

Behinderung und Pflege im Kanton Zug

Schlussbericht

Luzern, 16. November 2023

Projektleitung:

Dr. Alan Canonica

Wissenschaftliche Mitarbeiterin:

Marina Abbas

Kontakt

Hochschule Luzern

Soziale Arbeit

Dr. Alan Canonica

Werftstrasse 1

Postfach 2945

CH-6002 Luzern

+41 41 367 49 34

alan.canonica@hslu.ch

www.hslu.ch/soziale-arbeit

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage und Inhalt	3
2. Auftrag und Ziele	3
3. Vorgehen und Methode	3
4. Zuständigkeiten, Kostenträger und aktueller Diskurs	4
4.1. Gesetzliche Grundlagen und Finanzierung	4
4.2. Aktuelle Diskussion	5
5. Erhöhter Pflegebedarf aus Sicht der sozialen Einrichtungen.....	7
5.1. Definitionen von erhöhtem Pflegebedarf	7
5.2. Typologisierung von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf.....	9
6. Einschätzungen zur aktuellen Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf	10
6.1. Einschätzungen der Leistungserbringenden und Behörden	11
6.2. Einschätzung der Dienstleistungsnutzenden	16
7. Handlungsbedarf aus Sicht der sozialen Einrichtungen	17
8. Erkenntnisse der Studie und Weiterentwicklungspfade	18
9. Empfehlungen an den Kanton Zug	20
10. Literaturverzeichnis	22

1. Ausgangslage und Inhalt

Behinderung ist eine Thematik, die verschiedene Fachbereiche betrifft. An den Schnittstellen mit der Pflege bestehen vielfältige offene Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen sowie fachliche Herausforderungen und zum Teil Leistungslücken. So stellt sich etwa die Frage der bedarfsgerechten Unterbringung für ältere Menschen mit Behinderung mit steigendem, altersbedingtem Pflegebedarf. Bei jüngeren beeinträchtigten Personen mit Pflegebedarf kann es mangels Alternativen zu nicht altersgerechten Unterbringungen in Alters- und Pflegeheimen kommen. In den sozialen Einrichtungen besteht ein Mangel an Pflegefachleuten, die eine bedarfsgerechte Unterstützung sicherstellen könnten. In Pflegeheimen ist die Unterstützung aus sozialpädagogischer Sicht in der Regel nicht ausreichend. Für jüngere Menschen ist das Zusammenleben mit Betagten zudem inadäquat und es fehlt an passenden, altersgerechten Tagesstrukturangeboten. Es stellt sich sowohl für die Verwaltungen als auch für die Praxis die Frage, wie die Planung und Steuerung des Versorgungssystems organisiert sowie die konkreten Dienstleistungen ausgestaltet werden sollen, damit dieses den individuellen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf gerecht werden und eine möglichst hohe Wahlfreiheit zwischen stationären und ambulanten Leistungen einerseits und unterschiedlichen Unterstützungsangeboten andererseits sichergestellt werden kann.

Zunächst werden im Bericht der Auftrag und die Projektziele sowie das Vorgehen und die Methode beschrieben. Danach werden die Zuständigkeiten und Kostenträger geklärt sowie der aktuelle Diskurs zu den Schnittstellen zwischen Behinderung und Pflege dargestellt. Der erhöhte Pflegebedarf wird dann aus der Sicht der Zuger sozialen Einrichtungen beschrieben und eine Typologisierung der Dienstleistungsnutzenden anhand der Angaben vorgenommen. Als nächstes wird die Einschätzung der Anspruchsgruppen zur Versorgungssituation sowie zu Entwicklungspotenzialen nähergebracht. Es wird der unmittelbare Handlungsbedarf aus der Perspektive der sozialen Einrichtungen dargelegt und abschliessend werden Empfehlungen an den Kanton für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems an der Schnittstelle zwischen Behinderung und Pflege formuliert.

2. Auftrag und Ziele

Der Kanton Zug möchte Rahmenbedingungen schaffen, um die Versorgung an der Schnittstelle zwischen sozialpädagogischer Betreuung und Pflege zu verbessern. Das Kantonale Sozialamt Zug hat die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit beauftragt, einen Bericht zur aktuellen Versorgungssituation an dieser Schnittstelle zu erstellen. Das Projekt soll für den Kanton Zug eine Grundlage für die Erarbeitung von Massnahmen zur Verbesserung der Versorgungspraxis schaffen. Dafür werden zwei Ziele verfolgt:

- 1) Beschreibung der IST-Situation bei der Unterstützung von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf.
- 2) Aufzeigen von Weiterentwicklungsbedarfen sowie Pfade für Optimierungsprozesse an der Schnittstelle zwischen Behinderung und Pflege.

3. Vorgehen und Methode

Die Erhebung der empirischen Datengrundlage für den Bericht ist in vier Module unterteilt (Tabelle 1).

Tabelle 1: Module 1–4 für die Erhebung der Datengrundlage

Modul	Inhalt	Datengrundlagen
1	Aufbereitung der Gesetzesgrundlagen und Rahmenbedingungen sowie des aktuellen Diskurses	- Gesetze - Berichte Kantone - Literatur
2	Schriftliche Befragung der sozialen Einrichtungen	- soziale Einrichtungen (n=7)
3	Typologisierung (Analyse der Fragebogen und Falldossiers)	- Fragebogen (n=7) - Falldossiers (n=18)
4	Leitfadeninterviews mit Vertreter:innen von sozialen Einrichtungen, Pflegeheimen, Gesundheitsdirektion sowie mit Dienstleistungsnutzenden	- mit Geschäftsleitenden, und Fachpersonen in sozialen Einrichtungen (n=3) - mit Dienstleistungsnutzenden (n=6) - mit Geschäftsleitenden von Pflegeheimen (n=7) - mit Gesundheitsdirektion des Kantons Zug (n=1)

Die Aufbereitung der Gesetzesgrundlagen und Rahmenbedingungen (Modul 1) stellt die Grundlage für die weiteren Module dar. Dabei wurden auch die Publikationen und Diskurse von Verbänden und Kantonen zur Schnittstelle zwischen Behinderung und Pflege berücksichtigt. Mit einer schriftlichen Befragung wurden die sozialen Einrichtungen zu Personen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf in ihrer Einrichtung befragt (Modul 2). Die sozialen Einrichtungen, die nach eigenen Angaben Personen mit erhöhtem Pflegebedarf betreuen, haben exemplarische Falldossiers zur Verfügung gestellt. Anhand der Unterlagen wurden unterschiedliche Typen von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf identifiziert (Modul 3). Mit den bisherigen Erkenntnissen wurden die Leitfäden für die Interviews mit den sozialen Einrichtungen, den Pflegeheimen, der Gesundheitsdirektion und den Dienstleistungsnutzenden erstellt. (Modul 4).

Im Bericht werden anschliessend unmittelbare Handlungsbedarfe aus Sicht der sozialen Einrichtungen benannt und in einem weiteren Schritt Handlungsempfehlungen beziehungsweise Lösungswege für eine Verbesserung der Versorgungssituation formuliert.

4. Zuständigkeiten, Kostenträger und aktueller Diskurs

4.1. Gesetzliche Grundlagen und Finanzierung

Für Pflegeleistungen ist grundsätzlich das Gesundheitswesen und somit die Krankenversicherung (KV) zuständig. Die Pflegeleistungen für Menschen mit Behinderung werden allerdings von verschiedenen Kostenträgern finanziert. Dies ist auch von der Form des Angebots abhängig, welches die Person in Anspruch nimmt. Das Finanzierungssystem ist komplex.

Gemäss Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG), dem Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG), dem kantonalen Gesetz über soziale Einrichtungen (SEG) und dem kantonalen Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EG ELG) ist der Kanton Zug substantiell für die Finanzierung stationärer Dienstleistungen von Einrichtungen für Menschen mit Behinderung zuständig. Insgesamt trägt der Kanton die Hauptlast der Kosten, mit denen auch Pflegeleistungen abgegolten werden. Die kantonale Finanzierung erfolgt über Leistungsvereinbarungen, Kostenübernahmegarantien sowie über die Ergänzungsleistungen (EL), von welchen der Kanton im Bedarfsfall bei einem Heimaufenthalt den Grossteil trägt. Das subjektorientierte kantonale Finanzierungsmodell stützt sich auf den «Individuellen Betreuungsbedarf (IBB)» als Einstufungssystem für den Betreuungsaufwand. Beim IBB können auch Leistungen der Grundpflege abgebildet werden.

Einen Teil der Kosten trägt der Bund mit einem Anteil an den EL. Zudem finanzieren die Menschen mit Behinderung in Form von Eigenleistungen (IV-Rente und Hilflosenentschädigung HE, in bestimmten Fällen Leistungen der Unfallversicherung und der Pensionskassen sowie allfälliges Einkommen und Vermögen) die Leistungen mit. Teilweise handelt es sich bei der Eigenleistung wiederum um Leistungen des Bunds. Bei Menschen mit Behinderung im Pensionsalter kommt mit der AHV ein weiterer Kostenträger hinzu.

Die Leistungen von KVG-anerkannten Pflegeheimen werden durch Beiträge der KV, des Kantons und des Bunds (EL), der Gemeinden (Pflegerestkosten) sowie der Personen (Eigenleistung, evtl. aus Renten der Sozialversicherungen) finanziert. Es sind auch Hybridformen zwischen Behinderten- und Pflegeheimen möglich. Leistungen der Spitex werden über die KV abgerechnet. Auch hier besteht eine Eigenleistung der Menschen mit Behinderung. Der Kanton kommt für Beiträge aus Ergänzungsleistungen auf und die Gemeinden tragen die Pflegerestkosten.

4.2. Aktuelle Diskussion

Die Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf ist ein Thema, das von Verwaltungen, Fachverbänden Praxis und Selbstvertretung seit ungefähr 10 bis 15 Jahren vermehrt diskutiert wird. Summarisch werden primär folgende Themen behandelt: Selbstbestimmung und Angebotsdiversifikation, Zielgruppen, Übertritte, Fachlichkeit und Fachkräftemangel, Infrastruktur und Finanzierung. Im Folgenden wird zu den einzelnen Aspekten der Inhalt des Diskurses jeweils summarisch aufgezeigt.

Selbstbestimmung und ambulante Dienstleistungen

Sowohl für Menschen mit Behinderung als auch im Bereich Alter bewegt sich der Trend in Richtung von ambulanten Dienstleistungen. Mit der Zunahme von ambulanten Angeboten erfolgt eine Entwicklung hin zu dezentraleren und flexibleren Wohn- und Dienstleistungsformen. Menschen mit Behinderung soll durch die zunehmende Angebotsdiversifikation Wahlfreiheit bei der Wohnform ermöglicht werden. Das neue Gesetz über Leistungen für Menschen mit Behinderung und Betreuungsbedarf (LBBG) im Kanton Zug nimmt die aktuellen Entwicklungen auf und möchte die Selbstbestimmung und Gleichstellung von Menschen mit Behinderung stärken. Auch wenn grundsätzlich Einigkeit darüber herrscht, dass Menschen mit Behinderung das Recht haben, frei zu wählen, wo sie wohnen möchten, ist die tatsächliche Wahlfreiheit von Menschen mit Behinderung aufgrund des knappen Platzangebots oftmals beschränkt (vgl. Kanton Solothurn 2010). Dies trifft auf Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf besonders zu. Dennoch lautet das Postulat, dass auch Menschen mit Behinderung mit einer erhöhten Pflegebedürftigkeit ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden muss und die freie Wahl der Lebens- und Wohnform inklusive Wahlmöglichkeit bei den benötigten stationären und ambulanten Dienstleistungen zugesichert werden soll. Für Betroffene bestehe aber die Gefahr, dass sie in den «starrten Grenzen zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen aufgerieben werden» (Aktionskreis Behindertenpolitik Kanton Zürich AKB 2015, S. 2).

Zielgruppen

Bei der Diskussion um die geeignete Versorgung von Menschen mit Behinderung und erhöhtem Pflegebedarf werden vor allem drei Zielgruppen genannt. Primär werden Menschen mit Behinderung, die einen steigenden altersbedingten erhöhten Pflegebedarf aufweisen, thematisiert. Als weitere Zielgruppe werden jüngere Menschen mit Behinderung, die pflegebedürftig sind, bezeichnet (vgl. Kanton Solothurn 2010). Schliesslich können auch Krankheit oder Unfälle zu einer erhöhten Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Behinderung führen, wofür eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig wird (vgl. Kanton Obwalden 2017).

Übertritte

Es werden vor allem zwei Schnittstellen bei Übertritten genannt: Zum einen wird der Übergang von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung, die zuhause wohnen, thematisiert. Sie müssen in eine Institution wechseln aufgrund von überforderten und/oder älter werdenden Angehörigen oder wegen des Ablebens von Angehörigen. Zum anderen wird der Übergang von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf von einer sozialen Einrichtung in ein Alters- oder Pflegeheim besprochen, die aufgrund der benötigten Unterstützungsleistungen oder aufgrund des persönlichen Wunschs in eine andere Einrichtung übertreten. Häufig wird im Diskurs die Position vertreten, dass Menschen mit Behinderung, die seit Jahren in einer

sozialen Einrichtung leben, diese im Alter nicht verlassen müssen; allerdings nur solange die Pflegebedürftigkeit nicht erheblich zunimmt.

Der Übergang von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf von sozialen Einrichtungen in Alters- oder Pflegeheime ist in den Kantonen nicht institutionalisiert. Es bestehen keine Richtlinien oder Wegleitungen zum Vorgehen oder Kriterien für den angemessenen Zeitpunkt eines Übertrittes. Die Fälle werden vielmehr individuell betrachtet (vgl. Kanton Zug 2011). Zudem bestehen in den meisten Kantonen keine Kooperationen zwischen sozialen Einrichtungen und Alters- und Pflegeheimen. Von Pflegeheimen angeführte Ausschlusskriterien für eine mögliche Aufnahme von Menschen mit Behinderung, wie beispielsweise ein hoher sozialpädagogischer Betreuungsbedarf, erschweren potenzielle Übertritte zusätzlich (vgl. Wicki 2018). In diesem Zusammenhang wird eine höhere Durchlässigkeit und eine Klärung der Zuständigkeiten gefordert (vgl. AKB Zürich 2015, S. 2).

Fachlichkeit und Fachkräftemangel

Sowohl soziale Einrichtungen als auch Pflegeheime kämpfen mit einem Fachkräftemangel. Dies führt dazu, dass in den Pflegeheimen Pflegefachpersonen die Betreuung von Menschen mit Behinderung und in den sozialen Einrichtungen sozialpädagogische Fachpersonen Pflegeleistungen übernehmen, für die sie jeweils keine spezifische Ausbildung vorweisen können. In den sozialen Einrichtungen kommt mit der Gerontagogik beispielsweise ein zusätzliches Fachgebiet hinzu (vgl. INSOS 2014). Bei Behinderung im Alter bestehen die grössten Herausforderungen bei fehlenden Fachkenntnissen der Institutionen. Soziale Einrichtungen weisen Schwierigkeiten bei Symptomerkennungen sowie bei der allgemeinen Alltagsgestaltung auf. Für Pflegeheime stellt hingegen die Kommunikation mit Menschen mit Behinderung die grösste Herausforderung dar (Wicki 2018). Des Weiteren besteht ein Zielkonflikt zwischen den Institutionen bei der Betreuung von Menschen mit Behinderung: Für soziale Einrichtungen steht die Förderung ihrer Klientel und für Alters- und Pflegeheime der Erhalt der erworbenen Fähigkeiten an erster Stelle (vgl. Kanton Solothurn 2010). Gemäss Curaviva (2020) stehen den sozialen Einrichtungen verschiedene Optionen offen, wie der Bedarf an spezifischen Pflegekompetenzen abgedeckt werden kann. So könnte in sozialen Einrichtungen jedes Team eine Pflegefachperson beschäftigen oder es wird eine interne übergeordnete Stelle mit Pflegefachpersonen geschaffen (Spitin). Diese Optionen müssen allerdings vor dem Hintergrund des vorherrschenden Pflegefachkräftemangels betrachtet werden. Es besteht zusätzlich die Möglichkeit, dass das Personal ohne pflegerische Grundausbildung nachgeschult werden kann. Dies dürfen jedoch nur delegierbare Tätigkeiten sein, nicht aber Tätigkeiten aus dem Kernbereich des Pflegeberufs (Curaviva 2020). Grundsätzlich wird der Weg der interdisziplinären Zusammenarbeit propagiert.

Infrastruktur

Die Infrastruktur der Institutionen wird bei der Einschätzung der Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf thematisiert. Soziale Einrichtungen sind infrastrukturell häufig nicht auf einen erhöhten Pflegebedarf ausgelegt (vgl. Jeltsch-Schudel 2010; Kanton Zug 2011).

Finanzierung

Die Finanzierung für die Versorgungspraxis an den Schnittstellen zwischen sozialpädagogischer Betreuung und Pflege ist komplex und hat sich im Zuge der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) 2008 noch verkompliziert. Für die Pflegekosten ist die Krankenversicherung zuständig bzw. das Gesundheitswesen. Die Finanzierung der Heime für erwachsene Menschen mit Behinderung liegt bei den Kantonen. Auch wenn die sozialen Einrichtungen als Pflegeheim anerkannt werden, würde eine Restfinanzierung aufgrund des Selbstbehalts im Gesundheitswesen bestehen, die ungeklärt bleibt (vgl. Jeltsch-Schudel 2010). Gemäss Curaviva (2019) bestehen für soziale Einrichtungen sechs verschiedene Möglichkeiten für die Organisation und Abrechnung von Pflegeleistungen: Anerkennung als Pflegeheim erlangen; für eine Wohngruppe die Anerkennung als Pflegewohngruppe erlangen; mit einer Pflegeinstitution zusammenarbeiten; eine externe Spitex beauftragen oder eine Spitin gründen; freiberufliche Pflegefachpersonen beauftragen. Zu beachten seien insbesondere die diesbezüglich hohen Projekt-Investitionskosten, welche vom Betrieb finanziert werden müssten, um die Anerkennung als Pflegeheim zu beantragen. Grundsätzlich lehnt Curaviva (2019) eine generelle Einführung der Abrechnung von

Pflegeleistungen über die obligatorische Krankenversicherung (OKP) in Institutionen für Menschen mit Behinderung sowie die die Anerkennung als Pflegeheim ab.

5. Erhöhter Pflegebedarf aus Sicht der sozialen Einrichtungen

Zielgruppe der Analyse sind Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf. In diesem Kapitel soll geklärt werden, was die sozialen Einrichtungen selbst unter einem erhöhtem Pflegebedarf verstehen. Es wird geklärt, wie die einzelnen sozialen Einrichtungen die Grenze zu einem erhöhten Pflegebedarf setzen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen beziehungsweise Gesamtkonstellationen einen solchen Bedarf auslösen und welche Fachpersonen pflegerische Tätigkeiten ausüben.

5.1. Definitionen von erhöhtem Pflegebedarf

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden die sieben sozialen Einrichtungen des Kantons Zug gebeten, einen erhöhten Pflegebedarf bei ihren Dienstleistungsnutzenden zu beschreiben. Die folgenden Definitionen wurden formuliert:¹

1. Erhöhter Pflegebedarf ist die Veränderung des agogischen und pflegerischen Unterstützungsbedarfs egal aus welchen Gründen (z.B. Alterungsprozess, Krankheiten). Beispiel: DLN A konnte bei Eintritt noch selbstständig gehen und stehen, sich das Gesicht waschen, selbst essen etc. Jetzt kann DLN A noch mit Unterstützung stehen und gehen, Körperpflege wird stellvertretend (zum Teil mit Handführung) übernommen, braucht Unterstützung beim Essen (Eingeben). Transfer mit Hilfsmittel in den Rollstuhl etc. Dieses Beispiel ist nicht abschliessend, und betrifft noch andere Themen der Alltagsgestaltung.
2. Ein erhöhter Pflegebedarf ist eine zusätzliche pflegerische Unterstützung, welche aufgrund der kognitiven und/oder körperlichen Beeinträchtigung dauerhaft besteht. Zeitlich definieren wir den Aufwand von täglich mehr als drei Stunden pro Klient:in. Es wird zwischen drei Gruppierungen unterschieden: a) erhöhter Pflegebedarf aufgrund des komplexen sozialpädagogischen Auftrags gegenüber der Klientel b) erhöhter Pflegebedarf aufgrund komplexer pflegerischer Leistungen wie z.B. Wundversorgung, Mehrfacherkrankungen, Katheter-Sondenpflege u.v.m. c) Kombination von komplexem sozialpädagogischem Auftrag und pflegerischen Leistungen.
3. Dienstleistungsnutzende, die bedingt durch den Abbau, mehr individuelle Begleitung benötigen. Zum Beispiel externe Begleitungen (Arzt, Therapie, Einkauf, Freizeit), Körperpflege (WC-Begleitung, Duschbegleitung), Überwachung (Sturzgefahr, Weglaufen, keine Orientierung), Aufforderungen zu alltäglichen Themen (Essen, Tagesstruktur, Aufstehen, WC). Gespräche für die Stabilität der psychischen Gesundheit. Vermehrt 1:1 Begleitung.
4. Ein Pflegebedarf der sowohl die personellen als auch die erforderlichen infrastrukturellen Mittel übersteigt.
5. Unter einem erhöhten Pflegebedarf verstehen wir einen hohen Bedarf an Grundpflege und Behandlungspflege. Das heisst der/die DLN braucht mehr an medizinischer Begleitung als das, was von der Stiftung geleistet werden kann. Wir haben keine Nachtwache, sondern nur einen Pikettdienst.

Gemäss ihrer jeweiligen Definition haben die sozialen Einrichtungen die Anzahl Personen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf in ihrer Einrichtung angegeben. Gemäss Selbsteinschätzung werden in drei der sieben befragten sozialen Einrichtungen Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf betreut. Alle

¹ In zwei sozialen Einrichtungen, die eine externe Tagesstruktur anbieten, ist der erhöhte Pflegebedarf kein Thema.

drei Organisationen beziffern die drei Angebotsformen Wohnen, Tagesstruktur mit und ohne Lohn übergreifend jeweils zehn Dienstleistungsnutzende mit erhöhtem Pflegebedarf (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anzahl Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf in den sozialen Einrichtungen

Anzahl Personen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf		
Wohnen	Interne DLN in der Tagesstruktur	Externe DLN in der Tagesstruktur
28	24	2

Ausgehend von den Definitionen der sozialen Einrichtungen können zunächst verschiedene Handlungsfelder identifiziert werden, die für einen erhöhten Pflegebedarf verantwortlich sind. Zunächst handelt es sich um Tätigkeiten, die der Grundpflege zugeordnet werden können: Aufstehen, Körperpflege/Hygiene, Essen und Trinken, Toilettengang. In einem weiteren Schritt sind die medizinischen Leistungen, wie das Richten und Verabreichen von Medikamenten oder die Wundversorgung zu nennen, die der Behandlungspflege entsprechen. Zudem wird der Bedarf an durchgehender Pflegebereitschaft auch über Nacht (Nachtwache) erwähnt. Als nächstes Element wird die Mobilität thematisiert. Dazu gehört zum Beispiel der Transfer in den Rollstuhl, das Stützen beim Gehen, aber auch die Überwachung bei Sturz- oder Weglaufgefahr. Zum erhöhten Pflegebedarf wird im Rahmen der Mobilität auch die Begleitung bei externen Tätigkeiten, wie Arztbesuche oder Einkäufe genannt. Die Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit der Klientinnen und Klienten, zum Beispiel bei Demenz, erfordert eine engere Begleitung bei Phasen der Orientierungslosigkeit. Als letzter Punkt werden erhöhte Pflegebedarfe aufgrund von komplexen sozialpädagogischen Aufträgen bezeichnet.

Pflegerische Leistungen per se bedeuten für die sozialen Einrichtungen noch keinen erhöhten Pflegebedarf. In der Regel ist der zeitliche Aufwand, der dafür aufgebracht werden muss, der entscheidende Indikator, ob Dienstleistungsnutzende einen erhöhten Pflegebedarf aufweisen oder nicht. Die Form der Handlung beziehungsweise die Art der Unterstützung spielt eine untergeordnete Rolle; allerdings kann die medizinische Pflege die sozialen Einrichtungen an die Grenzen des Leistbaren bringen. Es lässt sich zudem folgern, dass auch Dienstleistungen als Ursache für einen erhöhten Pflegebedarf bezeichnet werden, die nicht als Pflege im engeren Sinne verstanden werden können, wie die Begleitung beim Einkaufen oder agogische Interventionen im Zusammenhang mit Pflegehandlungen.

Eine soziale Einrichtung expliziert, dass sich der erhöhte Pflegebedarf aus der Veränderung des pflegerischen *und* agogischen Unterstützungsbedarfs konstituieren. Eine weitere Einrichtung setzt den erhöhten Pflegebedarf ganz konkret mit einer Aufwandsgrenze von drei Stunden Pflege in Verbindung und benennt ebenfalls komplexe sozialpädagogische Aufträge in Zusammenhang mit der Pflege. Es ist auffallend, dass einzig die beiden Einrichtungen, die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen betreuen, den erhöhten Pflegebedarf mit den nicht ausreichenden personellen (und damit vermutlich auch fachlich notwendigen) sowie infrastrukturellen Ausgangsbedingungen ihrer Einrichtungen in Verbindung bringen. Im Unterschied zu den anderen befragten Einrichtungen wird der erhöhte Pflegebedarf an den Dienstleistungen bemessen, die die Einrichtungen erbringen beziehungsweise nicht erbringen können. Beide Einrichtungen können folglich nach eigenem Verständnis keine Klientinnen und Klienten mit erhöhtem Pflegebedarf haben, da diese per definitionem die Grenzen des intern Leistbaren übersteigen. Die psychiatrische Pflege wurde von diesen Einrichtungen nicht explizit thematisiert.

Bei den drei sozialen Einrichtungen, die angeben, Dienstleistungsnutzende mit erhöhtem Pflegebedarf zu betreuen, bestehen bei den Definitionen sichtbare Parallelen. So ist etwa, im Gegensatz zu den Einrichtungen, die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen betreuen, auffällig, dass sie nicht die Grenzen der Leistbarkeit benennen, sondern einzig den pflegerischen Zusatzaufwand, den sie bewältigen müssen. Zudem wird der altersbedingte Pflegebedarf bei den Definitionen von keiner Einrichtung in besonderem Masse in den Vordergrund gerückt, sondern als eine Ursache unter anderen für den erhöhten Pflegebedarf erfasst. Ein Unterschied zeigt sich darin, dass eine Organisation vor allem die Behandlungs-, nicht aber prominent

die Grundpflege in Zusammenhang mit einem erhöhten Pflegebedarf setzt. Offensichtlich gehört die Grundpflege für diese Einrichtung zur alltäglichen Arbeit und als solche wird sie nicht als Element eines erhöhten Pflegebedarfs ausgewiesen.

Die beiden Einrichtungen, die Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen betreuen, ziehen keine klare Grenze zwischen sozialpädagogischer und pflegerischer Arbeit; vielmehr wird der sozialpädagogische Auftrag in besonderen Kontexten als Teil der Pflege gedeutet. Diese definitorischen Unterschiede und Eigenheiten gilt es im Hinblick auf die potenzielle Weiterentwicklung der UNterstützungssituation im Blick zu behalten, weil sie Hinweise auf die je spezifischen Kontexte sowie Zielgruppen und sich daraus ergebende Herausforderungen für die jeweiligen sozialen Einrichtungen geben.

Pflegerische Aufgaben erfüllen nach Angaben der sozialen Einrichtungen folgende Akteure:

- Sozialpädagoginnen und -pädagogen
- Fachpersonen Betreuung
- Pflegefachpersonen HF
- Spitex inklusive psychiatrische Spitex und palliative Spitex
- Quereinsteigende

5.2. Typologisierung von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf

Zusätzlich zu den im Rahmen der Befragung der sozialen Einrichtungen erhaltenen Definitionen zum erhöhten Pflegebedarf haben drei soziale Einrichtungen Falldossiers zur Verfügung gestellt, welche für sie exemplarische Beispiele von Personen mit erhöhtem Pflegebedarf darstellen. Aus der Analyse der Falldossiers wurde eine Typologie von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf erstellt. Sie kann aufgrund des verwendeten Samples (18 Dossiers) keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, sondern bildet vielmehr die Unterstützungsrealität der sozialen Einrichtungen ab. Mit Ausnahme von Typus D sind alle anderen Typen altersunabhängig. Zudem können auch Kombinationen von Typen auftreten, zum Beispiel eine Kombination aus Typus B und Typus C.

- Typus A: Akuter erhöhter Pflegebedarf aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls (zum Beispiel während oder nach einem Spitalaufenthalt).
- Typus B: Dauerhafter erhöhter Pflegebedarf aufgrund einer Behinderung mit pflegerischem Unterstützungsbedarf.
- Typus C: Erhöhter Pflegebedarf aufgrund eines komplexen sozialpädagogischen Auftrags (zum Beispiel Blockaden, Zwänge, Ängste, Verweigerung).
- Typus D: Steigender Pflegebedarf aufgrund eines altersbedingten körperlichen (Mobilität, Eigenständigkeit) und/oder kognitiven Abbaus (Vergesslichkeit, Demenz, Orientierungslosigkeit).

Als wesentliche Faktoren für die Typenbildung sind die Dauer des erhöhten Pflegebedarfs (zeitlich begrenzt oder dauerhaft), die Altersabhängigkeit (altersbedingt oder altersunabhängig), konstanter oder zunehmender Pflegebedarf sowie das Verhalten einer Person, die zu einer erschwerten, komplexen Pflegesituation beitragen kann, zu nennen. Erneut kann konstatiert werden, dass die Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege offenbar eine untergeordnete Rolle spielt.

Typus A steht für Personen, bei denen der erhöhte Pflegebedarf zeitlich begrenzt ist. Der Pflegebedarf kann in der akuten Phase sehr intensiv sein. Während eines Spitalaufenthalts kann es bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen notwendig sein, dass Bezugspersonen die betroffenen Personen Tag und Nacht betreuen, weil das Spitalpersonal einerseits keine sozialpädagogischen Kompetenzen vorweisen kann und zum anderen die Menschen mit Behinderung in ungewohnter Umgebung auf vertraute Personen angewiesen sind. Der erhöhte Pflegebedarf nach einem vorangegangenen Spitalaufenthalt kann vornehmlich medizinische

Leistungen umfassen, wobei diese in den sozialen Einrichtungen sowohl von Fachpersonen als auch von der Spitex erbracht werden können. Dieser Typus bezieht sich auf ausserordentliche Situationen und der Pflegebedarf geht nach erfolgreichem Rehabilitationsprozess in der Regel auch wieder zurück.

Typus B bezieht Personen ein, bei denen ein dauerhaft erhöhter Pflegebedarf aufgrund einer Behinderung besteht, die einen hohen Pflegebedarf mit sich bringt. Dieser Typus weist im Gegensatz zu Typ A einen langandauernden Pflegebedarf auf, der auch in der Intensität tendenziell konstant bleibt.

Beim **Typus C** besteht ein erhöhter Pflegebedarf, weil die Pflege aufgrund des Verhaltens einer Person, zum Beispiel wegen Verweigerung, zusätzliche sozialpädagogische Arbeit notwendig macht und die Dauer für die Pflegeleistung aufgrund zusätzlicher fachlicher Interventionen stärker ins Gewicht fällt als der effektive Pflegebedarf.

Während der erhöhte Pflegebedarf bei den Typen A, B und C nicht mit dem Alter einer Person in Beziehung steht, weisen Personen, die dem **Typus D** zugeordnet werden können, einen erhöhten Pflegebedarf aufgrund eines altersbedingten Abbaus auf. Dieser kann sich in einer körperlichen und/oder kognitiven Funktionsabnahme äussern. Im Gegensatz zu den anderen Typen findet hier in der Regel eine kontinuierliche Zunahme des Umfangs an Pflegeleistungen statt.

Als Synthese dieses Kapitels kann der erhöhte Pflegebedarf aus Sicht der sozialen Einrichtungen folgendermassen bezeichnet werden: Es handelt sich um einen pflegerischen Mehraufwand, der vor allem die Dauer und Intensität der erbrachten Pflege betrifft. Die Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege oder weitere inhaltliche Unterscheidungen spielen als Grenzsetzung für den erhöhten Pflegebedarf hingegen nur eine untergeordnete Rolle. Pflege wird dabei weit gefasst und beinhaltet auch Unterstützungsleistungen, die nicht im engeren Sinne der Pflege nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) zugeordnet werden können. Vor allem bei Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen wird zudem eine engere Verbindung von sozialpädagogischer Betreuung und Pflege hervorgehoben, sodass die beiden Leistungsbereiche aufgrund des Bedarfs kombiniert und gleichzeitig erbracht werden.

6. Einschätzungen zur aktuellen Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf

Je nach Zielgruppe der sozialen Einrichtungen sind Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf ein mehr oder weniger relevantes Thema. Insbesondere soziale Einrichtungen, die Menschen mit einer Mehrfachbehinderung betreuen, beschäftigt die Versorgungssituation sehr. Sie sprechen von einer Problematik, die für sie zunehmend bedeutsam wird und sie vor neue Herausforderungen stellt. Sowohl die Geschäftsleitungen als auch die Fachpersonen erklären, dass sie mit ihren Ressourcen wiederholt fachlich, personell und zum Teil auch infrastrukturell an ihre Grenzen stossen. Soziale Einrichtungen für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung setzen sich hingegen in geringerer Masse mit dem Thema auseinander.

Für Pflegeheime ist die Schnittstelle zwischen Behinderung und Pflege eindeutig ein Randthema. Punktuell werden Lösungen gesucht (und in der Regel auch gefunden), wenn eine Anfrage für eine Aufnahme einer Person mit Behinderung an sie herangetragen wird. Auch für die Gesundheitsdirektion ist die aktuelle Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf kein Kernthema. Der Fokus liegt auf der medizinischen Pflege. Wenn Menschen mit Behinderung einen solchen Bedarf aufweisen, dann wird es für das Gesundheitswesen relevant.

Im Folgenden werden insbesondere die aktuelle Situation der sozialen Einrichtungen thematisch gegliedert dargelegt. Die Perspektive der Pflegeheime und der Gesundheitsdirektion fliessen ergänzend mit ein. Anschliessend wird die Perspektive der Dienstleistungsnutzenden einbezogen.

6.1. Einschätzungen der Leistungserbringenden und Behörden

Fachliche Perspektive

In sozialen Einrichtungen mit Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen nimmt die Pflege für sozialpädagogische Fachpersonen in der alltäglichen Arbeit viel Raum ein. Grundsätzlich gehen Pflegeleistungen auf Kosten der agogischen Unterstützung. Nebst dem effektiven Pflegebedarf der Dienstleistungsnutzenden spielt der sozialpädagogische Auftrag in diesem Zusammenhang in zweierlei Hinsicht eine bedeutende Rolle: Die erhöhte Pflege verursacht neue und zusätzliche sozialpädagogische Aufgaben. Zum einen beinhaltet die personenzentrierte Haltung eine ressourcen- und entwicklungsorientierte Arbeitsweise. Für die Fachpersonen ist es wichtig, nicht bloss Pflege zu praktizieren, sondern zusammen mit den Dienstleistungsnutzenden deren Selbständigkeit möglichst zu erhalten oder zu fördern. Die Fachpersonen sollen keine Handlungen übernehmen, die die Dienstleistungsnutzenden selbständig ausführen könn(t)en. Dies bedingt die gemeinsame Formulierung von Zielsetzungen und die Durchführung von dafür notwendigen professionellen Interventionen. Zum anderen ist im Rahmen der sozialpädagogischen Arbeit wichtig, dass die betroffene Person versteht, was mit ihr geschieht. Sie soll Vertrauen zu den pflegerischen Handlungen der Fachpersonen aufbauen und es soll ihr erklärt werden, was mit ihrem Körper geschieht und was mit ihr gemacht wird. Ein solcher Bedarf besteht beispielweise bei Dienstleistungsnutzenden, bei denen ein Abbau der körperlichen und/oder kognitiven Fähigkeiten stattfindet. In solchen Fällen kann viel Erklärungsarbeit und verbale Anleitung notwendig werden. Einer älteren Person wird etwa beschrieben, was bei ihr aufgrund ihres altersbedingten Abbaus im Körper gerade vorgeht und weshalb sie inzwischen nicht mehr selbständig Duschen kann. Zudem wird von einer sozialen Einrichtung darauf hingewiesen, dass es problematisch sein könne, externe Fachpersonen einzusetzen (zum Beispiel Spitex), da Personenwechsel bei einigen Bewohnenden «Stress und Verwirrung» auslösen könnten. Sie seien auf «stabile professionelle Beziehungen» angewiesen.

Eine Fachperson spricht in diesem Zusammenhang von «agogischer Pflege», die in ihrer Einrichtung verrichtet wird. Eine Bereichsleitung formuliert es so: «Eigentlich pflegen wir agogisch. Man kann es wie nicht trennen, weil wir auch in der Pflege agogisch handeln. Das macht es intensiv. Wir gehen nicht einfach 15 Minuten rein und pflegen kurz. Wir wollen ja eben, dass die Klientel versteht, was wir machen, und deshalb braucht es auch mehr Zeit. Das ist auch der agogische Anteil. Wir versuchen auch immer noch ressourcenorientiert zu arbeiten, dass wir alles ein bisschen, was sie noch haben, rausholen und nicht einfach alles übernehmen.» Es handelt sich aufgrund der spezifischen Eigenschaften der Dienstleistungsnutzenden um eine eigene Form von Pflege, die nicht deckungsgleich ist mit einer Pflegeleistung in einem Wohnheim für Betagte. Die agogische Pflege führt oftmals zu einer zeitintensiveren Pflegeeinheit gegenüber der alleinigen Übernahme der Pflegehandlungen durch die Fachperson. Als weiterer Zeitfaktor wird die Dokumentation dieser zusätzlichen sozialpädagogischen Leistungen bezeichnet. So kann die Pflege gegenüber der eigentlichen Kernaufgabe der Fachpersonen einen bedeutenden Raum einnehmen. Die aufgebrauchten zeitlichen und personellen Ressourcen fehlen in der Folge für die eigentliche Betreuung.

Als weiterer Faktor wird die Verhaltensweise von einzelnen Bewohnenden im Zusammenhang mit der geleisteten Pflege thematisiert: «Und dann gibt es noch Klient:innen mit einer Kombination, einerseits die auf die pflegerische Leistung angewiesen sind und auch Themen wie Ängste oder Scham in Pflegesituationen stattfinden. Und das muss man ernst nehmen und sich auch mehr Zeit nehmen und die Klient:innen vorbereiten, wer kommt ins Zimmer, wer macht die Pflege.» Themen, die neben Ängsten im Rahmen der agogischen Pflege genannt werden, sind etwa auch Verweigerung und Blockaden, die zusätzliche professionelle Interventionen bedingen und den Pflegeprozess verlangsamen beziehungsweise verlängern. Der Aspekt der agogischen Pflege ist wichtig, weil die Pflege im Setting der sozialen Einrichtungen damit gegenüber der Arbeit in Pflegeheimen eine inhaltliche Abweichung aufweist. Im Hinblick auf die Finanzierung stellt sich etwa die Frage, ob die agogische Pflege, wie sie die sozialen Einrichtungen mit Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen, beschreiben, als spezifische Tätigkeit erfasst und vergütet werden soll.

Organisationale Massnahmen

Es werden in den Einrichtungen verschiedene Massnahmen getroffen, um die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Pflege zu meistern. Da die Pflege in der sozialpädagogischen Ausbildung kaum

thematisiert wird, müssen die Mitarbeitenden die notwendigen Kompetenzen on the job erlernen. Dies erfolgt durch Hospitieren in anderen Organisationen, mittels Weiterbildung und/oder Selbststudium sowie internen Schulungen. Zum Teil werden die Fachpersonen auch kinästhetisch ausgebildet. In einer sozialen Einrichtung wird aktuell ein Pflegekonzept erstellt. In einer anderen Einrichtung wurde zum einen die Verblisterung extern beauftragt. Die Medikamente gelangen bereits gerichtet in die Einrichtung, da die Mitarbeitenden nicht über die notwendige medizinische Ausbildung verfügen. Zum anderen hat die Organisation eine Fachstelle Pflege installiert, die als Anlaufstelle die Mitarbeitenden bei medizinischen Fragen unterstützt. Eine andere Organisation verrichtet keine medizinische Pflege und engagiert dafür die externe Spitex oder psychiatrische Spitex. Das Problem bei der Spitex ist allerdings, dass die Unterstützung an festgelegte Zeiten gebunden ist und die notwendigen medizinischen Pflegeleistungen nicht zwingend auf diese fixen Zeiten beschränkt bleiben. Bei Bedarf wird auch die Palliativ-Spitex beigezogen. Der Mahlzeitendienst der Spitex (Spezialessen) wird ebenfalls von den sozialen Einrichtungen in Anspruch genommen. Die Spitex übernimmt zudem Beratungsfunktionen für die Mitarbeitenden. Zum Teil sind die sozialen Einrichtungen in die Netzwerke eingebunden und profitieren so vom fachlichen Austausch. Drei der befragten sozialen Einrichtungen geben an, regelmässig oder punktuell mit der Spitex zusammenzuarbeiten, eine weitere würde mit der Spitex zusammenarbeiten, wenn es im Einzelfall passt. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die Spitex für die sozialen Einrichtungen im Kanton keine hohe Bedeutung hat. Pflege wird vor allem intern geleistet. Nur eine Einrichtung nimmt regelmässig Leistungen der Spitex in Anspruch, die anderen beiden nur punktuell.

Der steigende altersbedingte Pflegebedarf wird von allen befragten sozialen Einrichtungen thematisiert und als wichtiges Thema hervorgehoben. Bei den Definitionen zum erhöhten Pflegebedarf (siehe Kapitel 5), die tendenziell allgemein gehalten wurden, wurde der altersbedingte Pflegebedarf nicht besonders prominent thematisiert. In den Gesprächen, bei denen die konkrete Praxis im Vordergrund steht, wird die Thematik aber als relevant beurteilt. Da die Menschen mit Behinderung immer älter werden, setzen sich die Organisationen zunehmend mit dem körperlichen und kognitiven Abbau auseinander. Hier stellen sich für die Institutionen neue Herausforderungen, die noch nicht gelöst sind. Das geht bis hin zu Fragen über den Entscheid zu oder den Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen. Da spielen dann auch der rechtliche Aspekt eine wichtige Rolle, wie eine Fachperson hervorhebt.

Schwierigkeiten im Rahmen der Infrastruktur werden thematisiert, spielen für die sozialen Einrichtungen gegenüber den fachlichen und personellen Herausforderungen aber eine geringere Rolle. Thematisiert werden vor allem bauliche Aspekte, bei der Ausstattung mit Hilfsmitteln scheint kein grösserer Handlungsbedarf zu bestehen. Häufig ist das Problem, dass in den Einrichtungen zu wenig Platz für eine angemessene Mobilität vorhanden ist, zum Beispiel für die Verschiebung von Pflegebetten (zu enge Türen und Gänge, zu kleine Aufzüge) oder barrierefreie Nasszellen. Soweit es möglich ist, werden Anpassungen an der Infrastruktur vorgenommen. So hat eine soziale Einrichtung ihre Nasszellen grosszügig umgebaut.

Personelle Situation

Die personelle Situation in den sozialen Einrichtungen mit Menschen mit Mehrfachbehinderung ist angespannt. Die sozialen Einrichtungen kämpfen mit einem Fachkräftemangel und mit relativ hoher Fluktuation. Damit geht auch jedes Mal wieder spezifisches Fach-, Alltags-, Organisations- und eben auch Pflegewissen verloren. Dieses muss jeweils wieder aufgebaut werden. Für die Einrichtungen sei es eine grosse Herausforderung, geeignetes Fachpersonal zu finden. Eine Bereichsleitung sagt: *«Beim Pflegeaufwand sind wir an der Grenze, wenn wir den Personalbestand nicht aufstocken können, dann wissen wir nicht, wie wir diesbezüglich weiterfahren wollen. Es wird immer schwieriger unser Leitbild umzusetzen, die personenzentrierte Haltung, bei noch mehr Pflegebedarf mit der jetzigen Personalsituation.»* Der hohe Anteil an Pflege in der alltäglichen Arbeit führe dazu, dass neue sozialpädagogische Fachpersonen oftmals schon beim Schnuppern merken, dass die Stelle für sie deswegen nicht in Frage kommt, wie eine Geschäftsleitung erläutert. Sie erblickten zu wenig Möglichkeiten, ihr spezifisches Fachwissen einzubringen, und müssten sich zu sehr mit <fachfremden> Aufgaben beschäftigen. Eine Einrichtung spielt mit dem Gedanken nur noch *«Fussgänger»* aufzunehmen, weil zusätzliche Pflegearbeit mit den gegenwärtigen Ressourcen nicht in genügendem Ausmass leistbar sei.

Umgekehrt besteht ein grosser Pflegefachkräftemangel, mit dem allein schon die Pflegeheime zu kämpfen haben. Für dieses Fachpersonal macht in den sozialen Einrichtungen der medizinische Pflegeanteil bei der alltäglichen Arbeit nur einen geringen Anteil aus. Für sie bestehe die Gefahr, ihr spezifisches Fachwissen zu verlieren, weil sie verschiedene Tätigkeiten in der alltäglichen Arbeit nicht oder nur geringfügig verrichten müssten, wie eine Geschäftsleitung moniert. Grundsätzlich stünden sozialpädagogische und nicht medizinische Themen im Vordergrund. Zudem kann für Fachpersonen aus der Pflege eine Beschäftigung in einer sozialen Einrichtung auch ein tieferes Gehalt bedeuten. In einer sozialen Einrichtung, bei der der Pflegebedarf ohnehin nicht sonderlich ausgeprägt ist, mache es keinen Sinn, gezielt Pflegefachpersonen zu rekrutieren. Zum Teil wurden aber Personen angestellt, die bereits in einem Altersheim gearbeitet haben und entsprechende berufliche Erfahrungen mitbringen würden.

Wiederholt werden von den sozialen Einrichtungen die Spitalaufenthalte thematisiert, die gerade bei Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf häufig vorkommen können (siehe Typus A in Kapitel 5). Für gewisse Bewohnende sei es notwendig, rund um die Uhr vor Ort im Spital zu sein. So bleiben personelle Ressourcen extern gebunden, die auch intern dringend benötigt würden. Es wird auch kritisiert, dass ein solcher Aufwand im Spital nicht beziehungsweise nicht ausreichend entgolten werde.

Freiwilligenarbeit wird auch geschätzt und als wichtig eingestuft, allerdings ist der Umfang gering und vermag die hohen pflegerischen Bedarfe nur ansatzweise zu decken.

Übertritt Alters- oder Pflegeheim

Im Kanton Zug finden kaum Übertritte von Menschen mit Behinderung in ein Alters- oder Pflegeheim statt. Bei den Einrichtungen mit schwereren Beeinträchtigungen werden die Grenzen für einen Übertritt sehr hoch angesetzt. Die Einrichtungen erachten es auch als schwierig zu entscheiden, wann der Zeitpunkt für einen Wechsel gekommen ist. Eine Geschäftsleitung sagt: *«Es ist wirklich schwierig den richtigen Zeitpunkt zu finden. Manchmal erholen sie sich auch wieder.»* Eine Überlegung, die hier auch eingebracht wird, lautet, dass eine Person allein nicht zu viele Ressourcen binden dürfe mit ihrem Pflegebedarf, weil das auf Kosten der anderen Bewohnenden gehe.

Der Entscheid für einen Übertritt muss auch jeweils zusammen mit den Angehörigen oder der Beistandschaft getroffen werden. Es gibt aber auch Situationen, bei denen ein Übertritt unvermeidbar wird, wie eine Geschäftsleitung ausführt: *«Wenn jemand rund um die Uhr Pflege braucht, wenn jemand Spritzen und Infusionen braucht, das können wir nicht leisten. Wenn so ein Fall eintritt, muss es eine Verlegung geben, in ein Pflegeheim, wo rund um die Uhr medizinisches Personal da ist.»* Insgesamt werden einige konkrete Fälle geschildert, bei denen die sozialen Einrichtungen den benötigten Pflegebedarf nicht mehr decken konnten und deswegen ein Wohnwechsel stattgefunden hat. Für eine Fachperson kommt es primär auf die Ursache des steigenden Pflegebedarfs an, ob die Person in ein Pflegeheim soll oder nicht. Der Entscheid für einen Übertritt fällt bei einem steigenden medizinischen Pflegebedarf leichter: *«Ich denke, es ist schwieriger bei Menschen mit einem kognitiven Abbau, bei einem medizinischen Abbau ist es klarer. Wenn es agogisch beantwortbar ist, ist der Weg eher, dass sie bleiben.»*

Die sozialen Einrichtungen vertreten grundsätzlich den Standpunkt, dass Menschen mit Behinderung mit steigendem Pflegebedarf, wenn immer möglich, in der gewohnten Umgebung wohnen bleiben sollen. *«Wir schauen wirklich, dass sie bis zum Lebensende hierbleiben können»*, so eine Fachperson. Eine Geschäftsleitung formuliert es so: *«Bei den Personen, die hier wohnen, das wäre jenseits. Das ist ein No-Go.»* Ethisch sei ein solcher Wechsel nicht tragbar. Die Grundhaltung einiger Einrichtungen ist diesbezüglich sehr klar und scheint wenig Spielraum für individuelle Lösungen zu bieten. Eine andere Situation sei diejenige von Menschen mit Behinderung, die in Aussenwohngruppen leben, wie eine Geschäftsleitung hervorhebt. Dort werde der Wunsch nach einem Übertritt in ein Altersheim eher geäussert, weil sich diese Personen stärker an den Menschen ohne Beeinträchtigung und ihre Lebensweise orientierten.

Finanzierung

Die sozialen Einrichtungen, die Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf betreuen, kritisieren, dass die real geleistete Pflege mit IBB nicht abgebildet werden könne. Das Hauptproblem wird darin verortet, dass mit IBB nur die Häufigkeit, nicht aber die Intensität der Leistungen erfasst werden könne. *«Unser grosser Nachteil ist, dass wir die Intensität der Arbeit nicht abbilden können»*, wie es eine Geschäftsleitung formuliert. Wie lange eine Tätigkeit dauert, könne nicht angegeben werden. In diesem Zusammenhang wird von Fällen erzählt, bei denen ein starker Abbau stattgefunden hat und nun dieselben Verrichtungen wesentlich länger dauern. Dazu kommt das Thema der agogischen Pflege, die auch nicht nachgewiesen werden kann. Wie bereits zuvor erläutert, erfordert die Pflege im sozialpädagogischen Kontext zusätzliche professionelle Interventionen. Eine Geschäftsleitung würde sich für die besonders pflege- und betreuungsintensiven Fälle eine Kategorie IBB 4+ wünschen. Und eine weitere Geschäftsleitung moniert, dass diejenigen Einrichtungen mit Bewohnenden mit erhöhtem Pflegebedarf im Nachteil seien, weil die Pflege bei der Finanzierung zu wenig berücksichtigt werde.

Eine Geschäftsleitung erklärt es so: *«Ganz viele Sachen könnte ich als Begleitperson machen und es würde schnell gehen, wenn ich es einfach selbst machen würde. Aber es ist unser Anspruch, ressourcenorientiert zu arbeiten und die Klientel anzuleiten, auch wenn es dann eine Stunde dauert, zum Beispiel beim Schuhbändel binden. Die Zeit, die ich danebenstehe, kann ich nicht abrechnen.»* Ein Mehraufwand kann auch aufgrund des Verhaltens der Personen erzeugt werden, wie dies an einem konkreten Fall dargestellt wird: *«Er hat ganz viele Blockaden, ganz viel Verweigerung, viele Ängste und ist bei allem ganz fest verzögert. Wenn er bei allem mitmachen würde, wäre die pflegerische Leistung eine halbe Stunde. Aber so kann es bis zu drei Stunden dauern am Morgen. Bis er überhaupt aufsteht, bis er sich anziehen lässt, bis er in die Badewanne steigt, das dauert. Wir können ihn nicht stressen, sonst blockiert er noch mehr. Und wir möchten auch, dass er seine Ressourcen nutzt, das sehen wir als unseren Auftrag.»*

Eine weitere Schwierigkeit hinsichtlich der Finanzierung sind Fälle von älteren Menschen mit Behinderung, die aufgrund ihres altersbedingten Abbaus, keine Tagesstruktur oder diese nur sehr reduziert besuchen können oder wollen. Eine Geschäftsleitung moniert, dass sie in der Einrichtung bei Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf, die zudem weiter abbauen, eine Tagesstruktur ohne Lohn ermöglichen muss, um die Finanzierung sicherzustellen. Ansonsten würde der Wohntarif teurer. In der Tagesstruktur könne die Pflege zudem nicht so gut abgerechnet werden.

Die Abrechnung über das KVG ist für die sozialen Einrichtungen kein Thema. Das würde die Komplexität und den administrativen Aufwand deutlich erhöhen, wie eine Geschäftsleitung erläutert. Im Gesundheitsbereich wurde im Kanton Zug die Möglichkeit geprüft, die Leistungen der Grund- und medizinischen Pflege in sozialen Einrichtungen durch das KVG abrechnen zu lassen. Von einem solchen Schritt wurde aber abgesehen. Begründet wird dieser Entscheid mit der steigenden Komplexität, den erforderlichen Qualitätsvorgaben und dem administrativen Zusatzaufwand. Zudem würde sich bei dieser Abrechnungsform die Frage nach der Restfinanzierung stellen, für die die Gemeinden zuständig sind. Es wären schlussendlich drei Kostenträger beteiligt: die Krankenkassen, die Kantone und die Gemeinden, was keine Komplexitätsreduktion, sondern eine Zunahme bedeuten würde. Für die Pflegeheime wäre umgekehrt die Frage nach der Finanzierung der Betreuungsarbeit zentral. Die Errichtung einer IVSE-Abteilung in einem Pflegeheim würde einen langjährigen und aufwändigen Prozess bedeuten, der zahlreiche Abklärungen und Massnahmen zur Erfüllung der benötigten Voraussetzungen bedingen würde. Dies hat sich auch bei der Abteilung JPM des Pflegezentrums Baar gezeigt.

Alters- und Pflegeheime

Behinderung ist bei den Pflegeheimen eher eine Randerscheinung. Zwischen den Pflegeheimen oder bei Curaviva ist Behinderung eher kein Thema. Es gibt aber Unterschiede: Einige Einrichtungen befassen sich durchaus mit dem Thema, andere wiederum gar nicht. Die Institutionen sprechen von Einzelfällen, die sie im Rahmen ihrer Heime antreffen. Eine Systematik oder Konzepte im Umgang mit Menschen mit Behinderung bestehen nicht, vielmehr wird jeweils individuell geschaut, ob eine Aufnahme möglich und passend ist. Bei Anfragen wird dies jeweils geprüft. Es wird allerdings auch darauf hingewiesen, dass den Pflegeheimen

das Know-how für die Betreuung im Alltag fehle. Die Vertretung eines Altersheims äussert die Meinung, dass bei ihnen die personelle Ausstattung fehle: *«In der Regel haben die Alters- und Pflegeheime keine sozialpädagogischen Fachkräfte.»* Es sei deswegen besser, wenn die Menschen mit Behinderung in den sozialen Einrichtungen bleiben könnten und dort die benötigten Pflegeleistungen erhalten würden. Zum Teil wird auch das Verhalten von Menschen mit psychischen Problematiken thematisiert, das bei den anderen Bewohnenden auf Unverständnis stosse. Da gehe es dann auch um Aufklärungsarbeit bei den Bewohnenden und ihren Angehörigen.

Aufseiten der Pflegeheime zeigt sich bei den wenigen genannten Fällen, dass die Bedarfe der Menschen mit Behinderung von ihren anderen Bewohnenden abweichen. Sie brauchen eine engere Betreuung. So schildert die Vertretung eines Altersheims, dass bei ihnen eine Person mit kognitiver Beeinträchtigung wohnt. Diese weist einen sehr geringen Pflegebedarf auf, benötigt aber vergleichsweise viel Betreuung für die Beschäftigung, Begleitung und Orientierung. Die Person habe ein hohes Bedürfnis an Aufmerksamkeit. Eine weitere Person mit psychischer Behinderung sei auf eine *«ausserordentlich anspruchsvolle Betreuung»* angewiesen. Sie brauche Unterstützung für Unternehmungen und soziale Kontakte. Die Pflegeheime seien aber nicht für diese Form von Leistungen ausgelegt. Das Problem dabei sei, wie eine andere befragte Person erklärt, dass die Pflegeheime *«keine richtige Tagesstruktur»* anbieten könnten. Dies ist vor allem bei jüngeren und/oder mobileren Personen ein Problem.² Die Pflegeheime verfügen nicht über das dafür notwendige sozialpädagogische/agogische Personal und die entsprechenden Strukturen. Zum Teil sind Personen im Bereich der Aktivierung in den Pflegeheimen beschäftigt.

Für die Pflegeheime gestaltet sich die Situation vor allem dann unproblematisch, wenn die Pflege im Vordergrund stehe, wie es die Vertretung eines Altersheims ausdrückt: *«Wenn jemand einfach Pflege braucht, dann gibt es nicht wirklich ein Problem.»* Bei bettlägerigen Menschen spiele die Behinderung eine untergeordnete Rolle. Wenn sie aber mobil seien, dann werde es schwierig, wie es eine weitere Person ausdrückt.

Für die Finanzierung der erbrachten Dienstleistungen ist nicht immer ein Kostenträger vorhanden oder die Finanzierung muss mit anderen Leistungserbringenden aufgeteilt werden. Eine Einrichtung nimmt Menschen mit leichten psychischen Beeinträchtigungen auf. Die Vertretung der Institution wirft die Frage auf, wie sie die aufgewendete Zeit für die Betreuung verrechnen könnten. Die Vertretung eines Altersheims schildert einen Fall aus ihrer Einrichtung. Die Person besucht eine externe Tagesstruktur und hätte an beiden Orten den Tagesansatz bezahlen müssen. Da die IV-Rente und die Ergänzungsleistungen dafür nicht ausreichen, hätten die Angehörigen die Differenz bezahlen müssen. Es kam zu einer pragmatischen Lösung, indem die Betreuungskosten im Heim an den Tagen, an denen sie die Tagesstruktur besucht, nicht verrechnet werden. Wie bereits eingangs dieses Kapitels erläutert, geht es häufig um individuelle, massgeschneiderte Lösungen, die getroffen werden.

Grundsätzlich wird bei den Pflegeheimen Interesse signalisiert, dass ein vermehrter Austausch mit den sozialen Einrichtungen stattfinden könnte. Fachlich könnten beide Seiten davon profitieren. Analog zu den sozialen Einrichtungen vertreten auch die Pflegeheime die Auffassung, dass, wenn immer möglich, ein Verbleib in der gewohnten Wohnumgebung ermöglicht werden soll. *«Am schönsten wäre es, sie könnten in der Einrichtung bleiben»*, wie es die Vertretung einer Institution ausdrückt. Zudem sind verschiedene Pflegeeinrichtungen bereits ausgelastet und hätten deswegen auch gar keine zusätzlichen Kapazitäten, um Menschen mit Behinderung aufzunehmen.

Entwicklungspotenzial

Im Rahmen der Entwicklungsmöglichkeiten wurden in den Gesprächen verschiedene Vorschläge formuliert und es treten diesbezüglich auch unterschiedliche Haltungen zutage. Wie bereits dargelegt, wird vonseiten der Behinderten- und Pflegeheime mehrheitlich die Meinung vertreten, dass Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf, solange die Grenzen des Leistbaren nicht überschritten werden, bis ans Lebensende in der angestammten sozialen Einrichtung bleiben und dort betreut und gepflegt werden sollen. Im

² Es ist für Menschen mit Behinderung aber möglich, eine externe, bedarfsgerechte Tagesstruktur zu besuchen.

Folgenden sollen die möglichen Entwicklungen, die von den befragten Personen thematisiert wurden, summarisch dargestellt werden:

- Das Problem sind vor allem die fehlenden Ressourcen in den sozialen Einrichtungen. Wenn die Pflegeleistungen inklusive der agogischen Pflege besser abgebildet und verrechnet werden könnten, dann würde dies bei den sozialen Einrichtungen mehr (personellen) Handlungsspielraum erlauben. Im Moment werden Fachkräfte durch die Pflege so stark beansprucht, dass andere Bewohnende weniger betreut werden können.
- Der Kanton entwickelt eine Strategie zur Schnittstelle Behinderung und Pflege und übernimmt eine Koordinationsfunktion.
- Die sozialen Einrichtungen könnten nach dem Übertritt von Dienstleistungsnutzenden in ein Pflegeheim eine externe, ambulante sozialpädagogische Betreuung anbieten.
- Soziale Einrichtungen könnten mit Pflegeheimen zusammenarbeiten und intern eine spezialisierte Pflegeabteilung eröffnen, in der Fachkräfte des Pflegeheims im Sinne einer Aussenstelle arbeiten könnten. Für die Finanzierung der Abteilung müsste die soziale Einrichtung auf die Pflegeheimliste und die Pflege nach der Logik der Langzeitpflege (Gemeinde, Krankenkasse) abgerechnet werden. Die Betreuungsleistungen würden wie bis anhin finanziert.
- Soziale Einrichtungen bauen ihr Know-how im Rahmen der Pflege aus; im Alter zum Beispiel in Bezug auf gerontologische Erkrankungen oder den Umgang mit dem Sterben. Die Pflegeheime ihrerseits müssten befähigt werden, auch Menschen mit Betreuungsbedarf aufzunehmen. Dies würde allgemein die Durchlässigkeit erhöhen und die Wahlfreiheiten erweitern.
- Sowohl im Bereich Alter als auch im Bereich Behinderung werden zunehmend autonome Wohnformen mit ambulanter Unterstützung gefördert. Dies könnte zukünftig dazu führen, dass in den stationären Einrichtungen mehr Plätze und Kapazitäten frei würden. In einer solchen Situation könnten Synergien genutzt und spezifische Wohnangebote mit adäquatem Angebot von Pflege und Betreuung ermöglicht werden.
- Die Lösungen für bestimmte Fragestellungen, Problematiken oder Herausforderungen werden in Form von Initiativen und Innovation in der Praxis angestossen. Die Aufgabe des Kantons sollte es sein, die «richtigen Leute» zusammenzubringen, die gemeinsam mit ihrem Erfahrungsfundus und aufgrund der vorherrschenden Bedürfnisse Ideen kreieren können. Der Kanton sollte folglich keine Steuerungsfunktion einnehmen, sondern vor allem die Rolle des Ermöglichs von Projekten oder Weiter- und Neuentwicklungen von Angeboten bekleiden.

6.2. Einschätzung der Dienstleistungsnutzenden

Grundsätzlich haben die Gespräche gezeigt, dass die Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf die Unterstützung durch die Fachpersonen als ein Gesamtes betrachten. Es handelt sich in der Regel um Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen, denen die Unterscheidung von Betreuung und Pflege auch schwerfällt. Im Sinne der agogischen Pflege ist es also auch aus Sicht der Dienstleistungsnutzenden wichtig, die erbrachten Leistungen als Ganzes zu verstehen und nicht klare Grenzen zwischen sozialpädagogischer Betreuung und Pflege zu setzen. Die Menschen mit Behinderung äussern allesamt ihre Zufriedenheit mit der Unterstützung, die sie in den sozialen Einrichtungen erhalten. Teilweise nehmen aber auch die Menschen mit Behinderung die fehlende Zeit für die Betreuung wahr. Die knappen personellen Ressourcen wirken sich folglich spürbar auf die Betreuungssituationen der Bewohnenden aus.

Ohne die Abgrenzung von Betreuung und Pflege selbst zu berücksichtigen, schildern die Menschen mit Behinderung, was sie im Alltag allein können, wo sie Hilfe benötigen, was sie tagsüber unternehmen, was sie gerne machen und teilweise auch, was sie sich wünschen. Diese Wünsche stehen aber nicht in Zusammenhang mit der Pflege – ausser bei einer Person im Rollstuhl, die etwas ironisch sagt, sie wüsche sich wieder «Laufen» zu können. Eine Person gibt an, dass sie spät aufstehe, duschen gehe, sich meist allein anziehe, selbständig essen könne, Zähneputzen könne, die Zeit im Griff habe und beim Kochen und Putzen helfe. Beim Rasieren brauche sie Unterstützung sowie eine Begleitung bei Spaziergängen. Eine andere Person

sagt, sie brauche Hilfe beim Duschen, beim Sachen-Parat-Machen oder Brot streichen. Hingegen könne sie sich selbständig anziehen, halte Termine ein und sei pünktlich, helfe beim Kochen und treffe sich allein mit Kollegen. Die Schilderungen der Personen mit erhöhtem Pflegebedarf zeigen auf, dass sie trotz ihrer Einschränkungen sehr aktiv sind: Sie gehen ins Atelier, ins Yoga, Schwimmen, machen Ausflüge, treffen sich mit Kolleg:innen, fahren mit den ÖV an gewünschte Destinationen oder einfach umher usw.

Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf befassen sich eher selten von sich aus mit dem Wechsel in ein Alters- oder Pflegeheim. In gewissen sozialen Einrichtungen scheint dies auch kaum thematisiert zu werden, weil ein Übertritt für die Fachpersonen sowie für die Geschäftsleitung in der Regel nicht in Frage kommt. In den Gesprächen bestätigen die Bewohnenden aber auch, dass sie in der Einrichtung bleiben möchten. Eine Person sagt, sie wolle bleiben, sie sei hier *«fröhlich und glücklich»*.

Fachpersonen sagen, es sei bei den Bewohnenden unterschiedlich bezüglich eines potenziellen Übertritts in ein Altersheim: Es gebe Leute, die sich intensiv mit der Frage auseinandersetzen. Manche wüssten bereits genau, in welches Altersheim sie gehen möchten. Andere befassten sich überhaupt nicht mit dem Thema. Die sozialen Einrichtungen sind bemüht, die Wünsche der Bewohnenden so gut wie möglich einzubeziehen. Die Lösungssuche sei sehr individuell, wie eine Geschäftsleistung betont. Dann gehen die Personen mit dem Beistand oder der Beiständin verschiedene Heime anschauen. In einem anderen Fall, bei dem es nicht möglich war, hätten sie Fotos gezeigt, damit sich die Person ein Bild der Einrichtungen machen konnte.

7. Handlungsbedarf aus Sicht der sozialen Einrichtungen

Aus den Gesprächen wurden vier Themen deutlich, bei denen die sozialen Einrichtungen unmittelbaren Handlungsbedarf erkennen:

Fachkräftemangel

Vor allem im Pflegebereich besteht eine schwierige arbeitsmarktliche Situation, die sich in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter akzentuieren wird. Die sozialen Einrichtungen beklagen zum Teil aber auch Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von sozialpädagogischem Fachpersonal. Es scheint im Hinblick auf den Arbeitskräftemangel angezeigt, Massnahmen zu ergreifen, um die Rekrutierung von qualifiziertem (Pflege-)Fachpersonal zu fördern und die Attraktivität der Stellen im Standortwettbewerb zu steigern.

Angespannte Personalsituation

Die personelle und zeitliche Ressourcensituation in den sozialen Einrichtungen, die Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf betreuen, ist nach Angaben der Institutionen sehr angespannt. Den hohen Aufwand, den die Fachpersonen für die Erledigung von Pflegeaufgaben betreiben, geht auf Kosten der sozialpädagogischen Betreuung. Hier erscheinen Massnahmen angezeigt, damit die prekäre Personalsituation entlastet werden kann und die sozialen Einrichtungen ihrem sozialpädagogischen Auftrag und den eigenen professionellen Ansprüchen gerecht werden können.

Erfassung der Pflegeleistungen

Die Abrechnung der Pflegeleistungen entspricht aus Sicht der sozialen Einrichtungen nicht den effektiv erbrachten Dienstleistungen. Es wäre ratsam, die Erfassung der Pflegeleistungen mittels IBB mit den Institutionen zu klären. Die Angabe der Häufigkeit der Pflegeleistungen kann den betriebenen Aufwand, vor allem im Hinblick auf die agogische Pflege, nicht hinreichend abbilden. Allenfalls müsste auch überprüft werden, wie die Pflege bei der Tagesstruktur – auch bei kleineren Pensen – angemessen erfasst werden kann. Die Abbildung der pflegerischen Alltagsrealität sollte gewährleistet werden. Ansonsten sind Einrichtungen, die Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf aufnehmen, gegenüber anderen Institutionen benachteiligt.

Spitalaufenthalte

Die sozialen Einrichtungen haben wiederholt moniert, dass die personelle und finanzielle Belastung bei der Begleitung von Menschen mit Behinderung bei Spitalaufenthalten nicht ausreichend oder gar nicht entschädigt wird. Die konkreten Situationen müsste der Kanton gemeinsam mit den sozialen Einrichtungen prüfen und tragfähige Lösungen erarbeiten.

8. Erkenntnisse der Studie und Weiterentwicklungspfade

Die Gespräche mit den Geschäftsleitungen, Abteilungsleitungen und Sozialpädagog:innen haben eindrücklich gezeigt, dass die sozialen Einrichtungen, die Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf betreuen, mit hohem Engagement Lösungen erarbeiten, um den Bewohnenden bedarfsorientierte Dienstleistungen anzubieten. Im Rahmen der fachlichen und personellen Möglichkeiten werden umfangreiche und hochwertige Pflegeleistungen erbracht; vor allem im Bereich der Grundpflege, mit entsprechenden Massnahmen auch in der Behandlungspflege. Die sozialen Einrichtungen stossen aber mit den wachsenden Pflegeaufgaben an ihre Kapazitätsgrenzen, sodass sich vor allem aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Bewohnenden sowohl qualitativ als auch quantitativ neue Herausforderungen für die Institutionen stellen. Es besteht folglich zweifelsohne Handlungsbedarf, um diesen Erfordernissen zu entgegnen.

Der erhöhte Pflegebedarf von Menschen mit Behinderung in sozialen Einrichtungen ist allerdings vom <Dilemma> des Fachkräftemangels im Pflegebereich geprägt. Da selbst Pflegeinstitutionen kaum imstande sind, genügend Pflegefachkräfte zu rekrutieren, gilt das für Einrichtungen aus dem Bereich Behinderung umso mehr. Dadurch verschliessen sich bereits verschiedene Optionen für die Bearbeitung der Schnittstelle zwischen Behinderung und Pflege. Es macht etwa wenig Sinn, den sozialen Einrichtungen zu empfehlen, mehr Pflegefachkräfte anzustellen, da diese kaum zu finden wären. Aktuell hat dies zur Folge, dass die Sozialpädagog:innen nicht nur sozialpädagogische/agogische, sondern substanziell auch pflegerische Aufgaben wahrnehmen und dafür aus- oder weitergebildet werden müssen. Wie die Gespräche mit den sozialen Einrichtungen gezeigt haben, entsteht aus dem Dilemma ein <Trilemma>, weil die vielen Pfl egetätigkeiten die Arbeitsstellen für viele sozialpädagogisch ausgebildete Fachkräfte unattraktiv beziehungsweise uninteressant machen.

Im Kanton Zug erfolgen gemäss den Aussagen der sozialen Einrichtungen und der Pflegeheime nur selten Übertritte von einer sozialen Einrichtung in ein Pflegeheim. Gemessen am Normalisierungsprinzip stellt sich allgemein die Frage, ob es angebracht ist, relativ entschieden die Meinung zu vertreten, dass Menschen mit Behinderung möglichst bis ans Lebensende in der angestammten sozialen Einrichtung verbleiben sollen. Dies soll nicht bedeuten, dass dieser Entscheid in vielen Fällen nicht richtig ist und auch dem Wunsch der Bewohnenden entspricht. Dennoch wäre es möglich, jeden Fall individuell und ergebnisoffen zu betrachten. Dies könnte dazu führen, dass mehr Menschen mit Behinderung einen Wechsel in ein Pflegeheim antreten. Dabei muss für die Bewohnenden ein jeweils angemessener Übertritt mit Vorbereitung und allenfalls mit Nachbetreuung sichergestellt werden und stets der persönliche Wille berücksichtigt werden.

Kantonale direktiven an der Schnittstelle zwischen Behinderung und Pflege erscheinen kein empfehlenswertes Vorgehen. Dies hängt mit der Komplexität der Thematik zusammen und zeigt sich allein schon bei den verschiedenen Kostenträgern und die sich verändernden Verantwortlichkeiten, zum Beispiel beim Übergang ins Rentenalter (IV/AHV, Kanton/Gemeinden). Es wäre etwa problematisch, wenn der Kanton die sozialen Einrichtungen dazu verpflichten würde, ihre Pflegeleistungen über die obligatorische Krankenversicherung zu verrechnen. Zum einen sind bei der Abrechnung die Grenzen zwischen Behinderung und Krankheit schwer zu setzen, vor allem auch mit Blick auf die agogische Pflege. Zum anderen wäre es höchst fragwürdig Behinderung und Krankheit in ein enges oder engeres Verhältnis zu setzen. Die Defizitorientierung bei Krankheiten widerspricht dem modernen Verständnis von Behinderung (vgl. Curaviva 2019, S. 6). Damit würde eine medizinische Problematik stärker in den Vordergrund gerückt. Dementsprechend vertritt auch Curaviva keine klare und einheitliche Tendenz für die Abrechnung von Pflegeleistungen, sondern hält verschiedene Optionen für zielführend (ebd., S. 9f.). Zudem sind die Hürden für die Anerkennung als Pflegeheim hoch. Analog sind die Bedingungen für eine IVSE-Anerkennung von Pflegeheimen ebenfalls nur mit hohem Aufwand zu erreichen.

Zusammenarbeit zwischen sozialen Einrichtungen und Pflegeheimen findet im Kanton Zug kaum statt, schon gar nicht systematisch. Hier bestünde Potenzial für die Nutzung von Ressourcen und Synergien, nicht nur bilateral zwischen Institutionen, sondern vor allem auch auf einer übergeordneten Ebene des Unterstützungssystems im Sinne eines fachlichen Netzwerks. Sowohl in den sozialen Einrichtungen als auch in den Pflegeheimen werden tragfähige Lösungen an der Schnittstelle zwischen Behinderung und Pflege geschaffen. Diese erfolgen aber unkoordiniert, einrichtungsspezifisch und zum Teil – vor allem in den Pflegeheimen – einzelfallbezogen. Vor diesem Hintergrund bietet es sich für den Kanton an, diese Bemühungen und eingeschlagenen Lösungswege weiter zu fördern und zu koordinieren. Dafür sind vor allem zwei Massnahmen wichtig: Zum einen muss der Kanton die dafür notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. Dazu gehört vor allem die Berücksichtigung der angespannten Personalsituation in den sozialen Einrichtungen und die angemessene Erfassung der Pflegeleistungen. Zum anderen soll der Kanton eine Koordinations- und Ermöglichungsfunktion bekleiden und die Anspruchsgruppen zusammenbringen. Ziel wäre es, die einzelnen Bemühungen zu systematisieren, in einen Kooperationszusammenhang zu bringen und bei Bedarf (finanziell) zu fördern. Damit stellt der Kanton die Basis für die Bildung von fachlichen Netzwerken und neuen und innovativen Lösungen an der Schnittstelle zwischen Behinderung und Pflege.

Eine wenig direktive Steuerung erscheint auch vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen angebracht. Ein zentraler Berührungspunkt zwischen Behinderung und Alter/Pflege sind die ambulanten Dienstleistungen. In beiden Bereichen gehen die Bemühungen in Richtung des selbständigen Wohnens in den eigenen vier Wänden. Es handelt sich um einen laufenden Prozess, der für die Gesamtbetrachtung zwingend berücksichtigt werden muss. Diese Entwicklung bietet sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich voraussichtlich neue Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Für das Wohnen zu Hause könnten einerseits Menschen mit Behinderung mit erhöhtem Pflegebedarf Kombinationen von ambulanten Dienstleistungen aus den Bereichen Pflege und Sozialpädagogik bestellen. Die Leistungserbringenden könnten entsprechende Leistungspakete schnüren und auf dem Markt anbieten. Es ist andererseits zu erwarten, dass die Nachfrage nach stationären Angeboten sowohl im Bereich Behinderung als auch Alter weiter zurückgehen wird. Dies würde dazu führen, dass der Anteil an Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen und/oder erhöhtem Pflegebedarf im stationären Bereich zunehmen und sich damit auch der Bedarf an interdisziplinärer Leistungserbringung erhöhen wird. Zudem könnte die steigende Nachfrage nach ambulanten Dienstleistungen zur Folge haben, dass sowohl in den sozialen Einrichtungen als auch in den Pflegeheimen zukünftig Kapazitäten sowohl in Bezug auf die Plätze als auch hinsichtlich der Personalressourcen frei werden könnten. Diese prognostizierte Entwicklung könnte ebenfalls Potenzial für kooperative Lösungswege beziehungsweise die Schaffung von bedarfsgerechten interdisziplinären Angeboten begünstigen. Denkbar wäre etwa die Schaffung von Abteilungen mit sozialpädagogischem und pflegerischem Fachpersonal. In diesem Zusammenhang können auch engere Kooperationen mit Spitex-Organisationen zielführend sein. Da die konkrete Entwicklung aber nur bedingt vorhersehbar ist (auch vor dem Hintergrund der noch nicht bekannten Auswirkungen des neuen LBBG), gilt es aus Sicht des Kantons, auch in diesem Zusammenhang vorerst nicht direktiv vorzugehen.

Es wird empfohlen, dass der Kanton im Rahmen des Sozialen und des Gesundheitswesens die Mobilisierung und Koordination des angestrebten Netzwerks mit den Anspruchsgruppen (dazu gehören zum Beispiel auch die Spitex, Psychiatrie/psychiatrische Pflege, Heilpädagogik und selbstredend Menschen mit Behinderung) als Moderator übernimmt. In dieser Phase kann ein Prototyping oder die Lancierung von Pilotprojekten gefördert werden. Es wäre erstrebenswert, dass sich daraus ein stehendes Fachteam entwickelt, das autonom agiert – und möglicherweise auch selbst Dienstleistungen anbietet als Kompetenzzentrum. Der Kanton könnte sich dann zurückziehen und die Aufgaben an das Fachteam delegieren.

Aus Sicht der HSLU könnten als Lösungen folgende (sich nicht gegenseitig ausschliessende) Modelle ins Auge gefasst werden:

- Konsiliarmodelle: In der Psychiatrie (Konsiliarpsychiatrie) werden Modelle verfolgt, bei denen nicht-psychiatrische Disziplinen zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Themen von Fachpersonen beraten werden. Ein solches interdisziplinäres Konsiliarsystem beziehungsweise interdisziplinäre Fachstelle (Sozialpädagogik, Pflege, Psychiatrie, Heilpädagogik usw.) könnte bei Bedarf von Einrichtungen

beziehungsweise Fachteams beigezogen werden. Eine soziale Einrichtung könnte etwa Beratung oder Schulungen zum Thema Pflege bestellen.

- Liaisonmodelle: Ebenfalls in der Psychiatrie (Liaisonpsychiatrie) wird das Modell der Liaison verfolgt. Dabei sind externe Fachpersonen der Psychiatrie fest in die Strukturen einer Einrichtung eingebunden. Nach diesem Konzept könnten zum Beispiel Pflegefachpersonen in sozialen Einrichtungen oder bestimmten Abteilungen der Einrichtungen regelmässig Dienstleistungen erbringen. Dafür könnten auch Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen eingegangen werden.
- Mobile interdisziplinäre Teams: Mobile Fachteams könnten sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich bedarfsgerechte Dienstleistungen erbringen, wenn die fachlichen Grenzen von ambulanten und stationären Leistungserbringenden zum Beispiel im Pflegebereich überschritten werden.
- Gemeinsame Spitex-Organisation: Die sozialen Einrichtungen könnten gemeinsam eine Spitex-Organisation gründen, die einerseits konkrete Pflege – insbesondere Behandlungspflege – in den Einrichtungen verrichtet und andererseits Mitarbeiterschulungen und konzeptionelle Beratung anbieten könnte.
- Unabhängige Abklärungsstelle: Eine wichtige Triagefunktion könnte die im Rahmen des LBBG neu zu schaffende unabhängige Abklärungsstelle leisten. Hier könnte eine engere Zusammenarbeit zwischen Sozialem und Gesundheit angestrebt werden. Denkbar wäre etwa eine Zentralschweizer Abklärungsstelle. Die Abklärungsteams könnten stärker interdisziplinär ausgerichtet werden und unter anderem mit Fachpersonen aus dem Pflegebereich gebildet werden, um die bedarfsgerechte Leistungserbringung für Menschen mit Behinderung zu organisieren.
- Peer-Coachings: Peer-Coachings können in zweierlei Hinsicht zur Anwendung kommen: Einerseits kann das Peer-Coaching als kollegialer (interdisziplinärer) Austausch gestaltet werden, indem Fachpersonen ihre spezifischen Erfahrungen mit Kolleg:innen teilen. Andererseits sind Peer-Coachs direktbetroffene Personen, die aufgrund ihrer Erfahrungen nahe an der Lebenswelt der Menschen mit Unterstützungsbedarf stehen. Ausgebildete Peer-Coachs könnten als Mitglieder von interdisziplinären Teams eingesetzt werden (siehe mobile interdisziplinäre Teams weiter oben).
- Ausbildung: Aufgrund des Fachkräftemangels könnten im Ausbildungsbereich neue Arbeitskräftepotenziale erschlossen werden. In Kooperation mit dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) könnten angepasste Pflegekurse für Menschen aus dem Asylbereich ergänzt mit Intensivdeutschkursen entwickelt werden. In sozialen Einrichtungen werden viele Pflegeleistungen erbracht, die von gering qualifizierten Pflegepersonen verrichtet werden können.
- Freiwilligenarbeit: Zum Teil werden Freiwillige im Bereich der Pflege von den sozialen Einrichtungen bereits eingesetzt. Allenfalls bestünde im Freiwilligenbereich weiteres Potenzial für die Erbringung von einfacher Pflege.³

Der Kanton sollte insbesondere in der Anfangsphase dieser Prozesse Struktur geben und Massnahmen ermöglichen. Sobald tragfähige Lösungen erarbeitet wurden, kann der Kanton in einem nächsten Schritt die entsprechenden Massnahmen formalisieren und (gesetzlich) regulieren sowie die längerfristige Finanzierung sicherstellen. Der Weg von der Best Practice zur Formalisierung erscheint für den Kanton in diesem komplexen Feld die geeignetere Lösung als konkrete Umsetzungsvorgaben, die in der Praxis realisiert werden sollen. Die Einführung des LBBG ist der passende Zeitpunkt, um das fachliche Netzwerk einzurichten und zu fördern.

9. Empfehlungen an den Kanton Zug

Abgeleitet von den Erkenntnissen der Studie werden fünf Empfehlungen für den Kanton Zug formuliert.

1. *Klärung der Finanzierungsmöglichkeiten zwischen Kanton und sozialen Einrichtungen*: In Bezug auf die Erfassung und Vergütung von Pflegeleistungen in den sozialen Einrichtungen durch den Kanton besteht

³ Zu den Vorschlägen «Ausbildung» und «Freiwilligenarbeit» gilt es allerdings einschränkend zu beachten, dass die sozialen Einrichtungen die Bedeutung von Bezugspersonen für die Pflege ihrer Dienstleistungsnutzenden hervorgehoben haben. Bei Personen aus dem Asylbereich ist die Vermittlung von Interkulturellen Kompetenzen (auch für die Arbeitgebenden und anderen Mitarbeitenden) wichtig und es könnten Situationen von Skepsis oder Vorurteilen entstehen.

ein gegenseitiger Klärungsbedarf. Dies betrifft zum einen das Instrument IBB und die damit zusammenhängende Entschädigung von Pflegeleistungen. So sollte grundsätzlich der Finanzierungsmechanismus von IBB nachvollzogen werden. Es sollte aber zum Beispiel auch geklärt werden, welche Leistungen im Rahmen der Tagesstruktur ohne Lohn abgerechnet werden können. Zum anderen sollte auch die Entschädigung der Aufwände im Rahmen von Spitalaufenthalten thematisiert und konkretisiert werden. Es bestehen offensichtliche Missverständnisse.

2. *Bildung eines fachlichen Netzwerks:* Das Expert:innenwissen an der Basis inklusive der Menschen mit Behinderung soll die Grundlage für innovative Ansätze bilden. Aus dem Netzwerk entwickelt sich idealerweise ein eigenständiges Kompetenzzentrum beziehungsweise eine Fachstelle. Diese Organisation agiert autonom.
3. *Kanton als Koordinator und Ermöglicher:* Der Kanton soll in der Anfangsphase die Koordination des Netzwerks übernehmen und die Kooperation auf diese Weise fördern. Zudem soll der Kanton zur Ermöglichung von innovativen Ansätzen und Pilotprojekten, zum Beispiel durch finanzielle Unterstützung, beitragen. Formelle kantonale Regelungen und Finanzierungsstrukturen sollen erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Konsolidierung der Best Practice-Modelle dienen. Eine direktive Vorgehensweise des Kantons (Top-down) wird nicht empfohlen und der Kanton kann sich zu gegebenem Zeitpunkt aus den fachlichen Prozessen zurückziehen.
4. *Stärkung des Standorts und Ausbildung von Fachkräften:* Der Kanton Zug sollte Massnahmen ergreifen, um die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten von Pflegefachpersonal zu fördern. Zudem kann der Kanton im Standortwettbewerb durch attraktive Beschäftigungsbedingungen dem Fachkräftemangel begegnen.
5. *Zentralschweizer Kooperation bei den Abklärungsstellen prüfen:* In der Zentralschweizer Sozialdirektoren- und -direktorenkonferenz (ZSODK) soll eine Zusammenarbeit der Abklärungsstellen für Menschen mit Behinderung geprüft werden. Im Rahmen der Bedarfsermittlung und Beratung könnten interdisziplinäre Teams geschaffen werden für die Ermöglichung von bedarfsgerechten Unterstützungsleistungen für Menschen mit Unterstützungsbedarf.

10. Literaturverzeichnis

Aktionskreis Behindertenpolitik Kanton Zürich (AKB) (2015): Lebensqualität im Alter – auch für Menschen mit Behinderung. Positionspapier.

Curaviva (2019): Abrechnen von Pflegeleistungen durch Institutionen für Menschen mit Behinderung.

Curaviva (2020): Pflege in Institutionen. Wer hat welche Kompetenzen.

INSOS (2014): Behinderung und Alter. Magazin des nationalen Branchenverbands der Institutionen für Menschen mit Behinderung. Nr. 43.

Jeltsch-Schudel, Barbara (2010): Behindert - alt- pflegebedürftig: Löcher im Netz des Sozialstaates!? Universität Freiburg/CH.

Kanton Obwalden (2017): Konzept Menschen mit Behinderung werden älter. Standortbestimmung, Handlungsbedarf und Empfehlungen für die Kanton Obwalden. 2. November 2017.

Kanton Solothurn (2010): Wohn- und Lebenssituation von Menschen mit einer Behinderung im Alter. Kantonales Konzept.

Kanton Zug (2011): Menschen werden älter. Standortbestimmung, Handlungsbedarf und Empfehlung.

Wicki, Monika T. (2018): Behinderung und Alter im Kanton Basel-Stadt Angebote und Angebotsentwicklung. Zusammenfassender Schlussbericht.