

Münster, 24.06.2013

Orientierungshilfe der BAGüS

„Menschen mit Behinderung im Alter“

Inhalt

Präambel	3
1. Ausgangssituation	4
2. Behinderung und Alter	4
3. Grundlagen für individuelle und örtliche Teilhabeplanung	9
4. Individuelle Teilhabeplanung	10
5. Örtliche Teilhabeplanung.....	12
6. Unterstützungskonzepte.....	13
7. Leistungsrecht	14
8. Empfehlungen	16

Anhang: Literaturliste

Präambel

Für Deutschland liegen keine einheitlichen und umfassenden Daten zu Menschen mit Behinderungen im Alter vor. Den Trägern der Sozialhilfe ist jedoch bekannt, dass die Zahl der Menschen mit Behinderungen im Alter zunimmt und sich die Bedürfnisse und Bedarfe dieses Personenkreises von denen jüngerer Menschen mit Behinderung unterscheiden. Die derzeit vorhandenen Unterstützungsstrukturen sind zwar grundsätzlich auch für den Personenkreis der älteren Menschen mit Behinderung geeignet, sie müssen jedoch den veränderten Bedarfslagen entsprechend ergänzt und angepasst werden.

Mehrere Sozialhilfeträger haben bereits Konzepte zur Betreuung von Menschen mit Behinderungen im Alter entwickelt.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die den Personenkreis, die Bedarfe und die Bedarfsdeckung sowie die erforderliche Sozialplanung beschreiben und Orientierungshilfen für die Sozialhilfeträger erarbeiten soll.

In dieser Arbeitsgruppe sind überörtliche Sozialhilfeträger aus Bremen, Thüringen, Nordrhein-Westfalen, Brandenburg, Hessen und Bayern vertreten:

- Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen der Freien Hansestadt Bremen
- Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit
- Landschaftsverband Rheinland
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie Brandenburg
- Landeswohlfahrtsverband Hessen
- Bezirk Mittelfranken

Empfehlungen und Orientierungshilfen der BAGüS werden unter Berücksichtigung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (VN-BRK) erarbeitet. Sie folgen dem Leitgedanken, dass alle Menschenrechte und Grundfreiheiten allgemein gültig und unteilbar sind und dass Menschen mit Behinderungen der volle Genuss dieser Rechte und Freiheiten ohne Diskriminierung garantiert ist. Auch Menschen mit Behinderungen im Alter haben nach Artikel 19 VN-BRK das Recht, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben wollen. Sie sind nicht verpflichtet, in besonderen Wohnformen zu leben.

1. Ausgangssituation

Menschen mit Behinderungen im höheren Lebensalter und dadurch veränderten Unterstützungsbedarfen stellen eine stetig wachsende Gruppe unter den Menschen dar, die für ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auf Leistungen der Eingliederungshilfe sowie weiterer sozialer Sicherungssysteme angewiesen sind. Auch wenn verwertbare Statistikzahlen auf Bundesebene bisher nicht erhoben wurden, lässt sich aus den von der BAGüS im Rahmen des Kennzahlenvergleichs¹ erhobenen Werten für Altersstrukturen im Wohnen und in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) sowie aus den Erhebungen einzelner Sozialhilfeträger eine Tendenz erkennen. Als gesichert gilt, dass die Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung im höheren Lebensalter in den nächsten Jahrzehnten in Deutschland stark steigen wird.² Erstens erhöht sich ihre Anzahl analog zum wachsenden Anteil der Allgemeinbevölkerung im Rentenalter. Zweitens nähert sich die Lebenserwartung dieses Personenkreises immer mehr der der Menschen ohne Behinderung an – u.a. dank des medizinischen Fortschritts und einer individuelleren Unterstützung. Drittens wird durch die nach dem Zweiten Weltkrieg Geborenen die „Generationenlücke“ geschlossen, welche durch die Ermordung von Menschen mit Behinderungen während der nationalsozialistischen Diktatur entstanden ist.

Zurzeit gibt es nur für Menschen mit geistiger Behinderung gesicherte Daten zur Altersstruktur.

Diese Orientierungshilfe basiert auf den derzeit geltenden gesetzlichen Grundlagen. Die geplanten Änderungen in den Systemen der sozialen Sicherung – als Stichworte seien hier die Reform der Eingliederungshilfe, die Umsetzung der Zusagen aus dem Fiskalpakt oder die Einführung eines neuen und erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs genannt – werden die Lebens- und Versorgungsbedingungen für Menschen mit Behinderungen im Alter nachhaltig beeinflussen.

2. Behinderung und Alter

Ein gesundes und langes Leben gehört zu den wesentlichen Errungenschaften moderner Gesellschaften. Die mittlere Lebenserwartung hat sich im Laufe des 20. Jahrhunderts um rund 30 Jahre erhöht. Die Gründe hierfür sind insbesondere die verbesserte Hygiene, eine umfassende Versorgung mit Nahrungsmitteln und die erfolgreiche Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Es ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklung fortsetzt. Nach der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes werden der insgesamt hohe Wohlstand und Fortschritte in der Medizin zu einem weiteren Anstieg an Lebenserwartung führen. Die Erwartungen liegen bei einem Lebenszugewinn von drei Jahren innerhalb eines Jahrzehnts.³ Der Anstieg an

1 BAGüS, Kennzahlenvergleich 2011 der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, 2013, S. 46-47 und 58-59

2 Kath. Hochschule NRW, Münster, Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“, 2010, S.

3 Berlin-Institut, Studie „Alt und behindert“, 1. Auflage 2009, S. 10

Lebenserwartung ist auch bei Menschen mit Behinderungen zu beobachten. Insbesondere die Anzahl älterer Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung ist in den vergangenen Jahren gestiegen, und diese Entwicklung wird sich fortsetzen. Deren derzeit noch relativ geringe Zahl in den oberen Altersgruppen ist vor allem zurückzuführen auf die sog. „Euthanasie“ zu Zeiten des Nationalsozialismus. Sie erhöht sich in dem Maße, wie nach dem Krieg geborene Menschen mit Behinderungen in das Rentenalter kommen. Hochaltrigkeit ist insoweit ein relativ neues Phänomen. Zudem zogen viele Behinderungen noch bis in die vergangenen Jahrzehnte erhöhte Sterberisiken nach sich. Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung liegt aber nach wie vor unter der der sonstigen Bevölkerung.⁴ Auch für diesen Personenkreis gilt: Frauen werden älter als Männer.

Die Angaben zur Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung in empirischen Studien schwanken allerdings zum Teil erheblich. Die Lebenserwartung ist anscheinend wesentlich abhängig von der Schwere der geistigen Behinderung. Daneben ist die erhöhte Sterblichkeit in aller Regel auch durch zusätzliche Gesundheitsrisiken bedingt.⁵ Die Sterbehäufigkeit dieses Personenkreises wird nicht systematisch erfasst, die durch das Statistische Bundesamt regelmäßig veröffentlichten Sterbetafeln stellen die Überlebenswahrscheinlichkeiten jahrgangsweise dar und gelten für die Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Eine Differenzierung wird nur im Hinblick auf das Geschlecht vorgenommen.

Auch wenn die empirische Datenlage als unzureichend betrachtet werden muss, kann gleichwohl als gesichert gelten, dass die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung ansteigend ist. Untersuchungen, wie beispielsweise die der Sterberaten und Todesursachen von über 40jährigen Menschen mit geistiger Behinderung in den USA zeigen, dass sich die Lebenserwartung der Personengruppe insgesamt zunehmend an die der Allgemeinbevölkerung angleicht.⁶ Mit Einschränkungen gilt dies auch für Menschen mit Down-Syndrom. Lange Zeit bedeutete die Diagnose der Trisomie 21 eine deutlich verminderte Lebenserwartung. Immer weniger Kinder mit der Genanomalie sterben, und Einzelne haben mittlerweile ein relativ hohes Alter erreicht, so dass der Durchschnitt bei Geburt mittlerweile bei über 57 Jahren liegt.⁷ Nach einer Studie aus den USA von Yang, Rasmussen und Friedman lag die *„mittlere Lebenserwartung bei Menschen mit Down-Syndrom 1983 noch bei 26 Jahren und 1997 bei 49 Jahren“*.⁸

In einer aktuellen Studie der Katholischen Hochschule NRW in Kooperation mit dem Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg wurden zwei um-

4 Berlin-Institut.org/studien/alt-und-behindert.html, abgefragt am 24.09.2012

5 Kath. Hochschule NRW, Münster, Zweiter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“, 2010, S. 73

6 Kath. Hochschule NRW, Münster, Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“, 2010, S. 17

7 Berlin-Institut, Studie „Alt und behindert“, 1. Auflage 2009, S. 42

8 Yang Q., Rasmussen S., Friedman J. (2002) Mortality associated with Down´s syndrome in the USA from 1983 – 1997: a population based study, Lanced 359, S. 1019-25

fangreiche Datenerhebungen ausgewertet und dabei für erwachsene Männer mit geistiger Behinderung eine Lebenserwartung von 65 bzw. 71 Jahren und bei erwachsenen Frauen mit geistiger Behinderung eine Lebenserwartung von 70 bzw. 73 Jahren errechnet. Auch wenn die Lebenserwartung der Menschen mit geistiger Behinderung weiterhin deutlich geringer ist als die der Gesamtbevölkerung, bestätigt sich der Trend einer steigenden Lebenserwartung.⁹

Mit dem Anstieg der Lebenserwartung verbindet sich allerdings auch das Risiko für das Eintreten einer dementiellen Erkrankung. Auch für Menschen mit geistiger Behinderung gilt diese Annahme. Besonders betroffen ist hierbei ebenfalls die Gruppe der älteren Menschen mit Down-Syndrom.¹⁰ Nach aktuellem Wissensstand entwickelt etwa ein Drittel der Menschen mit Down-Syndrom eine Demenz, deren Symptome denen der Alzheimer-Demenz ähneln. Der Prozess der Voralterung beginnt bei diesem Personenkreis nach den bisherigen Erkenntnissen nicht nur sehr viel früher – ab ca. dem 45. Lebensjahr - als bei Menschen ohne Behinderung, sondern auch früher gegenüber anderen Gruppen von Menschen mit geistiger Behinderung. Dies wird auf genetische Ursachen zurückgeführt. Der Personenkreis der Menschen mit Down-Syndrom entspricht etwa 20% aller Menschen mit geistiger Behinderung.¹¹

Zu berücksichtigen ist zusätzlich, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfälle) und in der Folge für vaskuläre Demenzen tragen. Zudem werden Demenzen bei Menschen mit geistiger Behinderung später entdeckt und diagnostiziert.¹² Darüber hinaus werden eine deutliche Häufung von Essstörungen bzw. Ernährungsproblemen, muskulo-skelettalen Problemen und Sinnesbeeinträchtigungen beobachtet. Hingegen sind die sich aus dem Rauchen, dem Missbrauch von Alkohol sowie der Einnahme illegaler Drogen ergebenden Risiken bei diesem Personenkreis geringer als bei der Allgemeinbevölkerung.¹³

Diese Erkenntnisse basieren auf wissenschaftlichen Studien und Analysen von Daten, die sich bislang nur auf Menschen mit einer geistigen Behinderung beziehen.

Bei Menschen mit anderen Beeinträchtigungen spielen häufig folgende Faktoren eine Rolle:

Alterungsprozesse bei Menschen mit einer körperlichen Behinderung sind z.B. durch fortschreitend verlaufende Erkrankungen (Multiple Sklerose, Parkinson) und die Belastung innerer Organe durch Medikamente bedingt. Die Veränderungen beginnen

9 Katholische Hochschule NRW, Münster in Kooperation mit dem KVJS Baden-Württemberg, Münster (Hrsg.): Forschungsprojekt "Alter erleben" Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit wesentlicher geistiger Behinderung im Alter, 2. Teilbericht, 2012, S. 38

10 Lindmeier, Bettina/Lubitz, Heike „Alternde Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz – Grundlagen und Handlungsansätze“ in Zeitschrift Teilhabe 4/2011, Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (Hrsg.), Marburg, S. 155-160

11 Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Arbeitsmaterial „Herausforderung Menschen mit Behinderung im Alter“, März 2011, S. 12-13

12 Kath. Hochschule NRW, Münster, Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusive(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI), 2010, S. 27

13 Internetarchiv der BAG Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e.V., Jahrestagung 2007, Vortrag: „Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen mit geistiger Behinderung aus allgemein-ärztlicher Sicht“, Jörg Augustin, Aschheim, S. 15

bei den einzelnen Personen bereits in einem früheren Lebensalter, gehen einher mit Pflegebedürftigkeit und werden nicht erst in Verbindung mit dem Alter wahrgenommen. Diese - vorzeitig einsetzenden - Alterungsprozesse sind auch bei Menschen mit chronischen psychiatrischen Erkrankungen zu beobachten, die jahrzehntelang Psychopharmaka eingenommen haben.¹⁴ Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind durch jahrelangen Konsum von Alkohol und/oder Drogen und den damit verbundenen schwierigen Lebensbedingungen oft entsprechend vorgealtert.¹⁵

Neben diesen Faktoren können weitere spezifische Aspekte den Alterungsprozess bei Menschen mit Behinderung beeinflussen, insbesondere:¹⁶

- Umstände und Ereignisse in der Lebensbiographie,
- die im Laufe des Lebens erfahrene Förderung,
- (fehlende) Netzwerke sowie Angehörige und/oder Kinder, die Unterstützung im Alter gewährleisten können,
- eingeschränkte Mobilität,
- Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem.

Die beschriebenen Umstände und Risiken führen häufig dazu, dass Menschen mit Behinderungen schon vorzeitig – vor Erreichen des Regelrentenalters – die von ihnen genutzten Angebote der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung nicht mehr wahrnehmen können oder wollen. Ungeachtet aber, ob der Eintritt in den Ruhestand mit dem Regelrentenalter oder vorzeitig erfolgt - insbesondere das Verlassen der Werkstatt wird als einschneidend und elementar empfunden, da auch für Menschen mit Behinderungen die Arbeit und damit einhergehend die Struktur des Tagesablaufs von zentraler Bedeutung sind. Dieser Personenkreis erfährt durch die Arbeit einen Zugewinn an Lebensqualität und nicht zuletzt auch eine soziale Integration durch die Gemeinschaft des Kollegenkreises. Das Erreichen des Rentenalters stellt zwar für jeden Menschen eine große Herausforderung dar, allerdings ist das Ende der Erwerbstätigkeit insbesondere für Menschen mit Behinderungen eine radikale Veränderung in der Lebens- und Alltagsgestaltung, die vor allem mit drei neuen Anforderungen verbunden ist:

- Das Netzwerk der sozialen Beziehungen, in dem Kollegen und Betreuungspersonen im Kontext der WfbM oder anderen tagesstrukturierenden Angeboten eine wesentliche Rolle gespielt haben, muss umgestaltet werden. Neue Beziehungen müssen erschlossen, alte an die neue Lebenssituation angepasst werden.
- Die Gestaltung der frei gewordenen Zeit stellt neue und große Anforderungen.

14 LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit, Bochum, Studie „Menschen mit Behinderungen im Alter (2012 – 2022)“

15 Vogt, Irmgard „Altern und Drogenkonsum – Problemlagen von Konsumenten illegaler Drogen, Folienvortrag Fachtagung LÜSA

31.08.2012, http://www.luesa.de/download/ISF_Altern_und_LUESA_2012.pdf

16 „Sächsisches Gesamtkonzept zur Versorgung älterer Menschen mit Behinderung – Empfehlung des Landespflegeausschusses Freistaat Sachsen“, September 2011, S. 9

- Die tägliche Versorgung muss umgestaltet werden, da mit dem Ausscheiden aus der WfbM oder anderen tagesstrukturierenden Angeboten ein Teil der bis dahin geregelten Unterstützung, z.B. die Essensversorgung, entfallen ist.¹⁷

Menschen mit Behinderungen benötigen unter Umständen zur Bewältigung dieser neuen Lebenssituation Begleitung, Zuwendung oder Unterstützung in verstärktem Maße und in einer besonderen Form, die auf ihre behinderungsbedingten Beeinträchtigungen zugeschnitten ist.

Folgende Faktoren können sich ebenfalls als relevant erweisen:

- Der Bedarf an Unterstützung bei der Gestaltung des Tages ist neu zu ermitteln, wenn bisher genutzte Angebote entfallen.
- Somatische und psychiatrische Pflegeleistungen werden - häufig mit steigender Intensität - erforderlich, insbesondere wegen
 - der Verschlimmerung der angeborenen bzw. der seinerzeit erworbenen Behinderung und
 - des Hinzutretens altersbegleitender chronischer Leiden, z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Demenz, Bewegungsbeeinträchtigungen.
- Veränderungen im sozialen Umfeld, insbesondere Tod der Eltern, anderer Angehöriger oder Freunde. Damit einhergehend Bedarf an Begleitung, Gesprächen und weiterer Hilfeleistungen (Trost, Seelsorge, Biographiearbeit, Leistungen zur Verhinderung von Vereinsamung, Kompensation wegfallender familiärer Unterstützung, Intensivierung anderer Kontakte etc.).
- Der Mensch mit Behinderung registriert an sich Veränderungen in körperlicher oder mentaler Hinsicht, die aufgrund des Alterungs- bzw. Voralterungsprozesses eintreten, vermag diese Veränderungen aber nicht einzuordnen und reagiert mit Verunsicherung.¹⁸
- Veränderungen in der Wohnsituation aufgrund eingetretenen erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarfs, beispielsweise
 - Veränderung des Settings der ambulanten Wohnunterstützung, um den Menschen mit Behinderung auch im Alter dort betreuen zu können (Schaffung alterstauglicher ambulanter Wohn- und Unterstützungsstrukturen, die die Teilnahme an den kulturell üblichen Lebensbereichen und Aktivitäten sowie die Selbstbestimmung im Alter ermöglichen) oder
 - Wechsel vom Betreuten Wohnen in stationäre Wohnformen oder
 - Wechsel vom Wohnheim in ein Pflegeheim.

¹⁷ Kath. Hochschule NRW, Münster, Zweiter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI), 2010, S. 31

¹⁸ Kath. Hochschule NRW, Münster, Zweiter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI), 2010, S. 84

Die Bedarfe dieses Personenkreises sind in Abhängigkeit vom jeweiligen Kompetenz- und Interessenprofil, den sozialen Ressourcen und Wohnverhältnissen sowie der Pflegebedürftigkeit sehr unterschiedlich.¹⁹

Für die Leistungsträger ist es eine schwierige Herausforderung, eine personenzentrierte und sachgemäße Entscheidung hinsichtlich der Zuordnung zu Leistungen der Eingliederungshilfe oder der Pflege zu treffen. Gegebenenfalls können sich diese Leistungen auch ergänzen, es sind sowohl Leistungen der Pflege als auch Leistungen zur Teilhabe zu erbringen.²⁰

3. Grundlagen für individuelle und örtliche Teilhabeplanung

Für den Sozialhilfeträger ist die Ermittlung, Feststellung und Deckung des individuellen Bedarfs von Menschen mit Behinderungen die zentrale Aufgabe im Bereich der Eingliederungshilfe. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Menschen nicht außerhalb von sozialen Bezügen existieren können und diese sich unterstützend oder hinderlich auf die Lebenssituation des Menschen mit Behinderung auswirken. Gleiches gilt für die Ausgestaltung der Angebote der allgemeinen Daseinsvorsorge sowie z.B. des Wohnungsangebotes in ihrem direkten Wohnumfeld bzw. der Wohngemeinde. Bei der Analyse der individuellen Bedarfslage ist also der konkrete Sozialraum mit zu erfassen.

„Ein Sozialraum ist eine subjektive Kategorie, die sich aus der konkreten Lebenspraxis der Menschen ergibt. Sozialräume sind dort, wo soziale Netzwerke präsent sind – zuerst einmal unabhängig von bestimmten Orten. Das Wohnumfeld eines Menschen lässt sich als sozialer Nahraum beschreiben. Dieses besteht insgesamt aus den Bereichen sozialräumliches Zentrum, sozialer Nahraum und sozialräumliche Peripherie. Gleichzeitig kann ein Sozialraum auch eine Verwaltungskategorie sein, die in der Regel ganze Bezirke oder Stadtteile benennt. Diese Bedeutung als Kategorie der Sozialplanung leitet sich – wenn sie verantwortungsvoll erstellt wird – aus der Lebenspraxis der Menschen ab.“²¹

Der Begriff des Sozialraumes verbindet sich mit unterschiedlichen Bedeutungen je nach Lebens-, Interessen- und Auftragslage der Akteure vor Ort: wichtig ist der Hinweis, dass sich alles Handeln zu orientieren hat an der konkreten Lebenssituation von Bürgern in ihren Wohnbezügen – zunächst unabhängig von der Tatsache, ob sie in ihrer Teilhabefähigkeit beeinträchtigt sind. Unter einer inklusiven Perspektive geht es darum, sie alle an der Entwicklung der konkreten Lebensverhältnisse zu beteiligen. Hierbei wird deutlich werden, dass sie je nach ihrer persönlichen und sozialen Situation unterschiedliche Erwartungen an die Ausgestaltung „ihres“ Sozialraums

19 Kath. Hochschule NRW, Münster, Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI), 2010, S. 25

20 Hierzu wird auf die weitergehenden Ausführungen in Kapitel 7 verwiesen.

21 Beck, Iris/Franz, Daniel „Umfeld- und Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe. Empfehlungen und Handlungsansätze für Hilfeplanung und Gemeindeintegration“ in Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e. V. (Hrsg.), Hamburg/Jülich 2007, S. 35-36

haben und sich in unterschiedlicher Weise an dessen Entwicklung beteiligen können oder wollen.

Diese bürgerschaftliche Perspektive muss auch für die Beschäftigten in den Einrichtungen und Diensten handlungsleitend sein: Unterstützung wird dort und so angeboten, wo und wie sie notwendig ist. Die Leistungen werden mit dem Ziel erbracht, Menschen mit Behinderung bei einer möglichst selbstbestimmten Lebensweise zu unterstützen, bei der sie die Kontrolle über das eigene Leben innehaben (Empowerment).

Leitungserbringer sind über die Leistungen für einzelne Menschen hinaus damit befasst, moderierend und koordinierend im Sozialraum tätig zu sein, um die vorhandenen Selbsthilfepotentiale zu ermitteln, zu unterstützen und Impulse für die Sozialplanung beizusteuern.

Für die örtliche Teilhabeplanung ist es ebenfalls unverzichtbar, die Menschen vor Ort zum Ausgangspunkt von planerischen Prozessen zu machen, insbesondere wenn diese das Ziel haben, inklusive Lebensverhältnisse zu unterstützen, also das selbstverständliche Zusammenleben von Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen zu ermöglichen.

Leistungserbringer der Behindertenarbeit, Sozialplaner und politisch Verantwortliche orientieren sich in ihrem Handeln an folgenden Grundprinzipien:

- Ausgangspunkt sind die Interessen und der Wille der Wohnbevölkerung,
- Aktivierung statt Betreuung und Versorgung,
- Konzentration auf die Ressourcen der Menschen und des Sozialraums,
- zielgruppen- und bereichsübergreifende Arbeitsansätze (Quartiersprojekte),
- Vernetzung und Abstimmung.²²

Insbesondere für Menschen im Alter (mit und ohne Behinderung) wird es mit abnehmender Mobilität wichtiger, was in ihrem sozialen Nahraum geschieht und wie sie daran teilhaben können. Mit einzubeziehen sind ihre positiven und negativen Erfahrungen im sozialen Zusammenleben, wenn es darum geht, gestaltend Einfluss zu nehmen auf die konkreten Lebensverhältnisse im Sozialraum. Hierfür sind z.B. Sozialraumerkundungen oder Zukunftskonferenzen im Quartier sinnvolle Ansatzpunkte.

Aus Sicht der Sozialhilfeträger ist es hinsichtlich der erforderlichen Eingliederungshilfeleistungen von Bedeutung, die folgenden Fragen zu klären:

- Gibt es im Sozialraum inklusive Angebote, also Angebote für Menschen mit und ohne Behinderung?
- Sind die Angebote der allgemeinen Altenarbeit darauf ausgerichtet, dass Menschen mit Behinderung teilhaben können?

22 Hinte, Wolfgang „Sozialräume gestalten statt Sondersysteme befördern – Zur Funktion Sozialer Arbeit bei der Gestaltung einer inklusiven Infrastruktur“ in Zeitschrift Teilhabe 3/2011, Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (Hrsg.), Marburg, S. 101-103

- Zeichnet sich die Wohnumgebung durch bauliche Barrierefreiheit aus, stehen Assistenzdienste zur Verfügung?
- Existiert bei Kommunen, Kirchen, Vereinen und anderen Institutionen ein Leitkonzept für die Entwicklung inklusiver Lebensverhältnisse mit einer konkreten Maßnahmenplanung?

4. Individuelle Teilhabeplanung

Der Begriff der individuellen Teilhabeplanung bringt zum Ausdruck, dass Menschen mit Behinderungen darin unterstützt werden, ihre individuellen Ziele und Wünsche hinsichtlich der eigenen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu verwirklichen. Auf Grund ihrer behinderungsbedingten Beeinträchtigungen benötigen sie Unterstützung, aber diese ist nicht unabhängig von ihrer gesamten Lebenssituation zu sehen.

Wie insgesamt bei Menschen mit Behinderungen ist es auch für die hier beschriebenen Gruppen erforderlich, die individuellen Bedarfe festzustellen, um Aussagen zu den ggf. notwendigen Unterstützungsleistungen treffen zu können. Ein Bedarf besteht, wenn erwünschte und angemessene Teilhabeziele behinderungsbedingt nicht ohne Hilfe erreicht werden können.²³ Zur Bedarfsermittlung sind für den einzelnen Leistungsberechtigten geeignete Instrumente anzuwenden.²⁴ Mit den Instrumenten sind die individuellen Bedarfe der einzelnen Leistungsberechtigten zu ermitteln (personenzentrierter Ansatz) und nicht die Leistungsberechtigten den vorgegebenen Leistungs- und Vergütungsformen zuzuordnen (institutionszentrierter Ansatz). Die Leistungsberechtigten und/oder ihre gesetzlichen Betreuer sind in den Prozess einzubeziehen. Das Ergebnis der ermittelten Bedarfe mündet in einen Hilfeplan (auch Teilhabeplan genannt) bzw. in den Gesamtplan, in dem die einzelnen Teilhabeleistungen zusammengefasst werden. Neben der Nennung der Bedarfe beinhaltet der Gesamtplan auch das Konzept der Realisierung der vereinbarten Teilhabeziele durch entsprechende Leistungen der Sozialleistungsträger.²⁵ Die Bedarfe und Ziele werden regelmäßig überprüft und die Leistungen zur Bedarfsdeckung der aktuellen Lebenssituation der Leistungsberechtigten angepasst. Auch die Wirksamkeit der im vorangegangenen Bewilligungszeitraum erbrachten Leistungen (Zielerreichung) ist bei der Anpassung zu überprüfen.

Im Zusammenhang der Bedarfsklärung ist es unerlässlich, geeignete Beratungsstrukturen im Lebensumfeld der Menschen mit Behinderungen zur Verfügung zu stellen. Beratungen können durch die Leistungserbringer (z. B. im Bereich Wohnen oder im Bereich Tagesstruktur), aber auch durch die Leistungsträger (z. B. in Pflegestützpunkten, bei den Sozialhilfeträgern, bei Sozialdiensten) angeboten werden.

23 Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. „Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“, DV 06/09 AF IV vom 17.06.2009, S. 7 und S. 17

24 (vgl. ebenda, S. 22 ff.)

25 (vgl. ebenda, S. 19)

Rechtzeitig bevor sich die Lebenslage der Leistungsberechtigten aufgrund des Alters ändert, können diese Veränderungen thematisiert und die möglicherweise entstehenden Bedarfe ermittelt werden. Gegebenenfalls ist eine Übergangszeit mit angepassten Leistungen zu gestalten, z. B. durch vereinzelte Teilnahme an Seniorenangeboten. Die veränderten Bedarfe können bei der Tagesstrukturierung, aber vor allem auch im Wohnumfeld des Leistungsberechtigten auftreten. Gerade die Wohnung als Lebensort gewinnt im Alter einen höheren Stellenwert, weil Menschen mit zunehmendem Alter mehr Zeit in ihrer Wohnumgebung verbringen.

Mit altersbedingten Veränderungen der Tagesgestaltung wird sich der Unterstützungsbedarf von Leistungsberechtigten, die noch in ihren Herkunftsfamilien leben, ändern. Bestenfalls sind die Leistungen den Veränderungen anzupassen, aber es kann auch der Bedarf entstehen, einen Übergang in eine betreute Wohnform einzuleiten, wenn die Angehörigen die Betreuung nicht mehr leisten können.

Der Rechtsanspruch auf Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege) bleibt auch im höheren Alter der Menschen mit Behinderungen bestehen.

Die Bedarfsklärung beinhaltet neben den allgemeinen Themen wie Wohnungsvergung, Freizeitgestaltung usw. andere Themen, die in jungen Jahren der Leistungsberechtigten eine eher nachrangige Rolle gespielt haben: Biographiearbeit, die Auseinandersetzung mit dem Tod und Sterbebegleitung, die sowohl die Angehörigen als auch z.B. die Mitbewohner/innen in der Einrichtung einbezieht. Im Bedarfsfall kann auch ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgrund hoher Pflegebedarfe anstehen.

5. Örtliche Teilhabeplanung

Der Begriff der örtlichen oder regionalen Teilhabeplanung bringt zum Ausdruck, dass die Zusammenführung der Erkenntnisse aus einer Vielzahl von individuellen Teilhabeplanungen zu überführen ist in Aktivitäten der regional verantwortlichen Akteure. Diese richten sich im engeren Sinne auf ein angemessenes Unterstützungsangebot für Menschen mit Behinderung, weisen aber weit darüber hinaus, da es insgesamt um die Herstellung inklusiver Lebensverhältnisse für alle Bürgerinnen und Bürger einer Kommune geht.

Die örtliche Teilhabeplanung erfolgt nach Möglichkeit sozialraumbezogen (vgl. Kapitel 3) und berücksichtigt die schon vorhandenen Strukturen des Gemeinwesens allgemein sowie die vorhandenen Strukturen der Altenarbeit und der Behindertenhilfe im Besonderen.

Ausgehend von einer Auswertung der individuellen Bedarfslagen werden

- die vorhandene Angebotslandschaft beschrieben und bewertet,
- fehlende Angebote identifiziert und
- nach Möglichkeit fehlende Angebotsbausteine konzipiert und umgesetzt.

Dabei sind auch individuelle Lösungen (finanziert z.B. im Rahmen von Persönlichen Budgets) möglich. Für die Menschen mit Behinderungen im Alter und Unterstützungsbedarfen sowohl auf Grund der Behinderung als auch des Alters werden bei der Angebotsprüfung und –entwicklung die bestehenden Angebote der Behindertenhilfe und der Altenarbeit betrachtet.

An der örtlichen Teilhabeplanung beteiligen sich neben Leistungsträgern (die zuständigen örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger, die Träger anderer Reha-Leistungen) die Leistungsberechtigten (vertreten durch die Verbände der Menschen mit Behinderungen und der Selbsthilfe) sowie die Leistungserbringer. Die Federführung übernimmt die Kommune, da sie im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge für alle Bürgerinnen und Bürger die notwendigen Rahmenbedingungen eines gelingenden Lebens und eines sozialen Miteinanders vorhält und zudem als Kommune die notwendigen Querverbindungen zu anderen kommunalen Aufgaben im Bereich der Wohnraumversorgung, der Mobilität, der Gesundheit, von Freizeit, Bildung und Kultur u.a. herstellen kann. Die anderen Beteiligten bringen ihre Erkenntnisse, Kompetenzen und Ideen konstruktiv ein. Alle Beteiligten verstehen sich als Partner einer kooperativen Sozialplanung.

Die Akteure sind sich bewusst, dass die Bedarfsdeckung im Spannungsfeld von individuellen Hilfebedarfen mit z.T. sehr persönlichen Vorstellungen zur Umsetzung und von knappen öffentlichen Mitteln bzw. Versicherungsmitteln steht. Die Bedarfsdeckung muss daher auf der einen Seite die notwendigen Hilfen und Unterstützungsleistungen bereit halten, auf der anderen Seite den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen. In diesem Sinne werden alle Spielräume für eine möglichst kostengünstige Leistungserbringung schon bei der Planung von Angeboten genutzt.

Analyse und Planung der Angebotslandschaft sind den Grundsätzen einer inklusiven Lebensführung verpflichtet, wie sie in der VN-BRK beschrieben sind. Planungsschritte sind so zu gestalten, dass sie ein Mehr an Teilhabe und Eingebundensein ermöglichen, dabei aber die notwendige Qualität der Leistung mitberücksichtigen.

Da schon im Rahmen der Bedarfsermittlung konsequent auch die Selbsthilfepotentiale und die Möglichkeiten der Unterstützung im familiären, freundschaftlichen oder nachbarschaftlichen Rahmen sowie im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements erkundet wurden, muss auch die örtliche Teilhabeplanung diese Unterstützungsmöglichkeiten betrachten und die Rahmenbedingungen verbessern helfen.

6. Unterstützungskonzepte

Professionelle Leistungserbringer nehmen die im individuellen Bedarfsermittlungsverfahren festgestellten Bedarfe und deren sozialhilferechtliche Einordnung auf und führen sie im Sinne einer verfeinerten Ziel- und einer darauf aufbauenden Maßnahmenplanung (Hilfe- und Förderplanung und/oder persönliche Zukunftsplanung) aus. Dabei berücksichtigen sie die Wünsche des Menschen mit Behinderung ebenso wie Informationen aus seinem Umfeld. Die Hilfe- und Förderplanung wird dadurch indivi-

duell, personenzentriert, lebenslagen- und lebensweltorientiert. Die Maßnahmen und ggf. die Ziele werden den aktuellen Erfordernissen und Entwicklungen laufend angepasst, die Leistungserbringung, Wirkung und Zielerreichung werden dokumentiert und so für eine Folgeplanung aufbereitet.

Die Leistungserbringer müssen sich konzeptionell auf geänderte Bedarfe der Leistungsempfänger einstellen. Sie analysieren, inwiefern sie bereits auf die speziellen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen im Alter eingestellt sind und überarbeiten ggf. ihre Unterstützungs- sowie Raumkonzepte. Der zunehmende pflegerische Unterstützungsbedarf findet regelhaft Berücksichtigung. Die Leistungserbringer beschäftigen Personal mit den erforderlichen Qualifikationen und tragen Sorge für dessen angemessene Fortbildung. Dabei arbeiten sie intensiv mit Anbietern der Altenhilfe zusammen, um so von deren langjährigen Erfahrungen zu profitieren. Gleichzeitig wird so die Altenhilfe mit der Personengruppe der Menschen mit Behinderungen im Alter vertraut und kann sich ebenfalls als kompetenter Leistungserbringer für pflegebetonte Hilfen profilieren.

Menschen mit Behinderungen haben das selbstverständliche Recht, auch im Alter so lange wie möglich selbständig in der eigenen Wohnung zu leben. Um dies zu gewährleisten, ist eine bedarfsgerechte Vernetzung der verschiedenen Hilfe- und Unterstützungsangebote notwendig.

Unterstützungskonzepte greifen die verschiedenen Lebenslagen der Menschen mit Behinderungen auf und beschreiben die Leistungen, z.B. in den Bereichen

- Vorbereitung auf den Ruhestand,
- Unterstützung beim Wohnen,
- Unterstützung bei der Gestaltung und Strukturierung des Tages,
- Unterstützung am Lebensende und zur Vorbereitung auf Tod und Sterben.

Sie beinhalten auch Aussagen zur Überleitung in individuell geeignete Maßnahmen, sofern die eigenen Leistungen (z.B. in der Pflege) den Bedarf nicht mehr decken können.

7. Leistungsrecht

Wenn zu den Unterstützungsbedarfen aufgrund einer Behinderung eine pflegerische Unterstützung hinzutritt, erhält für diesen Personenkreis neben dem Sechsten Kapitel des SGB XII (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) auch das Siebte Kapitel des SGB XII (Hilfe zur Pflege) sowie das SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) besondere Bedeutung. Dabei gilt es, die jeweiligen Schnittstellen und Schnittmengen und auch die Abgrenzungen näher zu beleuchten.

Die o.g. Hilfen unterscheiden sich in den jeweiligen Zielen:

- Bei der Sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI handelt es sich um einen eigenständigen Zweig der Sozialversicherung, der nach § 1 Abs. 4 SGB XI die Aufgabe hat, pflegebedürftigen Menschen Hilfe zu leisten, die wegen der

Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Die Pflegeversicherung ist nur ein Teilleistungssystem, das Kosten bis zu festgelegten Höchstsätzen übernimmt.

- Aufgabe der Eingliederungshilfe nach § 53 Abs. 3 SGB XII ist es, eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern.
- Aufgabe der Hilfe zur Pflege nach § 61 Abs. 1 SGB XII ist es Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens regelmäßig auf Dauer in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, Hilfe zur Pflege zu leisten.

Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI gehen Leistungen zur Pflege nach dem SGB XII vor. Treffen Pflegeleistungen mit Leistungen der Eingliederungshilfe oder mit weitergehenden Pflegeleistungen nach SGB XII zusammen, sollen die Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe vereinbaren, dass im Verhältnis zum Pflegebedürftigen nur eine Stelle die Leistungen übernimmt und die andere Stelle die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen erstattet (§ 13 Abs. 4 SGB XI). Von dieser Möglichkeit einer Vereinbarung wird jedoch in der Praxis – insbesondere im ambulanten Bereich – nur sehr wenig Gebrauch gemacht.

Das Verhältnis zwischen Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII und den Leistungen der Pflegeversicherung bestimmt § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI. Leistungen der Eingliederungshilfe sind im Verhältnis zu Leistungen der Pflegeversicherung nicht nachrangig. Das die Sozialhilfe prägende Nachrangprinzip findet demnach im Verhältnis zur Pflegeversicherung keine Anwendung.

Soweit sich die Leistungen ergänzen, sind daher sowohl Leistungen der Pflegeversicherung als auch Leistungen der Eingliederungshilfe zu erbringen. Überschneiden sie sich und sind die weiteren Anspruchsvoraussetzungen auf Leistungen nach dem SGB XI erfüllt (anspruchsberechtigter Personenkreis §§ 1 Abs. 2, 20 bis 27 SGB XI, pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 bis 18 SGB XI), ist die Unterscheidung nach der Zielsetzung und in Zweifelsfällen zusätzlich im Hinblick auf den Schwerpunkt der Leistungen²⁶ zu treffen. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Leistungen der Pflegeversicherung schließen sich nicht von vornherein gegenseitig aus, im Gegenteil haben Menschen mit Behinderung im Alter bei vorliegendem Pflegebedarf natürlich Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung.²⁷

Steht die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Vordergrund, ist Eingliederungshilfe zu leisten. Steht aber fest, dass Eingliederungshilfe wegen fehlender Erfolgsaussicht der begehrten Maßnahme nicht zu leisten ist, kommen allein Leistungen der Pflegeversicherung, ggf. ergänzt um Leistungen der Hilfe zur Pflege in Betracht.²⁸

26 BAGüS „Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe zu anderen Leistungen“, Stand: 24.08.2009

27 Vgl. BVerwG, Urt. v. 27.10.1977, V C 15.77, Rn. 18; LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 24.08.2005, L 8 B 2/05 SO ER

28 Mergler/Zink, Kommentar SGB XII, 7. Lieferung (01/2007), Rn. 48 zu § 53 SGB XII

Werden aufgrund der allgemeinen Lebensumstände keine weitergehenden Ziele mehr verfolgt, als sie mit Maßnahmen der aktivierenden Pflege auch erreicht werden können, sind keine zusätzlichen oder ergänzenden Eingliederungsmaßnahmen mehr erforderlich. Besteht aber Aussicht auf spürbare Verbesserung der Folgen einer Behinderung, ist auch für schwerstbehinderte pflegebedürftige Menschen ein Anspruch auf Eingliederungshilfe gegeben.

Es gibt kein gesetzlich fixiertes Lebensalter, ab dem Eingliederungshilfe nicht mehr zu gewähren ist. Allerdings kommt bei der Schnittstelle der Eingliederungshilfe zur Hilfe zur Pflege auch dem Alter eine indizielle Bedeutung zu. Eingliederungshilfe muss solange gewährt werden, wie ihr in § 53 Abs. 3 SGB XII definiertes Ziel erfüllt werden kann.

Die Vorschrift des § 55 SGB XII führt zu keiner Schnittstelle der Hilfearten. § 55 SGB XII schreibt vor, wie zu verfahren ist, wenn die notwendige Pflege in einer Behinderteneinrichtung nicht mehr sichergestellt werden kann.

Es kann damit festgehalten werden, dass auch Menschen mit Behinderung im Alter Bedarfe an Teilhabe haben können, die z.B. im Rahmen der Hilfe zur Pflege gedeckt werden können und nicht zwangsläufig zu Leistungen der Eingliederungshilfe führen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bei stationärer Pflege die Vergütung auch die soziale Betreuung umfasst (§§ 82 Abs. 1 Satz 3 sowie 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI).

Die Schnittstellen zwischen SGB XI und SGB XII sind nicht eindeutig geregelt. Durch die Einführung des Pflegeversicherungs-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) wurde zwar der anspruchsberechtigte Personenkreis im SGB XI insbesondere für den Bereich der ambulanten Leistungen erweitert, an der Abgrenzungssystematik zwischen SGB XI und SGB XII hat sich jedoch nichts geändert.

Mit der beabsichtigten Einführung eines neuen und dabei auch erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs oder der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe (Stichworte: Personenzentrierte Bedarfsermittlung und Gesamtplanverfahren nach bundeseinheitlichen Maßstäben) bzw. der Einführung eines wie auch immer ausgeformten Bundesleistungsgesetzes durch den Bund in der nächsten Legislaturperiode stehen Veränderungen an, die sich mit großer Wahrscheinlichkeit auch auf die vorgenannten Abgrenzungs- und Schnittstellenproblematiken auswirken werden. Es ist dabei besonders darauf zu achten, dass die Abgrenzungen zwischen den verschiedenen Leistungen dann klarer, konfliktfrei und rechtssicher geregelt werden. Dabei sind aber auch die vermehrt gewünschten Verzahnungen, Vernetzungen und Kooperationen zu ermöglichen.

8. Empfehlungen

Die unterschiedlichen Definitionen und Dimensionen des Alters und die Besonderheiten des Alterungsprozesses bei Menschen mit Behinderungen²⁹ erfordern, dass die Sozialhilfeträger ihre Überlegungen für den Personenkreis der Menschen mit Behinderungen im Alter nicht erst auf den Eintritt in das gesetzliche Rentenalter ausrichten, sondern die Vorbereitung auf die „Lebensphase Alter“ mit einbeziehen.

Aufgabe der Sozialhilfeträger ist es, die individuellen Lebenssituationen der alt gewordenen Menschen mit Behinderung zu kennen und hieraus Folgerungen für die erforderlichen Entwicklungsschritte in den jeweiligen Sozialräumen abzuleiten. Hierbei ist unter Berücksichtigung der jeweiligen Zuständigkeiten und Aufgaben die Rolle der beteiligten Akteure zu klären: die Sozialhilfeträger können zumindest Entwicklungen anstoßen und sich mit ihrer Expertise in die örtliche Teilhabeplanung einbringen.

Aus Sicht der Sozialhilfeträger liegt das Hauptaugenmerk auf Menschen mit Behinderungen, die **bereits Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen**. Die Leistungen sind auf Grund des fortschreitenden Alters und der damit einhergehenden Veränderungen der Lebenslage individuell anzupassen. Hierzu sind Konzepte und Leistungen bzw. Angebote zu verändern und weiterzuentwickeln.

Die überwiegende Zahl der Menschen mit Behinderungen lebt entweder mit hochaltrigen und selbst pflegebedürftigen Eltern in einer gemeinsamen Wohnung, selbständig in der eigenen Wohnung mit ambulanter Unterstützung - allein, als Paar, in einer Wohngemeinschaft bzw. anderen Hausgemeinschaftskonzepten - oder in stationären Wohnangeboten der Eingliederungshilfe, wo sie nach langjährigen Aufhalten ihren Lebensmittelpunkt gefunden haben.

Das Handeln der Sozialhilfeträger orientiert sich an den folgenden **Grundsätzen**:

- Die Sozialhilfeträger leisten ihren Beitrag zur Herstellung inklusiver Lebensverhältnisse und sorgen in dem Rahmen für Maßnahmen der Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft, um die Wahrnehmung der Menschen mit Behinderungen, ihrer Rechte, ihrer Würde und ihres Beitrages zum gesellschaftlichen Miteinander positiv zu beeinflussen. Sie wirken im Sinne von Artikel 19 der VN-BRK daran mit, Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft gleichberechtigt mit anderen zu ermöglichen.
- Die Sozialhilfeträger entwickeln gemeinsam mit den Menschen mit Behinderungen und deren Interessenvertretungen inklusive Konzepte und Modelle der Bedarfsdeckung für Menschen im Alter; dabei berücksichtigen sie Genderaspekte ebenso wie die kulturellen Hintergründe der Menschen mit Behinderungen in ihren Lebensbezügen.

29 „Sächsisches Gesamtkonzept zur Versorgung älterer Menschen mit Behinderung – Empfehlung des Landespflegeausschusses Freistaat Sachsen“, September 2011, Anlage 2 und Anlage 3, S. 48 bis 51

- Die Sozialhilfeträger regen Sozialraumanalysen an, um die örtliche Daseinsvorsorge im Sinne inklusiver Lebensverhältnisse zu befördern. Sie wirken bei der erforderlichen Vernetzung derjenigen Akteure mit, deren Beitrag zur erfolgreichen Entwicklung inklusiver Lebensverhältnisse unverzichtbar ist (z.B. Wohnungswirtschaft, regionale Arbeitgeber, öffentlicher Nahverkehr).
- Die Sozialhilfeträger erfassen differenziert die erforderlichen Planungsdaten, um im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für Menschen mit Behinderungen im Alter die für sie erforderlichen Leistungen zur Verfügung stellen zu können. Hierzu bedienen sie sich z.B. eigener Forschungsprojekte, sofern nicht an anderer Stelle bereits wissenschaftliche Erkenntnisse vorgelegt wurden.
- Die Sozialhilfeträger verfügen über Instrumente zur Bedarfsermittlung, die den fachlichen Kriterien in den „Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“³⁰ gerecht werden.
- Die Sozialhilfeträger prüfen bei der Bedarfsermittlung, ob Leistungen anderer Leistungsträger (Krankenversicherung, Pflegeversicherung etc.) erforderlich sind und ordnen die Leistungen in eigener Zuständigkeit den zutreffenden Hilfearten nach SGB XII zu; eine Zuordnung zur Eingliederungshilfe ist für Menschen mit Behinderung im Alter möglich, sofern Aussicht besteht, dass die Ziele der Eingliederungshilfe erreicht werden können. Dabei prüfen sie regelmäßig, ob der Abschluss einer Vereinbarung mit den Pflegekassen gemäß § 13 Abs. 4 SGB XI sachgerecht ist.
- Die Sozialhilfeträger beziehen bei der Ermittlung und Ausgestaltung der erforderlichen Leistungen die Ressourcen des Sozialraums (Familie, Nachbarschaft usw.) ein.
- Die Sozialhilfeträger wirken darauf hin, dass sich die in der Beratung von Menschen mit Behinderungen tätigen Dienste für die speziellen Belange von alt gewordenen Menschen mit Behinderungen qualifizieren.
- Die Sozialhilfeträger schließen mit Leistungserbringern und deren Verbänden Vereinbarungen über die Qualität der erforderlichen Leistungen für Menschen mit Behinderungen im Alter ab; Teil der Vereinbarungen sind Verfahren zur Überprüfung der Wirkungen der erbrachten Leistungen.
- Die Sozialhilfeträger unterstützen den Austausch und die Vernetzung von Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe mit denen der Altenhilfe im Sinne eines wechselseitigen Qualifizierungsprozesses und der aufeinander abgestimmten Erbringung von Leistungen.

30 Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. „Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“, DV 06/09 AF IV vom 17.06.2009

- Die Sozialhilfeträger ordnen die Leistungen in eigener Zuständigkeit den zutreffenden Hilfearten nach dem SGB XII zu; eine zwangsläufige Zuordnung zur Eingliederungshilfe ist nicht gegeben.
- Die Sozialhilfeträger richten ihre Steuerungsaktivitäten auch für Menschen mit Behinderung im Alter konsequent an der Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor teilstationär vor stationär“ aus. Sie unterstützen Aktivitäten, die z.B. zu gemeinsamen Wohnformen von Menschen mit und ohne Behinderungen führen (Beispiele: Mehrgenerationenhäuser, Hausgemeinschaftsmodelle, inklusive Wohnbauprojekte).

Anhang

Literaturverzeichnis

Augustin, Jörg: „Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen mit geistiger Behinderung aus allgemein-ärztlicher Sicht“ aus Internetarchiv der BAG Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e.V., Jahrestagung 2007, Aschheim <http://aemgb.de/images/pdfs/April07.pdf>

BAGüS (Hrsg.): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2011 – erstellt vom Institut con_sens, Münster, 2012

BAGüS (Hrsg.): „Orientierungshilfe zu den Schnittstellen der Eingliederungshilfe zu anderen Leistungen“, 2009

Beck, Iris/Franz, Daniel: Umfeld- und Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe. Empfehlungen und Handlungsansätze für Hilfeplanung und Gemeindeintegration, Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e. V. (Hrsg.) Hamburg/Jülich 2007

Berlin-Institut (Hrsg.): Studie „Alt und behindert“, 1. Auflage 2009

Bezirk Mittelfranken: Gesamtkonzeption „Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Versorgung von älteren Menschen mit Behinderung im Bezirk Mittelfranken“, Okt.2008/Febr.2009

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) e.V. (Hrsg.): „Verhältnis von Teilhabeleistungen nach SGB IX/XII zu Leistungen der Pflege nach SGB XI für Menschen mit Behinderungen im Alter mit Pflegebedarf“, Berlin, Juli 2009

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Alt sind immer die Anderen, Newsletter „Gesund und Aktiv Älter werden“

BVerwG, Urteil vom 27.10.1977, V C 15.77

Contec-Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH, BioMedizinZentrum Ruhr: Pflege für ältere Menschen mit Behinderung, Contec Studie, Band 16, Bochum, 2010

Destatis (Hrsg.): Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden, 2006

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e. V. (Hrsg.): Dokumentation der DHG-Tagung, Dezember 2007 in Bonn, Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe, Bonn/Jülich 2008

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.): Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum, Berlin, DV 35/11 AF IV, Dez. 2011

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.): Eckpunkte des Deutschen Vereins zur sozialräumlichen Ausgestaltung kommunalen Handelns, Berlin, DV 30/07 AF I, Juni 2008

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Empfehlungen Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, Berlin, DV 06/09 AF IV, Juni 2009

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.): Kombination von Leistungen der Eingliederungshilfe und Pflegeversicherungsleistungen in stationären Einrichtungen, Berlin, G 3/08, Febr. 2009

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.): Zum Verhältnis von Leistungen der Eingliederungshilfe zu Leistungen der Pflege nach dem SGB XI im ambulant betreuten Wohnen, Berlin, G 14-11, Sept. 2012

Deutsches Rotes Kreuz e. V. (Hrsg.): Alter und Behinderung - Behinderung und Alter, Herausforderungen für die Gesellschaft, Berlin. 1.Auflage 2012

Dillmann, Franz: Das sozialhilferechtliche Dreiecksverhältnis aus Sicht des Sozialhilfeträgers, Caritasverband für die Diözese Münster e. V. (Hrsg.) Sozialrecht aktuell 5/2012; 16. Jahrgang

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln (Hrsg.): Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Alter bei Pflegebedarf – Sicherstellung von Teilhabeleistungen und Pflegeleistungen; Positionspapier, Juli 2011.

Evers-Meyer, Karin, MdB (Hrsg.): Alle inklusive! – Die neue UN- Konvention; Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn, Jan. 2009

Hallenberger, Heike: Teilhabe und Pflege, Überlegungen zum Verhältnis von Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung und Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, Bundesverband Lebenshilfe für Menschen (Hrsg.), Marburg, Sept. 2010

Hinte, Wolfgang Prof. Dr.; Institut für Stadtteilentwicklung, Sozialraumorientierte Arbeit und Beratung der Universität Duisburg-Essen: Sozialräume gestalten statt Sondersysteme befördern, Wissenschaft und Forschung (Hrsg.), März 2011

Katholische Hochschule NRW, Münster in Kooperation mit dem KVJS Baden-Württemberg, (Hrsg.): Forschungsprojekt "Alter erleben" Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit wesentlicher geistiger Behinderung im Alter, 2. Teilbericht, Münster, 2012

Katholische Hochschule NRW, Münster in Kooperation mit dem LWL, Münster (Hrsg.): Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe, 1. Zwischenbericht LEQUI, 2010

Katholische Hochschule NRW, Münster in Kooperation mit dem LWL, Münster (Hrsg.): Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen –Ergebnisse einer Literaturanalyse und Expertenbefragung-, 2. Zwischenbericht LEQUI, 2010

Katholische Hochschule NRW, Münster in Kooperation mit dem LWL, Münster (Hrsg.): Evaluation von Wohn- und Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung, 3. Zwischenbericht LEQUI, 2012

Kommunalverband für Jugend und Soziales, Baden-Württemberg (Hrsg.): Neue Bausteine in der Eingliederungshilfe; Erfahrungsberichte aus den Modellprojekten 2008 – 2010

Kommunalverband für Jugend und Soziales, Baden-Württemberg (Hrsg.): Wie gestalte ich meinen Ruhestand? Fortbildung für Menschen mit Behinderung, die aus einer Werkstatt in den Ruhestand gehen und deren Angehörige. Ein neuer Baustein in der Eingliederungshilfe, März 2011

Kommunalverband für Jugend und Soziales, Baden-Württemberg (Hrsg.): Zukunft im Blick. Sozialplanung für Senioren und Menschen mit Behinderung, in KVJS Spezial, Okt. 2011

Landeswohlfahrtsverband Hessen, (Hrsg.), Kassel: Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung. Bericht zur Umsetzung der fachlichen Leitlinien und Empfehlungen in Hessen durch die Zielgruppenmanagements des Landeswohlfahrtsverband Hessen, Fachliche Leitlinien und Empfehlungen, Nov. 2005

Landespflegeausschuss des Freistaat Sachsen: Gesamtkonzept zur Versorgung älterer Menschen mit Behinderung, Sept. 2011

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.): Herausforderung Menschen mit Behinderung; Arbeitsmaterial: Herausforderung Menschen mit Behinderung im Alter, Münster, März 2011

Lindmeier, Bettina/Lubitz, Heike: „Alternde Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz – Grundlagen und Handlungsansätze“ in Zeitschrift Teilhabe 4/2011, Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (Hrsg.), Marburg

LVR und LWL NRW: Zukunft der Eingliederungshilfe in NRW sichern; Rahmenvereinbarung zwischen den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW, Juli 2011

LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit: Studie „Menschen mit Behinderungen im Alter (2012 – 2022)“, Bochum

Mergler/Zink, Kommentar SGB XII, 7. Lieferung (01/2007)

NUEVA® (Hrsg.): Evaluationsmodell für soziale Dienstleistungen in Wohn-, Werkstätten- und Ausbildungsbereich für Menschen mit Lernschwierigkeiten und Behinderungen, Graz, 2009

OVG Saarlouis: Urteil vom 22.05.1980 in Fürsorge-rechtliche Entscheidungen der Verwaltungs- und Sozialgerichte 29

Schäfers, Markus Dr.: Lebensqualität aus Nutzer-sicht, Blätter der Wohlfahrtspflege (Hrsg.), 4/2012

Seifert, Monika/Steffens, Birgit: Das Gemeinwesen mitdenken, Wirtschaft und Forschung (Hrsg.), Jan. 2009

Strunk, Andreas Prof. Dr. phil.: Die inklusive Gemeinde, Blätter der Wohlfahrtspflege (Hrsg.), April 2012

Thomes, Gaby: „Seniorenmodul“, Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen. Stationäre Hilfen und Betreutes Wohnen für behinderte erwachsene Menschen, Bremen, Fachtag der Reha-Referenten vom 27.10.2011 in Bremen

Vogt, Irmgard: „Altern und Drogenkonsum – Problemlagen von Konsumenten illegaler Drogen“, Folienvortrag Fachtagung LÜSA 31.08.2012, http://www.luesa.de/download/ISF_Altern_und_LUESA_2012.pdf

Yang Q., Rasmussen S., Friedman J.: Mortality associated with Down's syndrome in the USA from 1983 – 1997: a population based study, 2002