnten.

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit Behinderung und Alter(n) wählen die Fachkräfte vor allem dann die *Beziehungsperspektive*, wenn es um den Umgang mit Situationen geht, die Befremden oder Anspannung auslösen, wie das Sterben einer Bewohner\*in. Eine Befragte versucht, ihre Arbeit mit älter werdenden Bewohnern\*innen durch Routinen und

Alltagshandlungen zur Normalität werden zu lassen. Anderen machen die von ihnen erlebten Abbauprozesse der Bewohner\*innen Angst. Wieder andere haben Schwierigkeiten, diese Abbauprozesse der Bewohner\*innen zu akzeptieren.

Die Fachkräfte hatten, wie geschildert, aufgrund der Mehrdimensionalität Schwierigkeiten, die Konzepte Behinderung und Alter(n) jeweils für sich zu definieren. Diese Probleme vergrößern sich bei der Kombination beider Begriffe noch deutlich (*Strukturperspektive*). Entsprechend heterogen sind auch die Wahrnehmungen älterer Menschen mit Behinderung durch die Fachkräfte. Die wachsende Heterogenität der Klientel dürfte es in der Praxis jedoch immer schwieriger machen, dem Anspruch einer an den Bedürfnissen des jeweiligen Individuums orientierten Begleitung gerecht zu werden. Verglichen mit den jüngeren Bewohner\*innen werden ebenfalls Unterschiede betont: Während die jüngeren Bewohner\*innen nach ihrem Feierabend Leben in die Wohngemeinschaft brächten, würden die älteren schon immer gleich früh schlafen gehen wollen. Einige Fachkräfte diskutieren das Für und Wider altershomogener bzw. altersgemischter Wohngruppen. Die meisten Befragten favorisieren dabei Letztere.

Interessant ist die Erkenntnis, dass das Thema Alter(n) nicht für alle Befragten wichtig genug zu sein scheint, als dass es mit den Bewohner\*innen selbst oder zumindest im Team besprochen werden müsste. Alter(n) wird in den Wohngruppen häufig erst dann thematisiert, wenn Aktivitäten in der Gruppe oder die Kommunikation zwischen Fachkräften und Bewohner\*in z. B. aufgrund einer Demenz nicht mehr sinnvoll möglich sind und dadurch das Leben in der Wohngruppe oder die Arbeit empfindlich gestört werden. Diese Praxis steht im Widerspruch zum Wunsch und Recht der Bewohner\*innen, frühzeitig auf ihren Alterungsprozess und ihre Nacherwerbsphase vorbereitet zu werden (Schäper et al. 2010). Der Grund hierfür könnte sein, dass das Alter(n) durch die behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen bzw. -änderungen verdeckt wird. Außerdem könnten die eigene Betroffenheit und Angst der Fachkräfte vor dem (eigenen) Älterwerden einer offenen Auseinandersetzung im Wege stehen.

- Verständnisse von gutem Alter(n)

Viele Fachkräfte sind der Meinung, dass ihre Wünsche für ein gutes Alter(n) dieselben sind wie diejenigen der Bewohner\*innen. Auch Menschen mit Behinderung wollen gesund bleiben, selbstbestimmt und selbständig über ihre Zeit verfügen, am Leben teilha-

ben, Freund\*innen treffen, sich ausruhen und in ihrer vertrauten Umgebung mit vertrauten Menschen wohnen. Sie wollen auch im Alter so akzeptiert und respektiert werden, wie sie sind.

Ältere Bewohner\*innen können in der Regel aufgrund ihrer behinderungsbedingten Sozialisation jedoch nur auf begrenzte Mittel zurückgreifen, um ihre Wünsche umzusetzen. Verglichen mit der Lebenssituation der Gesamtgesellschaft ist der Gesundheitszustand der älteren Bewohner\*innen im allgemeinen schlechter. Selbständigkeit und Selbstbestimmung sind für diese Menschen keine Selbstverständlichkeit. Alternative Gestaltungsmöglichkeiten sind häufig unbekannt oder kaum allein realisierbar. Eine Neuausrichtung z. B. ihrer Freizeitgestaltung scheint für berentete Bewohner\*innen lediglich im institutionellen Rahmen ihrer Einrichtung realisierbar zu sein. Dabei bleibt fraglich, inwieweit die sich verändernden Fähigkeiten und Bedürfnisse der Bewohner\*innen in den Wohneinrichtungen akzeptiert und respektiert werden, gerade wenn sie die oftmals eng getakteten Abläufe empfindlich stören. Auch eine ausreichende finanzielle Absicherung und ein Alter(n) im eigenen Wohnhaus mit Ehepartner\*in und Kindern – diesen Wunsch äußerten viele Befragte für ihr eigenes Alter – ist für die allermeisten Bewohner\*innen eine bloße Utopie. Ihr soziales Umfeld ist häufig instabil, die Wohngarantie ist abhängig von der Ausrichtung und den strukturellen Möglichkeiten der jeweiligen Einrichtung.

In der Literatur wird der Begriff erfolgreiches Alter(n) als normativ kritisiert. Er gebe vor, wie man „richtig“ altere (Schroeter 2004, Dieckmann et al. 2013). Dies unterstreicht die Notwendigkeit eines kritischen Verständnisses von gutem Alter(n), das sich nicht nur auf den Erhalt körperlicher, geistiger und sozialer Aktivität beschränkt, sondern auch die Bereitstellung entsprechender Rahmenbedingungen berücksichtigt, die es Menschen – ob mit oder ohne Behinderung – ermöglichen, ihr Alter(n) nach ihren eigenen Vorstellungen gut zu gestalten. In der Literatur werden als Kriterien für gutes Alter(n) von Menschen mit geistiger Behinderung genannt: Ein funktionierendes Zusammenspiel von Fähigkeiten und Ressourcen der jeweiligen Person, den Rahmenbedingungen in ihrem sozialen Umfeld sowie der Art und des Umfangs der zur Verfügung stehenden Unterstützungsleistungen (Heller 2004). Die Ziel-Indikatoren lauten Selbständigkeit, hohe Lebensqualität, physisches und emotionales Wohlbefinden sowie Inklusion ins Gemeinwesen (ebd.). In den Interviews kommt die Inklusion als Zielperspektive für gutes Alter(n)s jedoch kaum vor. Hierzu ist kritisch zu fragen, wie ein gutes Alter(n)s von Bewohner\*innen gelingen soll, wenn es von den Fachkräften nicht aktiv thematisiert wird und den Bewohner\*innen die Fähigkeit und der Wunsch abgesprochen werden, über ihr eigenes Altern

zu reflektieren. Dies geschieht etwa, wenn einige Fachkräfte pauschal unterstellen, Bewohner\*innen seien mit ihrer Lebenssituation zufrieden und hätten kein Problem mit dem Alter(n). Es geschieht aber auch, wenn andere Fachkräfte ihre eigenen negativen Altersbilder (ggf. unbewusst) auf die Bewohner\*innen übertragen und es geschieht schließlich auch, wenn im Arbeitsalltag die Menge und zeitliche Verdichtung der Arbeitsaufgaben den Fachkräften nur noch bedingt Zeit lassen, auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner\*innen einzugehen. Diese Punkte machen noch einmal deutlich, welche Bedeutung die Sichtweisen der Fachkräfte für die Entwicklung notwendiger Rahmenbedingungen für ein gutes Alter(n) der Bewohner\*innen haben.

- Verständnisse von professionellem Handeln (im Kontext von Alter)

Professionelles Arbeiten heißt für die meisten befragten Fachkräfte beider Professionen,

- den Bewohner\*innen Aktivität zu ermöglichen und dabei für die nötige Entspannung bei Einzelpersonen aber auch in der Wohngruppe zu sorgen (Aktivitätsperspektive),
- den Bewohner\*innen als Menschen zu begegnen, eine Beziehung zu ihnen aufzubauen und dabei stets auf die nötige professionelle Distanz zu achten (Beziehungsperspektive) und
- der Fülle an komplexen Aufgaben auf der einen Seite und der Individualität der Bewohner\*innen auf der anderen Seite gerecht zu werden (Strukturperspektive).

Auch bei der Arbeit mit älteren Bewohner\*innen geht es nach Ansicht der Fachkräfte darum, eine gute Balance zwischen Aktivierung und Erholung, Annäherung und Distanzierung sowie Heterogenität und Homogenität zu finden. Eine weitere Erkenntnis der vorliegenden Arbeit ist, dass dies mit den altersbedingten Veränderungen der Bewohner\*innen jedoch noch schwieriger zu werden droht, da

- im Alter die Förderung von Fähigkeiten auf der einen Seite und das Bedürfnis nach Ruhe auf der anderen Seite eine größere Rolle spielen,
- altersbedingt veränderte Fähigkeiten und Verhaltensweisen der Bewohner\*innen ein gegenseitiges Verstehen und Annehmen erschweren (können) und die Fachkräfte eine professionelle Haltung zu den schwierigen Themen Altern, Sterben und Tod finden müssen,
- die Heterogenität der Bewohner\*innen und der zu erfüllenden Aufgaben durch das Alter(n) der Bewohner\*innen deutlich zunimmt und damit der Druck ansteigt,



den Aufgaben, den Bewohner\*innen und der Einrichtungsleitung gleichermaßen gerecht zu werden.

Die Hauptanforderung an die Fachkräfte besteht also in einem professionellen Umgang mit den Ambivalenzen und Widersprüchen, die mit Behinderung und Alter(n) einhergehen können. Es handelt sich vielfach um einen Balanceakt, der die Fachkräfte – etwa bei unzureichender Qualifikation oder fehlenden unterstützenden institutionellen Rahmenbedingungen – durchaus an die Grenzen ihrer Professionalität bringen kann.

Dem Professionsverständnis der Heilpädagogik folgend ist die wesentliche Aufgabe der Fachkräfte, die Bewohner\*innen so zu unterstützen, dass diese unter Berücksichtigung ihrer altersspezifischen Lebensumstände sowie ihrer behinderungsbedingt eingeschränkten Handlungsspielräume die Lebensphase Alter selbstbestimmt gestalten können (Schäper et al. 2010). Allem Anschein nach haben die Fülle an Aufgaben sowie die umfangreichen Dokumentationspflichten nicht nur den Berufsalltag, sondern auch das Professionsverständnis der Fachkräfte nachhaltig verändert: Unabhängig von der Profession geht es bei den meisten Befragten im Alltag gar nicht mehr primär um eine qualitativ gut ausgestaltete pädagogische oder pflegerische Arbeit, sondern darum, mit der Fülle an oftmals routinierten Tätigkeiten rechtzeitig fertig zu werden. Eine am Individuum sowie seinen Bedürfnissen und Ressourcen orientierte Arbeit ist unter diesen Bedingungen nur schwer möglich.

Die Realisierung einer teilhabeorientierten, individuellen Begleitung (älterer) Menschen mit geistiger Behinderung ist daher nur möglich mit einer Abkehr von der Angebotsorientierung in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Ausrichtung auf eine personenbezogene Unterstützung. Standardlösungen und -angebote können dem Anspruch einer personenorientierten Assistenz (älterer) Menschen mit Behinderung offenbar nicht gerecht werden.

Die Leistung der vorliegenden Arbeit lässt sich folgendermaßen zusammenfassen: Das Hauptergebnis ist die Rekonstruktion der Sichtweisen der Fachkräfte auf Behinderung, Alter(n) und professionelles Handeln in ihrer gesamten Bandbreite, mit all ihren Widersprüchlichkeiten. Die von den Fachkräften artikulierten Defizite (wie z. B. Funktionseinschränkungen und Unselbständigkeit) und Gewinne (wie z. B. Gelassenheit und Freiheiten), die ähnlich bereits in anderen Studien zu Altersbildern beschrieben wurden (z. B. Remmers/Renneke 2012, Walter et al. 2006, Kruse et al. 2002), wurden erstens vor allem

der *Aktivitätsperspektive* zugeordnet. Zweitens wurde die *Beziehungsperspektive* identifiziert, was naheliegend ist, da die Beziehungsgestaltung einen wesentlichen Teil der Aufgaben der Fachkräfte ausmacht. Neu ist die Erkenntnis, dass die Befragten Behinderung und Alter(n) nicht nur über Fähigkeiten und Kompetenzen alter Menschen bzw. Menschen mit Behinderung definieren, sondern auch über ihre eigene Beziehung zu den Themen Behinderung und Alter(n) sowie zu alten Menschen bzw. Menschen mit Behinderung. Das Verhalten changiert zwischen Distanzierung und Annäherung, zwischen Ablehnung und Akzeptanz. Dies unterstreicht die Bedeutung einer Reflexion der eigenen Haltung für die Fachkräfte. Drittens wurde die *Strukturperspektive* identifiziert, die den Blick auf die Herausforderungen richtet, mit denen sich die Fachkräfte angesichts der immer größer werdenden Fülle an Aufgaben und Anforderungen konfrontiert sehen. Damit einher geht das Bemühen der Fachkräfte, einerseits den individuellen Bedürfnissen der Bewohner\*innen gerecht zu werden und andererseits sämtliche Aufgaben innerhalb eines begrenzten Zeitrahmens korrekt zu erledigen. Schließlich geht es für die Fachkräfte um die Frage, in welchen Wohnsettings (inklusiv oder nicht-inklusiv, altershomogen oder altersheterogen) man der Heterogenität der Bewohner\*innenschaft sowie der Aufgaben der Fachkräfte zukünftig am besten gerecht werden kann.

Die vorliegende Arbeit konnte einige Defizite aufzeigen und so den Handlungsbedarf beschreiben, der bei der Umsetzung professionellen Handelns der Fachkräfte im Sinne eines guten Alter(n)s von Bewohner\*innen besteht:

- Alter(n) wird von den Fachkräften (mit den Bewohner\*innen) kaum thematisiert, weswegen die erforderliche und auch gewünschte Vorbereitung auf das Thema Alter(n) unterbleibt,
- eine Auseinandersetzung der Fachkräfte mit ihren eigenen (negativen) Altersbildern findet kaum statt, weshalb die Gefahr besteht, dass Fachkräfte ihre unreflektierten Sichtweisen auf die älter werdenden Bewohner\*innen übertragen,
- einige Fachkräfte haben Angst vor ihrem eigenen Alter(n), vor dem Sterben sowie überwiegend negative Vorstellungen von einem Leben mit Demenz bzw. von der Arbeit mit Demenzerkrankten, was den professionellen Umgang mit den älteren Bewohner\*innen negativ beeinflussen kann,
- die Fachkräfte scheinen die soziale Dimension des Alter(n)s von Menschen mit Behinderung zu ignorieren – ihr Fokus liegt meist auf der kognitiven und physischen Dimension, womit wichtige Facetten des Alter(n) ausgeblendet bleiben,

- die Fachkräfte legen an ihr eigenes gutes Alter(n) andere Maßstäbe an, als an das Alter(n) der Bewohner\*innen, was seinen Grund in defizitären Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) hat. Die Fachkräfte scheinen vergleichbare Gestaltungsmöglichkeiten der Lebensphase Alter(n) für Menschen mit Behinderung kategorisch auszuschließen,
- einige Fachkräfte weisen in Bezug auf einen professionellen Umgang mit demenzerkrankten Bewohner\*innen fachliche Defizite und Tendenzen von Überforderung auf, was zu (unnötiger) Frustration auf beiden Seiten führt,
- unter den Fachkräften herrschen konträre Ansichten über die Lebenssituation, Kompetenzen und Ressourcen (älterer) Menschen mit Behinderung, was zu widersprüchlichen Handlungen im Berufsalltag führen kann,
- Inklusion und Teilhabe sind den Fachkräften als Leitziele einer Begleitung (älterer) Menschen mit Behinderung kaum bekannt; dementsprechend wurden diese Ziele im Berufsalltag bisher nur bedingt umgesetzt.

Aus diesen Befunden lassen sich folgende Handlungsempfehlungen für Praxis und Forschung ableiten.

## 7.2 Ausblick

### **Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung stationärer Wohnangebote**

Durch die Übernahme verschiedener zusätzlicher Aufgaben wird den Fachkräften die Erfüllung ihrer eigentlichen Aufgabe, nämlich mit den Bewohner\*innen in Beziehung zu treten und diese bei der Wahrnehmung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe zu unterstützen, häufig erschwert. Wird der Anstieg der hauswirtschaftlichen, organisatorischen und administrativen Aufgaben nicht durch eine entsprechende Personalentwicklung bzw. durch eine Umstrukturierung der Arbeitsprozesse aufgefangen, bleibt nur wenig Zeit für die eigentliche pädagogische und pflegerische Arbeit. Die Analyse der Interviews konnte verdeutlichen, dass die von den Fachkräften bereits als belastend wahrgenommene Anzahl und Komplexität ihrer Aufgaben durch das Älterwerden der Bewohner\*innen noch weiter zunimmt. Durch die Begleitung älterer Bewohner\*innen mit ihren besonderen Fähigkeiten, Bedürfnissen und Unterstützungsbedarfen differenzieren sich die Aufgaben der Fachkräfte noch weiter aus. Hinzu kommen zusätzliche neue Aufgaben wie z. B. die Entwicklung und Bereitstellung alternativer Beschäftigungsangebote für ältere Bewohner\*innen, die Abstimmung mit den Pflegekassen, zeitintensivere Begleitung.

### - **Förderung des gerontologischen, pflegerischen bzw. heilpädagogischen Wissens der Fachkräfte**

Um ältere Bewohner\*innen professionell begleiten zu können, sollten die Fachkräfte die Möglichkeit haben (aber auch verpflichtet werden), sich selbst in gerontologischen, geragogischen und pflegerischen Fragen fortzubilden. Zu diesem Fortbildungskanon sollte auch die Vermittlung von Methoden- und Handlungswissen für die Begleitung älterer Menschen mit geistiger Behinderung sowie von Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz zählen. Zur Vermittlung realistischer Altersbilder sollte die Bedeutung von Mehrdimensionalität, Multidirektionalität sowie Plastizität des Alter(n)s thematisiert werden. Die Einrichtungsleitungen bzw. Träger sind dabei angehalten, den nötigen (zeitlichen) Rahmen für entsprechende Fortbildungen zu schaffen und Anreize für die Fachkräfte zu bieten, daran teilzunehmen.

Da nicht alle Fachkräfte in heilpädagogischen Einrichtungen eine entsprechende Ausbildung absolviert haben und in Anbetracht der zum Teil immer noch vorherrschenden defizitären Sichtweise auf Behinderung sind Fortbildungen in Heilpädagogik geboten – insbesondere für Pflegefachkräfte. Auch die konkrete Vermittlung von Sprachkompetenz – eine Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Kommunikation und Beziehungsgestaltung mit Menschen mit alters- bzw. behinderungsbedingt eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten – wird dringend angeraten.

Grundsätzlich gilt es, die Fachkräfte verstärkt für die Lebenssituationen und Bedürfnisse älterer Menschen mit geistiger Behinderung zu sensibilisieren, um so die Voraussetzung für eine ressourcenorientierte und bedarfsgerechte Begleitung zu schaffen. Vielversprechend sind dabei Fortbildungsangebote, die sich an multidisziplinäre Mitarbeiter\*innenteams richten. Auf diese Weise können Synergien zwischen den verschiedenen Berufsgruppen identifiziert und Vorurteile gegenüber anderen Berufen abgebaut werden.

### - **Alter(n) (im Kontext mit Behinderung) zum Thema machen**

Zur professionellen Begleitung älter werdender Bewohner\*innen gehört eine zielgruppenorientierte Vorbereitung der Betroffenen auf das Alter(n) in all seinen Dimensionen, auf mögliche Einschränkungen, aber auch auf (neue) Gestaltungsmöglichkeiten. Die Bewohner\*innen sollen in einem selbstbestimmten und teilhabeorientierten Umgang mit den Herausforderungen und Chancen des Älterwerdens begleitet werden. Diese Aufgabe sollte in den Leitbildern der Einrichtungen verankert sein und im Aufgabenkanon der Fachkräfte ihren Niederschlag finden.

### - **Schaffung regelmäßiger Reflexionsmöglichkeiten**

Die Schwierigkeit der Befragten, Behinderung bzw. Alter(n) zu definieren, unterstreicht die Notwendigkeit, einen Rahmen zu schaffen, in dem die Fachkräfte im Berufsalltag über die persönliche Bedeutung von Behinderung und Alter(n) reflektieren können. Eine professionelle Begleitung älterer Bewohner\*innen setzt auch voraus, sich immer wieder mit dem eigenen Altersbild auseinanderzusetzen. Hierfür braucht es einen geschützten Raum, in dem einseitige, unrealistische oder problematische Sichtweisen auf Alter(n) bzw. Behinderung identifiziert werden können. Fachkräfte müssen die Möglichkeit haben, sich fachlich kompetent begleitet mit ihren Ängsten vor dem (eigenen) Alter(n), vor einer Demenz oder vor dem Sterben von Bewohner\*innen auseinanderzusetzen. Darüber hinaus benötigen sie konkrete Angebote zur Fortbildung, wie sie im Berufsalltag mit diesen Ängsten umgehen können.

Angesichts der für die Begleitung älterer Menschen mit Behinderung charakteristischen Ambivalenzen und Paradoxien erscheint die Möglichkeit, die eigene Haltung und das eigene Handeln regelmäßige für sich und im Team zu reflektieren sowie sich über einen adäquaten Umgang auszutauschen, dringend geboten.

Die vorliegende Arbeit hat deutliche Unterschiede in den Haltungen und Annahmen der einzelnen Fachkräfte festgestellt. Im Sinne eines professionellen Handelns in einem multidisziplinären Team scheint es daher auch im Berufsalltag dringend notwendig zu sein, einen regelmäßigen Austausch über unterschiedliche Sichtweisen und die Abstimmung einer gemeinsamen Arbeitsbasis zu ermöglichen.

### - **Modifikation von Hilfearrangements – professionelles Handeln in Zeiten von Inklusion und Teilhabe**

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstreichen die Notwendigkeit konzeptioneller und personeller Veränderungen nicht nur in den Einrichtungen selbst, sondern auch bei Trägern und Kommunen. Das Interesse eines Alterns der Bewohner\*innen gemäß dem Paradigma der Inklusion, der Teilhabe und der Sozialraumorientierung macht dies erforderlich. Neben einer Entlastung der Fachkräfte und ihrer Qualifizierung für neue Aufgaben müssen individuelle und personenorientierte Unterstützungsarrangements in den Kommunen aufgebaut werden, mit denen den individuellen Bedarfslagen der älter werdenden Bewohner\*innen besser entsprochen werden kann.

Wohnangebote sollten dabei stets als Teil der Unterstützungsstruktur in einem Sozialraum verstanden werden. Sie sollten mit anderen Diensten und Angeboten aus der Behindertenhilfe, der Altenhilfe- und -arbeit, dem Gesundheitswesen sowie mit anderen zivilgesellschaftlichen Akteur\*innen vernetzt sein. Unterstützungsleistungen kämen dann nicht mehr notwendigerweise aus einer Hand, sondern aus einem größeren Hilfesystem. In diesem Zusammenhang ist auf die Schnittstellenproblematik bezüglich der Zuständigkeitsregelung bei einem versäulten Sozialleistungsrecht hingewiesen. Wohnassistenz sollte verstärkt für kleinräumige Quartiere, Nachbarschaften und einen Kreis von Klient\*innen konzipiert werden (vgl. BMFSFJ 2016, Dieckmann et al. 2015, Schäper et al. 2010).

Dies erfordert ein Umdenken der Fachkräfte, eine Anpassung ihres didaktisch-methodischen Handelns sowie ihres professionellen Selbstverständnisses. Es geht um die Vermittlung eines teilhabeorientierten Grundverständnisses (Dieckmann et al. 2013), um die Verinnerlichung eines „Klimas des Zutrauens und Zulassens“ (Wacker 2005a). Fachkräfte müssen in ihrer Rolle als Ansprechpartner\*innen, Moderator\*innen und Berater\*innen zugleich bereit und in der Lage sein, Verantwortung für die Unterstützung der Bewohner\*innen in ihrer Gesamtheit zu übernehmen und in diesem Rahmen die Zusammenarbeit verschiedener Akteur\*innen zu moderieren (vgl. Dieckmann et al. 2013). Es ist vor allem auch eine Aufgabe der Träger, die Fachkräfte entsprechend auf diese Aufgaben vorzubereiten und sie bei diesen zu unterstützen.

Die notwendige höhere Qualifikation der Fachkräfte sollte durch eine entsprechend bessere Vergütung honoriert werden.

### **Schlussfolgerungen für zukünftige Forschungsvorhaben**

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, welche Auswirkungen negative Sichtweisen auf Alter(n) und Behinderung auf die professionelle Begleitung älterer Bewohner\*innen haben können. Aus methodischen Gründen kann von den rekonstruierten Sichtweisen der Fachkräfte jedoch nicht auf ihr tatsächliches Handeln im Berufsalltag geschlossen werden. In weiteren Studien gilt es daher – z. B. im Rahmen von Beobachtungen – der Frage nachzugehen, wie sich die erhobenen Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) in der Berufspraxis konkret auswirken und inwieweit der von den Fachkräften in den Interviews beschriebene Umgang mit den Bewohner\*innen mit der Realität übereinstimmt. Auch verbale und nonverbale Formen der Kommunikation zwischen den Fachkräften und den älter werdenden Bewohner\*innen können weitere Informationen über Altersbilder liefern (Remmers/Walter 2012).

Des Weiteren konnten – soweit erkennbar – Aussagen über mögliche Zusammenhänge zwischen bestimmten Sichtweisen bei Fachkräften und bestimmten Merkmalen wie Alter oder Qualifikation formuliert werden. Aufgrund der geringen Fallzahl sind jedoch keine statistischen Aussagen über Zusammenhänge möglich. Allerdings ist das Wissen über mögliche Einflussfaktoren auf Altersbilder für die Gestaltung und Entwicklung entsprechender Aus- und Fortbildungsmaßnahmen notwendig (Remmers/Renneke 2012), weshalb eine weitere Untersuchung mit einer größeren Stichprobe zu empfehlen ist.

Bedeutsam wäre es auch, die Hypothese von Schuppener (2001) zu überprüfen, wonach nicht die Berufsausbildung, sondern die persönlichen und sozialen Kompetenzen einer Fachkraft ihre Einstellungen und ihr Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderung bestimmen (Kapitel 4).

Kählin et al. (2016) stellen einen Zusammenhang zwischen einseitig negativen Sichtweisen auf das Alter(n) und einem vorherrschenden medizinischen Verständnis von Behinderung fest. Zu fragen wäre, ob sich bei Fachkräften in deutschen Einrichtungen der Behindertenhilfe vergleichbare Zusammenhänge zwischen Altersbildern und Sichtweisen auf Behinderung erkennen lassen.

Da Fachkräfte nicht im luftleeren Raum agieren und ihr Handeln sowie ihre Sichtweisen auch von den organisationalen Rahmenbedingungen ihrer jeweiligen Einrichtungen geprägt werden, ist auch die Frage relevant, wie sich Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n) auf institutioneller Ebene in den Organisationsstrukturen manifestieren. Auf der Makroebene ist die Untersuchung gesellschaftliche Bilder von Behinderung und Alter(n) wichtig, da diese sich in den Organisationsstrukturen widerspiegeln.

Am Ende dieser Arbeit sei auf die nach wie vor bestehende Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis verwiesen. Wenn es um die Realisierung von Teilhabe für ältere Menschen mit Behinderung geht, scheinen gesetzliche Vorgaben und Leitlinien oftmals nicht im erforderlichen Maße zur Anwendung zu kommen.

Seit Inkrafttreten der UN-BRK 2009 sind Bund, Länder und Kommunen verpflichtet, die umfassende Gleichstellung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung in allen Bereichen der Gesellschaft sicher zu stellen. Umso irritierender ist es, dass offenbar noch längst nicht alle Fachkräfte in der Behindertenhilfe vom Recht auf Teilhabe und Inklusion gehört haben und folglich wenig Ideen haben, wie dieses Recht praktisch umgesetzt werden könnte.

Es gilt weiterhin, Träger\*innen der Behinderten- und Altenhilfe sowie Fachkräfte entsprechend zu informieren, über gesetzliche Vorgaben aufzuklären und sie adäquat bei der sachgemäßen Umsetzung zu unterstützen. Hiermit sind wir wieder bei der Ausgangsfrage der vorliegenden Arbeit angelangt: Es geht darum, bei den Fachkräften einen Bewusstseinswandel einzuleiten – von einer defizitären zu einer ressourcen- und teilhabeorientierten Sichtweise auf Behinderung und Alter(n). Dies kann allerdings nur *ein* Faktor sein, um sicherzustellen, dass ältere Menschen mit Behinderung in Zukunft die gleichen Chancen haben wie Menschen ohne Behinderung, ihre Lebensphase Alter gut und selbstbestimmt zu gestalten.



## Literaturverzeichnis

- American Association on Mental Retardation (1992): *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Atchley, Robert C. (1971): Retirement and leisure participation. Continuity or crisis? In: *The Gerontologist*, 11, S. 13–17.
- Atchley, Robert C. (1989): A Continuity Theory of Normal Aging. In: *The Gerontologist*, 29, Heft 2, S. 183–190.
- Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang (2013): *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Baltes, Margret M./Kohli, Martin/Sames, Karl [Hrsg.] (1989): *Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen*. Bern: Hans Huber.
- Baltes, Margret M./Wahl, Hans-Werner (1992): The dependency-support script in institutions: Generalization to community settings. In: *Psychology and Aging*, 7, Heft 3, S. 409–418.
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1989a): Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In: Baltes, Margret M./Kohli, Martin/Sames, Karl [Hrsg.]: *Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen*. Bern: Hans Huber, S. 5–10.
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1989b): Optimierung durch Selektion und Kompensation: Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. In: *Zeitschrift für Pädagogik*, 35, S. 85–105.
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1990a): Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. [Hrsg.]: *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge [UK]: Cambridge University Press, S. 1–34.
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. [Hrsg.] (1990b): *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge [UK]: Cambridge University Press.
- Baltes, Paul B./Baltes, Margret M. (1992): Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes, Paul B./Mittelstrass, Jürgen [Hrsg.]: *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin: Walter de Gruyter, S. 1–34.
- Baltes, Paul B./Smith, Jacqui (2003): New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. In: *Gerontology*, 49, Heft 2, S. 123–135.
- Beck, Iris (2007): Wohnen. In: Greving, Heinrich [Hrsg.]: *Kompendium der Heilpädagogik. Band 2 (I–Z)*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS, S. 334–345.
- Berner, Frank (2016): *Sorgende Gemeinschaft oder Sorgestrukturen? Überlegungen vor dem Hintergrund des Siebten Altenberichts*. Hamburg.
- Bertelsmann Stiftung (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh.
- Beyer, Ann-Kristin/Wurm, Susanne/Wolff, Julia K. (2017): Älter werden – Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung. In: Mahne, Katharina/Tesch-Römer, Clemens/Wolff, Julia K./Simonson, Julia [Hrsg.]: *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Wiesbaden: Springer, S. 329–343.
- Bielefeldt, Heiner (2009): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention. Online: [http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/\\_migrated/tx\\_commerce/essay\\_no\\_5\\_zum\\_innovationspotenzial\\_der\\_un\\_behindertenrechtskonvention\\_auf13.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/_migrated/tx_commerce/essay_no_5_zum_innovationspotenzial_der_un_behindertenrechtskonvention_auf13.pdf) [04.06.2016].
- Bigby, Christine (2004): *Ageing with a lifelong disability: A guide to practice, program and policy issues for human services professionals*. London.

- Bittles, A./Pettersson, P./Sullivan, S./Hussain, R./Glasson, E./Montgomery, P. (2002): The influence of intellectual disability on life expectancy. In: *Journal of Gerontology*, 57A, M470–M472.
- Bleidick, Ulrich (1999): *Behinderung als pädagogische Aufgabe. Behinderungsbegriff und behindertenpädagogische Theorie*. Stuttgart [u.a.]: Kohlhammer.
- Bosbach, Gerd (2006): Demographische Entwicklung – Realität und mediale Aufbereitung. In: *Berliner Debatte Initial*, 17, Heft 3, S. 59–66.
- Bosse, Ingo (2006): *Behinderung im Fernsehen. Gleichberechtigte Teilhabe als Leitziel der Berichterstattung*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Bowling, Ann/Dieppe, Paul (2005): What is successful ageing and who should define it? In: *British Medical Journal*, 331, Heft 7531, S. 1548–1551.
- Brandtstädter, Jochen/Renner, Gerolf (1990): Tenacious Goal Pursuit and Flexible Goal Adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. In: *Psychology and Aging*, 5, Heft 1, S. 58–67.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (o. J.): *Bundesteilhabegesetz. Nichts über uns – ohne uns*. Online: [https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Gesetzesvorhaben/BTHG/Bundesteilhabegesetz\\_node.html](https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Gesetzesvorhaben/BTHG/Bundesteilhabegesetz_node.html) [18.10.2018].
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013): *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*. Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2016): *Zweiter Teilhabebericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*. Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001): *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Alter und Gesellschaft*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005): *Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2016): *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der der Bundesregierung*. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (1998): *Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe*. Schriftenreihe Bd. 102. Baden-Baden.
- Butler, Robert N. (1980): Ageism: A foreword. In: *Journal of Social Issues*, 36, S. 8–11.
- Caporael, Linnda R./Lukaszewski, Marlene P./Culbertson, Glen H. (1983): Secondary baby talk: judgments by institutionalized elderly and their caregivers. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, Heft 4, S. 746–754.
- Clemens, Wolfgang/Naegele, Gerhard (2004): Lebenslagen im Alter. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike [Hrsg.]: *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern: Huber, S. 387–402.
- Cloerkes, Günther (1985): *Einstellung und Verhalten gegenüber Behinderten. Eine kritische Bestandsaufnahme der Ergebnisse internationaler Forschung*. Berlin.
- Cloerkes, Günther (1997): *Soziologie der Behinderten. Eine Einführung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

- Cloerkes, Günther (2007): *Soziologie der Behinderten. Eine Einführung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Conrads, Bernhard (2008): Behindertenhilfe. In: Maelicke, Bernd [Hrsg.]: *Lexikon der Sozialwirtschaft*. Baden-Baden: Nomos, S. 90–95.
- Cumming, Elaine/Henry, William E. (1961): *Growing old. The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Dallinger, Ursula/Schroeter, Klaus (2002): Theoretische Alter(n)ssoziologie – Dämmertal oder Griff in die Wühlkiste der allgemeinen soziologischen Theorie? Einleitende Betrachtung zu Entwicklung, Stand und Erwartungen an die theoretische Alter(n)ssoziologie. In: Dallinger, Ursula/Schroeter, Klaus. [Hrsg.]: *Theoretische Beiträge zur Alterssoziologie*. Opladen: Leske + Budrich, S. 7–33.
- Dederich, Markus (2009): Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie. In: Dederich, Markus/Jantzen, Wolfgang [Hrsg.]: *Behinderung und Anerkennung*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 15–39.
- Dederich, Markus (2016): Selbstbestimmung. In: Dederich, Markus/Beck, Iris/Antor, Georg/Bleidick, Ulrich [Hrsg.]: *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 169–171.
- Dederich, Markus/Jantzen, Wolfgang [Hrsg.] (2009): *Behinderung und Anerkennung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Degener, Theresia (2009): Die neue UN Behindertenrechtskonvention aus der Perspektive der Disability Studies. In: *Behindertenpädagogik*, 48, Heft 3, S. 263–283.
- Denninger, Tina/van Dyk, Silke/Lessenich, Stephan/Richter, Anna (2014): *Leben im Ruhestand. Zur Neuverhandlung des Alters in der Aktivgesellschaft*. Bielefeld: transcript.
- Deppermann, Arnulf (2001): *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) (2011): *Teilhabe und Pflege alter Menschen – Professionalität im Wandel. Positionspapier der Sektion IV – Soziale Gerontologie und Altenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*.
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (2014): *Nutzung der ICF im deutschen Rehabilitationssystem. Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)*. Heidelberg.
- Deutscher Bundestag (Bundestag) (2010): *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft*. Drucksache 17/3815. Berlin.
- Dieckmann, Friedrich (2009): Heilpädagogische Unterstützung von erwachsenen Menschen mit Behinderung. In: Greving, Heinrich/Ondracek, Petr [Hrsg.]: *Spezielle Heilpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 34–82.
- Dieckmann, Friedrich/Giovis, Christos (2012): Der demografische Wandel bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Vorausschätzung der Altersentwicklung am Beispiel von Westfalen-Lippe. In: *Teilhabe*, 51, S. 12–19.
- Dieckmann, Friedrich/Giovis, Christos/Schäper, Sabine/Schüller, Simone/Greving, Heinrich (2010): *Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe*. Münster: KathO NRW.
- 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. Vierter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI)*. Münster.

- Dieckmann, Friedrich/Metzler, Heidrun (2013): *Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter*. Stuttgart.
- Dieckmann, Friedrich/Rohleder, Christiane (2017): *Alt werden mit lebenslanger Behinderung*. In: Schirra-Weirich, Liane/Wiegelmann, Henrik [Hrsg.]: *Alter und Altern als (Teilhabe-)Herausforderung für Individuum und Gesellschaft*. Leverkusen: Barbara Budrich, S. 75–102.
- Dieckmann, Friedrich/Schäper, Sabine/Thimm, Antonia/Dieckmann, Petra/Dluhosch, Sandra/Lucas, Aline (2015): *Die Lebenssituation älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung in Nordrhein-Westfalen*. Band 2 der Schriftenreihe des MAIS zur Berichterstattung über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in Nordrhein-Westfalen. Münster.
- Ding-Greiner, Christina/Kruse, Andreas (2004): *Alternsprozesse bei Menschen mit geistiger Behinderung*. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike [Hrsg.]: *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern: Huber, S. 519–532.
- Ding-Greiner, Christina/Kruse, Andreas [Hrsg.] (2010): *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter*. Beiträge aus der Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ding-Greiner, Christina/Lang, Erich (2004): *Alternsprozesse und Krankheitsprozesse – Grundlagen*. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike [Hrsg.]: *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern: Huber, S. 182–206.
- Dörner, Klaus (2006): *Der Nationalsozialismus*. In: Wüllenweber, Ernst/Theunissen, Georg/Mühl, Heinz [Hrsg.]: *Pädagogik bei geistigen Behinderungen*. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 23–29.
- Driller, Elke/Alich, Saskia/Karbach, Ute/Pfaff, Holger/Schulz-Nieswandt, Frank (2008): *Die INA-Studie. Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Dunkel, Wolfgang (1994): *Pflegearbeit – Alltagsarbeit*. Eine Untersuchung der Lebensführung von AltenpflegerInnen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Dupuis, Gregor/Kerkhoff, Winfried [Hrsg.] (1992): *Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete*. Berlin: Edition Marhold.
- Ehmer, Josef (1990): *Sozialgeschichte des Alters*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Ekerdt, D. J. (1986): *The Busy Ethic. Moral Continuity Between Work and Retirement*. In: *The Gerontologist*, 26, Heft 3, S. 239–244.
- Epstein, Laura (1999): *The Culture of Social Work*. In: Chambon, Adrienne S./Irving, Allan/Epstein, Laura [Hrsg.]: *Reading Foucault for Social Work*. New York: University Press, S. 3–26.
- Erikson, Erik H. (1950): *Childhood and society*. New York: Norton & Company.
- Erikson, Erik H. (1973; 2013): *Identität und Lebenszyklus*. Drei Aufsätze. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Erikson, Erik H. (1988): *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Feil, Naomi/Klerk-Rubin, Vicki de (2013): *Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Filipp, Sigrun-Heide/Mayer, Anne-Kathrin (1999): *Bilder des Alters*. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, Ingrid (2004): *Einstellungen von Professionisten der Behindertenarbeit gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung*. Diplomarbeit. Wien.
- Franz, Daniel (2014): *Anforderungen an Mitarbeiter(innen) in wohnbezogenen Diensten der Behindertenhilfe*. Veränderungen des professionellen Handelns im Wandel von der institutionellen zur personalen Orientierung. In: *Teilhabe*, 53, Heft 2, S. 48–54.

- Franz, Daniel (2016): Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Impulse zur inklusiven Weiterentwicklung der Dienste und Einrichtungen. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Fredrickson, Barbara L. (1998): What good are positive emotions? In: *Review of General Psychology*, 2 (3), S. 300–319.
- Frewer-Graumann, Susanne/Schäper, Sabine (2015): Die unsichtbaren Alten – Bilder über das Altern von Menschen mit lebenslanger Behinderung. In: *Journal für Psychologie*, 23, Heft 1, S. 167–191.
- Garfinkel, Harold (1981): Das Alltagswissen über soziale und innerhalb sozialer Strukturen. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen [Hrsg.]: *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 189–262.
- Gerok, Wolfgang/Brandstädter, Jochen (1992): Normales, krankhaftes und optimales Altern: Variations- und Modifikationsspielräume. In: Baltes, Paul B./Mittelstrass, Jürgen [Hrsg.]: *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin: Walter de Gruyter, S. 356–385.
- Goffman, Erving (1961, 2007): *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction.
- Goffman, Erving (1975): *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt (am Main): Suhrkamp.
- Görres, Stefan/Martin, S. (2004): Prävention und Rehabilitation. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike [Hrsg.]: *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern: Huber, S. 462–476.
- Graumann, Sigrid (2011): *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*. Frankfurt am Main [u.a.]: Campus.
- Greving, Heinrich (2011): *Heilpädagogische Professionalität. Eine Orientierung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Greving, Heinrich/Dieckmann, Friedrich/Schäper, Sabine/Graumann, Susanne (2012): *Evaluation von Wohn- und Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit Behinderung. Dritter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI)*. Münster.
- Greving, Heinrich/Ondracek, Petr (2005): *Handbuch Heilpädagogik*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Greving, Heinrich/Ondracek, Petr (2009a): *Heilpädagogisches Denken und Handeln. Eine Einführung in die Didaktik und Methodik der Heilpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Greving, Heinrich/Ondracek, Petr [Hrsg.] (2009b): *Spezielle Heilpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Greving, Heinrich/Ondracek, Petr (2014): *Handbuch Heilpädagogik*. Köln: Bildungsverlag EINS.
- Gröschke, Dieter (2007a): *Behinderung*. In: Greving, Heinrich [Hrsg.]: *Kompendium der Heilpädagogik. Band 1 (A–H)*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS, S. 97–109.
- Gröschke, Dieter (2007b): *Konzept*. In: Greving, Heinrich [Hrsg.]: *Kompendium der Heilpädagogik. Band 2 (I–Z)*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS, S. 67–75.
- Haller, Miriam (2011): *Altersbilder und Bildung. Bildungstheoretische Überlegungen im Anschluss an Michel Foucaults Konzept des Alters als Heterotopie*. In: Achenbach, Vera v./Eifert, Barbara [Hrsg.]: *Junge Bilder vom Alter. Werkbuch*. Essen: Klartext, S. 208–227.
- Hasseler, Martina (2015): *Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in der gesundheitlichen Versorgung*. In: *Die Rehabilitation*, Heft 54, S. 369–374.

- Hausdorff, J. M./Levy, B./Wei, J. Y. (1999): The power of ageism on physical function of older persons. Reversibility of age-related gait changes. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, Heft 11, S. 1346–1349.
- Haveman, Meindert/Stöppler, Reinhilde (2010): *Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haveman, Meindert/Stöppler, Reinhilde (2014): *Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Havighurst, Robert J./Albrecht, Ruth E. (1953): *Older people*. New York: Longmans Green.
- Havighurst, Robert J./Neugarten, Bernice. L./Tobin, Sheldon S. (1968): Disengagement and Patterns of Aging. In: Neugarten, Bernice. L. [Hrsg.]: *Middle Age and Aging*. Chicago: University of Chicago, S. 161–177.
- Helferich, Cornelia (2009): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Heller, Tamar (2004): Aging with Developmental Disabilities. Emergig Models for Promoting Health, Independence, and Quality of Life. In: Kemp, Bryan, J./Mosqueda, Laura [Hrsg.]: *Aging with a Disability. What the Clinician Needs to Know*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, S. 213–233.
- Herschbach, Peter (2002): Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung – Wovon hängt unser Wohlbefinden ab? In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52, ¾, S. 141–150.
- Höfling, Christian/Pläß, Christine/Schetsche, Michael (2002): Deutungsmusteranalyse in der kriminologischen Forschung. In: *Forum Qualitative Sozialforschung*, 3, 1, Art. 14, 31 Absätze.
- Hoffmann, Claudia/Theunissen, Georg (2006): Bildung im Erwachsenenalter und Alter. In: Wüllenweber, Ernst/Theunissen, Georg/Mühl, Heinz [Hrsg.]: *Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 416–425.
- Hohmeier, Jürgen (1975): Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozeß. In: Brusten, Manfred/Hohmeier, Jürgen [Hrsg.]: *Stigmatisierung 1. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. Neuwied/Darmstadt: Luchterhand, S. 5–24.
- Hohmeier, Jürgen/Mennemann, Hugo (1995): Paradigmenwechsel als reflexive Modernisierungsstrategie in der sozialen Arbeit. In: *Neue Praxis*, Heft 4, S. 372–382.
- Hollander, Jutta/Mair, Helmut (2004): *Den Ruhestand gestalten. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand“ von Menschen mit Behinderung*. Düsseldorf.
- Hummel, Konrad (1988): *Öffnet die Altersheime! Gemeinwesenorientierte, ganzheitliche Sozialarbeit mit alten Menschen*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Hummert, Mary L./Garstka, Teri A./Shaner, Jaye L./Henry, Clark (1998): Communication with older adults. The influence of age stereotypes, context and communicator age. In: *Human Communication Research*, 25, S. 24–151.
- IT.NRW (2018): *Bevölkerungsvorausberechnung 2014 bis 2040/2060 nach 5er Altersgruppen (19) und Geschlecht – Nordrhein-Westfalen*. Online: <https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldb NRW/online?language=de&sequenz=statistikTabellen&selectionname=12421> [29.06.2018].
- Janicki, Matthew P./Dalton, Arthur J./Henderson, C. M./Davidson, Philip W. (1999): Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: health services considerations. In: *Disability and Rehabilitation*, 21, 5/6, S. 284–294.
- Jantzen, Wolfgang (1987): *Allgemeine Behindertenpädagogik. Band 1: Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen*. Weinheim, Basel: Beltz.

- Kåhlin, Ida/Kjellberg, Anette/Hagberg, Jan-Erik (2016): Ageing in people with intellectual disability as it is understood by group home staff. In: *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 41, Heft 1, S. 1–10.
- Kaufmann, Franz-Xaver (2008): Was meint Alter? Was bewirkt demographisches Altern? Soziologische Perspektiven. In: Staudinger, Ursula M./Häfner, H. [Hrsg.]: *Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage*. Berlin: Springer, S. 119–138.
- Kelle, Udo/Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klingenberger, Hubert (1996): *Handbuch Altenpädagogik. Aufgaben und Handlungsfelder der ganzheitlichen Geragogik*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Kohli, Martin (1985): Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie & Sozialpsychologie*, 37, Heft 1, S. 1–29.
- Kohli, Martin/Freter, Hans-Jürgen/Langehennig, Manfred/Roth, Silke/Simoneit, Gerhard/Tregel, Stephan (1993): *Engagement im Ruhestand. Rentner zwischen Erwerb, Ehrenamt und Hobby*. Opladen: Leske + Budrich.
- Kolland, Franz/Rosenmayr, Leopold (2007): Altern und zielorientiertes Handeln: Zur Erweiterung der Aktivitätstheorie. In: Wahl, Hans-Werner/Mollenkopf, Heidrun [Hrsg.]: *Altersforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alters- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum*. Berlin: AKA; Akad. Verl.-Ges, S. 203–221.
- Komp, Elisabeth (2006): *Sinnerfüllte Lebensphase Alter für Menschen mit geistiger Behinderung*. Dissertation. Köln.
- Kruse, Andreas/Ding-Greiner, Christina (2003): Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbständigkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, S. 463–474.
- Kruse, Andreas/Ding-Greiner, Christina/Grüner, Michaela (2002): *Den Jahren Leben geben. Lebensqualität im Alter bei Menschen mit Behinderungen*. Projektbericht. Stuttgart.
- Kruse, Andreas/Schmitt, Eric (2006): A multidimensional scale for the measurement of agreement with age stereotypes and the salience of age in social interaction. In: *Ageing & Society*, 2006, Heft 26, S. 393–411.
- Kruse, Jan (2014): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kruse, Jan/Biesel, Kay/Schmieder, Christian (2011): *Metaphernanalyse. Ein rekonstruktiver Ansatz*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kruse, Jan/Schmieder, Christian (2012): In fremden Gewässern. Ein integratives Basisverfahren als sensibilisierendes Programm für rekonstruktive Analyseprozesse im Kontext fremder Sprachen. In: Kruse, Jan/Bethmann, Stephanie/Eckert, Judith/Niermann, Debora/Schmieder, Christian [Hrsg.]: *Qualitative Interviewforschung in und mit fremden Sprachen*. Weinheim: Juventa, S. 248–295.
- Kühnert, Sabine/Niederfranke, Annette (1993): Sind gerontologische Theorien nützlich zur Erklärung sozialstruktureller Altersveränderungen? In: Naegele, Gerhard/Tews, Hans P. [Hrsg.]: *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 82–99.
- Lehr, Ursula M. (2003): Die Jugend von gestern – und die Senioren von morgen. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 20, S. 3–5.
- Lessenich, Stephan (2015): Kernthemen und Konzepte der Alterssoziologie. In: Wahl, Hans-Werner/Heyl, Vera [Hrsg.]: *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 157–160.
- Levy, B. (1996): Improving memory in old age through implicit self-stereotypes. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, Heft 6, S. 1092–1107.

- Levy, B./Hausdorff, J. M./Hencke, R./Wei, J. Y. (2000): Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. In: *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B, Heft 4, S. 205–213.
- Levy, B./Slade, M. D./Kunkel, S. R./Kasl, S. V. (2002): Longevity increased by positive self-perceptions of aging. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, Heft 2, S. 261–270.
- Levy, B./Slade, M. D./May, J./Caracciolo, E. A. (2006): Physical Recovery after acute myocardial infarction. Positive age self-stereotypes as a resource. In: *International Journal of Aging and Human Development*, 62, Heft 4, S. 285–301.
- Lifshitz, H. (1998): Instrumental enrichment: A tool for enhancement of cognitive ability in adult and elderly people with mental retardation. In: *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33, S. 34–41.
- Lindmeier, Bettina/Lindmeier, Christian (2012): *Pädagogik bei Behinderung und Benachteiligung*. Band 1: Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lindmeier, Christian (1993): *Behinderung – Phänomen oder Faktum?* Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf (2002): *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mair, Helmut/Hollander, Jutta (2006): Den Ruhestand gestalten. Bericht über das Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand von älteren Menschen mit Behinderungen“. In: *Heilpädagogik online*, Heft 1, S. 58–79.
- Martin, Mike/Kliegel, Matthias (2014): *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Masterplan altengerechte Quartiere.NRW. Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter (2013). Düsseldorf.
- Mayer, Karl U./Baltes, Paul B. [Hrsg.] (1996): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Merton, Robert K./Fiske, Marjorie/Kendall, Patricia L. (1956): *The focused interview: a manual of problems and procedures*. Glencoe: Free Press.
- Michell-Auli, Peter D./Sowinski, Christine (2012): *Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Michna, Horst/Peters, Christiane/Schönfelder, Frauke/Wacker, Elisabeth/Zalfen, Birgit (2007): *KompAs – Kompetentes Altern sichern. Gesundheitliche Prävention für Menschen mit Behinderung im späten Erwachsenenalter*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2014): *Rechtsgrundlagen*. Online: [http://www.mgepa.nrw.de/pflege/rechtsgrundlagen\\_2014/index.php](http://www.mgepa.nrw.de/pflege/rechtsgrundlagen_2014/index.php) [10.10.2016].
- Mollenkopf, Heidrun/Oswald, Frank/Wahl, Hans-Werner (2006): Wohnen und Wohnumwelt. In: Oswald, Wolf D./Lehr, Ursula/Sieber, Cornel/Kornhuber, Johannes [Hrsg.]: *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 398–402.
- Motel-Klingebiel, Andreas/Simonson, Julia/Romeu Gordo, Laura (2010a): Materielle Sicherung. In: Motel-Klingebiel, Andreas/Wurm, Susanne/Tesch-Römer, Clemens [Hrsg.]: *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 61–89.
- Motel-Klingebiel, Andreas/Wurm, Susanne/Tesch-Römer, Clemens [Hrsg.] (2010b): *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart: Kohlhammer.



- Müller, Sandra V./Kuske, Bettina/Gövert, Uwe/Wolff, Christian (2016): Der demographische Wandel und seine Bedeutung für die Behinderteneinrichtung – dargestellt am Beispiel der Demenz. In: Müller, Sandra V./Gärtner, Claudia [Hrsg.]: Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen. Wiesbaden: Springer VS, S. 75–89.
- Naegele, Gerhard (2008): Altenhilfe. In: Maelicke, Bernd [Hrsg.]: Lexikon der Sozialwirtschaft. Baden-Baden: Nomos, S. 30–34.
- Naegele, Gerhard (2010a): Kommunale Altenpolitik angesichts des sozio-demografischen Wandels neu denken! In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Heft 3, S. 173–178.
- Naegele, Gerhard (2010b): Kommunen im demographischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43, S. 98–102.
- Naegele, Gerhard (2013): Handlungsfelder einer zukunftsgerichteten Alterssozialpolitik. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 63, 4-5, S. 18–23.
- Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard/Frahm, Eckart (1999a): Altern. Lernen. Ein Vorwort. In: Niederfranke, Annette [Hrsg.]: Die vielen Gesichter des Alterns. Opladen [u.a.]: Westdeutscher Verlag, S. 7–10.
- Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard/Frahm, Eckart [Hrsg.] (1999b): Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Niehoff, Ulrich (1997): Einführende Überlegungen zum Handeln der Begleiter. In: Hähner, Ulrich/Niehoff, Ulrich/Sack, Rudi e.a. [Hrsg.]: Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., S. 171–175.
- Niehoff, Ulrich (2006): Menschen mit geistiger Behinderung in der Freizeit – Versuch einer Standortbestimmung. In: Wüllenweber, Ernst/Theunissen, Georg/Mühl, Heinz [Hrsg.]: Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 408–415.
- Niehoff, Ulrich (2013): Teilhabe. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin [Hrsg.]: Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 369.
- Nirje, Bengt (1994a): Das Normalisierungsprinzip. In: Fischer, Ute/Hahn, Th. M./Klingmüller, Bernhard, Seifert, Monika [Hrsg.]: WISTA Experten-Hearing 1993. Wohnen im Stadtteil für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonie-Verlag, S. 175–202.
- Nirje, Bengt (1994b): Zur Geschichte des Normalisierungsprinzips. In: Fischer, Ute/Hahn, Th. M./Klingmüller, Bernhard, Seifert, Monika [Hrsg.]: WISTA Experten-Hearing 1993. Wohnen im Stadtteil für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonie-Verlag, S. 141–174.
- Nirje, Bengt/Perrin, Burt (1994): Das Normalisierungsprinzip und seine Mißverständnisse. In: Fischer, Ute/Hahn, Th. M./Klingmüller, Bernhard, Seifert, Monika [Hrsg.]: WISTA Experten-Hearing 1993. Wohnen im Stadtteil für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonie-Verlag, S. 203–207.
- Oevermann, Ulrich (2001 [1973]): Zur Analyse der Struktur von sozialen Deutungsmustern. In: Sozialer Sinn, 1, S. 3–33.
- Olsen, H. (2002): Attitudes toward the disabled in Denmark. Copenhagen: Danish National Institute of Social Research.
- Ondracek, Petr (2013): Bewusste Personenzentriertheit im heilpädagogischen Berufsalltag, oder – Was kann man von einem Navigationsgerät lernen? In: Greving, Heinrich/Schäper, Sabine

- [Hrsg.]: Heilpädagogische Konzepte und Methoden. Orientierungswissen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 54–70.
- Opaschowski, Horst W. (1976): Pädagogik der Freizeit, Grundlagen für Wissenschaft und Praxis. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Pettigrew, T. F./Tropp, L. R. (2000): Does intergroup contact reduce prejudice? Recent meta-analytic findings. In: Oskamp, S. [Hrsg.]: Reducing prejudice and discrimination. London: Erlbaum, S. 93–114.
- Pichler, Barbara (2010): Aktuelle Altersbilder: „junge Alter“ und „alte Alter“. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute [Hrsg.]: Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage, S. 415–425.
- Pohlmann, Stefan (2004): Das Alter im Spiegel der Gesellschaft. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Pohlmann, Stefan (2011): Sozialgerontologie. München [u.a.]: Reinhardt.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2009): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Reichert, Monika (1993): Hilfeverhalten gegenüber alten Menschen. Eine experimentelle Überprüfung der Rolle von Erwartungen. Dissertation. Essen: Verlag Blaue Eule.
- Remmers, Hartmut/Renneke, Sandra (2012): Altersbilder bei Studierenden pflegebezogener Studiengänge. Eine empirische Untersuchung. In: Berner, Frank/Rossow, Judith/Schwitzer, Klaus-Peter [Hrsg.]: Altersbilder in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung. Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 251–287.
- Remmers, Hartmut/Walter, Ulla (2012): Der Einfluss von Altersbildern auf Behandlung und Pflege. In: Kruse, Andreas [Hrsg.]: Gutes Leben im hohen Alter. Das Altern in seinen Entwicklungsmöglichkeiten und Entwicklungsgrenzen verstehen. Heidelberg: Akademische Verlagsges. AKA, S. 205–230.
- Ribbert-Elias, Jürgen (1993): Wohnen und Betreuung im Alter: eine Herausforderung an die soziale Arbeit. In: Mair, Helmut/Hohmeier, Jürgen [Hrsg.]: Wohnen und soziale Arbeit. Zwischen Unterbringung und Eingliederung. Opladen: Leske + Budrich, S. 105–128.
- Rock, Kerstin (2001): Sonderpädagogische Professionalität unter der Leitidee der Selbstbestimmung. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.
- Rohrmann, Eckhard (2013): Behindertenhilfe. In: Grundwald, Klaus/Horcher, Georg/Maelicke, Bernd [Hrsg.]: Lexikon der Sozialwirtschaft. Baden-Baden: Nomos, S. 107–109.
- Rosenmayr, Leopold (1996): Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Roth, Erwin (1967): Einstellungen als Determination individuellen Verhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- Rothermund, Klaus (2005): Effects of age stereotypes on self-views and adaptation. In: Greve, Werner/Rothermund, Klaus/Wentura, Dirk [Hrsg.]: The adaptive self: Personal continuity and intentional self-development. Göttingen: Hogrefe & Huber, S. 223–242.
- Rothermund, Klaus (2009): Altersstereotype – Struktur, Auswirkungen, Dynamiken. In: Ehmer, Josef/Brantl, Dirk [Hrsg.]: Bilder des Alterns im Wandel. Historische, intellektuelle, theoretische und aktuelle Perspektiven. Halle (Saale): Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V., S. 139–149.
- Rothermund, Klaus/Wentura, Dirk (2007): Altersnormen und Altersstereotype. In: Brandtstädter, Jochen/Lindenberger, Ulman [Hrsg.]: Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer, S. 540–568.

- Rowe, J. W./Kahn, R. L. (1997): Successful Aging. In: *The Gerontologist*, 37, Heft 4, S. 433–440.
- Saß, Anke-Christine/Wurm, Susanne/Ziese, Thomas (2009): Alter=Krankheit? Gesundheitszustand und Gesundheitsentwicklung. Somatische und psychische Gesundheit. In: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas [Hrsg.]: *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert Koch-Institut, S. 31–59.
- Schäper, Sabine/Schüller, Simone/Dieckmann, Friedrich/Greving, Heinrich (2010): Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen. Ergebnisse einer Literaturanalyse und Expertenbefragung. Zweiter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). Münster.
- Schatzman, Leonard/Strauss, Anselm (1973): *Field Research. Strategies for a Natural Sociology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Scheele, Brigitte/Groeben, Norbert. (1988): Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion subjektiver Theorien. Die Heidelberger Struktur-Lege-Technik (SLT), konsensuale Ziel-Mittel-Argumentation und kommunikative Flußdiagramm-Beschreibung von Handlungen. Tübingen: Francke.
- Schmidt, Waldemar (2013): Altenhilfe. In: Grundwald, Klaus/Horcher, Georg/Maelicke, Bernd [Hrsg.]: *Lexikon der Sozialwirtschaft*. Baden-Baden: Nomos, S. 33–37.
- Schmitz-Scherzer, Reinhard/Schick, Ingrid/Kühn, Dietrich (1978): *Altenwohnheime, Personal und Bewohner. Eine empirische Studie in der Stadt Braunschweig*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schroeter, Klaus R. (2004): Zur Doxa des sozialgerontologischen Feldes. Erfolgreiches und produktives Altern? Orthodoxie, Heterodoxie oder Allodoxie? In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, Heft 1, S. 51–55.
- Schuntermann, Michael F. (1999): Behinderung und Rehabilitation: Die Konzepte der WHO und des deutschen Sozialrechts. In: *Die neue Sonderschule*, 44, S. 342–363.
- Schuppener, Saskia (2001): Pädagogische Einstellungs- und Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung – eine explorative Praxisannäherung. In: *Sonderpädagogik*, 31, Heft 3, S. 127–140.
- Schütz, Alfred (1971): *Gesammelte Aufsätze. Das Problem der sozialen Wirklichkeit*. Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Schütz, Alfred (1974): *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schütze, Fritz/Meinefeld, Werner/Springer, Werner/Weymann, Ansgar (1973): Grundlagentheoretische Voraussetzungen methodisch kontrollierten Fremdverstehens. In: *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen* [Hrsg.]: *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 433–495.
- Schwalb, Helmut/Theunissen, Georg [Hrsg.] (2009): *Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best-Practice-Beispiele: Wohnen – Leben – Arbeit – Freizeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seifert, Monika (2006): Pädagogik im Bereich des Wohnens. In: Wüllenweber, Ernst/Theunissen, Georg/Mühl, Heinz [Hrsg.]: *Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 376–393.
- Simm, Andreas (2015): Kernthemen und Konzepte der Biogerontologie. In: Wahl, Hans-Werner/Heyl, Vera [Hrsg.]: *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 147–154.
- Speck, Otto (1998): *System Heilpädagogik. Eine ökologisch-reflexive Grundlegung*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

- Speck, Otto (2003): *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Speck, Otto (2013): Geistige Behinderung. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin [Hrsg.]: *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 147–149.
- Stappen, Birgit/Fooker, Insa (2006): Kritische Lebensereignisse. In: Oswald, Wolf D./Lehr, Ursula/Sieber, Cornel/Kornhuber, Johannes [Hrsg.]: *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 231–236.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018a): Aktualisierung der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Basis 2015. Online: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/AktualisierungBevoelkerungsvorausberechnung.html> [19.05.2018].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018b): Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Aktualisierte Variante 2-A (Basis 2015) und Variante 2 (Basis 2013) im Vergleich. Bevölkerung nach Altersgruppen bis 2060. Online: [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/2015\\_2A\\_AltersgruppenBis2060\\_.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/2015_2A_AltersgruppenBis2060_.html) [19.05.2018].
- Staudinger, Ursula M. (2008): Was ist das Alter(n) der Persönlichkeit? Eine Antwort aus verhaltenswissenschaftlicher Sicht. In: Staudinger, Ursula M./Häfner, H. [Hrsg.]: *Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage*. Berlin: Springer, S. 83–94.
- Tartler, Rudolf (1961): *Das Alter in der modernen Gesellschaft*. Stuttgart: Enke.
- Tesch-Römer, Clemens/Wiest, Maja/Wurm, Susanne (2010b): Subjektives Wohlbefinden. In: Motel-Klingebiel, Andreas/Wurm, Susanne/Tesch-Römer, Clemens [Hrsg.]: *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 263–283.
- Tesch-Römer, Clemens/Wurm, Susanne (2009): Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas [Hrsg.]: *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert Koch-Institut, S. 7–20.
- Teti, A./Grittner, U./Kuhlmey, A./Blüher, S. (2014): Wohnmobilität im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47, Heft 4, S. 320–328.
- Tews, Hans P. (1991): *Altersbilder. Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Theunissen, Georg (2002): *Altenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Theunissen, Georg/Schwalb, Helmut (2009): Einführung – Von der Integration zur Inklusion im Sinne von Empowerment. In: Schwalb, Helmut/Theunissen, Georg [Hrsg.]: *Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best-Practice-Beispiele: Wohnen – Leben – Arbeit – Freizeit*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 11–36.
- Thimm, Antonia/Rodekohl, Bianca/Dieckmann, Friedrich/Haßler, Theresia (2018): Wohnsituation Erwachsener mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe und Umzüge im Alter. Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Modelle für die Unterstützung der Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter innovativ gestalten“ (MUTIG). Münster.
- Thimm, Walter (1984): *Das Normalisierungsprinzip: Eine Einführung*. Marburg: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte – Bundeszentrale.
- Tröster, Heinrich (1990): *Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung*. Bern [u.a.]: Huber.
- van Dyk, Silke (2009): Das Alter. Adressiert, aktiviert, diskriminiert. In: *Berliner Journal für Soziologie*, 19, Heft 4, S. 601–625.

- van Dyk, Silke (2015): *Soziologie des Alters*. Bielefeld: transcript.
- van Dyk, Silke/Lessenich, Stephan (2009): Ambivalenzen der (De-)Aktivierung: Altwerden im flexiblen Kapitalismus. In: *WSI Mitteilungen*, 10, S. 540–546.
- van Dyk, Silke/Lessenich, Stephan/Denninger, Tina/Richter, Anna (2013): Gibt es ein Leben nach der Arbeit? Zur diskursiven Konstruktion und sozialen Akzeptanz des „aktiven Alters“. In: *WSI Mitteilungen*, 5, S. 321–328.
- Veenhoven, Ruut (1988): The utility of happiness. In: *Indicators Research*, Heft 20, S. 333–354.
- Vernooij, Monika A. (2007): *Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik. Theoretische und praktische Grundlagen der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen*. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Wacker, Elisabeth (2005a): Alter und Teilhabe. Grundsatzfragen und Aufgaben der Rehabilitation. In: Wacker, Elisabeth/Bosse, Ingo/Dittrich, Torsten/Niehoff, Ulrich/Schäfers, Markus/Wansing, Gudrun/Zalfen, Birgit [Hrsg.]: *Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 337–368.
- Wacker, Elisabeth (2005b): Selbst Teilhabe bestimmen? In: Wacker, Elisabeth/Bosse, Ingo/Dittrich, Torsten/Niehoff, Ulrich/Schäfers, Markus/Wansing, Gudrun/Zalfen, Birgit [Hrsg.]: *Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 11–19.
- Wacker, Elisabeth/Bosse, Ingo/Dittrich, Torsten/Niehoff, Ulrich/Schäfers, Markus/Wansing, Gudrun/Zalfen, Birgit [Hrsg.] (2005a): *Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Wacker, Elisabeth/Wansing, Gudrun/Schäfers, Markus (2005b): *Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität. Teilhabe mit einem persönlichen Budget*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Wahl, Hans-Werner/Heyl, Vera (2004): *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wahl, Hans-Werner/Heyl, Vera [Hrsg.] (2015): *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wahl, Hans-Werner/Kruse, Andreas (2014): Grundlagen der psychologischen Lebenslauforschung. In: Wahl, Hans-Werner/Kruse, Andreas [Hrsg.]: *Lebensläufe im Wandel. Entwicklung über die Lebensspanne aus Sicht verschiedener Disziplinen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 51–63.
- Wahl, Hans-Werner/Schilling, Oliver (2012). In: Schneider, Wolfgang/Lindenberger, Ulman [Hrsg.]: *Entwicklungspsychologie. Mit Add-on*. Weinheim: Julius Beltz, S. 311–336.
- Waldschmidt, Anne (2007): Disability Studies. In: Greving, Heinrich [Hrsg.]: *Kompendium der Heilpädagogik. Band 1 (A–H)*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS, S. 161–168.
- Walker, Alan (2002): The Principles and Potential of Active Ageing. In: Pohlmann, Stefan [Hrsg.]: *Facing an ageing world. Recommendations and perspectives*. Regensburg: Transfer, S. 113–118.
- Walter, Ulla/Flick, Uwe/Neuber, Anke/Fischer, Claudia/Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2006): *Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Weber, Erik (2007): Assistenz. In: Greving, Heinrich [Hrsg.]: *Kompendium der Heilpädagogik. Band 1 (A–H)*. Troisdorf: Bildungsverlag EINS, S. 56–65.
- Weisser, Jan (2005): *Behinderung, Ungleichheit und Bildung*. Bielefeld.
- Wentura, Dirk/Rothermund, Klaus (2005): Altersstereotype und Altersbilder. In: Filipp, Sigrun-Heide/Staudinger, U. M. [Hrsg.]: *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*. Göttingen: Hogrefe, S. 625–654.

- Werning, Rolf/Balgo, Rolf/Palmowski, Winfried/Sassenroth, Martin (2012): Sonderpädagogik. Lernen, Verhalten, Sprache, Bewegung und Wahrnehmung. München: Oldenbourg.
- Westerhof, G. J./Miche, M./Brothers, A. F./Barrett, A. E./Diehl, M./Montepare, J. M./Wahl, H.-W./Wurm, S. (2014): The influence of subjective aging on health and longevity: A meta-analysis of longitudinal data. In: *Psychology and Aging*, 29, Heft 4, S. 793–802.
- Wolfensberger, Wolf (2005): Die Entwicklung des Normalisierungsgedanken in den USA und Kanada. In: Thimm, Walter [Hrsg.]: *Das Normalisierungsprinzip*. Marburg, S. 168–196.
- World Health Organization (WHO) (2002): *Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln*. Genf.
- World Health Organization (WHO) (2005): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf.
- Wüllenweber, Ernst/Theunissen, Georg (2009): Handlungskonzepte und Methoden der Heilpädagogik, eine Einführung. In: Theunissen, Georg/Wüllenweber, Ernst [Hrsg.]: *Zwischen Tradition und Innovation. Methoden und Handlungskonzepte in der Heilpädagogik und Behindertenhilfe; ein Lehrbuch und Kompendium für die Arbeit mit geistig behinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 15–30.
- Wurm, Susanne/Huxhold, Oliver (2012): Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung von Altersbildern. In: Berner, Frank/Rossow, Judith/Schwitzer, Klaus-Peter [Hrsg.]: *Individuelle und kulturelle Altersbilder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 27–69.
- Wurm, Susanne/Tesch-Römer, Clemens/Tomasik, Martin J. (2007): Longitudinal findings on aging-related cognitions, control beliefs and health in later life. In: *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B, Heft 3, S. 156–164.
- Wurm, Susanne/Wiest, Maja/Tesch-Römer, Clemens (2010): Theorien zu Alter(n) und Gesundheit: Was bedeuten Alterwerden und Altsein und was macht ein gutes Leben im Alter aus? In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53, Heft 5, S. 498–503.

## **Anhang**

- Anschreiben an die Fachkräfte stationärer Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung
- Datenschutzerklärung – Information für die Befragten
- Einverständniserklärung der Befragten
- Leitfaden
- Kurzfragebogen

## **Anschreiben an die Fachkräfte stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe**

**Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,**

ich benötige Ihre Unterstützung!

Mein Name ist Christine Koeppel. Ich bin Diplom-Soziologin am Institut für Gerontologie an der Technischen Universität (TU) Dortmund. Ich schreibe derzeit an meiner Doktorarbeit zum Thema „Älter werdende Menschen mit Behinderung in stationären Wohneinrichtungen – Sicht und Rolle der Mitarbeiter\*innen“ bei Herrn Prof. Dr. Naegele an der TU Dortmund.

Dafür suche ich pädagogische und pflegerische Fachkräfte in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung, die Zeit und Interesse haben, mir von ihrer Arbeit und ihren Erfahrungen zu erzählen, die sie mit älter werdenden Bewohnern\*innen im Berufsalltag machen. Vor allem bin ich an folgenden Fragen interessiert:

- Wie nehmen Sie die älter werdenden Bewohner\*innen wahr?
- Welche Erfahrung machen Sie in der Begleitung älterer Bewohner\*innen?
- Welche Rahmenbedingungen benötigen Sie für die Begleitung älterer Bewohner\*innen?

Mit Ihrer Unterstützung möchte ich Hinweise darüber erhalten, wie sich die stationären Wohnangebote für ältere Bewohner\*innen in Zukunft weiter entwickeln sollten.

Die Interviews werden zwischen einer und zwei Stunden in Anspruch nehmen und können nach Absprache mit Ihrer Einrichtungsleitung im Rahmen Ihrer Arbeitszeit stattfinden. Ihr Einverständnis vorausgesetzt möchte ich unser Gespräch gerne mit einem Aufnahmegerät festhalten. Ich garantiere Ihnen, dass dieser Mitschnitt keiner dritten Person zugänglich sein und nach Abschluss der Untersuchung gelöscht werden wird. Bei der Verschriftlichung der Interviews werden selbstverständlich alle Angaben, die Rückschlüsse auf Personen, Organisationen oder Orte geben könnten, anonymisiert, die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Lesen Sie dazu bitte auch die Hinweise zum Datenschutz (Datenschutzerklärung).

Wenn Sie Interesse an der Untersuchung haben, weitere Fragen zu meiner Doktorarbeit bzw. zu meiner Person haben, können Sie mich gerne jederzeit unverbindlich anrufen bzw. über E-Mail erreichen. Ich freue mich sehr, wenn ich Sie für dieses Vorhaben gewinnen kann und möchte Ihnen schon jetzt ganz herzlich für Ihr Mitwirken und Ihre Zeit danken!

Mit den besten Grüßen,



Institut für Gerontologie an der TU Dortmund  
Evinger Platz 13, 44339 Dortmund  
Tel.: 0231-728488-16  
E-Mail: christine.koeppel@tu-dortmund.de



## Datenschutzerklärung – Information für die Befragten

Die Durchführung der Befragung geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Ich, Christine Koeppé, unterliege der Schweigepflicht und bin auf das Datengeheimnis verpflichtet, d.h. ich darf mit niemandem über die erhobenen Daten sprechen oder diese an Dritte weitergeben. Der Datenschutz verlangt, dass ich die Beteiligten der Untersuchung über mein Vorgehen informiere und deren ausdrückliche Genehmigung einhole, die Befragung durchführen und auswerten zu dürfen. Zudem möchte ich darauf hinweisen, dass aus einer Nichtteilnahme für niemanden Nachteile entstehen. Auch die Antwort einzelner Fragen kann verweigert werden.

Ich sichere Ihnen folgendes Verfahren zu, damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person bzw. Ihrer Einrichtung oder Ihrem Träger in Verbindung gebracht werden können:

- Die Interviews werden auf Band aufgenommen, Ihr Einverständnis vorausgesetzt. Das Band wird abgetippt, wobei alle Namen und Hinweise, die Rückschlüsse auf Personen, Einrichtungen oder Träger erlauben könnten, anonymisiert werden. Die Interviewabschrift sowie die ausgefüllten Fragebögen werden nicht veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben und sind nur projektintern für die Auswertung zugänglich. Ausschnitte werden nur zitiert, sofern eine Identifikation mit Personen, Einrichtungen und Träger ausgeschlossen ist. Nach Abschluss der Doktorarbeit wird das Band gelöscht, die Fragebögen vernichtet.
- Alle Daten, die die Einrichtungen bzw. die Träger im Rahmen dieser Doktorarbeit zur Verfügung stellen, werden ausschließlich für die projektinterne Auswertung verwendet. Die zur Verfügung gestellten Daten werden nicht veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben. Alle Angaben, die Rückschlüsse auf Personen, Einrichtungen bzw. Träger geben könnten, werden anonymisiert. Ausschnitte werden nur zitiert, sofern eine Identifikation mit Personen, Einrichtungen bzw. Trägern ausgeschlossen ist. Nach Abschluss der Doktorarbeit werden alle von den Einrichtungen und Trägern zur Verfügung gestellten Daten vernichtet.

Die von den Befragten unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Erhebung und Auswertung wird gesondert aufbewahrt. Sie dient einzig und allein dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass alle Beteiligten mit der Erhebung und Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit den Interviews bzw. den Fragebögen nicht mehr in Verbindung gebracht werden.

Wenn Sie noch Fragen haben, nehmen Sie bitte Kontakt mit mir auf:

Christine Koeppé, Institut für Gerontologie an der TU Dortmund  
Evinger Platz 13, 44339 Dortmund  
Tel.: 0231-728488-16, E-Mail: christine.koeppé@tu-dortmund.de

Ich bedanke mich ganz herzlich für Ihre Unterstützung!



---

(Ort, Datum)

(Christine Koeppé)

## Einverständniserklärung der Befragten

Ich, ..... (bitte eigenen Vor- und Nachnamen in Druckbuchstaben eintragen) bin ausreichend über die Inhalte, Bedeutung und Tragweite der Studie „Älter werdende Menschen mit Behinderung in stationären Wohneinrichtungen – Sicht und Rolle der Mitarbeiter/innen“ informiert. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie. Ich bin über den möglichen Nutzen dieser Studie informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für die Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Mir ist bekannt, dass alle zur Verfügung gestellten Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle Daten, die Rückschlüsse auf Personen, Einrichtungen oder Träger zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden. Man hat mir versichert, dass die Aufnahme der Interviews sowie alle weiteren zur Verfügung gestellten Daten zu Personen, Einrichtungen und Träger nach Abschluss der Untersuchung gelöscht werden.

Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials und der Einwilligungserklärung erhalten.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, mich an der Untersuchung zu beteiligen. Das Interview darf auf Band aufgenommen und abgetippt werden. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten anonymisiert und ausgewertet werden. Einzelne Sätze aus der Befragung, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit Personen, Einrichtung oder Träger in Verbindung gebracht werden können, können als Material für wissenschaftliche und für Publikationszwecke genutzt werden. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Untersuchung.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der\*des Befragten

## Leitfaden

### Berufliche Arbeit, Alltagshandeln

<p><b>Leitfrage 1:</b></p> <p>a) Erzählen Sie mir doch bitte etwas über Ihre <i>berufliche Arbeit</i> – was machen Sie so tagtäglich?</p> <p>b) Sie haben schon erwähnt, dass Sie auch mit <i>älteren Bewohnern*innen</i> zu tun haben. Erzählen Sie mir doch bitte noch mehr über Ihre Arbeit mit den <i>älteren Bewohnern*innen</i>?</p>		
Konkretes Nachfragen	Aufrechterhaltungsfragen	Inhaltliche Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was haben Sie für Aufgaben in Ihrer jetzigen Arbeit?</li> <li>- Was ist Ihre Aufgabe mit den älteren Bewohner*innen?</li> <li>- Was haben Sie sonst noch beruflich / mit älteren Menschen mit Behinderung gemacht?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Können Sie mir sonst noch etwas über Ihre Arbeit erzählen?</li> <li>– Können Sie mir sonst noch was über Ihre Arbeit mit älteren Menschen mit Behinderung erzählen?</li> <li>– Und was machen Sie noch?</li> <li>– Und weiter?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeitsaufgaben und Tätigkeitszuschnitt</li> <li>– Episoden, Tätigkeitsschilderungen</li> <li>– Biografische Aspekte</li> </ul>

**Sichtweisen auf Behinderung und Alter(n)**

<b>Leitfrage 2: Wie erleben Sie die älteren Bewohner*innen in Ihrem Berufsalltag?</b>		
<b>Konkretes Nachfragen</b>	<b>Aufrechterhaltungsfragen</b>	<b>Inhaltliche Aspekte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wenn Sie an Ihren Berufsalltag, an die Bewohner*innen denken: Woran machen Sie fest, dass ein Bewohner bzw. eine Bewohnerin alt ist/alt wird? Erzählen Sie mal!</li> <li>– Können Sie mir erzählen, inwieweit sich Ihr Blick auf ältere Menschen mit Behinderung im Verlauf Ihres (Berufs-) Lebens verändert hat?</li> <li>– Welche Bedeutung hat Behinderung und Alter(n) im bisherigen Verlauf Ihres Lebens gehabt? Erzählen Sie mal!</li> <li>– Welche Assoziationen haben Sie bei „behindert und alt“?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Was geht Ihnen beim Thema „ältere Menschen mit Behinderung“, „alt und behindert sein“ noch durch den Kopf?</li> <li>– Was bringen Sie mit Behinderung und Alter(n) noch in Verbindung?</li> <li>– Können Sie mir noch mehr erzählen?</li> <li>– Und sonst?</li> <li>– Und weiter?</li> <li>– Fällt Ihnen noch etwas ein?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erfahrungen / Vorstellungen über Eigenschaften / Veränderungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Defizite – Kompetenzen</li> <li>– Autonomie – Abhängigkeit</li> <li>– Gesundheit – Krankheit</li> <li>– Rechte – Pflichten</li> <li>– Freiräume, Gelassenheit, Weisheit</li> <li>– Beschreibend, normativ</li> <li>– Prozess</li> </ul> </li> <li>– Brüche, Wandel in der Sicht / Vorstellung</li> <li>– Definition von Behinderung und Alter(n)</li> </ul>

**Sichtweisen auf Alter(n)**

<b>Leitfrage 3: Wie erleben Sie <i>ältere Menschen</i> in Ihrem Alltag?</b>		
<b>Konkretes Nachfragen</b>	<b>Aufrechterhaltungsfragen</b>	<b>Inhaltliche Aspekte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Woran machen Sie fest, dass ein Mensch alt ist / älter wird? Können Sie mir ein Beispiel erzählen, an dem mir das deutlich wird?</li> <li>– Können Sie mir erzählen, inwieweit sich Ihr Blick auf das Alter / aufs Älter werden im Verlauf Ihres (Berufs-) Lebens verändert hat?</li> <li>– Welche Bedeutung hat Alter(n) im bisherigen Verlauf Ihres Lebens gehabt? Erzählen Sie mal!</li> <li>– Welche Assoziationen haben Sie bei Alter / Alt werden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Was geht Ihnen beim Thema Alter / Älter werden noch durch den Kopf?</li> <li>– Was bringen Sie mit Alter / Älter werden noch in Verbindung?</li> <li>– Können Sie mir noch mehr erzählen?</li> <li>– Und sonst?</li> <li>– Und weiter?</li> <li>– Fällt Ihnen noch etwas ein?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erfahrungen / Vorstellungen über Eigenschaften / Veränderungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Defizite – Kompetenzen</li> <li>– Autonomie – Abhängigkeit</li> <li>– Gesundheit – Krankheit</li> <li>– Rechte – Pflichten</li> <li>– Freiräume, Gelassenheit, Weisheit</li> <li>– beschreibend, normativ</li> <li>– Prozess</li> </ul> </li> <li>– Brüche, Wandel in der Sicht / Vorstellung</li> <li>– Definition von Behinderung und Alter(n)</li> </ul>

**Sichtweisen auf Behinderung**

<b>Leitfrage 4: Wie erleben Sie <i>Menschen mit Behinderung</i> in Ihrem Alltag?</b>		
<b>Konkretes Nachfragen</b>	<b>Aufrechterhaltungsfragen</b>	<b>Inhaltliche Aspekte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Woran machen Sie fest, dass ein Mensch eine Behinderung hat? Können Sie mir ein Beispiel erzählen?</li> <li>- Können Sie mir erzählen, wie sich vielleicht Ihr Blick auf Behinderung / behinderte Menschen im Verlauf Ihres (Berufs-) Lebens verändert hat?</li> <li>- Welche Bedeutung hat Behinderung im bisherigen Verlauf Ihres Lebens gehabt? Erzählen Sie mal!</li> <li>- Was verstehen Sie unter „Behinderung“?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was geht Ihnen beim Thema Behinderung noch durch den Kopf?</li> <li>- Was bringen Sie mit Behinderung noch in Verbindung?</li> <li>- Können Sie mir noch mehr erzählen?</li> <li>- Und sonst?</li> <li>- Und weiter?</li> <li>- Fällt Ihnen noch etwas ein?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrungen / Vorstellungen über Eigenschaften hinsichtlich von               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Defiziten - Kompetenzen</li> <li>- Autonomie – Abhängigkeit</li> <li>- Gesundheit und Krankheit</li> <li>- Rechte, Pflichten</li> </ul> </li> <li>- Behinderung als               <ul style="list-style-type: none"> <li>- medizinische Kategorie</li> <li>- Etikett, Gesellschaftsprodukt</li> </ul> </li> <li>- Brüche, Veränderungen in der Sichtweise</li> </ul>

## Verständnisse von gutem Alter(n)

<b>Leitfrage 5: Was macht für Sie persönlich <i>gutes Alter(n)</i> aus?</b>		
<b>Konkretes Nachfragen</b>	<b>Aufrechterhaltungsfragen</b>	<b>Inhaltliche Aspekte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wie möchten Sie am liebsten älter werden – was wird Ihnen besonders wichtig dabei sein?</li> <li>– Was macht für Sie gutes Alter(n) bei Menschen mit Behinderung aus?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Was geht Ihnen beim Thema gutes Alter(n) noch durch den Kopf?</li> <li>– Können Sie mir noch mehr erzählen?</li> <li>– Fällt Ihnen noch etwas ein?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Selbstbestimmung</li> <li>– Aktivität</li> <li>– Teilhabe</li> <li>– Gesundheit</li> <li>– Soziale Netzwerke, sozial integriert</li> </ul>

**Verständnisse von professionellem Handeln (im Kontext von Alter)**

<b>Leitfrage 6: Wenn Sie an Ihren Berufsalltag denken, was macht da für Sie <i>professionelles Handeln</i> aus?</b>		
<b>Konkretes Nachfragen</b>	<b>Aufrechterhaltungsfragen</b>	<b>Inhaltliche Aspekte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Was macht für Sie professionelles Handeln mit Menschen mit Behinderung aus?</li> <li>– Was macht für Sie professionelles Handeln mit <u>älteren</u> Menschen mit Behinderung aus?</li> <li>– Wenn Sie an Ihre letzte Arbeitswoche denken, in welcher Situation haben sie sich als besonders professionell erlebt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Was geht Ihnen beim Thema professionelles Handeln noch durch den Kopf?</li> <li>– Können Sie mir noch mehr erzählen?</li> <li>– Und sonst?</li> <li>– Und weiter?</li> <li>– Fällt Ihnen noch etwas ein?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Selbstbestimmung</li> <li>– Ressourcenorientiert</li> <li>– Empowerment</li> <li>– Teilhabe</li> <li>– Gesundheitsförderung</li> <li>– Soziale Integration</li> </ul>



## Rahmenbedingungen „Gutes Alter(n)“

<b>Leitfrage 7: Wie schätzen Sie die Realisierungsmöglichkeiten von <i>gutem Alter(n)</i> für die älteren Bewohner*innen hier im Haus ein?</b>		
<b>Konkretes Nachfragen</b>	<b>Aufrechterhaltungsfragen</b>	<b>Inhaltliche Aspekte</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Was muss gegeben sein, damit Menschen mit Behinderung Ihrer Ansicht nach gut altern können?</li> <li>– Welche Rolle spielen Sie als Mitarbeiter*in dabei?</li> <li>– Inwieweit müsste die Einrichtung sich ändern, damit die Bewohner*innen gut alt werden können?</li> <li>– Welche Entwicklungen erwarten Sie im stationären Wohnen für ältere Menschen mit Behinderung?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Was geht Ihnen beim Thema „Rahmenbedingungen für gutes Alter(n)“ noch durch den Kopf?</li> <li>– Können Sie mir noch mehr erzählen?</li> <li>– Und sonst?</li> <li>– Und weiter?</li> <li>– Fällt Ihnen noch etwas ein?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen von Seiten von               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mitarbeiter*innen (Haltung, Qualifikation)</li> <li>– Bewohner*innen</li> <li>– Einrichtung, Träger</li> <li>– Politik</li> </ul> </li> </ul>

**Abschluss**

**Abschluss: Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, was Sie gerne erzählen möchten, was Ihnen wichtig ist, worauf Sie noch nicht eingegangen sind?**

- Wie war das Interview für Sie?
- Warum haben Sie sich bereit erklärt, an der Befragung teilzunehmen?

Herzlichen Dank!

**Einverständniserklärung!**

Information zum Datenschutz, von der Interviewerin unterschrieben!

Fragebogen

## Kurzfragebogen

Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter!

Sie haben sich freundlicherweise bereit erklärt, mich im Rahmen meiner Doktorarbeit „Älterwerdende Menschen mit Behinderung in stationären Wohneinrichtungen – Sicht und Rolle der Mitarbeiter/innen“ zu unterstützen und sich an der Mitarbeiterbefragung zu beteiligen.

Ziel dieser Doktorarbeit ist es, Hinweise darüber zu erhalten, wie die stationären Wohnangebote im Sinne der älteren Bewohner\*innen weiterentwickelt werden können. Zur Analyse der Interviews benötige ich ein paar Informationen über Ihre Person und Ihren beruflichen Werdegang. Daher möchte ich Sie herzlich bitten, folgenden kurzen Fragebogen auszufüllen.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt, die Datenschutzbestimmungen werden eingehalten (siehe Datenschutzerklärung).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



### Kurzfragebogen zur Person und zur beruflichen Situation

#### Allgemeine Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrem beruflichen Hintergrund

1. **Geschlecht:**  weiblich  männlich

2. **Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

3. **Bitte geben Sie Ihre abgeschlossene Berufsausbildung bzw. Ihr abgeschlossenes Studium an:** \_\_\_\_\_

**Wann haben Sie die Ausbildung / das Studium abgeschlossen?** (Monat / Jahr) \_\_\_\_\_

4. **Seit wann sind Sie in diesem Beruf tätig?** (Monat / Jahr) \_\_\_\_\_

**5. Haben Sie in den letzten fünf Jahren an einer Fortbildung zum Thema „Alter und Behinderung“ teilgenommen?**

ja  nein

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie stichpunktartig die wesentlichen Inhalte der Fortbildung: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Fragen zu Ihrer aktuellen beruflichen Situation**

**6. Seit wann arbeiten Sie in diesem Wohnhaus? (Monat / Jahr) \_\_\_\_\_**

**7. Was sind Ihre überwiegenden Aufgaben in diesem Wohnhaus?**

\_\_\_\_\_

**8. Haben Sie davor eine andere Tätigkeit in dieser Einrichtung ausgeübt?**

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**9. Seit wann sind Sie für diesen Träger tätig? (Monat / Jahr) \_\_\_\_\_**

**Allgemeine Fragen zu Ihrer beruflichen Vergangenheit**

**10. Haben Sie vor Ihrer Tätigkeit im stationären Behindertenbereich eine pädagogische bzw. pflegerische Tätigkeit bei einem anderen Träger ausgeübt?**

ja  nein

Wenn ja, welche Tätigkeit war das? \_\_\_\_\_

Wenn ja, bei welchem Träger und an welchem Ort haben Sie diese Tätigkeit durchgeführt? \_\_\_\_\_

**VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!!!**

## Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich **schriftlich** und **eidesstattlich** gemäß § 12 Abs. 3 PromO v. 01.02.2008:

1. Die von mir vorgelegte Dissertation ist selbständig verfasst und alle in Anspruch genommenen Quellen und Hilfen sind in der Dissertation vermerkt worden.
2. Die von mir eingereichte Dissertation ist weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung an der Technischen Universität Dortmund oder an einer anderen Hochschule im Zusammenhang mit einer staatlichen oder akademischen Prüfung vorgelegt worden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift