

**Sächsisches Gesamtkonzept  
zur Versorgung älterer Menschen mit Behinderung  
Empfehlung des Landespflegeausschusses Freistaat Sachsen**

Stand: September 2011

Das Sächsische Gesamtkonzept zur Versorgung älterer Menschen mit Behinderung wurde erstellt in Zusammenarbeit von:

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse.  
Arbeiterwohlfahrt Landesverband Sachsen e. V.  
BKK Landesverband Mitte  
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V., Landesgeschäftsstelle Sachsen  
Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e. V.  
Der PARITÄTISCHE LV Sachsen e. V.  
Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e. V.  
DRK Landesverband Sachsen e. V.  
IKK classic  
Knappschaft-Bahn-See  
Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Sachsen e. V.  
Sächsischer Landkreistag e. V.  
Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz  
Sächsischer Städte- und Gemeindetag e. V.  
Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Sachsen  
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V., Landesverband Sachsen

## Inhalt

Abkürzungsverzeichnis .....	4
Einleitung .....	5
I. Grundlagen und Ausgangssituation .....	7
I.1. Behinderung und Alter .....	7
I.1.1. Begriff Behinderung und Dimensionen von Behinderung .....	7
I.1.2. Begriff Alter und Dimensionen des Alterns .....	9
I.1.3. Spezifische Aspekte des Alterns bei Menschen mit Behinderung .....	9
I.2. Demographie und Wandel .....	10
I.2.1. Soziodemographische Entwicklung auf Bundesebene .....	10
I.2.2. Entwicklung der Anzahl der Menschen mit Behinderung ab 65 Jahre bis 2025 im Freistaat Sachsen .....	12
I.2.3. Schlussfolgerungen und Auswirkungen unter Berücksichtigung der Ressourcen.....	15
I.3. Rechtliche Rahmenbedingungen .....	17
I.3.1. Leistungen der Sozialhilfe .....	17
I.3.2. Leistungen der Pflegeversicherung .....	17
I.3.3. Leistungen der Krankenversicherung .....	17
I.3.4. Leistungen weiterer Leistungsträger .....	18
I.3.5. Darstellung der Schnittstellenproblematik .....	18
I.4. Gegenwärtige Angebotsstrukturen im Freistaat Sachsen.....	20
II. Grundprinzipien .....	23
III. Handlungsziele .....	25
IV. Handlungsempfehlungen .....	27
V. Beispiele guter Praxis .....	38
Anlage 1 – Definitionen Behinderung: .....	45
Anlage 2 – Definition des Alters.....	48
Anlage 3 – Besonderheiten des Alterungsprozesses bei älteren Menschen mit Behinderung ..	50
Anlage 4 – Rechtliche Rahmenbedingungen .....	52

### Hinweis:

Im Sinne der besseren Lesbarkeit des Gesamtkonzeptes wird stellvertretend für beide Geschlechtsformen durchgehend nur die männliche Form verwendet.

## Abkürzungsverzeichnis

abW	ambulant betreutes Wohnen nach § 53 SGB XII
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
EHVO	Eingliederungshilfe-Verordnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HeimPersV	Heimpersonalverordnung
HEP	Heilerziehungspfleger
ICD 10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KSV	Kommunaler Sozialverband Sachsen
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LIGA	LIGA der freien Wohlfahrtspflege
LPfIA	Landespflegeausschuss
LWV	Landeswohlfahrtsverband
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie (direkte Verbindung zwischen Bauchwand und Magen zur künstlichen Ernährung)
PK	Pflegekasse(n)
PVG	Pflegeversicherungsgesetz
SAB	Sächsische Aufbaubank
SGB	Sozialgesetzbuch
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
UN	United Nations - Vereinte Nationen
UA	Unterausschuss
VSWG	Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V.
vdw Sachsen	Verband der Wohnungs- und Immobilienwirtschaft Sachsen e. V.
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization - Weltgesundheitsorganisation

## Einleitung

„Wir wollen ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft. ...Wir wollen ein Gesamtkonzept zur Förderung, Betreuung und Pflege älter werden Menschen mit Behinderung erstellen.“ Diese Ziele formulieren die Regierungsfractionen der CDU und FDP in Sachsen in ihrer Koalitionsvereinbarung für die 5. Legislaturperiode.

Warum wird - gerade im Freistaat Sachsen - ein Gesamtkonzept zur Versorgung und Teilhabe von älteren Menschen mit Behinderung benötigt?

Der demographische Wandlungsprozess wird in den kommenden Jahren den Freistaat Sachsen besonders stark verändern. Sachsen hat bereits jetzt die älteste Bevölkerung Deutschlands. Auf Grund der demographischen Entwicklung wird nicht nur der Anteil der pflegebedürftigen Menschen weiter steigen sondern die Zahl der älteren Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen steigt insgesamt.

Dank verbesserter Lebensbedingungen, einer guten medizinische Versorgung und bestehender sozialer Unterstützungssysteme profitieren von der steigenden durchschnittlichen Lebenserwartung auch Menschen mit Behinderungen. Zudem tritt nunmehr eine Generation von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen in ein höheres Lebensalter ein, die in der Zeit nach dem Nationalsozialismus und dessen Euthanasieprogramm geboren und aufgewachsen ist.

Für die Sicherung der Teilhabe und Selbstbestimmung dieser Personengruppe unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes steht die Gesellschaft in einer besonderen Verantwortung. Mit der Aufnahme der Zielstellung in den Koalitionsvertrag, ein Gesamtkonzept zur Förderung, Betreuung und Pflege älter werdender Menschen mit Behinderung vorzulegen bekennt sich die sächsische Staatsregierung zu dieser Verantwortung.

Mit der Erarbeitung des Gesamtkonzeptes wurde der Landespflegeausschuss des Freistaates Sachsen beauftragt. In intensiver und konstruktiver Zusammenarbeit der beteiligten Akteure – einschließlich der Interessenvertreter der Menschen mit Behinderung selbst – hat der Unterausschuss Pflege und Eingliederungshilfe des Landespflegeausschuss das vorliegende Papier erarbeitet.

Die Arbeitsgruppe konnte dabei auf die im Jahr 2009 von der Landesarbeitsgemeinschaft Sozialplanung erarbeiteten „Handlungsempfehlungen zu Angebotsstrukturen für Menschen mit Behinderung im Alter“ und insbesondere auf die darin enthaltenen sozialplanerischen Empfehlungen, zurückgreifen.

Das vorliegende Gesamtkonzept hat sowohl die Menschen im Fokus, die mit einer Behinderung oder einer chronisch psychischen Erkrankung alt werden als auch die Menschen, die im Alter eine körperliche oder seelische Behinderung erwerben.

Für den Begriff des Alters gibt es unterschiedliche Definitionen, welche die unterschiedlichen Dimensionen des Alters berücksichtigen: Biografie, Biologie, Psychologie und Soziologie. In unserer Gesellschaft ist der Begriff des Alters eng mit dem Erreichen des Renteneintrittsalters verbunden. Das vorliegende Gesamtkonzept beschreibt daher Bedarfslagen und Handlungsansätze für Menschen, die in der Regel das 65. bzw. 67. Lebensjahr vollendet haben, schließt jedoch auch die Personen ein, die auf Grund behinderungsbedingter Besonderheiten vorzeitig Alterserscheinungen aufweisen und aus denen Bedarfe in Bezug auf Versorgung und Teilhabe resultieren.

Menschen mit Behinderung im Alter haben – wie alle älteren Menschen – Entwicklungspotentiale, die auf die während ihres Lebens erworbenen Kompetenzen und Erfahrungen

aufbauen. Ältere Menschen mit Behinderungen benötigen ein Unterstützungssystem, das zur Erhaltung und zum Ausbau dieser Potentiale beiträgt und somit auch im Alter neue Entwicklungsschritte ermöglicht. Zu diesem Unterstützungssystem gehören sowohl die Organisation der im Einzelfall bedarfsgerechten Hilfen als auch die Weiterentwicklung der Angebote und deren Vernetzung im Freistaat Sachsen.

In diesem Sinne formuliert das vorliegende Gesamtkonzept Grundprinzipien und Handlungsziele zur Absicherung von Versorgung und Teilhabe sowie konkrete Handlungsempfehlungen an die beteiligten Akteure im Freistaat Sachsen. Leitgedanke ist es, die gleichberechtigte Teilhabe, die Selbstbestimmung und die Versorgung für Menschen mit Behinderungen im Alter zu gewährleisten.

Das Gesamtkonzept gibt keine abschließende Antwort auf die Herausforderungen der Zukunft. Es soll jedoch den erforderlichen Diskussions- und Handlungsprozess aller Beteiligten zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Angebote für ältere Menschen mit Behinderungen im Freistaat Sachsen einleiten.

Die Sicherung der Versorgung und Teilhabe älterer Menschen mit Behinderung findet damit in der Arbeit von Politik und Verwaltung des Freistaates Sachsen Berücksichtigung.

## **I. Grundlagen und Ausgangssituation**

### **I.1. Behinderung und Alter**

#### **I.1.1. Begriff Behinderung und Dimensionen von Behinderung**

Die aktuellen Diskussionen zur Weiterentwicklung des Behinderungsbegriffes nehmen die infrastrukturellen Umweltfaktoren und insbesondere die gesellschaftlichen Einstellungen und das Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderung stärker in den Blick. So liegt dem UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen („Behindertenrechtskonvention“) ein dynamisch angelegtes Verständnis zugrunde.<sup>1</sup> Danach entsteht Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit vorhandenen oder zugeschriebenen Beeinträchtigungen und mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren. Mit dem Übereinkommen wird der in der Bundesrepublik Deutschland mit dem SGB IX eingeleitete Paradigmenwechsel weiter zu vollziehen sein. Dieses stärkt die Rechte von Menschen mit Behinderungen und wird damit wichtige Impulse für die weiteren Veränderungsprozesse setzen mit dem Ziel der vollen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft.<sup>2</sup>

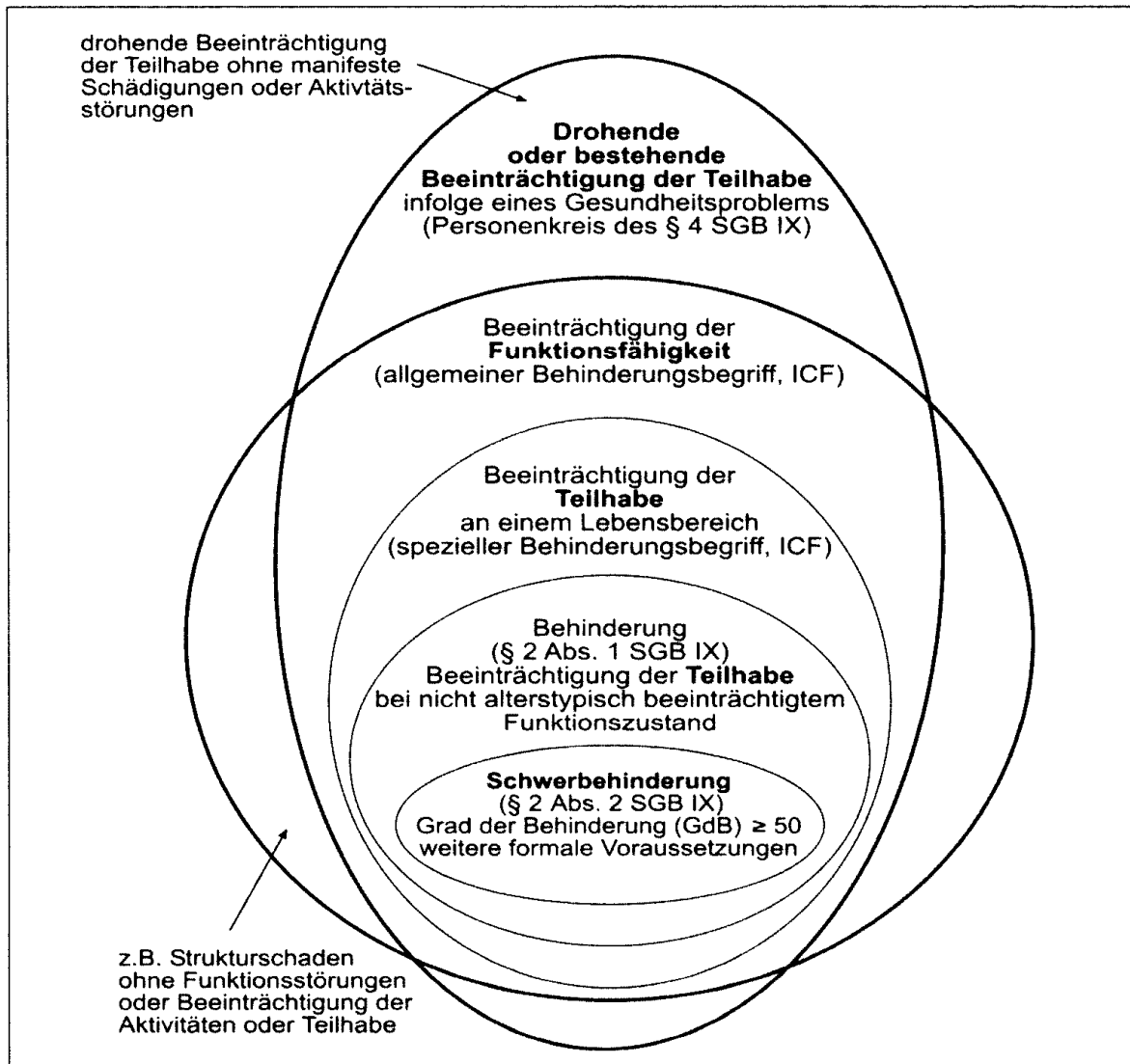
Es liegen unterschiedliche Definitionen für Behinderung vor (insbesondere nach WHO/ICF, nach SGB IX und SGB XII). Nähere Ausführungen finden sich in der Anlage 1. Der Behinderungsbegriff der ICF ist wesentlich weiter gefasst als der des SGB IX. Dieser wiederum ist umfassender als der Begriff der wesentlichen Behinderung im Sinne des § 53 SGB XII. Die folgende Abbildung<sup>3</sup> verdeutlicht die Schnittmengen der in der ICF und dem SGB IX enthaltenen Definitionen.

---

<sup>1</sup> Aichele, V.: Die UN-Behindertenrechtskonvention und ihr Fakultativprotokoll. Deutsches Institut für Menschenrechte 2008 (S. 5)

<sup>2</sup> BAGüS: Behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII und dessen Umsetzung in der Sozialhilfe, Orientierungshilfe, Stand 24.11.2009

<sup>3</sup> Schuntermann, M. (2003): Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur ICF. Deutsche Rentenversicherung 1-2/2003



Aus dieser Darstellung ist erkennbar, dass die Begriffe Beeinträchtigung und Behinderung – in der Verwendung nach ICF und nach SGB IX – einerseits Schnittmengen bilden, andererseits aber voneinander abzugrenzen sind. Im Folgenden wird daher zu unterscheiden sein, ob Behinderung im Sinne der ICF als Beeinträchtigung der Teilhabe an einem Lebensbereich verstanden wird oder als Beeinträchtigung der Teilhabe bei nicht alterstypisch beeinträchtigtem Funktionszustand (nach § 2 Abs. 1 SGB IX).

Pflege und Behinderung stehen seit dem mit der Einführung des SGB IX begonnenen Paradigmenwechsel in einer engen rechtlichen und tatsächlichen Beziehung. Pflegebedürftige Menschen sind grundsätzlich auch behinderte Menschen, nicht jeder behinderte Mensch ist aber nach geltendem Recht auch pflegebedürftig. Pflegebedürftigkeit ist eine Teilmenge von Behinderung.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Statement der BAGüS, „Pflegebedürftige Menschen mit Behinderung im Spannungsfeld zwischen Eingliederungshilfe und Pflege“, Fachtagung am 16.11.09, Münster

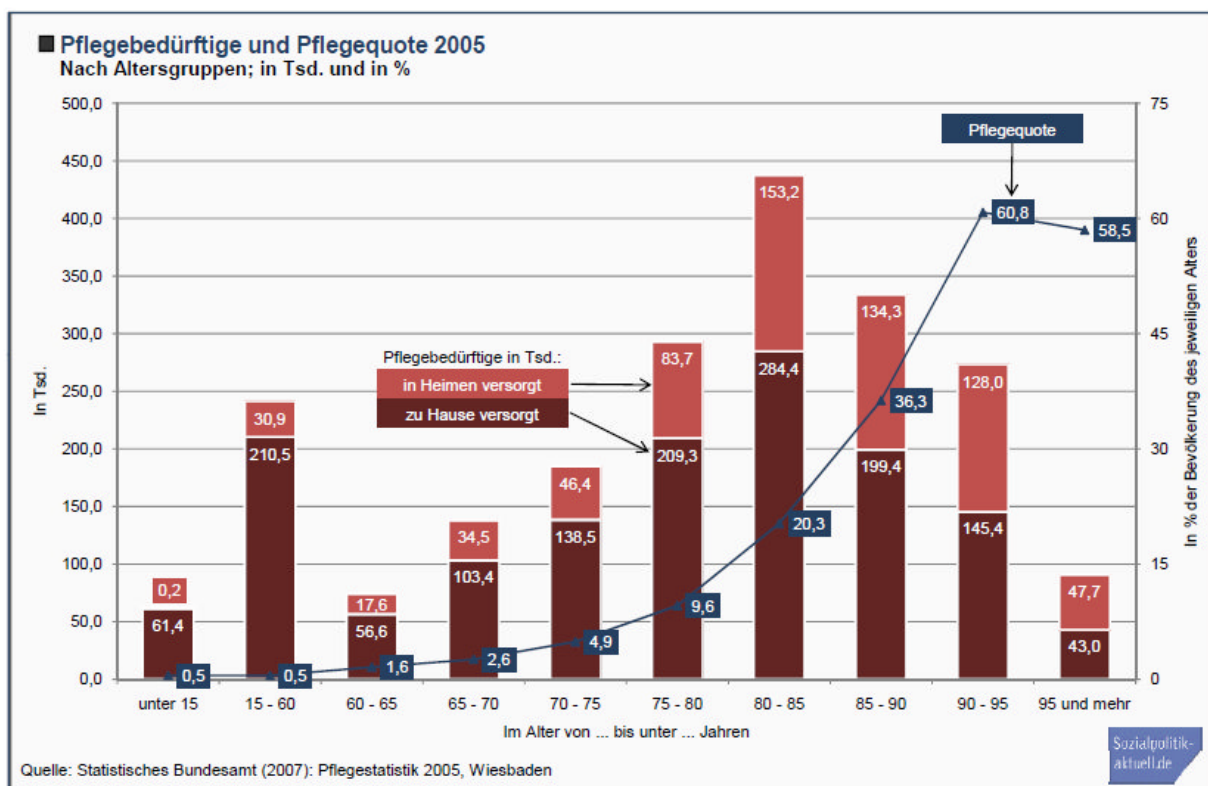


## I.1.2 Begriff Alter und Dimensionen des Alterns

Das Alter ist eine Lebensphase, der Lebensabschnitt zwischen dem mittleren Erwachsenenalter und dem Tod. Ab wann ein Mensch alt ist, ist nicht eindeutig definiert. Es gibt unterschiedliche, willkürliche Definitionen. Nähere Ausführungen finden sich in Anlage 2.

Der Altersbegriff ist mithin ein relativer, sehr stark kontextabhängiger Begriff. Er stellt eine soziokulturelle Konstruktion dar, die dem sozialen Wandel unterworfen ist.

Das Alter bildet sich aufgrund seiner Mehrdimensionalität und der Entwicklung der Rahmenbedingungen (z. B.: Altersbilder, medizinisch-therapeutischer Fortschritt, Ernährung, Hygiene) in individuell äußerst differenzierten Bedarfen und daraus resultierenden Lebens- und Versorgungsarrangements ab. Welches Arrangement im konkreten Einzelfall zur Anwendung kommt, ist nicht vom Lebensalter oder der Pflegebedürftigkeit abhängig, sondern von den aktivierbaren Ressourcen im sozialen Nahfeld des alternden Menschen.



## I.1.3 Spezifische Aspekte des Alterns bei Menschen mit Behinderung

Grundsätzlich altern Menschen mit Behinderungen ebenso unterschiedlich wie alle Menschen. Es kann zu denselben Alterskrankheiten und Funktionsausfällen wie bei nicht behinderten Menschen kommen. Auch die subjektive Seite des Älterwerdens von Menschen mit Behinderung ist ähnlich geprägt wie bei Menschen ohne Behinderung, etwa von einem stärkeren Ruhebedürfnis und einer Veränderung des Tagesrhythmus, dem zunehmenden Verlust vorhandener Selbständigkeit, der verstärkten Abhängigkeit von fremden Hilfeleistungen, einem höheren medizinischen Bedarf etc.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> vgl. Vorlage des Landeswohlfahrtsverbandes Sachsen zum Thema: „Alt gewordene Menschen mit Behinderung – Möglichkeiten der Kostendämpfung im Rahmen der vorhandenen Angebote“, 2003

Zusätzlich wird das Altern von Menschen mit Behinderung von weiteren Faktoren beeinflusst, wie z. B. die Behinderungsart, der Schweregrad der Behinderung, die im Lebensverlauf erhaltene Förderung etc. Demnach können sich biologische Abbauprozesse bei Menschen mit Behinderung im Alter schwerer auswirken als bei Menschen ohne Behinderung, da geistige, körperliche oder psychische Einschränkungen vorliegen können, die das Fortschreiten von Alterungsprozessen und das Auftreten von chronischen Erkrankungen beschleunigen können und zudem die Bewältigung von auftretenden Leistungseinschränkungen erschweren.<sup>6</sup>

Die Ursachen für ein erhöhtes Risiko für Krankheiten und zusätzliche Beeinträchtigungen ist bei Menschen mit Behinderungen aus verschiedenen Gründen gegenüber Menschen ohne Behinderungen erhöht. Die Ursachen hierfür sind vielschichtig. Sie reichen von lang andauernden chronischen Erkrankungen mit entsprechend lang andauernder Therapie und deren Nebenwirkungen über Besonderheiten des Lebensstils (biografische Vorgeschichte in Institutionen, fehlende soziale Netzwerke, Bewegungsdefizite, Adipositas), bis hin zu Zugangbarrieren zum Gesundheitssystem und einer erschwerten Diagnostik aufgrund atypischer Verlaufsformen von Krankheiten und fehlenden Wissens der professionellen Akteure. Häufig fehlen gesundheitsbezogene Programme für alte Menschen mit Behinderungen und ihre informellen und professionellen Unterstützer.

Zudem sind spezifische Behinderungsarten mit spezifischen Krankheitsformen und -verläufen assoziiert, auf die in der Anlage 3 beispielhaft eingegangen wird.

## **1.2. Demographie und Wandel**

### **1.2.1 Soziodemographische Entwicklung auf Bundesebene**

Während über die demographische Entwicklung der Gesamtbevölkerung viel debattiert wird, existieren über die Lebenslagen älterer Menschen mit Behinderungen nur wenige empirische Studien.

Die bislang vorgelegten Untersuchungen, wie z. B. Frauen und Männer mit Behinderungen in der amtlichen Schwerbehindertenstatistik sowie die jährlich durchgeführte Erhebung des Sozio-Oekonomischen Panels (SOEP), erfassen zudem einzelne Merkmale nicht exakt genug, um verlässliche Aussagen über in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder in der Häuslichkeit lebende Menschen treffen zu können.

Deutlich wird jedoch, dass der Personenkreis älterer Menschen mit Behinderungen stark ansteigt. Dass eine größere Zahl von Menschen mit Behinderungen ein Lebensalter von mehr als 65 Jahren erreicht, begründet sich zum einen damit, dass erstmalig in Deutschland Generationen von Menschen mit Behinderungen nach den nationalsozialistischen Euthanasieprogrammen aufwachsen und auch alt werden können. Die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen wie medizinisch-therapeutischer Fortschritt, verbesserte Lebensumstände (hygienische Bedingungen, Ernährung) und die Fortentwicklung der sozialen Unterstützungssysteme tragen weiterhin dazu bei, dass die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderungen ebenso wächst wie die der übrigen Bevölkerung.

Die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderungen entspricht zwischenzeitlich nahezu der von Menschen ohne Behinderungen.<sup>7</sup>

Der demographische Wandlungsprozess wird den Freistaat Sachsen in den kommenden Jahren verändern. Dies stellt eine große soziale, politische und auch ökonomische Herausforderung dar.

Politiker und Sozialversicherer ringen miteinander um ein zukunftsfähiges Finanzierungsmodell der Kranken-, Renten-, Pflegeversicherung und der Sozialhilfe. Die prognostizierten

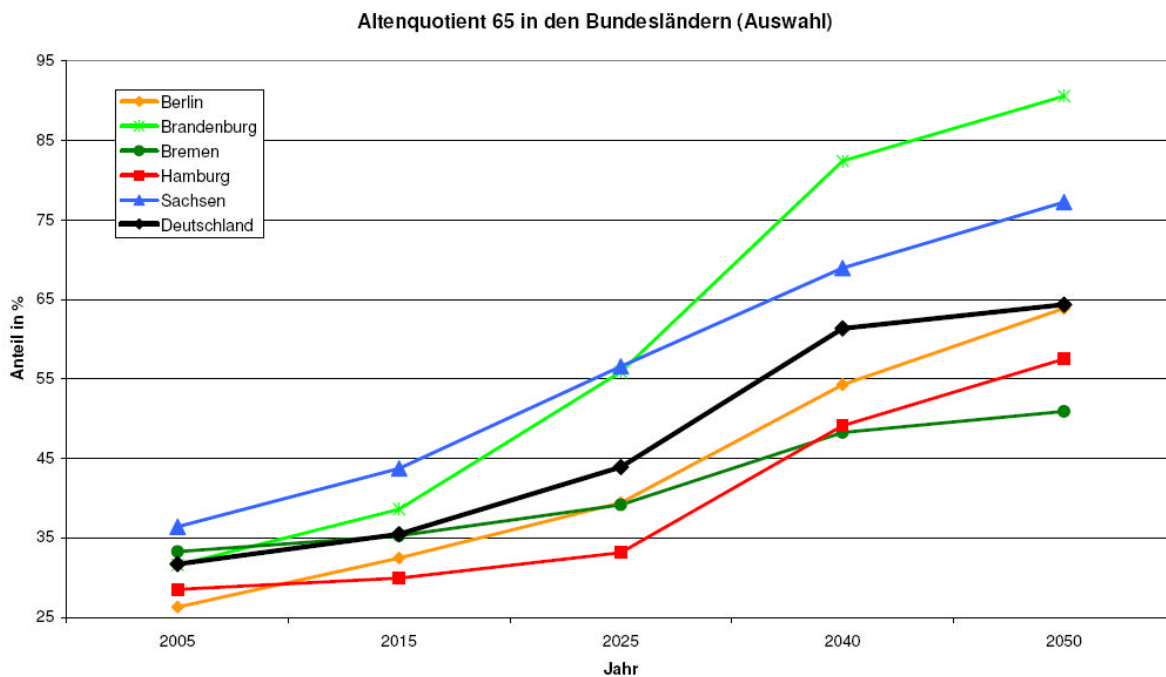
---

<sup>6</sup> vgl. Diskussionspapier der verbändeübergreifenden Arbeitsgruppe alternde und alte Menschen mit Behinderungen – eine Herausforderung für die Behindertenhilfe, 2006, S.6

<sup>7</sup> Havemann, Meindert; Stöppler, Reinhilde: Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. Kohlhammer Verlag Stuttgart (2004)

Veränderungen sind nur in einem solidarischen Miteinander zu gestalten. In den sozialpolitischen Diskussionen müssen die veränderten Anforderungen an die Eingliederungshilfe und die Bedarfe älterer Menschen mit Behinderung zu praktikablen Ergebnissen geführt werden. Angesichts der künftig steigenden Zahl älterer Menschen mit Behinderung sind Veränderungen des bisherigen versäulten Sozialleistungssystems dringend notwendig geworden.

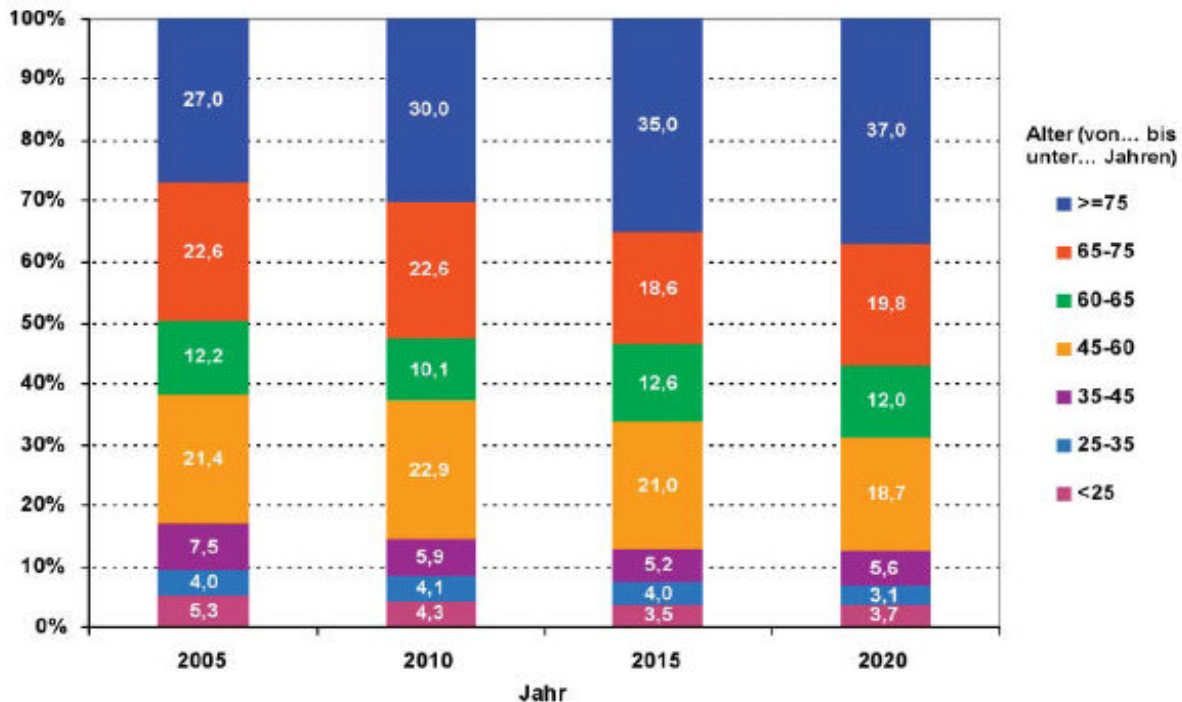
Wie die nachfolgende Übersicht zeigt, ist der Freistaat Sachsen derzeit das Bundesland mit der ältesten Bevölkerung in Deutschland.



Quelle: Statistisches Bundesamt (2006): Ergebnisse der 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden, eigene Darstellung

## I.2.2 Entwicklung der Anzahl der Menschen mit Behinderung ab 65 Jahre bis 2025 im Freistaat Sachsen

Die prognostizierte Zunahme der Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen mit Behinderung, d. h. der Menschen mit Behinderung ab einem Alter von 65 Jahren, im Freistaat Sachsen lässt sich wie folgt darstellen<sup>8</sup>:



Diese statistischen Angaben beziehen sich auf Personen mit einer anerkannten Schwerbehinderung. Zur Anzahl der Menschen mit einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten i. S. der ICF liegen keine statistischen Angaben vor.

Beispielsweise lebten am 31. Dezember 2005 in Sachsen **20.283** Menschen im Alter ab 65 Jahre mit einer anerkannten Schwerbehinderung aus der Gruppe „Querschnittslähmung, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderung, Suchtkrankheiten“<sup>9</sup>. Hinsichtlich der älteren Menschen mit anderen Behinderungen liegen keine Vergleichszahlen vor. Bei einer Hochrechnung einer künftigen Gesamtzahl hilfe- und unterstützungsbedürftiger älterer Menschen mit Behinderung in Sachsen müssten alle Menschen ab 65 Jahren mit einer Behinderung berücksichtigt werden – unabhängig davon, ob sie mit einer Behinderung alt geworden oder im Alter behindert geworden sind. Eine bedarfsgerechte Versorgung und Teilhabe ist für jeden hilfebedürftigen Menschen auch im Alter notwendig.

Es ist davon auszugehen, dass in den kommenden Jahrzehnten – unabhängig von der zahlenmäßigen Entwicklung der Gesamtbevölkerung in Sachsen – der Anteil der älteren Menschen mit Behinderung noch deutlich zunehmen wird.

<sup>8</sup> Sächsisches Staatsministerium für Soziales: 4. Bericht zur Lage der Menschen mit Behinderung im Freistaat Sachsen, S. 40

<sup>9</sup> vgl. Statistischer Bericht K III 1 – 2/05 – Schwerbehinderte Menschen  
Diese statistische Aussage umfasst damit sowohl Menschen mit körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung. Es kann jedoch nicht daraus abgeleitet werden, dass damit alle Menschen mit derartigen Behinderungen im Freistaat Sachsen erfasst sind, da sich der Bericht ausschließlich auf die zitierte Gruppe bezieht.

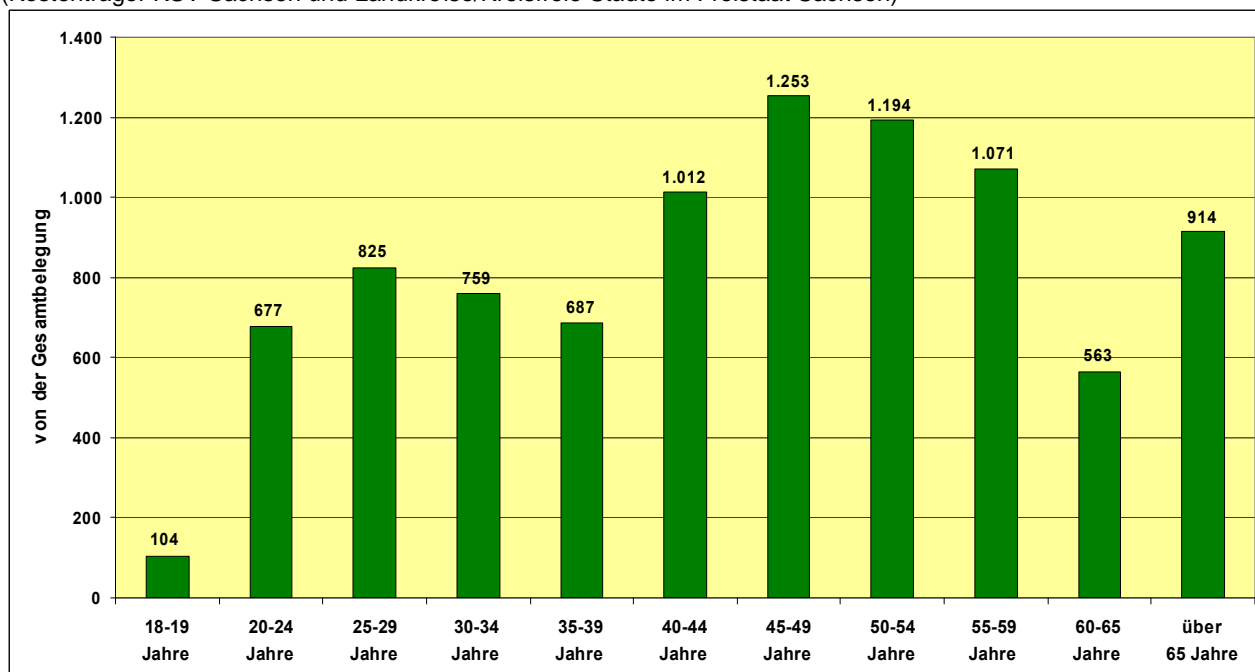
Zur Untersetzung für den Freistaat Sachsen wurde eine Prognose anhand der derzeitigen Altersstruktur in Wohnangeboten der Eingliederungshilfe erstellt:

Zum 31.12.2010 lebten in Wohnangeboten der Eingliederungshilfe gemäß den Leistungstypen<sup>10</sup> nach SGB XII:

- in Wohnstätten und Außenwohngruppen insgesamt **914** Menschen mit Behinderungen im Alter ab 65 Jahre,
- im ambulant betreuten Wohnen i. S. v. § 53 SGB XII (Einzel- und Paarwohnen sowie in Wohngemeinschaften) waren es **199** Menschen mit Behinderungen, die das 65. Lebensjahr überschritten haben.

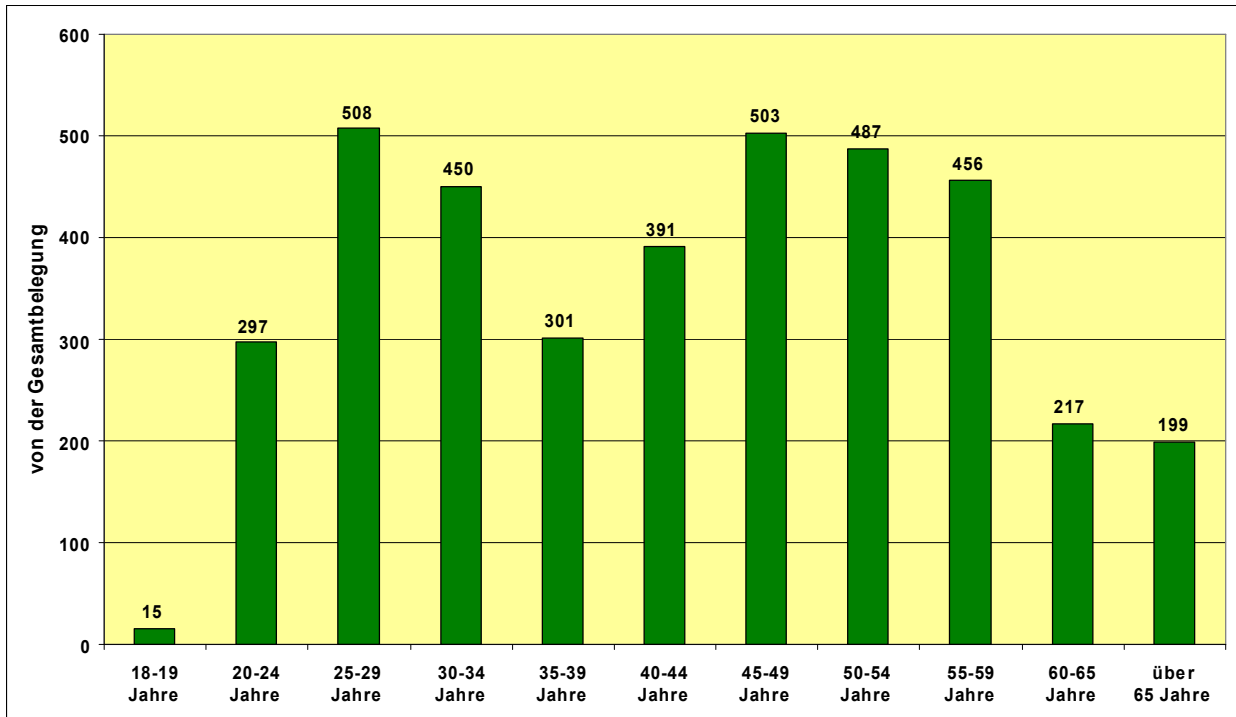
**Übersicht KSV Sachsen: Altersstruktur der Leistungsberechtigten in vollstationären Angeboten i. S. v. § 53 SGB XII (Wohnheim und Außenwohngruppe) im Freistaat Sachsen zum 31.12.2010**

(Kostenträger KSV Sachsen und Landkreise/Kreisfreie Städte im Freistaat Sachsen)



<sup>10</sup> Leistungstypen gemäß Anlage 1 zum Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII

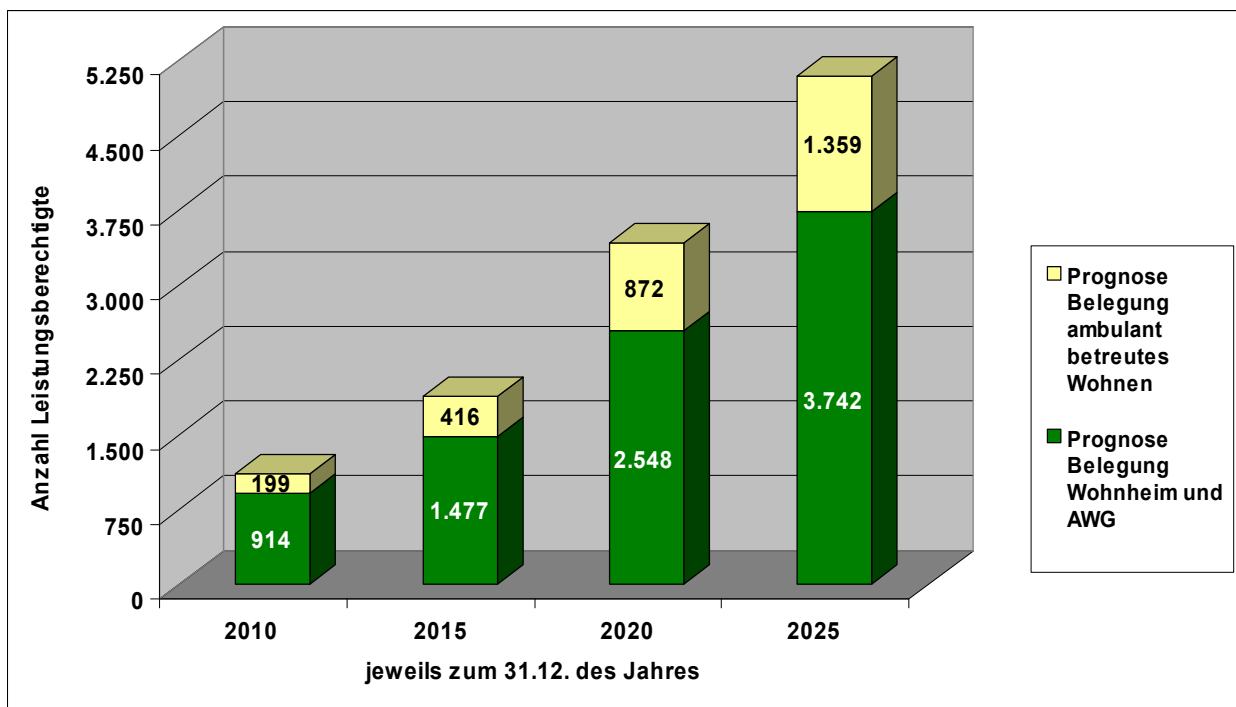
**Übersicht KSV Sachsen: Altersstruktur der Leistungsberechtigten im ambulant betreuten Wohnen i. S. v. § 53 SGB XII im Freistaat Sachsen zum 31.12.2010**  
(Kostenträger KSV Sachsen und Landkreise/Kreisfreie Städte im Freistaat Sachsen)



Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass in den nächsten Jahren weitere Menschen aus den gegenwärtigen Altersgruppen unterhalb von 65 Jahren dann das Rentenalter erreichen, lässt sich ein Anstieg in den nächsten 15 Jahren auf rund 5.100 prognostizieren.

**Übersicht KSV Sachsen: Prognose der über 65jährigen Leistungsberechtigten in betreuten Wohnformen i. S. v. § 53 SGB XII im Freistaat Sachsen – Vergleich ambulant betreutes Wohnen und stationäre Wohnformen (Wohnheim und Außenwohngruppe)**

Basis: Leistungsberechtigten in Kostenträgerschaft KSV Sachsen und Landkreise/Kreisfreie Städte im Freistaat Sachsen zum 31.12.2010



Der Anteil von über 65jährigen Leistungsberechtigten im ambulant betreuten Wohnen wird sich von 199 (31.12.2010) auf **1.359** (31.12.2025) um nahezu das 7fache erhöhen.

Bei den über 65jährigen Leistungsberechtigten in Wohnheimen und Außenwohngruppen wird eine Erhöhung um das 4fache von 914 (31.12.2010) auf **3.742** (31.12.2025) prognostiziert.

Mit Blick auf die flexible Gestaltung von Übergängen zwischen den unterschiedlichen Wohnangeboten wird sich sehr wahrscheinlich eine Verschiebung innerhalb dieser Bereiche ergeben, so dass eine Betrachtung der Wohnangebote in Summe realistischer ist. Während derzeit lediglich 1.113 (31.12.2010) Leistungsberechtigte älter als 65 Jahre sind, werden für das Jahr 2025 **5.101** prognostiziert, was einem **Anstieg um fast 4.000** Leistungsberechtigte entspricht.

Bei dieser Prognose wurden keine Sterbefälle berücksichtigt und die Annahme getroffen, dass alle Menschen mit Behinderungen in den übrigen Altersgruppen unterhalb 65 Jahren, die derzeit die vorgenannten Wohnangebote in Anspruch nehmen, auch im Alter weiterhin unterstützender Angebote bedürfen. Gleichermäßen unberücksichtigt bei dieser Prognose geblieben ist die Anzahl derjenigen Menschen mit Behinderungen, die gegenwärtig noch in familiären Strukturen (i. d. R. Elternhaus) leben und künftig auf Unterstützung im Teilhabebereich Wohnen angewiesen sein werden. Daher wird insgesamt davon auszugehen sein, dass bis zum Jahr 2025 weit mehr als die prognostizierten 5.100 älteren Menschen mit Behinderungen Wohnangebote benötigen werden.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Wohnangeboten der Eingliederungshilfe gemäß der o. g. Leistungstypen ist außerdem zu berücksichtigen, dass sich jüngere Menschen mit Behinderung inzwischen früher aus dem Elternhaus lösen und – bei Absicherung der notwendigen Versorgung und Teilhabe – geeignete Möglichkeiten zum selbstbestimmten Leben und Wohnen in Anspruch nehmen wollen. Unter Berücksichtigung des in der Vergangenheit tendenziell gesunkenen durchschnittlichen Alters von Menschen mit Behinderung beim Einzug in die Wohnangebote der Eingliederungshilfe, wird die Inanspruchnahme dieser Wohnangebote durchschnittlich über eine längere Dauer erfolgen. Das bedeutet, dass künftig insgesamt mehr Wohnangebote für Menschen mit Behinderung, d. h. auch für jüngere Menschen mit Behinderung, zur Verfügung stehen müssen.

### **1.2.3 Schlussfolgerungen und Auswirkungen unter Berücksichtigung der Ressourcen**

Die o. g. Prognosen zeigen, dass deutlich mehr Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung ein Alter über 65 Jahre erreichen werden, wobei die zusätzliche Anzahl der Personen mit Unterstützungsbedarf beim Wohnen zwischen 3.500 und 4.500 geschätzt wird. Außerdem darf der Personenkreis der älteren Menschen mit Behinderungen, die nicht in der o. g. Prognose erfasst sind (z. B. Menschen mit Sinnesbehinderungen, mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates) nicht außer Acht gelassen werden. Eine nicht bezifferbare Anzahl dieser Personen wird im Alter ebenfalls als Nutzer einer geeigneten betreuten Wohnform infrage kommen. Hinzu kommt eine derzeit ebenfalls nicht bezifferbare Anzahl von Menschen mit Behinderung unter 65 Jahren, die gegenwärtig noch in eigener Häuslichkeit z. B. ihrer (alten) Eltern oder Angehörigen leben, aber mit eintretendem Alter (und Verlust von Angehörigen) als ältere Menschen mit Behinderung ebenfalls auf eine individuell geeignete betreute Wohnformen angewiesen sein werden.

Auch wenn sich eine genaue Zahl für die nächsten 15 Jahre nicht quantifizieren lässt, wird es mit Blick auf die Gewährleistung der Hilfen im ambulanten Bereich notwendig sein, **alle** Möglichkeiten zu erschließen, um für jeden älteren Menschen mit Behinderung und Unterstützungsbedarf die zu seiner *Versorgung und Teilhabe* individuell erforderlichen Angebote vorzuhalten.

Mit Blick auf die im Freistaat Sachsen derzeit vorhandene Anzahl und Verteilung von Wohnangeboten für Menschen mit Behinderung (nach Leistungstypen in Zuständigkeit eines

Sozialhilfeträgers) wird künftig eine veränderte Schwerpunktsetzung notwendig sein. Während in den vorangegangenen Jahren eine Vielzahl moderner Wohnplätze als stationäre Wohnangebote der Eingliederungshilfe geschaffen worden sind, wird es künftig darum gehen, bestehende Wohnmöglichkeiten in den Kommunen so zu gestalten, dass sie für Menschen mit Behinderung, d. h. auch für ältere Menschen mit Behinderung, unter Inanspruchnahme ambulanter und offener Angebote nutzbar sind. Hierzu gehören – neben behindertengerecht gestaltetem Wohnraum und Wohnumfeld – Angebote zur Absicherung von Versorgung (z. B. ambulante Pflege, Dienstleistungen) und Möglichkeiten zur Teilhabe.

Dies wird umso wirkungsvoller möglich sein, je besser es gelingt, die vorhandenen Ressourcen des einzelnen Menschen mit Behinderung sowie die Ressourcen seines sozialen Nahfeldes (Angehörige, Nachbarn) hierbei zu nutzen. Unter diesem Aspekt kommt der Stärkung vorhandener Ressourcen eine zunehmend wichtige Bedeutung zu. In den „Handlungsempfehlungen“ (siehe Gliederungspunkt III.) wird hierauf näher eingegangen.



### **I.3. Rechtliche Rahmenbedingungen**

Die rechtlichen Rahmenbedingungen werden bestimmt durch die unterschiedlichen Sozialgesetzbücher. In der Anlage 4 wird auf die hier maßgeblichen Bestimmungen eingegangen.

#### **I.3.1 Leistungen der Sozialhilfe**

Menschen mit Behinderung im Alter können je nach ihrem persönlichen Bedarf im Rahmen der Sozialhilfe Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe und/oder der Hilfe zur Pflege haben.

Der Leistungsanspruch auf Eingliederungshilfe setzt in inhaltlicher und zeitlicher Hinsicht voraus, dass das jeweilige Ziel der Eingliederungshilfe realisierbar ist, d.h. wenn und solange nach den Besonderheiten des Einzelfalles die Aussicht besteht, dass die Aufgaben der Eingliederungshilfe erfüllt werden können, ist Eingliederungshilfe zu gewähren.

Der sozialhilferechtlich anzuerkennende Bedarf sowie Art und Maß der Bedarfsdeckung müssen hierbei in einem angemessenen Verhältnis zu dem erreichbaren Erfolg stehen. Maßstab für diese Angemessenheit ist die Möglichkeit einer menschenwürdigen Lebensführung (§ 1 S. 1, 2 SGB XII).<sup>11</sup> Zu beachten ist dabei, dass sich die Aufgaben der Eingliederungshilfe im sozialen Rahmen der allgemeinen gesellschaftlichen Auffassungen bewegen, also nicht zu etwas verhelfen können, das im sozialen Leben nicht behinderter Menschen üblicherweise nicht (mehr) praktiziert wird.

#### **I.3.2 Leistungen der Pflegeversicherung**

Leistungsberechtigte Personen sind Personen die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, d.h. die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens für voraussichtlich mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, §§ 14 ff. SGB XI.

Pflegeleistungen zielen darauf ab, fehlende Selbsthilfemöglichkeiten zur Befriedigung existentieller Lebensbedürfnisse auszugleichen und die Selbstversorgungsfähigkeit zu erhalten bzw. zu reaktivieren.

#### **I.3.3 Leistungen der Krankenversicherung**

Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im SGB V genannten Leistungen zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden.

Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das SGB IX nichts Abweichendes vorsieht.

Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> BVerwGE 5 C 11.89 vom 22.10.92, S. 3 n.juris)

<sup>12</sup> vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung § 2 Leistungen

Versicherte haben nach SGB V Anspruch auf eine Vielzahl von Leistungen, wobei ausgehend von den Bedarfen der älteren Menschen mit Behinderung die in der Anlage 4 im Vordergrund stehen.<sup>13</sup>

#### **I.3.4 Leistungen weiterer Leistungsträger**

Darüber hinaus können Menschen mit Behinderungen im Alter Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, nach dem Bundesversorgungsgesetz und aus zivilrechtlichen Versorgungsansprüchen haben.

#### **I.3.5 Darstellung der Schnittstellenproblematik**

Schwerpunktmäßig wird im Folgenden auf die Schnittstelle zwischen den Leistungen der Sozialhilfe und der Pflegeversicherung eingegangen.

Grundsätzlich stehen Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflege nicht in einem Vorrang-Nachrangverhältnis, sondern „gleichwertig“ nebeneinander, § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI.

Anders als in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI übernehmen die Pflegekassen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für die Leistungsberechtigten mit Pflegestufe zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendung für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des SGB XII vereinbarten Heimentgelts bis max. 256 € pro Monat, § 43 a SGB XI.

Die Zuordnung der leistungserbringenden Einrichtung zur Eingliederungshilfe i. S. d. § 71 Abs. 4 SGB XI oder als Pflegeeinrichtung i. S. d. § 71 Abs. 2 SGB XI mit Anspruch auf Zulassung durch Versorgungsvertrag orientiert sich danach, welche Leistungen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen.

Nach § 71 Abs. 4 SGB XI sind stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI.

Bei der Frage nach einer adäquaten Versorgungsform ist für jeden pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung individuell zu prüfen, welche Leistungen er benötigt bzw. ob der behinderte Mensch so pflegebedürftig ist, dass die Pflege in der Einrichtung nach dem SGB XII nicht mehr sichergestellt werden kann. Dem Wunsch des Menschen mit Behinderung bzw. des gesetzlichen Betreuers ist dabei grundsätzlich Rechnung zu tragen.

Zugelassene Einrichtungen des Rechtskreises SGB XI erbringen Leistungen der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege. Darüber hinaus gehende spezielle therapeutische Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen, individuelle Betreuungskonzepte speziell für diese Klientel oder sonstige Leistungen der Eingliederungshilfe werden durch diese Einrichtungen nicht erbracht und sind demzufolge nicht Bestandteil der Vergütungen nach SGB XI.

---

<sup>13</sup> vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung 3. Kapitel - Leistungen der Krankenversicherung §§ 11 ff.

Liegt Pflegebedürftigkeit i. S. des SGB XI vor, kann für Menschen mit Behinderung auch ein Anspruch auf Versorgung in einer zugelassenen teil- oder vollstationären Pflegeeinrichtung bestehen. Diese können für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung im Alter bedarfsgerechte Versorgungsangebote darstellen, sofern kein weiterer Eingliederungshilfebedarf gegeben ist.

Ein neuer teilhabeorientierter Pflegebedürftigkeitsbegriff, der zurzeit im Rahmen der Reform des Pflegeversicherungsrechts erarbeitet wird, führt voraussichtlich zu neuen inhaltlichen Abgrenzungsfragen.

Für Menschen mit Behinderungen im Alter kann neben einem Bedarf an Leistungen der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe) zusätzlich ein Bedarf an Leistungen der Krankenversicherung bestehen.

#### **I.4. Gegenwärtige Angebotsstrukturen im Freistaat Sachsen**

Im Zusammenwirken von Fördermittelgebern, Leistungserbringern und Leistungsträgern sowie weiteren Beteiligten ist es in den letzten beiden Jahrzehnten gelungen, im Freistaat Sachsen eine bedarfsorientierte Angebotsstruktur für Menschen mit Behinderung zu schaffen.

So standen im Freistaat Sachsen zum 31.12.2010 für erwachsene Menschen mit Behinderungen

201	Wohnheime	mit 8.223 Plätzen
217	Außenwohngruppen	mit 1.901 Plätzen
146	Träger für ambulant betreutes Wohnen	mit 4.625 Plätzen

zur Verfügung. Diese Plätzen sind gegenwärtig mit vergleichsweise wenigen Menschen, die älter als 65 Jahre sind, belegt.

Darüber hinaus standen im Freistaat Sachsen zum 31.12.2010 für pflegebedürftige Menschen

572	vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen	mit 45.637 Plätzen
28	Wohnpflegeheime	mit 619 Plätzen
13	vollstationäre Wachkomaeinrichtungen	mit 198 Plätzen
40	Kurzzeitpflegeeinrichtungen	mit 1.284 Plätzen
105	Tagespflegeeinrichtungen	mit 2.271 Plätzen
1.025	ambulante Pflegedienste	
171	anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote	

zur Verfügung. Ein Großteil der Pflegeeinrichtungen wurde mit Fördermitteln errichtet. Darüber hinaus hat sich die Angebotsstruktur durch frei finanzierte Einrichtungen erweitert.

Im Rahmen eines „Enthospitalisierungs-Prozesses“ wurden auch in Sachsen gesamtgesellschaftliche Bemühungen umgesetzt, um Menschen mit Behinderung und mit Pflegebedarf, die „fehlplaziert“ in vollstationären Einrichtungen untergebracht waren, ihren individuellen Erwartungen und den vorhandenen Ressourcen entsprechend einen Lebensmittelpunkt außerhalb von Alten- und Pflegeheimen, d. h. in Wohnangeboten nach Leistungstypen SGB XII oder in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Mit den nach dem Jahr 2000 geschaffenen Wohnpflegeheimen bzw. -heimbereichen wurden aus Mitteln nach Art. 52 PVG im Freistaat Sachsen insgesamt 619 Plätze eingerichtet, um für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung bei bestehender Heimbetreuungsbedürftigkeit auch die notwendige pflegerische Versorgung und Betreuung abzusichern, wenn dies in deren angestammter Wohnform nicht möglich war.

Je nach individuellem Unterstützungsbedarf und Wunsch sowie unter Beachtung vorhandener Ressourcen bestehen weitere Leistungs- oder Unterstützungsangebote, damit der ältere Mensch mit Behinderung so weit wie möglich selbstbestimmt leben und am Leben der Gemeinschaft teilhaben kann.

Insbesondere folgende Angebote sind hier zu benennen, wobei nicht alle diese Angebote im Freistaat Sachsen flächendeckend vorhanden sind:

- Dienstleistungsangebote:
  - Einkaufsdienste
  - Essen auf Rädern
  - Hauswirtschaftsdienste

- Wäschedienste, Reinigung
- Fahrdienste
- Bildungsangebote (ggf. zielgruppenspezifisch)
- Angebote im Rahmen einer barrierefreien Infrastruktur in unterschiedlichen Bereichen:
  - Wohnumfeld
  - Mobilität
  - Kommunikation
  - Kultur
  - Sport
  - Freizeit
- Angebote bürgerschaftlich engagierter Personen:
  - Angehörige
  - Nachbarn
  - Freiwilligendienste
  - „Wir für Sachsen“
  - Ehrenamtsbörsen
  - Kirchgemeinden
  - Vereine (Kultur, Sport, Soziales)
- Sonstige

Welche der Leistungsangebote im Einzelfall notwendig sind, um die Versorgung und Teilhabe des älteren Menschen mit Behinderung zu gewährleisten, hängt in erster Linie von der konkreten Wohn- und Lebenssituation des Menschen ab. D. h. auch für den älteren Menschen mit Behinderung ist der Lebensmittelpunkt ausschlaggebend, den er aufgrund seiner Biographie gewählt hat oder für den er sich entscheidet, wenn dem veränderten Hilfebedarf entsprechend eine Anpassung des Versorgungsarrangements notwendig wird (z. B. nach Umzug in den Haushalt eines pflegenden Angehörigen). Je nach Einbindung in ein bestimmtes soziales Umfeld, z. B. die Familie, wird die Wahl des Lebensmittelpunktes auch durch das soziale Nahfeld des älteren Menschen mit Behinderung beeinflusst bzw. mit geprägt.

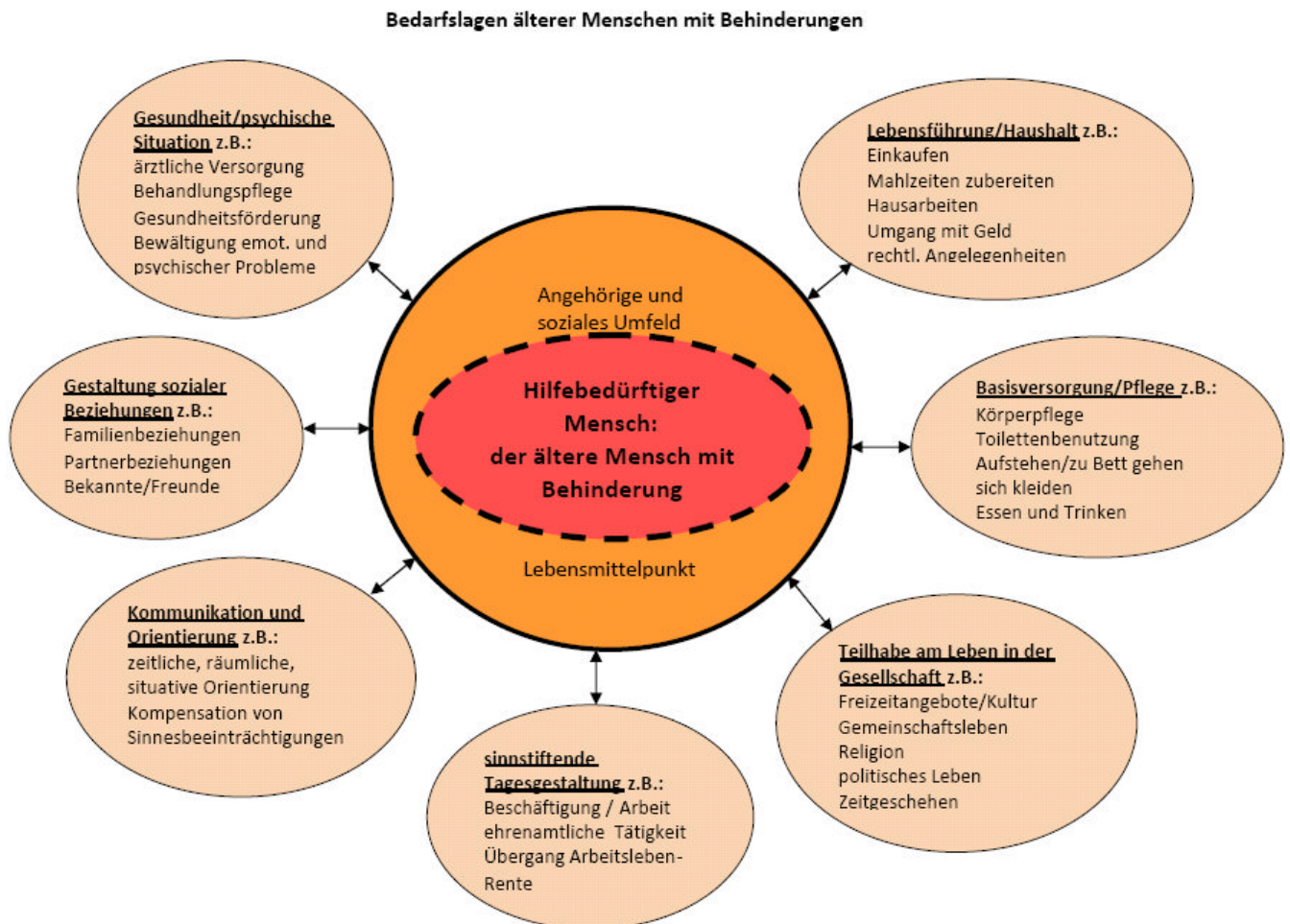
Beispiele für den Wohn- und Lebensmittelpunkt älterer Menschen mit Behinderung sowie ggf. mit Pflegebedarf sind im Freistaat Sachsen vor allem folgende:

- eigene Wohnung – allein, als Paar oder als *Wohngemeinschaft* - bei weitgehend selbständiger Haushaltsführung
- gemeinsamer Familien-Haushalt mit Angehörigen
- „*Pflege*“-*Familie*
- *Außenwohngruppe*
- *Wohnstätte* für Menschen mit Behinderung bzw. chronisch psychischer Erkrankung
- *Wohnpflegeheim* bzw. -*heimbereich*
- vollstationäre Pflegeeinrichtung (Pflegeheim ohne Schwerpunktzielgruppe oder sog. „*Hausgemeinschaftsmodell*“)

Es gibt im Freistaat Sachsen bereits eine Vielzahl von Leistungsangeboten, die sich in den vergangenen Jahren auf der Grundlage gesetzlicher Vorgaben sowie durch das Engagement vieler im sozialen Bereich agierender freier, kommunaler und privater Träger sowie ehrenamtlich tätiger Organisationen und bürgerschaftlich engagierter Personen zu einer weitgehend etablierten Angebotslandschaft entwickelt haben.

Das nachfolgende Schema stellt die Vielfalt der Bedarfslagen älterer Menschen mit Behinderungen dar. Dabei ist von unterschiedlicher Ausprägung und Intensität der jeweiligen Bedarfslagen entsprechend der individuellen Bedürfnisse der Menschen auszugehen.

Schema



## II. Grundprinzipien

Grundlage für die Erarbeitung und Umsetzung der Handlungsziele und -empfehlungen bilden nachfolgende Grundprinzipien:

1. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung gilt ohne Einschränkungen auch für ältere Menschen mit Behinderungen. Sie ist als geltendes Recht auch im Freistaat Sachsen umzusetzen. Dazu gehören insbesondere:
  - die Schärfung des Bewusstseins für die Belange von älteren Menschen mit Behinderungen (Art. 8)
  - die Schaffung von umfassender Barrierefreiheit (Art. 9)
  - die Sicherung eines selbstbestimmten Lebens und der Teilhabe an der Gesellschaft in einem inklusiven Sozialraum (Art. 19)
  - der Zugang zu Gesundheitsleistungen ohne Diskriminierung aufgrund der Behinderung (Art. 25)

Dementsprechend haben auch ältere Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf das Recht, eigene Entscheidungen, z. B. zur Wahl ihres Lebensmittelpunktes, zu treffen. Und sie haben das Recht auf volle und wirksame Teilhabe am Leben der Gesellschaft.

Für den Personenkreis der älteren Menschen mit Behinderung ist die pflegerische Versorgung wie auch die Teilhabe am Leben der Gesellschaft zu sichern. In diesem Zusammenhang bilden Versorgung und Teilhabe eine Einheit.

2. Ältere Menschen mit Behinderung sind frei in der Entscheidung zum Verbleib in ihrer Häuslichkeit, um in vertrauter Umgebung unter Beibehaltung gewachsener sozialer Beziehungen zu leben. Dazu gehört das Vorhandensein geeigneten Wohnraums. Selbstorganisierte Hilfen rangieren vor institutionalisierten Angeboten. Damit wird dem Grundsatz ambulant vor stationär entsprochen.

An ihrem gewählten Lebensmittelpunkt erhalten ältere Menschen mit Behinderung alle notwendigen, ihrem individuellen Bedarf entsprechenden Leistungen (Eingliederungshilfe, medizinisch-pflegerische Versorgung, Rehabilitation jeweils entsprechend den gesetzlichen Grundlagen) sowie Unterstützungsangebote.

Können notwendige Hilfen mit dem in der konkreten Wohnsituation erbrachten Leistungsangebot im Einzelfall nicht mehr abgedeckt werden, erhält der ältere Mensch mit Behinderung Beratung zu einem dem veränderten individuellen Bedarf entsprechenden Angebot.

3. Die Weiterentwicklung und Vernetzung der regionalen Angebotsstruktur ist unter Nutzung aller vorhandenen und zu erschließenden Ressourcen - einschließlich des bürgerschaftlichen Engagements - auf die bedarfsgerechte Versorgung und Teilhabe der älteren Menschen mit Behinderung auszurichten.
4. Insbesondere auf regionaler Ebene stehen den unterstützungsbedürftigen älteren Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen innerhalb einer vernetzten Versorgungsstruktur geeignete Informationssysteme sowie kompetente Ansprechpartner bei den Leistungsträgern und bei den Leistungserbringern zur Verfügung.
5. Träger von Angeboten für ältere Menschen mit Behinderung sind zur Sicherung der Qualität des zielgruppenspezifischen Leistungsangebotes verpflichtet. Um das zur Versorgung und Teilhabe dieses Personenkreises fachlich qualifizierte Personal vorzuhalten, sind geeignete Maßnahmen zur Aus- und Fortbildung erforderlich.





### III. Handlungsziele

Der Landespflegeausschuss hat sich vorerst auf folgende Handlungsziele verständigt, die im Gliederungspunkt IV. in konkreten Handlungsempfehlungen untersetzt werden:

1. Im Freistaat Sachsen ist gewährleistet, dass jeder ältere Mensch mit Behinderung an seinem gewählten Lebensmittelpunkt die zur Sicherung seiner Versorgung und Teilhabe notwendigen Leistungen erhält.
2. Anbieter von sozialen Leistungen und unterstützenden Hilfen sowie auch andere Dienstleister sind für die besonderen Belange von älteren Menschen mit Behinderung sensibilisiert und richten ihre Angebote auf die Bedürfnisse dieser Menschen aus.
3. In allen Regionen Sachsens stehen barrierefreie Wohnmöglichkeiten zur Nutzung als eigene Häuslichkeit für ältere Menschen mit Behinderung zur Verfügung. Diese können sie - auch bei einem notwendig werdenden Wechsel ihrer bisherigen Wohnsituation – als ihren Lebensmittelpunkt wählen und hier ihrem individuellen Bedarf entsprechende Leistungen der Versorgung und Teilhabe in Anspruch nehmen.
4. Mit den in den einzelnen Sozialräumen vorhandenen ambulanten, niedrighschwelligen und offenen Angeboten zur wohnortnahen Versorgung sowie den ergänzenden Angebots-Bausteinen zur Unterstützung der älteren Menschen mit Behinderung sind die Voraussetzungen dafür gegeben, dass diese Menschen bei Nutzung aller vorhandenen Ressourcen so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben und am Leben der Gesellschaft teilhaben können.
5. Regional bzw. wohnortnah vorhandene Angebote zu sinnstiftender Beschäftigung/ Tagesstrukturierung für hilfebedürftige erwachsene Menschen können grundsätzlich von älteren Menschen mit Behinderung unter Beachtung geltender gesetzlicher Regelungen mit genutzt werden (z.B. „Tagesgäste“)
6. Die Wohnangebote der Eingliederungshilfe sind auf die sich verändernden Bedarfe der älteren pflegebedürftigen Bewohner eingestellt; ihre Angebotstruktur ist strukturell und personell auch auf die Bedürfnisse der älteren Menschen mit Behinderung ausgerichtet.
7. Um den besonderen Belangen älterer Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, die in vollstationären Einrichtungen der Pflege nach SGB XI leben und dort versorgt und betreut werden wollen, Rechnung zu tragen, wird in diesen Einrichtungen entsprechend qualifiziertes Personal vorgehalten.
8. Die Versorgung und Teilhabe älterer Menschen mit Behinderung ist fester Bestandteil der integrierten kommunalen Sozialplanung, die sich an den Grundsätzen des Gesamtkonzeptes orientiert, die an die Bedarfsentwicklung im jeweiligen Sozialraum angepasst ist und die auf eine vernetzte Infrastruktur ausgerichtet ist (vgl. Empfehlungen der LAG Sozialplanung 2009).
9. Der Freistaat Sachsen setzt sich für eine rechtliche Weiterentwicklung von Eingliederungshilfe und Pflege ein.



## IV. Handlungsempfehlungen

### Handlungsziel 1:

Im Freistaat Sachsen ist gewährleistet, dass jeder ältere Mensch mit Behinderung an seinem gewählten Lebensmittelpunkt die zur Sicherung seiner Versorgung und Teilhabe notwendigen Leistungen erhält.

Handlungsempfehlung	Akteure
<p><b>auf Landesebene:</b></p> <p>Die notwendigen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Entwicklung durchlässiger und flexibler Hilfesysteme werden geschaffen.</p> <p>Auf Grundlage der geschaffenen Rahmenbedingungen werden Hilfesysteme entwickelt, die fachbereichsübergreifend und personenkonzentriert eine barrierefreie und nahtlos ineinander übergreifende Versorgung und Teilhabe in allen Lebensbereichen ermöglicht.</p> <p>Die Trägervielfalt und Wahlmöglichkeiten sind zu erhalten.</p> <p>Die Finanzierung der individuell erforderlichen Leistungen erfolgt auf Grundlage der jeweiligen gesetzlichen Regelungen.</p> <p>Ebenso erfordern funktionierende Hilfesysteme ein an den individuellen Bedarfen ausgerichtetes Assessment.</p> <p>Die Förderrichtlinien des Freistaates Sachsen werden unter dem Blickwinkel der Demographie ganzheitlich betrachtet und abgestimmt.</p>	<p>Landespolitik und -verwaltung, Leistungsträger nach den SGB, kommunale Spitzenverbände</p>
<p><b>auf kommunaler Ebene:</b></p> <p>Schaffung notwendiger Rahmenbedingungen und tatsächlicher Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für den Erhalt und die Weiterentwicklung altersgerechten Wohnens sowie die Sicherung und den Ausbau der erforderlichen Infrastruktur, um die vorrangig notwendigen ambulanten Strukturen weiter auszubauen und zu vernetzen</li> <li>▪ für die (Weiterentwicklung der) Vernetzung der Leistungsträger und Leistungserbringer jeweils untereinander sowie zwischen ihnen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur weiteren Umsetzung der „vernetzten Pflegeberatung“ in allen Regionen Sachsens</li> <li>- zur Durchlässigkeit ambulanter und stationärer Leistungsformen</li> <li>- zur Verknüpfung ambulanter Strukturen mit Strukturen bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe</li> <li>- zur Zusammenstellung der in den Bereichen Wohnen und Tagesgestaltung (möglichst nahtlos) ineinandergreifenden Unterstützungsarrangements, auch unter Berücksichtigung präventiver Aspekte</li> </ul> </li> <li>• Einbindung der kommunalen Altenhilfeplanung in die integrierte Versorgung</li> </ul>	<p>Kommunalpolitik und -verwaltung</p> <p>Leistungsträger und -erbringer, kreisangehörige Kommunen,</p> <p>Selbsthilfe, bürgerschaftlich engagierte Personen und Gruppen</p>

<b>Handlungsempfehlung</b>	<b>Akteure</b>
<p>Die Kommune wirkt planungsorientiert auf die Sicherung der integrierten regionalen Gesamtversorgung (als der zentralen Strategie) durch folgende Maßnahmen hin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- regionale Analyse der vorhandenen Versorgungsstrukturen</li> <li>- Formulieren gemeinsamer Leitziele</li> <li>- Festlegung verbindlicher Prozessabläufe der Leistungserbringung</li> <li>- durch Hinwirken auf die Überwindung konkurrierender Denkweisen der beteiligten Leistungsakteure</li> <li>- Gewährleistung von Transparenz (Beantragung und Leistungsstruktur).</li> </ul> <p>Die Kommune ist dabei Initiator der kooperativen Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung beteiligten Akteuren.</p> <p>Das übergreifende Ziel bedarfsgerechter, personenzentrierter Hilfen wird ggf. unter Einbindung der Pflegeberatung im Rahmen der Einzelfallprüfung für jeden älteren Menschen mit Behinderung (unabhängig vom gesetzlichen Renteneintrittsalter) <u>in folgenden Schritten</u> umgesetzt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ermittlung des individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfs zur Sicherung der Versorgung und Teilhabe an dem von ihm gewählten Lebensmittelpunkt unter Berücksichtigung der Maßstäbe zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung sowie der beim Hilfebedürftigen selbst und im seinem sozialen Umfeld vorhandenen Ressourcen</li> <li>2. Bemessung der bedarfsgerechten Leistungen (entsprechend bestehender Leistungsansprüche nach den jeweiligen SGB)</li> <li>3. Auswahl individuell geeigneter Leistungsangebote auch unter Nutzung d. Leistungsform „Persönliches Budget“</li> <li>4. Beratung bei Auswahl bzw. Empfehlung/ggf. Vermittlung weiterer unterstützender Hilfen bzw. flankierender Angebote (insbesondere Beratung zur Wohnraumanpassung, zu Hilfsmitteln, Notruf u.a.m.)</li> <li>5. Zusammenstellen eines individuell geeigneten „Versorgungsarrangements“ (Hilfe-Mix)</li> </ol> <p>Die Teilhabeplanung wird <u>nach folgenden Grundsätzen</u> durchgeführt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Transparenz</li> <li>2. Berücksichtigung aller Lebensbereiche unabhängig davon, welcher Leistungsträger für die Leistungen im Einzelnen zuständig ist</li> <li>3. Interdisziplinarität</li> <li>4. Konsensorientierung unter Einbeziehung des älteren Menschen mit Behinderung und der von ihm benannten Bezugspersonen</li> <li>5. Individualität, d.h. unter Einbeziehung der im konkreten Fall maßgeblichen Kontextfakoren und persönlichen Ressourcen</li> <li>6. Lebensweltbezug unter Berücksichtigung von Inklusion beim Wohnen, bei der Tagesgestaltung und bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben entsprechend regionaler Bedingungen (Quartiersbezug)</li> <li>7. Zielorientierung</li> </ol>	<p>Kommunale Gebietskörperschaft in Zusammenarbeit mit Leistungsträgern und -erbringern, bürgerschaftlich organisierte Personen und/oder Gruppen</p> <p>Älterer Mensch mit Behinderung, Angehörige/ gesetzliche Betreuer, Leistungsträger</p>

<b>Handlungsempfehlung</b>	<b>Akteure</b>
<p>Zur Umsetzung des Handlungsziels sind folgende <u>Voraussetzungen</u> notwendig:</p> <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="197 331 1123 427">1. Es besteht Konsens zwischen den Versorgungsakteuren, dass die Ermittlung der bedarfsgerechten personenzentrierten Hilfen mittels abgestimmter Verfahrensweisen durchgeführt werden sollte.</li><li data-bbox="197 432 1078 562">2. Es ist eine dem differenzierten Bedarf im jeweiligen Sozialraum entsprechende Infrastruktur anzustreben, die auch die zur Inanspruchnahme von Angeboten und zur Erhaltung sozialer Kontakte erforderliche Mobilität berücksichtigt</li><li data-bbox="197 566 1118 696">3. Im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel beteiligen sich der Freistaat Sachsen und die kommunalen Gebietskörperschaften an der Förderung von Angeboten, die älteren Menschen mit Behinderungen zugute kommen.</li><li data-bbox="197 701 1158 985">4. Für die Beratung zu Hilfe- und Unterstützungsangeboten zur Ermittlung bedarfsgerechter personenzentrierter Hilfen sind fachliche Maßstäbe und objektive Methoden unter Beachtung der gesetzlichen Grundlagen bzw. der komplementär wirkenden Beratungskompetenzen der einzelnen Sozialleistungsträger erforderlich. Das Zusammenwirken innerhalb der regionalen Versorgungsakteure sollte sich an einem zertifizierten CaseManagement orientieren. Die vorhandenen Beratungsstrukturen sind zu nutzen.</li></ol>	

Handlungsziel 2:

Anbieter von sozialen Leistungen und unterstützenden Hilfen sowie auch andere Dienstleister sind für die besonderen Belange von älteren Menschen mit Behinderung sensibilisiert und richten ihre Angebote auf die Bedürfnisse dieser Menschen aus.

<b>Handlungsempfehlung</b>	<b>Akteure</b>
1. Im Freistaat Sachsen wird eine sachgerechte Kommunikation zur Inklusion von Menschen mit Behinderung mit besonderer Bezugnahme auf die Belange von älteren Menschen mit Behinderung organisiert.	Freistaat Sachsen, kommunale Gebietskörperschaften, Leistungserbringer
2. In die Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildungsgänge im Freistaat Sachsen sollen Aspekte der Inklusion und Teilhabe von älteren Menschen mit Behinderung (interdisziplinäre Kompetenzen) integriert werden.	Gesetz- und Verordnungsgeber
3. Die Leistungserbringerverbände unterstützen ihre Mitglieder bei der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten, die die Belange älterer Menschen mit Behinderung berücksichtigen.	Leistungserbringerverbände u. deren Mitglieder
4. Bei Angeboten aus den Bereichen Bildung, Kultur und Sport werden die besonderen Bedarfe älterer Menschen mit Behinderungen berücksichtigt.	Bildungsträger, kulturelle Einrichtungen, Sportvereine

**Handlungsziel 3:**

In allen Regionen Sachsens stehen barrierefreie Wohnmöglichkeiten zur Nutzung als eigene Häuslichkeit für ältere Menschen mit Behinderung zur Verfügung. Diese können sie - auch bei einem notwendig werdenden Wechsel ihrer bisherigen Wohnsituation – als ihren Lebensmittelpunkt wählen und hier ihrem individuellen Bedarf entsprechende Leistungen der Versorgung und Teilhabe in Anspruch nehmen.

<b>Handlungsempfehlung</b>	<b>Akteure</b>
1. Vermieter und Eigentümer sind dafür zu sensibilisieren, dass ausreichend bezahlbarer barrierefreier Wohnraum auch für ältere Menschen mit Behinderungen zur Verfügung steht. Dabei sind in geeigneter Weise Multiplikatoren wie z. B. KfW, SAB, Landesbausparkassen, Haus und Grund, (kommunale) Wohnungsbaugenossenschaften/ -gesellschaften u. a. einzubeziehen.	Eigentümer und Vermieter sowie deren Verbände, Kommunale Gebietskörperschaften sowie Mieter und deren Verbände,
2. Zur Optimierung eines differenzierten und bedarfsgerechten Wohnungsangebots kooperieren Vermieter, Eigentümer, Gemeinden und Landkreise sowie Einrichtungen der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe miteinander.	Leistungsträger und -erbringer, Freistaat Sachsen
3. Zur Umsetzung: Entwicklung eines Konzepts mit VSWG und vdW Sachsen zur Bereitstellung ausreichenden geeigneten Wohnraums	VSWG <sup>14</sup> , vdW <sup>15</sup> , Kommunen, KSV, Leistungserbringer

---

<sup>14</sup> Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V.

<sup>15</sup> Verband der Wohnungs- und Immobilienwirtschaft Sachsen e. V.

**Handlungsziel 4:**

Mit den in den einzelnen Sozialräumen vorhandenen ambulanten, niedrighschwelligigen und offenen Angeboten zur wohnortnahen Versorgung sowie den ergänzenden Angebots-Bausteinen zur Unterstützung der älteren Menschen mit Behinderung sind die Voraussetzungen dafür gegeben, dass diese Menschen bei Nutzung aller vorhandenen Ressourcen so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben und am Leben der Gesellschaft teilhaben können.

<b>Handlungsempfehlung</b>	<b>Akteure</b>
1. Bürger unterschiedlichen Alters sind dafür zu gewinnen, möglichst gemeinsam mit älteren Menschen mit Behinderung Ideen und Projektvorschläge zur integrativen Tagesgestaltung zu entwickeln und mit eigenem persönlichem Engagement gemeinwesenorientiert Hilfen für den Personenkreis der älteren Menschen mit Behinderung vor Ort einzubringen.	bürgerschaftlich engagierte Personen und Gruppen, ältere Menschen mit Behinderung, Angehörige/ gesetzliche Betreuer, Selbsthilfeverbände/ -initiativen etc.
2. In Abstimmung mit allen beteiligten Akteuren wird die bedarfsgerechte (Weiter-)Entwicklung geeigneter Hilfeangebote in der Region/im Sozialraum kommuniziert und initiiert.	Kommunale Gebietskörperschaften
3. Bei Anbietern von Wohnraum im Quartier werden Sozialhelfer (gemäß Curriculum VSWG) flächendeckend vorgehalten.	Anbieter von Wohnraum
4. Programme zum Ehrenamt (z. B. Bürgerarbeit, Alltagsbegleiter, Freiwilligendienste) werden miteinander verknüpft.	



Handlungsziel 5:

Regional bzw. wohnortnah vorhandene Angebote zu sinnstiftender Beschäftigung/ Tagesstrukturierung für hilfebedürftige erwachsene Menschen können grundsätzlich von älteren Menschen mit Behinderung unter Beachtung geltender gesetzlicher Regelungen mit genutzt werden (z.B. „Tagesgäste“).

<b>Handlungsempfehlung</b>	<b>Akteure</b>
1. Die vorhandenen Angebote werden hinsichtlich der Möglichkeiten zur Mitnutzung durch „Tagesgäste“ geprüft, den Anforderungen entsprechend angepasst (konzeptionell, personell und strukturell) und zugänglich gemacht. Leistungsangebote nach dem SGB XI stehen allen Leistungsberechtigten nach SGB XI zur Verfügung.	Leistungserbringer verbände und deren Mitglieder; Leistungsträger
2. Kooperationen zwischen Leistungserbringern der Altenhilfe und Eingliederungshilfe werden geprüft und nach Möglichkeit angestrebt. Dabei wird die durch die älteren Menschen mit Behinderung selbst organisierte Tagesgestaltung mit einbezogen.	kommunale Gebietskörperschaften, ältere Menschen mit Behinderung, Angehörige/ gesetzliche Betreuer, Selbsthilfeverbände und -initiativen

Handlungsziel 6:

Die Wohnangebote der Eingliederungshilfe sind auf die sich verändernden Bedarfe der älteren pflegebedürftigen Bewohner eingestellt; ihre Angebotstruktur ist strukturell und personell auch auf die Bedürfnisse der älteren Menschen mit Behinderung ausgerichtet.

<b>Handlungsempfehlung</b>	<b>Akteure</b>
1. Die Träger im Bereich der Eingliederungshilfe entwickeln ihre Angebote konzeptionell, strukturell und personell weiter.	Leistungs- erbringerverbände und deren Mitglieder
2. Die erforderlichen Ressourcen werden von den Leistungsträgern nach den SGB zur Verfügung gestellt.	Leistungsträger
3. Bei der Bereitstellung von Wohnangeboten für ältere Menschen mit Behinderung sind Wechsellmöglichkeiten zwischen Versorgungsformen auszubauen sowie Wohntrainingsmöglichkeiten zu etablieren.	Freistaat Sachsen, Anbieter von Wohnraum
4. Sowohl SGB-XII- als auch SGB-XI-Einrichtungen sind für die Versorgung und Teilhabe älterer Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf unter entsprechenden Rahmenbedingungen grundsätzlich geeignet. Dies betrifft insbesondere konzeptionelle, personelle und finanzielle Aspekte. Zentrale Punkte für die Gestaltung individuell geeigneter Versorgungssettings sind dabei die Schnittstelle Pflege und Eingliederungshilfe sowie die Anforderungen an die erforderlichen Leistungen im Rahmen der Sozialen Betreuung. Mit Blick auf die aktuellen Überlegungen auf Bundesebene zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und zur Reform Eingliederungshilfe sind diese Bedingungen derzeit durch die Vertreter des Landespflegeausschusses nicht einvernehmlich beschreibbar. Sie erklären sich bereit, diese Themen spätestens nach Vorliegen konkreter auf Bundesebene erzielter Ergebnisse erneut zu beraten.	Landespflege- ausschuss

Handlungsziel 7:

Um den besonderen Belangen älterer Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, die in vollstationären Einrichtungen der Pflege nach SGB XI leben und dort versorgt und betreut werden wollen, Rechnung zu tragen, wird in diesen Einrichtungen entsprechend qualifiziertes Personal vorgehalten.

<b>Handlungsempfehlung</b>	<b>Akteure</b>
1. Die Träger im Bereich der Pflege entwickeln ihre Angebote konzeptionell, strukturell und personell weiter. Insbesondere sind hierbei Angebote zur Teilhabe zu implementieren.	Leistungs- erbringerverbände und deren Mitglieder
2. Die hierfür erforderlichen Ressourcen werden von den Leistungsträgern nach den SGB zur Verfügung gestellt.	Leistungsträger
3. Heilerziehungspfleger (HEP) sind grundsätzlich qualifiziert, auch Menschen mit Behinderungen im Alter heilpädagogisch und pflegerisch zu betreuen. Im Bereich der stationären Pflege nach dem SGB XI wird der HEP – anders als unter den in § 71 Abs. 3 Satz 2 SGB XI genannten Voraussetzungen für den ambulanten Bereich – aufgrund der geltenden Regelungen (vgl. § 71 SGB XI, § 113 SGB XI Maßstäbe und Grundsätze sowie nach HeimPersV) gegenwärtig nicht als Fachkraft anerkannt. Um HEP als Fachkräfte in der stationären Pflege anzuerkennen, bedarf es einer Änderung insbes. der genannten Regelungen. Zu beachten ist dabei, dass entsprechende Kompetenzen (z. B. bezüglich der Absicherung der Behandlungspflege) zu erwerben sind. Zur Realisierung werden eine Initiative des Freistaates Sachsen auf Bundesebene und die derzeit bereits mögliche Ausgestaltung heimrechtlicher Regelungen auf Landesebene empfohlen.	Freistaat Sachsen

Handlungsziel 8:

Die Versorgung und Teilhabe älterer Menschen mit Behinderung ist fester Bestandteil der integrierten kommunalen Sozialplanung, die sich an den Grundsätzen des Gesamtkonzeptes orientiert, die an die Bedarfsentwicklung im jeweiligen Sozialraum angepasst ist und die auf eine vernetzte Infrastruktur ausgerichtet ist (vgl. Empfehlungen der LAG Sozialplanung 2009).

<b>Handlungsempfehlung</b>	<b>Akteure</b>
<p>Unter Federführung der Kommune stimmen sich die Vertreter aller beteiligten Seiten zu den Erfordernissen und Möglichkeiten der Weiterentwicklung oder Veränderung der vorhandenen Angebotsstruktur ab, um die Versorgung und Teilhabe am Leben der Gesellschaft für alle älteren Menschen mit Behinderung innerhalb ihres Gemeinwesens zu sichern.</p> <p>Schwerpunkte hierbei sind:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- die Flexibilisierung, Vernetzung und (Weiter)Entwicklung von Angeboten. Die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Altenhilferahmenplan ist zu beachten. Dies bezieht sich auf niedrigschwellige, ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungsangebote.</li><li>- die Besonderheiten der regionalisierten demographischen Entwicklung in der einzelnen Region / im Sozialraum sowie der vorhandenen Ressourcen aller Beteiligten sind hierbei zu berücksichtigen</li><li>- die Initiierung geeigneter Maßnahmen zur Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements in Ergänzung zu den notwendigen professionellen Leistungen</li></ul>	<p>kommunale Gebietskörperschaften, Leistungsträger und -erbringer, Selbsthilfeverbände und -initiativen, ältere Menschen mit Behinderung und deren Interessenvertreter</p>

Handlungsziel 9:

Der Freistaat Sachsen setzt sich für eine rechtliche Weiterentwicklung von Eingliederungshilfe und Pflege ein.

<b>Handlungsempfehlung</b>	<b>Akteure</b>
<p>1. Die beteiligten Akteure nehmen in ihren jeweiligen Gremien auf Bundes- und Landesebene Einfluss auf die Novellierung solcher rechtlichen Regelungen, die einer konsequenten Umsetzung personenzentrierter und bedarfsgerechter Leistungen zur Teilhabe und Versorgung älterer Menschen mit Behinderungen noch entgegen stehen. Bei der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe geht es insbesondere um</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- die Klärung der Schnittstelle Eingliederungshilfe/ Pflege</li><li>- die Weiterentwicklung und Umsetzung des persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX, für dessen Inanspruchnahme eine trägerübergreifende und aufsuchende Beratung notwendig ist</li><li>- einheitliche und klare Zuständigkeiten für Unterstützungsleistungen</li></ul> <p>2. Veränderte bundesrechtliche Regelungen werden zeitnah in landesrechtlichen Regelungen, Haushaltplanungen, Förderinstrumenten und landesweiten Konzepten umgesetzt.</p>	<p>Politik und Verwaltung, Landespflegeausschuss, Leistungsträgerverbände, Leistungserbringerverbände Behinderten- und Seniorenselbsthilfeverbände und -vertretungen</p>

## **V. Beispiele guter Praxis**

### **Vorbemerkungen**

Anhand der folgenden Praxisbeispiele werden unterschiedliche Handlungsoptionen zur zukünftigen Ausgestaltung von Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen im Alter beispielhaft dargestellt.

Die vorgestellten Beispiele sind vom Stand ihrer Umsetzung unterschiedlich zu beurteilen: Einige haben sich bereits in der Praxis bewährt, bei einigen liegen erste Praxiserfahrungen vor, andere wiederum befinden sich noch im Stand der Projektentwicklung. Die Gemeinsamkeit aller Beispiele liegt darin, dass Sie anhand der konkreten Bedarfe der hilfebedürftigen Menschen vor Ort und der bestehenden Rahmenbedingungen konzipiert und z. T. bereits umgesetzt wurden.

Die Auswahl erhebt keinen Anspruch darauf, alle denkbaren Lösungsansätze berücksichtigt zu haben. Zudem werden nicht alle der dargestellten Beispiele in Sachsen 1:1 umzusetzen sein. Die Beispiele können jedoch für Leistungsträger, Leistungserbringer, Politik und Verwaltung als Anregung für die Weiterentwicklung der bestehenden Hilfelandschaft und für die Anpassung der Angebote an die sich ändernden Bedarfe der Zielgruppe dienen. Für Menschen mit Behinderungen im Alter und ihre Angehörigen können die Beispiele Anregungen zur Auswahl eines für sie geeigneten Unterstützungsarrangements geben.

## **Beispiel 1**

### **Menschen mit Behinderungen auf Ruhestand und Alter vorbereiten**

Träger/Standort: Caritas-Werkstätten Arnsberg (Nordrhein-Westfalen)

#### Projektziele:

- Kompetenzförderung und –erhaltung bei Menschen mit geistiger Behinderung und bei demenzieller Erkrankung im Alter
- Erweiterung des Erfahrungshorizontes der Zielgruppe außerhalb von WfbM und Wohnstätte

#### Umsetzung:

- Erweiterung des Leistungsspektrums der WfbM um Angebote, die das Altwerden und den Ruhestand thematisieren (Workshops, Gesprächsrunden, Wahrnehmungstraining, Programme zur Ernährung und Bewegung)
- Bildung eigener Arbeitsgruppen für Ältere einschließlich seniorengerechter Gestaltung der Arbeitsbereiche (z.B. durch eigene Ruheräume)
- Erschließung von Angeboten der offenen Altenarbeit in der Kommune (z.B. Seniorennachmittage) für die Zielgruppe
- Gewinnung von Vereinen, Bildungsstätten, Pfarrgemeinden für die besonderen Bedarfe der Zielgruppe
- Übernahme eines Bewegungsprogramms für Senioren aus der stationären Altenhilfe

#### ähnliche Beispiele im Freistaat Sachsen:

- WfbM des Martinshof Rothenburg Diakoniewerk
- WfbM der Diakonischen Leipziger gGmbH in Kooperation mit dem Diakonisches Werk Innere Mission Leipzig e. V.
- WfbM des Lebenshilfe e. V. Freiberg
- WfbM der Lebenshilfe Stollberg gGmbH

## **Beispiel 2**

### **Begegnung von pflegebedürftigen Senioren mit und ohne Behinderung im Rahmen einer Tagespflege**

#### Träger/Standort:

- Caritasverband Brilon (Nordrhein-Westfalen)

#### Ziele:

- Verbesserung der Möglichkeiten zur Teilhabe und Tagesstrukturierung für Menschen mit Behinderungen im Alter durch die Erweiterung des Angebotes einer bestehenden Tagespflege
- Verbesserung der Kooperation zwischen Alten- und Behindertenhilfe (Bündelung von fachlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden)

#### Umsetzung:

- Kontaktaufnahme zu nichtbehinderten Senioren der Tagespflege (Testbesuche)
- Ermittlung der Bedarfe durch Nutzerbefragungen
- Sensibilisierung der Angehörigen der nichtbehinderten Senioren
- Entwicklung und Durchführung gemeinsamer Angebote (Ausflüge, kreative Projekte, Gottesdienste)
- Kooperation mit anderen Projekten und Trägern (z.B. Schule, Hospizverein), dadurch Verbesserung der sozialen Kontakte und der Teilhabe



### **Beispiel 3**

#### **Zusammenleben von jungen und alten Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe**

##### Träger/Standorte:

- Caritasverband Paderborn/Wohnheime Brilon, Arnsberg, Hagen (Nordrhein-Westfalen)

##### Ziele:

- Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Einrichtungen der Behindertenhilfe für das Zusammenleben von Jung und Alt
- Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebotes für Menschen, die alters- oder gesundheitsbedingt nicht mehr die WfbM besuchen
- Stärkung des Miteinanders zwischen jüngeren und älteren Heimbewohnern
- Gestaltung von Selbstbestimmung und Teilhabe als lebenslanger Prozess

##### Umsetzung:

- Initiierung eines bedarfsgerechten und individuellen Angebotes zur Tagesstrukturierung (z.B. Ausflüge, Seniorensport, Gedächtnistraining, hauswirtschaftliche Betätigung)
- Nutzung der Ressourcen der jüngeren Heimbewohner
- bedarfsgerechte Zusammensetzung der Wohngruppen
- Einsatz eines qualifizierten multidisziplinären Teams
- Einsatz einer beratenden Pflegefachkraft

##### ähnliche Beispiele im Freistaat Sachsen:

- Wohnstätten des Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Oberlausitz e. V.
- Wohnstätten des Martinshof Rothenburg Diakoniewerk

## **Beispiel 4**

### **Sicherstellung des Bedarfes an Teilhabe und Pflege in einer Wohngemeinschaft durch ein trägerübergreifendes persönliches Budget**

#### Standort:

- Dresden (Freistaat Sachsen)

#### Ziel:

- Organisation der weiteren Unterstützung nach dem Auszug eines Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf aus einer Einrichtung der Eingliederungshilfe in eine eigene Wohnung
- Sicherstellung einer selbstbestimmten und eigenständigen Lebensführung und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

#### Umsetzung:

- Kontaktaufnahme des Menschen mit Behinderung und seines gesetzlichen Betreuers mit der Pflegeberaterin der AOK PLUS erfolgte
- nach umfangreicher Beratung, Ermittlung des Bedarfes und Prüfung ob ein persönliches Budget, ein trägerübergreifendes persönliches Budget oder ein Assistenzmodell (Arbeitgebermodell) geeignet ist, den Bedarf zu decken, wurde der Kontakt unter Federführung der AOK PLUS zum zuständigen Sozialamt hergestellt
- im Rahmen des trägerübergreifenden Bedarfsfeststellungsverfahrens wurden in einer gemeinsamen Budgetkonferenz auf Grundlage der Ziele des behinderten Menschen konkrete Unterstützungsbedarfe ermittelt und finanzielle Zuständigkeiten der Leistungsträger festgestellt
- aufgrund des größeren Budgetanteils des Sozialhilfeträgers wurde dieser zum zuständigen Leistungsträger (Beauftragten), er ist für die Auszahlung des Gesamtbudgets und die Prüfung der in der Zielvereinbarung getroffenen Regelungen verantwortlich
- Leistungen der Grundpflege und Hauswirtschaft werden von der AOK PLUS Pflegekasse in Höhe des Sachleistungsanspruches als Teilleistung des trägerübergreifenden Budgets übernommen und an den Sozialhilfeträger gezahlt
- von den Pflegeleistungen nicht gedeckte Bedarfe der grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als weitere Teilleistung vom Sozialamt übernommen
- das Sozialamt zahlt das Gesamtbudget aus Leistungen der Eingliederung sowie der Pflegeleistungen der AOK PLUS einschließlich der ergänzenden Pflegeleistungen monatlich an den Budgetnehmer aus

## Beispiel 5

### Bedarfsdifferenzierte vollstationäre, teilstationäre und ambulante Angebote der Eingliederungshilfe und Pflege

#### Träger/Standort:

- bestehende Einrichtungen und Angebote im Freistaat Sachsen

#### Ziele:

- Menschen mit Behinderungen leben aufgrund ihres Bedarfes und ihres gewählten Lebensmittelpunktes in einer vollstationären Einrichtung zusammen und erhalten dort erforderliche Leistungen zur Teilhabe, Rehabilitation und Pflege
- Sicherstellung des Wunsch- und Wahlrechts in Bezug auf das Leben in der eigenen Wohnung auch bei hohem Unterstützungsbedarf

#### Beispielhafte Umsetzungen im Freistaat Sachsen:

(Stand: Juni 2011)

**Frau Sch., 70 Jahre alt**, ist eine Frau mit einer leichten geistigen Behinderung, welche zunehmend auch Hilfe im Bereich der Pflege benötigt. Sie lebt schon immer in einer eigenen Wohnung und wird von einer Mitarbeiterin des ambulant betreuten Wohnens (abW) begleitet. Bis zu ihrer Berentung hat Frau Sch. in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung gearbeitet. Der Antrag auf Pflegestufe wurde abgelehnt, weil der Bedarf an Pflege noch nicht hoch genug sei. Dafür bekommt sie niedrighschwellige Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI, welche durch anerkannte Anbieter erbracht werden. Sie nimmt eine Haushalthilfe zur Reinigung der Wohnung in Anspruch und bekommt das Mittagessen täglich durch einen privaten Anbieter geliefert. In der Woche besucht sie dienstags den Offenen Treff der Ambulanten Behindertenhilfe. Sie ist Mitglied einer Selbsthilfegruppe, welche sich monatlich zwei Mal trifft und Urlaubsfahrten und Tagesausflüge zusätzlich miteinander organisiert, diese Selbsthilfegruppe wird von den Mitarbeiterinnen des abW unterstützt. Durch die vielfältigen unterstützenden Angebote entsteht ein Mix von Aktivitäten, der eine lebendige Strukturierung des Alltags bietet.

Einrichtung: eigene Wohnung, ambulant betreutes Wohnen und offene Angebote

**Frau V., 82 Jahre**, ist eine gehörlose Frau. Sie war aufgrund einer mittelgradigen Demenz erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe 2), wohnte allein in ihrer Wohnung und erhielt Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst. Kurz nach ihrem 80. Geburtstag wurde sie aufgrund einer akuten Erkrankung in ein Krankenhaus eingewiesen und anschließend zur stationären Reha gebracht. Der Zustand von Frau V. verschlechterte sich deutlich. Frau V. erhielt einen Blasenverweilkatheter und war außerhalb des Bettes auf einen Rollstuhl angewiesen. Sie verlor jegliche Motivation am Leben teilzunehmen. Frau V. war nicht mehr in der Lage, in ihre Wohnung zurückzukehren. Sie zog daraufhin in ein Wohnheim nach SGB XII für gehörlose und mehrfachbehinderte Menschen in eine Seniorenwohngruppe. Unter der hier gewährleisteten Kommunikation verbesserte sich ihr gesundheitlicher Zustand zusehends. Frau V. gliederte sich in die Wohngruppe ein, benötigte den Katheter nicht mehr und den Rollstuhl bald nur noch für längere Wege außer Haus. Die erforderlichen Pflegeleistungen (Grundpflege) bei nunmehr Pflegestufe 1 werden von den Mitarbeitenden des Wohnheimes nach SGB XII erbracht.

Einrichtung: Wohnheim nach SGB XII für gehörlose und mehrfachbehinderte Menschen

**Frau M., 53 Jahre alt**, ist geistig behindert und zeigt psychischen Auffälligkeiten. Sie lebt seit 28 Jahren im Wohnheim nach SGB XII. Sie arbeitete bis zum Alter von 51 Jahren in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Durch einen Schlaganfall wurde sie partiell gelähmt, so dass sie im Rollstuhl sitzt, nur noch eine Hand benutzen kann und grundpflegerische Hilfen benötigt: beim Anziehen, Duschen und Waschen mit Hilfen, Hilfestellung beim Zerkleinern der Nahrung und in der Mobilität außer Haus. Durch die Pflegekasse wurden ihr aufgrund einer erheblichen Pflegebedürftigkeit die Leistungen der Pflege im Wohnheim nach SGB XII für Menschen mit Behinderung zuerkannt. Sie musste die Tätigkeit in der Werkstatt beenden, innerhalb der Einrichtung zog sie in eine Wohngruppe mit interner Tagesstruktur. Für Frau M. blieb der Kontakt zu den Mitbewohnern erhalten, was sich positiv auf ihre psychische Stabilität ausgewirkt und ihr die Akzeptanz der zusätzlichen körperlichen Behinderung durch den Schlaganfall erleichtert hat. Frau M. wird durch ein multiprofessionelles Mitarbeiterteam der Einrichtung betreut und gepflegt. Zum Team gehören Heilerziehungspfleger, Altenpfleger, Krankenpfleger, Hilfskräfte und FSJ/ Praktikanten.

Einrichtung: Wohnheim nach SGB XII für gehörlose und mehrfachbehinderte Menschen

**Frau M., 54 Jahre alt**, lebte in einer Sozialtherapeutischen Wohnstätte nach SGB XII. Aufgrund einer Alkoholkrankheit (Korsakow Syndrom) entwickelte Frau M. einen immer höheren Pflegebedarf (Pflegestufe 2) und konnte in der Wohnstätte nach SGB XII nicht mehr bedarfsgerecht versorgt werden. Ein Leben in einem normalen Altenpflegeheim nach SGB XI wäre auf Grund ihres Alters und ihrer Erkrankung nicht bedarfsgerecht gewesen und wurde von Frau M. auch nicht gewollt. Außerdem bedarf sie auf Grund ihrer Alkoholkrankheit einer ganz anderen Struktur und Betreuung. Das Pflegeheim nach SGB XI mit einem konzeptionellen pflegfachlichen Schwerpunkt strebt an, die noch vorhandenen und von der Wohnstätte nach SGB XII geförderten Ressourcen zu erhalten. Ein konsequentes Anhalten und Erkennen der Fähigkeiten stärkt das notwendige Selbstwertgefühl. Durch das im Haus umgesetzte Wohngruppenmodell wird Frau M. eine anregende, förderliche und wohnliche Umgebung angeboten.

Einrichtung: Pflegeheim nach SGB XI mit konzeptionellem pflegfachlichen Schwerpunkt

**Frau R., 58 Jahre alt**, zog vor 10 Jahren in ein Wohnheim nach SGB XII und arbeitete in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Mit 54 Jahren verschlechterte sich ihr Gesundheitszustand derartig, dass sich langfristig eine erhebliche Pflegebedürftigkeit herausbildete, die die personellen und fachlichen Möglichkeiten des Wohnheimes nach SGB XII überschritt. Innerhalb des Trägerverbundes war ein Wechsel in das Wohnpflegeheim nach SGB XI möglich. Frau R. erhält die erforderliche professionelle Grund- und Behandlungspflege - darüber hinaus wird Frau R. mit den Eingliederungshilfeleistungen SGB XII ermöglicht, individuelle Förderung zu erfahren und mit Freunden und Bekannten im gewohnten Umfeld zu leben und gemeinsame Erlebnisse bis hin zu gemeinsamen Freizeiten außerhalb der Einrichtung zu haben.

Einrichtung: Wohnheim nach SGB XII und Wohnpflegeheim nach SGB XI

Hinweis: Wohnpflegeheim = nach Art. 52 PflegeVG gefördert; Investitionsprogramm ist abgeschlossen

**Herr F., 50 Jahre alt**, zog vor 10 Jahren mit einer Pflegestufe 3 aus einem Altersheim in den Wohnpflegebereich (SGB XI) des Wohnheimes. Herr F. verfolgte das Ziel, sich in einem durch Eingliederungshilfeleistungen gestalteten Milieu zu entwickeln, um in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung arbeiten zu können. Nach sechs Jahren zog er in den Wohnbereich (SGB XII) um und ein Jahr später begann er seine Tätigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen, die er heute noch begeistert besucht. Herr F. nimmt Teil am Geschehen innerhalb und außerhalb der Wohnstätte.

Einrichtung: Wohnheim nach SGB XII und Wohnpflegeheim nach SGB XI

## Anlagen

### Anlage 1 – Definitionen Behinderung:

#### Definition nach WHO/ICF

Bereits 1980 entwickelte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem ICIDH („International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“) ein Klassifikationsschema von Krankheiten und Behinderung. Dabei wird zwischen Impairment (Schädigung), Disability (Beeinträchtigung) und Handicap (Behinderung) unterschieden, wobei Schädigung Mängel und Abnormitäten der anatomischen, psychischen oder physiologischen Funktionen und Strukturen des Körpers bedeuten. Unter Beeinträchtigung lässt sich das Individuum verstehen, dass aufgrund seiner Schädigung in der Regel eingeschränkte Fähigkeiten im Vergleich zu nicht geschädigten Menschen gleichen Alters besitzt. Unter Behinderung ist die Benachteiligung des Menschen im körperlichen oder psychosozialen Feld, in familiärer, beruflicher und gesellschaftlicher Hinsicht aufgrund seiner Schädigung und Beeinträchtigung zu subsumieren.<sup>16</sup> 1999 wurde dieses Schema im ICIDH-2 (International Classification of Impairments, Activities and Participation: A Manual of Dimensions and Functioning) verändert und erweitert. Hierbei sind nicht mehr die Defizite einer Person maßgeblich, sondern ihre persönlichen Fähigkeiten und ihre soziale Teilhabe.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete im Mai 2001 die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die ICF basiert auf einem bio-psycho-sozialen Modell, welches das Krankheitsfolgenmodell der ICIDH von 1980 ablöst. Die ICF enthält eine länder- und fachübergreifende einheitliche Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustands und der Behinderung einer Person sowie der Beeinträchtigung der Aktivitäts- und Teilhabemöglichkeiten und der relevanten Kontextfaktoren.

Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD-10) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).<sup>17</sup>

Eine Behinderung liegt dann vor, wenn die funktionale Gesundheit in mindestens einem der Bereiche Körperfunktion- und Struktur, Aktivität und Teilhabe beeinträchtigt ist.

#### Definition nach SGB IX

Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Unter dem für das jeweilige Lebensalter untypischen Zustand im Sinne der Definition wird der Verlust oder die Beeinträchtigung von normalerweise in dieser Altersgruppe vorhandenen körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder seelischer Gesundheit verstanden. Für das

---

<sup>16</sup> vgl. <http://behinderung.org.definit.htm>; letzter Zugriff 11.12.2009

<sup>17</sup> Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, S. 4

Vorliegen einer Behinderung spielt es keine Rolle, ob die genannten Beeinträchtigungen angeboren, Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit sind.

Das SGB IX definiert den Begriff der Behinderung als Ausgangspunkt für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

### **Definition nach SGB XII**

Mit Inkrafttreten des SGB XII wurde der Behinderungsbegriff des SGB IX übernommen. Als Kriterium zum Vorliegen einer Leistungsberechtigung auf Eingliederungshilfe wurde das Vorliegen oder Drohen einer wesentlichen Behinderung definiert. Im § 53 Abs. 1 SGB XII wird der leistungsberechtigte Personenkreis bestimmt. Danach sind Personen leistungsberechtigt, wenn sie infolge einer gesundheitlichen Störung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind. Das gleiche gilt, wenn eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe einzutreten droht.

Unter welchen Voraussetzungen eine wesentliche Behinderung vorliegt, wird in der Verordnung nach § 60 des SGB XII (sog. Eingliederungshilfe-Verordnung - EHVO) konkretisiert. Die EHVO benennt Personenkreise, die kraft Gesetzes als wesentlich behindert gelten und Personenkreise, bei denen die wesentliche Behinderung individuell festzustellen ist. Hierbei ist ein entscheidendes Kriterium, dass die vorliegende Behinderung zu einer wesentlichen Einschränkung der Teilhabefähigkeit führt oder eine wesentliche Beeinträchtigung der Teilhabe einzutreten droht.

Die EHVO konkretisiert dies

- für körperlich wesentlich behinderte Menschen (§ 1),
- für geistig wesentlich behinderte Menschen (§ 2) und
- für seelisch wesentlich behinderte Menschen (§ 3).

Die entsprechenden Bestimmungen unterscheiden sich dadurch, dass bestimmte Personenkreise kraft Gesetzes als wesentlich behindert gelten. Bei anderen Personenkreisen muss im Rahmen der Sachverhaltsermittlung die wesentliche Behinderung individuell festgestellt werden.

Darüber hinaus können nach § 53 Abs. 1 Satz 2 SGB XII Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Diese Bestimmung ist in der Praxis jedoch kaum relevant.

### **Personenkreise, die Kraft geltenden Rechts als wesentlich behindert gelten**

Die EHVO bestimmt hierzu folgende Personen:

- blinde und sehbehinderte Menschen bei Vorliegen der in § 1 Satz 1 Nr. 4 genannten Voraussetzungen
- Menschen, bei denen Gehörlosigkeit festgestellt ist oder Menschen, denen eine sprachliche Verständigung über das Gehör nur mit Hörhilfen möglich ist
- Personen, die nicht sprechen können
- seelentaube Menschen
- hörstumme Menschen

### **Personenkreise, bei denen zur Feststellung einer wesentlichen Behinderung eine individuelle Entscheidung des Sozialhilfeträgers notwendig ist**

Die EHVO verwendet hierfür unbestimmte Rechtsbegriffe. Anhand dieser haben die Sozialhilfeträger das Vorliegen einer wesentlichen Behinderung festzustellen. Der Beurteilungsmaßstab unterliegt der vollen gerichtlichen Nachprüfung. Hierunter fallen:

1. bei **körperlich wesentlich behinderten** Menschen:
  - Personen, deren Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems in **erheblichem Umfange** eingeschränkt ist
  - Personen mit **erheblichen** Spaltbildungen des Gesichtes oder des Rumpfes oder mit **abstoßend wirkenden** Entstellungen vor allem des Gesichtes
  - Personen, deren körperliches Leistungsvermögen infolge Erkrankung, Schädigung oder Fehlfunktion eines inneren Organs oder der Haut in **erheblichem Umfange** eingeschränkt ist
  - Personen mit **erheblichen** Stimmstörungen sowie Personen, die **stark** stammeln, **stark** stottern oder deren Sprache **stark** unartikulierte ist
2. bei **geistig wesentlich behinderten** Menschen:
  - geistig wesentlich behindert sind Personen dann, wenn sie infolge einer **Schwäche ihrer geistigen Kräfte in erheblichem Umfange** in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eingeschränkt sind
3. bei **seelisch wesentlich behinderten** Menschen:
  - § 3 benennt die Gruppen von seelischen Störungen, die zu einer wesentlichen Behinderung führen **können**, nämlich:
    - körperlich nicht begründbare Psychosen
    - seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen
    - Suchtkrankheiten
    - Neurosen und Persönlichkeitsstörungen
  - Allerdings führt nach dieser Bestimmung eine seelische Störung nur dann zu einer wesentlichen seelischen Behinderung, wenn sie eine **wesentliche Einschränkung** der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII zur Folge hat.<sup>18</sup>

Sind die Aktivitäten und Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, häusliches Leben, Mobilität, Orientierung, Kommunikation oder interpersonelle Interaktion und Beziehung eingeschränkt und wird in mindestens zwei dieser Bereiche personelle Unterstützung notwendig, kann davon ausgegangen werden, dass eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit vorliegt (vgl. Orientierungshilfe der BAGüS zum Behinderungsbegriff nach SGB IX und XII und dessen Umsetzung in der Sozialhilfe)

---

<sup>18</sup> BAGüS: Behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII und dessen Umsetzung in der Sozialhilfe, Orientierungshilfe, Stand 24.11.2009

## **Anlage 2 – Definition des Alters**

In den modernen Industriegesellschaften ist der Beginn des Lebensabschnitts Alter bisher eng mit dem Erreichen des gesetzlichen Renteneintrittsalters (65 bzw. 67 Jahre) verbunden.

Die WHO definiert Menschen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben als alt, wobei in folgende Lebensabschnitte unterschieden wird:<sup>19</sup>

61 - 75 Jahre: Lebensabschnitt des älteren Menschen

76 - 90 Jahre: Lebensabschnitt des alten Menschen

ab 90 Jahre: Lebensabschnitt des sehr alten/ hochbetagten Menschen

ab 100 Jahre: Lebensabschnitt des langlebigen Menschen

Sowohl in Amerika als auch in Deutschland werden Menschen ab einem Alter von 70 Jahren im medizinischen Kontext als geriatrische Patienten definiert.<sup>20</sup>

Eine exakte Definition des Alters ist deswegen so schwierig, weil es keine eindeutige Beschreibung biologischer Alterungsprozesse gibt. Altern ist ein sehr individueller Vorgang, d. h. Alterungsprozesse verlaufen unterschiedlich. Die o. a. Definitionen von Alter bzw. von Lebensabschnitten wurden willkürlich vorgenommen, um den Altersbegriff im medizinischen Kontext zu verwenden.

### **Dimensionen des Alterns<sup>21</sup>**

Die Gerontologie müht sich um eine interdisziplinäre Beschreibung des Alters/Alterns, welches einzeln von der Biologie, der Medizin, der Anthropologie, der Philosophie, der Sozialgeschichte aber auch von der Wirtschafts-, Sozial-, Politik- und Kulturwissenschaft untersucht wird.<sup>22</sup>

Altern ist sowohl ein mehrdimensionaler Begriff, als auch ein mehrdimensionaler Prozess. Der Prozess des Alterns beginnt früh im Leben und kann das Alter selbst stark beeinflussen.

Gegebenheiten, die den Alterungsprozess beeinflussen sind Gesundheitszustand, Persönlichkeit, Geschlecht, sozialer Status, ökologische Einflüsse, ökonomische Aspekte, soziale Integration etc.. Die beeinflussenden Faktoren haben dabei unterschiedliches Gewicht. Schon die Vielzahl dieser Faktoren weist darauf hin, dass Altern ein sehr individueller Prozess ist.<sup>23</sup>

In den Begriffen „Biographisches“ und „Biologisches“ Alter macht sich die Schwierigkeit der Beschreibung deutlich.

### **Die biographische Dimension**

Das biographische oder chronologische Alter ist in der Anzahl der Lebensjahre klar festgelegt. Maßstab für das biographische Alter ist das Geburtsdatum, weiterhin orientiert es sich an gesetzlichen Bestimmungen, wie Volljährigkeit, Wahlalter oder Pensionierung. Das Alter in Lebensjahren abstrahiert von individuellen Unterschieden und wird vor allem von der Bürokratie als Abgrenzungsmerkmal verwendet. In modernen Gesellschaftssystemen zeigt sich ein starker Trend zur Chronologisierung von Lebensläufen, wodurch Personen unabhängig von ihren individuellen Erfahrungen, Wünschen und Bedürfnissen kalendarisch festgelegten Normen und Zwängen unterworfen werden.

### **Die biologische Dimension**

---

<sup>19</sup> vgl. Alterseinteilung Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1991

<sup>20</sup> [www.MedizInfo.de](http://www.MedizInfo.de)

<sup>21</sup> vgl. Siegrist, Prof. Dr., Johannes, Altern, Gesundheit und Krankheit – Medizinsoziologische Aspekte, WS 2008/2009 Universität Düsseldorf

<sup>22</sup> [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de)

<sup>23</sup> vgl. Höpflinger, Francois, Konzeptionelle Grundsätze und essentielle Elemente der modernen Altersforschung



Das biologische Alter ist das Resultat genetischer Programmierung und erfahrener äußerer Einflüsse von der Geburt bis zum Tod. Es wird von den altersbedingten Veränderungen der einzelnen Körperzellen bestimmt. Diese haben vielfältige Auswirkungen auf den gesamten Menschen.

Die mit dem biologischen Alter verbundenen körperlich-kognitiven Veränderungen werden von den oben beschriebenen Faktoren beeinflusst. Sie werden von den Menschen in ihrem jeweils selbstdefinierten (Alters-) Gefühl verschieden wahrgenommen. Diese Veränderungen sind individuell äußerst unterschiedlich ausgeprägt. Daher ist ein biologisches Alter nicht genau definierbar.

### **Die psychologische Dimension (subjektives oder gefühltes Alter)**

Das psychologische Alter (subjektives, gefühltes Alter) ist die subjektive Vorstellung des Alters aufgrund des Bildes, das der Mensch von sich selbst und seiner Leistungsfähigkeit hat (subjektive Selbsteinschätzung). Es geht dabei um das Verhältnis einer Person zu sich selbst. Dieses Verhältnis ist schwierig zu operationalisieren, deshalb bleibt der Begriff des psychologischen Alters unscharf.

Diese Dimension ist gekennzeichnet durch das innere Spannungsfeld zwischen der Annahme der eigenen Lebensgeschichte und dem was kommen wird, auch dem Tod.

Die im Laufe der eigenen Lebensgeschichte gewonnenen Erfahrungen und Fähigkeiten können durch selektive Optimierung Verluste regulieren.

### **Die soziologische Dimension**

Maßstab für das soziologische Alter ist die Einnahme verschiedener sozialer Positionen und Rollen, die das Individuum in einer bestimmten Phase auf Grund gesellschaftlicher Erwartungen vorfindet (z. B. Schulkind, Berufstätiger, Rentner, Elternschaft, Großelternschaft). Dabei richtet die Gesellschaft an jedes Lebensalter bestimmte Erwartungen hinsichtlich spezifischer Fähigkeiten und Fertigkeiten, spezifischer Lebensformen und spezifischer Rollen. Die Zuordnung „Alt“ kann in den verschiedenen Kategorien beträchtlich variieren.<sup>24</sup>

In der soziologischen Dimension teilt sich Alter besonders eindrucksvoll in junges und altes Alter. Das junge Alter ist von Freiheiten, Freizeit und Aktivitäten, Konsum und Gestaltungsspielräumen gekennzeichnet. Im alten Alter überwiegen soziale Isolation, Morbidität, Abhängigkeit und Autonomieverlust, d. h. für das Alter ist der Verlust zentraler Rollen bezeichnend.

Unter diesem Blickwinkel werden Altersphasen in unterschiedliche Abschnitte differenziert:

Junges Alter:	55 - 65 Jahre	Phase des autonomen und aktiven Rentenalters
Mittleres Alter:	66 - 74 Jahre	Phase des autonomen und aktiven Rentenalters
Hochaltrigkeit:	75 - 84 Jahre	Phase der erhöhten Gebrechlichkeit und Fragilität
Hochbetagtheit:	85 Jahre und älter	Phase der Pflegebedürftigkeit

Der soziologische Begriff des Alters bezieht sich auf die Fremdeinschätzung: Alter als Status in der Gesellschaft. Der Status des Alters variiert entsprechend den jeweiligen Wert- und Normvorstellungen einer Gesellschaft und ist damit sowohl interkulturell unterschiedlich als auch dem gesellschaftlichen Wandel unterworfen.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> vgl. Walter, Ulla; Flick, Uwe; Neuber, Anke; Fischer, Claudia; Schwarz, Friedrich-Wilhelm, Alt und gesund? – Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis, 2006, Verlag für Sozialwissenschaften

<sup>25</sup> vgl. Rosenmayr, Leopold, Die späte Freiheit. Das Alter - ein Stück bewusst gelebten Lebens, 1983, Severin & Siedler Verlag

## **Anlage 3 – Besonderheiten des Alterungsprozesses bei älteren Menschen mit Behinderung**

### **Menschen mit geistiger Behinderung im Alter**

Die These, dass Menschen mit geistiger Behinderung im Alter generell vorzeitige Alterserscheinungen aufweisen, wird heute in dieser Form nicht mehr vertreten. „Eine verbesserte Betreuung und Förderung sowie der medizinische Fortschritt haben dazu beigetragen, dass heute geistig behinderte Menschen, die nach dem Dritten Reich geboren wurden, mittlerweile nicht nur das 60. Lebensjahr überschreiten, sondern auch ein immer höheres Lebensalter erreichen können. Damit erschließt sich dieser Personengruppe nicht nur eine ganz neue Lebensperspektive, sondern es gehen damit auch Probleme einer zunehmenden Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einher.“<sup>26</sup>

Beim Behinderungsbild des Down-Syndroms ist beispielsweise ein früherer biologischer Abbauprozess festzustellen als bei anderen geistigen Behinderungen, was auf ein verstärktes Auftreten der Demenzerkrankung Alzheimer zurückgeführt wird. Bereits an 40-Jährigen können typische Erscheinungen des Alzheimer-Syndroms festgestellt werden.<sup>27</sup> Nach einer Studie aus den Niederlanden steigt bei Menschen mit Down-Syndrom der Pflege- und Unterstützungsbedarf z.B. im Alter von 50 Jahren erheblich an, während das bei anderen Heimbewohnern erst bei über 60-Jährigen festzustellen ist.<sup>28</sup>

### **Menschen mit seelischer Behinderung im Alter**

In Bezug auf Menschen mit seelischer Behinderung gibt es je nach Behinderungsbild unterschiedliche Verläufe des Älterwerdens. Bei schizophrenen Psychosen treten im fortschreitenden Lebensalter (auch bei chronischer Verlaufsform), die schizophrenen Symptome meist zurück und Rückfälle mit akuter Symptomatik werden seltener. „Im Alter erscheinen 20% der zuvor Schizophrenen geheilt, ca. 45% wesentlich gebessert.“<sup>29</sup> Auf der anderen Seite findet man bei diesem Personenkreis lange Hospitalisationszeiten im Alter, was aber oft soziale Gründe hat. Im Hinblick auf die körperliche Gesundheit sind nicht wenige von ihnen schlechter gestellt als Gesunde, hauptsächlich mangels Gesundheitspflege und –vorsorge während der vorausgegangenen Zeit.<sup>30</sup>

Auch Neurosen schwächen sich in fortgeschrittenem Alter eher ab und bei Persönlichkeitsstörungen werden behandlungsbedürftige Krisen im Laufe des Lebens seltener.<sup>31</sup> Dagegen findet bei den eher phasenhaft verlaufenden affektiven Störungen eine Chronifizierung häufiger erst im Alter statt.<sup>32</sup>

Auch bei chronisch abhängigkeitskranken Menschen im Alter sind durch den zumeist langjährigen Missbrauch starke Verluste im geistigen und körperlichen Leistungsbereich gegeben, woraus nicht selten ein erheblicher Pflegebedarf entsteht.<sup>33</sup>

### **Menschen mit körperlicher Behinderung im Alter**

Nach einer verbreiteten Auffassung sind Menschen mit körperlicher Behinderung im Alter einem erhöhten Risiko ausgesetzt, aufgrund einseitiger Belastung degenerative Erkrankungen zu entwickeln. Aufgrund ihrer Vorschädigungen würden „Menschen mit körperlichen Behinderungen von Alternsprozessen [...] stärker berührt als Menschen ohne Behinde-

---

<sup>26</sup> vgl. Kuratorium Deutsche Altenhilfe, Pro Alter 2/08, S. 6

<sup>27</sup> vgl. Rainer Tölle/Klaus Windgassen, Psychiatrie, 14. Auflage, Heidelberg, 2005, S. 318

<sup>28</sup> vgl. Landschaftsverband Westfalen–Lippe: Menschen mit Behinderungen im Alter, S. 10

<sup>29</sup> vgl. Rainer Tölle/Klaus Windgassen, Psychiatrie, 14. Auflage, Heidelberg, 2005, S. 208

<sup>30</sup> ebd.

<sup>31</sup> vgl. Rainer Tölle/Klaus Windgassen, Psychiatrie, 14. Auflage, Heidelberg, 2005, S. 61, 114

<sup>32</sup> vgl. Landschaftsverband Westfalen–Lippe: Menschen mit Behinderungen im Alter, S. 10

<sup>33</sup> ebd.

rungen“.<sup>34</sup> Diese Einschätzung spiegelt sich auch im „Dritten Bericht zur Lage der älteren Generation“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wider, der bei Menschen mit einer körperlichen Behinderung ebenfalls mit einer höheren Hilfsbedürftigkeit und Anfälligkeit für Erkrankungen rechnet. Nach Angaben des Autorenteam sei dieser Personenkreis im Vergleich zu Nichtbehinderten von Alterungsprozessen insgesamt stärker betroffen.<sup>35</sup> Zu beachten bleibt indes, dass die Folgen einer Körperbehinderung im Alter je nach Behinderungsbild unterschiedlich schwer ausfallen können. Eine differenzierte Betrachtung sollte also der Tatsache Rechnung tragen, dass der Alterungsprozess durch eine Körperbehinderung „in bestimmten Fällen nicht oder nur unwesentlich beeinflusst zu werden vermag, in anderen Fällen dagegen die Kombination von Körperbehinderung und Alter gravierende Folgeerscheinungen zu zeitigen vermag“.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> KRUSE, A.: Selbstbestimmung und soziale Partizipation – Kompetenzerhaltung und –förderung, in: HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM u.a. (Hrsg.): Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung, Marburg 2001, 85-110, S. 99f

<sup>35</sup> vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Informationsbroschüre für behinderte Mädchen und Frauen: „Einmischen, Mitmischen“

<sup>36</sup> vgl. Alexander Skiba, Altern und Körperbehinderung - Grundlegende Aspekte einer Körperbehindertenpädagogik, in: Heilpädagogik online 03/2004, S. 52., URL: <[http://freenet-homepage.de/heilpaedagogik/hpo/heilpaedagogik\\_online\\_0304.pdf](http://freenet-homepage.de/heilpaedagogik/hpo/heilpaedagogik_online_0304.pdf)>

## **Anlage 4 – Rechtliche Rahmenbedingungen**

### **Leistungen der Sozialhilfe:**

#### Leistungen der Eingliederungshilfe:

- Leistungsberechtigte und Aufgabe der Eingliederungshilfe: § 53 SGB XII
- Leistungen: § 54 SGB XII i. V. m.  
§ 55 Abs. 1, Abs. 2 Ziff. 4 - 7 SGB IX

Gemäß § 53 Abs. 3 SGB XII ist es Aufgabe und Zielstellung der Eingliederungshilfe, eine drohende Behinderung zu verhüten, eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern sowie die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehören insbesondere

- die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern,
- die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder
- die behinderten Menschen so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

Das SGB XII formuliert für die Eingliederungshilfe keine zeitliche Beschränkung im Sinne einer Altersgrenze. Leistungen der Eingliederungshilfe sind zu erbringen "...wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art und Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann" (§ 53 Abs. 1 SGB XII).

Bei der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen geht es vor allem um die Entwicklung zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung durch eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Bedarfe und Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes der Menschen mit Behinderungen sowie um ein durchlässiges und flexibles Hilfesystem<sup>37</sup>.

#### Leistungen der Hilfe zur Pflege:

- Leistungsberechtigte und Leistungen des SGB XII - Sozialhilfe: §§ 61, 63, 64, 65, 66 SGB XII

Leistungen der Hilfe zur Pflege umfassen auch die Unterstützung zum Erhalt verbliebener und zur Wiedergewinnung abhanden gekommener Fähigkeiten (aktivierende Pflege). Die im Rahmen der aktivierenden Pflege zu erbringenden Maßnahmen sind von ihrem Umfang her nicht geeignet, die Ziele der Eingliederungshilfe zu erreichen.

### **Leistungen der Pflegeversicherung**

#### **Leistungen bei häuslicher Pflege:**

##### § 36 SGB XI – Pflegesachleistungen

Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Mehrere Pflegebedürftige können gemeinsam auch Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung in Anspruch nehmen, aber: Betreuungsleistungen als Sachleistungen dürfen nicht zu Lasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese

---

<sup>37</sup> 86. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2009, Beschlussprotokoll, TOP 5.2, 25./26.11.2009

Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

§ 37 SGB XI – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflege ein Pflegegeld beantragen, wenn die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung selbst sichergestellt werden kann. Durch die Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen, ist eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen.

§ 38 SGB XI – Kombination von Geldleistung und Sachleistung

Bei teilweiser Inanspruchnahme von Sachleistungen erhält der Pflegebedürftige daneben ein anteiliges Pflegegeld.

§ 39 SGB XI – Verhinderungspflege

Für längstens vier Wochen je Kalenderjahr übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege, wenn die Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist.

§ 40 SGB XI - Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Subsidiär können finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

§ 41 SGB XI – Tages- und Nachtpflege

Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst neben den pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege auch die notwendige Beförderung von der Wohnung zur Einrichtung und zurück.

§ 42 SGB XI – Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht in dem erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung  
Die Kurzzeitpflege umfasst neben den pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für vier Wochen pro Kalenderjahr.

§ 45 SGB XI - Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierte Personen bieten die Pflegekassen Schulungskurse unentgeltlich an. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln.

§ 45 b SGB XI – zusätzliche Betreuungsleistungen bei erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung

Anspruchsberechtigte Versicherte können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen.

### **Leistungen der vollstationären Pflege:**

#### **§ 43 SGB XI – vollstationäre Pflege**

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen von pauschalen Leistungsbeträgen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

#### **§ 43a SGB XI – Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

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 Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 SGB XI genannten Aufwendungen 10 v. H. des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts

#### **§ 87 b SGB XI – Vergütungszuschlag für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf eine Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung.

Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII vor, soweit dort nicht andere, dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die der Pflegeversicherung erbracht werden, § 13 Abs. 3 S. 1, 2 SGB XI, § 66 Abs. 1 SGB XII i. V. m. § 61 Abs. 1 S. 2, Abs. 5 SGB XII.

### **Leistungen der Krankenversicherung:**

#### **§ 28 SGB V Ärztliche (Haus- und Fachärzte) und zahnärztliche Versorgung**

Die ärztliche und zahnärztliche Versorgung umfassen die Tätigkeiten des Arztes/Zahnarztes zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten/Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Die psychotherapeutische Behandlung von Krankheiten wird von Psychotherapeuten durchgeführt.

#### **§ 31 SGB V Arznei- und Verbandmittel**

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen.

#### **§ 32 SGB V Heilmittel**

Bei Heilmitteln handelt es sich um persönlich zu erbringende, medizinische Dienstleistungen, die aktiv auf das Krankheitsgeschehen einwirken. Diese Dienstleistungen dürfen nur von entsprechend ausgebildeten und berufspraktisch erfahrenen Personen mit Zulassung (gemäß § 124 SGB V) erbracht werden. Zu den Heilmitteln gehören insbes. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, podologische Therapie.

### § 33 SGB V Hilfsmittel

Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

### § 37 SGB V Häusliche Krankenpflege und ambulante psychiatrische Pflege

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Die ambulante psychiatrische Pflege ist seit Juli 2005 Bestandteil der Häuslichen Krankenpflege. Sie soll dazu beitragen, dass psychisch kranke Menschen ein würdiges, eigenständiges Leben an dem von ihnen gewählten Lebensmittelpunkt führen können. Durch die Pflege vor Ort soll das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden.

### § 37 a SGB V Soziotherapie

Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

### § 37 b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten an dem von ihnen gewählten Lebensmittelpunkt zu ermöglichen.

### § 39 SGB V Krankenhausbehandlung

Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

### § 39 a SGB V Stationäre und ambulante Hospizleistungen

Ambulante Hospizdienste erbringen für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung an dem von ihnen gewählten Lebensmittelpunkt.

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung nicht erbracht werden kann.

§ 40 SGB V Ambulante oder stationäre geriatrische Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitation hat zum Ziel, die Selbstversorgung des Versicherten an dem von ihm gewählten Lebensmittelpunkt (mit und ohne Hilfe) zu erhalten, Funktionsdefizite zu verbessern, mit Hilfsmitteln bleibende Behinderungen im Alltag zu kompensieren und Pflegebedürftigkeit solange und soweit wie möglich zu verhindern.