

2016

**Behindert alt werden – spezifische Lebenslagen und
Bedarfe**

Michael Zander

Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung

**Expertisen zum Siebten Altenbericht der
Bundesregierung**

Herausgegeben von

Jenny Block, Christine Hagen und Frank Berner

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Einleitung	4
2 Beeinträchtigung und Behinderung	5
3 (Lebenslange) Behinderung als Armutsrisiko	7
4 Soziale Netzwerke	9
5 Der Übergang ins Rentenalter: Berufliche Situation und Wohnsituation geistig und mehrfach Behinderter	10
6 Gesundheitliche Risiken und Versorgung	12
7 Durchschnittliche Lebenserwartung, Szenarien der demografischen Entwicklung und das Problem mangelnder Daten	14
8 Maßnahmen für die Zukunft auf kommunaler und Bundesebene	15
Literaturverzeichnis	17

Zusammenfassung

Derzeit wird die erste Generation von körperlich und/oder „geistig“ behinderten Menschen nach dem Ende des deutschen Faschismus alt. Ältere Menschen mit Behinderung haben spezifische gesundheitliche Probleme und nicht selten Biografien mit mehr oder weniger schweren Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen. Häufig verändern sich die Unterstützungskonstellationen, wenn sie beispielsweise aus Werkstätten für behinderte Menschen ausscheiden oder langjährige betreute Wohnarrangements verlassen müssen. Hieraus ergeben sich besondere Bedarfe hinsichtlich der Ermöglichung sozialer Teilhabe und beim Zugang zu und der Gestaltung von gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung. Versorgungsangebote müssen auch auf diese Bedarfe hin weiterentwickelt werden.

Die vorliegende Expertise liefert einen systematischen Überblick über vorhandene Erkenntnisse zu Lebenslagen und Bedarfen behindert alt gewordener Frauen und Männer. Dabei werden spezifische Bedarfe älterer behinderter Frauen und Männer herausgearbeitet. Weiterhin wird diskutiert, ob und inwieweit die Strukturen und die Praxis der Institutionen zur Unterstützung und Pflege älterer Menschen, insbesondere die kommunale Altenhilfe sowie die häusliche, ambulante und stationäre Pflege, diesen Bedarfen angemessen sind oder an diesen Bedarfen vorbeigehen. Exemplarisch werden einzelne Good Practice-Beispiele und ihre Voraussetzungen in unterschiedlichen Bereichen dargestellt.

Die Expertise zeigt, dass die derzeit verfügbaren Erkenntnisse über Lebenslagen älterer Behinderter lückenhaft sind. Insbesondere fehlen Daten über den Eintrittszeitpunkt von Beeinträchtigungen im Lebenslauf; zudem werden in Gesetzen und amtlichen Berichten und Stellungnahmen uneinheitliche Terminologien verwendet. Klar ist jedoch, dass die Zahl der angeborenen oder früh erworbenen Behinderungen gering ist, dass psychische Beeinträchtigungen zunehmend eine Rolle spielen und dass sich die Altersstruktur Behinderter voraussichtlich der Altersstruktur der übrigen Bevölkerung annähern wird. Aufgrund von geringen Erwerbseinkünften und des Ausschlusses von regulären Beschäftigungsmöglichkeiten sind Behinderte im Alter von Armut bedroht, insbesondere dann, wenn sie lediglich Regelaltersrenten beziehen und über weniger als 35 Beitragsjahre verfügen. Durch Alter und Berentung werden die sozialen Netzwerke Behinderter kleiner: Der Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen geht verloren, Angehörige leisten weniger informelle Hilfen. Einschneidend wirken sich Schnittstellenprobleme zwischen Eingliederungshilfe und Pflege aus. Bei erhöhtem Pflegebedarf im Alter sind Behinderte vermehrt gezwungen, in Einrichtungen der Altenhilfe zu ziehen. Dort erhalten sie zwar die nötige Pflege, aber nicht die in der Behindertenhilfe gewährten Eingliederungsleistungen.

Mit zunehmendem Alter tragen Behinderte erhöhte gesundheitliche Risiken, darunter – in Abhängigkeit von der jeweiligen Beeinträchtigung/ Behinderung – abnehmende Beweglichkeit, psychische Erkrankungen und Demenz. Zu konstatieren sind Barrieren im Gesundheitswesen, die zum einen mit fehlenden Ressourcen assoziiert sind, zum anderen mit Hilflosigkeit und Unverständnis des medizinischen Personals

im Umgang mit Behinderung. Zur Überwindung der genannten Probleme werden eine Öffnung der Behindertenhilfe, Angebote zur Vorbereitung auf den Ruhestand sowie langfristige Strategien empfohlen, um Bildung, Erwerbsstrukturen, Gesundheitssystem, Pflege und des gemeinschaftliche Leben inklusiv zu gestalten.

1 Einleitung

Über die Alterung jenes Teils der Bevölkerung, der mit einer Behinderung lebt, wird seit einigen Jahren in der Fachöffentlichkeit verstärkt diskutiert und geforscht. Die Tatsache, dass es sich um ein für die Bundesrepublik relativ „neues“ Thema handelt, wird hauptsächlich auf zwei Umstände zurückgeführt: Zum einen kommt die erste Generation behinderter Menschen nach dem Ende des deutschen Faschismus und seiner Verbrechen, unter anderem gegenüber Menschen mit Behinderung, ins Rentenalter; zum anderen profitieren auch behinderte Menschen von der allgemeinen Verbesserung der Lebensverhältnisse in sozialer und medizinischer beziehungsweise gesundheitspolitischer Hinsicht und verfügen nicht zuletzt deshalb über eine höhere Lebenserwartung als früher.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Expertise stehen die Lebenslagen jener älteren Menschen, deren Beeinträchtigung angeboren ist oder die eine Beeinträchtigung bereits relativ früh und nicht erst im fortgeschrittenen Alter erworben haben. Als besonders relevant für die Lebenslagen älterer Behinderter wurden spezifische gesundheitliche Risiken sowie Armutrisiken identifiziert, aber auch Veränderungen in den sozialen Netzwerken und der Wohnsituation beim Übergang in den Ruhestand sowie Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem. Erörtert werden außerdem Aspekte des demografischen Wandels sowie Maßnahmen und Empfehlungen, die geeignet scheinen, problematische Aspekte der Lebenslagen älterer Behinderter mittel- und langfristig zu überwinden. Langfristige Strategien setzen auf Vermeidung von Armut bereits in jungen Jahren, auf Inklusion in Bildung und Arbeitsmarkt und auf die Öffnung von Institutionen der traditionellen Behindertenhilfe.

2 Beeinträchtigung und Behinderung

Im Jahr 2011 lebten in der Bundesrepublik rund 7,3 Millionen Menschen und damit 9,3 Prozent der Gesamtbevölkerung mit einer Schwerbehinderung, verfügten also über einen nach § 2 SGB IX anerkannten Grad der Behinderung von 50 oder mehr (zu deren Altersstruktur siehe unten). Nur bei 4 Prozent der Personen war die Behinderung angeboren.¹ 2,3 Prozent der Behinderungen entstanden durch Unfälle, Berufskrankheiten und Kriegsverletzungen,² der größte Anteil von 85 Prozent geht auf Krankheiten zurück (Statistisches Bundesamt 2013a: 5). Männer beantragen häufiger einen Schwerbehindertenausweis als Frauen, weil sie häufiger erwerbstätig sind (vgl. Berlin-Institut 2009: 14; Pfaff u. a. 2006). In einer telefonischen Befragung des Robert-Koch-Instituts gaben 13,6 Prozent und damit ein größerer Anteil aus der Unterschicht an, eine anerkannte Behinderung zu haben als Personen aus der Oberschicht (4 Prozent) (Ellert u. a. 2006: 46).³ Zu den häufigsten angeborenen Behinderungen gehören Trisomie 21 (Down-Syndrom), die Infantile Zerebralparese (ICP) (die mit kognitiven Beeinträchtigungen einhergehen kann; jedes vierte Kind mit ICP hat eine sogenannte Intelligenzminderung, deren Ausmaß jeweils verschieden ausfallen kann), Neuralrohrdefekte (Spina bifida) und autistische Störungen (Berlin-Institut 2009: 22f.). Tendenziell nimmt die Bedeutung von psychischen oder „seelischen“ Behinderungen (im Sinne des § 2 SGB IX) quantitativ zu. Abzulesen ist dies unter anderem an der Zunahme stationärer Behandlungen: Psychische Störungen waren 2006 die zweithäufigste Krankheitsart bei Krankenhausbehandlung. Zwischen 1991 und 2004 haben sich die Verordnungen für Antidepressiva mehr als verdreifacht; die Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen psychischer Krankheit stiegen zwischen 1994 und 2003 um 81,6 Prozent bei Männern und 56,8 Prozent bei Frauen (vgl. ISB 2008, Berichtsteil A: 101f.). Ob es eine tatsächliche Zunahme psychischer Beeinträchtigungen oder eine größere Aufmerksamkeit und verbesserte Diagnostik gibt, ist umstritten (vgl. Jacobi 2009).

¹ Das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009: 16) spricht von 300.000 Personen mit einer angeborenen Behinderung.

² Der Teilhabebericht der Bundesregierung (BMAS 2013b: 61) gibt den Anteil von Unfällen als Ursache mit 11 Prozent an.

³ Die Zuordnung der Befragten zu Unter-, Mittel- oder Oberschicht erfolgt anhand eines Sozialschicht-Index, der die Merkmale Bildung, Berufsposition und Haushaltseinkommen berücksichtigt (vgl. Ellert u. a. 2006: 11).

Tabelle 1: Arten und Verteilung von Beeinträchtigungen bei anerkannter Schwerbehinderung

Beeinträchtigung	Anzahl in Tausend	Anteil in Prozent
Körperliche Beeinträchtigungen	4.567	62,7
Sinnesbeeinträchtigungen	656	9,0
Psychische Beeinträchtigungen	496	6,8
Geistige und Lernbeeinträchtigungen	290	4,0
Sonstige Beeinträchtigungen	1.280	17,6
Gesamt	7.289	100,0

Quelle: BMAS 2013b: 60.

Die in Gesetzen und amtlichen Publikationen verwendete Terminologie ist uneinheitlich. Während „Behinderung“ im SGB IX und XI medizinisch (durch relative körperliche, sensorische, kognitive oder psychische Defizite) definiert ist, unterscheiden der Armuts- und Reichtumsbericht (BMAS 2013a) sowie der Teilhabebericht der Bundesregierung (BMAS 2013b) – in Anlehnung an die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und an das „soziale Modell der Behinderung“ der Disability Studies (Thomas 2004) – zwischen „Beeinträchtigung“ und „Behinderung“: „Liegt aufgrund von Besonderheiten von Körperfunktionen oder Körperstrukturen eine Einschränkung vor (...), wird dies als Beeinträchtigung bezeichnet. Erst wenn im Zusammenhang mit dieser Beeinträchtigung Teilhabe und Aktivitäten durch ungünstige Umweltfaktoren dauerhaft eingeschränkt werden, wird von Behinderung ausgegangen“ (BMAS 2013b: 7). Zu empfehlen wäre – im Sinne einer Vereinheitlichung und einer klareren Unterscheidung zwischen Merkmalen der Person und Merkmalen äußerer Strukturen – eine Übernahme der internationalen Klassifikation, die momentan jedoch nicht mit dem SGB kompatibel ist.

Der Teilhabebericht (BMAS 2013b) betrachtet Behinderung altersgruppenübergreifend, hebt allerdings hervor, dass es bedeutsam ist, wann eine Beeinträchtigung oder eine Behinderung im Lebenslauf eintritt: „Beeinträchtigungen, die im jüngeren oder erst im höheren Lebensalter erworben wurden, haben viele ähnliche, aber auch einige unterschiedliche Auswirkungen auf die betroffenen Menschen. So prägen sie einen größeren Teil der Biografie, wenn sie bereits in einem jüngeren Lebensalter erstmals auftreten. Die damit verbundenen Erfahrungen von Teilhabeeinschränkungen und sozialer Exklusion machen Menschen, deren Beeinträchtigungen im Alter auftreten, nur in einem kleineren Teil ihrer Biografie. Dieser Unterschied ist nicht nur für die Vergangenheit bedeutsam, sondern hat auch naheliegende Auswirkungen auf die Gegenwart. So kann sich beispielsweise ein Erwerbsleben ohne Beeinträchtigungen positiv auf die materielle Lage im Alter auswirken (...“ (BMAS 2013b: 43). Die Bedeutung des Eintrittszeitpunkts hängt dabei von den jeweiligen Umständen ab: „Unter bestimmten Bedingungen kann es im Alter

zu einer Kumulation riskanter Lebenslagendimensionen kommen. (...) Andererseits können aus lebenslangen Beeinträchtigungen auch Möglichkeiten der Kompensation entstehen (...). Beispielsweise können blind geborene Menschen ihre Beeinträchtigung nicht selten bis ins hohe Alter gut kompensieren, während Menschen, die später erblindet sind, damit deutlich größere Schwierigkeiten haben“ (ebd.: 362).

Wann eine Beeinträchtigung im Lebenslauf eintritt, wird allerdings nicht systematisch dargestellt, da entsprechende Daten fehlen: „Gegenwärtig sind keine Informationen darüber erhältlich, ob Beeinträchtigungen seit der Geburt oder der frühen Kindheit vorliegen oder erst später durch Unfall oder Krankheit erworben werden. Eine solche Unterscheidung wäre wichtig, da der Zeitpunkt des Auftretens einer Beeinträchtigung einen wesentlichen Einfluss darauf hat, welche individuellen Ressourcen zu ihrer Kompensation vorliegen. Bislang konnte nicht festgestellt werden, ob eine Beeinträchtigung entstanden ist, bevor oder nachdem eine bestimmte soziale Teilhabe bereits erreicht worden ist, beispielsweise die (...) Aufnahme einer qualifizierten Erwerbstätigkeit“ (BMAS 2013b: 403f.).⁴ An anderer Stelle heißt es: „Über die besonderen Bedürfnisse und Lebenslagen von (...) Menschen, die mit einer Beeinträchtigung alt werden, gibt es nur wenige empirische Informationen“ (ebd.: 367). Spezifische Studien zu betroffenen Personen, die in Privathaushalten leben, lägen aktuell nicht vor (ebd.: 369). Als mangelhaft gelten auch Daten zu Migrationshintergründen (ebd.: 403). Aufgeschlüsselt werden lediglich – unabhängig voneinander – die Ursachen der Beeinträchtigung sowie die Altersstruktur des Personenkreises, der von einer anerkannten Behinderung betroffen ist. Rund 29 Prozent der betroffenen Menschen ist älter als 75 Jahre, zwischen 55 und 75 Jahren sind es circa 46 Prozent, der Anteil der unter 25-Jährigen beträgt 4 Prozent; 55,7 Prozent der behinderten Frauen und 51,1 Prozent der behinderten Männer ist älter als 65 Jahre (Statistisches Bundesamt 2013a: 5). Über den jeweiligen Eintrittszeitpunkt der Behinderung ist nichts bekannt. Zudem werden die offizielle Schwerbehindertenstatistik und die Pflegestatistik getrennt voneinander geführt. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass alle Schwerbehinderten einen Hilfe- oder Pflegebedarf haben – schließlich ist Schwerbehinderung durch ein hohes Maß an Funktionseinschränkungen definiert –, gibt die entsprechende Statistik nicht differenziert Auskunft darüber. Der Pflegestatistik ist zu entnehmen, dass der größte Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung im hohen Alter ist. In der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen liegt die Pflegequote lediglich bei 1,6 Prozent (Statistisches Bundesamt 2013b: 9).

3 (Lebenslange) Behinderung als Armutsrisiko

Etwa eine Million Menschen mit anerkannter Behinderung gehen einer regulären sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach. Knapp 298.000 arbeiten in einer

⁴ Auch im „World Report on Disability“ wird der Eintrittszeitpunkt von Beeinträchtigungen nicht berücksichtigt, sondern lediglich festgehalten, dass mit steigendem Alter das Risiko für eine Beeinträchtigung zunimmt (vgl. WHO und The World Bank 2011: 34ff.).

Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) (BMAS 2013a: 237f.). Nach Renteneintritt erhalten WfbM-Beschäftigte, die 20 Jahre oder mehr in einer WfbM gearbeitet haben, eine Erwerbsminderungsrente in Höhe von 80 Prozent der Rente eines durchschnittlichen Arbeitnehmers (§ 162 SGB VI) und damit über der Grundsicherung und über der offiziellen Armutsgrenze. Allerdings beträgt ihr regelmäßiges Arbeitseinkommen bei mindestens 35 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit durchschnittlich nur 160 Euro (Berlin-Institut 2009: 27). Mit Blick auf die Beschäftigungssituation Behinderter heißt es im Armuts- und Reichtumsbericht: „Liegt die Erwerbstätigenquote behinderter Menschen klar unter der der nicht behinderten, ist es bei der Erwerbslosenquote umgekehrt. In der Altersgruppe zwischen 25 und 45 Jahren beträgt sie bei Menschen mit Behinderungen 10,3 Prozent (nicht behinderte Menschen: 7,4 Prozent). Dabei übertrifft die Erwerbslosenquote der Männer mit Behinderungen (11,5 Prozent) die der Frauen mit Behinderungen (8,6 Prozent) merklich, was der geringeren Erwerbsbeteiligung von Frauen geschuldet ist.“ (BMAS 2013a: 238f.). Die Erwerbsquote behinderter Menschen (offizielle Einordnung gemäß Schwerbehindertenrecht: Grad der Behinderung (GdB) 20 - 100) sinkt im Alter von 55 bis 60 Jahren auf 50 Prozent, danach auf 20 Prozent (Berlin-Institut 2009: 14). Dies ist insofern von Belang, als die Höhe des Einkommens in der Erwerbsbiografie Folgen für die individuelle Lebenslage im Alter hat.

Insgesamt ist über die materielle Situation älterer behinderter Menschen relativ wenig bekannt. „Eine systematische Erfassung von Daten zu älteren Menschen mit Beeinträchtigungen gibt es nicht“ (ebd.: 290). Statt Erwerbsminderungsrenten erhalten eine „nicht unbeträchtliche Zahl“ reguläre Altersrenten, „entweder weil sie nicht als schwerbehindert anerkannt sind, oder weil sie die für den Bezug von Altersrente für Schwerbehinderte⁵ gültige Voraussetzung von mindestens 35 Versicherungsjahren nicht erfüllen“; Personen mit wenigen Beitragsjahren seien „besonders von Altersarmut bedroht“ (BMAS 2013b: 154). Die Unterschiede sind deutlich: 56 Prozent aller Schwerbehinderten erhalten eine Regelaltersrente von unter 500 Euro monatlich, 27 Prozent einen Betrag zwischen 500 und 999 Euro. Demgegenüber erhalten Beziehende von Schwerbehindertenrenten zu je 43 Prozent Beträge zwischen 500 und 999 beziehungsweise 1.000 und 1.499 Euro (ebd.: 155). Bei beiden Gruppen fällt allerdings der Anteil derjenigen, die mehr als 1.500 Euro erhalten, gering aus (4,2 bzw. 8,1 Prozent) (ebd.: 155). Deutlich mehr Behinderte als Nichtbehinderte in der Altersspanne zwischen 65 und 79 Jahren machen sich Sorgen über ihre ökonomische Zukunft (20 bzw. 12 Prozent) (ebd.: 182).

Von Armut sind definitionsgemäß Menschen betroffen, die weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens der jeweiligen Referenzgesellschaft zur Verfügung haben. Während behinderte Menschen mittleren Alters ein deutlich erhöhtes Risiko tragen, in einem von Armut betroffenen Haushalt zu leben, gilt dies überraschenderweise für behinderte Menschen ab 80 Jahren in geringerem Maße

⁵ Nach § 236a SGB VI; es handelt sich um eine Rente, die unter der oben genannten Voraussetzung auch vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze gezahlt wird.

als für Nichtbehinderte im gleichen Lebensabschnitt (ebd.: 159).⁶ Für behinderte Menschen mit Migrationshintergrund dagegen ist das Armutsrisiko auch im Alter stark erhöht (ebd.: 160).

Tabelle 2: Anteile von Personen in armutsgefährdeten Haushalten; Angaben in Prozent

Alter in Jahren/ Migrationshinter- grund	Menschen mit Beeinträchtigungen		Menschen ohne Beeinträchtigungen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18-29	27	24	21	26
30-49	17	23	9	11
50-64	19	26	10	11
65-79	15	17	11	16
80 u. älter	6	20	21	25
Gesamt	16	22	12	15
Migrationshintergrund	32	38	22	23

Quelle: BMAS 2013b: 160.

Unter Rückgriff auf Daten aus dem Sozio-oekonomischen Panel wird im Teilhabebericht der Bundesregierung festgestellt, dass ein Viertel aller Menschen mit Beeinträchtigungen „große Einschränkungen“ in verschiedenen Lebensbereichen erlebe (BMAS 2013b: 256). Die finanziellen Handlungsspielräume seien in dieser Gruppe sehr gering, es „überwiegt ein Einkommen an oder unterhalb der Grenze zum Armutsrisiko“; auch im Fall einer Vollerwerbstätigkeit sei das Haushaltseinkommen „gering“ (ebd.: 261).⁷ In Bezug auf „behinderungsbedingte“ Armutsrisiken wird eine weiter fortbestehende „Notwendigkeit empirischer Untersuchungen“ betont (Schäper u. a. 2010: 39).

4 Soziale Netzwerke

Menschen mit Behinderungen im mittleren Alter sind mit höherer Wahrscheinlichkeit als Nichtbehinderte ledig (Anteile 54 bzw. 41 %); unter den Behinderten, die außerhalb von Institutionen leben, wohnt fast jede dritte Person allein (Pfaff u. a. 2012); in der Gesamtbevölkerung ist es jede fünfte Person (Statistisches Bundesamt 2012: 7). In der ersten Lebenshälfte sind behinderte Männer seltener verheiratet als behinderte Frauen, mit zunehmendem Alter kehrt sich das Verhältnis jedoch um. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass behinderte Frauen öfter von ihrem Partner verlassen werden als nichtbehinderte Frauen (vgl. Berlin-Institut 2009: 18). Jeder

⁶ Es werden im Teilhabebericht keine Angaben gemacht, wie dieses erstaunliche Datum zu erklären ist.

⁷ Ein Faktor, der die finanzielle Situation Behinderter mit beeinflusst, ist der Ausschluss von Bildungsmöglichkeiten in der frühen und mittleren Biografie. (BMAS 2013b). Einen Überblick über Daten und Theorien zum Zusammenhang von Behinderung und Armut gibt Bender (2010).

fünfte behinderte Mann im Alter von über 70 Jahren lebt allein, bei Frauen ist dies doppelt so häufig (Pfaff u. a. 2012); in der Gesamtbevölkerung liegen die Werte für Männer bei 16 Prozent und für Frauen bei 32 Prozent (Statistisches Bundesamt 2012: 16). Informelle Hilfen für Behinderte in ambulanten und stationären Einrichtungen werden von Angehörigen, insbesondere den Eltern, erbracht.

Eine Studie zur Inanspruchnahme sozialer Netzwerke („INA-Studie“), für die „geistig“⁸ behinderte Heimbewohnerinnen und -bewohner, Angehörige und Angestellte per Fragebogen befragt wurden, kommt zu folgendem Ergebnis: „Menschen, die mit Behinderung altern (...), ist es (...) nicht möglich, eine eigene Familie aufzubauen. In der Gesamtgruppe wird von den Angehörigen/gesetzlichen Betreuern lediglich von 10,6 Prozent berichtet, bei denen eine feste Partnerschaft besteht“ (Driller u. a. 2008: 114f.).⁹ Etwa 15 Prozent der befragten Behinderten verfügten nur über ein sehr kleines soziales Netzwerk. Rund 63 beziehungsweise 43 Prozent gaben an, keine Mutter und/oder keinen Vater mehr zu haben. Von denjenigen, die in Kontakt mit ihrer Herkunftsfamilie stehen, berichteten etwa 56 Prozent, ihre Angehörigen nur sehr selten zu sehen. Während Personen in Einrichtungen der Behindertenhilfe im jungen Erwachsenenalter zu zwei Dritteln von Angehörigen informell unterstützt werden, trifft dies nur auf 21 Prozent der über 60-Jährigen zu (vgl. ebd.). Schäper u. a. (2010) betonen, dass es im Alter zu einem Abbau familiärer Unterstützung und zur Ausdünnung sozialer Netzwerke kommt. Sie sprechen von einer „Singularisierung im Alter (...) bei Menschen mit einer geistigen Behinderung“ (Schäper u. a. 2010: 35).

5 Der Übergang ins Rentenalter: Berufliche Situation und Wohnsituation geistig und mehrfach Behinderter

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklung sozialer Netzwerke von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung verwundert es nicht, dass älter werdende geistig behinderte Heimbewohnerinnen und -bewohner in Befragungen angeben, eher sorgenvoll in die Zukunft zu blicken (vgl. Schäper u. a. 2010: 27). Mit dem Erreichen des Rentenalters kommt es zum Übergang in den Ruhestand – etwa zum Ausscheiden aus der WfbM –, bei zunehmendem Pflegebedarf unter Umständen aber auch zum erzwungenen Umzug von einem Behinderten- in ein Altenheim.

Ist die Berentung generell ein potenziell kritisches Lebensereignis, sehen sich viele geistig und mehrfach Behinderte, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, oft vor besonderen Schwierigkeiten: Mangels der Möglichkeit einer eigenen

⁸ Die Betroffenen, die im Netzwerk People First organisiert sind, lehnen den Ausdruck „geistig behindert“ als diskriminierend ab und nennen sich selbst „Menschen mit Lern-Schwierigkeiten“ (vgl. <http://www.menschzuerst.de/>). Im vorliegenden Text wird „geistig behindert“ nur deshalb verwendet, weil es sich um eine Kategorie des Sozialgesetzbuchs handelt (siehe auch Fußnote 10).

⁹ Driller u. a. (2008) führten eine Vollerhebung in sechs Behinderteneinrichtungen in verschiedenen Bundesländern durch. Sie befragten Behinderte (n=473), Angehörige (n=130), gesetzliche Betreuer (n=64) und pädagogische Mitarbeiter (n=175) (vgl. Driller u. a. 2008: 17f.).

Familiengründung ist das für sie verfügbare Rollenspektrum ohnehin schon reduziert (vgl. Wacker u. a. 1998). Hinzu kommt der Verlust von Tagesstruktur und bisherigen sozialen Kontakten. Menschen mit Lernschwierigkeiten, die bisher etwa in einer WfbM tätig waren, trifft dies besonders. Nötig sind daher Maßnahmen, die auf den Ruhestand vorbereiten und zum Beispiel die (Wieder-)Entdeckung von Hobbys und Freizeitaktivitäten fördern, aber auch die Etablierung zusätzlicher tagesstrukturierender Angebote als freiwillige Anlaufstellen für Menschen mit Lernschwierigkeiten (Berlin-Institut 2009: 34f.). Als Kriterien guter Praxis für die Gestaltung des Übergangs in den Ruhestand werden genannt: Rahmenbedingungen, die die Souveränität der Behinderten ermöglichen, Begleitung als Coaching, die Koordinierung verschiedener Angebote und die Öffnung der Einrichtungen der Behindertenhilfe (Roters-Möller 2011: 68; siehe auch Mair 2012 sowie Mair und Hollander 2006). Aufgrund der Altersentwicklung von Menschen mit Lernschwierigkeiten¹⁰ scheint es angebracht, entsprechende Planungen in Angriff zu nehmen: 2006 waren zum Beispiel laut einer Vollerhebung von den im Arbeitsbereich einer WfbM Beschäftigten rund 18 Prozent 50 Jahre und älter, 2,5 Prozent waren 60 Jahre und älter (vgl. ISB 2008, Berichtsteil A: 161).

Mit zunehmendem Alter steigen für Menschen, die in einer Einrichtung leben, tendenziell der individuelle Hilfebedarf und damit das Risiko, die bisherige Wohnumgebung verlassen zu müssen. Ein Umzug aus einer Institution in ein Altersheim bedeutet häufig eine Verschlechterung für die Betroffenen: „Die Behinderteneinrichtungen (...) haben (...) wenig Erfahrung im Umgang mit älteren Nutzern (...). Die Ausstattung und Organisation wird in vielen Einrichtungen den Bedürfnissen von Ruheständlern nicht gerecht. Wohnheime und -gruppen sind oft auf Werkstattbeschäftigte eingestellt und stehen tagsüber leer. (...) Wenn die Einrichtung (...) überfordert ist, findet sich heute öfters die Notlösung (...), Bewohner (...) in ein Altenheim ziehen zu lassen. Für die Senioren bedeutet der Umzug (...) in der Regel eine Verschlechterung der Lebensqualität. Die Pflegesätze fallen bescheidener aus und weniger Personal muss für mehr Bewohner sorgen. (...) Der Grund, aus dem nicht jeder weiter in der Behinderteneinrichtung versorgt wird, liegt an der Schnittstelle von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung. Letztere erkennt das Behindertenheim nicht als Häuslichkeit an, in der sie ambulante Pflege finanzieren würde. Tatsächlich leisten ja auch Behinderteneinrichtungen Pflege – die Pflegeversicherung trägt aber höchstens 256 Euro monatlich dazu bei, den Rest trägt das Sozialamt in Form von Eingliederungshilfe. (...) Die Altenhilfe hat vornehmlich das Ziel, ihre Klienten zu aktivieren. Allzu oft geht es (...) allerdings nur um Versorgung der Älteren, um ‚satt und sauber‘“ (Berlin-Institut 2009: 31). Dem Alter nach seien die Menschen mit Behinderung, die in ein Altenpflegeheim ziehen, in der Regel 15 bis 20 Jahre jünger als die übrigen Bewohnerinnen und Bewohner (vgl. ebd.: 67). Probleme an der Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und

¹⁰ Der Teilhabebericht verwendet die Ausdrücke „Lernschwierigkeiten“ und „geistige Beeinträchtigungen“ synonym (vgl. BMAS 2013b: 170). Die aktuelle internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) spricht von verschiedenen Graden der Intelligenzminderung.

Pflegeversicherung und mangelnde Angebote der konventionellen Behindertenhilfe für Ältere beklagen auch Schäper u. a. (2010: 42) und Roters-Möller (2011).

Fragt man Menschen mit geistiger Behinderung, wie sie wohnen möchten, wollen sie mit dem Partner zusammen (über 40 Prozent), im ambulant betreuten Wohnen (über 20 Prozent), in einer WG oder allein (beide zwischen 15 und 20 Prozent) leben (baden-württembergische Stichprobe, vgl. Berlin-Institut 2009: 26).

Insgesamt erhielten 2008 rund 167.000 Personen in stationären und 83.000 in ambulanten Wohnformen Eingliederungshilfe (vgl. Köhncke 2012: 32), die alten Menschen in der Regel nicht gewährt wird. Der Teilhabebericht spricht von 206.000 Leistungsberechtigten im stationär betreuten Wohnen, aber auch von einer „Lücke“ in den Daten, die „mit den aktuell verfügbaren Erhebungen nicht geschlossen werden“ könne (BMAS 2013b: 53). Versprochen wird, diese Lücke in künftigen Berichten zu schließen. Wie viele lebenslang beeinträchtigte Menschen bei der eigenen Herkunftsfamilie leben, sei unbekannt; Schätzungen gehen von 70.000 (vgl. Berlin-Institut 2009: 32) beziehungsweise 50.000 (Köhncke 2012: 33) Personen aus, die mehrheitlich zwischen 40 und 60 Jahre alt sind.

6 Gesundheitliche Risiken und Versorgung

Mit zunehmendem Alter verstärken sich tendenziell „körperliche Beschwerden (z. B. bei Cerebralparesen), was zu zusätzlichen Schmerzen, Belastungen und Unwohlsein führen kann“ (Schäper u. a. 2010: 30), bei ICP unter anderem zu „abnehmender Gehfähigkeit“ aufgrund von mangelnder oder „Fehl- und Überbelastung des Bewegungsapparats“ (ebd.: S. 51). Zunehmende Einschränkungen ihrer Beweglichkeit berichten auch contergangeschädigte Menschen mittleren Alters (Enns u. a. 2009: 39). Menschen mit einer geistigen Behinderung gelten als unterrepräsentiert in der gesundheitsbezogenen Forschung (Schäper u. a. 2010: 41). Gleichzeitig sind sie oft besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. So wurden in mehreren Untersuchungen in Heimen und WfbM 30 bis 50 Prozent der Teilnehmenden als übergewichtig oder adipös klassifiziert; Ursachen seien eine „Überbetonung oraler Bedürfnisse“ mangels anderer Befriedigungsmöglichkeiten, die Vergabe von Neuroleptika, die das Sättigungsgefühl beeinträchtigen sowie mangelndes Einkommen und damit fehlender Zugang zu qualitativ hochwertigen Nahrungsmitteln (ebd.: 45). Ein verglichen mit der übrigen Bevölkerung erhöhter Alkoholkonsum konnte nicht festgestellt werden.

Menschen mit geistiger Behinderung tragen ein erhöhtes Risiko, im Alter psychisch zu erkranken. Allerdings komme es auch häufig zu Fehldiagnosen, weil „körperliche Erkrankungen nicht erkannt wurden, sondern in der Wahrnehmung des Umfeldes die dadurch ausgelösten psychischen Symptome (Angstzustände, Unruhe o.ä.) im Vordergrund standen“ (ebd.: 49). Verantwortlich sei oft eine problematische oder misslingende Kommunikation. Zudem sind Menschen mit geistiger Behinderung stärker der Gefahr ausgesetzt, sich eine Alzheimer-Demenz zuzuziehen: Von den über 60-Jährigen litten mehr als die Hälfte an demenziellen Symptomen (Berlin-Institut 2009: 33).

Bei der Nutzung des Gesundheitssystems sehen sich Menschen mit Lernschwierigkeiten mit vielfältigen Barrieren konfrontiert. Im Krankenhaus – und vermutlich nicht nur dort – begegnen medizinische Fachkräfte (geistig) behinderten Älteren oft mit „Unverständnis und Hilflosigkeit“, was durch Zeitdruck und Rationierung von Leistungen noch verstärkt werde; dem erhöhten Kommunikations-, Hilfe- oder Pflegebedarf werde nicht Rechnung getragen (Schäper u. a. 2010: 58f.). Die Literatur deutet darauf hin, dass Barrierefreiheit und Inklusion im Gesundheitswesen insgesamt noch zu wünschen übrig lassen, vor allem für die besonders vulnerablen Gruppen unter den Behinderten.¹¹

Prognosen über den Gesundheitszustand von Menschen mit körperlichen Behinderungen zu geben, ist nicht nur wegen fehlender Daten schwierig, sondern auch aus begrifflichen Gründen. Hinter einer Diagnose steht eine Vielzahl von medizinisch beschreibbaren Erscheinungsformen und hinter einer diagnostizierten Bevölkerungsgruppe Menschen in verschiedenen sozialen Lagen und folglich auch mit unterschiedlichen Bedarfen. Am Beispiel der Conterganschädigung verdeutlichen dies Kruse u. a. (2012: 18): „Die unter dem Begriff der Conterganschädigung zusammengefassten Schädigungsmuster sind hochkomplex und individuell höchst verschiedenartig, sodass auch eine Generalisierung über diese Schädigungsmuster und deren Folgen für die persönliche Lebensgestaltung nur in Grenzen möglich ist.“ Für ihre Untersuchung bilden Kruse u. a. (2012) daher Untergruppen: „(I) Vierfachgeschädigte, (II) Zweifachgeschädigte, Kurzarmer, (III) Gehörlose, (IV) Frauen und Männer mit Vollerwerbsminderung, (V) Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen, (VI) Frauen und Männer mit hoher funktioneller Einschränkung.“¹² Anhand von Längsschnittdaten können Kruse u. a. (2012: 75ff.) zeigen, dass unter den Befragten gruppenübergreifend in den letzten fünf Jahren insbesondere Muskelbeschwerden, Schmerzen und Arthrosen zugenommen haben. Zentrale Punkte unter den Handlungsempfehlungen sind die Bereitstellung professioneller Assistenzleistungen (da Eltern und andere Angehörige mit zunehmendem Alter die notwendige Pflege nicht mehr übernehmen können), speziell ausgebildete Pflege- und Assistenzkräfte sowie spezielle Kompetenzzentren im Gesundheitswesen. Insgesamt bleiben die im Bericht formulierten Handlungsempfehlungen – wohl aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe – recht allgemein.

¹¹ Das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrats zur Entwicklung des Gesundheitswesens (Deutscher Bundestag 2014) erwähnt zwar mehrfach die UN-Behindertenrechtskonvention, belässt es aber weitgehend bei allgemeinen Aufforderungen zur Schaffung ambulanter und zugänglicher Maßnahmen der medizinischen und gesundheitlichen Rehabilitation. Behinderung und Beeinträchtigung werden hier weitgehend gleichgesetzt.

¹² Durchgeführt wurden eine quantitative Befragung Betroffener (n=870), Fokusgruppen (n=112) und Einzelinterviews (n=285) (vgl. Kruse u. a. 2012: 23f.).

7 Durchschnittliche Lebenserwartung, Szenarien der demografischen Entwicklung und das Problem mangelnder Daten

Angesichts des medizinischen und sozialen Fortschritts ist im Hinblick auf Menschen, die mit einer Beeinträchtigung leben, eine widersprüchliche Entwicklung zu erwarten: Einerseits haben auch Behinderte an der allgemein steigenden Lebenserwartung teil; zudem wird sich die Überlebenswahrscheinlichkeit bei bestimmten Beeinträchtigungen, zum Beispiel bei Infantiler Zerebralparese nach Frühgeburt, weiter erhöhen; andererseits geht von neuen diagnostischen Möglichkeiten und ihrer zunehmend selbstverständlichen Verwendung in der ärztlichen Praxis der Druck aus, Schwangerschaften bei vermuteter Beeinträchtigung des späteren Kindes abubrechen. Letzteres legen zumindest Befunde aus Frankreich nahe, denen zufolge 72 Prozent der Föten mit Trisomie 21 diagnostisch erkannt wurden und sich über 90 Prozent der Schwangeren für einen Abbruch entschieden; in Dänemark hat sich die Zahl mit Down-Syndrom geborener Kinder zwischen 2004 und 2007 halbiert (vgl. Berlin-Institut 2009: 37). Verschärft wird diese Entwicklung durch die Einführung neuer nicht-invasiver Bluttests auch in der Bundesrepublik, die im Vergleich zu früheren Methoden der Fruchtwasseruntersuchung als relativ treffsicher gelten. Die Vermarktung dieser Tests setzt dabei weniger auf Angst vor einer schlimmen Erkrankung, sondern auf das Versprechen von Sicherheit für die Schwangeren (kritisch dazu: Achtelik und Wagenmann 2014).

Im Hinblick auf die Lebenserwartung zeigen internationale Befunde aus den 1990er Jahren, dass 60 Prozent der Menschen mit geistiger Behinderung mindestens 60 und 13 Prozent mindestens 80 Jahre alt wurden (vgl. Dieckmann und Metzler 2013: 28). Die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit Trisomie 21 stieg international zwischen 1929 und 2002 von 9 auf 60 Jahre (vgl. ebd.: 32).

Das Berlin-Institut hat verschiedene Szenarien für die demografische Entwicklung des Kreises von Heimbewohnerinnen und -bewohnern, ambulant betreut Wohnenden und von WfbM-Beschäftigten vorgelegt. Ein Szenario geht beispielsweise davon aus, dass die Zahl der Heimbewohnerinnen und -bewohner bis 2026 auf 152.000 sinkt, wenn der Anteil an den unter 50-Jährigen gleichbleibt und 25.000 Personen in ambulante Wohnformen wechseln (Berlin-Institut 2009: 46). Eine Untersuchung für den Kreis Westfalen-Lippe schätzt, dass in ambulanten Wohnformen für geistig behinderte Menschen der Anteil der über 60-Jährigen bis 2030 von 7 auf 36 Prozent steigen wird (Dieckmann u. a. 2010: 48). Interessanter als derartige Planspiele wäre allerdings die Frage, welche Entwicklung von Wohnformen aus Sicht der Betroffenen wünschenswert und wie eine solche Entwicklung zu unterstützen wäre.

Die Unsicherheiten von Szenarien beruhen offensichtlich nicht zuletzt auch auf Unsicherheiten der Informationslage. Immer wieder wird in der Literatur das Fehlen von Daten konstatiert oder beklagt, etwa zum Armutrisiko bei Behinderung (BMAS 2013a), zur finanziellen Situation von Heimbewohnerinnen und -bewohnern (Berlin-Institut 2009: 27), zur Zahl der Menschen mit täglichem Hilfebedarf (ebd.: 29), zum Eintrittszeitpunkt einer Beeinträchtigung im Lebenslauf sowie zu

Migrationshintergründen (BMAS 2013b) oder auch zu vergleichsweise speziellen Themen wie dem Gesundheitszustand von contergangeschädigten Frauen und Männern (vgl. Enns u. a. 2009). Kritisiert werden in diesem Zusammenhang die zum Teil uneinheitlichen und die Beeinträchtigungen homogenisierenden Kategorien der amtlichen Schwerbehinderten-Statistik; gefordert wird stattdessen eine differenzierte Diagnostik auf Grundlage der ICF (Berlin-Institut 2009: 16ff.).

8 Maßnahmen für die Zukunft auf kommunaler und Bundesebene

Dieckmann u. a. (2013) plädieren für eine „Sozialraumorientierung“, um die spezifischen Bedarfe geistig behinderter Menschen im Alter zu ermitteln und abzudecken (etwa Hilfebedarf, Freizeitaktivitäten, Erhalt oder Bildung neuer sozialer Netzwerke). Insbesondere empfehlen sie

- eine Partizipation der Behinderten an kommunalen Planungsprozessen,
- quartiersbezogenes Denken, das sich zum Beispiel in wohnortnahen, träger- und hilfeübergreifenden (z. T. rund um die Uhr zu Verfügung stehenden) Angeboten manifestiert,
- die Vermittlung von Inklusionskompetenz, um Widerständen gegen das Zusammenleben mit geistig behinderten Menschen entgegenzuwirken
- und das Engagement von Laienhelferinnen und -helfern.

Allerdings sei die Frage der Finanzierung entsprechender Strukturbedingungen ungeklärt. Zwar gebe es „einen breiten Konsens darüber, dass quartiersbezogenes Denken vonnöten ist, jedoch gibt es für quartiersbezogene Leistungen wie beispielsweise die Gewinnung von Ehrenamtlichen, die Vernetzung der Akteure auf Systemebene oder die Öffnung von bisher geschlossenen Institutionen meist keine geregelte Finanzierung“ (Dieckmann u. a. 2013: 39f.).¹³ In der Tat scheint ein zentrales Problem quartiersbezogener und kommunaler Ansätze darin zu bestehen, dass sie dazu auffordern, im Rahmen enger finanzieller Spielräume zurechtzukommen, dass sie ferner an individuelle Haltungen appellieren statt strukturelle Veränderungen zu erstreiten und dass sie schließlich auf Gratisarbeit setzen, um entsprechende Defizite (notdürftig) zu kompensieren. In eine ähnliche Richtung zielt auch vielerorts die örtliche Teilhabeplanung für ältere Menschen mit und ohne Behinderung (Barth 2011). Begriffe, die zu selbstverständlichen Fachtermini der psychosozialen Arbeit avanciert sind und dabei zum Teil ihres ursprünglichen Gehalts entkleidet wurden (Inklusion, Partizipation, Empowerment, Teilhabe, Subjektorientierung, Vernetzung, Sozialraum usw.) sollten nicht von den

¹³ Wer genau mit den „Akteuren auf Systemebene“ gemeint ist, wird nicht explizit erläutert; der Kontext legt jedoch nahe, dass es sich um Anbieter von pflegerischen, pädagogischen und Freizeitangeboten handelt.

„harten“ Fragen nach Finanzierung, angemessener Bezahlung und nach realen Machtverhältnissen ablenken.¹⁴

Kommunale Spielräume bestehen etwa für die unter Punkt 5 erwähnten Schnittstellenprobleme zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe, wenn die Kostenträger, anders als es bisher üblich ist, Eingliederungshilfe auch im Alter gewähren würden – ganz im Sinne der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen und der im Teilhabebericht der Bundesregierung vertretenen Position (BMAS 2013b). Langfristige Strategien setzen auf Änderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen auch für jüngere Behinderte, um skizzierte Probleme beim Übergang ins Alter gar nicht erst entstehen zu lassen. Gefordert werden integrativer Schulunterricht und neue Modelle beruflicher Integration: WfbM seien Teil einer „Sonderwelt“, bisherige „Instrumente zur beruflichen Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt“ hätten „kaum Wirkung gezeigt“, weshalb neue Ansätze „mit dem nötigen Geld auszustatten“ seien (Berlin-Institut 2009: 72). Nötig seien umfassende Barrierefreiheit im öffentlichen Raum, Zugänglichkeit von Informationen, der Ausbau „offener Wohnformen“ und die bessere Etablierung Persönlicher Budgets, in deren Rahmen Assistenz zum Umgang mit dem Budget mit finanziert werden solle (ebd.). Allerdings wird vom Berlin-Institut auch in diesem „inkluisiven“ Zusammenhang für den umfassenden Einsatz von Ehrenamt und Nachbarschaftshilfe, also für Gratisarbeit plädiert (ebd.: 73).¹⁵ Steuerungsmöglichkeiten, um oben genannte Ziele umzusetzen, hätten die Kommunen vor allem im Hinblick auf den Umbau der öffentlichen Infrastrukturen sowie bei der Gewährung von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege, insbesondere zur Finanzierung ambulanter Angebote beziehungsweise Hilfen und Persönlicher Assistenz. Da die Kommunen aber nur begrenzte Spielräume haben, um selbst ihre finanzielle Lage zu verbessern, dürften sie zur vollen Verwirklichung in nicht unbeträchtlichem Maße auf Bundesmittel angewiesen sein. Der Bund ist also gefordert, die (altersübergreifenden) Ziele der UN-Behindertenrechtskonvention effektiv – insbesondere in den Bereichen Wohnen, Assistenz, Gesundheit und Einkommenssicherung – umzusetzen, wie dies der Teilhabebericht der Bundesregierung beziehungsweise die dazugehörige Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats vorsieht (BMAS 2013b).

¹⁴ Mitarbeitenden von Einrichtungen dürfte dies zum Teil durchaus bewusst sein: „Im Kontext guter Praxis betonen Mitarbeiter unterschiedliche Aspekte der *Inklusion* (...). Dennoch: die Erfahrungen hinsichtlich der konkreten Umsetzung sind überschaubar und werden oftmals in einem Atemzug mit den hinderlichen strukturellen Bedingungen (...) genannt“ (Roters-Möller 2011: 64).

¹⁵ Die Vorschläge des als unternehmerfreundlich geltenden Berlin-Instituts scheinen Teil einer übergreifenden gesellschaftspolitischen Agenda zu sein: „Der durch den demografischen Wandel ausgelöste Kostendruck auf die Sozialsysteme zwingt zu Reformen. Gute Ideen und Konzepte wie (...) eigenverantwortliche Organisation von Hilfeleistungen (...) sowie in der Gemeinde entwickelte Hilfemodelle existieren schon länger – es fehlt aber bisher an der Bereitschaft der Gesellschaft, gewohnte Strukturen aufzubrechen und damit verbundene Sicherheiten aufzugeben“ (Berlin-Institut 2009: 7). Braun (2013) hingegen kritisiert die aus seiner Sicht fehlerhaften und einseitigen Prämissen im Hinblick auf angeblich unvermeidliche sozialpolitische Implikationen des demografischen Wandels.

Literaturverzeichnis

- Achtelik, K. und Wagenmann, U. (2014): Normierungsinstrument Sicherheit. Die Botschaft des Praenatest. In: Genethischer Informationsdienst GID 224, 10-12.
- Barth, C. (2011): Örtliche Teilhabeplanung für ältere Menschen mit und ohne Behinderung. In: D. Lampke u. a. (Hrsg.): Örtliche Teilhabeplanung für und mit Menschen mit Behinderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 257-268.
- Bender, K. (2010): Der Zusammenhang von Behinderung und Armut. Ein Beitrag zur Sozialberichterstattung. Marburg: BdWI Verlag.
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2009): Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Berlin.
- Braun, B. (2013): Demografischer Wandel: Weder apokalyptisch noch unentrinnbar oder ungestaltbar. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47, 75-104.
- BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013a): Lebenslagen in Deutschland. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn.
- BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013b): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn.
- Deutscher Bundestag (2014): Gutachten 2014 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Drucksache 18/1940.
- Dieckmann, F. u. a. (2010): Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Münster: Katholische Hochschule NRW.
- Dieckmann F. u. a. (2013): Bausteine für eine sozialraumorientierte Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangements mit und für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Münster: Katholische Hochschule NRW.
- Dieckmann, F. und Metzler, H. (2013): Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kommunalverband Jugend und Soziales Baden-Württemberg.
- Driller, E. u. a. (2008): Die INA-Studie: Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Ellert, U. u. a. (2006): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2. Welle). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Enns, M., Rester, D. und Seeberger, B. (2009): Studienüberblick zur Lebenssituation älter werdender Contergan-geschädigter Menschen. In: Heilberufe Science 2 (2), 35-40.
- Greving, H. u. a. (2012): Evaluation von Wohn- und Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung. Münster: Katholische Hochschule NRW.
- ISB Gesellschaft für Integration, Sozialforschung und Betriebspädagogik (2008): Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen. Berlin.

- Jacobi, F. (2009): Nehmen psychische Störungen zu? In: Report Psychologie 1, 16-28.
- Köhncke, Y. (2012): Demografischer Wandel und seine Auswirkungen. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): Alter und Behinderung – Behinderung und Alter. Herausforderungen für die Gesellschaft. Berlin: Deutsches Rotes Kreuz, 31-39.
- Kruse, A. u. a. (2012): Contergan. Wiederholt durchzuführende Befragungen zu Problemen, speziellen Bedarfen und Versorgungsdefiziten von contergangeschädigten Menschen. Heidelberg.
- Mair, H. (2012): Den Ruhestand gestalten lernen. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): Alter und Behinderung – Behinderung und Alter. Herausforderungen für die Gesellschaft. Berlin: Deutsches Rotes Kreuz, 84-96.
- Mair, H. und Hollander, J. (2006): Den Ruhestand gestalten – Bericht über das Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand von älteren Menschen mit Behinderungen“. Heilpädagogik online 5 (1), 58-79.
(http://www.sonderpaedagoge.de/hpo/2006/heilpaedagogik_online_0106.pdf [Zugriff: 15. Dezember 2015]).
- Pfaff, H. u. a. (2012): Lebenslagen behinderter Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. In: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 3, 232-243.
- Roters-Möller, S. (2011): Den Ruhestand gestalten lernen – Menschen mit Behinderung in einer alternden Gesellschaft. In: K. Böllert (Hrsg.): Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion. Wiesbaden: Springer VS, 47-69.
- Schäper, S. u. a. (2010): Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen. Münster: Katholische Hochschule NRW.
- Statistisches Bundesamt (2012): Alleinlebende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013a): Statistik der schwerbehinderten Menschen. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013b). Pflegestatistik 2011. Wiesbaden.
- Thomas, C. (2004): Developing the social relational in the social model of disability: a theoretical agenda. In: C. Barnes und G. Mercer (Hrsg.): Implementing the social model of disability: Theory and research. Leeds: Disability Press, 32-47.
(<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Barnes-implementing-the-social-model-chapter-3.pdf> [Zugriff am 27 November 2015]).
- Wacker E. u. a. (1998): Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbstständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Baden-Baden: Nomos.
- World Health Organisation and The World Bank (2011): World Report on Disability. Genf.

Behindert alt werden – spezifische Lebenslagen und Bedarfe

Dr. Michael Zander, Hochschule Magdeburg-Stendal

Die Expertise wurde im März 2014 in Auftrag gegeben und im Oktober 2014 eingereicht. Das Jahr der Veröffentlichung ist 2016.

Expertisen zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung

Herausgegeben von

Jenny Block, Christine Hagen und Frank Berner
mit Unterstützung von Angela Braasch

Geschäftsstelle für die Altenberichte der Bundesregierung
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin

Mail: geschäftsstelle@dza.de

Die Erstellung der Expertisen für die Altenberichte der Bundesregierung und die Geschäftsstelle für die Altenberichte werden gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).



Wir empfehlen die folgende Zitierweise für dieses Dokument:

Zander, M. (2016): Behindert alt werden – spezifische Lebenslagen und Bedarfe. Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. Herausgegeben von J. Block, C. Hagen und F. Berner. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.