

KVJS – Service **Behindertenhilfe**

Alter und Behinderung

**Informationen, Meinungen
und Praxisbeispiele
zu einem aktuellen Thema**

**Dokumentation von zwei
KVJS-Fachtagungen und
weiteren Materialien**



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Einführung	6
Grundsätzliche Überlegungen zur Förderung, Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Behinderungen Dr. Eckart Bohn, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg	6
Beschlussvorlage des KVJS-Verbandsausschusses am 8. Juli 2008 Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige behinderte Menschen in der Abgrenzung Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege	12
I. Alt werdende Menschen mit geistigen Behinderungen Beiträge der KVJS-Fachtagung „Alter und Behinderung“, Messe Pflege und Reha, Stuttgart, 8. April 2008	17
Lebenswelten von Senioren mit Behinderungen Dr. Heidrun Metzler, Universität Tübingen	17
Praxisberichte	28
Angebote der Tagesstruktur und Alltagsbegleitung für geistig behinderte Senioren Jürgen Beißinger und Katerina Olbrich, Wohnverbund Fischerhof, Vöhringen	28
Senioren mit Behinderungen und Pflegebedarf Erfahrungen mit teilstationären und vollstationären Angeboten Wilhelm Hiesinger, Zieglersche Anstalten Behindertenhilfe gGmbH, Wilhelmsdorf	34
II. Pflegebedürftige ältere Menschen mit geistigen Behinderungen Beiträge des KVJS-Fachtags „Der alterspflegebedürftige geistig behinderte Mensch“, Gültstein, 5. Juli 2007	40
Einführung in die Thematik „Der alterspflegebedürftige geistig behinderte Mensch“ Roland Klinger, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg	40



Pflegebedürftigkeit von älter werdenden und alten Menschen mit geistiger Behinderung - Formen und Versorgungsmöglichkeiten - Dr. Werner Korte, Landschaftsverband Rheinland	44
„Die Teilhabe muss auch im Alter das wichtigste Ziel der Behindertenhilfe bleiben,“ Prof. Dr. Ulrich Bauder, Landesverband Lebenshilfe Baden-Württemberg	57
Praxisberichte	66
Was macht Eingliederungshilfe im Alter aus? Sr. Walburga M. Scheibel, Heggbacher Einrichtungen	66
Fachpflege für alterspflegebedürftige Menschen mit Behinderungen aus kommunaler Sicht – Ein Planungsbeispiel Horst Lipinski und Norbert Weiser, Landratsamt Calw	72
III. Stellungnahme des KVJS zum Antrag der CDU Fraktion „Demografische Entwicklung im Blick auf pflegebedürftige Menschen mit Behinderung im Seniorenalter – Herausforderung für die Pflegeversicherung“	75
Anhang	85
Literaturliste	85
Tagungsprogramme	88



Vorwort

Die demografische Entwicklung, gekennzeichnet durch eine stetige Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung und eine wachsende Zahl alter und sehr alter Menschen, betrifft seit kurzem auch die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit geistigen Behinderungen. Infolge der sogenannten Euthanasie im Dritten Reich und aufgrund des medizinischen Fortschritts in den vergangenen Jahren kommen Menschen mit Behinderungen jetzt verstärkt, das heißt in zunehmender Zahl ins Seniorenalter. Damit entsteht für Leistungserbringer wie für Leistungsträger ein dringender Handlungsbedarf. Es gilt, eine Vielzahl konzeptioneller, rechtlicher und finanzieller Fragen zu klären, es geht um die gemeinsame Suche nach kreativen Lösungen für eine neue Problemstellung. Der Kommunalverband für Jugend und Soziales, Baden-Württemberg (KVJS) hat aus dieser Erkenntnis zwei Fachtagungen unter Beteiligung von Leistungserbringern und Leistungsträgern organisiert:

- Fachtag „Der alterspflegebedürftige geistig behinderte Mensch“ am 05. Juli 2007 in Gültstein
- Fachtagung „Alter und Behinderung“ am 08. April 2008 im Rahmen der Messe Pflege und Reha in Stuttgart

Die Ergebnisse der Tagungen finden sich in den Beiträgen dieser Broschüre wieder. Dass beide Veranstaltungen außerordentlich gut besucht waren, zeigt die Aktualität und die Brisanz der Thematik. Zum jetzigen Zeitpunkt können jedoch noch keine abschließenden Erkenntnisse erwartet werden. Vielmehr geht es in der fachlichen Diskussion – und diese mit Impulsen zu versehen und voranzutreiben war und ist Absicht des KVJS – zunächst darum, sich

einen ersten Überblick über die aktuellen Lebensverhältnisse älterer Menschen mit Behinderungen, über ihre Wünsche, Interessen und Bedürfnisse zu verschaffen. Es geht um die Frage, welche Angebote und Hilfen von Menschen mit Behinderung benötigt werden, die altershalber nicht mehr am Arbeitsprozess teilnehmen können. Und es geht darum, wie eine gute Vorbereitung auf das Leben im Ruhestand aussehen und wie diese Lebensphase befriedigend gestaltet werden könnte. Mit zunehmendem Alter wird das Thema Pflegebedürftigkeit immer wichtiger. Bereits in den kommenden 10 Jahren wird die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen mit Behinderung stark ansteigen.

Dies bestätigen die Ergebnisse einer aktuellen Umfrage des KVJS bei den Stadt- und Landkreisen (siehe Kapitel III).

Zu fragen ist deshalb schon heute, welche spezifischen Ansprüche und Bedürfnisse pflegebedürftige Senioren mit geistiger Behinderung haben, welche neuen Angebotsformen entwickelt werden müssen und welche bestehenden Angebote genutzt werden können. Um dazu die KVJS-Position transparent zu machen, ist die Behandlung dieses Themas im KVJS-Verbandsausschuss am 8. Juli 2008 nachfolgend dokumentiert.

Zu prüfen ist letztlich aber auch, inwiefern die geltenden gesetzlichen Regelungen für die kommenden Entwicklungen ausreichend sind und wie die entsprechenden Angebote künftig finanziert werden können.

Der KVJS dankt den Referenten der beiden Tagungen, die aus wissenschaftlicher



Sicht, vom Standpunkt des Leistungsträgers wie anhand fachlicher Einschätzungen und praktischer Erfahrungen engagiert Stellung bezogen, die Diskussion vorangebracht und die Tagungsteilnehmer bereichert haben.

Der KVJS hofft, dass die begonnene fachliche Diskussion und Zusammenarbeit

fortgesetzt wird und die Suche nach guten Lösungen für die Senioren mit geistiger Behinderung rasch zu praxistauglichen Ergebnissen führt, die in den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg verwirklicht werden können.

Karl Röckinger
Verbandsvorsitzender

Roland Klinger
Verbandsdirektor



Einführung

Grundsätzliche Überlegungen zur Förderung, Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Behinderungen

Dr. Eckart Bohn, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg

1. Ausgangspunkt der Überlegungen

Der Altersaufbau von Gesamtbevölkerung und Bevölkerungsgruppe der wesentlich behinderten Menschen unterscheiden sich – verursacht durch die sogenannte „Euthanasie“ während des Nationalsozialismus – eklatant. Altersbetreuung und Alterspflege waren in der Eingliederungshilfe bis in die jüngste Vergangenheit kaum ein Thema.

Die demografischen Fakten seien noch einmal kurz und plastisch dargestellt, um zu verdeutlichen, welcher Personenkreis gemeint ist.

Zum Stichtag 31.12.2004 waren 18,2 % der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg 65 Jahre und älter, unter den Leistungsempfängern in der Eingliederungshilfe waren dies lediglich 4,2 %. Nimmt man jedoch die nächst niedrigere Altersgruppe der 40- bis 65-jährigen hinzu, ist fast Gleichstand erreicht: In der Gesamtbevölkerung beträgt deren Anteil 52,1 %, unter den Leistungsempfängern in der Eingliederungshilfe 49,6%. Das heißt im Klartext, dass sich die Altersstrukturen zunehmend angleichen werden und dass es deshalb an der Zeit ist, sich über die Versorgung von Senioren in der Eingliederungshilfe Gedanken zu machen. Die Beiträge der vorliegenden Veröffentlichung beleuchten das Thema von unterschiedlichen Standpunkten aus und geben wichtige Hinweise zu notwendigen Überlegungen.

Dem Thema der alt gewordenen und vor allem der alt werdenden Menschen mit

wesentlichen Behinderungen widmet sich der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) auch im Rahmen der Erstellung von Teilhabeplänen (frühere Benennung: Kreisbehindertenpläne) und mit dem Verfassen kommunaler Seniorenpläne in ganz besonderer Weise. Hier unterstützt der KVJS die Stadt- und Landkreise und die Kommunen seit der Verwaltungsreform in Baden-Württemberg zum 01.01.2005 mit einer Serviceleistung, die immer mehr in Anspruch genommen wird. Der KVJS berechnet in diesem Zusammenhang Bedarfsvorausschätzungen für einen Zeitraum von 10 Jahren. Dabei zeigt sich, dass in allen Stadt- und Landkreisen die Zahl der Senioren in den nächsten Jahren stark ansteigen wird, die Verhältnisse in den Kreisen jedoch sehr unterschiedlich sind. Wie im normalen Leben gilt auch wenn Menschen mit Behinderungen ins Seniorenalter hineinwachsen, dass dies nicht zwangsläufig sofort mit einer Pflegebedürftigkeit verbunden sein muss.

2. Um wen geht es, welche Leistungen werden benötigt und welche Veränderungen sind erforderlich?

Auch alt werdende und alt gewordene Menschen mit Behinderung sind keine homogene Gruppe. Auch bei ihnen zeigt sich ein Spektrum von noch relativ „fitten“ Älteren bis hin zu schon recht „hinfälligen“, stark auf Assistenz, Hilfe und Pflege angewiesenen Menschen. Für ältere Menschen mit Behinderung geht es wie bei den Altersgenossen in der Normalbevölkerung

zunächst um einen gelingenden Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand und dann um die befriedigende Gestaltung dieses Ruhestands. Allerdings kommt hinzu, dass die „Alternsphase“ bei Menschen mit bestimmten Behinderungen bereits im fünften oder sechsten Lebensjahrzehnt einsetzen kann. Bei älteren Menschen ohne Behinderungen wird frühestens beim Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in der Regel im siebten Lebensjahrzehnt, häufig aber erst beim Auftreten von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter vom Beginn eines Angebots- und Unterstützungsbedarfs gesprochen. Beachtenswert ist in den Eingliederungshilfestrukturen der höhere Männeranteil gegenüber der klassischen „Altenhilfebevölkerung“. Die Anforderungen an tagesstrukturierende Angebote für ältere Menschen mit Behinderung sind durch den höheren Männeranteil sowie durch differenzierte Lebenslagen mit unterschiedlichen Ausmaßen von Assistenz-, Hilfe- und Pflegebedarf gekennzeichnet und damit äußerst vielfältig. Dies verbietet eine Standardleistung „Tagesstrukturierung für ältere Menschen mit Behinderungen“ und erfordert vielmehr individuell bedarfsgerechte, auf sich verändernde Bedarfe anpassbare Leistungen.

Die Leistung einer Teilhabe am Arbeitsleben wird abgelöst von einer Leistung zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft. Während der Beschäftigungsphase und gegebenenfalls der Tagesstrukturierung in einer Förderstätte werden soziale Kontakte vor allem bei diesen Tätigkeiten und an den jeweiligen Orten gepflegt, ergänzt durch Kontakte in der jeweiligen Wohnform im privaten Wohnen, in der betreuten Wohnform oder im Wohnheim. Mit dem Ausscheiden aus einer solchen Beschäftigungs- und Tagesstrukturierungsroutine tritt eine Lücke auf, die nicht automatisch vom Geschehen in den jeweiligen Wohnumgebungen geschlossen wird. Ersatzweise werden andersartige tagesstrukturierende Leistungen notwendig. Dabei kann reine Freizeitgestaltung ein Teil, aber nicht das zentrale Element einer

neuen Tagesstrukturierung sein. Maßstab hierbei sollte wiederum nach dem Normalisierungsprinzip ein Bedarf sein, der auch nicht behinderten Menschen nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zugestanden wird.

Inhaltlich geht es um Begegnungsmöglichkeiten, Kontakte und Kommunikation im unmittelbaren Sozialraum, wobei gewachsene Beziehungen weiterhin aufrechterhalten und gepflegt werden sollten. Durchaus vorstellbar und zu empfehlen ist, dass die entsprechenden Ansätze als Vorbereitung auf den Ruhestand bereits in der Werkstatt oder in der Förderstätte vermittelt werden. Entscheidend ist der Blickwechsel von der Teilhabe am Arbeitsleben hin zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Tagesstrukturierung meint dann nicht mehr Arbeits- und Ablauforganisation an den Werktagen und zu den üblichen Arbeitszeiten, sondern kann wesentlich offener und flexibler unter Einbeziehung von Angeboten in kommunalen und kirchlichen Begegnungs- und Bildungsstätten, von Seniorenentreffs oder auch von Angeboten der Behindertenwohnstätten, der Alten- und Pflegeeinrichtungen gestaltet und entwickelt werden. In diesem Kontext dürfte die Alleinzuständigkeit eines Leistungserbringers und die umfassende Bedarfsdeckung durch ein einziges Angebot zur absoluten Ausnahme werden.

In diesem Zusammenhang stellt sich auch die noch unbeantwortete Frage der Altersgrenze. Eine Altersgrenze an sich entspricht ohne Zweifel in hohem Maße dem Normalitätsprinzip. Die Frage einer „richtigen“ (d.h. einheitlichen) Altersgrenze ist jedoch keineswegs einfach zu beantworten. Die klassischen 65 (bzw. künftig erweiternd 67) Jahre kommen bei Menschen mit Behinderung eher als absolute Obergrenze in Betracht. Regelmäßig ist die abnehmende Leistungsfähigkeit und der Wunsch nach Verrentung eher deutlich früher festzustellen und wird auch so von den Trägern der Behindertenhilfe signalisiert. Auch ist zu berücksichtigen, dass bei



manchen Werkstatt-Beschäftigten bereits in relativ frühem Alter ein auskömmlicher Rentenanspruch besteht und auch fließt, während das Förderziel einer Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt auf nahe Null gesunken ist. In solchen Fällen besteht keine zwingende Notwendigkeit, die faktische Fiktion der steuerfinanzierten Teilhabe am Arbeitsleben in der Werkstatt fortzuführen. Vielmehr wären die Vorbereitung auf den Ruhestand und die Anbahnung tagesstrukturierender Assistenzleistungen nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben zu gewährleisten und dabei die Kooperationsmöglichkeiten mit anderen betreuenden und assistierenden Leistungserbringern im Altenhilfebereich auszuloten.

Eine neue Herausforderung für die sozialen Dienst- und Hilfeleistungssysteme entsteht durch die Besonderheiten des Alterns behinderter Menschen. Sie ist gekennzeichnet durch die Zusammenhänge zwischen lebenslanger Behinderung, begleitenden Krankheiten, erhöhten Risiken von Alterserkrankungen und denkbaren Spätfolgen der behinderungsspezifischen Lebensbedingungen sowie durch die besonderen Ausprägungen von Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen. Das Wissen um diese Besonderheiten ist in Deutschland noch relativ gering, die Wissensmehrung über die Auswirkungen der körperlichen, seelischen, sozialen und materiellen Lebensbedingungen behinderter Menschen auf den Alternsprozess beginnt erst jetzt. Es erscheint jedoch klar, dass wesentlich behinderte Menschen in der Regel mindestens ein Jahrzehnt früher als nichtbehinderte Menschen alterspflegebedürftig werden und zu einem Großteil auf stationäre Pflege angewiesen sein werden.

3. Versorgungsvarianten für alterspflegebedürftige wesentlich behinderte Menschen

In Fachdiskussionen und praktischer Umsetzung werden in Baden-Württemberg

derzeit drei Ansätze für die Versorgung stationär alterspflegebedürftiger wesentlich behinderter Menschen praktiziert. Es sind dies Wohnplätze in sog. binnendifferenzierten Einrichtungen, in Fachpflegeheimen bzw. Fachpflegeabteilungen oder im örtlichen Altenpflegeheim (sog. „eingestreute“ Plätze).

3.1 Die Binnendifferenzierung

Im Jahr 1998 wurden in räumlich festgelegten Bereichen von vollstationären Behinderteneinrichtungen Versorgungsverträge nach SGB XI für spezielle Pflegeabteilungen mit heute rund 1 450 Plätzen abgeschlossen. Grundlage war eine Rahmenvereinbarung des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern mit dem Diakonischen Werk Württemberg und dem Diözesan-Caritasverband Rottenburg-Stuttgart über die Binnendifferenzierung von Einrichtungen in der Behindertenhilfe. Im Landesteil Baden wurden binnendifferenzierte Versorgungsverträge ohne Rahmenvereinbarungen, aber mit identischen Konditionen abgeschlossen.

Wesentliche Inhalte waren und sind die Budgetgarantie im binnendifferenzierten Teil und die Zusicherung, dass keine Einschränkungen bei den bisher dort erbrachten Betreuungs-, Versorgungs-, Pflege- und Förderleistungen erfolgen sollen. Es wurde ausdrücklich zugesichert, weiterhin Leistungen der Eingliederungshilfe im binnendifferenzierten Heimteil in bisheriger Höhe zu erbringen.

Binnendifferenzierte Bereiche werden hinsichtlich notwendiger Investitionen - etwa bei baulichen Qualifizierungsmaßnahmen - nach dem Landespflegegesetz wie Altenpflegeeinrichtungen gefördert. Wegen der überregionalen Belegung dieser Abteilungen übernimmt der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg auf der Grundlage der Beschlüsse der Verbandsgremien und einer Vereinbarung mit dem Landkreistag und dem Städtetag Baden-Württemberg

den im Landespflegegesetz geforderten kommunalen Mitfinanzierungsanteil aus Haushaltsmitteln des Verbandes.

Vorteilhaft an dieser Lösung ist, dass der behinderte Mensch in seinem angestammten Wohnbereich verbleiben kann. Mitbewohner, Betreuer und das weitere bauliche und soziale Umfeld sind vertraut und bleiben erhalten. Gegebenenfalls ist lediglich ein Umzug innerhalb der Einrichtung notwendig. Darüber hinaus wurde durch diese gemeinsame Aktion die Bereitschaft der großen Träger der Eingliederungshilfe geweckt, sich dem SGB XI-Bereich zu öffnen.

Dennoch waren anfangs erhebliche Widerstände der Behindertenhilfeträger zu überwinden. Als Gegenargumente wurden im Einzelnen vorgetragen:

- die Forderung des Leistungsträgers entspricht lediglich vordergründigen Sparbemühungen
- Binnendifferenzierung ist ein Rückschritt in die Zeit, als Behindertenhilfe schwerpunktmäßig unter medizinischen Aspekten gesehen wurde
- die Nichtanerkennung des Heilerziehungspflegers als fachliches Pflegepersonal ist für diesen Personenkreis nicht gerechtfertigt.

Der Sozialhilfeträger sieht folgende Mängel:

- Die Umsetzung erfolgte nur mit Garantie der Budgetneutralität. Die fachliche Untermauerung von Quantität und Qualität des Betreuungs- und Pflegepersonals ist nicht erfolgt.
- Die Umsetzung der Binnendifferenzierung war vor 10 Jahren aus Wirtschaftlichkeitsgründen nur bei großen Einrichtungen möglich und konnte deshalb keine Flächenwirkung haben.

Auch der Gesetzgeber und die Bundesverbände der Pflegekassen haben sich damals zu Wort gemeldet. Sie sahen derart allgemeine Versorgungsverträge mit einer

Leistungserbringung durch die Pflegekassen als rechtswidrige Umgehung des § 71 Abs. 4 SGB XI an.

In einer Art Bilanz ist jedoch festzustellen, dass die Binnendifferenzierung alles in allem zu einem Erfolgsmodell geworden ist. Die Lösung wird in der Zwischenzeit auch bei den Einrichtungsträgern als fachlich und konzeptionell sinnvoll beurteilt. Der Sozialhilfeträger profitiert von der vollen Erstattungsleistung der Pflegeversicherung. Allerdings öffnen sich die Pflegekassen seither für diese Lösung in der Regel nur noch im Bereich der notwendigen stationären Alterspflege.

Eine befriedigende Vergütungsregelung konnte bisher nicht gefunden werden. Durch das Zugeständnis, nicht nur Pflegestufen nach SGB XI, sondern auch Hilfebedarfsgruppen nach SGB XII bei der Bemessung der Maßnahmepauschale zugrunde zu legen, ist eine Konkurrenz der Systeme und eine nicht unbeträchtliche Kostensteigerung eingetreten. In den binnendifferenzierten Bereichen sollte es gelingen, eine fachlich untermauerte und ausreichende Gesamtvergütung zu vereinbaren.

3.2 Fachpflegeheime

Fachpflegeheime sind in Baden-Württemberg seit Bestehen der Pflegeversicherung in der Regel für den Personenkreis der seelisch behinderten oder körperlich behinderten Menschen und in geringem Umfang für geistig behinderte Menschen entstanden. Aktuell gibt es landesweit rund 2 950 solcher Plätze. Diese Heime sind selbständige, meist wohnortfern angesiedelte Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI, in denen bisher meist jüngere behinderte Menschen (unter 65 Jahren) ohne zusätzliche Eingliederungshilfeleistungen gepflegt werden. Die meisten Fachpflegeheime sind aus den ehemaligen Pflegefallbereichen der psychiatrischen Zentren erwachsen und



sind Teile von klassischen Kreispflegeheimen.

Auch die Fachpflegeheime werden hinsichtlich notwendiger Investitionen bei baulichen Qualifizierungsmaßnahmen nach dem Landespflegegesetz wie Altenpflegeeinrichtungen gefördert. Wegen der überwiegend überregionalen Belegung dieser Heime übernimmt der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg nach den entsprechenden Beschlüssen der Verbandsgremien den im Landespflegegesetz geforderten kommunalen Mitfinanzierungsanteil aus Haushaltsmitteln des Verbandes.

Im Fachpflegeheim ist die behinderungsspezifische Betreuung durch entsprechendes Fachpersonal sichergestellt. Das Fachpflegeheim ist eine eigenständige Einrichtung im Bereich SGB XI ohne zusätzliche Leistungen nach SGB XII. Bei der bisherigen Hauptzielgruppe (unter 65 Jahren) steht der pflegerische Aufwand eindeutig im Vordergrund. Dies wird zukünftig mindestens bei einem Teil der über 65-Jährigen geistig und mehrfach behinderten Menschen ebenfalls so sein, so dass diese Lösung sozialplanerisch auf diesen Personenkreis erweitert werden kann.

Der KVJS sieht jedenfalls bei älteren geistig und mehrfach behinderten Menschen, bei denen die Pflegebedürftigkeit deutlich überwiegt, keine Gründe gegen diese Lösung, zumal Fachpflegeheime künftig wohnortnah notwendig werden.

Das Fachpflegeheim stellt eine sinnvolle Ergänzung der bis heute gewachsenen Versorgungsstruktur für behinderte Menschen dar. Ein Netz von Fachpflegeheimen bzw. Fachpflegeabteilungen sollte in Zukunft wohnortnah aufgebaut werden. In den nächsten 10 Jahren ist ein flächendeckendes Angebot für die Alterspflege von Menschen mit Behinderungen notwendig. Denkbar ist eine Umwidmung von Teilen oder eines gesamten Wohnheimes für behinderte Menschen in ein Fachpfle-

geheim ebenso wie der Neubau eines Fachpflegeheims oder die Abtrennung einer Fachpflegeabteilung im Pflegeheim vor Ort oder die konzeptionelle Einbeziehung einer Fachpflegeabteilung bei Neuinvestitionen. Hierzu bedarf es weiterer konzeptioneller Überlegungen, die gezielt und zeitnah erarbeitet werden müssen.

Für die Gruppe der (alters)pflegebedürftigen wesentlich behinderten Menschen sollte aus strukturell-konzeptioneller Sicht ein weiterer „besonderer Personenkreis“ innerhalb des Rahmenvertrags gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vereinbart werden. Damit verbunden sind die vertragliche Vereinbarung fachlicher Standards, eines angemessenen Personalschlüssels und der erforderlichen Ausbildungsqualität des Personals. Verbunden ist diese Forderung mit der Anerkennung des Heilerziehungspflegers mit Sonderqualifikation als Pflegefachkraft, wie auch ausgebildete Pflegekräfte einer Sonderqualifikation zur Versorgung dieses Personenkreises bedürfen.

3.3 Integration in vorhandene örtliche Pflegeheime

Im Zusammenhang mit dem Aufbau kleinerer wohnortnaher Wohnheime und der gestiegenen Lebenserwartung wesentlich behinderter Menschen wird die somatische Pflegebedürftigkeit zum noch ungelösten Problem. Die ersten dezentralen Wohnstätten in den 70er und 80er Jahren wurden in der Regel nicht barrierefrei und ohne pflegerische Ausstattung errichtet. Das bedeutete im Falle einer somatischen Pflegebedürftigkeit, dass dies von und in der Wohnstätte nicht geleistet werden konnte. Im Einzelfall erfolgte eine Verlegung des Bewohners in das nahe Altenpflegeheim. Gesamtzahlen derartiger „eingestreuter“ Plätze sind nicht ermittelbar, dürften sich aber noch auf niedrigem Niveau bewegen.

Eine Sondereinrichtung und damit besondere Investitionen sind nicht zwangsläufig

für alle Fallkonstellationen notwendig. Die Integration in vorhandene Altenpflegeheime bedeutet eine flächendeckende zeitnahe Lösung. Es gelten die vereinbarten Leistungen nach SGB XI. Derzeitige regionale Platzüberkapazitäten könnten für diese Nutzung von den vorhandenen Trägern angeboten werden. Die Belegung freier örtlicher Pflegeheimkapazitäten ist zweifellos eine kostengünstige Lösung, erhöht die Wirtschaftlichkeit bestehender Einrichtungen, erfordert keine zusätzlichen Investitionskosten und bietet eine wohnortnahe und gemeindeintegrierte Versorgung.

Allerdings wissen wir auch, dass die Fachkräfte der Behindertenhilfe mit einer Vielzahl von Argumenten bezweifeln, ob ein übliches Altenpflegeheim den Anforderungen zur Betreuung wesentlich, insbesondere geistig behinderter Menschen gewachsen ist. Zur somatischen Pflege kommt ein erhöhter Aufsichts- und Schutzbedarf, da Einsichtsfähigkeit und Kooperationsfähigkeit nicht vorausgesetzt werden können. Pflegenden Angehörige stehen in der Regel für unterstützende Maßnahmen nicht zur Verfügung. Eine emotionale Sicherheit wird im Regelfall durch das Betreuungskonzept der Behinderteneinrichtung und der Wohngruppe, in der der behinderte Mensch lebt, sichergestellt. Pflegebedürftigkeit bei alt gewordenen geistig behinderten Menschen bedeutet in jedem Fall Multimorbidität. Sie ist oft zusätzlich noch gepaart mit Selbstaggressivität, Unruhezuständen, Anfallserkrankungen oder sonstigen chronifizierten Vorerkrankungen.

Eine Verlegung älterer pflegebedürftiger wesentlich geistig und mehrfach behinderter Menschen in Alterspflegeheime erfordert eine spezifische Infrastruktur innerhalb der Pflegeheime für diesen Personenkreis und eine entsprechend umfassende Qualifikation des vorhandenen

Personals. Angesichts der Relationen zwischen nicht behinderten pflegebedürftigen Menschen und geistig und mehrfach behinderten, pflegebedürftigen Menschen (Verhältnis etwa 90 zu 10) ist eine flächendeckende Veränderung nicht zweckmäßig und leistbar sowie betriebswirtschaftlich nicht vertretbar. Im Übrigen ist es gesellschaftspolitisch fraglich, ob erst im Alter Integration erprobt oder eigentlich mehr erzwungen wird. Wir haben begonnen, mit der Gemeindeintegration Ernst zu machen. Mit zunehmendem Integrationserfolg wird sich dann auch die Altersintegration mit der Zeit von alleine lösen.

4. Ausblick

Für den Personenkreis der Menschen mit geistigen, seelischen oder mehrfachen Behinderungen ist der Übergang von der Beschäftigung ins Seniorenendasein ein ebenso gravierender Schritt, wie er auch von nichtbehinderten Menschen erlebt und empfunden wird. Es geht hier wie da darum, Möglichkeiten einer sinnvollen Betätigung zu eröffnen, weiterhin dabei zu sein im Leben.

Einrichtungen und Dienste, die Gestaltung des kommunalen Lebens müssen sich konzeptionell und personell, baulich und organisatorisch darauf einstellen, um auch weiterhin Teilhabe am Leben und bei Bedarf „gute“ Pflege für Menschen mit Behinderung im neuen und sehr anderen Lebensabschnitt zu bieten und zu ermöglichen. Zu berücksichtigen ist auch, dass diese Menschen normalerweise keine Kinder haben, die sich um sie kümmern können. Dafür bürgerschaftliches Engagement zu wecken, das dürfte nicht nur ständige Aufgabe der Heime, sondern auch gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein. Das Gemeinwesen, die Vereine, die bürgerlichen und kirchlichen Gemeinden sind gefordert.



Beschlussvorlage des KVJS-Verbandsausschusses am 08. Juli 2008

Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige behinderte Menschen in der Abgrenzung Eingliederungshilfe und Pflege

Die Vorlage wurde vom KVJS-Verbandsausschuss am 8. Juli 2008 wie beantragt beschlossen

1. Ausgangssituation

In seiner Sitzung am 17./18. Juli 2007 (Vorlage Nr. 7/2007) hat der Verbandsausschuss des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg die sozialplanerischen Ansätze zur pflegerischen Versorgung insbesondere älter werdender pflegebedürftiger Menschen zur Kenntnis genommen und die Verwaltung beauftragt, das Thema weiterzuverfolgen.

Unter Federführung des KVJS ist eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege eingerichtet worden, deren Zielsetzung es ist, für die Versorgung aller pflegebedürftiger behinderter Menschen, insbesondere aber älter pflegebedürftiger behinderter Menschen eine weitgehend übereinstimmende Haltung zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern zu finden. Beteiligt sind auch die Kommunalen Landesverbände, die Pflegekassen und das Sozialministerium.

Lösungen bedürfen einer vertragsrechtlichen Absicherung und können deshalb nicht einseitig von den Sozialhilfeträgern durchgesetzt werden. Die Beschlussfassung des KVJS-Verbandsausschusses soll eine Basis für die Vertragsverhandlungen sein.

2. Lösungsansätze

Die ersten Diskussionen in der landesweiten Arbeitsgruppe haben ergeben, dass der Themenkomplex einer Weiterentwick-

lung für alle pflegebedürftigen behinderten Menschen unabhängig vom Alter bedarf. Dazu lassen sich folgende drei Personengruppen unterscheiden:

- behinderte Menschen mit überwiegendem Eingliederungshilfebedarf und zusätzlichem pflegerischem Bedarf,
- überwiegend pflegebedürftige behinderte Menschen mit zusätzlichem Eingliederungshilfebedarf und
- alterspflegebedürftige behinderte Menschen.

Für diese drei Personengruppen werden nachfolgend die Ausgangssituation und die Handlungsoptionen dargestellt.

2.1 Versorgungsstruktur für behinderte Menschen mit überwiegendem Eingliederungshilfebedarf und zusätzlichem Pflegebedarf

2.1.0 Allgemeines

Altersunabhängig wird heterogen in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe eine Vielzahl an behinderten Menschen versorgt und betreut, die einen überwiegenden Bedarf an Eingliederungshilfeleistungen, aber daneben noch einen zusätzlichen Pflegebedarf im Sinne des SGB XI haben. Für diesen Personenkreis gibt es im SGB XI eine nur unzureichende Lösung.

§ 43 a SGB XI sieht für pflegebedürftige Personen, die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in eine der drei Pflegestufen des SGB XI eingestuft sind

und in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen untergebracht sind, in denen die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszweckes steht, nur eine verkürzte Leistungen in Höhe von seit 1995 unverändert bis zu 256 Euro pro Monat anstelle der vollen Leistungsbeträge des SGB XI in Höhe von pflegestufenabhängigen 1.023 € – 1.432 € vor (behinderte Menschen mit einem unterhalb der Pflegestufe I liegenden Pflegebedarf erhalten keine Leistungen nach SGB XI).

Leistungen nach § 43 a SGB XI erhalten derzeit in Baden-Württemberg rund 8.000 behinderte Menschen. Die Sozialhilfeträger in Baden-Württemberg übernehmen als Differenz zu den vollen Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung damit derzeit Pflegeleistungen in Höhe von rund 100 Mio. Euro jährlich für die Pflegekassen ohne Erstattungsmöglichkeit.

An der dargestellten Situation hat sich auch durch das am 01.07.2008 in Kraft getretene Pflegeversicherungsweiterentwicklungsgesetz keine Änderung ergeben.

2.1.1 Handlungsbedarf

Für den Personenkreis der behinderten Menschen mit überwiegendem Eingliederungshilfebedarf und zusätzlichem pflegerischem Bedarf ist deshalb weiterhin beim Bundesgesetzgeber und beim Land Baden-Württemberg im Hinblick auf den Bundesrat darauf hinzuwirken, dass diese behinderten Menschen in der gesetzlichen Pflegeversicherung die gleichen Leistungen erhalten wie nicht behinderte pflegebedürftige Menschen, d.h., dass der bisherige reduzierte Leistungsbetrag in Höhe von bis zu 256 € pro Monat bis zur Höhe des jeweiligen Leistungsbetrages angehoben wird, wie er für nicht behinderte Menschen bezahlt wird.

Die derzeit im SGB XI gesetzlich verankerte Ungleichbehandlung widerspricht

den Zielsetzungen des SGB IX zur gleichen Teilhabe behinderter Menschen an den üblichen, vorrangigen Sozialversicherungssystemen und verlagert jährlich ca. 100 Mio. Euro allein in Baden-Württemberg in die kommunal finanzierte nachrangige Sozialhilfe.

2.2 Versorgungsstruktur für behinderte Menschen mit überwiegender Pflegebedürftigkeit und zusätzlichem Bedarf an Eingliederungshilfeleistungen

2.2.0 Allgemeines

Um für die überwiegend pflegebedürftigen behinderten Menschen altersunabhängig die vollen Leistungsbeträge nach SGB XI in Anspruch nehmen zu können, wurde nach Einführung der Pflegeversicherung, vorrangig in den Jahren 1997/98, zwischen Pflegekassen, den Landeswohlfahrtsverbänden als damals überörtliche Sozialhilfeträger und vorwiegend großen Trägern der Eingliederungshilfe das so genannte Konstrukt der binnendifferenzierten Einrichtungsteile innerhalb der Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe geschaffen. Diese binnendifferenzierten Einrichtungsteile erfüllten die Vorgaben des SGB XI (selbstständig wirtschaftende Einrichtungen unter Führung einer verantwortlichen Pflegefachkraft), erhielten von den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag nach SGB XI und die Sozialhilfeträger konnten für die dort untergebrachten behinderten Menschen folglich die vollen Leistungsbeträge des SGB XI in Anspruch nehmen.

Die Pflegekassen anerkannten insoweit in diesen binnendifferenzierten Einrichtungsteilen, dass bei dort untergebrachten behinderten Menschen vorrangig Pflegebedürftigkeit bestand. Überwiegend handelt es sich um unter 60-jährige Personen.

Inzwischen gibt es diese Binnendifferenzierung landesweit in verschiedenen Ausprägungen. Insgesamt wurde erreicht,



dass auf rund 3.000 Plätzen behinderte Menschen die vollen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können und somit eine erhebliche Entlastung der Sozialhilfearbeit eintrat.

Zunehmend hinterfragt werden inzwischen die binnendifferenzierten Einrichtungen von den Pflegekassen, weil Zweifel an der überwiegenden Pflegebedürftigkeit der dort untergebrachten behinderten Menschen bestehen.

2.2.1 Handlungsbedarf

Das System der Binnendifferenzierung ist in Baden-Württemberg fortzuführen und auszubauen, soweit sich hierüber mit den Pflegekassen ein Einvernehmen erzielen lässt, denn in keinem anderen Bundesland gibt es in diesem Umfang binnendifferenzierte Plätze. Die Pflegekassen anderer Bundesländer sehen die Lösung Binnendifferenzierung als Gesetzesumgehung des § 43 a SGB XI an (vgl. Abschnitt 2.10). Vgl. zu weiteren Vorschlägen Abschnitt 2.3.1. In Baden-Württemberg gilt es daher, kommunal geschlossen gegenüber den Pflegekassen aufzutreten und das bisher Erreichte zu verteidigen und behutsam fortzuführen.

2.3 Versorgungsstruktur für alterspflegebedürftige behinderte Menschen

2.3.0 Allgemeines

Der Altersaufbau von Gesamtbevölkerung und der Bevölkerungsgruppe der wesentlich behinderten Menschen – verursacht durch die „Euthanasie“ während des Nationalsozialismus – unterscheidet sich eklatant. Alterspflege war in der Eingliederungshilfe bis in die jüngste Vergangenheit kein Thema.

Inzwischen ist – bedingt durch die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt – Handlungsbedarf für eine Ergänzung der Versorgungsstruktur

gegeben. Eine zahlenmäßige Darstellung ist mangels einer amtlichen Statistik nur mangelhaft möglich. Nach den bisher bekannten Daten über einen altersmäßigen Aufbau in der Eingliederungshilfe variieren die Altersgruppenanteile von Kreis zu Kreis und von Einrichtung zu Einrichtung zum Teil erheblich.

Die starken Jahrgänge der 50- bis 60-jährigen Leistungsberechtigten der Eingliederungshilfe rücken nach und damit wird der Anteil der Alterspflegebedürftigen bereits in den nächsten 10 Jahren in Baden-Württemberg eine progressive Zunahme erfahren.

Liegt das durchschnittliche Aufnahmealter von nicht behinderten Menschen erheblich jenseits des 80. Lebensjahres, kann bei behinderten Menschen durchschnittlich von einer früher (5 – 10 Jahre) beginnenden Pflegebedürftigkeit ausgegangen werden, die eine Heimunterbringung notwendig macht.

Die Versorgung dieses Personenkreises wird – wenn stationäre Pflege erforderlich ist – gegenwärtig auf unterschiedliche Art und Weise sichergestellt. Von der Unterbringung in eigens geschaffenen Pflegeheimen für behinderte Menschen, unter dem Dach und auf dem Gelände von Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder räumlich entfernt bis hin zur Versorgung in Pflegeheimen für nicht behinderte Menschen, sind vielerlei Angebote vorhanden, gleich wie Versorgung im Wege der Einbindung ins Gemeinwesen erfolgt.

Pflegeheime für alterspflegebedürftige behinderte Menschen werden hinsichtlich notwendiger Investitionen bei baulichen Qualifizierungsmaßnahmen nach dem Landespflegegesetz wie Altenpflegeeinrichtungen gefördert.

Wegen der überwiegend überregionalen Belegung dieser Heime übernimmt der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg nach den ent-

sprechenden Beschlüssen der Verbandsgremien den im Landespflegegesetz geforderten kommunalen Mitfinanzierungsanteil aus Haushaltsmitteln des Verbandes.

Aufgrund des zunehmenden Bedarfs an stationären Plätzen für alterspflegebedürftige behinderte Menschen in Pflegeheimen für behinderte Menschen öffnen sich Einrichtungsträger konzeptionell zunehmend für diese Versorgungsform, in der der pflegerische Aufwand eindeutig im Vordergrund steht.

Als eigenständige Einrichtung im Bereich SGB XI stellt das Pflegeheim für behinderte Menschen eine sinnvolle Ergänzung der bis heute gewachsenen Versorgungsstruktur für behinderte Menschen dar. In den nächsten 10 Jahren ist die Schaffung eines flächendeckenden, möglichst wohnortnahen Angebots für die Alterspflege behinderter Menschen geboten.

Dabei ist nicht nur oder sogar zum geringeren Teil ein Neubau notwendig. Denkbar ist eine Umwidmung von Teilen oder eines gesamten Wohnheimes für behinderte Menschen in ein Pflegeheim für behinderte Menschen oder die Abtrennung einer Pflegeabteilung im Pflegeheim vor Ort oder die konzeptionelle Einbeziehung einer Pflegeabteilung bei Neuinvestitionen. Hierzu bedarf es weiterer gemeinsamer konzeptioneller Überlegungen, die gezielt erarbeitet werden müssen.

2.3.1 Handlungsbedarf

- Das Land Baden-Württemberg sollte die Investitionsförderung von stationären Pflegeplätzen für mindestens alte behinderte Menschen über das Jahr 2010 hinaus fortführen, da sich wegen der demografischen Entwicklung insoweit zweifelsfrei in den nächsten 10 Jahren ein Zusatzbedarf ergibt. Bewohner von Pflegeheimen oder –abteilungen für behinderte Menschen sind

in aller Regel zu 100 % auf Sozialhilfe angewiesen. Eine Förderung garantiert einen gezielten Aufbau einer bedarfsgerechten Infrastruktur und gleichzeitig eine Entlastung der von der Sozialhilfe finanzierten Pflegesätze.

- Im Landesheimgesetz bzw. der noch zu erlassenden Rechtsverordnung ist sicherzustellen, dass seitens der Heimaufsichtsbehörden in Pflegeheimen für behinderte Menschen die Berufsgruppe der Heilerziehungspfleger/innen uneingeschränkt Anerkennung als Pflegefachkraft findet, damit den besonderen Anforderungen pflegebedürftiger behinderter Menschen durch darauf spezialisiertes Fachpersonal Rechnung getragen werden kann. Hier fehlt es noch an einer eindeutigen gesetzlichen Klarstellung und die Pflegekassen verweigern deshalb auch einen Versorgungsvertrag, wenn Heilerziehungspfleger eingesetzt werden. Das Land hat signalisiert, dass es in der noch zu erlassenden Rechtsverordnung die dargestellte Problematik berücksichtigen würde.
- Vertragsrechtlich ist mit den Leistungserbringern sicherzustellen, dass einerseits qualitativ vergleichbare Standards mit Einrichtungen nicht behinderter Menschen eingehalten werden, dennoch andererseits den behinderungsbedingten Besonderheiten der alterspflegebedürftigen behinderten Menschen Rechnung getragen wird. Zudem ist sicherzustellen, dass die Sozialhilfeträger uneingeschränkt die Möglichkeiten erlangen, die Leistungen des SGB XI zur Minderung ihrer Sozialhilfeausgaben in Anspruch nehmen zu können.

2.3.2 Mögliche Vertragslösungen im Bereich der Sozialgesetzbücher XI (Pflegeversicherung) und XII (Sozialhilfe)

Für eine Lösung sind drei Varianten denkbar:



2.3.2.1 Gleiche Rahmenbedingungen, insbesondere gleiche Personalschlüssel, für nicht behinderte und behinderte Menschen

Hierfür spricht, dass innerhalb des SGB XI sowohl nicht behinderte als auch behinderte Menschen hinsichtlich der Personalschlüssel gleich behandelt werden und bei der Vereinbarung der landesweiten Personalschlüssel § 75 Abs. 3 SGB XI insoweit berücksichtigt wurde, als in den vereinbarten Personalschlüsseln jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems mit zu berücksichtigen war.

Für den Sozialhilfeträger beinhaltet diese Lösung das höchste Einsparpotential, weil die Vergütungen des SGB XI die alleinige Berechnungsgrundlage bilden und die vollen Leistungsbeträge des SGB XI in Anspruch genommen werden können. Seitens der Einrichtungsträger besteht hierfür aber keine Akzeptanz, weil für behinderte Menschen ein tatsächlicher zusätzlicher Bedarf gesehen wird.

2.3.2.2 Gleiche Rahmenbedingungen, insbesondere Personalschlüssel, für nicht behinderte und behinderte Menschen und ergänzende Vereinbarung eines auf SGB XII gründenden zusätzlichen Personalschlüssels bzw. Vergütungsbetrags, der dem zusätzlichen, noch zu bestimmenden Betreuungs- und Pflegebedarf bei behinderten Menschen ausreichend Rechnung trägt

Dieser Weg ermöglicht auch, dass die vollen Leistungen des SGB XI in Anspruch genommen werden können. Er setzt voraus, dass der behinderungsbedingt notwendige Zusatzbedarf ebenso definiert ist wie der in Frage kommende Personenkreis. Andernfalls ist davon auszugehen, dass seitens der Leistungserbringer Sonderbedarfe, die einen über

die vereinbarte Pflegevergütung hinausgehenden Betrag rechtfertigen würden, geltend gemacht werden.

2.3.2.3 Anerkennung der behinderten Menschen als eine besondere Personengruppe innerhalb des Rahmenvertrags zu § 75 SGB XI, die vertragsrechtlich mit einem eigenen (verbesserten) Personalschlüssel ausgestattet wird

Dieser Weg ermöglicht auch, dass die vollen Leistungsbeträge des SGB XI in Anspruch genommen werden können. Damit würden pflegebedürftige behinderte Menschen generell als eine besondere Gruppe von Pflegebedürftigen innerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) anerkannt. Insoweit entsteht eine Ungleichheit der Pflegebedürftigkeit zwischen nicht behinderten und behinderten Menschen.

Die finanziellen Auswirkungen sind gegenwärtig gleich wie in Vorschlag 2.3.2.2, weil die Leistungsbeträge des SGB XI gedeckelt sind und selbst eine Erhöhung zu keiner Entlastung der Sozialhilfe führen wird.

2.3.2.4 Fazit der Verwaltung

In der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gilt als Zielvorgabe die Normalität, d.h. die übliche Teilhabe in allen Lebensbereichen. Dazu gehört auch die übliche Inanspruchnahme der jeweils relevanten vorrangigen Sozialleistungen. Wenn bei behinderten Menschen die Pflegebedürftigkeit im Vordergrund steht, gebietet der Teilhabegrundsatz zwangsläufig, den Hilfefall als Pflegefall und damit als umfassend berechtigt für Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und bei Bedarf aufstockend im Rahmen der Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe zu behandeln. Für einen nicht behinderten Menschen gelten die gleichen Prinzipien. Deshalb wird von der Verwaltung die zuletzt genannte Variante 2.3.2.3 befürwortet.¹

¹ Die Regelungen und Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI (Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen) waren zum Beschlusszeitpunkt noch nicht bekannt.

I. Alt werdende Menschen mit geistigen Behinderungen

Beiträge der KVJS-Fachtagung „Alter und Behinderung“, Messe Pflege und Reha Stuttgart, 8. April 2008

Lebenswelten von Senioren mit Behinderung

Dr. Heidrun Metzler, Universität Tübingen

1. Wann ist man alt?

Über Lebenswelten älterer behinderter Menschen zu sprechen heißt zunächst zu definieren, von welchem Personenkreis genau die Rede sein soll. Ab wann ist man „alt“ oder „älter“, ab wann darf man als „Senior“ oder Seniorin“ bezeichnet werden?

Die Antworten darauf sind vielfältig:

- Von Senioren spricht man zum Beispiel, wenn das Rentenalter erreicht ist. Heute liegt dieses noch bei 65 Jahren, in naher Zukunft werden es 67 Jahre sein. Heißt das, dass man dann später alt bzw. zum Senior wird?
- Andererseits ist zu beobachten, dass auch in früheren Lebensjahren schon Renten bezogen werden. Bedeutet die sozialrechtliche Definition des Alters, dass dann zum Beispiel auch 50jährige schon zu den Senioren gehören?
- Andere Argumente setzen auf die heutige durchschnittliche Lebenserwartung, die insgesamt bei 76 (Männer) bzw. 82 (Frauen) Jahren liegt. Ist man dann evtl. die letzten Jahre dieser Lebenserwartung, das heißt, zum Beispiel ab 70 Jahren ein Senior?
- Oder kann man von „alt“ erst dann sprechen, wenn man zu den so-

nannten Hochbetagten, das heißt den über 80jährigen gehört?

- Unter biologischen Gesichtspunkten wiederum wird diskutiert, dass man von „alt“ sprechen sollte, wenn spezifische biologische Abbauprozesse erkennbar sind, die nicht mehr kompensiert werden können. Das Kriterium alt wäre dann individuell je nach körperlicher und/oder psychischer Verfassung anzulegen.
- Oder gilt letztendlich doch der altbekannte Satz: „Man ist so alt, wie man sich fühlt“?

Diese verschiedenen Zugangsweisen zeigen, dass es keine allgemeingültige Definition des Alters gibt. Je nach Kontext wird das Alter unterschiedlich definiert. Eine Rolle spielen sozialrechtliche Aspekte – zum Beispiel die Festlegung des Rentenalters –, medizinische Aspekte, soziale und individuelle Faktoren (vgl. HAVEMAN, STÖPPLER 2004, 15f)

Ungeachtet dessen wird seit etwa 10 bis 15 Jahren diskutiert, dass sich die Altersstruktur von Menschen mit Behinderungen zunehmend an die der Gesamtbevölkerung angleicht. Parallel zur „Alterung“ der Gesamtbevölkerung lässt sich eine Alterung der Menschen beobachten, die vielfach ihr Leben lang mit Behinderungs-



erfahrungen konfrontiert sind. Die Hintergründe dafür sind mit den allgemeinen Ursachen der aktuellen demografischen Entwicklung vergleichbar:

- Der gestiegene Lebensstandard und medizinische Fortschritte tragen zu steigender Lebenserwartung bei. Bei Menschen mit Behinderungen kann man ergänzen: Sie haben heute den gleichen Zugang zu medizinischen Dienstleistungen, was in früheren Jahren oft nicht der Fall war.
- Die Geburtenraten sinken, so dass der proportionale Anteil älterer Menschen zunimmt. Prinzipiell gilt dies auch für Menschen mit Behinderungen: wenn Geburtenraten sinken, kommen auch anteilig weniger Kinder mit einer Behinderung zur Welt. Allerdings gibt es hier interessante Abweichungen: Die absolute Zahl behinderter Kinder bleibt annähernd unverändert. Erklärt wird dies damit, dass heute vermutlich differenziertere diagnostische Kriterien wirken und zugleich mehr Kinder mit gravierenden Beeinträchtigungen überleben (vgl. MAIR, ROTERS-MÖLLER 2007, 214).

2. Demografische Aspekte

Dass die allgemeinen demografischen Entwicklungen im Behindertenbereich erst seit vergleichsweise kurzer Zeit beobachtet werden, hängt damit zusammen, dass die sog. Euthanasieaktionen im Dritten Reich ganze Generationen von behinderten Menschen vernichtet haben, so dass die nach dem zweiten Weltkrieg geborene Generation die erste ist, die nun ins Seniorenalter gelangt.

Eine Schwierigkeit grundsätzlicher Art – gewissermaßen hinter diesen allgemeinen Aussagen einer zunehmenden demografischen Angleichung – liegt darin, dass in Deutschland keine detaillierten Statistiken zu behinderten Menschen geführt werden (auch dies eine Folge des Dritten Reiches). Einzige Ausnahme stellt die Schwerbehindertenstatistik dar; diese hilft aber nur bedingt weiter, da in dieser

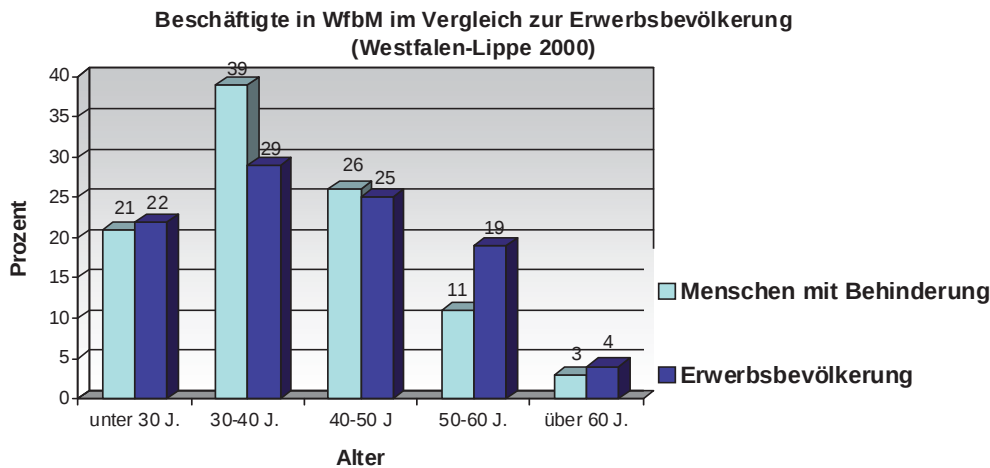
Statistik nur die Menschen aufgeführt werden, die einen Schwerbehindertenausweis besitzen. Und hier sind Menschen, die im erwerbsfähigen Alter durch Unfälle, chronische Erkrankungen und anderes behindert werden, sowie Menschen, die im Alter von über 65 Jahren gesundheitliche Einschränkungen erfahren, in der Mehrzahl. Etwa die Hälfte aller schwerbehinderten Personen ist älter als 65 Jahre – und dies sind in der Regel nicht die Menschen, die seit Geburt oder über lange Lebensspannen hinweg von Behinderung betroffen sind.

Aussagen zur Altersstruktur behinderter Menschen lassen sich daher nur annäherungsweise gewinnen; eine wichtige Quelle dabei stellen die Statistiken der Sozialhilfeträger dar.

In einem Beitrag zum Thema „Eingliederungshilfe“ stellte der Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger 2005 Erkenntnisse zur Altersstruktur der Menschen vor, die in Werkstätten beschäftigt sind, sowie der Menschen, die in stationären Einrichtungen betreut werden. (BAUR 2005, 4 ff). Danach besaß im Jahr 2000 die Altersgruppe der 30- bis 40jährigen den größten Anteil unter den Werkstattbeschäftigten beispielsweise in Westfalen-Lippe. Im Vergleich zur entsprechenden Altersstruktur der sog. Erwerbsbevölkerung zeigt sich, dass insbesondere noch die Altersgruppe der 50- bis 60jährigen im Werkstattbereich unterrepräsentiert ist. (vgl. Schaubild Seite 19):

In den stationären Einrichtungen in Westfalen-Lippe besitzt die Gruppe der 30- bis 50jährigen den größten Anteil. Menschen, die sich dem Rentenalter nähern bzw. bereits im Rentenalter sind, sind noch deutlicher als im Werkstattbereich gegenüber der Allgemeinbevölkerung unterrepräsentiert; überträgt man diese regionalen Daten auf das Bundesgebiet, ist davon auszugehen, dass im Jahre 2000 bereits ca. 20 000 Menschen in Heimen älter als

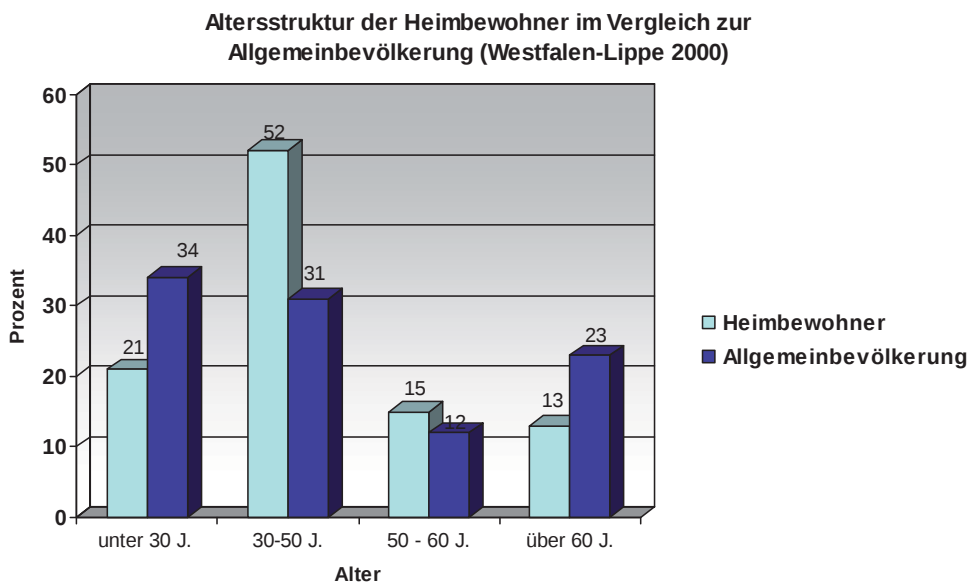
Grafik 1



60 Jahre waren. Hochrechnungen gehen davon aus, dass im Jahre 2012 bereits ein

Drittel aller Heimbewohner zur Gruppe der Senioren zu rechnen sein werden.

Grafik 2

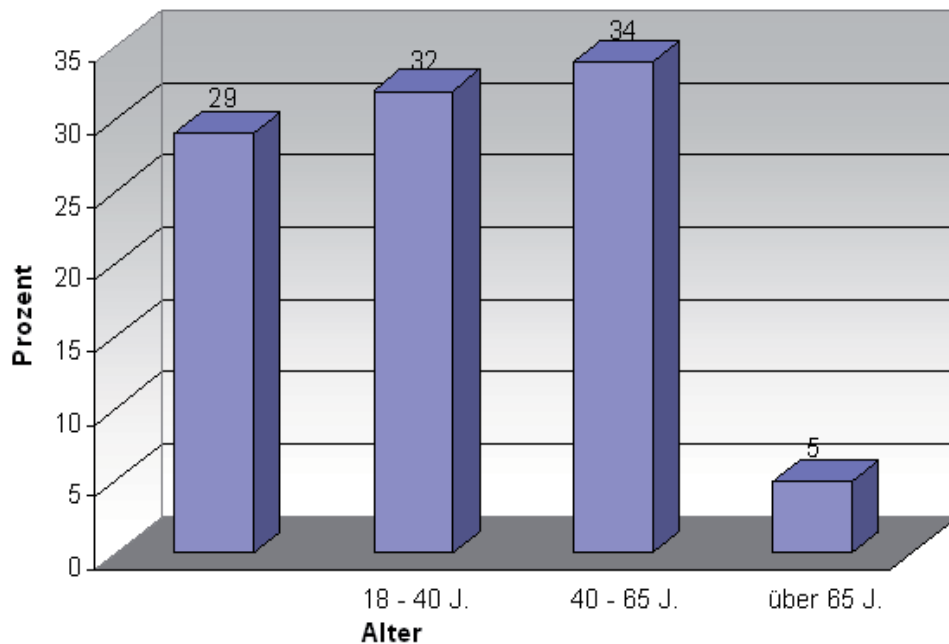


19

Ein aktuelleres Bild vermittelt eine Auswertung des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (2008), der die Daten zu den Empfänger/-innen von Leistungen der Eingliederungshilfe im Laufe des Jahres 2006 zugrunde liegen (vgl. Grafik 3). Danach sind die Altersgruppen „unter 18 Jahre“, „18 bis 40 Jahre“ und „40 bis 65 Jahre“ unter den Leistungsbeziehern jeweils mit annähernd gleichen

Anteilen vertreten (zwischen 29 und 34 %). Menschen im Alter über 65 Jahre besitzen insgesamt einen Anteil von 5 %:

Differenziert man nach dem Ort des Leistungsbezugs, zeigt sich, dass unter den Menschen, die in Wohneinrichtungen Leistungen erhalten, mit 46 % die Gruppe

Grafik 3
Eingliederungshilfe - Empfänger/innen im Laufe des Jahres 2006


der 30-50jährigen dominiert (siehe Grafik 4); gegenüber den Daten aus 2000 hat sich der Anteil der 50-60jährigen um 5 % erhöht, der Anteil der über 60-jährigen um 1 %. Gegenüber den Schätzungen aus dem Jahre 2000, als in absoluten Zahlen ca. 20.000 Menschen mit Behinderung in Heimen älter als 60 Jahre waren, umfasst diese Gruppe im Jahre 2006 ca. 24.000 Menschen.

Eine analoge Entwicklung zeigt sich in den Werkstätten für behinderte Menschen: Auch hier hat sich der Anteil der 50- bis 60jährigen um ebenfalls 5 % erhöht; in absoluten Zahlen betrachtet sind ca. 7.200 Werkstattbeschäftigte älter als 60 Jahre (gegenüber – geschätzten – 6.500 Menschen im Jahre 2000).

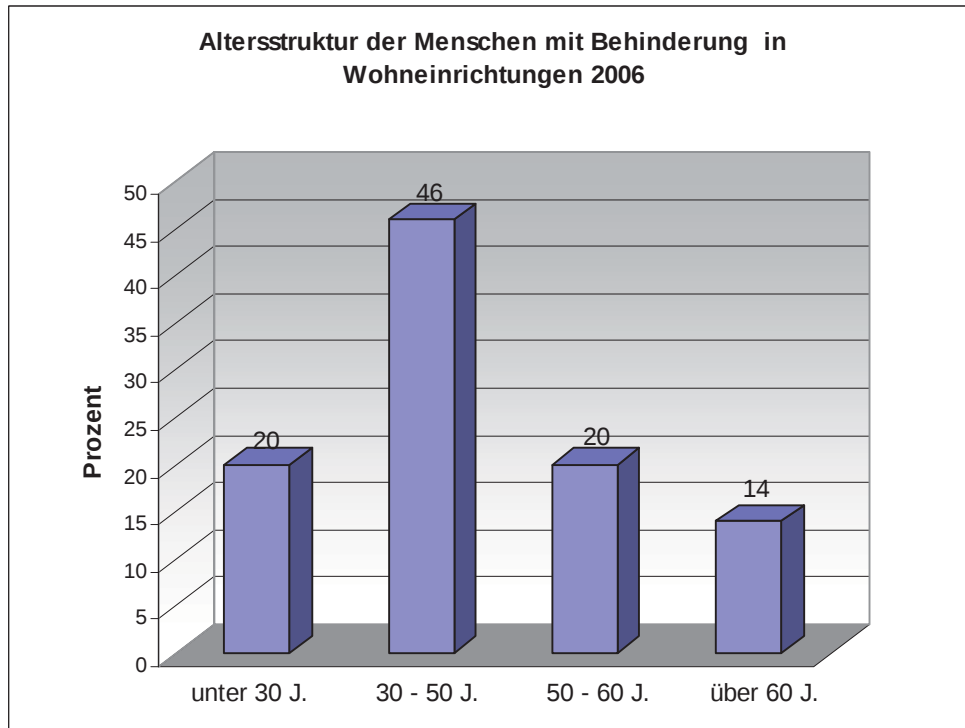
Was bedeuten diese demografischen Entwicklungen?

Die Diskussion um die Situation älterer behinderter Menschen lässt verschiedene Schwerpunkte erkennen: Ihren Ausgang nahm die Diskussion aus einer eher **ver-**

sorgungsorientierten Perspektive

heraus. Angesichts der erwähnten demographischen Entwicklung stellte und stellt sich die Frage, wie das bestehende System der Behindertenhilfe mit seinen Einrichtungen und Diensten ergänzt werden muss und kann. Historisch betrachtet entwickelte sich die Behindertenhilfe in Zusammenhang mit dem Heranwachsen der Generation behinderter Menschen, die nach dem Zweiten Weltkrieg geboren wurden. Ergänzend, zum Teil auch konträr zu den Anstalten, die ihre Arbeit wieder aufnehmen, bestand zunächst ein Bedarf nach vorschulischer und schulischer Betreuung und Bildung; im Verlauf der 70er Jahre ergab sich insbesondere die Notwendigkeit, Arbeitsmöglichkeiten für Schulentlassene zu schaffen. Wenige Jahre später folgte der Ausbau des Wohnstättennetzes, da behinderte Menschen im fortgeschrittenen Erwachsenenalter zunehmend weniger von ihren Familien bzw. Eltern betreut werden können. Entsprechend dieser Entwicklung scheinen nun Hilfen und Angebote erforderlich, die ein Leben im

Grafik 4



21

Ruhestand begleiten können. Tagesstrukturierende Angebote außerhalb einer Arbeitstätigkeit, Begegnungsmöglichkeiten, aber auch Pflegeleistungen, die in die bestehenden Angebote integriert werden können, zählen beispielsweise zu den Diskussionspunkten. Dass diese Versorgungsbausteine überhaupt zu diskutieren waren (und sind), hängt vor allem mit der Gestaltung der Leistungsentgelte zusammen. Leistungsentgelte (Pflegesätze oder aktuell: Maßnahmepauschalen) beziehen sich auch heute noch überwiegend auf die tradierten Einrichtungen der Werk- und Wohnstätten; sie basieren zudem auf einem für Erwachsene im Erwerbsalter typischen Zeitbudget, das die außerhäusliche Beschäftigung werktags impliziert. „Zwischenlösungen“ zwischen diesen Einrichtungen, Übergänge bzw. Formen der Beschäftigung und Tagesstrukturierung außerhalb des Arbeitsbereiches lassen sich auch heute noch nur mühsam finanzieren (vgl. MAIR, ROTERS-MÖLLER 2007, 229 ff.)

Weiter erschwerend wirken die nachhaltigen sozialrechtlichen Konflikte zwischen Teilhabe- und Pflegeleistungen, insbesondere zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung.

3. Konzeptionelle Entwicklungen

Die eher versorgungsorientierten Sichtweisen werden heute zunehmend von **fachlich-konzeptionellen Sichtweisen** abgelöst, die die Situation älter werdender Menschen mit Behinderung einbetten in grundsätzliche Diskussionen des Verständnisses von Behinderung und einer Neuformulierung des Teilhabegedankens. Dabei werden vor allem drei unterschiedliche Diskussionsstränge aufgegriffen:

- die Reformulierung des Behinderungsbegriffes
- die Forderungen der Bürgerrechtsbewegung des „Independent Living“
- die Erkenntnisse der modernen Gerontologie



Die Reformulierung des Behinderungsbegriffes

In den letzten Jahren kann beobachtet werden, dass sich die mit Behinderung befassten Fachdisziplinen hinwenden zu einem zunehmend multifaktoriellen bzw. interdisziplinären Verständnis von Behinderung. Am konsequentesten wird dies in der Neukonzeption der ICF der WHO aufgegriffen und umgesetzt. Unter dem Titel „ICF“ wird Behinderung endgültig nicht mehr als persönliches Merkmal im Sinne einer individuellen physischen, psychischen oder kognitiven Einschränkung betrachtet; vielmehr gilt Behinderung als Ausdruck eines komplexen Zusammenwirkens personaler, sozialer und umfeldbezogener Aspekte; auf diesen neuen Behinderungsbegriff nimmt das SGB IX explizit Bezug. Behinderung wird im Grunde als „soziales Verhältnis“ betrachtet; von einer Behinderung ist dann auszugehen, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen zusammen mit individuellen und gesellschaftlichen Kontextfaktoren die Funktionsfähigkeit und die gesellschaftliche Teilhabe eines Menschen tangieren. Entscheidend in dieser Neuformulierung ist, dass damit auch das enge Verständnis von Rehabilitation im Sinne einer individuellen (Wieder-)Befähigung verlassen wird; es geht gleichberechtigt auch darum, auf Umweltbedingungen Einfluss zu nehmen, um Hindernisse zu beseitigen. Ebenso kann Teilhabe bzw. Partizipation nicht mehr allein auf den Arbeitsmarkt bezogen verstanden werden. Partizipation erstreckt sich vielmehr auf alle in einer Gesellschaft üblichen Aktivitätsbereiche, von der Selbstsorge im physischen Bereich über Aufgaben im Haushalts- und familiären Bereich bis hin zu staatsbürgerlichem und bürgerschaftlichem Engagement. Solche Teilhabe ist über die Stärkung individueller Kompetenzen hinaus auch zu ermöglichen durch Stärkung sozialer und ökologischer Ressourcen.

Nach diesem Verständnis gilt für die Situation älter werdender Menschen mit

Behinderung das Gleiche wie für alle anderen Mitglieder einer Gesellschaft: die bestmögliche Teilhabe unabhängig von Alter, Behinderung oder Geschlecht zu unterstützen. Diese Sichtweise beendet im Grunde die heute noch – zumindest teilweise – geführten Diskussionen um die Grenzen von Rehabilitation und Eingliederung. Das Argument, Aufgaben der Rehabilitation und Teilhabe seien mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben beendet – wie es zum Beispiel teilweise in der Eingliederungshilfe formuliert wurde – besitzt in diesem neuen Verständnis keine Grundlage mehr.

Dieses Leitbild legt eine differentielle Betrachtung des Älterwerdens von Menschen mit Behinderung nahe: Es geht nicht mehr nur um bloße Versorgung, um zum Beispiel altersbedingte Einschränkungen zu kompensieren oder frei werdende Zeit zu füllen. Vielmehr müssen für die Lebensphase des Alterns insbesondere individuelle Wege zu sinnvollen Aufgaben und Betätigungen gefunden werden, um Teilhabe zu sichern. Als Erschwernis zeigt sich hier, dass viele Menschen mit Behinderungen Zeit ihres Lebens benachteiligt sind in der Gestaltung ihrer Lebenssituation, die auch das Älterwerden als ein Kontinuum im Lebensverlauf mit einschließen könnte. Geringere soziale Kontakte und kleinere soziale Netzwerke – mit der Möglichkeit, Hilfe zu empfangen, aber auch zu geben – und prekäre materielle Verhältnisse mit der Einschränkung, dass im Alter kaum persönliche Vorlieben gepflegt werden können, die bislang dem engen Zeitbudget zum Opfer fielen, drohen Teilhabe zu beschränken auf die Aufgaben der reinen Selbstsorge. Teilhabe für älter werdende Menschen zu ermöglichen heißt daher vor allem auch, die Ressourcen, über die diese Menschen verfügen, in den Blick zu nehmen. Individuelle Unterstützung wird daher ergänzt werden müssen um eine soziale Arbeit, die Beziehungen knüpfen hilft, und um eine materielle Ausstattung, die mehr als das Existenzminimum garantiert.

„Independent Living“

Weitere Akzente setzt die kritische Diskussion, die von der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung initiiert wurde. Diese Diskussion soll hier nicht ausführlich behandelt werden. In Zusammenhang mit dem Thema „Lebenswelten älter werdender Menschen mit Behinderung“ scheinen vor allem zwei Akzente interessant: Zum einen ist der zentrale Begriff der Selbstbestimmung zu erwähnen. Selbstbestimmung wird vor allem in Bezug auf bürgerrechtliche Ansprüche thematisiert und richtet sich entsprechend insbesondere auf die Garantie der Grundrechte wie Freizügigkeit, freie Entfaltung der Persönlichkeit etc. Der Begriff der Selbstbestimmung beinhaltet gewissermaßen als Pendant den Begriff der Eigenverantwortung. Bezogen auf Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen impliziert die Anwendung dieser Begriffe den Verzicht auf Sondereinrichtungen und die Gestaltung individuell passender und persönlich verantworteter Assistenz an selbst gewählten Wohnorten. Dies bringt mit sich die Integration von Assistenzdiensten in das „normale“ Unterstützungsnetz der Gemeinden, d.h. Integration in die übliche Daseinsvorsorge, die politische Einheiten für ihre Mitbürger gestalten. Für älter werdende Menschen mit Behinderung hieße dies, den Brückenschlag zu Diensten der Altenhilfe zu suchen, in Verbindung mit Eigenverantwortung aber auch zu bürgerschaftlichem und Selbsthilfeengagement.

Gerontologische Aspekte

Die Diskussion um Rehabilitation und Teilhabe älter werdender Menschen ist deutlich auch von gerontologischen Akzenten geprägt. „Altern“ und „Alter“ – so hebt die Gerontologie heute hervor – ist nicht allein mit dem Erreichen eines bestimmten Lebensalters bestimmbar; vielmehr ist der Alternsprozess beeinflusst von der Biographie sowie von sozialen, ökologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Aufgrund der Beobachtung, dass bei

Menschen gerade mit zunehmendem Lebensalter eine wachsende Variabilität ihrer physischen, psychischen und sozialen Situation festzustellen ist, wird die sog. Defizitsicht des Alterns verworfen, nach der ein höheres Lebensalter zwangsläufig mit einem Stillstand der Entwicklung bzw. mit einem kontinuierlichen Abbau körperlicher Funktionen und der für eine selbständige Lebensführung relevanten Fähigkeiten verbunden ist. Diesem Verständnis wird entgegen gestellt der Begriff der Kompetenz, der definiert wird als die „Fähigkeit zur Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung eines selbständigen, aufgabenbezogenen und sinnerfüllten Lebens in einer anregenden, unterstützenden, die selbstverantwortliche Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen fördernden Umwelt“. Die Kongruenzen mit dem vorhin erläuterten neuen Verständnis von Behinderung sind augenfällig. In beiden Bereichen gilt es wahrzunehmen, dass ein quasi übergeordnetes Merkmal wie „Alter“ oder „Behinderung“ nur wenig über die Lebenssituationen und ihre eventuellen Unterstützungsbedarfe aussagen kann. Hier wie dort werden stattdessen differenzierte Betrachtungsweisen eingefordert; von der Gerontologie besonders hervorgehoben wird zudem der Aspekt der lebenslangen Entwicklungsfähigkeit, die mit einem bestimmten Lebensalter nicht beendet ist. Dies gilt auch für Menschen mit Behinderung. Auch wenn hier teilweise mit zunehmendem Lebensalter gesundheitliche Belastungen beobachtet werden können, die zum Teil auf basale Schädigungen, zum Teil auf die Folgen eines Lebens mit einer spezifischen körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung zurückgeführt werden können, müssen zur Rehabilitation und Teilhabe Angebote der Bildung, der Anregung und Förderung zur Verfügung stehen, die solche Entwicklungsprozesse initiieren und stützen können. Zusammenfassend ist die heutige Diskussion um Teilhabe älter werdender Menschen mit Behinderung dadurch charakterisiert, dass sich differentielle Sichtweisen des Alterns durchzusetzen beginnen,



d. h. es wird den Konzeptentwicklungen zugrunde gelegt, dass biographische Erfahrungen, Art und Ausprägung persönlicher, sozialer und materieller Ressourcen entscheidend zur individuellen Erfahrung des Alterns beitragen. Obsolet wird damit eine rein versorgungsorientierte Sichtweise. Das Bemühen richtet sich heute vielmehr darauf, individuelle, d. h. nicht nur auf Bedarf, sondern vor allem auf Bedürfnisse abgestimmte Unterstützungsleistungen anzubieten.

4. Was brauchen älter werdende Menschen mit Behinderung?

Um diese Frage beantworten zu können, ist zweierlei erforderlich:

Zum einen ist zu betrachten, wie sich die Lebenslagen älter werdender Menschen mit Behinderung von der der Allgemeinbevölkerung unterscheiden.

Zum anderen ist zu differenzieren zwischen individuellen Bedürfnissen und institutionellen Erfordernissen.

4.1 Lebenslagen älter werdender Menschen mit Behinderung

Auch wenn nur wenige Studien vorliegen, die sich der Lebenslage von Menschen mit Behinderung nicht nur, aber auch im Alter widmen, wird verschiedenes deutlich:

Der gravierendste Unterschied zu nicht lebenslang behinderten Menschen liegt vermutlich darin, dass Menschen mit Behinderungen über sehr begrenzte soziale Netzwerke verfügen. Ihre wesentlichen Bezugspersonen bilden die Mitglieder der Herkunftsfamilie; fällt diese aus, beschränken sich soziale Beziehungen vielfach auf Arbeitskollegen, die Mitbewohner in Wohneinrichtungen und Mitarbeiter/innen. Wenn man bedenkt, dass ca. zwei Drittel der alten Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, ihre Unterstützung in der eigenen Wohnung sicherstellen, wird die Bedeutung sozialer Netzwerke evident. Wenn Menschen mit Behinderung Niemanden haben außer gleich Betroffenen oder professionellen

Unterstützungspersonen, läuft ein Lebensplan, der auf ein Leben in der eigenen Wohnung auch im Alter abzielt, ins Leere. Chancen und Grenzen eines erfüllten Lebens im Alter, vor allem nach der Berufstätigkeit, hängen neben den sozialen Ressourcen entscheidend von den materiellen Ressourcen ab. Die Höhe der Rente trägt erheblich dazu bei, ob sich die individuellen Vorstellungen eines gelungenen Alters erfüllen lassen oder nicht. Menschen mit Behinderung erwerben zwar heute, auch oder gerade wenn sie in Werkstätten tätig sind, zum Teil erhebliche Rentenansprüche; wenn aber ihre Versorgung durch eine Wohneinrichtung sichergestellt werden muss, tragen diese Renten zur Finanzierung dieser Versorgung bei; ihre persönlichen Ansprüche reduzieren sich auf das sog. Taschengeld (Barbetrag), mit dem persönliche Wünsche und Bedürfnisse nur schwer erfüllt werden können. Darüber hinaus ist die Situation behinderter Menschen dadurch gekennzeichnet, dass sich alterstypische Einschränkungen oft früher zeigen als bei nicht lebenslang behinderten Menschen. Besonders evident scheint dies bei Menschen mit Down Syndrom, die bereits im Alter zwischen 40 und 50 Jahren an Demenz erkranken können. Aber auch bei Menschen mit anderen Behinderungen zeigen sich – vor allem im Alter ab 70 Jahren – häufiger gravierende gesundheitliche Einschränkungen als dies bei ihren Altersgenossen, die nicht zeitlebens mit Behinderung leben, der Fall ist. „50% der Menschen mit Behinderung über 65 Jahren sind häufiger krank, sie haben damit dreimal häufiger als andere in ihrer Altersgruppe gesundheitliche Beschwerden. Bei den älteren Menschen mit Behinderung über 75 Jahre ist sogar die Hälfte wiederholt krank und dauerhaft auf Hilfe im täglichen Leben angewiesen. Die entscheidende Schwelle scheint bei ihnen im Alter zwischen dem 60. und dem 70. Lebensjahr zu liegen. In diesem Zeitraum verdoppeln sich bei ihnen der Umfang und der Grad ihrer Hilflosigkeit.“ (MAIR, ROTERS-MÖLLER 2007, 215f)

Jenseits dieser objektiven Aspekte lassen sich individuelle Bedürfnisse identifizieren, die sich zum einen kaum von übergreifend formulierten Bedürfnissen unterscheiden; zum Beispiel soll Freizeit – eine wesentliche Folge des Ausscheidens aus dem Arbeitsleben – in erster Linie der Erholung, der Entspannung, der Zerstreuung und dem Vergnügen dienen.

Zum anderen sind diese Bedürfnisse biografisch geprägt – und damit ist der Lebensweltbezug angesprochen, der bei der Frage nach dem, was älter werdende Menschen mit Behinderung brauchen, berücksichtigt werden sollte.

Die biografischen Aspekte sind evident, wenn man sich die unterschiedlichen historischen Kontexte anschaut, in denen die jeweiligen Generationen von Menschen mit Behinderung herangewachsen sind (vgl. WACKER 2001, 79ff.):

Die heute 70jährigen und älteren – 1938 und früher geborenen – sind geprägt durch die Erfahrungen des Dritten Reiches. Vielfach traumatisiert durch das Erleben der „grauen Busse“ ist ihr Leben geprägt durch kontinuierliche Arbeit in den verschiedenen Arbeitsbereichen der damaligen Anstalten, eine Arbeit, die wichtig war, aber keine Rentenansprüche begründete. Zugänge zur Bildung blieben ihnen verwehrt; sie sind im Grunde Zeitzeugen der Entwicklung der Behindertenhilfe von den Konzeptionen der Behindertenhilfe des 19. Jahrhunderts bis heute. Sie haben ihre Heimat in den Einrichtungen gefunden, in denen sie seit Jahrzehnten leben und sie sind dankbar für die Fortschritte, die sie miterleben durften. Ihr Wunsch für das Alter ist, dass alles so bleibt, dass diese Heimat ihnen bis an ihr Lebensende erhalten bleibt. Die nachfolgende Generation der heute 60 jährigen – 1948 geboren – weist viele Parallelen des Mangels auf. Allerdings hatten sie teil – zumindest teilweise – an der Erfahrung der beschützten Beschäftigung; Werkstätten standen ab den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts zur Verfügung. Auch ihnen ist die Erfahrung der Behei-

matung in Einrichtungen präsent; auch sie setzen darauf, dort altern zu können, wo sie die letzten ein oder zwei Jahrzehnte ihres Lebens verbrachten.

Machen wir einen Sprung zu den heute 30jährigen: 1978 geboren sind sie die ersten, die zuverlässig auf Angebote der Frühförderung und der schulischen Bildung vertrauen durften. Sie erfuhren hautnah die Wirkungen des sogenannten Normalisierungsprinzips; ihre Lebenskonzepte sind geprägt von einer zunehmenden Vielfalt und den Bemühungen um Eingliederung in normale Lebenskontexte. Sie haben auch als erste das Konzept des ambulant betreuten Wohnens erfahren – sei es persönlich oder durch die Erfahrungen von Kollegen in der Werkstatt.

Die im Jahre 2008 geborenen werden geprägt sein durch ein höheres Maß integrativer Beschulung, durch differenziertere Möglichkeiten der Arbeit und Beschäftigung, sie werden weniger das beschützende Element der klassischen Behindertenhilfe als das fordernde Element der Rehabilitation erleben.

4.2 Konsequenzen für die Angebotsstruktur

Die biographischen Prägungen sind zu berücksichtigen in den institutionellen Lösungen, die angesichts der demografischen Entwicklung gefunden werden müssen. Benötigt wird keine behindertenspezifische Altenhilfe, sondern eine Angebotsstruktur, die flexibel auf die unterschiedlichen Bedürfnisse älterer oder älter werdender Menschen mit Behinderung einzugehen vermag.

Widerstände gegen die Umsetzung solcher differentieller Konzepte resultieren vor allem aus den sozialrechtlichen Bedingungen, die dem Hilfesystem für Menschen mit Behinderung zugrunde liegen. Die Diskussionen um das Verhältnis von Eingliederungshilfe zur Pflegeversicherung, von Behindertenhilfe zur Altenhilfe zeigen, dass im gegliederten System der



sozialen Sicherheit in Deutschland die Hürden für individuelle, systemübergreifende Hilfen hoch liegen. Ein an individuellen Lebenssituationen orientiertes Unterstützungsmanagement scheitert vielfach an der Unmöglichkeit, integrierte, d.h. von verschiedenen Sozialleistungsträgern gemeinsam erbrachte Leistungen zu gestalten.

Die künftige Entwicklung wird vermutlich durch die heute bereits beobachtbare Differenzierung der Lebenslagen von Menschen mit Behinderung geprägt werden. Gilt es heute vornehmlich, älter werdende Menschen in Heimen und Wohnstätten zu unterstützen, werden in naher Zukunft Menschen auf Angebote und Leistungen angewiesen sein, die alleine, mit eigenen Familien oder in Wohngemeinschaften leben – sei es unterstützt durch das bekannte Angebot des Betreuten Wohnens, sei es durch neue Dienstleistungskonstellationen, die sich durch ein Persönliches Budget ermöglichen lassen. Individuelles Wohnen in der Gemeinde, eingebettet in soziale Netzwerke, abseits der gängigen Versorgungsstrukturen – dies als Trend, der sich heute bereits in einigen Regionen Deutschlands beobachten lässt – wird auch die Lebensphase „Alter“ neu konturieren; es zeichnet sich ab ein Trend zu einem Bedarf nach gemeinwesen- oder sozialraumorientierter Daseinsfürsorge, der die heute gängigen Unterscheidungen nach Anlass des Unterstützungsbedarfs überwindet. Nicht das Verhältnis zwischen Alten- und Behindertenhilfe wird in Zukunft zu klären sein; vielmehr wird es um die Frage gehen, kleinräumig Strukturen aufzubauen und sozialrechtlich abzusichern, die eine individuelle Lebensführung durch die verschiedenen Lebensphasen hindurch zu unterstützen vermögen. Dies alles wird einerseits ein Überdenken der rechtlichen Rahmenbedingungen und eine andere Steuerung der heute an bestimmte Leistungssegmente gebundenen materiel-

len Ressourcen erfordern; darüber hinaus werden Konzepte des Care-Managements zu entwickeln oder weiter zu entwickeln sein, die nicht nur eine Koordination verschiedener Leistungen übernehmen, sondern auch eine Brücke zu Eigenverantwortung und Selbsthilfe schlagen. Die künftige Versorgung älter werdender Menschen mit Behinderung wird damit entscheidend abhängen von dem Weg, den die Behindertenhilfe in Zukunft einschlagen wird. Wenn es normal sein soll, verschieden zu sein, wird es auch normal sein müssen, in unterschiedlichen Lebensphasen zu sein. Die heutige Diskussion um Abgrenzungen zwischen Behindertenhilfe und Altenhilfe sollte überflüssig werden. Warum sollte ein behinderter Mensch, der ambulant betreut in einer eigenen Wohnung lebt, sich nicht dafür entscheiden dürfen, im Alter bei entsprechendem Bedarf das kleine Pflegeheim seiner Gemeinde in Anspruch zu nehmen. Aber gleichzeitig ist die heutige Anforderung zu beachten, den in Einrichtungen der Behindertenhilfe alt gewordenen Menschen ihr Heimatrecht zu sichern. Wenn ihre sozialen Netzwerke nur aus Mitbewohnern und Mitarbeitern bestehen, kann ein Übergang in fremde Umgebungen zu einer höchst kritischen Lebenserfahrung werden. Die Behindertenhilfe, aber auch die sozialrechtlichen Bestimmungen werden sich verabschieden müssen von Lösungen, die für alle passen. Heute und in Zukunft noch mehr werden Lösungen gefragt sein, die individuelle Lebenssituationen stärker berücksichtigen. Dies wird zugleich der Fortschritt der Behindertenhilfe sein: nicht mehr zuständig zu sein für eine Gruppe von Menschen, die eine gemeinsame Diagnose verbindet, sondern sich einzubetten in ein System gemeindenaher Versorgung von Menschen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und Unterstützungserfordernissen.

Literatur

BAUR, Fritz (2005): Eingliederungshilfe. Zahlen, Daten, Fakten – Hintergründe – Folgerungen. Referat anlässlich der Veranstaltung „CaseManagement in der Eingliederungshilfe“ am 20.06.2005 in Kiel (download unter: http://www.lwl.org/LWL/Soziales/BAGues/vortraege_artikel)

HAVEMAN, Meindert, STÖPPLER, Reinhilde (2004): Altern mit geistiger Behinderung, Stuttgart

LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE, ABTEILUNG SOZIALHILFE (2000): Menschen mit Behinderungen im Alter

MAIR, Helmut, ROTERS-MÖLLER, Sören (2007): Den Ruhestand gestalten lernen – Menschen mit Behinderung in einer alternden Gesellschaft, in: Cloerkes, Günther, Kastl, Jörg Michael (Hrsg.): Leben und Arbeiten unter erschwerten Bedingungen, Heidelberg, 211-240

STATISTISCHES BUNDESAMT (2008): Statistik der Sozialhilfe 2006. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Wiesbaden

WACKER, Elisabeth (2000): Altern in der Lebenshilfe - Lebenshilfe beim Altern. In:

Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.): Persönlichkeit und Hilfe im Alter. Zum Alterungsprozess bei Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfe-Verlag: Marburg 23-45 (2. Aufl.)

WACKER, Elisabeth (2001): Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung - ein kompetenz- und lebensqualitätsorientierter Ansatz. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Expertisen zum Dritten Altenbericht Bd. V, 45-123

WACKER, Elisabeth (2002): Von der Versorgung zur Lebensführung. Wandel der Hilfeplanung in (fremd-)gestalteten Wohnumgebungen. In: Heinrich Greving (Hg.): Heilpädagogische Organisationen professionalisieren: Hilfeplanung und Controlling. Freiburg/Br., 77-105

WACKER, Elisabeth (2005): Alter und Teilhabe. Wenn Menschen mit Behinderung in die Jahre kommen. In: Elisabeth Wacker et al. (Hg.): Teilhabe. Wir wollen mehr als nur dabei sein. Marburg



Praxisberichte

Angebote der Tagesstruktur und Alltagsbegleitung für geistig behinderte Senioren

Jürgen Beißinger, Katerina Olbrich, Wohnverbund Fischerhof, Vöhringen

Der Träger des Wohnverbundes

Die BruderhausDiakonie, Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg ist Träger von Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe, Altenhilfe, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in Baden-Württemberg. Sie ging im Jahr 2004 hervor aus einem Zusammenschluss der beiden Träger Gustav Werner zum Bruderhaus, Reutlingen und der Haus am Berg gGmbH, Bad Urach. Die Bruderhaus Diakonie ist Mitglied der Diakonischen Werke Baden und Württemberg.

Der Wohnverbund Fischerhof

Der Wohnverbund Fischerhof ist eine Einrichtung der Eingliederungshilfe im Schwarzwald-Baar-Kreis. Seit 1965 bietet das ehemalige „Gasthaus Fischer“ geschützte Wohn- und Arbeitsplätze für Menschen mit erschwerten Lebensbedingungen. Der Fischerhof liegt in ländlicher Umgebung zwischen den Städten Donaueschingen und Vöhringen.

Heute bietet der Fischerhof neben stationärem Wohnen auch betreutes Wohnen in Familien und ambulant betreutes Wohnen für Einzelpersonen sowie in Wohngruppen an verschiedenen Standorten im Umfeld an. Im Wohnverbund Fischerhof erhalten zurzeit 110 Menschen differenzierte Wohn- und Betreuungsangebote.

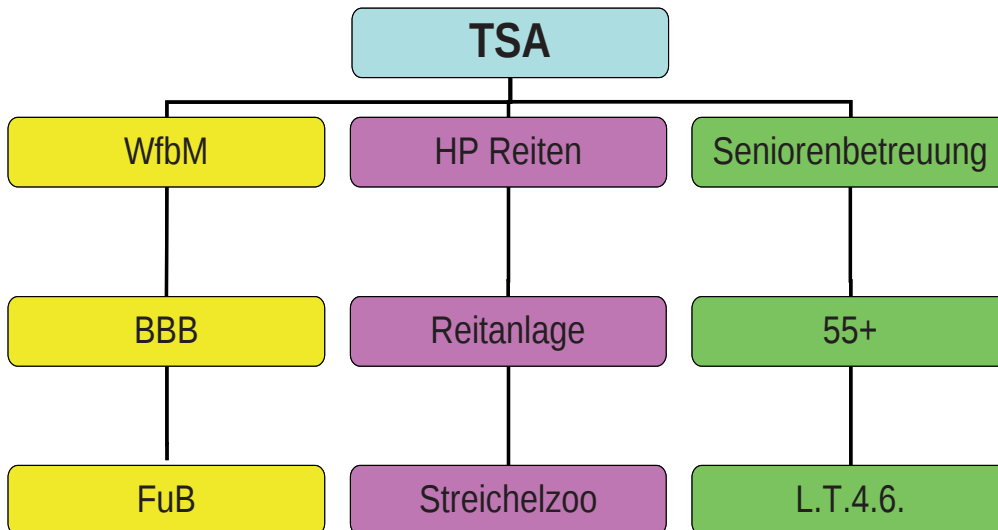
Tagestrukturierende Angebote (TSA)

Zum Bereich TSA des Wohnverbunds Fischerhof gehören:

- Eine anerkannte Werkstatt für behinderte Menschen auf dem Gelände des Wohnverbundes Fischerhof und eine ausgelagerte Arbeitsgruppe in Donaueschingen mit insgesamt 60 anerkannten Arbeitsplätzen.

der Menschen auf dem Gelände des Wohnverbundes Fischerhof und eine ausgelagerte Arbeitsgruppe in Donaueschingen mit insgesamt 60 anerkannten Arbeitsplätzen.

- Zur Werkstatt für behinderte Menschen gehört außerdem der Förder- und Betreuungsbereich mit 15 Plätzen. Hier erhalten Menschen, die noch nicht bzw. noch nicht wieder in der Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt werden können, differenzierte, ihren Fähigkeiten entsprechende Förder-, Beschäftigungs- und Betreuungsangebote.
- Am Standort Fischerhof gibt es eine Reitanlage mit Reithalle, Reitplatz und Weideland, sowie Stallungen für sieben eigene und zwei eingestellte Pferde. Angeboten werden hier die drei Bereiche des therapeutischen Reitens, Hippotherapie, Reiten als Sport für behinderte Menschen, Heilpädagogisches Reiten sowie Kutschfahrten.
- Außerdem werden auf dem Gelände Schafe, Ziegen, Hasen und Hühner in einem Streichelzoo gehalten. Bei Interesse werden die Klienten in die Tier- und Landschaftspflege, sowohl im Rahmen ihres Arbeitsverhältnisses in der WfbM, als auch in ihrer Freizeit und im Rahmen von Förder- und Betreuungsangeboten einbezogen.
- Ein weiterer Bestandteil der tagsstrukturierenden Angebote ist die Seniorenbetreuung, auf die gesondert eingegangen wird.

Grafik 1: Struktur des Bereichs tagesstrukturierende Angebote (TSA)


Entstehungsgeschichte des Angebots für Senioren

1965 wurden die Häuser Weiherberg und Forbental, die sich auf dem Gelände des Fischerhofs befinden, erstmalig belegt. Ins Haus Weiherberg, das so genannte „Jungenhaus“, zogen Menschen mit Behinderung ein, die damals zwischen 15 und 17 Jahre alt waren. Ins Haus Forbental, das „Männerhaus“ zogen Menschen ein, die über 20 Jahre alt waren. Die meisten dieser Klienten leben noch heute im Wohnverbund. Sie sind hier beheimatet. Ein Teil der Menschen, die im Haus Forbental leben, sind inzwischen bereits im Rentenalter, in den kommenden fünf Jahren wird der Anteil der Ruheständler im gesamten Wohnverbund Fischerhof stetig steigen. Das Leitbild des Wohnverbundes verspricht den Menschen, die hier leben, ein bleibendes Zuhause, unabhängig von ihrem Alter und ihrem Gesundheitszustand. Um dieses Versprechen einhalten zu können, bedarf es einer entsprechenden Struktur, sowohl im Bereich Wohnen, als auch im Bereich TSA für ältere Menschen. Für viele Bewohner ist das Wissen, dass sie im Idealfall bis zu ihrem Tod in der Einrichtung bzw. in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können, ganz zentral. Im

Unterschied zu nicht behinderten Senioren haben die meisten der hier wohnenden Senioren keine Familienangehörigen, die Einrichtung ist ihr Zuhause, hier bestehen soziale Kontakte und Freundschaften. Die Verlegung in ein Pflegeheim wäre ein gravierender Einschnitt in ihr Leben und nur schwer verkraftbar.

Aus den genannten Gründen wurde im Jahr 2006 das Haus Forbental pflegegerecht umgebaut. Hier entstand ein binnendifferenziertes Wohnangebot für 27 behinderte Menschen mit Pflegebedarf. Dauerpflege findet im Haus momentan noch nicht statt, ist aber aufgrund der baulichen Gegebenheiten kein Problem. Alle Wohngruppen im Wohnverbund sind hinsichtlich Geschlecht, Grad der Behinderung und Altersstruktur gemischt zusammengesetzt. Das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben ist kein Grund, in den binnendifferenzierten Bereich umziehen zu müssen. Die älteren Bewohner sind gut in ihren Wohngruppen integriert, es bestehen vielfältige soziale Kontakte mit anderen Bewohnern und Mitarbeitern. Für die Betreuung im Seniorenalter stellt dieses integrative Konzept allerdings langfristig eine große Herausforderung für alle Beteiligten dar.



Die Angebote im Einzelnen

Die Angebote des Wohnverbundes Fischerhof für Senioren umfassen die Seniorenbetreuung nach Leistungstyp I.4.6 („Seniorenbetreuung und sonstige tagesstrukturierende Angebote“) und die „Gruppe 55+“.

1. Seniorenbetreuung gemäß LT I.4.6

Der Gesetzgeber beschreibt die Zielgruppe der Tagesbetreuung (für Senioren) folgendermaßen:

Erwachsene, in der Regel Senioren, mit wesentlichen seelischen oder geistigen Behinderungen im Sinne von Paragraph 53 SGB XII und der Eingliederungshilferverordnung, die aus alters -und /oder gesundheitlichen Gründen das Regelangebot der WfbM oder eines tagesstrukturierenden Angebots nach Leistungstyp I.4.5a bzw. I.4.5b (Förder- und Betreuungsgruppen) nicht mehr in Anspruch nehmen können. Das bedeutet:

- Behinderte Menschen, die das 65. Lebensjahr erreicht haben und somit aus der WfbM aus Altersgründen ausscheiden.
- EU-Rentenbezieher, die aus gesundheitlichen Gründen vor Erreichen der Altersgrenze aus der WfbM ausscheiden. Daraus ergibt sich, dass ein Teil der behinderten Menschen, die Anspruch auf tagesstrukturierende Maßnahmen im Sinne von Seniorenbetreuung haben, jünger als 65 Jahre ist.

Das Angebot der Seniorenbetreuung richtet sich an alle Klienten, die ein Wohnangebot im Wohnverbund erhalten und nicht mehr oder nur teilweise die WfbM besuchen (unabhängig von der Wohnform).

Allgemeine Ziele der Seniorenbetreuung:

- Anknüpfungspunkt sind die Bedürfnisse und Wünsche der Klienten
- wesentlicher Aspekt ist der Erhalt bzw. die Verhinderung des Abbaus von Fähigkeiten.

- Erhalt und Förderung von Fähigkeiten, Neigungen und Interessen im persönlichen und lebenspraktischen Bereich
- Pflege und Erhalt der Gemeinschaftsfähigkeit, Erhalt und Ausbau von Umweltkontakten
- Unterstützung bei der Bewältigung alters -und krankheitsbedingter Problemstellungen in Kombination mit behinderungsbedingten Beeinträchtigungen, insbesondere im Umgang mit den Themen Krankheit, Sterben und Tod
- Sicherstellung der notwendigen pflegerischen Versorgung
- Anstreben weitestgehender Mitwirkung und Autonomie der Klienten
- Einbeziehung der Angehörigen und aller Ressourcen im nichtfachlichen und privaten Umfeld

Derzeit nehmen 14 Klienten an der Seniorenbetreuung teil. Der Altersdurchschnitt im Wohnverbund Fischerhof liegt momentan bei 50 Jahren (s. Grafik 2). In den kommenden fünf Jahren scheiden voraussichtlich 20 Klienten aus der WfbM aus und gehen in den Ruhestand). Daher ist zu erwarten, dass sich die Anzahl der an der Seniorenbetreuung Teilnehmenden in den nächsten Jahren deutlich erhöhen wird.

Angebotskatalog des Wohnverbunds Fischerhof für Senioren:

- **Bildung**
Kognitives Training, Erhalt von Kulturtechniken, Auseinandersetzung mit Tagespresse, Besuch von kulturellen Veranstaltungen und Bildungsangeboten, Erleben von Umwelt und Umfeld, Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte, Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
- **Bewegungsförderung**
Gymnastik, Rhythmik, Bewegungsübungen, Bewegungsspiele, Spaziergänge (Motivation und Begleitung), Musik und Tanz, Teilnahme an öffentlichen Angeboten (Seniorenportgruppen)
- **Beschäftigung**
Angebote im kreativ-handwerklichen Bereich (malen, töpfern, basteln,

weben, flechten u. A.), Angebote im musisch-künstlerischen Bereich, Vorbereitung, Gestaltung und Durchführung von Festen und Veranstaltungen, Tierhaltung

- **Entspannung**

Musik hören, Lesen und Vorlesen, Rückzugsmöglichkeiten in Ruheräumen, Ermöglichen von individuellem Rückzug, Kutschfahrten

- **Besuch von Gottesdiensten und Angeboten der Kirchengemeinde**

Teilnahme an kirchlichen Veranstaltungen im Fischerhof und in der örtlichen evangelischen und katholischen Kirchengemeinde

- **Assistenz im Bereich Körperpflege, Wahrnehmung und Ernährung**

Unterstützung und Beratung bei Körperpflege und Bekleidung, Unterstützung zur ausreichenden Aufnahme von Flüssigkeit, Assistenz bei der Nahrungsaufnahme, Unterstützung beim Mittagessen (das Mittagessen kann auf Wunsch auf der Wohngruppe, in separaten Räumlichkeiten der Seniorenbetreuung oder in der Cafeteria zusammen mit den Beschäftigten der WfbM eingenommen werden), Begleitung zum Toilettengang, Unterstützung bei behandlungspflegerischen Maßnahmen.

- **Hauswirtschaftliche Tätigkeiten**

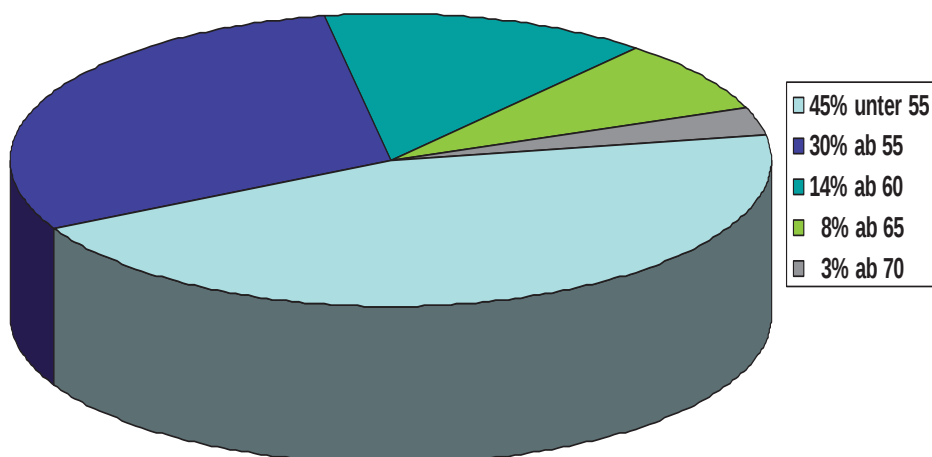
Eine große Rolle bei der Tagesstrukturierung von Senioren, die die Angebote der Seniorenbetreuung außerhalb der Wohngruppe nur punktuell wahrnehmen, spielen hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Ziel hauswirtschaftlichen Handelns ist es, die Senioren darin zu unterstützen, ihren Haushalt, eigenständig und selbst bestimmt führen zu können. Die Angebote und Dienstleistungen der Hauswirtschaft sind auf den Bedarf des einzelnen und seine konkrete Wohnform abgestimmt. Es besteht die Möglichkeit, einmal wöchentlich an einer Kochgruppe teilzunehmen.

2. „Gruppe 55+“ (Vorbereitung auf den Ruhestand)

Während sich die Seniorenbetreuung an Menschen richtet, die bereits im Ruhestand sind, bekommen geistig behinderte Menschen ab 55 Jahren in der so genannten Gruppe 55+ Angebote zur Vorbereitung auf den Ruhestand.

Der Eintritt in den Ruhestand stellt für den geistig behinderten Menschen wie für den nicht behinderten Menschen ein einschneidendes Erlebnis dar. Er bedeutet für

Grafik 2: Altersdurchschnitt aller Klienten des Wohnverbunds Fischerhof





den Menschen mit geistiger Behinderung nicht nur den Verlust des Arbeitsplatzes, sondern gleichzeitig den Verlust der wesentlichen sozialen Beziehungen, den Verlust von Möglichkeiten der Teilhabe sowie den Verlust von Tagesstruktur. Die Tätigkeit in der WfbM hat für den geistig behinderten Menschen meist eine besondere Bedeutung. Die WfbM ist ein Ort der Selbstbestätigung, der Anerkennung der Fähigkeiten, ein Brennpunkt sozialer Beziehungen. In der Regel haben Menschen mit geistiger Behinderung wenig Möglichkeiten sich mit dem Thema Ausscheiden aus dem Arbeitsleben auseinander zu setzen, für sich neue sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten zu finden und ihren Tagesablauf insgesamt neu zu strukturieren.

Aus den genannten Gründen wurde vor etwa zwei Jahren, die „Gruppe 55+“ gegründet. Am Beginn standen folgende Fragestellungen:

- Welche Bedürfnisse und Erwartungen haben die zukünftigen Ruheständler?
- Wie können Übergänge vom Arbeitsleben in den Ruhestand flexibel gestaltet werden?
- Wer erbringt bereits Angebote zur Vorbereitung auf den Ruhestand und wie sehen diese Angebote aus?
- In wie weit ist eine Vernetzung der Angebote aus den Bereichen Tagesstruktur und Wohnen sinnvoll und wünschenswert?

Ziele der „Gruppe 55+“: An der „Gruppe 55+“ können geistig behinderte Menschen aller Wohnbereiche und Wohnformen ab 55 Jahren teilnehmen. Die Angebote werden von einem Mitarbeiter aus dem Wohnbereich in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern der Tagesstruktur erbracht. Es geht darum, Kompetenzen zu erhalten und wenn möglich zu erweitern, den Klienten eine zweite bzw. neue Lebenswelt zu eröffnen, sowie allgemein den Übergang aus dem Arbeitsleben in den Ruhestand zu erleichtern und möglichst fließend zu gestalten.

Konkrete Angebote:

Die Angebote werden mit den Klienten erarbeitet und basieren auf deren Wünschen und Erwartungen. Es geht um ein Motivieren, die Klienten in Gesprächen zu motivieren, sich mit dem Ausscheiden aus der WfbM aktiv auseinander zu setzen, gemeinsam zu überlegen, was kommt nach der WfbM und auf diesem Weg Begleitung anzubieten. Dies geschieht zum Beispiel über Biografiearbeit, in die auch Angehörige einbezogen werden. Als Ergebnis werden gemeinsam „Schatztruhen“ gebaut, in denen für die Klienten Wichtiges aus ihrem Leben gesammelt wird. Zum anderen geht es darum, Hobbys zu finden bzw. wieder zu beleben, Kontakte nach außen zu erschließen und die Kreativität zu fördern.

Beispiele:

- Vierzehntägig stattfindende Malgruppe
- festes Wochenangebot nach Plan außerhalb der Einrichtung in der Gruppe oder einzeln (Ausflüge, Museums-, Kirchenbesuche, Spaziergänge)
- geplantes Wochenangebot innerhalb der Einrichtung (gemeinsam kochen, backen, basteln, spielen)
- Bildungsangebote (Filme, Vorlesen, Üben von Kulturtechniken)
- Vernetzung mit Angeboten für Senioren in der Umgebung, Besuche von Seniorennachmittagen der Kirchengemeinde, Teilnahme an sonstigen Veranstaltungen für Senioren in der Umgebung.

Die Angebote finden in Absprache mit den Mitarbeitern der WfbM zum Teil während der Werkstattzeiten (fließende Übergänge) und zum Teil während der Werkstattferien statt.

Alle Klienten ab 55 Jahren werden schriftlich wöchentlich über die Angebote informiert und persönlich eingeladen. Die Teilnahme ist freiwillig. Zwischenzeitlich hat sich das Angebot der „Gruppe 55+“ etabliert und ist für viele zu einem festen Bestandteil ihres Lebens geworden.

Die gemeinsam von der Seniorenbetreuung und der „Gruppe 55+“ genutzten Räumlichkeiten sind so gestaltet, dass sie sowohl Stätten der Begegnung und Beschäftigung, als auch der Ruhe und Entspannung sind. So gibt es zum Beispiel in verschiedenen Räumen ein Klangbett, ein Wasserbett und Sofas zur Entspannung. Angrenzend gibt es in den Räumlichkeiten kleine Küchen, in denen Zwischenmahlzeiten zubereitet werden und das wöchentliche Koch- oder Backangebot stattfindet. Die Sanitärräume sind rollstuhlgerecht und mit Duschen versehen, so dass hier auch Pflege möglich ist.

Flankierend zu den beschriebenen Angeboten erfolgen in den Werkstattferien aufsuchende Angebote der Mitarbeiter der Tagesstruktur auf den Wohngruppen.

Anforderungen an die Mitarbeiter:

Die Mitarbeiter der Wohnbereiche, sowie der TSA müssen in der Lage sein, auf Veränderungen in der Bedürfnislage und Befindlichkeit der Senioren schnell und sensibel zu reagieren. Arbeit in der Seniorenbetreuung bedeutet, ganzheitlich als Mensch und als professioneller Mitarbeiter mit den Senioren mit Behinderung im Kontakt zu sein. Da die Anforderungen individuell geprägt sind, ist auch der Mitarbeiter gefordert, stets individuell zu reagieren und als Zuhörer, Begleiter und Motivator zur Verfügung zu stehen. Es gibt keine festen Rituale, die jeden Tag gleich ablaufen, sondern der Mitarbeiter muss in der Lage sein, einerseits einen festen Rahmen zu bieten und gleichzeitig stets flexibel und individuell zu agieren und zu reagieren. In den Wohnbereichen und dem Bereich TSA arbeiten multiprofessionelle Teams. So werden zum Beispiel Heilerziehungspfleger, Altenpfleger, Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Kunst- und Musiktherapeuten in Voll- und Teilzeit beschäftigt. Unterstützt werden diese durch Pflegehilfskräfte, hauswirtschaftliche Fachkräfte und ehrenamtliche Mitarbeiter. Eine enge

Zusammenarbeit der Teams, gegenseitige Unterstützung und regelmäßiger Austausch sind dabei unerlässlich.

Alle Mitarbeiter müssen in der Lage sein, Pflegeleistungen zu erbringen. Aus diesem Grund erhalten sie eine pflegerische Zusatzqualifikation.

Ausblick

Der Anteil der Senioren wird im Wohnverbund Fischerhof in den kommenden fünf Jahren deutlich ansteigen. Auch im Hinblick auf weitere Dezentralisierung und Ambulantisierung bedeutet dies sowohl im Bereich Wohnen als auch im Bereich Tagesstrukturierende Angebote neue Herausforderungen.

Davon ausgehend, dass die Senioren in ihren bisherigen Wohngruppen verbleiben und somit an verschiedenen Standorten in unterschiedlichen Wohnformen leben, müssen die Angebote entsprechend angepasst und wohnortnah ausgebaut werden. Es werden an verschiedenen Standorten Räumlichkeiten und Angebote zur Tagesstrukturierung benötigt.

Die Präsenzzeiten der Mitarbeiter der Wohngruppen sowie deren Arbeitsauftrag werden sich ändern (die Angebote der „Gruppe 55+“ konzentrieren sich beispielsweise auf den Freizeitbereich). Dies stellt hohe Ansprüche sowohl an die Arbeitsorganisation als auch an die Flexibilität jedes einzelnen Mitarbeiters.

Die Angebote müssen für Personen mit einem erhöhten Pflegebedarf weiterentwickelt und auf deren besondere Bedürfnisse abgestimmt werden.

Bei ambulanten Angeboten ist das Gemeinwesen mit einzubeziehen (Nachbarschaft, ambulante Dienste, Einbindung in die Kirchengemeinde und in die Wohngemeinde).

Der Ausbau der Vernetzung mit bereits bestehenden Angeboten für Senioren im Umfeld und deren Öffnung für den Personenkreis der älteren Menschen mit Behinderungen ist anzustreben.



Senioren mit Behinderungen und Pflegebedarf – Erfahrungen mit teilstationären und vollstationären Angeboten

Wilhelm Hiesinger, Zieglersche Anstalten Behindertenhilfe gGmbH, Wilhelmsdorf

Inhaltsverzeichnis

- Vorstellung des Trägers
- Spezielle Bedürfnisse von Senioren mit Behinderungen im Unterschied zu Bewohnern im Pflegeheim
- Die Bedeutung der Tagesstruktur für Lebensqualität von Senioren
- Senioren mit Behinderungen brauchen interdisziplinäre Fachlichkeit
- Grenzen der Eingliederungshilfe-Einrichtung bei Senioren mit Pflegebedarf
- Zusammenfassung

Vorstellung des Trägers Zieglersche Anstalten Behindertenhilfe gGmbH

Die Zieglersche Anstalten Behindertenhilfe gGmbH ist ein diakonisches Unternehmen der Eingliederungshilfe im oberschwäbischen Wilhelmsdorf, etwa 15 km von Ravensburg entfernt. Wir beschäftigen ca. 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Bei uns leben, arbeiten und lernen etwa 600 Menschen mit größtenteils Hör-/Sprachbehinderung und geistiger Behinderung. Deren Alter liegt zwischen 5 und 88 Jahren.

Unsere Angebote sind:

- Eine Heimsonderschule mit Schulkindergarten, Sonderschule (mit Werkstufe) und Internatsbereich
- Stationäres Wohnen inkl. intensivpädagogische Wohngruppen
- Ambulant betreutes Wohnen, betreutes Wohnen in Familien
- Ambulante Dienste, familienentlastende Dienste, Kurzzeitunterbringung, Urlaubs- und Freizeitangebote für Menschen mit Behinderungen

- Werkstatt für behinderte Menschen mit Berufsbildungs- und Arbeitsbereich, Förder- und Beschäftigungsbereich und Seniorenbeschäftigungsbereich
- Geistliche, therapeutische, sport- und erlebnispädagogische Angebote

Außergewöhnlich ist die Einbindung von Menschen mit Behinderung in den Ort Wilhelmsdorf. Wilhelmsdorf entstand als christliche Lebensgemeinschaft im 19. Jahrhundert durch Besiedelung einer Moorlandschaft, die König Wilhelm der Gründergeneration überlassen hatte. Bald entstanden hier sog. „Rettungshäuser“ für verwahrloste Kinder, Taubstumme usw. Heute leben hier Menschen mit und ohne Behinderung Tür an Tür, Haus an Haus in überschaubaren Wohneinheiten und Gebäuden mit 1 bis max. 4 Wohngruppen. In der Haupteinkaufsstraße von Wilhelmsdorf finden Sie eine Bank, eine Apotheke, eine Kneipe, einen Bäcker, 4 Einzelhandelsgeschäfte, mehrere private Wohnhäuser und dazwischen 8 Gebäude, in denen Menschen mit Behinderungen leben. Wir bieten regelmäßig Kurse in Gebärdensprache an, die von Einzelhändlern in der Gemeinde gern angenommen werden, man will ja schwätzen können mit seiner Kundschaft.

Derzeit leben bei uns 66 Senioren mit Behinderung, die aus dem Arbeitsleben in der WfbM ausgeschieden sind; übrigens nicht immer ganz freiwillig, weil sich auch viele unserer behinderten Menschen über den Wert ihrer Arbeit definieren. Ihr Durchschnittsalter beträgt 70 Jahre. Ihr Lebensmittelpunkt, ihre Heimat ist die Wohngruppe – eine Wohn- und Lebensge-

meinschaft von ca. 10 Menschen. Den gesetzlichen Teilhabeanspruch von Senioren mit Behinderung setzen wir um, indem alle Senioren eine Tagesstruktur erhalten, die i.d.R. räumlich vom Wohnbereich getrennt ist oder bei immobilen Menschen in der Wohngruppe angeboten wird. Wir vermeiden so lange es geht die Konzentration der Senioren in „Pflegruppen“. Die Senioren leben verteilt auf 17 Wohngruppen mit einer Altersspanne von 17 bis 88 Jahren.

Spezielle Bedürfnisse von Senioren mit Behinderungen im Unterschied zu Bewohnern im Pflegeheim

Vielfach wird behauptet, dass es keine Unterschiede gebe zwischen alten Menschen mit einer geistigen Behinderung und „normalen“ dementen alten Menschen. Ihre Erscheinungsweise und ihre Bedürfnisse würden sich nicht bzw. nicht wesentlich unterscheiden. Frau Dr. Metzler hat in ihrem Beitrag bereits die Lebenswelten von Senioren mit Behinderungen beleuchtet.

Die Zieglersche Anstalten Behindertenhilfe gGmbH



66 Senioren mit Behinderung leben bei uns



10

Wilhelm Hiesinger

Seit 1999 weisen wir 42 Plätze als binnendifferenzierten Pflegebereich unter dem Dach der Eingliederungshilfe-Einrichtung aus. Im binnendifferenzierten Teil unterliegen wir den Qualitätsanforderungen der Pflegekassen in baulicher, personeller und organisatorischer Hinsicht, zum Beispiel Pflegeplanung und -dokumentation etc. Die Fachleute aus der Altenhilfe können ein Lied davon singen. Im binnendifferenzierten Bereich zu leben heißt für unsere Senioren, dass sie weiterhin am Leben in der Wohngruppe, der Tagesstruktur und soweit möglich in der Gemeinde Wilhelmsdorf teilhaben können, und dass für gute Pflege gesorgt ist.

Im folgenden möchte ich aus unseren Erfahrungen über die spezifischen Bedürfnisse von Senioren mit Behinderungen im Unterschied zu Bewohnern im Pflegeheim berichten.

Uns fällt auf, dass geistig behinderte Menschen einen anderen Zeitbegriff haben. Sie sind viel mehr im Hier und Jetzt oder auch „for ever young“.

Das bringt mit sich, dass lebenslanges Lernen eine viel größere Rolle spielt. Wir werden bei kaum einem Angebot, das attraktiv dargebracht wird, zu hören bekommen, dafür „bin ich zu alt“ oder das „lohnt sich nicht mehr“.



Senioren mit Behinderungen sind viel stärker gruppenorientiert, bleiben länger neugierig auf Neues und können ganz unbefangen und unbeschwert von Erfolgserwartungen neue Hobbys anfangen (z. B. sich für ein Instrument interessieren).

Die Lebensumstände der bei uns lebenden Senioren bringen es auch mit sich, dass sehr wenig „Zukunftssorgen“ geäußert werden. Meist haben geistig behinderte Menschen auch selbst keine Kinder, um die sie sich sorgen müssten. Die Angehörigen, die an ihrem Leben teilnehmen sind eher Nichten und Neffen, für die andere die Verantwortung haben. Sind sie länger im Heim, so haben sie auch die Erfahrung gemacht, dass gut für sie gesorgt wird.

Der andere Aspekt hierzu ist, dass bei den üblichen Altenpflegeheimbewohnern oft die Kinder, Verwandten, Nachbarn für die Betroffenen wichtige Aufgaben wie spazieren gehen, schriftliche Dinge erledigen, Besuche machen etc. übernehmen und somit die Einrichtung nicht damit konfrontiert ist. Bei Menschen mit Behinderungen kommen diese Aufgaben i.d.R. auf die Einrichtung zu und verursachen damit einen Aufwand, der so in der Altenpflege nicht vorhanden ist.

Geistig behinderte Menschen haben meist nur begrenzte Kompetenzen, sich selbst zu strukturieren. Sie profitieren deshalb sehr von vorgegebenen Angeboten, bei denen sich Wiederholendes mit neuen Elementen mischt. Sie finden dann für sich eine Aufgabe im Leben, was sich sehr positiv auf ihre Stimmung auswirkt.

Das Heim der Eingliederungshilfe stellt für unsere Senioren ihre Heimat dar. In Wilhelmsdorf sind Abläufe vertraut und Bezugspersonen sind hier (seien es Mitbewohner/innen oder langjährige Mitarbeiter/innen). Teilhabe im Sinne der Eingliederungshilfe heißt für unsere Klientel, solange als möglich in der vertrauten Umgebung bleiben zu können.

Die Bedeutung der Tagesstruktur für die Lebensqualität von Senioren

Neben der Beheimatung in der Wohngruppe ist die Tagesstruktur für die Lebensqualität von Senioren mit Behinderungen und Pflegebedarf von großer Bedeutung.

Geistig behinderte Menschen benötigen meist deutlich mehr Zeit und Wiederholungen für Veränderungsprozesse. Die Möglichkeit, schon in den letzten Jahren des „Berufslebens“ die Seniorenbereiche zu besuchen, um sich ein Bild zu machen und sich zu orientieren, die Möglichkeit ein „Praktikum“ zu machen, die Möglichkeit zum Beispiel den Anpassungsprozess an den Ruhestand durch halbe Tage im Seniorenbereich anzustossen, kommen diesen Erfordernissen sehr entgegen und bauen Ängste ab. Das Ergebnis sind zufriedene, zuversichtliche Bewohner, die sich auf den nächsten Tag freuen, einen ausgeglichenen Tag-Nacht-Rhythmus haben und weniger Medikamente benötigen. Auch sehr gebrechliche Bewohner können stundenweise an den Angeboten teilnehmen.

Gewicht bekommt die Tagesstruktur auch unter dem Gesichtspunkt, dass kaum ein geistig behinderter Mensch sich das Leben in einer vollstationären Einrichtung aussucht. In den Wohngruppen findet man keine Gruppe, die sich gemeinsam für eine Gemeinschaft auf Zeit entschieden hat, es ist eher eine Zwangsgemeinschaft, die man nicht verlassen kann. Das Prinzip der „zwei Lebenswelten“, das mit den Angeboten der Tagesstruktur umgesetzt wird, ermöglicht es, mehr und andere Beziehungen einzugehen, eine andere „Rolle“ einzunehmen, andere Fähigkeiten zu zeigen und andere Wertschätzung zu erfahren.

Bei geistig behinderten Menschen werden oft vorzeitige Alterungsprozesse schon ab dem 45. Lebensjahr beobachtet. Anders als in Pflegeheimen treffen daher in den Seniorenbereichen zwei zu betreuende

Generationen, d. h. Menschen mit großen Altersunterschieden zusammen.

Durch die tagesstrukturierenden Angebote, die nicht im „Kurssystem“ sondern von immer denselben Mitarbeitern angeboten werden, die man kennt, die einen auch mit eigenwilligen Dialekten verstehen und die auch die Tagesabläufe des Wohnens kennen, haben wir ein deutlich geringeres Aufkommen von Altersdepression und niedrigere Dosierungen von sedierenden Medikamenten.

Unsere Senioren profitieren nicht nur von den aktivierenden Angeboten in der Tagesstruktur, sondern auch von heterogenen, altersgemischten Wohngruppen. Wir nehmen vereinzelt Menschen aus klassischen Pflegeheimen auf, bei denen z.B. eine lebenslange Lernbeeinträchtigung oder Behinderung bestanden hat, die eventuell mit ihren Eltern ins Altersheim gezogen sind und dort nach dem Tod der Eltern nicht mehr zurecht kommen. Die gesetzlichen Betreuer haben besorgt beobachtet, wie bei solchen Menschen rapide Rückzugstendenzen und Abbauprozesse ablaufen. Viele dieser Senioren blühen bei uns wieder auf und gewinnen ihre verloren geglaubten Alltagskompetenzen zurück.

Wie wichtig unseren Senioren die Teilhabe am Leben außerhalb der Wohngruppe ist, zeigen folgende Zahlen:

Von unseren Senioren bleiben immer in der Wohngruppe	10 %
besuchen regelmäßig, i. d. R. halbtags die Tagesstruktur	25 %
besuchen ganztags die Tagesstruktur	65 %

Die Zahlen lassen die These zu: Getrennte Lebenswelten in vertrauter und aktivierender Umgebung halten jung und fit bis ins hohe Alter.

Senioren mit Behinderungen brauchen interdisziplinäre Fachlichkeit

Die Planung und Steuerung der betreuerischen Leistungen erfolgt über das Qualitätsmanagement-System GBM (Verfahren zur EDV-gestützten Gestaltung der Betreuung für Menschen mit Behinderungen des Bundesverbandes Evangelische Behindertenhilfe). Wesentliches Kennzeichen dieses QM-Systems ist die individuelle Erhebung des Assistenzbedarfs in allen Lebensbereichen des behinderten Menschen. Daraus resultiert die systematische und abgestimmte Planung und Organisation der Assistenz- und Betreuungsleistungen, und zwar an den vorhandenen Ressourcen und den individuellen Bedürfnissen orientiert. Dabei beziehen wir die betroffenen Personen, deren Angehörige und gesetzliche Betreuer mit ein. Zuständig dafür sind unsere Heilerziehungspfleger.

Die Feststellung des Hilfebedarfs im Sinne der Eingliederungshilfe und einer entsprechenden Hilfebedarfsgruppe nach dem HMB-W-Verfahren nach Metzler erfolgt durch den Medizinisch-Pädagogischen Dienst des KVJS.

Der Pflegebedarf wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) ermittelt. Unsere Mitarbeiter sind durch interne Fortbildungen befähigt, qualifiziert zu pflegen oder haben eine Zusatzqualifikation in einem anerkannten Pflegeberuf.

Bei einer Tagung der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit für Menschen mit Behinderung referierte Frau Christa Ding-Gmeiner über eine vergleichende Studie zwischen klassischen Pflegekräften und Heilerziehungspflegern im Rehabilitationsprozess. Ein Ergebnis war, dass Heilerziehungspfleger stärker den Zukunftsaspekt in ihrer Arbeit gewichten und damit leichter Eigeninitiative im Prozess der Gesundung anstoßen, während Pflegekräfte stärker auf die zu behandelnden Symptome und damit auf den Gegenwartsaspekt konzentriert sind.



Beispiel: Es macht einen Unterschied, ob ein Mensch seine Hose nicht richtig herum anziehen kann, weil er nicht weiß, wo vorne und hinten ist, oder ob er Hilfe benötigt, weil er körperlich beeinträchtigt ist. Der Zeitaufwand mag der gleiche sein, der Hilfeansatz ist ein anderer.

Unser Angebot entspricht der Gesetzeslage nach § 55 SGB XII, wonach

- die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe erbrachten Leistungen der Eingliederungshilfe auch die notwendigen Leistungen der Pflege umfassen, und
- die Verlegung eines pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung unter Beachtung seiner angemessenen Wünsche überhaupt nur dann in Frage kommen kann, wenn der Träger der Einrichtung feststellt, dass die Pflege des einzelnen behinderten Menschen in dieser Einrichtung nicht mehr sichergestellt werden kann.

Die Frage, ob bei einem behinderten Menschen „die Pflege im Vordergrund stünde“ und wir als Eingliederungshilfeeinrichtung nicht mehr der richtige Ort der Betreuung sein könnten, stellt sich für uns nicht! Auch kennt weder das SGB XI noch das SGB XII eine solche Formulierung (in § 13 Abs. 3 SGB XI heißt es vielmehr: „...Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ... bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.“).

Fazit: Für die Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe gibt es keine Altersgrenze und auch prinzipiell keine „Pflegebedarfsgrenze“.

Während die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeheim zwischen einem halben und einem Jahr beträgt, bleiben unsere Senioren in der Regel bis zu ihrem Tod bei uns, nachdem sie zuvor meist schon Jahrzehnte bei uns gelebt haben.

Grenzen der Eingliederungshilfe-Einrichtung bei Senioren mit Pflegebedarf

Individuelle Wünsche wie „heute will ich noch ein Stündchen länger im Bett bleiben“ oder spontane Ideen wie „heute kaufe ich eine neue Mütze und gehe anschließend in die Seniorenbetreuung“, bereiten dem streng geplanten Dienstplan auf den Wohngruppen große Probleme. Der Pflegesatz gibt es nicht her, parallel Personal in der Wohngruppe und in der Tagesstruktur vorzuhalten. Durch eine gute Kooperation der Betreuungsbereiche Wohnen und Tagesstruktur ist es aber in der Regel möglich, solchen individuellen Wünschen Rechnung zu tragen und dennoch ressourcen-orientiert die Dienstpläne zu organisieren.

Trotz unseres Anspruchs der getrennten Lebenswelten kommen auch wir bei fortschreitendem Pflegebedarf nicht umhin, Menschen in eine Wohngruppe umziehen zu lassen, wo entsprechende bauliche Bedingungen (z.B. ein Aufzug und ein Pflegebad) vorhanden sind.

Prinzipiell möchten wir unsere Bewohner bis zu ihrem Tod begleiten. Um uns auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen und zunehmendem Pflegebedarf einzustellen, müssen wir uns anpassen in folgenden Bereichen:

Baulich:

Für unsere 42 binnendifferenzierten Plätze haben wir einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen. Um den Qualitätsanforderungen der Pflegekassen, der Heimaufsicht und natürlich auch unseren eigenen Qualitätsstandards zu entsprechen, sollen diese 42 Plätze in einem Neubau qualifiziert werden. Im derzeitigen Gebäude bestehen erhebliche Mängel, die nur durch Umbau auf nicht wirtschaftliche Art gelöst werden könnten. Die Bedarfsbestätigung des Landkreises und die Förderempfehlungen durch den KVJS und den Ständigen Ausschusses liegen vor, der Förderbescheid steht noch aus.

Personell:

Neben dem Heilerziehungspfleger als klassischem Beruf in der Betreuung von Menschen mit Behinderungen beschäftigen wir zunehmend auch Pflegekräfte, die von unserer medizinischen Ambulanz und dem konsiliarisch tätigen Heimarzt fachlich unterstützt werden. Heilerziehungspfleger nehmen an obligatorischen Fortbildungen mit geriatrischen Inhalten teil. Schließlich haben wir derzeit 18 Heilerziehungspfleger für eine weiterqualifizierende Vollzeitausbildung zum Altenpfleger freigestellt.

Dennoch kann es vorkommen, dass eine schwere Erkrankung des Bewohners auch intensive medizinische Betreuung und Versorgung erforderlich macht, die nicht von uns erbracht werden kann. Schwerste Erkrankungen und lebensbedrohliche Zustände im hohen Alter zwingen auch uns dazu, Menschen ins Krankenhaus abzugeben. Erfahrungsgemäß ist das Pflegepersonal in den Krankenhäusern oft schnell an seinen Grenzen mit unserer Klientel.

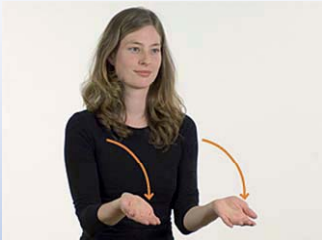
Zusammenfassung:

- Aus unserer jahrzehntelangen Erfahrung wissen wir, dass unsere Senioren

in ihrem gewohnten Umfeld leben und sterben wollen, ein Wunsch, der niemandem von uns fremd sein dürfte.

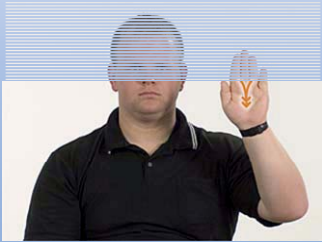
- Durch bauliche, personelle und organisatorische Maßnahmen schaffen wir die Voraussetzungen, dass diesem Wunsch so lange und so weitgehend als möglich Rechnung getragen wird.
- Getrennte Lebenswelten und eine aktivierende Tagesstruktur in vertrauter Umgebung sind Voraussetzungen für ein langes und erfülltes Leben und entsprechen dem Teilhabeanspruch nach dem Sozialgesetzbuch.
- Sondereinrichtungen wie Fachpflegeheime führen zu Separierung und Konzentration homogener Gruppen, in denen das Lernen von Vorbildern weitgehend entfällt. Homogene Systeme fördern eher „Verwahrlosungen“, da Anreize und Anforderungen von außen fehlen. Sondereinrichtungen entsprechen somit nicht dem Teilhabe- und Integrationsgedanken. Außerdem wird in diesen Einrichtungen den Menschen mit Behinderung ihr Recht auf Eingliederungshilfe vorenthalten.
- Noch keiner unserer Bewohner ist im Pflegeheim gestorben.

39


Vielen Dank fürs Zuhören!

Auf Wiedersehen



28
Wilhelm Hiesinger



II. Pflegebedürftige ältere Menschen mit geistigen Behinderungen

Beiträge des KVJS-Fachtags „Der alterspflegebedürftige geistig behinderte Mensch“, Gültstein, 5. Juli 2007

Einführung in die Thematik „Der alterspflegebedürftige geistig behinderte Mensch“

Roland Klinger, Kommunalverband für Jugend und Soziales, Baden-Württemberg

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich begrüße Sie sehr herzlich im KVJS-Tagungszentrum Gültstein und danke Ihnen für Ihr großes Interesse an dem Thema, das sich auch daran zeigt, dass wir die Teilnehmerzahl glatt hätten verdoppeln können.

Lassen Sie mich vorab kurz einführen, was wir mit diesem Fachtag bewirken wollen oder anders gesagt:

1. Um was geht es heute?

„Versorgungsformen für alterspflegebedürftige wesentlich geistig und mehrfach behinderte Menschen“ ist die Thematik dieses Fachtags. Da stellt sich postwendend und spontan die Frage: Warum ist das überhaupt ein Thema und zwar in einer Zeit, in der in Baden-Württemberg die öffentliche Landesförderung für die Qualifizierung und für den Bau von Altenpflegeheimplätzen 2010 aufgegeben werden soll? Gleichzeitig aber soll die Altersversorgung für wesentlich behinderte Menschen im Lande konzeptionell ganz am Anfang stehen – ist das wirklich so?

Einige Antworten auf diese Frage meine ich geben zu können:

1. Pflegeplätze für alterspflegebedürftige geistig und mehrfach behinderte Men-

schen sind deshalb ein aktuelles Thema, weil an den Personenkreis wesentlich behinderter Menschen im Zusammenhang mit der Alterspflege bisher politisch und sozialplanerisch nicht oder nicht hinreichend gedacht wurde, d. h. die Grundversorgung für sie wurde bislang weitgehend ausgespart.

2. Pflegeplätze für alterspflegebedürftige geistig und mehrfach behinderte Menschen sind weiterhin ein aktuelles Thema, weil durch das Ziel der Teilhabe und Integration behinderter Menschen in ihre Wohnortgemeinden eine große gesellschaftliche Bewegung zur Verwirklichung von Lebensnormalität in Gang gekommen ist, die traditionelle Versorgungsformen durchaus nachdrücklich hinterfragt.

3. Fachpflegeplätze sind zudem ein aktuelles Thema, weil die Bevölkerungsgruppe der wesentlich behinderten Menschen jetzt allmählich erst in ein höheres bzw. ein hohes Alter hinein wächst (Stichwort: „Euthanasie“), und damit die demographische Entwicklung auch insoweit signifikant verstärkt ins Bewusstsein rückt.

Und weil dies so ist, ist gerade für Pflegeplätze für geistig und mehrfach behinderte Menschen sozialpolitisch darüber zu diskutieren und abzuwägen, ob über das Jahr 2010 hinaus das Land Baden-Württ-

emberg eine weitere Investitionsförderung gewährleisten sollte. Sie kann notwendig sein, wenn eine in Quantität und in Qualität bedarfsgerechte und in den Folgekosten für die Sozialhilfeträger tragbare Pflegeinfrastruktur für diesen Personenkreis entstehen soll.

4. Pflegeplätze für alterspflegebedürftige geistig und mehrfach behinderte Menschen sind auch deshalb ein aktuelles Thema, weil dieser Personenkreis die größte Gruppe wesentlich behinderter Menschen ist, die durch einen erfolgreichen Alterungsprozess in der nahen Zukunft stetig zunehmen wird und deshalb möglicherweise auch im Alter einen besonderen Pflege- und Betreuungsrahmen benötigt.

2. Die demographische Entwicklung signalisiert Handlungsbedarf

Ihnen ist natürlich bekannt, dass die so genannten Lebensbäume der Gesamtbevölkerung der BRD eindeutig und nachdrücklich darauf hinweisen, dass wir in eine Altersgesellschaft hineinwachsen. Mit allen Konsequenzen für unsere Sozialleistungssysteme. Dieses wird tagesaktuell und umstritten politisch diskutiert. Einbezogen in diese Entwicklung sind auch die wesentlich behinderten Menschen, obwohl wir es derzeit noch mit einer vergleichsweise jungen „Mann-/ Frauschaft“ zu tun haben (siehe dazu auch Kapitel III).

Leider existieren hierüber keine konkreten Bundesstatistiken. Unsere Daten in Baden-Württemberg und die beiderseitigen Kenntnisse und Erfahrungen von Leistungsträgern und Leistungserbringern sind jedoch aussagefähig genug, Trends darzustellen, die zum Handeln Anlass geben.

Nach den dem KVJS bekannten Daten über den Altersaufbau in der Eingliederungshilfe variieren die Altersgruppenanteile von Kreis zu Kreis und von Einrichtung zu Einrichtung zum Teil erheblich. So hat zum Beispiel der Landkreis Ravensburg heute einen Anteil der über 60-Jährigen in der Eingliederungshilfe in Höhe von 18%, der Rems-Murr-Kreis in Höhe von gut 15%.

In den Einrichtungen der LWV-Eingliederungshilfe GmbH mit insgesamt ca. 1000 Heimplätzen haben dagegen rund 28% das 60. Lebensjahr bereits überschritten.

Trend ist im ganzen Land, dass bei den Leistungsberechtigten der Eingliederungshilfe starke Jahrgänge der 50- bis 60jährigen nachrücken und damit der Anteil der Alterspflegebedürftigkeit bereits in den nächsten 10 Jahren erheblich ansteigen wird. So zeigt eine Auswertung der Eingliederungshilfe aus dem Jahr 2004, die die Hälfte der Kreise im Lande erfasst, dass damals erst 4,2 % aller Hilfeempfänger über 65 Jahre alt waren, aber ein zusätzlicher Anteil von 45,4 % in diese Altersgruppe bis zum Jahr 2020 hineinwachsen wird ¹.

Aktuelle kreisbezogene Daten sind erstmals in der Regel in den in den letzten 2 bis 3 Jahren verabschiedeten Teilhabeplänen der Stadt- und Landkreise enthalten.

Aus allen bekannten Daten lässt sich jedenfalls ein dringender Handlungsbedarf ableiten. Zuerst aber ergeben sich mehr Fragen wie Antworten.

3. Sieben Fragen bzw. Aspekte zur Zielerreichung

1. Brauchen wir eine besondere Pflege-landschaft für den geistig und mehrfach behinderten Menschen, d. h. wenn er aus Altersgründen gebrechlich wird, so dass

1 Geistig behinderte erwachsene Menschen in den Stadt- und Landkreisen – Angebotsentwicklung und Bedarfsvorausschätzung für Tagesstruktur und Wohnen, Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern, Stuttgart Mai 2004; siehe auch die Ergebnisse einer aktuellen Umfrage des KVJS bei den Stadt- und Landkreisen zum Stichtag 31.12.2007 in Kapitel III dieser Broschüre



in der Betreuungsleistung die Pflege überwiegt
oder:

Entwickeln wir Formen der Integration und Inklusion, also auch hier: Normalisierung contra Sonderformen im Sinne des Paradigmenwechsels in der Behindertenhilfe?

An diese Grundsatzfrage schließen unabhängig hiervon weitere Detailfragen an, die wichtig sind. Zum Beispiel:

2. Ab welchem Alter ist der Übergabezeitpunkt von der Eingliederungshilfe auf die Hilfe zur Pflege gekommen? Weicht der Alterungsprozess von wesentlich behinderten Menschen von der Normalität des nicht behinderten Menschen ab?

In der Vergangenheit wurde die Frage nach der Pflegebedürftigkeit immer wieder verdrängt (Stichwort: „Förderung bis zuletzt“). Dies war auch von Ängsten unserer unrühmlichen Vergangenheit geprägt. Deshalb ist diese Fragestellung zur Alterspflegebedürftigkeit unter dem Dach des Normalisierungsprinzips neu zu fokussieren. Der durch die Alterspflegebedürftigkeit ausgelöste Schnittpunkt von der Eingliederungshilfe zur Hilfe zur Pflege ist breit zu diskutieren. Stichworte sind starre oder flexible Altersgrenze.

3. Normalisierung ist aber nicht gleichzusetzen mit Normierung. Es ist eine dritte Frage, welche Bedarfe der geistig und mehrfach behinderte Mensch hat, wenn er schwer alterspflegebedürftig geworden ist.

Es ist die Frage des individuellen Bedarfs und nicht die der finanziellen Besitzstandswahrung für die heutigen Versorgungsstrukturen und ihre Träger in den Mittelpunkt der Diskussion zu stellen; allein der individuelle Bedarf sollte das Maß aller Dinge sein.

4. Eine vierte Frage könnte sich nach dem Zeitpunkt des Wechsels von der ambulanten zur stationären Pflege richten.

Dabei sei an den Gesetzgeber die Frage erlaubt: Warum wird das stationäre Wohnheim nicht als Wohnung von wesentlich behinderten Menschen akzeptiert, in der die SGB XI – Leistungen umfassend von den Pflegekassen anerkannt werden können. Außer finanziellen sind wohl keine diskutierbaren Gründe sachlich und fachlich zu finden. Es könnten dann auch ambulante Fachpflegedienste zur Versorgung dieses alterspflegebedürftigen Personenkreises aufgebaut werden.

5. Wenn sich beim Bundesgesetzgeber die Normalisierung durchsetzen würde, würde sich auch im ambulanten Bereich die Frage stellen, die sich jetzt und heute ganz aktuell für den stationären Bereich stellt. Hat der geistig und mehrfach behinderte Mensch in der Alterspflege andere Bedarfe als die Menschen, die an schwerer Altersdemenz bis hin zur völligen Verwirrtheit leiden? Wie sieht das außerstationäre Unterstützungspotential aus? Weicht dieses von der Normalität ab?

Und wenn dies so wäre, ist ein anderer (höherer) Personalschlüssel und/oder eine andere Qualität der Pflege und Betreuung, eine besondere Qualifikation des Pflegepersonals notwendig und belegbar?

Gleichgültig wie die Entscheidung ausfällt, wird eine Ergänzung der Rahmenverträge gem. § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg notwendig werden.

6. Sechster Fragenkomplex: Welche Standortvoraussetzungen brauchen diese Fachpflegeplätze?

Können es sogenannte eingestreute Plätze in einem örtlichen Altenpflegeheim sein, ganz im Sinne einer konsequent wohnortnahen Gesamtversorgung? Können dort die notwendigen Pflege- und Betreuungsleistungen bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht werden? Und wird eine derartige Totalintegration auch von allen Bewohnern und ihren Angehörigen und der



Öffentlichkeit akzeptiert? Das hieße ganz im Sinne einer konsequenten Inklusion auch die Teilhabe (wesentlich) behinderter Menschen, zum Beispiel an und in Altenbegegnungsstätten vor Ort, in der Tagespflege oder in der Kurzzeitpflege.

Ist das nach allen Seiten hin denkbar, ist es wünschbar, ist es umsetzbar? Ist der integrative Ansatz eine Zumutung für den einen oder andern Personenkreis?

Wenn Gesamtversorgung, dann wäre die Alterspflege für geistig behinderte Menschen auch ein Teil der örtlichen Altenhilfeplanung.

Es wird notwendig sein, diese Fragen offen und mutig zu diskutieren.

7. Schließlich die siebte und letzte Frage. Wenn Sonderrahmenbedingungen für Pflege und Betreuung notwendig sind, wie muss die Ausgestaltung aussehen?

Ein besonderer (höherer) Personalschlüssel? Oder reicht die bisherige Bandbreite des Rahmenvertrags aus?

Ist eine besondere Qualifikation des Pflegepersonals bzw. der bisherigen Betreuungs- und Förderfachkräfte notwendig, etwa eine Zusatzqualifikation für beide Seiten: die Anerkennung oder Aufwertung der Heilerziehung in der Pflege und der Alten- und Krankenpflege in der Heilerziehung? Der bisherige Streit um den Einsatz der Heilerziehungspfleger(innen) würde sich dann erübrigen.

Beide Fragen sind in die Pflegesatzkommission nach SGB XI einzubringen, mit dem klaren Ziel einer notwendigen, zukunftsbezogenen Ergänzung des Rahmenvertrages.

Das ist eine ganze Reihe grundlegender Fragestellungen. Der heutige Fachtag wird wohl zeigen, dass dies gar keine abschließende Aufzählung war. Sie alle dürfen gespannt sein, ob Ihre Fachlichkeit heute zu Ergebnissen führt, die den Grundstein für eine gemeinsame Lösung für Baden-Württemberg legen und in den zuständigen Gremien weiterverfolgt werden können.



Pflegebedürftigkeit von älter werdenden und alten Menschen mit einer geistigen Behinderung – Formen und Versorgungsmöglichkeiten

Dr. Werner Korte, Landschaftsverband Rheinland

1. Älterwerden und Altern von Menschen mit Behinderungen

Das Thema Älterwerden von Menschen mit Behinderungen wird in der deutschen Fachöffentlichkeit mindestens seit Mitte der 80er Jahre diskutiert. Die überörtlichen Sozialhilfeträger in Nordrhein-Westfalen (NRW) haben sich seit Beginn der neunziger Jahre mit Problemen und Fragen des Älterwerdens, des Alterns und im Verlaufe dieser Auseinandersetzung auch mit der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Behinderungen beschäftigt. Standen am Anfang Fragen des lebenslangen Wohnens im Prozess des Älterwerdens und Alterns im Vordergrund, so rückte zunehmend auch der Aspekt der Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen in den Fokus der Aufmerksamkeit.

Die in NRW diskutierten Probleme lassen sich in den allgemeinen Diskussionszusammenhang der Behindertenhilfe über diese Themen einordnen. Sie umfassen:

1. Die Folgen des vorzeitigen Ausscheidens aus der WfbM bzw. der (in den meisten Fällen noch bevorstehenden) Berentung der WerkstattmitarbeiterInnen.
2. Die Alltagsgestaltung (Tagesstrukturierung) in den Einrichtungen der Behindertenhilfe (konzeptioneller Aspekt).
3. Die behinderten- bzw. altersgerechte Ausstattung der Einrichtungen (räumlich-struktureller Aspekt).
4. Die Qualifikation des Betreuungspersonals bezüglich der Bedürfnisse der älter werdenden Menschen in den Einrichtungen, auch unter dem Aspekt zunehmender Pflegebedürftigkeit (personeller Aspekt).

Parallel dazu entwickelte sich eine intensivere Beschäftigung auch mit weiteren, integrativen und planerischen Problemstellungen, die den engeren Bereich der Behindertenhilfe überschritten.

5. Den Beginn einer Diskussion über die Probleme älter werdender und alter Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Gerontologie, der Altenhilfe und der Pflege. Es geht dabei um Beratung, häusliche und ambulante Pflege, teilstationäre und stationäre Versorgung (Integration von Versorgungsaspekten).

6. Den (punktuellen) Beginn einer (punktuellen) Kooperation von (Einrichtungen der) Behinderten- und Altenhilfe und -pflege in theoretischer und praktischer Hinsicht (Netzwerkverknüpfung).

7. Die Aufnahme von Aspekten der Versorgung älter werdender und alt gewordener Menschen mit Behinderungen in die kommunale Alten- und Pflegeplanung.

Diese Aufzählung spiegelt trotz der erkennbaren Ausweitung der Fragestellungen und Beteiligung unterschiedlicher Akteure keine zeitliche Abfolge abzuarbeitender bzw. abgearbeiteter Probleme. Sie werden derzeit immer noch in einer Vielzahl von Varianten lokal, regional und national, je nach auftauchender Problemlage, mehr oder weniger spezialisiert und/oder auch isoliert voneinander thematisiert. Ich werde im Folgenden insbesondere auf die Aspekte der Pflegebedürftigkeit der älter werdenden und alt gewordenen Menschen mit einer geistigen Behinderung eingehen. Dass dabei viele Aspekte auch für andere Gruppen von Menschen mit Behinderungen Gültigkeit haben, nehme ich gerne in Kauf. Andererseits gilt es jedoch, die Besonderheiten der hier in Rede

stehenden Menschen mit einer geistigen Behinderung zu beachten.

In der Fachdiskussion sind, nicht zuletzt auch angestoßen durch Initiativen auf Einrichtungsebene, in den vergangenen Jahren eine Reihe von Vorschlägen für die Behandlung des Problems des Älterwerdens von Menschen mit Behinderungen entwickelt und Lösungen diskutiert bzw. auch praktiziert worden (z. B. Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand von Menschen mit Behinderungen“ des Landesverbandes NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte - Abschlussbericht 2004; Haveman/Stöppler; 2004, Kap.11, BAGüS, 2007). Dabei muss man von dem für Deutschland neuen Faktum ausgehen, dass nach der Vernichtung behinderter Menschen während der Zeit des Nationalsozialismus jetzt sukzessive nach dem 2. Weltkrieg geborene Generationen von Menschen mit Behinderungen ein höheres Lebensalter erreichen. Was die Einrichtungen der Behindertenhilfe zunehmend feststellen und was ihnen entsprechende Sorgen bereitet, stellt sich nach den verfügbaren Zahlen und Hochrechnungen quantitativ etwa folgendermaßen dar. Dabei ergeben sich Schwierigkeiten. So führen Haveman und Stöppler (2004) aus:

„Um gesicherte Aussagen über die Anzahl älterer Menschen mit geistiger Behinderung in der BRD machen zu können, ist es bedeutsam, über zuverlässige Angaben zur Gesamtzahl der Menschen mit geistiger Behinderung zu verfügen, um auf die Anzahl älterer Menschen schließen zu können. Diese Angaben fehlen jedoch“ (21).

Nach Schätzung dieser Autoren leben in Deutschland über 353.000 Menschen allein mit einer geistigen Behinderung. Nach Zahlen der con_sens in Hamburg im Auftrag des BMAS aus dem Jahr 2003 sind bereits 5.000 ehemalige WfbM-Mitarbeiter/innen berentet, bis zum Jahre 2013 werden es 16.500 sein (Baur, 2005). Elisabeth Wacker (2003, 1) geht auf Grund bundesweiter Zahlen aus Wohneinrichtungen davon aus, dass im Jahr 2010 mindestens

30% der Männer und 35% der Frauen über 65 Jahre alt sein werden. Inzwischen werden diese bundesweiten Zahlen allerdings nach unten korrigiert. Studien auf regionaler oder Einrichtungsebene weisen erwartungsgemäß abweichende Größen aus (z. B. laut Skillandat, 2003, 145, ca. 20% über 65jährige).

Die genannten Zahlen beziehen sich nur auf Teilpopulationen behinderter Menschen. Ihre Genauigkeit mag bezweifelt werden. Aber wie immer die Zahlen aussehen mögen: Ich stimme Herrn Müller-Fehling vom Bundesverband der Körper- und Mehrfachbehinderten zu, wenn er in seinen Vorträgen immer wieder feststellt: „Aber selbst wenn es „nur“ 20 bis 25% der rund 220.000 Menschen in stationären Wohneinrichtungen sind, bleiben die absoluten Zahlen beeindruckend und erfordern ein systematisches Einstellen auf diese neue Herausforderung“ (S. 1 unveröff. Manuskript, 2004)

Was die Beschäftigung mit den absoluten Zahlen neben der fragmentarischen und unsicheren Datenbasis zusätzlich erschwert, ist die Tatsache, dass wir aus dem genannten historischen Grund auch noch nicht über gesichertes Wissen der Lebenserwartung von Menschen mit Behinderungen verfügen. Vorläufig stellen Haveman und Stöppler fest:

„Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung ist u. a. durch bessere Gesundheitsversorgung (Präventions- und Behandlungsprogramme) gestiegen. Die Sterbeziffern nähern sich denen der Gesamtbevölkerung mit Ausnahme von Personen mit Down-Syndrom und Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen“ (21).

Abgeleitet von Untersuchungen über die Mortalität von Menschen mit geistiger Behinderung schlussfolgern sie: „dass die Lebenserwartung für Menschen mit einer leichten und mäßigen geistigen Behinderung sich kaum von der in der allgemeinen Bevölkerung unterscheidet“ (22).



Ich habe diese fragmentarischen Zahlen einmal etwas ausführlicher zitiert, weil sich selbst aus ihnen einige Konsequenzen ableiten lassen, die nicht nur in Zukunft stärker beachtet werden müssen.

1. Man muss zwischen den verschiedenen Gruppen von Menschen mit Behinderungen, und dann noch einmal innerhalb dieser Gruppen genügend scharf differenzieren, um unzulässige Verallgemeinerungen, aber auch ungerechtfertigte Schlussfolgerungen für einzelne Gruppen zu vermeiden
2. Es ist in Zukunft damit zu rechnen, dass mehr Menschen mit einer geistigen (und natürlich auch mit einer psychischen oder seelischen) Behinderung nicht nur das Rentenalter erreichen, sondern nach der Arbeitsphase in einer WfbM noch eine längere Lebenserwartung haben.
3. Weiterhin ist damit zu rechnen, dass man bei den alten Menschen mit Behinderungen, dem allgemeinen demographischen Trend und den davon abgeleiteten Vermutungen folgend, mit erhöhten Raten von Pflegebedürftigkeit rechnen muss.

2. Pflegebedürftigkeit alt werdender und alt gewordener Menschen mit geistiger Behinderung

Ich möchte mich im Folgenden aber nicht allgemein mit dem Älterwerden von Menschen mit Behinderungen beschäftigen, sondern mich auf den Aspekt der Pflegebedürftigkeit konzentrieren. Die unabwiesbare Tatsache, dass behinderte Menschen in den stationären Einrichtungen älter werden und ihre Anzahl kontinuierlich wächst, stellt die Behindertenhilfe vor eine Fülle von zusätzlichen Aufgaben. Diese werden, das ist nicht nur meine Beobachtung der einschlägigen Literatur, sondern auch die meiner beruflichen Erfahrungen, immer noch und wesentlich auf die Probleme bezogen, die mit dem altersbedingten Ruhestand (spätestens mit 65 Jahren) und mit dem vorzeitigen Ausscheiden aus

der Werkstatt (aus anderen als altersbedingten Gründen) zu tun haben. Die Fragen der mit dem Älterwerden unabwiesbar verbundenen zunehmenden Pflegebedürftigkeit, ihrer Erscheinungsformen und ihres veränderten Ausmaßes geraten erst langsam ins Zentrum der Diskussion. Deswegen möchte ich mich hier den Problemen zuwenden, die mit der Pflegebedürftigkeit der älteren und alten behinderten Menschen verbunden sind.

Schon seit den 80er Jahren gibt es ernst zu nehmende Versuche, für die Beschreibung und Analyse des Älterwerdens von Menschen mit Behinderungen Erkenntnisse und Einsichten der sozialen Gerontologie, der Lebenslauf- und Biographieforschung, der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie fruchtbar zu machen (vgl. z. T. Thomae, 1988; Tews 1999, 2001; Haveman/ Stöppler 2004). Die folgenden Aussagen basieren auf solchen, mit oft interdisziplinären Ansätzen und Konzepten gewonnenen Ergebnissen.

Altwerden und Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen sind, wie bei der nicht behinderten Normalbevölkerung, nicht identisch. Jeder behinderte Mensch altert individuell. Altern behinderter Menschen erfährt seine individuelle Ausprägung wie bei nicht behinderten Menschen in Abhängigkeit und im Zusammenwirken von physischen, psychischen, sozialen, materiellen und Umweltfaktoren. Allerdings beginnt der Alternsprozess behinderter Menschen lebensgeschichtlich im Vergleich zu nicht behinderten Menschen derzeit zu einem früheren Zeitpunkt. Die durchschnittliche Lebenserwartung behinderter Menschen liegt noch niedriger als die nicht behinderter Menschen. Unbekannt sind weithin die Auswirkungen – im Vergleich – ungünstigerer Lebensbedingungen und erschwerter Lebensführung auf den Beginn eines sichtbaren Abbauprozesses, auf Gesundheit und Wohlbefinden im Alternsprozess, die dadurch beeinflussten Lebenschancen im Alter und schließlich die Auswirkungen dieses multifaktoriellen und ggf. im Verlauf sich verstärkenden

Geschehens auf die Pflegebedürftigkeit bei jeweils vorhandener angeborener oder früher oder später erworbener Grund- oder Mehrfachbehinderung.

Man wird damit rechnen müssen, dass das Risiko behinderter Menschen, intensiver pflegebedürftig zu werden, mit zunehmendem Alter steigt, zumal ein Teil der behinderten Menschen auch in jüngeren Lebensjahren schon pflegerische Leistungen benötigt.

Menschen mit geistiger Behinderung im Rheinland: einige Daten

Ich kann mit Zahlen aus dem Rheinland (2005) für Menschen mit einer geistigen Behinderung folgende Aussagen machen (ausführliche Tabellen samt kritischen Bemerkungen sind in einem früheren Vortragstext enthalten (zugänglich im Internet unter www.lvr.de/soziales/service/veranstaltungen/veranstaltungsreihe/duisburg1.doc). Ob sie repräsentativ für Deutschland sind, muss ich offen lassen. Als Kriterium für Pflegebedürftigkeit habe ich die Leistungen nach § 43a SGB XI (Pflege in vollstationären Einrichtungen für behinderte Menschen) gewählt. Über die Begrenztheit der Aussagekraft dieses Kriteriums muss ich Ihnen nichts erzählen. Die folgenden Zahlen sind also in mehrfacher Hinsicht nicht exakt und können deswegen nur vorsichtige Trendaussagen begründen. Die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung ist mit knapp 60 % die größte Behindertengruppe. In ihr sind 87,5% unter 60 Jahre und 12,5 % über 60 Jahre alt. 46 % beziehen Leistungen nach § 43 a, 90 % von ihnen sind unter und 10 % über 60 Jahre alt. Eine leichte Tendenz zu höherer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI ist also bei den unter 60jährigen zu erkennen. Diese Tendenz wird bestätigt, wenn man sich die Zahlen der Leistungsempfänger nach Altersgruppen anschaut. Sie nehmen mit zunehmendem Alter ab. Das scheint zunächst die oben geäußerte Beobachtung (Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit der Behinderung) zu stützen. Andererseits könnten die

Zahlen aber auch bedeuten, dass die älter werdenden geistig behinderten Menschen aus dem Leistungsbezug nach § 43a herausfallen, sei es durch Versterben oder Versorgung in einer Pflegeeinrichtung. Oder anders ausgedrückt: Nur die nicht oder weniger pflegebedürftigen Menschen mit einer geistigen Behinderung verbleiben jenseits des 60. Lebensjahrs in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe. Einen Hinweis könnten die allerdings keineswegs repräsentativen Zahlen für die Prävalenz von Alzheimer-Demenz bei Menschen mit Down-Syndrom geben. Haveman und Stöppler (2004) schließen aus einigen kleineren Studien, „dass Menschen mit Down-Syndrom nicht nur erheblich häufiger, sondern durchschnittlich auch 20-30 Jahre früher von einer Demenz betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung“ (116). Demnach „(beträgt) die durchschnittliche Überlebensdauer bei Menschen mit Down-Syndrom, bei denen die Krankheit häufig vor dem 50. Lebensjahr ausbricht, nur etwa fünf Jahre...Das durchschnittliche Alter, in dem dieser Personenkreis erkrankt, beträgt 54 Jahre“ (117).

Man kann davon ausgehen, dass mit Auftreten der Demenz auch pflegerische Leistungen nötig werden (ggf. schon vorher geleistete Pflege intensiviert werden muss). In Verbindung mit der Beobachtung (vgl. z. B. Kranich, o. J.), dass der Alternsprozess bei Menschen mit einer geistigen Behinderung schneller verläuft als bei nicht behinderten Menschen, könnten diese Befunde für die Vermutung des relativ frühzeitigen Versterbens sprechen. Für die weitere Vermutung (Aufnahme in ein Pflegeheim) sprechen derzeit nur Einzelbeobachtungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Altenpflege.

3. Umgang mit der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung

Das Wissen um die Besonderheiten des Alterns behinderter Menschen, die Zusammenhänge zwischen ggf. lebenslanger



Behinderung, begleitenden Krankheiten oder im Alter auftretender Krankheiten und deren Interaktionen, Risiken von Alterserkrankungen und denkbare Spätfolgen ihrer spezifischen Lebensbedingungen sowie die besonderen Ausprägungen von Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen ist in Deutschland noch relativ gering. Da aus den bekannten historischen Gründen bisher kaum Erfahrungen gewonnen werden konnten, beginnt erst jetzt die intensive Produktion von Wissen über die körperlichen, seelischen, sozialen und materiellen Zusammenhänge und ihre Auswirkungen auf den Alternsprozess behinderter Menschen.

Determinanten der Lebenslagen behinderter Menschen sind nicht allein die materiellen Bedingungen, die sich mit dem Ausscheiden aus der Werkstatt verschlechtern. Die Wohn- und Lebensbedingungen waren häufig jahrzehntelang und sind noch für die meisten behinderten Menschen durch die organisierte Form eines Heims eingeschränkt (vgl. z. B. Haveman/ Stöppler, 2004, 158ff.). Ob und was die derzeit forciert geförderte Form des ambulant betreuten Wohnens in Zukunft an Veränderungen für die Menschen mit geistiger Behinderung bewirken wird, kann für die derzeitigen Überlegungen außer Acht bleiben. Für die Gegenwart ist von einer weiteren Einschränkung - im Vergleich schon begrenzter - sozialer Kontakte und damit auch psychischer Unterstützung geistig behinderter Menschen auszugehen, wenn sie älter werden (vgl. auch Wacker 2004, 10). „Die sozialen Netzwerke in Wohnheimen lebender älterer Menschen mit geistiger Behinderung sind durch eine Vielzahl hemmender Faktoren, wie z.B. Erkrankungen im Alter, die Wohnform Heim, den Berufsausstieg etc. in allen Teilen stark eingeschränkt. Sie weisen nur einen geringen Umfang und eine geringe Dichte auf (strukturelle Merkmale). Die überwiegende Anzahl von Beziehungen ist von kurzer Dauer und nicht intensiv (z. B. zu den Mitarbeitern und Mitbewohnern) und die Kontaktfrequenz (z. B. zu den Angehörigen) ist gering (interaktionale Merkmale)

...Es besteht die Gefahr der unverschuldeten und ungewollten Isolation und Einsamkeit“ (Haveman/ Stöppler, 2004, 95).

Mein persönlicher Eindruck ist, dass die Lebenslage behinderter Menschen im Alter umfassende Hilfe-, Betreuungs- und Pflegeleistungen erfordert, wenn sie im gleichen Maße Selbstbestimmung und Autonomie der Lebensführung erhalten ggf. neu gewinnen sowie Teilhabe am gesellschaftlichen Leben realisieren sollen, wie sie sich die nicht behinderte älter werdende Bevölkerung gerade mühsam erarbeitet. Dabei müssen alle formellen und informellen Ressourcen daraufhin überprüft werden, welchen Beitrag sie zur Ausgestaltung der Situation leisten können. Das Spektrum der Möglichkeiten scheint mir weiter gespannt als die kaum vermittelbare Alternative „lebenslanges Wohnen in der Behinderteneinrichtung“ versus „Pflegeheim“. Die neueren Entwicklungen in der Behindertenhilfe (die stärkere Betonung des ambulant betreuten Wohnens) und der Altenhilfe und -pflege (neue Wohnformen) müssen intensiver auf die Geeignetheit für die Pflege von alt gewordenen Menschen mit Behinderungen geprüft werden. Hierbei ist auch die Kooperation der Behindertenhilfe mit der Altenpflege von Bedeutung, nicht allein die Bereitschaft der Behindertenhilfe, sich mit den Fragen des Älterwerdens und der Pflegebedürftigkeit auseinanderzusetzen.

Sozialrechtliche Rahmenbedingungen

Entsprechend dem unzureichenden Wissensstand sind Planungen über die zukünftige Versorgung alt gewordener, pflegebedürftiger Menschen mit Behinderungen schwierig. Die Frage, ob sich eine Einrichtung weiterhin in der Lage sieht, die erforderlichen Pflegeleistungen zu erbringen, löst einen innerorganisatorischen Diskussionsprozess aus. Nach meinen Beobachtungen lassen sich dessen Ergebnisse in zwei Kategorien fassen, die sich jedoch gegenseitig durchdringen, mindestens an den Rändern überlappen. Aus-

schlaggebend für die jeweiligen Entscheidungen der Einrichtungen ist, welchen Kausalitäten die beobachteten Erscheinungen des Alterns zugeordnet werden: Die eine Möglichkeit ist, dass zunächst Anpassungen wegen altersbedingter Veränderungen (z. B. Ausscheiden aus der Werkstatt) und dadurch veränderter Tagesabläufe im Alltag vorgenommen werden. Die andere Möglichkeit ist, dass man das Nachlassen der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte, die Verschlechterung der gesundheitlichen Verfassung, sei es vorübergehend auftretenden Krankheiten, sei es einem unaufhaltsamen, auch durch Krankheiten bedingten, voranschreitenden Abbau zurechnet. Dabei mag weiterhin eine Rolle spielen, ob der Sozialhilfeträger wegen des höheren Lebensalters oder auffallender Ereignisse die Frage nach der Pflegebedürftigkeit aufwirft. Entsprechend der jeweiligen Problemfeststellung (und die ist wegen der vielfältig interagierenden Faktoren im Rahmen von Behinderung, Altern und Krankheitsgeschehen schwierig) können die erreichten Bewertungen unterschiedliche individuelle oder institutionelle Konsequenzen nach sich ziehen. Es ist ein Spektrum von Maßnahmen erkennbar, die zum Beispiel auf interne räumliche, personelle und konzeptionelle Anpassungen der Einrichtungen zielen, individuelle Lösungen anstreben (Wechsel in eine Pflegeeinrichtung nach dem SGB XI) oder institutionelle Veränderungen für ganze Gruppen von pflegebedürftigen behinderten Menschen ins Auge fassen (z. B. eine Einrichtung nach dem SGB XI in eigener Regie zu errichten). Die jeweilige Zielrichtung wird natürlich wesentlich beeinflusst durch die sozialrechtliche Gestaltung unseres Hilfesystems, wie dieses seinerseits die jeweiligen Anpassungsmaßnahmen beeinflusst. Auf jeden Fall aber berührt diese Diskussion im Kern die Maxime des lebenslangen Wohnens, wobei in der Regel das Wohnen in einer stationären Behinderteneinrichtung gemeint ist.

Nach dem SGB XII geht die Initiative zur Lösung der Probleme, die mit zunehmender Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit dem Älterwerden der behinderten Menschen in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe auftreten, von den Einrichtungen bzw. ihren Trägern selbst aus.

§ 55 SGB XII gibt hier die rechtliche Grundlage. Ich zitiere:

„Stellt der Träger der Einrichtung fest, dass der behinderte Mensch so pflegebedürftig ist, dass die Pflege in der Einrichtung nicht sichergestellt werden kann, vereinbaren der Träger der Sozialhilfe und die zuständige Pflegekasse mit dem Einrichtungsträger, dass die Leistung in einer anderen Einrichtung erbracht wird; dabei ist angemessenen Wünschen des behinderten Menschen Rechnung zu tragen“.

Nach anfänglichen Kontroversen über den Vorrang der Pflegeversicherung und die Subsidiarität der Sozialhilfe ist inzwischen unbestritten, dass in den Einrichtungen der Behindertenhilfe Pflegeleistungen erbracht werden (vgl. dazu z.B. LWL, 2000). Diese werden von den Pflegekassen nach bekanntem Muster (§ 43a SGB XI) gegenüber den Sozialhilfeträgern abgegolten. Ich interpretiere § 55 SGB XII dahingehend, dass er den Einrichtungsträgern eine Handlungsmöglichkeit eröffnet, auf die Feststellung einer zunehmenden Kluft zwischen steigendem Bedarf an Pflege und entsprechend notwendig werdenden Leistungen zu reagieren unter Wahrung der Wünsche der behinderten Menschen. Er ist eine Verfahrensvorschrift zur Lösung eines Überforderungsproblems. Er sagt nichts über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, das als Grund für eine Verlegung vorliegen soll oder muss, auch nichts darüber, ob durch die Pflegebedürftigkeit die Ziele der Eingliederungshilfe noch erreicht werden können (oder nicht mehr) und sie sagt auch nichts über das Alter, jenseits dessen (nur noch) Hilfe zur Pflege gewährt



werden kann. Es obliegt dem Träger der Einrichtung, mit den Kostenträgern über eine Hilfeebringung in einer anderen Einrichtung eine Vereinbarung zu treffen. Der Sozialhilfekommentar (Hauck/ Noftz) stellt eindeutig fest:

„Eine ausschließliche Entscheidungsbefugnis des Sozialhilfeträgers besteht nicht, wenn der Einrichtungsträger der Auffassung ist, er könne die Pflege weiterhin sicherstellen“ (Kommentar zu § 55 SGB XII, Randziffer 7)

Die Initiative zur Veränderung der Leistungsgewährung für pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe geht eindeutig von deren Trägern aus. Sie bezieht sich auf die Sicherstellung der notwendigen Pflege, also auf den Aspekt der Beziehung zwischen Pflegebedarf in Relation auf die Einrichtungsumwelt, nicht auf die Feststellung des Pflegebedarfs in Relation zur Art der Hilfe, über deren Gewährung der Sozialhilfeträger zu befinden hat. Für Letzteren spielt im Gegensatz zu den Verfahrensvorschriften des SGB XII bei der Leistungsgewährung nicht nur die Leistungsfähigkeit der Behinderten-einrichtung eine Rolle, sondern auch die Notwendigkeit, eine Entscheidung darüber treffen zu müssen, ob die Ziele der Eingliederungshilfe noch erreicht werden können oder ob Hilfe zur Pflege die angemessene Hilfeart ist (vgl. dazu auch Kruse, 2003).

In der Praxis bereitet die Abgrenzung allerdings große Probleme. Das Dilemma gründet in der Existenz zweier gesetzlicher Regelungen, deren Verhältnis zueinander nicht eindeutig ist (§ 13 SGB XI) und deren Leistungsverpflichtungen sich deswegen überschneiden, weil SGB XI und SGB XII an den gleichen Grundtatbestand anknüpfen. Ich zitiere hier den Vorsitzenden der BAGüS, Dr. Baur, der während einer Anhörung des Bundestagsausschusses für Arbeit und Soziales 1998 zum Verhältnis von Behinderung und Pflege ausgeführt hat: „Eine widerspruchsfreie Abgrenzung der Behindertenhilfe von den pflegerischen Leistungen ist begrifflich nicht möglich. Der

Grund findet sich in der Anknüpfung der Pflegebedürftigkeit an entweder Krankheit oder Behinderung... Eine Behinderung (ist) in aller Regel die Voraussetzung für die Gewährung pflegerischer Leistungen nach dem SGB XI. Genau dieselbe Tatbestandsvoraussetzung formuliert nun aber § 39 BSHG (heute: § 53 SGB XII, WK), wenn er sagt, dass Personen, die nicht nur vorübergehend wesentlich behindert sind, Eingliederungshilfe zu gewähren ist. Allein aus dieser grundlegenden Systematik ergibt sich zwangsläufig, dass eine Abgrenzung der beiden Hilfen widerspruchsfrei in der derzeit gegebenen Gesetzeslage nicht möglich ist (Baur 1998, 9, Hervorhebungen im Text).

Zwar sind die Zielrichtungen von SGB XI und SGB XII einigermaßen klar zu unterscheiden. Das SGB XII stellt auf Teilhabe an der Gesellschaft und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen ab – will also Position und Status der behinderten Menschen inklusive seiner personalen Integrität innerhalb der Gesellschaft verändern. Das SGB XI soll dazu beitragen, die physische Existenz der pflegebedürftigen Menschen zu sichern und seine persönliche Würde zu wahren – will also seine subjektive Lage verbessern.¹

Die Abgrenzungskriterien zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege sind also nicht eindeutig, eine Abgrenzung zwischen beiden Hilfearten ist nicht widerspruchsfrei möglich. Dieses Dilemma hat schon vor 10 Jahren zu Auseinandersetzungen zwischen Sozialhilfeträgern und Pflegekassen bei der Würdigung von Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderungen geführt. Sie sind in den Bundesländern unter-

1 Inwieweit der jetzt in Gang gekommene Revisionsprozess des Pflegebedürftigkeitsbegriffs des SGB XI unter den Aspekten von gesellschaftlicher Teilhabe und Selbstbestimmung und ein darauf ausgerichtetes Begutachtungsverfahren zur Feststellung eines umfassenden Hilfs-, Unterstützungs- und Pflegebedarfs eine neue Debatte um die Abgrenzung von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege nach sich ziehen wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt (Juli 2007) noch nicht absehbar.

schiedlich angegangen worden und haben zu einer Reihe von Vertrags- und Vereinbarungslösungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern geführt, die bis heute umstritten sind. In veränderter Gestalt und mit etwas verschobenen Argumenten der beteiligten Akteure begegnet uns diese Diskussion jetzt im Zusammenhang des Themas von Älterwerden und Pflegebedürftigkeit der Menschen mit einer geistigen Behinderung wieder.

Eine angemessene Entscheidung für die richtige Hilfeart zu finden, erfordert oft die Abwägung von einander überlappenden Merkmalen, die nicht dichotom operationalisiert und zweifelsfrei der einen oder anderen Hilfeart zugeordnet werden können. Weder das kalendarische Alter noch die Berentung noch eine Pflegestufe noch das vorzeitige Ausscheiden aus der Werkstatt sind Ereignisse, die für sich allein genommen eine Entscheidung für oder gegen die Hilfe zur Pflege rechtfertigen. Gleichwohl sind der Finalitätscharakter und der Aufgabenzweck der Eingliederungshilfe zu beachten (§ 53 SGB XII). Unter den Aspekten von Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben müssen für eine angemessene Entscheidung eine Reihe von Merkmalen gewürdigt und auch gegeneinander abgewogen werden, wobei ein Ermessensspielraum bleibt und ausgeschöpft werden kann und muss. Ich kann hier diesen Aspekt nicht weiter vertiefen, zumal er auch für die folgenden Überlegungen nicht relevant ist. An dieser Stelle reicht die Feststellung, dass mindestens zukünftig eine genügend hohe Anzahl von Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben wird, für die Hilfe zur Pflege die richtige Hilfeart ist.

Sollte sich ein Träger auf den § 55 SGB XII beziehen, ist zu unterscheiden, ob er eine individuelle Lösung für den betroffenen behinderten Menschen im Rahmen der bestehenden (ambulanten oder stationären) Pflegeversorgung ins Auge fasst oder eine institutionelle Lösung im Sinne einer pfle-

gerischen (ambulanten oder stationären) Versorgung für die jeweilige(n) Gruppe(n) von behinderten Menschen sucht. Die Hilfgewährung in einer Pflegeeinrichtung zieht auf jeden Fall die Änderung der Hilfeart – von der Eingliederungshilfe zur Hilfe zur Pflege – nach sich oder sie geht mit ihr einher, mit allen sozialhilfrechtlichen Konsequenzen für die behinderten Menschen. Allerdings ist an dieser Stelle auch mit den Tücken einer Diskussion zu rechnen, die sich um die Pole von Fachlichkeit und Wirtschaftlichkeit dreht, je nach Interessenlage der beteiligten Akteure. Ich will auch auf diesen Aspekt hier nicht weiter eingehen. Die heftigen Kontroversen der Vergangenheit, die durch die Entgegensetzungen von „Abschieben in die Pflege“ versus „lebenslanges Wohnrecht in den Einrichtungen der Behindertenhilfe“ oder „Kostenersparnis zu Lasten der Pflegekassen“ versus „Nachrangigkeit der Sozialhilfe“ oder auch „Standardabsenkung angesichts knapper Gemeindefinanzen“ oder anderer vergleichbarer Interessengegensätze gekennzeichnet waren, scheinen mir bei weitgehend übereinstimmender Problembeschreibung der betroffenen Menschen mit Behinderungen obsolet oder zumindest zweitrangig.

4. Individuelle und institutionelle Lösungsmöglichkeiten

Ich sehe folgende Ansätze, auf die zunehmende Pflegebedürftigkeit der Bewohner und Bewohnerinnen in Einrichtungen der Behindertenhilfe zu reagieren. Der Landschaftsverband Rheinland hat in den vergangenen Jahren eine Reihe von Beratungsgesprächen über die Themenkomplexe Altern und Pflegebedürftigkeit mit verschiedenen Trägern und Einrichtungen der Behindertenhilfe, Lebenshilfe und freien Wohlfahrtspflege geführt, Probleme und Lösungsmöglichkeiten hauptsächlich für Menschen mit einer geistigen Behinderung oder einer chronisch psychischen Erkrankung erörtert. Dabei hat sich gezeigt, dass die Möglichkeiten pflegerischer



Versorgung inzwischen vielfältiger sind als die verkürzte, fast polemisch zu nennende, aber gelegentlich immer noch offen geäußerte Sequenz: „Im Alter bzw. bei Pflege aus der Behindertenhilfe ins Altenpflegeheim“ vermuten lässt.

4.1 Einrichtungsinterne Anpassungen (räumlich-strukturell, konzeptionell, personell)

Diese Notwendigkeiten standen im Zentrum der Diskussion der letzten anderthalb oder zwei Jahrzehnte. Unterscheiden muss man vielleicht zwischen den Problemen, die Behinderteneinrichtungen aller Art haben, eine alten- und behindertengerechte räumliche Ausstattung durch Umbau oder interne Anpassungen zu erreichen. Das stellt eine Reihe von Einrichtungen aus den verschiedensten Gründen vor große, manchmal unlösbare Anforderungen. Kleinere Anpassungen, im Sinne der Erleichterung des täglichen Lebens, sind jedoch oft einfacher zu verwirklichen. Neuere Einrichtungen, die schon bei der Planung einen erwartbaren alters- und pflegebedingten Hilfebedarf antizipierten, haben es in jeder Hinsicht leichter. Entsprechend der Anpassung der betreuungsbezogenen und pflegerischen Konzeptionen verändert sich das Kompetenz- und Qualifikationsprofil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese Themen werden auch in Zukunft die einzelnen Einrichtungen stark beschäftigen (vgl. z.B. BAGüS, 2007).

Von einigen Einrichtungen wird bei Pflegebedürftigkeit ein ambulanter Pflegedienst (für Grund- und Behandlungspflege) hinzugezogen. Ambulante Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen werden von den Kostenträgern nicht refinanziert. Die Gründe liegen in den Bestimmungen des § 43a SGB XI und in der durch die bisherige Rechtsprechung bestätigten Auffassung, wonach eine Behinderteneinrichtung einer individuellen Wohnung nicht gleichzusetzen sei. Ob sich in der Folge des GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungs-

gesetz) daran etwas ändern wird, wage ich zu bezweifeln. Die von den Sozialhilfeträgern seit langem geforderte Gleichstellung der Behinderteneinrichtungen mit den Pflegeeinrichtungen, was die Höhe der Leistungspauschalen betrifft, würde die Situation der Behinderteneinrichtungen vermutlich nicht wesentlich verändern.

4.2 Individuelle Aufnahme pflegebedürftiger behinderter Menschen in Altenpflegeeinrichtungen

Aus den verschiedensten Gründen entschließen sich Einrichtungen, für Bewohnerinnen und Bewohner nach Plätzen in Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI zu suchen (zeitlich begrenzte Krankheitsepisoden mit außergewöhnlichem Pflegebedarf zählen nicht dazu). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass dies oft trotz der öffentlich geäußerten generellen Kritik an der Ungeeignetheit der Altenpflegeeinrichtungen für diesen Personenkreis geschieht.

Träger, zu deren Angebot sowohl Behinderten- als auch Pflegeheime gehören, könnten sich hier auf enge Kooperationsbeziehungen verlassen. Allerdings ist, so zeigt die Erfahrung, das Zusammenspiel selbst unter einem Trägerdach nicht immer selbstverständlich und unproblematisch.

4.3 Lösungsmöglichkeiten im Rahmen des SGB XI und der Landesgesetze

Institutionelle Lösungen für die individuellen Pflegebedürfnisse sind vielfältig. Es lohnt sich, einen Blick auf die inzwischen differenzierten Ansätze institutioneller Versorgungsformen in der Altenpflege zu werfen. Bezugsgrößen für die Schaffung von stationären Pflegeeinrichtungen für pflegebedürftige behinderte Menschen, deren Pflege nicht mehr in den Einrichtungen der Behindertenhilfe sichergestellt werden kann, sind ohne Abstriche und mit allen Konsequenzen das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) für den Abschluss von Versorgungsverträgen und Vergütungsver-

einbarungen und in Nordrhein-Westfalen das Landespflegegesetz (PfG NW) für die räumliche Ausstattung, die Finanzierung und Refinanzierung von Investitionskosten. Die weiteren Ausführungen beziehen sich auf die Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen; ob sie sich ohne Abstriche auf Baden-Württemberg übertragen lassen, kann ich nicht ohne weiteres beantworten.

4.3.1 Umwandlung einer Einrichtung der Behindertenhilfe in eine Pflegeeinrichtung

Diese Möglichkeit besteht, es gibt aber mehr Gründe, die dagegen als dafür sprechen. Die Unmöglichkeit liegt in der Mehrzahl diskutierter Fälle darin, dass die vorhandenen Gebäude nicht den Ansprüchen des Landespflegegesetzes genügen oder aus wirtschaftlichen Gründen nicht entsprechend kostengünstig umgebaut werden können.

Bei neueren Einrichtungen der Behindertenhilfe sähe ich zumindest die Möglichkeit, eine Umwandlung in eine Pflegeeinrichtung in Betracht zu ziehen, erfüllen diese neuen Häuser doch viele Anforderungsmerkmale des PfG NW. Bevor man jedoch solche Lösungen ernsthaft ins Auge fasst, müssten im Einzelfall noch andere Bedingungen (die altersheterogene Zusammensetzung gegenwärtiger Bewohnerinnen und Bewohner, die Herkunft einer alters- und pflegehomogenen Gruppe usw.) abgeklärt werden. Zur Realisierung bedürfte es vermutlich auch intensiver trägerübergreifender Zusammenarbeit innerhalb einer Region.

4.3.2 Einrichtung von Stationen/ Abteilungen für pflegebedürftige Behinderte in bestehenden Behinderteneinrichtungen

Diese Lösung scheitert in der Regel an der Größe der Behinderteneinrichtungen und an der zu erwartenden Größe des „Pflegebereiches“, auch an den Schwierigkeiten der Investitionskostenförderung. Ledig-

lich großen Einrichtungen mit komplexen Bewohner-Strukturen kann die Einrichtung eines gemeinsamen Pflegebereiches (durch Umbau oder Neubau) gelingen. In diese Gruppe gehört auch die Einrichtung eines Pflegebereichs innerhalb von Komplexeinrichtungen.

4.3.3 Neueinrichtung (ggf. Neubau) von Pflegeeinrichtungen für pflegebedürftige behinderte Menschen.

Dies scheint derzeit der bevorzugte Weg von Trägern und Einrichtungen zu sein. Auf diese Weise entsteht, was man einen eigenen „Pflegebereich“ innerhalb der Strukturen der Behindertenhilfe nennen könnte. Solche Einrichtungen weisen viele Berührungspunkte und Überlappungen mit der Altenpflege auf. Eine Konzeption dieser Art könnte auch für die regionale Versorgung (derzeit noch) zu Hause lebender behinderten Menschen im Fall eintretender Pflegebedürftigkeit geeignet sein, perspektivisch auch für behinderte Menschen aus dem ambulant betreuten Wohnen. Probleme ergeben sich – nach den wirtschaftlichen Anforderungen des SGB XI - aus der Diskrepanz jeweils gewünschter bzw. für notwendig erachteter Platzzahlen in der Pflege.

Eine besondere Variante besteht darin, Pflegeeinheiten für behinderte Menschen in größeren Alten- und Pflegeheimen einzurichten. Die von der Behindertenhilfe gesehenen Nachteile stationärer Pflegeeinrichtungen nach dem PfG NW liegen in den großen Gesamtplatzzahlen (bis 80 Plätze oder sogar mehr). Vorteile ergeben sich aus der Möglichkeit, Wohngruppen in der Tradition der Behindertenhilfe und neuerdings auch nach dem Konzept der Hausgemeinschaften mit eigens ausgehandelten Versorgungsverträgen und Vergütungen in diesen Pflegeeinrichtungen zu verwirklichen. Kooperation mit den Trägern der Altenpflege ist unumgänglich (wenn nicht Träger der Behindertenhilfe und Altenpflege identisch sind).



4.4 Importe aus der Altenpflege – Wohngruppen, Hausgemeinschaften

Die folgenden Modelle stellen weitere Varianten besonderer Konzepte von Einrichtungen der Altenpflege nach dem SGB XI dar. Sie scheinen aber auch für die stationäre Pflege behinderter Menschen geeignet zu sein, obwohl für ein ausgereiftes Urteil noch wenig empirische Erfahrungen vorliegen. Immerhin könnte man – im Sinne einer genealogischen Herkunft – diese Entwicklung verstehen als Rückkehr des Wohngruppenprinzips der Behindertenhilfe über den Hausgemeinschaftsansatz der Altenhilfe und –pflege in die pflegerische Versorgung alt gewordener Menschen mit Behinderungen.

Das Konzept der Hausgemeinschaften lässt sich etwa folgendermaßen charakterisieren:

„In den vergangenen Jahren sind eine Reihe von neuen Wohn- und Betreuungsformen entstanden, die sich als Alternative zu den traditionellen Wohnformen im Alter verstehen... Hierbei handelt es sich vor allem um *wohngruppenorientierte Betreuungskonzepte* (Hervorhebung im Text). Bei solchen Wohnprojekten leben etwa 6-12 Hilfe- und Pflegebedürftige in einem gemeinsamen Haushalt zusammen und werden von Betreuungskräften unterstützt. Jede Wohngemeinschaft wird von einer Präsenzkraft betreut, die tagsüber und bei Bedarf auch in der Nacht von anderen Mitarbeitern unterstützt wird. Dies Betreuungspersonal ist für die Organisation des Haushaltes und des Gruppenlebens zuständig“ (Kremer-Preiß/ Narten 2004: 6/7).

Wichtig ist, dass die wohngruppenorientierte Betreuung, deren Finanzierung und Refinanzierung nach dem Landespflegegesetz gestaltet und deren Vergütungen nach dem SGB XI vereinbart werden, da „Hausgemeinschaften“ vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI und des Heimgesetzes sind.

Auch in diesen Fällen sind Varianten zwischen solitären Hausgemeinschaften (allerdings mit großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten, je isolierter und kleiner sie sind) und einer Addition von Hausgemeinschaften (z.B. 10 autonome Gemeinschaften mit je 8 Bewohnerinnen bzw. Bewohnern) denkbar. Sollte eine solche Einrichtung im Rahmen der Altenpflege entstehen, ließe sich leicht eine jeweils nachgefragte Anzahl solcher Gruppen für die pflegebedürftigen behinderten Menschen reservieren (vgl. dazu Punkt 4.3.3).

4.5 Ambulanter Bereich

4.5.1 Wohnangebote im häuslich-ambulanten Bereich

Was ich hier für den stationären Bereich ausgeführt habe, gilt prinzipiell auch für den ambulanten Bereich. Die für die Hausgemeinschaften gewählte Charakterisierung (siehe oben) trifft für eine Vielzahl von zusammenlebenden Gruppen alter, auch pflegebedürftiger Menschen zu. Im Gegensatz zu den eben angedeuteten Hausgemeinschaften im Sinne einer vollstationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI organisieren sie gemeinsam ihre Betreuung und die benötigte Pflege über das Angebot ambulanter Pflegedienste (vgl. Kremer-Preiß/ Narten 2004; 6/7). Vielleicht können solche Hausgemeinschaften/ Wohngruppen von den gerade eben durch die Bundesregierungen beschlossenen Verbesserungen im Rahmen des SGB XI profitieren.

Was hier für eine Vielzahl von hilfs- und pflegebedürftigen (möglichst homogen zusammengesetzten) Gruppen von alten Menschen beschrieben wird, sollte auch für pflegebedürftige behinderte Menschen zumindest überdacht, ggf. experimentell überprüft werden. Ansatzpunkte könnten die Außenwohngruppen stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe oder auch die neu gegründeten Wohngemeinschaften

im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens sein. Allerdings, das will ich nicht verschweigen, ist die Realisierung solcher „wohngruppenorientierter Betreuungskonzepte“ im ambulanten Bereich schwieriger als im stationären Pflegebereich, denen die Hausgemeinschaften (oder Wohngruppen) im ambulanten Bereich konzeptionell sehr ähnlich sind (vgl. dazu z. B. Pawletko, 2003).

4.5.2 Budgetlösungen (Persönliches Budget, Pflegebudget, Integriertes Budget)

Sowohl in der Behindertenhilfe als auch der Altenpflege werden derzeit Modelle des persönlichen Budgets (nach § 17 SGB IX in der Behindertenhilfe) und des Pflegebudgets (nach § 8 SGB XI in der Pflege) und neuerdings auch als integriertes Budget (als Zusammenführung der beiden Formen) erprobt. Diese Modelle beziehen sich auf behinderte und/oder pflegebedürftige Menschen, die in eigener Häuslichkeit leben und deren Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Autonomie der Lebensführung durch die Verfügung über beanspruchbare Versicherungs- und Sozialhilfeleistungen zur Beschaffung notwendiger Hilfen erhalten, ggf. gestärkt werden sollen. Ohne hier auf diese Modelle im Detail eingehen zu können, möchte ich doch dafür plädieren, auch sie auf ihre Eignung für alt gewordene pflegebedürftige behinderte Menschen hin zu untersuchen.

4.6 Erfahrungen im Rheinland

Ich kann hier nicht die verwickelte Geschichte der Lösung von Problemen der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung rekonstruieren. Die bisherige Praxis steckt in mehr oder weniger großem Ausmaß in einigen der von mir systematisierten Lösungen. Aber einige Hinweise auf Entwicklungen nach dem Beginn der Gespräche nach Inkrafttreten der 2. Stufe des SGB XI (1.7.1996) kann ich doch geben.

Bisher ist eine Einrichtung mit 36 Plätzen für pflegebedürftige ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung entstanden; weitere Projekte nach dem Vorbild der Hausgemeinschaften mit insgesamt geringerer Platzzahl sind in Planung. Es zeichnet sich ab, dass sie in enger Bindung zu anderen Einrichtungen, auch ggf. der Altenpflege, des gleichen Trägers (aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege) stehen werden. Trägerübergreifende Initiativen sind mir derzeit ebenso wenig bekannt wie Projekte der Lebenshilfe. Auch die individuelle Wahrnehmung des schon vorhandenen Angebots durch lokal benachbarte Träger lässt zu wünschen übrig.²

Die Besonderheit all der hier erwähnten Pflegeeinrichtungen ist, dass mit den Pflegekassen ein Versorgungsvertrag mit spezifizierter LQV und eine auf die besondere Pflege- und Betreuungskonzeption der jeweiligen Einrichtung abgestellte Vergütungsvereinbarung abgeschlossen wurden.

5. Schlussbemerkung

Ich will es bei diesem kursorischen Überblick über die denkbaren Versorgungsformen für alt gewordene pflegebedürftige Menschen mit Behinderung belassen. Mein dringendes Plädoyer an die Träger der Behindertenhilfe ist, eine einseitige Fixierung auf das Prinzip des lebenslangen Wohnens zu vermeiden. Sie laufen sonst Gefahr, den Anschluss an die Diskussion um Versorgungsformen und Hilfemöglichkeiten für pflegebedürftige Menschen, wie sie derzeit in der Altenhilfe und –pflege geführt werden, zu verpassen. Zu überwinden sind die perspektivisch einseitige Betrachtung der hier angesprochenen Zukunftsaufgaben – das gilt allerdings für alle Beteiligten –, die Betonung von Differenz gegenüber der Altenpflege bis

² Die Situation ist ähnlich der für pflegebedürftige alt gewordenen Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung. Für sie ist das Platzangebot zwar etwas reichlicher, aber auch hier lässt die Kooperation zu wünschen übrig.



hin zur Abschottung gegenüber deren Erfahrungen und fundamentale Konkurrenz, die, jedenfalls zum jetzigen Zeitpunkt, die Situation der Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht verbessert. Was ich mir wünsche, ist die Bereitschaft der Behindertenhilfe, sich unter dem Aspekt der

Bedürfnisse pflegebedürftiger behinderter Menschen kritisch mit den vorgestellten Versorgungsmöglichkeiten zu befassen, geeignete Modelle zu übernehmen oder abzuwandeln oder auch im Sinne der behinderten Menschen weiter zu entwickeln.

Die Teilhabe muss auch im Alter das wichtigste Ziel der Behindertenhilfe bleiben

Prof. Dr. Ulrich Bauder ,Landesverband Lebenshilfe Baden-Württemberg

Wir alle werden – so hoffen wir – einmal alt. Waren 70 Jahre früher ein biblisches Alter, so ist es heute schon lange nicht mehr ungewöhnlich,

- dass wir bei unseren Bergtouren in den Alpenvereinshütten auf 80- oder manchmal sogar auf 90-jährige Bergsteiger treffen,
- dass in den Vereinen unsere älteren Mitbürger jenseits der Pensionsgrenze ein für uns alle wichtiges ehrenamtliches Engagement einbringen und
- dass im Kulturbetrieb ältere Menschen hohe Leistungen für uns alle erbringen (ich denke dabei an den Autor und Regisseur George Tabori, der bis zu seinem Tod sehr kreativ gearbeitet hat).

Wir alle wünschen uns, dass im Alter unsere Würde geachtet wird. Dies wünschen sich selbstverständlich auch Menschen mit einer geistigen Behinderung.

Wenn wir nun heute vielleicht alle noch etwas unsicher sind, was es im Detail bedeutet, die Würde alter Menschen mit geistiger Behinderung zu achten, ihnen die ihnen zustehende Teilhabe zu ermöglichen, dann dürfen wir uns zugute halten, dass wir es mit einem relativ neuen Phänomen zu tun haben – die Gründe, nämlich die Morde der Nazis an behinderten Menschen, sind ja hinlänglich bekannt. Und deswegen ist es gut, wenn wir uns heute und in Zukunft – gemeinsam! – Gedanken dazu machen. Ganz kurz zur Themenstellung unserer Tagung:

Ich gebe zu, dass mir die Zusammenstellung der beiden Begriffe „alterspflegebedürftig“ und „Menschen mit Behinderung“ recht fremd vorkam, als ich mit dem Schreiben des Vortrags begann. Ist es denn nicht so, dass die Menschen mit Behinderung das Recht haben, ein Leben wie wir alle zu führen, ob mit oder ohne beson-

ders hohen Hilfebedarf? Warum also eine solch „getrennte“ Betrachtungsweise?

Dennoch weiß ich, dass das Thema „pflegebedürftige Menschen mit Behinderung“ ein Thema ist, das uns schon lange begleitet und zwar nicht nur im Kontext mit dem Älterwerden. Die Position der Lebenshilfe und der meisten anderen Verbände ist ja hier bekannt:

Die Teilhabe muss im Vordergrund bleiben. So sollen sich meine folgenden Ausführungen mit den Fragen beschäftigen,

- was in der 3. Lebensphase eines Menschen mit Behinderung wichtig zur Teilhabe ist und
- wie das Schicksal, das viele von uns betrifft, nämlich gegen Lebensende „klassisch“ durch Krankheit pflegebedürftig zu werden, für die Menschen mit Behinderung, entsprechend ihren Besonderheiten, von den Angeboten her gestaltet werden muss.

A. Die Teilhabe ist unteilbar und die Würde des Menschen ist unabhängig von Alter und Behinderung unantastbar – 2 Thesen mit Folgerungen

Meine erste, eigentlich selbstverständliche These ist, dass die Begleitung alter Menschen mit Behinderung das zentrale Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe verfolgen muss. Die Aufgabe, die älteren Menschen dabei zu begleiten, wird in den nächsten Jahren alleine von ihrer quantitativen Dimension immer bedeutsamer werden. Wichtig ist, dass über Form und Gewichtung der verschiedenen Teilhabeformen nicht die Sozialplaner oder die Institutionen, sondern die Menschen mit Behinderung selber zu entscheiden haben. Dieses ethische Prinzip der Selbstbestimmung gilt immer, vor und genauso nach der Renten-



grenze. Planen und entscheiden wir also nicht über sie hinweg, sondern fragen wir sie und beziehen wir sie partizipativ in unsere Planungen ein, immer auf Grundlage ihrer eigenen Lebensentwürfe.

Orientierungspunkt für alle Angebote und für alle Unterstützung sind die Grundrechte, wie diese im Grundgesetz definiert sind und wie sie für alle Bürger gelten!

Meine zweite These lautet, dass es für uns selbstverständlich sein muss, bei den Überlegungen zu einem Altern in Würde der Menschen mit Behinderungen den gleichen Maßstab anzulegen, den wir auch bei uns selbst – und ich meine das ganz individuell und persönlich – anlegen würden. Letztendlich ist dies der Maßstab, den uns das Grundgesetz vorgibt, in dem ja die Grundrechte aller in so vorbildlicher Form definiert sind.

Das bedeutet für mich vor allem das Folgende:

1. Kein Mensch will, dass andere über ihn verfügen. Maßgeblich für die Wahl und Gestaltung des Wohnorts eines alten Menschen (mit oder ohne Behinderung) und seine Lebensgestaltung (man wohnt ja nicht nur, man lebt, das weiß sogar IKEA) muss also immer der Wunsch des Menschen selbst sein. Das Recht auf Selbstbestimmung gilt selbstverständlich auch für die alten Menschen!

2. Alte Menschen wünschen sich in aller Regel, dass sie – so lange es irgendwie geht – an dem Lebensort wohnen bleiben können, der ihnen vertraut, der ihre Heimat ist. „Einen alten Baum verpflanzt man nicht.“ Heute lebt der größte Teil der alt werdenden Menschen mit geistiger Behinderung im Wohnheim für behinderte Menschen. Folglich haben diese Menschen, die heute von der Frage des Alterns betroffen sind, den Wunsch, an genau diesem Wohnort bleiben zu können. Es handelt sich um ihre Heimat, ihre Familie. Dazu gehört genauso das vielleicht speckige

Sofa im gemeinsamen Wohnzimmer wie die Mitbewohner. Der Mitbewohner Erwin im Zimmer nebenan geht einem vielleicht schon mal „auf den Wecker“. Aber man gehört zusammen, lebt ja schon seit vielleicht 25 Jahren neben- und miteinander.

3. Wenn aufgrund unserer heutigen Bemühungen um Dezentralisierung, Ambulantisierung, gemeindeintegriertes Wohnen usw. Menschen mit Behinderungen zukünftig mehr und mehr „in normaler Nachbarschaft“ leben werden, also zum Beispiel in einer Etagenwohnung im Mietshaus mit ambulanter Betreuung, dann stellt sich für diese Generation behinderter Menschen zukünftig die Frage nach dem richtigen Platz im Alter ähnlich wie bei allen Bürgern. Dann kann es tatsächlich „ganz normal“ für sie sein, bei entsprechender Pflegebedürftigkeit im hohen Alter „wie der Nachbar“ vielleicht zunächst ins Betreute Altenwohnen und dann später evtl. auch einmal in ein örtliches Pflegeheim zu ziehen.

4. Keinesfalls der Normalität entspräche es aber weder heute noch in Zukunft – und ich betone das ausdrücklich, weil ich das ungute Gefühl habe, dass genau dieses zur Normalität für behinderte Menschen erklärt werden soll – wenn Menschen mit Behinderung bei Erreichen des Rentenalters (also mit heute 65 Jahren) quasi mit einem gewissen Automatismus ins Pflegeheim ziehen sollen. Wenn dies normal wäre, meine Damen und Herren, dann wäre ich auch in nur etwas mehr als zwei Jahren soweit (und Ähnliches gilt vielleicht auch für den einen oder anderen unter Ihnen – was würden Sie dazu sagen?).

5. Die Normalität sieht, wie wir alle wissen, Gott sei Dank anders aus: Nach dem Ende der Berufstätigkeit folgt als dritte Lebensphase eine bei den allermeisten Menschen erfüllte Phase, in der private Rollen und soziale Kontakte eine große Rolle spielen. Sicher gelingt der Übergang dem einen oder anderen Pen-

sionär nicht so gut. Man muss sich schon auf den Ruhestand vorbereiten und hierbei kommt sofort eine kritische Frage auf, ob wir auch in der WfbM diese Überlegung genügend berücksichtigen.

Vieles, was vorher nicht möglich war, wird dann in dieser dritten Phase des Lebens möglich. Private Hobbys können, was vorher durch die Bedingungen des Arbeitslebens immer zurückstehen musste, endlich verfolgt werden. Nicht umsonst hat sich sogar die Werbewirtschaft auf diese dritte Lebensphase eingestellt. Man spricht von dem „silbernen Lebensalter“. Hier wollen viele Menschen nach den Jahren des Eingebundenseins in die Disziplin des Berufsalltags zu „neuen Ufern aufbrechen“, bisher unerfüllte Wünsche erfüllen.

Das durchschnittliche Aufnahmealter im Pflegeheim, meine Damen und Herren, liegt hingegen heute schon bei über 85 Jahren, mit steigender Tendenz, die mittlere Verweilzeit beträgt zwischen einem halben und einem Jahr.

6. Die Diskussion über den richtigen Lebensort und die richtige Gestaltung der Unterstützung für alte Menschen mit geistiger Behinderung folgte und folgt in den letzten zehn Jahren nicht immer einer fachlichen Logik oder der Beobachtung, dass bestehende Hilfeformen ungeeignet wären. Seit Einführung der Pflegeversicherung folgt diese Diskussion eher der natürlich auch wichtigen Frage, wer bei welcher Hilfeform die Kosten zu tragen hat. Damit die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung dieser Finanzierungslogik nicht untergeordnet werden, hat der Bundesgesetzgeber Ende der 90er Jahre reagiert und eine aus Sicht der Lebenshilfe vollkommen eindeutige Rechtslage geschaffen.

Mit der Einführung des § 40a BSHG (heute § 55 SGB XII) wurde klargestellt, dass:

- die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe erbrachten Leistungen der Eingliederungshilfe auch die notwendigen Leistungen der Pflege umfassen müssen, und

- die Verlegung eines pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung unter Beachtung seiner angemessenen Wünsche überhaupt nur dann in Frage kommen kann, wenn der Träger der Einrichtung feststellt, dass die Pflege des einzelnen behinderten Menschen in dieser Einrichtung nicht mehr sichergestellt werden kann.

Ich bin sehr alarmiert, wenn ich heute – Gott sei Dank noch vereinzelt – von Kollegen vor Ort höre, dass im Rahmen des Fallmanagements die Frage gestellt wird, ob bei dem einen oder anderen behinderten Menschen „die Pflege im Vordergrund stünde“ und daher die Einrichtung der Eingliederungshilfe nicht mehr der richtige Ort sei. Teilweise wurde in diesem Zusammenhang die Vorgehensweise ins Spiel gebracht, alle Bewohner ab – sagen wir mal – 55 Jahren unter diesem Aspekt zu „überprüfen“. Ich sehe für eine solche Herangehensweise keine Rechtsgrundlage und auch einen Verstoß gegen grundsätzliche ethische Grundsätze, so wie diese in unserem Grundgesetz vorgegeben sind. Für die Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe gibt es keine Altersgrenze. Eine solche kann es nur beim Recht auf Teilhabe am Arbeitsleben geben, aber nicht bei der sozialen Teilhabe, zu der natürlich auch die bereits genannte Gestaltung eines erfüllten dritten Lebensabschnittes gehört.

7. Alleine die mögliche Tendenz, Menschen mit Behinderung auf eine solche Weise in zwei Kategorien aufzuteilen – jene, bei denen Förderung und Hilfe zur Teilhabe sich noch lohne, und jene, bei denen es dann im wesentlichen nur noch um (somatische) Pflege ginge – besorgt viele Mitglieder unserer Selbsthilfeorganisation zutiefst. Und es wird Sie sicher nicht überraschen, dass diese Sorge besonders die Eltern schwerstbehinderter Menschen umtreibt.



8. Auch schwerstbehinderte Menschen haben eine sehr differenzierte persönliche Entwicklung, haben in allen Phasen ihrer Biographie sich immer wieder neu entwickelnde Bedürfnisse an Teilhabe, wir müssen nur genau zuhören und zusehen. Die Kollegen hier, die solche Menschen begleiten, können dies bestätigen. Wir dürfen dies nicht ignorieren, sondern wir müssen auch bei älteren Menschen mit sehr hohem Hilfebedarf den Anspruch auf Teilhabe ernst nehmen

Aus all dem bisher Gesagten ziehe ich den Schluss, dass Menschen mit geistiger Behinderung auch im Alter eine Begleitung brauchen, die auf ihre besonderen Bedürfnisse in besonderer Weise eingestellt ist und die weiterhin dem aktuellen Ansatz des „Empowerment“, also der Stärkung der eigenen Ressourcen des behinderten Menschen, folgt.

Ich will dies im weiteren fachlich begründen und ableiten, warum Menschen mit geistiger Behinderung auch im Alter und bei Pflegebedürftigkeit eine „besondere Hilfe“ brauchen, die an der Stärkung ihrer Teilhabemöglichkeiten orientiert ist. Diese Notwendigkeit gilt wohlgerne auch in dem Fall, dass eine Behinderung erst ab einem bestimmten Zeitpunkt im Leben – bedingt zum Beispiel durch Unfall oder Krankheit – vorliegt.

B. Der besondere Bedarf älterer Menschen mit Behinderung – 11 Gedanken und die Konsequenzen

Was sind die Besonderheiten des Personenkreises geistig behinderter Menschen?

1. Ihr besonderer Hilfebedarf (einschließlich der notwendigen Pflege) besteht nicht nur in einer relativ kurzen abschließenden Phase ihres Lebens, sondern meist über viele Jahrzehnte oder gar von Geburt an. Hilfebedarf taucht nicht erst im hohen Alter auf, sondern er muss schon von vornherein in die Lebensplanung integriert sein.

Deshalb brauchen Menschen mit geistiger Behinderung eine Kontinuität in ihrem Lebensentwurf, aber auch Kontinuität in der Sicherheit darüber, dass sie das an Hilfe und Pflege bekommen, was zu ihrer Teilhabe notwendig ist.

2. Mit dem Ende des Arbeitslebens (in der Regel markiert durch das Verlassen der Werkstatt für behinderte Menschen) verliert der geistig behinderte Mensch – ähnlich wie andere Berufstätige auch – einen ganz wesentlichen (oft sogar den wichtigsten) Bezugspunkt seines sozialen Lebens. Wie schon erwähnt, wird das häufig auch von der WfbM nicht genügend als Problem gesehen.

So sind besondere Anstrengungen erforderlich, um weiterhin soziale Teilhabe zu ermöglichen. Natürlich sind wir alle davon betroffen, dass mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben ein Teil unserer sozialen Kontakte verloren geht. Aber bei Menschen mit Behinderung hat der Arbeitsplatz im Hinblick auf seine soziale Bedeutung einen noch viel höheren Stellenwert, wie dies die Fachleute unter Ihnen gerne bestätigen werden.

Wenn die Menschen mit einer Behinderung ausgerechnet zum Zeitpunkt ihres Ausscheidens aus der WfbM dann auch noch ihr bisheriges Lebensumfeld im privaten Bereich wechseln müssten, wäre diese Herausforderung praktisch nicht mehr zu bewältigen. Wir würden den Menschen mit Behinderung Wesentliches nehmen, quasi ihre Biografie „abschneiden“.

3. In diesem Zusammenhang spielt auch eine Rolle, dass geistig behinderte Menschen in der Regel keine Kinder haben und deshalb „ersetzend“ keine entsprechenden Familienrollen (als Eltern oder Großeltern) einnehmen können. Dies ist ein weiterer gravierender Unterschied, den wir unbedingt berücksichtigen müssen.

4. Dieser Aspekt ist auch umgekehrt von großer Bedeutung:

Bei vielen älter werdenden Menschen ist

immer noch die Familie diejenige, die mit ihrer Pflege den älter werdenden Menschen den Verbleib in ihren eigenen vier Wänden ermöglicht und damit die Teilhabe in ihrem vertrauten Lebenskontext. Wollen wir den Menschen mit Behinderung, für die oft „ihr“ Wohnheim dieselbe Rolle spielt, dies nehmen?

5. Alt werdende Menschen, die nicht geistig behindert sind, haben die Möglichkeit, auch im Hinblick auf den Erhalt oder die Umgestaltung ihrer sozialen Netzwerke Vorsorge für das Alter zu treffen. Geistig behinderte Menschen sind dazu in der Regel nicht oder nur teilweise eigenständig in der Lage und brauchen daher sowohl beim Aufbau als auch beim Erhalt der Netzwerke kontinuierliche Begleitung und Unterstützung.

6. Alterungsprozesse verlaufen bis auf wenige Ausnahmen bei Menschen mit Behinderungen in vergleichbarer Weise wie in der Gesamtbevölkerung. Ihre Auswirkungen sind jedoch meist schwerwiegender, auch weil sie aufgrund der permanenten Aufgabe der Kompensation ihrer Einschränkungen sozusagen „angestrengter“, mehr belastet sind. Die Konsequenz ist, dass die Dienste und die Einrichtungen und das dort beschäftigte Personal im Vergleich zum „klassischen“ Altenhilfebereich über andere bzw. spezifische Kenntnisse auf medizinischem, pflegerischem und pädagogischem Gebiet verfügen müssen. Die spezifischen Bedürfnisse geistig behinderter Menschen in der Begleitung beziehen sich zum Beispiel auf die Gestaltung der Kommunikation.

7. Sicher lässt sich die folgende Aussage nicht auf jeden älteren Menschen mit Behinderung anwenden. Aber, das zeigt unsere Erfahrung in vielen Fällen, ein wesentlicher Teil der behinderten Menschen, die das Rentenalter mit 65 Jahren erreichen, haben wesentliche eigene Pläne und es ist möglich, sie bei dieser dritten Lebensphase daran zu erinnern und bei

deren Verwirklichung zu helfen. Es muss ja nicht gleich die Weltumseglung sein, sondern es kann auch „nur“ die Erkundung ihrer eigenen Gemeinde sein, endlich die Möglichkeit, in ihrem Garten hinter dem Wohnheim ein Gewürzbeet aufzubauen. Die erforderlichen Lebensräume zu bieten, das ist unsere gemeinsame Aufgabe.

8. „Wege in die Gemeinde“ zu gehen, ist für die Menschen mit Behinderung sicher in der dritten Lebensphase einfacher, als in der Zeit, in der sie unter dem Druck standen, der ein Berufsleben vorher mit sich gebracht hat. Hier haben unsere Kollegen in der Praxis viele neue Aufgaben, die über die direkte Begleitung hinausgehen. Konsequente Arbeit in der Gemeinde, ich möchte dies auch „Barrieren wegräumen“ oder „Enthindern“ nennen, also die Barrieren, die die Gesellschaft aufgebaut hat, zu beseitigen, seien nur als Stichworte genannt.

9. „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“? – Vergessen Sie diesen antiquierten pädagogischen Lehrsatz, denn wir wissen heute, dass wir notwendigerweise unser ganzes Leben lang lernen. Empirische Studien belegen, dass ältere Menschen mit Behinderung von heilpädagogischen Maßnahmen in vergleichbarem Ausmaß profitieren wie jüngere Menschen (wobei ich mir natürlich der Problematik des Begriffs „Pädagogik“ im Zusammenhang mit erwachsenen, gar älteren Menschen durchaus bewusst bin). Es ist daher sinnvoll und notwendig, die Prinzipien der Eingliederungshilfe über die gesamte Lebensspanne aufrecht zu erhalten.

10. Menschen mit Behinderung unterscheiden sich in hohem Maße voneinander. Vielleicht sind die Unterschiede sogar noch größer als in der Normalbevölkerung. Die Vielschichtigkeit ihrer Bedürfnisse bleibt auch im hohen Alter erhalten. Hieraus resultiert ein komplexes Anforderungsprofil an ihre Unterstützung:



Alle Maßnahmen müssen sehr individuell gestaltet werden. Dabei verbietet sich eine Beschränkung auf Pflegeleistungen, auf „stellvertretende Ausführung“ bei der Bewältigung des Alltags, also wesentlich nur auf das somatische Wohlbefinden, es bleibt der Bedarf an Assistenz- und an Enthinderungsleistungen, also an community, also an Leistungen, die die Teilhabe umfassend mit stützen.

Wir dürfen auch nicht im Rahmen von „Fallmanagement“ oder „Hilfeplanung“ über die Menschen verfügen, sondern unsere Aufgabe besteht weiterhin darin, sie bei der individuellen Gestaltung ihrer Biografie zu unterstützen.

Wege in die Gemeinschaft öffnen und freihalten und Begleiten statt Betreuen, bleibt unsere Aufgabe. Das Wegräumen von Hindernissen, die unsere Gesellschaft alten und behinderten Menschen aufbaut, wird dabei besonders wichtig werden.

Die Angebote müssen sich – auch nach dem Normalisierungsprinzip – an dem orientieren, was in dieser Lebensphase „normal“ ist. Die Menschen mit Behinderung müssen Gelegenheit haben, nicht ausgegrenzt zu werden, sondern mitten unter uns zu sein. Nicht das Gespräch mit dem Sozialpädagogen oder mit dem Heilerziehungspfleger definiert Teilhabe, sondern mit dem Nachbarn in der Straße, mit den Mitbewohnern, mit der Wandergruppe. Hierzu müssen wir befähigen, Inklusion ist unsere Aufgabe.

11. Später dann, mit zunehmendem Alter, also beim Auslaufen der vorher erwähnten „silbernen Phase“ im Leben, ist die Strukturierung ihrer Zeit besonders wichtig, zum Beispiel die Unterstützung beim „Kramen“ in alten Erinnerungen aus dem eigenen Leben, oder dem Aufrechterhalten von sozialen Kontakten – hier brauchen die alten Menschen, wenn die Kraft nachlässt, viel Unterstützung.

Ich habe ausgeführt, warum der Verbleib von Menschen mit geistiger Behinderung in ihren bisherigen Lebensvollzügen der

Regelfall sein muss, dass auch, wie bei allen anderen Menschen, bei Menschen mit Behinderung Entwicklungen möglich sind und diese unterstützt werden müssen und dass dies aus Sicht der Lebenshilfe auch so bleiben muss.

Und ich habe das einerseits allgemein und aus der Achtung der menschlichen Würde heraus begründet (Stichwort: „Jeder Mensch möchte seinen Platz, seine Heimat, erhalten.“), aber auch aus den Forderungen, die ich meinen Grundgedanken entnehmen kann („Aufbruch zu neuen Ufern“ in der „silbernen Lebensphase“). Andererseits habe ich darüber hinaus die besonderen Bedürfnisse und die besondere Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung dargestellt.

Dennoch kann es vereinzelt immer wieder vorkommen, dass Menschen mit Behinderung ihr bisheriges Wohnumfeld verlassen und in ein Pflegeheim umziehen (von „verlegt werden“ will ich ganz bewusst nicht sprechen, dies widerspricht unser aller Grundverständnis!).

Ein Grund dafür kann sein – auch das kommt vor, aber wahrscheinlich wohl eher selten – dass sie diesen Umzug selbst wünschen.

Manchmal besteht auch die Konstellation, dass selbst schon alte Menschen mit Behinderung noch bei ihren dann schon „sehr alten“ Eltern oder bei einem Elternteil leben und dass diese, wenn das in der Wohnung nicht mehr funktioniert, dann gemeinsam in eine Einrichtung der Altenpflege ziehen. Man kann einen solchen Lebensentwurf – gemeinsam mit seinen Eltern ins Pflegeheim zu ziehen – natürlich von außen sehr kritisch sehen. Aber steht es uns zu, die Familien, die so handeln, zu belehren oder gar zu verurteilen?

Ein dritter Grund kann schließlich darin bestehen, dass der Träger der bisher betreuenden Einrichtung sich nicht mehr in der Lage sieht, den steigenden pflegerischen Hilfebedarf des Bewohners adäquat zu decken. Ich meine, dass für diesen Fall ganz enge Kriterien vorhanden sein müssen, denn grundsätzlich haben

Wohnheime für behinderte Menschen selbstverständlich die Verpflichtung, sich auch auf hohen pflegerischen Hilfebedarf ihrer Bewohner einzustellen. Dennoch gibt es diesen sehr seltenen Ausnahmefall. Er kann zum Beispiel dann auftreten, wenn eine schwere Erkrankung des Bewohners auch intensive Behandlungspflege erforderlich macht. Das ist ja auch bei anderen alten Menschen nicht selten der Auslöser dafür, dass der Verbleib in der bisherigen Wohnung mit häuslicher Pflege nicht mehr möglich ist.

Für alle drei genannten Konstellationen ist es gut, wenn wir uns darüber Gedanken machen, wie „normale Pflegeeinrichtungen“ für die Deckung der besonderen Bedarfe von Menschen mit geistiger Behinderung qualifiziert werden können. Diese Qualifizierung könnte zum Beispiel durch eine Zusammenarbeit – einen fachlichen Austausch – zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und Einrichtungen der Altenpflege geschehen. Sie geschieht am besten anlassbezogen, also dann und dort, wo die entsprechende Konstellation tatsächlich auftritt.

C. Können Sondereinrichtungen für ältere Menschen mit Behinderung den Anforderungen besonders gerecht werden? Kritische Anmerkungen zum Konzept der Fachpflegeheime

Die Lebenshilfe spricht sich gegen eine systematische und sozusagen flächendeckend geplante Schaffung von „Fachpflegeheimen für Menschen mit geistiger Behinderung“ als neuem Einrichtungstyp aus, und das vor allem aus vier Gründen:

1. Wir befürchten mit dieser Schaffung eine falsche Tendenz, einen Weg, der dann eine eigene Dynamik entwickelt: Sie würde dazu führen, dass älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung (oder im zweiten Schritt dann vielleicht auch noch jüngere Menschen mit hohem pflegerischen Hilfebedarf) doppelt ausgegrenzt

werden und ihren Anspruch auf Teilhabe nicht mehr verwirklichen können. Wenn solche „Fachpflegeheime“ bestehen, dann entspricht es der institutionellen Logik, dass sie auch „gefüllt“ werden. Denken Sie an die Einführung anderer institutionalisierter Angebote, über die ein eigentlich sehr guter Gedanke eines Weges zur Teilhabe realisiert worden ist, die aber dann zu einem deckenden Angebot geworden sind, wodurch wir es heute recht schwer haben, gegenzusteuern und Menschen mit Behinderung die Möglichkeit zu geben, auch andere Wege zur Inklusion zu gehen. Institutionen zeigen eine Eigendynamik und ein Beharrungsvermögen, deshalb sollte man mit neuen institutionalisierten Angeboten sehr vorsichtig sein. Die Fachpflegeheime werden, so meine Befürchtung, also Ausschau nach behinderten Menschen halten, bei denen (angeblich) die Pflege im Vordergrund steht. Dies hat auch eine wirtschaftliche Logik. Wir in der Lebenshilfe sprechen uns aber grundsätzlich gegen eine Aufteilung. behinderter Menschen aus in solche, bei denen Teilhabe, Inklusion und das Empowerment hierzu im Vordergrund stünden und in jene, die von der Hauptzielsetzung nur noch gepflegt würden. Wir wollen keine Teilung, alle Menschen haben ein Anrecht auf Teilhabe! Wir wissen aber auch, dass es sehr wohl Fälle gibt, bei denen von dem Zeitbudget natürlich somatisch pflegerische Aufgaben im Vordergrund stehen. Dennoch muss es ein Primat der sozialen Teilhabe geben.

2. Die Praxis zeigt, dass eine Konzentration alter Menschen mit geistiger Behinderung in homogenen Gruppen bei den Betroffenen zu einer Beschleunigung des Abbaus, zu Apathie in Folge fehlender Reize und Anregungen, führen kann. (Vergleichbares gilt ja auch für die Ausgrenzung junger Menschen in Sondereinrichtungen).

In besonderer Form wurde dies im Übrigen bei der Enthospitalisierung der letzten Jahrzehnte deutlich, bei der oft auch



schon alte Menschen, wieder in anderer Umgebung, „aufgeblüht“ sind. Aus diesem Grund haben manche unserer Träger von Konzepten homogener „Altengruppen“ behinderter Menschen ganz bewusst wieder Abstand genommen. Das schließt natürlich nicht aus, dass in einem differenzierten Wohnangebot auch gewisse Schwerpunkte gesetzt werden – z. B. weil man nur in einem Haus des Wohnverbundes eine Nachtwache einrichtet. Aber jede Form von durchgehender „Homogenität“ führt zur Gettoisierung und unter Umständen – wie Klaus Dörner sagt – zu einer „Konzentration der Unerträglichkeit“.

3. Die Qualitätsanforderungen der Pflegekassen zum Abschluss eines Versorgungsvertrages als Pflegeeinrichtung beinhalten, dass nur noch examinierte Pflegefachkräfte als Fachkräfte eingesetzt werden dürfen (hierzu zählen in der stationären Pflege nach den rechtlichen Vorschriften explizit keine Heilerziehungspfleger), sodass die notwendige Interdisziplinarität und Einbeziehung von pädagogischen Fachkräften dann nicht mehr gewährleistet wäre.

4. Wir wollen keine Diskriminierung der Leistungen der Pflegeheime und wir anerkennen die schwierige Arbeit unserer Kollegen in diesen Einrichtungen, aber Pflegeheime sind grundsätzlich, also auch für Menschen mit geistiger Behinderung, kein Ort für Menschen, die in ihrer dritten Lebensphase stehen und die einen Anspruch auf Teilhabe haben.

5. Für eine nachhaltige, zukunftsfähige und an den Bedürfnissen der älteren Menschen mit Behinderung orientierte Entwicklung ist es wichtig, der Arbeit in der Gemeinde und in die Gemeinde hinein mehr Gewicht zu geben. Nicht neue Sondereinrichtungen zu schaffen ist das Gebot der Stunde, sondern Barrieren abzubauen, die behindern. Dies gilt im Übrigen genauso für junge Menschen mit Behinderung.

D. Wie können Angebote für ältere Menschen mit Behinderung aussehen?

Eine Auswahl an Ideen, die noch erweitert werden muss

Ich möchte hier nicht bei einer Ablehnung von Vorschlägen anderer stehen bleiben, sondern ihnen abschließend kurz in vier Punkten beschreiben, was aus Sicht der Lebenshilfe geschehen sollte, um sich auf die Bedarfe von Menschen mit geistiger Behinderung einzustellen, die im Alter in zunehmendem Ausmaß stärker pflegebedürftig werden:

1. Die Einrichtungen der Behindertenhilfe müssen sich auf die Veränderung ihrer Klientel in dreierlei Hinsicht einstellen:

- **baulich:** Hier liegt in manchen Einrichtungen ein wesentliches Problem vor. Sie sind zu einer Zeit entstanden, als man praktisch nur den „mobilen Werkstattmitarbeiter“ im Auge hatte. Schon das Wort „Wohnstätte an der Werkstatt“ spricht Bände. Aber da der „mobile behinderte Mensch“ auf Dauer ohnehin nicht mehr zur klassischen Klientel von Wohnheimen gehören wird, müssen baulich ungeeignete Häuser sowieso umgebaut oder nötigenfalls auch mal aufgelöst werden.
- **sächlich / notwendige Ausstattung:** Mehr Pflege im Alter erfordert natürlich auch eine entsprechende Ausstattung im sanitären Bereich, bei den Pflegehilfsmitteln usw. Dies gilt übrigens genauso auch für nichtbehinderte Menschen im Alter.
- **personell:** Bei entsprechender Altersentwicklung der Menschen im Wohnheim ist die Mitarbeit von examinierten Pflegekräften im interdisziplinären Team zunehmend erforderlich. Es macht auch Sinn, bestimmte

Leistungen vor allem der häuslichen Pflege (auch z. B. der häuslichen Behandlungspflege, nicht nur nach der Entlassung aus dem Krankenhaus) bei ambulanten Pflegediensten „einzukaufen“.

Vielleicht hilft uns in diesem Zusammenhang auch das Persönliche Budget, vor allem im ambulanten Bereich.

Nach meinem Eindruck hat ein großer Teil der Einrichtungen für behinderte Menschen diese Schritte bereits vollzogen bzw. sie befinden sich gerade in diesem Prozess. Ich will aber gar nicht ausschließen, dass hier an einigen Orten noch Handlungsbedarf besteht.

2. In den seltenen Fällen, wo geistig behinderte Menschen in Einrichtungen der Altenpflege umziehen, sollte durch eine fachliche Kooperation zwischen der „abgebenden“ und der „aufnehmenden“ Einrichtung der Transfer von Knowhow zur Begleitung geistig behinderter Menschen gewährleistet werden. Hier gibt es Handlungsbedarf und eine Bringschuld der Behindertenhilfe!

3. Umgekehrt würde die Einrichtung der Eingliederungshilfe von dieser Zusammenarbeit selbstverständlich im Sinne ihrer Qualifizierung im pflegerischen Bereich auch profitieren. Der Knowhow-Transfer kann zum Beispiel durch gemeinsame Teamgespräche, interne Fortbildung oder gegenseitige Hospitationen geschehen. Ich erinnere nur an die Sterbebegleitung, bei der wir viel von den Kollegen der Pflege lernen können. Hier fordere ich eine Holschuld unserer Kolleginnen und Kollegen.

4. Wir sollten in die sich gerade entwickelnden alternativen Wohnformen mit „Hilfe-Mix-Konstruktionen“, die formal ambulante Wohnformen sind, auch Menschen mit hohem (pflegerischen) Hilfebedarf einbeziehen, denn in ambulanten Wohnformen können die vollen Leistungen der

häuslichen Pflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz schon heute in Anspruch genommen werden. Wie sich solche Wohnformen entwickeln können, wird natürlich nicht zuletzt auch von unserem zukünftigen Landesheimgesetz abhängen, von dem wir uns Regelungen erhoffen, welche die Existenz solcher Wohnformen nicht unnötig mit vielen formalen Anforderungen erschweren.

5. Es muss zukünftig auch bei allen stationären Wohnformen für Menschen mit Behinderung ab der Pflegestufe 1 die Möglichkeit geben, von dem Pauschalbetrag, den die Pflegeversicherung zu den Entgeltsätzen gibt, wegzugehen und stattdessen mit der entsprechenden Pflegestufe dann die vollen Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB XI abzurufen. Auch dies entspricht der gesellschaftlichen Normalität. Das heißt schließlich, dass wir uns gemeinsam – Leistungsträger, Leistungserbringer und wir in der Lebenshilfe als Vertreter der betroffenen Menschen selber – dafür einsetzen, dass im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung die Ansprüche behinderter Menschen auf Leistungen nach dem SGB XI in Einrichtungen der Eingliederungshilfe verbessert werden. Denn eine Umgereimtheit im Gesetz muss man an der Wurzel angehen, man kann sie aber nicht dadurch ausgleichen, dass man Menschen aus reinen Kostenzuordnungsgesichtspunkten Einrichtungen „zuordnet“, die ihrem Hilfebedarf und ihrem Anspruch auf Teilhabe nicht gerecht werden können.

Wenn aber der Gesetzgeber die entsprechende Öffnung des SGB XI nicht vollzieht, weil er zu der Einschätzung kommt, dass sie zu einer zusätzlichen Belastung dieses Sozialversicherungszweiges führen würde, dann darf das nicht zu Lasten der Menschen mit Behinderung gehen.

Es gibt also für uns alle noch viel gemeinsam zu tun. Ich freue mich darauf, ebenso wie auf die spannende Diskussion der anstehenden Fragestellungen.



Praxisberichte

Was macht Eingliederungshilfe im Alter aus?

Sr. Walburga M. Scheibel, Heggbacher Einrichtungen

Inhalt

1. Die Heggbacher Einrichtungen
2. Konzeption des binnendifferenzierten Bereichs
3. Was macht Eingliederungshilfe im Alter aus?
4. Gegenüberstellung von Tagessätzen
5. Schlusslichter

1. Die Heggbacher Einrichtungen

Die Einrichtungen, von den Franziskanerinnen von Reute 1887 gegründet, sind seit dem 1.1.2000 eine Einrichtung der St- Elisabeth-Stiftung Bad Waldsee. Der Stiftungsauftrag lautet: „Wir sind da und helfen, wenn Menschen uns brauchen.“ Der Tätigkeitsbereich der Heggbacher Einrichtungen erstreckt sich auf die Region Donau-Iller, das heißt die Kreise Alb-Donau, Biberach und Ulm.

Insgesamt werden derzeit von 986 Mitarbeitern 1354 Menschen mit Behinderungen betreut, davon 90 Personen im ambulant betreuten Wohnen, 550 Personen in Wohnheimen und 1030 Personen in Werkstätten.

Der Wohnbereich Bernhard in Heggbach ist seit 27.11.1997 ein binnendifferenzierter Bereich, in dem 57 Frauen und Männer mit einem Altersdurchschnitt von 68 Jahren

leben. Der überwiegende Teil ist mittelschwer geistig und mehrfach behindert, davon 6 Bewohner Hilfebedarfsgruppe (HBG) 5, 34 Bewohner HBG 4 und 17 Bewohner HBG 3. Es finden sich folgende ärztliche Diagnosen: geistige Behinderungen, Spastiken, Sinnesbeeinträchtigungen, Bewegungseinschränkungen, Anfallsleiden, psychische Erkrankungen sowie andere akute und chronische Krankheiten. Bei der Mehrheit der Bewohner liegt eine Kombination mehrerer Diagnosen vor, die ein häufig schweres Behinderungs- und Krankheitsbild verursachen. Alle Bewohner erhalten regelmäßig aufgrund ärztlicher Anordnung Medikamente und zum Teil Behandlungspflege. Zunehmend werden Pflegestufen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüft.

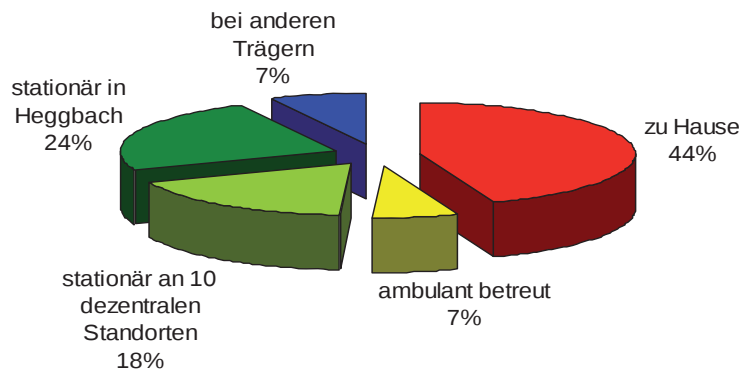
Die Tagesstruktur der Bewohner stellt sich folgendermaßen dar:

27 Bewohner werden ganztags auf der Wohngruppe betreut, 14 Bewohner besuchen überwiegend halbtags die Seniorengruppe bei der WfbM, 9 Bewohner besuchen die Förder- und Betreuungsgruppe bei der WfbM, 7 Bewohner sind in der WfbM beschäftigt.

Wohnangebot

Stand: 31.12.2006

Von 1354 Menschen mit Behinderungen **wohnen**



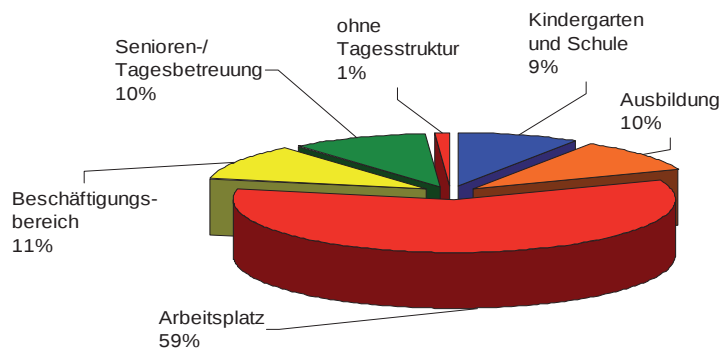
KVJS-Fachtag "Der alterspflegebedürftige geistig behinderte Mensch"

- 6 -

Betreuungsangebot

Stand: 31.12.2006

Von 1354 Menschen mit Behinderungen sind **tagsüber**



KVJS-Fachtag "Der alterspflegebedürftige geistig behinderte Mensch"

- 5 -

2. Konzeption des binnendifferenzierten Bereichs

Der binnendifferenzierte Bereich bietet Wohnen für ältere und/oder schwerstpflegebedürftige Frauen und Männer mit geistiger Behinderung sowie im Einzelfall auch Wohnen für jüngere schwerstpflegebedürftige Frauen und Männer, die tags-

über den Förder- und Betreuungsbereich besuchen.

Aufgrund des individuellen Hilfebedarfs und des Alters der Bewohner liegt neben der pädagogischen Förderung und Begleitung der Schwerpunkt im pflegerischen Bereich. Grundprinzip des Angebots ist das Wohnen bis zum Lebensende. Lebensmittelpunkt ist dabei die Wohngruppe



mit Kontakten in den Wohnbereich sowie in die sonstigen Bereiche der Einrichtung hinein. Es werden auch gruppenübergreifende Aktivitäten wie Musik, Spiel, Bewegung und kreatives Gestalten angeboten.

Das Mitarbeiterteam ist multiprofessionell zusammengesetzt (Heilerziehungspfleger, Altenpfleger, Krankenschwestern, Pflegegeschüler, Praktikanten). Darunter sind auch Mitarbeiter mit Doppelqualifikation (Heilerziehungspfleger/Altenpfleger). Der Dienstplan ist flexibel und bedarfsgerecht gestaltet mit durchgängig besetzten Wohngruppen und durchgehendem Nachtdienst. Die Konzeption der Seniorenbetreuung basiert auf folgendem Grundsatz: In der Seniorenbetreuung erhalten Menschen mit geistiger Behinderung Angebote zur Alltagsgestaltung ihres dritten Lebensabschnitts und eine Begleitung, die die Besonderheiten bei Menschen mit Behinderungen berücksichtigt. Die Konzeption besteht aus sechs Elementen:

Selbstbild: das biologische Alter und die Selbsteinschätzung klaffen bei Menschen

mit geistiger Behinderung häufig weit auseinander. Die Seniorengruppe als „Brücke ins Rentenalter“ soll hier vermittelnd wirken.

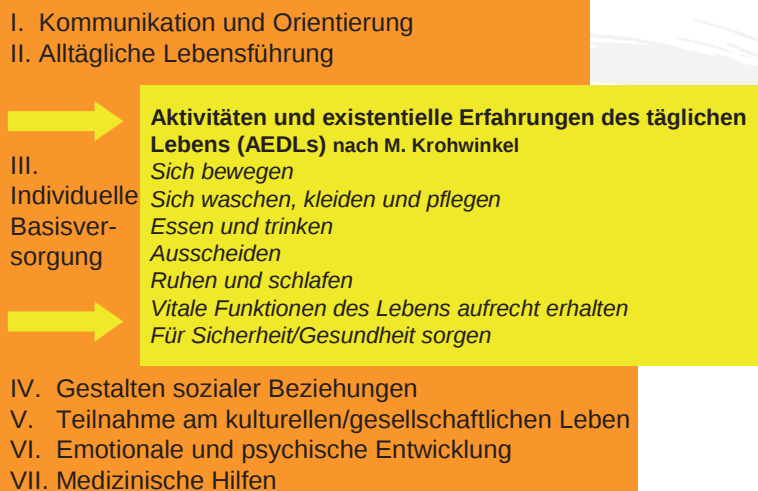
Verständnis für altersbedingte Körperveränderungen: für Menschen mit geistigen Behinderungen sind körperliche Alterungsprozesse und Leistungseinbußen häufig nicht zu verstehen (sie werden eher als Krankheit aufgefasst). Aufgabe ist es, die Menschen mit geistiger Behinderung dabei zu unterstützen, körperliche Veränderungen wahrzunehmen und in ihr Selbstbild zu integrieren.

Biographiearbeit: wesentliche Voraussetzung für ein gelingendes Altern ist für alle Menschen Zufriedenheit mit sich selbst im Sinne eines erfüllten Lebens. Menschen mit geistiger Behinderung werden darin unterstützt, auf ihr Leben mit Höhen und Tiefen zurückzublicken und dadurch Identität, Annahme ihrer Lebenssituation und Zufriedenheit zu entwickeln.

Sinnfragen und religiöses Leben: ein erfülltes Leben ist mit Fragen nach Sinn,

Betreuungs- und Pflegekonzept konkret

HNM – Hilfe nach Maß (Grundlage nach Metzler)



nach Leben und Tod verbunden. Dafür braucht es Gesprächspartner, die auf Fragen, Ängste und Nöte der behinderten Menschen eingehen, ihnen in schwierigen Zeiten beistehen und ihnen mit einem Bild von Gott, der die Menschen liebt und annimmt, der verzeiht und beschützt, helfen ihre Lebensängste zu bewältigen. Gespräch und Gebet spenden Trost, religiöse Feste stiften Sinn und strukturieren das Jahr.

Entwicklung neuer Aktivitäten: Menschen mit geistiger Behinderung brauchen nach dem Arbeitsleben eine Entwicklung neuer, dem Lebensalter entsprechender Beschäftigungen. Angebotsziele wie Ausgeglichenheit, Beweglichkeit, Angenommensein liegen im Bereich des Wohlbefindens, nicht der Leistungserweiterung.

Zweiter Lebensraum: ein zweiter Lebensraum gilt als persönliche Bereicherung, als Grundlage psychischer Stabilität und als Ausdruck der Normalisierung des Lebensalltags. Durch die Tagesbetreuung für Senioren und gruppenübergreifende Angebote wird dies umgesetzt.

Wesentlich ist auch, dass die Senioren unter verschiedenen Angeboten wählen können: aktive Teilnahme am Arbeitsleben ohne Produktionsdruck, kognitive und kreative Anregungen, Bewegungsübungen (Gymnastik, Sport, Spaziergänge), Pflege sozialer Kontakte, Feste, Teilnahme am „Heggbacher Dorfleben“.

Die Konzeption Seniorenbetreuung wird realisiert im Rahmen der Fachdienste der Heggbacher Einrichtung (Bildung, Kultur, Freizeit, Psychologisch-Heilpädagogischer Fachdienst, Pastoraler Dienst), in der Seniorengruppe der WfbM und in allen Wohnformen.

3. Was macht Eingliederungshilfe im Alter aus?

Dies soll schlaglichtartig in 7 Punkten zusammengefasst werden:

1. Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung brauchen durch ihr kognitives Anderssein lebenslang menschliche Hilfen bei der Lebensbewältigung, im individuellen Bereich und in den kommunikativen Prozessen (Eingliederungshilfe).

2. Bei geistig behinderten Menschen und bei zunehmendem Alter mit Multimorbidität nimmt der Pflegebedarf in Grund- und Behandlungspflege zu. Gleichzeitig brauchen die Menschen jedoch weiterhin die Hilfe zur Lebensbewältigung und zur Kommunikation.

3. Menschen mit geistiger Behinderung brauchen auf Grund ihrer mentalen und psychischen Einschränkungen in Krisen, Krankheits-, Alterungs- und Sterbesituationen ein Vielfaches an individueller und ganzheitlicher Zuwendung, Begleitung und Unterstützung.

4. Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung haben im Gegensatz zu anderen alten Menschen nicht die Fülle an Erfahrungen und Erinnerungen. Gleichzeitig können sie weniger auf gemachte Erfahrungen zurückgreifen und diese als Verarbeitungspotential für ein gelungenes Leben bzw. für Alterszufriedenheit nutzen. Sie brauchen dazu kontinuierliche Unterstützung.

5. Für sehr viele Menschen mit geistiger Behinderung ist die Wohngruppe Familienersatz, da sie in der Regel keine sozialen Netzwerke (Kinder, Freundes- und Bekanntenkreis) haben und Geschwister selbst alt geworden oder schon verstorben sind.

6. Ältere Menschen mit geistiger Behinderung leben durchschnittlich 20 Jahre mit dem Leistungstyp 4.6 (Tagesbetreuung, in der Regel für Senioren).

7. Die Eingliederungshilfe bietet Senioren sehr differenzierte Teilhabemöglichkeiten:



- zweiter Lebensraum Seniorengruppe
- individuell wählbare Angebote der Fachdienste
- Fülle des Lebens auf der Wohngruppe.

4. Gegenüberstellung von Tagessätzen Altenhilfe – Behindertenhilfe

In der folgenden Folie werden durchschnittliche Tagessätze, Stand 2005, in der Alten- und Behindertenhilfe jeweils ohne Investitionskostenanteil und Ausbildungsumlage gegenübergestellt.

Fazit:

Das durchschnittliche Leistungsentgelt lag 2005 in der Behindertenhilfe leicht über dem der Altenhilfe bei zunehmender Angleichungstendenz. Die Pflegeversicherung verbessert zudem derzeit das Leistungsentgelt für Menschen mit Demenz. Menschen mit geistiger Behinderung brauchen neben der Pflege lebenslang

behinderungsspezifische Hilfen und eine entsprechende Finanzierung. Mit dem Satz für die Tagesstruktur nach Leistungstyp 4.6 können Menschen mit Behinderungen nicht ausreichend, d.h. 7 Stunden täglich betreut werden.

Für 8 Bewohner, die 2005 in HBG 5 eingestuft waren und inzwischen aufgrund veränderter Bewertungsmaßstäbe in HBG 4 eingestuft wurden, fehlen täglich rund 200 Euro, das sind rund 1,5 Vollkräfte.

Eine wesentliche Erkenntnis ist, dass Behinderung und Hilfebedarf von Menschen mit Behinderungen derzeit (April 2008) noch nicht in den Pflegestufen gemäß SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) vorgesehen ist und deshalb auch nicht adäquat abgebildet werden kann.

5. Schlusslichter: Was wir wissen müssen

Abschließend sollen nochmals die wichtigsten Erkenntnisse genannt werden:

70

IV. Gegenüberstellung von Tagessätzen Altenhilfe - Behindertenhilfe

(ohne Investitionsbetrag und Ausbildungsumlage)



Pflegebedürftiger Mensch im Pflegeheim - durchschn. Tagessatz im regionalen Umfeld, Pflegestufe 3, Stand: 2005 Pflegeleistung, Unterkunft und Verpflegung	€ 94,96
---	----------------

Mensch mit Behinderung in der Eingliederungshilfe - durchschn. Tagessatz, Hilfebedarfsgruppe IV (Pflegestufe 3) Pflegeleistung, Unterkunft und Verpflegung	€ 83,39
zuzügl. Tagesbetreuung LT 4.6. (Wohngruppe)	+ € 20,58 € 103,97
oder Tagesbetreuung LT 4.5 (FuB Heim)	+ € 36,31 € 119,70



- Ältere Menschen mit geistigen Behinderungen sind nicht vergleichbar mit älteren Menschen insgesamt
- Menschen mit geistiger Behinderung brauchen lebenslang notwendige behinderungsspezifische Hilfen bei der Lebensbewältigung und das ist Eingliederungshilfe
- Für sehr viele Menschen mit Behinderungen ist die Wohngruppe ihr Familienersatz und ihre Häuslichkeit
- Eine ausreichende Betreuung braucht pädagogisch und pflegerisch qualifiziertes Fachpersonal für differenzierte Teilhabehilfe (Fachkräftemix)
- Pflege und differenzierte Teilhabe erfordern ausreichende finanzielle Ressourcen.



Fachpflege für alterspflegebedürftige Menschen mit Behinderungen aus kommunaler Sicht – ein Planungsbeispiel

Horst Lipinski und Norbert Weiser, Landratsamt Calw

Der Landkreis Calw, inmitten des Nord-schwarzwalds gelegen, hat 161 400 Einwohner, die in 25 Gemeinden leben. Es gibt zwei große Kreisstädte, Calw und Nagold. 89 % des Kreisgebiets sind Wald oder Landwirtschaftsfläche.

Aktuell gibt es im Landkreis Calw nur wenige ältere schwerstpflegebedürftige Menschen mit Behinderung, die entweder in binnendifferenzierten Einrichtungen der Behindertenhilfe oder im Einzelfall in Altenpflegeeinrichtungen leben. Spezifische Pflegewohnkonzepte für diese Personengruppe sind in den bestehenden Einrichtungen bislang noch nicht vorhanden.

Angesichts der künftigen demografischen Entwicklung – die auch bei den Menschen mit Behinderungen zu einer Zunahme der älteren und damit auch zu einer Zunahme der schwerstpflegebedürftigen Menschen führen wird – besteht für den Landkreis Calw die Herausforderung darin, ein qualifiziertes und möglichst wohnortnahe Versorgungsangebot für diesen Personenkreis im ländlichen Raum aufzubauen und sicherzustellen. Schon heute wohnen Menschen mit Behinderungen zu mehr als 50 % in Privatwohnungen in ihrer Stadt oder Gemeinde.

Durchgängige, wohnortnahe, bedarfsorientierte und flexible Konzepte haben Zukunft! Der Landkreis sieht in dieser Herausforderung gleichzeitig die Chance, die regionalen Unterstützungsangebote für alte wie für behinderte Menschen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Dies soll durch den Aufbau von passgenauen Hilfen für den Einzelfall geschehen. Ein solches Angebot

muss einerseits auf tragfähigen Strukturen ruhen und andererseits so flexibel angelegt sein, dass es unterschiedliche individuelle Hilfebedarfe abdecken kann.

Planung und Aufbau entsprechender Angebote können nur im direkten Kontakt aller örtlich Beteiligten gelingen und setzen eine vertrauensvolle Zusammenarbeit sowie einen lebendigen Dialog am Ort voraus. Die erforderlichen Prozesse der Konzeptionsentwicklung und Abstimmung führen nach unserer Erfahrung zu insgesamt positiven Anstößen für die kommunale Entwicklung.

Das Pflegezentrum Wildberg – ein Kooperationsprojekt von Alten- und Behindertenhilfe

Für das aus mehreren Gebäudeteilen bestehende Altenpflegeheim der Stiftung Altenheime Backnang und Wildberg in Wildberg soll ein Neubau als Ersatz für einen nicht mehr sanierbaren Gebäudeteil geschaffen werden. Dieser Pflegeheimneubau soll unter der Bezeichnung Pflegeheim Bergsteig im Wildberger Ortsteil Efringen entstehen.

Von den dort vorgesehenen 42 Pflegeplätzen sind 11 Plätze in einem Flügel des Obergeschosses für den Personenkreis älterer pflegebedürftiger Menschen mit geistiger Behinderung vorgesehen. Es soll sich dabei um Personen handeln, die aus dem Landkreis Calw stammen und bisher in einem Wohnheim für behinderte Menschen leben, in dem sie aber aufgrund ihres umfangreichen Pflegebedarfs nicht mehr ausreichend versorgt werden können. Es handelt sich damit um einen sog.

Wohnpflegebereich, wie er bereits seit vielen Jahren in einigen anderen Pflegeheimen (z. B. in Heilbronn, in Sindelfingen) umgesetzt wird.

Die Besonderheit der Planung in Wildberg besteht in der verbindlich vereinbarten Kooperation zwischen einem Träger der Altenhilfe und einem Träger der Behindertenhilfe. Die Stiftung Altenheime Backnang und Wildberg hat zu diesem Zweck mit der Gemeinnützigen Werkstätten- und Wohnstätten GmbH Sindelfingen einen Kooperationsvertrag geschlossen (beide Träger sind Mitglieder im Diakonischen Werk Württemberg). Das Ziel der Zusammenarbeit wird darin folgendermaßen beschrieben: „Die Kooperation ist darauf ausgerichtet, behinderten Menschen mit hohem Pflege- und Hilfebedarf eine ihnen entsprechende Lebenssituation umfassend und verlässlich bis zum Lebensende zu ermöglichen.“ (§ 2).

Beim vorgesehenen Personenkreis handelt es sich um „... Personen, bei denen aufgrund der Schwere der Behinderung Eingliederungshilfemaßnahmen nicht mehr in Frage kommen oder Pflegeleistungen ergänzend zu den Eingliederungshilfeleistungen erforderlich werden...“ (§ 4). Die Stiftung Altenheime Backnang und Wildberg verpflichtet sich, 11 Pflegeplätze, „... die für erheblich pflegebedürftig gewordene behinderte Personen besonders geeignet sind“ (§ 3) zu schaffen, die Gemeinnützige Werkstätten- und Wohnstätten GmbH Sindelfingen verpflichtet sich, das Heimplatzangebot für den beschriebenen Personenkreis zu nutzen.

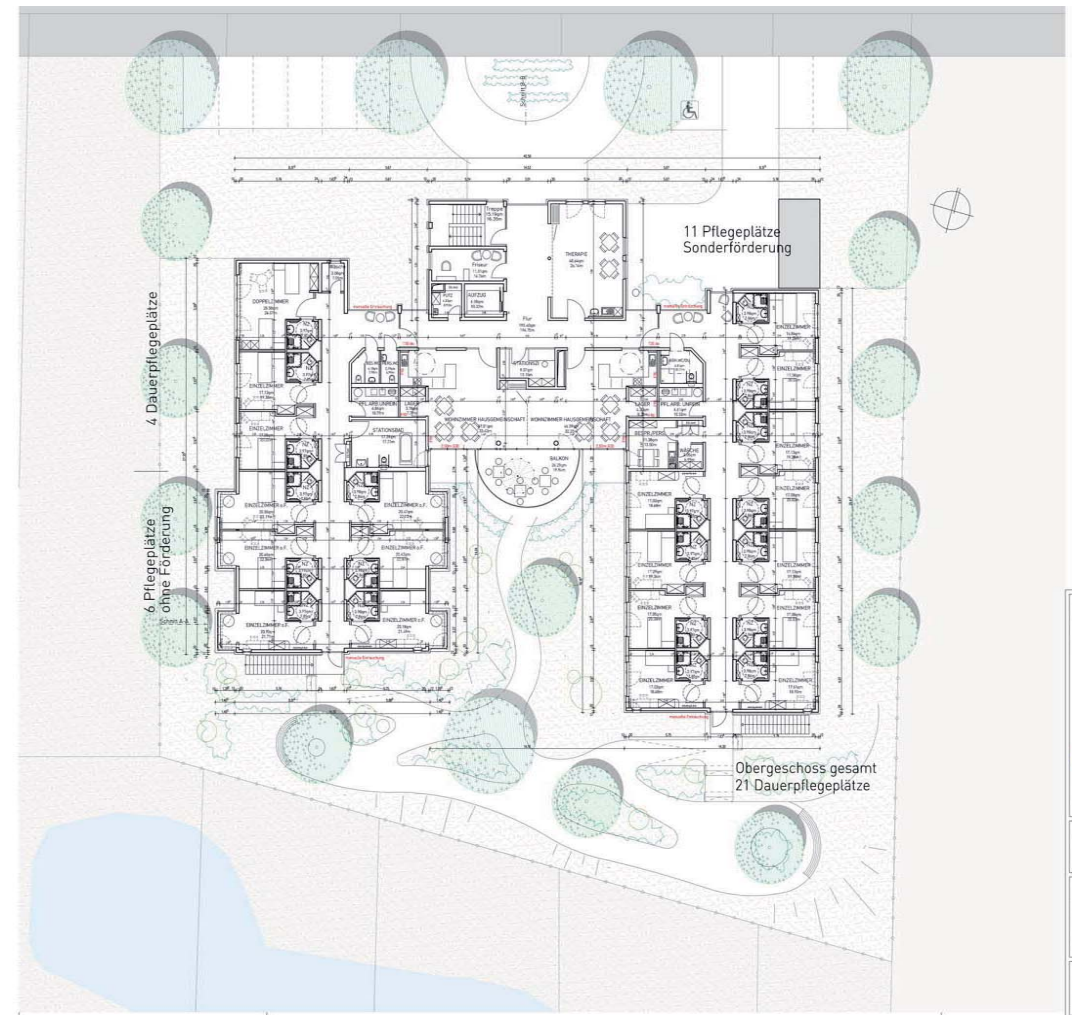
Sowohl die Konzeptionsentwicklung wie die konkrete Hilfeplanung für die betrof-

fenen Personen erfolgen gemeinsam. Grundlage der Zusammenarbeit der beiden Träger sind folgende Maximen:

- Vorrang für Personen aus dem Landkreis Calw (Prinzip der wohnortnahen Versorgung)
- die Einrichtung sowie der Wohnpflegebereich haben eine überschaubare Größe
- Vorrang ambulanter vor stationären Hilfeformen
- gegenseitige Nutzung der jeweiligen Fachkompetenz
- entscheidendes Kriterium ist stets der individuelle Hilfebedarf unabhängig vom Alter
- Entscheidungen werden in gegenseitigem Einvernehmen getroffen
- Die Fachpflegekonzeption wird stetig weiterentwickelt und an die individuellen Bedarfe angepasst

Es bestehen darüber hinaus Überlegungen, im hauswirtschaftlichen Bereich und im Service der Pflegeeinrichtung zusätzliche Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen zu schaffen. Diese könnten sowohl in Form „ausgelagerter“ Arbeitsplätze der WfBM als auch durch neue Arbeitsplatzmodelle für Menschen mit Schwerbehinderung unter Beteiligung des Integrationsamtes und des örtlichen Sozialhilfeträgers entstehen.

Das Vorhaben hat bereits eine Förderempfehlung in den zuständigen Gremien des Landes erhalten und kann begonnen werden, sobald entsprechende Fördermittel freigegeben werden.



III. Stellungnahme des KVJS vom 14.10.2008 zum Antrag der CDU-Fraktion „Demografische Entwicklung im Blick auf pflegebedürftige Menschen mit Behinderung im Seniorenalter – Herausforderung für die Pflegeversicherung“

Roland Klinger, Kommunalverband für Jugend und Soziales, Baden-Württemberg

Antrag der CDU-Fraktion

Demografische Entwicklung im Blick auf pflegebedürftige Menschen mit Behinderung im Seniorenalter - Herausforderung für die Pflegeversicherung

Ihr Schreiben vom 30.7.2008

75

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zum oben genannten Antrag der CDU-Landtagsfraktion nimmt der KVJS wie folgt Stellung:

I Allgemeines

Die soziodemografischen Daten der Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, liegen ausschließlich beim zuständigen örtlichen Träger der Eingliederungshilfe vor.

Zwar erstellt der KVJS einen jährlichen Statistikbericht zur Eingliederungshilfe mit den örtlichen Daten, an dem sich inzwischen alle Stadt- und Landkreise auf freiwilliger Basis beteiligen. Die KVJS-Datenlage reicht jedoch nicht aus, um die spezifischen Fragestellungen ausreichend zu beantworten. Der KVJS hat deshalb die Daten zu Altersstruktur, Pflegebedarf und Wohnsituation in einer umfassenden Abfrage bei allen 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg erhoben und ausgewertet.

Lindenspürstr.39
70176 Stuttgart
Telefon 0711 6375-0
Telefax 0711 6375-735
info@kvjs.de
www.kvjs.de

Landesbank
Baden-Württemberg
BLZ 600 501 01
Konto 222 82 82



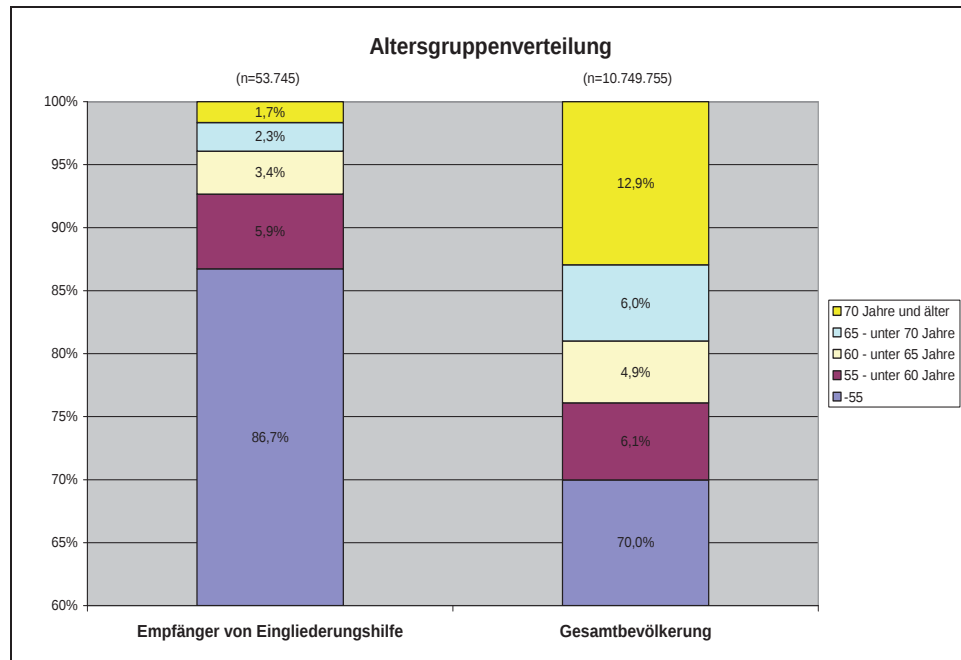
Grundsätzliches:

Der Altersaufbau von Gesamtbevölkerung und der Bevölkerungsgruppe der wesentlich behinderten Menschen unterscheidet sich – verursacht durch die sogenannte Euthanasie während des Nationalsozialismus – eklatant.

14. Oktober 2008

Seite 2

Grafik 1



Quelle: Erhebung des KVJS bei 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg und Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg jeweils zum Stichtag 31.12.2007

Die meisten heutigen Empfänger von Eingliederungshilfe wurden nach dem Krieg geboren. Alterspflege war in der Eingliederungshilfe deshalb bis in die jüngste Vergangenheit kein Thema. Die Lebenserwartung behinderter Menschen nähert sich jedoch aufgrund des medizinischen Fortschritts allmählich der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung an. Die Altersgruppe der 55 - unter 60 Jährigen ist jetzt schon nahezu gleich besetzt. In den nächsten Jahren ist mit einer weiteren Zunahme der älteren Menschen mit Behinderung zu rechnen, so dass sich die Alterspyramiden mittelfristig immer mehr angleichen werden.

Eine Aussage zur Pflegebedürftigkeit nach SGB XI für Leistungsempfänger von Eingliederungshilfe nach SGB XII ist grundsätzlich nur eingeschränkt möglich. Insbesondere wenn Leistungsempfänger lediglich teilstationäre Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen, einer Förder- und Betreuungsgruppe oder einer teilstationären Seniorengruppe erhalten, ist die Feststellung des Pflegebedarfs und die Einstufung in eine Pflegestufe nach SGB XI für die Gewährung von Eingliederungshilfe nicht relevant und nur in wenigen Fällen aktenkundig. Dies gilt auch, wenn lediglich ambulante Betreuungsleistungen (ambulant betreutes Wohnen, begleitetes Wohnen in der Familie) gewährt werden.

14. Oktober 2008

Seite 3

Leben Menschen mit Behinderung in einem stationären Wohnheim, so erhalten sie bei einem festgestellten Pflegebedarf nach § 43a SGB XI für Pflegeleistungen lediglich einen pauschalen Betrag von 256.- € pro Monat. Diese Leistung wird unabhängig von einer etwaigen Pflegestufe gewährt, nach der der Leistungsberechtigte u.U. vor seinem Eintritt in das stationäre Wohnheim Geld- oder Sachleistungen bezogen hat. Bei einer erstmaligen Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Pflegekassen in einem stationären Wohnheim wird gemäß § 43 a lediglich der Pflegebedarf, nicht jedoch die Zuweisung in eine Pflegestufe festgestellt. Behinderte Menschen mit einem vom medizinischen Dienst festgestellten Pflegebedarf nach SGB XI werden daher, wenn sie in einem Wohnheim leben, gegenüber den Menschen mit Behinderung, die noch zu Hause oder ambulant betreut leben, benachteiligt, obwohl sie meist jahrelang Beiträge zur Pflegeversicherung gezahlt haben. Lediglich, wenn das Wohnheim - zumindest für einen Teil seiner Plätze - einen Versorgungsvertrag nach SGB XI abgeschlossen hat, erhalten diese Menschen mit Behinderung die vollen Leistungen der Pflegeversicherung.

77

II Stellungnahme zu Einzelfragen

Zu 1.

Erkenntnisse zur Entwicklung der Anzahl der Menschen mit Behinderung, die im Alter pflegebedürftig werden, in den letzten Jahren und zukünftig

Am 31.12.2007 waren in Baden-Württemberg 7.127 Empfänger von Eingliederungshilfe 55 Jahre und älter. 2.117 Menschen mit Behinderung waren davon über 65 Jahre und damit bereits aus dem Berufsleben, der Werkstatt für behinderte Menschen oder der Förder- und Betreuungsgruppe ausgeschieden. Nahezu 60 Prozent (1.229) dieser Menschen haben das Rentenalter in den letzten fünf Jahren erreicht. In den nächsten fünf Jahren, bis 2012, werden mindestens

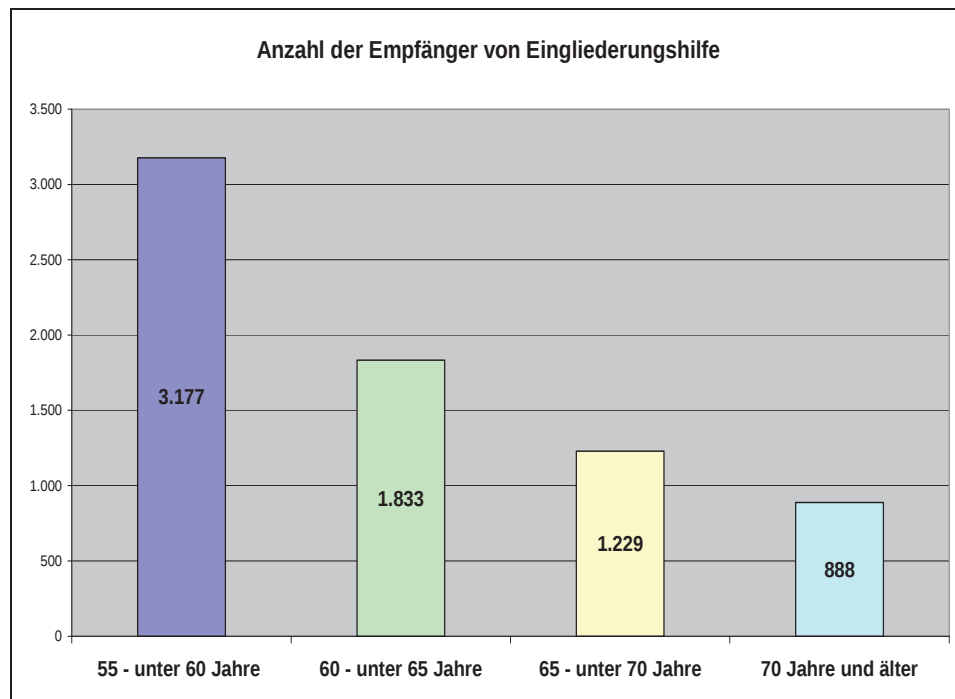
1.833 Empfänger von Eingliederungshilfe das Rentenalter erreichen. Die Anzahl der Menschen, die dieses Alter erreichen, steigt in den kommenden Jahren stark und kontinuierlich an. Von 2012 bis 2017 werden noch einmal fast die doppelte Anzahl, nämlich 3.177 Menschen mit Behinderung altershalber die Werkstatt für behinderte Menschen oder die Förder- und Betreuungsgruppe verlassen.

14. Oktober 2008

Seite 4

Die sinnvolle Beschäftigung und Alltagsgestaltung und der weiterhin bestehende Anspruch auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben stehen auch bei diesen Menschen im Vordergrund. In Rahmen eines Modellprojekts „Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe“ erprobt der KVJS deshalb derzeit mit drei Stadt- und Landkreisen, wie diese Gruppe der Senioren auf ihren Ruhestand und eine sinnvolle Alltagsgestaltung vorbereitet werden kann und wie eine Integration in die Angebote der Altenhilfe vor Ort (z.B. Seniorenbegegnungsstätten) gelingen kann.

Grafik 2



Quelle: Erhebung des KVJS bei 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg zum Stichtag 31.12.2007

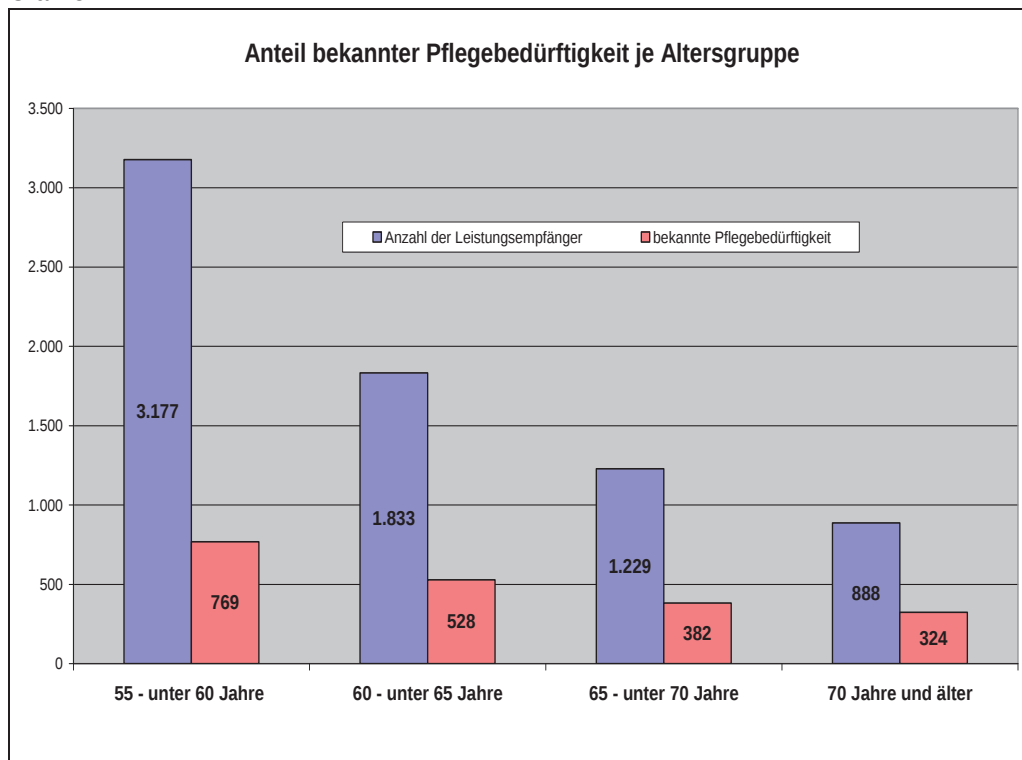
Der Pflegebedarf ist wie bei der Gesamtbevölkerung zunächst nicht das vorherrschende Thema beim Eintritt in den Ruhestand. Auch wenn je nach Altersgruppe für rund ein Drittel bis ein Viertel der Empfänger von Eingliederungshilfe nicht bekannt ist, ob sie pflegebedürftig sind, zeigt sich deutlich, dass selbst in

der Altersgruppe ab 70 Jahren 39 Prozent definitiv nicht pflegebedürftig sind. Dadurch konnte für Baden-Württemberg im Rahmen dieser Erhebung erstmals empirisch untermauert werden, was bislang nur begründet vermutet werden konnte: Der Zusammenhang von Alter und Pflegebedarf von Menschen mit Behinderung ist zwar evident, aber nur für einen Teil der Zielgruppe relevant. Dementsprechend müssen differenzierte Konzepte zur sinnvollen Alltagsgestaltung und zur Pflegeorganisation je nach dem individuellen Bedarf vor Ort entwickelt werden.

14. Oktober 2008

Seite 5

Grafik3



Quelle: Erhebung des KVJS bei 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg zum Stichtag 31.12.2007

Bei den Empfängern von Leistungen der Eingliederungshilfe, von denen keine Angaben zur Pflegebedürftigkeit bei den örtlichen Trägern vorhanden sind, handelt es sich in erster Linie um Menschen mit Behinderung, die relativ selbstständig bei Angehörigen oder ambulant betreut leben und deren Pflegebedarf deshalb eher gering sein dürfte.

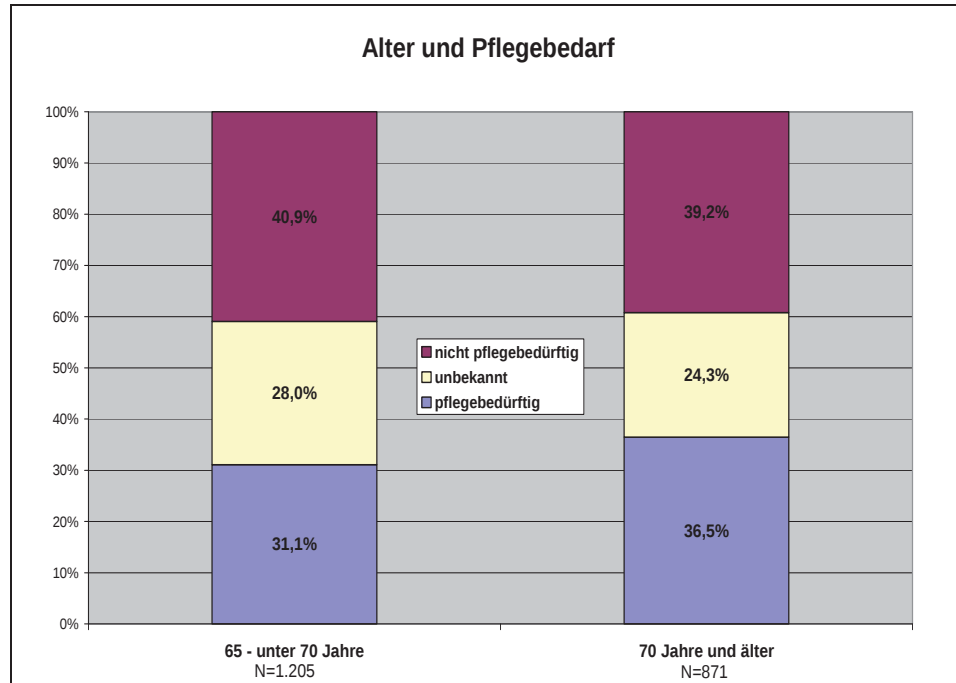


Der Pflegebedarf steigt jedoch mit höherem Alter an. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Menschen mit Behinderung, von denen keine Angaben zum Pflegebedarf gemacht werden können.

14. Oktober 2008

Seite 6

Grafik 4



Quelle: Erhebung des KVJS bei 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg zum Stichtag 31.12.2007

Ist in der Gruppe der 55 - 60 Jährigen von 24,2 Prozent bekannt, dass sie pflegebedürftig sind, so steigt dieser Anteil in der Gruppe der über 70 Jährigen auf 36,5 Prozent.

Zu 2.

Können behinderte Menschen, die in Wohnheimen leben, bei Eintritt ins Rentenalter weiterhin in ihrer gewohnten Umgebung versorgt werden, und inwieweit gilt dies auch dann, wenn sie pflegebedürftig werden?

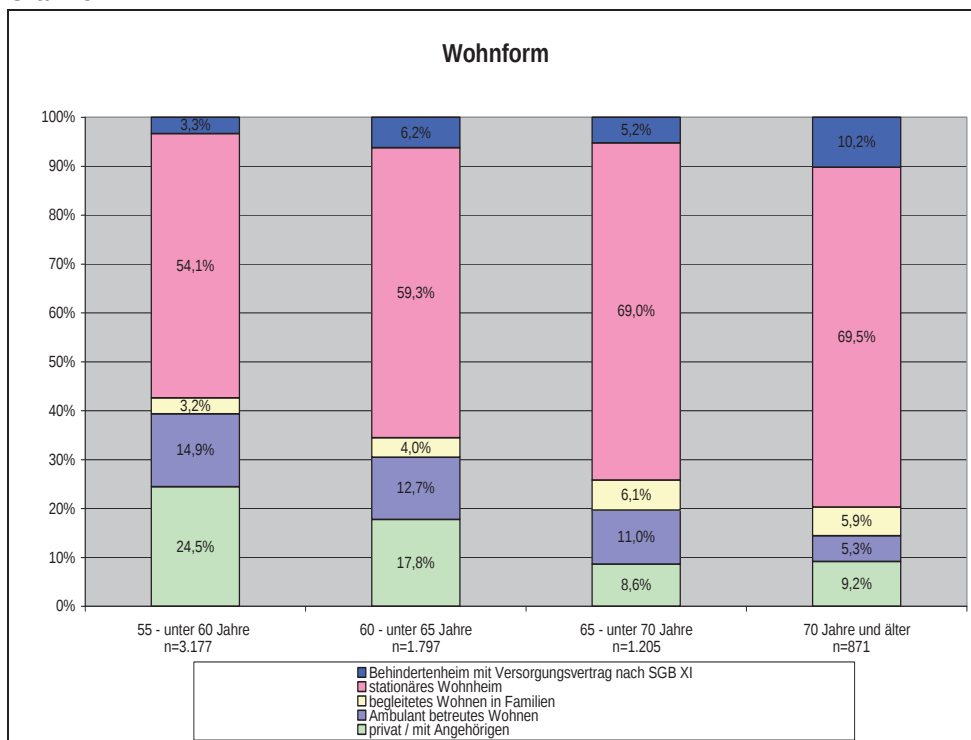
Der Eintritt ins Rentenalter bringt in Baden-Württemberg grundsätzlich keine Veränderung bei der Wohnform der Menschen mit Behinderung mit sich. Die Unterstützungsform und die Intensität der Betreuung hängen vielmehr vom individuellen Bedarf des behinderten Menschen ab und nicht von seinem Alter oder der Form seiner Tagesstruktur.

Immer mehr Menschen mit Behinderung können ein relativ selbständiges Leben außerhalb von Einrichtungen führen; oft bis ins hohe Alter hinein. So lebten am Stichtag ein Fünftel der über 70 jährigen Leistungsempfänger von Eingliederungshilfe außerhalb einer stationären Einrichtung. Sie lebten entweder selbstständig, bei Angehörigen, in Gastfamilien oder mit ambulanten Betreuungsleistungen. Jedoch steigt der Anteil der stationären Betreuungsformen von 57,4 Prozent bei der Gruppe der 55 - 60 Jährigen auf 79,7 Prozent bei der Gruppe der über 70 Jährigen.

14. Oktober 2008

Seite 7

Gratik 5



Quelle: Erhebung des KVJS bei 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg zum Stichtag 31.12.2007

Lediglich ein geringer, wenn auch wachsender Anteil lebt in Behindertenheimen mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI und erhält damit die vollen Leistungen der Pflegeversicherung.

Nicht erfasst sind bei dieser Darstellung diejenigen behinderten Menschen, die wegen ihres Pflegebedarfs in ein Altenpflegeheim gezogen sind. Da diese Menschen dort keine Eingliederungshilfe sondern Hilfe zur Pflege erhalten, werden sie in der Statistik der Eingliederungshilfe nicht mehr erfasst. Aufgrund der geringen absoluten Zahlen in den bisherigen Altersgruppen wird es sich in der Vergangenheit dabei um relativ wenige Personen gehandelt haben. Wegen



der starken nachwachsenden Jahrgänge wird die Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen mit wesentlichen Behinderungen zukünftig jedoch an Bedeutung zunehmen.

14. Oktober 2008

Seite 8

Zu 3.

Wie stellt sich das Wohn- und Pflegeangebot für ältere Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg im stationären und teilstationären Bereich aktuell dar und welche Weiterentwicklungen sind nötig?

In Fachdiskussionen und praktischer Umsetzung werden in Baden-Württemberg derzeit drei Ansätze für die Versorgung stationär alterspflegebedürftiger wesentlich behinderter Menschen ersichtlich. Es sind dies binnendifferenzierte Einrichtungen, Fachpflegeheime bzw. Fachpflegeabteilungen und Pflegeplätze im örtlichen Altenpflegeheim (sog. „eingestreute“ Plätze).

Binnendifferenzierung

Im Jahr 1998 wurden in räumlich festgelegten Bereichen von vollstationären Behinderteneinrichtungen Versorgungsverträge nach SGB XI für spezielle Pflegeabteilungen mit heute landesweit rund 1.450 Plätzen abgeschlossen. Grundlage war eine Rahmenvereinbarung des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern (LWV WH) mit dem Diakonischen Werk Württemberg und dem Diözesan-Caritasverband Rottenburg-Stuttgart über die Binnendifferenzierung von Einrichtungen in der Behindertenhilfe.

Wesentliche Inhalte waren die Budgetgarantie im binnendifferenzierten Teil und die Zusicherung, dass keine Einschränkungen bei den bisher dort erbrachten Betreuungs-, Versorgungs-, Pflege- und Förderleistungen erfolgen soll. Ausdrücklich zugesichert wurde, dass weiterhin Leistungen der Eingliederungshilfe im binnendifferenzierten Heimteil in bisheriger Höhe erbracht werden können. Vorteilhaft an dieser Lösung ist, dass der behinderte Mensch in seinem angestammten Wohnbereich verbleiben kann. Mitbewohner, Betreuer und das weitere bauliche und soziale Umfeld sind vertraut und bleiben erhalten. Gegebenenfalls ist lediglich ein Umzug innerhalb der Einrichtung oder eine bauliche Anpassungsmaßnahme notwendig. Da die Bewohner zusätzlich zu den vollen Leistungen der Pflegeversicherung noch Eingliederungshilfe erhalten, sind diese Personen in der Grafik 5 in der Rubrik „Behindertenheim mit Versorgungsvertrag nach SGB XI“ aufgeführt.

Fachpflegeheime

Fachpflegeheime sind in Baden-Württemberg seit Bestehen der Pflegeversicherung in der Regel für den Personenkreis der seelisch behinderten oder körperlich behinderten Menschen und in geringem Umfang für geistig behinderte Menschen entstanden. Aktuell gibt es landesweit undifferenziert rund 2.950 solcher Plätze. Diese Heime sind selbständige, meist jedoch wohnortfern angesiedelte Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach SGB XI, in denen bisher eher jüngere behinderte Menschen (unter 65 Jahren) ohne zusätzliche Eingliederungshilfeleistungen gepflegt werden. Die meisten Fachpflegeheime sind aus den ehemaligen Pflegefallbereichen der psychiatrischen Zentren erwachsen oder sind Teile von klassischen Kreispflegeheimen.

14. Oktober 2008

Seite 9

Integration in vorhandene örtliche Pflegeheime

Angesichts der zunehmenden Zahl kleinerer wohnortnaher Wohnheime, der gestiegenen Lebenserwartung wesentlich behinderter Menschen und ihres Hineinwachsens in höhere Altersjahrgänge sowie durch die gerade in den letzten Jahren stark ausgebauten ambulanten Betreuungsformen inkl. dem persönlichen Budget wird die somatische Pflegebedürftigkeit der älteren behinderten Menschen zum noch ungelösten Problem. Die ersten dezentralen Wohnstätten für Menschen mit einer geistigen Behinderung in den 70er und 80er Jahren wurden in der Regel nicht barrierefrei und ohne pflegerische Ausstattung errichtet. Das bedeutete im Falle einer somatischen Pflegebedürftigkeit, dass der erforderliche Aufwand von und in der Wohnstätte oftmals nicht geleistet werden konnte. Im Einzelfall erfolgte eine Verlegung des Bewohners in das nahe Altenpflegeheim. Gesamtzahlen derartiger „eingestreuter“ Plätze sind nicht ermittelbar, dürften sich aber auf sehr niedrigem Niveau bewegen.

Die örtlichen Altenpflegeheime sind jedoch in der Regel nicht auf die Betreuungsbedürfnisse insbesondere von älteren geistig behinderten Menschen eingestellt. Es wird daher zukünftig notwendig sein, dass diese Häuser sich z.B. in eigenen Abteilungen konzeptionell und personell auf diese Anforderungen einstellen.



Zusammenfassung

Die Versorgung älter und pflegebedürftig werdender Leistungsempfänger von Eingliederungshilfe nimmt in der Zukunft quantitativ an Bedeutung zu und ist in Baden-Württemberg noch nicht gelöst. Die Stadt- und Landkreise befinden sich derzeit in konzeptionellen Diskussionen und Planungsgesprächen mit den Leistungserbringern vor Ort. Wegen der gewachsenen regional sehr unterschiedlichen Einrichtungslandschaft stellt sich die Thematik jedoch nicht in jedem Kreis in gleicher Weise. Es wird deshalb darauf ankommen, dass vor Ort eine passende Lösung gefunden wird, die den berechtigten Interessen der behinderten Menschen auf eine ihren Bedürfnissen angemessene Pflege gerecht wird. In diesem Zusammenhang wird es wahrscheinlich notwendig sein, verstärkt auch bauliche Anpassungen an den bestehenden Gebäuden vorzunehmen bzw. neue fachlich geeignete wohnortnahe Einrichtungen für diesen Personenkreis zu errichten. Nach Auslaufen der Landespflegeheimförderung wäre es daher sinnvoll und zweckmäßig, wenn Teile der hierfür nicht mehr benötigten Mittel für die bauliche Qualifizierung von Einrichtungen zur Pflege älterer pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung vom Land Baden-Württemberg bereitgestellt werden könnten.

14. Oktober 2008

Seite 10

Mit freundlichen Grüßen

Roland Klinger

Anhang

Literaturliste

(zusammengestellt von Dr. Werner Korte, Landschaftsverband Rheinland, ergänzt durch Werner Stocker, KVJS Baden-Württemberg)

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Grundsätzliche und strategische Überlegungen für Tagesstrukturierende Angebote für ältere Menschen mit Behinderungen, 2007

BAGüS, Das Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflege, 2008

Baur, Fritz, Pflegeversicherung und Hilfe für Behinderte in Einrichtungen, Arbeit- und Sozialpolitik, 1-2, 1997, 56-64

Baur, Fritz, Zum Verhältnis von Behinderung und Pflegebedürftigkeit, Statement im Bundesausschuss für Arbeit und Soziales, 04.03.1998

Baur, Fritz, Eingliederungshilfe. Zahlen, Daten, Fakten – Hintergründe – Folgerungen. Referat anlässlich der Veranstaltung „CaseManagement in der Eingliederungshilfe“ am 20.06.2005 in Kiel

Best, Gerald, Zur Leistungsbeschränkung der Pflegeversicherung bei Unterbringung behinderter Menschen in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI) in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins (NDV), August 2008

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Erste Überlegungen für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen...., 2006

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung

(Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung - Band V), Opladen 2001 (mit Beiträgen u. a. von Reinhart Lempp, Hans Peter Tews und Elisabeth Wacker)

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Informationsdienst Altersfragen, 5/2003, Ältere Behinderte zwischen Behinderten- und Altenhilfe (mit Beiträgen u.a. von Peter Gitschmann, Wolfgang Urban, Jutta Giersch, Eike Hoffmann)

Haveman, Meindert/ Stöppler, Reinhilde, Altern mit geistiger Behinderung, Stuttgart: Koohlhammer 2004.

Heck Michael, Ältere Menschen mit Behinderung, Baden-Württembergische Gemeindezeitung (BWGZ) 7/2006

Hollander, Jutta/ Mair, Helmut, „Den Ruhestand gestalten“, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand von Menschen mit Behinderungen“. Düsseldorf: Landesverband NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. , 2004

Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung/Universität Hannover, Perspektiven alternder Menschen mit schwerster Behinderung in der Familie, 2007

Klie, Thomas (unter Mitarbeit von Bettina Leonhard), Verhältnis von Eingliederungshilfe zu Leistungen der Pflegeversicherung in vollstationären Einrichtungen für geistig Behinderte, Frankfurt/Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2000



Kuratorium Deutsche Altershilfe, Pro Alter, 2/2004, Ältere Menschen mit Behinderung (mit Beiträgen u. a. von Ines Jones, Elisabeth Wacker, Anton Sombetzki, Klaus Kräling, Roland Rupprecht und Andreas Ackermann)

Kranich, Mariana, Altgewordene Menschen mit geistiger Behinderung. Zum Verhältnis von geistiger Behinderung und Demenz, Internet: www.demenz-service-nrw.de

Kremer-Preiss, U./ Narten, R., Leben und Wohnen im Alter. Betreute Wohngruppen - Pilotstudie KDA, Köln 2004

Kruse, Katja, Mit 65 ab ins Pflegeheim?, Impulsreferat für eine Veranstaltung des Bundesverbandes Evangelische Behindertenhilfe, 28.-30. April 2003, Internet: www.beb-ev.de/files/pdf/erk-ner2003b/ws5.pdf

Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg, Fachpflegeplätze für alterspflegebedürftige geistig behinderte Menschen, Vorlage zur Sitzung am 13.9.2007

Landschaftsverband Rheinland, Hearing: Lebenslanges Wohnen Behinderter in betreuten Wohnformen. Niederschrift über die Sitzung des Sozialausschusses vom 5. März 1991

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), Behinderte Menschen im Alter. Eine soziale Herausforderung. Pulheim/ Köln, 1999

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Sozialhilfe, Menschen mit Behinderungen im Alter. Münster, o.J. (2000)

Müller-Fehling, N., Die besonderen Bedürfnisse von älteren Menschen mit Behinderung, unveröff. Manuskript, 2004

Pawletko, K.-W., Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen, BMFSFJ, Berlin 2003

Pfannkuch, Harald, Modellhaus der Diakonie Essen – Profis aus der Behindertenhilfe und der Pflege betreuen gemeinsam pflegebedürftige Menschen mit geistiger Behinderung in: Altenheim Heft 8, August 2008

Skillandat, Monika, Geistig behinderte Menschen in Wohnheimen, Dissertation Pädagogische Hochschule Heidelberg, 2003

Senator für Arbeit des Landes Bremen, Gestaltung des Hilfesystems für älter werdende geistig und mehrfach behinderte Menschen im Land Bremen, 2006

Sozialministerium Baden-Württemberg, Ältere Menschen mit Behinderung, Leitlinien für eine neue Aufgabe der Behindertenhilfe, konzeptionelle und räumliche Anforderungen einer Tagesbetreuung, 1999

Stuttgarter Zeitung vom 28.4.2008, S. 26, Abgeschnitten von der Außenwelt (Andrea Wagner)

Tews, Hans Peter, Alter und Behinderung – behinderte Menschen im Alter. Trends und Entwicklungen, Festvortrag in Düren am 03.08.1999 (siehe auch Deutsches Zentrum für Altersfragen, Hrsg., 2001)

Thomae, Hans, Die psychologische Situation des alternden und geistig Behinderten. In: Hilfen für alte und alternde geistig behinderte Menschen, Symposium des Bundesverbandes Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V., Marburg/ Lahn, 1988, 3-11

Theunissen, Georg, Geistig behindert und dement, in: Geistige Behinderung 2/99, 165-178



Tiesmeyer, Karin, Selbstverständnis und Stellenwert der Pflege in der Lebensbegleitung von Menschen mit schwerer Behinderung. Veröffentlichungsreihe des IPW Bielefeld P03-123, Dezember 2003

Wacker, Elisabeth, Bewältigung der Lebensübergänge für ältere Menschen mit Behinderungen, Referat anlässlich der Fachtagung „Alte Menschen mit Behinderungen – Entwicklungen und Bedarfe im Zusammenspiel von Alten-, Behinderten- und Sozialhilfe“ am 26./27. Juni 2003 in Frankfurt/Main



Tagungsprogramme

Fachtag „Der alterspflegebedürftige geistig behinderte Mensch“ am Donnerstag, 5. Juli 2007 im KVJS-Tagungszentrum Herrenberg-Gültstein

Tagesordnung

- 9.30 Eintreffen der Teilnehmer / Begrüßungskaffee
- 10.00 **Begrüßung und Einführung in die Thematik**
Verbandsdirektor Roland Klinger
- 10.30 **Einführungsreferat**
Dr. Werner Korte, Landschaftsverband Rheinland (Köln)
- 11.30 **Die Meinung der Lebenshilfe**
Prof. Dr. Ulrich Bauder, Lebenshilfe, Landesverband Baden-Württemberg
- 12.30 Mittagspause
- 13.30 **Praxisberichte**
- Heggbacher Einrichtungen**, St. Elisabeth Stiftung, Maselheim
Schwester Walburga Scheibel
- Beispiel aus Sicht eines Landkreises**
Norbert Weiser, Sozialdezernent des Landkreises Calw
- Versorgungsmöglichkeiten aus sozialplanerischer Sicht**
Dr. Eckart Bohn, KVJS
- Der Pflegesatz eines Fachpflegeheims**
Hansjörg Arnold, Referatsleiter Pflege, AOK Baden-Württemberg
- Der Entgeltrahmen**
Uwe Zühlke, KVJS
- 15.00 Kaffeepause
- 15.15 **Folgen für die Sozialplanung und die Entgeltfestsetzung**
Franz Schmeller, KVJS
- 15.45 **Zusammenfassung**
Christa Heilemann, Landkreistag Baden-Württemberg
Agnes Christner, Städtetag Baden-Württemberg

Info

Termin

Dienstag, 08. April 2008
von 14.00 bis 16.30 Uhr

Tagungsort

Neue Messe Stuttgart
Stuttgart - Flughafen
Internationales Congresscenter

Hinweise

Bitte beachten Sie:
Die Anmeldung erfolgt **nicht** beim Veranstalter, sondern über die nebenstehende Anmeldeadresse!

Das Internationale Congresscenter ist Teil der Neuen Messe Stuttgart am Flughafen und ist gut mit dem Auto und öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.

Veranstalter

Kommunalverband für Jugend und
Soziales Baden-Württemberg (KVJS)
Lindenspürstraße 39
70176 Stuttgart
www.kvjs.de

Anmeldung und Auskünfte

Anmeldung

Georg Thieme Verlag KG
Jelena Krizmanic
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
0711 8931-491
pflegeundreha@thieme.de

Online-Anmeldung

www.ics-stuttgart.de/pflege

Teilnehmerbeitrag einschließlich Messeintritt

24 Euro
20 Euro (Frühbucher-/Onlinebonus)

Fachliche Auskünfte

Kommunalverband für Jugend und
Soziales Baden-Württemberg (KVJS)
Referat Einrichtungsplanung
Werner Stocker
Telefon 0711 6375-238
Werner.Stocker@kvjs.de



KVJS
Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

Alter und Behinderung

Lebenswelten geistig behinderter Senioren

Fachtagung

Dienstag, 8. April 2008
von 14.00 bis 16.30 Uhr

Messe Pflege & Reha
Neue Messe Stuttgart





„Mit 65 fängt das Leben an!“

Für die wachsende Zahl von Senioren mit geistiger, seelischer oder mehrfacher Behinderung trifft dieser Satz nur eingeschränkt zu. Ihre Lebenswelt, ihre Wünsche und Bedürfnisse sind noch wenig erforscht und spezifische Angebote sind Mangelware.

Wenn mit 65 Jahren, häufig auch schon früher, der tägliche Weg in die Werkstatt wegfällt, werden neue und andersartige Angebote erforderlich. Doch wie kann ein adäquater Ersatz für die fehlende Tagesstruktur aussehen?

Mit zunehmendem Alter steigt der Unterstützungs- und Pflegebedarf, der häufig früher einsetzt und umfangreicher ist wie bei nicht behinderten Senioren. Gefragt sind Angebote, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten sind. Wie sollen solche Angebote gestaltet sein und wie sind sie zu finanzieren?

Die Fachtagung des KVJS richtet sich an Mitarbeiter aus den Bereichen Altenhilfe und Behindertenhilfe. Sie vermittelt aktuelle Informationen zum Thema in kompakter Form.

Tagungsprogramm

14.00 Uhr Begrüßung und Einführung

Franz Schmeller
Dezernat Soziales, KVJS, Stuttgart

14.15 Uhr Lebenswelten von Senioren mit Behinderungen

Dr. Heidrun Metzler
Universität Tübingen

15.15 Uhr Menschen mit Behinderungen im Ruhestand Angebote der Tagesstruktur und Alltagsbegleitung

Doris Neumann, Katharina Olbrich
Wohnverbund Fischerhof, Vöhrenbach

15.45 Uhr Senioren mit Behinderungen und Pflegebedarf Erfahrungen mit teilstationären und vollstationären Angeboten

Wilhelm Hiesinger
Behindertenhilfe gGmbH der Zieglerschen Anstalten, Wilhelmsdorf

Ca. 16.30 Uhr Tagungsende

Referenten

Dr. Heidrun Metzler

Sozialwissenschaftlerin
Frau Dr. Metzler ist Geschäftsführerin der Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“ der Universität Tübingen. Sie hat im Jahr 1998 das bundesweit genutzte HMB-W-Verfahren zur standardisierten Feststellung des individuellen Hilfebedarfs entwickelt.

Doris Neumann, Katharina Olbrich

Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung
Der Wohnverbund Fischerhof in Trägerschaft der BruderhausDiakonie bietet für Menschen mit geistiger Behinderung Wohnen, Arbeit und Betreuung. Für Senioren mit Behinderungen wurden Angebote der Vorbereitung auf den Ruhestand, der Tagesstruktur und der Freizeitgestaltung entwickelt.

Wilhelm Hiesinger

Geschäftsführer
Die Behindertenhilfe gGmbH der Zieglerschen Anstalten hat im Lauf ihrer über 100jährigen Geschichte eine Vielzahl von Angeboten für Menschen mit Behinderungen und mit Pflegebedarf entwickelt. Das breite Leistungsspektrum richtet sich vermehrt auch an Senioren mit Behinderungen.



November 2008

Herausgeber:
Kommunalverband für Jugend
und Soziales Baden-Württemberg
Dezernat Soziales

Redaktion und Bearbeitung:
Werner Stocker, Referat Planung und Förderung

Lindenspürstraße 39
70176 Stuttgart

Kontakt:
Telefon 0711 6375-0
Telefax 0711 6375-132
info@kvjs.de
www.kvjs.de

Bestellung/Versand:
Manuela Weissenberger
Telefon 0711 6375-307
Manuela.Weissenberger@kvjs.de



KVJS

Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

Postanschrift

Postfach 10 60 22
70049 Stuttgart

Hausadresse

Lindenspürstraße 39
70176 Stuttgart (West)

Tel. 0711 63 75-0
www.kvjs.de