

1 Einleitung

Die demografische Entwicklung betrifft zunehmend auch die Personengruppe der Menschen mit einer lebenslangen Behinderung. Nachdem die Generation der vor und während der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland geborenen Kinder mit einer Behinderung zu einem großen Anteil den »Euthanasie«-Verbrechen zum Opfer gefallen ist, und die Lebenserwartung aufgrund schlechter medizinischer Versorgung und unzureichender Förderung nicht sehr hoch war, erreichen nun die Nachkriegsgenerationen nach und nach das Rentenalter. Die Sozialsysteme und Anbieter sozialer Unterstützungsleistungen reagieren erst langsam auf diese Entwicklungen: Manche Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe haben bereits Konzepte für die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen im Alter erarbeitet, andere kommen den neuen Herausforderungen nur allmählich strukturell und konzeptionell nach.

Die Akteure im Bereich der Seniorenarbeit und Altenhilfe haben älter werdende Menschen mit lebenslanger Behinderung bisher nur sehr begrenzt im Blick. Auch die kommunale Altenhilfe- und Seniorenplanung richtet ihre Aktivitäten noch nicht prospektiv auf die zunehmende Zahl älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung ein. Die kommunalen Fachplanungen für Menschen mit Behinderung und für Senior/innen arbeiten meist getrennt voneinander, ohne sich gegenseitig abzustimmen oder eng zu kooperieren. Zudem liegt die formale Zuständigkeit der Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderungen in Deutschland je nach Bundesland entweder auf überörtlicher oder auf kommunaler Ebene. Die Schnittstellen zwischen den Fachplanungen innerhalb einer Kommune, zwischen den Angeboten der Alten- und Behindertenhilfe und den verschiedenen Ebenen der Planung werden bisher eher situativ und reaktiv aufgrund aktueller regionaler Notwendigkeiten bearbeitet.

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat die politische Schubkraft in Richtung inklusiver Konzepte der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderung deutlich erhöht. Viele Bevölkerungsgruppen profitieren davon, dass sich Regelangebote in den Kommunen besser auf eine Vielfalt von Nutzer/innen einstellen oder Umwelten barrierefreier gestaltet werden. Umsetzungsstrategien für Inklusion müssen auf die kommunale Ebene heruntergebrochen werden und prospektiv ausgerichtet sein, damit sie langfristig greifen und nachhaltig wirken. Die Entwicklung von Quartierskonzepten im Bereich der Altenhilfe korrespondiert dabei mit der zunehmenden Rezeption des Konzepts der Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe. Hier bestehen Synergiepotentiale, die im Sinne einer bestmöglichen Versorgungssicherheit und erhöhter Teilhabechancen für alle in Zukunft besser genutzt werden könnten.

Im Bereich der kommunalen Sozialplanung werden in den letzten Jahren zunehmend integrierte und diskursive Planungsstrategien verfolgt. Ein zentrales Thema kommunaler Sozialplanung bildet angesichts des demografischen Wandels die Seniorenplanung einschließlich der Pflegebedarfsplanung. Eine inklusive Sozialplanung für Menschen mit und ohne lebenslange Behinderung im Alter bietet die Chance, die Unterstützung von Menschen mit Behinderung »demografiefest« zu machen. Des Weiteren können dadurch allgemeine Angebote und Infrastrukturen in den Kommunen inklusiver gestaltet werden. Durch eine bessere Zusammenarbeit der bisher streng versäulten Hilfesysteme lassen sich gemeinsame Potentiale und Synergieeffekte auf lokaler Ebene erschließen.

In dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekt SoPHiA (»Sozialraumorientierte kommunale Planung von Hilfe- und Unterstützungsarrangements für Menschen mit und ohne lebensbegleitende Behinderung im Alter«; Laufzeit 2012–2015) wurden Planungsstrategien, Planungsverfahren und Methoden für eine inklusive Sozialplanung an der Schnittstelle von Teilhabeplanung und Seniorenplanung entwickelt und beispielhaft in der Stadt Münster und im Landkreis Steinfurt (Münsterland) erprobt. Die erlebten und erprobten Planungsstrategien, -verfahren und -methoden werden in dem vorliegenden Band in allgemeine Entwicklungen der Sozialplanung und spezifische Entwicklungen der Seniorenplanung und Teilhabeplanung eingebettet (► Kap. 2). Wichtige strategische Elemente einer inklusiven Sozialplanung an dieser Schnittstelle werden vorgestellt (► Kap. 3). Eine spezielle Anforderung in inklusiven Planungskonzepten bildet dabei die inklusive und quartiersbezogene Sozialdatenanalyse und Berichterstattung (► Kap. 4). Nachfolgend werden wichtige Bausteine zur Gestaltung von Planungsprojekten (► Kap. 5) und zur Beteiligung von Bürger/innen mit und ohne lebenslange Behinderung dargestellt (► Kap. 6). Besonderes Augenmerk wird dabei auf Interessen und Sichtweisen von Personengruppen gelegt, die bisher in Planungsprozessen nur schwach vertreten sind. Schließlich werden Optionen und innovative Umsetzungsmöglichkeiten für die Evaluation inklusiver Sozialplanung diskutiert (► Kap. 7).

Die Variationsbreite der Vorschläge ist jeweils geprägt von den Erfahrungen des Forschungsprojektes im städtischen wie auch im ländlichen Raum und von Planungstraditionen und -strukturen, die in verschiedenen kommunalen Räumen äußerst unterschiedlich sein können. So stellt das Manual kein allgemeingültiges Modell einer inklusiven Sozialplanung für das Alter(n) mit und ohne Behinderung dar. Vielmehr muss jede Kommune ihren eigenen Weg gehen, kann aber aus dem Repertoire an vorgestellten Planungsschritten, -verfahren und -methoden jeweils auswählen, welche Strategien angesichts der spezifischen Anforderungen und Entwicklungsbedarfe vor Ort sinnvoll erscheinen.

Die Autor/innen möchten neben der Anregung für konkrete Planungsprojekte und die Weiterentwicklung der kommunalen Sozialplanung insgesamt die Diskussion um inklusive Planungsstrategien und -konzepte anstoßen. Mit dem Manual soll einerseits ein Beitrag zur Bearbeitung der Herausforderungen in der politischen Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und andererseits zur Entwicklung innovativer Konzepte in der Gestaltung des demografischen Wandels geleistet werden.

2 Inklusive Sozialplanung als kommunale Gestaltungsaufgabe

Christiane Rohleder und Friedrich Dieckmann

Der demografische Wandel erfordert neue Lösungen im Hinblick auf Lebensqualität und Teilhabe im Alter(n) ebenso wie hinsichtlich der Versorgung und Unterstützung einer größer werdenden Gruppe älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarfen. Diese Entwicklungen betreffen nicht mehr allein das Altenhilfesystem, sondern zunehmend stärker auch die Behindertenhilfe, da immer mehr Menschen mit einer lebenslangen, d. h. relativ früh im Lebenslauf erworbenen¹ Behinderung ein höheres Erwachsenenalter erreichen. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen stärkt dabei den Anspruch, dass alle Menschen, unabhängig von bestehenden Beeinträchtigungen, die gleichen Rechte auf Anerkennung der Würde, auf Wahlmöglichkeiten und Teilhabe und damit auf Inklusion in zentrale gesellschaftliche Handlungsfelder haben.

Während für den Bereich des Lebensanfangs, für Kindertagesstätten und Regelschulen, das Recht auf Inklusion in den letzten Jahren intensiv öffentlich diskutiert und praktisch erprobt wird, erfolgt beides für das höhere Lebensalter eher verhalten. Zwar hat sich die Zahl der deutschsprachigen Publikationen zum Alter(n) von behinderten Menschen, insbesondere von Menschen mit einer geistigen Behinderung, in den letzten zehn Jahren vervielfacht. Meist geht es dabei jedoch um Anpassungsbedarfe und Notwendigkeiten innerhalb des Systems der Behindertenhilfe. Seltener werden Fragen der Inklusion in Regelzusammenhänge für ältere Menschen mit lebenslanger Behinderung diskutiert und in der Praxis umgesetzt. Versorgungsfragen werden vorrangig an das System der Behindertenhilfe delegiert.² Erste Modellprojekte auf kommunaler Ebene haben sich mit der Berücksichtigung

1 Als »lebenslange« oder »lebensbegleitende« Behinderung werden dabei Beeinträchtigungen bezeichnet, die bis zum 35. Lebensjahr erworben wurden. Diese Altersmarke ist insofern von Relevanz, als bis Mitte der vierten Lebensdekade soziale Prozesse, wie Berufsfindung, Einstieg in das Erwerbsleben oder Familiengründung in der Regel abgeschlossen sind, diese aber durch eine früh erworbene Behinderung negativ, mit problematischen Folgen für den weiteren Lebenslauf, beeinflusst werden können (Dieckmann et al. 2015, 22).

2 Beispielhaft hierfür sei auf den 1. Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Konvention der Rechte behinderter Menschen aus dem Jahr 2011 (BMAS 2011, 67 ff.) verwiesen. Beim Thema Alter(n) geht dieser u. a. auf den Bedarf an sozialraumnahe, barrierefreiem und technikunterstütztem Wohnraum sowie auf wohnortnahe Begegnungs- und Beratungsstrukturen ein. Dabei wurden als Aufgabe der Behindertenhilfe ausdrücklich der Aufbau von Netzwerken zwischen (privaten) Initiativen und Menschen mit einer Behinderung sowie der Ausbau ambulant betreuter Wohnsettings für ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung genannt. Beim Thema Inklusion wurde auf das SGB IX und damit die Eingliederungshilfe verwiesen, während im Zusammenhang mit SGB XI-Leistungen Inklusion nicht behandelt wurde. Auch im »Handbuch Behindertenrechtskonvention« (Degener,

der Bedarfe älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung in der örtlichen Teilhabepanung beschäftigt (Barth, Fuhr 2010; Barth 2011). Ein abgestimmtes sozialplanerisches Vorgehen für die bislang weitgehend versäulten Systeme der Behinderten- und der Altenhilfe findet sich aber kaum.

Dabei gibt es viele Übereinstimmungen in den Wünschen und Bedarfen von älter werdenden Menschen mit und ohne (lebenslange) Behinderung. Diese Wünsche beziehen sich in der Regel auf die konkrete Ebene des Lebensortes, d. h. die Kommune. Der Verbleib im angestammten Wohnsetting und dem bekannten Wohnumfeld, wohnortnahe Möglichkeiten, eigene Interessen selbständig verfolgen zu können, selber entscheiden zu können, ob und wann man lieber alleine oder in Gruppenkontexten aktiv sein möchte, aber auch der Wunsch nach Entschleunigung und Entspannung sind nur einige der Gemeinsamkeiten (Schu et al. 2014, 24 ff.). Während es jedoch in der kommunalen Sozialplanung für Menschen, die im Alter eine Behinderung erwerben, vorrangig um Exklusionsvermeidung geht, müssen die Belange von älter werdenden Menschen mit einer lebenslangen Behinderung auf der kommunalen Ebene überhaupt erst wieder in den Blick kommen, war die Behindertenhilfe in Deutschland historisch bedingt doch lange Zeit keine Domäne der Kommunen.

Es existieren allerdings auch Unterschiede zwischen älteren Menschen mit im Alter erworbener und lebenslanger Behinderung. Das Zusammenspiel von Beeinträchtigungen und Strukturen des (sozialen) Umfeldes in frühen Lebensphasen führt nicht selten dazu, dass anerkannte soziale Ziele, wie ein Schul- und Ausbildungsabschluss, eine existenzsichernde Erwerbstätigkeit oder auch eine Partnerschaft und Familiengründung von Menschen mit einer lebenslangen Behinderung nicht oder nur teilweise erreicht werden konnten (Dieckmann et al. 2015, 22). Diese Teilhaberestriktionen in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter können sich im höheren Erwachsenenalter u. a. in früher einsetzenden gesundheitlichen Einschränkungen, kleineren sozialen Netzwerken, fremdbestimmten Biographieverläufen sowie begrenzten materiellen Ressourcen niederschlagen (Dieckmann et al. 2016, 16). Diesen Voraussetzungen gilt es bei Sozialplanungsprozessen Rechnung zu tragen.

Eine inklusive, im Sinne einer gemeinsamen, hilfesystemübergreifenden sozialräumlich orientierten Planung für das Alter(n) auf kommunaler Ebene ist vor dem Hintergrund demografischer, sozialer und rechtlicher Entwicklungen sinnvoll und geboten. In den nachfolgenden Kapiteln werden diese Begründungszusammenhänge weiter ausgeführt. Kapitel 2.1 vertieft die Auseinandersetzung mit zentralen gesellschaftlichen Trends – den Strukturen des demografischen Wandels allgemein und insbesondere in der Behindertenhilfe, den Gemeinsamkeiten und Unterschieden in den Wünschen und Bedarfen älter werdender Bürger/innen mit und ohne

Diehl 2015) finden sich zwar Beiträge zur spezifischen Situation behinderter Kinder und Frauen, die Lebensphase Alter wird jedoch nicht in den Blick genommen. Die in den letzten Jahren gestiegene Aufmerksamkeit für die Lebenslagen von älteren Menschen mit einer lebenslangen Behinderung zeigt sich allerdings im Nationalen Aktionsplan 2.0 zur Umsetzung der UN-BRK aus dem Jahr 2016. Hier wird den Bedarfen dieser Zielgruppe deutlich mehr Beachtung geschenkt (BMAS 2016, 108 ff.).

(lebenslange) Behinderung sowie den rechtlichen Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Im Anschluss thematisiert Kapitel 2.2 gesetzliche Ausgangslagen sowie Spielräume für eine inklusive Sozialplanung für das Alter(n) auf kommunaler Ebene. Kapitel 2.3 diskutiert vier zentrale Leitprinzipien einer inklusiven Sozialplanung: Inklusion, Quartiersentwicklung und Sozialraumorientierung, Partizipation und Adressatenorientierung. Mit welchen Themen sich inklusive Sozialplanungen hauptsächlich befassen, welche Planungsräume dabei betrachtet werden und in welchen Rollen Alten- und Teilhabeplaner/innen an Planungsprojekten beteiligt sind, wird im Kapitel 2.4 dargelegt. Kapitel 2.5 resümiert schließlich die zentralen Ausgangsüberlegungen für das nachfolgende Sozialplanungsmodell für das Alter(n).

2.1 Gesellschaftliche Ausgangslagen

Die folgenden Ausführungen können nur Schlaglichter auf ausgewählte gesellschaftliche Entwicklungen und Bereiche werfen. An erster Stelle steht hierbei der demografische Wandel, insbesondere auch in der Behindertenhilfe. Für Sozialplanungsprozesse relevant sind zudem veränderte Wünsche und Orientierungen älter werdender Menschen für ihre nachberufliche Lebensphase und die Versorgung bei Hilfe- und Pflegebedarf. Schließlich thematisiert dieses Kapitel die UN Konvention der Rechte behinderter Menschen, da sich in den dort formulierten Ansprüchen auf individuelle Gestaltungs- und Wahlmöglichkeiten sowie Teilhabe in gesellschaftlichen Regelsystemen ein grundlegender gesellschaftlicher Perspektivwechsel niederschlägt.

2.1.1 Demografischer Wandel

Allgemeine demografische Trends

Die ausgeprägte Zuwanderung von Flüchtenden in den Jahren 2014 und insbesondere im Jahr 2015 bestätigt einmal mehr, dass Kriege und soziale Krisen, Natur- und Umweltkatastrophen genauso wie medizinische Fortschritte kurz- und langfristig zu unvorhersagbaren Veränderungen von Bevölkerungsstrukturen beitragen können. Dementsprechend haben Langfristprognosen häufig eine geringe Treffgenauigkeit (Bosbach 2006). Derzeitige Strukturbrüche ändern allerdings nichts an der Tatsache, dass viele Kommunen in Deutschland bis in die 2050er Jahre hinein eine steigende Zahl älterer Mitbürger/innen verzeichnen werden, da die geburtenstarken Jahrgänge in das höhere Erwachsenenalter kommen. Dieser Trend wird in Öffentlichkeit und Politik häufig problematisiert. Er ist aber zuallererst Ausdruck von gesellschaftlichem Wohlstand sowie medizinischem Fortschritt und aktiv gestaltbar (van Dyk 2015, 89 ff.).

Ausgehend von Bevölkerungsdaten aus dem Jahr 2013 kommt die 2. Variante der 13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes³ zu dem Ergebnis, dass bis zum Jahr 2030 die Zahl der älteren Menschen zwischen 65 und unter 80 Jahren von 12,6 Millionen auf 15,6 Millionen und die der über 80-Jährigen von 4,7 Millionen auf 6,2 Millionen steigen wird. Bis zum Jahr 2060 wird eine Abnahme der 65- bis unter 80-Jährigen auf 14,6 Millionen, aber eine Zunahme der 80-Jährigen und Älteren auf ca. 9,0 Millionen prognostiziert (Statistisches Bundesamt 2015a, 20).⁴

Insbesondere die Zunahme der Hochaltrigkeit⁵ ist für Fragen der zukünftigen Entwicklung von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen im Alter(n) von besonderer Relevanz, steigen mit dem höheren Lebensalter doch die Risiken von Multimorbidität, Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Von den zum 31.12.2015 insgesamt knapp 7,6 Millionen amtlich erfassten Personen mit einer Schwerbehinderung war ein knappes Drittel älter als 75 Jahre (Statistisches Bundesamt 2017c, 5). Auch die Pflegequote nimmt in den höheren Altersgruppen stark zu. Insgesamt bezogen 2015 2,9 Millionen Menschen Leistungen der Pflegeversicherung. Während von den 70–75-Jährigen nur 5,4 % eine Pflegestufe hatten, waren es bei den 80–85-Jährigen bereits 21 %, bei den über 90-Jährigen über 66 % (Statistisches Bundesamt 2017b, 9). Der Themenreport »Pflege 2030« der Bertelsmann-Stiftung prognostiziert bis zum Jahr 2030 einen weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf bundesweit 3,425 Millionen (Rothgang et al. 2012, 35). Angesichts der Zunahme Pflegebedürftiger im Zeitraum von 2013 bis 2015 um 8,9 % oder 234.000 Personen (Statistisches Bundesamt 2017b, 7) scheint diese Langfristprognose deutlich zu niedrig angesetzt.

Mit steigendem Lebensalter ist auch ein höheres Risiko dementieller Erkrankungen verbunden. Die mittlere Prävalenz von Demenzerkrankungen liegt bei den

3 Auch wenn in der Öffentlichkeit oft der Eindruck entsteht, es gäbe »die« eine, genaue Bevölkerungsprognose, trägt das Statistische Bundesamt den Unwägbarkeiten der langfristigen Entwicklung von Bevölkerungsparametern Rechnung, indem es regelhaft acht verschiedene Varianten der Bevölkerungsentwicklung vorlegt (Statistisches Bundesamt 2015a, 13). Prognosevariante 2 geht von einer Geburtenziffer von 1,4, einer durchschnittlichen Lebenserwartung bei Mädchen von 88,8, bei Jungen von 84,8 Jahren sowie einer Zuwanderung zwischen 2016 und 2020 von 250.000–450.00 Personen aus (Statistisches Bundesamt 2017a, 4).

4 Angesichts der starken Zuwanderung seit 2015 sowie einer leicht gestiegenen Geburtenziffer hat das Statistische Bundesamt (2017a) die Variante 2 der 13. Bevölkerungsvorausberechnung aktualisiert. Da die Mehrzahl der Zugewanderten jedoch im jüngeren und mittleren Lebensalter ist, enthält diese Neuberechnung keine Veränderungen der Prognose der absoluten Zahl über 60-Jähriger.

5 Statistisch wird als Beginn von Hochaltrigkeit häufig das 80. bzw. 85. Lebensjahr herangezogen, da derzeit in diesen Altersklassen die Quote der Pflegebedürftigen sichtbar ansteigt. Höpflinger (2011, 38 f.) weist aber zu Recht daraufhin, dass angesichts der großen interindividuellen Unterschiede von Alternsprozessen eine kalendarische Orientierung wenig hilfreich ist. Subjektiv wie bezogen auf Versorgungserfordernisse sind funktionale Gesichtspunkte entscheidender. »Nach dieser Betrachtungsweise beginnt das hohe Lebensalter, wenn altersbezogene körperliche oder kognitive Einschränkungen bedeutsame Einschränkungen und Anpassungen des Alltagslebens erzwingen. Einige Menschen werden früh – unter Umständen schon vor dem Rentenalter – mit körperlichen Einschränkungen konfrontiert, wogegen andere Menschen auch mit neunzig Lebensjahren beschwerdefrei leben« (ebd.).

70- bis unter 75-Jährigen bei 3,5 %, bei den über 90-Jährigen bei knapp 41 % (Bickel 2014, 2). Für die Planung von Versorgungsstrukturen ist dies insofern von besonderer Relevanz, als Institutionalisierungsrisiken im höheren Alter vor allem mit Demenzerkrankungen verknüpft sind (Kuhlmey, Blüher 2015, 9 f.). Eine repräsentative Studie in deutschen Pflegeheimen kommt zu dem Ergebnis, dass im Mittel etwas über 68 % aller Bewohner/innen eine Demenzerkrankung hatten. Von diesen Erkrankten hatte mehr als die Hälfte (56,6 %) eine schwere Demenz (Schäufele et al. 2013, 202).

Hinter den bundesweiten demografischen Trends stehen regional sehr unterschiedliche Entwicklungen. So finden sich z. B. Regionen, in denen die Zunahme der älteren Bevölkerung durch den Wegzug von Personen im erwerbsfähigen Alter flankiert wird und mit Bevölkerungseinbußen einhergeht; Regionen, die als beliebte Erholungsziele durch eine Zuwanderung im Rentenalter gekennzeichnet sind oder auch Regionen, in denen Geburten- und Zuwanderungsüberschüsse bestehen, während parallel die Zahl älterer Bürger/innen zunimmt (Amrhein, Backes 2012, 318; Deutscher Bundestag 2016, 106 ff.⁶). Diese unterschiedlichen Bevölkerungsdynamiken stellen jeweils andere Herausforderungen an die kommunale Entwicklungs- und Sozialplanung und unterstreichen die Notwendigkeit eines regelmäßigen, regionalen Monitorings demografierelevanter Daten (Rehling et al. 2011, 268).

Demografische Trends in der Behindertenhilfe

Bislang erfolgt die Aufbereitung demografischer Daten selten unter ausdrücklicher Berücksichtigung von Menschen mit einer früh im Lebenslauf erworbenen Beeinträchtigung. Dabei zeigt sich ein ausgeprägter demografischer Wandel auch für Menschen mit lebenslanger Behinderung. Angesichts der ersten Generationen, die den Nationalsozialismus überlebt haben, und der sukzessiven Annäherung ihrer Lebenserwartung an die durchschnittliche Lebensdauer der Gesamtbevölkerung (Dieckmann, Metzler 2013, 156), erreichen zunehmend mehr Menschen mit lebenslanger Behinderung die gesetzliche Ruhestandsgrenze.

Bundesweit finden sich noch keine Primärdaten, anhand derer die Größe dieser Gruppe exakt bestimmt werden könnte.⁷ Für NRW legten Dieckmann et al. (2015,

6 Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung differenziert sechs relevante »Kreisregionstypen«, über die räumliche Disparitäten des Alter(n)s abgebildet werden können (Deutscher Bundestag 2016, 107 ff.).

7 Insgesamt gilt die Datenlage für die Gruppe der älter werdenden Menschen mit lebenslanger Behinderung als problematisch (Deutscher Bundestag 2016, 94). Auch im Zweiten Teilhabebericht der Bundesregierung ist diese Gruppe unterrepräsentiert, da viele Aussagen zur Lebenssituation von Menschen mit einer Behinderung auf allgemeinen Bevölkerungsumfragen, insbesondere dem Mikrozensus und dem sozio-ökonomischen Panel beruhen. In diesen Erhebungen werden ausschließlich Personen in privaten Haushalten erfasst. Die Lebenslagen von älteren Menschen mit lebenslanger, insbesondere geistiger, Behinderung, die überdurchschnittlich häufig in institutionellen Kontexten leben, sind dementsprechend systematisch untererfasst. Auf entsprechende methodische Begrenzungen weist der wissenschaftliche Beirat des Zweiten Teilhabeberichts hin (Bundesregierung 2016b, 44).

33) erste Schätzungen der Zahl über 60-⁸ bzw. 65-Jähriger mit einer früh erworbenen körperlichen, psychischen oder geistigen Behinderung vor (► Tab. 1). Für das Ausgangsjahr 2011 wird angenommen, dass in NRW ca. 53.000 und damit knapp 20 % aller über 65-jährigen Menschen mit einer Schwerbehinderung diese früh erworben haben.

Die Berechnungen kommen zudem zu dem Ergebnis, dass körperliche Behinderungen (34,9 %) sowie nicht eindeutig einer einzigen Hauptkategorie zuordenbare Formen der Beeinträchtigung (41,7 %) im Jahr 2011 mehr als drei Viertel aller lebenslangen Behinderungsformen bei schwerbehinderten über 65-jährigen Menschen in NRW ausmachen. Für ältere Personen mit einer psychischen Behinderung wird von 7.800 Personen, für Senior/innen mit einer geistigen Behinderung von knapp 4.700 Personen ausgegangen.

Tab. 1: Schätzungen zur Anzahl Schwerbehinderter mit lebenslanger Behinderung für verschiedene Altersgruppen in NRW/Ausgangsdaten 2011⁹/*tatsächliche Werte (eig. Zusammenfassung nach Dieckmann et al. 2015, 33)

Art der Behinderung	Altersgruppe		
	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	68.790 (37,5 %)	28.552 (41,0 %)	22.191 (41,7 %)
gesamt	183.327 (100 %)	69.613 (100 %)	53.177 (100 %)

Für Sozialplanungsprozesse ist relevant, wie sich in verschiedenen Versorgungsbereichen jeweils Anzahl und Anteil älterer Menschen mit einer lebenslangen Behinderung darstellen. Hier sei exemplarisch ein Blick auf die ambulanten und stationären Wohnhilfen der Eingliederungshilfe geworfen. In NRW hat im Stich-

8 Zwar gleicht sich die Lebenserwartung von Menschen mit einer lebenslangen Behinderung zunehmend der durchschnittlichen Lebenserwartung an, aber je nach Art der Beeinträchtigung setzen der Ruhestand, Alterungsprozesse und Mortalität noch deutlich früher ein. Zudem wird ein Alter von 80 Jahren und älter, also Hochaltrigkeit, derzeit noch selten erreicht (Giovis, Dieckmann 2013). Dies erklärt, warum Menschen mit einer lebenslangen Behinderung bereits ab einem Lebensalter von 60 Jahren statistisch als »alt« definiert werden.

9 Anteil 35-jähriger und jüngerer Schwerbehinderter bei bestimmter Behinderungsart an Gesamtbevölkerung der Altersklasse multipliziert mit Anzahl der Bevölkerung in bestimmter Altersklasse (über 35/60/65 Jahre) dividiert durch 100.

jahr 2011 nur eine geringe Zahl (ca. 300) der über 60-jährigen Menschen mit einer lebenslangen körperlichen Behinderung Wohnhilfen in Anspruch genommen. Höher lag die Zahl bei älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung. 2011 lebten ca. 5.300 über 60-Jährige mit einer geistigen Behinderung in Wohnsettings der Eingliederungshilfe, darunter drei Viertel in stationären Einrichtungen. Bei den über 60-Jährigen mit einer psychischen Behinderung erhielten knapp 5.800 Wohnhilfen (Dieckmann et al. 2015, 90). Da Menschen mit einer psychischen Behinderung früher und stärker von der Ambulantisierung der Wohnhilfen profitiert haben, lebten 2011 nur knapp 40 % der Senior/innen in stationären Wohnformen, 60 % eigenständig oder ambulant betreut (ebd.).¹⁰

Das Beispiel NRW zeigt, dass sich bereits jetzt eine relevante Zahl älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung im Ruhestandsalter befindet. Die Notwendigkeit inklusiver Sozialplanungsprozesse begründet sich aber vor allem aus zukünftigen Trends. Für erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung finden sich für das Versorgungsgebiet Westfalen-Lippe erste Vorausschätzungen der Altersstruktur bis zum Jahre 2030 (Dieckmann et al. 2010, 41 ff.). Basierend auf Daten der Eingliederungshilfe für das Ausgangsjahr 2010 wird angenommen, dass die Zahl der über 60-jährigen Menschen mit einer geistigen Behinderung bis zum Jahr 2020 von 2.652 auf ca. 6.800 und bis 2030 auf ca. 11.800 Personen ansteigen wird (ebd.). Der Anteil der über 60-Jährigen an allen Menschen mit einer geistigen Behinderung in Westfalen-Lippe soll innerhalb dieses Betrachtungszeitraums von 10 % auf ca. 31 % zunehmen.

Tabelle 2 dokumentiert getrennt nach Leistungsbereichen Schätzungen, wie sich bis 2030 Anzahl und Anteil älter werdender Menschen mit einer geistigen Behinderung verändern werden. So wird für die Werkstätten für Menschen mit einer Behinderung im Betrachtungszeitraum eine Verdreifachung der Zahl der Beschäftigten, die es auf den Ruhestand vorzubereiten gilt, vorausgerechnet. Die stärkste Zunahme älterer Nutzer/innen wird allerdings für stationäre Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe erwartet. Dieckmann et al. (2010) prognostizieren für Westfalen-Lippe, dass im Jahr 2030 fast 50 % aller Bewohner/innen älter als 60 Jahre sein werden. Für ambulant betreute Wohnsettings wird davon ausgegangen, dass 2030 über ein Drittel der Bewohner/innen das 60. Lebensjahr überschritten haben. Gerade Wohnhilfen stehen dementsprechend vor der Aufgabe, ihre Konzepte altersgerecht weiterzuentwickeln. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass altersbedingte Erkrankungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung z. T. früher einsetzen. Bei Menschen mit einer Trisomie 21 ist z. B. nicht nur das Risiko einer Demenzerkrankung erhöht, dementielle Erkrankungen treten auch deutlich früher im Lebenslauf auf (Schäper 2015, 191 f.).

Mit Blick auf kommunale Sozialplanungserfordernisse ist festzuhalten, dass in Deutschland, wenn auch aufgrund der Tötung von Menschen mit einer lebenslangen Behinderung unter dem Nationalsozialismus zeitverzögert, Menschen mit

10 Im Gegensatz zu Menschen mit einer geistigen Behinderung liegen über die Lebenssituation von Menschen mit einer psychischen Behinderung im Alter bislang nur wenige Erkenntnisse vor (Dieckmann, Rohleder 2017).

Tab. 2: Bezieher/innen von Leistungen der Eingliederungshilfe mit einer geistigen Behinderung in Westfalen-Lippe, Stand 2010 und Vorausschätzung für 2030 (eigene Darstellung in Anlehnung an Dieckmann et al. 2010, S. 31 ff.)

Altersgruppen	Beschäftigte einer WfbM				ambulant betreutes Wohnen				stationäres Wohnen			
	2010		2030		2010		2030		2010		2030	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
50–59	4.412	20	5.049	21	692	18	1.468	21	3.199	24	3.412	18,5
60–65 ^{11/} 69	928	4	3.097	13	185	5	1.558	22	1.492	11	4.754	26
70–79	-	-	-	-	70	2	853	12	612	4,5	3.099	17
über 80	-	-	-	-	3	0	146	2	91	0,5	919	4
insg. über 60	928	4	3.097	13	255	7	2.557	36	2.195	16	8.772	47

einer lebenslangen Behinderung zunehmend ein höheres Lebensalter erreichen.¹² Damit gewinnen allgemeine Fragen des Alter(n)s für die kommunale Planung von Hilfs- und Unterstützungsarrangements für Menschen mit lebenslanger Behinderung an Gewicht. Themen wie z. B. aktives und gesundes Alter(n), die subjektiv sinnvolle Gestaltung freier Zeit, Teilhabe am Leben in sozialen Regelbezügen, soziale und politische Einflussnahme, aber auch der Umgang mit altersbedingt veränderten Hilfe- und Pflegebedarfen sowie die Frage der Gestaltung der letzten Lebensphase und des Sterbens gilt es bei Planungen zu berücksichtigen.

2.1.2 Sozialer Wandel der Versorgungswünsche und -settings älter werdender Menschen mit und ohne (lebenslange) Behinderung

Von zentraler Bedeutung für die kommunale Versorgungsplanung ist die Frage, wie Menschen im Alter(n) wohnen wollen. Diese Frage erhält für die meisten Menschen bei ersten Mobilitätseinschränkungen und aufkommenden hauswirtschaftlichen Hilfe- und/oder Pflegebedarfen Relevanz. Die Mehrheit der erwachsenen deutschen Bevölkerung ab 18 Jahren, die in privaten Haushalten lebt, möchte im Alter so

11 Da für Menschen mit einer lebenslangen Behinderung das gesetzliche Renteneintrittsalter von 65 Jahren gilt, und nur in Einzelfällen eine Weiterbeschäftigung möglich ist, beziehen sich die Angaben für die Beschäftigten in WfbM auf die Altersgruppe der 60–65-Jährigen.

12 Diese Tatsache wird mittlerweile auch in der allgemeinen Gerontologie wahrgenommen. So findet sich im 7. Altenbericht unter dem Oberkapitel »Intersektionale Ungleichheiten« eine Auseinandersetzung mit den Lebenslagen älter werdender Menschen mit lebenslanger Behinderung (Deutscher Bundestag 2016, 93 ff.).