

Ageing in place – zwischen Gestaltungswillen für das Gemeinwesen und Partikularinteressen der Akteure

Prof. Dr. Friedrich Dieckmann
Forschungsschwerpunkt Teilhabeforschung
Katholische Hochschule NRW, Münster

„Wohnformen zwischen Erneuerung und Ernüchterung“
DHG-Fachgespräch, Kassel, 6.12.2013

Gliederung

1. Der demografische Wandel bei Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland
2. Die aktuelle Situation im ambulant unterstützten Wohnen
3. Wie kann ambulante Unterstützung im Alter sichergestellt werden? – 2 Fallbeispiele
4. Quartiersansätze für Menschen mit und ohne lebenslange Behinderung im Alter
5. Diskussion: Was geht und was fehlt?
6. Gegenläufige Entwicklungen in Deutschland

1. Der demografische Wandel bei Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland

Durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung (2007-2009)

Studie „Alter erleben“ (Dieckmann & Metzler 2013)

Westfalen-Lippe (nur stationäres Wohnen)

Männer 70,9 Jahre

Frauen 72,8 Jahre

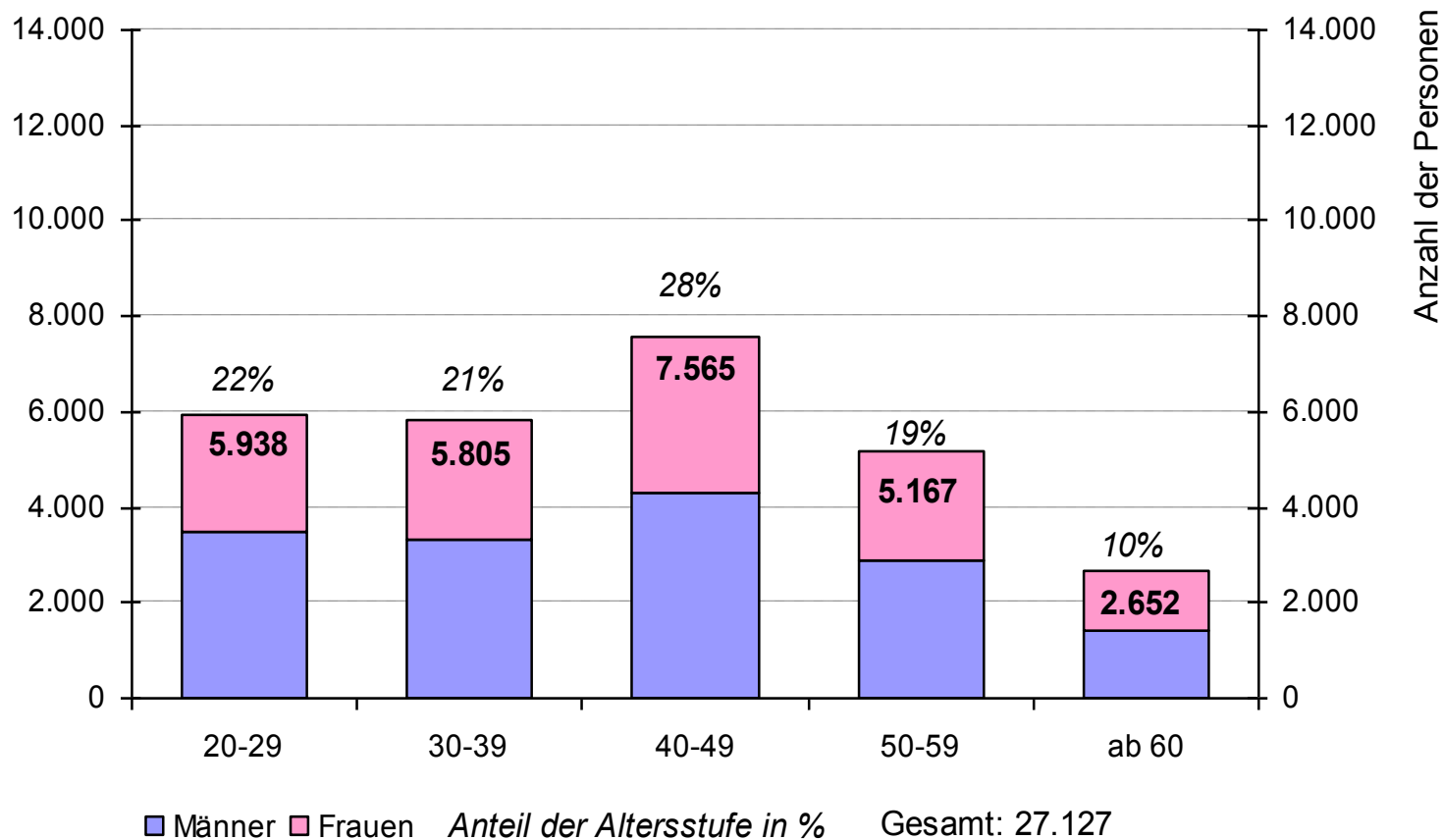
Gesamtbevölkerung Deutschland

Männer 77,3 Jahre

Frauen 82,5 Jahre

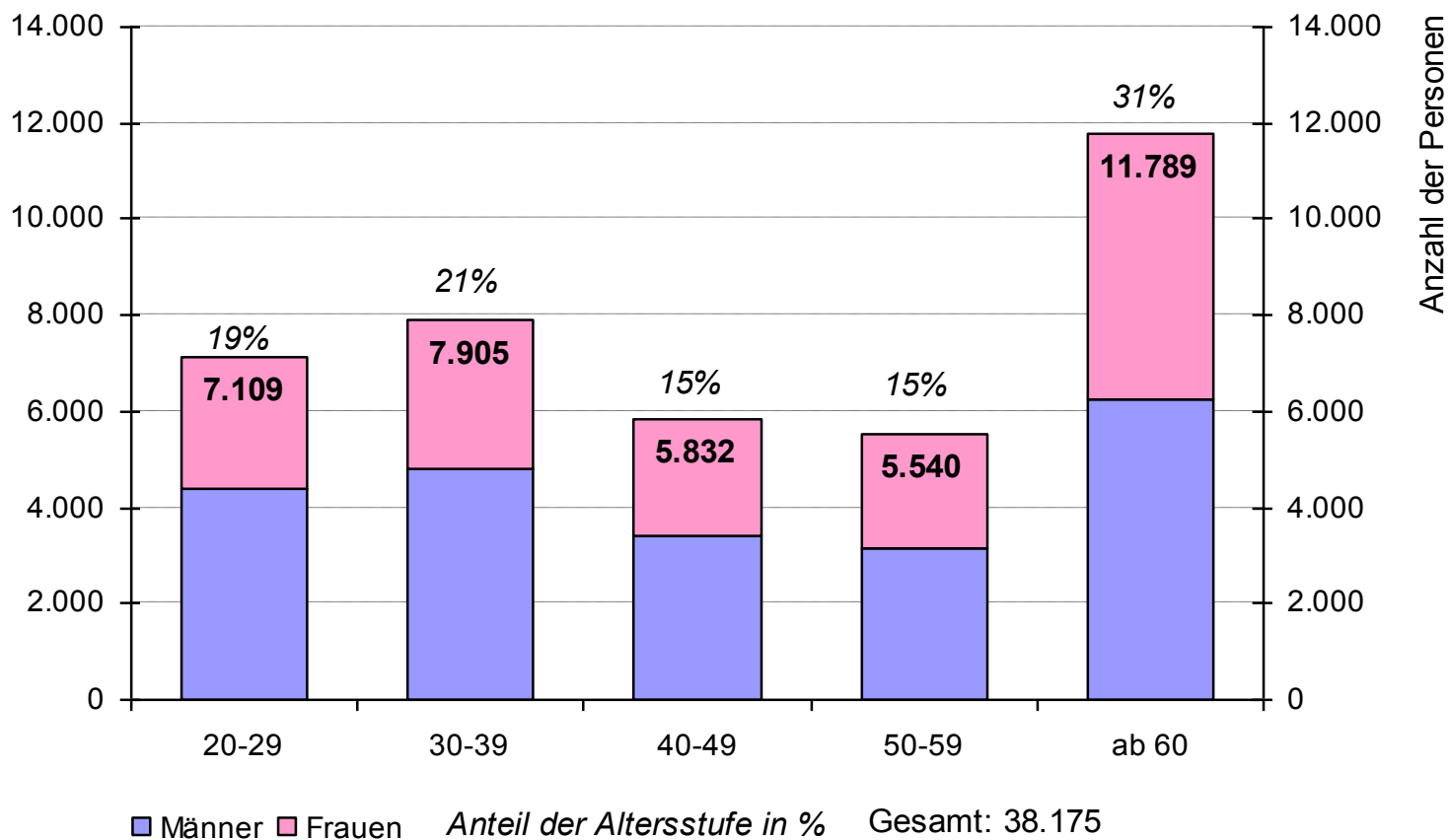
- Die Lebenserwartung ist noch geringer als in der Gesamtbevölkerung.
- Auffällig sind die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung kleineren Unterschiede zwischen Frauen und Männern.
- Im hohen Alter sind die Unterschiede geringer bis gar nicht mehr vorhanden („healthy survivor“-Hypothese, Stichprobengröße).
- Die Stichprobe enthält auch Personengruppen mit nachweislich höheren Sterbewahrscheinlichkeiten:
 - Personen mit Down-Syndrom
 - Personen mit einer Komplexbehinderung
- Ein erheblicher Teil von Menschen mit geistiger Behinderung hat inzwischen eine annähernd so hohe Lebenserwartung wie die Gesamtbevölkerung.

Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung aus Westfalen-Lippe im Jahr 2010



© KatHO NRW 2010

Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung aus Westfalen-Lippe im Jahr 2030



© KatHO NRW 2010

Aktuelle Altersbilder

„dichotome Kontrastierung“ (Karl 2006)

„junge Alte“

aktiv,
ehrenamtlich
engagiert, fit,
sportlich

„alte Alte“

defizitär betrachtet,
gebrechlich, krank,
pflegebedürftig

Älter werdende Menschen mit lebenslanger Behinderung

sind von einem doppelten Risiko der Entwertung betroffen:
defizitorientierte Wahrnehmung von Behinderung
+ negative Konnotation von Alter.

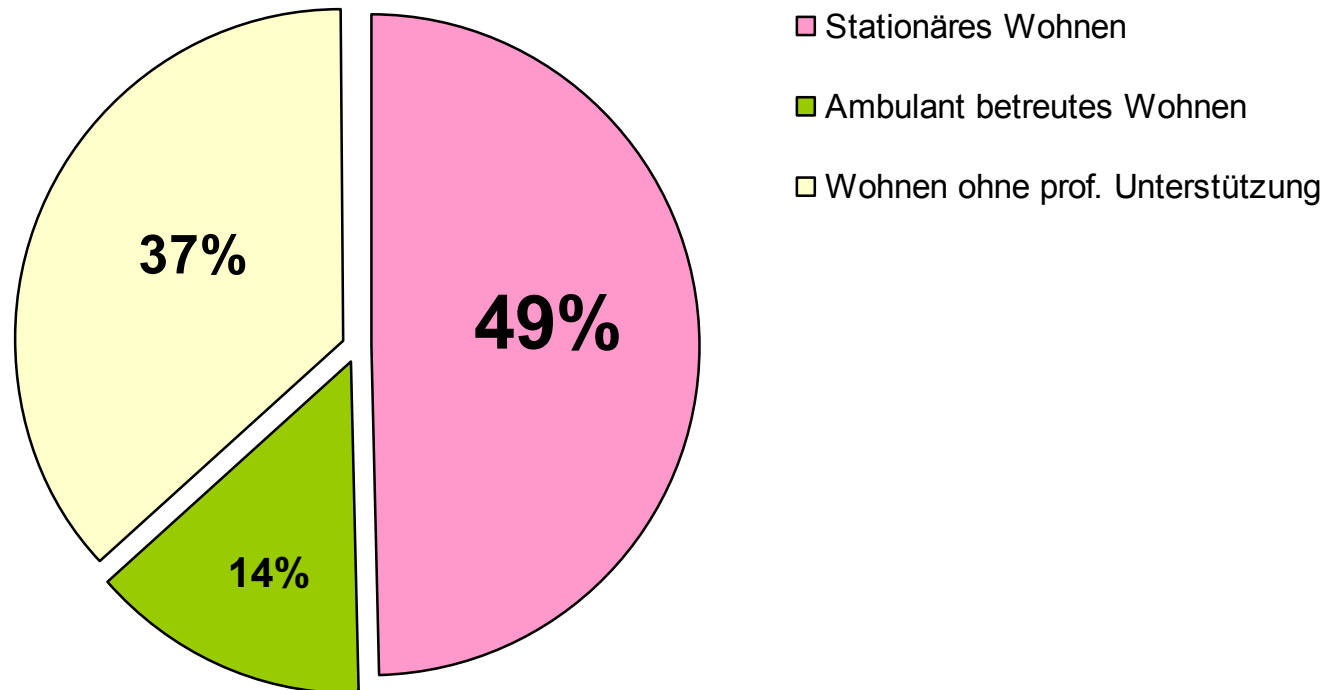
2. Die aktuelle Situation im ambulant unterstützten Wohnen



Wohnen

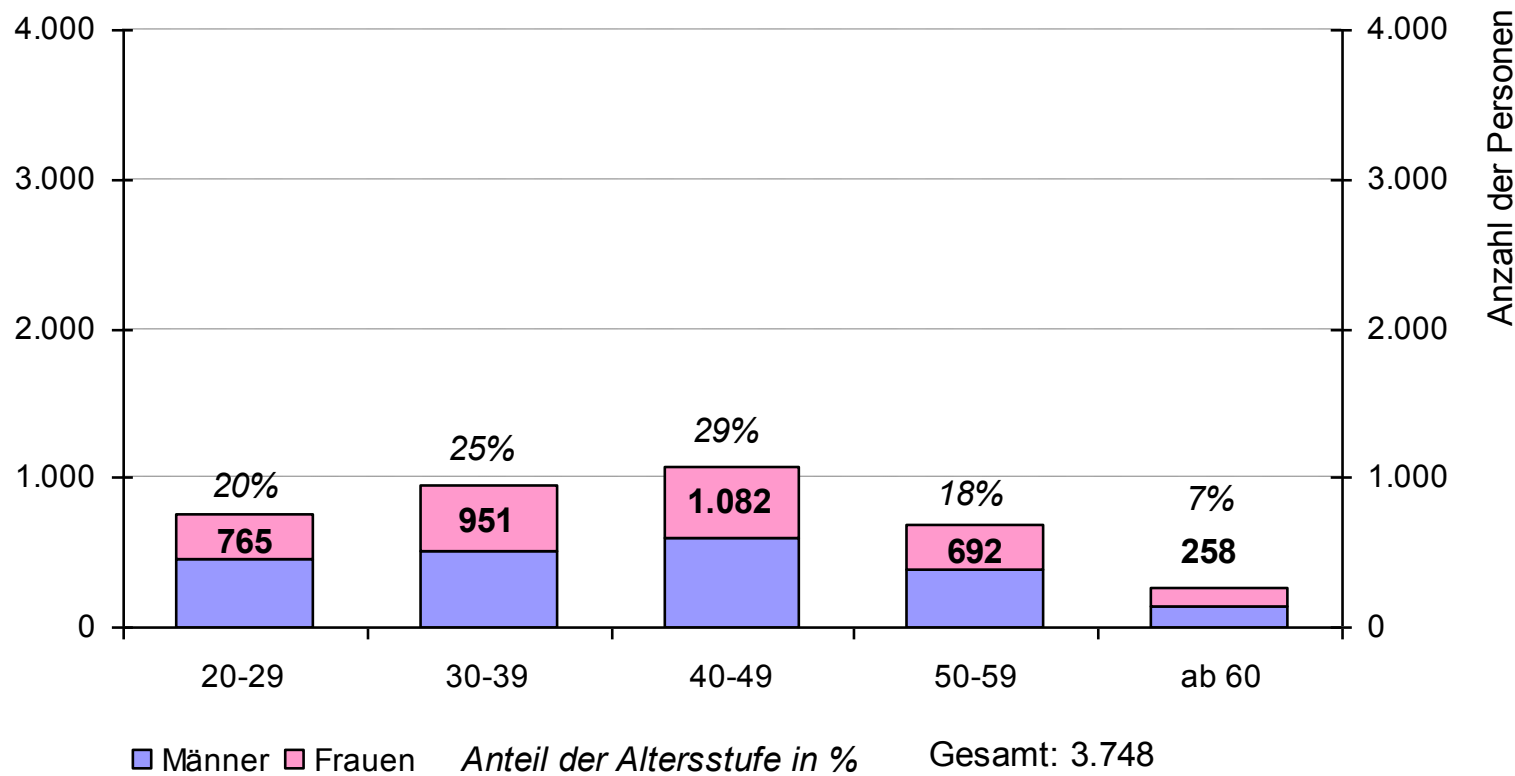
Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung aus Westfalen-Lippe nach Wohnform (2010)

Gesamt: 27.127



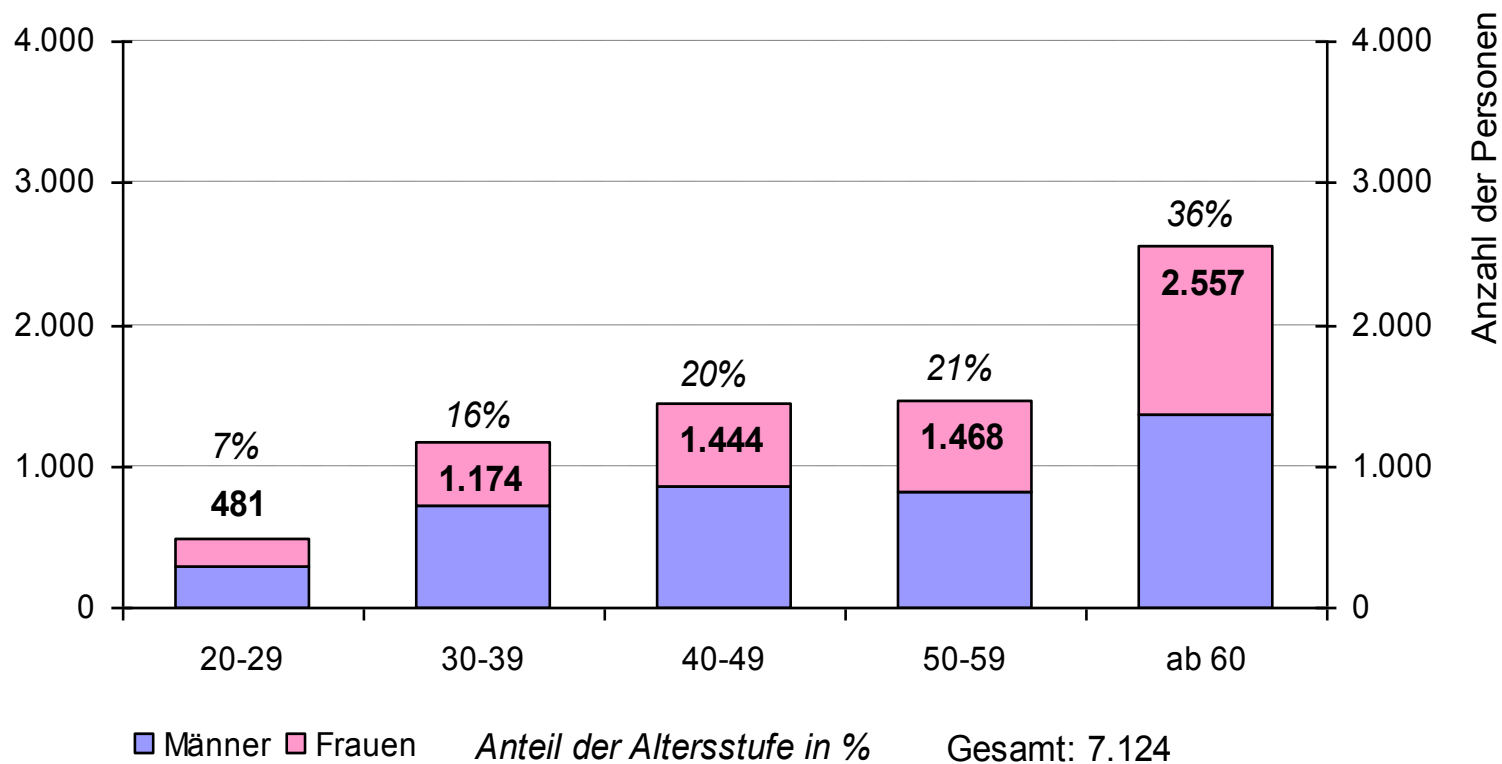
© KatHO NRW 2010

Ambulant betreutes Wohnen im Jahr 2010



© KatHO NRW 2010

Ambulant betreutes Wohnen im Jahr 2030



© KatHO NRW 2010

Fazit

- Der starke Anstieg von Senior/innen (≥ 60 Jahre) am Personenkreis „Erwachsener mit geistiger Behinderung“ (von 10% in 2010 auf 31% in 2030) stellt eine nachholende Entwicklung dar, eine Normalisierung im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.
- Aussicht auf Lebensjahre im Alter mit großen Freiräumen bei Erhalt der Funktionsfähigkeit
- Ambulant betreute Wohnsettings und auch stationäre Außenwohngruppen müssen „alterstauglich“ gestaltet werden. Ein „Zurück ins Heim“ im Alter als Regel ist nicht gewünscht von den Betroffenen, rechtlich bedenklich und unwirtschaftlich.
- Eine wachsende Anzahl geistig behinderter Senior/innen in allen Wohnformen benötigt tagsüber unterschiedliche Arten und Umfänge der Unterstützung (sechsmal so viele in 2030 gegenüber 2010).
- Mehr als die Anzahl pflegebedürftiger Senior/innen wird der Umfang und die Art der im Einzelfall notwendigen (nicht nur pflegerischen) Hilfen eine große Herausforderung für die Behindertenhilfe darstellen.

Ageing in place

- Willen beachten, in der eigenen Häuslichkeit oder zumindest im Quartier wohnen zu bleiben, und Wahlmöglichkeiten unabhängig vom Hilfebedarf maximieren
- Umzüge sind riskante, kritische Lebensereignisse; Wohnenbleiben in der Wohnung / im Quartier erleichtert Teilhabe und Inklusion im Alter (z.B. Orientierung, Mobilität, schwache soziale Beziehungen).
- Klären, unter welchen Bedingungen ein Umzug in eine andere Wohnform (stationäres Heim, Demenz-WG, Pflegeeinrichtung) erfolgen soll ⇔ „Zufall“

Ergebnisse der „Alter erleben“ - Studie von Dieckmann & Metzler (2013):

Stichprobe „Ambulant betreutes Wohnen“

- Ø-Alter: 54 Jahre (Median: 52 Jahre)
älteste Person: 65 Jahre; Ausreißer: 78 J, 69 J., 68 J. (2x)
- mehrheitlich wohnen die Personen alleine (51%), zu 31% in Wohngemeinschaften, 16,5% zu zweit
- fast keine Menschen mit Down-Syndrom, 79% GB
- Tagesstruktur: WfbM-Arbeitsbereich (80%), keine FuB und kaum Seniorenbetreuung
- 14% mit Pflegestufe, ein Viertel „0“, überwiegend „1“ (42%)
- überwiegend aus dem stationären Heimen ausgezogen

Ergebnisse der „Alter erleben“ - Studie von Dieckmann & Metzler (2013):

Familiäres, privat betreutes Wohnen

- Ø-Alter: 52 Jahre (Median: 50 Jahre)
älteste Person: 65 Jahre (Ausreißer: 76 Jahre)
- Ø-Alter der Betreuungspersonen: 75 Jahre
älteste Betreuungsperson: 92 Jahre
- Betreuungspersonen:
 - Eltern(teile): 63,5%
 - Geschwister: 21,4%
- 22% Down-Syndrom, 60% GB, 10% Körperbehinderung
- überproportional im ländlichen Bereich (Dorf, Kleinstadt: 63%)
- Tagesstruktur: WfbM-Arbeitsbereich (66%), FuB-Bereich (23%),
Seniorenbetreuung (3%)
- 59% mit Pflegestufe,
fast keine „0“, überwiegend „2“ (50%), „3“ (13,6%)

Ergebnisse der „Alter erleben“ - Studie von Dieckmann & Metzler (2013):

Wohnen, Sozialbeziehungen, Gesundheit: Bildung von Gruppen auf der Basis einer Clusteranalyse

- Gruppe der familiär orientierten „jungen“ Gesunden im privaten Wohnkontext (Ø 51,1 J.)
- Gruppe der sozial vielseitig orientierten „Jungen“ im privaten Wohnkontext, schlechtere Gesundheit (z. B. HV) (Ø 52,8 J.)
- Gruppe der am ambulanten Betreuungspersonal Orientierten; relativ gesund, hoher Blutdruck & BMI (Ø 55,8 J.)
- Gruppe der sozial vielseitig orientierter, ambulant Betreuter; relativ gesund, hoher Blutdruck & BMI (Ø 53 J.)

Stationäre Betreuung

- Gruppe der gesundheitlich belasteten Nachkriegsgeneration mit reduzierten Sozialbeziehungen (Ø 62,5 J.)
- Gruppe der stationär Betreuten mit Verhaltens- und Altersproblematiken, gewisse Bedeutung Herkunftsfamilie (Ø 56,6 J.)
- Gruppe der gesunden Älteren mit intensiven Freundschaften (Ø 62,3 J.)

Ergebnisse der „Alter erleben“ - Studie von Dieckmann & Metzler (2013):

Häufigkeit herausfordernden Verhaltens nach Wohnformen (Angaben in %)

	familiär/ privat	ambulant	stationär	gesamte Stichprobe
keine Probleme	74,1	82,6	47,8	62,6
ab und zu	17,6	15,2	34,4	25,7
auffallend häufig	7,4	2,2	10,5	7,8
starke Probleme	0,9	0	7,3	3,9
gesamt	100	100	100	100

Ergebnisse der „Alter erleben“ - Studie von Dieckmann & Metzler (2013):

Unterstützungsbedarf: Völlige Eigenständigkeit in Alltagsaktivitäten (ADL) nach Wohnsettings (in %)

	familiär / privat	ambulant	stationär
Bett-Stuhl-Transfer	83,5	98,9	77,9
Körperpflege / Waschen	49,2	94,4	42,1
Zähne putzen	66,4	94,5	59,9
Anziehen / Ausziehen	64,4	98,9	67,5


3. Wie kann ambulante Unterstützung im Alter sichergestellt werden?

- Vielfalt der Wohnmöglichkeiten mit angepassten Unterstützungsarrangements erweitern
- 2 Fallbeispiele

	Eigenständiges Wohnen: Trennung von Wohnung und prof. Unterstützung			Gemeinschaftliches Wohnen: teilweise Integration von Wohnung und prof. Unterstützung			Stationäres Wohnen: Integration von Wohnung und prof. Unterstützung		
Wohnarrangement	unabhängiges Wohnen mit informellen Unterstützern (z. B. Eltern, Geschwister)	unabhängiges Wohnen allein, mit Partner/in oder Freunden - freie Wahl der Wohnungsmitbewohner	unabhängiges Wohnen allein, mit Partner/in oder Freunden in Nachbarschaft mit anderen Menschen mit Behinderung - freie Wahl der Wohnungsmitbewohner - keine Wahl der Nachbarn	Wohnen im Haushalt einer Unterstützerfamilie - eingeschränkte Wahl der Familie	Wohnen in einer Wohn-, Haus- oder Siedlungsgemeinschaft von Menschen mit und ohne Behinderung in unterschiedlich großen Wohnungen mit gemeinschaftlichen Einrichtungen und kooperierenden Unterstützungsdiensten - freie Wahl der Wohnungsmitbewohner, in WG eingeschränkt - eingeschränkte Wahl der Haus- und Siedlungsmitbewohner	Wohnen in einer Hausgemeinschaft von Menschen mit Behinderung oder anderem Unterstützungsbedarf in unterschiedlich großen Wohnungen mit gemeinschaftlichen Einrichtungen und Unterstützungsdiensten - freie Wahl der Wohnungsmitbewohner, in WG eingeschränkt - keine Wahl der Hausmitbewohner	kleinere Wohnhäuser (3-10 Personen) - keine oder eingeschränkte Wahl der Wohnungsmitbewohner	Wohnheime (10-60 Personen) - keine Wahl der Wohnungsmitbewohner - keine Wahl der Hausmitbewohner	Komplexeinrichtung (> 60 Personen) - keine Wahl der Wohnungsmitbewohner - keine Wahl der Hausmitbewohner
Beispiele	Wohnen in Herkunftsfamilie	Betreutes Wohnen allein, zu zweit, als WG	Betreutes Wohnen im Drubbel („Cluster“) allein, zu zweit, als WG	Betreutes Wohnen in Zweiten Familien („Gastfamilien“)	Integrative WG integratives Wohnhaus Genossenschaftswohnen	Apartmenthaus Betreutes Wohnen in der Altenhilfe	„Außenwohngruppe“ stationärer Kern in einer Nachbarschaft	gemeindeintegriertes Wohnheim	Heim auf Zentralgelände mit WfbM und Beschäftigungsangeboten

Tabelle 4: Gängige Wohn- und Unterstützungsarrangements für Erwachsene mit geistiger Behinderung

Fragestellung

- Wie kann die ambulante Unterstützung in der eigenen Wohnung für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter sichergestellt werden?
 - nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben
 - im Falle eines höheren und qualitativ veränderten Hilfebedarfs
 - Evaluation von Fallbeispielen des ambulant unterstützten Wohnens bei hohem Hilfebedarf (rund-um-die Uhr, Hilfemix)
-  Lernen für die Gestaltung verlässlicher Wohn- und Unterstützungsarrangements im Alter



Fallbeispiele

- Wohngemeinschaft des Integrativen Wohnhauses in Münster-Kinderhaus
- Wohngemeinschaft des Apartmenthauses in Berlin, Charlottenburg-Wilmersdorf



Evaluation

- Methodik
- Ergebnisse



Diskussion

- Folgerungen für das ambulant unterstützte Wohnen im Alter

4er-WG des Integrativen Wohnhauses Münster-Kinderhaus

Lebenshilfe Münster





WG des Integrativen Wohnhauses Münster-Kinderhaus

- WG mit 4 Bewohner_innen mit hohen, aber qualitativ verschiedenen Hilfebedarfen
- unterschiedliche Kompetenzprofile (sprachliche Kommunikation, Selbstpflege, Fortbewegung, Regiekompetenz, soziale Kompetenzen)
- Wohnung mit Einzelzimmer-Bad Kombination (2 rollstuhlgerecht) und Gemeinschaftsräumen (Wohn-Esszimmer, Küche, Hauswirtschaftsraum, Terrasse)
- Teil einer Hausgemeinschaft mit 20 Haushalten, in denen Menschen mit und ohne Behinderung leben (Einzelpersonen, Paare, Familien) in einem grünen Wohnviertel leben

WG des Integrativen Wohnhauses Münster

Finanzierung

Sozialleistungen	Bestandteile der Kalkulation
Wohnung und Lebensunterhalt	
<i>Grundsicherung</i> Wohnkosten (warm) Hilfe zum Lebensunterhalt	Miete (inkl. Nebenkosten)
Assistenzleistungen/ Wohnassistenz	
<i>Sozialhilfeträger:</i> Eingliederungshilfe (Ambulant Betreutes Wohnen, Hauswirtschaftspauschale, Nachtdienstpauschale)	Pädagogische Assistenz (Fachkräfte und Unterstützungskräfte) Nachtbereitschaft Urlaubs-/ Krankheitstage des Klienten (Annahme: 42 Tage)
<i>Pflegeversicherung:</i> Ambulante Sachleistungen (nach Pflegestufe)	Pflegeassistenz (durch Pflegedienst)

WG des Apartmenthauses Berlin-Charlottenburg

Lebenswege gGmbH Berlin



WG des Apartmenthauses Berlin-Charlottenburg

- WG mit 3 Bewohnerinnen mit schwerer geistiger Behinderung und hohen Hilfebedarfen (auch höhere Pflegestufen)
- homogenere Kompetenzprofile : nicht-sprachliche Kommunikation, Selbstpflege, Fortbewegung in der Wohnung möglich, fehlende Regiekompetenz
- Wohnung mit 3 Apartments mit Duschbad (35-41 qm) und Wohnküche (29 qm)
- Teil eines innerstädtischen Hauses (Blockbebauung) mit weiteren 16 Einzelapartments, in denen Menschen mit einer Körperbehinderung leben und einem Nachbarschaftszentrum

WG des Apartmenthauses Berlin-Charlottenburg

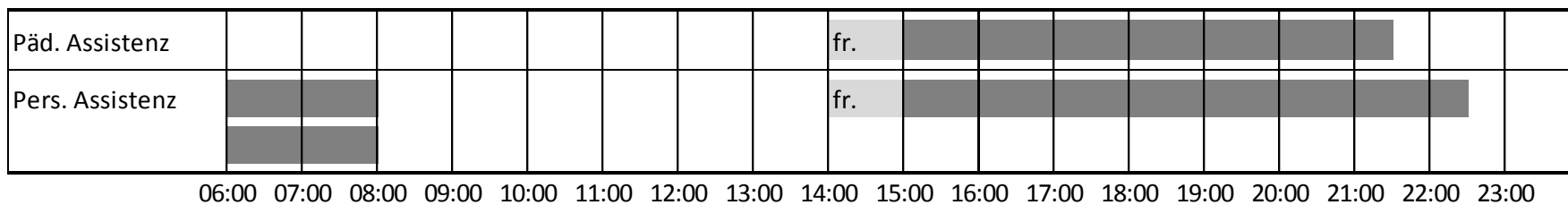
Finanzierung

Sozialleistungen	Bestandteile der Kalkulation
Wohnung und Lebensunterhalt	
<i>Grundsicherung</i>	Miete (inkl. Nebenkosten)
Wohnkosten (warm)	Wirtschaftsgeld der WG für täglichen Bedarf
Hilfe zum Lebensunterhalt	
Assistenzleistungen / Wohnassistenz	
<i>Persönliches Budget beim Sozialhilfeträger:</i>	Pflegeassistenz (durch Pflegedienst)
Betreutes Wohnen (Eingliederungshilfe)	Pädagogische Assistenz
Hilfe zur Pflege	Nachtwache
<i>Pflegeversicherung:</i>	Urlaubs-/ Krankheitstage des/der Nutzer_in (Annahme: 40 Tage)
Ambulante Sachleistungen bei häuslicher Pflege (nach Pflegestufe)	Praktikant_in / Freiwilligendienst
	Auslastungsgrad (Anzahl der Tage ohne Assistenzleistungen)

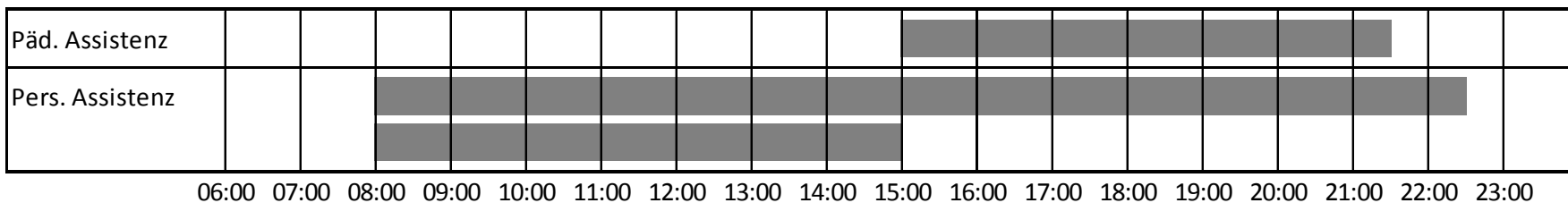
WG des Apartmenthauses Berlin-Charlottenburg

Einsatzabsprachen (ohne Nachtwache)

montags-freitags



sonntags



Ergebnisse

Organisation

- Anbieter als Projektentwickler: Planung mit und für konkrete Klienten und ihre Angehörigen, anwaltschaftliche Vertretung gegenüber Leistungsträgern
- Leistungsrechtliche Werkzeuge: Leistungsmix (inkl. ambulante Leistungen der Pflegeversicherung), Poolen von Leistungen, Persönliches Budget, zusätzliche Leistungsmodulare nach Baukastenprinzip (z. B. Nachtdienst, hauswirtschaftliche Hilfen, Wahrnehmung sozialer Kontakte in NRW)
- Einigung der Klienten auf 1 Wohn- und 1 Pflegedienst
- Planen von Wohnassistenz für kleinräumliche Quartiere, Nachbarschaften, einen in räumlicher Nähe wohnenden Kreis von Klienten („Wohnen im Drubbel“, Siedlungsgemeinschaften, künstliche Nachbarschaften)
- Urlaubs-, Krankheits-, Feiertage können abgedeckt werden, die regelmäßige Tagesbegleitung nicht.
- Unterstützungsangebote tagsüber unter der Woche außerhalb der Wohnung sind notwendig.

Ergebnisse

Organisation

- flexible Einsatzzeiten und relativ gute Personalbesetzung
- Die Gestaltung und Instandhaltung der Wohnung, Regeln für das Zusammenleben sind Sache der Mieter, der Menschen mit Behinderung und ihrer rechtlichen Betreuer => Anbieter als Moderator, Vermittler und Berater
- Die Machtverhältnisse verschieben sich zugunsten von Klienten und deren rechtlichen Betreuern / Angehörigen. Die Möglichkeiten und Grenzen der professionellen Unterstützung werden offener kommuniziert, weniger tabuisiert wie häufig im stationären Bereich.

Ergebnisse

Zusammenarbeit zwischen Wohn- und Pflegedienst

Anforderungen:

- Professionelle Unterstützer haben Fürsorgefunktion für Klienten mit hohem Hilfebedarf (Kittay). Sie sind stärker in der Verantwortung für Klienten.
- hoher Absprachebedarf, weil Klienten nicht in der Lage sind, Dienste zu koordinieren
- große Anzahl von Assistentinnen (zwei Dienste, viele Teilzeitkräfte bzw. geringfügig Beschäftigte)
- verschärft im Falle einer starken Personalfuktuation
- Dienste zeichnen fachlich unterschiedliche Aufgaben, Perspektiven und Praxen aus.

Ergebnisse

Zusammenarbeit zwischen Wohn- und Pflegedienst

Lösungen:

- Dienste auswählen, die Teilhabeperspektive und Assistenzverständnis teilen (z. B. Pflegedienste, die mit körperbehinderten oder chronisch kranken Erwachsenen arbeiten)
- verantwortlicher Koordinator in jedem Dienst
- Teambildung: gemeinsame Sitzungen
- Aufteilen abgrenzbarer Aufgaben
- Kommunikation und Entwicklung von Dokumentationssystemen auf der Basis moderner Informationstechnologien (Mobilfon, Email, Tablet-PC)
- paritätisch besetzte Dienste (direkte Zusammenarbeit)

Ergebnisse

Aktivitäten

- individuelle Begleitungen (1:1) viel häufiger, länger und zu anderen Zeiten als in stationären Settings → Aufnehmen, Ausbilden individueller Aktivitätsprofile
- Haushalts- und Freizeitaktivitäten: reiches Angebot
- große Handlungsfreiräume in der Wohnung (Übernachtung von Gästen, Haushalt), hohes Maß an Selbstbestimmung
- Freizeit: Gemeinschaftsangebote ohne Gemeinschaftszwang (Freiwilligkeit)
- Verfügen über erreichbare Aktivitätsoptionen wird geschätzt – auch wenn jemand sie nicht wählt
- Inklusion im Lebenslauf: Die Person entscheidet, was beibehalten, neu eingebunden, fallengelassen wird.
- Arzt- und Therapietermine integrierbar

Ergebnisse

Soziale Beziehungen

- sehr enge Beziehungen zu WG-Mitgliedern, Assistent_innen, Familienangehörigen; aber auch weniger enge zu anderen (bis hin zu „weak social ties“)
- Beziehungen in der WG, im Haus spielen wichtige Rolle
- Beziehungswünsche: unterschiedlich, Diskrepanzen zwischen Fremd- und Selbstwahrnehmungen
- große, individuell unterschiedliche Schwierigkeiten der Menschen mit Behinderung Kontakte zu knüpfen → Bedingungen auf Seiten der Person verbessern
- Scheu anderer Personen auf „ungewohnte“ Menschen, die z. B. nicht sprechen können, zuzugehen.
- Aufrechterhalten, Pflegen, Vertiefen, Neuknüpfen von sozialen Beziehungen als Aufgabe der Assistenten: zu wenig im Blick, Scheu davor?
- bessere Chancen in diesen Wohnsettings auf soziale Inklusion (Türöffner)

4. Quartiersansätze für Menschen mit und ohne lebenslange Behinderung im Alter

Quartiersansätze & Menschen mit lebenslanger Behinderung (Graumann 2013)

- „Versorgungssicherheit“ (Verlässlichkeit!)
- mehr Teilhabemöglichkeiten für den Einzelnen (Begegnung, inklusive Kommunikation)
- Regiekompetenz oft nicht gegeben, Laienhelfer können nur Teil der Aufgaben übernehmen.

Pilotprojekte in Deutschland

- Quartiersprojekt Frechen der Gold-Kraemer-Stiftung
- Q8-Projekt Hamburg der Stiftung Alsterdorf
- Inklusive sozialraumorientierte Sozialplanung Münster-Hiltrup & Wettringen im BMBF-Projekt SOPHIA (KatHO NRW Münster in Kooperation mit LWL, Stadt MS, Kreis ST)

5. Diskussion: Was geht, was fehlt?

.. mit Blick auf das Älterwerden

- Menschen mit geistiger Behinderung können auch bei steigendem Hilfebedarf zu vergleichbaren Kosten wie im stationären ambulant unterstützt in der eigenen Häuslichkeit wohnen. Sie nehmen die ambulanten Sachleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch.
- Mit Blick auf die Lebensgestaltung und veränderte Hilfebedarfe im Alter ist es notwendig, sozialräumlich zu denken (natürliche und künstliche Nachbarschaften, Wohn-, Haus-, Siedlungsgemeinschaften, Quartiere /Sozialräume).
- Primäre pädagogische Aufgabe ist die Unterstützung bei der Gestaltung von Übergängen und von neuen Freiräumen im Alter. Ein vergleichsweise günstiger Personalschlüssel und flexible Einsatzabsprachen im ABW ermöglichen Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Teilhabechancen.

.. mit Blick auf das Älterwerden

- Assistent_innen müssen es stärker als ihre Aufgabe begreifen, die sozialen Kompetenzen ihrer Klient_innen zu fördern, ihnen soziale Kontakte zu erschließen und diese mitunter auch stellvertretend zu pflegen.
- Anforderungen an Pflegedienst mit Profil:
 - Klient_innen ohne Regiekompetenz, mit speziellem Kommunikationsverhalten
 - ohne auffangende eigene Familie (Grad der Verantwortlichkeit)
 - enge und verlässliche Kooperation mit Wohndienst
- anzustreben:
 - integrierte trägerübergreifende Budgets
 - Anerkennung pflegekompetenter ambulanter Wohndienste als Erbringer von Pflegeversicherungsleistungen
- Unterstützte Tagesangebote, Treffpunkte außerhalb der Wohnung sind unverzichtbar, an denen Klient_innen freiwillig teilnehmen können
- individuelle Begleitung in Krisenzeiten (z. B. im Krankheitsfall) machbar
- Abnahme elterlicher Unterstützung und Beziehungen bei Klient_innen, die oft ohne Partner und Kinder leben => frühzeitige Nachfolgeregelung / Gestaltung von „circle of friends“
- Wer nimmt Budgetassistenz wahr?

6. Gegenläufige Entwicklungen

- Stationäre Pflegeheime für Menschen mit Behinderung werden einvernehmlich (zwischen LT und LE) und schnell ausgebaut, ohne Einbindung in örtliche Sozialplanung / Gemeinwesen; oft auf Zentralgelände von Komplexeinrichtungen
- Die Einbeziehung ambulanter Leistungen der Pflegeversicherung wird von LT und LE nicht im gleichen Maße forciert.
- Bei verändertem Unterstützungsbedarf sind ältere Menschen mit Behinderung gezwungen, aus ABW & AWG oder familiären Settings in stationäre Heime zu ziehen.

- Wenige Ansätze zu Hilfemixlösungen im ambulanten Bereich – trotz mancher Anreize (wie in NRW), wenig Mut der LE
- aktives Abschotten der ambulanten Dienste der Behindertenhilfe gegenüber Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf (Angst vor Kulturänderung)
- Wenige Ansätze zur Kooperation im Sozialraum mit anderen Leistungserbringern aus der Behindertenhilfe, Sozialpsychiatrie und Altenhilfe
- (Re-)Produktion separierender und verpflichtender Tagesangebote auch für Senioren

„Ursachen“:

- Angst vor Neuem bei Leitung, Mitarbeitern, in Organisationen - erinnert stark an Diskussion über Einbezug von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf in gemeindeintegrierten Wohnheimen
- Angst vor Komplexität und Steuerbarkeit inklusiver Settings
- Ambivalenz der Leistungsträger
- nicht so ertragreich, fehlende ökonomische Anreize (z. B. Problem der Investitionskosten bei inklusiven Angeboten)
- fehlender Druck von Seiten der Kommune und Politik sowie der Betroffenen („schwache Interessen“)

Sorge:

- Jetzt lässt sich der demografische Wandel noch innovativ im Hinblick auf Teilhabe, Inklusion, Selbstbestimmung gestalten.
- Je länger zugewartet wird, desto eher werden „schnelle“, aussondernde Lösungen „in der Not“ sich durchsetzen.

- Berichte zum BMBF-Projekt „Lebensqualität inklusive“ – Innovative Konzepte unterstützten Wohnens für älter werdender Menschen mit Behinderung
www.katho-nrw.de/lequi/
- Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe im Zeitraum 2010-2040
Teilhabe, 51, 1/2012, 12-19
- Anforderungen an die Lebensgestaltung mit geistiger Behinderung im Alter
[Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45, 7/2012, 630-636](http://zeitschrift.fur.gerontologie.und.geriatrie.de/45_7_2012_630-636)
- Bericht zum KVJS-Projekt „Alter erleben“
www.katho-nrw.de/altererleben/