



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

"Lebenswelten älterer Menschen mit Behinderung"

Workshop am 21.06.2002

in Frankfurt am Main beim "Deutschen Verein"

dv

Deutscher Verein
für öffentliche
und private Fürsorge

Referenten:

Herr Eike Jarzina	Ltd. Ministerialrat a.D., Mainz
Frau Dr. Heidrun Metzler	Universität Tübingen „Lebenswelten behinderter Menschen“
Herr Dieter Czogalla	Sozialwerk St. Georg, Gelsenkirchen
Frau Prof. Dr. Elisabeth Wacker	Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Marburg
Herr Thomas Profazi	Referatsleiter Behindertenhilfe Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster
Frau Bettina Winter	Referatsleiterin Behindertenhilfe im Hessischen Sozialministerium, z.Zt. abgeordnet zum Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen
Herr Joachim Hagelskamp	Referent, Deutscher Paritätischer Wohlfahrts- verband, - Gesamtverband-, Frankfurt a.M.
Frau Susanne Däbritz	Referentin, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
Herr Rudolf Konrad	Referent, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge

W orkshop

„Lebenswelten älterer Menschen mit Behinderung“

am 21.06.2002 beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/M.

Begrüßung

Frau Helga Kreft, Ministerialrätin im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit eröffne ich unseren Workshop „Lebenswelten älterer Menschen mit Behinderung“ und begrüße Sie recht herzlich. Besonders begrüßen möchte ich unsere Referentinnen und Referenten, Frau Winter, Frau Professor Wacker, Frau Metzler, Herr Czogalla, Herr Hagelskamp, Herr Jarzina, Herr Profazi. Ich bedanke mich ganz herzlich beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, der diesen Workshop ausgerichtet hat, und so begrüße ich Frau Däbritz und Herrn Konrad, die uns auch zum Thema fachlich informieren werden, also auch zu den Referenten gehören.

Meine Damen und Herren, ich leite das neu gebildete Referat „Menschen mit Behinderungen“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Aus meinem Referat nehmen hier auch Frau Al-Khannak und Herr Rosal teil.

Der Deutsche Bundestag hat in dieser Legislaturperiode mehrere Gesetze beschlossen, die die Situation der Menschen mit Behinderungen verbessern sollen, und diese Gesetze werden zu Recht als Manifestation des Paradigmenwechsels in der Politik für Menschen mit Behinderung angesehen. Unsere Aufgabe ist es heute, die Auswirkungen der neuen Gesetze auf die Situation der älteren Menschen mit Behinderungen ins Auge zu fassen und dabei neue Konzepte einzubeziehen. Deshalb ist die Auswahl der hier heute Anwesenden so getroffen worden, dass sie alle aus Gebieten kommen, die unmittelbar Arbeitsgebiete sind, die diese Lebenswelten älterer Menschen mit Behinderungen umfassen. Wir sind in der Bundesregierung natürlich auf Mitarbeit aus all diesen Ebenen angewiesen und brauchen praktisch Politikberatung. Diesem Zweck soll diese

Veranstaltung dienen, weil wir für die Mittel, die im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bereit gestellt sind, einen möglichst effektiven Einsatz sichern wollen.

Ich darf nun Herrn Jarzina das Wort zur Einführung in das Thema geben. Herr Jarzina wird auch die Moderation übernehmen.

Herr Eike Jarzina, Ltd. Ministerialrat a.D., Mainz

Herzlichen Dank, Frau Kreft, guten Morgen meine sehr verehrten Damen und Herren. Auch ich darf Sie hier sehr herzlich begrüßen. Mir fällt die Aufgabe zu, Sie heute durch den Tag zu führen, die Veranstaltung zu moderieren. Ich will ganz kurz nur drei Punkte ansprechen. Einmal zur Person, dann zum Thema und zum Ablauf der Veranstaltung.

Zu meiner Person: Ich war u.a. 20 Jahre lang Referatsleiter „Altenpolitik und Altenhilfe“ im Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit in Rheinland-Pfalz in Mainz, stellvertretender Abteilungsleiter „Soziales“, und 16 Jahre lang war ich Mitglied des Fachausschusses „Altenhilfe und Pflege des Deutschen Vereins“. Insofern ist mir der große Sitzungssaal des Deutschen Vereins eine vertraute Kampfbahn, wenn es um die Mitgestaltung der Politik für Ältere und auch für ältere behinderte Menschen geht.

Nun zum Thema: wir haben uns ein aktuelles Thema vorgenommen, das – nach meiner Kenntnis – bereits seit Jahrzehnten diskutiert wird, weil die Frage immer drängender wird, wie wir dazu beitragen können, Lebenswelten älterer behinderter Menschen künftig zu gestalten. Wir haben uns dieses Thema sehr umfassend vorgenommen, von einer Bestandsaufnahme, die Frau Dr. Metzler referieren wird, über die „Bewältigung der Lebensübergänge für ältere behinderte Menschen“, also die Beschreibung der Lebenssituation, die zu den Übergängen führen sowie möglichen Hilfestellungen in dieser Situation. Das Kosten- und Leistungsgefüge oder das Leistungs- und Kostengefüge spielt ja immer eine große Rolle bei der Gestaltung der institutionellen Strukturen, aber auch darüber hinaus. Damit werden wir uns nach dem Mittagessen befassen, wobei wir etwas mehr Zeit gewinnen, weil leider der kommunale Sozialleistungsträger nicht vertreten sein wird, so dass also diese Seite vielleicht nicht ausreichend behandelt werden wird. In einem nächsten Schritt werden wir uns mit den politischen Handlungsoptionen befassen – dazu wird Frau Winter sprechen, und zum Handlungsbedarf – dazu wird Herr Hagelskamp referieren. Soweit zur thematischen Struktur dieses Tages.

Ich gebe nun Frau Dr. Metzler das Wort, die uns im Rahmen der Bestandsaufnahme in das Thema einführen wird.

Dr. Heidrun Metzler, Universität Tübingen, Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“

Gegenwärtige Diskussion zur Rehabilitation und Teilhabe älterer behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft und die Perspektive der weiteren Entwicklung

Über Rehabilitation und Teilhabe älterer behinderter Menschen zu sprechen heißt zunächst zu definieren, von welchem Personenkreis genau die Rede sein soll. Setzt man „behindert“ mit „schwerbehindert“ gleich, so zeigen die entsprechenden Statistiken, dass die Mehrzahl der Menschen mit einer Schwerbehinderung den höheren Altersgruppen angehört; lediglich etwa die Hälfte aller schwerbehinderten Menschen ist jünger als 65 Jahre, jünger als 55 Jahre sind nur noch ein Viertel aller Schwerbehinderten. Diese Personengruppe zu betrachten hieße einerseits, sich mit sozialpolitischen und gerontologischen Konzepten zu befassen, die man durchaus unter dem Titel „Rehabilitation und Teilhabe“ zusammenfassen könnte. Andererseits ginge es – im Sinne des Schwerbehindertengesetzes – vor allem um die Frage von Nachteilsausgleichen.

Eine andere Definition bezieht Menschen ein, die im Sinne des SGB IX als behindert gelten und zugleich die gesamte Spanne oder zumindest lange Zeitabschnitte ihres Lebens mit einer Behinderung konfrontiert sind. Dazu zählen vor allem Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit einer langfristigen chronischen psychischen Erkrankung und Menschen mit Körperbehinderungen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit gravierend eingeschränkt sind. Die allgemeine demographische Entwicklung in Deutschland – sinkende Geburtenraten mit der Folge eines geringer werdenden Anteils junger Menschen und eine steigende Lebenserwartung durch eine verbesserte medizinische Versorgung, aber auch eine allgemeine Steigerung der Lebensstandards – bildet sich bei diesen Menschen in gleicher Weise wie in der Gesamtbevölkerung ab. Über Älterwerden zu sprechen heißt damit, die gleichen Fragen zu stellen wie sie zur Zeit unter gesellschaftspolitischem Blickwinkel diskutiert werden, d.h. nach privaten und öffentlichen Versorgungsnotwendigkeiten und –möglichkeiten zu fragen.

Diskussionen zur Situation älterer behinderter Menschen, ihrer Hilfe- und Unterstützungsbedarfe sowie zur notwendigen Umgestaltung und Ergänzung des Betreuungssystems, die in Deutsch

land seit etwa 10 bis 15 Jahren geführt werden, bezogen und beziehen sich jedoch vorrangig auf Menschen mit geistiger oder sog. Mehrfachbehinderung. Durch die Ermordung einer großen Zahl von Menschen mit Behinderungen im Dritten Reich war das Thema „Älterwerden“ bei diesen Menschen lange Zeit nicht präsent, da sie vorrangig den nach dem Zweiten Weltkrieg geborenen Generationen angehören. Heute wird – empirisch bestätigt – jedoch zunehmend wahrgenommen, dass sich die ersten Nachkriegsgenerationen der Pensionierungsgrenze nähern; über die rein chronologische Generationenabfolge hinaus trägt dazu insbesondere bei, dass sich die Lebenserwartung von Menschen mit schweren Behinderungen zunehmend der der allgemeinen Bevölkerung angleicht. Dazu tragen nicht allein medizinische Fortschritte bei, sondern auch und vor allem die in den 60/70er Jahre des zurückliegenden Jahrhunderts zunehmend etablierten Rechtsansprüche auf Unterstützung und das System der Bildung, Förderung und Betreuung, das sich auf dieser Grundlage entwickeln konnte.

Die **Diskussion** um Rehabilitation und Teilhabe älterer behinderter Menschen lässt verschiedene Schwerpunkte erkennen: Ihren Ausgang nahm die Diskussion aus einer eher **versorgungsorientierten Perspektive** heraus. Angesichts der erwähnten demographischen Entwicklung stellt 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 aufnahmen, 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 schienen nun Hilfen und Angebote erforderlich, die ein Leben im 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 Versorgungsbau- steine – wenn man so will – 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. „Zwischenlösun

gen“ zwischen diesen Einrichtungen, Übergänge bzw. Formen der Beschäftigung und Tagesstrukturierung außerhalb des Arbeitsbereiches lassen sich auch heute noch nur mühsam finanzieren. Weiter erschwerend wirken die nachhaltigen Konflikte zwischen Teilhabe- und Pflegeleistungen, insbesondere zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung.

Diese 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. Mit dieser Wende in der Diskussion erweitert sich auch der Blickwinkel, was den einzubeziehenden Personenkreis betrifft. Es geht nicht mehr nur um Menschen mit geistiger Behinderung; thematisiert werden vielmehr Fragen des Älterwerdens aller Menschen, die im Sinne der von mir eingangs als zweites beschriebenen Personengruppe Zeit ihres Lebens oder lange Zeitabschnitte von Behinderung betroffen sind.

In dieser fachlich-konzeptionellen Sichtweise werden – wenn ich es recht sehe – 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; 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 Umweltbedin

gungen 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 z.B. 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 z.B. altersbedingte Einschränkungen zu kompensieren oder freiwerdende 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. Rehabilitation und 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 „Rehabilitation und Teilhabe 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 Selbsthilfengagement.

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 fördern

den 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 Rehabilitation und Teilhabe älter werdender Menschen mit Behinderung dadurch charakterisiert, dass sich differentielle Sichtweise 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. Als Beispiele dafür lassen sich Konzepte nennen, älter werdenden Menschen mit Behinderung den Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Arbeitsleben frei zu stellen oder ihnen fließende Übergänge aus der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand zu ermöglichen, Lebensräume zur Verfügung zu stellen, die als sinnhaft erlebte Betätigungen ermöglichen und individuelle Balancen zwischen Rückzug und Aktivität finden helfen, Bildungsangebote und Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen zu gewährleisten und anderes mehr. Teilhabe ist in diesen Konzepten mehr als „Dabei sein“ und mehr bzw. anderes als „Arbeit“; Teilhabe wird vielmehr verstanden als Möglichkeit der Gestaltung des eigenen Lebens.

Widerstände gegen die Umsetzung solcher 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 Rehabilitationsträgern gemeinsam erbrachte Leistungen zu gestalten.

Die **künftige Entwicklung** wird vermutlich durch die heute bereits beobachtbare Differenzierung der Lebenslagen von Menschen mit Behinderung geprägt. 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 Trägerstrukturen – 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 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 materiellen 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.

Diskussion

In der anschließenden Diskussion ging es zunächst um die Frage, wie es einzuschätzen sei, dass die Sozialhilfeträger Menschen nach dem Eintritt in die Erwerbsunfähigkeitsrente, z.B. nach 20 Jahren Werkstatt für Behinderte (WfB), aus den WfB herausnehmen, auch wenn sie noch relativ jung sind. Die Referentin verwies darauf, dass trotz des enormen Kostendrucks in diesem Hilfefeld Leistungen nicht reduziert werden sollten, wenn die Menschen anderweitig finanziell abgesichert seien. Angebote, früher aus der WfB auszuschneiden, sollte es jedoch geben, die leistungrechtlichen und die konzeptionellen Diskussion sollten getrennt voneinander gehalten werden.

Das aktuelle Problem sahen alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern darin, dass es derzeit nur wenige Betroffene gibt und dies den Anbietern erschwert, adäquate Angebote vorzuhalten. Sobald die Zahlen steigen, wird sich das jedoch ändern und eventuell auch den Budgetgedanken stärker ins Spiel bringen.

Als weiterer Punkt wurde die individuelle Entscheidungsfreiheit über diejenigen Dienstleistungen angesprochen, die die einzelnen benötigten, um in ihrem Wohnumfeld zurecht zu kommen. Auch geistig oder psychisch behinderte Mensch sollten so lange wie möglich in ihrem Wohnumfeld bleiben können, die Übergänge müssten fließend gestaltet werden.

Darüber, ob die Eingliederungshilfe mit 65 Jahren zu Ende sei, gab es unterschiedliche Meinungen. Kostenträger befürworteten es, die meisten Anwesenden teilten jedoch den Standpunkt, dass der Anspruch auf Eingliederungshilfe solange besteht wie der Hilfebedarf, selbst wenn die pflegerische Hilfe irgendwann überwiegt. Die Frage des Ausscheidens aus den Werkstätten und das Problem des Aufbaus von Sozialkontakten sowie einer Tagesstruktur außerhalb der WfB im Zusammenhang mit dem Rentenalter waren die Diskussionspunkte im weiteren Verlauf: Da für viele Betroffene die WfB derjenige Ort ist, an dem ihre Sozialkontakte stattfinden, ist es schwierig, Tagesstrukturen aufzubauen, solange sie in einer Werkstatt arbeiteten. Eine Lösungsmöglichkeit läge darin, dass sich Wohnheimträger schon im Vorfeld gemeinsam mit den Trägern der Werkstätten am Aufbau alternativer Tagesstrukturen beteiligten. Teilzeitbeschäftigung und andere fließende Übergänge auch über das Rentenalter hinaus könnten dies unterstützen. Wie eine Befragung ergab, würden viele Mitarbeiterinnen von WfBs gerne vor dem Ruhestand Teilzeit arbeiten, aber die Werkstätten müssten sich umorganisieren, um weiter wirtschaftlich arbeiten zu können.

Die Frage, ob ein fließender Übergang leichter durchzuführen sei, wenn sich beides in einer Hand befindet, stand anschließend im Mittelpunkt. Aus wohlfahrtsverbandlicher Sicht wurde dies bejaht, aber dahingehend eingeschränkt, dass es erst sinnvoll und praktikabel ist, wenn sich die Anzahl erhöht hat. Aus Sicht der Lebenshilfe stellen sich jedoch auch strukturelle Probleme, z.B. der Personalschlüssel, denn der Wechsel in den Wohnbereich hat Einfluss auf den Ressourceneinsatz, der sich nicht beliebig steuern lässt. Eine Lösung wäre hier, die Leistung bzw. die Ressource der Person folgen bzw. die Person selbst über die Ressource verfügen zu lassen. Nach § 17 SGB ist das möglich, wäre aber ein grundlegend neuer Ansatz – geradezu ein Sprung in die

Zukunft. Aus Sicht der Träger wurde deutlich, dass der Einsatz der Personalressourcen mit der Flexibilität der Einrichtungen zusammenhängt. Große Träger können dies sicherlich leichter organisieren, indem sie z.B. Tagesstrukturen, die in WfBs eingerichtet wurden, aus dem Wohnpflegesatz finanzieren. Aber auch kleinen Einrichtungen muss dies ermöglicht werden, um die Kleingliedrigkeit zu erhalten.

Anschließend gab Herr Jarzina das Wort an Herrn Czogalla vom Sozialwerk St. Georg in Gelsenkirchen.

Herr Dieter Czogalla, Vorstandssprecher des Sozialwerks St. Georg e.V., Gelsenkirchen

Bewältigung der Lebensübergänge für ältere Menschen mit Behinderung durch Wegfall der Betreuung im häuslichen Bereich Ausscheiden aus der Werkstatt für Menschen mit Behinderung

Sehr geehrter Herr Jarzina,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

ein Workshop zum Thema „Ältere Menschen mit Behinderung“, veranstaltet vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge: Alleine das Stattfinden dieser Veranstaltung, aber auch die Auswahl der Referenten und Ihre Teilnahme hier drücken aus, dass die Gestaltung von Lebenswelten für ältere Menschen mit Behinderung als Herausforderung für die Behindertenhilfe von Leistungsträgern, Einrichtungsträgern, Kommunen und Ländern, aber auch von Hochschulen sowie von Behinderten- und Wohlfahrtsverbänden wahr- und hoffentlich auch angenommen wird.

Die Tatsache dieser gemeinsamen Wahrnehmung bei ansonsten nicht immer identischer Interessenlage ist insofern bedeutsam, als dass sie meiner Auffassung nach die Voraussetzung für die Suche nach Antworten auf die Fragen schafft, die sich uns allen durch die „neuen Alten“ in der Behindertenhilfe stellen. Ich freue mich darauf, hier als Vertreter eines Einrichtungsträgers an dieser Suche nach Antworten mitwirken zu können. Zur besseren Einordnung meiner Aussagen möchte ich Ihnen in wenigen Sätzen das Unternehmen vorstellen, als dessen Vorstandssprecher ich tätig bin:

Der Sozialwerk St. Georg e.V. ist als korporatives Mitglied des Caritasverbandes für die Stadt Gelsenkirchen ein dezentral organisiertes Unternehmen mit sozialer Zielsetzung, welches letzte Woche seinen fünfzigsten Geburtstag begangen hat. Mit rund 1700 Mitarbeitern unterstützen und fördern wir in verschiedenen Städten und Kreisen Nordrhein-Westfalens etwa 2200 Menschen mit Behinderung durch das betreute Wohnen, Tagesstätten, Werkstätten sowie durch Wohnheime für Menschen mit Behinderung. Mit unserer Tochterfirma Alpha gGmbH halten wir ambulante psychiatrische Pflege vor. Gemeinsam mit den von-Bodelschwingschen-Anstalten Bethel beschäftigen wir uns in unserer Tochtergesellschaft Autea gGmbH zudem mit der Verbreitung des TEACCH-Modells im deutschsprachigen Raum, welches weltweit einen der erfolgreichsten autismusspezifischen Ansätze darstellt. Als einen Beitrag zu seiner Zukunftssicherung und zur Unterstützung seiner vielfältigen Aufgaben hat das Sozialwerk St.Georg e.V. vor wenigen Monaten die gemeinnützige Stiftung Sozialwerk St.Georg gegründet. Als einen weiteren Beitrag zur Sicherstellung des Unternehmenszwecks sind moderne Steuerungsinstrumente wie die Balanced Scorecard seit Jahren integraler Bestandteil des Management. Selbstverständlich ist für die Unternehmensführung daneben auch die Sicherstellung eines Riskomanagement im Sinne des Gesetzes für Transparenz und Kontrolle in Unternehmen (KonTraG). Und beim Stichwort „Risiko“ sind wir dann auch wieder beim Thema dieses Workshops.

Sich als Einrichtungsträger nämlich nicht mit den Lebenswelten älterer Menschen mit Behinderung zu beschäftigen, stellt aus meiner Sicht ein nicht unerhebliches unternehmerisches Risiko dar. Warum dies der Fall ist, möchte ich Ihnen zunächst an einigen Zahlen verdeutlichen, welche auf einer quantitativen Betrachtungsebene die Bedeutung unseres heutigen Themas veranschaulichen. Anschließend werde ich kurz auf leistungsrechtliche Fragen eingehen, bevor ich den Versuch mache, auf einer qualitativen Betrachtungsebene Perspektiven der Entwicklung einer Teilhabe älterer Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft aufzuzeigen. Schließlich werde ich (sozusagen auf einer organisationsstrukturellen Betrachtungsebene) mögliche Konsequenzen für die Kooperation von Einrichtungs- und Leistungsträgern aufzeigen.

Beginnen wir jedoch mit der quantitativen Betrachtungsebene. Die demographische Entwicklung der Bundesrepublik wird seit Jahren insbesondere in Zusammenhang mit der Entwicklung unserer sozialen Sicherungssysteme problematisiert, von daher darf ich die wesentlichen Aspekte der Entwicklung der Altersstruktur unserer Bevölkerung als bekannt voraussetzen und mich auf einige wenige Eckpunkte beschränken. Allen Prognosen nach dürfen wir davon ausgehen, dass die Bevölkerung der Bundesrepublik bis zum Jahr 2010 zahlenmäßig abnimmt, steigen werden

der Anteil der Zugewanderten sowie der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung. Dies gilt sowohl für die Berechnung in absoluten, als auch für die in relativen Zahlen. Betrag der Anteil der über 59jährigen 1997 noch 21,8% an der Gesamtbevölkerung (was 17,9 Mio. Menschen entsprach), so wird der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2010 bereits bei 26% liegen, was 20,9 Mio. Menschen entsprechen wird. Ansteigen wird auch die Gruppe der Hochbetagten (von 5,7 Mio. über 75jährigen im Jahr 1990 auf geschätzte 7,9 Mio. im Jahr 2030). Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Einrichtungen der Behindertenhilfe wieder. So ist in Westfalen-Lippe der Anteil der 50- bis 59jährigen WfB-Beschäftigten alleine zwischen dem 01.03.1997 und dem 01.01.2000 um einen Prozentpunkt gestiegen.

Noch deutlicher wird die Altersentwicklung innerhalb der Behindertenhilfe, wenn man die Altersstruktur von Bewohnern stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe in Westfalen-Lippe mit der Altersstruktur der Gesamtbevölkerung vergleicht. So liegt beispielsweise der Anteil der 65- bis 70jährigen in den Einrichtungen bei 3,3%, in der Gesamtbevölkerung stellt diese Altersgruppe dagegen 5%. Es gibt momentan in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe also noch relativ weniger ältere Menschen als in der Gesamtbevölkerung. Diese Entwicklung wird sich jedoch innerhalb weniger Jahre in geradezu dramatischer Weise umkehren. So liegt der Anteil der 50- bis 60jährigen Bewohner in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Westfalen-Lippe bei 14,7%, der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung liegt dagegen nur bei 4,4%. Ein genaueres Eingehen auf die Ursachen dieser Entwicklung (insbesondere auf die überproportionale Steigerung bei den stationären Einrichtungen) würde den Rahmen dieses Vortrages sprengen.

Wechseln wir jedoch an dieser Stelle die Betrachtungsebene und wenden uns wesentlichen leistungsrechtlichen Grundlagen der Gestaltung von Lebenswelten für den wachsenden Personenkreis der älteren Menschen mit Behinderung zu.

Hier ist zunächst die Umsetzung der Reform des § 93 BSHG zu nennen, in deren Folge es zur Entwicklung von Leistungstypen kam, die bezüglich Anzahl und Inhalt zwischen den Bundesländern stark differieren. In Nordrhein-Westfalen sind bezüglich der Bewertung externer tagesstrukturierender Maßnahmen die Leistungstypen 23 und 24 entwickelt worden, die (ergänzend zu anderen Leistungstypen, die sich etwa auf stationäre Wohnangebote beziehen), den durch Tagesstruktur entstehenden Bedarf besonders berücksichtigen. Leider konnten sich die beiden Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen nicht auch auf einen (ebenfalls komplementären)

Leistungstyp Pflege einigen, mit dessen Hilfe dem durch Pflegebedarf entstehenden Mehrbedarf von älteren Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe hätte Rechnung getragen werden können. Ich bedauere dies sehr und hoffe, dass diese fehlende Berücksichtigung zu einem späteren Zeitpunkt korrigiert werden wird. Nach § 39 Abs. 4 BSHG ist Eingliederungshilfe zu gewähren, wenn und solange Aussicht besteht, dass ihr Ziel erreicht werden kann. Die Rechtsprechung hat bestätigt, dass die Formulierung „wenn und solange“ in der Konsequenz den Anspruch Betroffener auf Eingliederungshilfe selbst dann fest schreibt, wenn auch nur noch kleinste Erfolge denkbar sind.

Diese Rechtslage bedeutet, dass die überwiegende Anzahl von Menschen mit Behinderung Anspruch auf Eingliederungshilfe hat, selbst wenn in Zusammenhang mit hohem Lebensalter ein zusätzlicher Pflegebedarf auftritt. Entscheidend für den Anspruch auf Eingliederungshilfe sind also weder das Alter eines Menschen noch sein Pflegebedarf. Entscheidend ist lediglich die Frage, ob es denkbar ist, einem Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch Maßnahmen der Eingliederungshilfe zu ermöglichen. Beantwortet man diese Frage mit Ja, so ist diese zu gewähren und ein adäquates Versorgungsangebot vorzuhalten. Besondere Bedeutung hat die Gewährung einer Hilfeart durch das Pflegeversicherungsgesetz bekommen, welches Menschen mit Behinderung in mehrfacher Hinsicht auf beispiellose Art und Weise benachteiligt.

Ich möchte nur auf eine dieser Benachteiligungen hinweisen, die aber für unseren heutigen Workshop von erheblicher Bedeutung ist: Nach § 43a SGB XI sind die Leistungen für die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe lebenden Menschen, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, unabhängig von ihrem tatsächlichen Pflegebedarf auf 10% des Heimentgeltes, maximal jedoch auf 255,65 Euro begrenzt. Fachlich-inhaltlich existiert keine Begründung für diese Schlechterstellung von Menschen mit Behinderung, vor dem Hintergrund des grundgesetzlichen Benachteiligungsverbotese halte ich sie für unverträglich. Insofern stellt die Forderung nach einer Weiterentwicklung des SGB XI ein zentrales Anliegen der Einrichtungsträger, aber auch der Behindertenverbände, der Wohlfahrtspflege und nicht zuletzt der Leistungsträger dar. Wünschenswert wäre es, den Bewohnern von Einrichtungen der Behindertenhilfe die vollen Leistungen des §43 SGB XI zugänglich zu machen. Ein vertretbarer Kompromiss läge in der Anerkennung stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe als „Häuslichkeit“ im Sinne des § 36 SGB XI. Eine solche Anerkennung würde Menschen mit Behinderung den Anspruch auf diejenigen Leistungen eröffnen, welche nicht-behinderten Pflegebedürftigen, die in einer eigenen Wohnung leben, gewährt werden. Zumindest die ökonomischen Fragestellungen, die sich aus der

Notwendigkeit der Gestaltung von Lebenswelten für ältere Menschen mit Behinderung für die Betroffenen selbst, die Einrichtungsträger und auch die Leistungsträger ergeben, ließen sich mit einer entsprechenden Novellierung des Pflegeversicherungsgesetzes leichter beantworten – an den inhaltlichen Fragestellungen würde sich aber zunächst nichts ändern.

Lassen Sie sich mich von daher also nun erneut die Perspektive wechseln und mich auf einer qualitativen Betrachtungsebene der fachlich-inhaltlichen Seite des Themas zuwenden. Welche Perspektiven der Entwicklung einer Teilhabe älterer Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft müssen nun entwickelt werden? An welchen konzeptionellen Eckpunkten können wir Orientierung finden?

Ich möchte zunächst voranschicken, dass wir meiner Auffassung nach keine Lösungen finden werden, wenn wir von *den* Menschen mit Behinderung ausgehen, also Homogenität unterstellen, wo Heterogenität vorliegt. Lebensübergänge für Menschen mit Behinderung lassen sich nur gestalten, wenn wir unter Berücksichtigung der Spezifika einer Behinderung von der einzelnen Person ausgehen. Handlungsführend bei der Realisierung zielgruppenspezifischer Lösungsansätze (wie auch immer sie sich im Detail darstellen), sollten uns die in den gut 25 Jahren gemeindepsychiatrischer Entwicklung seit der Psychiatrie-Enquête erworbenen Erfahrungen sein. Beispielfhaft möchte ich nennen das Prinzip der Gemeindenähe, aber auch den Personenzentrierten Ansatz und die Forderung nach einem Dialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und den sogenannten Profis. Hat man sich auf diese Grundsätze der Vorgehensweise geeinigt, so muss bei konsequenter Anwendung des Personenzentrierten Ansatzes in den Mittelpunkt unserer weiterer Überlegungen die Frage gestellt werden, auf welche Bedürfnislage der Betroffenen sich unsere Maßnahmen beziehen sollten. In Beantwortung dieser Frage ist festzustellen, dass wir bei Menschen mit Behinderung zunächst einmal von einer Bedürfnislage ausgehen dürfen (ja sogar müssen), die weitestgehend der Bedürfnislage nicht behinderter Altersgenossen entspricht. Dies bedeutet, dass bei unseren Überlegungen nicht die Behinderung, sondern die Bedürfnisse einer Persönlichkeit bestimmten Alters, zu deren Merkmalen u.a. auch eine Behinderung gehört, zugrunde gelegt werden muss. Die Frage lautet also nicht: Was brauchen Menschen mit Behinderung im Alter? Sondern: Was brauchen Menschen im Alter, deren Leben auch durch eine Behinderung geprägt wird? Diese Differenzierung in der Fragestellung stellt keinen akademischen Selbstzweck dar, sondern ermöglicht es erst, das Prinzip der Normalisierung auch dann durchzuhalten, wenn neben einer Behinderung auch die Folgen eines höheren Lebensalters zu einem Hilfebedarf führen. Berücksichtigt man die bisher gemachten Aussagen zur Entwicklung der

Zahl älterer Menschen mit Behinderung, zur leistungsrechtlichen Versorgungsgrundlage, zu den Grundsätzen der Konzeptionsgestaltung und zu der Bedürfnislage dieser Menschen, so ergeben sich zwei Konsequenzen:

1. Der rehabilitative Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung sinkt nicht dadurch, dass ein zusätzlicher kompensatorischer Hilfebedarf erwächst – er ändert sich nur!
2. Aus ökonomischen, aber vor allem auch aus inhaltlichen Gründen werden wir die Versorgung älterer Menschen mit Behinderungen nicht ausschließlich durch (zusätzliche) vollstationäre Kapazitäten gewährleisten können.

Vielmehr müssen wir dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ endlich Leben einhauchen. Gelingt dies nicht, so werden wir in einigen Jahren einer Versorgungssituation gegenüberstehen, welche die in Jahren mühsam errungenen behinderungspolitischen Fortschritte konterkariert und die Finanzierungsmöglichkeiten der öffentlichen Hand überfordert. Die Formulierung „nicht ausschließlich durch vollstationäre Kapazitäten“ impliziert dabei, dass ich im Unterschied zur Bielefelder Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ zur Sicherstellung einer adäquaten Versorgungsstruktur für wirklich alle Betroffenen auch von der langfristigen Notwendigkeit vollstationärer Einrichtungen ausgehe. Unabhängig vom Einrichtungstypus selbst ergibt sich für alle Einrichtungen die Notwendigkeit, auf die (nicht nur, aber auch) durch die zunehmende Anzahl älterer Menschen mit Behinderung entstehenden Anforderungen durch Maßnahmen des Qualitätsmanagement zu reagieren. Die Bewältigung von Lebensübergängen bei Menschen mit Behinderung stellt eine Fülle von Anforderung nicht nur an den Menschen mit Behinderung selbst, sondern auch an die ihn betreuenden Personen. Die Bearbeitung dieser höchst individuellen Aufgabe erfordert eine Vielzahl von auf die Person abgestimmten Einzelfallmaßnahmen, die aufzuzählen den Rahmen dieses Vortrages bei weitem sprengen würde. Lassen sie mich beispielhaft nur den Umgang mit Abschied, Trauer und Tod nennen, der für Menschen mit Behinderung eine ganz besondere Herausforderung darstellt. Ohne trägerseitige Hilfen wird der einzelne Mitarbeiter überfordert und muss beinahe zwangsläufig an seiner Aufgabe scheitern. Begleitung bei der Bewältigung von Lebensübergängen ist eine Anforderung an Einrichtungsträger, der auch durch die Implementierung umfassender Qualitätsmanagementsysteme begegnet werden muss.

Damit, meine Damen und Herren, sind wir bei der organisationsstrukturellen Betrachtungsebene, auf der wir uns zu fragen haben, was konkret passieren muss, um Lebensübergänge für ältere Menschen mit Behinderung zu gestalten. Personenzentriert formuliert muss unsere Frage lauten:

Was braucht ein älterer Mensch mit Behinderung, um bei der Gestaltung seiner Lebensübergänge nicht benachteiligt zu werden?

Wenden wir uns zunächst dem Lebensfeld Wohnen zu. Auch für ältere Menschen mit Behinderung ist festzustellen, dass sie in der Regel nur dann zu einer Heimunterbringung bereit sind, wenn alle anderen Wohnformen ausgeschlossen erscheinen. Dieses Bedürfnis nach einem Verbleib in der eigenen Wohnung deckt sich also sowohl mit dem fachlichen Anspruch, als auch mit der finanzpolitischen Notwendigkeit, Heimaufnahmen wenn irgend möglich zu vermeiden oder zumindest hinauszuschieben. Damit dies gelingen kann, müssen die für den Verbleib in der eigenen Wohnung bestehenden Hilfen ausgebaut bzw. weiterentwickelt werden. Beispielhaft zu nennen sind hier die Flexibilisierung der Betreuungsschlüssel des Betreuten Wohnens, aber auch die flächendeckende Errichtung von Kriseninterventionsdiensten.

Wo vollstationäre Betreuungsformen trotzdem unabdingbar sind, müssen die Strukturen unserer Heimeinrichtungen auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten werden.

Viele unserer insbesondere kleineren Heimeinrichtungen sind weder bezüglich ihres Personal-, noch bezüglich ihres Raumkonzeptes auf die Versorgung älterer Menschen mit Behinderung, die keine Werkstatt für Behinderte mehr besuchen, adäquat vorbereitet. Hier sind umfassende Investitionen zum einen in eine flächendeckende behinderten- und pflegegerechte räumliche Ausstattung, zum anderen aber auch in Art und Anzahl des zur Verfügung stehenden Personals erforderlich. De facto vollzieht sich häufig der Übergang von der teilstationären zur vollstationären Einrichtung. Wo viele Jahre lang ausschließlich Werkstattbesucher betreut wurden und von daher werktags zwischen 9.00 und 15.00 Uhr keine Mitarbeiterpräsenz erforderlich war, muss diese nun (bei gleichzeitig steigendem altersbedingtem Hilfebedarf) organisiert werden. Dies kann ohne eine Anpassung der Pflegesätze nicht gelingen.

Aus meiner Sicht nicht sinnvoll ist die Schaffung von Sondereinrichtungen für ältere Menschen mit Behinderung. Sondereinrichtungen, die in diesem Fall beinahe zwangsläufig dem Prinzip einer auch bezüglich des Alters gemischten Belegung zuwiderhandeln müssen, entsprechen nicht dem regelhaft vorliegenden Bedürfnis der Betroffenen nach einem Verbleib im gewohnten Lebensumfeld, unabhängig von der Frage, ob es sich dabei um die eigene Wohnung, die betreute Wohngemeinschaft, oder um die bisher bewohnte Heimeinrichtung handelt.

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, ist darüber hinaus das SGB XI im Hinblick auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen mit Behinderung weiterzuentwickeln. Dringender Änderungsbedarf besteht auch bei der Genehmigungspraxis gesetzlicher Krankenkassen. Nach wie vor ist insbesondere die langfristige Finanzierung ambulanter Behandlungspflege nach SGB V bei Menschen mit Behinderung regelmäßig mit intensiven Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen verbunden.

Um älteren Menschen mit Behinderung den Verbleib in der eigenen Wohnung möglichst lange zu ermöglichen, ist es erforderlich, auch Hilfsmaßnahmen aus anderen Lebensfeldern zur Verfügung zu stellen. Dies würde z. B. die Bereithaltung und auch Öffnung von Tagesstätten bedeuten, unabhängig von der Frage, ob der Besucher auch Bewohner einer Heimeinrichtung ist, oder in einer eigenen Wohnung bzw. in einer (betreuten) Wohngemeinschaft lebt. Tagesstätten können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die Bedürfnisse älterer Menschen mit Behinderungen nach Kontakt, Beschäftigung und Mehrortigkeit zu befriedigen, ohne dazu eine Heimaufnahme in Kauf nehmen zu müssen. Lebensalter- und wohnortunabhängig brauchen alle Menschen (auch wenn sie älter und behindert sind) das Bewusstsein ihrer Notwendigkeit im Sinne von sinnmachender und erfüllender Arbeit. Das Bedürfnis, notwendig zu sein, wird nicht durch die Tatsache des Erreichens des 65sten Geburtstags automatisch abschließend befriedigt. Von daher ist nicht nur gesamtgesellschaftlich, sondern auch bei den älteren Menschen mit Behinderung die Flexibilisierung unseres Umgangs mit Arbeitsverhältnissen zwingend erforderlich. Ein wichtiger Baustein bestünde aber auch in der Errichtung von mehr Teilzeitarbeitsplätzen unter dem Dach der Werkstätten für Menschen mit Behinderung, die einen gleitenderen Übergang in das Rentnerdasein ermöglichen würden. Gelöst werden kann der Übergang von der Werkstatt in das Rentnerdasein jedoch nur in enger Kooperation zu etwaigen Heimmitarbeitern. Um hier die Prozesseignerschaft im Sinne einer umfassenden Verantwortlichkeit organisieren zu können, ist die Implementierung eines Bezugsbetreuungssystems im Rahmen des bereits erwähnten Qualitätsmanagementsystems unabdingbar.

Ergänzend zu den bisher vorgebrachten Überlegungen möchte ich auf einen weiteren Aspekt hinweisen, der meiner Ansicht nach für die Lebensqualität älterer Menschen mit Behinderungen von ganz besonderer Bedeutung ist: Ein Netzwerk aus professionellen Hilfen muss immer um ein gleichberechtigtes Netzwerk aus ehrenamtlichen Hilfen ergänzt werden. Diese Kombination von Netzwerken dient nicht nur der wechselseitigen Entlastung, sondern entspricht auch dem Bedürfnis Betroffener nach Natürlichkeit und Normalität.

Die Vollständigkeit gesellschaftlichen Lebens erfordert die Präsenz sogenannter Randgruppen, nicht um bürgerschaftliches Engagement ergänzte professionelle Hilfen fördern Ghettoisierung und behindern diese Präsenz auch dann, wenn sie engagiert die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verfolgen. Wollen wir also Lebensübergänge für ältere Menschen mit Behinderung gestalten, so müssen wir Grenzen, ja manchmal Gräben überwinden. Solche zwischen Alten- und Behindertenhilfe, auch solche zwischen Leistungs- und Einrichtungsträgern. Wir müssen zur Kenntnis nehmen, dass die sich in Zeiten flächendeckend knapper Kassen verschlimmernden Auseinandersetzungen zwischen den Sozialversicherungsträgern um „Zuständigkeit“ die zaghafte Entwicklung personenzentrierter Komplexleistungsangebote für ältere Menschen mit Behinderung im Keim zu ersticken drohen. Es bleibt zu hoffen, dass das persönliche Budget hier Abhilfe schafft.

Wenn wir heute über die Lebenssituation älterer Menschen mit Behinderung sprechen, so rücken wir dabei beinahe zwangsläufig die mit der steigenden Zahl älterer Menschen mit Behinderung verbundenen Probleme in den Mittelpunkt des Interesses. Lassen Sie mich deshalb zum Schluss meiner Ausführungen darauf hinweisen, dass wir dieses „Problem“ vor allen Dingen deshalb erst jetzt haben, weil während des sogenannten Dritten Reiches beinahe eine ganze Generation von Menschen mit Behinderung planmäßig vernichtet wurde. Es ist also ein Beitrag zur Überwindung der Folgen des Nationalsozialismus und zur Normalisierung und Vervollständigung unserer Gesellschaft, der uns Anlass gibt, uns über die Lebenssituation älterer Menschen mit Behinderung Gedanken zu machen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Im Anschluss an dieses Referat bat Herr Jarzina Frau Wacker um ihren Beitrag zur Tagung.

Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Lehrstuhl Rehabilitationssoziologie, Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Marburg

Bewältigung der Lebensübergänge für ältere behinderte Menschen

- 1 Altern und Passagen ins Alter**
- 2 Alter und Wohlbefinden**
- 3 Konzepte und Strategien „erfolgreichen Alterns“**
- 4 Lebensperspektiven im Alter**

1. Altern und Passagen ins Alter von Menschen mit Behinderung

Warum fragen wir nach Passagen ins Alter?

In der modernen Gesellschaft ist der **Lebenslauf** zu einer sozialen Institution geworden, die drei wichtige Merkmale aufweist:

Lebenslauf

- **Kontinuität**
 - **Sequenzialität**
 - **Biographizität**
-
- **Kontinuität**, nämlich eine kulturell definierte und materiell gesicherte Lebensspanne,
 - **Sequenzialität**, d.h. einen zeitlich geordneten Ablauf zentraler Lebensereignisse und schließlich
 - **Biographizität**, einen Orientierungsrahmen für den individuellen Lebensplan (vgl. JOAS 2001, 149)

Wie ist unser Erkenntnisstand über die Lebenslage und den Lebenslauf von Menschen mit lebenslanger Behinderungserfahrung nach dieser Fragestellung? Wie steht es um ihre gesellschaftliche Teilhabe?

Hier will ich mich kurz fassen. Wir wissen:

Der demographische Wandel der bundesdeutschen Bevölkerung betrifft Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen.

In welcher **Lebenslage** sich die alten Menschen mit Behinderung in Deutschland befinden, können wir derzeit allerdings fast nur aus Sicht der Anbieter von Hilfen oder der Kostenträger zu ermessen versuchen.

Eckdaten zur Lebenslage im Alter

- **Strukturen und Funktionen** des Alters und Alterns sind innerhalb kultureller Settings generell für alle Menschen gleich
- **Lebenslagen** von Menschen mit und ohne Behinderungserfahrung sind zumeist unterschiedlich
- **Unterschiede ergeben sich aus Lebensverlauf und Chancenungleichheit bei Rollenübernahme, Stuserwerb und Inklusion.**

Lebenslagen werden für Menschen traditionell beurteilt unter den Gesichtspunkten

- der materiellen Lage
- der physischen und psychischen Lage
- der sozialen Kontakte und Rollen
- des Wohnens und anderer Statusmerkmale.

Einige dieser Vergleichsgrößen zwischen Wohnbevölkerung im Alter insgesamt und Menschen mit Behinderungserfahrung will ich näher erläutern:

- Die materielle Lage einer Person korrespondiert meist mit der Dauer und Art ihrer **Berufstätigkeit**. So betrachtet zählen Menschen mit Behinderung zeitlebens zu den „Armen“: aus ihrer WfB-Tätigkeit erhalten sie ein kleines Taschengeld, die Rente wird vom zuständigen Sozialhilfeträger als „Lohnersatzleistung“ einbehalten. Durch das Ausscheiden aus der Werkstatt für Behinderte und die damit verbundenen Einbußen materieller, sozialer und psychischer Art verschlechtert sich diese Lage weiter.
- Während der Großteil (95 %) der über 65jährigen Wohnbevölkerung in „den eigenen vier Wänden“ lebt, trifft man derzeit auf Menschen mit lebenslanger Behinderung vor allem im Bereich des organisierten Wohnens: d.h. **in den Heimen** der Behindertenhilfe.
- Viele von ihnen haben diesen Lebensort nicht frei gewählt und blicken bereits auf ein langes Leben unter Heimbedingungen zurück. Von den ca. 150.000 Bewohnern in Heimen der Behindertenhilfe sind schätzungsweise 15-20% **über 65 Jahre** (d.h. es geht um ca. **20.000-30.000 Personen**).

- Krankheit oder chronische Krankheit ist bei lebenslang behinderten Menschen keine notwendige Begleiterscheinung von Alter, doch sollen nach Auskunft der Sozialhilfeträger ca. 10 % der Alten in Behindertenheimen **pflegebedürftig** sein: Das wären zwischen **2.000 und 3.000 Personen**. Auswirkungen schlechterer Lebensbedingungen im Lebensverlauf bzw. der Entwicklung sich verändernder Unterstützungsstrukturen auf Pflegebedarfe sind aber ebenso wenig erforscht wie Zusammenhänge zwischen spezifischen schädigungsbedingten Einschränkungen und Behinderungen der Gesundheit und des Wohlbefindens und Pflegebedarf im Alter.
- Eine demografische Gemeinsamkeit mit der Gesamtbevölkerung ist weniger bekannt: Auch für alte Menschen mit Behinderung gilt, dass das **Alter weiblich** ist: Seniorinnen sind wesentlich häufiger vertreten als Senioren (vermutlich geht es um **15.000 – 20.000 Bewohnerinnen**).
- Demografisch verschieden ist aber der Familienstand: Die meisten Menschen im Alter mit lebenslanger Behinderungserfahrung sind **ledig und kinderlos**: Folglich fehlen ihnen auch die alterstypischen sozialen Netze, die aus eigener Familiengründung entstehen, die Verbindungen zu ihrer Herkunftsfamilie werden mit dem Altern der Eltern und Geschwister immer dünner.
- Nach den fehlenden Kohorten behinderter Menschen in Folge der Vernichtungsaktionen im Nationalsozialismus kann man nun verstärkt die „Älteren“ heranwachsen sehen. Wenn das Prinzip des „lebenslangen Verbleibs“ in den Einrichtungen der Behindertenhilfe Gültigkeit behält, so werden wir es in den kommenden 20 Jahren mit einer **kollektiven Alterung** der Behindertenheimbewohner zu tun haben.

Folgen dieser knappen Diagnose sind:

Notwendigkeit eines Strukturwandels

in den stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten für Menschen mit Behinderung

im Gesamtkontext der Dienstleistungen

für die wachsende Bevölkerungsgruppe der Älteren und Hochaltrigen

Es wird zu einem Strukturwandel in den stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten für Menschen mit Behinderung kommen müssen. Leistungsträger und Leistungserbringer müssen sich auf veränderte Aufgaben einstellen. Dies ist zu sehen im Gesamtkon

text der notwendigen neuen Dienstleistungen für die wachsende Bevölkerungsgruppe der Älteren und Hochaltrigen. Ein solcher Prozess stellt eine große fachliche Herausforderung für alle Beteiligten dar.

Vor der neuen Gestaltung der Unterstützungsleistungen, die als Aufgabe weitgehend erkannt ist, sollte Klarheit herrschen über die gegenwärtige Lebenslage von Menschen mit Behinderung im Alter und ihre Lebensplanung.

Lassen Sie mich zu den im Teil 1 genannten Fakten daher offene Fragen formulieren und Forderungen ableiten:

Wie sieht der gesellschaftliche Zeitplan aus, der den Verlauf der Altersphase definiert für Menschen mit Behinderung?

- Erwartungen an Menschen mit Behinderung im Alter
- Wechsel von sozialen Rollen und Statuspositionen
- Statuspassagen
- Bedeutung traditioneller Phasen der Übergänge
- Bedeutung von Erwerbstätigkeit und Familie
- Weggefährten mit gemeinsamen Erfahrungen und Zukunftserwartungen
- Individuelle Wahlmöglichkeiten und Risiken

Auswirkungen ihres wachsenden Anteils an der Gesamtgruppe der Menschen mit Behinderung in den kommenden Jahren

Wie sieht der gesellschaftliche Zeitplan aus, der den Verlauf der Altersphase für Menschen mit Behinderung definiert?

- Was wird gegenwärtig von Menschen mit Behinderung im Alter erwartet?
- Aus welchen sozialen Rollen und Statuspositionen kommen sie? In welche wechseln sie?
- Welche Passagen in und aus sozialen Rollen und Statuspositionen sind für sie vorgesehen?
- Mit wem passieren sie dieselben Meilensteine des Lebens, teilen sie Erfahrungen und Zukunftserwartungen?

- Welche Bedeutung haben die traditionellen Phasen der Übergänge für sie?
- Haben sie eher altershomogene Statusübergänge oder individualisierte biografische Passagen?
- Prägt für sie die Erwerbsarbeit bzw. Familiengründung die Übergänge in den Lebensphasen gleichermaßen?
- Wie ist es um ihre individuellen Wahlmöglichkeiten und Risiken bestellt?
- Wie wird sich das Anwachsen ihres Anteils an der Gesamtgruppe der Menschen mit Behinderung in den kommenden Jahren auswirken?

Forderungen:

- Untersuchungen zur Lebensqualität
- Entwicklung und Erprobung von Konzepten zum „Leben im Alter“

Ob sich Menschen mit Behinderung in einer „guten Lebenslage“ befinden, muss dringend untersucht werden. Entsprechende passende Konzepte vom „Leben im Alter“ sind auf der Basis individuumszentrierter Studien zu entwickeln und zu erproben. Dabei ist der Unterschiedlichkeit von Lebensverläufen und individuellen Bedarfen und Bedürfnissen Rechnung zu tragen.

Ich komme zu meinem zweiten Teil, der sich mehr auf die subjektiven Seiten der Lebenslage, die Lebensqualität, beziehen soll:

2. Alter und Wohlbefinden

Jenseits aller Vorurteile über das Leben und die Handlungsmöglichkeiten älterer Menschen unterscheiden sich die körperlichen und seelischen Verfassungen, die Lebenslagen, Lebenspläne und Lebenszufriedenheit sowie sozialen Kompetenzen der älteren Bevölkerungsmitglieder so wesentlich, dass es grundsätzlich fraglich ist, ob man von einer gesellschaftlichen **Gruppe der Alten** ausgehen kann. Davon eine Teilgruppe „alter Behinderter“ abzutrennen, allein aufgrund der Tatsache, dass irgendwann im individuellen Lebensverlauf eine Zuordnung zum Personenkreis der sog. „Behinderten“ erfolgte (vgl. METZLER & WACKER 2001), ist keinesfalls mühelos begründbar. Unterstützungen bei Behinderung im Alter muss daher in der Rekonstruktion des Lebens die „Einzigartigkeit des jeweils Betroffenseins“ (BÖHNISCH 1999, S. 23) ebenso erfassen

wie den Bezug herstellen zu den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen individueller Lebensverläufe.

Die Einschätzung von Bedarfen und Bedürfnissen ist schwierig, ich will es daher wieder in Form einer These versuchen:

Die Lebensqualitätsanforderungen von Menschen mit und ohne Behinderungserfahrungen sind gleich.

Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen sind aber individuell verschieden.

Sie sind nicht nur abhängig vom Lebensalter, sondern auch von den Erfahrungen, die im Lebensverlauf gesammelt wurden.

Im Kontext der Behindertenhilfe wurden zwar im vergangenen Jahrzehnt mehr und mehr Erfahrungen mit Altenarbeit gesammelt und verarbeitet, oft im Nachgang oder parallel zum in der Altenhilfe entwickelten Know How. Die fachlichen Leitlinien und Aktivitäten für eine „passende Qualität der Angebote“ sind aber bislang vor allem organisationszentriert und folgen dem tendenziell paternalistischen Prinzip institutionalisierter Fürsorge, ohne den expliziten Wunsch, die Formen der Unterstützung anzubieten, die von den Betroffenen gewünscht wird.

Wie wenig wir wissen von Menschen mit Behinderung im Alter habe ich bereits erwähnt. Insbesondere die direkte Erforschung der Meinung der Älteren und Alten steckt noch in den Kinderschuhen, zum Teil weil die Kultur des Diskurses zwischen Nutzern und Anbietern in den Stätten der Fürsorge erst noch entwickelt werden muss, zum anderen aber auch, weil selbst die geeigneten Fragen erst auf Basis von Konzepten zu klären sind.

Schaut man sich die aus der Sicht von Anbietern **vermuteten Bedürfnislagen** an, sieht es etwa wie folgt aus:

Bedürfnislage	Bereich Arbeit	Bereich Wohnen	Bereich Freizeit
Arbeitszeitverkürzung	x		
Reduzierte Leistungsanforderungen	x		x
Veränderte Arbeitsangebote	x		
Längere Erholungspausen	x		
Intensivere Betreuung und Hilfestellung	x	x	x
Ruhigere Atmosphäre	x	x	x
Ruhigere Alltagsgestaltung		x	
Strukturierter Tagesablauf		x	
Sinnvolle Tätigkeit		x	
Breit gefächerte Angebote			x
Freiwillige Teilnahme			x
Finanzielle Hilfe			x

Schwerpunkte liegen bei Bedürfnissen

- nach mehr Ruhe und Erholung,
- nach intensiverer Betreuung und Hilfestellung,
- nach einer Reduzierung von Anforderungen und
- nach einem hohen Maß an Selbstbestimmung bei der Auswahl von Aktivitäten.

Im Rahmen der Bundesstudie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ (vgl. WACKER, WETZLER, METZLER, HORNING 1998) hatten wir die Chance, in ausführlichen Einzelgesprächen Bewohnerinnen und Bewohner von Behindertenheimen selbst nach ihren Sorgen und Wünschen im „Herbst des Lebens“ zu fragen. Die älteren Interviewpartner äußerten oft

- Sorgen um die Zukunft,
- Wünsche nach dem Verbleib in der eigenen Umgebung,
- Wünsche nach Verbesserung der sozialen Kontakte,
- Wünsche, gebraucht und gehört zu werden.

Insgesamt erklärten sie sich aber meist **zufrieden** mit ihrer Lebenssituation und zwar umso mehr, je älter sie waren und je länger sie in Einrichtungen lebten. Dies gilt, obwohl ein Blick in

ihre Biografien zeigt, dass ihr Leben oft von vielen Schwierigkeiten und Chancenungleichheiten begleitet war:

- Insgesamt ungünstige räumliche Voraussetzungen bestehen häufig bis zur Gegenwart (nicht einmal jeder zweite lebt in einem Einzelzimmer),
- oft führten sie zeitlebens ein unfreiwilliges Singledasein (über 90 %) und machten folglich keine Erfahrungen mit Partnerschaften und Elternschaft,
- sie leben über Jahrzehnte in einer Zweck- und Zwangsgemeinschaft, haben daher weniger Freundschaften: Sie vereinsamen in der Menge.

Ob sich aus diesen besonderen Erfahrungen auch besondere Bedürfnisse im Alter ergeben, muss also ernsthaft geprüft werden, auch bevor man die Debatte um Kooperationen mit der Altenhilfe vertieft.

Derzeit befinden wir uns in einer Phase des „trial and error“:

Viele Anbieter machen – meist unkoordinierte und wenig durch Konzepte untermauerte – Versuche, den vermuteten Bedürfnislagen Genüge zu tun:

- im **Arbeitsbereich**, (etwa 20.000-25.000 Personen im Alter über 50 Jahre), gibt es verschiedene Verfahren zur schrittweisen Entberuflichung: beispielsweise Arbeitszeitreduzierung, reduzierte Leistungsanforderungen, veränderte Arbeitsangebote, längere Erholungspausen intensivere Betreuung und eine ruhigere Arbeitsatmosphäre.
- Im **Wohnbereich** finden sich für die ca. **20.000 – 30.000 Personen** über 65 Jahre vereinzelte Experimente mit Gruppenzusammensetzungen (altershomogene Gruppen, Pflegeabteilungen), mit Anpassen der Wohnung und Wohnumgebung (Barrierefreiheit oder mehr Ruhe), mit Strukturierung des Tagesablaufs, und intensiverer Betreuung (auch vermehrt durch pflegerisch bzw. altenpflegerisch qualifizierte Personen).
- Geeignete **Freizeitangebote** werden oft noch entwickelt, **Bildungsangebote** sind rar.

Auch zum zweiten Teil meiner Ausführungen will ich daher offene Fragen formulieren und Forderungen ableiten:

Welche Bedarfe und Bedürfnisse für ein Leben in Wohlbefinden haben Menschen mit Behinderung im Alter?

- Unterschiede im Alternsprozess bei Menschen mit Behinderung
- Ähnlichkeit der Lebenserfahrungen
- Lebenslange Einschränkung des Rollenspektrums
- Eingeschränkte Möglichkeiten, Individualität zu leben, eigene Wünsche und Vorstellungen zu entwickeln, zu artikulieren und durchzusetzen
- Leben ohne Privatheit im „öffentlichen Raum“ der Behindertenhilfe
- Lebenslange gesellschaftliche Randposition in Sondersystemen
- Mühe beim Erlangen des Status eines Erwachsenen
- Bedeutung des Ausscheidens aus der Werkstatt und damit des Wegfalls einer der wenigen zentralen Lebensrollen

Welche Ansprüche auf Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden dürfen Menschen mit Behinderung im Alter erheben?

- Altern Menschen mit Behinderung anders?
- Ist von Bedeutung, dass sich ihre Lebenserfahrungen wesentlich mehr ähneln als bei der Generation der Alten in der Wohnbevölkerung, deren Verschiedenheit im Alter steigt?
- Ist von Bedeutung, dass ihr Rollenspektrum lebenslang wesentlich eingeschränkt war und sie weniger Möglichkeiten hatten, Individualität zu leben, eigene Wünsche und Vorstellungen zu entwickeln, zu artikulieren und durchzusetzen?
- Ist von Bedeutung, dass sie ein Leben ohne Privatheit, im „öffentlichen Raum“ der Behindertenhilfe geführt haben und zeitlebens eine gesellschaftliche Randposition in Sondersystemen einnehmen?
- Ist von Bedeutung, dass sie Mühe hatten, den Status eines Erwachsenen zu erlangen?
- Welche Bedeutung hat der Wegfall einer der wenigen zentralen Lebensrollen durch das Ausscheiden aus der Werkstatt für Behinderte?

Forderungen:

- Berücksichtigung der Unterschiedlichkeit von Lebensverläufen und individuellen Bedarfen und Bedürfnissen bei der Planung personenbezogener Hilfen

- Entwicklung geeigneter Konzepte vom „Leben im Alter“ und passender Unterstützungsangebote

Wenn Alter das Ergebnis eines lebenslangen Alternsprozesses ist, muss der Unterschiedlichkeit von Lebensverläufen und individuellen Bedarfen und Bedürfnissen bei Menschen, die nach lebenslanger Behinderung alt geworden sind, Rechnung getragen werden.

Dies ist bei einer personenbezogenen Planung von Hilfen zu berücksichtigen. Anforderungen an die institutionellen Unterstützungsstrukturen und konzeptionellen Unterstützungsformen können nicht auf pflegerische und häusliche Grundversorgung reduziert werden. Auf der Basis individuumszentrierter Studien sind daher geeignete „Konzepte vom Leben im Alter“ und passender Unterstützungsangebote zu entwickeln.

Vieles wird getan – mehr bleibt zu tun offen, so lautet die Zwischenbilanz aus dem bisher gesagten. In meinem dritten Teil wende ich mich daher dem Thema

3 Konzepte und Strategien „erfolgreichen Alterns“ zu.

Erlauben Sie mir zu Anfang wieder eine These:

**Geeignete Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderung im Alter sollten in einem Geflecht der Hilfeformen ihren Platz haben,
das diejenigen immateriellen und materiellen Mittel bietet,
die den Menschen mit Behinderung im Alter die Befriedigung ihrer Interessen und Anliegen erlaubt.**

Der lebenslange Verbleib behinderter Menschen in der stationären Behindertenhilfe ist im Wandel. Gemeindenähe, auch mobil betreute Wohnformen werden ebenso anwachsen wie die Zahl der Menschen mit Behinderung, die auf ambulante Unterstützung zurückgreifen. Hier bietet sich zukünftig eine Vernetzung der ambulanten, teilstationären und stationären Angebote von Alten- und Behindertenhilfe an. Aufgabenbewältigung und Kompetenzgewinn aus der Nutzerperspektive bzw. Freigabe zur Selbst- und Mitverantwortung aus der Sicht der Anbieter von Unterstützung ist hier ohnehin eine Querschnittsaufgabe.

Die Leistungsangebote der kommunalen ambulanten Dienste sind aber derzeit konzeptionell und strukturell zu wenig auf die Bedürfnisse älterer Menschen mit Behinderung ausgerichtet, zumal diese Jahrzehnte institutioneller „all-inclusive“ Versorgung erfahren haben. Ihre Chance, tatsächlich die nach ihren Wünschen gestaltete Hilfe im Alter in einer Gemeinde ohne stationäre oder zumindest teilstationäre Basis zu erhalten, muss also eher gering eingeschätzt werden. Für Menschen mit Behinderung im Alter bedeutet dies, dass ihre freie Wahl des Wohn- und Lebensortes erheblich eingeschränkt ist. Sie sind weiterhin auf Angebote der Behindertenhilfe verwiesen. Dort herrscht zwar Einvernehmen, dass Menschen mit Behinderung in der jeweiligen Einrichtung bzw. dem ihnen bekannten Wohnumfeld verbleiben sollen, jedoch nicht über die geeignete Wohnform. Tritt ein steigender Hilfe- und Pflegebedarf auf, der die Unterstützungskapazitäten oder die fachlichen Kompetenzen eines Heimes zu überschreiten droht, steht oft der Umzug in eine Pflegeeinrichtung an.

In dieser Diagnose verbergen sich zwei aktuelle Aufgaben:

- Die **konzeptionelle Aufgabe**, passende Unterstützungen zu erkennen und zu konkretisieren für die Lebensphase des Alters.
- Die **strukturelle Aufgabe**, die passenden Unterstützungen zu entwickeln, auszugestalten und anzubieten, für die Menschen mit Behinderung im Alter.

Auch hier gibt es bereits einzelne Anhaltspunkte, auf die man zurückgreifen könnte, die ich nur kurz benennen will:

- **Erfahrungen aus dem Ausland** sollten analysiert werden auf ihren Nutzen für die anstehenden Aufgaben
- **Erfahrungen aus der Altenhilfe** die unter den Konzepten der „Ganzheitlichen Hilfe“ bzw. nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ geführt werden, sollten vermehrt rezipiert werden.
- **Erfahrungen der Menschen mit Behinderung selbst** sollten als Expertenwissen vermehrt Eingang finden in die Gestaltung von Unterstützung.

Trotz der nun beinahe zwei Jahrzehnte andauernden Diskussion um das „identifizierte Phänomen“ der Altersphase lebenslang behinderter Menschen – von einem Problem zu sprechen sollte sich verbieten – blieb eine konzeptionelle Diskussion bislang in den Anfängen stecken. Obwohl sich einzelne Versuche finden, Übergänge zu gestalten, bleiben viele Fragen offen.

Die für eine Verbesserung der Lebensumstände von Menschen mit Behinderung im Alter notwendige **Zielorientierung** und das entsprechende **Konzept**, nach dem Wandel in Gang kommen kann, sind noch nicht gefunden. Dafür bedarf es eines **Perspektivenwechsels** hin zu einer Sichtweise, die neben der Lebenslage vor allem die subjektiven Wünsche und Potentiale der Menschen mit Behinderung ermittelt, um Selbstbestimmung zu ermöglichen. Eine Vernetzung regionaler Unterstützungsangebote mit der Altenhilfe und anderen kommunalen Dienstleistern steht noch weitgehend aus.

Die international bekannten Konzepte und Programme von

- “Self-Advocacy“
- “Public Policy and Service Design“
- “Empowerment and Inclusion in Planning” sowie
- “Managed Care”

böten meines Erachtens eine gute Ausgangsbasis für eine gemeinsame Diskussion der Gerontologie, der Pflegewissenschaft und der Rehabilitationswissenschaft mit Leistungsträgern und Leistungserbringern über „Altern und soziale Gestaltungsräume und –verantwortung“. Als Basis einer Überprüfung der Qualität gegenwärtiger Angebote für Menschen mit Behinderung im Alter könnte zudem ein Instrumentarium eingesetzt werden, das Grade der erreichten Individualisierung, der institutionellen Integration, der passenden Infrastruktur, der zur Autonomie führenden Information und der tatsächlichen Inklusion und Teilhabe in der Gemeinde feststellt.

Offene Fragen zum meinem dritten Teil und daraus abgeleitete Forderungen könnten lauten:

Werden gegenwärtig Lebensräume und Unterstützungsangebote konzeptionsgeleitet, fachlich adäquat, anbieterübergreifend, regional vernetzt und niedrigschwellig gestaltet, in denen Menschen mit Behinderung älter werden können?

- Aufgabenbewältigung und Kompetenzgewinne von Menschen mit Behinderung im Alter
- Zeitpunkt des Einsetzens von Unterstützungen zur Lebensführung im Alter
- Konzepte zur Förderung der Kompetenz zur selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung
- Regionale Vernetzung bezüglich der Querschnittsaufgaben von Alten- und Behindertenhilfe und anderen sozialen Dienstleistern
- Fachliche Eignung der gegenwärtigen Dienstleister

- Konsequenzen für Ausbildungsgänge, Personalstruktur und Vergütungsfragen bei den Leistungsträgern und –anbietern

Werden gegenwärtig Lebensräume und Unterstützungsangebote konzeptionsgeleitet, fachlich adäquat, anbieterübergreifend, regional vernetzt und niedrigschwellig gestaltet, in denen Menschen mit Behinderung älter werden können?

- Welche Aufgabenbewältigung und Kompetenzgewinne lassen sich für Menschen mit Behinderung im Alter derzeit beobachten?
- Wann müssen entsprechende Unterstützungen zur Lebensführung im Alter ansetzen?
- Mit welchen Konzepten wird ihre Kompetenz zur selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung durch die Anbieter von Hilfen gefördert?
- Wie gestaltet sich die Vernetzung bezüglich der Querschnittsaufgaben von Alten- und Behindertenhilfe und anderen sozialen Dienstleistern?
- Wie steht es um die fachliche Eignung der gegenwärtigen Dienstleister?
- Werden Konsequenzen für Ausbildungsgänge, Personalstruktur und Vergütungsfragen bei den Leistungsträgern und –anbietern bedacht und gezogen?

Hieraus lassen sich folgende Forderungen ableiten:

- Ernstnehmen des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung im Alter: Zugestehen des Wunsch- und Wahlrechts auf geeignete Unterstützung, Aufklärung über Rechte, Unterstützung bei der Nutzung
- Wandel von der Tradition des „one-size-fits-all“ hin zur individuellen Hilfeplanung und -gestaltung
- Prinzip lebenslangen Kompetenzerhaltes bzw. lebenslanger Kompetenzförderung

Kommunen ebenso wie überörtliche Anbieter von Rehabilitationsleistungen dürfen sich hier nicht aus der Verantwortung stellen.

Das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderung ernst zu nehmen bedeutet aber auch, ihnen im Alter die Nutzung ihres Wunsch- und Wahlrechtes auf geeignete Unterstützung zuzugestehen, sie über ihre Rechte aufzuklären und sie bei der Nutzung zu unterstützen.

Dabei kann das derzeitige System der Hilfen, das Angebote organisationszentriert und pauschaliert formt und all-inclusive zuweist nur als eine Form des Übergangs betrachtet werden, der baldmöglichst die Tradition des „one-size-fits-all“ gegen eine individuelle Hilfeplanung und –gestaltung tauscht. Der Zielpunkt dieser Entwicklung wird – auch für Menschen mit Behinderung im Alter – erst dann erreicht sein, wenn sie gemäß dem Prinzip lebenslangen Kompetenzerhaltes bzw. lebenslanger Kompetenzförderung als Akteure ihres Lebens die Auslöser der für sie geeigneten Unterstützungsmaßnahmen sein können.

Dies führt zum Schluss meiner Überlegungen, die ich mit einem Ausblick beenden möchte:

4 Lebensperspektive behinderter Menschen im Alter

Lebenslagen und Lebensverläufe sind die Bedingungsfaktoren, die begründen, was mit behinderten Menschen im Alter geschieht und wie sie in ihren Verhalten und Bewusstsein damit umgehen. Ihr Leben im Einklang mit gesellschaftlichen Erwartungen zu organisieren oder sich entsprechenden Organisationsvorgaben anzupassen prägt dabei derzeit ihre Altersphase in besonderer Weise.

Sie gehören nicht zu der Gruppe der „neuen Alten“, die im Lebensverlauf finanzielle, materielle und soziale Ressourcen für eine autonome Gestaltung des Alters sammeln konnten. Kristallisierungspunkt ihrer Lebensperspektive im Alter ist der Statusverlust mit der Entberuflichung. Damit entsteht für sie eine signifikant andere Phase des Lebens, die als „Altersfreizeit“ bislang auf – weitere und verstärkte – Nutzlosigkeit hin angelegt ist. Zwar zeigen sich in der Regel keine Einbrüche der sozialen Sicherheit, aber (weitere) Einbußen finanzieller Ressourcen und sozialer Kontakte. Die Singularisierung schreitet fort.

Das derzeitige Unterstützungsangebot für Menschen mit Behinderung im Alter hat mehr den Charakter eines Notprogramms, denn den eines Raumes, einen neuen Lebensmittelpunkt für sich zu entdecken und zu gestalten. Dafür müsste die Alterszeit jedoch einen eigenen individuellen und gesellschaftlichen Wert gewinnen können, und dies auch für die Personengruppe, deren „behindert sein“ – wie im Grundgesetz festgelegt – keinen gesellschaftlichen „Wertverlust“ bedeuten darf.

Hierfür müssen wir noch viel lernen,

- z.B. über Zuweisung und Ausgrenzung bzw. Beteiligung und Teilhabe und ihre Folgen im Alter
- über das Binnenverhältnis zwischen den Generationen und den Geschlechtern in Wohneinrichtungen
- über Felder des Gebraucht-Werdens im Alter und über Eigensinn von Lebensäußerungen
- über die Balancen zwischen gesellschaftlichen Erwartungen und den eigenen biografisch erworbenen Ressourcen und Kompetenzen
- über behinderungsbezogene Selbstkonzepte und Kompetenzpotentiale im Alter
- über den Aufbau der Bilanzierung des eigenen Lebens
- über die Integration der eigenen Lebenserfahrungen in sich wandelnde Lebensumstände
- über Solidarisierung und Bedeutung eigener Milieus

Unabhängig davon, ob die Unterstützung durch Angehörige geleistet wird oder durch professionelle Anbieter, in Form von „all-inclusive“-Leistungen oder im Modul-Puzzle-Verfahren, ihre Qualität muss transparent, überprüfbar und gesichert werden. Prüfverfahren, die alleine das Erreichen selbst gesetzter Ziele feststellen, produzieren dabei aber ebenso wenig Qualität, wie das Wetter von den Fröschen gemacht wird. Qualität bedeutet neben den Versorgungsstandards vor allem die Passung der Unterstützungsleistungen in Menge, Art und Ausprägung zu den Wünschen der Nutzerinnen und Nutzer.

Dabei gilt es aus pädagogischer Sicht, sehr bewusst in ein Spannungsverhältnis einzutreten, das auf der einen Seite Unterstützungsangebote vorhält, Hilfen konkret gibt, Aktivität fördert, individuelle Beratung erbringt, Bedürfnisse weckt und auf der anderen Seite das Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Behinderung im Alter in besonderer Weise achtet.

Ob es eine gesellschaftliche Aufwertung des Alters geben wird, wird sich dort entscheiden, wo die „nicht Marktfähigen“ aufgehoben sind. Ihre Lebensqualität, ihre Möglichkeiten, ihre Kompetenzen zu entwickeln und einzubringen, nicht in einem „Altersghetto“, sondern in selbstgestalteten und -gewählten Räumen, sind die Messlatte, die eine humane Gesellschaft errichten soll. Aufgabe der Behindertenhilfe wird es dann vorrangig sein, die Rolle der Agentin, der sozialen Vermittlerin zu übernehmen. Gute Agenten kennen die Bedürfnisse ihrer Kunden. Also wird die Behindertenhilfe nie innehalten in ihren Bemühen, ihre Klientel in ihrem Eigensinn zu verstehen, ihre Klientel in ihrer Eigenart auszuhalten und die Qualität der eigenen Arbeit zu überprüfen.

Literatur

- BIRKHOLZ, K. & BRANDHORST, J. (2001). Lebensabschnitt Rentner(in). Auswertung der Befragung von Menschen mit Behinderung und Angehörigen. In HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM, LWV HESSEN & BV LEBENSHILFE (Hrsg.), Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung. Hessische Erfahrungen (S. 43-56). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- BLEEKSMAN, M. (1998). Mit geistiger Behinderung alt werden. Weinheim. Basel.
- BÖHNISCH, U. (1999). Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung (2. Aufl.). Weinheim, München: Juventa.
- FACHVERBAND BEHINDERTENHILFE in den Diakonischen Werken Westfalen und Lippe (Hrsg.) (1996): Position und konzeptionelle Orientierung für älter werdende Menschen mit Behinderungen in der Werkstatt für Behinderte. Münster.
- GERLING, V. & NAEGELE, G. (1999). Sozialpolitik ab 1945. In B. JANSEN, F. KARL, H. RADEBOLD & R. SCHMITZ-SCHERZER (Hrsg.), Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis (S. 197-210). Weinheim, Basel: Beltz.
- Joas, H. (Hrsg.) (2001): Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt/New York: Campus.
- HÄUSSLER, M., WACKER, E., & WETZLER, R. (1996). Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Baden-Baden: Nomos.
- INFRATEST Sozialforschung und INFRATEST Epidemiologie (1997). Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen.“ Stuttgart. Berlin. Köln.
- METZLER, H. & WACKER, E. (2001). Behinderung. In H.-U. OTTO & H. THIERSCH (Hrsg.), Handbuch Sozialarbeit. Sozialpädagogik (S. 118-139). Neuwied, Kriftel: Luchterhand.
- REDLICH, TH. (1992). Betreuungsmodelle in Werkstatt und Wohnheim für ältere behinderte Menschen. In N. RAPP & W. STRUBEL (Hrsg.), Behinderte Menschen im Alter (S. 110-117). Freiburg: Lambertus.
- SCHWEIZER, H. (1993). Hilfebedarf, Altersaufbau und Struktur. Ergebnisse einer Erhebung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.), Alt und geistig behindert. Ein europäisches Symposium. (S. 59-70). Marburg: Lebenshilfe Verlag.
- WACKER, E. (1993). Alte Menschen mit Behinderung. Forschungsstand und Forschungsbedarf. In Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.), Alt und geistig behindert. Ein europäisches Symposium (S. 97-123). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

- WACKER, E. (1999). Altern in der Lebenshilfe – Lebenshilfe beim Altern. Lebenslagen und Unterstützungsformen. In Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.), *Persönlichkeit und Hilfe im Alter. Zum Alterungsprozess bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 23-45). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- WACKER, E. (2001a). Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung – ein kompetenz- und lebensqualitätsorientierter Ansatz. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum 3. Altenbericht der Bundesregierung, Bd. 5, Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 43-121). Opladen: Leske+Budrich.
- WACKER, E. (2001b). Lebenslage und Lebensläufe älterer behinderter Frauen. Annäherung an ein unerforschtes Thema. In P. BRÖSCHER & M. REICHERT (Hrsg.), *Frauen und Alter*. Münster: LiT-Verlag (Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik) (im Druck)
- WACKER, E., METZLER, H. & TROST, R. (1996). Förderung und das Recht auf Ruhe-Stand: ein Spannungsverhältnis. In H. BERGHAUS, K.-H. KNAPIC & U. SIEVERT (Hrsg.), *Abschied vom Fürsorgedenken, hrsg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe* (S. 56-78). Köln: Eigenverlag.
- WACKER, E. WETZLER, R., METZLER, H. & HORNING, C. (1998). *Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“*. Baden-Baden: Nomos.

Diskussion

In der folgenden Diskussionsrunde wurde zunächst davor gewarnt, demenzkranke und seelisch kranke, stark pflegebedürftige Menschen im Alter zusammen zu legen. Zwar können auch seelisch Behinderte mit hohem Pflegebedarf im Altenheim leben, aber die fachpflegerisch-psychiatrische Unterstützung muss sichergestellt sein. Dazu, welche Hilfebedarfe existierten und wie sie abzudecken seien, besteht noch dringender Forschungsbedarf, aber sicherlich muss die personelle Ausstattung in der Behindertenhilfe erweitert werden, insbesondere um die alten- und krankenpflegerische Kompetenz.

Im Folgenden wurde das Problem thematisiert, dass bei geistig Behinderten, die erst in der Nachkriegsgeneration wieder in höhere Lebensalter herangewachsen sind, sehr viele Familien

leistungen erbracht werden, ohne von der Gesellschaft angemessen anerkannt zu werden. Hier reißt der Generationsfaden, sie werden im Alter einsam, weil sie i.d.R. keine Partner und Kinder haben. Die Gesellschaft ist gefordert, einen Ersatz für das Familiennetz zu schaffen – und das nicht nur in mit ehrenamtlichen Mitteln. Die internationale Diskussion zeigt, dass sich nach einem Leben als Erwachsene in differenzierten Wohnformen die Frage des Alters und der Unterstützung nochmals neu darstellt. In den USA z.B. kommt nach einer Lebensphase in der Familie eine Phase der Ablösung, in der die Behinderten das primäre Unterstützungssystem verlassen, manchmal, indem die Eltern ausziehen. D.h. der Behinderte bleibt in seiner gewohnten Umgebung und es ziehen beispielsweise noch zwei oder drei Menschen zur Unterstützung ein. Das schließt nicht aus, dass nicht später unter Umständen eine stationäre Versorgung notwendig wird. Das sind zwar Zukunftsvisionen, weil in Deutschland noch die traditionellen stationären Versorgungsformen vorherrschen. Aber in Anfängen existieren bereits neue Formen – meistens von Eltern initiiert, die ihre Kinder in den gewachsenen Beziehungen belassen wollen, um so das außerhalb der Familie bestehende Netzwerk zu erhalten. Was jedoch geschieht, wenn diese z.Z. jungen bis mittelalten Kinder alt und pflegebedürftig werden, ist noch nicht klar. Aus der Integrationsbewegung heraus könnten jedoch ganz neue Konzepte entstehen.

Beim nächsten Diskussionspunkt ging es um das Phänomen, dass sich ältere Behinderte umso zufriedener äußerten, je länger sie in einem Wohnsetting lebten. Das lässt sich zwar mit der Anpassungsfähigkeit von Menschen an ihre Umgebung erklären, sollte jedoch nicht zur Orientierung in Bezug auf Veränderungen dienen.

Als letzten Punkt in dieser Diskussionsrunde wurde auf die Frage nach dem Erwachsen-Sein im juristischen Sinn und in soziologischen Sinn von behinderten Menschen eingegangen. Dabei wurde deutlich, dass es vor allem um das Wahrnehmen und Ernstnehmen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen als Erwachsene in allen Lebens- und Entwicklungsphasen geht, was sich in den letzten zwei Jahrzehnten auch durchgesetzt hat. Die juristische Seite, d.h. die Geschäftsfähigkeit und Kundensouveränität, und auch, wieviel Verantwortung für das jeweilige Handeln rechtswirksam ist, ist weniger relevant.

Dann leitete Herr Jarzina zum nächsten Referat, dem des Vertreters eines überörtlichen Sozialhilfeträgers, Herrn Profazi, über.

Herr Thomas Profazi, Referatsleiter Behindertenhilfe, Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Münster

Mögliche Struktur- und Leistungsänderungen in der Kooperation der Betroffenen, der Leistungserbringer und der Leistungsträger

Ich werde das Thema „Mögliche Struktur- und Leistungsänderungen in der Kooperation der Betroffenen, der Leistungserbringer und der Leistungsträger“ ein wenig systematisieren, auf zwei, drei Akzente besonderen Wert legen, und es anschließend nochmals aus einem anderen Blickwinkel beleuchten. Es gibt Struktur- und Leistungsänderungen auf der fachkonzeptionellen Ebene in der Behindertenhilfe sowie auf der versorgungsstrukturellen Ebene, und als drittes kommt dann noch der einrichtungsbezogene Aspekt hinzu. Das ist zwar recht altmodisch gedacht, aber für einen überörtlichen Träger der Sozialhilfe ebenfalls relevant. An diesen drei „Kästchen“ möchte ich mich orientieren. Vorab jedoch noch folgendes: Selbstverständlich gibt es *die* Meinung der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Träger (BAG) nicht. Das Thema war vor 20 Jahren en vogue, dann eine Zeit lang verschwunden, aber seit ein paar Jahren ist es wieder sehr dringlich, weil die Aufgabe nun immer deutlicher ansteht. Aber die Lösungsansätze für diese Aufgaben sind natürlich auch innerhalb der Mitglieder der BAG sehr unterschiedlich. Ich spreche in erster Linie vor dem Hintergrund meines eigenen Bereiches, also von Nordrhein-Westfalen, Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), wo manche Dinge anders liegen als in anderen Bundesländern. Dazu zwei Beispiele, die heute Morgen schon angesprochen wurden: Die Querverbindung zum SGB XI wird von Frau Dr. Metzler in Baden-Württemberg anders beantwortet als bei uns. SGB XI-Einrichtungen und Behindertenhilfe oder das Thema Eingliederungshilfe, lebenslanges Wohnrecht, lebenslange Eingliederungshilfe wird auch in Niedersachsen anders beantwortet als bei uns. Man muss also konstatieren, dass es große Unterschiede gibt.

Zum Hintergrund

Einige Stichpunkte zu meinem Hintergrund. Unser Teil Nordrhein-Westfalens hat 8,4 Millionen Einwohner. Wir sind ein recht großer überörtlicher Sozialhilfeträger. Der Etat in der Eingliederungshilfe betrug im letzten Jahr noch 2,2 Mrd. DM. Die beiden größten Angebotsfelder als überörtlicher Träger der Sozialhilfe sind institutionsbezogen, teilstationär und stationär. Von den 2,2 Mrd. DM gingen 1,2 Mrd. DM in Wohneinrichtungen, d.h. für Aufgaben im Rahmen von Wohneinrichtungen. Der zweitgrößte Teil, etwas mehr als eine halbe Mrd. DM, ging an Werk

stätten für behinderte Menschen (WfbM) – und dann gibt es noch kleinere Bereiche, die hier heute nicht die zentrale Rolle spielen, wie behinderte Kinder und Jugendliche. In Nordrhein-Westfalen wird im Moment diskutiert, ob es Sinn macht, die überörtlichen Aufgaben und manche örtlichen Aufgaben wie ambulante Eingliederungshilfen zu bündeln. Dazu gleich mehr.

Veränderungen aus fachkonzeptioneller Sicht

Nun konkret zum Thema – diejenigen, die sich auf dem Weg vom Kostenträger zum Leistungs- und Rehabilitationsträger befinden, werden es sicherlich schon kennen. Natürlich versuchen wir nicht nur über die Kosten, sondern auch inhaltlich das Thema mitzugestalten. Wie etwa Hessen so hat auch das LWL eine Broschüre zum Thema herausgegeben, die vor kurzem noch mal aufgearbeitet wurde. Darin stehen eine Menge wichtiger Informationen und Zahlen, die sich natürlich auf Nordrhein-Westfalen oder den Landschaftsverband Westfalen-Lippe beziehen.

Nun zu meiner ersten Überschrift: „Was gibt es an potentiellen Veränderungen und Weiterentwicklungen aus fachkonzeptioneller Sicht?“ zu sagen. Dazu möchte ich mich auf die Diskussion beziehen, die sich durch das Referat von Frau Prof. Dr. Wacker und von Herrn Czogalla entzündet hat. Was brauchen wir an dieser Stelle? Es gibt einen flapsigen Spruch in der Gerontologie, der heißt: „Wer nicht wie Goethe gelebt hat, kann nicht wie Goethe alt werden“. An diesem Spruch ist vieles dran von dem, was wir konzeptionell zu bedenken haben. Ich möchte es folgendermaßen zusammenfassen: Wir haben als Kostenträger, der eben auch Leistungs- und Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX ist, inhaltlich mitzudenken und uns in diese Diskussion einzuschalten. Die konzeptionelle Ausrichtung ist für mich heute nicht der Schwerpunkt. Ich greife deshalb nur zwei Punkte auf. Erstens wurde vorhin von der finalen Integration gesprochen – ich nehme es einmal positiv. Final ist diese Form von Integration eigentlich deshalb, weil wir mit ganz grundsätzlichen Leitlinien der Behindertenhilfe nicht so schnell vorangekommen sind, wie wir gehofft hatten. Die Themen „Alter und Behinderung“ oder „behinderte Menschen im Alter“ sind im Grunde nichts weiter als Spielarten des generellen Problems der Weiterentwicklung der Behindertenhilfe. Die Entwicklung der allgemeinen Behindertenhilfe, wie Sie sie alle in- und auswendig kennen, wird aktuell geprägt durch Begriffe wie Paradigmenwechsel, Empowerment, Case-Management, Normalitätsprinzip. Diese Art von Verbesserungen und Integration ist dadurch final, dass wir weitergekommen sind und darüber hinaus auch behinderte Menschen älter geworden sind. Das leitet mich über zu meinem zweiten Punkt, die Ebene der konzeptionellen Entwicklung der ebenfalls heute Morgen bereits eine große Rolle gespielt hat.

Versorgungskonzeptionelle Entwicklungen

Grundsätzlich sind wir als Kostenträger ja immer ungemein skeptisch, wenn auf Einrichtungsebene oder auf konzeptioneller Ebene oder auf versorgungsstruktureller Ebene ständig für jedes neue Problem Sonderkonzepte, besondere Angebote, besondere Einrichtungen entstehen sollen. Von daher will ich die These wagen, dass die üblichen, gerade schon angeschnittenen Leitlinien in der Behindertenhilfe ein ausreichend guter, konzeptioneller Nährboden sind und damit eine Ausgangslage vorhanden ist, alle Probleme, die verstärkt auf uns zukommen, konzeptionell weiterzuentwickeln und zu beantworten. Ein Beispiel: Der sogenannte Paradigmenwechsel, die Abkehr von der Angebotsorientierung zur Bedarfsorientierung – was heißt das denn genau? Wenn ich individuumszentriert denke und nicht mehr frage: „Passt du in die WfbM oder passt du in ein Wohnheim?“, sondern gerade andersherum frage: „Was brauchst du?“ und das, was du brauchst, schaffen wir dann versorgungsstrukturell – dann sind alle Themen des Älterwerdens und des Alterns behinderter Menschen im Prinzip angepackt. Das heißt, ich bin der Meinung, dass wir mit den üblichen konzeptionellen Grundpfeilern der Behindertenhilfe die wichtigsten Themen, die konzeptionell auf uns zukommen, bereits im Prinzip richtig anfassen. Wir müssen sie nur konsequent durchdenken und dann auch umsetzen. Dass neben diesen konzeptionellen Ansätzen und Denkweisen natürlich neue Inhalte hinzu kommen, ist völlig klar. Der Umgang mit Tod und Trauer wurde vorhin bereits genannt. Das sind zwar neue Inhalte, sie ändern aber nichts an der konzeptionellen Denkweise darüber, was Behindertenhilfe sein soll und was die Leitlinien und Zielvorstellungen von Behindertenhilfe sein sollen. Von daher sehe ich – nicht nur institutionell, sondern auch konzeptionell gedacht – eigentlich keinen Anlass, eine neue Theorie des Alterns behinderter Menschen zu entwickeln.

Eingliederungshilfe versus Pflegehilfe?

Im Titel meines Referats wird der Querbezug zu unterschiedlichen Leistungsrechten herangezogen. Mitte der 90er Jahre hatte ja die Einführung der stationären Pflegeversicherung noch einmal – bei uns in Nordrhein-Westfalen sogar ganz vehement – die alte Diskussion zur Abgrenzung zwischen „Was ist Eingliederungshilfe?“ und „Was ist Hilfe zur Pflege?“ oder „Was sind dann im Sinne von SGB XI entsprechende Hilfen?“ forciert.

Ich meine, die Diskussion, die seit Mitte der 90er Jahre stattgefunden hat und vor allen Dingen die daraus erwachsene Umsetzung in der Behindertenhilfe zeigt, dass hier schematische Lösungen nicht nur theoretisch falsch sind, sondern praktisch nicht umgesetzt werden. Das heißt, lebenslanges Wohnrecht oder lebenslange Eingliederungshilfe – das wird meistens realisiert und hat überhaupt nichts mit Dogmatik und Rechtsdogmatik zu tun. Ich bin der Meinung, dass das SGB IX in diese Richtung einen wichtigen, zusätzlichen Schritt gebracht hat. Das SGB IX betont zum ersten Mal, wenn man es ganz global sieht, den Teilhabedanken noch stärker. Bisher wurde die Eingliederungshilfe, wenn Sie die letzten 15-20 Jahre Revue passieren lassen, auch von uns Kostenträgern als „it's getting better all the time“ interpretiert - es muss immer besser werden. Wenn ich mir den Spaß erlaube und alte Sozial- und Verlaufsberichte aus Einzelakten angucke – da wird einem schwindelig. Wie viele Erfolge immer erzielt wurden! Und dann sehen Sie plötzlich auf der Seite 437 der Akte, 7. Band, einen Antrag auf höhere Vergütung, auf Nebenabrede usw.. Diese Mentalität, dass Eingliederungshilfe eine Art Therapismus und eine Art „ständig muss es besser werden“ darstellt, war so nie angelegt, auch nicht im BSHG. Das wissen wir alle. Verhütung von Verschlimmerung usw. ist eine Angelegenheit, die aufgrund des SGB IX und die Stärkung der Teilhabe – Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben - eine verbesserte Grundlage für unser Thema darstellt. Das ist zwar hoch abstrakt, aber es ist eine wichtige Grundlage, die man noch einmal bedenken muss. Sonst kommen wir in ganz zynische und, wenn Sie mit der Politik diskutieren, auch ganz rustikale Varianten von: „Was soll denn eigentlich Eingliederungshilfe im hohen Alter sein?“ „Was wird denn hierbei wohin eingegliedert?“ Wir geraten in eine Sackgasse, die an dieser Stelle zudem irreführend ist. Über die Teilhabe und die Stärkung der Teilhabe ist diese Sackgasse meiner Meinung nach besser vermeidbar als bisher.

Nun zur Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege, zunächst zum eher leistungsrechtlichen Ansatz und zum Kostengesichtspunkt in diesem Zusammenhang. In der bereits erwähnten Broschüre des LWL ist nachzulesen, dass wir nach wie vor eine generelle Anerkennung der Häuslichkeit von organisiertem Wohnen, von einrichtungsbezogenem Wohnen fordern, mindestens jedoch dem Grunde nach die Anerkennung der durch die Pflegestufenzuordnung mitgelieferten monetären Unterstützungsangebote aus diesem nicht steuerfinanzierten Teil. Das ist in erster Linie ein Finanzentlastungsargument, zu dem wir uns auch bekennen. Aber im Rahmen der vorhin angesprochenen Weiterentwicklung der Behindertenhilfe stehen im SGB IX auch ein paar wichtige Begriffe, wie etwa Betreutes Wohnen. Dieser Begriff wird im SGB IX wirklich erstmals erwähnt. Oder das persönliche Budget. Herr Czogalla hat vorhin bereits er

wähnt, dass man erst noch merken wird, wie viel logische, fachliche und auch leistungsrechtliche Unwucht in dem jetzigen § 43a SGB XI steckt.

Grenzen des Systems

An dieser Stelle ein Sprung ins Versorgungsstrukturelle. Wenn uns das nicht gelingt, wird es hier möglicherweise – auch aus Sicht der jetzigen Einrichtungsträger – einen ziemlichen Druck geben. Ich habe in weniger offiziellen Zusammenhängen schon oft vom „Schwiegertochter-syndrom“ gesprochen. Es könnte gut sein, dass in Behindertenhilfeeinrichtungen allein über die Demographie, über das Fortschreiten der Altersverteilung, über eine Veränderung der Alterspyramide ganz andere Leistungen, ein ganz anderes Know How, ganz andere Aufgaben auf uns zukommen, die wir dann unter heilpädagogischen Gesichtspunkten möglicherweise als Überfrachtung oder als Entfremdung empfinden könnten. Von daher ist es sehr wichtig, beispielsweise die massenhafte Forderung zu verhindern, dass ab einem bestimmten pflegerischen Hilfebedarf plötzlich der Sprung in ein anderes System kommt, z.B. ins SGB XI. Da kann durchaus eine Dynamik von ganz anderer Stelle ausgehen, wenn wir das nicht besser in den Griff bekommen.

Normalität an dieser Stelle würde bedeuten, dass nicht mehr als 5% der hochaltrigen, behinderten Menschen in eine Pflegeeinrichtung wechseln. Selbstverständlich muss das möglich sein. Es gehört ohne jeden Zynismus zum Normalitätsprinzip, dass ein anderes System einmal überfordert oder nicht der richtige Ort ist. Aber dabei ist wichtig, wie schematisch oder wie individualisiert das passiert. Daraus sollte man kein Dogma machen. Man kann sich natürlich aus der Behindertenhilfe kommend in dieses Leistungsrecht und in diesen Schwerpunkt hinein bewegen. Wir haben in Westfalen-Lippe z.B. einige – selbstverständlich größere – Einrichtungen, die schon immer eine bindende Differenzierung in dieser Hinsicht hatten und die jetzt für 10, 15, 20 oder noch mehr Plätze ein spezielles SGB XI Angebot für alt gewordene Menschen mit Behinderungen bereit halten. Sie nehmen keine herkömmliche Altenhilfeklientel auf. Und ich kenne umgekehrt auch einige Behinderten- bzw. Altenhilfeeinrichtungen, die sagen: wir können uns von unserem Know How her weiterentwickeln und uns für diese Klientel fit machen. Der Bereich der Wachkomapatienten kann hier als Beispiel dienen.

Vorhin war schon die Rede von hochpflegeintensiven Menschen, die vom Lebensalter her jedoch noch ziemlich jung sind. Ich darf dazu einmal aus der Schule plaudern. Wir haben eine Einrichtung in Nordrhein-Westfalen mit einem täglichen Vergütungssatz von weit über 600 DM für die

gleiche Klientel, die in einer spezialisierten Pflegeeinrichtung für 200 DM, also für 100 Euro versorgt wird. Da kann etwas nicht stimmen. Hier muss man auch das berücksichtigen, was ich mit „assimilieren“, „akkommodieren“ aus den jeweiligen Richtungen der Pflege- und Behindertenhilfe beschreibe.

Fachlichkeit und Finanzen

Ich würde nun gerne mehr auf die fachlich-inhaltlichen Aspekte zugehen. Sie erwarten von mir ja etwas, was mit Geld zu tun hat und damit, warum Kosten auf die versorgungsstrukturelle Seite gewechselt werden. Welche Veränderung könnte es da geben? Zunächst würde ich sagen, dass es gar keine wirklich neuen Entwicklungen gibt, sondern unser Thema heute ein Paradebeispiel, sozusagen die Inkarnation unserer Zukunftsaufgabe ist: einerseits die fachliche Weiterentwicklung zu leisten, die unzweifelhaft erforderlich ist und zu der wir heute schon viele Anregungen gehört haben, und andererseits eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Genannt seien die Stichworte Kosten und Kostendruck. Für diesen Spagat – die Synthese aus Fachlichkeit und Finanzen – ist unser Thema zum Teil ursächlich, im übertragenen Sinne jedoch zum Teil eine Inkarnation. Ursächlich deswegen, weil wir folgende Situation haben: Wenn Sie – volkswirtschaftlich gedacht – das Vermögen und die Aufgaben der örtlichen und der überörtlichen Sozialhilfeträger zusammenziehen, dann zeigt sich ein banale Phänomen: Wie in der Behindertensoziologie betont wird, haben wir keine veränderten Prävalenzen. Das heißt, der Anteil behinderter Menschen, die Eingliederungshilfe benötigen, steigt quantitativ nicht wirklich an. Qualitativ verändert sich aber sehr viel. Darauf komme ich gleich noch einmal zurück. Wir verzeichnen trotz gleichbleibender Prävalenz eine – amtsdeutsch gesagt – steigende Fallzahl in der Eingliederungshilfe. In Nordrhein-Westfalen haben wir eine große Offensive gestartet, um die Politik und die Fachöffentlichkeit auf diese unabwendbare Entwicklung hinzuweisen. Ich weiß, dass auch hier beim Deutschen Verein das Thema bereits in einer Arbeitsgruppe diskutiert wird. Eine wichtige Ursache für diesen Befund ist eindeutig unser heutiges Thema. Die längsschiefe Altersverteilung in den Einrichtungen bedeutet, dass wesentlich mehr Menschen mit Bedarf auf Eingliederungshilfe in das System hineinkommen als herauskommen. Am besten kann man das am WfbM-Thema illustrieren, weil es ein relativ geschlossenes und zeitlich begrenztes System ist, nämlich das Erwerbsleben. Bis hier ein Gleichgewicht erreicht ist, brauchen wir noch eine ganze Zeit. So lange werden wir trotz gleichbleibender Prävalenz wesentlich mehr Fälle bekommen, was in vielerlei Hinsicht ein Problem bedeutet. Das gleiche gilt für Wohnangebote und für ambulante Angebote. Bei Wohnangeboten ist es nur etwas pietätloser, denn da müsste man plane

risch darüber spekulieren, wann jemand, der lebenslanges Wohnrecht hat, dieses System der Eingliederungshilfe verlässt – mit oder ohne integrativem Friedhof. Das macht uns unter Kostengesichtspunkten einen unglaublichen Druck. Und das Thema heißt nun: „Wie können wir bei gleichzeitigen rückläufigen Einnahmen der Kommunen diese gestiegenen Aufgaben irgendwie hinkriegen?“ Darauf gibt es unterschiedliche Antworten. Wir können den Kostenanstieg linear fortschreiben und im Sinne von „business as usual“ weiter machen wie bisher. Wir können aber auch Möglichkeiten finden, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ besser umzusetzen. Es wird uns jedoch nicht gelingen, diesen Kostenanstieg zu kappen oder gar zu einer Kostenreduktion zu kommen, was die Erwartung der Politik ist. Wir können also allerhöchstens die Kosten dämpfen.

Das führt letztlich dazu, dass unser Thema noch einmal einen ungeheuren Schub erhalten wird. Reicht unser BSHG so wie es jetzt ist? Oder brauchen wir nicht ein Leistungsgesetz oder eine ähnliche Form der neuen Absicherung? Zu Ende gedacht führt dieses Thema genau dahin.

Nehmen Sie uns in Nordrhein-Westfalen. Wir sind ja als überörtlicher Träger sozusagen ein kommunaler überörtlicher Träger. Die Kommunen, ob nun örtlich und überörtlich zusammen gelegt oder nicht, sind auf Dauer nicht in der Lage, die Last alleine zu tragen. Und das liegt nicht nur an den gestiegenen Ansprüchen der betroffenen Menschen selbst. Gemeint sind auch Ansprüche im guten Sinne, die durch das Alter entstehen. Es liegt nicht an den Ansprüchen, die z.B. die Leistungserbringer im Sinne von Konzeptentwicklung uns gegenüber versuchen durchzusetzen, sondern es liegt einfach am quantitativen Problem. Hinzu kommt ein zweites, das ich vorhin schon erwähnt hatte: trotz gleichbleibender Prävalenz bekommen wir neue, erhöhte Fallzahlen. Beim quantitativen Aspekt mag die Prävalenz zwar gleich bleiben, aber insgesamt steigen die Hilfebedarfe. Bei gleicher Anzahl von Menschen, haben wir also in Zukunft höhere, anspruchsvollere Aufgaben in der Eingliederungshilfe.

In der Regel wird Altern behinderter Menschen bezogen auf ihre Eingliederungshilfebedarfe bedeuten, dass sie einen umfänglicheren Hilfebedarf haben. D.h. wir bekommen weitere und qualitativ anspruchsvollere Aufgaben. Allerdings ist anzunehmen, dass die Ressourcen nicht beliebig erweiterbar sind. Daraus kann man versuchen, strukturelle Konsequenzen zu ziehen, und kreativer sein als jetzt und nicht mehr „business as usual“ zu betreiben. Den wichtigsten Punkt, an dem wir im Moment in Nordrhein-Westfalen arbeiten, habe ich Ihnen genannt: Wir versuchen die lähmende Kostenträgertrennung zwischen ambulanten und stationären Wohnungsinliederungshilfen zu bündeln und den Effekt, dass der eine zu Lasten des anderen spart da

durch aufzuheben, dass alles in einer Kasse ist. Jemand sagte einmal: Man lässt die Leute solange ambulant am langen Arm verhungern bis ihr Hilfebedarf stationär ist – und dann ist der überörtliche Träger dran. Diesen Effekt müssen wir dringend unterbrechen. Das wäre eine konstruktive Variante des in der Behindertenhilfe en vogue befindlichen Betriebswirtschaftsvokabulars. Nämlich bei gleichem Input mehr Output zu schaffen und dabei die Effizienz zu steigern. Nicht mehr effektiv, sondern effizienter zu sein. Das wäre ein typisches Beispiel dafür, wie man mit gleichem Steueraufkommen mehr erreichen kann und dabei natürlich auch mehr subjektive Lebensqualität für die Menschen ermöglicht. Das ist der entscheidende Punkt. Insofern können wir etwas machen, was teilweise besser, aber eben auch preisgünstiger ist. Um in Schlagworten zu bleiben: besser *und* preisgünstiger heißt natürlich anspruchsvoller. Wir sind oft zufrieden, wenn wir sagen können: gleich gut, aber preisgünstiger. Oder umgekehrt. Da gibt es sicherlich Spielräume. Aber meine Grundbotschaft heißt: auf Dauer wird uns das überfordern. Wir brauchen etwas anderes. Das ist auch die Meinung der BAG. An dieser Stelle gibt es keinen großen Dissens.

Einrichtungsbezogene Aspekte

Einrichtungsbezogene Aspekte sind für die jetzigen Praktiker vielleicht am wichtigsten. Im Wesentlichen ist klar, dass lebenslanges Wohnrecht, lebenslange Eingliederungshilfe in jedem Einzelfall verwirklicht werden kann. Wie kann man aber von der Dogmatik „Pflege und Eingliederungshilfe“ wegkommen? Die wichtigsten Punkte sind, dass wir das lebenslange Wohnrecht oder das erwerbslebenslange Arbeitsrecht selbstverständlich umsetzen müssen und dafür in den Werkstätten und in den Wohneinrichtungen ebenso selbstverständlich mit strukturellen Veränderungen zu rechnen haben. Der wichtigste Punkt ist sicherlich der, im Bezugssystem der Werkstätten zu überlegen, ob man eher das W oder das bM dicker drucken möchte. Je dicker Sie das W drucken (also: Werkstatt gleich normales Arbeitsleben), desto klarer ist, dass wir uns von einer Förderung, wie sie Herr Czogalla vorhin erwähnte, von der flexiblen Handhabung der Teilhabe am Arbeitsleben, entfernen würden. Je mehr wir an dieser Stelle das Normalitätsprinzip bemühen, desto klarer wird, dass ein formales Ausscheiden aus diesem System mit einem bestimmten biologischen Alter oder einem subjektiven Alter mehr oder weniger zwangsläufig erfolgt.

Ich möchte mich nicht in politische Dinge vertiefen. Ich will darauf hinaus, dass wir uns nicht am biologischen Alter festhalten können, auch bei den behinderten Werkstattmitarbeitern nicht,

sondern dass hier das Individuum im Einzelfall selbst entscheiden muss. Bei dieser Entscheidung ist aber wichtig, eben nicht nur an das W zu denken, sondern auch an das bM. Eine Werkstatt ist immer auch eine Rehabilitationsstätte. D.h. man wird vielleicht einiges besser regeln können, indem man den Anteil der Arbeit und den Anteil der Anwesenheit zusammen nimmt. Die WfbM kann zum Thema Altern behinderter Menschen sicherlich einen Beitrag leisten, indem man die Frage, wie lange jemand bleiben kann, nicht nur unter dem Gesichtspunkt seiner Arbeitsfähigkeit, sondern auch unter den Gesichtspunkten Tagesstruktur, Beschäftigung und Gesundheitsvorsorge usw. sieht. Als Kostenträger werden wir dafür sorgen, dass dieses Thema nicht überdehnt wird. Dafür wird aber auch die Bundesanstalt für Arbeit sorgen. Die Anwesenheitszeit im teilstationären Sinne kann erhalten und trotzdem die Arbeitszeit, die Belastung am Arbeitsplatz verkürzt werden. Was kann Teilzeitarbeit dazu tun? Hier müssen wir sicher etwas flexibler denken, auch an solche Dinge wie „Platz-Sharing“: Dass auf einen Werkstattplatz zwei Menschen kommen, dass nicht wir als Kostenträger den Schwarzen Peter haben, sondern die Leistungserbringer. Denn die Werkstätten tun an dieser Stelle nicht das, was sie eigentlich tun könnten oder sollten. Deshalb müssen wir Anreize schaffen. An diesem Thema wird meines Wissens nahezu überall in der Werkstattszene gearbeitet und nicht nur bezogen auf chronisch psychisch Kranke, sondern auch bezogen auf älter gewordene, geistig behinderte Menschen. Das zentrale Thema, das im Wohnbereich damit zu vernetzen ist, ist die Tagesstruktur. Wir haben über den § 93 BSHG versucht, eine logische Basis zu bauen, indem wir die Leistungen für Wohnen, für Wohnunterstützung und Wohnbetreuung von denen für die Tagesstruktur trennen. Das haben wir in erster Linie mit Blick auf die größer werdende Zahl der Seniorinnen und Senioren gemacht. Damit ist klar, dass wir einen erhöhten Bedarf bekommen, der sich dann vergütungsrelevant auswirken wird. Damit ist aber auch klar, dass wir einen erheblichen Modernisierungsschub bekommen müssen, dass sich z.B. auch baulich einiges ändern muss in unseren Einrichtungen. Es versteht sich von selbst, dass wir für die nicht geringe Zahl derjenigen Menschen im Nacherwerbsalter mehr tun müssen, die im Erwerbsleben stehen – sei es nun im Integrationsprojekt, sei es im ersten Arbeitsmarkt oder sei es in der WfbM. Prophylaxe für Wohnheimaufnahmen kann man u.a. dadurch betreiben, dass man die externe Nutzung solcher tagesstrukturierenden Angebote ausdehnt. Fast jeder Träger macht sich derzeit Gedanken darüber, wie er eine Tagesstruktur aufbauen kann, die nicht nur seinen eigenen Bewohnerinnen und Bewohnern oder im Verbund, Bewohnerinnen und Bewohner mehrerer Wohneinrichtungen offensteht, sondern selbstverständlich auch Menschen, die ambulant oder gar nicht von Professionellen unterstützt wohnen. Davon gibt es durchaus nicht wenige. Oft sind dann keine Eltern mehr da, dafür aber Angehörige, Brüder, Schwestern usw.. Auch das ist ein Thema, das man bedenken muss.

Osmose zwischen ambulant und stationär

Mit Blick auf die Zeit muss ich darauf verzichten, mein Lieblingsthema „ambulant vor stationär“ bezogen auf diesen institutionellen Teil auszubauen. Aber es sei mir noch der Hinweis gestattet, dass man gerade bei älter werdenden Menschen das Thema der Ambulantisierung mit oder ohne Heim-Enquête, mit und ohne der darin enthaltenen Kränkungen, dass man die unterschiedlichsten Aspekte ansprechen könnte.

Das Alterspezifische an diesem Thema ist die „Osmose“ zwischen ambulant und stationär. Menschen, die subjektiv zufrieden 30 Jahre in einer Einrichtung gelebt haben, aber dies möglicherweise als Konsequenz von Hospitalismus, und jetzt in einem ambulanten Setting leben können, werden natürlich eher diese „Osmose“ brauchen. D.h. die Grundunterscheidung, was eigentlich ambulante und was stationäre Eingliederungshilfen sind, wird immer weniger trennscharf sein, wird sich immer weniger rechtsdogmatisch getrennt handhaben lassen je mehr wir das flexibilisieren. Noch weiter gedacht, mündet dies in die Frage: Brauchen wir überhaupt noch den Unterschied zwischen ambulant und stationär? Sollten wir ihn noch brauchen oder haben wir noch Zeit, dann müssten wir zumindest darüber nachdenken, dass hier „Osmose“ besonders wichtig ist. Das bedeutet, es muss zwischen den stationären und den ambulanten Angeboten gerade beim Thema Altern fließende und sehr bedarfsorientierte Übergänge von fünf Monaten oder von zwei Jahren usw. geben. Das stellt hohe Anforderungen an uns Kostenträger, aber natürlich auch an Netzwerke und an Verbundlösungen bei den Leistungserbringern – seien sie nun ambulante oder stationäre Angebotsträger oder eben beides.

Es ist klar, dass der stationäre Bereich eher die „Cashcow“ ist – obwohl ich das nicht gerne sage als Vertreter eines überörtlichen Kostenträgers. Aber jeder Träger hat nach meiner Erfahrung ein so großes fachliches Ethos, dass er bereit ist, die Entwicklungen mitzugehen, die im Moment zu tun sind. Man muss ihm dann natürlich die Chance geben, in neue Unternehmensfelder hineinzukommen. Stationäre Träger müssen z.B., ohne dass das in Etikettenschwindel endet, auch zu kompetenten, ambulanten Anbietern werden und die „Osmose“ für alt gewordene behinderte Menschen garantieren können. Denn die praktische Erfahrung zeigt, dass dies in *einem* Unternehmen leichter möglich ist als in der Vernetzung von drei oder vier Unternehmen, was jedoch theoretisch natürlich auch gehen müsste.

Fazit

Unser Thema ist eine Inkarnation der geforderten Synthese von Fachlichkeit und Finanzen. Wir werden mit Kreativität vieles konzeptionell, aber auch bezogen auf die Kosten und die Vergütungen tun können. Es gilt folglich zu ermitteln, was Verbesserungen verglichen mit dem Ist-Stand und gegenüber dem weiteren „business as usual“ bedeuten. Ich bin fest davon überzeugt, dass wir mit unserem Thema ein Ferment für ein Leistungsgesetz bekommen.

Diskussion

Ambulant vor Stationär

Die Ausführungen im Anschluss an das Referat drehten sich zunächst um die von Herrn Profazi im Referat nicht detailliert behandelte Frage von „ambulant vor stationär“. Auf die entsprechende Nachfrage erläuterte er, dass ein i.d.R. kostengünstigeres ambulantes Angebot für alte behinderte Menschen vorgehalten werden müsse. Und zwar mit Leistungen, die den stationären vergleichbar seien, damit nicht wie bisher alle Anfragen nach Eingliederungshilfe mit stationären Leistungen beantwortet werden. Stationäre Angebote, damit überwiegend Wohnunterstützung, schließen immer Beratung, Freizeitgestaltung und Krisendienste ein (auch rund um die Uhr), wodurch das Leistungsbündel teuer wird. Im Gegensatz zu stationären sind ambulante Arrangements aus volks- und betriebswirtschaftlichen Gründen schon deshalb günstiger, weil damit mehrere Leistungsrechte leichter umzusetzen sind. Bisher war es oft so, dass z.B. ein Mensch Eingliederungshilfe zuerst für das Leben in einem Wohnheim, später in einer Hauswohngruppe erhielt und dann soweit gefördert war, dass die ambulante Struktur ausreichte. Damit hatte er seine Bürgerrolle wieder inne und erhielt die 500 DM aus dem SGB XI. Aufgrund des ambulanten Status bekäme er die Pflegestufe II und möglicherweise noch Leistungen aus SGB V. Betriebswirtschaftlich betrachtet, wäre das eine strukturelle Weiterentwicklung, weil die Anzahl der stationären Plätze verringert und die der ambulanten erhöht würde. Das würde auch eine höhere Lebensqualität bedeuten. Allerdings sehen das die Eltern oft anders. Sie machen sich Sorgen, was mit ihren Kindern geschieht, wenn sie, die Eltern, nicht mehr sind. Ihnen erscheint eine stationäre im Vergleich zur ambulanten Versorgung meistens sicherer, womit sie z.Z. möglicherweise auch recht haben. Aber gerade deshalb ist es eine wichtige Aufgabe, ein ambulantes Netz zu knüpfen, das ohne Institutionalisierungseffekte auskommt und bedarfsgerechter ist als die stationäre Versorgung. Das auf die je eigenen Finanzen von Kostenträgern, Kämmerern und

Krankenkassen gerichtete Denken sollte überwunden werden. Budgetmäßig und volkswirtschaftlich könnte mit dem eingesetzten Geld mehr gemacht werden. Herr Profazi plädierte dafür, den Menschen das Geld zur Verfügung zu stellen und die ambulanten Strukturen zu stärken, weil dies sehr wahrscheinlich – in betriebswirtschaftlichem Vokabular – die Effizienz steigern, d.h. bei gleichem Input einen größeren Output erzielen würde. Dies stellt einen Anreiz für die Kostenträger dar, den Spagat zwischen Fachlichem und Finanziellen zu einer sinnvollen Weiterentwicklung zu nutzen.

Im weiteren wurde die Aufhebung des Unterschieds zwischen ambulant und stationär durch die individuelle Leistung als zukunftsweisend gewertet, und die Hoffnung geäußert, auch andere Kostenträger in das Budget einbeziehen zu können. Bisher scheiterte dies am föderalistischen Aufbau der Bundesrepublik. Lebenslang in einer Einrichtung zu leben, muss behinderten oder psychisch kranken Menschen möglich sein, darf aber nicht das Ziel sein. Das Ziel muss vielmehr sein, dass diese Menschen die Einrichtung auch wieder verlassen und in selbstständigen Strukturen leben können.

Anschließend stand die Frage nach Modellrechnungen oder Szenarien im Mittelpunkt, wie sich die Kostenentwicklung darstellt unter Berücksichtigung demographischer Veränderungen, qualitativer und quantitativer Anforderungen sowie im Hinblick auf eine verstärkte Verlagerung von stationären auf ambulante Angebote. Solche Szenarien gibt es, führte Herr Profazi aus, jedoch nach dem Wenn-Dann-Prinzip. Sie zeigen, dass sich mit relativ wenig Aufwand durch mehr ambulante Versorgung viel verändern lässt. Lebenslanges Wohnrecht für alle Systeme muss es geben, darf aber nicht – im Dörner'schen Vokabular – zu lebenslanger Geiselnahme führen. Wer kann, sollte in ambulanten Bezügen leben, womit das ambulante Netz gefragt ist, insbesondere die Betreuungsintensität. Letztere kann altmodisch in Schlüsseln gerechnet werden, z.B. bedeutet 'ambulant' ein Schlüssel von 1:12 – plus Haushaltshilfe oder familienunterstützende Dienste. Oder das Wenn-Dann geht von einer völlig flexiblen, bedarfsorientierten Hilfebedarfsabbildung aus, für die man entsprechende Instrumente, Verfahren und Rahmenbedingungen braucht. Bedarfsorientierung benötigt eine Definition von Fachleistungsstunden, deren Anzahl dann im Hilfeplanverfahren festgelegt wird. Sehr viele behinderte, stationär lebende Menschen könnten nach Meinung von Herrn Dörner und der Heim-Enquête auch ambulant versorgt werden. Wenn alle ambulanten und stationären Wohneingliederungshilfen in einer Hand liegen, kann eine quantifizierbare Flexibilisierung einsetzen. Modellrechnungen haben ergeben, dass die ambulante Versorgung preisgünstiger und fachlich besser möglich ist. Die Frage nach den Vor- und Nachteilen

eines entsprechenden Leistungsgesetzes beantwortete Herr Profazi u.a. mit Hinweisen darauf, dass überörtliche und örtliche Träger der Sozialhilfe einen Anstieg der Aufgaben der Eingliederungshilfe nicht werden bewältigen können, auch wenn die Politik das erwartet. Die Kosten sind bestenfalls zu dämpfen, was alle Hauptfinanziers frustriert. Der Druck wird wachsen und möglicherweise bewirken, dass die Behindertenhilfe ideologisch aus dem Wohlfahrtsdenken herausfällt. In der Politik ist die Richtung klar und die Exekutive steht vor dem Anspruch, aus Finanzgründen die steuerfinanzierten BSHG-Hilfen zu beenden und dafür beitragsfinanzierte, möglicherweise abgefederte Konstruktionen zu schaffen. Das ist auch die Grundlage für die derzeitige Diskussion darüber, wie ein Leistungsgesetz aussehen und finanziert werden soll. Inhaltliche Verbesserungen sind nach seiner Meinung auch dann möglich, wenn die Nachrangigkeit der Sozialhilfe nicht mehr existiert.

Vereinsamung

Wenn eine Normalisierung bei Behinderten dahingehend eintreten würde, dass nur 5% stationär versorgt würden, dann muss Problem der z.T. massiven Vereinsamung pflegebedürftiger, alter Menschen auch hier angegangen werden. Betreutes Wohnen und lebenslanges Wohnrecht wird oft unter dem Gesichtspunkt des „So-lange-es-geht“ diskutiert und damit eingeschränkt. Bei Eigentumswohnung im Betreuten Wohnen wäre dagegen die Gefahr einer Verlegung in ein Pflegeheim geringer. Für Menschen mit Demenz sowie Orientierungs- und Betreuungsschwierigkeiten stellt das Betreute Wohnen keine geeignete Wohnform dar, wenn nicht ein ausreichendes Unterstützungssystem und Verwandtenbetreuung gewährleistet ist. Behindertenhilfespezifisches Denken ist hierbei notwendig, gerontologisches Denken kann nicht einfach übertragen werden. Dadurch, dass oft kein soziales familiäres Netz vorhanden ist, steigt der Anspruch an ein professionelles, ambulantes Arrangement, das durch bürgerschaftliche Engagement unterfüttert werden muss. Die gesellschaftliche Verantwortung ist hier noch höher als in der Altenhilfe. Der Vereinsamung könnte damit vorgebeugt werden, dass ältere Behinderte nicht alleine, sondern zu mehreren zusammenleben. Solche Betreute Wohngruppen sind auch aus Sicht des Kostenträgers attraktiv.

Damit schloss diese Diskussionrunde und Herr Jarzina kündigte den Beitrag von Frau Winter an, die aus der Perspektive des Landes Hessen zum Thema „Handlungsoptionen und Handlungsbedarfe“ Stellung nahm. Anschließend gab Herr Hagelskamp die Sicht des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands zu diesem Thema wieder.

Bettina Winter, Leiterin des Referates „Frühförderung, ambulante Hilfen und teil- und vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe“ im Hessischen Sozialministerium, z.Z. abgeordnet zum Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Handlungsmöglichkeiten und Handlungsoptionen aus Sicht eines Landes

Die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland wird bei den gesellschaftlichen Realitäten zu einer Institutionalisierung von Hilfen für ältere und alte Menschen führen. Dies gilt auch für Menschen mit Behinderung. So sind in der Behindertenhilfe zwei unterschiedliche, sich aber nicht ausschließende Entwicklungen zu beobachten. Auf der einen Seite findet die Deinstitutionalisierung von Angeboten in Umsetzung des § 3 Bundessozialhilfegesetzes („ambulant vor stationär“) durch den Auf- und Ausbau von Beratungs- und Unterstützungsangeboten, von ambulanten Diensten und des Betreuten Wohnens statt, und auf der anderen Seite die Vorbereitung der stationären Angebote auf die Bedürfnisse der älter werdenden und alten Menschen mit Behinderung.

Zur Rolle der Sozialplanung

Die Sozialplanung muss beide Entwicklungen berücksichtigen und adäquate Versorgungsangebote entwickeln und sicherstellen. Konzeptionelle Anforderungen müssen somit fachliche fundiert und in der Infrastruktur umsetzbar und finanzierbar sein.

Aufgrund der demographische Entwicklung und der Verbesserungen der Medizin und Rehabilitation werden in den Angeboten der Behindertenhilfe in den nächsten Jahren geistig, seelisch und körperlich behinderte Menschen alt werden. Dies stellt die Anbieter und Kostenträger vor die große Herausforderung, ihre Angebote auf die Bedürfnisse der älteren und alten Menschen einzustellen.

Um diese Aussage zu belegen, richten wir einen Blick auf Hessen und die von Prof. Dr. Elisabeth Wacker vorgestellten Zahlen zur Populationsentwicklung: *„Finden wir noch 1995 unter den Erwachsenen in hessischen Einrichtungen nur knapp elf Prozent 55 bis 64-jährige und etwa 8% über 65-jährige Personen, so steigen diese Zahlen bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf knapp 15 Prozent bzw. etwa 10 Prozent an... Bei Weiterbestehen der vorrangig stationären Wohnfor*

men insbesondere für ältere Menschen mit geistiger Behinderung werden bereits im Jahr 2005 in Hessen knapp 30% der erwachsenen Heimbewohner(innen) älter als 55 Jahre sein.“ WACKER; E. (2001). In: BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V.; HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM; LANDESWOHLFAHRTS-VERBAND HESSEN (Hrsg.) Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung – Hessische Erfahrungen, Marburg, S. 60).

Das hessische Projekt „Lebensräume ältere Menschen mit Behinderung“

Die o.g. Entwicklungen führen jetzt dazu, dass sich Anbieter und Kostenträger von Angeboten für Menschen mit Behinderung der Frage öffnen müssen, wie und wo älter werdende und alte Menschen mit Behinderung in Zukunft leben werden. In jenen Einrichtungen, in denen schon ältere Menschen leben wurde versucht, praktikable „Einzelfalllösungen“ zu finden. Auch Eltern- und Angehörigenorganisationen haben sich dem Thema inzwischen angenähert. Gemeinsam ist den bisherigen Ergebnissen, dass viele Einrichtungsträger „kleine Lösungen“ für ihre älter werdenden Menschen mit Behinderung gefunden haben, die aber bei der absehbaren Zunahme der Personengruppe nicht mehr funktionieren. Es müssen also konzeptionelle Lösung gefunden werden, die den Wünschen und Bedürfnissen der älteren und alten Menschen mit Behinderung entsprechen und finanziell abgesichert sind. Bei einem Thema mit dieser Bedeutung und Komplexität ist eine überregionale und nicht interessengeleitete Steuerung sinnvoll und notwendig. Diese Rolle übernahm und übernimmt in Hessen das Sozialministerium.

Die Notwendigkeit einer landesweiten Koordinierung dieses Prozesses erkannten das Hessische Sozialministerium und der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV), der überörtliche Sozialhilfeträger 1998. In diesem Jahr konstituierte sich unter Federführung des Hessischen Sozialministeriums und des LWV (Bereich Planung) eine Planungsgruppe mit dem Ziel, in zwei Jahren Fachliche Leitlinien und Empfehlungen für Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung vorzulegen. In dieser Planungsgruppe waren die Liga der Freien Wohlfahrtspflege, die Landesarbeitsgemeinschaften Wohnen, Werkstätten für Behinderte und ambulante Dienste, der Landesverband der Lebenshilfe, die Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, die Projektberatung Alten-, Behinderten-, Selbsthilfe, die Heimaufsicht und das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg vertreten. Die Planungsgruppe entschied sich, einen intensiven Prozess der Auseinandersetzung mit der Thematik in Hessen anzustoßen. Dabei erhielt die Planungs

gruppe die Rolle der Planung, Koordinierung, Organisation und Auswertung von Fachtagungen zur Erreichung des Ziels.

Im Dezember 2000 wurden vom Hessischen Sozialministerium und dem Landeswohlfahrtsverband Hessen die fertiggestellten Fachlichen Leitlinien und Empfehlungen für Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung der Öffentlichkeit vorgestellt. Sie sollen den Sozialplanern als Handlungsanleitungen für die regionale und überregionale Planung und den Einrichtungsträgern und Diensten für die Konzeption von Angeboten dienen. Damit sind sie wichtige fachliche Hilfen für die Umsetzung des § 93 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) für ältere Menschen mit Behinderung.

Basierend auf den Grundsätzen der hessischen Behindertenpolitik (Normalisierung, Selbstbestimmung, Individualität und Integration), den Erkenntnissen der Gerontologie (Kompetenzerhaltung und -förderung) und der Feststellungen, dass Altern ein individueller Prozess ist und Menschen mit Behinderung lebenslang spezifische Beratung und Unterstützung benötigen, wurden die Fachlichen Leitlinien und Empfehlungen für folgende Bereiche formuliert:

Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand

- Werkstätten für Behinderte

Wohnen

- Ambulante Dienste
- Betreutes Wohnen
- Wohneinrichtungen und -angebote

Hilfen und Angebote zur Gestaltung des Tages

- Alltagsgestaltende Angebote
- Freizeitgestaltung

Außerdem wurden konkrete Umsetzungshinweise für o.g. Bereiche gegeben, die als Handlungshilfe für Leistungserbringer und Kostenträger fungieren können sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt.

2001 folgte die Herausgabe des Buches „Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung – Hessische Erfahrungen“ BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E.V.; HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM; LANDESWOHLFAHRTSVERBAND HESSEN (Hrsg.), in dem neben den Fachlichen Leitlinien und Empfehlungen alle wissenschaftliche Beiträge, Beiträge von behinderten Menschen und ihren Angehörigen und eine Übersicht über die neun zwischen 1998 und 2000 durchgeführten Veranstaltungen abgedruckt sind.

Umsetzung der Fachlichen Leitlinien und Empfehlungen

Inzwischen werden die Fachlichen Leitlinien und Empfehlungen hessenweit auf den jeweiligen Verantwortungsebenen diskutiert und geprüft.

- Das Sozialministerium hat die kommunalen Spitzenverbände, den LWV als überörtlichen Kostenträger, die Kranken- und Pflegekassen und die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und der Selbsthilfe aufgefordert, bis Mai 2002 in Stellungnahmen die Erfahrungen mit der Umsetzung der Fachlichen Leitlinien und Empfehlungen darzustellen.
- Verbindliche Verabredungen für die Bereiche Wohnen und Gestaltung des Tages in Form von Leistungsvereinbarungen schließt der Landeswohlfahrtsverband Hessen (überörtlicher Sozialhilfeträger) in Umsetzung des § 93 BSHG ab.
- Das Sozialministerium hat untersuchen lassen, inwieweit in den Ausbildungsgängen und Fortbildungsprogrammen der gängigen Berufe in der Behindertenhilfe die Thematik „ältere Menschen mit Behinderung“ vorkommt und welcher Qualifizierungsbedarf dazu besteht.
- Unter der Federführung des Landesversorgungsamtes ist eine landesweite Arbeitsgruppe tätig, die sich mit den Fragen der Qualifizierung des Personals, der Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung und räumlichen Anpassung in Heimen befasst.
- Das Sozialministerium verlangt von Trägern der Behindertenhilfe, dass sie bei der Beantragung von Landesmitteln für neue Wohnheimplätze oder Ersatzplätze eine Gesamtdarstellung vorlegen, der zu entnehmen ist, wie die Bedürfnisse ältere Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden sollen.

Konzeptionelle Anforderungen

Menschen mit Behinderung möchten so lange wie möglich in ihrer Vertrauten Umgebung wohnen bleiben können. Diesem Wunsch möchten die Wohnheimträger in der Regel auch nachkommen, sehen sich aber vor bauliche, personelle und konzeptionelle Probleme gestellt. Ein älterer Mensch mit Behinderung ist nicht automatisch gebrechlich und immobil. Das Gegenteil ist in der Regel der Fall. Behinderte Frauen und Männer, die in EU-Rente gehen und damit das vertraute Umfeld der Werkstatt verlassen, wollen und müssen alternative Beschäftigungs/Freizeitangebote erhalten und alte Sozialkontakte pflegen sowie neue aufbauen. Wenn altersbedingte Einschränkungen beginnen, wie Demenz und/oder Pflegebedürftigkeit, muss der Wohnheimträger sicherstellen, dass die Betreuung und Versorgung der veränderten Situation Rechnung trägt. Besondere Schwierigkeiten bereitet den Wohnheimträgern zur Zeit, dass behinderte Menschen, die ihre EU-Rente beziehen, nun eine angemessenen Tagesstruktur benötigen, dass dies manchmal aber nur eine einzige Person in einer Wohngruppe zutrifft. In einigen Jahren wird sich das Problem dahingehend gelöst haben, dass mehrere ältere Menschen einer Wohngruppe „zu Hause“ bleiben. Deshalb ist die aktuelle Situation vor allem eine organisatorische Herausforderung an die Träger. Entscheidend wird auch sein, ob eine Zusammenarbeit zwischen der kommunalen Altenhilfe und der Behindertenhilfe in den Gebietskörperschaften gelingen wird.

Im Folgenden stelle ich die neuen Anforderungen dar und erläutere im Anschluss, welche Beiträge zur Bewältigung dieser Aufgaben ein Landesbehörde leisten kann.

1. Qualifizierung des Personals

Zusätzlich zu den klassischen Berufsgruppen in der Behindertenhilfe wie den Heilerziehungspfleger(inne)n, den Sozialpädagogen/arbeiter(inne)n und den Erzieher(inne)n werden in Zukunft auch Alten- und Krankenpflegekräfte gehören. Psychiatrisches Fachwissen wird in die Qualifikationen der Mitarbeiter(innen) einfließen müssen. Die Einrichtungsträger werden dazu perspektivisch multiprofessionelle Teams zusammenstellen, die den Anforderungen an die Versorgung und den Freizeitbedarf ältere behinderte Menschen gewachsen sind. Das pädagogische und pflegerische Personal muss in die Lage versetzt werden, die altersbedingten Veränderungen der Bewohnerinnen und Bewohner zu erkennen. Die heilpädagogische Betreuung muss entsprechen

de altersspezifische Elemente enthalten, damit die neuen, veränderten Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Nur so wird ein „Abschieben“ in Altenpflegeheime zu verhindern sein. Dort können zwar pflegerische und gerontopsychiatrische Bedürfnisse gedeckt werden, jedoch kann der spezifischen Hilfe- und Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderung in den jetzigen Angeboten der Altenhilfe nicht erfüllt werden. Deshalb plädiere ich für einen Verbleib der älteren behinderten Menschen in der Angebotsstruktur der Behindertenhilfe unter Sicherstellung der neuen pflegerischen und medizinischen Hilfebedarfe.

Die Heimaufsicht hat in ihrer Funktion als beratende und kontrollierende Behörde darauf zu achten, dass ältere Menschen mit Behinderung entsprechend ihres Hilfebedarfs in den Einrichtungen der Behindertenhilfe oder nach dem SGB XI betreut werden.

Abgrenzungen und Gemeinsamkeiten im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung sind zu erarbeiten. Dazu können die Psychiatrie-, Altenhilfe - und Behindertenhilferferate in den Landesministerien Hilfestellung geben.

2. Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Die medizinische Versorgung ist durch geeignetes ärztliches Personal sicherzustellen. Das heißt, dass neben den Hausärzten auch die Psychiater/Gerontopsychiater zu den zu konsultierenden Ärztinnen und Ärzten gehören. Alle notwendigen Heil- und Hilfsmittel müssen auch gerontopsychiatrisch erkrankte geistig behinderte Menschen erhalten. Die Kooperation mit einem gerontopsychiatrischen Zentrum ist soweit es sinnvoll und möglich ist, anzustreben.

Besondere Bedeutung ist der Prävention zuzumessen, da gerade bei älteren Menschen hohe präventive Potenziale vorhanden sind. Präventive Verhaltensweisen sind von den Betreuerinnen und Betreuern anzuregen und zu fördern. Falls Krankenhausaufenthalte notwendig sind, sind die ärztlichen und pflegerischen Nachsorgestrukturen zu gewährleisten. Die pflegerische Versorgung in den Einrichtungen der Behindertenhilfe ist sicherzustellen. Ist dies nicht möglich, muss ein Umzug in eine Einrichtung nach dem SGB XI erfolgen, und dort ist sicherzustellen, dass der Teilhabebedarf (Eingliederungshilfeabschluss) weiterhin gedeckt wird.

Zur Sicherung der medizinischen, pflegerischen und heilpädagogischen Versorgung ist die Heimaufsicht beratend einzuschalten. Ggf. müssen die Landesministerien als Rechtsaufsicht auf den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung und der Verbände der Krankenkassen aufmerksam machen.

3. Räumliche Anpassung

Einrichtungen der Behindertenhilfe müssen auch den Bedürfnissen von schwerstmehrfachbehinderten und alten behinderten Menschen entsprechen. Deshalb sind bei Neubauten und Umbauten Mobilitätseinschränkungen, Pflegesituationen und ein verändertes Ruhe- und Freizeitverhalten der Bewohner und Bewohnerinnen zu berücksichtigen. Dies wirkt sich auf das Raumprogramm und die Ausstattung aus. Wiedererkennungsbzw. Orientierungshilfen helfen Menschen mit einer Demenzerkrankung sich im Alltag der Wohngruppe zurecht zu finden. Die eingeschränkte Mobilität und Orientierung muss bei der Planung berücksichtigt und die bauliche und Ausstattungshilfen soweit möglich kompensiert werden. Dabei ist schon in der Planungsphase eine Zusammenarbeit zwischen Fachleuten beider Disziplinen, der Behindertenhilfe und der Gerontopsychiatrie, sinnvoll.

Werden Neu- und Ersatzbauten vom Landesministerium investiv gefördert, hat dieses darauf zu achten, dass in der Planung und Realisierung o.g. räumliche Anforderungen erfüllt werden. Die Heimaufsicht hat bei der Erstellung der Konzeption und der Raumplanung beratend einzuwirken.

Fazit

Im Jahr 2002 stehen den Landesministerien, den Anbietern von Angeboten und den Kostenträgern genügend Informationen zur Verfügung, wie und wo ältere und alten Menschen leben wollen und wie eine solche Versorgungsstruktur aussehen kann. Die demographische Entwicklung ist bekannt. Die rechtliche Situation ist eindeutig. Es gibt erste Erfahrungen in Wohnheimen mit älteren und alten Menschen mit Behinderung und es gibt Leitlinien und Empfehlungen. Nun müssen die oben genannten Akteure über Leistungsvereinbarungen die Bedingungen und Leistungen festschreiben. Die Landesministerien und -behörden können beratend Einfluss nehmen (Heimaufsicht) und bei Rechtsfragen (Eingliederungshilfe) Auskunft geben.

Herr Joachim Hagelskamp vom Deutschen PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband bestätigte in seinem anschließenden Statement die Ausführungen aus Wissenschaft und Praxis, die in den vorangegangenen Referaten und Diskussionen erörtert worden waren. Er wies darauf hin, dass aufgrund der amtlichen Schwerbehindertenstatistik und der amtlichen Statistiken über die Bezieher/innen von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG bislang keine klaren Aussagen über die demographische Entwicklung und die besonderen Hilfebedarfe vorliegen und deshalb detaillierte Untersuchungen notwendig sind. Anhand der Auswertung der amtlichen Statistiken über die Bezieher/innen von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG als Zeitreihe zeigte er die mögliche Entwicklung auf. Seine Ausführungen verdeutlichten, dass eine intensivere Auseinandersetzung und Auswertung des bereits vorhandenen Datenmaterials und die Fortentwicklung der Datenerhebung dringend geboten ist.

Diskussion

In der anschließenden Diskussionsrunde ging es um den Einfluss der Bundesländer bei zwei Themen: zum einen bei Fortbildungsmaßnahmen und zum anderen bei der Heimaufsicht. Auf die Nachfrage, wie das Land Hessen die Aufgabe der Qualifizierung von Professionellen wahrnimmt, führte die Referentin aus, dass dies zwar keine genuine Landesaufgabe sei, sie sich aber in der Rolle sähen, eine landesweite Steuerung zu leisten. Sie tun dies zum einen, indem sie auf Qualifizierungsbedarfe aufmerksam machen und auf die Curricula-Entwicklung Einfluss nehmen, zum anderen förderten sie auch direkt Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich älterer Behinderte, wenn die Maßnahme landesweit von Interesse sei.

Beim Thema Heimaufsicht zeigten sich Unterschiede z.B. dahingehend, dass in einigen Ländern – wie NRW und Rheinland-Pfalz – die Heimaufsicht kommunalisiert ist, in anderen Ländern – wie Hessen – dagegen nicht. Es wurde die Frage aufgeworfen, wie die Länder mit zentralisierten Heimaufsicht die Kontrolle in ihren eigenen Heime umsetzen. Eine der vertretenen Meinungen dazu war, dass die Heimaufsicht in Bundesländern mit zentralisierter Heimaufsicht besser funktioniert als in den Bundesländern mit kommunalisierter Heimaufsicht. Ein anderer Redebeitrag ging dahin, dass eine gewisse Gewaltenteilung besteht, indem beispielsweise die örtliche Ebene die Heimaufsicht inne hat, aber der überörtliche, d.h. der Kostenträger, für die über § 93 geregelten Angelegenheiten wie Leistungs- und Prüfungsvereinbarungen sowie Qualitätsprüfung zuständig ist. Das hat Vorteile, denn eine Heimaufsicht, die zwar Auflagen machen darf, aber Schwierigkeiten hat, sie durchzusetzen, ist problematisch. Das neue Heimgesetz kann jedoch neue Konflikte in dieser Hinsicht mit sich bringen.

Schluss der Tagung

Die Tagung schloss mit einem allgemeinen Dank an den Deutschen Verein, das wichtige Thema des Älterwerdens behinderter Menschen und der sich daraus ergebende Problematik aufgegriffen zu haben und dem Wunsch, die Arbeit daran unbedingt fortzusetzen. In weiteren Tagungen und Workshops, in denen die Kostenträger und die Leistungserbringer unterstützt von wissenschaftlicher Seite vertreten sein sollten, sollten der Austausch intensiviert und einzelne Punkte, z.B. konkrete bauliche Notwendigkeiten oder unterschiedliche Modelle auch aus dem europäischen Ausland, aufgenommen und vertieft werden.