

Älter werden und Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen im Rheinland – Zahlen, Fakten, Versorgungsmöglichkeiten

Werner Korte, Landschaftsverband Rheinland (Köln)

Bisherige Diskussion im Landschaftsverband Rheinland

Die überörtlichen Sozialhilfeträger in NW beschäftigen sich seit über einem Jahrzehnt mit Problemen und Fragen des Älterwerdens, des Alterns und zunehmend auch der Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen. So stand ein „Hearing“ des Sozialausschusses beim LVR 1991 unter dem Titel „Lebenslanges Wohnen Behinderter in betreuten Wohnformen“. Eine weitere Tagung 1998 unter der Überschrift „Behinderte Menschen im Alter. Eine soziale Herausforderung“ thematisierte neben Älterwerden und Altern auch Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen ebenso wie der Situationsbericht des LWL „Menschen mit Behinderungen im Alter“ aus dem Jahre 2000.

Ergebnisse dieser Bestandsaufnahmen und Problemfeststellungen waren:

1. Behinderte Menschen werden wie die Gesamtbevölkerung immer älter. Der Anteil über 60 bzw. 65jähriger Menschen behinderter Menschen wächst.
2. Die Probleme des Älterwerdens und des Alterns behinderter Menschen werden in der Zukunft zunehmend ein Problem aller Behinderteneinrichtungen.
3. Das Prinzip des lebenslangen Wohnens wird im Grundsatz bestätigt. Die Kostenträger weisen im Laufe der Jahre immer öfter auf die Konsequenzen hin, die sich aus der Pflegebedürftigkeit der behinderten Menschen im Alternsprozess ergeben könnten.
4. Die Lösungsansätze für die diagnostizierten Probleme richt(et)en sich in erster Linie auf die Gruppe der geistig behinderten Menschen.

Derzeitiger Stand der Diskussion in der Fachöffentlichkeit

Die damals angedachten Lösungen bezogen sich und beziehen sich bis heute unter der Maxime des lebenslangen Wohnens in Einrichtungen der Behindertenhilfe auf folgende Aspekte:

1. Die altersgerechte Ausstattung der Einrichtungen (räumlich-struktureller Aspekt).
2. Die Alltagsgestaltung (Tagesstrukturierung) in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und

3. die Folgen von Teilzeitarbeit/ frühzeitiges Ausscheiden aus der WfB (konzeptionelle Aspekte).

4. Die Anpassung der Qualifikation des Betreuungspersonals an die Bedürfnisse der älter werdenden behinderten Menschen, auch unter dem Aspekt der (ggf. zunehmenden) Pflegebedürftigkeit (personelle Aspekte).

und, über die rheinlandbezogene Diskussion hinausgehend, auch auf:

5. Die Integration der Probleme älter und alt werdender behinderter Menschen in die Strukturen der Altenhilfe: Beratung, häusliche und ambulante Pflege, ggf. teilstationäre und stationäre Einrichtungen der Pflege (Integration von Versorgungsaspekten).

6. Die Kooperation der Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe, Nutzbarmachen des Wissens und der Versorgungsansätze der Altenhilfe (Netzwerkverknüpfung).

7. Die Integration von Planung für alte Menschen, pflegebedürftige Menschen und alte behinderte Menschen auf kommunaler Ebene.

Alter, Behinderung, Pflegebedürftigkeit

In der Fachdiskussion der letzten Jahre sind viele Vorschläge und Lösungen zu den von mir eben summarisch angeführten Problemkreisen entwickelt und auch verwirklicht worden (z.B. das Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand von Menschen mit Behinderungen“ des Landesverbandes NW für Körper- und Mehrfachbehinderte - Abschlussbericht 2004). Ich will mich hier aber mit diesen Aspekten des Älterwerdens behinderter Menschen, den damit verbundenen Problemen und den Konsequenzen, die in den Einrichtungen daraus gezogen werden sowie den gefundenen Lösungen, auch mit Hilfe der Kostenträger, hier und jetzt nicht weiter auseinandersetzen. Ich möchte mich konzentrieren auf:

1. Pflegebedürftigkeit alt werdender oder alt gewordener behinderter Menschen

Altwerden und Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen sind, wie bei der nicht behinderten Normalbevölkerung, nicht identisch. Altern verläuft wie bei nicht behinderten Menschen individuell. Altern behinderter Menschen erfährt seine individuelle Ausprägung wie bei nicht behinderten Menschen in Abhängigkeit und im Zusammenwirken physischer, psychischer, sozialer, materieller und Umweltfaktoren. Allerdings beginnt der Alternsprozess behinderter Menschen lebensgeschichtlich im Vergleich zu nicht behinderten Menschen zu einem früheren Zeitpunkt. Die durchschnittliche Lebenserwartung behinderter Menschen liegt erheblich niedriger als der nicht behinderter Menschen. 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. Dazu einige Zahlen.

Zahlen aus dem Rheinland

Tabelle 1

Behinderte Menschen im Rheinland (laufende Zahlfälle für den stationären Bereich bis 18.02.2005)

	unter 60 Jahre	in %	60 - 80 Jahre	in %	über 80 Jah- re	in %	Summe	in %
Geistig behinderte Menschen	12396	87,5%	1710	12,1%	58	0,4%	14164	60%
Chronisch psychisch kranke Menschen	5199	84,0%	957	15,5%	33	0,5%	6189	26%
Alkoholranke Menschen	1020	70,5%	422	29,2%	5	0,3%	1447	6%
Körperbehinderte Menschen	898	92,6%	66	6,8%	6	0,6%	970	4%
Andere Behinderungen	954	92,9%	67	6,5%	6	0,6%	1027	4%
Summe	20467	86,0%	3222	13,5%	108	0,5%	23797	100%

Bei dieser und den folgenden Tabellen sind zu beachten:

1. Die Gesamtzahlen enthalten Leistungen für Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen (einsch. Kurzzeitpflege, Schulbesuch, Entwöhnungsbehandlungen usw./vollstationäre Betreuung 95%)
2. Die Gesamtzahlen enthalten auch Doppelzählungen, die aber vernachlässigt werden können.
3. Die Zahlen der Tabelle sind nicht vollständig identisch mit Fallzahlen.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Art der Behinderung und das Alter der behinderten Menschen für Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII (Stichtag Februar 2005). Dazu eine methodische Bemerkung: Die Tabelle gibt nicht Fälle wieder, sondern summiert kontinuierliche Leistungen für berechnete Empfänger von Leistungen der Sozialhilfe. Deswegen sind in der Gesamtzahl auch Leistungen enthalten (ca. 5%), die für Leistungsberechtigte außerhalb vollstationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe erbracht werden. Auch enthält die Gesamtsumme eine geringe Anzahl von Doppelbuchungen. Es ist nur unter Berücksichti-

gung der Herkunft dieser Daten möglich, die Zahlen als Trenderaussage auch für Leistungsempfänger zu interpretieren.

Nun zu den Zahlen selbst. Ich möchte das Augenmerk richten auf die geistig behinderten Menschen (ca. 60%), die chronisch psychisch kranken Menschen (ca. 26%) und die alkoholkranken Menschen (ca. 6%). Unter dem Aspekt des Alters wird erkennbar, dass ca. 86% der behinderten Menschen unter 60 Jahre alt sind, ca. 13,5% sich in der Altersgruppe der 60 bis 80jährigen befinden und ca. 0,5% über 80 Jahre alt sind.

Dieser Befund stimmt nicht überein mit sehr viel höheren veröffentlichten Prognosezahlen (z.B. Wacker, 2003: 1), die auf Grund bundesweiter Zahlen für Wohneinrichtungen davon ausgeht, dass im Jahr 2010 mindestens 30% der Männer und 35% der Frauen über 65 Jahre alt sein werden. Im Rheinland werden das unter definierten Bedingungen – Identität der Gesamtzahl ohne Todesfälle – ca. 14%, also weniger als die Hälfte sein. Inzwischen werden die bundesweiten Zahlen auch nach unten korrigiert.

Wie dem auch sei: die unabweisbare 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 mindestens korrelativ verbundenen zunehmenden Pflegebedürftigkeit, ihrer Erscheinungsformen und ihres veränderten Ausmaßes stehen zumindest derzeit noch nicht im Zentrum der Diskussion. Deswegen möchte ich mich hier den Problemen zuwenden, die mit der Pflegebedürftigkeit der älteren und alten behinderten Menschen verbunden sind. Ich gehe dabei von den folgenden Zahlen aus.

Tabelle 2 Auch hier ist eine methodische Vorbemerkung unerlässlich. Bei dieser und den folgenden Tabellen 3 und 4 ist zu beachten, dass sich die Grundgesamtheiten auf einen anderen Zeitpunkt beziehen als Tabelle 1. Streng genommen dürfte man also auch aus diesem Grund die Leistungsbezieher nach § 43 SGB XI nicht auf die Grundgesamtheit der Tabelle 1 beziehen. Da man aber davon ausgehen kann, dass die Veränderungen im 1. Halbjahr 2005 nicht derart gravierend sind, dass sie die Richtung der Aussagen verdrehen, ist es vertretbar, aus diesem Vorgehen Trenderaussagen abzuleiten. Als solche, und nicht als exakte Zahlen, müssen die folgenden Interpretationen verstanden werden.

Tabelle 2

**Bezieher von Leistungen nach § 43a SGB XI
(Laufende Zahlfälle Juli 2005)**

	Alle	43a	Summe
Geistig behinderte Menschen	14164	6507	45,9%
Chronisch psychisch kranke Menschen	6189	601	9,7%
Alkoholranke Menschen	1447	45	3,1%
Körperbehinderte Menschen	970	205	21,1%
Andere Behinderungen	1027	122	11,9%
Summe	23797	7480	31,4%

Derzeit beziehen ca. 1/3 der Behinderten in stationären Einrichtungen Leistungen nach § 43a SGB XI. Der Anteil ist bei den geistig behinderten Menschen mit ca. 46% am höchsten, dann folgt die Gruppe der körperbehinderten Menschen (ca. 21%) und die chronisch psychisch kranken Menschen (knapp 10%). Der Anteil der Leistungsbezieher bei den alkoholkranken Menschen ist äußerst gering (ca. 3%).

Tabelle 3 zeigt die Verteilung der Bezieher von Leistungen nach § 43a SGB XI nach Alter und Behindertengruppen. Es fällt auf, dass die Anteile nach dem Alter höchst ungleich verteilt sind: von den geistig behinderten Menschen erhalten über 90% der unter 60jährigen Leistungen nach § 43a, bei den körperbehinderten Menschen sind es sogar über 97%. Man kann also vermuten, dass hier vornehmlich der pflegerische Aufwand im Zusammenhang mit der Behinderung erfasst wird. Von den chronisch psychisch kranken Menschen erhalten ca. 70% der unter 60jährigen, bei den Alkoholkranken ca. 50% (bei allerdings äußerst niedrigen absoluten Zahlen) Leistungen nach § 43a. Entsprechend höher sind die prozentualen Anteile der 60 bis 80jährigen dieser Behindertengruppen. Daraus kann man allerdings nicht unbedingt auf einen linearen Zusammenhang von Alterwerden und zunehmender Pflegebedürftigkeit schließen.

Tabelle 3

Bezieher von Leistungen nach § 43a SGB XI nach Art der Behinderung und Alter

	unter 60 Jahre	in %	60 - 80 Jahre	in%	über 80 Jahre	in%	Summe	in%
Geistig behinderte Menschen	5869	90,2%	622	9,6%	16	0,2%	6507	100,0%
Chronisch psychisch kranke Menschen	429	71,4%	159	26,5%	13	2,2%	601	100,0%
Alkoholranke Menschen	23	51,1%	21	46,7%	1	2,2%	45	100,0%
Körperbedingerte Menschen	200	97,6%	5	2,4%	0		205	100,0%
Andere Behinderungen	112	91,8%	8	6,6%	2	1,6%	122	100,0%
Summe	6633	88,7%	815	10,9%	32	0,4%	7480	100,0%

Tabelle 4 enthält eine Gegenüberstellung von Altersstufen und dem Bezug von Leistungen nach § 43a. Bei den geistig behinderten Menschen zeigt sich eine Abnahme von Leistungen mit zunehmendem Alter. Das scheint zunächst die oben geäußerte Interpretation (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. Diese Möglichkeiten wird man in den nächsten Jahren genauer nachgehen müssen. Bei den chronisch psychisch kranken Menschen stellt sich der Sachverhalt genau umgekehrt dar. In dieser Gruppe erhalten die 60 bis 80jährigen verhältnismäßig öfter Leistungen nach § 43a als die unter 60jährigen. Dieser Befund könnte zur Schlussfolgerung verführen, dass sie trotz Pflegebedürftigkeit in den Einrichtungen der Behindertenhilfe verbleiben (wobei nicht ausgeschlossen ist, dass der Bedarf an Pflegeleistungen steigt). Die Gruppe der alkoholkranken Menschen lässt sich wie die letztere Gruppe beschreiben, allerdings ist die absolute Zahl, wie schon festgestellt, ziemlich gering. Möglich ist, dass die Pflege der alkoholkranken Menschen auch schon in mittleren Lebensjahren (unter 60 Jahre) in Pflegeeinrichtungen geleistet wird. Völlig entgegengesetzt wiederum der Trend bei den körperbehinderten Menschen. Hier werden Leistungen nach § 43a fast ausschließlich für die unter 60jährigen erbracht.

Tabelle 4

Bezieher von Leistungen nach §43a SGB XI nach Alter und Art der Behinderung

	Geistig behinderte Menschen			Chronisch psychisch kranke Menschen			Alkoholranke Menschen			Körperbehinderte Menschen		
	alle	43a	%	alle	43a	%	alle	43a	%	alle	43a	%
u 60 Jahre	12396	5869	47,3%	5199	429	8,3%	1020	23	2,3%	898	200	22,3%
60 - 80 Jahre	1710	622	36,4%	957	159	16,6%	422	21	5,0%	66	5	7,6%
ü 80 Jahre	58	16	27,6%	33	13	39,4%	5	1	20,0%	6	0	0,0%
Summe	14164	6507	45,9%	6189	601	9,7%	1447	45	3,1%	970	205	21,1%

2. Umgang mit dem Problem der Pflegebedürftigkeit behinderter Menschen

Das Wissen um die Besonderheiten des Alterns behinderter Menschen, der 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 keine Erfahrungen gewonnen werden konnten, beginnt die Produktion von Wissen über die körperlichen, seelischen, sozialen und materiellen Zusammenhänge der behinderten Menschen und ihre Auswirkungen auf deren Alternsprozess erst jetzt. Nun bin ich nicht in der Lage, Ihnen hier die entsprechenden Aufschlüsse zu geben. Aber mein Eindruck ist, dass die Lebenslage behinderter Menschen im Alter umfassende Hilfe-, Betreuungs- und Pflegeleistungen erfordert, wenn sie im gleichen Maße am Zuwachs von Selbstbestimmung und Autonomie der Lebensführung teilhaben sollen, wie sie sich die nicht behinderte älter werdende Bevölkerung gerade mühsam erarbeitet.

Determinanten der Lebenslagen behinderter Menschen sind nicht allein die materiellen Bedingungen, die sich mit dem Ausscheiden aus der Werkstatt, dem Verlust von materieller Sicherheit, sozialer Kontakte und psychischer Unterstützung verschlechtern. Die Wohn- und Lebensbedingungen sind für die meisten behinderten Menschen durch die organisierten Formen des Lebens im Heim einschränkt. Was die derzeit forciert geförderte Form des ambulant betreuten Wohnens in absehbarer Zeit für Veränderungen bewirken wird, kann für die

derzeitigen Überlegungen zunächst außer Acht bleiben. Für die Gegenwart ist auch von einer weiteren Einschränkung der im Vergleich schon begrenzten sozialen Kontaktmöglichkeiten behinderter Menschen auszugehen, wenn sie älter werden (vgl. z.B. Wacker 2004: 10).

Entsprechend dem unzureichenden Wissensstand sind Planungen über die zukünftige Versorgung pflegebedürftiger behinderter Menschen schwierig. Nach meinen Beobachtungen lassen sich die gegensteuernden Maßnahmen der Einrichtungen der Behindertenhilfe in zwei Kategorien fassen, die sich an den Rändern überlappen. Ausschlaggebend für die jeweiligen Entscheidungen der Einrichtungen sind, welchen Kausalitäten die beobachteten Erscheinungen des Altern zuordnet werden: ob zunächst Anpassungen wegen altersbedingter Veränderungen (z.B. Ausscheidungen aus der Werkstatt) und veränderter Tagesabläufe im Alltag vorgenommen werden müssen. Oder ob man Verschlechterungen der körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung, sei es vorübergehend auftretenden Krankheiten, sei es einem unaufhaltsamen, auch durch Krankheiten bedingten, voranschreitenden Abbau zurechnen muss. Entsprechend der Problemfeststellung, und die ist wegen der vielfältig interagierenden Faktoren im Rahmen von Behinderung, Altern und Krankheitsgeschehen schwierig, können die gefundenen Ergebnisse unterschiedliche individuelle oder institutionelle Konsequenzen nach sich ziehen. Es ist ein Spektrum von Maßnahmen erkennbar, die entweder auf interne Anpassungen der Einrichtungen zielen, individuelle Lösungen anstreben oder institutionelle Veränderungen für ganze Gruppen von pflegebedürftigen behinderten Menschen ins Auge fassen. Die jeweilige Zielrichtung wird wesentlich beeinflusst durch die sozialrechtliche Gestaltung unseres Hilfesystems, wie diese auch die jeweiligen Anpassungsmaßnahmen beeinflussen. 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.

3. Sozialrechtliche Rahmenbedingungen

Aus der Sicht des Sozialhilfeträgers 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. Sie kann in Antizipation der erwartbaren Probleme ergriffen werden, aber auch, wenn Probleme schon aufgetreten sind.

§ 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 also 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 sagt nichts über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, das als Grund für eine Verlegung vorliegen soll oder muss, auch nicht 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 Hilfeerbringung 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)

Entscheidungen sind also jeweils im Einzelfall zu treffen. Im Gegensatz zu den Verfahrensvorschriften des SGB XII spielt bei der Leistungsgewährung jedoch nicht nur die Leistungsfähigkeit der Behinderteneinrichtung eine Rolle, sondern auch die Überlegung, ob die Ziele der Eingliederungshilfe noch erreicht werden können oder ob Hilfe zur Pflege die angemessene Hilfeart ist.

Von der Entscheidung im Einzelfall zu unterscheiden ist, ob der Träger 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 pflegerischen (ambulanten oder stationären) Versorgung für die jeweilige(n) Gruppe(n) von behinderten Menschen sucht. Die Hilfestellung 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 sozialhilferechtlichen Konsequenzen für die behin-

dernten 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.

4. Individuelle und institutionelle Lösungsmöglichkeiten

Der LVR hat in den vergangenen Jahren eine Reihe von Beratungsgesprächen über die Themenkomplexe Altern und Pflegebedürftigkeit mit Trägern und Einrichtungen der Behindertenhilfe (für geistig behinderte und chronisch psychisch kranke Menschen) geführt, Probleme und Lösungsmöglichkeiten erörtert. Einige der gefundenen Lösungen finden sich in der gleich folgenden systematischen Aufzählung wieder. Dabei wird sich zeigen, dass die Möglichkeiten pflegerischer Versorgung inzwischen vielfältiger sind als die verkürzte, fast polemisch zu nennende, aber immer noch offen geäußerte Sequenz: „Im Alter bzw. bei Pflegebedürftigkeit aus der Behinderteneinrichtung ins Pflegeheim“ vermuten lässt.

Ich sehe folgende Ansätze, auf die zunehmende Pflegebedürftigkeit der Bewohner und Bewohnerinnen in Einrichtungen der Behindertenhilfe zu reagieren:

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

Diese Notwendigkeiten standen im Zentrum der Diskussion der letzten anderthalb Jahrzehnte (vgl. z.B. Baur, 2005). 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 Probleme. 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 betreuerischen und pflegerischen Konzeptionen beginnt sich auch das Kompetenzprofil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den pflegerischen Bedürfnissen der älter und alt werdenden Bewohnerinnen und Bewohner anzupassen. Diese Themen werden auch in Zukunft die einzelnen Einrichtungen stark beschäftigen.

Von einigen Einrichtungen wird bei Pflegebedürftigkeit ein ambulanter Pflegedienst 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 Rechtsprechung bestätigten Auffassung, wonach eine Behinderteneinrichtung einer individuellen Wohnung nicht gleichzusetzen ist. Die von den Sozialhilfeträgern seit lan-

gem geforderte Gleichstellung der Behinderteneinrichtungen mit den Pflegeeinrichtungen, was die Höhe der Leistungspauschalen betrifft, würde die Situation der Behinderteneinrichtungen vermutlich nicht 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. Das geschieht, wenn die pflegerischen Bedürfnisse trotz äußerster Anstrengungen des Betreuungspersonals dauerhaft nicht mehr erfüllt werden können. Zeitlich begrenzte Krankheitsepisoden mit außergewöhnlichem Pflegebedarf zählen nicht zu diesen Gründen. Träger, zu deren Angebot sowohl Behinderten- als auch Pflegeheime gehören, verlassen sich hier auf enge Kooperationsbeziehungen.

4.3 Lösungsmöglichkeiten im Rahmen des SGB XI und des PFG NW (ambulant und stationär)

Institutionelle Lösungen für die individuellen Pflegebedürfnisse sind vielfältig. Es lohnt sich,

einen Blick auf die inzwischen differenzierten Lösungsansätze 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 Vergütungsvereinbarungen und in Nordrhein-Westfalen das Landespflegegesetz (PFG NW) für die räumliche Ausstattung, die Finanzierung und Refinanzierung von Investitionskosten. Auf die Möglichkeiten pflegerischer Versorgung pflegebedürftiger behinderter Menschen im ambulanten Bereich gehe ich jeweils gesondert ein.

4.3.1 Umwandlung einer Einrichtung der Behindertenhilfe in eine Pflegeeinrichtung.

Diese Möglichkeit besteht, ist aber bisher im Rheinland m. W. n. noch nicht realisiert worden. Die Gründe liegen in der Mehrzahl diskutierter Fälle darin, dass die vorhandenen Baulichkeiten nicht den Ansprüchen des Landespflegegesetzes genügen oder aus wirtschaftlichen Gründen nicht entsprechend hergerichtet 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. Die Lösung dieser Ansprüche erfordert vermutlich intensive trägerübergreifende Zusammenarbeit innerhalb einer Region.

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

Diese Lösung scheidet in der Regel an der Größe der Behinderteneinrichtungen und an der zu erwartenden Größe des „Pflegebereiches“, auch an den Schwierigkeiten der Investitionskostenförderung. Lediglich großen Einrichtungen mit komplexen Bewohner-Strukturen kann die Einrichtung eines gemeinsamen Pflegebereiches (durch Umbau oder Neubau) gelingen.

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

Dies scheint derzeit der bevorzugte Weg von Trägern und Einrichtungen zu sein.

4.3.3.1 Auf diese Weise entsteht, was man einen eigenen „Pflegebereich“ innerhalb der Strukturen der Behindertenhilfe nennen könnte. Solche Einrichtungen weisen viele Berührungspunkte und Überlappungszonen 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 im ambulant betreutem Wohnen. Probleme ergeben sich – nach den wirtschaftlichen Anforderungen des SGB XI - aus der Diskrepanz jeweils gewünschter bzw. für notwendig erachteter Platzzahlen in der Pflege und der Behindertenhilfe.

4.3.3.2 Eine besondere Variante besteht darin, Pflegeeinheiten für behinderte Menschen in größeren Alten- und Pflegeheimen einzurichten. Die von der Behindertenhilfe gesehene Nachteile liegen in den großen Gesamtplatzzahlen (bis 80 Plätze oder mehr). Vorteile ergeben sich aus der Möglichkeit, Wohngruppen in der Tradition der Behindertenhilfe und neuerdings auch aus dem Konzept der Hausgemeinschaften mit eigens ausgehandelten Versorgungsverträgen und Vergütungen in diesen Pflegeeinrichtungen zu verwirklichen. Kooperati-

on mit den Trägern der Altenpflege ist unumgänglich, wenn nicht Träger der Behindertenhilfe und Altenpflege identisch sind und die Kooperation leichter fallen sollte.

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 ausgereifteres Urteil noch wenig empirisches Material vorliegt. 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 alter behinderter Menschen. 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“ (Krämer-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, als „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 autonomen 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. auch dazu 4.3.3.2). Bei solchen Modellen ist der LVR auch schon mit den Trägern in der Diskussion über realisierbare Projekte.

4.5 Ambulanter Bereich

4.5.1 Wohnangebote im häuslich-ambulanten Bereich

Was für den stationären Bereich gilt, gilt prinzipiell auch für den ambulanten Bereich. Die für die Hausgemeinschaften gewählte Charakterisierung (siehe oben) trifft für eine Vielzahl von zweckgerichtet 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 die benötigte Pflege über das Angebot ambulanter Pflegedienste (vgl. Krämer-Preiß/ Narten 2004: 6/7).

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. 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 Behinderten- als auch der Altenhilfe 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 soll. 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.

5. Schlussbemerkung

Ich will es bei diesem kursorischen Überblick über die denkbaren Versorgungsformen für alt gewordene pflegebedürftige behinderte Menschen belassen. Mein dringendes Plädoyer an die Träger der Behindertenhilfe ist, eine einseitige Fixierung auf das Prinzip des lebenslan-

gen 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. Sie sollten sich kritisch unter dem Aspekt der Bedürfnisse pflegebedürftiger behinderter Menschen mit den vorgestellten Versorgungsmöglichkeiten befassen, geeignete Modelle sich aneignen oder übernehmen oder auch im Sinne der behinderten Menschen weiterentwickeln. Der LVR steht als Ansprechpartner und Diskussionsteilnehmer wie bisher dafür zur Verfügung.

Ich danke Ihnen für ihre Aufmerksamkeit.

Ausgewählte Literatur

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

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.

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: Rheinland-Verlag, 1999 .

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

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.

Wacker, Elisabeth, „Bei der Versorgung von älteren Menschen mit Behinderung gibt es viel zu verbessern“. Das Pro Alter Experten-Interview. In: Pro Alter 2/2004.

