

**Wohn- und Versorgungssituation
jüngerer Pflegebedürftiger
in Wuppertal**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einführung	3
<u>Teil 1</u> : Workshop (2005)	5
<u>Teil 2</u> : Datenreport (2005)	27
<u>Teil 3</u> : Alkoholabhängige Pflegebedürftige in Wuppertal (2002)	52
Zusammenfassung der Ergebnisse	66

Herausgeber:

Der Oberbürgermeister der Stadt Wuppertal
Geschäftsbereich Soziales, Jugend & Integration
Ressort 201 – Sozialplanung
42269 Wuppertal

Bearbeitung:

Marianne Krautmacher, 201 – Sozialplanung
Untersuchung zu „Alkoholabhängige Pflegebedürftige in Wuppertal“ (2002) unter Mitarbeit
von Britta Hausmann

Veröffentlichung:

Dezember 2005

Einführung

Ausgangspunkt für die eingehendere Beschäftigung mit dem Thema „jüngere Pflegebedürftige“ ist die in Wuppertal seit Mitte der 90er Jahre geführte Diskussion über mögliche Fehlplatzierungen von jüngeren Pflegebedürftigen in Altenpflegeheimen. Hauptkritikpunkt dabei: die Milieus und Angebotsstrukturen seien auf die ältere Generation hin ausgerichtet; Pflegebedürftige könnten jedoch nicht allein über ihren körperbezogenen Pflegebedarf definiert werden.

Seit dieser Zeit wurden in Wuppertaler Altenpflegeeinrichtungen z.B. ein separater Wohnbereich für i.d.R. jüngere MS-krankte Pflegebedürftige und eine Wohngruppe für chronisch alkoholkrankte Pflegebedürftige, die i.d.R. ein niedrigeres Durchschnittsalter als die Mehrheit der stationär versorgten Pflegebedürftigen haben, eingerichtet. Diese besonderen Wohn- und Pflegekonzepte resultieren insbesondere aus den speziellen pflegerischen Anforderungen der jeweiligen Zielgruppe.

Begleitet wurde diese praktische Weiterentwicklung des pflegerischen Angebots jedoch kontinuierlich zunehmend durch die Frage nach den quantitativen Ausmaßen der geschaffenen Kapazitäten und nach den angemessenen qualitativen Wohn- und Pflegebedingungen.

Erneute Aktualität erhält das Thema „jüngere Pflegebedürftige“ seit Novellierung des Landespflegegesetzes NW in 2003 und der damit verbundenen Aufhebung der Angebotssteuerung auf dem Pflegemarkt. Investoren und Träger interessieren sich verstärkt für besondere Zielgruppen in der stationären Pflege.

Der vorliegende Bericht umfasst alle bisherigen Untersuchungen zur Wohn- und Versorgungssituation jüngerer Pflegebedürftiger in Wuppertal aus den Jahren 2002 - 2005. „Jüngere Pflegebedürftige“ meint dabei erwachsene Pflegebedürftige zwischen 18 und 60 bzw. 65 Jahren¹:

Auf Antrag der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft, Ortsvereinigung Wuppertal und Umgebung e.V. hat der Behindertenbeirat die Verwaltung 2002 beauftragt die derzeitige Versorgungssituation jüngerer Pflegebedürftiger im Bereich Wohnen und Pflege zu untersuchen. Zu diesem Zeitpunkt lag zwar bereits eine aktuelle Bedarfserhebung zum stationären Pflegebedarf chronisch alkoholkranker Menschen vor, die i.d.R. jünger als die große Mehrheit der Pflegebedürftigen sind. Eine Untersuchung zur gesamten Altersgruppe der Erwachsenen unter 65 Jährigen lag jedoch nicht vor. Anfang 2004 wurde deshalb eine Befragung aller Pflegeeinrichtungen in Wuppertal durchgeführt. Um einen detaillierten Einblick in die häusliche Wohn- und Lebenssituation von jüngeren Hilfe- und Pflegebedürftigen zu erhalten, wurde exemplarisch eine schriftliche Befragung der rd. 100 Wuppertaler Mitglieder der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft, Ortsvereinigung Wuppertal und Umgebung e.V. (DMSG) durchgeführt.

Das Ergebnis der Untersuchungen wurde zu Jahresbeginn 2005 dem Behindertenbeirat vorgestellt. Es wurde vereinbart zur vertiefenden Diskussion weitere Daten zu analysieren (z.B. Daten des MDK) und einen Workshop durchzuführen.

¹ Der Bericht nennt zwar im Einzelfall auch Daten zu pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen, deren Wohn- und Lebenssituation muss jedoch - aufgrund der zu Erwachsenen unterschiedlichen Betreuungs- und Versorgungsnotwendigkeiten und -systeme - Gegenstand einer gesonderten Diskussion sein. Zur Definition der Altersobergrenze: Das Erreichen von 65 Jahren dient als Zuständigkeitsabgrenzung zwischen überörtlichen und örtlichem Sozialhilfeträger, das Erreichen eines Alters von 60 Jahren wird in der Altenplanung oftmals als Eintritt in die Altersgruppe der „Senioren“ betrachtet.

Der Workshop fand im Mai 2005 unter reger Anteilnahme von rd. 60 Beteiligten (Betroffenen und Angehörigen, Selbsthilfegruppen und Betroffenenverbänden, Behinderten- und Pflegeeinrichtungen, Beratungseinrichtungen und Vertretern/innen der örtlichen Politik) statt.

Im Ergebnis erbrachte der Workshop – neben einem interessanten Einblick in den Versorgungsalltag - eine Reihe von Anregungen und Handlungsvorschlägen, insbesondere zur qualitativen Weiterentwicklung bestehender Angebote, die an eine Vielzahl von Verantwortlichen in der Behindertenhilfe, Pflege, Beratung sowie Wohnungswirtschaft mit der Bitte um Berücksichtigung gerichtet sind.

Der Bericht beinhaltet ferner die oben bereits erwähnte - bislang nicht veröffentlichte Untersuchung - zum Bedarf an stationärer Pflege bei chronisch alkoholkranken Menschen in Wuppertal. Sie wurde im Jahre 2002 noch im Rahmen der bis Mitte 2003 gesetzlich geforderten Pflegebedarfsplanung durchgeführt, zeichnet jedoch auch heute noch ein recht zutreffendes Bild der Versorgungssituation chronisch alkoholkranker Pflegebedürftiger, die entweder (noch) im Rahmen der Behindertenhilfe betreut werden bzw. bereits (teilweise) eine pflegerische Versorgung durch Einrichtungen des SGB XI erfahren.

Zum Abschluss erfolgt eine Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse der verschiedenen Untersuchungen zum Ist-Zustand und zu den Entwicklungsperspektiven in der Versorgung jüngerer Pflegebedürftiger sowie Empfehlung zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Teil 1: Datenreport (2005)

I.	Anlass und Verfahren	5
II.	Zielgruppe und Ausgangslage	5
III.	IST-Situation der Wohn- und Versorgungssituation jüngerer Pflegebedürftiger am 31.03.2004	
	1. ambulante Versorgung	7
	1.1. Wer betreut ?	
	1.2. Wer wird gepflegt ?	
	2. stationäre Versorgung	10
	2.1. Wer betreut ?	
	2.2. Wer wird gepflegt ?	
	3. Wohn- und Lebenssituation von MS-Kranken außerhalb von Einrichtungen	13
	3.1. Alter, Geschlecht und Familienstand	
	3.2. Haushaltsform und Wohnungsart	
	3.3. Wohnsituation	
	3.4. Berufstätigkeit, Aktivitäten und gesundheitliches Wohlbefinden	
	3.5. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit	
	3.6. Zukunftserwartungen	
IV.	Zusammenfassung	22
V.	Anlagen (Graphiken)	23

Anlass und Verfahren

Der Behindertenbeirat hat die Verwaltung am 15.05.2002 beauftragt die derzeitige Versorgungssituation jüngerer Pflegebedürftiger im Bereich Wohnen und Pflege zu untersuchen. Dieser Auftrag wurde auf Antrag der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft, Ortsvereinigung Wuppertal und Umgebung e.V. einstimmig beschlossen.

In 2003 erfolgten die Vorarbeiten zur Durchführung von drei Befragungen, die Anfang 2004 statt fanden:

- schriftliche Befragung aller ambulanten Pflegeeinrichtungen in Wuppertal
- schriftliche Befragung aller teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen in Wuppertal und Umgebung
- schriftliche Befragung der rd. 100 Wuppertaler Mitglieder der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft, Ortsvereinigung Wuppertal und Umgebung e.V. (DMSG).

Zielgruppe und Ausgangslage

Zur Zielgruppe der jüngeren Pflegebedürftigen sollen alle unter 60 jährigen Pflegebedürftigen gezählt werden, die z.B. aufgrund von Geburtsschäden, Unfall, Schlaganfall, MS-Krankheit oder anderen Krankheiten pflegebedürftig geworden sind. Ferner sind dazu auch pflegebedürftig gewordene Behinderte im seelisch, geistigen und körperlichen Bereich zu zählen.

Die pflegerische Versorgung durch die bestehenden ambulanten und (teil-)stationären Angebote ist in Wuppertal – wie in anderen Kommunen auch – schwerpunktmäßig auf ältere und hochaltrige Menschen und deren spezifische Pflegebedarfe (u.a. Demenz) orientiert. Jüngere Pflegebedürftige werden i.d.R. durch diese Einrichtungen "mitversorgt", ohne dass es ein spezielles inhaltliches oder organisatorisches Konzept zur Versorgung Jüngerer gibt. In Wuppertal bestehen derzeit aber bereits einige ambulante Pflegedienste, die insbes. schwerstpflege-

gebürftige Jüngere versorgen; im stationären Bereich existieren in zwei Pflegeheimen besondere Wohnbereiche.

Im Rahmen der bisherigen Pflegebedarfsplanung konnte festgestellt werden, dass die Anzahl der jüngeren Pflegebedürftigen von 1997 bis 2001 insgesamt gestiegen ist.

Im Jahre 2001 wurde eine Untersuchung zu chronisch alkoholkranken Pflegebedürftigen erstellt, die erbrachte, dass ein Bedarf an zusätzlichen stationären Pflegeplätzen in der Größenordnung von rd. 40 Plätzen besteht.

Schwerpunkt der hier vorliegenden Untersuchung sind die MS-Kranken; die Zielfrage lautet dabei: wo und wie werden jüngere Pflegebedürftige (unter 60 Jahren) derzeit versorgt, wie leben und wohnen sie ?

Auf Basis dieser Daten gilt es zu klären, welche Handlungsbedarfe im Bereich Wohnen und Pflege bestehen:

→ welche Probleme bestehen bei Wohnen und Pflege ?

→ was ist gut gelöst ?

→ existieren quantitative Defizite (behindertengerechte Wohnungen, Pflegeheimplätze)?

→ gibt es qualitative Defizite (Wohnungsanpassung, Wohnkonzepte für Familienwohnen mit Betreuungsunterstützung, Wohngruppe für jüngere Pflegebedürftige in Pflegeheimen unabhängig von Krankheitsbild, soziokulturelle Teilhabe von jüngeren Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit etc.) ?

Diese Fragen sollen auf Basis der vorliegenden Daten im Rahmen eines Workshops unter Beteiligung von Betroffenen und Professionellen beantwortet werden; am Ende soll die Formulierung von quantitativen und qualitativen Weiterentwicklungsvorschlägen in den Bereichen Aktivitäten, Wohnen und Hilfe/ Pflege stehen.

III. IST-Situation der Wohn- und Versorgungssituation jüngerer Pflegebedürftiger am 31.03.2004

1. ambulante Versorgung (incl. teilstationär)

Von den 62 bestehenden ambulanten Pflegediensten beteiligten sich 45 (= 73%) an der Erhebung; die Gründe der Nichtbeteiligung wurden nicht erhoben. 69% aller ambulanten Pflegedienste, die an der Befragung teilnahmen, versorgten am Stichtag Pflegebedürftige unter 60 Jahren.

Die **Aussagekraft** der im Folgenden aufgeführten Daten zur ambulanten Versorgung ist deshalb nur eingeschränkt auf quantitative Aspekte des gesamten ambulanten Versorgungsgeschehens in Wuppertal übertragbar – zumal der Bereich der häuslichen Versorgung allein durch Angehörige nicht berücksichtigt werden konnte. Dennoch erlaubt die Untersuchung wichtige qualitative Hinweise.

Von den sechs teilstationären Pflegeeinrichtungen beteiligten sich fünf an der Erhebung (=83%). Nur eine der fünf Einrichtungen hatte am Stichtag einen jüngeren Pflegebedürftigen zu versorgen. Der Bereich der teilstationären Einrichtungen wird aufgrund der geringen Fallzahl im folgenden nicht weiter behandelt. Sinnvoll erscheint es, im Rahmen eines Workshops zu klären, welche Bedeutung der teilstationären Versorgung bei der Pflege jüngerer Menschen zukommt.

Befragung Einrichtungen 2004	Bestand	Rücklauf	Rücklaufquote	z.Zt. ohne Versorgung j.Pfleg.bed.	z.Zt. mit Versorgung j.Pfleg.bed.	Versorgungsbeteiligung
ambulant	62	45	73%	14	31	69%
teilstationär	6	5	83%	4	1	20%

1.1. Wer betreut ?

Von den 31 in der Betreuung jüngerer Pflegebedürftiger tätigen ambulanten Pflegedienste (= 69 % aller befragten Pflegedienste) versorgen fast 2/3 (= 22 Pflegedienste) nur 1 – 3 Personen, 6 ambulante Pflegedienste betreuen 31% der jüngeren Pflegebedürftigen und drei ambulante Pflegedienste zeichnen sich durch die Versorgung von jeweils 7 – 10 jüngeren Pflegebedürftigen (= 30% aller ambulant gepflegten Jüngeren) als aus, wobei allerdings nur zwei ambulante Pflegedienste sich selbst als "Spezialisten" in diesem Bereich bezeichnen (ISB und JAKIM-Kinderpflegedienst).

Anzahl ambulant Versorgter	Anzahl Einrichtungen	Anteil an Versorgung	Anzahl Pflegebedürftige
0 Pers.	14	0%	0
1 - 3 Pers.	22	39%	36
4 - 6 Pers.	6	31%	23
7 - 10 Pers.	3	30%	28
	45	100%	93

1.2. Wer wird gepflegt ?

Am Stichtag wurden von den 31 ambulanten Pflegediensten 93 Personen unter 60 Jahren pflegerisch versorgt, knapp 40% zwischen 50 und 59 Jahren alt. Ein nicht unerheblicher Anteil von über 10% aller ambulant gepflegten jüngeren Personen war unter 10 Jahre alt.

Geschlecht	bis 18J.	18-29J.	30-39J.	40-49J.	50-59J.	insgesamt	in %
männlich	10	5	3	10	17	45	48,4%
weiblich	8	1	6	14	19	48	51,6%
Pflegestufe							
0 ²	2	0	0	4	9	15	16,1%
I	3	1	2	8	13	27	29,1%
II	4	1	4	8	10	27	29,1%
III	4	2	3	3	3	15	16,1%
III HF	1	1	0	1	1	4	4,3%
keine Angabe	4	1	0	0	0	5	5,3%
Pflegebedürftige ambulant insges. (in %)	18 (19,4%)	6 (6,4%)	9 (9,7%)	24 (25,8%)	36 (38,7%)	93 (100%)	100%

Der Anteil an pflegebedürftigen männlichen und weiblichen Personen ist relativ gleich. Insbesondere bei den unter 40 Jährigen zeigt sich ein vergleichsweise hoher Anteil an Pflegebedürftigen der Stufe III bzw. III Hf (zwischen 28 und 50 % der jeweiligen Altersgruppe), während der Anteil bei den über 40 Jährigen geringer ausfällt (11% bzw. 17 % der in der unten stehenden Tabelle genannten Altersgruppen).

Art der Erkrankung	Durchschnittsalter	Frauenanteil	Pflegestufen						Anzahl jüngere Pflegebedürftige insges.	Anteil (in %)
			0	I	II	III	III HF	ohne		
MS	49 J.	80%	2	5	7	1	0	0	15	16,1%
Hirnschädigung	30 J.	57%	1	2	3	4	2	2	14	15,1%
Schlaganfall	54 J.	55%	2	3	3	1	0	0	9	9,8%
Lähmung	39 J.	25%	0	1	3	2	2	0	8	8,6%
Muskelerkrankung	31 J.	28%	1	0	1	4	0	1	7	7,5%
HIV/AIDS	35 J.	33%	0	2	0	0	0	1	3	3,2%
Diabetes	55 J.	0	2	0	1	0	0	0	3	3,2%
Tumorerkrankungen	53 J.	100%	0	1	1	0	0	1	3	3,2%
Sonstige	37 J.	50%	7	13	8	3	0	0	31	33,3%
Gesamt			15	27	27	15	4	5	93	100%

² Pflegestufe 0 meint einen Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I, für den im Rahmen des SGB XI (früher BSHG) finanzielle Leistungen gewährt werden.

Unter den ambulant versorgten jüngeren Pflegebedürftigen dominieren nach den vorliegenden Daten an Multiple Sklerose Erkrankte sowie Menschen mit einer Hirnschädigung (16 bzw. 15 %), gefolgt von Pflegebedürftigkeit aufgrund von Schlaganfall, Lähmungsercheinungen und Muskelerkrankungen (10 – 7%). Rd. 1/3 aller ambulant gepflegten Jüngeren bedarf der Pflege jedoch wegen eines speziellen und seltenen Krankheits- und Behinderungsbildes.

Entwicklung 1998 – 2004	15.12.1998	in %	31.03.2004	in %
männlich	54	49,5%	45	48,4%
weiblich	55	50,5%	48	51,6%
Pflegestufe 0	31	28,4%	15	16,1%
Pflegestufe I	30	27,5%	27	29,1%
Pflegestufe II	38	34,9%	27	29,1%
Pflegestufe III	6	5,5%	15	16,1%
Pflegestufe III HF	0	0%	4	4,3%
ohne Pflegestufe	4	3,7%	5	5,3%
Pflegebedürftige ambulant insgesamt	109	100%	93	100

Der Vergleich zwischen 1998 und 2004 kann wegen der begrenzten Aussagekraft der Daten keine belastbaren Hinweise zur Anzahl der ambulant versorgten jüngeren Pflegebedürftigen erbringen. Hervorstechend ist jedoch der stark angewachsene Anteil der Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe III bzw. III HF (von 5,5 % auf mindestens 16,1% bzw. 0 auf mindestens 4,3%). Dies liegt u.a. daran, dass es seit dem Jahre 2001 einen ambulanten Pflegedienst speziell für Kinder gibt.

Dauer der Pflege durch amb. Pflege- dienst	11-15 Jahre	6-10 Jahre	3-5 Jahre	1-2 Jahre	unter 1 Jahr	insges.
Pflegestufe 0	0	1	3	4	7	15
Pflegestufe I	0	1	11	10	5	27
Pflegestufe II	0	5	8	9	5	27
Pflegestufe III	1	3	2	6	3	15
Pflegestufe III HF	2	1	0	1	0	4
ohne Pflegestufe	1	1	1	1	1	5
Pflegebedürftige ambulant ges.	4	12	25	31	21	93
(in %)	4,3%	12,9%	26,9%	33,3%	22,6%	100,0%

Nicht ganz die Hälfte (44,1%) der jüngeren Pflegebedürftigen werden bereits seit mehr als zwei Jahren ambulant betreut, ein weiteres Drittel zwischen einem und zwei Jahren. ¼ bis 1/5 aller jüngeren Pflegebedürftigen wurden seit weniger als 12 Monaten von ihrem derzeitigen Pflegedienst betreut.³ D.h., dass eine lang andauernde Versorgung in der Häuslichkeit auch bis hinein in höhere Pflegestufen durchaus Praxis ist.

³ Inwieweit der Pflegedienst der erstbetreuende Dienst war oder ob ein Wechsel des Pflegedienstes statt gefunden hatte, ist nicht erhoben worden. D.h. die genannte Zeitdauer ist als Mindestzeitdauer einer ambulanten Pflegesituation anzusehen, zumal professionelle Pflege ggf. erst nach einer Phase ausschließlich familiärer Pflegetätigkeit in Anspruch genommen wird.

2. Stationäre Versorgung

Von den am Stichtag 36 bestehenden vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen haben sich 35 (=97 % aller Einrichtungen) an der Befragung beteiligt. Die Aussagekraft der Daten für die stationäre Versorgung ist damit – im Gegensatz zu den Daten des ambulanten Bereichs – hoch.

54 % aller befragten stationären Einrichtungen versorgten zum Befragungszeitpunkt Pflegebedürftige unter 60 Jahren (19 Einrichtungen).

Befragung Einrichtungen 2004	Bestand	Rücklauf	Rücklaufquote	z.Zt. ohne Versorgung j.Pfleg.bed.	z.Zt. mit Versorgung j.pfleg.bed.	Versorgungsbeteiligung
stationär	36	35	97%	16	19	54%

2.1. Wer betreut ?

Die große Mehrheit der 19 Einrichtungen mit jüngeren Pflegebedürftigen (89%) betreut maximal 10 Personen unter 60 Jahren, sie stellen damit 33% der Versorgung Jüngerer. In zwei Einrichtungen hingegen werden 2/3 aller stationär versorgten Jüngerer versorgt. Es handelt sich hier um

- Haus Hardt, Diakonie Elberfeld (Eröffnung 1996 mit Station für MS-Kranke),
- städt. Altenpflegeheim Neviandstr. (Stationen für Korsakow-Betroffene und Unfallgeschädigte)

mit aktuell jeweils 36 bzw. 34 jüngeren Pflegebedürftigen (keine Platzzahlfestlegung !).

Anzahl stationär Versorgter	Anzahl Einrichtungen	Anteil an Versorgung	Anzahl Personen
0 Pers.	16	0%	0
1 – 10 Pers.	17	33%	35
11 – 20 Pers.	0	0%	0
21 – 30 Pers.	0	0%	0
31 – 36 Pers.	2	67%	69
	35	100%	104

1.2. Wer wird gepflegt ?

Am Stichtag wurden in den befragten Einrichtungen insgesamt 104 Personen unter 60 Jahren betreut, davon waren 65 % über 50 Jahre alt und knapp ¼ zwischen 40 und 49 Jahren. Lediglich 11,5% der jüngeren Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen sind unter 40 Jahre, wobei lediglich 3 unter 30 Jahren sind (der Jüngste ist 25 Jahre alt). Männer sind bei den unter 60 Jährigen im Vergleich zu ihrem Bevölkerungsanteil leicht überrepräsentiert.

Die Verteilung der Pflegestufen ist in den Altersgruppen uneinheitlich: während die drei jüngsten Pflegebedürftigen alle der Pflegestufe III zuzurechnen sind, pendelt der Anteil in den übrigen Altersgruppen zwischen 25 und 46 %. Die Pflegestufe 0 ist bei den Pflegebedürftigen unter 50 Jahren so gut wie nicht vertreten (lediglich eine Person von insgesamt 36), jedoch bei den über 50 Jährigen zu 10,3%.

Geschlecht	bis 18J.	18-29J.	30-39J.	40-49J.	50-59J.	insges.	in %
männlich	0	2	4	11	41	58	55,8
weiblich	0	1	5	13	27	46	44,2
Pflegestufe							
0	0	0	1	0	7	8	7,7
I	0	0	2	3	18	23	22,1
II	0	0	4	10	23	37	35,6
III	0	3	2	11	17	33	31,7
III HF	0	0	0	0	1	1	1,0
keine Angabe	0	0	0	0	2	2	1,9
Pflegebedürftige stationär insges. (in %)	0	3 (2,9%)	9 (8,6%)	24 (23,1%)	68 (65,4%)	104 (100 %)	100

Ein Vergleich der Daten aus 1998 und 2004 zeigt, dass die Anzahl der jüngeren Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen in Wuppertal zugenommen hat (Steigerung um 42 %-Punkte), diese Entwicklung hat zu einem leicht erhöhten Anteil der jüngeren weiblichen Pflegebedürftigen geführt.

Im Zeitverlauf ist insbes. die Anzahl der jüngeren Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III stark angewachsen (jeweils Zuwachs um 12 Personen), wobei der prozentuale Anteil der Pflegebedürftigen in der Pflegestufe III am stärksten zugelegt hat (von 28,8% in 1998 auf 31,7% in 2004). Die Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 sind zahlenmäßig relativ konstant geblieben.

Entwicklung	15.12.1998	in %	31.03.2004	in %
männlich	43	58,9	58	55,8
weiblich	30	41,1	46	44,2
Pflegestufe 0	7	9,6	8	7,7
Pflegestufe I	15	20,5	23	22,1
Pflegestufe II	25	34,3	37	35,6
Pflegestufe III	21	28,8	33	31,7
Pflegestufe III HF	2	2,7	1	1,0
ohne Pflegestufe	3	4,1	2	1,9
Pflegebedürftige stationär insgesamt	73	100	104	100

Pflegebedürftige mit Korsakow-Syndrom stellen die größte Gruppe der jüngeren Pflegebedürftigen (27,9%), gefolgt von den MS-Kranken (21,2%) sowie den Pflegebedürftigen mit Hirnschädigung (19,2%).

Das Durchschnittsalter ist mit 47 Jahren bei den Pflegebedürftigen mit apallischem Syndrom und denen mit Hirnschädigung am geringsten. Unter den stationär versorgten jüngeren Pflegebedürftigen findet sich insbesondere bei der zahlenmäßig stark vertretenen Gruppe der MS-Kranken ein sehr hoher Frauenanteil (77 %), während Frauen bei der Gruppe der Pflegebedürftigen mit Hirnschädigung nur einen geringen Anteil stellen.

Bei den Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III/ III HF finden sich insbes. Personen mit MS, Hirnschädigung und apallischem Syndrom, solche mit Pflegestufe 0 oder I sind vornehmlich bei den Pflegebedürftigen mit Korsakow-Syndrom.

Art der Erkrankung	Alter im Durchschnitt	Frauenanteil	Pflegestufen						Anzahl Pflegebedürftige insges.	in %
			0	I	II	III	III HF	ohne		
Korsakow Syn.	54 J	21%	6	16	5	2	0	0	29	27,9%
MS	54 J.	77%	1	1	8	11	1	0	22	21,2%
Hirnschädigung	47 J.	35%	0	1	8	11	0	0	20	19,2%
Schlaganfall	52J.	50%	0	1	5	4	0	0	10	9,6%
Apallisches Syn.	47J.	40%	0	0	2	3	0	0	5	4,8%
Psych. Erkrankg.	56 J.	75%	0	1	2	0	0	1	4	3,8%
Geist. Behindrg.	57 J.	33%	1	1	1	0	0	0	3	2,9%
Querschnittlähm.	52J.	67%	0	1	1	1	0	0	3	2,9%
Sonstige	53J.	44%	0	1	5	1	0	1	8	7,7%
Gesamt			8	23	37	33	1	2	104	100%

15,4% aller jüngeren Pflegebedürftigen leben bereits seit mehr als sechs Jahren in der befragten stationären Pflegeeinrichtung, 26% zwischen zwei und 5 Jahren und mehr als die Hälfte (58,6%) allerdings erst maximal 2 Jahre.

Unter den 16 Personen mit langer Verweildauer (6 Jahre und mehr) befinden sich u.a.:

- ein zum Zeitpunkt der Befragung 58jähriger geistig Behinderter mit Pflegestufe 0, der seit 20 Jahren in der stationären Pflegeeinrichtung lebt,
- sechs Pflegebedürftige mit Korsakow-Syndrom im Alter zwischen 59 und 48 Jahren mit vornehmlich niedrigen Pflegestufen, wobei der 59 Jährige (Pflegestufe II) bereits seit 11 Jahren in der betreffenden Einrichtung lebt (Neviantstr.),
- sechs MS-Kranke im Alter zwischen 58 und 46 Jahren in den Pflegestufen III bzw. III HF, die 6 – 8 Jahre in "ihrer" Einrichtung leben (Haus Hardt).

Dauer	16-20 J.	11-15 J.	6-10 J.	3-5 J.	1-2 J.	unter 1 J.	insges.
Pflegestufe 0	1	0	1	1	3	2	8
Pflegestufe I	0	0	4	6	12	1	23
Pflegestufe II	0	1	0	7	21	8	37
Pflegestufe III	1	0	7	12	12	1	33
Pflegestufe III HF	0	0	1	0	0	0	1
ohne Pflegestufe	0	0	0	1	1	0	2
Pflegebedürftige insges.	2	1	13	27	49	12	104
(in %)	1,9%	1,0%	12,5%	26,0%	47,1%	11,5%	100%

Mit der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen steigt der Anteil der Jüngeren mit Pflegestufe III/ III Hf; die Daten zeigen aber auch, dass es Menschen mit geringem Pflegebedarf durchaus auf längere stationäre Aufenthalte bringen. Hierbei handelt es sich vornehmlich um chronisch alkoholranke Heimpflegebedürftige.

Bei den "Neuzugängen" (Verweildauer max. drei Jahre) dominieren Pflegebedürftige mit Korsakow-Syndrom, Hirnschädigung und Multipler Sklerose, gefolgt von Personen mit Schlaganfall und chronisch-psychischen Erkrankungen (Paranoia, Schizophrenie, Psychose).

Neuzugänge	in 2004	2002 - 2003	gesamt
Korsakow	3	14	17
Hirnschädigung	4	9	13
MS	2	10	12
Schlaganfall	(1, gleichzeitig psych. Erkrankung)	5	5
psychische Erkrankung	2	1	3
Apallisches Syndrom	0	2	2
Alzheimer	1	1	2
geistige Behinderung	0	2	2
Querschnittslähmung	0	1	1
Knochenbrüchigkeit	0	1	1
Sonstige	0	3	3
gesamt	12	49	61

3. Wohn- und Lebenssituation von MS-Kranken außerhalb von Einrichtungen

MS-Kranke stellen neben chronisch alkoholkranken Pflegebedürftigen (Korsakow-Syndrom) und Pflegebedürftigen mit Hirnschäden eine der großen Gruppen jüngerer Pflegebedürftiger. Die Gruppe der chronisch Alkoholkranken wurde bereits 2001 eingehend untersucht. 2004 stellen die MS-Kranken den Untersuchungsschwerpunkt dar.

Zum Jahresbeginn 2004 wurde unter den Mitgliedern der Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DGMS), Ortsvereinigung Wuppertal und Umgebung eine schriftliche Befragung der Mitglieder durchgeführt, die nicht in Pflegeeinrichtungen leben:

Lebensorte MS-Kranker	Anzahl MS-Kranke (Wuppertal 2004)	
Häuslichkeit unterstützt durch amb. Pflegedienst	15 Personen (s. Abschnitt 1)	
Leben in stationärem Pflegeheim	22 Personen (s. Abschnitt 2)	
Leben in eigener Häuslichkeit	56 Personen (s. nachfolgend Abschnitt 3)	davon: 10 mit amb. Pflegedienst
insgesamt	min. 83 MS-Kranke im Datenreport repräsentiert⁴	

Von den rd. 100 angeschriebenen Wuppertalern/innen (davon leben 22 in stationären Pflegeeinrichtungen, s. vorheriger Abschnitt) beteiligten sich 56 Personen, also gut 50%. Wenn auch zu vermuten steht, dass MS-Kranke mit geringem Hilfe- und Pflegebedarf etwas überrepräsentiert sind,⁵ so geben die nachfolgenden Befragungsergebnisse doch detaillierte qualitative Hinweise auf die häusliche Wohn- und Lebenssituation MS-Kranker in Wuppertals.

⁴ 22 + 56 Personen + weitere 5 Personen mit Unterstützung ambulanter Dienste. Unter der Annahme, dass die MS-Kranken hoch organisiert sind, ist von einer rd. 80%igen Berücksichtigung aller MS-Kranken (= Mitglieder der DGMS) in dieser Untersuchung insgesamt auszugehen.

⁵ Insgesamt 44,6% aller in der eigenen Häuslichkeit lebenden Befragungsteilnehmer/innen haben keine Pflegestufe gem. SGB XI (s. Punkt 3.5. dieses Datenreports), dies erscheint relativ gering. Dies wird auch dadurch gestützt, dass unter den Befragten in der Häuslichkeit nur 10 Personen angeben durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt zu werden. Lt. Befragung der ambulanten Dienste sind es min. 15 Personen.

3.1. Alter, Geschlecht und Familienstand

	18-29 J.	30-39 J.	40-49 J.	50-59 J.	60 J. u.ä.	ohne Angabe	gesamt	(in %)
männlich	2	0	5	1	4	1	13	
(in %)	15,4%	0%	38,4%	7,7%	30,8%	7,7%	100%	
davon								
ledig	1	0	2	1	0	1	5	38,5%
verheiratet	1	0	3	0	4	0	8	61,5%
verwitwet	0	0	0	0	0	0	0	0%
geschieden	0	0	0	0	0	0	0	0%
getrennt lebend	0	0	0	0	0	0	0	0%
weiblich	0	7	12	9	14	1	43	
(in %)	0%	16,3%	27,9%	20,9%	32,6%	2,3%	100%	
davon								
ledig	0	2	0	3	2	0	7	16,3%
verheiratet	0	4	6	5	10	0	25	58,1%
verwitwet	0	0	1	1	1	1	4	9,3%
geschieden	0	1	4	0	1	0	6	14,0%
getrennt lebend	0	0	1	0	0	0	1	2,3%
gesamt	2	7	17	10	18	2	56	
(in %)	3,6%	12,5%	30,4%	17,8%	32,1%	3,6%	100%	

Rd. $\frac{3}{4}$ der in der eigenen Häuslichkeit lebenden MS-Kranken sind weiblich.

Die größten Altersgruppen stellen die über 60 Jährigen (32,1%), gefolgt von den 40 – 49 Jährigen (30,4%). Die unter 40 Jährigen stellen insgesamt 16,1%. Bei den Frauen dominiert die Altersgruppe der über 60 Jährigen (die Älteste ist 77 Jahre alt), während es bei den Männern die der 40 – 49 Jährigen ist.

Die Männer sind zu rd. $\frac{2}{3}$ verheiratet (61,5%), alle übrigen ledig. Die Frauen sind in etwas geringerem Ausmaß ebenfalls mehrheitlich verheiratet (58,1%) und zu 16,3 % ledig. Insgesamt 25,6% aller Frauen leben ohne den ehemaligen Ehepartner (14% wegen Scheidung, 9,3 % wegen Tod des Partners und 2,3% wegen Trennung). Die unter 60 Jährigen haben deutlich öfter einen singulären Familienstand (ledig, verwitwet, getrennt lebend, geschieden) als die über 60 Jährigen (47% zu 22%).

3.2. Haushaltsform und Wohnungsart

Der Familienstand sagt jedoch nichts über die tatsächliche soziale Lebensform aus.

	Mietwohnung	Eigentum	Betreutes Wohnen	gesamt (in %)
allein lebend	11	5	1	17 (30,4%)
Haushalt mit Partner/in	12	15	0	27 (48,2%)
Haushalt mit Eltern(teil)	2	0	0	2 (3,6%)
Haushalt mit Kind(ern)	6	0	0	6 (10,7%)
Haushalt mit Partner/in u. Kindern bzw. Eltern	0	4	0	9 (16,1%)
gesamt	31	24	1	56 (100%)
(in %)	55,4%	42,8%	1,8%	

48,2% der MS-Kranken leben mit (Ehe-)Partner/in zusammen, insgesamt 21,4% mit Kindern und/ oder Eltern und/ oder Partner/in zusammen. Aber 30,4% leben allein in ihrer Wohnung.

In einer Mietwohnung wohnen insges. 55,4% (insbes. allein Lebende), 42,8% in Eigentum (Haus oder Wohnung). Eigentum ermöglicht es auch Mehrgenerationen-Wohnformen zu leben. Lediglich einer der befragten MS-Kranken lebt in Betreutem Wohnen.

3.3. Wohnsituation

Die Mehrheit der Befragten lebt zwischen 1 und 10 Jahren in der derzeitigen Wohnung (42,8%), gefolgt von 26,8%, die zwischen 11 und 20 Jahren in der Wohnung leben. Oftmals leben MS-Kranke jedoch noch länger in der derzeitigen Wohnung (allein 16,1% länger als 30 Jahre), dies zeigt eine sehr hohe Verbundenheit mit der vertrauten Wohn- und ggf. auch Lebenssituation (auch in Mietwohnungen).

	Mietwohnung	Eigentum	Betreutes Wohnen	ges. (in%)
unter 1 Jahr	1	1	0	2 (3,6%)
1 - 10 Jahre	11	12	1	24 (42,8%)
11 - 20 Jahre	11	4	0	15 (26,8%)
21 - 30 Jahre	2	4	0	6 (10,7%)
30 Jahre u.m.	6	3	0	9 (16,1%)
gesamt	31	24	1	56 (100%)

Etwas über die Hälfte der Befragten lebt in einer nicht an ihre Bedürfnisse angepassten Wohnung (51,8%), dies ist insbes. bei Mietwohnungen der Fall, betrifft aber auch einen hohen Anteil an in Eigentum Lebenden. 62% aller Befragten in einer nicht angepassten Wohnung geben Wohnprobleme an (davon knapp 2/3 in Mietwohnungen), z.B. Treppen (13X), zu enge Türen (5X), Bad zu eng (4X), Handläufe fehlen (2X), Badeinrichtung (2X), Eingang mit Stufen (1X), Wohnung zu klein (1X), steile Straße (1X).

48% leben in zumindest teilweise an ihre Bedürfnisse angepasste Wohnungen (sowohl Mieter als auch Eigentümer und der Befragte im Betreuten Wohnen), davon berichten 28% von Wohnproblemen: Treppen (4X), Handläufe fehlen (2X), Wohnung zu klein (1X), Bad zu klein (1X), Küche zu klein (1X).

	Mietwohnung	Eigentum	Betreutes Wohnen	gesamt
(tlw.) angepasste Wohnung	13	13	1	27 (48,2%)
dabei: ohne Wohnprobleme	8	10	0	18
mit Wohnproblemen	5	2	1	8
nicht angepasste Wohnung	18	11	0	29 (51,8%)
dabei: ohne Wohnprobleme	7	4	0	11
mit Wohnproblemen	11	7	0	18

Insgesamt geben 26 Personen Wohnprobleme an, davon sind 17 Personen bereits hilfebedürftig (13 davon sogar bereits pflegebedürftig) ! Lediglich 8 Personen sind weder hilfe- noch pflegebedürftig.

Bei den Befragten ohne aktuelle Wohnprobleme sind 16 Pflegebedürftige.

	keine fremde Hilfe erforderlich	davon: Pfl- gebedürftige	Hilfe erforder- lich	davon: Pfl- gebedürftige	keine Ant- wort
Wohnprobleme					
Mietwohnung	3	0	11	9	1
Eigentum	5	0	5	3	
Betreutes Wohnen	0	0	1	1	0
gesamt	8	0	17	13	1
ohne Wohnprobleme					
Mietwohnung	7	2	7	7	1
Eigentum	3	0	11	7	0
Betreutes Wohnen	0	0	0	0	0
gesamt	10	2	18	14	1

3.4. Berufstätigkeit, Aktivitäten und gesundheitliches Wohlbefinden

	hohe Aktivität	mittlere Aktivität	geringe Aktivität	gesamt	in %
berufstätig	2	2	6	10	17,8%
Hausfrau/- mann	1	7	3	11	19,7%
keine Beschäf- tigung	0	12	21	33	58,9%
ohne Antwort				2	3,6%
gesamt	3	21	30	56	100%
in %	5,4%	37,5%	53,6%	100%	

17,8% der Befragten ist berufstätig, 58,9% jedoch gehen keine Beschäftigung nach, 19,7% sind Hausfrau/-mann.

Befragt nach ihren Freizeitaktivitäten in der zurückliegenden Woche geben 53,6% drei von 10 möglichen Aktivitäten an (=geringe Aktivität), hier insbes. eine große Gruppe von Personen ohne Beschäftigung in Beruf oder Haushalt. 37,5% der Befragten nennen 4 – 6 verschiedene Aktivitäten, 5,4% sind sehr aktiv und nennen 7 – 9 verschiedene Aktivitäten.

60,7% sind auf fremde Hilfe angewiesen, davon jeweils 35,4% bereits seit 5 – 9 Jahren bzw. unter 5 Jahren. Teilweise dauert die Hilfebedürftigkeit sehr lange an: jeweils 11,9% bedürfen seit 10 – 14 bzw. 15-19 Jahren fremder Hilfe, 5,4% bereits seit über 20 Jahren.

Die Mehrheit der auf fremde Hilfe angewiesenen bezeichnet ihren Gesundheitszustand mit "es geht so" (55,6%), lediglich 8,3% antwortet "gut". 22,3% bezeichnen ihren Gesundheitszustand als schlecht, 13,8% als sehr schlecht.

39,3% aller Befragten sind nicht auf fremde Hilfe angewiesen, davon sind 55,5% berufstätig bzw. Hausfrau/-mann. Die nicht auf fremde Hilfe Angewiesenen bezeichnen ihren Gesundheitszustand insgesamt besser als die auf Hilfe angewiesenen Personen: 50% mit gut oder sehr gut; 44,4% charakterisieren ihn mit "es geht so", nur 5,6% als schlecht.

	kein Angewiesensein auf fremde Hilfe		Angewiesensein auf fremde Hilfe: Dauer der Hilfe					Hilfebedürftige gesamt (in %)
	Anzahl (in %)	davon: berufstätig, Hausfrau/- mann	unter 5 J.	5-9 J.	10-14 J.	15-19 J.	20 u.m.J.	
sehr gut	2 (11,1%)	2	0	0	0	0	0	0 (0%)
gut	7 (38,9%)	4	2	1	0	0	0	3 (8,3%)
es geht so	8 (44,4%)	4	5	7	3	1	2	20 (55,5%)
schlecht	1 (5,6%)	0	3	3	1	1	0	8 (22,3%)
sehr schlecht	0 (0%)	0	2	1	0	2	0	36 (100%)
gesamt	18 (100%)	10	12 (35,4%)	12 (35,4%)	4 (11,9%)	4 (11,9%)	2 (5,4%)	36 (60,7%)

Nach ihren Sorgen befragt werden folgende Punkte benannt:

- Verschlechterung des Gesundheitszustandes (nicht mehr laufen können, geistiger Abbau) und Entstehen von Hilfebedürftigkeit 10 X
- bereits jetzt schlechter Gesundheitszustand und Hilflosigkeit 6 X
- finanzielle Probleme (hohe Miete z.B.) 5 X
- keine Sorgen, teilweise "positive Aussichten" 4 X
- fehlende Beschäftigung, Sinnhaftigkeit (Zeit absitzen), nicht an Zukunft denken wollen 3 X
- Abhängigkeit von Hilfe 2 X
- Sorge um Angehörige 2 X
- Probleme mit Stellen (MDK, Bauamt) 2 X
- Wohnungsprobleme/-suche 1 X

1/3 der Befragten (17 Personen) gaben keine Antwort.

3.5. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

44,5% aller befragten MS-Kranken in eigener Häuslichkeit haben keine Pflegestufe. 21,4% Pflegestufe I und 23,2% Pflegestufe II. Lediglich 8,9% der zu Hause Lebenden verfügt über Pflegestufe III.⁶

	Anzahl	in %
keine Pflegestufe	25	44,6
Pflegestufe I	12	21,4
Pflegestufe II	13	23,2
Pflegestufe III + HF	5	8,9
Pflegestufe beantragt	1	1,9
gesamt	56	100%

⁶ Es liegen leider keine Daten des MDK zur Gesamtanzahl pflegebedürftiger MS-Krankter in Wuppertal vor, um dieses Befragungsergebnis auf seine Repräsentativität hin abzugleichen (s. auch Fußnote 3).

Befragt nach den Tätigkeiten, die sie allein, mit Problemen allein bzw. überhaupt nicht allein durchführen können, ergibt sich bei den Personen ohne Pflegestufe und bei denen mit Pflegestufe I folgendes Bild:

	allein können		nur mit Problemen allein		allein überhaupt nicht	
	Pflegestufe		Pflegestufe		Pflegestufe	
	keine	I	keine	I	keine	I
An- und Ausziehen	19	4	4	7	0	0
Kämmen	23	7	1	0	0	0
Duschen, Waschen	19	3	4	5	0	0
Baden	14	1	6	2	1	2
Toilette benutzen	23	8	0	2	0	0
zu Bett gehen, Bett verlassen	22	6	1	5	0	0
in der Wohnung umhergehen	20	6	3	4	0	1
Treppen steigen	8	0	15	9	0	1
Mahlzeiten zubereiten	17	1	4	6	1	1
Medikamente einteilen und einnehmen	23	7	1	3	0	1
Lebensmittel einkaufen	11	1	11	1	1	8
finanzielle oder behördliche Angelegenheiten regeln	15	0	6	3	0	8
Öffentl. Verkehrsmittel benutzen	12	1	11	4	1	6
Besuche machen	14	2	6	6	1	3
außerhalb der eigenen Wohnung zurecht finden	20	2	4	4	0	4
tagsüber mehrere Stunden allein in der Wohnung bleiben	19	8	2	3	0	0
ohne Antwort	2	1	5	1	22	2
gesamt	25	12	25	12	25	12

Die Befragten ohne Pflegestufe zeigen insbes. in folgenden Bereichen erste schwerpunktmäßige Hilfebedarfe:

- Baden
- Treppen steigen
- Lebensmittel einkaufen
- öffentliche Verkehrsmittel benutzen
- Besuche machen

Bei den Befragten mit Pflegestufe I kommen zu den o.g. insbes. noch hinzu:

- finanzielle/ behördliche Angelegenheiten regeln
- sich außerhalb der Wohnung zurecht finden

Bei den Befragten der Pflegestufe II und Pflegestufe III werden die Bereiche deutlich, in denen sich schwerpunktmäßig der Hilfe- und Pflegebedarf verstärkt:

- An- und Ausziehen (insbes. III)
- Kämmen (insbes. III)
- Duschen, Waschen (insbes. III)
- in der Wohnung umhergehen
- Mahlzeiten zubereiten
- Medikamente einteilen und einnehmen

	allein können		nur mit Problemen allein		allein überhaupt nicht	
	Pflegestufe		Pflegestufe		Pflegestufe	
	II	III	II	III	II	III
An- und Ausziehen	3	0	4	1	4	4
Kämmen	4	1	2	0	3	4
Duschen, Waschen	2	0	2	1	6	4
Baden	2	0	2	0	5	4
Toilette benutzen	3	0	4	1	5	3
zu Bett gehen, Bett verlassen	3	0	4	1	5	3
in der Wohnung umhergehen	1	0	4	0	7	5
Treppen steigen	1	0	2	0	7	5
Mahlzeiten zubereiten	3	0	1	1	7	4
Medikamente einteilen und einnehmen	6	0	3	0	4	4
Lebensmittel einkaufen	2	0	0	0	6	5
finanzielle oder behördliche Angelegenheiten regeln	1	0	2	0	8	5
Öffentl. Verkehrsmittel benutzen	3	0	1	0	9	4
Besuche machen	2	0	1	2	5	2
außerhalb der eigenen Wohnung zurecht finden	3	0	1	2	6	3
tagsüber mehrere Stunden allein in der Wohnung bleiben	7	1	2	1	2	2
ohne Antwort	6	3	1	0	3	0
gesamt	13	5	13	5	13	5

Insgesamt gaben 48 Befragte Auskunft über ihre Helfer. Die notwendige Hilfe erfahren die MS-Kranken in eigener Häuslichkeit insbes. durch den/die (Ehe-)Partner/in, die vor allem für tägliche Hilfebedarfe zur Verfügung stehen. Teilweise erfolgt die täglicher Hilfe auch durch die Kinder. Ambulante Pflegedienste und auch ambulante Behindertendienste sind bei den Befragten erst nachrangig von Bedeutung. Einen hohen Stellenwert nimmt jedoch die Unterstützung durch Putzfrauen und sonstige hauswirtschaftliche Kräfte ein.

	1-2X im Monat	mehrfach pro Woche	täglich	mehrfach täglich	ständig
Ehemann/frau o. Partner/in	0	1	12	4	15
Eltern	6	4	2	1	2
Kinder	0	0	4	1	3
Freunde / Nachbarn	6	4	1	0	0
amb. Behindertendienst	3	1	1	0	0
amb. Pflegedienst	1	4	2	2	1
Essen auf Rädern	0	0	2	1	0
hauswirtschaftliche Hilfen	2	5	1	0	2
Putzfrau	12	9	1	0	1
Selbsthilfegruppe	2	0	0	0	0
Sonstige	1	1	1	0	1

Fast $\frac{3}{4}$ aller Befragten gibt an, dass die gegenwärtig geleistete Hilfe ausreicht. 7 Personen benötigen keinerlei Hilfe (12,5%). 10,7% benötigen mehr Hilfe, wobei 3,6% nicht wissen, woher sie diese bekommen sollen.

	Anzahl	in %
keine Hilfe erforderlich	7	12,5
Hilfe reicht aus	41	73,2
mehr Hilfe benötigt	5	8,9
mehr Hilfe benötigt, aber keiner hilft	1	1,8
ohne Antwort	2	3,6
gesamt	56	100%

3.6. Zukunftserwartungen

Auf die Frage "wer würde helfen, wenn Hilfe und/ oder Pflege nötig werden" gibt die überwiegende Mehrheit ihren (Ehe-)Partner an, in weitem Abstand gefolgt von den Eltern und Kindern.

Ein Teil der Befragten weiß darauf jedoch keine Antwort ("keiner würde mir helfen" bzw. "ich weiß es nicht"). 20 Befragte äußerten sich zu der Frage überhaupt nicht, da sie bereits Hilfe bzw. Pflege erhalten.

(Mehrfachnennungen möglich)	von allem Befragten	von allen nicht-pflegebedürftigen Befragten
(Ehe-)Partner/in	23	15
Kinder	7	5
Eltern	9	7
and. Verwandte	5	5
Freunde/ Nachbarn	5	3
amb. Dienste	3	1
Putzfrau	6	3
Selbsthilfegruppe	1	0
keiner	2	2
weiß es nicht	6	3

59 % der Befragten schätzen, dass ihr Hilfebedarf in den nächsten 5 Jahren zunehmen wird, darunter befinden sich 9 Personen ohne Pflegestufe, die aber bereits über Selbständigkeitseinbußen in verschiedenen Aktivitätsbereichen verfügen.

23,2% schätzen den Hilfebedarf als zukünftig gleich bleibend ein, die meisten verfügen über Pflegestufe I oder II; 7 Personen haben keine Pflegestufe.

8,9% glauben auch in 5 Jahren allein zurecht kommen zu können, dies sind ausnahmslos Personen ohne Hilfebedarf, nur einer von ihnen hat leichte Einschränkungen in der Selbständigkeit.

Ebenfalls 8,9% haben die Frage nicht beantwortet (2 Personen mit und 3 Personen ohne Pflegestufe).

	Anzahl (in %)	davon
in den nächsten Jahren allein zu-recht kommen	5 (8,9%)	alle ohne Pflegestufe und Hilfebedarf
Hilfe- und Pflegebedarf gleichblei-bend	13 (23,2%)	7 Personen ohne Pflegestufe, sonst meist Pflegestufe I und II
Hilfe- und Pflegebedarf zunehmend	33 (59,0%)	9 Personen ohne Pflegestufe, aber mit bereits eingeschränkter Selbständigkeit
keine Antwort/ weiß es nicht	5 (8,9%)	3 Personen ohne Pflegestufe, 2 Personen mit Pflegestufe II
gesamt	56 (100%)	

Befragt nach ihren Zukunftswünschen antworten viele mit "das es so bleibt wie es ist" – dieser Wunsch spiegelt sich teilweise auch in den im Folgenden aufgelisteten Nennungen wider. Ein Teil der Befragten äußerte sich allerdings nicht zu Zukunftswünschen bzw. teilte mit, dass sie "es nicht wissen wollen" (14 Personen).

Als Wünsche und Änderungen in der Wohnsituation werden benannt (in Klammern die Anzahl der Nennungen):

- Wohnungs- bzw. Hausanpassung (5)
- behindertengerechte Wohnung, groß/ bezahlbar/ mit Hund/ in guter Lage (4)
- in Wohnung bleiben (3)
- Bad/ Toilette anpassen (2)
- barrierefreier Hauseingang (1)
- größere Wohnung (1)
- Treppenlift (1)
- eigene Waschmaschine (1)
- Umzug (1)
- kein Heimeinzug (1)
- Heimeinzug (1)
- neues Pflegeheim für MS-Kranke (1)

Bezogen auf die Gewährleistung von Hilfe und Pflege wird genannt:

- Pflege/ Hilfe/ Hilfsmittel bezahlen können (6)
- Notwendigkeit häuslicher Dienst bzw. hauswirtschaftliche Hilfe (3)
- weitere Versorgung durch Pflegeperson (3)
- Rollstuhlbedürftigkeit (2)
- sich einigermaßen bewegen können, unabhängig sein (2)
- Entlastung für Kinder (1)
- Tagesklinik für ambulante Cortisoninfusion (1)
- bessere Behandlung durch MDK, Bauamt, Krankenkasse, Wohnberatung (2)

Bezogen auf das Alltagsleben (Kontakte, Beschäftigung etc.) werden folgende Wünsche geäußert:

- Stabilität Beziehung und Freundeskreis (6)
- Verbleib/ Wiederaufnahme Beschäftigung (3)
- sich selbst beschäftigen können (2)
- ÖPNV mit verständigem Personal (2)
- Mobilitätsunterstützung (1)
- behindertengerechter öffentlicher Raum (2)

- kreative Angebote (1)
- mehr Kontakte (1)
- Informationen und Integration (1)
- bezahlbare Veranstaltungen (1)

IV. Zusammenfassung

Zum Stichtag 31.03.2004 wurden mindestens rd. 200 jüngere Pflegebedürftige unter 60 Jahren (197 Personen, davon 18 Kinder und Jugendliche) in Wuppertal professionell betreut, hinzu kommt eine derzeit nicht bekannte Anzahl an ausschließlich familiär gepflegten jüngeren Menschen. Mindestens 50% der durch SGB XI-Einrichtungen Gepflegten wird in der eigenen Häuslichkeit versorgt (min. 93 Personen), die andere Hälfte in stationären Pflegeeinrichtungen (104 Personen). Rd. 20% der ambulant Gepflegten und 67% der stationär Versorgten wird durch Träger betreut, die bei jüngeren Pflegebedürftigen einen pflegerischen Schwerpunkt haben.

Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege dominieren die Gruppen der MS-Kranken und Hirngeschädigten. Im stationären Bereich kommt noch die Gruppe der chronisch Alkoholkranken (Korsakow-Syndrom) hinzu, die vor ihrem Heimeinzug entweder in Suchtkrankeneinrichtungen, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder in der eigenen Häuslichkeit gelebt haben oder aus der Obdachlosigkeit kommen. Im ambulanten Bereich wird ein vergleichsweise hoher Anteil von rd. 20% der jüngeren Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III und III HF betreut (diese hohe Quote kommt insbes. durch schwerstpflegebedürftige Kinder zu Stande). Im stationären Bereich leben knapp 33% mit Pflegestufe III und III HF.

Die Befragung der Mitglieder der DGMS zeigt, dass unter den in der eigenen Häuslichkeit lebenden MS-Kranken rd. 16% mit Pflegestufe III und III HF sind. D.h. der Wohnsituation MS-Kranker und Unterstützung pflegender Angehöriger muss aufgrund der hohen Bindung an die Häuslichkeit auch bei hohem Pflegebedarf bei den Überlegungen zu notwendigen Weiterentwicklungen ein Schwerpunkt gewidmet werden (Wohnungsanpassungsberatung, Umzug in geeignetere Wohnmöglichkeiten, behindertengerechte Wohnungen, Entlastung von Angehörigen, Besuchsdienste, Beratung zur Finanzierung von Hilfen etc.).

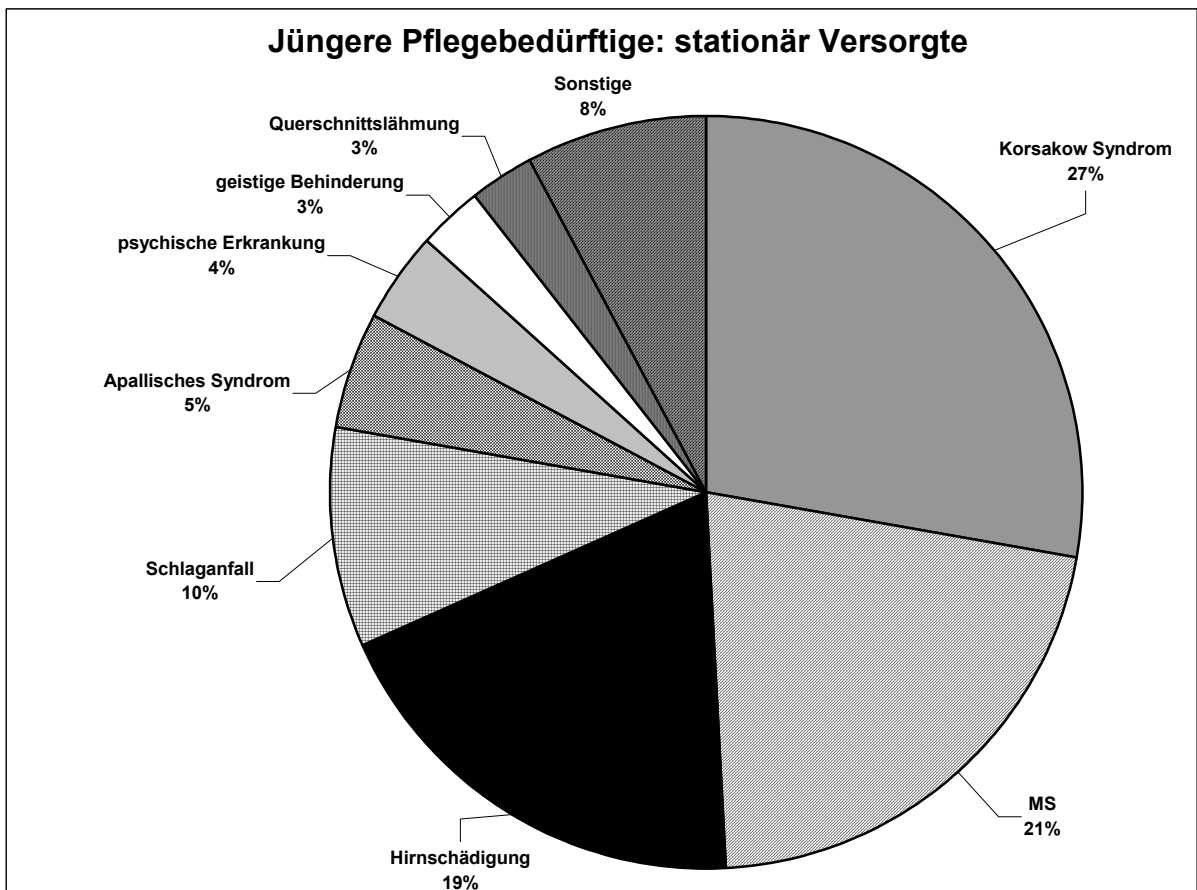
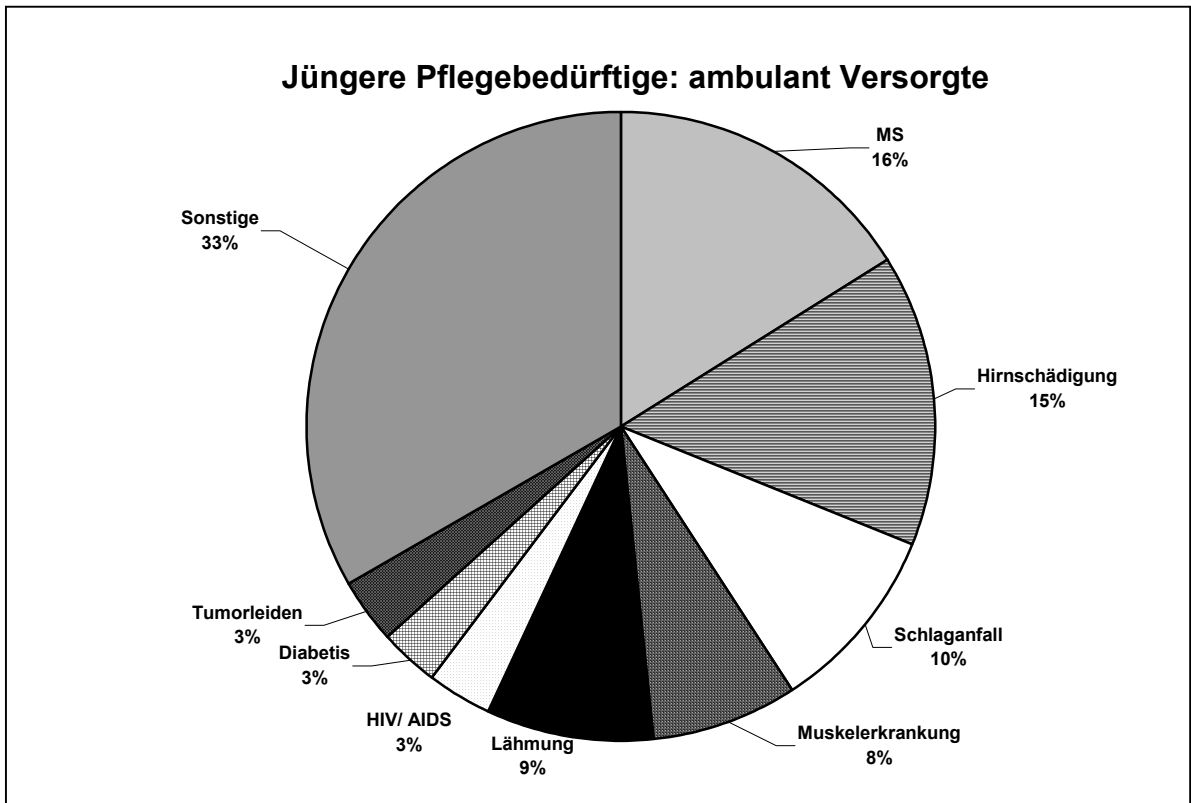
Die in eigener Häuslichkeit lebenden 56 Wuppertaler MS-Kranken, die sich an der Befragung beteiligten, sind allerdings nur zu rd. 45% pflegebedürftig, wobei allerdings fast $\frac{3}{4}$ auf Hilfe angewiesen sind. 77% der befragten MS-Kranken sind weiblich (der Frauenanteil unter den MS-Kranken in stationären Pflegeeinrichtungen ist gleich hoch ausgeprägt), von denen die meisten aber bereits über 60 Jahre alt sind. Insgesamt sind $\frac{3}{4}$ aller zu Hause lebenden beteiligten MS-Kranken unter 60 Jahren, rd. 16% sind unter 40 Jahre alt.

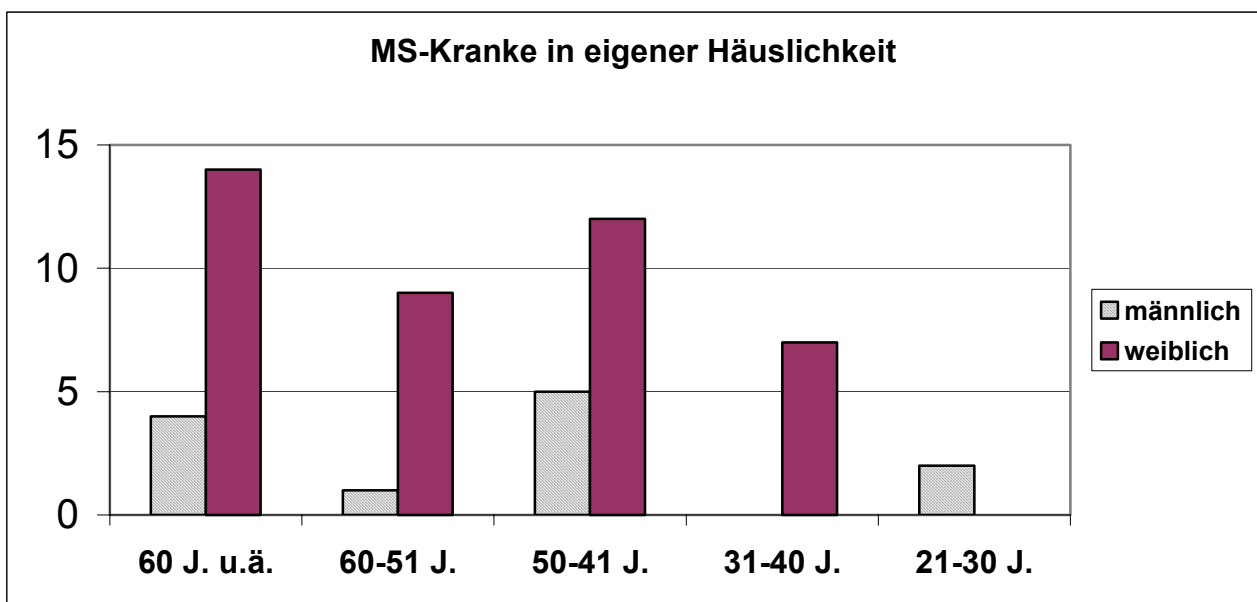
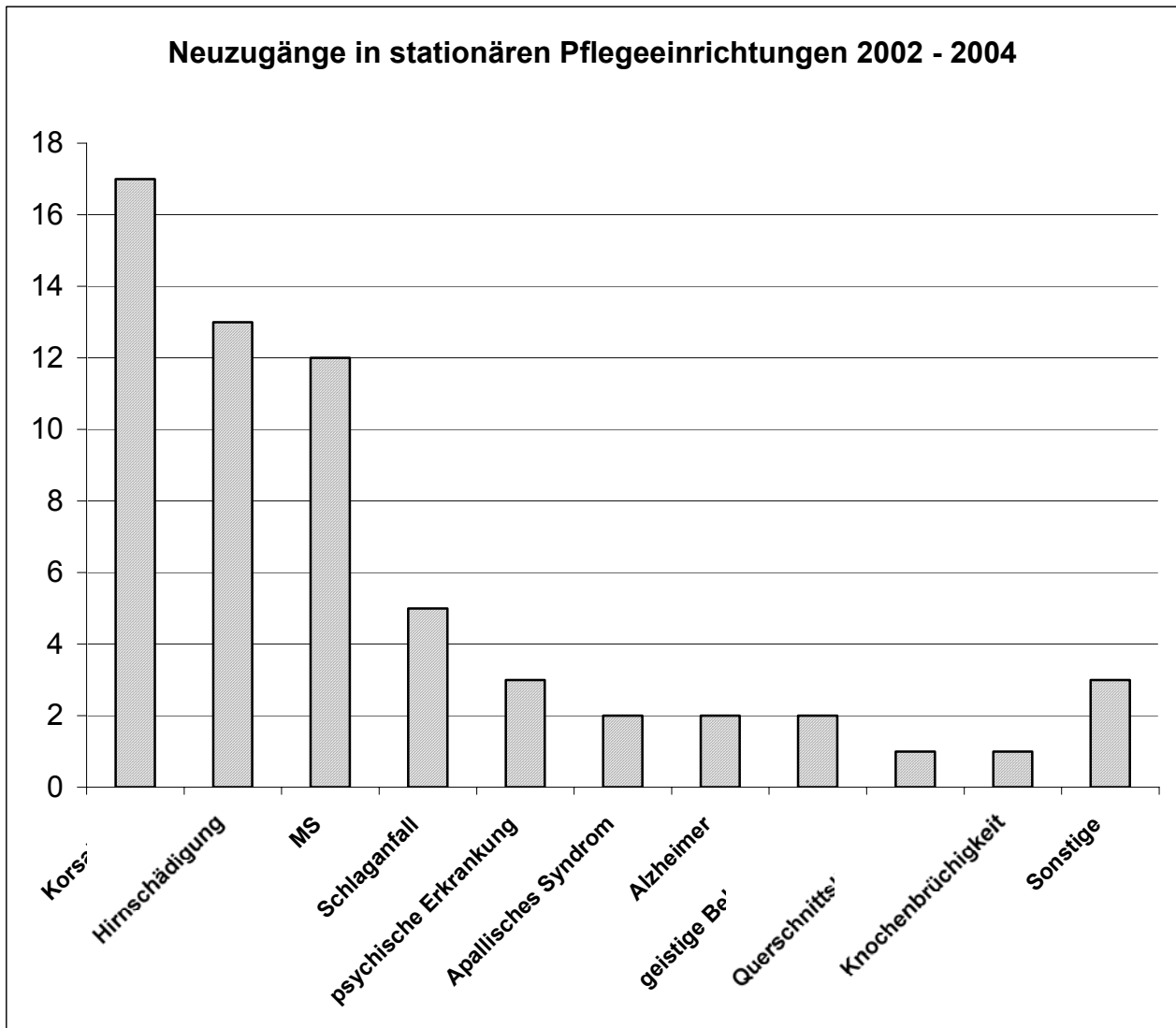
Rd. 48% aller beteiligten MS-Kranken lebt mit (Ehe-)Partner/in zusammen, die i.d.R. auch die täglichen Hilfen übernehmen; 30% leben allerdings allein – hier gilt es im workshop zu klären, welche Unterstützungsmöglichkeiten zum möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sinnvoll sind.

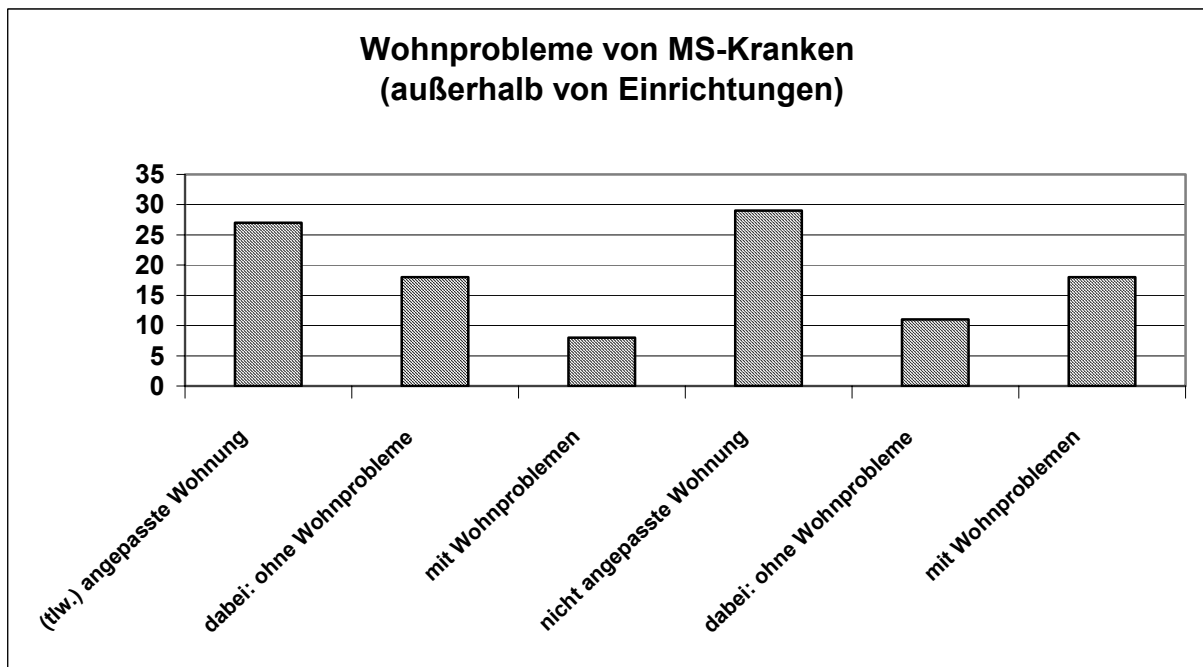
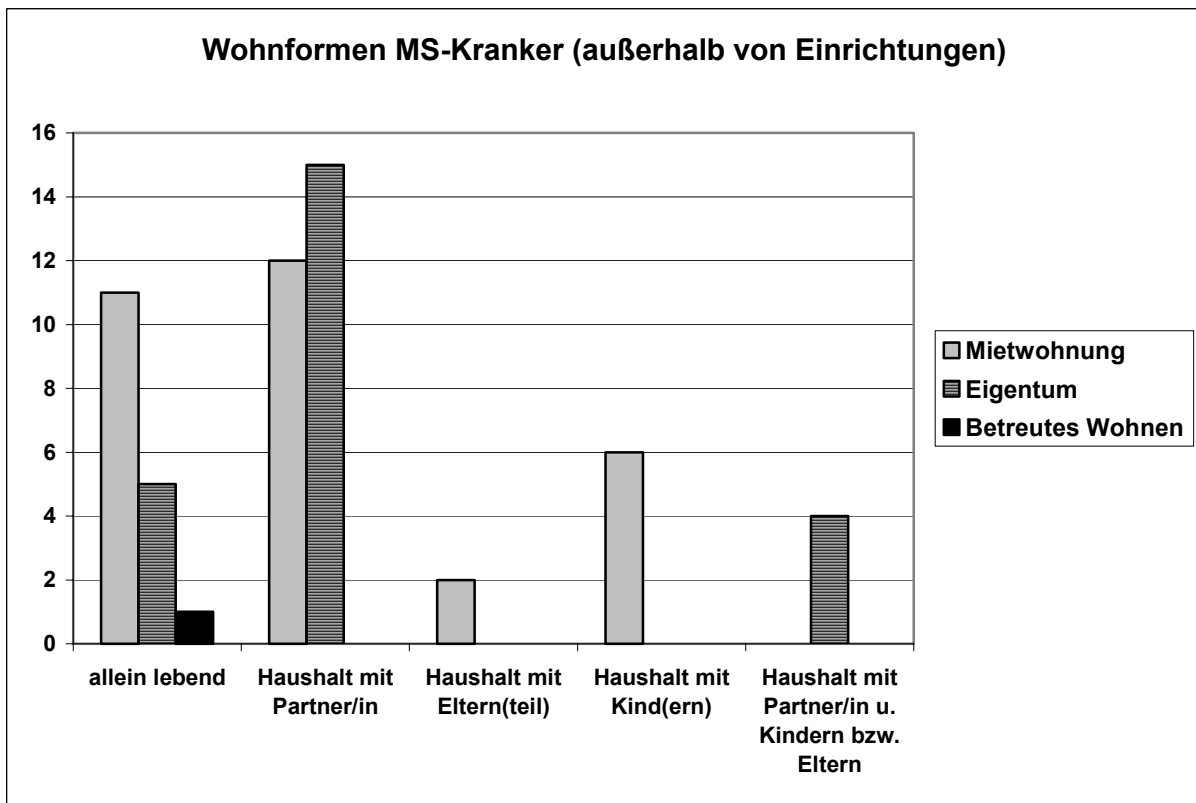
Die beteiligten MS-Kranken leben zu rd. 48% bereits in einer an ihre Bedürfnisse zumindest zum Teil angepassten Wohnung (baulich, ausstattungsmäßig), davon berichten aber 28% von Wohnproblemen. Bei den Bewohnern/innen nicht angepasster Wohnungen sind es hingegen 62%.

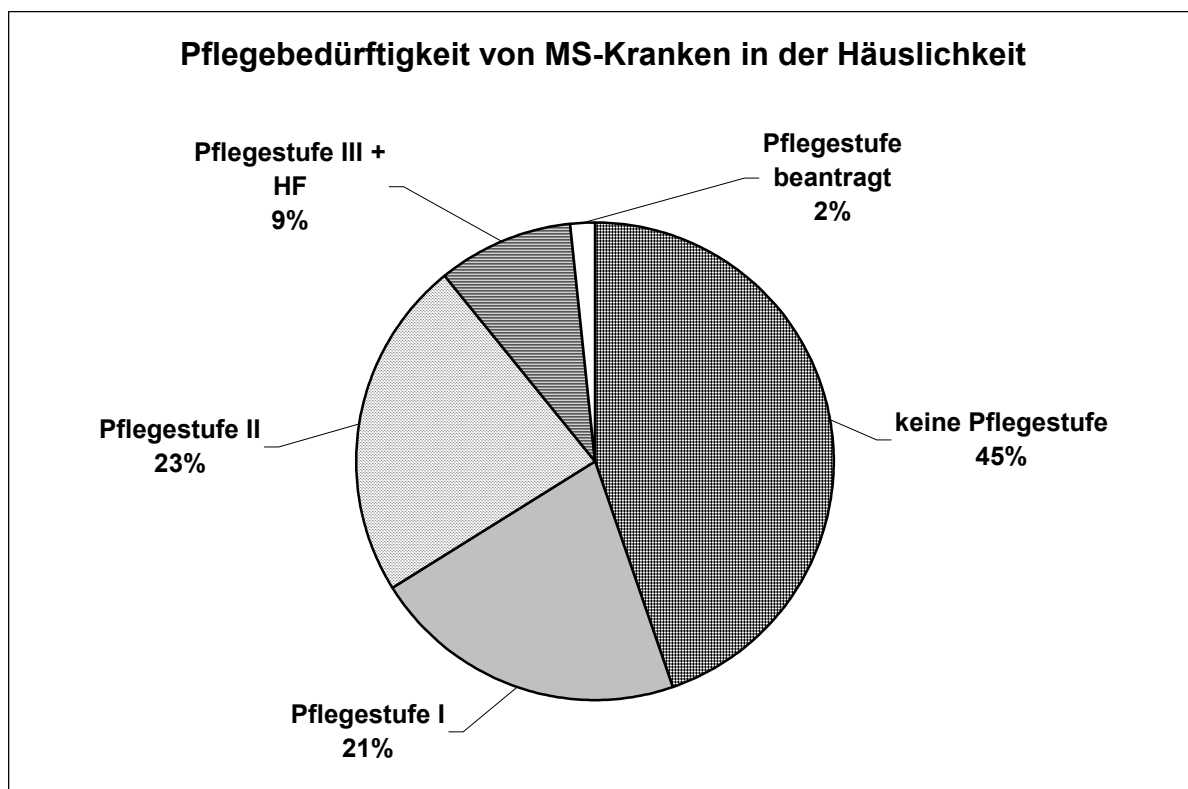
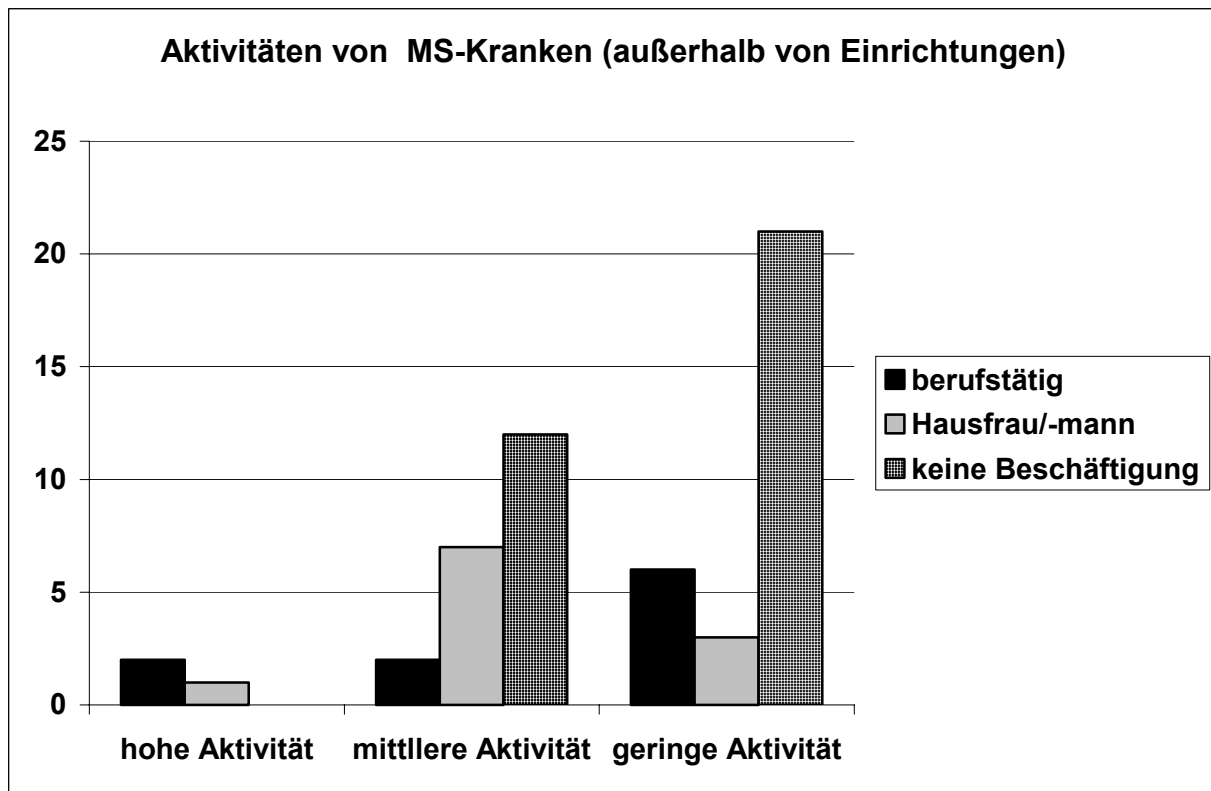
Rd. 18% der Befragten sind berufstätig, rd. 20% sind im Haushalt aktiv. Fast 59% geben aber an, keiner Beschäftigung nachzugehen/ nachgehen zu können. Viele von denen ohne Beschäftigung sind im Bereich von "Freizeitaktivitäten" (Spaziergänge/-fahrten, Lesen, kreative Aktivitäten, Besuche machen/ erhalten, Kulturelle Aktivitäten etc.) wenig aktiv. Hier ist zu fragen, welche Möglichkeiten der verbesserten sozialen und kulturellen Teilhabe nötig und möglich sind. Manche Befragten äußerten ihre Sorge der fehlenden Beschäftigung/ Aktivität.

VI. Anlagen (Graphiken)









Teil 2: Workshop (2005)

„Wohn- und Versorgungssituation jüngerer Pflegebedürftiger in Wuppertal“

am 02.05.2005, 13.30 – 18.00 Uhr in der Färberei

Seite

- | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 13.30 Uhr | „Sind wir in Wuppertal ausreichend auf die Bedürfnisse jüngerer Pflegebedürftiger eingestellt?“
Dr. Hans Kegel, Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Ortsvereinigung Wuppertal und Umgebung e.V. | 28 |
| 13.45 Uhr | Lebens- und Versorgungssituation von jüngeren Pflegebedürftigen in Wuppertal: Sachstand und Perspektiven
Marianne Krautmacher, Stadt Wuppertal, Sozialplanung | 30 |
| 14.10 Uhr | Erfahrungen aus der Praxis: Statements von Betroffenen, Vertretern/innen der ambulanten und stationären Pflege, Pflegeberatung
Melanie Schmahl
Barbara Weigert
Ina Drescher
Hildegard Schönnenbeck
Jochen Schmidt-Hütter | 41 |
| | Betroffene (ambulanter Bereich)
Angehörige (stationärer Bereich)
ISB Ambulante Dienste gGmbH
Altenpflegeheim Neviandstr.
Pflegeberatung | |
| 15.00 Uhr | Bildung Arbeitsgruppen
AG 1: Weiterentwicklung der Wohn- und Pflegesituation zu Hause
AG 2: Weiterentwicklung der Wohn- und Pflegesituation in stationärer Pflege | |
| 15.15 Uhr | PAUSE | |
| 15.30 Uhr | Tagung der Arbeitsgruppen | |
| 17.00 Uhr | Plenum: Zusammenfassung des Workshop – Ergebnisses
Berichte der Arbeitsgruppen | 49 |
| 17.45 Uhr | Ausblick
Bernd Engels (Vorsitzender Behindertenbeirat) u. Marianne Krautmacher | |
| 18.00 Uhr | ENDE | |

„Sind wir in Wuppertal ausreichend auf die Bedürfnisse jüngerer Pflegebedürftiger eingestellt?“

Dr. Hans Kegel, Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Ortsvereinigung Wuppertal und Umgebung e.V.

Als Frau Krautmacher mich bat, das Eingangsreferat zu dieser Veranstaltung zu halten, habe ich mit einigen Einschränkungen zugesagt. Einerseits sah ich mich in der Pflicht, weil ich den Anstoß für die Untersuchungen zu dem heutigen Thema gegeben habe. Andererseits liegt meine Initiative aber bereits 2 Jahre zurück, so dass meine Ausführungen vielleicht nicht mehr den aktuellen Stand der Entwicklung berücksichtigen. Im übrigen kann ich die Situation natürlich nur aus der Perspektive der MS-Betroffenen beurteilen.

Bereits seit Gründung der Ortsvereinigung Wuppertal in der DMSG im Jahre 1985 beschäftigte uns das Problem, dass jüngere pflegebedürftige Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung einer stationären Pflege bedürfen, in unserer Stadt grundsätzlich in Altenpflegeeinrichtungen untergebracht wurden.

Diese Situation erschien uns in vielerlei Hinsicht unzumutbar.

Zum einen erfordert die Multiple Sklerose, an der im allgemeinen Menschen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr erkranken, eine spezifische Pflege, die sich von der normalen Altenpflege unterscheidet. Zum anderen erschien uns aber auch das Zusammenleben jüngerer Patienten mit hochbetagten, multimorbiden und oft dementen Menschen aus psychosozialen Gründen höchst problematisch.

Der Vorstand unserer Ortsvereinigung beschloss daher schon vor 20 Jahren, durch die Einrichtung einer Pflegestation für jüngere MS-Betroffene das Problem zu lösen. Nach langem Bemühen und vielen Enttäuschungen fanden wir schließlich in Zusammenarbeit mit der Elberfelder Diakonie eine Lösung durch die Einrichtung einer separaten Station für den betreffenden Personenkreis innerhalb des neu entstandenen Altenpflegeheims Haus Hardt. Ermöglicht wurde dieses Projekt durch den Einsatz beachtlicher finanzieller Mittel unsererseits, die wir ausschließlich durch private Spenden aufbrachten. Wir waren dankbar für diese Lösung, wenn sich auch alsbald die Station mit nur 9 Betten in 9 Einzelzimmern als viel zu klein erweisen musste.

Mit dem Einzug der ersten Bewohner trat das neue Pflegegesetz in Kraft, und in Zusammenhang damit ergaben sich die ersten Probleme. Deren wichtigstes ergab sich aus der starren und knappen Zeitbemessungsregelung für die einzelnen Pflegeverrichtungen, die den spezifischen Erfordernissen der Betroffenen, wenn überhaupt, so nur mangelhaft Rechnung trugen. Bei allem bewundernswerten Einsatz des Pflegepersonals stellte sich alsbald heraus, dass vor allem die psychosoziale und soziokulturelle Komponente bei der Pflege und Betreuung so gut wie keine Berücksichtigung finden konnten.

Unsere Organisation hat in der Folge versucht, dem allenthalben spürbaren Mangel durch den Einsatz von Honorarkräften abzuwehren. Zu erwähnen ist hier vor allem das ehrenamtliche Engagement von Damen eines Wuppertaler Serviceclubs, die einen Besuchsdienst in Haus Hardt organisiert haben. Darüber hinaus haben die Angehörigen der Bewohner unserer Station einen Verein gegründet, um durch ein eigenes Spendenmailing eine Betreuerin finanzieren zu können. Auch hier engagiert sich der genannte Serviceclub in vorbildlicher Weise durch regelmäßige finanzielle Zuwendungen aus privaten Spenden.

Aus diesen Beispielen wird ersichtlich, dass hier wohl nur durch privates Engagement das Nötigste getan werden kann. Die von der Pleite bedrohte Pflegeversicherung kann diesen Teil der notwendigen Pflege heute noch weniger leisten, als zuvor.

Was hat sich in der Zwischenzeit geändert ?

Soweit ich orientiert bin, nimmt Haus Hardt seit einiger Zeit vermehrt jüngere Pflegebedürftige in seinem Altenpflegebereich auf, wobei der Schwerpunkt auf neurologischen Erkrankungen liegt. Und auch das Städtische Altenpflegeheim an der Neviandtstraße bietet diesem Personenkreis, hier vor allem Patienten mit dem Korsakow-Syndrom, die Aufnahme an.

Offensichtlich ist man also in den genannten Einrichtungen bemüht, im Rahmen der vom Pflegegesetz vorgegebenen Möglichkeiten die beschriebene Situation zu verbessern. Sind wir also auf dem richtigen Wege ? – Die Antwort lautet: Im Prinzip ja ! Es besteht aber die Befürchtung, dass das vorhin beschriebene Defizit im Hinblick auf die psychosoziale Versorgung der Betroffenen im großen und ganzen bestehen bleibt. Es sei denn, es fänden sich ehrenamtliche Kräfte oder private Sponsoren, die durch Einsatz persönlichen und finanziellen Engagements bereit wären, zu helfen. Soweit meine Beschreibung der stationären Situation.

Wie sieht es nun im häuslichen Bereich aus ? – Hier hat mir die Erfahrung aus vielen Hausbesuchen in den letzten 10 - 15 Jahren, gezeigt, dass die Lage der einzelnen Betroffenen sehr differenziert zu sehen ist. Die reine Krankenpflege wird im allgemeinen durch ambulante Dienste befriedigend gewährleistet, soweit sie nicht durch Angehörige zum Teil oder im ganzen gesichert ist. Es hat immer wieder meine größte Bewunderung bewirkt, zu sehen, mit welcher Liebe und Opferbereitschaft Eltern oder Ehepartner ihre kranken Angehörigen versorgen – oft bis an die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit.

Gleichzeitig wird hier aber auch deutlich, dass der Verbleib in den eigenen 4 Wänden, was die psychosozialen Bedürfnisse angeht, durch nichts zu ersetzen ist, selbst auf dem Hintergrund der Tatsache, dass lt. Report über die Hälfte der Betroffenen in einer nicht behindertengerechten Wohnung leben.

Man kann immer wieder beobachten, wie wichtig – auch und gerade auf den Verlauf der MS – sich die jeweilige Situation auswirkt. So kann beispielsweise das Scheitern einer Ehe oder einer anderen engen Beziehung infolge der Erkrankung durchaus einen neuen Schub auslösen. Überhaupt ist zu beobachten, wie folgenreich die psychische Befindlichkeit des einzelnen Betroffenen sein kann.

Aus diesen Erfahrungen im häuslichen Bereich lassen sich natürlich auch Schlussfolgerungen auf die Heimsituation ableiten, die meine anfangs geäußerten Sorgen und Befürchtungen nur bestätigen. Der Report weist mit seinen Aussagen unter Punkt 3.6 in die gleiche Richtung.

Zum Schluss möchte ich noch eine Lanze für die Selbsthilfeorganisationen brechen. Ihre Bedeutung kann meines Erachtens nicht hoch genug eingeschätzt werden. Ihr ehrenamtlicher Einsatz verdient die Unterstützung aller Beteiligten.

Zusammenfassend beantworte ich die gestellte Frage, ob wir in Wuppertal ausreichend auf die Bedürfnisse jüngerer Pflegebedürftiger eingestellt seien, mit einem eindeutigen Nein.

Die hier und da auszumachende Bemühung, die rein körperliche Pflege zu verbessern und den Bedürfnissen anzupassen, ändern an der psychosozialen Komponente des Problems nichts. Einen Ausweg zu finden, sollte Aufgabe dieses Workshops sein !

Lebens- und Versorgungssituation von jüngeren Pflegebedürftigen in Wuppertal: Sachstand und Perspektiven

Marianne Krautmacher, Stadt Wuppertal, Sozialplanung

Die Gruppe der jüngeren Pflegebedürftigen wird in den bisherigen Untersuchungen und Diskussion zu den Anforderungen an Pflege insbes. qualitativ und damit bezogen auf einzelne spezielle Zielgruppen behandelt, so wurden z.B. von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Empfehlungen für die stationäre Pflege von Menschen mit schweren Hirnschädigungen erarbeitet. Bestandsaufnahmen und sowohl quantitative als auch qualitative Bedarfsempfehlungen zur Zielgruppe der „jüngeren Pflegebedürftigen“ insgesamt fehlen hingegen meines Wissens. Bisher existieren auf diesem Felde eher Betrachtungen am Rande: so beschäftigt sich der zu Beginn dieses Jahres vorgelegte Bericht der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ zwar mit neuen „typischen Bedarfskonstellationen in der Pflege“, wie z.B. chronisch Kranken und Behinderten, geht jedoch insgesamt nur an vereinzelten Stellen des Berichts kurz auf die Existenz jüngerer Pflegebedürftiger ein. Die Enquete-Kommission NRW kommt so zu dem Ergebnis, dass die Anzahl junger Unfallopfer und pflegebedürftiger Behinderte zukünftig ansteigen wird, plädiert deshalb für differenzierte Pflegeangebote für Jüngere, Behinderte, Suchtkranke und psychisch Kranke – verweist aber gleichzeitig darauf, dass bislang wenig gesicherte Erkenntnisse zu diesem Thema vorliegen. Quantitative und qualitative Bedarfe müssen deshalb – ohne überregionale Anhaltspunkte - vor Ort geklärt werden.

Der folgende Beitrag möchte Ihnen deshalb einen Überblick über die Ergebnisse verschiedener neuerer Erhebungen und Recherchen geben, die durch die Sozialplanung bzgl. der Wohn- und Pflegesituation jüngerer Pflegebedürftiger in Wuppertal durchgeführt wurden.

Die Sozialplanung hat sich in der Vergangenheit bereits verschiedentlich dem Thema genähert: der Pflegebedarfsplan 1998 beinhaltet das Ergebnis einer Telefonumfrage zu Angeboten und Bedarfen besonderer Pflegegruppen (u.a. jüngerer Pflegebedürftiger). 2001/2002 wurde eine Untersuchung zur Bedarfsfeststellung stationärer Pflegeplätze für chronisch alkoholabhängige Pflegebedürftige durchgeführt. Im Auftrag des Behindertenbeirat wurden 2003/ 2004 Befragungen zur derzeitigen Versorgungssituation jüngerer Pflegebedürftiger (unabhängig von ihren Krankheitsbild) im Bereich Wohnen und Pflege durchgeführt.

Doch zunächst einmal:

Wer sind jüngere Pflegebedürftige ?

18 – 64 Jahre

pflegebedürftig gem. SGB XI

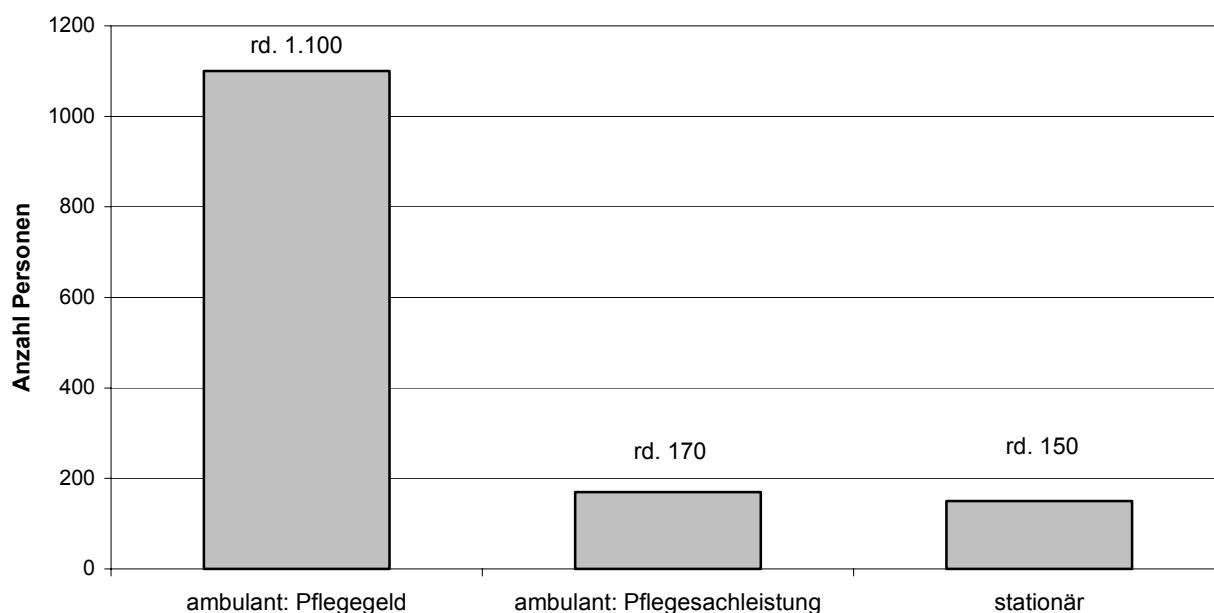
durch Unfall,
schwere körperliche u./o.
psychische Erkrankungen,
angeborene Fehlbildungen

Von welcher Größenordnung müssen wir bei den jüngeren Pflegebedürftigen ausgehen und wo leben sie/ werden sie versorgt ?

Hierzu existieren insbesondere für den häuslichen Bereich keine exakten Daten. Grundlagen für die folgenden Aussagen bilden insbes. Auswertungen von Daten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Nordrhein für das Stadtgebiet Wuppertal in den Jahren 2000 – 2004, der Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (Berichtszeitraum 2001/2002), der Dritte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung 2001 – 2003, die Pflegestatistik NRW zum 15.12.2003 sowie verschiedene Gutachten, die dem Bericht der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005) zu Grunde liegen. Ferner werden die Ergebnisse der Anfang 2004 in Wuppertal durchgeführten Erhebungen (s. Datenreport ab S. 5) herangezogen.

Insgesamt kann für Wuppertal von schätzungsweise mindestens rd. 1.400 pflegebedürftigen Personen unter 65 Jahren ausgegangen werden, davon sind ca. 1.350 Personen zwischen 18 und 64 Jahren, ca. 50 Personen unter 18 Jahren alt. Insgesamt werden rd. 11 % aller unter 65 jährigen Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen versorgt (rd. 150 Personen), d.h. der weitaus überwiegende Teil wird in der eigenen Häuslichkeit betreut (88%).⁷ Pflegebedürftige Männer sind bei den 18 – 64 Jährigen etwas stärker vertreten als die Frauen.⁸

Pflegebedürftige unter 65 Jahre in Wuppertal, 2003



⁷ Eigene Berechnungen an Hand der Daten des Berichts der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005) und der Pflegestatistik NRW zum 15.12.2003.

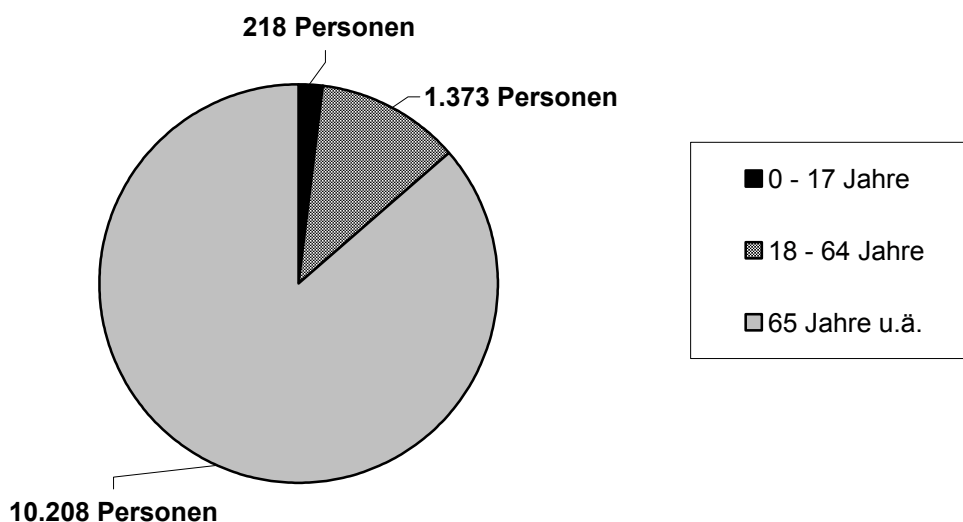
⁸ Der Bericht der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005) gibt an, dass in NRW bei den unter 65 jährigen Männern die relative Pflegehäufigkeit bei 0,5 % der Altersgruppe, aber nur bei 0,4% bei den Frauen der gleichen Altersgruppe liegt. Im stationären Bereich sind in Wuppertal rd. 56 % der jüngeren Pflegebedürftigen Männer. Gründe hierfür sind u.a. in geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Praxis von Risikosportarten und im Suchtverhalten (und damit verbundener unterschiedlicher Unterbringungsformen) zu suchen.

Welchen Stellenwert nehmen die 18 – 64 jährigen Pflegebedürftigen im Verhältnis zu anderen Altersgruppen ein ?

Die Daten zu den Erstbegutachtungen des MDK Nordrhein für das Stadtgebiet Wuppertal in den Jahren 2000 – 2004, also in den vergangenen 5 Jahren, liefern Hinweise auf die Anzahl derjenigen, die erstmals eine Pflegestufe gem. SGB XI erhalten haben:⁹

Kinder und Jugendliche stellen 1,8% der Erstbegutachteten (= 218 Personen), ältere Menschen über 65 Jahre 86,6% (= 10.208 Personen). Die Gruppe der jüngeren pflegebedürftigen Erwachsenen (18 – 64 Jahre) stellt 11,6% (= 1.373 Personen) aller Erstbegutachteten in den letzten 5 Jahren, d.h. dies sind Personen, die in den letzten 5 Jahren neu in die Pflegebedürftigkeit hinein gekommen sind.

Erstbegutachtungen Wuppertal 2000 - 2004



Datenquelle: MDK Nordrhein 2005, Bearbeitung Stadt Wuppertal, 201.SP

Zwischen 2000 und 2004 wurden insgesamt 1.373 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren erstmals durch den MDK begutachtet und erhielten eine Pflegestufe zuerkannt. 46,8% dieser Personen waren beim Eintritt in ihre Pflegebiographie bereits zwischen 60 und 65 Jahren alt (= 642 Personen).

Rd. 79% der erstbegutachteten Pflegebedürftigen zwischen 18 und 64 Jahren erhielten die Empfehlung einer ambulanten Versorgung (= 1.086 Personen), 20% die Empfehlung stationärer Versorgung (= 275 Personen); 1% aller Erstbegutachteten wurde im Rahmen des § 43a SGB XI in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe begutachtet und erhielt die Empfehlung einer dortigen weiteren pflegerischen Versorgung (= 12 Personen).¹⁰

⁹ Detaillierte Daten zu den Erstbegutachtungen erlauben Aussagen zu den Personen, die erstmals als pflegebedürftig i.S. des SGB XI anerkannt werden (Eintritt in die Pflegebiographie) – getrennt nach der gewählten Pflegeleistung (ambulante oder stationäre Pflegeleistungen oder Pflege innerhalb einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe). MDK-Daten erlauben grundsätzlich keine Rückschlüsse auf die Gesamtanzahl der Pflegebedürftigen zu einem bestimmten Zeitpunkt und/ oder zu einer bestimmten Altersgruppe. Deshalb wurde auf die Analyse altersbezogener Daten zu Wiederholungs- und Widerspruchsbegutachtungen verzichtet.

¹⁰ § 43a SGB XI begründet die Leistung der Pflegekasse für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe zur Abgeltung pflegebedingter Aufwendungen.

Folgende Tabelle zeigt, mit welcher Versorgungsempfehlung¹¹ der Eintritt in die Pflegebiographie bei den jeweiligen Altersgruppen der jüngeren Pflegebedürftigen in Wuppertal zwischen 2000 und 2004 verbunden war (grau hinterlegter Tabellenbereich):

Altersgruppe	Anzahl der erstbegutachteten Personen 2000 - 2004				Anteil der Altersgruppe an allen Erstbegutachteten (in %)
	ambulant	stationär	§ 43a SGB XI	gesamt	
unter 6	130	2	0	132	1,1
6 bis 17	85	0	1	86	0,7
18 bis 20	9	0	0	9	0,1
21 bis 29	25	3	1	29	0,2
30 bis 39	50	12	2	64	0,5
40 bis 49	150	33	0	183	1,6
50 bis 59	346	95	5	446	3,8
60 bis 64	506	132	4	642	5,4
65 bis 79	3.003	1.082	10	4.095	34,8
80 u. älter	3.960	2.152	1	6.113	51,8
gesamt	8.264	3.511	24	11.799	100

Datenquelle: MDK Nordrhein 2005, Bearbeitung Stadt Wuppertal, 201.SP

Bei einem Bestand von schätzungsweise rd. 1.200 pflegebedürftigen Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren in 2003 (s.o.) ist von einem jährlichen Neuzugang von durchschnittlich rd. 275 erwachsenen Personen auszugehen, die vom MDK als pflegebedürftig i.S. des SGB XI klassifiziert werden.¹² Die Anzahl der Erstbegutachteten schwankte in den einzelnen Jahren 2000 – 2004 zwischen 244 und 309 Personen; eine eindeutige Entwicklungstendenz lässt sich dabei nicht feststellen.

Vor der Erstbegutachtung ist in den Fällen chronischer Erkrankungen und Behinderungen von einem Stadium der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit unterhalb der Margen des SGB XI auszugehen.

Wie die Erhebung 2004 ergeben hat, kann die Dauer der aktuellen pflegerischen Versorgungsform durch ambulante bzw. stationäre Pflegeeinrichtungen im Einzelfall mehr als 10 Jahre betragen.¹³

	ambulant	stationär
unter 1 Jahr	23%	12%
1 - 2 Jahre	33%	47%
3 - 4 Jahre	27%	26%
5 - 10 Jahre	13%	13%
mehr als 10 Jahre	4%	3%

¹¹ Die Empfehlung des MDK ist nicht gleichzusetzen mit der letztlich getroffenen Auswahlentscheidung der Betroffenen bzw. ihrer Angehörigen für eine ambulante bzw. stationäre Versorgung. D.h. es lassen sich aus den hier vorgestellten Daten keine Rückschlüsse auf tatsächliche pflegerische Versorgungsformen ziehen.

¹² **Hierbei handelt es sich ausschließlich um Neuzugänge von Pflegebedürftigen; Daten zu „Abgängen“ und zum Wechsel zwischen den Versorgungssegmenten ambulant Pflegeeinrichtung – stationäre Pflegeeinrichtung – Behindertenhilfe liegen derzeit nicht vor.**

¹³ S. Datenreport, ab S. 5. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Angaben zur bisherigen Dauer der pflegerischen Versorgung sich auf die Pflege durch den derzeitigen professionellen Dienstleister verstehen (also die Dauer der pflegerischen Versorgung durch andere, vorhergehende Pflegeeinrichtungen nicht einbezogen ist!). Ferner waren in die Untersuchung nur Pflegebedürftige bis 60 Jahren einbezogen. D.h. die Anzahl der Betroffenen mit längerer Dauer der pflegerischen Versorgung (und damit auch deren Anteil) ist mit zunehmender Dauer höher anzusetzen – zu Mal die stationär Versorgten vorher in vielen Fällen ambulant versorgt und die ambulant Versorgten vor Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes allein durch Angehörige betreut wurden.

Wieviele Personen kommen pro Jahr in den einzelnen Altersgruppen neu in die Pflegebedürftigkeit ?

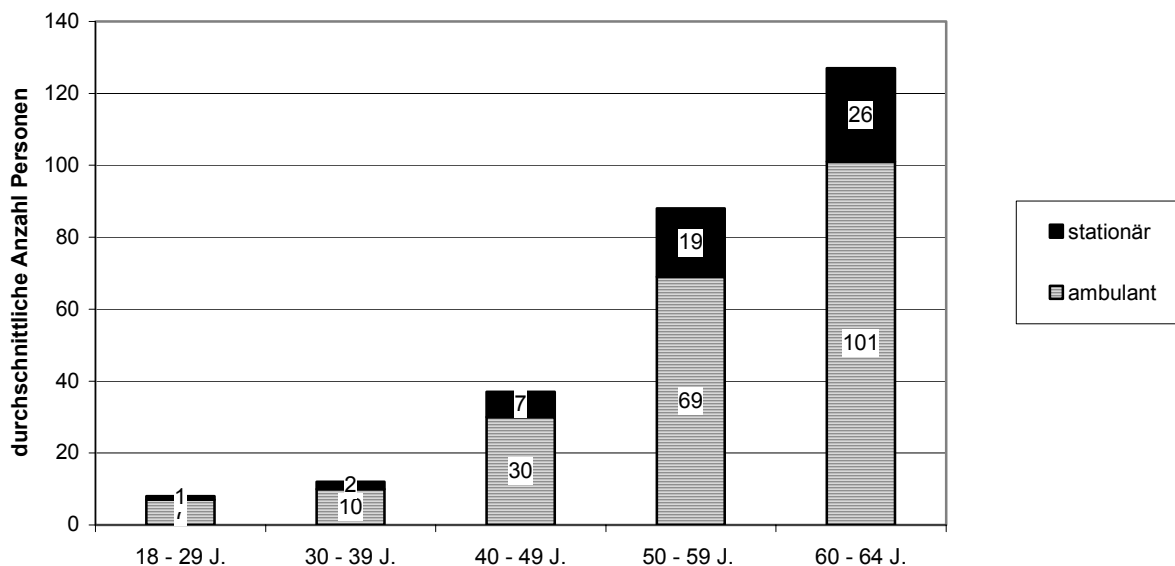
Die Tabelle zeigt, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der stationären Versorgungsempfehlung tendenziell ansteigt. Insgesamt ist davon auszugehen, dass bei den 30 – 64 jährigen Neu-Pflegebedürftigen zu rd. 20% eine stationäre Versorgungsnotwendigkeit gegeben ist. Bei den 18 – 29 Jährigen dominiert die Empfehlung des MDK zur ambulanten Versorgung.

Durchschnittliche Neuzugänge 2000 - 2004 pro Jahr	ambulant	stationär	Neuzugänge in Pflegeeinrichtungen gesamt (Anteil stationäre Versorgung in %)	Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)
18 - 29 J.	7	1	8 (8,1%)	1
30 - 39 J.	10	2	12 (19,4%)	2
40 - 49 J.	30	7	37 (18,0%)	0
50 - 59 J.	69	19	88 (21,5%)	5
60 - 64 J.	101	26	127 (20,7%)	4

Datenquelle: MDK Nordrhein 2005, eigene Berechnungen, Bearbeitung Stadt Wuppertal, 201.SP

Folgendes Schaubild zeigt noch einmal die Anzahl der Erstbegutachteten, die zum Zeitpunkt der Begutachtung ihren dauerhaften Lebensmittelpunkt in ihrer eigenen Wohnung hatten:

Neuzugänge in Pflegebedürftigkeit pro Jahr in Wuppertal (Zeitraum 2000 - 2004)

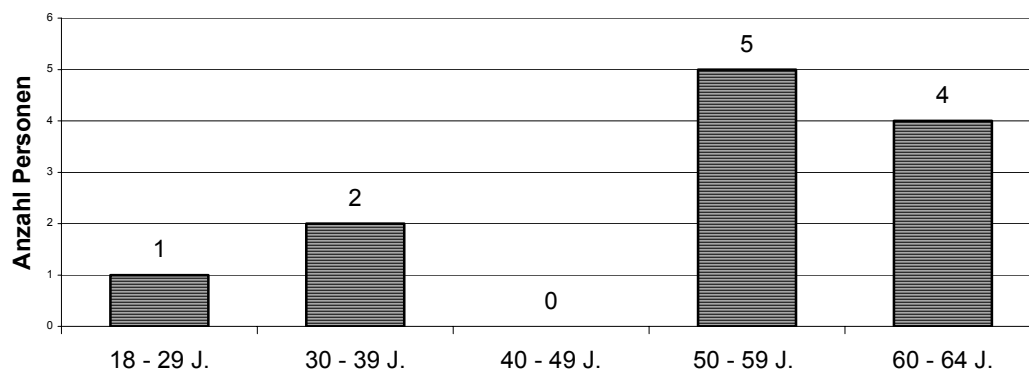


Datenquelle: MDK Nordrhein 2005, Bearbeitung Stadt Wuppertal, 201.SP

Die Anzahl der Erstbegutachteten, die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, war zwischen 2000 und 2004 mit insgesamt 12 Personen in 5 Jahren gering. Die Wuppertaler Behinderteneinrichtungen umfassen 731 stationäre Plätze (ohne Außenwohngruppen), d.h. 1,6% aller in stationärer Betreuung der Behindertenhilfe befindlichen Personen sind zwischen 2000 und 2004 erstmals als pflegebedürftig gem. SGB XI anerkannt worden.

Die Altersverteilung zeigt einen deutlichen Schwerpunkt bei den über 50 Jährigen.

**Neuzugänge in Pflegebedürftigkeit gem. § 43a SGB XI, Wuppertal
2000 - 2004**



Datenquelle: MDK Nordrhein 2005, Bearbeitung Stadt Wuppertal, 201.SP

Gibt es altersbezogene Besonderheiten in der Verteilung der Pflegestufen ?

Im ambulanten Bereich dominiert die Pflegestufe I bei den erstbegutachteten 18 – 64 Jährigen während es im Bereich der stationären Versorgung fast durchgängig für alle Altersgruppen der jüngeren Pflegebedürftigen die Pflegestufe II ist – dies entspricht allerdings der typischen Struktur aller Erstbegutachteten mit Empfehlung ambulanter bzw. stationärer Versorgung.

	Anzahl 2000 - 2004 ambulant			Anzahl 2000 - 2004 stationär		
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
18 bis 29	26	5	3	0	1	2
30 bis 39	31	18	1	2	6	4
40 bis 49	109	34	7	12	17	4
50 bis 59	208	103	35	39	49	7
60 bis 64	294	169	43	61	61	10

Datenquelle: MDK Nordrhein 2005, Bearbeitung Stadt Wuppertal, 201.SP

Ein Vergleich der erstmaligen Pflegeeinstufung der unter und der über 65 Jährigen verdeutlicht jedoch Unterschiede:

Pflegestufe bei Erstbegutachtung	unter 65 Jahre	über 65 Jahre
I	57%	70%
II	34%	27%
III	9%	3%

Datenquelle: MDK Nordrhein 2005, Bearbeitung Stadt Wuppertal, 201.SP

Die jüngeren Pflegebedürftigen sind beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit i.d.R. stärker pflegebedürftig als die über 65 Jährigen (34% Pflegestufe II und 9% Pflegestufe III, aber nur 57% mit Pflegestufe I). Die Erhebung 2004 in den Wuppertaler stationären Pflegeeinrichtungen hat ergeben, dass dort

insbes. MS-Kranke, Hirngeschädigte und Apalliker mit Pflegestufe III leben während insbes. chronisch alkoholranke Pflegebedürftige die Pflegestufe I, teilweise Pflegestufe 0 haben.¹⁴

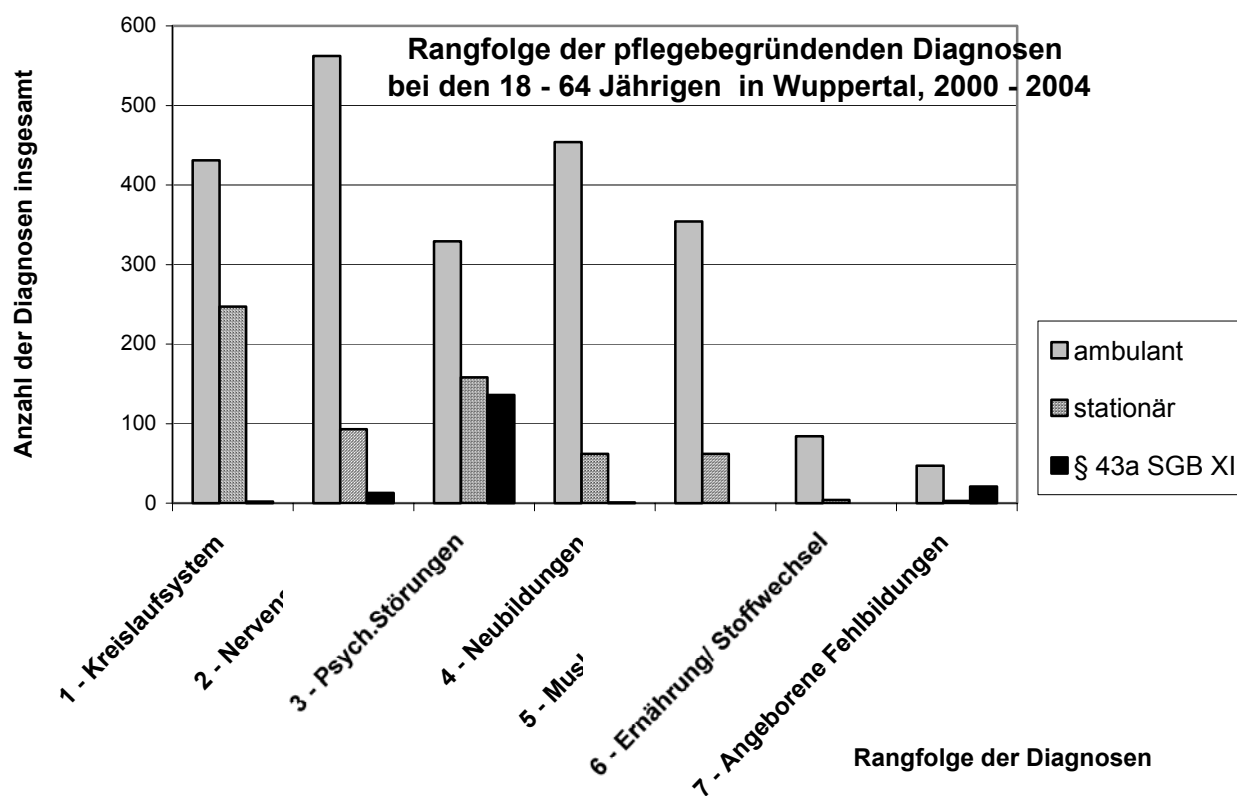
Welche Ursachen hat Pflegebedürftigkeit bei jüngeren Menschen ?

Dieser Frage soll anhand der MDK-Daten zu den pflegebegründenden Diagnosen nachgegangen werden.¹⁵

Der Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen benennt für den Berichtszeitraum 2001/2002 als die 5 pflegebegründenden Hauptdiagnosen bei allen Begutachteten unabhängig von der Altersgruppe:

1. Krankheiten des Kreislaufsystems
2. Psychische und Verhaltensstörungen
3. Symptome und abnorme Befunde, die andernorts nicht klassifizierbar sind
4. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
5. Neubildungen

Die pflegebegründenden Diagnosen bei den 18 – 64 Jährigen in Wuppertal hatten in den Jahren 2000 – 2004 folgende Schwerpunkte:



Datenquelle: MDK Nordrhein 2005, Bearbeitung Stadt Wuppertal, 201.SP

¹⁴ siehe Datenreport ab S. 5

¹⁵ Die Pflegegutachten des MDK beinhalten pflegebegründende Diagnosen auf der Basis der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD) und benennen die Krankheiten (Hauptdiagnose und ggf. weitere Diagnosen), die ursächlich für die Pflegebedürftigkeit sind. Zu beachten ist hierbei, dass es sich um Aussagen zu allen Begutachtungen (Erstgutachten und Wiederholungs- bzw. Widerspruchsbegutachtungen handelt), also nicht mehr nur um die Erstbegutachtungen und dass Mehrfachnennungen möglich sind.

Es dominieren auch bei den jüngeren Pflegebedürftigen die Erkrankungen des Kreislaufsystems, gefolgt hingegen von Erkrankungen des Nervensystems vor psychischen Störungen und Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen.

Je nach Versorgungsempfehlung sieht die Rangfolge der pflegebegründenden Diagnosen unterschiedlich aus:

	1. Rang	2. Rang	3. Rang	4. Rang	5. Rang
ambulant	Nervensystem	Neubildungen	Kreislaufsystem	Muskel-Skelett u.a.	Psych./ Verhaltensstörungen
stationär	Kreislaufsystem	Psych./ Verhaltensstörungen	Nervensystem	Neubildungen + Muskel-Skelett u.a.	
§ 43a SGB XI	Psych./ Verhaltensstörungen	Angeborene Fehlbildungen	Nervensystem		Neubildungen + Kreislaufsystem

Datenquelle: MDK Nordrhein 2005, Bearbeitung Stadt Wuppertal, 201.SP

Die Rangfolge der pflegebegründenden Diagnosen bei stationärer Versorgungsempfehlung verweist auf die krankheitsbezogenen Notwendigkeit von kontinuierlicher Pflege und Beaufsichtigung (Kreislaufsystem, psychische und Verhaltensauffälligkeiten). Im Bereich der Begutachteten in der stationären Behindertenhilfe dominieren psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie angeborene Fehlbildungen bei der Pflegebegründung.

Erkrankungen des Nervensystems sind insbes. bei den 40 – 64 Jährigen und Neubildungen vornehmlich bei den 50 – 64 Jährigen die Hauptursache für Pflegebedürftigkeit. Erkrankungen des Kreislaufsystems dominieren bei den 60 – 64 Jährigen Begutachteten. Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische/ Verhaltensauffälligkeiten werden mit zunehmendem Alter als pflegebegründende Diagnosen wichtiger.

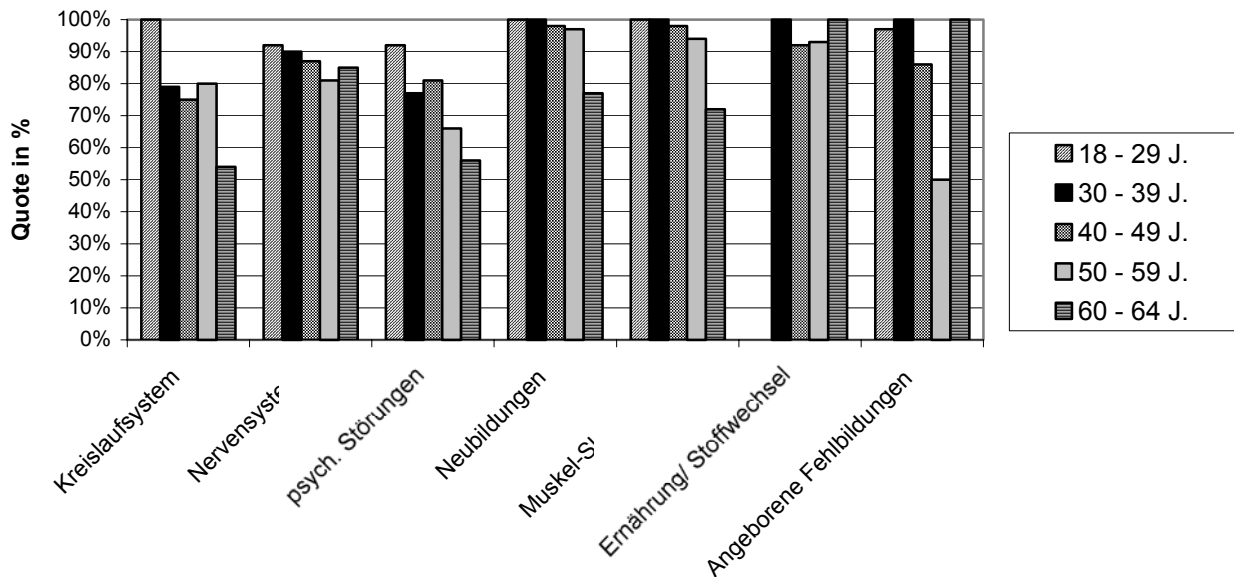
Der Anteil der ambulanten Versorgungsempfehlung ist bei den Pflegebedürftigen mit Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 90 – 100% in allen Altersgruppen sehr hoch; erst mit Überschreiten des 60. Lebensjahres steigt der Anteil der stationären Versorgungsempfehlung auf 20 – 30% an.

Pflegebedürftige mit Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen können lt. MDK fast ausschließlich in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden, Personen mit Erkrankungen des Nervensystems können in allen Altersgruppen zwischen 80 und 90% ambulant versorgt werden.

Mit zunehmendem Alter reduziert sich die ambulante Versorgungsempfehlung bei den jüngeren Pflegebedürftigen mit Kreislauf-erkrankungen und psychischen/ Verhaltensauffälligkeiten: bei gut 50% der Betroffenen wird ab dem 60. Lebensjahr eine stationäre Versorgung empfohlen.

Junge Erwachsene unter 40 Jahren können lt. MDK-Empfehlung bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie bei Neubildungen und angeborenen Fehlbildungen fast ausschließlich zu Hause versorgt werden.

Quote der ambulanten Versorgung nach pflegebegründender Diagnose,
Wuppertal 2000 - 2004



Die Ergebnisse der Erhebung 2004 in den Wuppertaler Pflegeeinrichtungen (ambulant + stationär) ermöglichen eine ergänzende Illustration der einzelnen Krankheitsbilder der versorgten Pflegebedürftigen sowie der Relevanz dieser Krankheitsbilder bei den Neuzugängen in stationäre Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2002 – 2004 (s. Datenreport ab S. 5).

Zusammenfassung der Daten zu jüngeren Pflegebedürftigen in Wuppertal:

- rd. 1.350 Pflegebedürftige im Alter von 18 – 64 Jahren
 - ➔ Männer etwas stärker betroffen
 - ➔ rd. 150 Personen in stationärer Pflege (rd. 11% aller jüngeren erwachsenen Pflegebedürftigen)
- im Durchschnitt 275 Neuzugänge in die Pflegebedürftigkeit pro Jahr
 - ➔ ambulante Versorgung 80 %
 - ➔ Behinderteneinrichtungen 1%
 - ➔ stationäre Pflege mit rd. 20 % (ab 30 Jahren relativ altersunabhängig; min. 16% 10 Jahre und länger)
- vergleichsweise höhere Pflegestufen
- pflegebegründende Diagnosen insbes. bzgl.
 1. Kreislauf- und Nervensystem
 2. psychischen und Verhaltensstörungen
 3. Neubildungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen

Was wissen wir über die Wohn- und Lebenssituation jüngerer Pflegebedürftiger in Wuppertal ?

Bisher wurde die Pflege im engeren Sinne beleuchtet, Pflegebedürftigkeit trifft die Menschen jedoch in einer spezifischen Wohn- und Lebenssituation und entwickelt sich im Kontext einer individuellen Pflegebiographie:

- Jüngere Pflegebedürftige sind nicht aus Altersgründen pflegebedürftig, sondern aufgrund eines Unfalls, einer chronischen Erkrankung oder Behinderung, die in täglichem Angewiesensein auf Hilfe resultiert.
- Die Art des Einstiegs in die Pflegebedürftigkeit kann plötzlich oder sich –kontinuierlich bzw. diskontinuierlich – entwickeln; je nach der Plötzlichkeit des Herausgerissenwerdens aus der angestammten sozialen und beruflichen Situation und Lebensplanung differiert die Chance für die Betroffenen, sich auf die neue Lebenssituation psychisch vorzubereiten und diese zu verarbeiten.
- Die Befragung von in ihrer Häuslichkeit lebenden pflegebedürftigen und nicht – pflegebedürftigen MS-Kranken im Jahre 2004¹⁶ kann das soziale Umfeld jüngerer Menschen mit einer Pflegebedürftigkeit begründenden Krankheit illustrieren: 30% lebten allein, 48% mit (Ehe-)Partner, 16% mit (Ehe-)Partner und Kindern bzw. Eltern, 11% mit Kindern und 4% mit Eltern zusammen. Die Einbettung in ein funktionierendes stabiles familiäres Netz ist die Voraussetzung dafür, dass ein großer Anteil der jüngeren Pflegebedürftigen ambulant versorgt werden kann und gleichzeitig Indiz für hohe Anforderungen an Angehörige.
- Wohnsituation jüngerer Pflegebedürftiger: der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und das weitere Zusammenleben mit der Familie bzw. die Aufrechterhaltung der vorhandenen sozialen Kontakte ist auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit der größte Wunsch. Die Befragung der MS-Kranken (s.o.) hat dabei ergeben, dass die bauliche und ausstattungsmäßige Wohnsituation dabei nur teilweise bedürfnisgerecht angepasst ist. Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung kann in Wuppertal derzeit durch 65 ambulante Pflegeeinrichtungen, davon einem Spezialisten für die Pflege von 18 – 64 Jährigen gewährleistet werden (ISB).
Daneben leben jüngere Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen der Altenpflege mit oder ohne besondere Wohnbereiche und Betreuungskonzepte für Jüngere. Zur Zeit existieren in Wuppertal 37 vollstationäre Pflegeeinrichtungen, davon zwei Einrichtungen mit speziellen Wohnbereichen (Haus Hardt: MS-Erkrankte und neurologisch Erkrankte; Altenpflegeheim Neviandtstr.: junge Unfallgeschädigte und chronisch Alkoholkrankte).
Ein geringer Teil der jüngeren Pflegebedürftigen lebt in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe; der Verbleib in der Behindertenhilfe ermöglicht die Aufrechterhaltung der sozialen Integration – ist jedoch bei zunehmenden pflegerischen Anforderungen mit Anpassungen der Einrichtung bzw. einem Wechsel der Betroffenen in eine Pflegeeinrichtung verbunden. Zur Zeit existieren in zwei stationären Einrichtungen für geistig-körperlich Behinderte „Seniorengruppen“ mit pflegebedürftigen Behinderten (Lebenshilfe, Troxlerhaus).
Wohnungslosenhilfe: hier sind keine speziellen Versorgungsangebote für Pflegebedürftige bekannt.
- Die Befragung der in der eigenen Häuslichkeit lebenden MS-Kranken (s.o.) zeigt, dass ein hoher Anteil (50%) nur noch in geringem Maße an Freizeit- und Berufsaktivitäten teilnehmen kann – dies steht in Zusammenhang mit dem teilweise hohen Maß an Angewiesensein auf fremde Hilfe (61%). Im Bereich der stationär versorgten jüngeren Pflegebedürftigen ist der Anteil derer, die nur mit fremder Hilfe Freizeit- und Beschäftigungsaktivitäten wahrnehmen können mindestens genau so hoch. Dies verweist auf die große Bedeutung der Sicherung sozialer Teilhabe bei voranschreitender Abhängigkeit von Hilfe und Pflege.

¹⁶ siehe Datenreport ab S. 5

Bei der Frage nach angemessenen Bedingungen der Versorgung junger Pflegebedürftiger geht es also zentral nicht nur darum, wo – je nach pflegebegründender Diagnose - die beste medizinisch-pflegerische Versorgung im engeren Sinne gewährleistet werden kann. Vielmehr geht es auch darum in besonderer Weise sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die qualitativen Anforderungen der jüngeren Pflegebedürftigen hinsichtlich des sozialen Umfeldes und der Wohnbedingungen zu berücksichtigen.

Ich möchte meinen Überblick zu den jüngeren Pflegebedürftigen in Wuppertal an dieser Stelle beenden und nun die Experten und Expertinnen bitten, aus ihren Erfahrungen mit der Situation jüngerer Pflegebedürftiger, die in ihrer häuslichen Umgebung bzw. in einer Pflegeeinrichtung leben, zu berichten.

Erfahrungen aus der Praxis: Statements von Betroffenen, Vertretern/innen der ambulanten und stationären Pflege, Pflegeberatung

1. Melanie Schmahl, Betroffene (häuslicher Bereich)

Alltagsdinge, wie z.B. einkaufen, gestalten sich manchmal schwierig, da nicht alle Geschäfte einen ebenerdigen Eingang haben und in den Geschäften ist es manchmal sehr eng, um mit einem Rolli durchzukommen.

Gaststätten, andere Veranstaltungsorte haben oft keine Behindertentoilette – dies schränkt die Freizeitmöglichkeiten sehr ein.

Busse sollten mit Rampen ausgestattet werden (Hilfe wird angeboten).

Fußgängerüberwege sind häufig viel zu hoch, so dass eine Überquerung der Straßen schwierig ist.

Wiederaufnahme der Beschäftigung in der Firma (nach Operation) hat super geklappt. Unterstützung bei Wohnungsbau und Klärung finanzieller Hilfen ist dabei notwendig, aber man bekommt kaum Informationen, an wen man sich wenden kann oder wer überhaupt zuständig ist !

Zu kritisieren ist die lange Dauer der Bewilligung eines behindertengerechten PKW's, um selbständig mobil zu sein und den Arbeitsplatz erreichen zu können.

Rollstuhlparkplätze sind meiner Meinung nach oft falsch angelegt. Da mein Verladesystem auf der Fahrerseite ist, habe ich das Problem mitten in den fließenden Verkehr aussteigen zu müssen.

2. Barbara Weigert, Angehörige (stationärer Bereich)

Sehr geehrte Anwesende

Junge Erwachsene trifft die Krankheit¹⁷ – plötzlich oder schleichend - am Anfang ihrer eigenständigen Lebensphase, zerstört ihre Lebensplanung – im Gegensatz zu den älteren Bewohnern, die am Ende ihres Lebens stehen.

Die Aufgabe der eigenen Wohnung ist nicht so schwer, da sie noch flexibel sind, sich nicht an das vertraute Umfeld klammern. Der Schritt in ein Heim zu gehen, ist für sie auf andere Weise schwierig und einschneidend. Die Aufgabe der Selbstbestimmung, sich anpassen an den pflegerischen Heimablauf, intime Verrichtungen an sich zu zulassen von Pflegern oder Pflegerinnen – ob die ihnen nun sympathisch sind oder nicht – fordert von ihnen viel, macht ihnen die Hilflosigkeit ihrer Situation tagtäglich bewusst. Das Einzelzimmer ist für sie wichtig, einige Möbel und Bilder aus der alten Wohnung machen das Umfeld vertraut, aber auch zu einem Ort, wohin sie sich zurück ziehen können, wenn Besuch kommt. Das Zimmer ersetzt die eigene Wohnung.

Die gemeinsamen Räume, ein Foyer, ein Wintergarten, ein Esszimmer bieten den Kontaktpunkt zu der Gruppe – zur Unterhaltung, zu gemeinsamen Aktivitäten, Spiel und Spaß. Ob man den Umzug ins Heim durch Einsatz von Hilfen (baulichen Veränderungen), durch pflegerische Hilfe weiter raus schieben kann, hängt von der körperlichen Situation ab. Bei den Rollstuhlfahrern ergeben sich mehr Probleme als bei Fußläufigen. Wird die Pflege von Angehörigen geleistet, tritt früher oder später eine Überforderung ein. Die Einschränkungen durch die Krankheit und das Unvermögen, Vieles nicht mehr selbst machen zu können, bringt **auch** - anfangs noch unbemerkt doch schleichend - eine Isola-

¹⁷ Multiple Sklerose (Anmerkung Herausgeber)

tion der jungen Erwachsenen mit sich. Die Gruppe im Heim bietet mehr Anregung - sei es auch nur der Ärger über den Nachbarn – als die Pflege isoliert alleine in der Wohnung.

Ich, als Angehörige habe auch eine Entwicklung durchlaufen müssen, Die Pflege im eigenen Haus, 7 Jahre lang bis die physische Situation sich verschlechterte, somit letztendlich auch die psychische – auf beiden Seiten; es wurde immer klarer – nach Abwägung beider Beteiligten - , dass sich etwas ändern musste. Der Heimplatz in einem gut geführten, **reinem** Altenheim, wo nur das Pflegepersonal altersgemäßer Ansprechpartner war, führte dazu, dass zwar die Betroffene sich wie „Hahn im Korb“ fühlte und das auch sichtlich genoss, **aber** dies auf Dauer nicht akzeptabel war. So ergriff die 40jährige selbst die Initiative und fand die Adresse eines Hauses, in dem schon länger eine Gruppe junger Erwachsener wohnte. Dass dies Haus nicht am Ort, sondern weiter weg lag, war kein Hinderungsgrund.

Wichtig für diese Bewohner sind altersgemäße Anregungen bei Ausflügen und Festen, wobei immer öfter mal was Neues geboten werden muss; es erfordert ein hohes Maß an Flexibilität, Kreativität und Ideenreichtum der Organisatoren und der Leitung.

Bei einer Weihnachtsfeier im Wohnbereich wurde von zwei Gitarrenspielern – ein Pfarrer und sein Sohn – recht fetzige Musik gespielt, dazu - nach inhaltlicher Einführung - nur englische Texte gesungen. Diese Altersgruppe will einfach mehr Action – die sie ja selbst nicht mehr ausführen kann.

Es gab vor einiger Zeit öfter das Angebot einer „Mondschein“ – Party. Schon die Vorbereitungen zu erleben, erhöhte die Spannung und war eine Unterbrechung des alltäglichen Ablaufs. Dafür legte man auch gerne eine Mittagsliegezeit ein, um den Abend zu überstehen. Ich bin sicher, dass keiner der Partygäste **je** den Mondschein oder gar den Mond an **diesen** Abenden gesehen hat, **denn** da lagen sie schon alle – restlos fertig – in ihren Betten, **aber** es hat ihnen viel Spaß gemacht und bot noch längere Zeit Gesprächsstoff.

Bei einem Sommerfest im Park – leider spielte das Wetter nicht mit, es war kühl und ab und zu tröpfelte es – trat ein Clown auf, der aus langen Luftballonschlängen Tiere für die jüngeren Besucher zauberte. Dann – zur Überraschung der Bewohner **und** des Personals - sich langsam entkleidete und **gekonnt** unter Gelächter und Gekicher des Publikums einen **professionellen** Strip darbot. In Gesprächen wurde hinterher über die Schlagzeile der Bild-Zeitung am nächsten Morgen phantasiert, es gab da ganz tolle Versionen. Noch heute gibt es Gelächter, wenn von **dem** Auftritt gesprochen wird.

Was mich zum Thema Sexualität bringt: Mit dem Einzug in das Haus wird diese ja nicht an der Rezeption abgegeben, besteht weiter – ein Thema, das tabu ist - natürlich schwierig, aber auch nicht verschwiegen werden darf.

Freundschaften entstehen in der Gemeinschaft, es wird sich verliebt und es wird heftig geflirtet.

Zurück zu den Festen: Zur Halloween – Zeit im Herbst war es eine Geisterparty, die sie im Foyer zusammen führte und großen Anklang fand, denn es waren von allen Wohnbereichen junge Leute dabei.

Gut kamen Nachmittage an – mit Bewohnern und **Angehörigen** – zu speziellen Themen: mein erster Schultag, Ferienreisen, mein liebstes Spielzeug, meine Haustiere (wobei auch ein Pferd als Haustier galt – so eng sah man das nicht); zwei Pflegerinnen gestalteten sie im Rahmen ihrer Ausbildung. Der Tisch war entsprechend dekoriert und jeder brachte Bilder oder einen passenden Gegenstand mit. Jeder wurde einbezogen, angesprochen und es gab aus seiner Erinnerung nach **seinen** Möglichkeiten einen Beitrag zum Thema. Man erfuhr einiges Persönliches von seinem Nachbarn. Leider gibt es für diese Aktivitäten nach dem Examen im pflegerischen Alltag kaum Zeit und Gelegenheit, **wobei** auch das Interesse an solchen Nachmittagen nachlässt, ebenso wie an Gesprächsrunden, die nicht sehr lange Zuspruch fanden.

Den Kontakt zur Außenwelt können eigentlich nur ehrenamtliche Besucher vermitteln, die kontinuierlich an festen Nachmittagen kommen. Wobei die Kontinuität fast das Wichtigste ist. Auf diesen Nachmittagen ist Verlass, da kommt jemand, wenn auch wechselnde Personen, die einem das „normale“ Leben nahe bringen mit allen Problemen, die es gibt: Lustiges, Ärgerliches oder Trauriges. Es wird den Bewohnern bewusst, dass das Leben „da draußen“ eigentlich die gleichen Probleme bietet, wie sie es in ihrem heutigen Umfeld erleben.

Segensreiche Arbeit leistet ein Verein, der eine Kraft eingestellt hat, die viermal in der Woche einige Stunden kommt, mit den Vereinsmitgliedern spielt, singt, aus der Zeitung vorliest und darüber diskutiert, auch mal gemeinsames Kochen mit allen Überlegungen (vom Einkauf bis zu den Vorbereitungen) steht auf dem Programm. Vor allem aber übernimmt sie Fahrten mit Einzelnen zum Einkauf in die Stadt, zum Eis essen in die City Arkaden, die Leute beobachten, einfach dabei sein. Fahrten zu Veranstaltungen werden organisiert, die Karten besorgt, der An- und Abtransport der Rollstühle muss regelmäßig und früh genug organisiert werden.

Der Kontakt zur Außenwelt nimmt mit Dauer der Krankheit immer weiter ab. Die Gleichaltrigen sind mit Beruf und Familie mehr als ausgelastet, Partnerschaften halten der Belastung nicht stand und zerbrechen. Wenige Freunde halten über die Jahre die Treue.

Sehr wünschenswert wäre, dass in mehr Heimen **hauseigene** Therapeuten beschäftigt sind. In der ersten Woche wird bei neuen Bewohnern der Befund erhoben, mit dem Pflegeteam und den Therapeuten ein Plan erstellt und beraten, welche bestmögliche Förderung oder Stabilisierung für ihn nötig ist. Vielleicht sollten die Kassen mal bedenken, dass durch diese Arbeit einige Reha – Maßnahmen eingespart werden können. Meine Tochter ist nicht an einer Reha in Anholt interessiert, weil sie im vertrauten Umfeld alle Förderung hat, die sie braucht – sie muss sich nicht in eine Krankenhaus – Atmosphäre begeben. Der Therapieraum ist ein Schnitt- und Kontaktpunkt zwischen den Wohnbereichen, zwischen Alt und Jung, die sich zur gleichen Zeit dort aufhalten und immer wieder treffen. So verschieden, wie der Verlauf der Krankheit, so verschieden sind auch die Menschen, die betroffen sind. So hat man nicht eine beständige homogene Gruppe, sondern hat viel Wechsel – auch durch Auszug oder Tod. Die Anforderungen an die Betreuer und Organisatoren ist hoch, sie müssen sich den individuellen Möglichkeiten, Interessen und Wünschen anpassen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Ina Drescher, ISB Ambulante Dienste gGmbH

ISB Ambulante Dienste gGmbH

- Gemeinnützige Gesellschaft mit Hauptsitz Wuppertal,
- Zweigstellen in Düsseldorf, Coesfeld, Heidelberg, Mettmann (psychiatrische Pflege) und Prag.
- Arbeitet seit 1987 (damals noch als ISB e.V.) in der ambulanten Versorgung.
- Bietet Dienstleistungen überregional, d.h. bundesweit an.
- Schwerpunkt und Spezialität sind zeitintensive Versorgungsleistungen, d.h. das Pflege- und Assistenzpersonal ist über mehrere Stunden tags und nachts bis zu 24 Std. täglich bei dem Kunden vor Ort.
- Versorgt werden Menschen aller Altersgruppen, vom Kleinkind bis zu Senioren.
- Besonderheit ist die ambulante Versorgung maschinell beatmeter Menschen.

Leistungen

Typisch für die Zeitintensive Versorgung ist, dass alle Bereiche des alltäglichen Lebens abgedeckt werden.

In der Sprache der Kostenträger heißt das:

- Grundpflege
- Behandlungspflege, spez. Beatmungspflege
- Schulbetreuung
- Arbeitsassistenz
- Weitere Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, z. B. Assistenz bei der Freizeitgestaltung, Urlaubsbegleitung usw.

Veränderungen in den zurückliegenden Jahren

Der Charakter der pflegerischen Handlung hat sich verändert. Früher eher Handlung mit „karitativem“ Charakter, heute Dienstleistung.

Die Kunden treten selbstbewusster auf, artikulieren ihre Bedürfnisse und fordern eine für sie passende Dienstleistung ein. Dies ist besonders bei jüngeren Pflegebedürftigen ausgeprägt. Darauf muss man sich als Pflegeanbieter einstellen, flexibel und kunden-orientiert auf Wünsche eingehen. Beispielsweise sind bei der ISB die Kunden in die Personalauswahl für ihre Betreuung eingebunden. Sie entscheiden maßgeblich mit, welche Mitarbeiter bei ihnen zum Einsatz kommen.

Bei jüngeren Pflegebedürftigen spielen Angehörige, d.h. Lebenspartner und ggf. Kinder eine wichtige Rolle und müssen in den Prozess der Dienstleistung integriert werden.

Pflegerisch

Ambulanter Bereich ist medizinisch - pflegerisch anspruchsvoller geworden. Vor 10 Jahren war ein Leben mit Beatmungsgerät zuhause nicht vorstellbar, heute gibt es bundesweit mehrere Pflegeanbieter, die dauerbeatmete Menschen ambulant versorgen.

Auch schwerstbehinderte beatmete (Klein-)Kinder werden heute ambulant gepflegt. Es ist zu erwarten, dass sie auch später im Erwachsenenalter nicht in ein Heim wechseln wollen, sondern die alltägliche häusliche Umgebung bevorzugen.

Pflege-/Versorgungssituation jüngerer Pflegebedürftiger

Die Finanzierung der ambulanten Pflege durch viele unterschiedliche Kostenträger (z.B. Pflegekasse, Krankenkasse, Arbeitsverwaltung, örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeträger) macht es für alle Beteiligten kompliziert.

Das System der Pflegeversicherung ist für den zeitintensiven Bereich sowohl quantitativ als auch qualitativ unpassend.

Bei jüngeren Pflegebedürftigen potenzieren sich die Probleme, z.B. wegen der größeren Mobilität der Altersgruppe und wegen der unterschiedlichen Bereiche, in denen die Betroffenen agieren (Schule, Arbeitsplatz, Freizeit, Familie).

Ein Bedarf an pflegerischer Dienstleistung besteht auch, anders als bei Älteren, in den späten Abendstunden. Die Betroffenen gehen generell nicht so früh zu Bett und wollen Freizeitangebote wie Kino, Disco in den späten Abendstunden nutzen. Dazu fehlen in Wuppertal z.B. die Angebote für eine sog. „Nachtrunde“.

Die ambulante zeitintensive Versorgung ist i. d. R. teurer als eine stationäre Versorgung im Heim, deswegen ist in den letzten Jahren die Tendenz festzustellen, junge pflegebedürftige Menschen allein aus Kostengründen auf den stationären Bereich zu verweisen. In vielen Fällen wird von der Reha aus nach einem Heimplatz gesucht, ohne eine ambulante Versorgung überhaupt zu versuchen.

Dabei wird verkannt, dass damit auch eine Desintegration in Bezug auf die Teilnahme am Arbeitsleben einhergeht. Ambulant versorgte beatmete Menschen sind durchaus in der Lage, Schul- und Berufsausbildung zu absolvieren und am Arbeitsleben teilzunehmen, wie die von der ISB gepflegten Menschen beweisen. Stationäre Einrichtungen sind aber i. d. R. auf die Bedürfnisse berufstätiger Menschen nicht eingestellt, und der Übergang in ein Heim wirkt auf die betroffenen jüngeren Menschen demotivierend in Bezug auf Berufs- und sonstige Zukunftsplanung.

Auf der offiziellen Ebene (z.B. durch den Landschaftsverband) wird die ambulante Versorgung favorisiert, weil bedürfnisgerechter. Die Praxis spiegelt diesen politischen Willen aber nicht wieder. Inwieweit die Neuformulierung des Vorrangs der ambulanten Versorgung im SGB XII hier Abhilfe schafft, bleibt abzuwarten.

Personal

Früher wurden häufig Zivildienstleistende in der zeitintensiven Versorgung eingesetzt, sie passten vor allem altersmäßig gut. Heute stehen Zivildienstleistende wegen zu kurzer Dienstzeiten und generell aufgrund der niedrigen Anzahl kaum noch zur Verfügung. Außerdem können sie den gestiegenen Ansprüchen an die Pflege auch nicht mehr gerecht werden.

Besonders bei jüngeren Pflegebedürftigen muss das Personal altersmäßig passen, da z.B. ein 19-Jähriger nicht mit einer Person im Alter von Mutter oder Vater in die Disco oder Kneipe gehen möchte.

Auch sind Pflegekräfte, die wesentlich älter sind als die Pflegebedürftigen eher in der Versuchung, die Erzieherrolle einzunehmen.

Bei jüngeren Pflegebedürftigen ist das Pflegepersonal immer mehr als eine reine Pflegekraft auch Partner in Beruf oder Freizeit.

Die von uns deswegen in Stellenanzeigen für diese Pflegekräfte gesetzte Altersbeschränkung wird von Stellenbewerbern allerdings häufig als diskriminierend empfunden.

Mobilität

Durch größere Mobilität und Teilhabe gibt es für jüngere pflegebedürftige Menschen auch mehr Probleme bei Zugänglichkeit zu Ausbildungs- und Arbeitsstätten, öffentlichen Verkehrsmitteln, Kino, Disco, Kneipe, Sport usw.

Wohnen

Von jüngeren behinderten Menschen wird der Bedarf nach individuellem Wohnen in der eigenen Wohnung ergänzt mit passenden (Pflege-)Dienstleistungen geäußert. Auch kleine Wohngemeinschaften werden gewünscht. Dies ist z. Zt. mit den gesetzlichen Vorgaben nur umständlich umzusetzen. Viele jüngere behinderte Menschen wohnen immer noch bei den Eltern, nur weil entsprechende altersgemäße Alternativen fehlen.

Behinderte Menschen, die in Partnerschaft und/oder mit Kindern leben, brauchen größere Wohnungen und nicht nur Einpersonennappartements.

Die Versorgungslage mit behindertengerechtem Wohnraum ist in Wuppertal unzureichend.

Dies ist auch vor dem Hintergrund zu bedauern, dass barrierefreies Wohnen den Pflegebedarf und damit auch Pflegekosten vermindern kann.

Fazit

Wäre die Bereitschaft der Kostenträger vorhanden, die ambulante Einzelversorgung wirklich bedürfnisgerecht zu finanzieren und gäbe es ausreichenden, passenden, barrierefreien Wohnraum, wäre es für uns als Dienstleister kein Problem, uns auf die individuellen Bedürfnisse der Personengruppe der jüngeren Pflegebedürftigen einzustellen und die notwendige Pflege zu erbringen.

Verbesserungswürdig sind der Informationsfluss über die verschiedenen Angebote für behinderte Menschen und die Vernetzung der Angebote untereinander.

Wir stellen immer wieder fest, dass die Betroffenen von den ohnehin schon begrenzten Möglichkeiten keine Kenntnis haben.

Verbesserte Rahmenbedingungen, wie Barrierefreiheit im privaten und öffentlichen Leben sind zusätzlich unabdingbar.

Hildegard Schönnenbeck, Altenpflegeheim Neviandtstr.

Aus Sicht einer stationären Einrichtung wird zu den gestellten Fragen wie folgt Stellung genommen:

1. Erfahrungen in der Pflege jüngerer Menschen:

Hat sich die Nachfrage in den letzten Jahren verändert (zahlenmäßiger Zuwachs, veränderte Krankheitsbilder, Ursachen der Pflegebedürftigkeit bei Jüngeren) ?

Ja, es ist in den letzten Jahren zu einer deutlichen Zunahme von Aufnahmeersuchen von und für jüngere HeimbewohnerInnen gekommen, für die Wohnbereiche mit besonderen Konzepten im Pflegeheim Neviandtstr. eröffnet wurden.

- Eine große Gruppe der jüngeren HeimbewohnerInnen bilden Menschen mit Zustand nach langjährigem Alkoholmissbrauch. Hier wurden in der Neviandtstr. schon vor 8 Jahren Wohnbereiche geschaffen mit einem Betreuungskonzept und speziellen Regeln für die BewohnerInnen.
- Eine weitere Gruppe bilden die Menschen, die sich nach Unfällen oder nach Reanimationen wegen anderer schwerer Erkrankungen in einem apallischen Syndrom oder Durchgangssyndrom befinden, die z.B. beatmet werden. Hierfür wurde ein besonderer Wohnbereich eingerichtet.
- Eine weitere Gruppe jüngerer Pflegebedürftiger leidet an unterschiedlichen Erkrankungen, z.B. MS, Zustand nach Tumoroperation, Hirnblutung, HIV - Infektion.

Welche besonderen Pflege- und Betreuungsbedarfe bestehen bei jüngeren Pflegebedürftigen (aufgrund spez. körperlicher Einschränkungen, psychischer und intellektueller Beeinträchtigungen, aufgrund des jüngeren Lebensalters und damit verbundener Lebensperspektiven) ?

Der Pflegebedarf unterscheidet sich nicht grundsätzlich vom Pflegebedarf älterer pflegebedürftiger Menschen. Die Akzeptanz der jüngeren Betroffenen, pflegerische Hilfe anzunehmen, ist aber eher nicht selbstverständlich gegeben. Besonders die psychosoziale Betreuung nimmt einen wichtigen Raum ein.

Es bestehen bei den jüngeren Menschen häufig noch erhebliche Rehabilitationsmöglichkeiten, auch wenn sie scheinbar austherapiert aus den Reha – Kliniken kommen. Besonders bei Menschen nach Hirntraumata oder Alkoholmissbrauch sind innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren oft noch deutliche Entwicklungen zu sehen.

Was zeichnet den Pflege und Betreuungsansatz für jüngere Pflegebedürftige in der stationären Pflege aus (im Gegensatz zur Altenpflege, Berücksichtigung/ Förderung von Interessen im Bereich Wohnen, Freizeit, Beschäftigung, soziale Netzwerke, Alltagsdinge selbst erledigen können) ?

Rehabilitationsbemühungen vom ersten Tag (Begründung siehe oben), Physiotherapie ...

Da nicht selten erstaunliche Entwicklungen erfolgen, sind immer wieder Möglichkeiten eines Umzugs in eine andere Einrichtung oder häusliche Umgebung anzudenken und ggf. auch durchzuführen.

Die Tagesgestaltung wird individuell angepasst soweit möglich, erfahrungsgemäß verschieben sich die Zeiten (späteres Aufstehen, späteres Zu – Bett – Gehen). Die Wohnraumgestaltung wird angepasst und soweit möglich sollen die Bewohner selbst gestalten. Eigenaktivität in Bezug auf alle Aktivitäten des täglichen Lebens wird gefördert und unterstützt, dies ist manchmal mühsam, wenn z.B. ein „Vollversorgungsanspruch“ besteht.

Die Beschäftigungsangebote und Ausflüge sind an die Bedürfnisse angepasst und unterscheiden sich von den Angeboten bei den älteren BewohnerInnen. Individuelle Stadtbegleitung wird durchgeführt. Sobald möglich, wird der Bewohner unterstützt, eigenständig Kontakt nach außen zu pflegen; Absprachen sind hier wichtig, da die meisten BewohnerInnen psychische Auffälligkeiten zeigen.

2. Was läuft gut ? In welchen Bereichen sind die Voraussetzungen als jüngerer Hilfe- und Pflegebedürftiger in Wuppertal leben zu können, gut ?

Wo gibt es Probleme ? In welchen Bereichen muss in Wuppertal noch etwas getan werden, damit jüngere Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen gut aufgehoben sind ?

Die Aufnahmen speziell in das Pflegeheim Neviandtstr. erfolgen häufig „als Notaufnahmen“ direkt aus der Klinik nach Akuterkrankungen mit Akutklinik- und Reha – Klinikaufenthalten oder wenn versorgende Eltern, Ehepartner die Versorgung nicht mehr durchführen können. Es wird oft schnell eine Unterbringung gesucht (Druck durch Krankenkassen oder Versorgungsnotstand).

Ist der Bewohner aufgenommen, gilt es in den ersten Wochen und Monaten herauszufinden, welche Perspektive sich für den Betroffenen ergibt. Insofern ist das Pflegeheim Neviandtstr. für manche Betroffene nur eine Durchgangsstation.

In anderen Fällen, wenn für den Betroffenen das Betreuungs- und Versorgungsangebot in der Neviandtstr. stimmt, ist es das Ziel für und mit den betroffenen Menschen eine Lebenssituation zu erreichen, die er für sich akzeptieren kann.

Es sollte in einer Stadt wie Wuppertal verschiedene Angebote der stationären Pflege und Wohngemeinschaftsmodelle für jüngere Menschen geben, da die Bedarfe an Pflege und Betreuung der jüngeren pflegebedürftigen Menschen sehr unterschiedlich sind.

So ist z.B. für einige jüngere pflegebedürftige Menschen mit einem hirnrorganischen Psychosyndrom Kontrolle, intensive Pflege und ständige Anwesenheit von Pflegepersonal nötig, für andere beschränkt sich der Pflegebedarf auf einzelne Tätigkeiten, die auch ambulant möglich sind, oder die psychosoziale Betreuung steht im Vordergrund.

Jochen Schmidt-Hütter, Pflegeberatung

In der Pflegeberatung kommt es immer wieder zu Anfragen von/ für Menschen, die pflegebedürftig sind, aber jünger als 60 Jahre sind. Hierbei handelt es sich meist um:

1. Menschen mit Demenz
2. Besondere Menschen (auch Behinderte genannt), die von Geburt an pflegebedürftig sind und vor Jahrzehnten aus dem Behindertensystem aus unterschiedlichen Gründen ausgeschieden sind und sich seit dem meist bei den Eltern aufhielten und versorgt wurden. Wenn die Eltern selbst pflegebedürftig werden oder versterben, tauchen diese noch nicht zu den Senioren gehörenden Menschen als Unterstützungsbedürftige/ Pflegebedürftige auf.
3. Menschen, die durch Unfälle im jungen Erwachsenenalter pflegebedürftig wurden.
4. Menschen, die durch chronische Erkrankungen pflegebedürftig werden.

Zu 3.: Menschen, die durch einen Unfall pflegebedürftig werden und keine geistigen Einschränkungen haben, organisieren meist ihr Leben selbst. Nicht wenige gehen auch noch arbeiten und wohnen in ihrer eigenen Wohnung. Schwierigkeiten gibt es bei dieser Personengruppe meist mit ambulanten Pflegediensten. So ist diese Personengruppe als „Pflegedienstzepper“ bekannt. Viele haben schon öfter den Pflegedienst gewechselt.

Zu 4.: Menschen, die durch chronische Erkrankungen pflegebedürftig werden, lassen sich schwierig zusammenfassen. Es gibt diese, die sich – so wie sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert – offensiv mit der Situation umgehen und sich ein gutes Versorgungssystem aufbauen. Es gibt aber auch Personen, die ihren Unterstützungsbedarf verdrängen und sich sozial isolieren. Irgendwann kommen sie dann an einen Punkt, der sie überfordert mit ihrer Situation.

Zu 1.: Menschen mit Demenz im „jungen Alter“ schaffen vielschichtige Probleme. Wenn die Angehörigen in die Pflegeberatung kommen, hat sich das Problem der Erwerbstätigkeit meist geklärt – sie sind berentet. Ein neues Problem entsteht aber dadurch. Wer kümmert sich um den Menschen mit Demenz, wenn der Ehe- oder Lebenspartner arbeiten ist? Wer unterstützt die Angehörigen? Welche Einrichtungen gibt es für diese Personengruppe?

Zu 2.: Besondere Menschen (auch Behinderte genannt), die mit ca. 50 Jahren mehr oder weniger plötzlich allein auf sich gestellt sind, haben vielschichtige Probleme. Es fängt mit der alltäglichen Versorgung mit Nahrung, Beschäftigung, der Körperpflege, Tagesstrukturierung, Finanzen usw. an. Dies zu organisieren ist nicht so schwierig. Eine Betreuung muss eingerichtet werden. Es ist Alltag für Professionelle. Wie erfahren diese aber von den Personen, die Unterstützung bedürfen? Die oben genannten Hilfen greifen meist nicht sofort. Wer kümmert sich jetzt um diese Menschen? Welche Behinderteneinrichtung nimmt eine zu alte Person auf? Welches Alten- und Pflegeheim nimmt Pflegebedürftige auf, die deutlich zu jung sind?

Bei allen Unterstützungsangeboten ist der Blick auf den Menschen, der unterstützt werden soll, zentral. Hilfe anzunehmen, neue Situationen sind für alle erstmal schwierig. Es bedeutet für alle Beteiligten sensibel, individuelle Unterstützungsmöglichkeiten zu suchen/ zu entwickeln.

Ergebnisse der Arbeitsgruppen¹⁸

Welche Probleme bestehen bei Pflege + Wohnen jüngerer Pflegebedürftiger?

ambulant

- Pflege als Tabuthema / Öffentlichkeit schaffen
- Isolierung der Pflegebedürftigen
- Nachtversorgung sicher stellen
- Finanzierung
- verschiedene Kostenträger
- unterschiedliche Wohnformen für jüngere Pflegebedürftige fehlen
- Vermieter verweigern sich behindertengerechtem Umbauen

stationär

- Defizite in der psychosozialen Betreuung
- Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung des eigenen "ICH" für Pflegebedürftige
- die Heimorganisation wird in 1. Linie nicht nach den Bedürfnissen der Bewohner gestaltet
- Wer ist der "Kunde" ?
- Finanzierung erlaubt nur begrenzten Einsatz von Therapie
- Freizeitangebote für Bewohner in Beschäftigungsmaßnahmen

Welche Angebote in Wohnen + Pflege müssen ausgebaut/neu geschaffen werden ?

ambulant

- behindertengerechte Wohnungen müssen dringend geschaffen werden
- Behindertenwegweiser
- integrative Angebote in allen Bereichen ausbauen

stationär

- Börse für Ehrenamtliche (ggf. Ausbau der Beratungsstelle für MS-Kranke)
- Schaffung von räumlichen + konzeptionellen Bedingungen zu "selbständigem/ selbst bestimmten Tun"

Wo müssen bestehende Angebote/ Handlungsansätze weiter entwickelt werden ?

ambulant

- bessere Vernetzung von Angeboten im Sinne der Pflegebedürftigen
- die verschiedenen Kostenträger sollten im Sinne der Menschen zusammen arbeiten
- Bessere Vernetzung des Behindertenfahrdienstes
- Angebote auf Integration überprüfen und kennzeichnen, z.B. Volkshochschule, Sportvereine
- Barrierefreiheit von Freizeitangeboten

stationär

- längere Sicherung der eigenen Wohnung (bei Reha -Aufenthalten u.a.)
- mehr Tiere im Heim (Bedürfnisse nach Berührung)
- Beschwerdemanagement sicher stellen
- Vielfalt von Angeboten und Wohnbedingungen im Heim
- Aus- und Weiterbildung auf Bedürfnisse jüngerer Pflegebedürftige hin orientieren (verstärkte Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen)
- aktives Zugehen der Selbsthilfegruppen auf Heime (Angebote im Heim machen)
- Internetzugang
- Schulung des Personals im persönlichen Umgang speziell mit jüngeren Pflegebedürftigen ("Ansprache")

¹⁸ Die Ergebnisse sind in der Zusammenfassung ausführlich dargestellt (s. 74ff) !

Teilnehmer/innen-Liste

Baucke, Dr. Andreas, Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Wuppertal
Blinde, Antje, Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Wuppertal
Bönnen-Scriba, Dr., Alten- und Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal
Borowski, Ref. Gemeindestift
Bräuer, Erika, Wohnberatung
Brückner, ev. Seniorenzentrum Vohwinkel
Czech, Haus Bayreuth
Dämmer, Wolfgang, Stadt Wuppertal, Heimaufsicht
David, Hannelore, IG Selbsthilfegruppen Behinderter
Dreide, Wolfgang, Stadt Wuppertal, Geschäftsführer Gesundheits- und Pflegekonferenz
Drescher, Ina, ISB ambulante Dienste (Referentin)
Dressel, M., Johanneshaus Hans-Sachs-Str.
Engels, Bernd, Vorsitzender des Behindertenbeirats der Stadt Wuppertal
Fues, Dr., Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Wuppertal
Gerhards, Sozialverband VdK Deutschland
Gottschalk, Berthold, Club Behinderter und ihrer Freunde
Goudefroy, Arnold, Stadt Wuppertal, Bezirkssozialdienst
Grünewald, Andrea, ev. Altenhilfe Wichlinghausen
Hansen, Peter, Die Färberei
Hartmann, Michael, Haus Hardt
Hillebrand, B., Ambulante Betreuung Cronenberg
Hinzmann, Ulla, MS-Beratungsstelle
Jung-Stuke, Bärbel, Stadt Wuppertal, Bezirkssozialdienst
Kegel, Dr. Hans, Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Wuppertal (Referent)
Kegler, Steffi, DRK Schwesternschaft
Kirchhoff, Heide, Ambulante Betreuung Cronenberg
Klatt, Wolfgang, Bergische Diakonie Aprath
Krautmacher, Marianne, Stadt Wuppertal, Sozialplanung (Leitung, Referentin)
Krithinali, E., Limbach GmbH
Krohn, H., Caritas-Alten-Zentrum St. Suitbertus
Larisch, M., Limbach GmbH
Leutheuser, Sabine, Rheumaliga
Lindsiepe-Gierling, Elke, PDS
Ludwigs, Alten- und Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal
Manen, Hella van, MS-Beratungsstelle
Mathias, Nikolaus, RSD gGmbH
Mehler
Müller, Sozialverband VdK Deutschland
Norkowsky, Arnold, Vorsitzender des Ausschusses Soziales, Gesundheit und Familie
Peters, Monika, Pflegeberatung
Pütter, ambulante Diakonie Vohwinkel

Reinshagen, Bernd, Sozialverband VdK Deutschland
Rosendahl, Ines, ambulanter Pflegedienst Rauser
Rühs, Stephanie, Häusliche Gesundheitspflege „Für Sie Da“
Scheeder, Behindertenbeirat der Stadt Wuppertal
Schmahl, Melanie, Betroffene (Referentin)
Schmidt-Hütter, Jochen, Pflegeberatung (Referent)
Schönnenbeck, Hildegard, Alten- und Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal (Referentin)
Simon, Christel, CDU-Fraktion im Rat der Stadt Wuppertal
Stein, A., Haus Hardt
Tiefest, R., Limbach GmbH
Trimborn, Dominica, Haus Bayreuth
Volkman, Michaela, Limbach GmbH
Weigert, Barbara, Angehörige einer Bewohnerin von Haus Hardt (Referentin)
Weuster, Heidi, Stadt Wuppertal, Heimaufsicht
Willcke, Angelika, Stadt Wuppertal, Bezirkssozialdienst
Witteck, Ulrike, Honigstal e.V.
Wübbena, Greetje, Krankenpflegedienst Günther

Teil 3: Alkoholabhängige Pflegebedürftige in Wuppertal (2002)¹⁹

Hier: Bedarfsfeststellung vollstationäre Dauerpflegeplätze

I. Anlass und Ausgangslage

Aufgrund eines vorliegenden Antrags auf Errichtung²⁰ einer vollstationären Dauerpflegeeinrichtung für Alkohol- und Medikamentenabhängige ist die Klärung der Bedarfslage im Bereich der pflegerischen Versorgung von alkohol- und medikamentenabhängigen Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege erforderlich. Der im Vergabeverfahren neuer vollstationärer Dauerpflegeplätze eingeschaltete neutrale Experte, Dr. Wojnar, sieht keinen grundsätzlichen Bedarf an speziellen Pflegeeinrichtungen für Medikamentenabhängige. Deshalb werden nur Alkoholabhängige, ggf. mit gleichzeitiger Abhängigkeit von Medikamenten zur unmittelbaren Zielgruppe der Bedarfsfeststellung erklärt.

Zu klären sind die Fragen, ob

- a) der Bestand an pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten Alkoholkranker ausreicht und ob
- b) die Qualität der pflegerischen Versorgung für diesen Personenkreis angemessen ist.

II. Verfahren der Bedarfsfeststellung (quantitativ, qualitativ)

Die Klärung der o.g. Fragen erfolgt anhand der Feststellung von Bedarf und Bestand an pflegerischer Versorgung Alkoholkranker gem. SGB XI:

1. Feststellung von Art und Umfang der Zielgruppe mit vollstationärem Pflegebedarf in Wuppertal

Es liegen keine allgemein anerkannten Definitionsmerkmale, Bedarfsquoten und Qualitätskriterien zur pflegerischen Versorgung von Alkoholkranken vor. Deshalb erfolgt eine eigene Definition der Zielgruppe:

- Personen mit bereits bestehender bzw. drohender Pflegebedürftigkeit und
- mit Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ bzw. „Mehrfachabhängige“ und mit Erkennbarkeit „massiver Schädigungen“ und
- Bedarf an Versorgung in vollstationärer Pflegeeinrichtung (Heimpflegebedürftigkeit gem. SGB XI) und
- Lebenszentrum in Wuppertal.

¹⁹ Diese Untersuchung fand noch im Rahmen der zwischen 1996 und 2003 gültigen Version des Landespflegegesetzes NW statt (Pflegebedarfsplanung). Die Versorgungssituation alkoholabhängiger Pflegebedürftiger wurde hierbei altersunabhängig betrachtet (alle Personen ab 18 Jahre). Nach den vorliegenden Daten ist jedoch davon auszugehen, dass mehr als 50% der chronisch alkoholkranken Pflegebedürftigen unter 65 Jahre alt ist.

²⁰ 2001 hatte das Blaukreuz-Haus einen Antrag auf Bedarfsbestätigung für eine stationäre Pflegeeinrichtung ausschließlich für chronisch alkoholkranken Pflegebedürftige gestellt. Es würde zunächst vereinbart, die Bedarfslage zu klären. Im gleichen Jahr wurde ein Qualitätswettbewerb zur Deckung eines Defizits von 120 Plätzen in der vollstationären Dauerpflege ausgeschrieben, an dem sich auch der o.g. Träger beteiligte. Das Auswahlverfahren wurde 2002 unter Beteiligung externer Experten, u.a. Herrn Dr. Jan Wojnar, Hamburg, durchgeführt.

Zur Feststellung des Umfangs der Zielgruppe erfolgt eine Erhebung²¹ bzgl.

- a) Personen, die bereits in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben,
- b) Personen in stationären Einrichtungen der Sucht-, Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie, die einer Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen bedürfen,
- c) Personen aus dem häuslichen Bereich (incl. Betreute Wohnformen), die einer vollstationären Pflege bedürfen.

2. Bewertung der derzeitigen Versorgungssituation der Zielgruppe und ihrer Angemessenheit

- Feststellung von ausreichender Versorgung, Versorgungsproblemen und Fehlversorgung/ unzureichender Versorgung unter Beachtung der Grundsätze pflegerischer Versorgung
 - a) Ambulant vor stationär (Erhalt der Häuslichkeit auch bei Pflege)
 - b) spezialisierte Versorgung, wo nötig – integrative Versorgung, wo möglich
 - c) wohnortnahe Versorgung
- Möglichkeiten der qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung in der Sucht- und Wohnungslosenhilfe zur Sicherstellung pflegerischer Versorgung

3. Abschätzung zukünftiger Bedarfe an pflegerischer Versorgung der Zielgruppe

- Aktuelle Fluktuation in der Versorgung (Zugang/ Abgang)
- Demographische Entwicklung und Entwicklung der Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung
- Entwicklung der verschiedenen Teilgruppen pflegebedürftiger Alkoholkranker

4. Abgleich von Bestand und Bedarf sowie Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung in der Zukunft

- Sicherung pflegerische Versorgung im Bestand
- Weiterentwicklung bestehender Angebote
- Einrichtung neuer Angebote

²¹ Im Zeitraum 01.05. bis 31.10.2001 wurde zum Zwecke der Bedarfsfeststellung eine Erhebung zu pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Alkoholabhängigen durchgeführt, zu denen der o.g. Antragsteller eine Grundlage erarbeitet hat. Die organisatorische Durchführung der Erhebung erfolgte als Kooperationsprojekt von Sozialplanung und Psychosozialer Planung der Stadt Wuppertal; die Datenauswertung und Bedarfsfeststellung erfolgte durch die Sozialplanung. In die Erhebung einbezogen waren alle Pflegeeinrichtungen (ambulant, teilstationär, vollstationär), alle Wohn- und Beratungseinrichtungen der Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe (incl. Betreutes Wohnen) sowie die Kliniken Langenberg und Tannenhof; ferner allgemeine Beratungsdienste (z.B. BSD).

Zusätzlich wurden Daten zur Verweildauer erhoben, zu einzelnen Aspekten erfolgten bei den befragten Einrichtungen und Stellen zusätzliche Nachfragen. Weiterhin wurden im Zuge der Bearbeitung der Bedarfsfeststellung eine Vielzahl an Gesprächen mit Vertretern von Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe, Beratungsdiensten sowie mit Planungsverantwortlichen in Wuppertal und außerhalb geführt.

Rücklaufquote betrug insges. 72% (insges. konnten aber nur 32% aller Befragten konkrete Angaben zu Betroffenen machen); darüber hinaus muss von einer Dunkelziffer ausgegangen werden (Personen ohne bzw. unverbindlichen Kontakt zu Einrichtungen/ Diensten)

Die Validität der Erhebungsdaten ist zudem begrenzt wegen des uneinheitlichen Antwortverhaltens (z.B. Nennung von Ablehnungen und von Personen ohne anerkannte Pflegestufe).

III. Umfang und Versorgungssituation der relevanter Zielgruppe (in Abgrenzung zu allen erfassten Personen)

Folgende Tabelle zeigt eine differenzierte Aufstellung aller durch die Erhebung erfassten Personen: demnach wurden im Halbjahreszeitraum Mai bis Ende Oktober 2001 insgesamt 405 Alkohol- und/oder Medikamentenabhängige, die bereits pflegebedürftig sind bzw. von Pflegebedürftigkeit bedroht sind, durch die befragten Einrichtungen und Dienste zumindest zeitweise betreut. Davon gehören 219 Personen (= 54%) i.e.S. zur relevanten Zielgruppe (Definition s.o.): 157 wurden über den gesamten Zeitraum betreut, weitere 29 kamen im Verlauf der Monate hinzu und 22 Personen verstarben im Beobachtungszeitraum; 11 Personen mussten abgelehnt werden (u.a. wegen Pflegebedürftigkeit).

Zeitraum 01.05. - 31.10.2001	Anzahl Erfasste gesamt	davon			
		in Betreuung über ges. Zeitraum	Neuauf- nahmen	in Betreuung und verstorben	Betreuung abgelehnt
Alkohol-, Medikamenten- und Mehrfachabhängige ²²	405 (100%)	292	64	35	14
Davon: Alkohol- und Mehrfachabhängige mit deutlich erkennbaren Schädigungen	231	164	36	22	11
davon Personen mit Lebenszentrum Wuppertal	219 (54%)	157	29	22	11
Dabei Doppelnennungen (wg. Betreuungswechsel im Zeitverlauf bzw. Doppelbetreuung)	6	5			1

Am Stichtag 31.10.2001 waren demnach 186 Personen der Zielgruppe i.e.S. (ohne Doppelnennungen 181 Personen²³) in Betreuung (Summe aus der Personenzahl, die während der gesamten Zeit in Betreuung waren und der Personenzahl, die im Zeitraum neu hinzu gekommen ist).

Im Weiteren (Abschnitt IV.) erfolgt die Bedarfsfeststellung anhand der Bewertung der derzeitigen Versorgungssituation bei der Zielgruppe i.e.S., d.h. den Personen mit erkennbaren massiven Schädigungen (lt. II.). In Abschnitt V. (Abschätzung zukünftiger Bedarfe) werden auch die Personen ohne derzeit erkennbare massive Schädigungen einbezogen.

²² Darunter sind insgesamt 58 Personen erfasst worden, die ausschließlich medikamentenabhängig sind

²³ Hierbei handelt es sich i.E. um folgende Doppelnennungen:

- 3 x Betreuung in psychiatrischer/ Suchtklinik und danach Aufnahme in vollstationäre Pflegeeinrichtung
- 1 x Betreuung in Einrichtung der Wohnungslosenhilfe und danach Aufnahme in vollstationäre Pflegeeinrichtung
- 1 x Betreuung in Betreutem Wohnen und Einleitung von ambulanter Pflege

IV. Versorgungssituation der Zielgruppe i.e.S. im Einzelnen

Im folgenden wird die Versorgungssituation der alkoholabhängigen Pflegebedürftigen mit erkennbaren Schädigungen und Lebenszentrum in Wuppertal detaillierter beschrieben und bewertet:

1. Personen, die bereits in vollstationärer Pflegeeinrichtung leben

In Wuppertal existieren insgesamt 37 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit zur Zeit insgesamt rd. 3.700 Plätzen. In einer dieser Einrichtungen (Städtisches Pflegeheim Neviandtstr.) werden Plätze speziell für Personen mit Korsakowsyndrom angeboten.

Einrichtung	Art	Bestand	Betreuungsansatz	Versorgung Pflegebedürftiger	Zielgruppe	Zugang
Städt. Pflegeheim Neviandtstr.	§ 72 SGB XI	55 Pl.	Pflegeeinrichtung mit 2 Stationen für pflegebedürftige Alkoholranke (mit Konzept Entwöhnung - kontrollierter Alkoholkonsum; Beschäftigungsangebote)	Versorgung Alkoholabhängiger ab Pflegestufe 0 (insbes. von Korsakowsyndrom Betroffene; bei Kompensation: (Re-)Integration auf normale Pflegestation in Neviandtstr. bzw. andere städt. Einrichtungen (= Betreuungssystem APH ²⁴)	50 - 70 jährige pflegebedürftige Alkoholiker (trocken - nass)	über Fachklinik Langenberg auch ehemalige Bewohner aus soz.th. Wohnheimen, Obdachlosenunterkünfte/ -wohnheime, Häuslichkeit; selten: aus anderen vollst. Einrichtungen
Andere vollstationäre Pflegeeinrichtungen	§ 72 SGB XI	rd. 3650 stationäre Plätze	Pflegeeinrichtungen ohne Spezialisierung	Auftrag gem. Versorgungsvertrag	Pflegebedürftige aller Pflegestufen (incl. Pflegestufe 0) und aller Altersstufen	div.

Im **Erhebungszeitraum** Mai – Oktober 2001 hatten insgesamt 134 Pflegebedürftige der Zielgruppe mit einer vollstationären Pflegeeinrichtung Kontakt²⁵: fast alle Personen waren zumindest zeitweise in vollstationärer Pflege, weitüberwiegend sogar dauerhaft (109 Personen).

	in Betreuung im gesamten Beobachtungszeitraum	Neuaufnahme im Beobachtungszeitraum	in Beobachtungszeitraum verstorben	Ablehnungen	Davon: Verlegungen
städt. Pflegeeinrichtung Neviandtstr.	59	5	10	0	1
sonstige städt. Pflegeeinrichtungen	20	1	4	0	
Pflegeeinrichtungen freier und privater Träger	30	2	2	1	1
gesamt	109	8	16	1	2

²⁴APH = Eigenbetrieb Alten- und Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal

²⁵ Die vollstationären Pflegeeinrichtungen haben sich zu 86,5% an der Befragung beteiligt (32 Einrichtungen). Da jedoch nur 20 Einrichtungen Kontakte zur Zielgruppe haben/hatten und die anderen 12 Einrichtungen Fehlanzeige vermeldeten, ist davon auszugehen, dass auch die restlichen 5 nicht an der Erhebung beteiligten Einrichtungen keinen Kontakt zu alkoholkranken Pflegerbedürftigen haben/hatten.

Gesamtanzahl betreuter Personen am Stichtag 31.10.2001: 117 Personen, davon:

- 64 Personen in Pflegeeinrichtung Neviandtstr. (= 54,7%)
- 21 Personen in anderen städt. Pflegeeinrichtungen (= 17,9%)
- 32 Personen in Pflegeeinrichtungen freier + privater Träger (= 27,4%)

D.h. 72,6% aller alkoholkranken Pflegebedürftigen mit erkennbaren Schädigungen wurden durch städtische Pflegeeinrichtungen versorgt. Die übrigen Pflegebedürftigen werden zu $\frac{3}{4}$ insbesondere durch drei Einrichtungen freier bzw. privater Träger versorgt.

Fluktuation: im halbjährigen Beobachtungszeitraum überwogen die Sterbefälle die Neuaufnahmen um das Doppelte (16 : 8).

Ablehnungen: im Beobachtungszeitraum erfolgte lediglich eine Ablehnung wegen fehlender Kapazität (Person wurde in anderer Pflegeeinrichtung aufgenommen)

Verlegungen: im Beobachtungszeitraum zwei Verlegungen von einer vollstationären Einrichtung in eine andere (ein Mal im Rahmen des Betreuungssystems APH von Neviandtstr. wegen Stabilisierung in andere städt. Einrichtung, ein Mal Stadtteilwechsel)

Zusätzliche Informationen:

Verweildauer in vollstationären Pflegeeinrichtungen:

- Neviandtstr.: durchschnittlich ca. 4 – 5 Jahre (von den derzeitigen alkoholkranken Pflegebedürftigen leben 49% 4 Jahre und länger in der Einrichtung)
- Andere Pflegeeinrichtungen: durchschnittliche Verweildauer z.Zt. 4,1 Jahre; von den derzeit dort wohnenden alkoholkranken Pflegebedürftigen leben fast $\frac{3}{4}$ unter 4 Jahren in den Einrichtungen (28% wurden erst im Jahre 2001 aufgenommen).

Betreutes Klientel in den Pflegeeinrichtungen:

- Neviandtstr. und andere städtische Einrichtungen:
 - a) Jüngere Pflegebedürftige mit Korsakowsyndrom, bei denen körperlicher Verfall noch nicht weit fortgeschritten, mobil/ fit, aber bereits geistige Verfallserscheinungen/ demenzähnliches Verhalten, teilweise freiwilliges Abstinenzverhalten, i.d.R. Pflegestufe 0
→ notwendig ist hoher Aufwand bei Anleitung/ Beaufsichtigung bei Alltagsverrichtungen (Hygiene, Essen, bei Bedarf: kontrollierter Alkoholkonsum) – Unterbringung auf Stationen mit Spezialversorgung/ Neviandtstr. und bei Stabilisierung Verlegung auf „normale“ Wohngruppen (Neviandtstr. oder andere städt. Einrichtungen)
 - b) eher Ältere, bei denen auch der körperliche Verfall eingesetzt hat (immobil, teilweise Rollstuhlbedarf), meist kein Alkoholkonsum mehr, i.d.R. höhere Pflegestufen I/II
→ im Vordergrund steht die pflegerische Versorgung – Versorgung im Rahmen „normaler“ Wohngruppen/ alle Einrichtungen
- Einrichtungen freier + privater Träger: in Einzelfällen werden auch hier jüngere Pflegebedürftige mit Korsakowsyndrom versorgt, wenn sie nicht übermäßig trinken und die Bewohnergemeinschaft stören. In den meisten Fällen handelt es sich bei den betreuten Pflegebedürftigen jedoch um solche, bei denen die pflegerische Versorgung (Pflegestufe I aufwärts) im Vordergrund steht und freiwillige Abstinenz praktiziert wird.

Ausschlusskriterien der Aufnahme:

- Neviandtstr.: Gewaltbereitschaft
- Andere Pflegeeinrichtungen: Gewaltbereitschaft, starker Alkoholkonsum, teilweise Alter (Ablehnung jüngerer mobiler Personen/ aktive Trinker)

→ Bewertung der derzeitigen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen:

Ausreichende Versorgung zur Zeit i.d.R. gewährleistet

Kapazitäten Spezialversorgung Neviandtstr. waren im Beobachtungszeitraum fast vollständig ausgelastet, alle Anfragen auf Neuaufnahme konnten erfüllt werden (keine Ablehnungen)

Kapazitäten andere Pflegeeinrichtungen waren im Beobachtungszeitraum gut ausgelastet. Die Versorgung und Neuaufnahme von alkoholkranken Pflegebedürftigen war möglich (es gab nur eine Ablehnung). Die Aufnahme von alkoholkranken Pflegebedürftigen mit erkennbaren Schäden erfolgte schwerpunktmäßig durch drei Einrichtungen, die im Durchschnitt über eine geringere Auslastung als anderer Pflegeeinrichtungen verfügen (Belegungsprobleme z.B. aufgrund fehlender Modernisierung/ Behindertengerechtigkeit). Es muss also davon ausgegangen werden, dass gegenwärtig eine höhere Aufnahmebereitschaft des Klientels als üblich wegen schlechter Auslastung erfolgt.

Versorgungsprobleme zeitweise

Unterbringungsprobleme von jüngeren Pflegebedürftigen waren zwar im Beobachtungszeitraum nicht festzustellen, es wurde jedoch von Einrichtungen verschiedentlich berichtet, dass sie Anfragen dieser Gruppe von Pflegebedürftigen eher zurückhaltend gegenüber stehen. Nur in seltenen Fällen kann die Einrichtung Neviandtstr. wegen Überlastung nicht aufnehmen (im Bedarfsfall stellt die Einrichtung einige zusätzliche Plätze im Rahmen der Spezialversorgung zur Verfügung).

Fehlversorgung kann zur Zeit nicht festgestellt werden

Fehlversorgung kann nicht festgestellt werden, da in allen Pflegeeinrichtungen bei aktiven Trinkern der Alkoholkonsum zu kontrollieren versucht wird sowie beaufsichtigende und beschäftigungstherapeutische Maßnahmen angeboten werden. Es erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit Psychiatern/ Neurologen. Die alkoholkranken Pflegebedürftigen, bei denen Pflege in Vordergrund steht, werden im Rahmen der „normalen“ Pflege adäquat versorgt. Sinnvoll erscheint dennoch eine verstärkte Qualitätsdiskussion zur Verbesserung der Betreuung in den Pflegeeinrichtungen.

2. Personen in stationären Einrichtungen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe sowie Psychiatrie, die einer vollstationären Versorgung durch Pflegeeinrichtung bedürfen

In Wuppertal existieren zwei stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe gem. § 39 BSHG, in denen insbesondere auch alkoholabhängige Personen versorgt werden. Daneben findet sich diese Zielgruppe auch unter den Bewohnern der stationären Einrichtung für Wohnungslose. Zumindest zeitweisen Kontakt haben die beiden für Wuppertal zuständigen psychiatrischen und Suchtkliniken.

Einrichtung	Art	Be-stand	Betreuungsansatz	Versorgung Pflegebedürftiger	Zielgruppe	Zugang
Blaukreuz-Zentrum, sozialtherapeutisches Wohnheime	§ 39 BSHG	52 Pl.	Wohnheime mit sozialtherapeutischen Angeboten (Abstinenzgebot)	Nein (nur in Ausnahmefällen ambulante Versorgung in Einrichtung)	chron. Alkohol-krankte, z.Zt. noch nicht pflegebedürftig	tlw. über Fach- klinik Langen- berg (abge- schlossene The- rapie)
Diakonie Elber- feld, Walter- Bertram-Haus	§ 11/ 72 BSHG	30 Pl.	Wohnheim mit Betreu- ungsangeboten	ambulante Versorgung der Bewohner; bei sich verstärkender Pflegebe- dürftigkeit Verlegung in SBG XI - Einrichtungen	Wohnungslose mit Suchtproble- matik u.a. ("nas- se" Alkoholiker)	tlw. über Fach- klinik Langen- berg (nicht ab- geschlossene Therapie); Ob- dachlosenunter- künfte
Simmering GmbH, Villa Hammerstein	§ 39 BSHG (früher: Alten- heim)	50 Pl.	Wohnheim mit sozialthe- rapeutischen Angeboten (ohne Abstinenzgebot)	vorübergehend bei leicht- er Pflegebedürftigkeit von Bewohnern (Pflege- stufe I) - sonst Verlegung; keine Neuaufnahmen bereits Pflegebedürftiger	Erwachsene mit Alkoholproblema- tik	tlw. über Fach- klinik Langen- berg, Kranken- haussozialdiens- te Allgemein- krankenhäuser
Ev. Stiftung Tannenhof			psychiatrische Versor- gung, spezielle Angebote für Sucht- und Drogenab- hängige	Teilweise (eigene Pflege- einrichtung)		
Fachklinik Langenberg			Versorgung Suchtkranker: stationäre Akutbehand- lung, Langzeitbehand- lung, Ambulanz etc.	nein		

Im Erhebungszeitraum Mai – Oktober 2001 hatten insgesamt 59 bis 64 Personen der Zielgruppe Kontakt mit einer der o.g. Einrichtungen:

	in Betreu- ung im gesamten Zeitraum	Neuauf- nahme	in Betreuung verstorben	Ablehnungen wg. Pflege- bedarf	davon: Verlegungen/ Vermittlung wg. stationä- rem Pflegebe- darf	Vermittlung ambulante Pflege für ei- gene Häuslich- keit	Vermittlungs- bedarf, aber fehlendes Einverständnis Betroffene/r
stationäre Einglie- derungshilfe	11	5	0	8 (+max.3)	0	1	
stationäre Woh- nungslosenhilfe	5	1	2	(ca. 2)	1	0	(ca. 5)
Fachklinik Langen- berg	2	17	0	0	5	1	8
Stiftung Tannenhof	4	2	0	2	2	3	
gesamt	22	25	2	10 (+max.5)	8	5	8 (+ ca.5)

Gesamtanzahl betreuter Personen am Stichtag 31.10.2001:

insgesamt 47 Personen, davon:

- 16 Personen in stationärer Eingliederungshilfe (Dauerunterbringung)
- 6 in stationärer Wohnungslosenhilfe (Dauerunterbringung)
- 25 in (zeitweiser) klinischer Betreuung

Fluktuation in stationären Einrichtungen (Dauerunterbringung):

Überhang der Neuaufnahmen zu Abgängen (6:2)

Ablehnungen:

- Insgesamt erfolgten in ca. zehn (+2) Fällen Ablehnungen einer Aufnahme in stationäre Betreuung aufgrund von Pflegebedarf gem. SGB XI bzw. mangelnder Behindertengerechtigkeit der Räumlichkeiten (in zwei Fällen durch die Stiftung Tannenhof, in 8 Fällen durch eine stationäre Suchtkrankeneinrichtung). Diese Personen sind im Erhebungszeitraum nicht durch eine andere Einrichtung aufgenommen worden, also derzeit möglicherweise unzureichend versorgt.

Verlegungen:

- in stationäre Pflegeeinrichtungen: im Beobachtungszeitraum acht Wechsel in vollstationäre Pflegeeinrichtung (drei Mal in Neviandtstr.) – bemerkenswerter Weise in keinem Fall aus einer Einrichtung der stationären Suchtkrankenhilfe heraus
- Vermittlung in stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe: es erfolgten darüber hinaus sechs Wechsel von den Kliniken in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (hier ist davon auszugehen, dass die pflegerische Versorgung als ausreichend angesehen wurde) – nicht in obiger Tabelle ausgewiesen

Vermittlung von ambulanter Pflege:

- erfolgte im Beobachtungszeitraum in fünf Fällen, insbesondere durch die Kliniken

Fehlgeschlagene Vermittlung:

- in 8 –13 Fällen wurde den Betroffenen der Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung vorgeschlagen, die Betroffenen zeigten hier kein Einverständnis.

Zusätzliche Informationen:Betreutes Klientel in stationären Einrichtungen der Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe:

- Vornehmlich jüngere alkoholranke Personen mit beginnender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (s.o. Korsakowsyndrom), die – je nach Unterbringung – abstinent oder nicht-abstinent leben – rd. 55% aller derzeit Betreuten sind lt. Erhebung unter 60 Jahre alt (vornehmlich Männer/ 83%)
- Eine Pflegestufe besteht trotz Begutachtung in vielen Fällen nicht (bei den o.g. 16 Personen in Eingliederungshilfeeinrichtungen haben 2 lediglich Pflegestufe I – hierbei handelt es sich um bereits seit langem in der Einrichtung Lebende)
- Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Einrichtungen der Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe erfolgt entweder durch Personal der Einrichtung, im Bedarfsfall durch zeitweise ergänzenden ambulanten Pflegedienst; perspektivisch sind bei ggf. weiterem Zunehmen des Pflege- und Betreuungsbedarfs Veränderungen im Versorgungsarrangement notwendig
- Ein wesentlicher Aspekt bei dem Fehlschlagen einer stationären pflegerischen Versorgung (im Beobachtungszeitraum in ca. 13 Fällen) liegt in der mangelnden Bereitschaft des Einsatzes von Einkommen/ Rente bei den Betroffenen.

Ausschlusskriterien der Aufnahme in stationäre Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe:

- u.a. Personen mit Pflegestufe I aufwärts

→ Bewertung der derzeitigen Versorgung in stationären Einrichtungen der Wohnungslosen-, Suchthilfe und psychiatrischen Versorgung:

Grundsätzlich ist es aufgrund der vorliegenden Daten nicht eindeutig festzustellen, welche der benannten Personen bereits heimbefähigt sind und welche Personen durchaus auch außerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen adäquat versorgt werden könnten, denn:

- Heimbefähigkeit ist ganz offensichtlich zweifelsfrei lediglich bei erfolgten Verlegungen in stationäre Pflege vorhanden
- Heimbefähigkeit ist unklar, wenn Sucht- und Wohnungsloseneinrichtungen die Aufnahme abgelehnt haben (ggf. Ausreichen ambulanter Pflege)
- Heimbefähigkeit ist ferner unklar, wenn Personen weiter in stationärer Eingliederungshilfe betreut werden und nicht in stationäre Pflege weitervermittelt werden – z.B. wegen Bestehen auf Abstinenzansatz
- Heimbefähigkeit ist ferner nur eine notwendige Bedingung zum Wechsel in eine vollstationäre Dauerpflegeeinrichtung – unabdingbar ist ferner die Voraussetzung „Freiwilligkeit der Betroffenen“. Diese Voraussetzung scheint bei der hier interessierenden Zielgruppe der Alkoholkranken typischerweise in nicht wenigen Fällen zu fehlen.

Ausreichende stationäre Verlegungsmöglichkeiten derzeit faktisch gegeben (aber divergierende Praxis)

Fehlplatzierung in Einrichtungen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe wegen mangelnden Kapazitäten in Pflegeeinrichtungen sind nicht anzunehmen, da das Abfließen Heimpflegebedürftiger in adäquate Versorgung im Beobachtungszeitraum gewährleistet war (s.o.) – Fehlplatzierung steht allerdings dort zu vermuten, wenn Einrichtungen mit strikter Abstinenzhaltung nicht in Pflegeeinrichtungen verweisen, weil sie dort nicht das strikte Abstinenzgebot wiederfinden. Festzustellen bleibt jedoch, dass auch in den stationären Pflegeeinrichtungen abstinentes Leben möglich ist und unterstützt wird (sogar in der Einrichtung Neviandstr.).

Die dauerhafte Versorgung von alkoholkranken Personen mit beginnender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und die Neuaufnahme dieses Personenkreises spricht für ihre zumindest kurz- und mittelfristig adäquate Versorgung in diesen Einrichtungen (zumindest für die Gruppe der mobilen jüngeren Alkoholkranken, die weniger Pflege i.e.S., sondern Anleitung und Beaufsichtigung bedarf).

Versorgungsprobleme in Eingliederungshilfe vorhanden

Die ergänzende Unterstützung durch ambulante Pflegedienste erfolgt in den stationären Dauereinrichtungen vereinzelt – möglicherweise nicht extensiv genug. Andererseits zeichnen sich die vorhandenen Einrichtungen durch erhebliche Mängel an Behindertengerechtigkeit aus, die einen langfristigen Verbleib bei zunehmender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und Immobilität erschweren. Ferner existieren andere – in Wuppertal noch nicht genutzte - Weiterentwicklungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Betreuungssituation von hilfebedürftigen Alkoholabhängigen (spezielle Wohngruppen in stationärer Eingliederungshilfe)

Fehl-/ Unterversorgung außerhalb stationärer Einrichtungen ist vorhanden

Pflegerische Fehl- bzw. Unterversorgung ist für ca. 13 Personen anzunehmen aufgrund fehlgeschlagener Vermittlung von stationärer Pflege (mangelndes Einverständnis der Betroffenen). Ferner ist als Folge von Ablehnungen (s.o.: 10 – 15 x wegen mangelnder Sicherstellung von Pflege in den angefragten Einrichtungen) mit pflegerischer Fehlversorgung/ ungenügender Versorgung der Betroffenen zu rechnen.

3. Personen aus dem häuslichen Bereich (incl. Betreute Wohnformen), die einer vollstationären Pflege bedürfen

Alkoholabhängige Personen mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, die in ihrer eigenen Wohnung oder bei Freunden/ Bekannten bzw. auf der Straße leben, sind im Rahmen der Erhebung nur zum Teil erfassbar gewesen, nämlich über die Informationen ambulanter Pflegedienste, der Tagespflegeeinrichtungen, der Träger Betreuter Wohnformen für Suchtkranke sowie über Beratungsdienste – hier konnte nur ein Teil der befragten Einrichtungen/ Dienste nähere Angaben zu den betroffenen Personen machen (zwischen 30 und 6%):

Einrichtung	Art	Bestand	Betreuungsansatz	Versorgung Pflegebedürftiger	Zielgruppe
Ambulante und Tagespflegeeinrichtungen	Gem. SGB XI	Ca. 70 ambulante + 5 Tagespflegeeinrichtungen	Ambulante Versorgung in Häuslichkeit und/ oder ergänzende tagespflegerische Versorgung	Auftrag gem. Versorgungsvertrag	Alle Pflegebedürftigen (incl. Pflegestufe 0)
Betreutes Wohnen für Suchtkranke				Bei Bedarf: Pflege durch ambulanten Pflegedienst	
Beratungsdienste, z.B. Bezirkssozialarbeit, sozialpsychiatrischer Dienst				Vermittlung von pflegerischen Versorgungsangeboten	

Im Erhebungszeitraum Mai – Oktober hatten insgesamt 34 Personen der Zielgruppe Kontakt mit einer der o.g. Einrichtungen und Dienste:

	in Betreuung im gesamten Zeitraum	Neuaufnahme	in Betreuung verstorben	Ablehnungen wg. Pflegebedarf	davon: Verlegungen/ Vermittlung wg. stationärem Pflegebedarf	Vermittlung ambulante Pflege für eigene Häuslichkeit	Vermittlungsbedarf, aber fehlendes Einverständnis Betroffene/r
ambulante Pflegedienste	16	1	2	0	1	0	0
Tagespflegeeinrichtungen	2	0	0	0	0	0	0
Betreutes Wohnen für Suchtkranke	6	0	0	0	0	(1)	0
Beratungsdienste	5	0	2	0	1	2	2 (amb.)
gesamt	29	1	4	0	2	2 + 1	2

Gesamtanzahl betreuter Personen am Stichtag 31.10.2001:

insgesamt 30 Personen, davon:

- 17 in ambulanter Pflege
- 2 in Tagespflege
- 6 in Betreutem Wohnen für Suchtkranke
- 5 in Beratung

Fluktuation: ein Großteil der Betroffenen war den gesamten Beobachtungszeitraum über in Betreuung, geringe Anzahl an Neuaufnahmen

Ablehnungen: es gab keine Ablehnungen wegen bestehender Pflegebedürftigkeit

Verlegungen in vollstationäre Pflege: in zwei Fällen erfolgte eine Vermittlung in vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Vermittlung von ambulanter Pflege: in drei Fällen geschah die Vermittlung von ambulanter Pflege (in einem Fall ergänzend zum Betreuten Wohnen)

Fehlgeschlagene Vermittlung: zumindest zwei Fälle sind bekannt, in denen die vorgeschlagene ambulante pflegerische Versorgung nicht zustande gekommen ist aufgrund des mangelnden Einverständnisses der Betroffenen

Zusätzliche Informationen:

Betreutes Klientel:

Insbesondere die Beratungsdienste berichten von mehreren – in der o.g. Statistik nicht erfassten – alkoholabhängigen Personen mit Hilfe- und Pflegebedarf, die nicht zur Annahme von Vermittlungsangeboten (ambulante/ stationäre Pflege) bewegt werden konnten bzw. die pflegerische Betreuung nach kurzer Zeit wieder abbrechen.

→ Bewertung der derzeitigen Versorgung in stationären Einrichtungen der Wohnungslosen-, Suchthilfe und psychiatrischen Versorgung:

Grundsätzlich muss auch an dieser Stelle wiederholt werden, dass die vorliegenden Daten wenig Aufschluss über den Umfang hilfe- und pflegebedürftiger Alkoholkranker und die Art einer angemessenen Versorgung (ambulant, teilstationär, stationär) erbringen, denn:

- der Rücklauf unter den Beratungsdiensten war im Rahmen der Erhebung sehr lückenhaft (Nichtbeteiligung von Diensten bzw. keine detaillierten Auskünfte)
- gerade im häuslichen Bereich zeigt sich ein äußerst begrenzter Zugang zu den Betroffenen, die den Kontakt zu Beratungseinrichtungen etc. nicht aufnehmen ; es ist davon auszugehen, dass eine unbestimmt umfangreiche Dunkelziffer besteht
- bei den Betroffenen mit Kontakt zu Beratungseinrichtungen zeigte sich wiederum das bereits angesprochene Phänomen der mangelnden Bereitschaft, professionelle pflegerische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Ausreichende stationäre Verlegungsmöglichkeiten derzeit faktisch gegeben

Es liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass Vermittlungen in vollstationäre Dauerpflege wegen mangelnder Kapazitäten bzw. sonstiger begrenzter Aufnahmebereitschaft der Pflegeeinrichtungen nicht zustande gekommen wären.

Insofern muss auch für die derzeit im Betreuten Wohnen lebenden Betroffenen von einer kurzfristig adäquaten pflegerischen Versorgung ausgegangen werden, zumal hier der Ansatz ergänzender Unterstützung durch ambulante Pflegedienste praktiziert wird.

Fehl-/ Unterversorgung in der Häuslichkeit ist vorhanden

Bezüglich der im häuslichen Bereich pflegerisch fehlversorgten/ unzureichend versorgten Personen muss mit einer Dunkelziffer gerechnet werden, da Beratungsdienste das Einverständnis zur Einschaltung von Pflegediensten/ Pflegeeinrichtungen bei den Betroffenen nicht herstellen können bzw. diesen Personenkreis zum Teil gar nicht erst erreichen. Notwendig erscheint eine Fachdiskussion über die Entwicklung neuer zugehender und niedrigschwelliger Angebote, um die hier sichtbar gewordene Unterversorgung abzubauen.

V. Abschätzung zukünftiger Bedarfe an pflegerischer Versorgung der Zielgruppe

Aufgrund des Fehlens von allgemein anerkannten Bedarfskriterien zur Feststellung der pflegerischen Versorgung von Alkoholkranken skizziert folgende Aufstellung relevante Einflussfaktoren auf die zukünftigen Versorgungsanforderungen der hier interessierenden Zielgruppe:

- Versorgungskapazitäten: Die vorliegenden Daten zu Zugang und Abgang in den stationären Pflegeeinrichtungen und in den stationären Einrichtungen der Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe zeigen ein Anwachsen der Betroffenengruppe außerhalb von Pflegeeinrichtungen, in letzteren überwogen im Beobachtungszeitraum allerdings die Abgänge. Auch der relativ große Anteil bereits sehr lange in der Einrichtung Neviandtstr. lebender Betroffener verweist auf ein in Zukunft nicht schrumpfendes Vermögen von Neuaufnahmen.
- Aufnahmefähigkeit/ -bereitschaft der Pflegeeinrichtungen in Zukunft: In einigen Pflegeeinrichtungen wurden gerade in den letzten Monaten eine größere Anzahl von Betroffenen neu aufgenommen – dies steht bei einem Teil der Einrichtungen vermutlich im Zusammenhang mit ihren Auslastungsproblemen. Da in den nächsten Jahren aufgrund der demographischen Entwicklung in Wuppertal wieder mehr Pflegebedürftige zu erwarten sind, wird möglicherweise zumindest die Bereitschaft (weiter) sinken, eine bestimmte Teilgruppe alkoholkranker Pflegebedürftiger (aktive Trinker, jüngere und noch mobile Pflegebedürftige, keine/geringe Pflegestufe) aufzunehmen. Gleichzeitig erfolgen jedoch Ausbau und Modernisierung von Einrichtungen, d.h. es wird zukünftig einen verschärfteren Wettbewerb zwischen neuen/ modernen und nicht-modernisierten (bzw. nicht modernisierbaren) Pflegeeinrichtungen geben. Da die derzeit größere Betroffenengruppen beherbergenden Einrichtungen eher zu den zur Zeit nicht-modernisierten (bzw. nicht modernisierbaren) Pflegeeinrichtungen gehören, ist hier bei ihrem weiteren Bestehen ggf. auch zukünftig mit Aufnahmebereitschaft und -fähigkeit zu rechnen.
- Verbleib in derzeitigen Einrichtungen: Es ist davon auszugehen, dass die Betroffenen auch in Zukunft in ihrer derzeitigen Pflegeeinrichtung verbleiben und ein Wechsel in eine Spezialversorgung nur in Einzelfällen stattfinden wird.
- Entwicklung der Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung: unter Zugrundelegen einer gleichbleibend hohen Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung muss wegen der gegenläufigen demographischen Entwicklung von Gesamt- und Altenbevölkerung (sinkende bzw. leicht steigende Anzahl an Personen) in den nächsten Jahren allenfalls mit einer leichten Zunahme der interessierenden Zielgruppe gerechnet werden (jüngere mobile + ältere immobile alkoholkranke Pflegebedürftige).
- Entwicklung der Teilgruppe „jüngere, zur Zeit noch mobile, aber abzusehend hilfe- und pflegebedürftige Alkoholranke“:
Die Erhebung erfasste 186 Personen außerhalb der Zielgruppe i.e.S. (= Personen ohne massive Schädigungen, jedoch mit erkennbarer Alkoholabhängigkeit und zumindest beginnendem Hilfe- und Pflegebedarf). Von diesen 186 Personen waren am 31.10.2001 170 in Betreuung, davon 115 bereits in vollstationären Pflegeeinrichtungen; d.h. 55 Personen lebten außerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen. Von diesen 55 Personen wurden wiederum 20 durch ambulante bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtungen versorgt und 34 lebten in stationären Einrichtungen der Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe. Insgesamt kann max. für 50% der zur Zeit außerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen betreuten ein zukünftiger Bedarf an vollstationärer Pflege angenommen werden, die im Zeitverlauf schwerpunktmäßig durch die Einrichtung Neviandtstr. aufgefangen werden können.
- Bedarfsfeststellung umliegender Gebietskörperschaften: In den umliegenden Städten und Kreisen wird derzeit kein Bedarf an speziellen vollstationären Pflegemöglichkeiten gesehen. Eine Bereitschaft zur Anerkennung von Platzzahlen für eine anteilmäßige überregionale Versorgung durch Wuppertaler Einrichtungen existiert deshalb nicht.

VI. Schlussfolgerungen

Abschließend erfolgt die zusammenfassende Bewertung der bestehenden pflegerischen Versorgung von alkoholkranken Hilfe- und Pflegebedürftigen sowie die Benennung von Erfordernissen quantitativer und qualitativer Weiterentwicklung. Dabei werden die in Pflegeversicherungs- und Landespflegegesetz NW formulierten Grundsätze pflegerischer Versorgung zugrunde gelegt:

- a) Ambulant vor stationär (Erhalt der Häuslichkeit auch bei Pflege)²⁶
- b) spezialisierte Versorgung, wo nötig – integrative Versorgung, wo möglich
- c) wohnortnahe Versorgung

1. Sicherung der pflegerischen Versorgung im Bestand

- Die bestehenden Pflegeeinrichtungen werden auch in Zukunft den steigenden Bedarf an pflegerischer Versorgung der alkoholkranken Pflegebedürftigen abdecken, bei denen die pflegerische Versorgung im Vordergrund steht und dies im Rahmen einer integrativen Betreuung gewährleisten.
- Die pflegerische Versorgung der jüngeren alkoholkranken Pflegebedürftigen (i.d.R. mit Pflegestufe 0) wird auch zukünftig zu wesentlichen Teilen durch die Spezialbetreuung in der Pflegeeinrichtung Neviandtstr. erfolgen können.
- Das „System APH“ bietet zudem die Gewähr einer flexiblen bedarfsgerechten Versorgung im Einzelfall (Möglichkeit der integrativen Versorgung bei Stabilisierung).

2. Weiterentwicklung bestehender Angebote

- Die Möglichkeiten der Heimbedürftigkeitsfeststellung und Nutzung der vorhandenen stationären Versorgung scheinen im Bereich der Suchtkrankenversorgung nicht ausgeschöpft. Eine Verbesserung der Vermittlung des Personenkreises kann z.B. über die Erstellung einer Liste aufnehmender Einrichtungen erleichtert werden.
- Die Ermöglichung von Pflege außerhalb von Pflegeeinrichtungen durch konzeptionelle Weiterentwicklung und Ermöglichung eines Verbleibs in Einrichtungen der Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe für Pflegebedürftige der sog. Pflegestufe 0 scheint zu wenig im Blick und sollte i.S. des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ stärker forciert werden (u.a. durch Herstellung von Behindertengerechtigkeit der Wohnheime)
- Die Verbesserung der Versorgung in der Häuslichkeit durch Verbesserung der Bereitschaft der Betroffenen muss zukünftig ein Schwerpunkt der Einrichtungen/ Dienste sein (niedrigschwellige ambulante Versorgung)

²⁶ Hier wird auch das Wohnen in einer stationären Einrichtung der Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe als „Häuslichkeit“/ Heimat betrachtet.

3. Einrichtung neuer Angebote

Zur Zeit ist nicht feststellbar, dass in größerem Umfang stationäre Pflegeplätze zur Spezialbetreuung von jüngeren alkoholkranken Hilfe- und Pflegebedürftigen fehlen, da die unzureichende Versorgung eher im häuslichen Bereich festzustellen ist. Bezogen auf die zukünftige Entwicklung kann mit aller Vorsicht lediglich ein Bedarf an weiteren 10 – max. 20 Plätzen für eine vollstationäre Spezialbetreuung Wuppertaler Betroffener geschätzt werden, **wenn** die Möglichkeiten der Verbesserung der ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden (s.o.). Dafür sind grundsätzlich zwei verschiedene Umsetzungsmodelle denkbar:

→ **Modell I:** Einrichtung von Außenwohngruppen für Zielgruppe (gem. §39 BSHG) in behindertengerecht gestalteten Räumlichkeiten mit speziell auf die Bedürfnisse abgestimmtem Personal, Tagesstruktur und Versorgungsangebot (Mahlzeiten- und Wäscheversorgung etc.) – dies würde es einer relevanten Teilgruppe der Betroffenen ermöglichen auch außerhalb einer vollstationären Pflegeeinrichtung adäquat versorgt zu sein und eine Lücke im bestehenden Wuppertaler Versorgungssystem schließen.

→ **Modell II:** Errichtung weiterer Wohngruppen für jüngere alkoholranke Heimpflegebedürftige in einer (neuen) Pflegeeinrichtung, die jedoch überwiegend (zumindest zu 50%) auch „normale“ Pflegebedürftige (nicht Alkoholranke) aufnimmt, da hier ein gravierender nachgewiesener Bedarf an zukünftigen Versorgungsmöglichkeiten besteht (Einrichtung für Wuppertaler Bedarf ohne überregionale Versorgungsfunktion). In den speziellen Wohngruppen sollten sowohl abstinent als auch nicht abstinent Alkoholranke versorgt werden. Sinnvoll wäre hier ein Standort, der aus allgemeiner Bedarfssicht mit Priorität versehen ist. Die Akzeptanz einer Einrichtung mit Alkoholikerbetreuung im Umfeld wächst zudem durch die schwerpunktmäßige Aufnahme nicht-alkoholkranker Personen.

Zusammenfassung der Ergebnisse: Wohn- und Versorgungssituation jüngerer pflegebedürftiger Erwachsener in Wuppertal 2005/2006

I. Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen und stationärer Behindertenhilfe	66
II. Entwicklungsperspektiven	70
III. Handlungsempfehlungen	72

An dieser Stelle erfolgt zusammenfassend aus allen einzelnen Untersuchungen dieses Berichts eine komprimierte Darstellung der Ergebnisse – soweit möglich wurden zusätzliche Daten aufgenommen:

I. Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen und stationärer Behindertenhilfe in Wuppertal

1. Wieviele jüngere Pflegebedürftige gibt es ?

Gesamte Zielgruppe im Alter von 18 - 65 Jahren²⁷: min. rd. 1.350 Pflegebedürftige
davon:

allein durch private Pflegepersonen (meist Angehörige) Versorgte:	rd. 1.050 Personen
durch ambulante Pflegedienste Versorgte:	rd. 140 Personen
in stationären Pflegeeinrichtungen Versorgte	rd. 150 Personen
<u>darüber hinaus</u> in Behinderteneinrichtungen Versorgte	..rd. .177 Personen

2. Wer wird wo gepflegt ?²⁸

2.1. Pflegeeinrichtungen

2.1.1 Ambulant:

- Anzahl Erwachsene jüngere Pflegebedürftige (18 – 65 Jahre), die in der Häuslichkeit versorgt werden: ca. 1.200 Pflegebedürftige, davon schätzungsweise rd. 140 Personen in Betreuung durch ambulante Dienste; davon schätzungsweise rd. 40 Personen im Alter zwischen 60 und 65 Jahren²⁹.
- Alter der jüngeren Pflegebedürftigen (Altersanteile an den jüngeren Pflegebedürftigen bis 60 Jahre, die durch ambulante Dienste versorgt werden): Kinder/ Jugendliche 19 %, Erwachsene bis 50 Jahre 42%, 50 – 60 Jahre 39%.
- Vergleich der durch ambulante Pflegedienste Versorgten (Stichtag 31.03.2004) mit den Erstbegutachteten mit Versorgungsempfehlung „ambulant“ (Zeitraum 2000-2004) bzgl. der Pflegestufe: Ersteinstufung erfolgt zu 60-70% zunächst in Pflegestufe I; bei 5 - 10% allerdings direkt in die höchste Pflegestufe. Die über 65 Jährigen starten vergleichsweise weniger direkt in Pflegestufe III.

²⁷ Schätzung unter Einbeziehung der Pflegestatistik gem. § 109 SGB XI, die ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie die häusliche Pflege einbeziehen. Pflege im Rahmen der stationären Behindertenhilfe (§43a SGB XI) wird hier nicht explizit abgebildet (im Einzelfall können sie bei pflegerischer Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst bereits in der geschätzten Anzahl der durch ambulante Pflegedienste Versorgten enthalten sein).

²⁸ ohne Berücksichtigung häuslicher Pflege allein durch Angehörige und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe !

²⁹ Die Befragung ambulanter Pflegedienste in 2004 erbrachte 75 ambulant Versorgte im Alter zwischen 18 und 60 Jahren (s. Datenreport ab S. 5); an der Befragung hatten sich nur rd. ¾ aller ambulanten Pflegeeinrichtungen in Wuppertal beteiligt.

Der Blick auf die Pflegestufenverteilung der durch ambulante Pflegedienste versorgten Jüngeren zeigt, dass im Laufe der Pflegebiographie auch bei den Jüngeren eine zunehmende Pflegebedürftigkeit zu verzeichnen ist; grundsätzlich sind sie jedoch bereits beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit sehr viel stärker auf Hilfe und Pflege angewiesen.

	durch ambulante Dienste Versorgte (31.03.2004) ³⁰		Erstbegutachtung mit Empfehlung ambulanter Versorgung (Zeitraum 2000-2004)	
	Pflegestufe I (Anteile an Altersgruppe in %)	Pflegestufe III / III Hf (Anteile an Altersgruppe in %)	Pflegestufe I (Anteile an Altersgruppe in %)	Pflegestufe III / III Hf (Anteile an Altersgruppe in %)
18 – 49 J.	31,4	25,7	71	5
50 – 59 J.	48,1	14,8	60	10
unter 60 J. gesamt	34,6	24,2	64	8
60 – 64 J.	./.	./.	58	8
Zum Vergleich: 65 J. u.ä.	./.	./.	76	3

- Krankheitsbilder durch ambulante Dienste versorgter jüngerer Pflegebedürftiger: 16 % MS-Kranke, 15 % Hirngeschädigte, 10% Schlaganfall. Die MDK-Gutachten sehen bei den Jüngeren folgende Rangfolge an pflegebegründenden Diagnosen: Nervenerkrankungen, Neubildungen, Kreislauferkrankungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und psychische bzw. Verhaltensstörungen. Insbesondere Pflegebedürftige mit Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen haben eine hohe Chance der ambulanten Versorgung, ähnlich hoch ist bis zum 60. Lebensjahr auch die ambulante Betreuungsempfehlung bei Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen und Neubildungen. Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems und psychischen bzw. Verhaltensauffälligkeiten wird hingegen mit zunehmendem Lebensalter der Betroffenen in höherem Maße eine stationäre Betreuung empfohlen. Insgesamt jedoch liegt die Empfehlung zur ambulanten Versorgung bei allen quantitativ wichtigen pflegebegründenden Diagnosen und allen Altersgruppen bei i.d.R. weit über 50%.
- Dauer der pflegerischen Versorgung in der Häuslichkeit: es lässt sich feststellen, dass auch Personen mit hoher Pflegestufe über lange Zeit ambulant versorgt werden.
- Qualitative Aspekte häuslicher Wohn- und Pflegesituation (exemplarisch MS-Kranke):
 - rd. 70% leben in Mehrpersonenhaushalt (teilweise Mehrgenerationenhaushalt zur Bündelung familiärer Unterstützungspotentiale), 30% Ein-Personen-Haushalte (tendenziell jüngere Menschen ohne Partner); deutlich ist ein Trend zu Einpersonenhaushalten bei jüngeren Lebensaltern
 - 50% ohne angepasste Wohnung (Mietwohnungen und Eigentum), auch bei (teil-)angepassten Wohnungen bestehen wohnungsbedingte Probleme für die Betroffenen
 - rd. 18% berufstätig (frühes Krankheitsstadium), 50 – 60% ohne Beschäftigung und mit nur geringen Aktivitäten; → 45% ohne Pflegestufe, 40% ohne Angewiesensein auf fremde Hilfe (davon 55% berufstätig). Insgesamt verdeutlichen die Befragungsergebnisse eine hohe Bindung an Wohnung/ Häuslichkeit und den Wunsch mit der Familie zusammen zu bleiben.
 Die Einbettung in ein funktionierendes stabiles familiäres Netz ist die Voraussetzung dafür, dass ein großer Anteil der jüngeren Pflegebedürftigen ambulant versorgt werden kann und gleichzeitig Indiz für hohe Anforderungen an Angehörige.

³⁰ Ohne Pflegebedürftige mit Pflegestufe 0 (SGB XII).

Die Befragung der in der eigenen Häuslichkeit lebenden MS-Kranken (s.o.) zeigt exemplarisch, dass jüngere Pflegebedürftige nur noch in geringem Maße an Freizeit- und Berufsaktivitäten teilnehmen können – dies steht in Zusammenhang mit dem teilweise hohen Maß an Angewiesensein auf fremde Hilfe (61%). Dies verweist auf die große Bedeutung der Sicherung sozialer Teilhabe bei voran schreitender Abhängigkeit von Hilfe und Pflege.

- Pflegeeinrichtungen: Jüngere Pflegebedürftige werden insbes. durch 2 spezielle ambulante Pflegedienste versorgt (knapp $\frac{1}{4}$ aller jüngeren Pflegebedürftigen):

- ISB Ambulante Dienste
- Kinderkrankenpflegedienst Jakim

Hier bestehen jeweils besondere konzeptionelle Orientierungen auf die Kundengruppe der jüngeren Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen: z.B. Einbindung in Personalauswahl für ihre Betreuung, Integration der Angehörigen (Lebenspartner, Kinder) in den Prozess der Dienstleistung.

Darüber hinaus betreut ein Teil der ambulanten Pflegedienst jeweils nur wenige, andere keine jüngeren Pflegebedürftigen.

2.1.2 Stationär:

- Anzahl der stationär betreuten Jüngeren (18 – 65 Jahre): rd. 150 Personen, wobei rd. 100 Personen unter 60 Jahre alt sind
- Alter der jüngeren Pflegebedürftigen, die in stationären Pflegeeinrichtungen betreut werden (Altersanteile an jüngeren Pflegebedürftigen bis 60 Jahre, die stationär versorgt werden): Kinder/Jugendliche 0 %, Erwachsene bis 50 Jahre 35%, 50 – 60 Jahre 65%.
- Vergleich der durch stationäre Pflegeeinrichtungen Versorgten (Stichtag 31.03.2004) mit den Erstbegutachteten mit Versorgungsempfehlung „stationär“ (Zeitraum 2000-2004) bzgl. der Pflegestufe: Ersteinstufung erfolgt zu 30-40% zunächst in Pflegestufe I; bei 7 - 20% allerdings direkt in die höchste Pflegestufe. Auffällig ist hier, dass jeder Fünfte 18 – 49 Jährige bereits beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit (Ersteinstufung) die Pflegestufe III erhält und somit sehr viel stärker auf Hilfe und Pflege angewiesen als die über 65 Jährigen, die vergleichsweise weniger direkt in Pflegestufe III starten. Der Blick auf die Pflegestufenverteilung der durch stationäre Pflegeeinrichtungen versorgten Jüngeren zeigt, dass im Laufe der Pflegebiographie der Anteil der Jüngeren mit Pflegestufe III weiter zunimmt.

	durch stationäre Pflegeeinrichtungen Versorgte (31.03.2004) ³¹		Erstbegutachtung mit Empfehlung stationäre Versorgung (Zeitraum 2000-2004)	
	Pflegestufe I (Anteile an Altersgruppe in %)	Pflegestufe III / III HF (Anteile an Altersgruppe in %)	Pflegestufe I (Anteile an Altersgruppe in %)	Pflegestufe III / III HF (Anteile an Altersgruppe in %)
18 – 49 J.	14	46	29	21
50 – 59 J.	30	30	41	7
unter 60 J. gesamt	24	35	37	12
60 – 64 J.	./.	./.	46	8
Zum Vergleich: 65 J. u.ä.	./.	./.	56	3

³¹ Zur besseren Vergleichbarkeit hier ohne Pflegebedürftige mit Pflegestufe 0.

In den niedrigen Pflegestufen (0 und I) dominieren lt. Erhebung zum Stichtag 31.03.2004 die chronisch alkoholkranken Pflegebedürftigen (Korsakow-Syndrom), in Pflegestufe III insbes. MS-Kranke, Hirngeschädigte und Apalliker.

- Krankheitsbilder stationär versorgter jüngerer Pflegebedürftiger: 28 % Alkoholranke, 21 % MS-Kranke, 19 % Hirngeschädigte. Die MDK-Gutachten sehen bei den Jüngeren folgende Rangfolge an pflegebegründenden Diagnosen: Kreislaufkrankungen, psychische bzw. Verhaltensstörungen, Nervenerkrankungen, Neubildungen und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems – i.d.R. Krankheitsbilder die eher Notwendigkeiten von kontinuierlicher Pflege und Beaufsichtigung implizieren.
- Dauer der stationären pflegerischen Versorgung: mit zunehmender Verweildauer steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III, im Einzelfall leben jedoch auch Menschen mit Pflegestufe 0 bzw. I bereits sehr lange in stationären Pflegeeinrichtungen, – dies ist insbes. bei chronisch alkoholkranken Pflegebedürftigen der Fall (Begründung der Heimbedürftigkeit, z.B. aufgrund eines fehlenden sozialen Umfeldes).
- Pflegeeinrichtungen: Jüngere Pflegebedürftige leben in stationären Einrichtungen der Altenpflege mit oder ohne besondere Wohnbereiche und Betreuungskonzepte für Jüngere. Zur Zeit existieren in Wuppertal 37 vollstationäre Pflegeeinrichtungen, davon zwei Einrichtungen mit speziellen Wohnbereichen:
 - Haus Hardt: MS-Erkrankte und neurologisch Erkrankte;
 - Altenpflegeheim Neviandtstr.: junge Unfallgeschädigte und chronisch AlkoholrankeIn diesen Einrichtungen, die zum Stichtag 31.03.2004 rd. 2/3 aller jüngeren Pflegebedürftigen versorgten, bestehen besondere konzeptionelle Bedingungen für jüngere Pflegebedürftige, die sich nicht nur aus den speziellen Krankheitsbildern ergeben, sondern sich auch auf altersgemäße Aktivitäten der sozialen Betreuung und der Wohnbedingungen beziehen. Beide Einrichtungen haben ein flexibles Belegungskonzept, d.h. die Platzkapazitäten für diese Zielgruppe werden bei Bedarf ausgeweitet.

2.2. Stationäre Behinderteneinrichtungen

- Zur Zeit existieren 18 Behinderteneinrichtungen mit 731 Plätze (ohne Außenwohngruppen). Im Januar 2006 waren lt. Angaben der Träger gegenüber der Heimaufsicht 177 Bewohner/innen pflegebedürftig gem. SGB XI, also rd. 24% aller Bewohner/innen. Fast $\frac{3}{4}$ aller als „pflegebedürftig“ bezeichneten Behinderten leben in zwei Einrichtungen für körperlich-geistig Behinderte (Troxler-Haus, Lebenshilfe).
- Alter und Pflegestufen der Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen: lt. Erstbegutachtung des MDK in den Jahren 2000 – 2004 waren die 12 Behinderten zum Zeitpunkt ihrer erstmaligen erfolgreichen Zuerkennung einer Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI zwischen 18 und 64 Jahren alt; dabei lag der Schwerpunkt bei den 50 – 64 Jährigen (75%). Eine Pflegestufenzuordnung erfolgt im Rahmen der Begutachtung gem. § 43a SGB XI i.d.R. nicht.
- Krankheitsbilder von in Behinderteneinrichtungen versorgten jüngeren Pflegebedürftiger: die MDK-Gutachten zeichnen folgende Rangfolge an pflegebegründenden Diagnosen: psychische bzw. Verhaltensstörungen, angeborene Fehlbildungen, Nervenerkrankungen, Kreislaufkrankungen und Neubildungen.
- Ein geringer Teil aller jüngeren Pflegebedürftigen in Wuppertal lebt in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe; der Verbleib in der Behindertenhilfe ermöglicht die Aufrechterhaltung der sozialen Integration – ist jedoch bei zunehmenden pflegerischen Anforderungen (Pflegestufe I aufwärts) mit Anpassungen der Einrichtung bzw. einem Wechsel der Betroffenen in eine Pflege-

einrichtung verbunden.³² Zur Zeit existieren in zwei stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe besondere konzeptionelle (und damit personelle und bauliche) Voraussetzungen für pflegebedürftige geistig-körperlich Behinderte (Lebenshilfe, Troxlerhaus)³³ – dies begründet vermutlich u.a. die hohe Anzahl an Pflegebedürftigen in diesen Einrichtungen. Andere Einrichtungen der Eingliederungshilfe (für Suchtkranke, psychisch Kranke) verweisen ihre Bewohner/innen bei hohen Bedarfen an körperbezogener Pflege und Immobilität (weniger bei erhöhten Bedarfen der Anleitung und Betreuung) i.d.R. zur weiteren Betreuung in Pflegeeinrichtungen³⁴. Dies hat u.a. damit zu tun, dass die Einrichtungen baulich wenig auf Immobile ausgerichtet sind – konzeptionelle Anpassungen im Bereich der Wohnbereichs- und Personalstruktur sind deshalb wenig sinnvoll.

II. Entwicklungsperspektiven

1. Die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2005) geht davon aus, dass die Anzahl junger Unfallopfer und pflegebedürftiger Behinderter zukünftig ansteigen wird - aufgrund der schwierigen Datenlage über die Situation und den Hilfebedarf jüngerer Pflegebedürftiger könnten jedoch keine systematischen Aussagen über den Pflegebedarf und die Bedarfskonstellationen im Einzelnen gemacht werden.

2. Die Erhebungen für Wuppertal ermöglichen Aussagen zur bisherigen quantitativen Entwicklung, jedoch ist auch hier eine Prognose zukünftiger Entwicklungstendenzen nicht nur wegen der Unwägbarkeiten in der zukünftigen Ausgestaltung des SGB XI schwierig. Die in den vergangenen Jahren in Wuppertal erhobenen Daten zeigen zwar eine Zunahme der Anzahl jüngerer Pflegebedürftiger zwischen 1998 und 2004, die durch Pflegeeinrichtungen versorgt wurden. Ob es sich hier um eine Entwicklung handelt, die linear in die Zukunft fortgeschrieben werden kann, ist fraglich.

Die Daten zur MDK-Erstbegutachtung lassen darauf schließen, dass durchschnittlich mit einem Neuzugang von 275 erwachsenen jüngeren Pflegebedürftigen in Wuppertal zu rechnen ist³⁵. Davon sind ca. 47% zwischen 60 und 65 Jahren, also im Übergang in die eigentliche Alterslebensphase. Immerhin 53% der jährlich neu in die Pflegebedürftigkeit eintretenden Jüngeren ist jedoch teilweise weit unter 60 Jahre alt. Im Zeitverlauf von 2000 – 2005 konnte bei den Erstbegutachtungen keine eindeutige Entwicklungstendenz im Ausmaß der Pflegebedürftigkeit Jüngerer festgestellt werden.

Im folgenden werden die Ergebnisse zu den bisherigen und für die Zukunft anzunehmenden Entwicklungstendenzen im Bereich „Jüngerer Pflegebedürftiger“ getrennt nach der Versorgungsform dargestellt:

³² Der Wechsel in eine Pflegeeinrichtung ist jedoch vom Einverständnis der Betroffenen abhängig. Wie die Untersuchung zu den alkoholkranken Pflegebedürftigen gezeigt hat, ist dieses nicht immer gegeben.

³³ Dazu zählen z.B. die Bildung von Wohn- bzw. Tagesgruppen älterer/ pflegebedürftiger Bewohner/innen, Einstellung von examiniertem Pflegepersonal, Einbau von Pflegebädern etc.

³⁴ Von den Einrichtungen wird für die Vergangenheit teilweise über Probleme in der Aufnahme durch stationäre Pflegeeinrichtungen berichtet (Wartelisten).

³⁵ Daten zur Verweildauer von jüngeren Pflegebedürftigen in der stationären Pflege sowie zum Wechsel von ambulanter in stationäre Pflege liegen nicht vor.

Ambulant

- Zwischen 1998 und 2004 ist ein Anstieg der jüngeren Menschen mit Pflegestufe III festzustellen.
- Lt. MDK-Erstbegutachtung in den Jahren 2000 – 2004 erfolgt bei durchschnittlich 79% aller jüngeren Pflegebedürftigen eine ambulante Versorgungsempfehlung³⁶ (= durchschnittlich rd. 220 Personen pro Jahr) – die Empfehlung einer häuslichen Versorgung wird um so mehr ausgesprochen je jünger die Betroffenen sind; im gleichen Zeitraum wurde 572 Antragstellern auf ambulante Pflegeleistungen im Alter von 18 - 65 Jahren keine Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI zuerkannt (durchschnittlich ca. 115 Personen pro Jahr). Ein Großteil der in der Häuslichkeit Versorgten wird ausschließlich durch Angehörige betreut.
- Die Enquetekommission NRW rechnet zukünftig vermehrt mit behinderten Menschen, die allein leben, nach Verlust ihrer Eltern über keine Familienangehörigen verfügen und nur eingeschränkt in der Lage sind, frühzeitig für entsprechende Unterstützungsstrukturen (u.a. im Falle von Pflegebedürftigkeit) zu sorgen.

Stationär

- Von 1998 – 2004 Steigerung der unter 60 Jährigen um 42%-Punkte auf 104 Personen 2004; Dabei insbes. ein Zuwachs bei den Pflegestufen II und III; Pflegestufe 0 blieb relativ konstant. Eine Fortschreibung dieser Entwicklungstendenz würde für 2010 eine Anzahl von rd. 150 vollstationären Pflegeplätzen bedeuten, die durch jüngere Pflegebedürftige genutzt werden – wie bereits angemerkt, ist allerdings unklar, ob eine solche lineare Fortschreibung legitim ist.
- Neuzugänge in stationären Bereich: Lt. Befragung der Einrichtungen ergibt sich ein Neuzugang von durchschnittlich rd. 20 jüngeren Pflegebedürftigen pro Jahr (dies bezieht sich auf die unter 60 Jährigen; hochgerechnet handelt es sich um ca. 38 Pflegebedürftige unter 65 Jahren); der MDK empfiehlt im Zuge der Erstbegutachtung durchschnittlich rd. 55 Jüngeren (unter 65 Jahre) pro Jahr eine stationäre Versorgung. Die Erstbegutachtung lässt jedoch keine eindeutige quantitative Entwicklungstendenz erkennen (jahresbezogen große Schwankungen!). D.h. es kann pro Jahr durchschnittlich mit rd. 40 Neuzugängen in die stationäre Pflege aus der Altersgruppe der 18 – 65 Jährigen gerechnet werden. Ca. 14 Personen mit Antrag auf stationäre Pflege erhalten pro Jahr keine Pflegestufe zuerkannt (2000 – 2004 insgesamt 70 Personen im Alter von 18 – 65 Jahren).
- Die stationären Pflegeeinrichtungen haben bislang ausreichende Kapazitäten für jüngere Pflegebedürftige vorgehalten; aufgrund der derzeit bekannten Planungsvorhaben (Schaffung zusätzlicher Platzkapazitäten) und der derzeitigen Kenntnisse der Nachfrageentwicklung im stationären Pflegebereich kann – ausgehend von der derzeitigen bestehenden Platzkapazität - augenblicklich davon ausgegangen werden, dass bis ca. 2010 keine größeren Engpässe entstehen werden.

Stationäre Behindertenhilfe

- In den Jahren 2000 bis 2004 wurden lt. MDK-Erstbegutachtung insgesamt 12 Behinderte erstmals als Pflegebedürftige gem. SGB XI eingestuft, davon waren 9 Personen zwischen 50 und 64 Jahre alt. Weitere 142 Personen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, wurden im gleichen Zeitraum mit dem Ergebnis „nicht pflegebedürftig“ erstmals vom MDK begutachtet. Dies lässt darauf schließen, dass in den Einrichtungen eine große Anzahl von Menschen lebt, die größeren Hilfebedarf – möglicherweise nur knapp –

³⁶ Die Versorgungsempfehlung „ambulant“ – „stationär“ – „§43a SGB XI“, die durch den MDK ausgesprochen wird, ist für den Betroffenen und seine Angehörigen jedoch nicht bindend. Gerade bei sehr jungen Menschen kann davon ausgegangen werden, dass hier die Priorität bei der häuslichen Versorgung (mit/ ohne Unterstützung durch ambulante Pflegedienste) sehr hoch ist.

unterhalb der Kriterien einer Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI haben und demnächst auch gem. SGB XI pflegebedürftig sein werden. Zudem ist zu erwarten, dass sich der Pflegebedarf der jetzt bereits pflegebedürftigen Bewohner/innen intensivieren wird. Diese Entwicklung wird insbesondere die Einrichtungen für körperlich-geistig Behinderte betreffen.

- Für den Bereich der Behindertenhilfe ist eine Prognose der zukünftigen Pflegebedürftigkeit ihrer Bewohnerschaft grundsätzlich schwierig, da wichtige Faktoren nicht bekannt sind: z.B.
 - Ausmaß zukünftiger Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung von älteren (pflegebedürftigen) Behinderten,
 - zukünftige konzeptionelle Anpassungen der Behinderteneinrichtungen (eigene Wohngruppen mit Versorgung durch ambulante Pflegedienste oder Personal der Einrichtung),
 - Grenzen der pflegerischen Versorgung in der Behindertenhilfe und damit verbundene Notwendigkeiten des Wechsels von Betroffenen in Pflegeeinrichtungen,
 - Umfang neuer spezieller Pflegeangeboten für Suchtkranke, psychisch Kranke, körperlich-geistig Behinderte durch Pflegeanbieter.
- Die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ hat 2005 festgestellt, dass – trotz fehlenden systematischen Aussagen zum Pflegebedarf - bei behinderten Menschen ab dem 50. Lebensjahr ein prozentual höherer intensiver Pflegebedarf auftritt als bei Menschen ohne Behinderung und dass sich bei den über 60 jährigen Behinderten mehr Mobilitätseinschränkungen zeigen. Die von der Enquetekommission befragten Experten glauben zu rd. 60%, dass sich der Pflegebedarf älterer Behinderter in den nächsten Jahrzehnten sehr hoch entwickeln wird, die infrastrukturellen Voraussetzungen in der Versorgungsrealität für diese Entwicklungen jedoch nur partiell ausreichend gerüstet sind.

III. Handlungsempfehlungen

1. Schaffung ausreichender Wohn- und Pflege - Kapazitäten

Die Daten zu Bestand und Entwicklungsperspektiven verweisen zur Zeit nicht auf ein in Kürze anstehendes größeres Versorgungsdefizit in Wuppertal: die stationären Pflegeeinrichtungen verfügen seit geraumer Zeit über freie Kapazitäten³⁷ und die stationären Behinderteneinrichtung versorgen bereits jetzt in hohem Maße Pflegebedürftige. Zudem haben im Jahre 2005 zwei neue Pflegeeinrichtungen ihren Betrieb aufgenommen, die im Rahmen spezieller Konzepte auch jüngere Pflegebedürftige versorgen wollen:

- Betreuungszentrum Hofaue: spezielle Wohngruppe für chronisch psychisch kranke Pflegebedürftige mit 9 Plätzen im Rahmen einer neuen regulären Pflegeeinrichtung
- Haus Vivo: neue Spezialeinrichtung ausschließlich für Beatmungspflichtige

In Wuppertal existieren darüber hinaus Überlegungen verschiedener Träger zur Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes für jüngere Pflegebedürftige:

- Betreutes Wohnen für jüngere Pflegebedürftige
- Tagespflegeeinrichtung für jüngere Pflegebedürftige
- Stationäre Pflegeeinrichtung speziell für chronisch alkoholkrankte Pflegebedürftige (40-60 Pl.)
- Stationäre Pflegeeinrichtung mit Wohngruppe(n) für jüngere Pflegebedürftige (80 Pl.)

³⁷ Vereinzelt nicht realisierte Verlegungen aus der Behindertenhilfe in Pflegeeinrichtungen können deshalb nicht aus Kapazitätsgründen erfolgt sein; hier scheinen eher konzeptionelle Gründe oder ggf. auch die Nicht - Zustimmung des Betroffenen eine Rolle zu spielen.

D.h. der Pflegemarkt reagiert auf die Belange jüngerer Pflegebedürftiger insbesondere im Bereich der stationären Pflege derzeit mit tendenziell sehr hohen Nachfrageerwartungen für seine Planungsvorhaben, die durch die derzeit vorliegenden Daten nicht gedeckt werden können.

Für die Zukunft gesehen sind deshalb folgende **Maßnahmen** notwendig:

1.1. Notwendig ist eine Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsangebote für jüngere Pflegebedürftige durch Schaffung differenzierter ambulanter Wohn- und Pflegeangebote.

Die aktuelle Entwicklung kennzeichnet sich insbes. durch Spezialisierungen in der stationären Pflege gem. SGB XI; die Weiterentwicklung des ambulanten Bereichs verläuft dagegen eher verhalten. Angesichts des hohen Anteils ambulanter versorgter jüngerer Pflegebedürftiger, deren Wunsch nach möglichst langem Verbleib in der gewohnten Umgebung und der hohen Einbindung von (pflegenden) Angehörigen sollte im ambulanten Bereich verstärkt an neuen Angeboten gearbeitet werden – auch wenn eine ambulante Versorgung im praktischen Einzelfall erhöhte Koordination zwischen Angeboten und Versorgungssystemen notwendig macht. Grundsätzlich gilt auch für schwerstpflegebedürftige jüngere Menschen der Grundsatz des SGB XI „ambulant vor stationär“ !

Die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ hält es für erforderlich, die Wohnraumsituation für jüngeren Pflegebedürftigen „*betreuerleichternd umzugestalten*“ (Handlungsempfehlung Nr. 128). Insbesondere der Aufbau ausreichend differenzierter ambulanter Wohn- und Versorgungsformen durch Kooperation von Pflegeeinrichtungen mit Wohnungsbauträgern erscheint sinnvoll, z.B. ausreichend große barrierefreie Familienwohnungen mit angebundener Unterstützung, Wohnen mit Betreuung, Wohngemeinschaften). Die Enquete-Kommission fordert dazu auf „*dem Bereich der pflegebegleitenden bzw. unterstützenden Hilfen besondere Beachtung zu schenken. Denn ihnen kommt sowohl unter dem Gesichtspunkt einer prioritär ambulanten Versorgung wie auch unter fiskalischen Aspekten ein wichtiger Stellenwert zu: je besser und ausdifferenzierter die ambulante pflegerische Infrastruktur inklusive pflegeergänzender und – unterstützender Hilfen, desto mehr können vollstationäre Unterbringungen vermieden oder zumindest verzögert werden*“ (Handlungsempfehlung Nr. 42) – dies gilt auch bezogen auf die Gruppe der jüngeren Pflegebedürftigen mit ihrem vergleichsweise höheren Pflegebedarf !

1.2. Notwendig ist die Fachdiskussion innerhalb der Eingliederungshilfe bezüglich des weiteren Umgangs mit Pflegebedürftigkeit mit dem Ziel der Schaffung angemessener pflegerischer Bedingungen für die einzelnen Betroffenen(gruppen).

Die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ plädiert für differenzierte Pflegeangebote für Jüngere, Behinderte, Suchtkranke und psychisch Kranke sowohl im häuslichen Bereich als auch stationär. Sie fordert alternative und dezentrale Wohnformen, differenzierte ambulante Betreuungs- und Versorgungsangebote, um frühzeitige und unnötige Heimeinweisungen zu vermeiden. Ferner hält sie konzeptionelle Anpassungen der Heime für erforderlich (tagesstrukturierende Angebote, Konzepte zur Alltagsgestaltung, Verbesserung der Personalqualifikation).

Insbesondere der Aufbau differenzierter ambulanter Wohn- und Pflegeangebote erscheint für Wuppertal sinnvoll, da seit geraumer Zeit vornehmlich über stationäre Pflegeangebote für die verschiedenen Behindertengruppen diskutiert wird ! So wäre es z.B. denkbar, insbes. Personen mit Pflegebedürftigkeit der Stufe 0 oder I im Rahmen betreuter Wohnangebote ambulant zu versorgen.

Bezogen auf die Anpassung der stationären Behinderteneinrichtungen sind grundsätzlich mehrere Wege gangbar: Einrichtung von Pflege Wohnbereichen in der stationären Eingliederungshilfe mit eigenem Pflegepersonal oder pflegerische Versorgung durch ambulante Pflegedienste – beides setzt allerdings bauliche Anpassungen voraus (pflegebedingte Infrastruktur und grundsätzliche Barrierefreiheit). Denkbar ist aber auch die Arbeitsteilung mit stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines geregelten Überleitungs - Verfahrens für Behinderte, z.B. ab Pflegestufe II. In dem Maße, in dem die Behindertenhilfe selbst Anpassungsmaßnahmen in ihrem eigenen Bereich vornimmt, desto weniger Kapazitäten sind zukünftig in der stationären Pflege für Behinderte, Suchtkranke, psychisch Kranke notwendig.

Hinsichtlich des „Bedarfs“ an einer stationäre Pflegeeinrichtung für chronisch Alkoholranke haben sich seit 2002 keine wesentlichen neuen Anhaltspunkte ergeben, d.h. bezogen auf die zukünftige Entwicklung kann mit aller Vorsicht lediglich ein Bedarf an zusätzlichen max. 20 Plätzen für eine vollstationäre Spezialbetreuung Wuppertaler Betroffener geschätzt werden, wenn die Möglichkeiten der Verbesserung der ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden (s.o.). Das bestehende Wuppertaler Angebot ist bereits sehr groß und im Wuppertaler Umfeld existieren Träger, die ebenfalls Wohngruppen für chronisch alkoholranke Pflegebedürftige planen.

1.3. Bezogen auf die jüngeren Pflegebedürftigen, die aufgrund von Unfall oder erworbenen Erkrankungen pflegebedürftig geworden sind, sind nach heutigem Kenntnisstand und mit aller Vorsicht allenfalls 1 – 2 kleine stationäre Wohngruppen mit 8 – 12 Plätzen im Rahmen des Neubaus oder der Modernisierung von Pflegeeinrichtungen denkbar, die konzeptionell von vornherein auf Jüngere ausgerichtet sind.

Grundsätzlich sollte aber auch hier wegen der mangelnden Quantifizierbarkeit der zukünftigen Nachfrageentwicklung mit flexiblen Nutzungskonzepten gearbeitet werden, um grundsätzlich der Handlungsempfehlung der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ nachzukommen: *„... wird es darauf ankommen, die Angebote stärker auch auf spezifische Bedarfskonstellationen auszurichten“* (Handlungsempfehlung Nr. 30). Die Erfahrungen von Betreuungszentrum Hofaue und Haus Vivo verweisen auf eine sich nur langsam herstellende Nachfrage bei speziellen Teilgruppen jüngerer Pflegebedürftiger. Zudem bestehen hier die bzgl. ihrer Platzkapazität flexiblen Angebote zweier stationärer Einrichtungen in Wuppertal (Haus Hardt, Altenpflegeheim Neviandtstr.); ferner stehen auch in Nachbarregionen die „besonderen Zielgruppen“ zunehmend im Focus von Investoren/ Trägern, so dass Wuppertaler Einrichtungen nicht mit einem überregionalen Einzugsgebiet für ihre Angebote rechnen können.

2. Qualitative Weiterentwicklung bestehender Angebote

Folgende Weiterentwicklungsempfehlungen richten sich sowohl an ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen mit Spezialangeboten für Jüngere als auch an solche, die ohne besondere konzeptionelle Voraussetzungen jüngere Pflegebedürftige versorgen.

Bei der Frage nach angemessenen Bedingungen der Versorgung junger Pflegebedürftiger geht es zentral nicht nur darum, wo – je nach pflegebegründender Diagnose - die beste medizinisch-pflegerische Versorgung im engeren Sinne gewährleistet werden kann. Vielmehr geht es auch darum in besonderer Weise sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die qualitativen Anforderungen der jüngeren Pflegebedürftigen hinsichtlich des sozialen Umfeldes und der Wohnbedingungen zu berücksichtigen. Die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ fordert in ihren Handlungsempfehlungen unter dem Stichwort „Qualitätsmanagement“, *„ein den aktuellen Bedarfslagen der Bewohnerinnen und Bewohner angepasstes Leistungsprofil zu entwickeln, das*

eine einseitige Ausrichtung auf die körperbezogene Pflege vermeidet und vor allem eine systematische Ressourcenförderung und soziale Teilhabe gewährleistet“ (Handlungsempfehlung Nr. 35).

Es sind im Rahmen eines 2005 durchgeführten Workshops folgende Handlungserfordernisse festgestellt worden:

2.1. ambulante Pflege:

- Jüngere Pflegebedürftige wollen abends außerhalb der eigenen Wohnung soziale Kontakte und Freizeitinteressen pflegen können, d.h. ambulante Pflege muss abends zeitlich anders als bei älteren Menschen gestaltet werden (späte Abendrunde). Jüngere Pflegebedürftige haben aufgrund ihrer Erkrankung/ Behinderung oftmals in der Nacht Pflegebedarf, d.h. eine Versorgung in der Nacht muss organisiert und finanziert werden. Dies entspricht einer Forderung der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ unter dem Stichwort „Schaffung einer nutzerfreundlichen Arbeitsweise und Ablauforganisation“ (Handlungsempfehlung Nr. 20).
- Jüngere Pflegebedürftige haben mit verschiedensten Kostenträgern zu tun, sind i.d.R. aber gut selbst organisiert und benötigen nur punktuell Beratung. Probleme bereitet aber das geringe Hand-in-Hand-Arbeiten von Kostenträgern bzw. lange Wartezeiten auf Entscheidungen. Dies erschwert das möglichst selbständige Leben in der Häuslichkeit und damit die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“. Es sollte die Möglichkeit der Sicherung der eigenen Wohnung stärker in Anspruch genommen werden (bei Reha - Aufhalten etc.)
- Generell fordert die Betreuung jüngerer Pflegebedürftiger von den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten den Umgang mit selbstbewussten Kunden und somit ein flexibles Eingehen auf individuelle Wünsche, z.B. durch Beteiligung an der Auswahl der Betreuungspersonen, durch Integration der Angehörigen in den Pflege- und Betreuungsprozess. Psychosoziale Betreuung nimmt einen wichtigen Stellenwert ein.

2.2. stationäre Pflege:

- Jüngere Pflegebedürftige fühlen sich je nach individueller Priorität sowohl in Wohnbereichen mit Älteren als auch ausschließlich mit Jüngeren wohl. Maßgeblich für die Auswahl sollte der Wunsch des Betroffenen und der inhaltliche Pflegebedarf sein. Wichtig ist deshalb, dass Pflegeeinrichtungen eine breite Palette an Wohnmöglichkeiten für Jüngere anbieten (Einzelzimmer, Doppelzimmer; separate Bereiche, integrative Bereiche).
- Psychosoziale Betreuung ist bei jüngeren Pflegebedürftigen besonders wichtig, da ihre Akzeptanz Hilfe anzunehmen i.d.R. geringer ist, die Aufgabe der eigenen Selbstbestimmung resultiert im Wunsch nach Mitbestimmung des pflegerischen Alltags. Bezogen auf jüngere Pflegebedürftige ist die psychosoziale Betreuung sowohl zeitlich als auch inhaltlich defizitär. Jüngere haben andere Bedürfnisse als Ältere (Art der Freizeitangebote, Internetzugang) und aufgrund ihrer schweren Einschränkungen einen zeitlich hohen Bedarf an Hilfestellung und Zuwendung. Wichtig ist dabei die Orientierung an den Wünschen der Betroffenen, d.h. die gemeinsame Entwicklung von Handlungsplänen (kein Programm „vorsetzen“, sondern Rahmenbedingungen schaffen für „selbst bestimmtes Tun“).
- Insbes. für Jüngere ist es in stationären Einrichtungen schwierig, sich an die vorgegebenen Organisationsstrukturen anzupassen, d.h. Heimorganisation sollte sich nach den Bedürfnissen der Bewohner gestalten (Zeiten, Angebote, Wohnraumgestaltung etc.)
- Jüngere Pflegebedürftige benötigen intensive Therapieangebote, um Rehabilitationspotentiale auszuschöpfen und vorhandene Ressourcen zu fördern und zu stabilisieren. Jüngere Pflegebedürftige haben bei ausreichenden therapeutischen Angeboten die Chance ihre Fähigkeiten zu erhalten (z.B. Muskeltraining), fehlende Orientierung auf mögliche Rehabilitationspotentiale und/ oder

Finanzierung verhindert dies aber und führt so zum (frühzeitigeren) Abbau der individuellen Ressourcen.

- Der Umgang mit jüngeren Pflegebedürftigen scheint (insbes. für jüngeres) Pflegepersonal schwierig zu sein, sinnvoll ist die Schulung des Personals bzgl. Bedürfnissen, gemeinsamer Entscheidungsfindung, angemessener persönlicher Umgangsweisen. Hier bietet sich eine verstärkte Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen an (bei Fortbildungen, Angebote der Selbsthilfegruppen im Heim etc.).

2.3. Sicherung sozialer und kultureller Teilhabe

- Da insbes. das Leben in der eigenen Häuslichkeit für jüngere Pflegebedürftige mit hohem Hilfe- und Pflegebedarf besonders hohe Isolationsrisiken beinhaltet sollten zugehende Besuchs- und Kontaktangebote durch Förderung von bürgerschaftlichem Engagement geschaffen werden. In stationären Pflegeeinrichtungen ist die Organisation altersgemäßer Anregungen, Ansprache, Kontakte sowie wechselnder Aktivitäten/ Angebote erforderlich, die ggf. auch in Form von Einzelbetreuung durchgeführt werden. Die Gewinnung von Ehrenamtlichen ist zu verstärken, um vielseitige und wechselnde Angebote der Freizeitgestaltung durchführen sowie Kontakte zur „Außenwelt“ aufrecht erhalten/ pflegen zu können. Es sollte eine Ehrenamtlichen-Börse eingerichtet werden.
- Die Schaffung zusätzlicher Betreuungsangebote für pflegebedürftige geistig Behinderte und psychisch Kranke mit erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI) kann ebenfalls zur Sicherung sozialer Teilhabe häuslich Versorgter und gleichzeitig zur Entlastung ihrer Angehörigen beitragen.
- Jüngere Pflegebedürftige – ob nun in der eigenen Häuslichkeit oder in einer stationären Einrichtung lebend - haben Probleme ihre sozialen Kontakte aufrecht zu erhalten und laufen Gefahr, trotz ihrer ausgeprägten Mobilitäts- und Teilhabewünsche isoliert zu werden. Die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ hält es für notwendig, jüngeren Pflegebedürftigen *„den Zugang zu öffentlichen Einrichtungen zu verbessern“* (Handlungsempfehlung Nr. 128). Wichtig ist Barrierefreiheit in allen Lebensbereichen: Freizeitangebote (Veranstaltungsorte, Gaststätten, Disco's, Sportanlagen etc.), ÖPNV, Verkehrswege, Ausbildungs- und Arbeitsstätten; flankierend: Fahrdienste, integrative Angebote in Volkshochschule, Sport etc. und ein Wegweiser mit entsprechenden Informationen.

2.4. (Unter)Stützung der häuslichen Pflegesituation

Jüngere Pflegebedürftigen werden mit hoher Priorität in Privatwohnungen durch Angehörige versorgt; dies geschieht – wie die Befragung der zu Hause lebenden MS-Kranken zeigte - unter teilweise ungünstigen Rahmenbedingungen. Deshalb sind folgende Maßnahmen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger sowie des Erhalts des gewohnten Wohnumfeldes notwendig:

- Verstärkte Information pflegender Angehöriger über ergänzende und damit entlastende Hilfe- und Pflegeangebote, Möglichkeiten der Wohnraumanpassung sowie entsprechende finanzielle Leistungen der verschiedenen Kostenträger. Es fehlt an einer ausreichenden Einbindung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in die verfügbaren (Alten-)Hilfstrukturen. Es fehlt jedoch auch eine verstärkte Ausrichtung der professionellen Pflege auf die jeweilige häusliche Pflegesituation. Auch die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ hält es für wichtig, *„über den Abbau von Barrieren nachzudenken, die pflegende Angehörige hindern, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ebenso ist notwendig, die Kooperation zwischen pflegenden Angehörigen und professioneller Pflege zu verbessern“* (Handlungsempfehlung Nr. 24). Ein sinnvoller „An-dock-Punkt“ an professionelle Hilfstrukturen könnte z.B. durch zugehende einzelfallorientierte Beratung und/oder niedrigschwellige kostengünstige Hilfen mit Entlastungscharakter gelingen.