

Wohn- und Lebenssituation von Menschen mit einer Behinderung im Alter

Kantonales Konzept



Februar 2010

INHALTSVERZEICHNIS

1.	AUSGANGSLAGE	5
1.1.	Auftrag und Auftraggeber	5
1.1.1.	Auftrag des Departementes des Innern des Kantons Solothurn	5
1.1.2.	Auftraggeber	5
1.2.	Zusammensetzung und Arbeitsweise der Arbeitsgruppe	5
1.2.1.	Zusammensetzung der Arbeitsgruppe	5
1.2.2.	Werthaltung der Mitglieder der Arbeitsgruppe	6
1.2.3.	Arbeitsweise der Arbeitsgruppe	6
1.3.	Fragestellungen	6
1.4.	Gesetzliche Grundlagen der Eidgenossenschaft	7
1.4.1.	Bundesverfassung vom 18.4.1999	7
1.4.2.	Bundesgesetz über den allg. Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6.10.2000	7
1.4.3.	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG vom 19.6.1959	7
1.4.4.	Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) vom 13.12.2002	7
1.5.	Gesetzliche und andere Grundlagen des Kantons Solothurn	8
1.5.1.	Kantonsverfassung vom 8.6.1986; Auszug aus der Kantonsverfassung:	8
1.5.2.	Sozialgesetz des Kantons Solothurn vom 31.1.2007	8
1.5.3.	Leitbild und Handlungskonzept 2004 'Menschen mit einer Behinderung'	8
1.5.4.	Stossrichtung Alterspolitik - Heimplanung des Kantons Solothurn vom 26.6.2006	8
1.6.	Definition von Begriffen und Abgrenzungen	8
1.6.1.	Behinderung und Invalidität	8
1.6.2.	Mögliche Ursachen und zeitliche Abgrenzung	9
1.6.3.	Geistige Behinderung	10
1.6.4.	Psychische Behinderungen	11
1.6.5.	Körperliche Behinderung	12
1.6.6.	Sinnesbehinderungen	13
1.6.7.	Behinderung infolge einer Suchterkrankung	13
1.6.8.	Alter	13
1.6.9.	Abgrenzung der altersbedingten Beeinträchtigungen	14
1.6.10.	Begriffe in Bezug auf die Leistungen	14
1.7.	Betreuung und Pflege	15
1.7.1.	Begriff und Inhalt der Pflege	16
1.7.2.	Begriff und Inhalt der Betreuung	16
1.8.	Aktuelle Zuständigkeiten im Kanton Solothurn	17
1.9.	Schnittstellen zwischen Behindertenwohnheimen und Alters- und Pflegeheimen	17
1.9.1.	Vorbemerkungen	17
1.9.2.	Aktuelle Situation der Vernetzung und Zusammenarbeit	17
2.	UMFRAGE UND AUSWERTUNG	18
2.1.	Zielsetzungen der Umfrage	18
2.2.	Menschen mit einer Behinderung (Fragebogen 1 + 2) zur aktuellen Situation	18

2.3.	Institutionen (Fragebogen 3 + 4) zur aktuellen Situation	21
2.3.1.	Institutionen im Bereich Alter und Pflege (Fragebogen 3)	21
2.3.2.	Institutionen des Behindertenbereiches (Fragebogen 4)	21
2.3.3.	Möglichkeiten und Grenzen heutiger Angebote	22
2.4.	Wünsche und Erwartungen von Betroffenen	23
2.4.1.	Menschen mit einer Behinderung (Fragebogen 1 + 2)	23
2.4.2.	Altersinstitutionen (Fragebogen 3)	23
2.4.3.	Behinderteninstitutionen (Fragebogen 4)	24
3.	RAHMENBEDINGUNGEN	25
3.1.	Übersicht über die Anzahl Menschen mit einer Behinderung über 50/65	25
3.1.1.	Alters- und Pflegeheime	25
3.1.2.	Behinderteneinrichtungen	25
3.1.3.	Verteilung auf die Behinderungsformen	25
3.2.	Unterschiede zwischen 'typischen' Alters- und Pflegeheimen sowie 'Wohnheimen für Menschen mit einer Behinderung'	25
3.2.1.	Zuständigkeit	25
3.2.2.	Auftrag, Betreuung und Pflege	26
3.2.3.	Gesellschaftliche Unterschiede	26
3.2.4.	Organisatorische Unterschiede	26
3.2.5.	Wichtigste Unterschiede zwischen den beiden Klientengruppen im Alter	27
3.2.6.	Rolle der Angehörigen	27
3.3.	Platzierung von Menschen mit einer Behinderung	28
3.3.1.	Rolle und Rechte der Menschen mit einer Behinderung bei der Platzierung	28
4.	BEDARFSERFASSUNGSSYSTEME	30
4.1.	RAI-RUG für Alters- und Pflegeheime	30
4.2.	System GBM für Behinderteneinrichtungen	30
5.	KOSTEN UND FINANZIERUNG	31
5.1.	Kosten- und Finanzierungssystematik in den Alters- und Pflegeheimen	31
5.2.	Finanzierungssystematik in den Behinderteneinrichtungen	31
5.3.	Angleichung der Taxen	31
5.4.	Vergleichbarkeit der Kosten und der Leistungen	32
6.	EMPFEHLUNGEN ZUR LEBENSGESTALTUNG ALTER MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN	33
6.1.	Ambulante Dienstleistungen	33
6.2.	Stationäre Dienstleistungen	33
6.3.	Kriterien für die Zuteilung in die Begleit-, -Betreuungs- oder Pflegeform	33

6.3.1.	Menschen mit einer Behinderung (alle Behinderungsformen).....	34
6.3.2.	Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung	34
6.3.3.	Menschen mit einer psychischen Behinderung	35
6.3.4.	Menschen mit einer Sinnes- oder körperlichen Behinderung	35
6.3.5.	Menschen mit einer Behinderung infolge einer Suchterkrankung	35
6.4.	Casemanagement.....	36
6.5.	Sicherung der Pflegequalität in Behinderteneinrichtungen	36
6.6.	Schaffung neuer oder Anpassung bestehender Angebote	37
6.7.	Erweiterung des RAI/RUG durch einen Fragebogen - Betreuung und Angleichung der Taxen in spezialisierten Gruppen in Behinderteninstitutionen	37
6.8.	Bewilligung, Aufsicht und Qualitätssicherung	38
7.	SCHLUSSBEMERKUNGEN.....	39

1. AUSGANGSLAGE

Seit geraumer Zeit steigt die Lebenserwartung und damit verbunden die Anzahl älterer Menschen in der Schweiz kontinuierlich an. Dies gilt ebenfalls für Personen mit Behinderungen, wobei in dieser Gruppe der Alterungsprozess teilweise wesentlich früher einsetzt. Das Amt für soziale Sicherheit ist sich dieser Entwicklung bewusst und nimmt sich gemeinsam mit den Fachkommissionen Menschen mit Behinderungen und Alter dieser Problematik an. Es besteht Klärungsbedarf bezüglich der Wohn- und Lebenssituation von Menschen mit einer Behinderung im Alter, vor allem von Menschen, die bereits in einer Behinderteninstitution wohnen.

Einzelne Behinderteninstitutionen überlegen sich denn auch, ob sie für ihre älteren Bewohnerinnen und Bewohner spezielle Wohneinheiten bilden sollen, andere haben bereits solche Wohngruppen realisiert. Es stellen sich in Verbindung damit diverse Fragen hinsichtlich:

- Bedarfserfassung,
- Tagesgestaltung,
- fachlicher Ausbildung der Betreuenden und Pflegenden,
- Kosten, Kostenträgerrechnung und Finanzierung.

1.1. Auftrag und Auftraggeber

1.1.1. Auftrag des Departementes des Innern des Kantons Solothurn

Der Auftrag des Departementes des Innern, vertreten durch das Amt für soziale Sicherheit, an die Arbeitsgruppe lautete wie folgt:

- Strategie und Konzept „Möglichkeiten der Wohn- und Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen im Alter“ wird erstellt.

Darin enthalten sind insbesondere:

- Übersichten über Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner, Behinderungsarten und Behindertenwohnheime, in welchen über 50-Jährige im Kanton Solothurn wohnen
- Übersichten über Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner, Behinderungsarten und Alters- und Pflegeheime, in welchen Menschen mit Behinderungen im Kanton Solothurn leben
- Schnittstellen zwischen Behindertenwohnheimen und Alters- und Pflegeheimen
- Kriterien der Betreuung und Pflege
- Kriterien der Kosten
- Kriterien der Finanzierungen
- Möglichkeiten und Grenzen heutiger Angebote
- Fazit mit grundsätzlichen Empfehlungen über die Wohn- und Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen im Alter

1.1.2. Auftraggeber

Departement des Innern des Kantons Solothurn, Amt für soziale Sicherheit; vertreten durch den Chef ASO, Marcel Châtelain.

1.2. Zusammensetzung und Arbeitsweise der Arbeitsgruppe

1.2.1. Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppe unter der Leitung von Frau Maria Christ, ehemalige Geschäftsleiterin der Pro Infirmis Kanton Solothurn und ehemalige Vize-Präsidentin der Fachkommission Menschen mit Behinderungen des Kantons Solothurn, bestand gemäss Auftrag aus folgenden Mitgliedern:

- 3 Personen aus der Fachkommission Alter (Sonja Leuenberger, Anna Stadelmann, Urs Nyffeler)
- 3 Personen aus der Fachkommission Behinderung (Heinrich Erne, Josef Reichmann, Roger Schnellmann)
- 2 Mitarbeitende aus dem Amt für soziale Sicherheit, Fachstellen Alter und Pflege sowie Behinderung (Katharina Ryser und Stephan Egloff).

1.2.2. Werthaltung der Mitglieder der Arbeitsgruppe

Je älter die Menschen werden, desto verschiedenartiger werden sie. Durch die Behinderung nimmt die Heterogenität noch zu. Mögliche Lösungen sind daher differenziert auf die einzelnen Individuen abzustimmen. Institutionen, Behörden und Angehörige sind also gefordert, für alle Betroffenen verantwortbare Lösungen zu suchen. Dabei sollen sich die Entscheidungsträger primär am Wohle der Menschen mit einer Behinderung orientieren. Genau so wenig wie 'normale' ältere Menschen nach Erreichen des AHV-Alters in ein Heim eintreten, sollen auch Menschen mit einer Behinderung nicht alleine wegen ihres Alters das Heim wechseln müssen. Für jede Umplatzierung braucht es nachvollziehbare Gründe.

1.2.3. Arbeitsweise der Arbeitsgruppe

Zur Erarbeitung von Unterlagen und der Bearbeitung von Teilbereichen wurden verschiedene Untergruppen geschaffen. Alle wesentlichen Entscheide wurden im Plenum gefasst.

Zu den wichtigsten Hilfsmitteln gehörten die Erarbeitung und die Auswertung von 4 spezifischen Fragebogen, die sich an folgendes Zielpublikum wandten:

- 1) Fragebogen 1 für Menschen mit einer Behinderung, welche privat wohnen;
- 2) Fragebogen 2 für Menschen mit einer Behinderung, welche in einer Institution (Heim, öffentliche Wohngemeinschaft usw.) wohnen;
- 3) Fragebogen 3 für die Leitungen und Trägerschaften von Alters- und Pflegeheimen und gleichartigen Institutionen;
- 4) Fragebogen 4 für die Leitungen und Trägerschaften von Einrichtungen im Behindertenbereich (nur Wohninstitutionen).

Die umfangreichen und arbeitsintensiven Auswertungen der retournierten Fragebogen und die Zusammenstellung zu verwertbaren Ergebnissen wurden durch Dr. Heinrich Erne ausgeführt. Die Ergebnisse werden in den jeweiligen Kapiteln ausführlich dargestellt.

1.3. Fragestellungen

Die Arbeitsgruppe hatte grundsätzliche Empfehlungen für oder gegen einen allgemeinen Übertritt von Menschen mit einer Behinderung bei Eintritt in das AHV-Alter in ein Alters- und Pflegeheim resp. für oder gegen den Verbleib in einer Behinderteneinrichtung zu erarbeiten sowie ganz grundsätzliche Lösungsansätze zu den offenen Fragen bezüglich Menschen mit einer Behinderung im Alter aufzuzeigen:

- Bei welchen Formen von Behinderungen ist ein Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim zumutbar beziehungsweise nicht zumutbar und aus welchen Gründen?
- Zu welchem Zeitpunkt und aufgrund welcher Kriterien soll ein Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim resp. in eine spezialisierte Gruppe / Institution erfolgen?
- Welche Bedingungen und Bewilligungsvoraussetzungen sind an Altersgruppen in den Behinderteneinrichtungen zu stellen?
- Werden die altersbedingten Veränderungen in den spezifischen Einrichtungen gebührend berücksichtigt; z.B. weniger Aktivierung und Therapie, das Recht auf Müsiggang und auf Ruhepausen in der Alltagsgestaltung?
- Welches Finanzierungssystem soll zur Anwendung kommen? Ist das RAI-RUG-System - allenfalls verbunden mit einem Betreuungszuschlag - anwendbar? Können mit dem GBM-System Pflegeleistungen genügend erfasst werden?
- Wie lassen sich allfällige Taxunterschiede zwischen den Alters- und Pflegeheimen einerseits

und den Behinderteneinrichtungen andererseits begründen resp. rechtfertigen?

- Sind in Alters- und Pflegeheimen spezifische Abteilungen für betagte Menschen mit einer Behinderung zu schaffen? Welche Bedingungen und Bewilligungsvoraussetzungen müssten dabei geschaffen werden?
- Welche Bedürfnisse haben die betroffenen Menschen selber?

Diese Fragen, die natürlich nicht abschliessend sind, sollen mit diesem Konzept geklärt werden.

1.4. Gesetzliche Grundlagen der Eidgenossenschaft

Vor Arbeitsbeginn, zur Vorbereitung und letztlich als Teil der Entscheidungsgrundlage stellt sich die Frage, welche Gesetze und Leitbilder bereits bestehen und welche wesentlichen Aussagen darin zum aktuellen Thema gemacht werden. Dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit einer Behinderung der Vereinten Nationen ist die Schweiz bis heute nicht beigetreten. In den geltenden Gesetzen finden sich viele Hinweise und Grundlagen zum hier bearbeiteten Thema. Nachfolgend eine Auflistung der wichtigsten Gesetze und Grundlagenpapiere:

1.4.1. Bundesverfassung vom 18.4.1999

Art. 8 Rechtsgleichheit:

- ¹ Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.
- ² Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung.

1.4.2. Bundesgesetz über den allg. Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6.10.2000

Auszug aus dem ATSG; Art. 8 Invalidität:

- Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit
- Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird.

1.4.3. Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG vom 19.6.1959

Auszug aus dem IVG; Art. 4 Invalidität:

- Die Invalidität (Art. 8 ATSG) kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.
- Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat.

1.4.4. Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) vom 13.12.2002

(Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit einer Behinderung); Art. 1 Zweck:

- ¹ Das Gesetz hat zum Zweck, Benachteiligungen zu verhindern, zu verringern oder zu beseitigen, denen Menschen mit Behinderungen ausgesetzt sind.
- ² Es setzt Rahmenbedingungen, die es Menschen mit Behinderungen erleichtern, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und insbesondere selbständig soziale Kontakte zu pflegen, sich aus- und fortzubilden und eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

1.5. Gesetzliche und andere Grundlagen des Kantons Solothurn

1.5.1. Kantonsverfassung vom 8.6.1986; Auszug aus der Kantonsverfassung:

Art. 6 Schutz der Menschenwürde: Die Würde des Menschen ist unantastbar.

Art. 7 Rechtsgleichheit: Alle Menschen sind vor dem Gesetze gleich.

1.5.2. Sozialgesetz des Kantons Solothurn vom 31.1.2007

Gemäss § 25, Abs. 2, lit. g des Sozialgesetzes ist die Sicherstellung der Leistungen für Menschen mit einer Behinderung und deren Finanzierung eine kantonale Aufgabe.

§ 26 lit. f hält fest, dass es Aufgabe der Gemeinden ist, die Leistungen in den Bereichen 'ambulante und stationäre Betreuung und Pflege' zu erfüllen und zu finanzieren.

1.5.3. Leitbild und Handlungskonzept 2004 'Menschen mit einer Behinderung'

Auszug aus dem Leitbild:

'Seite 6: Besonderes Augenmerk ist der Gruppe der alternden und älteren Menschen mit Behinderung zu schenken. Betreuungs-, Förderstrukturen und -programme sind anzupassen bzw. zu entwickeln, um sie auch auf die Bedürfnisse dieser neuen Gruppe auszurichten.'

'Seite 9: Der Kanton überwacht die Einhaltung der Gleichberechtigung von Menschen mit und ohne Behinderungen in **allen Lebensbereichen**. Er trifft die ihm zustehenden Massnahmen zur Vermeidung von Benachteiligungen aufgrund einer Behinderung.'

'Aktionsfeld 4, Wohnen: In diesem Abschnitt wird betont, dass das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen berücksichtigt werden soll und dass z.B. beim selbständigen Wohnen bedarfsgerechte Angebote (Assistenz, familienergänzende Einrichtungen usw.) unterstützt werden sollen.'

1.5.4. Stossrichtung Alterspolitik - Heimplanung des Kantons Solothurn vom 26.6.2006

Auszug aus Ziffer 2.3; Menschen mit Behinderung:

'Grundsätzlich stellt sich die Frage, wo betagte Menschen mit Behinderung im Alter leben sollen. Die Behinderteninstitutionen sind gefordert, nach anderen Wohnformen zu suchen, zum Beispiel Seniorenwohngruppen für geistig behinderte Menschen einzurichten'.

'Heute werden Einrichtungen für IV-Bezügerinnen und -bezüger restriktiv von solchen für Seniorinnen und Senioren getrennt, da die Finanzierung nicht dieselbe ist. Es stellt sich die Frage, ob nicht ab einem gewissen Grad der Pflegebedürftigkeit IV-Bezügerinnen und -bezüger einen Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherer hätten. Wenn ja, würde dies bedingen, dass IV-Einrichtungen ebenfalls in die Heimplanung miteinbezogen werden müssten. Voraussetzung sind:

- Ein von santésuisse und vom Kanton anerkanntes Leistungserfassungssystem;
- Genügend diplomiertes Pflegefachpersonal;
- Ausreichende ärztliche Betreuung.

1.6. Definition von Begriffen und Abgrenzungen

1.6.1. Behinderung und Invalidität

Die Begriffe 'Behinderung' und 'Invalidität' im Sinne der Gesetze haben nicht die gleiche Bedeutung und dürfen nicht verwechselt werden: 'Invalidität' ist insbesondere rechtlich nicht identisch mit dem Begriff 'Behinderung'. Menschen mit einer Behinderung, die trotzdem einer Erwerbstätigkeit nachgehen können, welche ihnen eine selbständige und unabhängige Lebensgestaltung ermöglicht, sind zwar Behinderte im Sinne des Gleichstellungsgesetzes, aber nicht invalid im Sinne des IVG.

Invalidität hört mit dem Eintritt in das AHV-Alter auf. D.h., dass die IV-Rente beim Eintritt in das Rentenalter durch die ordentliche AHV-Rente ersetzt wird. Ab diesem Zeitpunkt kann niemand mehr invalid werden, aber durchaus noch behindert.

Wann ist ein Mensch behindert? Wer entscheidet darüber? Ist oder gilt ein Mensch im AHV-Alter, welcher pflegebedürftig ist oder an Demenz leidet, als behindert? Ist ein betagter Mensch, der auf einen Rollator oder einen Rollstuhl angewiesen ist, behindert? Geht die Behinderung über den Beginn des AHV-Alters hinaus? Dies sind Fragen, welche vor einer Beantwortung eingehend besprochen werden wollen.

Es hat sich gezeigt, dass der Begriff 'Behinderung' sehr unterschiedlich verstanden und angewendet wird. Beim Auswerten der ausgefüllten Fragebogen konnten bei den Alters- und Pflegeheimen Unklarheiten und Unsicherheiten in Bezug auf den Begriff 'Behinderung' festgestellt werden. Einzelne gingen davon aus, dass im Prinzip alle betagten Menschen, welche auf Hilfe und Pflege angewiesen sind, im Sinne des Wortes behindert sind. Andere wiederum verwendeten den Begriff 'Behinderung' im Sinne der IV, womit ein betagter Mensch über 65 zwar Behinderungen aufweisen kann, jedoch nicht zum 'Behinderten' wird. Würde der Fragebogen mit dem heutigen Wissensstand formuliert, könnten diese Unklarheiten durch präzisere Fragestellungen und Erläuterungen vermieden werden. Die Resultate sind somit in Bezug auf die Zahlen nur bedingt zu verwenden.

Das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) sowie das Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) machen bezüglich dem Eintritt in eine Behinderung klare Aussagen, die an dieser Stelle nicht wiederholt werden müssen. Keine Aussagen machen die Gesetze zur Altersfrage.

1.6.2. Mögliche Ursachen und zeitliche Abgrenzung

Die Frage, was unter 'Behinderung' verstanden wird, muss geklärt werden, sonst kommt es zu diversen Missverständnissen und Unklarheiten. Gemäss Stracke-Mertes (1993) können für das bessere Verständnis die Menschen mit einer Behinderung in drei Gruppen eingeteilt werden.

Die Unterteilung bildet ab, in welchem Lebensalter eine Behinderung auftreten kann. Dabei sollte beachtet werden, dass sich Menschen mit einer primären Behinderung anders entwickeln als solche, die ein Leben ohne Behinderungen verbracht haben und erst im Alter gewisse Einschränkungen hinnehmen müssen.

a) Primäre Behinderungen

Primäre Behinderungen sind solche, die pränatal, während der Geburt oder in frühester Kindheit (Säuglingsalter) entstanden sind. Die betroffenen Menschen (und zwangsläufig auch die Umgebung) erleben die Sozialisation unter dem Eindruck der entsprechenden Behinderung. In den letzten Jahren ist ein deutlicher Anstieg des Alters bei Menschen mit einer primären Behinderung feststellbar. Als quasi doppelte Stigmatisierung kommen dabei häufig noch altersbedingte Einschränkungen dazu.

Formen von primären Behinderungen (keine abschliessende Aufzählung):

- Geistige Behinderung;
- Down-Syndrom (Trisomie-21);
- Sinnesbehinderung;
- Körperbehinderung;
- Sprachbehinderung.

b) Sekundäre Behinderungen

Damit sind Behinderungen gemeint, die in Folge einer Erkrankung oder einer Schädigung entstanden sind. Der Eintritt der Behinderung ist nicht auf ein bestimmtes Alter fixiert. Das heisst, die Behinderung kann im Kindes- und/oder Erwachsenenalter bis zum Eintritt ins AHV-Alter auftreten.

Formen von sekundären Behinderungen (keine abschliessende Aufzählung):

- Lähmungen (Kinderlähmung, MS);
- Funktionelle Störungen (z.B. Störungen des Bewegungsapparates);
- Geistige Behinderung (z.B. durch Unfall, Gewaltverbrechen, traumatische Erlebnisse, Krankheiten);
- Körperliche Behinderung (z.B. durch Unfälle);
- Behinderung als Folge von verschiedenen Suchtformen resp. -erkrankungen;
- Psychische Behinderung (z.B. Depressionen, Schizophrenie oder Neurosen; Auslöser können Krank-

heiten, Unfälle, Gewaltverbrechen, belastende oder traumatische Erlebnisse, etc. sein).

c) Tertiäre Behinderungen

Unter dieser Bezeichnung werden alle Behinderungsformen zusammengefasst, die im AHV-Alter resp. durch das Alter bedingte Krankheitsprozesse entstehen können (ab Eintritt ins AHV-Alter). Die betroffenen Menschen haben ihre Zeit vorher ohne nennenswerte Behinderung verbracht. Anders gesagt: Das Alter schützt nicht vor Behinderung, aber es entsteht keine Invalidität mehr im Sinne der IV-Gesetzgebung.

1.6.3. Geistige Behinderung

Setzt man sich vertieft mit der Materie 'Behinderung' auseinander, wird bald klar, dass man es nicht mit einer homogenen Gruppe zu tun hat. Behinderungen sind vielfältig, was sich eindrücklich am Beispiel 'geistige Behinderung' zeigt. Nachfolgende ICD-Klassifizierung hilft, die Situation differenzierter zu betrachten.

Einige Krankheits- oder Behinderungsbilder ähneln oberflächlich der geistigen Behinderung, sind jedoch im Sinne einer Differentialdiagnose von ihr zu unterscheiden. Dazu gehören zum Beispiel der frühkindliche Autismus, die psychosoziale Deprivation (Hospitalismus), die Demenz oder auch hirnrorganische Krankheiten. Die hauptsächlichen Unterscheidungen bestehen darin, dass die geistige Behinderung von Anfang des Lebens an besteht, dass keine Wahnsymptome vorhanden sind und dass das Sozialverhalten nicht autistisch ist (Wikipedia, 2009). Anzumerken ist allerdings, dass bei rund drei Vierteln aller Personen mit frühkindlichem Autismus zusätzlich eine geistige Behinderung diagnostiziert worden ist (<http://www.autismusweb.de>).

Durch den ICD-10 (International Classification of Diseases) ist es möglich, eine internationale Klassifikation von Diagnosen vorzunehmen. Es handelt sich um ein von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenes Handbuch zur Klassifizierung aller Krankheiten und Diagnosen.

Die ICD-10-Klassifikation teilt die geistige Behinderung in verschiedene Grade ein:

a) Leichte, geistige Behinderung (auch leichte Intelligenzminderung, früher Debilität), ICD-10 F70

Der Intelligenzquotient liegt zwischen 50 und 69. Die Betroffenen haben Schwierigkeiten in der Schule und erreichen als Erwachsene eine Intelligenz von Kindern im Alter von 9 bis unter 12 Jahren. Viele Erwachsene mit dieser Behinderung können arbeiten, gute soziale Beziehungen pflegen und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten.

b) Mittelgradige geistige Behinderung (auch mittelgradige Intelligenzminderung, früher Imbezilität), ICD-10 F71

Der Intelligenzquotient liegt zwischen 35 und 49. Dies entspricht beim Erwachsenen einem Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren. Es kommt zu deutlichen Entwicklungsverzögerungen in der Kindheit. Die meisten Betroffenen können aber ein gewisses Mass an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmass Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.

c) Schwere geistige Behinderung (auch schwere Intelligenzminderung, früher Imbezilität), ICD-10 F72

Der Intelligenzquotient liegt zwischen 20 und 34. Dies entspricht beim Erwachsenen einem Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren. Da die Betroffenen nicht lesen und schreiben lernen und keine allgemeinbildende Schule besuchen können, absolvieren sie eine Schule für praktisch Bildbare; andauernde Unterstützung ist nötig.

d) Schwerste geistige Behinderung (auch schwerste Intelligenzminderung, früher Idiotie), ICD-10 F 73

Der Intelligenzquotient liegt unter 20. Dies entspricht beim Erwachsenen einem Intelligenzalter von unter 3 Jahren. Die eigene Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt.

1.6.4. Psychische Behinderungen

Psychische Gesundheit ist schwierig zu definieren, besteht sie doch aus so vielen Faktoren, die zusammen einen ganzheitlichen Zustand ergeben. Konflikte, Krisen und Schicksalsschläge, die das Leben bringt, erleben alle Menschen, ohne zu wissen, wann und wie sie eintreten. Der Übergang zu überproportional grossen Ängsten, zu auffälligen Verhaltensweisen, Persönlichkeitsausprägungen mit Krankheitscharakter ist fließend. Genetische Veranlagungen, fehlgesteuerte Reaktionen und traumatische Erlebnisse können unser Leben gravierend beeinflussen und zu grossem Leid oder sogar psychischer Behinderung führen.

Entscheidend für die psychische Gesundheit sind die Möglichkeiten zur Bewältigung von Krisen, Konflikten, Schicksalsschlägen und anderen sehr belastenden Ereignissen. Auch soziale Faktoren spielen eine grosse Rolle im Leben eines Menschen. Hat jemand Arbeit, ein Einkommen? Bewegt sich jemand in einem guten sozialen Umfeld? Soziale Mängel in unserem Leben erhöhen das Risiko psychisch zu erkranken um ein Vielfaches.

Bei den psychischen Erkrankungen ist der Übergang zwischen den ausgeprägten Krankheitssymptomen und einer Behinderung im Sinne der IV-Gesetzgebung oft fließend. Psychisch kranke Menschen durchleben, vor allem bei einer Chronifizierung ihrer Krankheitssymptome, oft viele Stadien, in welchen sie auch immer wieder mit akuten Krisen konfrontiert sind. Dies insbesondere dann, wenn von den Betroffenen und ihrem Umfeld die Krankheit nicht als solche anerkannt wird.

Einmal mehr sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass der Umgang der Gesellschaft mit psychischen Krankheiten vielfach die Betroffenen dazu zwingt, ihre Krankheit zu verstecken, zu verdrängen oder sich diesbezüglich nicht zu 'outen'.

Die ICD-10-Klassifikation teilt die psychischen Krankheiten resp. Behinderungen in verschiedene Krankheitsbilder ein:

F0 Organische Störungen

Diese Kategorie umfasst alle psychischen Krankheiten, bei denen eine Schädigung des Gehirns nachweisbar ist. Die dabei auftretenden Symptome sind direkte Folgen der Hirnschädigung. Als wichtigste Erkrankung ist die Demenz zu erwähnen, die Folge eines langsam fortschreitenden Hirnabbaues ist. Die Ursachen dieses Abbaues sind nicht bekannt.

F1 Störungen durch Alkohol oder Drogen

Darunter werden Erkrankungen verstanden, bei welchen Drogen und/oder Alkohol eine wesentliche Rolle bei der Entstehung einer psychischen Störung spielen. Menschen, die unter einer solchen Erkrankung leiden, sind von der entsprechenden Substanz abhängig. Ein lang andauernder Konsum dieser Stoffe schädigt die Betroffenen psychisch, körperlich und sozial.

F2 Schizophrenie

Die Störung geht einher mit zum Teil bizarrem und sozial wenig verträglichem Verhalten, deutlich sichtbaren Symptomen wie Wahn und Halluzinationen sowie Störungen des Denkens und der Gefühle. Die Ursache dieser Erkrankung ist nach wie vor wenig geklärt. Sie trifft in der Regel junge Erwachsene. Insgesamt erkranken 1% der Bevölkerung im Laufe des Lebens an einer Schizophrenie. Es gibt verschiedene Untergruppen mit unterschiedlichen Symptomen und Verläufen.

F3 Affektive Störungen (Depressionen)

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Krankheiten überhaupt. Eine Depression bedeutet für die Betroffenen eine schwere Leidenszeit, die von der Umwelt oft verkannt wird. Rund 10 bis 20% der Menschen in unserer Kultur leiden irgend einmal im Leben an einer Depression. Im Zentrum der Symptomatik stehen Veränderungen der Stimmungslage mit unterschiedlichem Ausmass, wie Hoffnungslosigkeit, Antriebsmangel, innere Leere und häufig auch Selbstmordgedanken. In einigen Fällen treten neben diesen depressiven Symptomen auch manische Zustände (gehobene Stimmungslage, Antriebssteigerung, usw.) auf, so dass man von einer bipolaren resp. manisch-depressiven Erkrankung spricht.

F4 Neurotische Störungen / Belastungsstörungen

Unter dieser Krankheitsgruppe werden verschiedene Störungen eingereicht, bei welchen vornehmlich ein enger Bezug zur Persönlichkeitsentwicklung und/oder zur aktuellen Lebenssituation besteht. Je nach vorherrschenden Symptomen fallen hier Angst-, Panik-, Zwangs- und Belastungsstörungen darunter.

F5 Verhaltensauffälligkeiten (Ess-, Schlaf- und Sexualstörungen)

In dieser Gruppe werden vor allem zwei wichtige Krankheitsbilder beschrieben: Die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa. Diese Störungen treten besonders bei heranwachsenden Mädchen auf und zeichnen sich aus durch Essverhalten, die zu einem starken Untergewicht führen können oder durch häufig auftretende 'Fress-' und 'Brechattacken' gekennzeichnet sind. Meistens sind die Störungen auch von einer Überaktivität begleitet.

Daneben werden in dieser Krankheitsgruppe auch Schlaf- und Sexualstörungen eingereicht, die meistens einen engen Bezug zur aktuellen Lebenssituation haben, sofern keine körperlichen Gründe vorhanden sind.

F6 Andere Persönlichkeitsstörungen

Diese Störungen umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und sozialen Lebenslagen zeigen. Dabei findet man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher. Für eine Diagnose 'Persönlichkeitsstörung' müssen verschiedene Kriterien erfüllt sein, die im Folgenden aufgeführt sind:

1. Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken sowie in der Beziehung zu andern.
2. Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.
3. Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
5. Die Störung führt zu deutlichem subjektivem Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.
6. Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Die ausführlichere Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen mit den verschiedenen Kriterien könnten auch auf alle anderen psychischen Behinderungen ausgedehnt werden.

Es zeigt auf, wie komplex und vielschichtig eine psychische Krankheit bzw. Behinderung sein und in die Lebenskonstellation der Menschen einfließen kann und wie komplex und vielschichtig somit auch die therapeutischen und betreuerischen Bemühungen geplant und durchgeführt werden müssen.

1.6.5. Körperliche Behinderung

Eine Person kann dann als körperbehindert bezeichnet werden, wenn sie infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungsapparates, einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Krankheit so in ihrem Verhaltensspektrum beeinträchtigt ist, dass die Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion erschwert ist. Körperliche Behinderungen stehen immer im Kontext mit den Umweltbedingungen. Je ungünstiger die Umweltbedingungen sind, desto eher erhält eine Beeinträchtigung das Gewicht einer Behinderung. Dementsprechend sind in benachteiligten Milieus relativ große Anteile an Behinderungen festzustellen. Je weniger Barrieren vor allem in baulicher Art vorhanden sind, desto weniger wirkt sich eine körperliche Behinderung im Sinne einer Einschränkung aus.

Die meisten Menschen mit einer körperlichen Behinderung sind aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten absolut in der Lage, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und einer Erwerbstätigkeit nachzu-

gehen, sofern Wohnobjekte, Arbeitsstätten und Transportsysteme entsprechend eingerichtet sind. Körperliche Behinderungen führen also nicht zwangsläufig zu einer Invalidität. Das Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen bezweckt, Benachteiligungen zu verhindern, zu verringern oder zu beseitigen, denen Menschen mit Behinderungen ausgesetzt sind.

Etwas problematisch bezüglich der Definition und der Abgrenzung sind körperliche Behinderungen, welche in Verbindung mit einer geistigen Behinderung stehen. Der Betreuungs- und Pflegebedarf ist gerade bei diesen Mehrfachbehinderungen oft sehr gross. Auch im Kanton Solothurn sind mehrere Institutionen für die Betreuung dieser Menschen ausgerichtet.

1.6.6. Sinnesbehinderungen

Unter dem Oberbegriff 'Sinnesbehinderung' werden primär Behinderungsformen zusammengefasst, die die Sinne 'Hören' und 'Sehen' betreffen. Zu den Sinnesbehinderungen zählen Hörbehinderungen (Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit), Sehbehinderungen (Blindheit, Fehlsichtigkeit) und Taubblindheit. Die anderen Sinne wie Geruchssinn, Geschmackssinn und Tastsinn werden nicht als in erster Linie zu fördernde Behinderungen angesehen, wobei aus sonderpädagogischer Sicht auch hier Förderungs- und Unterstützungsmassnahmen sehr sinnvoll sind.

Den Fern-Sinneskanälen 'Sehen' und 'Hören' muss als wichtige Träger der Informationsaufnahme besondere sonderpädagogische Beachtung geschenkt werden.

Dank entsprechender Schulung und guten Hilfsmitteln können Menschen mit einer Sinnesbehinderung mehrheitlich gut am gesellschaftlichen Leben teilhaben.

1.6.7. Behinderung infolge einer Suchterkrankung

Nicht speziell behandelt werden im vorliegenden Konzept die Behinderungen infolge einer Suchterkrankung. Aufgrund vielfältiger Erfahrungen in der Praxis ist bekannt, dass insbesondere die Spätfolgen von Alkohol- und Drogenmissbrauch dementiellen Erkrankungen sehr gleichen und die eigentliche Suchtproblematik sukzessive in den Hintergrund tritt. Gleichzeitig lässt sich bei vielen betroffenen Menschen eine psychische Behinderung sowie ein vergleichsweise früh beginnender Alterungsprozess feststellen. Konkrete Massnahmen im stationären Bereich drängen sich gemäss Aussagen von Experten nicht auf, da viele ambulante und teilstationäre Angebote zur Verfügung stehen. Ebenfalls ausreichend vorhanden sind qualifizierte Beratungsstellen. Ist eine Platzierung aufgrund einer Pflegebedürftigkeit notwendig, so kann diese normalerweise in einem Alters- und Pflegeheim erfolgen. Wird eine Platzierung infolge einer im Vordergrund stehenden psychischen Behinderung in Betracht gezogen, so verfügt der Kanton Solothurn über mehrere stationäre Angebote. Einzelne Institutionen haben sich für die Betreuung von Menschen mit einer Suchtproblematik ohne Therapieanspruch spezialisiert. Sind stationäre therapeutische Massnahmen nötig, sind die Institutionen im IVSE-Bereich C (Sucht) zuständig. Die Aufenthaltsdauer in diesen Institutionen ist allerdings beschränkt, da die Therapie und nicht ein langfristiger Verbleib im Vordergrund steht.

1.6.8. Alter

Der Begriff 'Alter' muss, damit er im Rahmen dieser Arbeit richtig angewendet und verstanden wird, erklärt und abgegrenzt werden. Grundsätzlich ist alles einem 'Alterungsprozess' unterworfen, ob dies nun Lebewesen betrifft oder Materielles. Mit 'Alter' kann die Anzahl an Lebensjahren bezeichnet werden, wir sprechen dabei vom 'Lebensalter'. 'Altern' und 'Alterung' ist bei Menschen auch ein biologischer Prozess, der mit der Geburt beginnt. Als 'alt' werden in unserer Gesellschaft oft Dinge aber auch Menschen bezeichnet, die nicht mehr als zeitgemäss und jung betrachtet werden; dies ist jedoch meistens eine subjektive Wahrnehmung. Der Übergang zwischen 'jung' und 'alt' ist umgangssprachlich fließend und nicht definiert. Jugendlichkeit hat in unserer westlichen Gesellschaft meistens einen höheren Wert als das Alter, was in der Werbung deutlich zum Ausdruck kommt.

Wissenschaftlich setzt sich die Gerontologie mit allen Facetten und Faktoren des Alters und des Alterns auseinander.

'Alter' hat im Zusammenhang mit Menschen mit einer Behinderung noch eine ganze andere Bedeutung: Viele Menschen mit einer geistigen und/oder mehrfachen Behinderung altern im Vergleich zu

Menschen ohne Behinderung sehr früh und schnell. Im Alltag kommt es daher häufig vor, dass Menschen mit einer Behinderung bereits im Alter von 40 bis 50 Jahren die gleichen (Alters-) Beschwerden und Beeinträchtigungen aufweisen wie normalerweise 80 bis 90-Jährige. Speziell bedeutsam ist dies bei vielen Menschen mit einer Behinderung, die in geschützten Werkstätten arbeiten. Hier kann es sein, dass diese aufgrund ihres persönlichen Alterungsprozesses bereits ab einem Alter von 40 Jahren nicht mehr voll oder gar nicht mehr arbeitsfähig sind. Betroffene, Institutionen aber auch die Behörden müssen sich mit diesen Alterungsprozessen auseinandersetzen und Lösungen suchen. Gerade bei der Frage eines allfälligen Über- oder Eintrittes in ein Alters- und Pflegeheim muss dieser deutliche Altersunterschied mitberücksichtigt werden.

Der Begriff 'Alter' wird im vorliegenden Konzept bei Menschen im AHV-Alter verwendet. Diese Grenze drängt sich auf, weil zu diesem Zeitpunkt die Invalidenrente in eine AHV-Rente umgewandelt wird.

1.6.9. Abgrenzung der altersbedingten Beeinträchtigungen

Es gibt ganz grundsätzliche Unterschiede zwischen Menschen mit einer Behinderung, welche seit Geburt oder seit früher Kindheit behindert sind, und Menschen, die erst in späten Jahren resp. im AHV-Alter behindert werden resp. eine Pflegebedürftigkeit aufweisen.

Die überwiegende Mehrheit aller Bewohnerinnen und Bewohner eines durchschnittlichen Alters- und Pflegeheimes hat früher während Jahrzehnten ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben führen können. Der Eintritt in das Heim erfolgt oft erst im hohen Alter. Viele betagte Menschen können zudem während ihres Aufenthaltes in der Institution darauf zählen, dass sie Besuche und Unterstützung bei der Bewältigung des Alltages durch jüngere Verwandte, Bekannte und/oder eigene Kinder erhalten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt - Ausnahmen bestätigen die Regel - wenige Jahre. Das durchschnittliche Eintrittsalter liegt zur Zeit bei über 85 Jahren.

Ganz anders stellt sich die Situation bei Menschen mit einer Behinderung dar. Die meisten heutigen Bewohnerinnen und Bewohner eines Wohnheimes für Erwachsene mit einer Behinderung leben seit Jahren - wenn nicht sogar seit frühester Kindheit - in einer Behinderteneinrichtung. Sehr viele wechselten unmittelbar von einem Schulheim in ein Erwachsenenheim und verbringen auch die Tagesstruktur in Behinderteneinrichtungen. Das heisst, dass viele dieser Menschen ein selbständiges Wohnen und Leben nie kennen gelernt haben.

Neben der institutionellen Betreuung gibt es auch private Hilfestellungen. Diese erfolgen oft durch die Eltern, die mit zunehmendem Alter und einer allfälligen beginnenden eigenen Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit nicht mehr zu ihren mittlerweile längst erwachsenen 'Kindern' schauen können.

Der Anteil an Menschen mit ausschliesslich einer körperlichen Behinderung ist in den Wohnheimen eher klein. Die grossen Anstrengungen während der letzten Jahre, bauliche Barrieren zu reduzieren oder zu beseitigen, haben dazu geführt, dass viele betroffene Menschen privat und allenfalls ambulant unterstützt wohnen können. Eine Tagesstätte im Kanton Solothurn hat sich konzeptionell speziell auf Menschen mit einer körperlichen Behinderung ausgerichtet, welche nicht am normalen Erwerbsleben teilnehmen können. Aufgrund der kognitiven Fähigkeiten von vielen Menschen mit einer körperlichen Behinderung, unterscheiden sich der Bedarf und die Bedürfnisse ganz entscheidend gegenüber Menschen mit einer geistigen und/oder einer mehrfachen Behinderung.

Eine besondere Kategorie bilden die psychischen Behinderungen, welche im vorliegenden Konzept in Ziff. 1.6.4 beschrieben werden. Diese Behinderungsformen können in jedem Alter auftreten und sind zudem von aussen oft nicht sichtbar. Menschen mit psychischen Behinderungen resp. Beeinträchtigungen laufen daher Gefahr, dass ihre Problematik nicht ausreichend wahrgenommen und sie ungenügend unterstützt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Lebensgeschichten von Bewohnerinnen und Bewohnern eines Alters- und Pflegeheimes und eines Behindertenheimes resp. von Menschen mit einer lebenslangen Behinderung unterschiedlicher nicht sein könnten. Gerade daher stellt sich die Frage, inwieweit es sinnvoll oder gar zumutbar ist, dass diese Menschen gemeinsam in der gleichen Einrichtung ihren Lebensabend verbringen.

1.6.10. Begriffe in Bezug auf die Leistungen

Viele Begriffe und Bezeichnungen werden sehr unterschiedlich verwendet und somit auch verstanden. Dies betrifft in erster Linie die Behinderteneinrichtungen. In den Alters- und Pflegeheimen wird nicht

zwischen Wohnen, Beschäftigung, Tagesstätte usw. unterschieden. Bei der Taxe handelt es sich bei allen Stufen um eine Abgeltung für Leistungen rund um die Uhr. Da jedoch sowohl Alters- und Pflegeheime wie auch Behinderteneinrichtungen über 'Tagesstrukturen' verfügen, sollten diese geklärt und verglichen werden.

Das Bundesgesetz IFEG vom 6. Oktober 2006 macht in Art. 3 zu den Institutionen für Menschen mit einer Behinderung folgende Aussagen:

Als Institutionen gelten (Auszug aus dem IFEG):

- (a) **Werkstätten**, die dauernd intern oder an dezentral ausgelagerten Arbeitsplätzen invalide Personen beschäftigen, die unter üblichen Bedingungen keine Erwerbstätigkeit ausüben können;
- (b) **Wohnheime** und andere betreute kollektive Wohnformen für invalide Personen;
- (c) **Tagesstätten**, in denen invalide Personen Gemeinschaft pflegen und an Freizeit- und Beschäftigungsprogrammen teilnehmen.

Im Rahmen der Erstellung der Leistungsvereinbarungen mit den sog. IVSE-Einrichtungen hat der Kanton Solothurn die Begriffe und Zuteilungen teilweise übernommen und wo nötig präzisiert:

- (a) **Wohnheime resp. 'Wohnen'**: Der Begriff 'Wohnen' umfasst alle Zeiten ausserhalb der üblichen Arbeitszeit. Dazu gehören insbesondere auch die Wochenenden, Ferien und Feiertage. Der gesamte Verpflegungsbereich gehört, soweit nichts anderes vereinbart wird, zum Teil 'Wohnen'. Etwas vereinfacht ausgedrückt umfasst das 'Wohnen' in einem Alters- und Pflegeheim mehr Leistungen als das 'Wohnen' im Behindertenbereich, aber deutlich weniger als in einer Institution mit der Leistung 'Wohnen mit integrierter Tagesstätte'.
- (b) **Tagesstätten**: Der Begriff Tagesstätte umfasst die Zeit ausserhalb des Wohnens; i.d.R. Montag bis Freitag, tagsüber. Eine Tagesstätte kann in einem Wohnheim integriert sein, sie kann aber auch alleine ein Angebot für Menschen mit einer Behinderung sein. Die Klienten einer Tagesstätte wohnen entweder privat oder in einer anderen Institution. Die meisten Heime verfügen für die integrierten Tagesstätten über spezielles Personal und spezielle Räume. D.h., dass die Bewohnerinnen und Bewohner tagsüber an Werktagen die Wohngruppen verlassen. Menschen mit einer sehr schweren Behinderung verbringen ihre Tage teilweise auf der Wohngruppe. In Tagesstätten können Produkte hergestellt werden, eine Produktion steht aber nicht im Vordergrund. Das Bedarfserfassungssystem GBM erfasst seit Frühling 2009 Wohnen und Tagesstätte konsequent separat. Damit können diese Leistungen auch separat angeboten, bezogen und abgerechnet werden. Das System RAI-RUG kennt zum heutigen Zeitpunkt diese Unterscheidung nicht.
- (c) **Werkstätten**: Im Unterschied zu den Tagesstätten steht die Produktion im Vordergrund.

Nicht mehr offiziell verwendet wird von Seiten der Verwaltung der Begriff '**Beschäftigung**', weil dieser bis anhin sowohl von den Werkstätten wie auch den Tagesstätten (interne und externe) verwendet worden ist.

1.7. Betreuung und Pflege

In den Solothurner Alters- und Pflegeheimen wurde bereits vor mehreren Jahren das umfangreiche Qualitäts- und Standardpapier 'Grundangebot und Basisqualität' eingeführt, welches gemeinsam mit den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land entwickelt worden ist. Dieses Werk enthält viele Aussagen und Regelungen zur Arbeit in den betroffenen Institutionen. In allen relevanten Punkten wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden. Die Verantwortung für die Einhaltung liegt bei der Institution. Auf die Einführung von professionellen QM-Systemen, welche durch verschiedene Firmen in der Schweiz angeboten werden, wurde verzichtet. Die bisherigen Erfahrungen sind sehr positiv, auch wenn etliche Institutionen über den entsprechenden Aufwand klagen.

Das BSV hat den von ihm finanziell unterstützten Institutionen die Einführung eines Qualitätsmanagements verordnet. Dieses schliesst die Einhaltung der vom BSV als verbindlich erklärten qualitativen Bedingungen mit ein. Ein in regelmässigen Abständen durchzuführendes externes Audit überprüft, ob die vorgegebenen Leitlinien in der Praxis umgesetzt werden. Die Erfahrungen dazu sind sehr

unterschiedlich. Es gibt Einrichtungen, die nehmen das System sehr ernst und arbeiten damit, andere weniger. Im Rahmen dieser QM-Systeme ist die Pflege von Menschen mit einer Behinderung in der Regel kein Thema. Eine Pflegequalität könnte somit nicht einmal strukturell sichergestellt werden.

Sofern zukünftig Pflegeleistungen auch in den Einrichtungen der Behindertenhilfe angeboten werden, müssen Aufsicht und Qualität neu geregelt und definiert werden.

1.7.1. Begriff und Inhalt der Pflege

(Zitat aus: Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, 19, 45-51, 2006, von Spichiger, E., Kesselring A., Spirig, R., De Geest, S.)

Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.

Professionelle Pflege

- richtet sich an Einzelpersonen, Familien, Gruppen und Gemeinden, an Kranke und deren Angehörige sowie an behinderte und gesunde Menschen;
- erfasst die Ressourcen und den Pflegebedarf der betreuten Menschen, setzt Ziele, plant Pflegeinterventionen, führt diese durch und evaluiert die Ergebnisse;
- basiert auf Präferenzen der Betreuten, bezieht physische, psychische, spirituelle sowie sozio-kulturelle, alters- und geschlechtsbezogene Aspekte ein und berücksichtigt ethische Richtlinien.

1.7.2. Begriff und Inhalt der Betreuung

Betreuung (sich um jemanden kümmern, für jemanden da sein, aufpassen, helfen, unterstützen') umfasst eine grosse Fülle an sozialen und anderen Dienstleistungen.

Der Begriff 'Betreuung' wird in der Praxis und in Leitbildern oft verwendet. Er findet sich jedoch nur selten in pädagogischen Büchern und in Lexikas. Betreuung bedeutet, dass sich eine Person um eine andere kümmert. Sie sorgt sich um sie, hilft ihr und schafft eine Beziehung. Die Betreuerinnen und Betreuer - früher im Bereich der Kinder- und Jugendheime Erzieherinnen und Erzieher genannt - kümmern sich um die ihr anvertrauten Kinder und Erwachsenen stellvertretend für die Eltern oder - insbesondere bei den Erwachsenen - wenn diese aufgrund ihrer persönlichen Fähigkeiten auf Betreuung angewiesen sind. Der Betreuungsbegriff umfasst im Minimum drei teilweise ältere, jedoch nach wie vor sehr zutreffende Begriffe:

1. Schutz: Beschützen heisst, jemanden zu beschirmen, ihm Obhut zu geben, ihn vor Schädigungen körperlicher und seelischer Art zu bewahren und Gefahren abzuwehren. So stellen die Betreuerinnen und Betreuer durch ihre Tätigkeit die körperliche Unversehrtheit der ihnen Anvertrauten sicher (Aufsichtspflicht).

2. Fürsorge: Damit ist die Verpflichtung gemeint, für das Wohl der zu Betreuenden zu sorgen und gleichzeitig Sorge zu tragen, deren Interessen zu schützen und ihnen Zuwendung und 'Nestwärme' zu geben. Durch Fürsorge werden die materiellen und emotionellen Voraussetzungen für ein gesundes Gedeihen in körperlicher und seelischer Hinsicht geschaffen. Dazu gehören auch Fragen der Ernährung, der Begleitung und der stellvertretenden Ausführung von vielen Aufgaben.

3. Pflege: Pflegen ist fast immer auch ein Teil der Betreuung resp. die Aufgaben und Tätigkeiten gehen fließend ineinander über. Pflege im Kontext der Betreuung heisst, die zu Betreuenden gut, sorgsam und schonend zu behandeln und ihr körperliches Wohlbefinden sicherzustellen. Die Betreuenden achten auf eine angemessene, saubere Bekleidung, eine ausreichende und gesunde Ernährung, genügend Ruhephasen (Schlafzeiten), das Einhalten von Hygieneregeln oder das stellvertretende Ausführen der Hygiene resp. der Körperpflege etc.

Der Begriff 'Betreuung' kann an dieser Stelle nicht abschliessend definiert werden. Zu vielfältig ist der Bedarf der Betreuten und somit das Wirkungsfeld der Betreuenden. Nicht möglich ist zudem, die Betreuung klar von der Pflege abzugrenzen. Pflegerische und betreuerische Tätigkeiten gehen nahtlos ineinander über. Je nach Behinderungsgrad werden in einer Einrichtung für Menschen mit einer Behinderung immer auch Pflegetätigkeiten durchgeführt und in einem Alters- und Pflegeheim wird im-

mer auch betreut. Institutionen für Menschen mit einer schweren mehrfachen Behinderung verfügen über Personal beider Fachbereiche, die sich im Alltag ergänzen müssen.

1.8. Aktuelle Zuständigkeiten im Kanton Solothurn

In der Verwaltung des Kantons Solothurn befassen sich zwei Departemente mit Fragen in Bezug auf Menschen mit Behinderungen. Für die Sonderpädagogik und die privaten Sonderschulheime ist das Departement für Bildung und Kultur zuständig. Für alle weiteren Themenkreise ist das Amt für soziale Sicherheit im Departement des Innern verantwortlich.

Aktuell befassen sich im Amt für soziale Sicherheit drei Fachstellen mit Menschen mit Behinderungen:

- Fachstelle Kinder-, Familie und Jugend für Kinder resp. Jugendliche bis max. 18;
- Fachstelle Behinderung für Menschen mit Behinderungen ab 18 sowie die
- Fachstelle Alter und Pflege für Menschen ab 65.

Die Fachstelle Behinderung ist zuständig, wenn der Klient Bezüger einer IV-Rente ist oder andere Leistungen der Invalidenversicherung erhält. Bei den Institutionen ist er zuständig, wenn diese primär Leistungen gemäss IFEG anbieten. Die Entscheide über die Ausrichtung einer Leistung infolge einer Invalidität liegen bei der IV und nicht beim Amt resp. beim Kanton Solothurn. Ebenfalls zuständig ist die Fachstelle Behinderung resp. die Abteilung soziale Dienste für allg. gesellschaftliche und politische Fragen in Bezug auf 'Menschen mit einer Behinderung'. Noch zu klären ist die Zuständigkeit für Menschen mit einer Behinderung im AHV-Alter.

Vor dem Inkrafttreten der NFA per 1.1.2008 war für Fragen der Finanzierung, der Qualitätsstandards und der baulichen Voraussetzungen der anerkannten Einrichtungen für Menschen mit einer Behinderung weitgehend der Bund zuständig.

1.9. Schnittstellen zwischen Behindertenwohnheimen und Alters- und Pflegeheimen

1.9.1. Vorbemerkungen

Gemäss Auftrag soll sich die Arbeitsgruppe mit der Schnittstelle zwischen den Behindertenwohnheimen und den Alters- und Pflegeheimen auseinandersetzen und dazu Aussagen machen. Bei den Diskussionen und der Erarbeitung des Konzeptes zeigte sich, dass der Begriff 'Schnittstelle' sehr unterschiedlich verstanden wird und teilweise sogar unklar ist.

Nach Rücksprache mit den Verfassern des Auftrages kann festgehalten werden, dass mit dem Begriff 'Schnittstelle' die Zusammenarbeit und die Vernetzung zwischen den Institutionen und Leistungsanbietern im Sinne von § 22 Lit. e des Sozialgesetzes gemeint ist. Dazu gehören insbesondere auch die Übertritte von Bewohnerinnen und Bewohnern.

1.9.2. Aktuelle Situation der Vernetzung und Zusammenarbeit

Eine Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den Behinderteneinrichtungen, den Alters- und Pflegeheimen und auch der Spitex findet heute in Einzelfällen statt. Eine Systematik, eine gezielte Planung oder eine übergreifende Steuerung gibt es nicht. Jede Einrichtung und jeder Leistungsanbieter entscheidet heute weitestgehend selber über Aufnahmen von Menschen mit einer Behinderung und über die Grenzen der eigenen Möglichkeiten, die möglicherweise zu einem Über- oder Austritt führen könnten. Ausgenommen davon sind lediglich die nicht vorgesehenen Neueintritte von Menschen mit einer Behinderung im AHV-Alter in die Behinderteneinrichtungen im Sinne einer Fortführung der BSV-Praxis.

Konkret auf Seiten der Behinderteneinrichtungen heisst dies, dass jede Institution selber darüber entscheidet, ob sie in der Lage ist, einen vorhandenen Pflegebedarf abzudecken oder nicht. Im Rahmen der Aufsicht- und Bewilligung wird die Pflegequalität in den Behinderteneinrichtungen nur situativ und nicht standardisiert thematisiert.

2. UMFRAGE UND AUSWERTUNG

2.1. Zielsetzungen der Umfrage

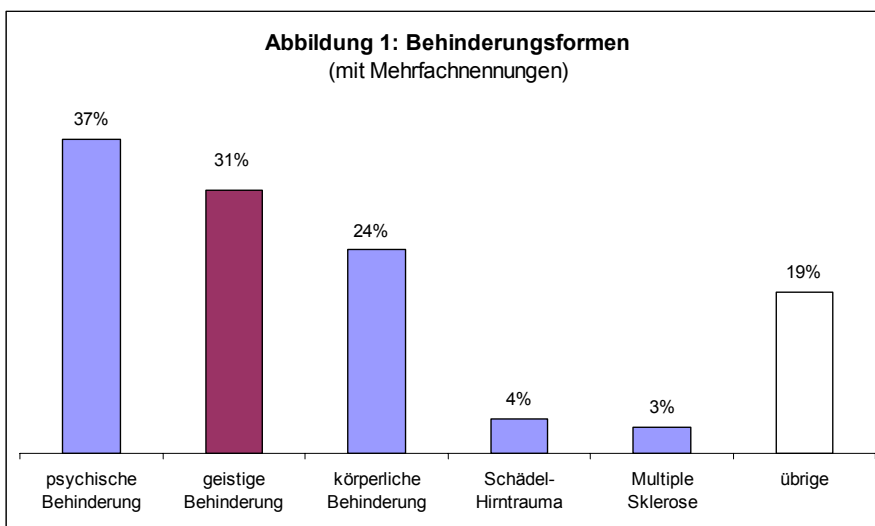
Primäre Ziele bei der Erarbeitung der Fragebogen waren das bessere Kennenlernen der aktuellen Lebenssituationen der Menschen mit einer Behinderung und der Möglichkeiten und Haltungen auf Seiten der Institutionen. Gleichzeitig wurden die Anliegen der betroffenen Menschen erfasst. Für die spezifische Befragung wurden vier Fragebogen erstellt:

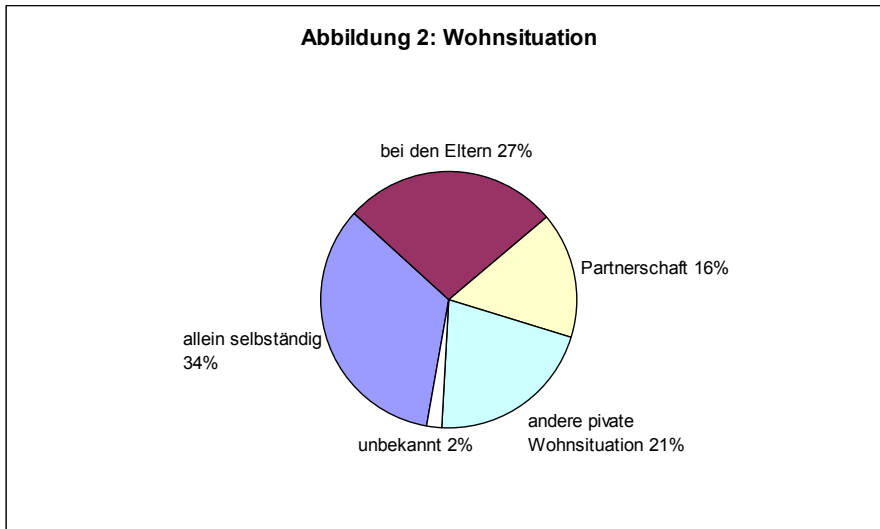
- Fragebogen 1 für Menschen mit einer Behinderung, welche privat wohnen;
- Fragebogen 2 für Menschen mit einer Behinderung, welche in einer Institution (Heim, öffentliche Wohngemeinschaft usw.) wohnen;
- Fragebogen 3 für die Leitungen und Trägerschaften von Alter- und Pflegeheimen und gleichartigen Institutionen;
- Fragebogen 4 für die Leitungen und Trägerschaften von Einrichtungen im Behindertenbereich (nur Wohninstitutionen).

Nachfolgend die Zusammenfassung der Ergebnisse der einzelnen Fragebogen.

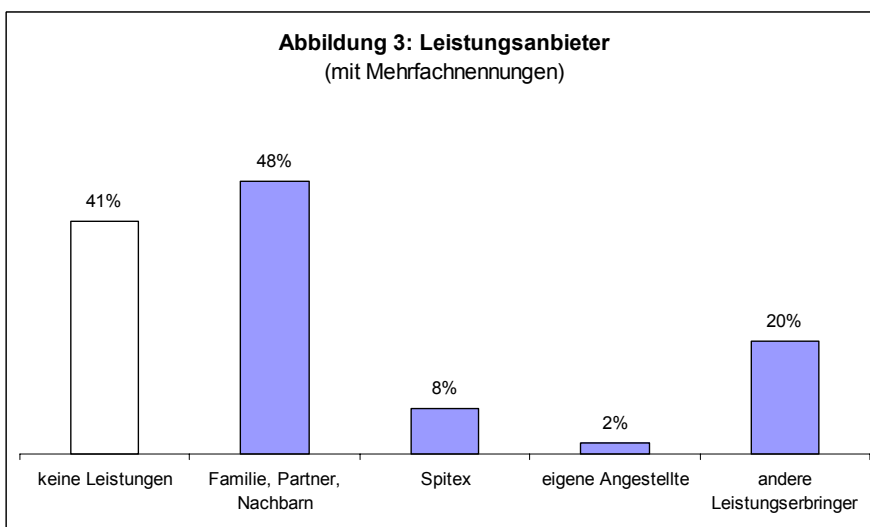
2.2. Menschen mit einer Behinderung (Fragebogen 1 + 2) zur aktuellen Situation

455 Menschen, die **privat** leben (Fragebogen 1) haben diesen zurückgesandt. 37% dieser Menschen sind psychisch behindert, gefolgt von Menschen mit einer geistigen Behinderung (31%), mit einer körperlichen Behinderung (24%), mit Schädelhirntraumata (4%) oder MS (3%) (**Vgl. Abb. 1**). Diese Menschen wohnen alleine (34%), bei den Eltern (27%), in einer Partnerschaft (16%) oder in einer anderen privaten Wohnsituation (21%), wie z.B. in einer Wohngemeinschaft, bei Verwandten oder Bekannten (**Vgl. Abb. 2**). Auf die Frage, ob die heutige Wohnform ihren Bedürfnissen entspreche, antworteten 84% mit Ja, 7% mit Nein; die übrigen wussten es nicht oder gaben keine Antwort.



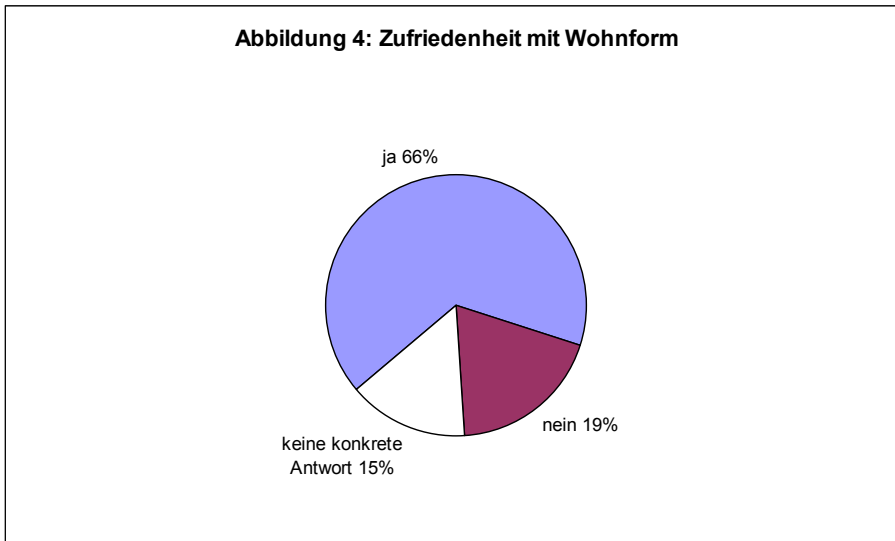


Auf die Frage, welche Leistungen in Anspruch genommen werden (**Vgl. Abb. 3**), antworteten 41%, dass sie keine Leistungen beziehen. 48% erwähnten, dass sie Leistungen von den Eltern, Familienangehörigen, Nachbarn oder vom Partner erhalten. 8% nehmen die Spitex in Anspruch. 2% verfügen gemäss ihren Angaben über eigene Angestellte. Konkret geht es um folgende Dienstleistungen: 34% nehmen Hilfe im Haushalt in Anspruch, 36% bei der Wäschebesorgung, 31% beim Kochen und bei der Verpflegung, 27% beim Einkaufen und 13% bei der Körperpflege (da Mehrfachnennungen möglich waren, übersteigt das Total 100%).

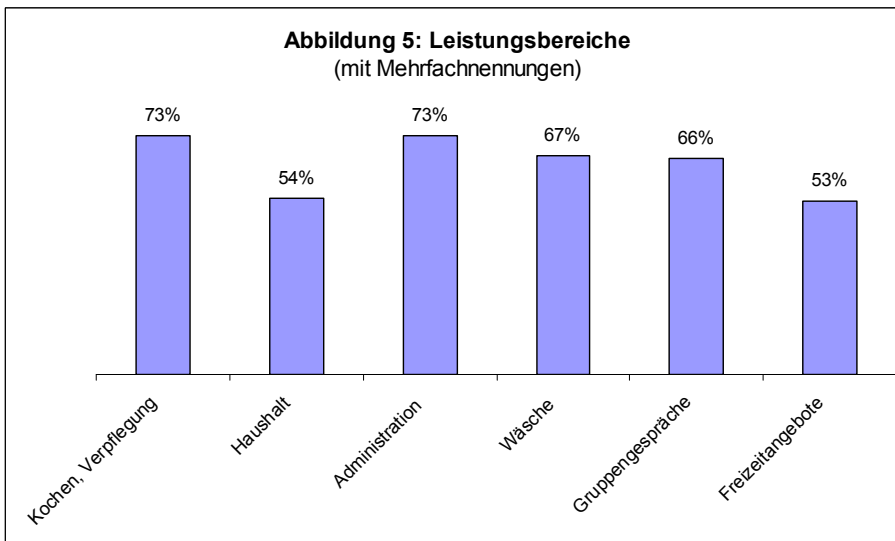


Weiter retournierten 186 Menschen, die in einer Institution oder einer institutionsnahen Einrichtung leben die Fragebogen. Davon sind 37% psychisch und 37% geistig behindert. Die Übrigen verteilen sich auf verschiedene andere Behinderungsformen. 66% dieser Menschen sind mit ihrer Wohnform zufrieden (**Vgl. Abb. 4**), bei 19% entspricht die Wohnform nicht ihren Vorstellungen. Die übrigen 15% gaben keine Antwort oder hielten fest, dass sie dies nicht beurteilen können.

Abbildung 4: Zufriedenheit mit Wohnform



Die Situation der beanspruchten Leistungen gestaltet sich bei den Menschen, die in einer Institution oder einer institutionsnahen Einrichtung leben wie folgt (**Vgl. Abb. 5**): 73% beanspruchen Leistungen im Bereich Kochen und Verpflegung. 54% erhalten Hilfe im Haushalt, 73% werden bei administrativen Angelegenheiten unterstützt, 67% bei Wäschebesorgung, 66% dieser Menschen nehmen an Gruppengesprächen teil und 53% nutzen Freizeitangebote.

Abbildung 5: Leistungsbereiche
(mit Mehrfachnennungen)

Bei den Antworten der befragten Menschen handelt es sich um subjektive Äusserungen, die durch die Arbeitsgruppe nicht überprüft worden sind. Für die Arbeitsgruppe stehen vielmehr Betrachtungsweisen, Wünsche und Anliegen betroffener Menschen im Vordergrund, die diese selbständig oder mit Hilfe von Angehörigen oder Freunden zum Ausdruck gebracht haben.

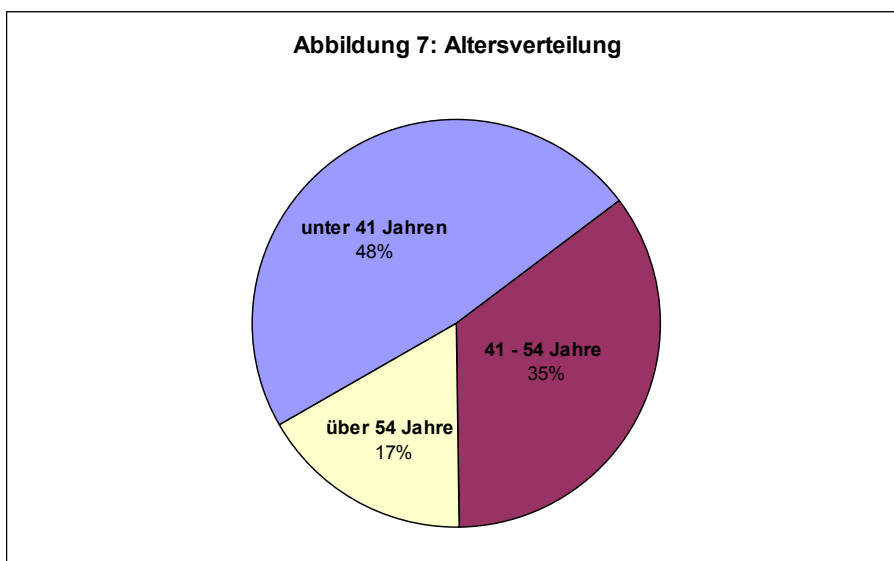
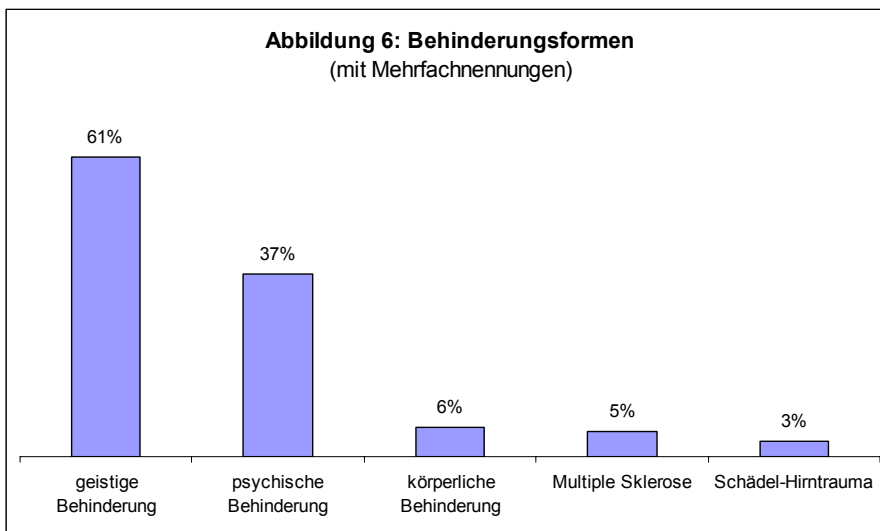
2.3. Institutionen (Fragebogen 3 + 4) zur aktuellen Situation

2.3.1. Institutionen im Bereich Alter und Pflege (Fragebogen 3)

Von den 54 angeschriebenen Institutionen wurden 17 Fragebogen zurückgeschickt, 13 davon waren vollständig ausgefüllt. Einzelne Institutionen begründeten schriftlich ihr Fernbleiben von der Umfrage. Bei der Auswertung ist aufgefallen, dass viele Heimleitungen von Alters- und Pflegeheimen unter Behinderung im Alter alle Behinderungsformen, inklusiv der tertiären, verstehen und aus diesem Grund falsche Angaben gemacht haben. Eine Auswertung der Zahlen ist daher nicht möglich.

2.3.2. Institutionen des Behindertenbereiches (Fragebogen 4)

Insgesamt wurden 20 IVSE- und 14 'Nicht-IVSE-Institutionen' angeschrieben. 18 Fragebogen konnten ausgewertet werden. Dabei wurden 649 Personen mit einer Behinderung erfasst. Die grösste Gruppe umfasst hier die Menschen mit einer geistigen Behinderung (61%) (**Vgl. Abb. 6**), gefolgt von den Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung (37%). 6% der betroffenen Menschen haben eine körperliche Behinderung, 5% leiden an MS und 3% weisen ein Schädelhirntrauma auf. Altersmässig verteilen sich die Gruppen wie folgt (**Vgl. Abb. 7**): 48% sind 40 oder jünger, 35% zwischen 41 und 54 Jahren und 17% bzw. 110 Personen sind 55 oder älter.



Wie erleben die Institutionen des Behindertenbereiches die aktuelle Situation in Bezug auf ihre Möglichkeiten? 67% oder 12 Institutionen halten fest, dass bei ihnen Grenzen in Bezug eine mögliche Pflegebedürftigkeit bestehen. D.h., dass diese Institutionen zur Zeit nicht in der Lage sind eine Pflege anzubieten, die über eine einfache Grundpflege im Alltag hinausgeht. 3 Institutionen führen aus, dass sie bereits zum heutigen Zeitpunkt in der Lage wären, auch eine komplexere Pflege selber abzudecken. 6 Institutionen - also ein Drittel derjenigen, die einen Fragebogen ausgefüllt haben - geben an, dass sie bereits heute über Tagesangebote resp. über Gruppen verfügen würden, die auf ältere Menschen mit einer Behinderung zugeschnitten sind. Davon sind 3 Institutionen auch in der Lage, für diese Menschen Pflege anzubieten. 10 Institutionen im Behindertenbereich verfügen bereits heute über Pflegefachpersonal, allerdings mit sehr unterschiedlichen Pensen. 6 Institutionen verfügen über ein Konzept, welches Aussagen zum vorliegenden Thema macht.

Grenzen bezüglich der Betreuung von älteren Menschen mit einer Behinderung bestehen wie z.T. bereits erwähnt bei grosser Pflegebedürftigkeit (12 von 18), bezüglich Fachpersonal (7), geeigneten Räumlichkeiten (6) und nicht vorhandenem Material und nicht vorhandenen Geräten (5).

2.3.3. Möglichkeiten und Grenzen heutiger Angebote

Die befragten Institutionen aus dem Behindertenbereich haben sich wie folgt zu den Grenzen geäussert:

- 12 der 18 antwortenden Institutionen sehen die Grenze dort, wo eine Pflegebedürftigkeit eintritt.
- 17 finden, dass das Alter alleine keine Grenze darstellt.
- 7 halten das Fehlen von Pflegefachpersonen für eine Grenze.
- 6 finden, dass die eigenen Räume nicht geeignet seien
- 7 halten die zwischenmenschliche Dynamik, die bei grosser Durchmischung von sehr unterschiedlichen Menschen mit sehr unterschiedlichen Bedürfnissen entstehen kann, für problematisch.
- 5 halten ihr Mobiliar und die Geräte für nicht geeignet.
- 3 finden, dass ihr Angebot tagsüber nicht geeignet sei.
- 3 halten die Lage der Einrichtung für ungeeignet.
- 3 möchten eine Grenze aufgrund der strategischen Ausrichtung ziehen.

Auf die Frage, was für oder gegen einen Wechsel in ein Alters- und Pflegeheim sprechen könnte, sind u.a. folgende Antworten eingegangen:

- Die Alters- und Pflegeheime (nachfolgend APH genannt) bieten eine professionellere pflegerische Betreuung an;
- Die APH sind baulich geeigneter (für die Pflege);
- Die ärztliche Betreuung ist dort eher sichergestellt;
- Die Erfahrung der APH im Umgang mit Verwirrtheit und Demenz ist grösser;
- Sie sind besser in der Lage, das Umfeld bei Überforderung zu entlasten.

Gegen einen Wechsel sprechen gemäss Aussagen der Vertreterinnen und Vertreter der Behinderteninstitutionen folgende Gründe:

- Eine Umplatzierung in eine neue Umgebung kann bei Menschen mit einer Behinderung zu einer Überforderung führen;
- Auch neue Bezugspersonen können eine Überforderung bedeuten;
- Eine Entwurzelung kann nicht vermieden werden;
- Menschen mit einer geistigen Behinderung haben Schwierigkeiten sich an neue Dinge zu gewöhnen. Sie können nicht schnell neue Beziehungen aufbauen;
- Das Gefühl von Vertrauen und Sicherheit kann verloren gehen;

- Das Tagesstrukturangebot in den APH ist normalerweise kleiner;
- Eine agogische Ausbildung ist bei den Mitarbeitenden der Alters- und Pflegeheime meistens nicht vorhanden.

2.4. Wünsche und Erwartungen von Betroffenen

Die Zunahme der älteren Bevölkerung ist ein Thema, das für die Menschen mit einer Behinderung ebenso gilt. Die Gesellschaft ist zudem mit einer Situation konfrontiert, die es bis anhin noch gar nie gab. Menschen mit einer Behinderung werden dank der Medizin, der guten Gesundheitsvorsorge und grosser agogischer Bemühungen genau so alt oder zumindest fast so alt wie die übrige Bevölkerung.

Problematisch ist die Situation vor allem für die Menschen mit einer geistigen Behinderung, die zwar deutlich älter werden als früher, aber auch deutlich schneller altern als die übrige Bevölkerung. Auffällig ist, dass Menschen mit einer Trisomie 21 häufiger an Demenz erkranken als z.B. Menschen ohne Behinderung.

2.4.1. Menschen mit einer Behinderung (Fragebogen 1 + 2)

Die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen mit einer Behinderung sind vergleichbar mit den Wünschen und Bedürfnissen aller andern, sie möchten so weiterleben wie bisher. Konkret heisst dies: Menschen, die seit Geburt oder zumindest seit langer Zeit in einem Heim leben, wollen dort bleiben; es ist ihre Heimat, ihr Zuhause. Die anderen, die teilweise alleine, mit der Partnerin oder dem Partner zusammen oder in der angestammten Familie leben, möchten ebenfalls weiterleben wie bis anhin und (gemäss Umfrage) mehrheitlich erst dann in ein Alters- und Pflegeheim eintreten, wenn es gar nicht mehr anders geht. Falls die Menschen mit einer Behinderung aufgrund ihres Gesundheitszustandes wechseln müssen, sei es in ein Behindertenheim oder in ein Alters- und Pflegeheim, dann wünschen sie sich mehrheitlich eine spezielle Gruppe. Nachfolgend ein paar konkrete Ergebnisse der Umfrage:

Auf die Frage, wie sie sich ihre Wohnsituation in der Zukunft vorstellen, antworteten 51% der 455 privat lebenden Befragten, dass sie so weiter wohnen möchten wie bisher. 22% möchten auf jeden Fall weiterhin privat wohnen und, falls ein Wechsel aus gesundheitlichen Gründen doch noch notwendig würde, dann möchten 24% in einer spezialisierten Wohngemeinschaft gemeinsam mit Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen leben. Nur 7% könnten sich vorstellen, in einem „normalen“ Heim für Menschen mit einer Behinderung zu leben. Immerhin 17% halten es für möglich, in ein Alters- und Pflegeheim zu ziehen, ein gutes Drittel davon jedoch in eine spezialisierte Gruppe. Von den 455 antwortenden Menschen können sich nur 21% vorstellen, freiwillig in ein Heim einzutreten. 47% halten fest, dass sie nur im absoluten Notfall in ein Heim ziehen würden. 30% antworteten mit einem kategorischen Nein, was die Frage zu einem freiwilligen Eintritt in ein Heim betrifft.

Ähnlich sind die Antworten der Menschen mit einer Behinderung, die bereits in einer Institution oder in einer institutionsähnlichen Einrichtung wohnen (Fragebogen 2). 51% möchten weiterhin so wohnen wie jetzt. 22% könnten sich vorstellen, in einer spezialisierten Wohngemeinschaft zusammen mit andern Menschen mit einer Behinderung zu wohnen. Nur 8% können sich vorstellen in ein Alters- und Pflegeheim zu wechseln. Die Hälfte wünscht sich eine spezialisierte Gruppe.

Die Tendenz ist bei beiden Klientengruppen klar: Die Mehrheit wünscht keine Änderung der bestehenden Wohnsituation.

2.4.2. Altersinstitutionen (Fragebogen 3)

Fast alle Heimleitungen befürworten einen Verbleib im angestammten Heim. Das heisst, dass sie der Meinung sind, dass Menschen, die über Jahrzehnte in einem Heim gelebt haben, nicht gezwungen werden sollten, im Alter noch umzuziehen. Die wenigsten Heime sähen sich in der Lage, eine spezielle Wohngruppe für Menschen mit einer Behinderung einzurichten. Gründe dafür sind vor allem das fehlende Fachpersonal. In Bezug auf die Infrastruktur und die Tagesgestaltung könnten gemäss Aussagen eines Leiters einer Alterseinrichtung auch die Alters- und Pflegeheime einiges bieten, was vielleicht einem Behindertenheim fehlt.

Grund für einen Wechsel könnte die zunehmende Pflegebedürftigkeit sein. Obwohl der Verbleib im

angestammten Heim vorgezogen wird, stellt sich doch die Frage, ob Alters- und Pflegeheime vielleicht doch besser in der Lage wären, eine altersgerechte Betreuung, aber auch eine gezieltere Pflege und Prävention bei Unfällen und Krankheit anzubieten. Zudem könnte ein neues soziales Umfeld eine bereichernde Erfahrung für einzelne Menschen mit einer Behinderung sein.

2.4.3. Behinderteninstitutionen (Fragebogen 4)

14 der antwortenden 18 Institutionen des Behindertenbereiches betrachten den Verbleib der Bewohnerinnen und Bewohner im AHV-Alter in der Institution, in der sie schon vorher waren, als sinnvoll. Eine Institution möchte sich als Spezialistin für betagte Menschen mit einer Behinderung positionieren und findet daher, dass ein Verbleib (in den andern Institutionen) nicht sinnvoll ist.

Vorausgesetzt, ein Verbleib von betagten Menschen in der gegenwärtigen Wohngruppe sei nicht sinnvoll:

- 5 Behinderteneinrichtungen befürworten spezialisierte Institutionen im Bereich der Alters- und Pflegeheime, 4 lehnen diese ab und 9 haben nicht geantwortet;
- 6 Institutionen finden, dass in einzelnen APH's spezialisierte Gruppen geschaffen werden sollten;
- 3 Institutionen möchten in allen Behinderteneinrichtungen spezielle Wohngruppen für betagte Klienten schaffen, 6 nur in einzelnen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass überwiegend ein Verbleib in der angestammten Behinderteninstitution gewünscht und als richtig betrachtet wird, solange nicht pflegerische, betreuerische oder andere Grenzen erreicht werden.

3. RAHMENBEDINGUNGEN

3.1. Übersicht über die Anzahl Menschen mit einer Behinderung über 50/65

3.1.1. Alters- und Pflegeheime

Von Seiten der Alters- und Pflegeheime liegen keine aktuellen Zahlen zur Altersgruppe zwischen 50 und 64 Jahren vor. Bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, welche im AHV-Alter sind, wird nicht zwischen einer sekundären oder einer tertiären Behinderung unterschieden.

3.1.2. Behinderteneinrichtungen

Eine Umfrage per 31. August 2009 ergab folgende Resultate:

Wohnheime und Wohnheime mit integrierten Tagesstätten

Bewohnerinnen und Bewohner zwischen 50 und 64 Jahren:	201
<i>davon innerkantonale</i>	129
<i>davon ausserkantonale</i>	72
Bewohnerinnen und Bewohner ab 65 Jahren:	42
<i>davon innerkantonale</i>	29
<i>davon ausserkantonale</i>	13

Tagesstätten für Externe

Klientel zwischen 50 und 64 Jahren:	20
<i>davon innerkantonale</i>	11
<i>davon ausserkantonale</i>	9
Klientel ab 65 Jahren:	8
<i>davon innerkantonale</i>	8
<i>davon Ausserkantonale</i>	0

Werkstätten

Mitarbeitende mit einer Behinderung zwischen 50 und 64 Jahren:	321
<i>davon innerkantonale</i>	222
<i>davon Ausserkantonale</i>	99
Mitarbeitende ab 65:	15
<i>davon innerkantonale</i>	15
<i>davon Ausserkantonale</i>	0

3.1.3. Verteilung auf die Behinderungsformen

Die Verteilung auf die Behinderungsformen entspricht gemäss Rückfragen dem Durchschnitt aller befragten Menschen mit einer Behinderung. Bei rund einem Drittel liegt eine geistige Behinderung vor, circa ein weiteres Drittel ist psychisch behindert, etwa ein Fünftel ist körperbehindert und die Übrigen verteilen sich auf die weiteren Behinderungsformen.

3.2. Unterschiede zwischen 'typischen' Alters- und Pflegeheimen sowie 'Wohnheimen für Menschen mit einer Behinderung'

3.2.1. Zuständigkeit

Es ist wichtig zu wissen, dass bis Ende 2007 für den Grossteil der Institutionen im Behindertenbereich der Bund zuständig war (IHV und IVSE). Mittels seiner Qualitätsstandards und der Direktzahlungen nahm das BSV unter anderem ganz entscheidend Einfluss auf Stellenpläne und bauliche Voraussetzungen. Seit 1. Januar 2008 sind infolge der NFA die Kantone zuständig. Die Alters- und Pflege-

heime fallen im Kanton Solothurn in den Zuständigkeitsbereich der Einwohnergemeinden.

3.2.2. Auftrag, Betreuung und Pflege

Nebst der unterschiedlichen Zuständigkeit in Bezug auf Finanzierung und Aufsicht gibt es Unterschiede inhaltlicher Art was Betreuung, Pflege, Tagesstrukturen und Infrastruktur betrifft. Die Behindertenheime haben den Auftrag und das Ziel, die Fähigkeiten und Ressourcen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner gezielt zu fördern. In den Alters- und Pflegeheimen geht es hingegen vor allem um den Erhalt der erworbenen Fähigkeiten. Diese unterschiedlichen Ausrichtungen haben zur Folge, dass die Behindertenheime mehr und anders ausgebildetes Personal und demzufolge höhere Kosten ausweisen.

In der Praxis kann in beiden Bereichen beobachtet werden, dass Fähigkeiten ohne Förderung sich kaum entwickeln und sie, ohne Bemühungen diese zu erhalten, rasch verschwinden. Abnehmende Fähigkeiten gehen fast immer mit einer abnehmenden Selbständigkeit einher, was wiederum das Selbstwertgefühl beeinträchtigen kann.

3.2.3. Gesellschaftliche Unterschiede

Sehr alte und vor allem stark betreuungs- und pflegebedürftige Menschen werden von der Gesellschaft wenig wahrgenommen, sie verfügen auch nicht über eine starke Lobby. Anders sieht es aus bei jüngeren Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung oder denjenigen, die durch Krankheit oder Unfall in jungen Jahren behindert werden. Diese Menschen werden gut wahrgenommen und verfügen über eine starke Lobby via Elternvereinigungen usw. Die Sozialisation dieser Menschen ist zudem eine völlig andere. Die meisten Menschen mit einer geistigen und/oder mehrfachen Behinderung leben seit jungen Jahren in einem Heim und kennen nichts anderes. Das Heim resp. die Gruppe ist ein Ersatz für die Familie.

Menschen mit einer psychischen Behinderung werden in der Gesellschaft anders wahrgenommen; sie profitieren nicht von diesem Goodwill, der vor allem den mehrfach behinderten Menschen entgegen gebracht wird; im Gegenteil.

Ein Hauptproblem von psychisch kranken Menschen ist die Stigmatisierung, die mit Attributen wie „unberechenbar, unzuverlässig, unselbständig, faul oder dumm“ in Verbindung gebracht und immer wieder als scheininvalid bezeichnet werden. Diese Stigmatisierung erschwert die Genesung und die Integration. Selbst die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den letzten 30 Jahren mit einer in die Gemeinden integrierten und differenzierten Versorgung hat nicht dazu geführt, dass gesellschaftliche Vorurteile und soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken geringer wurden. Gemäss Forschungsergebnissen ist ein Viertel bis ein Drittel der Bevölkerung der Ansicht, dass man Psychiatriepatienten das Stimmrecht aberkennen sowie Schwangerschaften von solchen Patientinnen abtreiben soll. Bei Personen, die an einer schweren Depression erkrankt sind, gehen etwa 40 % der Bevölkerung davon aus, dass diese Art der Erkrankung eine Frage des Willens ist und dass sich diese Personen doch einfach 'zusammenreissen' sollen. Im Gegensatz zu anderen Behinderungsarten werden damit deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung der Problematik in der Gesellschaft aufgezeigt. Psychisch behinderte Menschen fühlen sich dadurch ausgegrenzt und nicht wahrgenommen. Aus diesen Gründen entwickeln viele kaum mehr Initiative, sich in die Gesellschaft einzubringen und daran teilzuhaben.

Eine normalerweise gute Unterstützung erhalten Menschen mit einer körperlichen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung. Es stehen heute viele technische Hilfsmittel zur Verfügung und starke Verbände vertreten erfolgreich die Interessen der Betroffenen. Letztere profitieren davon, dass diese Behinderungsformen auch von Laien eindeutig wahrgenommen werden können.

3.2.4. Organisatorische Unterschiede

Organisatorisch funktionieren viele Alters- und Pflegeheime ähnlich wie Hotelbetriebe. D.h., dass die Menschen in Einer- (grosse Mehrheit) oder Zweierzimmern leben und die Institution zusätzlich über grössere Gemeinschaftsräume wie Speisesaal, Cafeteria oder ein Restaurant verfügt. Kleinere Einheiten im Sinne von Wohngruppen mit eigenen Gemeinschaftswohnräumen und Kochgelegenheiten innerhalb von grösseren Institutionen sind zur Zeit noch eine Ausnahme und lassen sich vor allem im Demenzbereich ausmachen. Zunehmend werden auch in Alters- und Pflegeheimen Wohngruppen geschaffen, die zahlenmässig in der Regel grösser als in den Behinderteneinrichtungen sind. Die Hotel-

leistungen bleiben in diesen Gruppen normalerweise aufrechterhalten. Erfreulicherweise verfügen in den Alters- und Pflegeheimen fast alle Zimmer über eigene Nasszellen und eigene Toiletten. Die Umfrage hat ergeben, dass gerade dies einem grossen Bedürfnis der Menschen mit einer Behinderung entspricht. Leider werden aufgrund der damaligen BSV-Bestimmungen selbst die sich zur Zeit im Bau befindlichen Wohnheime ohne Nasszellen in den Zimmern errichtet. Dies verhindert eine spätere Umnutzung für spezialisierte Gruppen für Menschen mit einer Behinderung im Alter und erhöhtem Pflegebedarf.

Die Einrichtungen im Behindertenbereich sind sowohl baulich wie auch organisatorisch seit mehreren Jahrzehnten auf dem Gruppensystem aufgebaut. Dabei bilden rund 5 bis 10 Menschen mit einer Behinderung zusammen mit dem Betreuungsteam eine mehr oder weniger geschlossene Einheit, welche auch über eigene Aufenthaltsräume, Arbeitsräume und eigene Sanitäreinrichtungen verfügt. Dahinter steht das Bedürfnis, eintretenden Menschen eine familienähnliche Situation anbieten zu können. Die im Vergleich zu den Alters- und Pflegeheimen relativ kleinen Gruppen verfügen über eine eigene Wohnstube, Sanitärräume und eine eigene Kochgelegenheit. Innerhalb dieser Gruppenstruktur werden oft die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen und ein grosser Teil der häuslichen Freizeit verbracht.

Eine Organisationsform, die auf relativ kleinen und autonomen Gruppen von 5 bis 10 Bewohnern basiert, ist zwangsläufig personell und finanziell aufwändiger als das 'Hotelsystem' oder ein Betrieb mit Gruppen von 15 bis 25 Bewohnern. Erfolgt z.B. Einkauf und Kochen ebenfalls auf der Gruppe und gemeinsam mit den Betreuten, so ist der Aufwand signifikant höher als bei einer zentralen Küche. Der klare Auftrag, Menschen mit einer Behinderung aktiv zu fördern und deren Fähigkeiten sukzessive zu erweitern, erfordert diesen grösseren Aufwand. Positive Erfahrungen machen die Alters- und Pflegeheime mit dem Gruppensystem, wenn das Personal gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern das Essen einnimmt und nicht nur eingibt. Dies bedingt zusätzliches Personal. Festgestellt wurde insbesondere, dass die Sozialkontakte und die Bereitschaft, sich gegenseitig zu unterstützen, dank dem Gruppensystem massiv zunehmen.

3.2.5. Wichtigste Unterschiede zwischen den beiden Klientengruppen im Alter

Der wesentlichste Unterschied, nämlich die mehrheitlich völlig unterschiedliche Lebensweise vor dem Eintritt ins AHV-Alter resp. vor Beginn einer allfälligen Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit, wurde in Kapitel 1.6.9 ausführlich beschrieben, sodass auf eine Wiederholung an dieser Stelle verzichtet wird.

3.2.6. Rolle der Angehörigen

Viele Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen können davon profitieren, dass ihre Angehörigen umfangreiche Dienstleistungen erbringen. Dazu gehören Besuche, Einkäufe, Spaziergänge, Ausflüge, Begleitung zu Arzt-, Coiffeur-, Fusspflege- und anderen Terminen, die Verwaltung der Finanzen, Transportdienste und weiteres mehr. Anders ausgedrückt heisst das: Bei vielen Bewohnerinnen und Bewohnern leisten die Angehörigen einen wesentlichen Beitrag zur Tagesstruktur und -gestaltung. Die Heime profitieren indirekt im guten Sinne von dieser Situation.

Anders präsentiert sich die Situation bei geistig- und/oder mehrfach behinderten Menschen. Diese Menschen haben in der Regel keine Nachkommen. Die Angehörigen bestehen normalerweise nur aus den Eltern, die 20, 30 oder 40 Jahre älter sind, sowie den Geschwistern. Solange die Eltern dazu in der Lage sind, können viele Menschen mit einer Behinderung zu Hause leben, zumindest solche mit einer leichten und mittelschweren Behinderung. Auch die Geschwister leisten in vielen Familien wichtige Unterstützung. Es kann nicht mit vertretbarem Aufwand erhoben werden, wie viele Menschen mit einer Behinderung dank dieser Unterstützung Zuhause bleiben können und ein Eintritt in ein Heim somit vermieden oder viele Jahre hinausgezögert werden kann. Institutionsvertreter führen dazu aus, dass regelmässig infolge Erkrankung oder Tod der Eltern notfallmässig Heimeintritte organisiert werden müssen. Anlässlich von Fachtagungen haben Eltern von Menschen mit einer Behinderung den Wunsch geäussert, gemeinsam mit ihrem behinderten Kinde in ein Alters- und Pflegeheim eintreten zu können.

Menschen mit einer geistigen und/oder mehrfachen Behinderung, die in einer Einrichtung leben, können in vielen Fällen etliche Wochenende zuhause bei den Eltern verbringen. Es muss angenommen werden, dass bei Menschen mit einer Behinderung im AHV-Alter zunehmend weniger Angehörige da

sind, die solche Leistungen erbringen können.

Ganz anders stellt sich dies im Bereich der Menschen mit einer psychischen Behinderung dar. Im Verlauf einer chronisch verlaufenden Krankheit, resp. Behinderung sind die Menschen immer mehr auf sich selbst bzw. auf professionelle Betreuung angewiesen. Oftmals distanzieren sich auch Angehörige, Freunde und Verwandte bei zunehmender Dauer der Krankheit resp. der Behinderung so, dass ein Beziehungsnetz praktisch hinfällig wird. Dies führt dazu, dass für psychisch behinderte Menschen differenzierte Freizeitaktivitäten übers Wochenende angeboten werden sollten, wie zum Beispiel ein Sonntagstreff.

Menschen mit einer körperlichen Behinderung leben sowohl in der Kindheit wie auch im Erwachsenenalter trotz ihrer zum Teil grossen Einschränkungen ähnlich wie Menschen ohne Behinderungen. Aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten sind sie mehrheitlich in der Lage, ihre Hilfe- und Unterstützungsbedürfnisse zu formulieren. Die vielfältigen Anpassungen bei den Bauten sowie im Transportbereich ermöglichen heute eine deutlich bessere Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Ähnlich sieht die Situation bei Menschen mit einer Sinnesbehinderung aus. Dank entsprechender Schulung und Hilfsmitteln können diese Menschen zu einem grossen Teil am gesellschaftlichen Leben wie alle andern teilnehmen. Dies bedeutet, dass sie ihr Leben mehrheitlich in normalen Familiensystemen verbringen können.

3.3. Platzierung von Menschen mit einer Behinderung

Die Regelungen des BSV wurden im Hinblick auf die kantonale Zuständigkeit weder explizit bekräftigt noch aufgehoben. Zumindest sinngemäss gelten sie weiterhin. D.h., dass Eintritte in Einrichtungen der Behindertenhilfe bis zum 64. Altersjahr möglich sind. Entscheide werden weiterhin vor allem durch die jeweils legitimierte Person gefällt. Hier drängen sich kantonale Regelungen auf.

Sowohl auf Seiten der Behinderteneinrichtungen wie auch der Alters- und Pflegeheime werden mit den Klienten Verträge abgeschlossen. Ob eine Platzierung in der Institution 'X' richtig oder falsch ist, entscheiden ausschliesslich die Vertragspartner. Der Kanton nimmt zur Zeit bewusst keine Möglichkeiten zur Steuerung wahr. Dies kann dazu führen, dass vor allem in den Behinderteneinrichtungen Leistungen 'gekauft' werden, für die gar kein Bedarf vorhanden ist. In den Alterseinrichtungen wird mittels dem RAI-RUG-System der Pflege- und Betreuungsbedarf ermittelt und eine Stufe festgelegt. Der Preis ist an die Stufe gebunden. Allerdings gilt dies nur für 24/24h-Aufenthalte. Ähnlich wird ab 2010 die Situation in den Einrichtungen der Behindertenhilfe sein.

Auf den 1.1.2010 wird das GBM-Bedarfserfassungssystem definitiv eingeführt. Es soll u.a. dazu führen, dass sich der Preis ebenfalls nach der Leistung und nicht mehr nach der Institution richtet. Dies wird ganz entscheidend dazu beitragen, dass Bedarf, Leistung und Preis deutlich besser aufeinander abgestimmt sind und die Platzierungen bewusster und geplanter erfolgen. Mit den sog. IVSE-Einrichtungen (= Einrichtungen, die bis Ende 2007 vom BSV Beiträge erhielten) hat der Kanton eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen. Dies wird zur Folge haben, dass das Leistungsspektrum eingeschränkt und Leistungen gleichzeitig spezifischer erbracht werden.

3.3.1. Rolle und Rechte der Menschen mit einer Behinderung bei der Platzierung

Einleitend Aussagen zur Selbstbestimmung und Normalisierung aus dem Leitbild für Menschen mit einer Behinderung des Kantons Solothurn:

- 'Eigenverantwortung und Mitbestimmung verbessern die soziale Rolle und die Lebensqualität.'
- 'Ist ein Mensch mit Behinderungen teilweise oder gar nicht in der Lage seine Rechte und insbesondere seine Selbstbestimmung wahrzunehmen, so ist für eine kompetente Begleitung und Stellvertretung zu sorgen.'
- 'Normalisierung bedeutet, dass das Leben, das wir üblicherweise führen, als Orientierungsgrösse auch für das Leben der Menschen mit Behinderungen gilt. Normalisierung bedeutet hingegen nicht, dass jemand in eine Norm gebracht werden soll.'

Bei Eintritten in ein Alters- und Pflegeheim sind meistens, nebst den unmittelbar davon Betroffenen, die Angehörigen, die Spitex und häufig auch der Hausarzt involviert. Etwas vereinfacht ausgedrückt kann folgende Aussage gemacht werden. Je später ein Eintritt erfolgt oder - anders gesagt - je grösser

die Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit bereits ist, desto kleiner ist die Selbstbestimmungs- und Mitsprachemöglichkeit der Betroffenen. Aufgrund des eher knappen Platzangebotes und der guten Auslastung der Heime ist die Wahlmöglichkeit teilweise sehr eingeschränkt. Dies trifft umso mehr zu, wenn jemand nach einem Aufenthalt in einem Akutspital dringend und kurzfristig auf einen Platz angewiesen ist.

Es gibt durchaus Menschen mit Behinderungsformen, dazu gehören vor allem körperliche sowie Sinnesbehinderungen, die aufgrund ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit selber bestimmen können, welche Leistungen sie in Anspruch nehmen wollen und welche Institution für sie in Frage käme.

Sehr komplex und wenig homogen präsentiert sich die Situation bei Menschen mit einer psychischen Behinderung. Infolge grosser Differenzen beim Schweregrad der Behinderung und extremen Schwankungen beim Verlauf sind bezüglich Partizipation beim Treffen von Entscheidungen alle Varianten anzutreffen.

Anders präsentiert sich die Situation bei Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung im AHV-Alter. Entscheide, welche Institution für welche Form der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit in Frage kommt, müssen sicher mehrheitlich durch Dritte getroffen werden. Selbstverständlich ist dabei der mutmassliche Wille der Betroffenen gebührend zu berücksichtigen.

'Normalisierung' im Sinne des Leitbildes 2004 des Kantons Solothurn für Menschen mit einer Behinderung bedeutet, dass eine Neu- oder Umplatzierung erst dann thematisiert wird, wenn die persönliche Pflege- und/oder Betreuungsbedürftigkeit dies bedingt. Dabei darf das Alter keine Rolle spielen.

4. BEDARFSERFASSUNGSSYSTEME

4.1. RAI-RUG für Alters- und Pflegeheime

Das heutige Finanzierungssystem in den Alters- und Pflegeheimen stützt sich im Bereich der Pflege und der Betreuung auf das System RAI/RUG. Dieses System wurde nach einer kurzen Erprobungsphase im Kanton Solothurn erfolgreich per 1.1.2000 eingeführt. Seither wird es ununterbrochen angewendet. Das System dient nebst der Bedarfserfassung der Qualitätssicherung und der Pflegeplanung. Die Finanzierungssystematik ist ein sekundäres Element. Verschiedene Anpassungen sind erfolgt; so wurde unter anderem das Indexsystem angepasst. Heute wird der sog. CH-Index angewendet. Kritisiert wird von Seiten der Anwender häufig, dass das System zu sehr somatisch orientiert sei. Dies bedeutet, dass Menschen, welche eine hohe körperliche Pflegebedürftigkeit aufweisen, vom System deutlich mehr Indexpunkte erhalten, als solche, die verhaltensauffällig oder dement sind. Einzelne Institutionen haben daher die Erlaubnis erhalten, einen kleinen Tarifizuschlag für die Betreuung schwer dementer Klienten zu verlangen. Ebenfalls zuwenig gewichtet werden gemäss den Kritikern Alltagsaktivitäten. Viele Pflegenden kritisieren auch, dass sie kaum Zeit für Betreuung hätten und sie mit den eigentlichen Pflegearbeiten schon weitgehend ausgelastet seien. Diese Situation steht gemäss den Pflegenden im direkten Zusammenhang mit dem System, das kaum Gelder für die Alltagsbegleitung generiert.

Viele ganz normale Alltagssituationen in den Behinderteneinrichtungen könnten zur Zeit mit dem RAI-RUG-System nicht aufgezeigt und aufgezeichnet werden. Als Beispiel können folgende typische Situationen aufgeführt werden:

Verpflegung: In vielen Institutionen des Behindertenbereiches sind die Bewohnerinnen und Bewohner am Prozess der Mahlzeitenzubereitung beteiligt. Ausgenommen davon sind natürlich Werkstattmitarbeiter über die Mittagszeit. Gemeinsames Einkaufen, Rüsten, Kochen usw. werden auf der Gruppe unter Einbezug der Menschen mit einer Behinderung ausgeführt. Diese Tätigkeiten können mit dem Bedarfserfassungssystem RAI-RUG nicht erfasst werden.

Zimmerbesorgung: In Alters- und Pflegeheimen erfolgt die Reinigung der Zimmer weitgehend durch hauswirtschaftliches Personal. Anders in den meisten Behinderteneinrichtungen. Dort werden die Zimmer gemeinsam mit den Klienten - sofern diese dazu in der Lage sind - hergerichtet und gereinigt, was zeitlich und personell intensiver ist. Das dabei beteiligte Personal ist meistens auch teurer als hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Freizeitaktivitäten und Aktivierungstherapie: Im Rahmen der RAI-RUG-Erfassung kann nur eine recht umfangreiche und täglich durchgeführte Tagesstruktur codiert werden. Diese hat jedoch nur einen sehr geringen Einfluss auf die Stufe und somit auf die Taxe. Das heisst, dass Freizeitaktivitäten und Aktivierungstherapie schwierig zu finanzieren sind. Vergleiche zwischen den Stellenplänen zeigen deutlich auf, dass Alters- und Pflegeheime tagsüber für die allg. Betreuung ausserhalb der Pflege über deutlich weniger Personal verfügen als Einrichtungen der Behindertenhilfe.

4.2. System GBM für Behinderteneinrichtungen

Das System GBM (Gestaltung der Betreuung von Menschen mit einer Behinderung) wird seit rund 3 Jahren eingeführt. Wirksam in Bezug auf die Finanzierung oder für offizielle Daten bei der Aufsicht ist es ab Januar 2010. Nicht zuletzt aufgrund der vergleichsweise hohen Tagespreise ist dies dringend nötig. Gleichzeitig mit den Taxen soll auch der Stellenplan indirekt über die Höhe der Taxen gesteuert werden. Bekannt ist jedoch, dass Pflegeleistungen nicht ausreichend erfasst werden können. Dies bedeutet, dass sowohl das RAI-RUG wie auch das GBM in ihren heutigen Versionen nicht ausreichen, um in spezialisierten Gruppen für betagte Menschen mit einer Behinderung angewendet zu werden. So oder so müssen deshalb Anpassungen gemacht werden.

5. KOSTEN UND FINANZIERUNG

5.1. Kosten- und Finanzierungssystematik in den Alters- und Pflegeheimen

Die Kosten- und Finanzierungssystematik basiert auf 3 resp. 4 Teilbereichen (Stand Frühling 2009; Änderungen vorbehalten):

- a) Grundtaxe: Diese wird durch den Regierungsrat festgelegt.
- b) Anlagekosten: Zusätzlich zur Grundtaxe dürfen die Institutionen max. CHF 15.-- pro Tag und Bewohner resp. Bewohnerin verrechnen. Die nicht abgedeckten Anlagekosten müssten durch die Einwohnergemeinden übernommen werden.
- c) Pflege und Betreuung: Die Gesamttaxe für Pflege und Betreuung pro Stufe wird jeweils jährlich durch den Regierungsrat festgelegt. Die Beiträge der Krankenversicherer an die einzelnen Stufen werden im Rahmen von Verhandlungen zwischen der santésuisse und der Gemeinschaft der Alters- und Pflegeheime festgelegt (ab 1.7.2010 Festlegung durch Bund). Die Differenz zwischen den Gesamtkosten für Pflege und Betreuung und dem Krankenkassenbeitrag wird dem Klienten als Betreuungskosten in Rechnung gestellt. Es ist bis heute nicht gelungen, schweizweit klar zu regeln, was als eigentliche Pflege bezeichnet werden kann und was nicht. Der Begriff Betreuung erfasst somit alle Leistungen, die nicht zur Grundtaxe gehören und die nicht von den Krankenkassen übernommen werden.

Auf eine Darstellung der zukünftigen Pflegefinanzierung wird an dieser Stelle verzichtet.

5.2. Finanzierungssystematik in den Behinderteneinrichtungen

Bis Ende 2007 erfolgte die Finanzierung der stationären Einrichtungen im Behindertenbereich wie folgt: Der Kanton legte für jede Institution eine Taxe fest. Diese deckte allerdings die Vollkosten nicht und konnte in den allermeisten Fällen von den Klienten auch nicht voll bezahlt werden, da ihre finanzielle Leistungsfähigkeit aufgrund der Beschränkung der Ergänzungsleistung (EL) gegen oben nicht ausreichend war. Für jede Solothurnerin und für jeden Solothurner in einer Behinderteneinrichtung wurde gestützt auf die EL-Verfügung die sogenannte 'Eigenleistung' berechnet und den Vertragspartnern mitgeteilt. Die Rechnungen der Institutionen an die Klienten beruhten auf diesen Angaben. Der Bund resp. das BSV leistete gestützt auf ein komplexes und kompliziertes System Beiträge an die von ihm anerkannten Einrichtungen. Genügten diese Gelder immer noch nicht zur Deckung der Kosten, konnten diejenigen Institutionen, deren Klienten im Durchschnitt eine Hilflosenentschädigung von mindestens Stufe 2 aufwiesen, den Kanton um einen Beitrag an das Defizit ersuchen. Das Gesuch musste eine Excel-Tabelle mit umfangreichen Daten zu den Kosten und der Zahlungsfähigkeit der einzelnen Klienten enthalten.

Für die Jahre 2008 und 2009 - also im Anschluss an die Einführung der NFA - wurde mit jeder Einrichtung das Budget, die Auslastung und die Taxen besprochen. Erstmals wurden die vollen Kosten berücksichtigt und einheitlichere Systematiken eingeführt. Die Höchstitaxen wurde gestützt auf das neue Sozialgesetz durch den Regierungsrat festgelegt, die individuellen Taxen und Beiträge pro Institution wurden mittels einer Verfügung durch das Departement des Innern, Amt für soziale Sicherheit, erlassen.

Ab Januar 2010 kommt ein Modell zur Anwendung, das gestützt auf die Ergebnisse der GBM-Bedarfserfassung die Betreuungskosten auf 5 Stufen 'Tagesstätte', 5 Stufen 'Wohnen' und 2 Stufen 'Aussenwohngruppe' aufteilt.

5.3. Angleichung der Taxen

Im Durchschnitt kosten heute die Behinderteneinrichtungen deutlich mehr als Alters- und Pflegeheime. Gründe dazu sind folgende:

- mehrheitlich besserer / höherer Stellenschlüssel (= mehr Stellenprozent pro Platz);
- grösserer Anteil an Personal auf der Tertiärstufe und generell höherer Anteil an Personal mit einer Ausbildung;
- teureres Personal (Einstufung in höheren Lohnklassen);

- mehr resp. standardisierte finanzielle Mittel für Aus- und Weiterbildungen;
- mehr Angebote für die Betreuten (insbesondere Tagesstruktur, Freizeit, Therapie usw.) entsprechend dem völlig anderen Auftrag;
- kleinere Einheiten (Kleingruppen von 5 bis 10 Bewohnerinnen und Bewohnern);
- andere Art der Leistungserbringung (z.B. Einkauf vor Ort anstatt Grossverteiler wie CC oder Prodega, Kochen auf der Gruppe anstatt Zentralküche; familienähnliches Zusammenleben auf der Gruppe und damit mehr Personal) entsprechend dem Auftrag zur Förderung;
- mehr Führungs- und Bereichsleitungspersonal sowie
- die Anlagekosten (Vollkostenrechnung).

Diese Aufzählung ist nicht abschliessend. Das über Jahre auch im Kanton Solothurn und von anderen Kantonen nach wie vor praktizierte Prinzip der Defizitgarantie hat nicht dazu beigetragen, die Kosten bewusster zu steuern. Im Gegenteil, sie setzte alle Anreize auf eine Kostenausweitung.

Von den Behinderteneinrichtungen wird häufig zur Begründung der hohen Kosten der im Vergleich zu Alters- und Pflegeheimen andere Auftrag erwähnt. Dieses Argument stimmt, solange es sich nicht um betagte Menschen handelt.

Eine Angleichung der Taxen für die Abgeltung von Leistungen für betagte pflegebedürftige Menschen soll angestrebt werden. Damit dies möglich wird und eine Vergleichbarkeit gegeben ist, müssen zuvor die zu erbringenden Leistungen sowie die Standards einheitlich definiert werden.

5.4. Vergleichbarkeit der Kosten und der Leistungen

Sofern Alters- und Pflegeheime wie auch Behinderteneinrichtungen in speziellen Gruppen Leistungen für betagte Menschen mit einer Behinderung anbieten, müssen die Kosten und die Taxen vergleichbar sein. Dabei darf das angewendete Bedarfserfassungssystem keine Rolle spielen. Es wird Sache des Kantons sein, die zu erbringenden Leistungen zu definieren und entsprechend abzugelten. Nur ein einheitliches Erfassungssystem wird Vergleiche in Bezug auf den Aufwand und den Bedarf ermöglichen. Das heisst, dass alle speziellen Gruppen und Abteilungen für betagte Menschen mit einer Behinderung über die gleichen Auflagen und Standards verfügen müssen, sofern sie Pflegeleistungen anbieten. Mittels Leistungsvereinbarungen, wie sie bereits mit allen IVSE-Institutionen abgeschlossen worden sind, können Kanton und Leistungserbringer alle wesentlichen Parameter regeln.

6. EMPFEHLUNGEN ZUR LEBENSGESTALTUNG ALTER MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN

6.1. Ambulante Dienstleistungen

Für Menschen, die privat leben, sind in erster Linie die ambulanten Dienstleistungen auszubauen. Auch Eltern, Geschwister, Partner, Nachbarn usw. sind zu unterstützen.

Mit dieser Lösung lässt sich ein Heimeintritt hinauszögern und allenfalls ganz vermeiden. Dabei wird nicht nur an Spitexleistungen gedacht, sondern auch an Möglichkeiten, diese Menschen in ihren Wohnungen zu betreuen sowie in sozialen, administrativen und finanziellen Belangen zu beraten. Diese Leistungen für Menschen mit einer Behinderung sind durch den Kanton abzugelten, da den Leistungsempfängern nicht ausreichend finanzielle Mittel dazu zur Verfügung stehen.

Mittels einer engen Zusammenarbeit zwischen Leistungsempfänger und den ambulanten Leistungsanbietern kann bestimmt werden, wann ein Eintritt in eine stationäre Einrichtung indiziert ist.

Der Vollständigkeit halber soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass gestützt auf einen Entscheid des Bundesrates vom Sommer 2005 seit 2006 ein Pilotversuch 'Assistenzbudget' läuft. Im Kanton Solothurn beteiligen sich rund 3 Personen auf privater Basis an diesem Projekt. Das Assistenzbudget richtet sich vor allem an Menschen, welche körper- oder sinnesbehindert sind und nicht in einem Heim leben.

6.2. Stationäre Dienstleistungen

Das BSV als die bis zur Einführung der NFA zuständige Behörde akzeptierte Eintritte in Einrichtungen der Behindertenhilfe bis zu einem Jahr vor der Pensionierung. Ebenfalls akzeptierte das BSV den Verbleib dieser Menschen über das ordentliche Pensionsalter hinaus in einer Behinderteneinrichtung und richtete entsprechende Beiträge aus. Diese Praxis soll nicht aufgehoben werden, ohne dass es dafür einen überzeugenden Anlass gibt. Ein Anlass ist eine sich abzeichnende oder bestehende signifikante Pflegebedürftigkeit. Entscheide in Bezug auf den Wohnort und die Wohnform sind, wann immer möglich, gemeinsam mit den Betroffenen zu fällen.

Ergänzend zum agogischen Personal soll Pflegepersonal angestellt werden, um Menschen mit leichter Pflegebedürftigkeit zu pflegen. Zu prüfen ist, ob nicht die Spitex fehlendes pflegerisches Know-how abdecken kann.

Da es weder sinnvoll noch machbar ist, dass alle Einrichtungen der Behindertenhilfe über Pflegepersonal verfügen, müssen Grenzen gesetzt werden. Diese kann wie folgt definiert werden:

Liegt eine mittlere oder schwere Pflegebedürftigkeit vor (nach RAI-RUG-Einstufungssystematik), so ist eine Umplatzierung in ein einschlägig spezialisiertes Alters- und Pflegeheim ins Auge zu fassen. Ebenfalls denkbar ist es, dass einzelne wenige Einrichtungen für Menschen mit einer Behinderung und mittlerer Pflegebedürftigkeit eine spezialisierte Abteilung aufbauen, welche sich bezüglich Organisation und Qualität zusätzlich an den Regeln des Bereiches 'Alter und Pflege' orientiert. Dabei ist es wichtig, dass die Bedürfnisse und der Erhalt der Fähigkeiten der betagten Menschen berücksichtigt werden. Dies bedeutet jedoch, dass die oft sehr grossen Bemühungen zur Förderung der Menschen mit einer Behinderung im Alter reduziert werden. Im Vordergrund steht die Einstufung nach RAI/RUG und damit auch der Kostensatz und die Finanzierung nach den Regeln über die stationäre Langzeitpflege; allenfalls ergänzt um ein Modul für den behinderungsbedingten Mehraufwand.

6.3. Kriterien für die Zuteilung in die Begleit-, -Betreuungs- oder Pflegeform

Es gelten folgende Kriterien:

- ***Menschen, die vor Erreichen des ordentlichen Pensionierungsalters als invalid resp. behindert galten und Leistungen der IV erhalten haben, sind im AHV-Alter nicht mehr automatisch 'invalid' im Sinne des Gesetzes, sollen aber nach wie vor als solche***

betrachtet und behandelt werden. Zu dieser Gruppe gehören Menschen mit einer primären oder sekundären Behinderung. Die Fachstelle Behinderung bleibt über das AHV-Alter hinaus für diese Menschen zuständig, wenn sie in einer Einrichtung für Menschen mit einer Behinderung wohnen.

- **Menschen, die nach Erreichen des ordentlichen Pensionsalters infolge Krankheit oder Unfall eine Beeinträchtigung erleiden, gelten nicht als invalid oder behindert im Sinne des Gesetzes (tertiäre Behinderung). Für diese Menschen ist die Fachstelle Alter zuständig.**
- **Menschen mit einer Behinderung im AHV-Alter, die eine signifikante Pflegebedürftigkeit aufweisen und in einer spezialisierten Gruppe oder Institution leben, fallen in den Zuständigkeitsbereich beider Fachstellen, d.h. Alter und Behinderung gemeinsam. Aufsicht und Bewilligung werden als gemeinsame Aufgabe wahrgenommen. Die Federführung übernimmt diejenige Fachstelle, welche für die Institution als Ganzes zuständig ist.**

Daraus ergeben sich folgende Kriterien für die Zuteilung in die eine oder andere Begleit-, Betreuungs- oder Pflegeform:

6.3.1. Menschen mit einer Behinderung (alle Behinderungsformen)

- AHV-Alter noch nicht erreicht
- privat wohnend
- pflegebedürftig
 - Sofern der Bedarf nach einer institutionellen Betreuung besteht, kann die Institutionsuche und -wahl, wie bereits heute, im Einzelfall erfolgen; verantwortlich ist die gesetzliche Vertretung resp. die Klientin oder der Klient gemeinsam mit dem Leistungserbringer. Bei IV-Bezügerinnen und -Bezügern im Alter zwischen 18 und 64 ist die Fachstelle Behinderung für die Person zuständig. Das Aufsichtsteam wird bei Bedarf durch eine Pflegefachkraft ergänzt. Es ist in Einzelfällen sinnvoll, bei grossem resp. überwiegendem Pflegebedarf (schwere Pflegebedürftigkeit) einen Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim zu prüfen. Bei einer leichten Pflegebedürftigkeit ist der Beizug der Spitex zu prüfen.

6.3.2. Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung

- a)
 - im AHV-Alter
 - privat wohnend
 - Pflege und Betreuung im Rahmen ihrer Familie oder ambulant
 - Lösungssuche im Einzelfall; liegt eine Pflegebedürftigkeit vor, ist ein Eintritt am ehesten in ein Alters- und Pflegeheim zu prüfen. Bei noch lebenden Eltern ist der gemeinsame Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim in Erwägung zu ziehen.

Nicht vorgesehen ist ein Eintritt in eine Einrichtung im Behindertenbereich.
- b)
 - im AHV-Alter
 - ohne signifikante Pflegebedürftigkeit
 - bereits in einem Heim wohnend
 - Im Sinne des 'Gewohnheitsprinzipes' und der Fortführung der BSV-Regeln soll die Wohnsituation nicht ohne zwingenden Anlass geändert werden. Bei pensionierten (behinderten) Werkstattmitarbeitern ist individuell eine altersgerechte Ersatz-Tagesstruktur zu prüfen und bei Bedarf sicherzustellen.
- c)
 - im AHV-Alter,
 - mittlere oder schwere Pflegebedürftigkeit
 - bereits in einem Heim wohnend

- Bei mittlerer Pflegebedürftigkeit Wechsel in eine spezialisierte Altersgruppe (spezialisierte Gruppen sind sowohl im Behindertenbereich wie auch in Alters- und Pflegeheimen denkbar). Steht die Pflege (schwere Pflegebedürftigkeit) deutlich im Vordergrund, ist der Eintritt in ein normales Alters- und Pflegeheim zu prüfen.

6.3.3. Menschen mit einer psychischen Behinderung

- a)
- im AHV-Alter
 - privat wohnend
 - pflegebedürftig
 - Je nach Schweregrad der psychischen Behinderung Eintritt in ein normales oder spezialisiertes Alters- und Pflegeheim. Bei einer sehr ausgeprägten psychischen Behinderung, z.B. bei einer Schizophrenie, ist ein Eintritt in eine dafür vorgesehene Spezialabteilung zu prüfen.
- b)
- im AHV-Alter
 - in einer Institution wohnend
 - ohne signifikante Pflegebedürftigkeit
 - Im Sinne des 'Gewohnheitsprinzips' und der Fortführung der BSV-Regeln soll die Wohnsituation nicht ohne zwingenden Anlass geändert werden. Bei pensionierten (behinderten) Werkstattmitarbeitern ist individuell eine altersgerechte Ersatz-Tagesstruktur zu prüfen und bei Bedarf sicherzustellen.
- c)
- im AHV-Alter
 - in einer Institution wohnend
 - pflegebedürftig
 - Je nach Schweregrad der psychischen Behinderung Übertritt in ein normales, jedoch spezifisch dafür ausgerichtetes Alters- und Pflegeheim oder in eine Spezialabteilung.

6.3.4. Menschen mit einer Sinnes- oder körperlichen Behinderung

- im AHV-Alter
- pflegebedürftig
- früher IV-Rente
- Eine allg. Betreuungsbedürftigkeit sowie ein leichter Pflegebedarf kann mit der Spitex, mittels Nachbarschaftshilfe, anderen sinngemässen ambulanten Angeboten oder durch einen Wechsel in eine begleitete Wohnform abgedeckt werden. Vorbehalten bleiben mögliche Leistungen im Rahmen von zukünftigen Assistenzmodellen.
- Bei Eintritt einer mittleren oder schweren Pflegebedürftigkeit muss ein Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim in Erwägung gezogen werden.

6.3.5. Menschen mit einer Behinderung infolge einer Suchterkrankung

- im AHV-Alter
- pflegebedürftig
- früher IV-Rente
- Ein Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim ist in Erwägung zu ziehen.
- Falls eine psychische Behinderung im Vordergrund steht: sh Ziffer 6.3.3.

6.4. Casemanagement

Zur Sicherstellung von bedarfsgerechten Platzierungen eines betroffenen Menschen mit einer Behinderung im Alter und in strittigen Fällen soll unter Berücksichtigung der Möglichkeiten und Grenzen der Institutionen eine Gruppe zur Entscheidungsfindung gebildet werden.

Die Gruppe soll sich jeweils zusammensetzen aus:

- dem Klienten oder der Klientin,
- der allfälligen gesetzlichen Vertretung,
- einer Vertretung der Betreuenden,
- der Institutionsleitung und
- einer Vertretung der Fachstellen Behinderung und Alter

Die Frage stellt sich grundsätzlich, wer denn für die Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern, die Grenzen des Machbaren, für Aus-, Ein- und Übertritte sowie ganz generell für Platzierungen verantwortlich ist. In der Praxis werden heute all diese Fragen zwischen den Betroffenen selber, den Angehörigen resp. den gesetzlichen Vertretern und den Leistungsanbietern besprochen und auch entschieden. Der Kanton nimmt seine Aufgabe als Aufsichtsbehörde wahr, äussert sich jedoch nicht zu Platzierungen im Einzelfall. Die Meinungen zur Frage, ob dies auch weiterhin und insbesondere bei Menschen mit einer Behinderung im Alter belassen werden soll, gehen auseinander. Als sinnvolle und pragmatische Lösung drängt sich auf, dass die Pflegebedürftigkeit und die auf Institutionsseite vorhandenen fachlichen Ressourcen auch anlässlich der Aufsichtsbesuche der Fachstelle 'Behinderung' thematisiert werden. Besonderes Augenmerk kann dabei den Menschen mit einer Behinderung im AHV-Alter im Hinblick auf eine dem Pflegebedarf entsprechenden Platzierung geschenkt werden. Allenfalls kann das Aufsichtsteam analog zum Altersbereich durch Pflegefachleute ergänzt werden.

6.5. Sicherung der Pflegequalität in Behinderteneinrichtungen

Die Sicherung der Pflegequalität in den Behinderteneinrichtungen ist heute nicht standardisiert. Die offiziellen Qualitätsrichtlinien sind entsprechend anzupassen. Das Aufsichtsteam der Fachstelle, welches heute ausschliesslich aus Sozialpädagogen besteht, ist durch eine Pflegefachkraft zu ergänzen.

In den heute gültigen Standards und insbesondere in den nach wie vor angewendeten BSV-Qualitäts-Richtlinien gemäss BSV-IV 2000 finden sich keine Aussagen zur Pflegequalität und einer diesbezüglichen Aufsicht. Für die Alters- und Pflegeheime liegen hingegen sehr ausführliche Qualitätsstandards für die Pflege vor. Nicht standardisiert ist hier der agogische Bereich. Die Voraussetzungen und die Standards in den Behinderteneinrichtungen sind somit - was die Pflege betrifft - nicht geregelt.

Die Verantwortung über das Pflegeangebot und die Festlegung des Machbaren und der Grenzen liegt bei den Institutionen und allenfalls bei den gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern der Betroffenen. Es gibt keine Standards, wann ein Übertritt in Erwägung zu ziehen ist oder die fachlichen Ressourcen anzupassen sind. Anders ausgedrückt heisst dies, dass es weitestgehend den Leistungserbringern überlassen ist, ob sie mit der Spitex oder mit Alters- und Pflegeheimen Kontakt aufnehmen resp. zusammenarbeiten oder nicht. Im gleichen Sinne wird auch mit möglichen Übertritten von Menschen mit einer Behinderung aus Behinderteneinrichtungen in Alters- und Pflegeheime verfahren. Eine diesbezügliche Aufsicht oder Steuerung durch eine Behörde existiert nicht.

Hier stellt sich grundsätzlich die Frage, ob dies so belassen werden soll oder nicht. Eine zentral und hoheitlich organisierte Platzierung, wie sie in einigen Westschweizer Kantonen praktiziert wird, steht nicht zur Diskussion. Denkbar und sinnvoll ist hingegen, anlässlich von Besuchen vor Ort die Platzierung von Menschen mit einer Behinderung im AHV-Alter im Hinblick auf die Eignung der Institution

gemeinsam mit den Betroffenen zu überprüfen.

Im Sinne der in diesem Konzept formulierten amtlichen Zuständigkeit fallen Gruppen in Behinderteneinrichtungen, die Menschen mit einer Behinderung im AHV-Alter betreuen, in den Zuständigkeitsbereich beider Fachstellen. Durch die interdisziplinäre Ausführung der Aufsicht und der Bewilligungsverfahren wird es möglich sein, konkrete Pflegebedürfnisse vor Ort abzuklären und deren Abdeckung sicherzustellen. Dabei wird sicher auch punktuell das System RAI-RUG angewendet werden müssen. Ziel ist, das Leistungsvermögen der Institution kongruent zum Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner zu entwickeln und die Pflegequalität sicher zu stellen.

Da viele Menschen mit einer Behinderung bereits lange vor dem Eintritt in das AHV-Alter pflegebedürftig sind, drängt sich eine Sicherung der Pflegequalität auch in den Behinderteneinrichtungen auf. Die kantonalen Standards und allenfalls die Leistungsvereinbarungen sind entsprechend anzupassen. Die Frage der Schnittstellen (Zusammenarbeit, Leistungsbezug, Übertritte usw.) zwischen den Behinderteneinrichtungen, den Alters- und Pflegeheimen sowie der Spitex muss dabei thematisiert und geregelt werden.

6.6. Schaffung neuer oder Anpassung bestehender Angebote

In bestehenden Behinderteneinrichtungen sind regional spezialisierte Pflegeabteilungen zu bilden, welche die Menschen mit mittlerem Pflegebedarf pflegen und betreuen können.

Die Bedarfsplanung der Fachstelle Behinderung des Kantons Solothurn geht davon aus, dass unter Berücksichtigung der sich im Bau befindlichen Institutionen ausreichend stationäre Plätze zur Verfügung stehen. Die Schaffung von neuen Plätzen ist - ausgenommen von Pilotprojekten und kleinen Platzbereinigungen - nicht vorgesehen. Denkbar und möglich ist hingegen, die vorhandenen Plätze dem Bedarf anzupassen und anders zu nutzen. Aufgrund der geographischen Eigenheit des Kantons macht es Sinn, wenn sowohl in der Region Solothurn-Grenchen, Thal-Gäu, Olten-Gösgen und Dorneck-Thierstein je eine geeignete Abteilung für Menschen mit einer Behinderung im Alter und einer offensichtlichen Pflegebedürftigkeit zur Verfügung steht. Bezüglich den Anforderungen müssen diese Abteilungen sowohl die Anforderungen der Alters- und Pflegeheime wie auch der Behinderteneinrichtungen erfüllen. Dies betrifft insbesondere die Fachlichkeit der Mitarbeiter und der Leitung der Pflege. Wie seit dem Jahre 2008 mit den sogenannten IVSE-Institutionen praktiziert, kann der Kanton die entsprechenden Leistungen und Auflagen zusätzlich zu den bestehenden Grundlagen mittels einer Leistungsvereinbarung regeln. Nicht denkbar und nicht akzeptabel ist es, wenn Institutionen ohne Leistungsvereinbarung, ohne ausreichende Fachlichkeit und ohne Aufsicht Pflegeleistungen für Menschen mit einer Behinderung im AHV-Alter erbringen.

6.7. Erweiterung des RAI/RUG durch einen Fragebogen - Betreuung und Angleichung der Taxen in spezialisierten Gruppen in Behinderteninstitutionen

Zur systematischen Erfassung des Betreuungsbedarfes in den Spezialabteilungen ist das vorhandene System durch den Teil 'Betreuung' zu ergänzen, welcher den infolge der Behinderung zu leistenden Mehraufwand erfasst.

Die Abgeltung der Leistung in den Spezialabteilungen für Menschen mit einer Behinderung im AHV-Alter und einer Pflegebedürftigkeit erfolgt nach dem System der Alters- und Pflegeheime. Ausgenommen davon sind die Anlagekosten sowie ein allfälliger Betreuungszuschlag für den behinderungsbedingten Mehraufwand.

Weder das System RAI-RUG noch das GBM erfüllen heute die Anforderungen für die Anwendung in Gruppen für Menschen mit einer Behinderung mit Pflegebedarf.

Von einem Bedarfserfassungssystem wird erwartet, dass es die Realität modellhaft abbildet. In den spezialisierten Gruppen wird zukünftig der Alltag mit Sicherheit von den heute gelebten Alltagsstruktur abweichen. Der Begleitungsaufwand von Menschen mit einer Behinderung im Alter wird mit

allergrösster Wahrscheinlichkeit höher sein als bei 'normalen' Bewohnerinnen und Bewohnern eines Alters- und Pflegeheimes, da die betroffenen Menschen deutlich weniger auf bewährtes Wissen und Strategien zurückgreifen können. Es ist für diese Menschen viel schwieriger die Alterungsprozesse zu bewältigen, da sie nicht über die gleichen intellektuellen Ressourcen verfügen (siehe dazu auch den Abschnitt 'ICD'). Auch Angehörige, die heute in Alters- und Pflegeheimen viele wichtige Aufgaben übernehmen, sind zumindest bei den Menschen mit einer geistigen Behinderung kaum vorhanden. Um eine massive Überforderung der Klienten zu vermeiden, sollen deshalb die kleinräumigen Strukturen des Gruppensystems beibehalten werden. Diese Strukturen sind zwangsläufig aufwändiger als klassische Strukturen traditionell organisierter Alters- und Pflegeheime. Soll das RAI-RUG zur Anwendung kommen, muss es durch den Teil 'Betreuung', welcher auf Seiten des Anbieters bereits in Arbeit ist, ergänzt werden. Sofern das System GBM auch in den für das Alter spezialisierten Gruppen angewendet werden soll, muss es ebenfalls deutlich angepasst werden. Der gesamte Teil der Erfassung der Körperpflege muss ausgebaut werden. Angepasst werden muss ebenfalls der Förderungsbedarf, der für Betagte nicht mehr gleich hoch ist wie für jüngere Menschen.

Sofern seitens des Kantons beabsichtigt wird, dass sich die Krankenkassen an der Pflege der betagten Menschen mit einer Behinderung beteiligen, ist die Einführung des RAI-RUG ein Muss. Da es sich bei beiden Systemen um sehr aufwändige und anspruchsvolle Systeme handelt, wird es kaum dazu kommen, beide gleichzeitig anzuwenden. Der Kanton wird sich also für ein System entscheiden müssen. Ausschlaggebend wird wohl die Frage sein, in welcher Form sich die Krankenversicherer beteiligen. Da mit vernünftigem Aufwand nur ein System pro Gruppe angewendet werden kann, wird es nicht möglich sein, in den Einrichtungen gemischte Gruppen (jüngere Menschen ohne und ältere ab 65 mit Pflegebedarf) zu führen, obwohl ausserkantonale damit gute Erfahrungen gemacht werden.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass für die Verwendung in spezialisierten Gruppen für Menschen mit einer Behinderung im Alter beide Systeme angepasst werden müssten. Eine Angleichung der Taxen für die Abgeltung von Leistungen für betagte pflegebedürftige Menschen soll angestrebt werden. Damit dies möglich wird und eine Vergleichbarkeit gegeben ist, müssen zuvor die zu erbringenden Leistungen sowie die Standards einheitlich definiert werden.

6.8. Bewilligung, Aufsicht und Qualitätssicherung

Die im ASO organisierten Fachstellen Alter und Behinderung sind - zumindest was Bewilligung, Aufsicht und Qualitätssicherung betrifft - zusammenzulegen.

Die Fachstelle 'Behinderung' sowie 'Alter und Pflege' sind beide der Abteilung 'Soziale Dienste' im Amt für soziale Sicherheit zugeteilt, das seinerseits zum Departement des Innern gehört. Die Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit sind somit optimal vorhanden. Obwohl es sich bezüglich der Zuständigkeit (Kanton resp. Einwohnergemeinden) um unterschiedliche Aufgabenfelder handelt, sind wesentliche Tätigkeiten der Verwaltungsarbeit weitgehend identisch. Bei der vorliegenden Thematik (Menschen mit einer Behinderung im Alter) handelt es sich aus Sicht der Arbeitsgruppe gleichzeitig um eine Aufgabe des Kantons wie der Einwohnergemeinden. Deshalb ist es angebracht, dass alle Tätigkeiten wie Aufsicht, Bewilligung und Qualität von beiden Fachstellen gemeinsam wahrgenommen werden. Für betroffene Gruppen oder Abteilungen der Institutionen heisst das, dass bezüglich den qualitativen Voraussetzungen bestimmte Auflagen wegfallen und dafür andere dazukommen. Insbesondere in den Bereichen Personalqualifikation, Pflege und Betreuung, Medikation und Bedarfserfassungssystem sind Angleichungen in den Behinderteneinrichtungen nötig. Diese Themen sind in den Qualitätsstandards für die Alters- und Pflegeheime - Grundangebot und Basisqualität - sehr präzise und umfassend geregelt.

7. SCHLUSSBEMERKUNGEN

Eine Arbeitsgruppe von Fachleuten ganz unterschiedlicher Provenienz erarbeitete das vorliegende Konzept "Möglichkeiten der Wohn- und Lebenssituation vom Menschen mit einer Behinderung im Alter". Das Fachwissen, sei es in Bezug auf das zu behandelnde Thema oder auf das kantonale Umfeld, war innerhalb der Gruppe sehr gross, was die Konzepterarbeitung erleichterte.

In der Grundhaltung gegenüber den Menschen mit einer Behinderung kristallisierte sich von Anfang an ein Konsens heraus. Getragen von Achtung und Respekt war es allen Gruppenmitgliedern ein grosses Anliegen, die Interessen und Bedürfnisse der Betroffenen ob sie privat, in einer Wohngemeinschaft oder einem Heim leben, ernst zu nehmen. Weiter war es ein grosses Anliegen der Arbeitsgruppe, alle Formen von Behinderung gleichwertig zu behandeln. Zugleich war man sich auch der gesellschaftlichen Verantwortung bewusst, insbesondere in der Weise, dass sich das Augenmerk auf die beschränkten finanziellen Ressourcen richtete.

Das Konzept gipfelt in den Empfehlungen der Arbeitsgruppe. Diese sind weniger als strenge Richtlinien aufzufassen, sondern vielmehr als Grundsätze resp. Orientierungshilfen zu verstehen. Um für die einzelnen betroffenen Menschen gute Lösungen zu finden, soll hauptsächlich den individuellen Interessen und Bedürfnissen Rechnung getragen werden, ohne dabei das Umfeld ausser Acht zu lassen.

Wichtig für die Arbeitsgruppe war es, konkrete, pragmatische Lösungsvorschläge zu erarbeiten, die in der Praxis angewendet und umgesetzt werden können.