

■ Regionales Rahmenkonzept zur bedarfsgerechten Versorgung älter werdender Menschen mit Behinderung in Oberfranken

(Stand 2011)



Cottenbacher Straße 23 • 95445 Bayreuth • Telefon: 0921 7846-0 • Fax: 0921 7846-90 • info@bezirk-oberfranken.de

WWW.BEZIRK-OBERFRANKEN.DE

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort
 2. Ausgangslage
 3. Ziele des Rahmenkonzeptes
 4. Zielgruppe
 5. Beschreibung der allgemeinen Lebensbereiche und Bedarfslagen
 5. 1. Lebensbereiche
 5. 2. Bedarfslagen
 5. 3. Zusätzliche Bedarfe im System (Betreuungspersonen, Sozialraum)
 6. Perspektiven und Strategien zur Umsetzung
 - 6.1. Empfehlungen vor dem Hintergrund der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung
 - 6.2. Sozialrechtliche Aspekte
 7. Strategien, Handlungsfelder und Instrumente
 - 7.1. Integrierte Sozialplanung
 - 7.2. Sozialräumliche Planung
 - 7.3. Steuerung durch individuelle Hilfeplanung und Fallmanagement
 - 7.4. Weiterentwicklung bestehender Angebote
 - 7.5. Angebote weitestgehend selbstbestimmten Wohnens und Lebens
 - 7.6. Einbindung und Unterstützung von Angehörigen
 - 7.7. Psychosoziale Versorgung
 - 7.8. Pflegerische Versorgung
 - 7.9. Medizinische Versorgung
 - 7.10. Palliativmedizinische Versorgung und Sterbebegleitung
 8. Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen
 9. Schlusswort
- Anlage 1: Bedarfe
- Anlage 2: Zusammenfassende Betrachtung der Erhebung zur Ist-Situation der Versorgung älterer Menschen mit Behinderungen
- Anlage 3: Eckpunkte zur Betreuung älterer Menschen mit Behinderung in Bayern

Bei der Erarbeitung des nachstehenden Rahmenkonzeptes haben folgende Personen mitgewirkt:

| | |
|---------------------|--|
| Cartus, Christian | ASB Regionalverband Forchheim e. V. |
| Herold, Klaus | Lebenshilfe e. V. Hof |
| Mai, Claudia | AWO Kreisverband Kulmbach |
| Manert, Uwe | Diakonie Oberfranken, DW Bayreuth |
| Noppenberger, Josef | Caritasverband f. d. Erzdiözese Bamberg e. V. |
| Schumann, Mandy | BRK-Bezirksverband Ober- Mittelfranken |
| Stroh, Wolfgang | Diakonie Neuendettelsau |
| Von der Weth, Irene | Paritätischer Wohlfahrtsverband Oberfranken |
| | |
| Holschuh, Udja | Stadt Bayreuth |
| | |
| Freese, Rolf | Behindertenbeauftragter d. Bezirks Oberfranken |
| | |
| Fechner, Michael | Regierung von Oberfranken |
| | |
| Bramann, Johann | Bezirk Oberfranken |
| Stiefler, Robert | Bezirk Oberfranken |

Regionales Rahmenkonzept zur bedarfsgerechten Versorgung älter werdender Menschen mit Behinderung in Oberfranken

1. Vorwort

Die sich abzeichnende Bevölkerungsentwicklung der nächsten Jahrzehnte im Regierungsbezirk Oberfranken mit einem prognostizierten Bevölkerungsrückgang und gleichzeitiger Bevölkerungsalterung stellt für die Politik, Wirtschaft, Kommunen, Verwaltungen und die freie Wohlfahrtspflege mit den Sozialverbänden eine große Herausforderung dar. Schon heute sind ca. 25 % der älteren Menschen über das 65. Lebensjahr hinaus schwerbehindert und/oder pflegebedürftig.

Aufgrund politischer Entscheidungen wie UN-Konvention über Rechte von Menschen mit Behinderung oder Koalitionsvertrag für die 16. Wahlperiode des Deutschen Bundestages sowie unter Berücksichtigung der Inhalte des Sozialberichts der bayerischen Staatsregierung muss die Palette an Unterstützungsleistungen, Versorgungsstrukturen und die Entwicklung von differenzierten und qualifizierten Angeboten unter Berücksichtigung der sozialen Veränderung und des individuellen Hilfebedarfs weiterentwickelt werden.

Die im April 2007 als Ergebnis des "Runden Tisches – Zukunft der Behindertenhilfe in Bayern gefassten "Eckpunkte zur Betreuung älterer Menschen mit Behinderung in Bayern" führen im Sozialbericht der Bayerischen Staatsregierung¹ zur konkreten Forderung und zum Auftrag für die Erstellung eines regionalen Rahmenkonzeptes im Regierungsbezirk Oberfranken. Dieses ist die Grundlage und Voraussetzung für eine staatliche Förderung bestimmter Projekte und Maßnahmen.

"Jede Region in Bayern braucht daher ein Rahmenkonzept für ältere Menschen mit Behinderung, das auf die örtliche Versorgungsstruktur zugeschnitten ist und die Bedarfsentwicklung berücksichtigt. Die betroffenen Menschen brauchen Sicherheit, dass für sie auch im Alter eine verlässliche Betreuung gewährleistet ist. Ebenso brauchen die Träger der Behindertenhilfe für ihre Planungen einen verlässlichen Rahmen. Deshalb wird in regionalen Arbeitsgruppen, denen alle in der Behindertenhilfe verantwortlichen Stellen angehören, unter der Federführung der bayerischen Bezirke derzeit der Ist-Zustand der bestehenden Versorgungsstruktur festgestellt und im Anschluss daran unter Berücksichtigung der vorgenannten Leitlinien ("Eckpunkte") der entsprechende Bedarf an gegebenenfalls zu verstärkender und zu ergänzender regionaler Versorgungsstruktur erhoben."²

Der Konzeptentwicklung im Regierungsbezirk Oberfranken hat sich eine regionale Arbeitsgruppe verpflichtet, die sich aus Vertretern/innen des Bezirks Oberfranken, der Kommunen, der Sozial- und Wohlfahrtsverbände und der Regierung von Oberfranken zusammensetzt.

¹ Sozialbericht März 2009, Kapitel 10

² Zitat Sozialbericht März 2009, Seite 629

2. Ausgangslage

Aus den Gemeindedaten des Bayerische Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung und den Erhebungen des Zentrum Bayern Familie und Soziales "Menschen mit Behinderung in Oberfranken" (Stand 31.12.2009) ergibt sich, dass von allen 1.082.516 Einwohnern im Regierungsbezirk Oberfranken 107.484 Einwohner schwerbehindert sind, was einem Bevölkerungsanteil von 9,9 % entspricht. Bei Menschen mit einem Lebensalter von über 65 Jahren sind aber von zusammen 227.764 Einwohnern bereits 58.529 Einwohner schwerbehindert. Das entspricht einem Anteil von immerhin 25,7 % in dieser Altersgruppe (schwerbehindert sind Menschen mit einem festgestellte Grad der Behinderung von über 50 bis 100 GdB).

Diese Zahlen beziehen sich auf den Personenkreis der Menschen, die **mit** einer bestehenden chronischen Erkrankung oder Behinderung älter werden ebenso wie auf den Personenkreis der Menschen, die mit zunehmendem Alter von einer chronischen Erkrankung und Behinderung **zusätzlich** betroffen sind.

Während noch 1990 von allen Leistungsberechtigten über 50 Jahre 12% eine Eingliederungshilfe in stationärer Form erhielten, waren es 2004 schon 19,4 % und der Bedarf stieg über die letzten Jahre kontinuierlich weiter.³

*"Nach den Feststellungen der bayerischen Bezirke ist bei den rund 28.000 leistungsberechtigten Werkstattbeschäftigten im Arbeitsbereich eine deutliche Zunahme des Personenkreises Älterer zu verzeichnen. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren verstärken. Im Jahre 2007 waren 37 Werkstättenbesucher über 65 Jahre alt und 898 Leistungsberechtigte über 60 alt. In der Regel scheiden die Werkstättenbesucher mit dem 65. Lebensjahr aus den Werkstätten aus und benötigen eine sinnvolle und erfüllende Tagesstruktur auch danach. 4.497 Leistungsberechtigte waren in diesem Zeitraum zwischen 50 und 60 Jahre alt. Bei den rund 3.900 Leistungsberechtigten in Förderstätten sind rund 590 Leistungsberechtigte zwischen 50 und 60 Jahre alt."*⁴

Die Zahl der Menschen mit Behinderung im Alter wird insbesondere aufgrund der steigenden allgemeinen Lebenserwartung, der verbesserten medizinischen und psychosozialen Versorgung sowie der demographischen Entwicklung, aber auch aufgrund sich verändernder familiärer und sozialer Strukturen, erheblich zunehmen. Den steigenden Bedarf bestätigen zahlreiche unterschiedliche Erhebungen und Untersuchungen.⁵

Insoweit die bereits vorhandenen Angebote und Versorgungsstrukturen quantitativ und qualitativ nicht mehr ausreichend bzw. geeignet zur Verfügung stehen, müssen sie der Entwicklung des Bedarfs entsprechend ergänzt und angepasst werden.

Diese Intention und konzeptionelle Zielsetzung wird im Wesentlichen durch das vorliegende regionale Rahmenkonzept für den Regierungsbezirk Oberfranken verfolgt.

³ Anhang Anlage 2: "Eckpunkte zur Betreuung älterer Menschen mit Behinderung in Bayern" vom "Runden Tisch - Zukunft der Behindertenhilfe in Bayern", 2007

⁴ Anhang Anlage 3: Zusammenfassende Betrachtung der Erhebung der Ist-Situation - Verband der bayerischen Bezirke, 2009

⁵ z. B. Landesweite Studie der LAG Caritas Behindertenhilfe u. Psychiatrie in Bayern u. d. Fachverbandes Evang. Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in Bayern

3. Ziel des Rahmenkonzeptes

In Anbetracht der unter Punkt 2 dargestellten Situationsbeschreibung ist im Verlauf der kommenden Jahre und Jahrzehnte eine bedarfsgerechte Anpassung, Erweiterung und/oder Neuentwicklung von Versorgungsstrukturen für älter werdende Menschen mit Behinderung in Oberfranken erforderlich.

Das Rahmenkonzept dient als Grundlage für konkrete Umsetzungskonzepte und -projekte in der Praxis.

Der Auf- und Ausbau von Versorgungsstrukturen für älter werdende Menschen mit Behinderung bezieht das in Art. 19 der UN-Konvention festgeschriebene Recht auf unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft ausdrücklich mit ein. Auch für älter werdende Menschen mit Behinderung sind somit bedarfsgerechte Hilfen bereitzustellen, die ein angemessenes Maß an

- individueller Lebensgestaltung
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und
- Normalisierung

gewährleisten und den Vorgaben der §§ 53 ff. SGB XII im Sinne der Eingliederungshilfe gerecht werden.

Darüber hinaus sind im Rahmen der Gestaltung der Versorgungsstrukturen auch die zu erwartenden, zunehmenden pflegerischen Bedarfe zu berücksichtigen. Es bedarf daher perspektivisch einer sinnvollen Verzahnung von Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII und der Pflege nach SGB XI – dies gilt sowohl für den ambulanten wie auch den stationären Kontext.

4. Zielgruppe

Das Rahmenkonzept bezieht sich auf Versorgungsstrukturen für Menschen mit Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX, d. h. es geht um älter werdende Menschen mit körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung sowie um Menschen mit chronischer Erkrankung. Behinderung kann angeboren oder erworben sein.

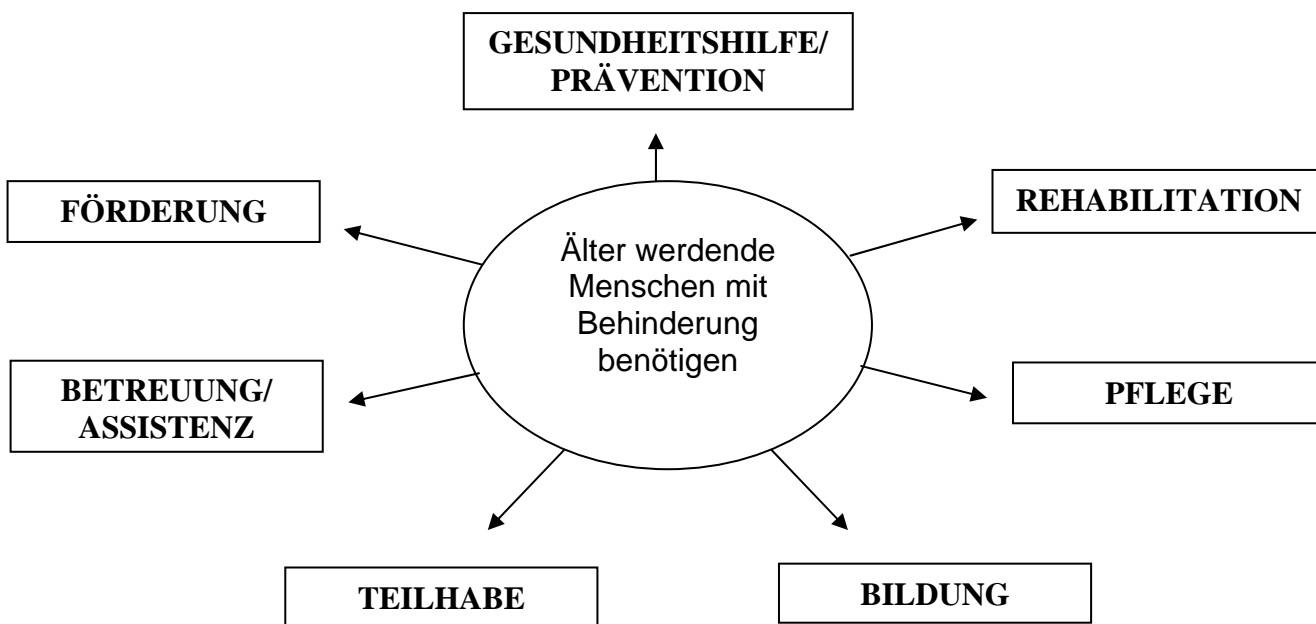
Die Bezeichnung „älter werdend“ bezieht sich im fachlichen Kontext üblicherweise auf die Altersgruppe 50+, wobei die Zuordnung zu einer altersmäßig definierten Personengruppe für die Vorhaltung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen nicht primär ausschlaggebend ist: „Ältere Menschen mit Behinderung sind nicht als homogene Gruppe zu verstehen; vielmehr sind die individuellen Unterschiede unter diesen genauso stark ausgeprägt wie bei älteren Menschen ohne Behinderung“.⁶

Entscheidend sind also sich verändernde Bedarfslagen aufgrund individueller Entwicklungen. Diese können sowohl durch behinderungs- und/oder krankheitsbedingte Einschränkungen oder durch altersbedingten körperlichen und/oder geistigen Abbau (vgl. Demenz) geprägt sein. Dabei ist es unerheblich, in welchem Kontext des 1. oder 2. Lebensbereiches sich die betroffenen Personen befinden. Der genannte Abbauprozess kann bei Menschen mit Behinderung auch schon in einem früheren Lebensalter einsetzen.

⁶ 3. Bericht zur Lage der älteren Generation, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Festlegung auf eine altersmäßige Zuordnung wird zudem durch den demographischen Wandel erschwert, da auch die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung kontinuierlich steigt.

Im Sinne der konzeptionellen und planerischen Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur und des zugrundeliegenden statistischen Datenmaterials wird dennoch schwerpunktmäßig auf die Personengruppe 50+ Bezug genommen. Die genannte Zielgruppe zeichnet sich durch Bedarfe in folgenden wesentlichen Bereichen aus:



5. Beschreibung der allgemeinen Lebensbereiche und Bedarfslagen

Um die unterschiedlichen und persönlichen Lebenssituationen und Bedarfe von älter werdenden und alten Menschen mit Behinderung differenziert beschreiben und erfassen zu können, werden folgende Perspektiven einbezogen:

- Grundsätzliche Unterscheidung von drei Lebensbereichen
- Unterschiedliche Teilhabe an den Lebensbereichen
- Darstellung der individueller Bedarfssituationen anhand von fünf Teilhabebereichen
- Zusätzliche Bedarfe im System (Betreuungspersonen, Sozialraum)

5.1 Lebensbereiche:

Es werden drei Lebensbereiche unterschieden, um auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung im Alter und den erforderlichen Hilfen und Unterstützungsangeboten adäquat antworten zu können.

1. „Wohnen und Selbstversorgung“

Dieser Lebensbereich umfasst den gesamten Bereich des Wohnens. Wohnen bedeutet Heimat im Sinne eines Eingebunden- und/oder Geborgenseins in einer häuslichen Umgebung, in der die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden. Dies kann in unterschiedlichen Wohnformen erfolgen: selbständiges oder ambulant betreutes Wohnen, Wohnen bei Angehörigen oder in einer stationären Wohnform unterschiedlichen Charakters.

2. „Arbeit/Beschäftigung/Tagesstruktur“

In diesem Lebensbereich finden sich unterschiedlichste Angebote zur Tagesstruktur wieder. Mögliche Maßnahmen sind Tagesstätten (T-ENE oder Seniorentagesstätten), Förderstätten, Tagespflege etc. oder auch Tagesstruktur in der eigenen Wohnung, wenn ein Verlassen der Wohnung nicht mehr möglich ist. Für diesen Bereich erfolgt eine inhaltliche und zeitliche Festlegung.

3. „Öffentlicher Lebensbereich“

Dieser Bereich ist gekennzeichnet durch die Teilnahme am öffentlichen Leben wie Freizeit, Kultur, Politik, Wahrnehmung persönlicher Interessen, etc., unabhängig von einem vorgegebenen Ort. Er kann durch Zeit und Ort abgegrenzt werden. In der Regel findet auch dieser Lebensbereich an einem anderen Ort als dem Wohnraum statt.

Im Rahmen des Alterungsprozesses und aufgrund der persönlichen Entscheidung werden Menschen mit Behinderung in unterschiedlichem Umfang an den Lebensbereichen zwei und drei teilnehmen. Zur Unterscheidung werden drei Kategorien definiert:

1. Älter werdende und alte Menschen mit Behinderung, die ganz am zweiten und dritten Lebensbereich teilhaben können und wollen
2. Älter werdende und alte Menschen mit Behinderung, die teilweise am zweiten und dritten Lebensbereich teilhaben können und wollen
3. Älter werdende und alte Menschen mit Behinderung, die nicht mehr am zweiten und dritten Lebensbereich teilhaben können und wollen

Bei einer verminderten Inanspruchnahme des zweiten und dritten Lebensbereichs erhöhen sich die Bedarfe im ersten Lebensbereich, unabhängig von der Wohnform.

5.2 Bedarfslagen

Die Darstellung des individuellen Bedarfs folgt der Systematik von Bedarfserhebungsinstrumenten und dem Gesamtplanverfahren gemäß § 58 SGB XII.

Für den genannten Personenkreis werden fünf Teilhabebereiche beschrieben.

1. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung
2. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen
3. Selbstversorgung und Wohnen – alltägliche Lebensplanung – individuelle Basisversorgung
4. Teilhabe an Bildung (und am Arbeitsleben)
5. Freizeitgestaltung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

In der Anlage 1 ist eine ausführliche Beschreibung der fünf Teilhabebereiche vorgenommen.

5.3 Zusätzliche Bedarfe im System (Betreuungspersonen, Sozialraum)

Im Sinne des "Regionalen Rahmenkonzepts" wird die Sozialraumplanung nicht nur für die Planung, Steuerung und Bereitstellung von aktuell notwendigen sozialen Diensten und Einrichtungen benötigt. Sie umfasst auch eine zielgerichtete Planung im Spannungsfeld der mittel- und langfristigen Auswirkungen des demografischen Wandels auf das soziale Miteinander, auf die ökonomische Leistungsfähigkeit der Gesellschaft und der sozialen Sicherungssysteme.

Weiterhin müssen auch diejenigen zusätzlichen Bedarfe Berücksichtigung finden, die nicht unmittelbar bei den Betroffenen, sondern bei den betreuenden Personen bzw. Familien entstehen. Zu nennen sind hier notwendige Hilfen z. B. durch Beratung, Fortbildungen und Supervision sowie Hilfen zur Betreuung und Pflege; Unterstützung bei der Bewältigung der Umstellung der Tagesstruktur und im Umgang mit dem Alterungsprozess.

Weitere Bedarfe entstehen im Sozialraum, insbes. für Planung, Steuerung und Vernetzung der Hilfsangebote, barrierefreie Infrastruktur, Stadtteilentwicklung.

6. Perspektiven und Strategien zur Umsetzung

6.1 Empfehlungen vor dem Hintergrund der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die in der UN-Konvention formulierten Rechte und die daraus abzuleitenden Ansprüche für Menschen mit Behinderung **j e d e n A l t e r s** gelten. Dieser Grundsatz gilt auch im Hinblick auf die sonstigen einschlägigen, gesetzlichen Regelungen für diesen Personenkreis – insbesondere hinsichtlich des Anspruchs auf Eingliederungshilfe.

In diesem Kontext ist auch der Forderung nach gleichberechtigter Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für ältere Menschen mit Behinderung nachzukommen – dem Begriff Inklusion kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu:

Inklusion meint die volle und vorbehaltlose Zugehörigkeit aller Menschen zur Gesellschaft, unabhängig von Art und Schwere einer Behinderung. Die Herausforderung zu einer inklusiven Gesellschaft besteht darin, die bestehende Förderungs- und Versorgungsstrukturen für Menschen im Sinne der Ziele der Behindertenrechtskonvention zu reflektieren und an vielen Stellen neu zu organisieren und umzugestalten.

Für ältere Menschen mit Behinderung bedeutet Inklusion insbesondere:

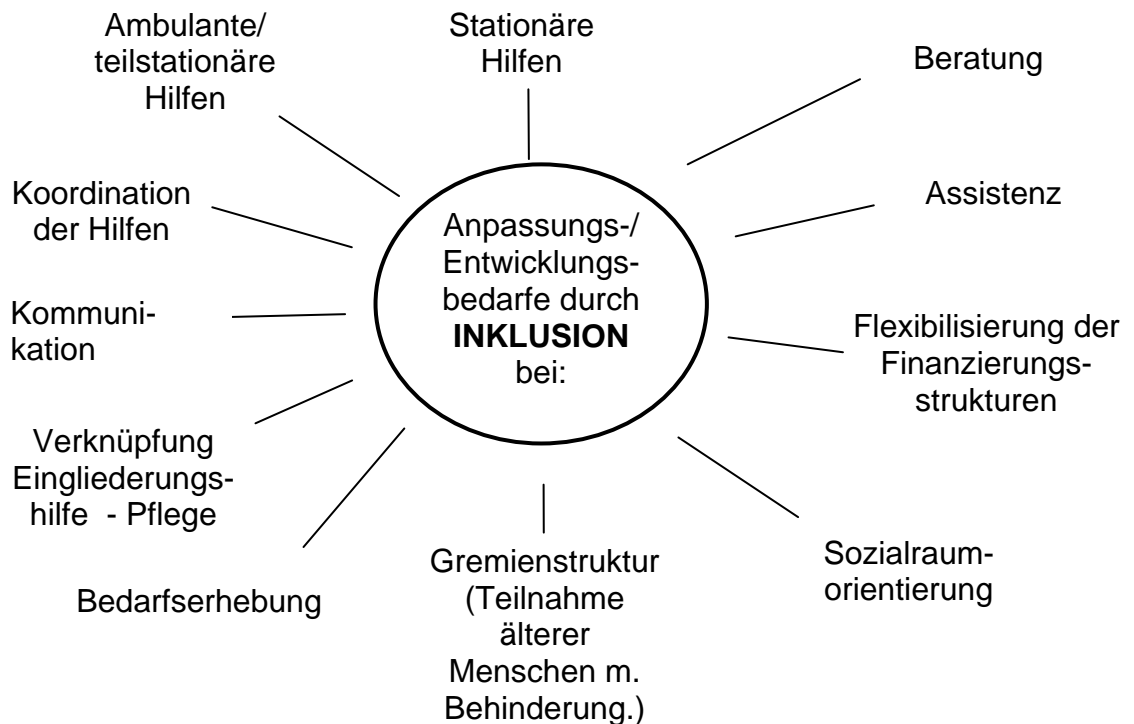
- Freie Wahl ihres Aufenthaltsortes
- Freie Wahl der Gestaltung ihrer Tagesstruktur
- Freier Zugang zu Leistungen/Diensten der Gesellschaft

Auf diesem Hintergrund sind zunehmend Formen einer inklusiven Unterstützung und Versorgung zu entwickeln.

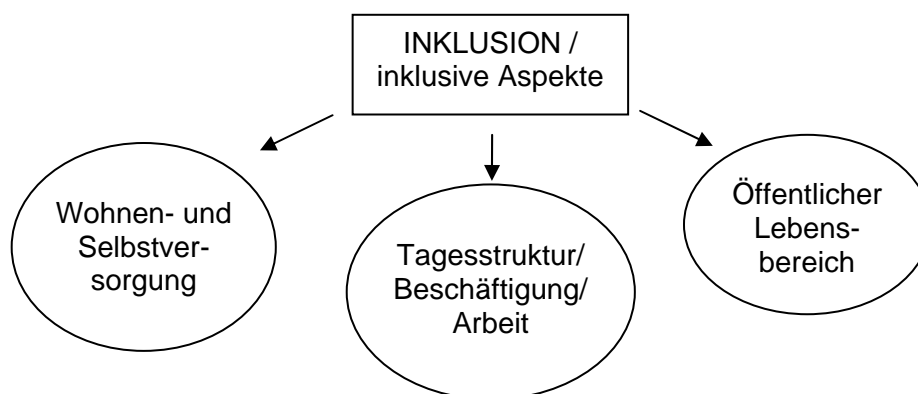
Bei allen Überlegungen zur Anpassung und Entwicklung der inklusiven Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen älterer Menschen mit Behinderung soll der Beheimatungsgedanke eine zentrale Rolle spielen. Darüber hinaus sind die Angebote so zu gestalten, dass sie ein hohes Maß an Flexibilität zulassen und so den individuell unterschiedlichen Bedürfnissen der behinderten Menschen in einem möglichst hohen Maße gerecht werden. Sofern dies sachgerecht möglich ist, soll die Deckung der zusätzlichen Bedarfe im Rahmen der bisherigen Wohnform erfolgen, ungeachtet dessen, ob es sich hierbei um die eigene Häuslichkeit, um ambulant betreutes Wohnen oder um die Versorgung in einer stationären Einrichtung handelt. Ein Verbleib in der bisherigen Wohnform kann als stabilisierender Faktor bei der Umstellung der Tagesstruktur wirken.

Weiterhin sollten sich die Prinzipien der Normalisierung, Selbstbestimmung, Individualität und Inklusion auch in der Gestaltung der Wohnverhältnisse und Hilfeangebote für ältere Menschen mit Behinderung widerspiegeln. Wünschenswert ist grundsätzlich das Vorhandensein verschiedener Optionen, um unterschiedlichen Bedürfnissen und Fähigkeiten Rechnung tragen zu können.

Die Anpassungs- und Entwicklungsbedarfe durch Inklusion betreffen insbesondere folgende Bereiche:



Im Sinne der vorab formulierten Definition von Inklusion sowie der dargestellten Anpassungs- und Entwicklungsbedarfe sind >inklusive Aspekte< in den drei in Pkt. 5.1 genannten Lebensbereiche zu berücksichtigen.



6.2 Sozialrechtliche Aspekte

Bei der Entwicklung weiterer Perspektiven und Strategien zur Umsetzung von Unterstützungs-, Versorgungs- und Teilhabekonzepten für ältere Menschen mit Behinderung ist stets mit einzubeziehen, dass deren Wahl- und Zugangsfreiheit oftmals in zweierlei Hinsicht erschwert ist:

1. durch Art und Schwere ihrer Behinderung und
2. durch hinzukommende altersbedingte Abbauprozesse

Dies bedeutet, dass für diesen Personenkreis verschiedene, sozialrechtlich relevante Hilfen zum Tragen kommen. Neben dem Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe gem. SGB IX und SGB XII dürften mit zunehmendem Alter und damit einhergehender Zunahme der Pflegebedürftigkeit auch Leistungen der Pflege gem. SGB XI an Bedeutung gewinnen.

Während die Schnittstellen zwischen Eingliederungshilfe- und Pflegeleistungen zunehmen, gestaltet sich die Abgrenzung der Finanzierung durch die unterschiedliche Zuständigkeit der Kostenträger (überörtlicher Sozialhilfeträger – Kranken-/Pflegekasse) oftmals schwierig und für die betroffenen Hilfeempfänger/innen, bzw. deren Angehörige/Betreuer unverhältnismäßig aufwändig.

Die Leistungsempfänger/innen sind daher auf eine fundierte Beratung und Unterstützung angewiesen, um ihre Leistungsansprüche bedarfsgerecht in Anspruch nehmen zu können.

Hierbei spielt die Zusammenarbeit der in Frage kommenden Rehabilitationsträger gem. § 6 SGB IX eine wesentliche Rolle, insbesondere:

- Gesetzliche Krankenkassen
- Bundesagentur für Arbeit
- Träger der gesetzl. Unfallversicherung
- Träger der gesetzl. Rentenversicherung
- Träger der Kriegsoferversorgung/ -Kriegsopferfürsorge
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe
- Träger der Sozialhilfe

Beim Zusammenwirken mehrerer Rehabilitationsträger kommt der Koordinierung der Leistungen (§ 10 SGB IX) und der Zuständigkeitserklärung (§ 14 SGB IX) eine wesentliche Bedeutung zu.

Die Tatsache, dass die vom Gesetzgeber geforderte Koordination von Leistungen unterschiedlicher Rehabilitationsträger auch 10 Jahre nach Einführung des SGB IX nur schleppend voran kommt, ist den hier zur Verfügung stehenden, knappen Finanzmitteln geschuldet. Dies zeigt sich sowohl bei den Finanzmitteln der öffentlichen Hand wie auch bei Finanzierung von Leistungen aus Versicherungsbeiträgen. Hier sind Bund und Länder aufgefordert, durch entsprechende Gesetzesinitiativen und eine angemessene Neuverteilung der Finanzierungslast, die Versorgung von Menschen mit Behinderung langfristig sicherzustellen und dadurch letztlich auch dem Anspruch der ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention Rechnung zu tragen.

Im Rahmen der vollstationären Betreuung älter werdender Menschen mit Behinderung bestehen – wie bereits ausgeführt – bislang nur unzureichende Regelungen hinsichtlich der pflegerischen Versorgung.

Menschen mit Behinderung werden im Rahmen der EingliH in entsprechenden Einrichtungen versorgt. Diese gelten jedoch i. d. R. nicht als Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne des § 71, Abs. 2 SBB XI und haben keine Versorgungsverträge. Bezügl. der Abgeltung von pflegerischen Leistungen wird hierzu im Pflegeversicherungsgesetz ausgeführt:

„Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen (§ 71 Abs.4 SGB XI) übernimmt die Pflegekassezehn von Hundert desvereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 256 Euro nicht überschreiten ...“(§ 43a SGB XI)

Während also in anerkannten Pflegeheimen mit Versorgungsvertrag eine Mischfinanzierung aus Mitteln der Pflegeversicherung (abhängig von der Einstufung) und der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) besteht, werden Einrichtungen der Eingliederungshilfe überwiegend aus Mitteln der Sozialhilfe finanziert und seitens der Pflegekasse lediglich max. 256 Euro pro Einzelfall und Kalendermonat zur Abgeltung pflegerischer Leistungen übernommen.

Dennoch lehnt der überwiegende Teil der Einrichtungsträger den Abschluss von Versorgungsverträgen gem. SGB XI ab, da die Anerkennung als Pflegeeinrichtung zwangsläufig zu Änderungen bei der Personalstruktur sowie Einschränkungen bei den Fördermöglichkeiten führen würde und dies den Ansprüchen auf Leistungen der Eingliederungshilfe nicht mehr genügen würde.

Während also die bestehende Gesetzgebung so angelegt ist, dass Pflege und Eingliederungshilfe in unterschiedlich strukturierten Sozialleistungssystemen verankert sind, die auch noch unterschiedlich finanziert sind (Pflege aus Versicherungsbeiträgen, Eingliederungshilfe als Sozialleistung der öffentlichen Hand), drängen die realen Entwicklungen seit Jahren nach komplexeren Lösungen.

Die Anforderungen werden umso dringlicher, als zunehmend mehr älter werdende Menschen mit Behinderung anderenfalls Benachteiligungen ausgesetzt sind, da ihre Rechtsansprüche nicht adäquat eingelöst werden können.

Dies geschieht dann, wenn ein Mensch mit Behinderung auf Grund seines hohen Pflegebedarfs in einer Pflegeeinrichtung betreut werden muss, hier jedoch seinem Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nicht Rechnung getragen werden kann.

Die aufgezeigte Problematik kann jedoch nicht auf Ebene eines Regierungsbezirkes gelöst werden, sondern bedarf einer – längst überfälligen – Neuregelung der Leistungsgewährung und -finanzierung auf Bundesebene.

7. Strategien, Handlungsfelder und Instrumente

Zur schrittweisen Weiterentwicklung eines bedarfsgerechten Hilfe- und Dienstleistungssystems und einer möglichst inklusiven Beteiligung und bedürfnisgerechten Versorgung der betroffenen Menschen mit Behinderung in Oberfranken werden einzelne zielführende Strategien und gesamtplanerisch abgestimmte Handlungsfelder und Instrumente erforderlich sein, die nachfolgend beispielhaft aufgeführt sind.

7.1 Integrierte Sozialplanung

- Abstimmung der verschiedenen örtlichen Planungsbereiche
- barrierefreie Umgestaltung des privaten und öffentlichen Raumes
- Entwicklung der Verkehrsinfrastrukturen
- Entwicklung sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Infrastruktur
- Entwicklung von Nahversorgungsstrukturen

7.2 Sozialräumliche Planung

- Schaffung von überschaubaren Sozialräumen
- Erhalt der gewachsenen sozialen Bezüge
- Einbeziehung der vorhandenen Ressourcen
- Ermöglichung einer familien- und wohnortnahen Versorgung
- Dezentralisierung der teilstationären und stationären Angebote
- Schaffung von Beteiligung und Mitwirkung
- Ermöglichung ehrenamtlichen/bürgerschaftlichen Engagements
- Sozialräumliche Hilfeplanung
- Sozialräumliche Orientierung des Leistungsträgers

7.3 Steuerung durch individuelle Hilfeplanung und Fallmanagement

Die hier beschriebenen Planungen sollen sicherstellen, dass dem persönlichen Bedarf der älteren und alten Menschen mit Behinderung Rechnung getragen wird und die erforderlichen Leistungen und die unterschiedlichen Formen der Leistungserbringung festgelegt werden können.

Im Einzelfall werden Schnittstellen und Überlappungen der Lebensbereiche und Teilhabeleistungen nicht ausbleiben und ein differenziertes Verfahren zur Feststellung der notwendigen Hilfen und Leistungen erforderlich machen.

Geeignete Instrumentarien zur Bemessung des individuellen Hilfebedarfes der Menschen mit Behinderung müssen soweit vorhanden qualifiziert bzw. noch eingeführt werden.

- Gesamtplanverfahren nach § 58 SGB XII
- Standardisierte und qualifizierte Feststellung des individuellen Hilfebedarfes
- Festlegung von bedarfsgerechten und geeigneten Hilfebedarfsgruppen

Die Individualisierung der Hilfebedarfsfeststellung dient, im Gegensatz zu einer praktizierten pauschalierenden und generalisierenden Vorgehensweise, der Entwicklung und Schaffung fachlich notwendiger und geeigneter Leistungsangebote und sichert gleichzeitig die wirtschaftlich angemessene Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel.

Es ist anzustreben, dass die erforderlichen Hilfen und unterschiedlichen Leistungsansprüche durch ein geeignetes Fallmanagement koordiniert, gesteuert und gewährleistet werden.

7.4 Weiterentwicklung bestehender Angebote

- Schaffung erreichbarer Fachstellen für Betroffene und Angehörige
- Qualifizierung der Familienentlastenden Dienste (FED) für die Arbeit mit den Betroffenen
- Weiterentwicklung der überregionalen und regionalen Offenen Behindertenarbeit (OBA), zum Beispiel in Richtung Wohnbau- und Wohnanpassungsberatung
- Schaffung regionaler niederschwelliger Unterstützungsangebote (Schließen örtlicher Versorgungslücken)
- Rückführung wichtiger Einrichtungen, wie Post, Einzelhandel oder Arztpraxen in die ländlichen Regionen
- Vernetzung aller Angebote, Koordinierung und transparente Darstellung, um eine zielgerichtete und flächendeckende Versorgung zu sichern

7.5 Angebote weitestgehend selbstbestimmten Wohnens und Lebens

Vor allem in ambulanten Bereich, in den Kommunen oder Gemeinden, ist es notwendig, die Rahmenbedingungen und Strukturen weiter zu entwickeln, damit vor allem der Verbleib in der eigenen Wohnung durch eine gemeindenahere Versorgung gesichert werden kann.

- Geeignete Wohnangebote mit tagesstrukturierenden Maßnahmen
- Einbindung in das Gemeinwesen
- Dezentralisierung der stationären Angebote
- angepasste konzeptionelle, räumliche und personelle Ressourcen
- Beibehaltung von speziellen Fördermaßnahmen
- soziale, medizinische und therapeutische Vernetzung
- Berücksichtigung von Möglichkeiten alternativer Wohnformen
- Wahlmöglichkeiten für Selbstbestimmtes Wohnen
- Schaffung von differenzierten stationären Angeboten, die durch ambulante und teilstationäre Leistungen nicht hinreichend zu decken sind.
- Schaffung und Förderung barrierefreien Wohnraums (Neubau/Umbau)

7.6 Einbindung und Unterstützung von Angehörigen

Es erweist sich in der Praxis, dass Angehörige und ihre Familien zur Bewältigung von altersbedingten, insbes. demenziellen Erkrankungen zumindest im fortgeschrittenen Stadium häufig nicht mehr in der Lage sind, Hilfen selbst zu erbringen und somit professioneller Unterstützung bedürfen. Ähnliches trifft auf schwerst körper- und mehrfach- oder geistig behinderte Menschen zu, für die in der Familie zum Teil nicht mehr die erforderlichen Förderungs- und Unterstützungsleistungen erbracht werden können.

Neben der Beratung und Koordination der Leistungen kommt auch der Einbindung der Angehörigen in den Hilfeprozess ein besonderer Stellenwert zu.

Diesbezügliche Handlungsfelder sind nachfolgend beschrieben.

7.7 Psychosoziale Versorgung

Bei der Unterstützung und dem Erhalt einer möglichst eigenständigen und selbstbestimmten Lebensgestaltung gewinnen die positiven Bedingungen einer psychosozialen Versorgung, grundlegend neben und gemeinsam mit der medizinischen und pflegerischen Versorgung, wesentlich an Bedeutung.

Eine psychosoziale Diagnostik bezieht alle individuellen und sozialen Lebensumstände sowie die körperlichen, geistigen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Gegebenheiten des Einzelnen ein. Sie erfasst die persönliche Lebenssituation und Problemlagen und bietet systemische ganzheitliche Lösungsansätze.

Unter Einbeziehung der individuellen Ressourcen hat die psychosoziale Versorgung vor allem folgende Aufgaben:

- Unterstützung der Selbstwahrnehmung und Förderung des Selbsthilfepotentials
- Unterstützung von selbstverantwortlicher, aktiver und gemeinschaftsbildender Lebensgestaltung
- Schaffung von Angeboten zur Förderung der sozialen und kommunikativen Kompetenz
- Schaffung von sozialen Gruppen und Netzwerken bzw. Beseitigung von Vermittlungs- und Kommunikationshemmnissen
- Stärkung von Mitwirkungsbereitschaft und -motivation
- Konfliktlösung, Moderation und Krisenintervention
- Lebenspraktische Beratung (Tagesstruktur, Konsum etc.)

Ziel ist die Steigerung der Lebensqualität im jeweiligen Lebensumfeld, soziale Integration und gesellschaftliche Inklusion.

7.8 Pflegerische Versorgung

Der prozentuale Anteil von älteren Menschen mit Behinderung in der Region verlangt eine erweiterte Versorgungsstruktur aufzubauen und diese auf langfristige Sicht sicherzustellen. Insbesondere erscheinen präventive Angebote (sportliche Aktivitäten, Gedächtnistraining) als besonders notwendig, um dem Alterungsabbau entgegen zu wirken und eine Pflegebedürftigkeit möglichst lange zu vermeiden. Zusätzlich muss für eine sichere und optimale Versorgung die ärztlich verordnete Behandlungspflege von ausgebildeten Fachkräften erbracht werden.

Um eine bedarfsgerechte Versorgung des Personenkreises sicherzustellen, ist eine Kooperation und Vernetzung der unterschiedlichen Leistungserbringer und Leistungsträger erforderlich.

Folgende Bedarfe stehen im Vordergrund:

- Versorgung mit Hilfsmitteln
- bedürfnisgerechte Gestaltung des Umfeldes (Barrierefreiheit, etc.)
- Unterstützung bei der pflegerischen Versorgung (Körperpflege, Mobilität, Ernährung, Hauswirtschaft, Prophylaxen)
- Beratung und Schulung pflegender Angehöriger
- zusätzliche Betreuungsleistungen
- Personaleinsatz nach Qualifikation
- Bedarfsgerechte Umsetzung der Behandlungspflege
- Begleitung des Alterungsprozesses
- Sterbeprozess und Sterbebegleitung
- geeignete Gruppenzusammensetzung
- Biografiearbeit
- angepasste, individuelle Tagesbeschäftigungen
- Gesundheitsförderung und Erhaltung
- präventive Angebote

7.9 Medizinische Versorgung

Die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sichert einen freien Zugang zu Gesundheitsleistungen und ein selbstverständliches Recht auf Gesundheit für alle Menschen mit Behinderung. Die Vertragsstaaten verpflichten sich diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich anzubieten, auch in ländlichen Gebieten. Eine gute Regelversorgung, die den ganzen Menschen sieht, muss somit ausgebaut werden und barrierefrei zugänglich sein für alle Menschen mit Behinderung. Es gilt: eine gute medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderung stellt eine besondere Herausforderung dar. Hier braucht es neue Wege, Rahmenbedingungen und flexible Lösungen, die sich am einzelnen Menschen orientieren. Es ist Aufgabe der Politik wie anderer Verantwortungsträger im Gesundheitssystem, verlässliche Regelungen für die medizinische Betreuung von Menschen mit Behinderung zu entwickeln.

Eine altersgerechte medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung ist nicht nur Aufgabe der Behindertenhilfe. Multiprofessionellen Kooperationen in regionalen Verbundsystemen kommt hier eine besondere Bedeutung zu.

- Beim Umgang mit der Alterserkrankung kann ein zusätzlicher Assistenzbedarf entstehen, z. B. Unterstützungsbedarf beim Verstehen und Nachvollziehen der Veränderungsprozesse, Assistenz bei der Umsetzung ärztlicher Verordnungen
- Sicherstellen von Maßnahmen der Prophylaxe (z. B. Ernährung, Bewegung) und der notwendigen, auf die jeweilige Grundbehinderung angepassten Vorsorgemaßnahmen
- Sicherstellen der ärztlichen Versorgung durch Haus- und Fachärzte, insbesondere im Bereich der neurologisch-psychiatrischen Versorgung
- Sicherstellen der notwendigen medizinischen Behandlungspflege im häuslichen Umfeld
- Schnelle und unbürokratische Versorgung mit den individuell notwendigen und ärztlich verordneten Hilfsmitteln
- Für demenziell erkrankte Menschen sind geronto-psychiatrischen Hilfen sicherzustellen
- Anpassung der Inhalte in der Ausbildung von Ärzten im Hinblick auf die Besonderheiten in der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit Behinderung

7.10 Palliativmedizinische Versorgung und Sterbebegleitung

Für Menschen mit Behinderung ist es erforderlich, dass sie an ihrem Lebensende, insbesondere bei einer schweren Erkrankung, hospizlich und palliativ individuell begleitet werden. Dafür sind die bisherigen Konzepte weiter zu entwickeln, vor allem unter den Gesichtspunkten „Frühere Diagnose“, „Kommunikation“, „Ärztliche Versorgung“, „Schmerzmanagement“, „Individuelle (seelsorgerliche) Begleitung“. Zudem erfordert eine Umsetzung dieser Konzepte eine Fort- Weiterbildung der Mitarbeiter im Bereich der Palliativpflege und Versorgung. Dann kann den individuellen Wünschen und Bedarfen Rechnung getragen werden. Angestrebt werden soll eine Einbindung in die Netze der ambulanten Palliativversorgung.

Palliativstationen und Hospize sind in der Regel für Menschen mit körperlichen Behinderungen entsprechend gerüstet. Allerdings sind weder das Personal noch die Entgelte für diese Einrichtungen darauf ausgerichtet, den Bedarfen von Menschen mit Mehrfachbehinderungen und insbesondere geistigen Behinderungen gerecht zu werden. Insgesamt sind Menschen mit Behinderung in beiden Bereichen konzeptionell noch zu wenig berücksichtigt. Hier besteht Handlungsbedarf.

In den ambulanten Pflegediensten ist in den letzten Jahren hinsichtlich Fortbildung und spezieller Maßnahmen zur palliativmedizinischen pflegerischen Versorgung viel geschehen, aber auch hier müssen konzeptionell und inhaltlich die Menschen mit ganz unterschiedlichen Formen von Behinderung stärker in den Blick genommen werden. Insgesamt ist das Thema „Sterbebegleitung“ in Koppelung mit pflegerischen Leistungen in der Behindertenarbeit bislang noch deutlich unterentwickelt.

Hierbei kann auf Erfahrungen von Hospizvereinen zurückgegriffen und es können Kooperationen eingegangen werden.

Die palliativmedizinischen Pflegeangebote direkt in den bestehenden Einrichtungen der Behindertenhilfe sind deutlich auszubauen und entsprechend finanziell abzusichern.

8. Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen:

Für die Umsetzung der festgelegten quantitativen und qualitativen Ziele des Rahmenkonzeptes ist ein ausreichend ausgestattetes Finanzierungssystem mit differenzierten Finanzierungsinstrumenten notwendig.

Ausgehend von den aktuellen gesetzlichen Bestimmungen und den jeweiligen Hilfebedarfen der einzelnen Personenkreise wären dabei u. a. folgende Möglichkeiten zu nennen:

- Finanzielle Beteiligung des Bundes und des Landes an der Refinanzierung der Kosten der Eingliederungshilfe; nicht nur die Schaffung von anspruchsbegründenden Rechtsgrundlagen
- Modellförderungen investitionsbedingter Aufwendungen des Bundes, des Landes und des Bezirks zur Schaffung neuartiger Wohn-, Unterstützungs- und Pflegestrukturen bzw. -angebote.
- Höhere Kostenbeteiligung der Pflegekassen in Einrichtungen der Behindertenhilfe gem. § 43 a SGB XI, insbes. bei pflegebedingten Aufwendungen
- Differenzierte Entgeltsätze bei individuell unterschiedlichen Hilfebedarfen im Rahmen der Entgeltverhandlungen

Entscheidungsgrundlagen für den Abschluss von Entgeltvereinbarungen sind die Vorgaben des Bayerischen Rahmenvertragswerks gem. §§ 75 ff SGB XII.

Weitere Lösungsansätze sind auch im Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen der Eingliederungshilfe und der (Hilfe zur) Pflege unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Eingliederungshilfe vom 21.09.2010 aufgezeigt.

9. Schlusswort:

Mit der Formulierung dieser Leitlinien ist die Absicht verbunden, dass sich die Beteiligten frühzeitig und gegenseitig auf Grundsätze und Empfehlungen verständigen, wie auf die sich abzeichnende Altersentwicklung bei Menschen mit Behinderung und deren absehbaren Auswirkungen konzeptionell zu reagieren ist.

Die Ausführungen in diesem Rahmenkonzept beschreiben sowohl grundsätzliche Überlegungen als auch konkrete Zielvorstellungen zum Hilfesystem zur bedarfsgerechten Versorgung von älter werdenden Menschen mit Behinderung.

Das Konzept versteht sich dabei als nicht abgeschlossen sondern sollte in der Planung als fortlaufender Prozess gesehen werden, d. h. ein „endgültig letzter Stand“ als Basis für die Gestaltung der Versorgungssysteme ist angesichts dynamischer Entwicklungen kaum zu erreichen. Vielmehr ist Raum für qualitative und quantitative Anpassungen auf Grund von aktuellen Gegebenheiten und neuen Erkenntnissen.

Im vorliegenden Rahmenkonzept werden die Eckpunkte dieser Handlungsanforderungen beschrieben und stellen somit eine Orientierungshilfe für Leistungsträger, Leistungsanbieter sowie die politischen Verantwortungsträger dar.

Anlage 1 zum Regionalen Rahmenkonzept zur Versorgung älter werdender Menschen mit Behinderung in Oberfranken

Bedarfe

Neben den bestehenden, durch die Art und Schwere der Behinderung bestimmten Maß der Hilfe und Unterstützung lassen sich die zu erwartenden zusätzlich entstehenden Bedarfe wie folgt skizzieren:

1. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung

- Unterstützung und Begleitung des Alterungsprozesses insbesondere im Umgang mit den damit einhergehenden psychischen und physischen Veränderungen bis hin zu der Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit und einer angemessenen und würdevollen Sterbebegleitung
- Sicherstellung des Zugangs zu den notwendigen Hilfen
- Biographiearbeit
- Medizinisch-pflegerische Versorgung inklusive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und -erhaltung, der Grund- und Behandlungspflege, der Versorgung mit Hilfsmitteln sowie gegebenenfalls anderer therapeutischer Leistungen und der Sicherstellung der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung
- Gestaltung des Übergangs in den Ruhestand
- Unterstützung und Begleitung in der neuen Lebenssituation
- Präventive Angebote, die dem Altersabbau entgegenwirken, sowie eine Pflegebedürftigkeit möglichst lange vermeiden
- Vermittlung von Empowermentstrategien
- Sicherung der spezifischen Kommunikation bei Sinnesbehinderung

2. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen

- Unterstützung bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher und sozialer Bezüge z. B. zu Angehörigen, Freunden und Kollegen
- Eine den Bedürfnissen der älteren Menschen mit Behinderung angepasste Gruppengröße und -struktur in den Einrichtungen des 1. wie 2. Lebensbereiches
- Unterstützung der Teilnahme an Gruppenangeboten des 3. Lebensbereiches

3. Selbstversorgung und Wohnen – alltägliche Lebensplanung – individuelle Basisversorgung

- Unterstützung bei einer selbst bestimmten und einer möglichst selbständigen Lebensführung durch die Förderung bzw. den Erhalt lebenspraktischer und anderer Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Sicherstellung einer Versorgungsstruktur, die sich an den Bedürfnissen der älteren Menschen mit Behinderung orientiert
- Da bleiben können, wo ich wohnen möchte (Sicherheit haben)
- Deckung eines evtl. zusätzlich entstehenden Betreuungsbedarfes im 1. Lebensbereich, der durch die veränderten Beschäftigungs- bzw. Betreuungszeiten im 2. Lebensbereich entsteht.
- Veränderter Unterstützungsbedarf beim Transfer z. B. bedingt durch Einschränkungen in der Mobilität oder infolge einer psychischen Erkrankung
- Medizinische Versorgung und Pflege
- Bedürfnisgerechte Gestaltung der Lebensumwelt (z. B. barrierefreie Gestaltung des Wohnbereiches, adäquate Ausstattung der Sanitärbereiche)
- Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit dem Sterben
- Sterbebegleitung und Palliativversorgung

4. Teilhabe an Bildung und am Arbeitsleben

- Sinnstiftende und für den Personenkreis geeignete Angebote zur Tagesstrukturierung in beruflicher oder berufsähnlicher Tätigkeit, aber auch in der Begleitung des Übergangs vom Arbeitsleben in den Ruhestand oder der persönlich befriedigenden Gestaltung des Ruhestandes
- Erhöhter Unterstützungsbedarf beim Transfer, insbesondere durch die zeitlich veränderte Nutzung der Tagesstruktur, aber auch bedingt durch z. B. Einschränkungen in der Mobilität
- Bedürfnisgerechte Gestaltung des Arbeits- und Beschäftigungsplatzes (z. B. Barrierefreiheit, adäquate Ausstattung der Sanitärbereiche)
- Anpassung der Gruppengröße und Gruppenstruktur an die veränderten Bedürfnisse der älteren Menschen mit Behinderung, einzeltherapeutische Angebote, präventive Angebote, die dem Alterungsabbau entgegen wirken, z. B. Gedächtnistraining, Förderung der Ressourcen und Kompetenzen
- Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -erhaltung

5. Freizeitgestaltung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

- Aktive Unterstützung, Begleitung bei der Gestaltung der freien Zeit wie z. B. bei der Pflege von Hobbies oder der Suche nach neuen Betätigungsfeldern
- Unterstützung bei einer selbst bestimmten und einer möglichst selbstständigen Lebensführung durch die Förderung bzw. den Erhalt lebenspraktischer und anderer Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Unterstützung bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher und sozialer Bezüge, z. B. zu Angehörigen, Freunden und Kollegen
- Veränderter Unterstützungsbedarf beim Transfer z. B. bedingt durch Einschränkungen in der Mobilität

Anlage 2 zum Regionalen Rahmenkonzept zur Versorgung älter werdender Menschen mit Behinderung in Oberfranken

Zusammenfassende Betrachtung der Erhebung zur Ist-Situation der Versorgung älterer Menschen mit Behinderungen ⁷

Ein Kernanliegen des Eckpunktepapiers zur Versorgung von älteren Menschen mit Behinderungen ist die Sicherstellung ausreichender Leistungsangebote zur Hilfe beim Wohnen und korrespondierend dazu der Ausbau der Versorgung mit Hilfen zur Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung.

Nach den Feststellungen der Bezirke ist bei den rund 28.000 leistungsberechtigten Werkstattbeschäftigten im Arbeitsbereich eine deutliche Zunahme des Personenkreises Älterer zu verzeichnen. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren verstärken. Im Jahre 2007 waren 37 Werkstättenbesucher über 65 Jahre alt und 898 Leistungsberechtigte über 60 alt. In der Regel scheiden die Werkstättenbesucher mit dem 65. Lebensjahr aus den Werkstätten aus und benötigen eine sinnvolle und erfüllende Tagesstruktur auch danach. 4.497 Leistungsberechtigte waren in diesem Zeitraum zwischen 50 und 60 Jahre alt.

Bei den rund 3.900 Leistungsberechtigten in Förderstätten sind rund 590 Leistungsberechtigte zwischen 50 und 60 Jahre alt.

Der Handlungsbedarf richtet sich neben den konzeptionellen Strukturen vor allem auf die Schaffung der baulichen Voraussetzungen zur Strukturanpassung vorhandener Plätze und die Ergänzung des Baubestandes je nach den örtlichen Gegebenheiten. Dabei sind auch die baulichen Voraussetzungen des pflegerischen Mehrbedarfs zu berücksichtigen.

Dieser Handlungsbedarf kann nicht allein über Maßnahmen zur Ambulantisierung aufgefangen werden. Realistischerweise erscheint nur eine Dämpfung des Nachfrageanstiegs möglich, die vom Umfang und der Intensität der angebotenen Maßnahmen abhängig ist. Ein großer Teil der Leistungsberechtigten wird auch in der Zukunft auf stationäre Hilfeangebote angewiesen sein.

Die Erhebungen des Runden Tisches zum Ist-Zustand der Versorgungssituation von älteren Menschen mit Behinderungen zum Stand zu Beginn des Jahres 2008 zeigen die Dimensionen des Handlungsbedarfes deutlich auf:

⁷ Verband der bayerischen Bezirke vom 09.02.2009

Wohnen stationär ohne Tagesstruktur

| Bezirk | Alterstufe 50 - 54 | Altersstufe 55 - 59 | Altersstufe 60 und älter |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|
| Oberbayern | 414 | 324 | 285 |
| Niederbayern | 136 | 118 | 71 |
| Oberpfalz | 115 | 118 | 93 |
| Oberfranken | 149 | 135 | 70 |
| Mittelfranken | 197 | 211 | 130 |
| Unterfranken | 156 | 142 | 78 |
| Schwaben | 257 | 220 | 155 |
| Bayern gesamt: | 1424 | 1268 | 882 |

Bei den Leistungsberechtigten für Hilfen zum stationären Wohnen ohne Tagesstruktur handelt es sich entsprechend dem oben skizzierten Verhältnis von Werkstätten- und Förderstättenbesuchern zum weitaus überwiegenden Teil um behinderte Mitarbeiter der Werkstätten und der Förderstätten. Dieser Personenkreis ist beim Ausscheiden aus der Werkstätte oder der Förderstätte auf anderweitige, meist neu zu schaffende Leistungsangebote zur Tagesstrukturierung angewiesen. Der dringlichste Handlungsbedarf besteht für die Altersstufe 60 und älter. Die zu diesem Personenkreis gehörenden Menschen stehen kurz vor oder nach der Phase des Ausscheidens aus der WfbM oder der Förderstätte. Bei der Altersstufe von 50 bis 59 Jahren muss mittelfristig Abhilfe durch meist neu zu errichtende Leistungsangebote geschaffen werden. Die Altersstufe 50 bis 54 kommt in rund 10 Jahren hinzu. Allein aus dieser Personengruppe sind neue Strukturen für mehr als 3.500 Leistungsberechtigte zu gewährleisten.

2. Werkstattbeschäftigte nur teilstationär

| Bezirk | Alterstufe 50 - 54 | Altersstufe 55 - 59 | Altersstufe 60 und älter |
|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|
| Oberbayern | 213 | 101 | 34 |
| Niederbayern | 130 | 64 | 20 |
| Oberpfalz | 93 | 62 | 22 |
| Oberfranken | 143 | 66 | 20 |
| Mittelfranken | 117 | 100 | 34 |
| Unterfranken | 182 | 103 | 28 |
| Schwaben | 169 | 95 | 31 |
| Bayern gesamt: | 1047 | 591 | 189 |

Die Leistungsberechtigten mit ausschließlich externem, also teilstationärem Werkstattbesuch leben in der Regel zuhause in ihren Familien. Die obigen Zahlen zeigen deutlich, dass mit zunehmendem Alter und dem damit einhergehenden Wegbrechen der familiären Wohnversorgung stationäre und ambulante Leistungsangebote zum Wohnen und zur Tagesstrukturierung geschaffen werden müssen. Dies betrifft in dem Zeitraum der nächsten 10 Jahren nach den obigen Zahlen über 1.800 Menschen.

3. Ambulantes Wohnen

| Bezirk | Alterstufe 50 - 54 | Alterstufe 55 - 59 | Alterstufe 60 und älter |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| Oberbayern | 17 | 5 | 8 |
| Niederbayern | 5 | 3 | 1 |
| Oberpfalz | 4 | 2 | 0 |
| Oberfranken | 7 | 3 | 3 |
| Mittelfranken | 16 | 15 | 9 |
| Unterfranken | 0 | 1 | 1 |
| Schwaben | 6 | 3 | 6 |
| Bayern gesamt: | 55 | 32 | 28 |

Da zum 01.01.2008 erst die Zuständigkeit für ambulante Leistungen an körperlich und geistig behinderte Menschen auf die Bezirke übergang, war die Erhebung der Anzahl der Leistungsberechtigten, die gleichzeitig zum ambulanten Wohnen Leistungen im Arbeitsbereich einer WfbM oder Förderstätte erhalten, nicht möglich. Die Zahlen machen dennoch deutlich, dass der Ausbau des Leistungsangebotes zum ambulant betreuten Wohnen dringend notwendig ist.

4. Leistungsberechtigte im stationären Wohnen mit Pflegestufe

| Bezirk | Alterstufe 50 – 54 insgesamt | davon enthalten Leistungen der PflegeV | %- Anteil | Alterstufe 55 – 59 Insgesamt | Davon enthalten Leistungen der PflegeV | %- Anteil | Alterstufe 60 und älter | davon enthalten Leistungen der Pflege V | %- Anteil |
|---------------------------|------------------------------------|--|--------------|------------------------------------|--|--------------|-------------------------------|---|--------------|
| Oberbayern | 439 | 164 | 37,36 | 349 | 113 | 32,38 | 589 | 188 | 31,92 |
| Niederbayern | 151 | 76 | 50,33 | 138 | 79 | 57,25 | 252 | 143 | 56,75 |
| Oberpfalz | 133 | 58 | 43,61 | 144 | 83 | 57,64 | 306 | 125 | 40,85 |
| Oberfranken | 173 | 108 | 62,43 | 172 | 101 | 58,72 | 263 | 160 | 60,84 |
| Mittelfranken | 205 | 97 | 47,32 | 219 | 113 | 51,60 | 257 | 141 | 54,86 |
| Unterfranken | 200 | 119 | 59,50 | 178 | 111 | 62,36 | 245 | 136 | 55,51 |
| Schwaben | 278 | 154 | 55,40 | 263 | 143 | 54,37 | 544 | 261 | 47,98 |
| Bayern gesamt: | 1579 | 776 | 49,15 | 1463 | 743 | 50,79 | 2456 | 1154 | 46,99 |

Die erhobenen Daten zeigen, dass insbesondere bei Leistungsberechtigten für Hilfen im stationären Wohnen im Alter über 50 Jahre etwa die Hälfte mindestens die Pflegebedürftigkeitsstufe 1 aufweist und damit auch auf Leistungen der pflegerischen Versorgung angewiesen ist. Diesem Bedarf muss auch bei dem Ausbau der Versorgungsstrukturen für ältere Menschen mit Behinderungen Rechnung getragen werden. Dies gilt auch im Hinblick auf die Schaffung der notwendigen baulichen Voraussetzungen.

5. Leistungsberechtigte in Einrichtungen der Behindertenpflege mit Versorgungsvertrag nach SGB XI.

| Bezirk | Alterstufe 50 - 54 insgesamt | Altersstufe 55 - 59 insgesamt | Altersstufe 60 und älter insgesamt |
|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| Oberbayern | 4 | 10 | 23 |
| Niederbayern | 9 | 16 | 84 |
| Oberpfalz | 23 | 39 | 208 |
| Oberfranken | 16 | 25 | 89 |
| Mittelfranken | 0 | 7 | 2 |
| Unterfranken | 17 | 19 | 44 |
| Schwaben | 7 | 9 | 76 |
| Bayern gesamt: | 76 | 125 | 526 |

Die erhobenen Daten zeigen auf, dass zum Berichtszeitpunkt über 700 Leistungsberechtigte auf die Hilfe in Einrichtungen der Behindertenpflege mit Versorgungsvertrag nach SGB XI angewiesen waren. Davon sind rund zwei Drittel der Leistungsberechtigten älter als 60 Jahre. Damit wird mit der Zunahme der Zahl älter werdender Menschen mit Behinderungen auch der Bedarf an Plätzen in spezialisierten Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen massiv zunehmen.

Anlage 3 zum Regionalen Rahmenkonzept zur Versorgung älter werdender Menschen mit Behinderung in Oberfranken

Eckpunkte zur Betreuung älterer Menschen mit Behinderung in Bayern

Ergebnis der Sitzungen vom 19. Juli 2006, vom 02. August 2006 und vom 4. April 2007 sind nachfolgende vom „Runden Tisch - Zukunft der Behindertenhilfe in Bayern“, bestehend aus Vertretern der Einrichtungsträger, der Behindertenverbände, der Bezirke und Pflegekassen sowie dem Sozialministerium, abgestimmten Eckpunkte. Diese Eckpunkte sollen zum einen den betroffenen, älteren behinderten Menschen und ihren Angehörigen die Sicherheit geben, dass lebenslang eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet wird. Zum anderen haben sie zum Ziel, den Trägern von Einrichtungen für Menschen mit Behinderung einen verlässlichen Rahmen für deren Planungen zur Verfügung zu stellen.

Ausgangslage und allgemeine Bedarfssituation

Die Zahl der Menschen mit schweren Behinderungen und mit besonderem Hilfebedarf wird in der Bundesrepublik Deutschland und auch in Bayern, insbesondere wegen verbesserter medizinischer Möglichkeiten und wegen der auch die übrige Bevölkerung betreffenden Steigerung der allgemeinen Lebenserwartung, in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Gleichzeitig verringern sich aufgrund von gesamtgesellschaftlichen Prozessen (z. B. Flexibilisierung des Arbeitsmarkts mit den entsprechenden Anforderungen an die Arbeitnehmer, hohe Arbeitslosenquote von schwerbehinderten Menschen, Zunahme der Frauenerwerbsquote, Zunahme von Ein-Eltern-Familien, Abnahme von Mehr-Generationen-Familien, ein um 50% höherer Anteil von 1-Personenhaushalten bei 24-45 Jahre alten Menschen mit Behinderung als bei Nichtbehinderten) die bisherigen familiären Unterstützungsstrukturen. Beides führt zu einer Zunahme des außerfamiliären Hilfebedarfs für Menschen mit Behinderung. Das bisher vorhandene Unterstützungsangebot reicht zur Deckung dieses zusätzlichen Bedarfs nicht aus.

Wenn es derzeit auch keine wissenschaftlichen Erhebungen zu regional gegliederten aktuellen Zahlen und zukünftigen Entwicklung von älteren Menschen mit Behinderung gibt, die intensiver Versorgung benötigen, so ist dennoch tendenziell deutlich feststellbar, dass ein entsprechender Handlungsbedarf besteht.

Diese Entwicklung zeigt sich vor allem auch für den Personenkreis älterer Menschen mit Behinderung (siehe hierzu auch nachstehende Tabelle zur Altersstruktur behinderter Menschen, die während des Jahres Eingliederungshilfeleistungen in Einrichtungen erhalten).

Deutschland *

| Jahr | Empfänger | <u>davon</u> | | |
|------|-----------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| | | bis unter 18 Jahren | 18 bis unter 50 Jahre | 50 Jahre u. älter |
| 1980 | 142.619 | 53.675 (37,6 %) | 76.413 (53,6 %) | 12.531 (8,8 %) |
| 1985 | 176.284 | 46.005 (26,1 %) | 113.755 (64,5 %) | 16.524 (9,4 %) |
| 1990 | 215.307 | 45.784 (21,2 %) | 143.768 (66,8 %) | 25.755 (12,0 %) |
| 1991 | 243.478 | 50.403 (20,7 %) | 159.479 (65,5 %) | 33.596 (13,8 %) |
| 1995 | 311.657 | 63.617 (20,4 %) | 199.919 (64,1 %) | 48.121 (15,5 %) |
| 2000 | 392.148 | 77.291 (19,7 %) | 248.319 (63,3 %) | 66.538 (17,0 %) |
| 2004 | 448.937 | 91.914 (20,4%) | 270.036 (60,2 %) | 86.987 (19,4 %) |

* Bis 1990 früheres Bundesgebiet

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 13, Reihe 2, Sozialhilfe, 1980 ff. sowie eigene Berechnungen

Exemplarisch hat eine Untersuchung des Lebenshilfe-Landesverbands Bayern im Jahr 2004 ergeben, dass der Anteil älterer Menschen mit Behinderung in Werk- und Förderstätten der Lebenshilfe über 40 Jahre derzeit 45,8 % beträgt. Der Anteil der Personen über 50 Jahre liegt im Augenblick mit 15,3 % noch deutlich darunter. Von den über 40 jährigen Menschen mit Behinderung bei der Lebenshilfe leben derzeit 38,7 % selbständig, in ambulanten Angeboten oder bei Angehörigen. Im Hinblick auf das höhere, weiter fortschreitende Lebensalter dieser Personen und – korrespondierend dazu – auf das ebenfalls weiter fortschreitende regelmäßig bereits hohe Alter der betroffenen Eltern ist vorhersehbar, dass die vorhandenen familiären Versorgungsstrukturen nicht mehr langfristig aufrechterhalten werden können. Die meisten dieser älteren Menschen mit Behinderung benötigen aufgrund des Wegbrechens der häuslichen Versorgungsstruktur, wegen der alters- und gesundheitsbedingten generellen Zunahme des Hilfebedarfs (wie bei Nichtbehinderten auch) und wegen ihrer besonderen Bedarfslage häufig einen stationären Wohnplatz und tagesstrukturierende Maßnahmen.

Diese Notwendigkeit ergibt sich auch daraus, dass altersbedingte Verluste der physischen, alltagspraktischen und kognitiven Kompetenzen bei diesen Personen, insbesondere bei geistig und geistig mehrfachbehinderten Menschen, schneller eintreten als bei nicht behinderten Menschen, wenn die speziellen Fördermaßnahmen nicht fortgesetzt werden. Die im Lebenslauf erworbenen Fertigkeiten und Fähigkeiten gehen rasch verloren, der Betreuungs- und Pflegebedarf und damit auch die Kosten steigen überproportional, wenn eine zielgerichtete, planvolle Anregung nicht mehr erfolgt.

Derzeitige rechtliche Rahmenbedingungen

Beim Personenkreis älter werdender Menschen mit Behinderung wird die Problematik verschiedener Rechtsansprüche in deren ambulanten und stationären Hilfesystem besonders deutlich. Für den genannten Personenkreis kommen Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (SGB XII), der Hilfe zur Pflege für Menschen mit Pflegebedarf (SGB XII) sowie der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen (SGB XI) in Betracht.

Eingliederungshilfe (u. a. Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) und Hilfe zur Pflege stehen grundsätzlich nebeneinander. Zur inhaltlichen Abgrenzung von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege ist das jeweilige Leistungsziel von ausschlaggebender Bedeutung. Die jeweiligen Bedarfsbereiche sind an Hand der Leistungsziele im Einzelfall nach der Besonderheit der individuellen Situation möglichst konkret zu ermitteln, im Gesamtplan gemäß § 58 SGB XII festzuhalten und im Sozialhilfebescheid gesondert zu berücksichtigen.

Im ambulanten Bereich gibt es keine Abgrenzungsproblematik zwischen Eingliederungshilfe nach SGB XII und Pflege nach SGB XI.

Im stationären Bereich richtet sich die rechtliche Zuordnung einer Einrichtung zur Eingliederungshilfe nach SGB XII oder zur sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI gemäß § 71 Absatz 4 SGB XI danach, welche Leistungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen. Die Abgrenzung der Tatbestände, was im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung steht, ist derzeit strittig. Während in stationären Eingliederungshilfeeinrichtungen nach SGB XII die Pflegekasse dem überörtlichen Sozialhilfeträger zur Abgeltung der dort anfallenden Pflegeleistungen im Einzelfall 10 % des vereinbarten Heimentgelts bis zur Obergrenze von 256 Euro monatlich zu erstatten hat (siehe § 43a SGB XI), zahlt die Pflegekasse für die Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung im Sinne des SGB XI für einen Menschen mit schwerer Behinderung bis zu 1.432 Euro, in bestimmten Ausnahmefällen sogar bis zu 1.688 Euro an den Heimträger und entlastet in dieser Höhe ggf. den Sozialhilfeträger (§ 43 Abs. 2 u. 3 SGB XI). Zwischen den Einrichtungsträgern und den Kostenträgern sind daher konkrete Festlegungen zu Ziel und Inhalt der jeweiligen Leistungen und damit zur Zuordnung der Einrichtungsbereiche erforderlich.

Leitlinien zur Erstellung von konkreten Konzepten der Versorgung von „älteren Menschen mit Behinderung“

Aufgrund der spezifischen unterschiedlichen Bedürfnisse von älteren Menschen mit Behinderung, die für ihre Teilnahme am Leben der Gesellschaft über längere Zeiträume hinweg auch pädagogische Begleitung und tagesstrukturierende Maßnahmen der Behindertenhilfe benötigt haben und weiterhin benötigen, einerseits und chronisch krank gewordenen, alten Menschen andererseits ist eine generelle Vermengung von Behindertenhilfe und Altenhilfe ausgeschlossen, wenngleich es in bestimmten Bereichen Schnittmengen gibt.

Grundlage zur Umsetzung der nachfolgenden Leitlinien sind entsprechende Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsnehmern.

Einvernehmlich werden folgende Leitlinien festgelegt:

1. Die Angebote der Behindertenhilfe stehen alt gewordenen Menschen mit Behinderung im vorgenannten Sinne bei Bedarf weiterhin, beispielsweise auch nach dem – flexibel gestaltbaren – Ausscheiden aus der Werkstatt oder der Förderstätte, zur Verfügung.
2. Ältere Menschen mit Behinderung sollen in ihrem bisherigen Wohnumfeld verbleiben können. Sie haben dort die Möglichkeit in vertrauter Umgebung unter Beibehaltung gewachsener sozialer Beziehungen zu leben.
3. Ältere Menschen mit Behinderung erhalten Hilfen bei der Tagesstrukturierung und auch der Freizeitgestaltung, um so am Leben in der Gemeinschaft teilhaben zu können (ein wichtiges Ziel der Eingliederungshilfe).
4. Ältere Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen leben, sollen im Krankheits- oder Pflegefall möglichst von vertrautem Personal (ggf. bis zum Sterbebeistand) betreut werden, soweit dies sachgerecht in der bisherigen Einrichtung möglich ist. Gleichzeitig können sie so von vertrauten Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern weiterhin begleitet werden.
5. Ältere Menschen mit Behinderung sollen im Krankheits- oder Pflegefall die entsprechenden Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können. Die notwendige Versorgung ist durch konzeptionell geeignete, den speziellen Bedürfnissen älterer Menschen mit Behinderung gerecht werdende Angebote sicher zu stellen.

6. Eine Vernetzung von Behinderten- und Altenhilfe ist generell bei allen konkreten Planungen zur Versorgung von alten Menschen mit und ohne Behinderung mit zu prüfen. Es muss allerdings sichergestellt sein, dass die spezifischen Bedürfnisse behinderter Menschen auch im Rahmen einer vernetzenden Planung bedarfsgerecht berücksichtigt werden. Die örtlichen Verhältnisse, die sehr unterschiedlich sein können, spielen hierbei eine maßgebliche Rolle. Gerade diejenigen Menschen mit einer Sinnes- oder Körperbehinderung, die in Einzelwohnungen oder ambulanten Wohngemeinschaften mit entsprechender Betreuung (und nicht im Heim) wohnen, werden neben ihrer Behinderung erst im Alter zunehmend hilfebedürftig. Solche Personen sollen im Alter deshalb auch die Angebote der Altenhilfe in Anspruch nehmen können. Dies wäre ein Beispiel der Vernetzung von Alten- und Behindertenhilfe.
7. Notwendig ist ein Gesamtversorgungskonzept für ältere Menschen mit Behinderung in einer Region sowie eine individuelle, auf den behinderten Menschen bezogene Hilfeplanung im Einzelfall.

Handlungsbedarf

1. Um auch in Zukunft eine qualitativ und quantitativ ausreichende Versorgung älterer Menschen mit Behinderung sicherzustellen, ist es zunächst notwendig
 - den Ist-Zustand der bestehenden regionalen Versorgungsstruktur (inkl. der jeweiligen Zahl der Plätze/Fälle) zum 01.01.2008 festzustellen und
 - unter Berücksichtigung dieses Zustands und der vorgenannten Leitlinien den entsprechenden Bedarf an ggf. zu verstärkender und zu ergänzender regionaler Versorgungsstruktur (inkl. der jeweiligen Zahl der Plätze/Fälle) bis zunächst zum 01.01.2013 zu erheben und rechtzeitig fortzuschreiben.

Wegen der Unterschiedlichkeit der regionalen Verhältnisse und Strukturen sind Ist-Zustand und Versorgungsbedarf nicht landesweit, sondern regional (z. B. auf der Ebene einer Planungsregion) zu ermitteln. Die Entscheidungen über die Abgrenzung der regionalen Einzugsbereiche und über die näheren Einzelheiten für die Erhebungen nach den obigen Spiegelpunkten erfolgen im Einvernehmen zwischen den (kommunalen, frei-gemeinnützigen und privatgewerblichen) Einrichtungs- und den Kostenträgern. Diese bilden zu diesem Zweck, zur Begleitung und Auswertung der Erhebung auf die jeweiligen Einzugsbereiche bezogene Arbeitskreise.

Auf der Basis dieser Erhebungen sind unter Beachtung der genannten Leitlinien von den Einrichtungs- und Kostenträgern gemeinsam

- regionale Rahmenkonzepte zu entwickeln, die
- von den Trägern in der Praxis auf konkrete Konzepte und einzelne Projekte angepasst werden müssen.

2. Nach Auffassung des Runden Tisches sollte zur Umsetzung dieses Handlungsbedarfs durch den Landesgesetzgeber eine einheitliche Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers für die ambulante und stationäre Behindertenhilfe herbeigeführt werden. Ohne diese einheitliche Zuständigkeit ist es schon aus fiskalischen Gründen schwierig, eine nahtlose Versorgungskette für die Förderung, Betreuung und Pflege von Menschen mit Behinderung und damit auch von älteren behinderten Menschen zu gewährleisten.

3. Notwendige differenzierte Konzepte für in unterschiedlichem Maß pflegebedürftige ältere Menschen mit Behinderung können derzeit in der Praxis nur schwer umgesetzt werden. Ursachen dieser Schwierigkeit sind die im SGB XI und SGB XII unterschiedlichen Finanzierungswege. Hier sind vom Bundesgesetzgeber geeignete Lösungen zu finden.