

Altenhilfeplan 2017



Herausgeber:

Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises
Karl-Kellner-Ring 51
35576 Wetzlar
www.lahn-dill-kreis.de

Bezug:

Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises / Altenhilfeplanung
Karl-Kellner-Ring 51
35576 Wetzlar
Telefon: 06441 407 1232
kathrin.gaidies@lahn-dill-kreis.de

Inhaltsverzeichnis

1.	Altenhilfeplanung und altenpolitische Zielsetzungen im Lahn-Dill-Kreis	5
2.	Neuerungen in der Sozialgesetzgebung	7
2.1	Zweites Pflegestärkungsgesetz und neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff	7
2.2	Drittes Pflegestärkungsgesetz	8
3.	Älter werden im ländlichen Raum	10
3.1	Wohnen im Alter	11
3.2	Bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen	14
3.2.1	Seniorenbeiräte und Gestaltung von Seniorenpolitik im Lahn-Dill-Kreis	14
3.2.2	Soziale Teilhabe älterer Menschen mit Behinderung	17
3.2.3	Offene Altenarbeit	18
3.2.4	Ehrenamtliche in der Altenhilfe	22
3.3	Beratungs- und Unterstützungsangebote	24
3.4	Gesundheitliche Versorgung	31
3.4.1	Ambulante ärztliche Versorgung	31
3.4.2	Geriatrische Rehabilitation	33
3.4.3	Demenzsensibles Krankenhaus	34
3.4.4	Gerontopsychiatrische Versorgungsangebote	34
3.4.5	Palliativmedizin	36
3.4.6	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	37
3.5	Hospizarbeit	38
3.5.1	Ambulante Hospizarbeit	39
3.5.2	Stationäres Hospiz Haus Emmaus	40
3.5.3	Hospiz- und Palliativ Akademie Mittelhessen	41
4.	Pflege und Betreuung älterer Menschen im Lahn-Dill-Kreis	42
4.1	Professionelle Pflegekräfte	42
4.1.1	Altenpflegeausbildung	43
4.1.2	Fort- und Weiterbildung	45
4.1.3	Ausblick: Reform der Pflegeausbildung	46

4.2	Pflegende Angehörige	49
4.2.1	Belastungen pflegender Angehöriger und Angebote zur Entlastung	50
4.2.2	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	51
4.3	Ambulante Pflege	53
4.4.	Teilstationäre Pflege	56
4.5	Vollstationäre Pflege	57
4.5.1	Vollstationäre Kurzzeitpflege	61
4.6	Betreuungsangebote für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz	62
5.	Handlungsempfehlungen	65
6.	Ergebnisse der Anhörung der Städte, Gemeinden und Seniorenbeiräte	69
7.	Literatur- und Quellenverzeichnis	71
8.	Anhang	72

1. Altenhilfeplanung und altenpolitische Zielsetzungen im Lahn-Dill-Kreis

Im Lahn-Dill-Kreis leben 254.410 Menschen¹, davon sind 54.351 Personen 65 Jahre und älter.² Der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung liegt bei 21,4 Prozent (gegenüber 20,7 Prozent im Jahr 2010).

Eine zentrale Aufgabe kommunaler Altenhilfeplanung ist es, die Situation älterer Menschen im Kreisgebiet darzustellen und zu bewerten. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Menschen ab einem Lebensalter von 65 Jahren keine homogene Gruppe bilden, sondern über sehr unterschiedliche Ressourcen und Teilhabemöglichkeiten verfügen und sich auch in ihren Interessen und Lebensweisen stark unterscheiden. Zur Gruppe der Älteren zählen gesundheitlich fitte und aktive, häufig auch ehrenamtlich engagierte Menschen ebenso wie Personen mit einem hohen Pflege- und Unterstützungsbedarf.

Bis ins hohe Alter möglichst selbstbestimmt leben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, ist ein elementares Bedürfnis aller Menschen. Ziel des Lahn-Dill-Kreises ist es - im Rahmen seiner Einflussmöglichkeiten -, hierfür die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen und mittelfristig in sämtlichen Lebensbereichen soziale Inklusion³ zu verwirklichen.

Im Kontext der Altenpolitik bedeutet dies, für ältere Menschen mit und ohne Einschränkungen und Behinderungen die Möglichkeiten sozialer Teilhabe zu erhalten und zu verbessern und Barrieren nicht nur im räumlichen Sinne abzubauen.

Ebenso wichtig ist es, in städtischen wie in dörflichen Strukturen ausreichend bedarfsgerechten Wohnraum zu schaffen sowie wohnortnahe Angebote der offenen Altenhilfe, der Beratung und Unterstützung, der Betreuung und der medizinischen und pflegerischen Versorgung aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln.

Als gute Beispiele der letzten Jahre können hier die Einrichtung des Pflegestützpunkts in gemeinsamer Trägerschaft mit den Pflege- und Krankenkassen, der Ausbau der Tagespflege und der niedrigschwelligen Betreuungsangebote für demenziell Erkrankte, Veranstaltungen zum Thema Leben und Wohnen im Alter sowie die vielfältigen Ausbildungs- und Qualifizierungsaktivitäten im Bereich der Altenpflege- und Altenpflegehilfeausbildung genannt werden.

¹ Quelle: ekom21, Stichtag: 31.12.2015

² Vgl. hierzu die Tabelle im Anhang

³ Vgl. www.wikipedia.de, soziale Inklusion

Der Altenhilfeplan ist ein Instrument kommunaler sozialer Planung und wird durch die Mitglieder der Arbeitsgruppe Altenhilfeplanung⁴ unter Einbindung der regionalen Einrichtungen der Hospizarbeit erstellt und regelmäßig fortgeschrieben. Dabei werden die einzelnen Kapitel von den in der Arbeitsgruppe vertretenen Fachleuten erarbeitet, innerhalb des Gremiums inhaltlich abgestimmt und durch die Altenhilfeplanung des Lahn-Dill-Kreises zu einem Gesamtbericht zusammengefügt.

Inhaltliche Schwerpunkte sind dieses Mal u. a. die zum 1. Januar 2017 wirksam werdenden gesetzlichen Neuerungen in der Sozialgesetzgebung, wie z. B. die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (siehe Kapitel 2), aber auch die Themen Wohnen im Alter und medizinische Versorgung (siehe Kapitel 3).

Wichtiger Bestandteil des Altenhilfeplans ist zudem nach wie vor der Bestands- und Bedarfsabgleich zur pflegerischen Versorgung in den einzelnen Versorgungsregionen⁵, dessen Ergebnisse im Anhang dargestellt sind.

Die Fragebögen zur Erhebung der Daten für den Bereich der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege sowie der niedrighschwelligigen Betreuungsangebote wurden gegenüber 2011 teilweise überarbeitet. Stichtag für die Bestandserhebung war der 31. Dezember 2015.

Der Versand der Fragebögen erfolgte Anfang Januar 2016, die Datenerhebung konnte mit einer guten Rücklaufquote⁶ abgeschlossen werden. Es wurden 42 ambulante Pflegedienste, 15 Träger teilstationärer Angebote, 36 vollstationäre Pflegeeinrichtungen und 19 Träger niedrighschwelliger Betreuungsangebote angeschrieben. Wesentliche Ergebnisse sind in Kapitel 4 dargestellt.

Zu allen im Altenhilfeplan behandelten Themenbereichen werden Handlungsfelder benannt und Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Angeboten formuliert (siehe Kapitel 5).

Bevor der Altenhilfeplan in die politischen Gremien des Lahn-Dill-Kreises eingebracht wird, erhalten die Städte und Gemeinden sowie die Seniorenbeiräte im Lahn-Dill-Kreis die Möglichkeit, den Plan im Entwurf zu beraten und - ganz im Sinne einer partizipativen Sozialplanung - eine Stellungnahme abzugeben.

⁴ In der AG AHPI sind der Lahn-Dill-Kreis, die Stadt Wetzlar, die Liga der freien Wohlfahrtspflege, die Seniorenbeiräte, die Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige, der Pflegestützpunkt, die ambulanten privaten Pflegedienste, die Lahn-Dill-Kliniken sowie der Gemeindepsychiatrische Verbund vertreten.

⁵ Um eine möglichst wohnortnahe Pflege und Betreuung zu gewährleisten, wurde der Lahn-Dill-Kreis in zehn Versorgungsregionen eingeteilt (vgl. ausführlicher AHPI 2012, S. 8).

⁶ Lediglich drei ambulante Pflegedienste haben sich nicht an der Befragung beteiligt.

2. Neuerungen in der Sozialgesetzgebung

2.1 Zweites Pflegestärkungsgesetz und neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Mit dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) wurde zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt und es gelten neue Begutachtungsrichtlinien für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Neben körperlichen Beeinträchtigungen werden nun – wie seit langem politisch gefordert – kognitive und psychische Beeinträchtigungen in gleicher Weise berücksichtigt und die bisherige Benachteiligung eines großen Personenkreises durch das Leistungssystem der Pflegeversicherung wurde aufgehoben.⁷

Pflegebedürftig nach § 14 Absatz 1 SGB XI in der seit dem 01.01.2017 geltenden Fassung sind „Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“

Statt der bisherigen drei Pflegestufen gibt es fünf Pflegegrade. Die Einstufung erfolgt nach einem neuen Begutachtungsverfahren (Neues Begutachtungsassessment, kurz: NBA). Maßgeblich für die Einstufung ist der Grad der Selbstständigkeit einer Person.

Menschen, die bereits vor 2017 Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben, wurden automatisch - d. h., ohne neue Begutachtung - in einen Pflegegrad übergeleitet. Eine Besitzstandsregelung stellt sicher, dass niemand durch das neue Leistungssystem schlechter gestellt wird.

⁷ Kritik am ursprünglichen Begriff der Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI gab es bereits seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1994. Vielen Expertinnen und Experten galt der Begriff von Beginn an als zu „verrichtungsbezogen“, d. h., zu stark auf den Bedarf an Pflege aufgrund körperlicher Einschränkungen ausgerichtet. Der teilweise hohe Pflege- und Betreuungsaufwand von Menschen mit beispielsweise einer demenziellen Erkrankung oder einer geistigen oder seelischen Behinderung sollte ebenfalls angemessen berücksichtigt werden.

Zwar wurden mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz zum 01.01.2002 erstmals Leistungen für Personen mit einer dauerhaft eingeschränkten Alltagskompetenz (z. B. demenzielle Erkrankung) eingeführt und mit weiteren Ergänzungen des SGB XI in den Folgejahren ausgebaut, der Schwerpunkt der Leistungen der Pflegeversicherung lag jedoch nach wie vor bei den körperlichen Verrichtungen.

Seit dem 1. Januar 2017 ist in den Leistungen der Pflegeversicherung ein Betrag für pflegerische Betreuungsmaßnahmen enthalten. Auf diese Weise wurden die bisherigen Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz in die Regelleistungen der Pflegeversicherung übernommen.

Zur Umsetzung des PSG II war es erforderlich, im Verlauf des Jahres 2016 auf Länderebene die Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff anzupassen. Hierbei spielte auch die künftige Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen eine zentrale Rolle.⁸ Verhandlungspartner waren die Leistungserbringer (Träger der Pflegeeinrichtungen) und die Kostenträger (Sozialhilfeträger und Pflegekassen).

Daneben galt es, neue Pflegesätze für die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren (siehe auch Kapitel 4.5).

Auch die Qualitätssicherung in der Pflege wird mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz weiterentwickelt und soll künftig kontinuierlich wissenschaftlich evaluiert werden. Spätestens ab 2018 soll ein neues Qualitätsprüfungs- und Transparenzsystem etabliert werden.⁹

2.2 Drittes Pflegestärkungsgesetz

Das Dritte Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften" (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) ist überwiegend zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten.¹⁰

Ausdrückliches Ziel des PSG III ist es, die Rolle der Kommunen im Bereich der Pflege zu stärken. Hierzu hatte eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Empfehlungen erarbeitet und im Mai 2015 beschlossen. Einige dieser Empfehlungen sollten mit dem PSG III umgesetzt werden.

Ab 2017 erhalten die Kommunen ein zunächst auf fünf Jahre begrenztes Initiativrecht, die Einrichtung von Pflegestützpunkten anzustoßen, um die Beratung vor Ort zu verbessern. Die Kranken- und Pflegekassen müssen sich daran beteiligen.

Darüber hinaus können sich Landkreise und kreisfreie Städte ebenfalls für die Dauer von fünf Jahren um Fördermittel aus einem Modellprojekt zur Einrichtung kommunaler Beratungsstellen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bewerben.¹¹

⁸ Vor Einführung der neuen Pflegegrade sollten die Personalschlüssel der Einrichtungen überprüft und ggf. angepasst werden. Bis Mitte 2020 soll ein wissenschaftlich gesichertes Verfahren zur Personalbedarfsbemessung entwickelt werden (vgl. www.bundesgesundheitsministerium.de).

⁹ Vgl. ebd.

¹⁰ Die im PSG III enthaltenen Regelungen mit Bezug auf das Bundesteilhabegesetz (BTHG) für Pflegebedürftige mit einer Behinderung, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, treten am 01.01.2020 in Kraft, zeitgleich mit den entsprechenden Regelungen des BTHG.

¹¹ Vgl. ausführlicher www.bundesgesundheitsministerium.de

Ein weiterer Schwerpunkt des PSG III ist die Übernahme des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Geltungsbereich des Zwölften Sozialgesetzbuchs (SGB XII, Kapitel 7, Hilfe zur Pflege) sowie in das Entschädigungsrecht nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege sind weiterhin nachrangig gegenüber den Leistungen nach SGB XI, werden im Bedarfsfall aber ergänzend gewährt. Mit dem PSG III wurde auch im Sozialhilferecht ein Anspruch auf monatliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (Entlastungsbetrag, § 64i SGB XII) für pflegebedürftige Personen eingeführt.

Schließlich enthält das Dritte Pflegestärkungsgesetz Regelungen zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug im Bereich der Kranken- sowie Pflegeversicherung, zur Abgrenzung zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe, zur Vermeidung von Leistungslücken zwischen Pflege- und Krankenversicherung und zur Stärkung der Beteiligung der Selbsthilfe im Qualitätsausschuss.

Nach Einschätzung der Bundesregierung werden die Kommunen als Träger der Sozialhilfe infolge der Übernahme des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in das SGB XII (Hilfe zur Pflege) mit Mehrausgaben in Höhe von rund 202 Millionen Euro im Einführungsjahr 2017 und rund 184 Millionen Euro jährlich ab 2018 belastet. Gleichzeitig sollen sie aufgrund der Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung bedingt durch das PSG II ab dem 1. Januar 2017 zunächst um 330 Millionen, später um 230 Millionen Euro jährlich entlastet werden (vgl. ebd.).

Unterm Strich würden die Kommunen als Sozialhilfeträger damit finanziell entlastet. Sowohl der Bundesrat als auch die Kommunalen Spitzenverbände bezweifeln, dass diese Entlastung wirksam wird. Sie rechnen im Gegenzug mit einer weiteren finanziellen Mehrbelastung der Kommunen (vgl. unten).

Kritik am Gesetzentwurf zum PSG III gab es im Vorfeld auch im Hinblick auf die geplanten Regelungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen im Bereich der Pflege sowie zur Abgrenzung zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe.¹²

Der Bundesrat hat dem Dritten Pflegestärkungsgesetz am 16. Dezember 2016 zugestimmt.

¹² Dies wurde u. a. im Rahmen der öffentlichen Anhörung in der Sitzung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 17. Oktober 2016 deutlich. Dort forderten Sachverständige zahlreicher Organisationen den Entwurf nachzubessern und insbesondere die drohende Diskriminierung von Menschen mit Behinderung durch die vorgesehene Leistungskonkurrenz von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung abzuwenden (vgl. ausführlich www.bundestag.de). Vgl. hierzu auch die Stellungnahme des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. vom September 2016 sowie zur Position der Pflegekassen www.aok-bv.de

Zuvor waren auf Wunsch der Bundesländer einige Nachbesserungen z. B. hinsichtlich der Vor- bzw. Nachrangigkeit der Leistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung) und dem SGB XII (Eingliederungshilfe) in den Gesetzesentwurf eingearbeitet worden.

Zeitgleich hat der Bundesrat eine EntschlieÙung zu zentralen Aspekten des PSG III verabschiedet. Darin wird erneut kritisiert, dass das PSG III die Rolle der Kommunen in der Pflege nicht ausreichend stärke. Der Bundesrat fordert daher die Neugestaltung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen (§§ 123, 124 SGB XI-neu). Ebenfalls gefordert werden die Evaluation und ein Ausgleich der finanziellen Folgen des PSG III für die Sozialhilfe.¹³

3. Älter werden im ländlichen Raum

Das Thema Leben und Wohnen im Alter gewinnt aufgrund des demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung. Neben altersgerechten und barrierefreien Wohnmöglichkeiten zählen eine angemessene Grundversorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs, ein ortsnahes medizinisches und pflegerisches Dienstleistungsangebot sowie eine gute ÖPNV-Anbindung und die alten- und behindertengerechte Gestaltung des öffentlichen Raums zu einer örtlichen Infrastruktur, die die Belange älterer Menschen berücksichtigt. So sind z. B. Einkaufsmöglichkeiten, die zu Fuß erreichbar sind, ein wichtiger Bestandteil einer angemessenen Nahversorgung für Menschen, die kein Auto besitzen bzw. nicht mehr Auto fahren (können).

Die Lebensqualität Älterer in den einzelnen Städten, Gemeinden und Ortsteilen wird künftig entscheidend davon abhängen, ob und inwieweit die vorhandene Infrastruktur aufrechterhalten und zukunftstauglich weiter entwickelt werden kann.

Bereits im Altenhilfeplan 2012 wurde dargestellt, dass dies auch den Verantwortlichen in den Städten und Gemeinden des Lahn-Dill-Kreises bewusst ist und dass teilweise bereits Anstrengungen unternommen wurden, um die Situation vor Ort zu verbessern (vgl. AHPI 2012, S. 9 f). Es liegen keine Informationen vor, ob seither in den Kommunen neue Konzepte entwickelt bzw. welche Maßnahmen im Einzelnen ergriffen wurden, um beispielsweise die Wohnmöglichkeiten, die Einkaufsmöglichkeiten, die Anbindung an den ÖPNV oder die medizinische Versorgung besser auf die Bedürfnisse einer wachsenden älteren Bevölkerung auszurichten.

¹³ BR-Drucksache 720/16

Darüber hinaus sind Orte der Begegnung und der Kommunikation sowie gezielte Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe für Seniorinnen und Senioren notwendig (siehe Kapitel 3.2). Aktuell ist im Lahn-Dill-Kreis zu beobachten, dass nicht nur im städtischen Bereich sondern zunehmend auch im ländlichen Raum die gemeinschaftlichen Aktivitäten zurückgehen. So haben viele Vereine Nachwuchssorgen, weil die nachfolgenden Generationen in ihrer Freizeit häufig andere Aktivitäten (z. B. Reisen, Sport usw.) bevorzugen. Hinzu kommt, dass die klassischen Orte zufälliger sozialer Kommunikation wie Lebensmittelgeschäfte, Post etc. seltener werden. Ein aktives Gemeinschaftsleben trägt jedoch wesentlich dazu bei, die Gesundheit zu erhalten und ist deshalb besonders für ältere Menschen sehr wichtig.

3.1 Wohnen im Alter

Zu den wichtigsten Vorbereitungen auf das Alter gehört es, sich frühzeitig Gedanken zu machen, wie und wo man später wohnen möchte. Im Laufe der Jahre gewinnt das Zuhause immer mehr an Bedeutung. Der Wohnraum wird besonders im hohen Alter, wenn die Beweglichkeit nachlässt, allmählich zum Lebensmittelpunkt. Da die meisten älteren Menschen solange wie möglich in der vertrauten Wohnumgebung leben möchten, ist es erforderlich, die Wohnung oder das eigene Haus barrierefrei, komfortabel und sicher zu gestalten.

Gerade kleine Maßnahmen haben oft große Wirkung. Die Beseitigung von Stolperfallen bei Teppichen und Türleisten, der Einbau von Handläufen im Treppenhaus oder von Haltegriffen im Bad, absenkbare Gardinenstangen oder ein erhöhter Backofen, zu dem man sich nicht mehr hinunterbücken muss: Technische und in der Regel überschaubare bauliche Lösungen, die nicht teuer sein müssen, beugen Unfällen und Verletzungen vor und erlauben es, auch bei Einschränkungen und Handicaps den Alltag selbstständig und selbstbestimmt zu gestalten.

Eine Wohnberatung kann helfen sich für das Alter gut einzurichten. Qualifizierte ehrenamtliche und hauptamtliche Wohnberaterinnen und Wohnberater¹⁴ geben Hilfestellung, welche Maßnahmen geeignet sind, das eigene Zuhause an die Bedürfnisse im Alter anzupassen und informieren zu Wohnformen im Alter und zu besonderen Angeboten in der Region.

Die Beratung zur Wohnraumanpassung umfasst das Aufzeigen von Finanzierungsmöglichkeiten, die Kontaktaufnahme mit fachkundigen Handwerksbetrieben oder Sanitätshäusern, Behörden, Pflegekassen, Vermieterinnen bzw. Vermietern sowie die Überwachung baulicher Maßnahmen.

Pflegebedürftige Menschen erhalten von den Pflegekassen einen Zuschuss für einen barrierefreien Um- oder Neubau von bis zu 4.000 Euro je Maßnahme.

¹⁴ Eine aktuelle Übersicht für den Lahn-Dill-Kreis findet sich im Seniorenratgeber 2016 auf S. 14.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, bei der zuständigen Wohnungsbauförderstelle¹⁵ einen Zuschuss in Höhe von bis zu 50 Prozent der Maßnahmekosten (höchstens jedoch 12.500 Euro) für den behindertengerechten Umbau selbstgenutzten Wohneigentums zu beantragen. Zum förderfähigen Personenkreis zählen nicht ausschließlich Menschen mit einer anerkannten Behinderung, sondern auch solche, die seitens der Pflegekassen als pflegebedürftig eingestuft wurden.

Nicht alle Menschen wollen oder können im Alter in ihrer bisherigen Wohnumgebung bleiben. Für viele Seniorinnen und Senioren bietet sich mit dem Ende der Berufstätigkeit die Möglichkeit zur Neuorientierung. Sie sind gesundheitlich fit und haben noch viele gute Jahre vor sich. Einige entscheiden sich ihr vertrautes Heim zu verlassen, um sich an einem anderen Ort für die kommende Lebensphase besser einzurichten oder um andere Wohnformen auszuprobieren. Hier werden unter anderem gemeinschaftliche Wohnprojekte, Haus- oder Wohngemeinschaften und Quartiersprojekte gesucht oder aufgebaut.

Senioren und Seniorinnen mit Einschränkungen oder im fortgeschrittenen Alter wollen nicht warten, bis sie auf Hilfe angewiesen sind, sondern sorgen schon im Hinblick auf eine kommende Hilfebedürftigkeit vor. Für diese Personen bieten betreute Wohnanlagen oder Seniorenwohnanlagen die Möglichkeit, die Vorteile privaten Wohnens im Alter mit denen institutioneller Wohnformen (wie stationärer Pflegeeinrichtungen) zu verbinden. Da der Begriff Betreutes Wohnen nicht geschützt ist, findet man hier sehr unterschiedliche Angebote.¹⁶ Hilfestellung bei der Auswahl des richtigen Wohnangebotes bietet die Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige im Lahn-Dill-Kreis (siehe Kapitel 3.3).

Ausblick und Empfehlungen

Im kommunalen Handlungsfeld „Wohnen im Alter“ sollte der Schwerpunkt auf Maßnahmen gelegt werden, die es älteren Menschen ermöglichen, auch wenn sie hilfe- oder pflegebedürftig werden, noch möglichst lange in den eigenen vier Wänden zu leben. Daher sollte das bestehende Angebot an zertifizierter Wohnberatung noch besser bekannt gemacht und weiter ausgebaut werden. Wünschenswert wäre eine Anlaufstelle in jeder Stadt und Gemeinde. Die Hessische Fachstelle für Wohnberatung (HFW)¹⁷ bietet jährlich Fortbildungen zum Thema Wohnberatung an. Hier können sich nicht nur Beschäftigte von Kommunalverwaltungen,

¹⁵ Die Kontaktdaten sowie weitere Informationen finden sich unter www.lahn-dill-kreis.de.

¹⁶ Vgl. Seniorenratgeber 2016, S. 15f

¹⁷ Hessische Fachstelle für Wohnberatung, Wilhelmshöher Allee 32 a, 34117 Kassel, Telefon: 0561 5077 137, E-Mail: hfw@awo-nordhessen.de

Wohlfahrtsverbänden, ambulanten Pflegediensten etc. zur zertifizierten Wohnberaterin bzw. zum zertifizierten Wohnberater weiterbilden lassen, sondern - im Rahmen einer besonderen Schulung - auch interessierte Ehrenamtliche.

Vor einigen Jahren hat die Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige im Lahn-Dill-Kreis begonnen, ein Netzwerk ehrenamtlicher Wohnberaterinnen und Wohnberater aufzubauen. Jedoch haben sich bisher nicht in allen Versorgungsregionen ehrenamtliche Personen durch die HFW qualifizieren lassen.

Das Thema Wohnraumanpassung soll in den kommenden Jahren weiterhin in den regionalen Pflegekonferenzen aufgegriffen werden. Zudem sollen Netzwerke mit Handwerksbetrieben und Anbietern in den Bereichen Pflege, hauswirtschaftliche Hilfen, Hilfsmittel und Wohnraumanpassung in allen Versorgungsregionen aufgebaut bzw. weiter ausgebaut werden.

Nicht jedes Haus bzw. jede Wohnung kann seniorengerecht umgestaltet werden. Gerade alleinstehende Menschen, die nicht mehr uneingeschränkt mobil oder bereits hilfebedürftig sind und daher nicht mehr in ihrer bisherigen Häuslichkeit verbleiben können, benötigen jedoch ihren Bedürfnissen angepassten Wohnraum. Häufig fehlt es auch an kleineren Wohneinheiten für Personen, die nach dem Tod des Ehepartners alleine in der zu großen Wohnung oder im Eigenheim zurückbleiben.

Aus diesem Grund ist es erforderlich, im Kreisgebiet in ausreichendem Maße altersgerechten, vorzugsweise barrierefreien und bezahlbaren Wohnraum für ältere Menschen bereitzustellen. In vielen Fällen könnte so die vorzeitige Aufnahme in ein Pflegeheim vermieden werden.

Wie oben ausgeführt, bedarf es daneben einer angemessenen örtlichen Infrastruktur sowie einer funktionierenden sozialen Gemeinschaft und Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe, damit Menschen bis ins hohe Alter in der eigenen Häuslichkeit leben können.

Da die Bedürfnisse der betroffenen Menschen und die Rahmenbedingungen in den ländlich strukturierten Ortschaften teilweise andere sind als in den Kernstädten der größeren Kommunen, sind die jeweiligen örtlichen Lebens- und Wohnverhältnisse sowie die vorhandene Infrastruktur in die Planungen vor Ort einzubeziehen.

Darüber hinaus sollten private Initiativen hinsichtlich gemeinschaftlicher Wohnprojekte oder anderer alternativer Wohnformen seitens der Städte und Gemeinden unterstützt werden. Interessierte Personen könnten über noch zu schaffende Informationsbörsen zueinander finden.

3.2 Bürgerschaftliches Engagement und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen

Es gibt vielfältige Formen und Ausprägungen bürgerschaftlichen Engagements und gesellschaftlicher Teilhabe von Seniorinnen und Senioren. Diese reichen von klassischer Vereinstätigkeit über nachbarschaftliche Hilfe bis hin zur ehrenamtlichen Betreuung demenziell Erkrankter, von Vorlesepatenschaften für Kindergarten- und Grundschulkinder, über Besuchsdienste bis zum formalisierten politischen Engagement in Seniorenbeiräten und anderen kommunalen Gremien.

Aufgabe der Kommunen ist es, das bürgerschaftliche Engagement sowie die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen zu fördern und zu unterstützen. Dabei sollte ein positives und differenziertes Altersbild zugrunde liegen, das die Kompetenzen, Potenziale und Ressourcen von Seniorinnen und Senioren in den Vordergrund stellt. Hierzu zählen Erfahrung(en), Wissen, Interesse, Gesundheit und Leistungsfähigkeit, aber auch Zeit und materielle Ressourcen.

Durch die gestiegene Lebenserwartung hat sich die nachberufliche und nachfamiliäre Lebensphase wesentlich verlängert. Ältere Menschen sind in hohem Maße bereit, im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements einen Beitrag zum Gemeinwesen zu leisten. Hier wird es künftig noch stärker um gute Rahmenbedingungen für ehrenamtliche Aktivitäten, generationenübergreifende Initiativen sowie um Vernetzung gehen.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, bestehende seniorenpolitische Konzepte weiterzuentwickeln und neue Handlungsfelder zu erarbeiten. Eine zukunftsorientierte Seniorenpolitik ist gemeinsam mit den Älteren zu gestalten, sollte die unterschiedlichen Lebenslagen und Bedürfnisse dieser sehr heterogenen Gruppe differenziert berücksichtigen und sie dazu ermutigen, sich neue Tätigkeitsfelder zu erschließen.

3.2.1 Seniorenbeiräte und Gestaltung von Seniorenpolitik im Lahn-Dill-Kreis

Seniorenbeiräte sind Interessenvertretungen älterer Bürgerinnen und Bürger und bieten der wachsenden Bevölkerungsgruppe älterer Menschen die Möglichkeit spezifischer politischer Teilhabe. Im Mittelpunkt stehen dabei die Kooperation mit allen altenpolitisch relevanten Akteuren, die Sammlung und Übermittlung von Informationen sowie die Öffentlichkeitsarbeit für ältere Menschen.

Seniorenbeiräte beraten die Organe der Kommunen und die freien Träger in den Bereichen Altenhilfe und Seniorenarbeit. Sie wirken bei der Planung und Durchführung konkreter Maßnahmen und Angebote mit und sichern auf diesem Wege die Berücksichtigung der Belange älterer

Menschen in allen gesellschaftlichen Bereichen.¹⁸ Ihre Arbeit ist gelebtes bürgerschaftliches Engagement, das durch generationsübergreifendes Denken und Handeln gekennzeichnet ist. Seniorenbeiräte bringen ihre Erfahrung und ihren Sachverstand ein und gestalten - jenseits parteipolitischer Interessen - durch ihr Wirken im vorparlamentarischen Raum aktiv kommunalpolitische Prozesse mit. Als politische Interessenvertretung unterscheiden sie sich „eindeutig von allen Seniorengruppen, Vereinen, Verbänden, Kirchen und Parteien, die jeweils spezifischen Zielen verpflichtet sind.“¹⁹

Dort, wo der Wille zum Engagement auf entsprechende Rahmenbedingungen trifft, werden Seniorenbeiräte als Bereicherung in den Kommunen geschätzt. Die Einrichtung von Seniorenbeiräten bietet den Städten und Gemeinden die Chance, die Potenziale und Ressourcen älterer Menschen zu erkennen und einzubeziehen.

Da es hinsichtlich der Bildung und Organisation von Seniorenbeiräten keine gesetzlichen Vorgaben gibt, regeln die Städte und Gemeinden die Aufgaben und Mitwirkungsrechte sowie den Weg zur Konstituierung und die Dauer der Amtsperiode ihrer Seniorenvertretungen in örtlichen Satzungen, Geschäftsordnungen oder Richtlinien selbst.²⁰ In manchen Kommunen gibt es auch eine spezielle Wahlordnung.

Die realen Einflusschancen und Gestaltungsmöglichkeiten sowie die Fähigkeit seniorenspezifische Interessen vor Ort durchzusetzen, sind somit abhängig von den jeweiligen lokalen Regelungen. Auch die Ausstattung mit angemessenen Finanzmitteln, die Unterstützung der Seniorenbeiräte durch die örtliche Verwaltung und die Zusammenarbeit mit Wohlfahrtsverbänden, lokalen Vereinen, Kirchengemeinden und weiteren gesellschaftlichen Akteuren sind für die Wirksamkeit der Arbeit von Bedeutung.

¹⁸ Eine detaillierte Auflistung möglicher Bereiche der Mitgestaltung kommunaler Seniorenbeiräte enthalten die 2013 von der Landesseniorenvertretung Hessen formulierten Empfehlungen für die Bildung von Seniorenvertretungen in hessischen Kommunen, www.senioren-auf-draht.sozialnetz.de

¹⁹ Ebd.

²⁰ Anwendung finden hier die §§ 5, 8c und 51 der Hessischen Gemeindeordnung (HGO), vgl. ebd. S.18

Im Lahn-Dill-Kreis gibt es derzeit elf Seniorenbeiräte (Stand Februar 2017):

Stadt bzw. Gemeinde	Gremium	bestehend seit
Aßlar	Seniorenbeirat	1993
Braunfels	Beirat für Senioren und Menschen mit Behinderung	2016
Dietzhöhlztal	Beirat für Behinderte und Senioren	1994
Dillenburg	Beirat für Senioren- und Behindertenfragen	1993
Ehringshausen	Seniorenbeirat	2006
Eschenburg	Seniorenbeirat	2008
Haiger	AK für Senioren- und Behindertenfragen	1992
Herborn	Seniorenbeirat	1991
Lahnau	Seniorenbeirat	2003
Mittenaar	Seniorenbeirat	1993
Wetzlar	Seniorenrat	1985

In vier der elf Kommunen existiert ein gemeinsames Gremium für Senioren- und Behindertenfragen. Der Handlungsempfehlung aus dem Altenhilfeplan 2012, auf der örtlichen Ebene einen Seniorenbeirat zu etablieren (AHPI 2012, S.78), ist zuletzt die Stadt Braunfels gefolgt.

Hinsichtlich der Wahlformen und der Konstituierungswege gibt es im Lahn-Dill-Kreis verschiedene Modelle (vgl. ebd., S.19). Weitere Informationen können über die jeweiligen Stadt- und Gemeindeverwaltung erfragt werden.

Ausblick und Empfehlungen

Knapp die Hälfte aller Städte und Gemeinden im Lahn-Dill-Kreis hat zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen Seniorenbeirat oder ein gemeinsames Gremium für Senioren- und Behindertenfragen eingerichtet.

Zwei weitere Kommunen haben sich für eine andere Form der Bearbeitung seniorenrelevanter Themen durch Politik und Verwaltung entschieden: die Stadt Solms (Gründung Projektgruppe Seniorenarbeit, Einrichtung Seniorenkoordinationsstelle) und die Gemeinde Hüttenberg (Gründung Arbeitsgruppe Seniorenarbeit, hauptamtliche Seniorenbeauftragte, vgl. ebd. S. 20f).

Die im Altenhilfeplan 2012 formulierte Handlungsempfehlung, in allen Städten und Gemeinden im Lahn-Dill-Kreis Seniorenbeiräte einzurichten, hat weiterhin Bestand.

Aus Sicht der Landesseniorenvertretung Hessen wären gemeinsame Empfehlungen für die Einrichtung von Seniorenbeiräten in Hessen mit den kommunalen Spitzenverbänden wünschenswert, die die Einrichtung von Seniorenvertretungen und deren Rahmenbedingungen regeln. Eine solche Vorgabe würde die Bildung von Seniorenbeiräten erleichtern und die Möglichkeiten zur politischen Teilhabe und Mitgestaltung älterer Menschen in den Kommunen deutlich verbessern.

3.2.2 Soziale Teilhabe älterer Menschen mit Behinderung

Mit zunehmendem Lebensalter steigt das Risiko chronischer Erkrankungen und auftretender Behinderungen. Praktische Hilfestellung und Beratung hinsichtlich der Teilhabemöglichkeiten, die das Sozialgesetzbuch XII eröffnet, werden im Zentrum für Beratung und Eingliederungshilfen (ZeBraH) des Lahn-Dill-Kreises angeboten (vgl. Kapitel 3.3 und Anhang).

Auch der Pflegestützpunkt, die Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige im Lahn-Dill-Kreis (vgl. ebd.) und der Behindertenbeauftragte des Lahn-Dill-Kreises²¹ bieten Unterstützung bei Fragen rund um das Thema „Alter und Behinderung“ an.

Als weiterer Aspekt ist das Altern behinderter Menschen von zunehmender Bedeutung. Über praktische Erfahrungen, wie Menschen mit geistiger Behinderung in Würde alt werden können, verfügen insbesondere die Lebenshilfen Dillenburg und Wetzlar-Weilburg.²² Dort werden Konzepte erprobt und weiterentwickelt. In diesem Zusammenhang stellt das Älterwerden von Menschen mit seelischer Behinderung Angehörige und Träger vor besondere Herausforderungen, sollen stationäre Heimaufenthalte vermieden und so viel Normalität wie möglich erreicht werden.

Ausblick und Empfehlungen

Die Möglichkeiten sozialer Teilhabe älterer Menschen mit Behinderung zu verbessern und Barrieren im räumlichen wie im übertragenen Sinne abzubauen, ist ein zentrales Element gelingender sozialer Inklusion (vgl. Kapitel 1).

²¹ Behindertenbeauftragter Thomas Hees, Telefon: 06441 407 1234, thomas.hees@lahn-dill-kreis.de, weitere Informationen zu den Aufgaben und Sprechzeiten finden sich unter www.lahn-dill-kreis.de

²² Kontakt: Lebenshilfe Dillenburg e. V. (Telefon: 02771 909 0, info@lebenshilfe-dillenburg.de), Lebenshilfe Wetzlar-Weilburg e. V. (Telefon: 06441 9277 0, info@lhww.de)

Ausgehend von der Überlegung, dass die Umsetzung dieses Anliegens sowie die Vertretung der politischen Interessen älterer Menschen mit Behinderung besonderer Strukturen bedarf, wurde im Altenhilfeplan 2012 die Empfehlung ausgesprochen, in allen Kommunen (Senioren- und Behindertenbeiräte einzurichten (vgl. AHPI 2012, S. 22).

Derzeit existiert in vier Kommunen im Lahn-Dill-Kreis ein gemeinsames Gremium für Senioren- und Behindertenfragen: Braunfels, Dietzhölytal, Dillenburg und Haiger. Die Stadt Wetzlar hat im Jahr 2012 einen Behindertenbeirat etabliert. Auf der Kreisebene gibt es ebenfalls einen Behindertenbeirat. Die Handlungsempfehlung aus dem Altenhilfeplan 2012 hat insofern weiterhin Bestand.

Um die Planungen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung künftig besser aufeinander abzustimmen, soll die bereits vor einiger Zeit angedachte inhaltliche Zusammenarbeit der AG Altenhilfeplanung im Lahn-Dill-Kreis und des Kreisbehindertenbeirats im Jahr 2017 in Form einer gemeinsamen Sitzung begonnen werden. Hier sollen zunächst mögliche Kooperationsfelder benannt werden.

Bei der Gestaltung von Angeboten der offenen Altenarbeit sollen die Belange älterer Menschen mit Behinderung besondere Berücksichtigung finden (vgl. auch Kapitel 3.2.3).

3.2.3 Offene Altenarbeit

Ziel der offenen Altenarbeit ist es, allen älteren Menschen unabhängig von ihrer sozialen und ökonomischen Lebenssituation oder ihrer Herkunft bzw. ihrer kulturellen Prägung vielfältige Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe zu eröffnen. Ziel ist es auch, den Austausch und das Zusammenleben der Generationen sowie das bürgerschaftliche Engagement von Seniorinnen und Senioren zu fördern.

Offene Altenarbeit umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote, wie Beratung und Unterstützung, Hilfen im Alltag, Freizeitgestaltung, kulturelle Veranstaltungen, Bildungs- und Bewegungsangebote etc. Träger dieser Angebote sind neben den Städten und Gemeinden die Wohlfahrtsverbände, die Kirchengemeinden sowie lokale Vereine und Gruppen.²³ Ehrenamtliches Engagement spielt in diesem Bereich eine sehr große Rolle.

²³ Die örtlichen Angebote können bei den Städten und Gemeinden oder den Seniorenbeiräten erfragt werden. Viele Kommunen veröffentlichen entsprechende Informationen in ihren Mitteilungsblättern oder im Internet.

Aufgrund der kürzeren Lebensarbeitszeit und einer längerer Lebenserwartung haben sich die Ansprüche an die Angebote für Seniorinnen und Senioren in den letzten Jahren gewandelt. Die Altersspanne der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer reicht von den „jungen Alten“ bis zu den Hochbetagten. Zudem schafft der wachsende Anteil älterer Migrantinnen und Migranten einen zunehmenden Bedarf an Angeboten, die auch diese Bevölkerungsgruppe erreichen.

Wichtiger Bestandteil der offenen Altenarbeit im Lahn-Dill-Kreis sind die vielfältigen Beratungs- und Unterstützungsangebote, die älteren Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen oder auch sozialen Notlagen Hilfestellung bieten und von denen einige in Kapitel 3.3 dargestellt sind. Daneben gibt es in einigen Stadt- und Gemeindeverwaltungen spezielle Beratungsangebote für Seniorinnen und Senioren²⁴ oder Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zu seniorenrelevanten Themen. Außerdem bieten einzelne Kommunen einen mobilen Verwaltungsdienst an, d. h., bei Bedarf suchen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter aus den Rathäusern ältere Menschen zu Hause auf und erledigen dort mit ihnen bestimmte Verwaltungsangelegenheiten.²⁵

Die zahlreichen Angebote der offenen Altenarbeit sind hier nicht im Einzelnen darstellbar. Die folgende Auflistung stellt nur eine grobe Übersicht dar:

- Freizeit: Seniorentreff und -café, Seniorenreisen, Wandern
- Gesundheit und Bewegung: Seniorengymnastik, Seniorentanz, Gedächtnistraining
- Kultur: Theater, Musik, Vereine usw.
- Bildung: Internetcafé, VHS-Kurse, Schulungen, Seniorenstudium
- Information und Prävention: Veranstaltungen zur Unfallverhütung (sichere Gestaltung des Wohnumfeldes), zu Pflegeleistungen und anderen seniorenrelevanten Themen
- Zielgruppenspezifische Angebote: für Frauen, Männer, Menschen mit Behinderung, Migrantinnen und Migranten (z. B. Sprachkurse)²⁶
- Ehrenamt (vgl. auch Kapitel 3.2.4): Seniorenhilfe, Nachbarschaftshilfe, Besuchsdienste, Betreuungsangebote für demenzkranke Menschen (vgl. auch Kapitel 4.6), Freiwilligenzentren und Freiwilligenagenturen
- Selbsthilfegruppen²⁷

²⁴ Vgl. auch Seniorenratgeber 2016, S. 12f, www.lahn-dill-kreis.de.

²⁵ Auch hierzu geben die Stadt- und Gemeindeverwaltungen gerne Auskunft. Informationen hierzu finden sich häufig auf den jeweiligen Internetseiten.

²⁶ Informationen sind beim Fachdienst Zuwanderung und Integration des Lahn-Dill-Kreises erhältlich, siehe www.lahn-dill-kreis.de

²⁷ Kontaktinformationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS), siehe www.caritas-wetzlar-lde.de

Seit 2008 gibt es in der Region zwei Mehrgenerationenhäuser (MGH). Eins in der Stadt Herborn, in Trägerschaft des AWO Kreisverbandes Lahn-Dill e. V. und eins in Wetzlar-Dalheim, in Trägerschaft des Caritasverbandes Wetzlar Lahn-Dill-Eder e. V.

„Mehrgenerationenhäuser sind offene Begegnungsorte für Menschen jeden Alters, mit unterschiedlicher Herkunft oder kulturellem Hintergrund, [...] an denen das Miteinander der Generationen aktiv gelebt wird. Sie bieten Raum für gemeinsame Aktivitäten und schaffen ein neues nachbarschaftliches Miteinander in der Kommune. [...] Jüngere helfen Älteren und umgekehrt. Das Zusammenspiel der Generationen bewahrt Alltagskompetenzen sowie Erfahrungswissen, fördert die Integration und stärkt den Zusammenhalt zwischen den Menschen.“²⁸

Die Angebote beider Häuser werden von der Bevölkerung vor Ort sehr gut angenommen und sind ein wichtiger Baustein der sozialen Infrastruktur. Beide Einrichtungen werden vom Bund sowie dem Lahn-Dill-Kreis und der Stadt Herborn bzw. der Stadt Wetzlar finanziell unterstützt. Die weitere Finanzierung ist im Rahmen des neuen Bundesprogramms Mehrgenerationenhaus zunächst bis 2020 gesichert. Ein inhaltlicher Schwerpunkt liegt künftig auf der Umsetzung von Konzepten zur Unterstützung der Kommunen bei der Gestaltung des demografischen Wandels. Das MGH Herborn hat sich für die neue Förderperiode neben dem Erhalt der bereits bestehenden Angebote „eine Vertiefung des Einsatzes in den Bereichen Offene Altenarbeit und Ehrenamt in der Altenhilfe sowie die Schaffung weiterer Beratungs- und Unterstützungsangebote für Senioren und deren Angehörige vorgenommen.“²⁹

Das MGH Wetzlar-Dalheim legt ebenfalls einen Schwerpunkt auf die Seniorenarbeit. So wurde eine stundenweise Pflegeberatung durch eine russisch-sprachige Pflegefachkraft eingerichtet und ein Projekt zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Demenz (Lokale Allianzen) begonnen. Der offene Treff mit Kreativangeboten (Stricken, Malen usw.), das wöchentliche Angebot zum gemeinsamen Mittagessen sowie die gemütlichen Kaffeerunden werden von vielen Seniorinnen und Senioren gerne genutzt.

Auch in anderen Kommunen im Lahn-Dill-Kreis gibt es vereinzelt Begegnungstätten oder vergleichbare Einrichtungen, die den Austausch und das Zusammenleben der Generationen fördern. Darüber hinaus gibt es in vielen Städten und Gemeinden generationenübergreifende Angebote und Veranstaltungen, an denen sich zahlreiche Seniorinnen und Senioren aktiv beteiligen (vgl. AHPI 2012, S. 25).

²⁸ www.mehrgenerationenhaeuser.de Informationen zu den konkreten Angeboten der beiden MGH finden sich im Internet unter www.awo-lahn-dill.de und www.caritas-wetzlar-lde.de

²⁹ Vgl. ausführlicher www.awo-lahn-dill.de

Vor dem Hintergrund der Erfahrung, dass Angebote der offenen Altenarbeit - wie auch Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie Dienstleistungen der professionellen Pflege - von Migrantinnen und Migranten der älteren Generation nur in geringem Umfang genutzt bzw. in Anspruch genommen werden, wurde im Altenhilfeplan 2012 die Empfehlung ausgesprochen, den Zugang älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu den bestehenden Angeboten zu verbessern (vgl. AHPI 2012, S. 25f und S. 78).

Im Jahr 2012 hatten fünf Kommunen angegeben, dass es vor Ort Angebote gebe oder Angebote geplant seien, die die Integration älterer Menschen mit Migrationshintergrund und deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gezielt fördern sollen (vgl. ebd.).

Es liegen keine Erkenntnisse vor, ob es seither gelungen ist, in einzelnen Städten und Gemeinden die Bedürfnisse dieser (in sich nicht homogenen) Personengruppe in der offenen Altenarbeit besser zu berücksichtigen, etwaige Hemmschwellen abzubauen und mehr ältere Migrantinnen und Migranten für die Teilnahme an Angeboten der offenen Altenarbeit zu gewinnen.

Ausblick und Empfehlungen

Umfassend am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, ist ein wesentliches Merkmal guter Lebensqualität - auch im (hohen) Alter. Innerhalb der Gruppe der älteren Menschen gibt es jedoch aufgrund der großen Altersspanne, unterschiedlicher sozioökonomischer Lebensbedingungen und unterschiedlicher kultureller Prägungen vielfältige Fähigkeiten, Interessen und Bedarfe. Es gilt daher, die Angebote der offenen Altenarbeit - auch unter Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten sowie älterer Menschen mit Behinderung - zeitgemäß weiterzuentwickeln und auszubauen.

Um die Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern bzw. diesen den Zugang zu bestehenden Angeboten zu erleichtern, bedarf es zielgerichteter Kooperationen der örtlichen Netzwerkpartner, wie z. B. Sport-, Gesang- und Kulturvereine, Kirchen- und Moscheegemeinden, Seniorenbeiräte, Ausländerbeiräte etc. Die im Jahr 2016 eingerichtete Stelle der WIR-Koordination³⁰ beim Fachdienst Zuwanderung und Integration des Lahn-Dill-Kreises könnte solche Kooperationen vor Ort unterstützen und begleiten.

³⁰ Mit dem durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration geförderten Programm WIR (Wegweisende Integrationsansätze Realisieren) soll die interkulturelle Öffnung der Verwaltungen sowie der Vereine und Verbände in den Kommunen vorangetrieben werden. Die WIR-Koordination ist mit Frau Herdes Teich (06441 407 1477, herdes.teich@lahn-dill-kreis.de) am Standort Wetzlar und Herrn Matthias Holler (02771/407 6011, matthias.holler@lahn-dill-kreis.de) am Standort Dillenburg besetzt.

3.2.4 Ehrenamtliche in der Altenhilfe

Ehrenamtliches Engagement in der Altenhilfe findet in Kirchengemeinden und örtlichen Vereinen sowie angebunden an Wohlfahrtsverbände und Kommunen statt. Es wird zu einem hohen Anteil in Form von Nachbarschaftshilfe, Besuchsdiensten und Betreuung (z. B. demenzkranker Menschen) sowie in der Organisation von Seniorennachmittagen und Seniorentreffs geleistet. Auch in der Hospizarbeit engagieren sich viele Menschen ehrenamtlich (vgl. Kapitel 3.5).

Aufgrund des fortschreitenden demografischen Wandels wird das bürgerschaftliche Engagement im Bereich Altenhilfe und Seniorenarbeit weiterhin an Bedeutung gewinnen. Die ehrenamtliche Unterstützung von Seniorinnen und Senioren für Seniorinnen und Senioren wird auch künftig ein wichtiger Bestandteil sozialräumlich ausgerichteter Hilfenetze sein.

Notwendig ist allerdings eine Balance zwischen ehrenamtlich Leistbarem und der erforderlichen professionellen Distanz und Qualität, die nur von Fachkräften gewährleistet werden kann. Um die bestmögliche Verknüpfung ehrenamtlich und hauptamtlich erbrachter Hilfen zu gewährleisten, bedarf es der Einbindung ehrenamtlich Tätiger in die Organisationsstrukturen professioneller Träger und Anbieter sowie eines guten Verhältnisses haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auch regelmäßige Qualifizierungs- und Unterstützungsangebote für ehrenamtlich Engagierte sind je nach Aufgabengebiet notwendig, da diese z. B. in der Betreuung Demenzkranker (vgl. Kapitel 4.6) häufig belastende Situationen zu bewältigen haben.

In vielen Städten und Gemeinden existieren lokale Initiativen ehrenamtlichen Engagements in der Altenhilfe. Folgende seien exemplarisch genannt:

- Nachbarschaftshilfe Dillenburg-Eibach
- Nachbarschaftshilfe Dillenburg-Manderbach
- Seniorenhilfe Ehringshausen
- Verein Miteinander - Füreinander e. V., Eschenburg
- Nachbarschaftshilfe Haiger-Sechshelden
- Seniorenhilfe Haiger, Freie evangelische Gemeinde
- Seniorenhilfe Herborn
- Seniorenwerkstatt Hüttenberg
- Team Seniorenarbeit, Sinn
- Seniorenkoordinationsstelle Solms
- Nachbarschaftshilfe Waldsolms
- Verein Bürger Aktiv e. V. Wetzlar
- Verein Alt hilft Jung e. V. Wetzlar

Darüber hinaus bestehen im Lahn-Dill-Kreis seit vielen Jahren zwei Freiwilligenzentren, die gleichermaßen ehrenamtliche Unterstützung anbieten und vermitteln sowie am Ehrenamt interessierte Seniorinnen und Senioren informieren und bei Bedarf auch qualifizieren.

Das Einzugsgebiet des Freiwilligenzentrums des Caritasverbandes in Dillenburg umfasst Dillenburg, Herborn und Sinn.³¹ Das Freiwilligenzentrum Mittelhessen mit Sitz in Wetzlar ist überregional auf Mittelhessen hin orientiert mit Schwerpunkt in Wetzlar und dem Lahn-Dill-Kreis.³²

Beide Zentren arbeiten mit allen relevanten Diensten, Gruppen und Institutionen im Lahn-Dill-Kreis zusammen. Auf der Landesebene sind sie über die Landesehrenamtsagentur sowie die Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenzentren vernetzt.

Freiwilliges Engagement und ehrenamtliche Tätigkeit sind überwiegend sozialräumlich ausgerichtet und garantieren damit einen engen Bezug zur Bevölkerung.

Vielfältige Einsatzmöglichkeiten sich im sozialen Bereich ehrenamtlich zu engagieren, bietet der Bundesfreiwilligendienst.³³ Interessierte Seniorinnen und Senioren sollten sich vorab gründlich informieren und sich im privaten Umfeld beraten. Es gilt herauszufinden, welches Einsatzfeld das richtige ist und ob der geforderte zeitliche Umfang realistisch ist. Alle Wohlfahrtsverbände und Einsatzstellen informieren gerne unverbindlich über die Anforderungen und ermöglichen bei Bedarf einen Schnuppertag.

Ausblick und Empfehlungen

Angesichts der zunehmenden Bedeutung des ehrenamtlichen Engagements in den Bereichen Altenhilfe und Seniorenarbeit ist die stetige Verbesserung der Rahmenbedingungen eines solchen Engagements sinnvoll und notwendig. Hierzu zählen u. a. angemessene Qualifizierungs- und Unterstützungsangebote für ehrenamtlich Tätige.

Zudem gilt es in der Region und vor Ort eine Anerkennungskultur für ehrenamtliches Engagement in der Altenhilfe bzw. der Seniorenarbeit zu entwickeln.

³¹ Zu den Arbeitsschwerpunkten etc. vgl. AHPI 2012, S. 28 und www.caritas-wetzlar-lde.de

³² Träger ist der Verein Freiwilligenzentrum Mittelhessen e. V., dessen Vorsitz traditionell der Chefredakteur der Wetzlarer Neuen Zeitung sowie der Oberbürgermeister der Stadt Wetzlar innehaben. Ebenfalls im Vorstand vertreten sind der Lahn-Dill-Kreis, eine Kommune, die Volksbank Mittelhessen und die Träger der freien Wohlfahrtspflege (vgl. AHPI 2012, S. 28 und www.freiwilligenzentrum-mittelhessen.de).

³³ Vgl. ausführlicher AHPI 2012, S. 29 und www.bundesfreiwilligendienst.de

3.3 Beratungs- und Unterstützungsangebote

Die vielfältigen Lebensumstände älterer Menschen, die hohe Lebenserwartung und die teilweise komplexen Problemstellungen erfordern einen Mix aus professionellen Hilfen und familiärer, nachbarschaftlicher und ehrenamtlicher Unterstützung. Wesentlicher Baustein im verantwortlichen Umgang mit dem demografischen Wandel sind die zahlreichen Beratungsangebote, die sich immer weiter ausdifferenzieren und die sich an Menschen mit ganz unterschiedlichen Zugangswegen richten.³⁴

Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige im Lahn-Dill-Kreis

Mit der Einrichtung der Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige im Jahr 2007 hat der Lahn-Dill-Kreis ein wichtiges Beratungsangebot geschaffen. Die Beratung wird in Kooperation des Caritasverbandes Wetzlar Lahn-Dill-Eder e. V. und der Diakonie Lahn Dill, Stephanus Werk e. V. an den Standorten Dillenburg und Wetzlar angeboten und richtet sich in erster Linie an Menschen über 65 Jahre sowie an pflegende Angehörige, andere Bezugspersonen und ehrenamtlich in der Altenhilfe Engagierte.

Zentrale Aufgabe der Beratungsstelle ist es, die selbstständige Lebensführung älterer Menschen zu gewährleisten, diese in ihrer Selbstbestimmung und Wahlfreiheit zu unterstützen sowie ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität zu sichern. Dies beinhaltet, möglichst lange zu Hause in gewohnter Umgebung verbleiben zu können und die dazu notwendigen Hilfen zu erhalten. Pflegende Angehörige bilden den „größten Pflegedienst“ der Gesellschaft. Sie zu stärken und zu entlasten ist ein weiterer Schwerpunkt der Beratungsarbeit (siehe auch Kapitel 4.2). Ziel ist es darüber hinaus, ambulante, ehrenamtliche und professionelle Hilfestrukturen zu vernetzen und Versorgungswege zu optimieren. Hierbei werden die vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsangebote mit ihren vielfältigen Ressourcen und Kompetenzen genutzt, um ratsuchenden Menschen den Zugang zu zeitnahen und bedarfsgerechten Hilfen zu erleichtern.

Die Erfahrungen der bisherigen Beratungsarbeit zeigen deutlich, wie groß der Beratungsbedarf in den Bereichen Pflege, häusliche Betreuung, rechtliche Fragestellungen und ehrenamtliche Hilfen ist. Die Zahl der Beratungen ist in den letzten Jahren stetig gestiegen, ebenso der Anteil an über 85jährigen Klientinnen und Klienten³⁵. Die Gesellschaft des langen Lebens ist bereits Realität geworden.

³⁴ Die Kontaktdaten der im Folgenden dargestellten Beratungsangebote finden sich im Anhang.

³⁵ Vgl. hierzu den jährlichen Sachstandsbericht der Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige im Lahn-Dill-Kreis unter www.caritas-wetzlar-lde.de oder www.diakonie-lahn-dill.de.

In Einzelfällen wird in der Beratungsarbeit die Methode des Fallmanagements angewandt. Eine ausführliche Fallklärung setzt voraus, dass eine komplexe Hilfsituation vorliegt, die betroffene Person alleine lebt oder die Angehörigen sich nicht in der Lage sehen, die Aufgabe zu übernehmen. Nach Erhebung der Ausgangssituation wird über die Hilfeplanung und Vermittlung bis hin zur Kontrolle und ggf. erneuten Hilfeplanung der Versorgungsprozess auf die Zielerreichung abgestimmt. Im Rahmen des Fallmanagements werden in erster Linie die Funktionen der sozialen Unterstützung und der Vermittlung wahrgenommen. Sowohl Betroffene und Angehörige als auch Dienste und Institutionen nutzen die Fachkompetenz der Beratungsstelle.

Pflegestützpunkt im Lahn-Dill-Kreis

In Ergänzung zum Angebot der Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige hat der Lahn-Dill-Kreis gemeinsam mit den Pflege- und Krankenkassen zu Beginn des Jahres 2015 ein weiteres Beratungsangebot etabliert: den Pflegestützpunkt mit Sitz im Kreishaus in Wetzlar. Ausschlaggebend für diese Entscheidung waren die bereits in den vergangenen Jahren gestiegenen Beratungszahlen zum Thema Pflege und die Erwartung, dass der Beratungsbedarf angesichts der anstehenden gesetzlicher Neuerungen in der Sozialen Pflegeversicherung, wie z. B. der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 (siehe Kapitel 2), weiterhin deutlich zunehmen wird.

Der Pflegestützpunkt bietet umfassende Auskunft und Beratung zu allen Fragen rund um die Themen Pflege und Versorgung und berät Menschen aller Altersgruppen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf, pflegende Angehörige sowie Menschen, die von Behinderung betroffen oder bedroht sind. Die Beratung ist unabhängig, vertraulich und kostenlos und kann bei Bedarf auch zu Hause stattfinden.

Schwerpunkte der Arbeit sind die Beratung zu den Leistungen der Pflegeversicherung und weiteren sozialen Leistungen sowie zu Unterstützungs- und Hilfsangeboten vor Ort und die Koordination aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Unterstützungsangebote. Dabei arbeitet der Pflegestützpunkt mit allen Einrichtungen und Diensten zusammen, die mit Fragen der Prävention, Rehabilitation, Pflege und Hilfen zur Lebensgestaltung befasst sind.

Darüber hinaus führt der Pflegestützpunkt Informationsveranstaltungen und Fachvorträge durch, teilweise in Kooperation mit der Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige.

Case Management / Entlassungsmanagement der Lahn-Dill-Kliniken GmbH

Die Lahn-Dill-Kliniken GmbH verfügt mit der Abteilung Case Management und der Anwendung der gleichnamigen Methode über ein strukturiertes und standardisiertes Entlassungsmanagement.³⁶

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Case Management begleiten Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsverläufen von der Aufnahme ins Krankenhaus bis zu ihrer Entlassung und stellen unter Berücksichtigung medizinisch/pflegerischer, sozialer und wirtschaftlicher Aspekte eine koordinierte und geplante Entlassung sicher, um Versorgungsbrüche zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich zu verhindern.

Im Jahre 2015 behandelten die Lahn-Dill-Kliniken insgesamt ca. 40.000 stationäre Patientinnen und Patienten, davon wurden knapp 9.000 durch das Case Management begleitet. Dies entspricht 22,5 Prozent aller stationären Krankenhaufälle. In dieser Patientengruppe betrug der Anteil derer, die 65 Jahre und älter sind, im Jahr 2015 in Wetzlar 75 Prozent, in Braunfels 98 Prozent und in Dillenburg 84 Prozent.

Im Team der Abteilung Case Management arbeiten Fachkräfte aus den Bereichen Pflege und Sozialer Arbeit. Sie sind an allen drei Klinikstandorten der Lahn-Dill-Kliniken (Wetzlar, Braunfels, Dillenburg) tätig.

Folgende Informations- und Beratungsmöglichkeiten werden für stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten der Lahn-Dill-Kliniken GmbH u. a. angeboten:

- Sozialberatung
- Einleitung ambulanter oder stationärer Rehabilitationsmaßnahmen
- Vermittlung von Palliativpflege / Hospiz Begleitung / SAPV
- Beratung zu und Beantragung von Pflegestufen
- Beratung zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
- Einleitung gesetzlicher Betreuungen
- Beratung zum Schwerbehindertenrecht
- Organisation von Hilfs- und Pflegemitteln
- Poststationäre Versorgung und Pflegeüberleitung, d. h., Kontakt zu Pflegediensten, Seniorenheimen, Hausärztinnen und Hausärzten, Pflegeexpertinnen und -experten, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Kostenträgern, Sanitätshäusern usw.
- Hausnotruf / Essen auf Rädern

³⁶ Das Entlassungsmanagement der Lahn-Dill-Kliniken erfüllt die Richtlinien des „Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege

Das Entlassungsmanagement dient dazu, eine qualitativ hochwertige Überleitung vom stationären in den nachstationären Bereich zu gewährleisten. Um diese Aufgabenstellung professionell durchführen zu können, ist eine gute Netzwerkarbeit unerlässlich.

Psycho-soziale Beratung

Psychisch kranken Menschen stehen im Lahn-Dill-Kreis die Hilfsangebote des Netzwerks des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GpV) zur Verfügung. Das Netzwerk hält sowohl ambulante Hilfen, wie die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen und den Sozialen Dienst der Abteilung Gesundheit des Lahn-Dill-Kreises als auch weitergehende, teilstationäre Angebote wie Tagesstätten, Betreutes Wohnen und Wohnheime vor.

Der demografische Wandel führt zu steigenden Zahlen älterer psychisch kranker Menschen, die eine intensive Unterstützung brauchen. Insbesondere teilstationäre Angebote werden zunehmend nachgefragt. Hier ist in den kommenden Jahren ein weiterhin steigender Bedarf zu erwarten, gilt es doch auch, älteren psychisch kranken Menschen den Zugang zu gesellschaftlicher Teilhabe zu sichern. Ein teilstationäres Angebot (Tagesstätte) bietet zum einen eine Entlastung für pflegende und begleitende Angehörige und wirkt zum anderen Vereinsamungstendenzen entgegen, so dass stationäre Aufnahmen verhindert bzw. hinausgeschoben werden können. Es zeigt sich, dass nicht nur die älteren Menschen selbst, sondern insbesondere auch die Angehörigen, die berufstätig sind und daher an die Grenzen ihrer Betreuungsmöglichkeiten stoßen, diese Angebote verstärkt nachfragen.

Suchtberatung

Die Anzahl der Anfragen älterer Menschen mit Suchtmittelmissbrauch in den beiden Suchtberatungsstellen im Lahn-Dill-Kreis steigt kontinuierlich. Die Klinik Eschenburg unterhält seit 20 Jahren eine Abteilung für die Behandlung älterer Menschen, die Probleme im Umgang mit Alkohol und/oder Medikamenten haben.

Bei der Behandlung älterer Menschen mit der Diagnose „Abhängigkeitserkrankung“ muss zwischen zwei großen Gruppen unterschieden werden. Während ein Teil der Betroffenen schon über sehr lange Zeiträume hinweg unverhältnismäßig viel Alkohol und/oder Medikamente konsumiert und dadurch eine Reihe von körperlichen Beeinträchtigungen erlitten hat, hat der andere Teil erst im Alter bzw. infolge im Alter entstandener Lebensumstände begonnen, verstärkt Suchtmittel zu konsumieren. Da der menschliche Organismus im fortgeschrittenen Alter weniger Sucht auslösende Substanzen verträgt, stellt sich die Erkrankung schneller ein.

Ein spezielles Therapieprogramm, das die individuellen Bedürfnisse älterer Menschen mit einer Suchterkrankung hinsichtlich ihrer körperlichen Situation und ihrer persönlichen Wünsche berücksichtigt, hat in den letzten Jahren vielen Betroffenen den Weg aus der Sucht ermöglicht

und dazu beigetragen neue Lebensperspektiven zu entwickeln. Insbesondere im Bereich des Medikamentenmissbrauchs konnte häufig zumindest auf eine deutliche geringere Einnahme von Psychopharmaka hingewirkt werden.

Exkurs: Vom Netzwerk zum Suchthilfe-Altenhilfe-System im Lahn-Dill-Kreis

In den Jahren 2014/2015 gelang der Suchthilfe Wetzlar e. V. in Kooperation mit der Klinik Eschenburg und unter Beteiligung aller relevanten Akteure sowie der vielfältigen fachlichen und politischen Netzwerke im Lahn-Dill-Kreis der Aufbau eines Netzwerks Suchthilfe-Altenhilfe. Für die Jahre 2016/2017 führt die Suchthilfe Wetzlar e. V. den Netzwerkausbau hin zu einem Suchthilfe-Altenhilfe-System im Lahn-Dill-Kreis fort. Beide Projekte wurden bzw. werden durch Mittel des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration (HMSI) bei gleichzeitig erheblichem Einsatz von Eigen- und Sponsorenmitteln gefördert.

Fachliche Gründe für den Netzwerk- und Suchthilfe-Altenhilfe-Systemaufbau sind, dass nach Expertenschätzungen bei 14 Prozent der pflegebedürftigen Menschen bundesweit eine Alkohol- oder Medikamentenproblematik besteht, etwa 2 bis 3 Prozent der über 60jährigen Männer und 1 Prozent der Frauen über 60 Jahre alkoholabhängig sind bzw. 5 bis 10 Prozent der Frauen und 10 bis 20 Prozent der Männer über 60 Jahre in riskanter Weise Alkohol konsumieren und 30 Prozent der ärztlich verordneten Benzodiazepine über 70jährigen Menschen, überwiegend Frauen, verschrieben werden.

Im Lahn-Dill-Kreis sind aktuell ca. 300 Frauen und 560 Männer über 65 Jahre alkoholabhängig. Weitere 1500 bis 3000 Frauen sowie 2.250 bis 4.500 Männer in derselben Altersgruppe konsumieren in riskanter Weise Alkohol.

Gründe für den missbräuchlichen Konsum im Alter sind Verlusterfahrungen, Abnahme der sozialen Beziehungen, Einsamkeit, Krankheiten, sich verändernde (Lebens)sinnhaftigkeit und geminderte erlebte Wertschätzung, Veränderungen der körperlichen Vitalität und Einschränkung der Mobilität, chronische Schmerzen, finanzielle Einschränkungen, Überforderung durch Pflege von Angehörigen.

Ziele der Netzwerkarbeit hin zum Suchthilfe-Altenhilfe-System im Lahn-Dill-Kreis sind die Verbesserung und/oder der Erhalt des Gesundheitszustands, die Risikominderung des Alkohol- und Medikamentenkonsums und der Ausbau eines regelhaften Behandlungsangebots für alkohol- und medikamentenabhängige ältere Menschen.

Im Rahmen des Netzwerkaufbaus wurden Curricula für Aus- und Fortbildung in der Alten- und Krankenpflege entwickelt, erprobt und erfolgreich eingeführt sowie Fortbildung, Beratung und Coaching für Fachkräfte der ambulanten und stationären Altenhilfe dauerhaft etabliert. Darüber hinaus wurden gezielt Strukturen zur Information und Beratung sowie zur Vermittlung von Hilfen und Behandlungsangebote für Betroffene und Angehörige aufgebaut.

Projektschwerpunkte der Jahre 2016/2017 sind die Qualifizierung von Fachkräften der Altenhilfe zu Inhousemultiplikatorinnen und -multiplikatoren, das Coaching und die Fortbildung von Fachkräften der Suchtselbsthilfe und der beruflichen Suchthilfe im Umgang mit älteren Menschen, der Aufbau einer aufsuchender Arbeit betroffener älterer Menschen und ihrer Angehörigen in häuslicher Umgebung und die Pflege der Internetseite www.suchthilfe-altenhilfe-ldk.de. Maßgeblich aus Sponsorenmitteln wurde eine Datenbank aller Suchthilfe- und Altenhilfeeinrichtungen im Lahn-Dill-Kreis (inklusive Beschreibung der Einrichtungen und Verlinkung) erstellt, die über die Internetseite aufrufbar ist. Damit besteht für die Öffentlichkeit ein bisher einmaliger Informationszugang zu allen einschlägigen Angeboten im Kreisgebiet.

Zentrum für Beratung und Eingliederungshilfen (ZeBraH) des Lahn-Dill-Kreises

Das Zentrum für Beratung und Eingliederungshilfen (ZeBraH) des Lahn-Dill-Kreises ist eine kreisinterne fachbereichsübergreifende Kooperation der Abteilungen Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe und Soziales und Integration. Aufgabe des ZeBraH ist die Koordination der Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderungen. Ziel ist die Hilfeplanung aus einer Hand für behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene durch ein multiprofessionelles Team von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern bzw. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Ärztinnen und Ärzten sowie Verwaltungsfachkräften.

Für den Personenkreis der älteren Menschen mit körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen stehen folgende Leistungen der Eingliederungshilfe zur Verfügung:

- Übernahme der Kosten für tagesstrukturierende Angebote
- Übernahme der Kosten für Wohnheime für behinderte Menschen (für Menschen, die bei Einzug in das Wohnheim älter als 65 Jahre alt sind)
- Finanzierung von Hilfsmitteln (z. B. Pflegebetten, Lifte)
- anteilige Übernahme der Kosten des barrierefreien Umbaus von Wohnraum
- Förderung von Freizeitmaßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (auch als Persönliches Budget)

Ein Teil der genannten Leistungen ist abhängig vom Einkommen und Vermögen der Leistungsberechtigten. Eine ausführliche Beratung leisten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ZeBraH und die hier angegliederte Servicestelle nach dem SGB IX.

Servicestelle SGB IX

Behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen und ihren Angehörigen, die Fragen rund um das Thema Rehabilitation und Teilhabe haben, steht die Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation beim Lahn-Dill-Kreis zur Verfügung. Diese ist an das Zentrum für Beratung und Eingliederungshilfen angeschlossen und bietet trägerübergreifende Beratung in allen Fragen von Rehabilitation und Teilhabe. Die Servicestelle ermittelt den zuständigen Kostenträger, hilft bei der Antragstellung und koordiniert - falls erforderlich - unterschiedliche Leistungen. Bei Bedarf können auch Hausbesuche vereinbart werden.

Besonderer Wert wird auf die Beratung und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme sogenannter Persönlicher Budgets gelegt. Hierbei handelt es sich um eine Geldleistung, die Menschen mit einer Behinderung - anstelle einer Sachleistung - beantragen können, um damit nach eigenen Wünschen für sie individuell zugeschnittene Hilfen „einzukaufen“. Auf diese Weise wird dem Wunsch- und Wahlrecht sowie dem Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen Rechnung getragen. Das Persönliche Budget ist teilweise abhängig von Einkommen und Vermögen der Leistungsberechtigten.

Beratung für Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund

Immer mehr ältere Menschen mit Migrationshintergrund verbringen ihren Lebensabend größtenteils in Deutschland. Ältere Migrantinnen und Migranten sind jedoch bei der Inanspruchnahme sozialer Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie bei der Nutzung von Dienstleistungen aus dem Bereich Pflege derzeit noch deutlich unterrepräsentiert.

Zum einen sind ihnen viele Angebote unbekannt. Zum anderen fällt es ihnen schwer, ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Auch überschätzen sich Familien mit Migrationshintergrund bei den Unterstützungsmöglichkeiten durch die eigenen Angehörigen, wenn ein Pflegefall eintritt. Zwar gibt es nach wie vor die Erwartungen der Älteren innerhalb der Großfamilie gepflegt zu werden, doch die - analog zur Mehrheitsgesellschaft - sich verändernden Familienstrukturen sowie die gestiegene Erwerbstätigkeit der mittleren und jungen Frauengeneration führt auch in dieser Bevölkerungsgruppe zu einem steigenden Bedarf an professioneller Betreuung und Pflege.

Die Migrationsberatung des AWO Kreisverbandes Lahn-Dill e. V. berät und betreut seit vielen Jahren Menschen unterschiedlicher Nationalitäten aus Wetzlar und dem Lahn-Dill-Kreis. Darunter sind auch viele ältere Migrantinnen und Migranten. Im Rahmen dieser Beratung arbeitet die

Migrationsberatung eng mit ambulanten Pflegediensten, mit Anbietern teilstationärer und vollstationärer Pflege, mit dem Betreuten Wohnen und mit dem Mehrgenerationenhaus des AWO Kreisverbandes Lahn-Dill e. V. in Herborn zusammen.

Ausblick und Empfehlungen

Perspektivisch ist es wünschenswert, die präventive und zugehende Beratungsarbeit für ältere Menschen und ihre Angehörigen auszubauen sowie die Beratungsangebote insgesamt stärker sozialräumlich auszurichten. Bestehende Netzwerke sollen besser koordiniert und stetig weiter entwickelt werden.

Um den Zugang älterer Migrantinnen und Migranten zu den allgemeinen Beratungsangeboten für Seniorinnen und Senioren zu verbessern, sollen die Leitungen sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungsstellen kontinuierlich in interkultureller Kompetenz fortgebildet werden. Ebenso ist es wünschenswert, dass Beratungskräfte mit Migrationshintergrund eingestellt werden.

3.4 Gesundheitliche Versorgung

3.4.1 Ambulante ärztliche Versorgung

An der ambulanten Versorgung älterer Menschen sind grundsätzlich alle ärztlichen Fachgruppen beteiligt, den Hausärztinnen und Hausärzten kommt jedoch eine besondere Bedeutung zu, da sie innerhalb des Gesundheitswesens eine Schlüsselstellung einnehmen und in der Regel auch Hausbesuche durchführen. Letzteres ist für ältere, häufig in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen besonders wichtig.

Auskunft über die aktuelle Versorgungssituation im ambulanten ärztlichen Bereich gibt der von der kassenärztlichen Vereinigung aufgestellte Bedarfsplan.³⁷ Dieser unterscheidet grob zwischen der hausärztlichen Versorgungsebene und Versorgungsebenen im fachärztlichen Bereich.

Im Bedarfsplan 2015 wurden die hausärztlichen Planungsbereiche in einzelnen Regionen neu zugeschnitten, um eine feinere Planung zu ermöglichen, die den Versorgungsanforderungen in ländlichen Gebieten besser gerecht wird.³⁸ Der Lahn-Dill-Kreis besteht seither aus drei hausärztlichen Planungsbereichen: Haiger/Dillenburg (Versorgungsgrad: 98,01 Prozent), Herborn (Versorgungsgrad: 106,88 Prozent) und Wetzlar (Versorgungsgrad: 123,72 Prozent).³⁹

³⁷ www.kvhessen.de/fileadmin/media/documents/Bedarfsplan_2015_Teil3.pdf.

³⁸ Die neuen Planungsregionen, genannt Mittelbereiche, lösten die früheren Planungsräume Kreis und kreisfreie Stadt ab. Aus bundesweit 395 hausärztlichen Planungsbereichen wurden 883.

³⁹ Stand: 01.02.2015

Liegt der Versorgungsgrad im hausärztlichen Bereich unter 75 Prozent, spricht man von Unterversorgung, liegt der Versorgungsgrad bei 110 Prozent oder höher, gilt dies als Überversorgung.

Detaillierte Informationen über die aktuelle und die zu erwartende medizinische Versorgungssituation enthält der seitens des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen herausgegebene Regionale Gesundheitsreport 2014.⁴⁰ Danach liegt das Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte in den Planungsbereichen Haiger/Dillenburg und Herborn deutlich über dem hessischen Durchschnitt. Insbesondere im nördlichen Lahn-Dill-Kreis wird daher spätestens ab dem Jahr 2020 ein erheblicher Nachfolgebedarf an Hausärztinnen und Hausärzten bestehen.

In Hessen wurde der ärztliche Bereitschaftsdienst, durch den die Versorgung außerhalb der Praxissprechzeiten sichergestellt werden soll, seit 2014 schrittweise neu strukturiert. Ziel der Reform, die im Lahn-Dill-Kreis 2015 abgeschlossen wurde, war es unter anderem, die Bereitschaftsdienstbelastung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu reduzieren und damit attraktivere Niederlassungsbedingungen zu schaffen. Die vor der Reform im Kreisgebiet existierenden sieben Bereitschaftsdienstzentralen, in denen die Patientinnen und Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten ärztlich versorgt werden konnten, wurden auf drei reduziert. Für nicht mobile Patientinnen und Patienten organisieren seither die Dispositionszentralen in Kassel und Frankfurt, die unter der gemeinsamen Rufnummer 116 117 erreichbar sind, Hausbesuche. Um der drohenden hausärztlichen Unterversorgung in bestimmten Gebieten des Lahn-Dill-Kreises entgegen zu steuern, gründeten die Lahn-Dill-Kliniken und im A. N. R. Lahn-Dill e. V.⁴¹ organisierte Ärztinnen und Ärzte bereits im Jahr 2011 die Gesellschaft zur Förderung der Gesundheitsregion Lahn-Dill mbH (GFG):⁴²

Im Jahr 2014 koordinierte die GFG die Gründung der Landarztnetz Lahn-Dill GmbH, die jungen Ärztinnen und Ärzten attraktive Konditionen für eine hausärztliche Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum auf dem Land bietet. Das Landarztnetz, das 2015 mit dem Hessischen Demografiepreis ausgezeichnet wurde, betreibt mittlerweile Praxen an den Standorten Breitscheid, Dietzhöhlental und Haiger-Fellerdilln. Dieses wohnortnahe, ambulante ärztliche Versorgungsangebot spielt insbesondere für ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität eine große Rolle.⁴³

⁴⁰ https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/gesundheitsreport-2014_lahn-dill-kreis.pdf oder https://www.kvhessen.de/fileadmin/media/documents/WEB_Einzelseiten_Allg_Hessen.pdf

⁴¹ Der A.N.R. e. V. ist ein rund 230 Personen starkes Netzwerk von Ärztinnen und Ärzten, die vorwiegend im Lahn-Dill-Kreis niedergelassenen oder beruflich tätig sind.

⁴² Vgl. AHPI 2012, S.39 und www.gfg-lahn-dill.de

⁴³ Für weitere Informationen siehe www.landarztnetz.de

Ausblick und Empfehlungen

Derzeit lässt sich nur schwer prognostizieren, inwieweit sich die zuvor skizzierte Änderung der Rahmenbedingungen auf die Bereitschaft junger Ärztinnen und Ärzte, sich im Lahn-Dill-Kreis als Hausärztin bzw. Hausarzt niederzulassen, auswirken wird. Positiv im Hinblick auf die künftige Entwicklung ist sicher, dass im Lahn-Dill-Kreis bereits mit der Gründung der Gesellschaft zur Förderung der Gesundheitsregion Lahn-Dill mbH und der Landarztnetz Lahn-Dill GmbH entscheidende Schritte hin zu sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten vollzogen wurden. Entsprechende Konzepte können zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf dem Land wesentlich beitragen.

3.4.2 Geriatrische Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitation zielt auf die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit ab. Sie möchte mit den Patientinnen und Patienten größtmögliche Selbstständigkeit erreichen, häufig verbunden mit einem weiteren Verbleib im vertrauten Umfeld. „Es ist nie zu spät, einen Rehabilitationsversuch durchzuführen, um die Lebensqualität eines erkrankten älteren Menschen zu verbessern“ (PD Dr. Hans-Peter Meier-Baumgartner).

Lahn-Dill-Kliniken GmbH, Klinik für Geriatrie, Krankenhaus „Falkeneck“ in Braunfels

Ein bedarfsorientiertes geriatrisches Rehabilitationssystem muss trotz des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ von der Situation der Akuterkrankung und damit der Krankenhausbehandlung her gedacht werden. Die Lahn-Dill-Kliniken GmbH hat deshalb eine akut-stationäre Einrichtung mit dem Schwerpunkt der Frührehabilitation gemäß § 39 SGB V mit derzeit 75 vollstationären und zehn tagesklinischen Betten am Standort Braunfels aufgebaut.

Ziel der Behandlung in der Geriatrie ist es, erkrankten alten Menschen wieder zu größtmöglicher Selbstständigkeit zu verhelfen. Eine Rückkehr in die häusliche Umgebung soll erreicht werden, ein Fortschreiten der Erkrankung vermindert bzw. verzögert und die Lebensqualität verbessert werden. Dies geschieht mit Hilfe eines therapeutischen Teams bestehend aus: ärztlichem Dienst, Pflegedienst, Physiotherapie, Physikalischer Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Case Management (siehe auch Kapitel 3.3), Psychologie, Ernährungsberatung und Seelsorge. Alle Berufsgruppen arbeiten mit anerkannten standardisierten Testverfahren und eng miteinander verzahnt. Die Behandlungen werden individuell an die Patientinnen und Patienten angepasst. Im Rahmen eines ganzheitlichen Denkens werden Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige darin unterstützt und beraten, die weitere häusliche Versorgung zu bewältigen. Es erfolgt außerdem bei Bedarf eine Anleitung in Pflege- und Mobilisationstechniken oder in anderen relevanten Bereichen. Die Aufnahme erfolgt über einen sogenannten Assessmentbogen und kann direkt aus dem stationären Bereich oder über die Hausärztin bzw. den Hausarzt erfolgen.

Eine Kostenübernahmebewilligung durch die Krankenkasse ist nicht nötig. Die Terminvergabe erfolgt - in Absprache mit den zuständigen Geriaterinnen und Geriatern - über das Patientenmanagement/Vorstationäre Fallsteuerung.

Im tagesklinischen Bereich wird ebenso verfahren, allerdings werden hier die Patientinnen und Patienten nur montags bis freitags zwischen 9:00 Uhr und 15:30 Uhr betreut. In der restlichen Zeit sollten sie sich im häuslichen Bereich selbstständig oder mit Hilfe von Angehörigen oder Pflegediensten versorgen können. Das Einzugsgebiet für den Tagesklinischen Bereich ist durch die tägliche Anreise beschränkt und sollte eine Fahrzeit von 30 Minuten nicht überschreiten.

3.4.3 Demenzsensibles Krankenhaus

Die Behandlung demenzkranker Menschen im Krankenhaus ist für einige mit einer erheblichen psychischen Belastung verbunden, die unter Umständen auch zu einer deliranten Symptomatik führen kann.

Geschulte Helferinnen der Alzheimer Gesellschaft Mittelhessen e. V. und der Alzheimer Gesellschaft Dill e. V. bieten zusätzlich zur bestehenden medizinischen und pflegerischen Versorgung in den Lahn-Dill-Kliniken an allen Standorten eine soziale Betreuung speziell für Menschen mit Demenz an. Der Einsatz kann auf Nachfrage bei Patientinnen und Patienten mit der Nebendiagnose Demenz erfolgen. Das Angebot richtet sich an Personen, deren Angehörige eine intensive Begleitung des Krankenhausaufenthaltes nicht leisten können.

Die Helferinnen haben den Status eines Besuchsdienstes. Sie leisten den Betroffenen Gesellschaft und machen Gesprächs- oder Beschäftigungsangebote. Auch Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme ist denkbar. Die Gestaltung der Betreuungszeit richtet sich nach den Bedürfnissen und Wünschen der demenziell Erkrankten und ihrer Angehörigen.

Darüber hinaus können Angehörige ihr demenzerkranktes Familienmitglied während des stationären Aufenthaltes unterstützen, indem sie sich zu einem geringen Selbstkostenbeitrag als Begleitperson in das Krankenhaus aufnehmen lassen (rooming in).

3.4.4 Gerontopsychiatrische Versorgungsangebote

Das Fachgebiet der Gerontopsychiatrie umfasst die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen jenseits des 60. Lebensjahres. Häufige Erkrankungen sind Störungen der Hirnfunktionen, beispielsweise in Form der Alzheimerschen Erkrankung, aber auch Depressionen, Belastungsreaktionen sowie Psychosen und Abhängigkeitserkrankungen. Körperliche und auch situative Veränderungen des alten Menschen modifizieren bestimmte Krankheitsbilder; dies gilt auch für die Verträglichkeit und Anwendbarkeit von Medikamenten.

Für die Erkennung psychiatrischer Erkrankungen spielen Hausärztinnen und Hausärzte sowie Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern eine wichtige Rolle, da sie oft als erste mit der Krankheitssymptomatik konfrontiert werden und eine zentrale Funktion bei der Zuweisung zur weiteren nervenärztlichen Differentialdiagnostik haben. Diese erfolgt in der Regel durch niedergelassene Fachärzte, bei besonderen Problemlagen kann die gerontopsychiatrische Institutsambulanz⁴⁴ der Vitos Herborn mit dem hier vorgehaltenen multiprofessionellen Team einbezogen werden. Die Institutsambulanz verfügt außerdem über das Spezialangebot einer Gedächtnisambulanz zur Frühdiagnostik von Hirnleistungsstörungen.

Die weitaus größte Zahl gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen kann ambulant und -weniger häufig - teilstationär behandelt werden. Nur selten ist eine stationäre Aufnahme und Behandlung der Betroffenen erforderlich. Stationäre und teilstationäre gerontopsychiatrische Behandlungskapazitäten werden in der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Herborn vorgehalten.

Kontakt:

Vitos Herborn
Gerontopsychiatrische Abt.
mit integrierter ambulanter und
tagesklinischer Behandlung

Vitos Herborn
Psychiatrische Ambulanz
Herborn und Wetzlar

Leitende Ärztin

Frau Dr. Ute Andä
Austraße 40
35745 Herborn
Telefon: 02772 504 7340
ute.andrae@vitos-herborn.de

Leitende Ärztin

Frau Dr. Stefanie von Rosen
Austraße 40
35745 Herborn
Telefon: 02772 504 1547, 06441 446 56 80
stefanie.vonrosen@vitos-herborn.de

In den stationären Altenpflegeeinrichtungen im Lahn-Dill-Kreis ist mit wenigen Ausnahmen eine fachärztlich neurologisch-psychiatrische bzw. gerontopsychiatrische Versorgung über niedergelassene Fachärzte sowie die psychiatrische Institutsambulanz sichergestellt.

⁴⁴ In psychiatrischen Institutsambulanzen werden Menschen behandelt, die von den Angeboten niedergelassener Ärztinnen und Ärzte nicht oder nicht ausreichend erreicht werden. Während niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte ihre Patientinnen und Patienten nur in Ausnahmefällen zu Hause aufsuchen können, führen die Mitarbeiter/innen der psychiatrischen Institutsambulanz auch Hausbesuche durch.

Zur Optimierung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure haben sich Vernetzungsstrukturen als hilfreich und wirksam erwiesen. Ebenfalls mit der Intention der Vernetzung wurde die Facharbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie des Gemeindepsychiatrischen Verbundes um Mitglieder aus dem Bereich der Altenhilfe erweitert, um die Versorgung etwa der depressiv Erkrankten in der gerontopsychiatrischen Behandlung und Versorgung zu optimieren. Depressionen sind im höheren Lebensalter noch häufiger als Demenzerkrankungen und zeigen klinisch oft atypische Ausprägungsformen, weswegen sie vielfach nicht erkannt und bei eigentlich guter Behandlungsmöglichkeit nicht ausreichend, teilweise gar nicht behandelt werden. Rehabilitative Potenziale, etwa in der Geriatrie, werden hierdurch unzureichend ausgeschöpft, teilweise wird ein höherer Pflegeaufwand bei verminderter Lebensqualität in Kauf genommen.

Ausblick und Empfehlungen

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Vitos Herborn plant den Aufbau eines Gerontopsychiatrischen Zentrums. In diesem soll psychisch kranken älteren Menschen und ihren Angehörigen das gesamte Spektrum der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie sowie umfassende Hilfe und Unterstützung angeboten werden.

3.4.5 Palliativmedizin

Aufgabe der Palliativmedizin ist es, Menschen mit einer schweren und fortschreitenden Erkrankung und ihre Angehörigen zu begleiten und zu unterstützen. Wichtiges Ziel ist es, die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern. Hierzu bedarf es eines Teams aus ganz verschiedenen Berufsgruppen. Es werden nicht nur Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen, sondern auch Menschen mit anderen fortschreitenden Erkrankungen, die nicht heilbar sind, palliativmedizinisch versorgt, wenn dies notwendig ist. Dabei geht es um verschiedene Aspekte wie Symptomlinderung bei Schmerzen, Übelkeit oder Problemen bei der Nahrungsaufnahme, um psychosoziale Aspekte sowie um Fragen der häuslichen Versorgung.

Die Patientinnen und Patienten können hierzu auf der Palliativstation aufgenommen und im Anschluss im Rahmen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV, siehe Kapitel 3.4.6) weiterbehandelt werden. Es erfolgt eine qualitativ hochwertige Versorgung durch ausgebildete Palliativärztinnen und -ärzte und Fachpflegekräfte im häuslichen Umfeld. Eine weitere Möglichkeit ist die Versorgung im stationären Hospiz Haus Emmaus (siehe Kapitel 3.5).

Die Palliativstation im Klinikum Wetzlar verfügt über sieben Einzelzimmer, die bei Bedarf oder auf Wunsch der Patientinnen und Patienten auch doppelt belegt werden können. Behandelt werden Menschen, die an einer unheilbaren und fortschreitenden Erkrankung leiden und einen

palliativmedizinischen Versorgungsbedarf haben, z. B. Symptomkontrolle bei Schmerzen oder Planung und Organisation der Weiterversorgung. Die Patientinnen und Patienten werden von speziell ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften versorgt. Eine Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige kann problemlos eingerichtet werden. Die Zimmer sind wohnlich gestaltet. Den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen stehen ein Aufenthaltsraum bzw. Wohnzimmer sowie eine Küche zur Verfügung.

Auf der Palliativstation werden den Patientinnen und Patienten individuell abgestimmte Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten angeboten. Neben Ärztinnen und Ärzten sowie Fachkräften aus der Pflege gehören eine Psychologin, mehrere Seelsorger, Mitarbeiterinnen des Case Management/Sozialdienstes, Physiotherapeuten und eine Gestaltungstherapeutin zum Team. Die Kosten für die stationäre Palliativbehandlung werden von der Krankenkasse übernommen.

Kontakt Palliativstation:

Frau Dr. Rink, Frau Tsiridou-Neuber (Stationsleitung)

Telefon: 06441 79 2785

3.4.6 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Fast alle Menschen, die an einer unheilbaren Erkrankung leiden, haben den Wunsch, ihre letzte Lebensphase im vertrauten häuslichen Umfeld zu verbringen. Eine solche Versorgung zu Hause wird durch die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ermöglicht. Es handelt sich um ein Team aus Palliativärztinnen und -ärzten sowie in der Palliativpflege weitergebildeten Pflegekräften des Klinikums Wetzlar, niedergelassenen Palliativärztinnen und -ärzten im Lahn-Dill-Kreis, dem Hospiz Haus Emmaus in Wetzlar, ambulanten Hospizdiensten und weiteren Kooperationspartnern.

Die Verordnung der SAPV erfolgt durch eine Ärztin oder einen Arzt. Dies kann neben der Hausärztin bzw. dem Hausarzt für die Erstverordnung auch die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt im Krankenhaus sein. Nach dem Erhalt der ersten Verordnung nimmt das Palliativ-Care-Team Kontakt mit der Patientin bzw. dem Patienten auf. Es wird ein Eingangs-Assessment durchgeführt, d. h., die Ärztin bzw. der Arzt und die Pflegekraft fahren zu der Patientin bzw. dem Patienten nach Hause und besprechen - auch gemeinsam mit den Angehörigen - die weitere Versorgung.

Die Leistungen des Palliativ-Care-Teams sind geplante Hausbesuche, Telefonkontakte, Fallmanagement in besonderen Versorgungssituationen sowie eine Krisenintervention bei akutem Versorgungsbedarf. Ein Hausbesuch im Bedarfsfall ist jederzeit auch kurzfristig möglich. Es existiert eine permanente Ruf- und Einsatzbereitschaft, d. h., die Betroffenen haben auch nachts stets

eine ärztliche und pflegerische Ansprechpartnerin bzw. einen Ansprechpartner. Im Notfall ist ein Hausbesuch jederzeit möglich.

Die Palliativ-Care-Leistungen sind ergänzend, d. h., es handelt sich um eine Zusatzversorgung. Kosten entstehen den Patientinnen Patienten nicht. Die Regelversorgung erfolgt weiterhin durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt und den betreuenden ambulanten Pflegedienst.

Kontakt:

Herr Steffen Trettin (Koordinator SAPV)

Telefon: 06441 79 2270

3.5 Hospizarbeit

Jeder Mensch hat am Lebensende ein Recht auf Würde und Selbstbestimmung. Dem Engagement zahlreicher Bürgerinnen und Bürgern ist es zu verdanken, dass in den 1980er Jahren in Deutschland und in den 1990er Jahren auch im Lahn-Dill-Kreis die ersten Hospizinitiativen entstanden. Ohne jeden gesetzlichen Auftrag und ohne finanzielle Mittel suchten zumeist Angehörige schwerstkranker und sterbender Menschen nach Antworten auf den immensen Leidensdruck der Betroffenen und begannen sich ehrenamtlich und nachhaltig für ein Sterben unter würdevollen Bedingungen einzusetzen. Leitend war und ist auch heute noch die Vorstellung, dass Sterben ein Teil des Lebens ist, dem ebenso respektvoll wie achtsam begegnet werden muss. Daher ist es notwendig Räume zu schaffen, in denen die bzw. der Sterbende leben kann und sich selbst als am Leben teilhabend erfährt.

Hospizarbeit will darüber hinaus neue Netzwerke auf der Basis ehrenamtlichen Engagements aufbauen und unterstützen, in denen es um die Verbesserung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase geht. Dabei sind die Einbeziehung der körperlichen, der emotionalen, der sozialen und der spirituellen Bedürfnisse der betroffenen Menschen und der ihnen nahestehenden Personen gleichermaßen von Bedeutung. Zur praktischen Ausgestaltung solcher multidisziplinär besetzten Netzwerke gehören pflegerische, medizinische, therapeutische, seelsorgerliche und sozialarbeiterische Angebote ebenso wie das engagierte Ehrenamt.

An diesen Netzwerken zu knüpfen, sie zu gestalten und weiterzuentwickeln, ist seit mehr als zwanzig Jahren ein zentrales Anliegen der Hospizarbeit im Lahn-Dill-Kreis und wird auch in Zukunft eine wichtige Aufgabe bleiben.

3.5.1 Ambulante Hospizarbeit

Im Mittelpunkt der Hospizarbeit stehen der schwerstkranke und sterbende Mensch mit seinen Wünschen und Bedürfnissen sowie seine Angehörigen und Zugehörigen. Zu den häufig geäußerten Bedürfnissen gehört der Wunsch, bis zum Lebensende zu Hause oder im vertrauten Umfeld bleiben zu können. Dies zu ermöglichen ist eine der wesentlichen Aufgaben der ambulanten Hospizdienste. Dazu gehören auch Begleitungen in Alten- und Pflegeheimen, in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder in Krankenhäusern. Ziel ist es, Menschen darin zu unterstützen, ihr Leben in einer vertrauten Umgebung als selbstbestimmt und bis zum Ende als lebenswert erfahren zu können.

Ein besonderes Merkmal ambulanter Hospizarbeit ist der Dienst ehrenamtlich engagierter Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter. Diese sind besonders geschult und auf den Dienst vorbereitet. Unterstützt werden sie durch hauptamtliche Koordinatorinnen und Koordinatoren durch die Organisation der Einsätze, durch persönliche Begleitung, durch Fachgespräche und durch Supervisionsgruppen. Die ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und -begleiter übernehmen vielfältige Aufgaben. Durch ihre Arbeit leisten sie nicht nur einen unverzichtbaren Beitrag in der psychosozialen und spirituellen Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, sondern tragen wesentlich dazu bei, dass sich in unserer Gesellschaft ein Wandel im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen vollzieht. Ambulante Hospizdienste bieten u. a. in diesem Zusammenhang regelmäßig Beratungen an und führen Informationsveranstaltungen zu den Themen „Sterben, Tod und Trauer“ durch.

Die Begleitung und Unterstützung endet nicht mit dem Tod eines schwerkranken Menschen, sondern wird auf Wunsch der Angehörigen in der Zeit der Trauer weitergeführt. Daher gehört zum Angebotsspektrum ambulanter Hospizdienste auch die Unterstützung durch Trauerbegleitung und in Trauergruppen. Alle Mitarbeitenden der ambulanten Hospizdienste unterliegen der Schweigepflicht. Die Inanspruchnahme des Dienstes ist für Hilfesuchende nicht an eine Konfession gebunden und auch nicht mit Kosten verbunden.

Die ambulanten Hospizdienste im Lahn-Dill-Kreis sind Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur und arbeiten mit vielen Partnern des Gesundheitswesens zusammen, so z. B. mit dem Palliativ-Care-Team der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV, vgl. Kapitel 3.4.6). Sie erfüllen damit die Anforderungen der Rahmenrichtlinien nach § 39a SGB V.

Kontakt:

Ambulanter Hospizdienst Wetzlar

Träger: Diakonie Lahn Dill

Ute Schmidt, Getraude Rüsçh

Langgasse 3, 35576 Wetzlar

Telefon: 06441 9013 16

E-Mail: hospizdienst@diakonie-lahn-dill.de

Internet: www.diakonie-lahn-dill.de

Ambulanter Hospizdienst Herborn

Träger: Hospizdienste Lahn-Dill gGmbH

Hartmut Uebach, Angela Werres

Schlossstraße 20, 35745 Herborn

Telefon: 02772 923759

E-Mail: info@hospiz-lahn-dill.de

Internet: www.hospiz-lahn-dill.de

3.5.2 Stationäres Hospiz Haus Emmaus

Das Hospiz Haus Emmaus in Wetzlar bietet acht Gästen einen vertrauten Raum, in dem Leben in Würde bis zuletzt möglich ist, ohne Angst, dass unerträgliche Schmerzen quälen und dass das Leben künstlich verlängert oder verkürzt wird. Würdevolles Leben heißt in erster Linie: Selbstbestimmung. Dazu gehört ein Tagesablauf, den jeder Gast frei bestimmen kann. Angehörige oder andere nahestehende Personen werden in die Betreuung und Versorgung einbezogen. Das Haus Emmaus versteht sich als modernes Hospiz, in dem auf eine familiäre Atmosphäre besonderer Wert gelegt wird. Die möblierten Einzelzimmer mit eigenem Bad, Fernseher, Telefon und Internetzugang können nach persönlichen Wünschen mitgestaltet werden. Für Angehörige oder andere nahestehende Personen besteht die Möglichkeit, im Hospiz zu übernachten. Allen Gästen und ihren Besucherinnen bzw. Besuchern stehen ein gemeinsames Wohnzimmer, ein Raum der Stille und eine große Terrasse zur Verfügung.

Voraussetzungen für eine Aufnahme sind:

- der Wunsch der Patientin bzw. des Patienten
- das Vorliegen einer Erkrankung mit fortschreitendem Verlauf
- dass eine Heilung dieser Erkrankung ausgeschlossen ist
- die Erforderlichkeit einer palliativen Behandlung
- dass die zu erwartende Lebensdauer der Betroffenen stark begrenzt ist
- dass eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V nicht erforderlich ist
- dass eine häusliche Versorgung nicht mehr gewährleistet ist

Vor der Aufnahme muss die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt die Notwendigkeit des Hospizaufenthaltes befürworten. Falls noch keine Einstufung in eine Pflegestufe besteht, ist diese zu beantragen. Eine Kostenübernahme durch die zuständige Krankenkasse muss vorhanden sein.

95 Prozent des täglichen Bedarfssatzes für einen Hospizaufenthalt werden von den Kranken- und Pflegekassen getragen. Die verbleibenden 5 Prozent werden vom Träger aus Spenden, ehrenamtlichen Leistungen und Eigenleistungen der Hospiz Mittelhessen gemeinnützige GmbH sowie aus Zuschüssen des Förderkreises finanziert.

Durch das hochqualifizierte Personal mit Weiterbildungen in den Bereichen Palliativ Care, Hospizarbeit und verwandten Fachgebieten wird eine ganzheitliche Betreuung angeboten. Das Team aus Pflegepersonal, Mitarbeitenden in der Hauswirtschaft, der Verwaltung, ehrenamtlich Mitarbeitenden, Ärztinnen und Ärzten, Seelsorgern sowie anderen Therapeutinnen und Therapeuten arbeitet Hand in Hand, um die Menschen individuell zu begleiten. Die medizinische Betreuung kann durch die Ärztinnen und Ärzten des SAPV-Teams (siehe Kapitel 3.4.6) mit der Zusatzqualifikation Palliativmedizin oder durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt übernommen werden. Verbessert oder stabilisiert sich der gesundheitliche Zustand eines Hospizgastes während seines Aufenthaltes, wird eine Entlassung angestrebt.

Kontakt:

Hospiz Haus Emmaus

Hospiz-Mittelhessen gemeinnützige GmbH

Leitung: Monika Stumpf

Charlotte-Bamberg-Straße 14, 35578 Wetzlar

Telefon: 06441 20926-0

E-Mail: info@hospiz-mittelhessen.de

Internet: www.hospiz-mittelhessen.de

3.5.3 Hospiz- und PalliativAkademie Mittelhessen

Die Hospiz- und PalliativAkademie Mittelhessen bietet Fort- und Weiterbildungen mit dem Ziel der Qualifizierung in allen Bereichen der Hospiz- und Palliativversorgung an. Entsprechend eines interprofessionellen Konzeptes lernen und lehren Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte, Seelsorger und Menschen in psychosozialen Berufen gemeinsam.

Palliative Care wird in einem Lebensabschnitt wichtig, in dem das Ziel nicht die Heilung oder Lebensverlängerung um jeden Preis ist, sondern vielmehr die Möglichkeit zu einem guten und beschwerdefreien Leben. Die Linderung der Schmerzen und anderer Symptome sowie die Unterstützung bei psychischen, sozialen und spirituellen Problemen hat absolute Priorität.

Es ist heute weitgehend selbstverständlich, Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und der Pflege in den Bereichen der Hospiz- und Palliativversorgung weiterzubilden und interessierte

Ehrenamtliche für ihren Dienst zu qualifizieren. Palliative Care wird zunehmend auch in die Grundausbildung von Medizinstudierenden und Pflegekräften aufgenommen.

Kontakt:

Hospiz- und PalliativAkademie Mittelhessen
Leitung: Stephanie Wagner
Charlotte-Bamberg-Straße 16, 35578 Wetzlar
Telefon: 06441 20926-68
E-Mail: akademie@hospiz-mittelhessen.de
Internet: www.hospiz-mittelhessen.de

4. Pflege und Betreuung älterer Menschen im Lahn-Dill-Kreis

4.1 Professionelle Pflegekräfte

Aufgrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden steigenden Anzahl älterer und pflegebedürftiger Menschen ist in den kommenden Jahren sowohl im Bereich der Altenpflege als auch im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege weiterhin mit einem stetig wachsenden Bedarf an professionellen Pflegekräften zu rechnen. Dies führt im Ergebnis - wenn auch regional unterschiedlich - dazu, dass nicht alle offenen Stellen im Bereich der Altenpflege mit qualifizierten Kräften besetzt werden können. Auch im Lahn-Dill-Kreis ist die Nachfrage an Altenpflegerinnen bzw. -pflegern und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pflegern höher als das Angebot. So wird für das Jahr 2025 ein Erweiterungsbedarf an Pflegefachkräften infolge der steigenden Anzahl älterer, pflegebedürftiger Menschen von 172 Vollzeitstellen und ein infolge altersbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheidender Pflegefachkräfte von 329 Vollzeitstellen prognostiziert.⁴⁵

Um diesen Bedarf im Bereich der Altenpflege zu decken, ist es von zentraler Bedeutung, eine ausreichende Anzahl von Menschen in dem entsprechenden Berufsfeld auszubilden und kontinuierlich weiter zu qualifizieren.

Derzeit gibt es im Lahn-Dill-Kreis drei Altenpflegesschulen sowie zwei Gesundheits- und Krankenpflegesschulen. In Herborn befinden sich die Altenpflegeschule des Lahn-Dill-Kreises und die Gesundheits- und Krankenpflegeschule der Vitos-Klinik, in Wetzlar die Altenpflegeschule des VDAB und die Altenpflegeschule der Königsberger Diakonie sowie die Gesundheits- und Krankenpflegeschule der Lahn-Dill-Kliniken GmbH (siehe Tabelle im Anhang).

⁴⁵ Vgl. Hessischer Pflegemonitor 2014

4.1.1 Altenpflegeausbildung

Seit dem 1. August 2003 ist die Altenpflegeausbildung durch das Altenpflegegesetz bundeseinheitlich geregelt. Die Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger dauert drei Jahre und setzt sich aus theoretischem und praktischem Unterricht sowie der praktischen Ausbildung zusammen. Die Gesamtverantwortung für die Ausbildung liegt bei den staatlich anerkannten Altenpflegesschulen. Diese finanzieren sich über das vom Land Hessen geförderte Schulgeld, das sich über einen vom Land festgelegten Fördersatz an der Anzahl der Schülerinnen und Schüler orientiert. Daneben fördern sowohl das Kommunale Jobcenter des Lahn-Dill-Kreises als auch die Agentur für Arbeit leistungsberechtigte Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach dem SGB II bzw. SGB III.

Der theoretische und praktische Unterricht erfolgt in den staatlich anerkannten Altenpflegesschulen und umfasst mindestens 2100 Unterrichtsstunden in vier verschiedenen Lernbereichen:

1. Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege
2. Unterstützung alter Menschen bei der Lebensgestaltung
3. Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen Altenpflegerischer Arbeit
4. Altenpflege als Beruf

Die Altenpflegeausbildung erfolgt nach dem Lernfeldkonzept mit 14 Lernfeldern. Mit der Umsetzung des Lernfeldkonzeptes erfolgt die Ausrichtung des theoretischen Unterrichts an den Handlungsfeldern der Altenpflege. Die Schülerinnen und Schüler sollen mit diesem Konzept im Rahmen eines fächerintegrativen Unterrichtes handlungs- und problemorientiertes Lehren und Lernen erleben und anwenden können. Inhalte pflegerelevanter Bezugswissenschaften wie beispielsweise Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Anatomie und Physiologie, Psychologie etc. werden den Schwerpunktbereichen der Pflege zugeordnet.

Die praktische Ausbildung ist im Bundesaltenpflegegesetz als eigenständiger Teil der Ausbildung beschrieben und erfüllt einen eigenen Bildungsauftrag und umfasst mindestens 2500 Stunden. Sie erfolgt in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, deren Tätigkeitsbereich die Pflege alter Menschen einschließt. Darüber hinaus sind fakultativ Einsätze in psychiatrischen Kliniken mit gerontopsychiatrischer Abteilung oder in anderen Einrichtungen der gemeindenahen Psychiatrie, in Allgemeinkrankenhäusern mit geriatrischen Schwerpunkt und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen sowie in Einrichtungen der offenen Altenhilfe möglich.

Um Altenpflegerinnen und Altenpfleger aber auch Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer praktisch ausbilden zu können, müssen die Ausbildungsbetriebe über ausreichend weitergebildete Praxisanleiterinnen bzw. Praxisanleiter verfügen.

Zum 31.12.2015 hatten 136 Fachkräfte in den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen im Lahn-Dill-Kreis eine entsprechende Qualifikation.

Die größte Anzahl der praktischen Ausbildungsplätze im Bereich der Altenpflege wird von den stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt. Ende des Jahres 2015 bildeten die Altenpflegeheime im Lahn-Dill-Kreis 144 Menschen zu Altenpflegerinnen und Altenpflegern und 34 Personen zu Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfern aus.

Die Bereitschaft der ambulanten Pflegedienste zur Ausbildung in der Altenpflege und Altenpflegehilfe ist in den letzten Jahren nahezu konstant geblieben. So werden derzeit in 12 Betrieben insgesamt 25 Altenpflegerinnen und Altenpfleger sowie 9 Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer ausgebildet.⁴⁶

Die Ausbildungsbetriebe haben den Auszubildenden in der Altenpflege und Altenpflegehilfe eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen. Diese liegt entsprechend der Empfehlung der AG Altenpflegeausbildung Hessen bei mindestens 780,55 Euro im 1. Ausbildungsjahr, bei mindestens 829,66 Euro im 2. Ausbildungsjahr und bei mindestens 910,70 Euro im 3. Ausbildungsjahr (Stand: Februar 2016).

Auf Grundlage einer hierzu abgeschlossenen Rahmenvereinbarung werden jährlich für jeden besetzten Ausbildungsplatz 8.000 Euro (für die dreijährige Ausbildung) bzw. 6650 Euro (für die einjährige Ausbildung) außerhalb der Vergütungsverhandlungen von den Kostenträgern (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) in den Kostensätzen anerkannt. Die restlichen Kosten sind aus dem Budget zu erwirtschaften und mit den Stellenplänen der Einrichtungen zu verrechnen.

Die kreiseigene Altenpflegeschule und die Schule der Königsberger Diakonie bieten zusätzlich eine einjährige Ausbildung zur Altenpflegehelferin bzw. zum Altenpflegehelfer an. Diese Ausbildung eröffnet Bewerberinnen und Bewerbern mit Hauptschulabschluss die Möglichkeit, sich in diesem Bereich weiter zu qualifizieren, da mit einer erfolgreich absolvierten Altenpflegehilfeausbildung die Lehrgangsvoraussetzungen für die dreijährige Altenpflegeausbildung erworben werden.

Bei entsprechender Nachfrage bietet die Altenpflegeschule des Lahn-Dill-Kreises eine Altenpflegehilfeausbildung in Teilzeit für Menschen an, die wegen familiärer Verpflichtungen (Erziehung, Betreuung, Pflege) oder aus sonstigen Gründen keine Vollzeitmaßnahme im Bereich der Altenpflegehilfe absolvieren können. Eine solche Maßnahme dauert zwei Jahre und umfasst insgesamt mindestens 700 Stunden Unterricht. Die Unterrichtszeiten berücksichtigen dabei die familiären und schulischen Verpflichtungen der Teilnehmenden.

⁴⁶ Ergebnisse der Bestandserhebung.

Bis zum 31.12.2017 ermöglicht das SGB III (§ 131 b) Mitarbeitenden in der Pflege aufgrund einer mindestens zweijährigen Berufserfahrung eine verkürzte Altenpflegeausbildung um ein Jahr. Gemeinsam mit dem Programm WeGebAU der Bundesagentur für Arbeit, handelt es sich dabei um eine interessante Fördermöglichkeit für die Altenpflegeheime und ambulanten Pflegedienste sowie für nicht ausgebildete Pflegekräfte in diesen Betrieben. Entsprechende Informationen erteilen die Altenpflegeschulen und die Agentur für Arbeit.

4.1.2 Fort- und Weiterbildung

Zur Aktualisierung und Weiterentwicklung des professionellen Wissens im Bereich der Altenpflege bieten im Lahn-Dill-Kreis verschiedene Träger - darunter auch einige Altenpflegeschulen - entsprechende Fort- und Weiterbildungen an.

Einen Schwerpunkt bildet hier die Weiterbildung zur Praxisanleiterin bzw. zum Praxisanleiter in der Altenpflege. Im Rahmen dieser Weiterbildung qualifizieren sich dreijährig ausgebildete Pflegekräfte in den Bereichen der Pädagogik und Didaktik, um die praktische Ausbildung steuern und überwachen zu können. Zum Aufgabengebiet gehört es, Auszubildende in der Altenpflege anzuleiten, zu begleiten, zu beurteilen und zu benoten sowie an der Sicherstellung des Theorie-/Praxistransfers mitzuwirken. Die Weiterbildung umfasst mindestens 200 Unterrichtsstunden. Seit 2011 besteht in Hessen die Möglichkeit, eine staatlich anerkannte Weiterbildung zur Praxisanleitung in Modulform mit 370 Stunden zu absolvieren. Davon sind 210 Stunden Unterricht und 160 Stunden berufspraktische Anteile in den jeweiligen Einrichtungen. Durch das Modulsystem können abgeschlossene Module für andere Weiterbildungen zum Beispiel der Wohnbereichsleitung genutzt und anerkannt werden. Diese Weiterbildung wird berufsbegleitend angeboten und endet mit einer staatlichen Prüfung.⁴⁷

Darüber hinaus bieten die Altenpflegeschulen zur Aktualisierung, Vertiefung und Erweiterung verschiedener Kompetenzen und Aufgaben, Fertigkeiten und Techniken regelmäßig Fortbildungen entlang des aktuellen Bedarfs an. Diese werden auf Wunsch auch als Inhouse-Schulungen realisiert. Häufig nachgefragte Themen sind hier die unterschiedlichen nationalen Expertenstandards⁴⁸ in der Pflege, der Umgang mit demenziell erkrankten Menschen im Krankenhaus, Anleiten und Schulen im ambulanten Pflegedienst, Injektionstechniken etc.

⁴⁷ Hessische Weiterbildungs- und Prüfungsordnung vom 06.12.2012, in der Fassung vom 16. Juli 2015

⁴⁸ Dabei handelt es sich um Pflegestandards auf nationaler Ebene, die vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt werden (vgl. auch AHPI 2008, S. 73).

4.1.3 Ausblick: Reform der Pflegeausbildung

Ende November 2015 haben das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Entwurf eines Pflegeberufgesetzes vorgelegt, das der EU-Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen genügen und die Pflegeausbildung in Deutschland vereinheitlichen soll.

Im Rahmen dieser Ausbildung sollen Handlungskompetenzen erworben werden, die für die Pflege von Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen und Versorgungsstrukturen erforderlich sind. Erklärtes Ziel des Gesetzes ist es, bundesweit eine wohnortnahe qualitätsgesicherte Ausbildung zu etablieren sowie eine ausreichende Zahl qualifizierter Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner auszubilden. Nachteile in der Finanzierung zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Einrichtungen sollen vermieden und die Ausbildung in kleineren und mittleren Einrichtungen gestärkt werden. Das Gesetz soll gestuft bis zum 01.01.2018 in Kraft treten.⁴⁹ Die geplante Reform wird nachhaltige Auswirkungen sowohl auf die Pflegeberufe als auch auf die Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser haben.

Eine wesentliche Änderung stellt die Zusammenführung der bisherigen Pflegeberufe, d. h., Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege, zu einem einheitlichen Pflegeberuf mit der neuen Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann dar. Die Ausbildung soll in Vollzeit drei Jahre dauern.

Auch sollen mit dem neuen Gesetz erstmals der Pflege vorbehaltene Aufgaben festgeschrieben werden, was einer deutlichen Aufwertung des Pflegeberufs gleichkäme. Dazu gehören die Feststellung des Pflegebedarfs, die Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation und Entwicklung der Qualität der Pflege.

Die Ausbildung setzt sich laut Gesetzesentwurf aus 2100 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht in den Pflegeschulen und der praktischen Ausbildung von mindestens 2500 Stunden zusammen. Im Bereich der praktischen Ausbildung wird es strukturell zu tiefgreifenden Änderungen im Vergleich zu den bisherigen Ausbildungen kommen.

⁴⁹ Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (PfIBRefG); Drucksache 18/7823, Bearbeitungsstand 09.03.2016, für weitere Informationen siehe auch www.bundesgesundheitsministerium.de

Die nachfolgende Übersicht veranschaulicht die geplante Struktur der praktischen Ausbildung:⁵⁰

I. Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen der Pflege	
Stationäre Akutpflege	400 Std.
Stationäre Langzeitpflege	400 Std.
Ambulante Akut- und Langzeitpflege	400 Std.
II. Pflichteinsätze in speziellen Versorgungsbereichen der Pflege	
Pädiatrische Versorgung	120 Std.
Psychiatrische Versorgung	120 Std.
III. Vertiefungseinsatz	
Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach I oder II (Regelfall: beim Träger der praktischen Ausbildung)	500 Std.
IV. Weitere Einsätze / Stunden zur freien Verteilung	
Orientierungseinsatz (flexibel) beim Träger der praktischen Ausbildung	400 Std.
Weiterer Einsatz (z. B. Pflegeberatung, Rehabilitation, Palliation)	80 Std.
Zur freien Verteilung auf die Einsätze nach I bis IV	80 Std.
Gesamtsumme	2.500 Std.

So sollen zukünftig alle Auszubildenden in der Pflege unabhängig vom Träger der praktischen Ausbildung einen praktischen Ausbildungsteil in Krankenhäusern, in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie in Bereichen der Pädiatrie und Psychiatrie und weiteren Einsatzfeldern wie Pflegeberatung oder Rehabilitation und in der Palliativpflege absolvieren. Auf diese Weise soll das breite Arbeitsfeld der Pflege im Rahmen der Ausbildung kennengelernt werden und es sollen entsprechende Kompetenzen erworben werden können. Während der praktischen Ausbildung ist eine Praxisanleitung der künftigen Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler im Umfang von mindestens zehn Prozent zu leisten.

Da noch keine Ausbildungs- und Prüfungsordnung, sondern lediglich Eckpunkte zum Entwurf des Pflegeberufgesetzes vorliegen, können an dieser Stelle nur einige sehr allgemeine Anmerkungen zu den Ausbildungsinhalten erfolgen. So sind für die Ausbildung fünf verschiedene Themenbereiche vorgesehen, die unterschiedliche Kompetenzen abbilden (Stand März 2016):

⁵⁰ Quelle: Ebd.

Themenbereich I	900 bis 1000 Std.
Die Pflege von Menschen aller Altersgruppen verantwortlich planen, organisieren, gestalten und evaluieren.	
Themenbereich II	250 bis 300 Std.
Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert durchführen	
Themenbereich III	250 bis 300 Std.
Intra- und Interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten	
Themenbereich IV	150 bis 200 Std.
Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen	
Themenbereich V	150 bis 200 Std.
Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen	
Zeit zur freien Verteilung auf die Themenbereich I bis V	200 Std.

Mit einer einheitlichen Finanzierung der Pflegeausbildung, an der alle stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser beteiligt sind, möchte man Wettbewerbsnachteile für Ausbildungsbetriebe verhindern. Den Auszubildenden ist auch weiterhin eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen.

Neben der Ausbildung zur Pflegefachfrau / zum Pflegefachmann sieht der Referentenentwurf auch ein primärqualifizierendes Pflegestudium auf Bachelorniveau vor.

Ausblick und Empfehlungen

Hinsichtlich des geplanten neuen Pflegeberufgesetzes gibt es sowohl klare Befürworter als auch zahlreiche kritische Stimmen seitens der Politik und der verschiedenen Verbände.⁵¹

⁵¹ Das Gesetzgebungsverfahren ist noch nicht abgeschlossen Aufgrund des anhaltend hohen Diskussionsbedarfs wird das Gesetz möglicherweise erst zum 01.01.2019 in Kraft treten (Stand November 2016).

Es bleibt abzuwarten, ob der Fachkräftebedarf im Bereich der Altenpflege unter den neuen Rahmenbedingungen gedeckt werden kann. Fest steht, dass der Zugang zur Pflegeausbildung für Menschen ohne gradlinige Berufsbiografie (Quereinsteiger/innen) schwieriger wird. Auch sind im Hinblick auf die Finanzierung der Pflegeausbildung noch einige Fragen zu klären.

Für den Lahn-Dill-Kreis ist es grundsätzlich wichtig, das bestehende Angebot im Bereich der Pflegeausbildung zu erhalten und unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Hessischen Pflege monitors in den nächsten Jahren anzupassen, um die Qualität der pflegerischen Versorgung im Kreisgebiet zu sichern.

Eine für alle gewinnbringende Zusammenarbeit und Unterstützungskultur zwischen den unterschiedlichen stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern und den bestehenden Alten- sowie Gesundheits- und Krankenpflegeschulen kann die Umsetzung dieser notwendigen Aufgabe erleichtern. Eine träger- und einrichtungsübergreifende Koordinierungsstelle könnte diesen Prozess flankierend begleiten.

Unabhängig von der Verabschiedung des neuen Pflegeberufgesetzes und den prognostizierten steigenden Bedarfen an qualifizierten Pflegefachkräften in der Region, ist ein gut ausgebautes und stetig aktualisiertes Fort- und Weiterbildungsangebot erforderlich. Dabei erhöhen kontinuierliche, berufsbegleitende Weiterqualifizierungsangebote sowie ausreichende Möglichkeiten zur regelmäßigen Teilnahme an Supervision die Professionalität in der Pflege und auch die Chancen auf einen längerfristigen Verbleib der Fachkräfte im Beruf.

4.2 Pflegende Angehörige

Bundesweit werden 1,86 Millionen pflegebedürftige Menschen zu Hause versorgt. Dies sind 71 Prozent aller Pflegebedürftigen. Zwei Drittel dieser Menschen (1,25 Millionen Personen) werden ausschließlich durch Angehörige versorgt.⁵²

Pflegende Angehörige bilden somit den größten Pflegedienst in der Gesellschaft. Die Pflege, Unterstützung und Betreuung erfolgt je nach Bedarf gelegentlich oder täglich bis hin zur Hilfe „rund um die Uhr“.

Die reine Pflegezeit beträgt im Durchschnitt zwischen drei und sechs Stunden am Tag. Fünfzig Prozent der Versorgenden müssen zusätzlich den Nachtschlaf unterbrechen. Die durchschnittliche Pflegedauer liegt zwischen zwei und acht Jahren. Mehr als 32 Prozent aller Hauptpflegerpersonen sind älter als 65 Jahre. Etwa drei Viertel aller pflegenden Angehörigen sind Frauen.

⁵² Pflegestatistik 2013, S. 5

Aufgrund sich verändernder Familienverhältnisse sind Pflegepersonen immer häufiger nicht nur Familienmitglieder im engeren Sinne, sondern auch andere nahestehende Personen, wie Stief- oder Adoptivkinder, Freundinnen und Freunde oder Nachbarn.⁵³

4.2.1 Belastungen pflegender Angehöriger und Angebote zur Entlastung

Einen pflegebedürftigen Menschen zu Hause zu versorgen, kostet viel Zeit und seelische Kraft. Die damit einhergehende Belastung wird leicht unterschätzt. Einige pflegende Angehörige wachsen langsam in die Pflegeaufgabe hinein, andere müssen sich plötzlich und unerwartet auf eine neue Lebenssituation einstellen.

Pflegende Angehörige sind zuständig für Körperpflege, Haushaltsführung inklusive Mahlzeitenversorgung, Behandlungspflege, Begleitung zu Arztbesuchen, Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte, Gespräche, Spaziergänge, Spiele und anderes mehr. Aufgrund der Vielzahl der Aufgaben entsteht für die pflegenden Angehörigen häufig eine sehr belastende Situation, da zeitgleich der eigene Berufs- und Familienalltag *und* die Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Person bewältigt werden müssen. Die fehlende Zeit wird oft vom notwendigen Schlaf oder den kleinen Pausen am Tage abgezwickelt, die wenige Erholung macht dem Körper auf Dauer jedoch erheblich zu schaffen. Hinzu kommt, dass kaum noch Zeit für eigene Interessen und soziale Kontakte bleibt. Oft gestehen sich Angehörige erst sehr spät ein, dass sie überfordert und überlastet sind - manchmal erst dann, wenn sie vor Erschöpfung selbst krank werden oder es in der Familie zu Streitigkeiten kommt. Die Mehrfachbelastung bleibt auch am Arbeitsplatz nicht ohne Folgen und kann dazu führen, dass die Betroffenen unkonzentriert und weniger leistungsfähig sind.

Angehörige zu pflegen wird in der Gesellschaft häufig als selbstverständlich angesehen. Gründe diese Aufgabe zu übernehmen, sind neben Zuneigung, Dankbarkeit oder dem Gefühl dazu moralisch verpflichtet zu sein, häufig auch finanzielle Aspekte oder Abhängigkeiten.

Um die Pflegebereitschaft pflegender Angehöriger zu erhalten und zu fördern, ist eine deutliche Wertschätzung der geleisteten Arbeit durch das soziale Umfeld und die Gesellschaft insgesamt notwendig. Darüber hinaus bedarf es ausreichender Beratungs- und Unterstützungsangebote, damit pflegende Angehörige im Alltag Entlastung erfahren können.

⁵³ Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, wurde der Begriff der nahen Angehörigen im Pflegezeitgesetz erweitert. So erhalten inzwischen auch berufstätige Menschen Unterstützung, die ihre Stiefeltern, Schwägerinnen oder Partner in lebenspartnerschaftlichen Gemeinschaften pflegen (siehe unten).

Die Angebote für pflegende Angehörige im Lahn-Dill-Kreis sind vielfältig. Beratung und Informationen erhalten pflegende Angehörige bei der Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige im Lahn-Dill-Kreis sowie beim Pflegestützpunkt (siehe Kapitel 3.3). Zudem bieten die Pflegekassen in der Regel eine individuelle Pflegeberatung bei den Betroffenen zu Hause an. Diese umfasst bei Bedarf auch Beratung und Information zu spezifischen Krankheitsbildern. Für Angehörige von Demenzkranken bieten verschiedenen Dienste und Einrichtungen Selbsthilfegruppen und Schulungen an. Weitere Unterstützungsangebote stehen in Form von Beratung und Hilfe durch ehrenamtliche und professionelle Dienste zur Verfügung. Diese reichen von der stundenweisen Betreuung zu Hause über ambulante Pflege, Hauswirtschaftshilfen und Tagespflege bis hin zur vollstationären Kurzzeitpflege (siehe Kapitel 4.3 bis 4.6, ausführliche Informationen sowie Adresslisten unterschiedlicher Anbieter finden sich im Seniorenratgeber 2016).

4.2.2 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, das zum 01. Januar 2015 in Kraft getreten ist, wurden die bisherigen Regelungen des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) und des Familienpflegezeitgesetzes (FPfZG) weiterentwickelt und besser miteinander verzahnt.

Die neuen Regelungen im Überblick⁵⁴:

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

In einer akut eintretenden Pflegesituation haben nahe Angehörige⁵⁵ die Möglichkeit, bis zu zehn Arbeitstage ohne Ankündigungsfrist der Arbeit fernzubleiben, um eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder die pflegerische Versorgung sicherzustellen. Dieses Recht gilt gegenüber allen Arbeitgebern, unabhängig von der Größe des Betriebes. Seit dem 01. Januar 2015 besteht für diese Zeit, d. h., für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftige Person, Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld. Diese Lohnersatzleistung kann bei der Pflegekasse der bzw. des zu pflegenden Angehörigen beantragt werden.

Pflegezeit - vollständige oder teilweise Freistellung für bis zu sechs Monate

Beschäftigte haben die Möglichkeit, sich bis zu sechs Monate ganz oder teilweise von der Arbeit freistellen zu lassen, um pflegebedürftige nahe Angehörige zu Hause zu pflegen. Gegenüber Arbeitgebern mit 15 oder weniger Beschäftigten besteht kein Rechtsanspruch auf Pflegezeit.

⁵⁴ Die folgenden Informationen sind dem Seniorenratgeber 2016 entnommen (S. 36 f). Für weitere Informationen zum Thema Vereinbarkeit von Pflege und Beruf siehe www.wege-zur-pflege.de.

⁵⁵ Nahe Angehörige sind hier: Kinder, Eltern, Großeltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatt/innen, Lebenspartner/innen, Partner/innen einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Schwäger/innen, Adoptiv- oder Pflegekinder (auch der Ehegatt/innen oder Lebenspartner/innen), Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Die geplante Dauer der Pflegezeit ist dem Arbeitgeber spätestens zehn Tage vor Beginn schriftlich anzukündigen. Wer während der Pflegezeit teilweise arbeiten möchte, muss mit dem Arbeitgeber eine schriftliche Vereinbarung über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit treffen. Erfolgt eine komplette Freistellung, so entfällt für den Zeitraum der Pflegezeit die Sozialversicherungspflicht und es besteht kein Anspruch auf Lohn oder Gehalt.

Besteht nicht die Möglichkeit, sich über ein Familienmitglied in der Kranken- und Pflegeversicherung versichern zu lassen, so müssen sich die freigestellten Pflegepersonen freiwillig versichern. Für die anfallenden Beiträge kann bei der Pflegekasse der bzw. des zu pflegenden Angehörigen ein Zuschuss beantragt werden. Um die Einkommensverluste während der Pflegezeit abzufedern, besteht die Möglichkeit, beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ein zinsloses Darlehen zu beantragen.

Familienpflegezeit - teilweise Freistellung für bis zu 24 Monate

Wenn nahe Angehörige nachweislich länger pflegebedürftig sind, besteht die Möglichkeit, die Arbeitszeit über einen Zeitraum von maximal zwei Jahren auf bis zu 15 Stunden pro Woche zu reduzieren, um häusliche Pflege und Erwerbstätigkeit miteinander vereinbaren zu können. Seit dem 1. Januar 2015 besteht ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten.

Die Absicht, Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, ist dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor Beginn schriftlich anzukündigen. Dabei ist auch die geplante Dauer mitzuteilen. Der Umfang und die Verteilung der Wochenarbeitszeit sind schriftlich zu vereinbaren. Auch während der Familienpflegezeit besteht die Möglichkeit, ein zinsloses Darlehen zu beantragen, um Einkommensverluste teilweise auszugleichen (siehe Pflegezeit).

Pflegezeit und Familienpflegezeit können individuell miteinander kombiniert werden. Die mögliche Gesamtdauer aller Freistellungen beträgt dabei maximal 24 Monate. Es gelten unterschiedliche Ankündigungsfristen.

Für alle Auszeiten gilt ein besonderer Kündigungsschutz. Dieser besteht für alle Beschäftigten von der Ankündigung - höchstens jedoch zwölf Wochen vor dem angekündigten Beginn - bis zum Ende der Auszeit.

Ausblick und Empfehlungen

Die Pflegearbeit Angehöriger oder anderer nahestehender Personen sollte deutlich mehr gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung erfahren. Wünschenswert wäre die regelmäßige Würdigung im Rahmen einer offiziellen Feier mit anschließendem Wellness- oder Freizeitangebot und parallel stattfindendem Betreuungsangebot für pflegebedürftige Menschen.

Im Alltag bedarf es weiterhin der Unterstützung durch gezielte Aufklärung und Beratung im Hinblick auf sinnvolle Entlastungsangebote, in Frage kommende finanzielle Leistungen, mögliche Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen etc.

Familienpflegezeit und Pflegezeit werden trotz staatlicher Förderung bisher noch wenig genutzt. Auch hier bedarf es weiterhin intensiver Aufklärungsarbeit. Es sind auch die Arbeitgeber gefragt, ihren Beschäftigten entsprechende Informationen zukommen zu lassen.

Um Überlastungen vorzubeugen, sollte eine erste Beratung pflegender Angehöriger möglichst vor oder zu Beginn der Pflegetätigkeit stattfinden. Daher sollte das bestehende Beratungsangebot besser bekannt gemacht und die präventive Beratungsarbeit verstärkt werden. Als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können hier die Mitglieder der Seniorenbeiräte oder lokaler Vereine fungieren.

Pflegende Angehörige benötigen flexible Hilfeangebote, die auch unregelmäßig auftretende Bedarfe abdecken, wie z. B. die Betreuung und Pflege in der Nacht oder am Wochenende. Hierfür müssen bestehende Angebote weiter ausgebaut und professionelle Hilfen mit ehrenamtlichen Strukturen noch besser vernetzt werden.

4.3 Ambulante Pflege

Mit dem Inkrafttreten des Ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) zum 01.01.2015 wurden die Leistungen der Pflegeversicherung für die häusliche Pflege ausgeweitet⁵⁶ und damit die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen seitens des Gesetzgebers noch einmal bewusst gestärkt.

Wie in Kapitel 4.2 dargestellt, wird die häusliche Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland in einem sehr hohen Maße durch Angehörige oder andere ehrenamtliche Pflegepersonen (z. B. Freundinnen oder Freunde, Nachbarn) übernommen. Um eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung zu gewährleisten, ist dennoch ein ausreichendes Angebot an professioneller ambulanter Alten- und Krankenpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung sowie an pflegeergänzenden Hilfen wie Mahlzeiten- und Fahrdienste, Hausnotrufsysteme etc. notwendig.

⁵⁶ Im Einzelnen wurden die monatlichen Leistungsbeträge angehoben, die Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen erhöht sowie der anspruchsberechtigte Personenkreis der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45 b, SGB XI erweitert und ein Anspruch auf zusätzliche Entlastungsleistungen eingeführt. Zudem werden die Leistungen für teilstationäre Pflege nun zusätzlich zum Pflegegeld bzw. zur Pflegesachleistung in vollem Umfang gewährt.

Knapp ein Drittel der Pflegebedürftigen wird regelmäßig durch Beschäftigte eines ambulanten Dienstes gepflegt und (hauswirtschaftlich) versorgt.⁵⁷ Viele private Pflegearrangements würden zudem ohne die zeitweise Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes in Form von Verhinderungspflege⁵⁸ und/ oder zusätzlicher Betreuungs- und Entlastungsleistungen⁵⁹ auf längere Sicht nicht funktionieren. Auch die niedrighwelligen Betreuungsangebote für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung (siehe Kapitel 4.6) sind ein wichtiger Baustein der häuslichen Versorgung.

Personen, die im Sinne des Sozialgesetzbuches XI (Soziale Pflegeversicherung) dauerhaft, d. h., für voraussichtlich mindestens sechs Monate, pflegebedürftig sind, können - sofern sie pflegeversichert sind - auf Antrag Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Erfolgt die Pflege und Versorgung in der Häuslichkeit durch Angehörige oder andere ehrenamtliche Pflegepersonen, so besteht Anspruch auf Pflegegeld. Übernehmen nach dem SGB XI zugelassene ambulante Pflegedienste die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung, so besteht für die tatsächlich anfallenden Kosten Anspruch auf Pflegesachleistung. Des Weiteren übernehmen Pflegedienste - soweit notwendig - auch die Krankenpflege auf Basis des SGB V.

Pflegedienste im Sinne des SGB XI sind selbstständig wirtschaftende, ambulante Einrichtungen mit einer ausgebildeten Fachkraft als Leitung. Ursprünglich waren viele Pflegedienste Sozialstationen in gemeinnütziger oder kommunaler Trägerschaft, in den letzten 20 Jahren sind jedoch zunehmend mehr private ambulante Pflegedienste entstanden.

Im Lahn-Dill-Kreis sind derzeit 42 ambulante Pflegedienste tätig⁶⁰. Davon sind zehn Dienste gemeinnützig, 27 in privater Trägerschaft und fünf Dienste in öffentlicher Trägerschaft organisiert.

Die im Lahn-Dill-Kreis tätigen ambulanten Pflegedienste versorgen laut eigenen Angaben 3579 pflegebedürftige Menschen (2255 Frauen und 1324 Männer)⁶¹, das sind rund 400 Personen mehr als vier Jahre zuvor.⁶²

⁵⁷ Pflegestatistik 2013, S. 5

⁵⁸ „Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, so übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr.“ (§ 39, Abs. 1, Satz 1, SGB XI). Für weitere Informationen siehe Seniorenratgeber 2016, S. 30f.

⁵⁹ Nach § 45 b, SGB XI können berechnigte Personen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen, z. B. für qualitätsgesicherte Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassener Pflegedienste. Vgl. ausführlicher Seniorenratgeber 2016, S. 32f

⁶⁰ Ergebnis der Bestandserhebung zum 31.12.2015

⁶¹ Ebd. Da einige Dienste zu diesem Punkt keine Angaben gemacht haben, liegt die tatsächliche Anzahl der versorgten Menschen etwas höher.

Knapp drei Prozent, der ambulant versorgten Menschen haben einen Migrationshintergrund.⁶³ Gut 21 Prozent (763 Personen) der durch die ambulanten Pflegedienste versorgten Menschen haben eine anerkannte eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45 SGB XI, d. h., sie sind z. B. demenziell erkrankt.

Neben der Grundpflege nach SGB XI und der Behandlungspflege nach SGB V bieten fast alle ambulanten Pflegedienste auch hauswirtschaftliche Versorgung an. 32 Dienste erbringen diese mit eigenem Personal, 6 Dienste mit eigenem Personal und in Kooperation mit einem anderen Anbieter und 6 Dienste ausschließlich in Kooperation mit einem anderen Anbieter.⁶⁴ Zudem bieten 33 ambulante Pflegedienste auf Grundlage des § 45b SGB XI eine stundenweise Betreuung demenziell erkrankter Menschen mit speziellen Betreuungskräften an.⁶⁵ Immerhin noch 27 Dienste bieten laut eigener Angabe darüber hinaus auch zusätzliche Entlastungsleistungen an (siehe oben).

Ausblick und Empfehlungen

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 01.01.2017 (siehe Kapitel 2) und der damit einhergehenden Ausweitung und Ausdifferenzierung des nach SGB XI pflegebedürftigen und damit leistungsberechtigten Personenkreises verändern sich die Anforderungen an die professionelle ambulante Pflege deutlich. So hat nun „jeder ambulante Pflegedienst neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen anzubieten. Der Pflegedienst kann hier auch mit anderen zugelassenen Anbietern zusammenarbeiten. Das Leistungsspektrum der Pflegedienste wird sich insofern erweitern.“⁶⁶

Ziel muss es sein, in der Region auch in den kommenden Jahren eine in quantitativer wie qualitativer Hinsicht bedarfsdeckende ambulante pflegerische Versorgung und Betreuung sicherzustellen. Hierzu ist es erforderlich, die vorhandenen Ausbildungskapazitäten auszubauen, um dem bereits heute spürbaren Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzuwirken (siehe auch Kapitel 4.1) und das Leistungsangebot der ambulanten Pflegedienste und ihrer Kooperationspartner kontinuierlich den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen.

⁶² Vgl. Altenhilfeplan 2012, S. 66

⁶³ Laut Bestandserhebung werden 100 Menschen mit Migrationshintergrund ambulant versorgt, einige Dienste konnten hierzu jedoch keine Angaben machen. Im Jahr 2011 waren es 97 Personen.

⁶⁴ Ergebnis der Bestandserhebung zum 31.12.2015

⁶⁵ Hiervon zu unterscheiden sind die niedrighschwelligigen Betreuungs- und Entlastungsangebote (Kap. 4.6)

⁶⁶ www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/fragen-und-antworten-zum-psg-ii.html

4.4 Teilstationäre Pflege

Pflegebedürftige Menschen werden in teilstationären Pflegeeinrichtungen tagsüber oder nachts durch professionelle Pflegekräfte versorgt. Dies ermöglicht es den Betroffenen, weiterhin zu Hause zu wohnen. Die Lücke zwischen der ambulanten Versorgung durch Angehörige bzw. einen Pflegedienst und einer dauerhaft stationären Versorgung in einem Pflegeheim wird somit geschlossen. Im Lahn-Dill-Kreis wird ausschließlich Tagespflege angeboten.

Bei der Tagespflege handelt es sich um ein teilstationäres Angebot, in dem pflegebedürftige Menschen tagsüber gepflegt und betreut werden. Voraussetzung hierfür ist, dass in der übrigen Zeit, also morgens, abends, nachts sowie an den Wochenenden die Betreuung und die Versorgung zu Hause sichergestellt sind. Der Zeitraum wird mit der Tagespflegeeinrichtung individuell abgesprochen und bewegt sich im Rahmen von einigen Stunden einmal pro Woche bis hin zu ca. acht Stunden täglich.

Tagespflege ist eine sinnvolle Ergänzung zur Pflege und Betreuung im häuslichen Umfeld und dient nicht zuletzt der Entlastung pflegender Angehöriger. Darüber hinaus erhalten Pflegebedürftige Anregungen und Kontakt und haben die Möglichkeit, ihre noch vorhandenen geistigen und körperlichen Fähigkeiten zu trainieren. Seit dem 1. Januar 2015 können die Leistungen für teilstationäre Pflege zusätzlich zur ambulanten Pflegesachleistung oder dem Pflegegeld in vollem Umfang in Anspruch genommen werden.⁶⁷

In der Regel sind die Tagespflegegäste in der Lage, mit Hilfe der Pflegekassenleistung die Kosten der Tagespflege selbst zu tragen. Leistungen des SGB XII werden nur selten in Anspruch genommen.

Als unterstützendes Element ambulanter Versorgung gewinnt die Tagespflege eine immer größere Bedeutung. Neben *integrierter* (also an eine vollstationäre Pflegeeinrichtung angebundene) Tagespflege sind im Lahn- Dill-Kreis in den letzten Jahren *solitäre Tagespflegeangebote* an verschiedenen Standorten entstanden. Derzeit bieten 15 Einrichtungen Tagespflegeplätze an. Es stehen insgesamt 169 Tagespflegeplätze zur Verfügung. Die Gesamtzahl der Tagespflegegäste beläuft sich auf 352 Personen, davon sind etwa 63 Prozent weiblich.⁶⁸

⁶⁷ Seit dem 1. Januar 2017 können pflegebedürftige Personen, die mindestens den Pflegegrad zwei haben, Leistungen für teilstationäre Pflege erhalten. Personen mit Pflegegrad eins können den ihnen zustehenden Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich im Wege der Kostenerstattung (auch) für teilstationäre Pflege einsetzen.

⁶⁸ Ergebnis der Bestandserhebung zum 31.12.2015

Betrachtet man die Altersstruktur der Tagespflegegäste, so sind die 75- bis 85-Jährigen mit einem Anteil in Höhe von 49 Prozent der Gäste am stärksten vertreten.

Rund 62 Prozent der Tagespflegegäste haben eine dauerhaft erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI.⁶⁹ Häufig bedeutet dies, dass eine demenzielle Erkrankung vorliegt. Hieran wird die Bedeutung der teilstationären Pflege und Betreuung für den Verbleib demenziell erkrankter Menschen in ihrem vertrauten Wohnumfeld deutlich.

Ausblick und Empfehlungen

Das Angebot an Tagespflegeplätzen im Lahn-Dill-Kreis hat sich in den vergangenen Jahren sehr positiv entwickelt. Dem bereits in den Altenhilfeplänen 2008 und 2012⁷⁰ formulierten Ziel eines flächendeckenden und bedarfsgerechten Ausbaus ist man ein gutes Stück näher gekommen (vgl. Bedarfsplanung im Anhang). Die Vernetzung der Strukturen der ambulanten Pflege und Betreuung mit den teilstationären Angeboten sowie weiteren Unterstützungs- und Entlastungsangeboten wird für die qualitative Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung auch künftig eine wichtige Rolle spielen.

4.5 Vollstationäre Pflege

Im Lahn-Dill-Kreis stehen insgesamt 2.768 vollstationäre Pflegeplätze zur Verfügung. Diese verteilen sich auf 35 Altenpflegeeinrichtungen. Dort werden 2.466 Menschen versorgt und gepflegt. Davon sind 1.806 Personen weiblich und 660 Personen männlich.⁷¹ Dies entspricht einer Auslastung der stationären Pflegeeinrichtungen von durchschnittlich 89 Prozent. Im Vergleich zum 31.12.2011 ist die Anzahl der vollstationären Pflegeplätze um 11,7 Prozent und die Anzahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner um 8,5 Prozent gestiegen.

Von den insgesamt 2.466 Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern stammen 332 aus anderen Landkreisen. Ergänzende Hilfe zur Pflege nach SGB XII erhalten insgesamt 814 Personen.⁷²

⁶⁹ Ergebnis der Bestandserhebung zum 31.12.2015

⁷⁰ Vgl. AHPI 2012, S. 67 und 81

⁷¹ Ergebnisse der Bestandserhebung zum 31.12.2015

⁷² Ebd.

Die Altersstruktur der in einem Altenpflegeheim im Lahn-Dill-Kreis lebenden Menschen sieht von 2004 bis 2015 wie folgt aus:

Bis 65 Jahre		65 bis 75 Jahre		75 bis 85 Jahre		85 bis 95 Jahre		95 Jahre u. älter		Gesamt/Jahr	
194	9,7%	288	14,4%	758	37,9%	672	33,6%	90	4,5%	2002	2004
141	6,2%	296	13,0%	784	34,6%	938	41,3%	110	4,8%	2269	2011
107	4,6%	276	11,8%	847	36,1%	991	42,2%	125	5,3%	2346*	2015

* Zwei der befragten Pflegeheime machten keine Angabe zur Altersstruktur der Bewohnerinnen und Bewohner.

Damit sind rund 84 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner älter als 75 Jahre, in 2004 waren es noch 76 Prozent.

Hinsichtlich der Einstufung der Bewohnerinnen und Bewohner ergibt sich folgendes Bild⁷³:

Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
100	971	940	455

D. h., mehr als die Hälfte aller Heimbewohnerinnen und Heimbewohner (rund 57 Prozent) haben Pflegestufe II oder III. Der bereits im Altenhilfeplan 2012 beschriebene Trend, dass vor allem sehr alte, stark pflegebedürftige und häufig auch demenziell erkrankte Menschen in Pflegeheimen aufgenommen werden, setzt sich damit fort.

Menschen mit fortschreitenden Erkrankungen wie Alzheimer oder Demenz benötigen besonders auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Wohnformen. Dabei sollte dem Grundprinzip „so viel Normalität wie möglich, so viel Sonderpflege wie nötig“ entsprochen werden.

Kleine Wohngemeinschaften mit festen Bezugspersonen, die individuelle Gestaltung der Wohnräume nach den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie Rückzugsmöglichkeiten, genügend Freiraum zum Ausleben des Bewegungsdranges und die gemeinsame Gestaltung des Tagesablaufes tragen zur Verbesserung der Lebensqualität bei. In diesem speziellen Leistungsbereich verfügt der Lahn-Dill-Kreis derzeit über eine Einrichtung mit 13 Plätzen in Bischoffen.

Darüber hinaus ist es notwendig, die Betreuung demenzkranker Menschen im Bereich der vollstationären Pflege insgesamt (nicht nur in speziellen Einrichtungen oder Wohngruppen) zu verbessern und die Bedürfnisse der Betroffenen gezielt stärker zu berücksichtigen.

⁷³ Ergebnis der Bestandserhebung zum 31.12.2015

Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber mit § 87b SGB XI eine Regelung geschaffen, nach der alle zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf einen Zuschlag zur Pflegevergütung haben. Voraussetzung für die Vereinbarung dieses Zuschlages ist die Beschäftigung zusätzlichen Betreuungspersonals.

Nach § 71, Absatz 2 SGB XI, sind stationäre Pflegeeinrichtungen „selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.“ Des Weiteren definiert das Gesetz die Voraussetzungen, die an eine Pflegefachkraft gestellt werden.

Zu den gesetzlich normierten Qualitätsmerkmalen gehören insbesondere der (voraussichtlich) zu versorgende Personenkreis, Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Pflegeeinrichtung erwartet werden, die für den zu versorgenden Personenkreis vorzuhaltende personelle Ausstattung sowie Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern.

Die Regelungen zur Qualitätssicherung in der Pflege wurden durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz zum 01.01.2017 ausgebaut. Der Handlungsbedarf in Fragen der Pflegequalität wurde vom Gesetzgeber bereits im Jahre 2002 aufgegriffen. Unter anderem wurden die Voraussetzungen für die periodische Erstellung von Berichten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) geschaffen. Hiervon betroffen sind insbesondere stationäre Pflegeeinrichtungen. Der mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz im Jahre 2002 begonnene Prozess der Entwicklung und des Ausbaus von Systemen der Qualitätssicherung wird fortgeführt. So sind zum Beispiel die bereits bestehenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität von Kostenträgern und Leistungserbringern als Vertragsparteien durch einen Qualitätsausschuss neu zu vereinbaren (siehe auch Kapitel 2).

In den letzten Jahren haben im Lahn-Dill-Kreis zahlreiche Träger die baulichen Standards ihrer Einrichtungen durch Sanierungen, Um- und Anbauten sowie auch Neubauten an moderne Anforderungen angepasst und auf diesem Wege die Wohn- und Lebensqualität der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner verbessert. Die Investitionen der Einrichtungsträger erfolgten zum Teil mit einer finanziellen Förderung des Landes Hessen.

Bei den Bewohnerzimmern zeigt sich eine Entwicklung vom Doppelzimmer zum Einzelzimmer. So ist die Anzahl der Einzelzimmer seit 2004 von 1.109 auf 1.702 gestiegen. Zudem werden derzeit 451 Doppelzimmer und nur noch fünf Drei-Bettzimmer angeboten; in 2004 waren es noch 16 Drei-Bett-Zimmer. Insgesamt verfügen 35 Zimmer über keine eigene Nasszelle gegenüber 80 Zimmern in 2011 und 294 Zimmern in 2004.⁷⁴

Grundsätzlich muss gewährleistet sein, dass jede Bewohnerin und jeder Bewohner auf Wunsch die Möglichkeit hat, ein Einzelzimmer zu beziehen. Perspektivisch ist es wünschenswert, die Anzahl der Doppel- und Drei-Bett-Zimmer weiter zu reduzieren.

Im Altenhilfeplan 2012 wurde als Handlungsempfehlung formuliert, in der vollstationären Dauerpflege vermehrt Konzepte zu alternativen Wohn- und Betreuungsformen umzusetzen (AHPI 2012, S. 81). Seither sind im Lahn-Dill-Kreis zwei vollstationäre Pflegeeinrichtungen entstanden, die nach dem Hausgemeinschaftsmodell konzipiert sind, eine weitere ist in Planung.

Hausgemeinschaften sind laut dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) „kleine, dezentralisierte, überschaubare und quartiersnahe Wohnpflegestrukturen für pflegebedürftige und an Demenz erkrankte ältere Menschen.“ Hausgemeinschaftsprojekte sollten mindestens drei Hausgemeinschaften mit acht bis zwölf Bewohnerinnen und Bewohnern umfassen. Hauswirtschaft, Pflege und Betreuung finden in kleinen Wohneinheiten statt. In jeder Hausgemeinschaft gibt es eine ständig anwesende Präsenzkraft.⁷⁵

Dahinter steht die Idee, den Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen ein Leben in Geborgenheit und - wenn man so will - Normalität zu ermöglichen. In den Hausgemeinschaften wird wie in einer großen Familie gemeinsam gelebt, gekocht, gegessen, gewaschen etc.

Zur Sicherstellung der künftigen Versorgung mit stationären und teilstationären Pflegeplätzen ist der Landkreis verpflichtet, eine entsprechende Bedarfsplanung zu erstellen (vgl. Anhang). Nach § 4 Absatz 1 Satz 1 des Hessischen Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz (AG Pflege-VG) beschließt die Landesregierung einen landesweiten Rahmenplan für die erforderliche Versorgungsstruktur, der Grundsätze und Bedarfsanhaltswerte für eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Bevölkerung festlegt. Nach § 1 Absatz 1 AG Pflege-VG soll die pflegerische Versorgungsstruktur eine regional gegliederte und ortsnahe sowie aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung sicherstellen.

⁷⁴ Ergebnisse der Bestandserhebung zum 31.12.2015

⁷⁵ Vgl. www.kda.de

Ausblick und Empfehlungen

Der Lahn-Dill-Kreis sieht die Versorgung im Bereich der vollstationären Pflege auf Grundlage des Hessischen Rahmenplans derzeit als gesichert an (vgl. Bedarfsplanung im Anhang).

Vollstationäre Pflege wird auch künftig ein wichtiger Baustein im System der Versorgung pflegebedürftiger Menschen sein. Die Notwendigkeit des Ausbaus stationärer Pflegeplätze linear zur Altersentwicklung der Bevölkerung besteht jedoch nicht. Aus planerischer Sicht sollte das Augenmerk auf ambulante alternative Wohn- und Versorgungsformen gelegt werden.

In Vorbereitung des Inkrafttretens des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes erfolgte bereits in 2016 die Überleitung und Umrechnung der Entgelte der stationären Pflegeeinrichtungen auf die neue Struktur der fünf Pflegegrade. Die wichtigste Veränderung bei den Heimentgelten (Pflegesätzen) ist der sogenannte einrichtungsbezogene einheitliche Eigenanteil, der von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu zahlen ist. Pflegebedürftige mit Pflegegrad zwei bis fünf haben seit dem 1. Januar 2017, unabhängig vom jeweiligen Pflegegrad, gleich hohe Beträge für die nicht durch Leistungen der Pflegeversicherung gedeckten Entgelt- bzw. Pflegesatzanteile zu zahlen. Allerdings gilt für Menschen, die bereits vor 2017 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung gelebt haben, ein Bestandsschutz.

4.5.1 Vollstationäre Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege ist eine zeitlich befristete vollstationäre Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen, die ansonsten in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden. Diese begrenzte stationäre Unterbringung kann für maximal 28 Tage erfolgen, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht in vollem Umfang erbracht werden kann und auch teilstationäre Pflege nicht ausreicht.⁷⁶ Kurzzeitpflege leistet einen erheblichen Beitrag zur Sicherung und Ergänzung der ambulanten Pflege und kann helfen, schwierige Phasen zu überbrücken, z. B. bei einer zeitweiligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder für den Fall, dass pflegende Angehörige krank werden, im Urlaub sind oder an einer beruflichen Weiterbildung teilnehmen. Das Angebot im Lahn-Dill-Kreis besteht im Wesentlichen in Form sogenannter eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze. Nahezu alle hiesigen Alten- und Pflegeheime bieten entsprechende Plätze an. Eingestreut bedeutet, freie Kapazitäten im normalen Heimbetrieb werden genutzt, um Gäste zur Kurzzeitpflege aufzunehmen. Lediglich eine Einrichtung in Herborn bietet solitäre Kurzzeitpflegeplätze an.

⁷⁶ Weitere Informationen finden sich im Seniorenratgeber 2016, S.31.

Die dort ebenfalls angebotene rehabilitative Kurzzeitpflege versteht sich als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege. Wesentliches Ziel ist die Herstellung oder Wiedergewinnung der häuslichen Pflegefähigkeit nach einer Krankenhausbehandlung oder einer akuten Krise in der eigenen Häuslichkeit. Rehabilitative Kurzzeitpflege unterscheidet sich von der eingestreuten Kurzzeitpflege durch die konsequente Ausrichtung auf die Rückkehr des Kurzzeitpflegegastes in die eigene Häuslichkeit. Erreicht wird dies durch eine Vielzahl pflegetherapeutischer und medizinischer Maßnahmen wie Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie sowie durch ein umfassendes Casemanagement.

Ausblick und Empfehlungen

Das Angebot der rehabilitativen Kurzzeitpflege für die unmittelbare Zeit nach einem Krankenhausaufenthalt oder zur Überbrückung und Bewältigung akuter Krisen in der häuslichen Pflegefähigkeit hat sich sehr bewährt.

Insgesamt wird die Anzahl an (eingestreuten) Kurzzeitpflegeplätzen im Lahn-Dill-Kreis derzeit als ausreichend bewertet, um die Nachfrage zu decken. Die Notwendigkeit eines weiteren Ausbaus in Form solitärer Kurzzeitpflegeplätze besteht aktuell nicht.

4.6 Betreuungsangebote für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Die im Lahn-Dill-Kreis in den vergangenen Jahren entstandenen niedrigschwelligen Betreuungsangebote zur Betreuung von Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz, z. B. demenziell erkrankter Menschen, sind inzwischen gut etabliert. Es handelt sich um Angebote, in denen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Menschen mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen. Im Laufe der Jahre ist die Anzahl der Gruppenangebote zugunsten der Einzelbetreuung zurückgegangen, da viele Angehörige eine individuelle Betreuung zu Hause wünschen.

Derzeit bieten im Lahn-Dill-Kreis 20 Träger eine auf freiwilligem Engagement basierende niedrigschwellige Betreuung für den genannten Personenkreis an.⁷⁷ Insgesamt arbeiten in diesem Bereich 353 Menschen auf ehrenamtlicher Basis. Diese werden durch 38 Fachkräfte geschult, angeleitet und begleitet. Die Betreuung findet in Gruppen in von den Trägern vorgehaltenen Räumen, aber auch in Form von Einzelbetreuung zu Hause statt.⁷⁸

⁷⁷ Eine Übersicht findet sich im Seniorenratgeber 2016, S.55f.

⁷⁸ Ergebnis der Bestandserhebung zum 31.12.2005

Darüber hinaus bieten zahlreiche ambulante Pflegedienste eine Betreuung demenziell erkrankter Menschen durch hauptamtliche Beschäftigte an (siehe Kapitel 4.3). Der Unterschied zum niedrigschwiligen Betreuungsangebot liegt hier im Einsatz von hauptamtlichen anstatt ehrenamtlichen Kräften, mit der Folge unterschiedlicher Konzepte und Preisgestaltungen.

Insgesamt hat sich die Versorgungssituation für Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz im Lahn-Dill-Kreis in den letzten Jahren erheblich verbessert. Dem vor mehr als 10 Jahren formulierten sozialpolitischen Ziel eines flächendeckenden Ausbaus der niedrigschwiligen Betreuungsangebote hat man sich im Jahr 2015 stark angenähert. Neben dem Engagement der Träger dieser Angebote sowie der zahlreichen Ehrenamtlichen war und ist auch die Bereitstellung finanzieller Mittel durch den Lahn-Dill-Kreis und die Pflegekassen für den erreichten Versorgungsgrad und den erfolgreichen Auf- und Ausbau der Angebote ausschlaggebend.

Auch die Netzwerkarbeit im Bereich der Versorgung und Betreuung demenziell erkrankter Menschen hat sich in den vergangenen Jahren positiv entwickelt. So treffen sich z. B. die Leitungen der Betreuungsangebote regelmäßig zum Erfahrungsaustausch, für Fallbesprechungen und zur Planung gemeinsamer Fortbildungen für die freiwillig engagierten Helferinnen und Helfer. Ferner hat sich das regionale Demenznetzwerk im Rahmen der Projekte „Demenz im Krankenhaus“ (siehe Kapitel 3.4.3) sowie „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ (Stadt Wetzlar) bewährt. In letzterem wurden seitens des Seniorenbüros der Stadt Wetzlar in Zusammenarbeit mit der Diakonie Lahn-Dill und der Alzheimergesellschaft Mittelhessen e. V. Ehrenamtliche als sogenannte Demenzbotschafter ausgebildet. Diese bieten unterschiedlichen Institutionen und Vereinen im Stadtgebiet niedrigschwellige Beratung zum Umgang mit dem Thema Demenz an.

Ausblick und Empfehlungen

Im Zuge des demografischen Wandels und einer immer höheren Lebenserwartung wird die Anzahl demenziell erkrankter Menschen in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Infolgedessen wird auch der Betreuungsbedarf dieses Personenkreises steigen. Es ist daher erforderlich, die bestehenden Betreuungsangebote und Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz zu erhalten und bedarfsgerecht und sozialräumlich ausgerichtet auszubauen.

Ehrenamtliche Arbeit wird in der Pflege und Betreuung älterer und demenziell erkrankter Menschen weiterhin eine zentrale Rolle spielen. Es dürfte jedoch zunehmend schwieriger werden, ausreichend Ehrenamtliche zu finden, da bereits jetzt eine große Anzahl von Menschen ehrenamtlich im Bereich der Demenzbetreuung tätig ist.

Durch zahlreiche Reformen der Pflegeversicherung wurde seit dem Jahr 2002 die finanzielle Unterstützung demenziell erkrankter Menschen bzw. von Menschen mit einer dauerhaft erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in das SGB XI eingeführt und kontinuierlich erweitert.⁷⁹ Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zum 1. Januar 2017 wurden die bisherigen Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz in die Regelleistungen der Pflegeversicherung übernommen (siehe Kapitel 2).

Statt der bis zum 31.12.2016 gewährten zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen⁸⁰ steht nun jeder pflegebedürftigen Person in häuslicher Pflege ein monatlicher Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro zu. Dieser Betrag „ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbarer Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags.“ (§ 45b SGB XI in der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung).⁸¹ Er dient u. a. der Erstattung von Aufwendungen, die den Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag entstehen (vgl. ausführlicher ebd.).

In § 45a Abs. 1 SGB XI in der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung heißt es: „Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können.“ Darunter fallen auch die bereits bestehenden niedrigschwelligen Betreuungsangebote. Generell kann es sich dabei um Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung Pflegenden sowie Angebote zur Entlastung im Alltag handeln (vgl. ausführlicher ebd.).

Bedingt durch die Neuerungen in der Sozialgesetzgebung werden künftig voraussichtlich verstärkt Angebote zur Unterstützung im Alltag nachgefragt. Hieraus wird sich ein Mehrbedarf an finanziellen Mitteln ergeben, der auch in den kommenden Jahren durch die Pflegekassen und die Sozialhilfeträger im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten gedeckt werden sollte.

⁷⁹ Vgl. AHPI 2012, S. 72f sowie zu den Neuerungen durch das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) ab dem 01.01.2015 www.bundesgesundheitsministerium.de

⁸⁰ Vgl. Kapitel 4.3, Anmerkung 61

⁸¹ Wie in Kapitel 2 ausgeführt wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in das SGB XII (Hilfe zur Pflege) eingeführt. Infolgedessen wird pflegebedürftigen Personen ab Pflegegrad 1, die Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben, ebenfalls ein Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich gewährt. Auch dieser ist zweckgebunden für bestimmte Leistungsangebote zu verwenden.

5. Handlungsempfehlungen

Leben und Wohnen im Alter	Primär Beteiligte
Angebot an zertifizierter (auch ehrenamtlicher) Wohnberatung besser bekannt machen und lokal ausbauen, Anlaufstellen in Stadt- und Gemeindeverwaltungen schaffen	Netzwerk Wohnberatung, Städte und Gemeinden
Auf- bzw. Ausbau örtlicher oder regionaler Netzwerke mit Handwerksbetrieben und Anbietern in den Bereichen Pflege, hauswirtschaftliche Hilfen, Hilfsmittel und Wohnraumanpassung	Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige im LDK
in ausreichendem Maße altersgerechten, vorzugsweise barrierefreien und bezahlbaren Wohnraum für ältere Menschen bereitstellen	Städte und Gemeinden, Wohnungswirtschaft, private Inverstoren
Unterstützung privater Initiativen hinsichtlich gemeinschaftlicher Wohnprojekte oder anderer alternativer Wohnformen, Schaffen von Informationsbörsen für Interessierte	Städte und Gemeinden, Bürgerinnen und Bürger

Seniorenbeiräte und Gestaltung von Seniorenpolitik	Primär Beteiligte
Einrichtung von Seniorenbeiräten in allen Städten und Gemeinden	Städte und Gemeinden im LDK

Soziale Teilhabe älterer Menschen mit Behinderung	Primär Beteiligte
Einrichtung von Behindertenbeiräten in allen Städten und Gemeinden	Städte und Gemeinden im LDK
Inhaltliche Zusammenarbeit der AG Altenhilfeplanung und des Kreisbehindertenbeirats entlang vereinbarter Kooperationsfelder, um die Planungen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderung besser aufeinander abzustimmen	AG AHPI, Behindertenbeirat LDK

Offene Altenarbeit	Primär Beteiligte
Angebote der offenen Altenarbeit - auch unter Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten sowie älterer Menschen mit Behinderung - zeitgemäß weiterentwickeln und ausbauen	Städte und Gemeinden, Seniorenbeiräte, Wohlfahrtsverbände, Kirchengemeinden, lokale Vereine, WIR-Koordination LDK etc.
Kooperationen aufbauen, um die Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern bzw. diesen den Zugang zu bestehenden Angeboten zu erleichtern	

Ehrenamtliche in der Altenhilfe	Primär Beteiligte
<p>stetige Verbesserung der Rahmenbedingungen für ehrenamtliches Engagement in der Altenhilfe, z. B. angemessene Qualifizierungs- und Unterstützungsangebote vorhalten und ausbauen</p> <p>Anerkennungskultur für ehrenamtliches Engagement in der Altenhilfe bzw. der Seniorenarbeit in der Region und vor Ort entwickeln</p>	<p>Städte und Gemeinden im LDK, Wohlfahrtsverbände, Kirchengemeinden, Lahn-Dill-Kreis</p>

Beratungs- und Unterstützungsangebote	Primär Beteiligte
<p>Präventive und zugehende Beratungsarbeit für ältere Menschen und Angehörige ausbauen sowie die Beratungsangebote besser bekannt machen und insgesamt stärker sozialräumlich ausrichten</p> <p>Verbesserung des Zugangs älterer Migrantinnen und Migranten zu Beratungsangeboten durch Fortbildung der Leitungen und Beschäftigten von Beratungsstellen in interkultureller Kompetenz</p>	<p>Träger der Beratungsangebote mit Unterstützung der Kommunen und des Lahn-Dill-Kreises</p>

Gerontopsychiatrische Versorgungsangebote	Primär Beteiligte
weiterer Ausbau der Frühdiagnostik, insbesondere im hausärztlichen Bereich sowie regelmäßige, trägerübergreifende Fortbildung und Qualifizierung der Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachkräfte	<p>KV Hessen, Hausärztinnen und Hausärzte, Krankenhäuser, freie Träger, Pflegeeinrichtungen</p>
Gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liäsondienst in den Allgemeinkrankenhäusern weiterentwickeln	
Ausbau und Flexibilisierung der gerontopsychiatrischen Versorgungsangebote, regelhaftes Angebot von Hausbesuchsdiensten	
Qualitativer Ausbau flexibler Betreuungsangebote, auch für nicht demente, anderweitig gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen	

Hospizarbeit	Primär Beteiligte
<p>weitere Öffentlichkeitsarbeit zur Hospizarbeit, weiterer Ausbau der ehrenamtlichen Tätigkeit, Sterbebegleitung in Pflegeheimen</p> <p>Einrichtung eines stationären Hospizes im nördlichen Lahn-Dill-Kreis</p>	<p>Träger der Hospizarbeit</p>

Professionelle Pflegekräfte	Primär Beteiligte
Bestehendes Angebot im Bereich der Pflegeausbildung erhalten und ausbauen, um die Qualität der pflegerischen Versorgung im Kreisgebiet zu sichern und den Fachkräftebedarf auch künftig zu decken	Altenpflegeschu- len, Krankenpfe- geschulen, Pflege- einrichtungen
Kontinuierliche, berufsbegleitende Qualifizierungsangebote sowie ausreichende Möglichkeiten zur regelmäßigen Teilnahme an Supervision, um die Professionalität in der Altenpflege und die Chancen auf längeren Verbleib im Beruf zu erhöhen	

Pflegende Angehörige	
Thema	Primär Beteiligte
Die Pflegearbeit Angehöriger soll deutlich mehr gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung erfahren. Regelmäßige Würdigung durch offizielle Festlichkeit mit anschließendem Wellness- oder Freizeitangebot für pflegende Angehörige und parallel stattfindendem Betreuungsangebot für pflegebedürftige Menschen	Städte und Ge- meinden, Lahn- Dill-Kreis
Unterstützung durch gezielte Aufklärung und Beratung im Hinblick auf sinnvolle Entlastungsangebote, finanzielle Leistungen, mögliche Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen, rechtliche Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf etc. Bestehendes Beratungsangebot besser bekannt machen und die präventive Beratungsarbeit verstärken	Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige, Pflegestützpunkt, Arbeitgeber
Bessere Vernetzung professioneller Hilfen mit ehrenamtlichen Strukturen, um flexible Hilfeangebote, die auch unregelmäßig auftretende Bedarfe abdecken, wie z. B. die Betreuung und Pflege in der Nacht oder am Wochenende, aufzubauen	Träger von Pflege- einrichtungen und Betreuungsange- boten, Ehrenamt- liche in der Alten- hilfe

Ambulante Pflege	Primär Beteiligte
Ausbau der Ausbildungskapazitäten im Bereich Pflege und Anpassung des Leistungsangebots der ambulanten Pflegedienste und ihrer Kooperationspartner an die veränderten Rahmenbedingungen, um eine bedarfsdeckende ambulante pflegerische Versorgung und Betreuung in der Region	Ambulante Pflegetdienste

Teilstationäre Pflege	Primär Beteiligte
<p>Tagespflegeangebote besser bekannt machen, um die Nutzung des bestehenden Angebots zu erhöhen</p> <p>Bessere Vernetzung der teilstationären Angebote mit Strukturen der ambulanten Pflege und Betreuung sowie weiteren Unterstützungs- und Entlastungsangeboten, um die ambulanten Versorgung in der Region qualitativ weiter zu entwickeln</p>	<p>Träger von Pflegeeinrichtungen,</p> <p>Pflegestützpunkt, Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige</p>

Vollstationäre Dauerpflege	Primär Beteiligte
<p>Kein Ausbau stationärer Pflegeplätze linear zur Altersentwicklung der Bevölkerung.</p> <p>Planerische und konzeptionelle Ausrichtung auf alternative (ambulante) Wohn- und Betreuungsformen, insbesondere auch zur Versorgung demenziell Erkrankter</p>	<p>Betreiber von Pflegeeinrichtungen, Städte und Gemeinden, LDK</p>

Betreuungsangebote für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Primär Beteiligte
<p>Bestehende Betreuungsangebote und Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz erhalten und bedarfsgerecht und sozialräumlich ausgerichtet ausbauen.</p> <p>Gewinnung weiterer Ehrenamtlicher zur Betreuung und Unterstützung demenziell erkrankter Menschen</p> <p>Schaffung neuer Angebote zur Unterstützung im Alltag, auch zur Entlastung pflegender Angehöriger</p>	<p>Alle Träger und Institutionen, die in diesem Feld tätig sind</p>

6. Ergebnisse der Anhörung der Städte, Gemeinden und Seniorenbeiräte

Wie in Kapitel 1 dargestellt, haben die Städte und Gemeinden sowie die Seniorenvertretungen die Möglichkeit erhalten, den Entwurf des Altenhilfeplans zu beraten und ggf. eine schriftliche Stellungnahme abzugeben, bevor dieser den politischen Gremien des Lahn-Dill-Kreises vorgelegt wurde. Der Versand des Entwurfs erfolgte im November 2016, etwaige Rückmeldungen sollten bis zum 10. Februar 2017 eingehen.

Nahezu alle beteiligten Kommunen und Seniorenbeiräte bewerten den Entwurf des Altenhilfeplans positiv und haben diesen zustimmend zur Kenntnis genommen. Einige Städte und Gemeinden haben in ihren schriftlichen Stellungnahmen konkrete Ergänzungsvorschläge formuliert. Diese wurden geprüft und - ggf. leicht sprachlich überarbeitet - in die entsprechenden Kapitel übernommen.

Die Gemeinde Eschenburg hat eine umfangreiche Stellungnahme zur Bedarfsplanung in der Versorgungsregion 01, der die Gemeinden Dietzhöhlental und Eschenburg angehören, eingereicht, die im Folgenden auszugsweise dokumentiert und kommentiert wird. Die Kommentierung wurde der Übersichtlichkeit halber *kursiv* gedruckt.

In der Stellungnahme der Gemeinde Eschenburg heißt es:

„Obgleich wir die Übersicht schätzen und uns dafür bedanken, dass das geplante Altenheim in Eibelshausen richtigerweise bereits vermerkt ist (86 Plätze vollstationär, 12 Plätze Tagespflege), müssen wir die Bedarfsberechnung in Frage stellen. Wir regen im Zuge unserer Stellungnahme an, in der Schlussfolgerung auch den Begriff „Überversorgung“ zu relativieren.“

Es folgt eine Bedarfsberechnung auf Grundlage eines alternativen Bedarfsanhaltwertes (DIW, Berlin) deren Ergebnis für das Jahr 2030 eine fast vollständige Bedarfsdeckung für die VR 01, aber keine Überversorgung ausweist. Damit soll der Bedarf hinsichtlich der geplanten Einrichtung in Eschenburg-Eibelshausen belegt werden.

Hierzu sei folgendes angemerkt:

Vollstationäre Pflege wird auch künftig ein wichtiger Baustein im System der Versorgung pflegebedürftiger Menschen sein. Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass die meisten Menschen, auch wenn sie pflegebedürftig werden, möglichst lange zu Hause leben möchten. Der fortgesetzte Ausbau ambulanter Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen in den letzten Jahren und die erneute Stärkung der häuslichen Pflege durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz, machen dies schon heute in vielen Fällen möglich.

Der bundesweite Trend, dass vor allem sehr alte, stark pflegebedürftige und häufig auch demenziell erkrankte Menschen in Pflegeheime aufgenommen werden, setzt sich auch im Lahn-Dill-Kreis fort, wie die Ergebnisse der Bestandserhebung belegen: Rund 84 Prozent der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner im Kreisgebiet sind 75 Jahre und älter. Mehr als die Hälfte der Menschen, die in einem Pflegeheim leben, haben Pflegestufe II oder III (AHPI 2017, S. 58). Im Ergebnis beträgt die Auslastung der hiesigen Pflegeheime derzeit durchschnittlich 89 Prozent, d.h. 11 Prozent der zu Verfügung stehenden Plätze sind nicht belegt. Es sei auch erwähnt, dass bei der Auswahl eines vollstationären Pflegeplatzes die Nähe zum ursprünglichen Wohnort nicht unbedingt das ausschlaggebende Kriterium ist.

Vor diesem Hintergrund, besteht - wie bereits ausgeführt - ausdrücklich keine Notwendigkeit, stationäre Pflegeplätze linear zur Altersentwicklung der Bevölkerung auszubauen.

Den Städten und Gemeinden wird empfohlen, stattdessen die ambulanten Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen vor Ort gezielt weiter zu entwickeln und sich an der Schaffung altersgerechten, vorzugsweise barrierefreien, Wohnraums zu beteiligen.

Die Gemeinde Lahnau regt an, den Zuschnitt der Versorgungsregionen 07 und 08 (Wetzlar und Lahnau) zu verändern bzw. die Bedarfsplanung zur pflegerischen Versorgung insgesamt nicht länger auf der Ebene von Versorgungsregionen vorzunehmen. In der auszugsweise dokumentierten Stellungnahme, die unten kommentiert wird, heißt es:

„Im Bereich der stationären oder teilstationären Pflege ist unverkennbar, dass [...] die tatsächliche Bedarfssituation eine ganz andere ist, als es der Altenhilfeplan mit rein rechnerischen Zahlen vermittelt. Deshalb ist die Einteilung des Lahn-Dill-Kreises in kleinteilige Versorgungsregionen aufzugeben und - wenn überhaupt – die Über- bzw. Unterversorgung an Pflegeplätzen lediglich für den Lahn-Dill-Kreis in seiner Gesamtheit darzustellen.“

Hierzu sei folgendes angemerkt:

Um eine möglichst wohnortnahe Pflege und Betreuung zu gewährleisten, wurde der Lahn-Dill-Kreis in zehn Versorgungsregionen eingeteilt (vgl. AHPI 2012, S. 8 sowie AHPI 2017, S. 6 u. 60). Die Darstellung der Ergebnisse der Bestandserhebung und der Bedarfsplanung auf der Ebene kleinerer Planungsräume bietet aus Sicht des Lahn-Dill-Kreises durchaus die Möglichkeit, sich ein Bild von der pflegerischen Versorgung vor Ort im Kontext der demografischen Entwicklung zu machen.

Gleichwohl ist bekannt, dass Tagespflegeplätze und insbesondere auch Plätze in stationären Pflegeheimen häufig über die Grenzen der Versorgungsregionen hinweg genutzt werden. Für den nächsten Altenhilfeplan soll daher geprüft werden, ob eine andere Aufbereitung der Daten sinnvoll erscheint.

7. Literatur- und Quellenverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit. Januar 2009: Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit. Mai 2009: Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit. Juni 2013: Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. 2013: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflege, Berlin

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. September 2016: Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), Berlin

Hessisches Ministerium für Soziales. 2014: Hessischer Pflegemonitor, Wiesbaden

Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises. 2012: Altenhilfeplan 2012, Wetzlar

Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises/ Mediaprint Infoverlag GmbH. 2016: Seniorenratgeber „Älter werden im Lahn-Dill-Kreis“ (5. Auflage), Mering

Landesseniorenvertretung Hessen e. V. 2004: Empfehlungen für die Bildung von Seniorenvertretungen in hessischen Kommunen, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt. 2015: Pflegestatistik 2013, Deutschlandergebnisse, Wiesbaden

8. Anhang

- Tabelle Bevölkerung im Lahn-Dill-Kreis nach Altersgruppen
- Liste ausgewählter Beratungs- und Unterstützungsangebote
- Adressen und Angebote der Altenpflegeschulen sowie der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen im Lahn-Dill-Kreis
- Bestands- und Bedarfsabgleich an Pflegeplätzen für die einzelnen Versorgungsregionen und Gesamtübersicht für den Lahn-Dill-Kreis

Bevölkerung im Lahn-Dill-Kreis nach Altersgruppen

	Bevölkerung insgesamt mit Hauptwohnsitz	Anteil Bevölkerung über 65 Jahre	Anteil in % über 65 Jahre an Bevölkerung	Anteil Bevölkerung über 75 Jahre	Anteil in % über 75 Jahre an Bevölkerung	Anteil Bevölkerung über 85 Jahre	Anteil in % über 85 Jahre an Bevölkerung
Aßlar, Stadt	13735	2808	20,4%	1462	10,6%	383	2,8%
Bischoffen	3387	759	22,4%	403	11,9%	138	4,1%
Braunfels, Stadt.	11045	2771	25,1%	1428	12,9%	377	3,4%
Breitscheid	4755	1009	21,2%	536	11,3%	128	2,7%
Dietzhöhlztal	5762	1281	22,2%	703	12,2%	185	3,2%
Dillenburg, Stadt.	23688	5019	21,2%	2645	11,2%	634	2,7%
Driedorf	5171	1092	21,1%	545	10,5%	126	2,4%
Ehringshausen	9313	2053	22,0%	1069	11,5%	260	2,8%
Eschenburg	10250	1916	18,7%	1036	10,1%	236	2,3%
Greifenstein	6871	1496	21,8%	760	11,1%	196	2,9%
Haiger, Stadt	18624	3936	21,1%	2094	11,2%	487	2,6%
Herborn, Stadt.	20780	4530	21,8%	2353	11,3%	606	2,9%
Hohenahr	4802	984	20,5%	479	10,0%	99	2,1%
Hüttenberg	10799	2013	18,6%	980	9,1%	221	2,0%
Lahnau	8159	1841	22,6%	929	11,4%	211	2,6%
Leun, Stadt.	5888	1157	19,7%	587	10,0%	118	2,0%
Mittenaar	4897	1019	20,8%	584	11,9%	130	2,7%
Schöffengrund	6445	1361	21,1%	698	10,8%	187	2,9%
Siegbach	2657	544	20,5%	305	11,5%	76	2,9%
Sinn	6457	1347	20,9%	649	10,1%	163	2,5%
Solms, Stadt	13588	3030	22,3%	1516	11,2%	393	2,9%
Waldsolms	4836	990	20,5%	480	9,9%	116	2,4%
Wetzlar, Stadt.	52501	11395	21,7%	6133	11,7%	1621	3,1%
Lahn-Dill-Kreis	254410	54351	21,4%	28374	11,2%	7091	2,8%

Quelle: ekom21, Stichtag 31.12.2015, Prozentwerte gerundet

Liste ausgewählter Beratungs- und Unterstützungsangebote (siehe Kapitel 3.3)

Beratungsstelle für ältere Menschen und Angehörige im Lahn-Dill-Kreis

Caritasverband Wetzlar/ Lahn-Dill-Eder e. V.	Diakonie Lahn Dill, Stephanus Werk e. V.
Elke Schmidt	Anette Stoll
Hintergasse 2	Langgasse 3
35683 Dillenburg	35576 Wetzlar
Telefon: 02771 8319 19	Telefon: 06441 9013 23
E-mail: seniorenberatung@caritas-wetzlar-lde.de	seniorenberatung@diakonie-lahn-dill.de

Pflegestützpunkt in gemeinsamer Trägerschaft der Pflege- und Krankenkassen und des Lahn-Dill-Kreises

Karl-Kellner-Ring 51 (Kreishaus)	
35576 Wetzlar	
E-Mail: pflegestuuetzpunkt@lahn-dill-kreis.de	
Elvira Purschke-Hohmann	Kathrin Gaidies
Telefon: 06441 407 1415	Telefon: 06441 407 1416

Abteilung Patientenmanagement/ Case Management der Lahn-Dill-Kliniken

Zentrum für Soziale Beratung und Pflegeüberleitung
 Abteilungsleitung Annette Zeitler
 Forsthausstraße 1
 35578 Wetzlar
 Telefon: 06441 79-2341
 E-Mail: annette.zeitler@lahn-dill-kliniken.de

Psycho-soziale Kontakt- und Beratungsstellen

Diakonisches Werk an der Dill	Diakonisches Werk Lahn Dill
Hintersand 15	Haus Sandkorn
35745 Herborn	Obertorstraße 10
Telefon: 02772 58345-60	35578 Wetzlar
	Telefon: 06441 9452-0
E-Mail: pskb@diakonie-dill.de	haussandkorn@diakonie-lahn-dill.de

Suchtberatung

Diakonisches Werk an der Dill

Maibachstraße 2a

35683 Dillenburg

Telefon: 02771 2655-0

suchtberatung-dillenburg@diakonie-dill.de

Suchthilfe Wetzlar e. V.

Ernst-Leitz-Straße 50

35578 Wetzlar

Telefon: 06441 21029-0

mail@suchthilfe-wetzlar.de

Netzwerk Suchthilfe- Altenhilfe

Tatjana Goblirsch

Suchthilfe Wetzlar e. V.

Ernst-Leitz-Straße 50

Telefon: 06441 21029 0

E-Mail: t.goblirsch@suchthilfe-wetzlar.de

Zentrum für Beratungs- und Eingliederungshilfen (ZeBraH) des Lahn-Dill-Kreises

ZebraH

Fachdienstleitung Bianca Agel

Turmstraße 7

35578 Wetzlar

Telefon: 06441 407 1382

E-Mail: bianca.agel@lahn-dill-kreis.de

Servicestelle SGB IX

Nadja Loos

Turmstraße 7

35578 Wetzlar

Telefon: 06441 407 1383

nadja.loos@lahn-dill-kreis.de

Migrationsberatung der Arbeiterwohlfahrt Kreiverband Lahn-Dill e. V.

Büro Niedergirmes

Cicek Sahin-Keskin

Niedergirmeser Weg 67

35576 Wetzlar

06441 8708877

c.sahin-keskin@

awo-lahn-dill.de

Büro Wetzlar Mitte

Berit Pohle

Brettschneider Str. 4

35576 Wetzlar

06441 8708878

b.pohle@awo-lahn-dill.de

Büro Herborn

Marina Schapiro

Walkmühlenweg 5a

35745 Herborn

02772 969542

m.schapiro@awo-lahn-dill.de

Altenpflegeschulen im Lahn-Dill-Kreis

Einrichtung und Anschrift	Ausbildungsangebote und Weiterbildungsangebote
Altenpflegeschule des Lahn-Dill-Kreises Willy-Brandt-Straße 43 35745 Herborn Ulrike König Telefon: 06441 4078400 E-Mail: ulrike.koenig@lahn-dill-kreis.de www.altenpflegeschule.lahn-dill-kreis.de	3-jährige Altenpflegeausbildung 1-jährige Altenpflegehilfesausbildung Altenpflegehilfesausbildung Teilzeit 0,5 Weiterbildung Praxisanleiter / Praxisanleiterin
VDAB-Schulungszentrum Spilburgstraße 1 35578 Wetzlar Petra Jelifanow, Tanja Domes Telefon: 06441 2091545 E-Mail: VDAB.Wetzlar@googlemail.com www.vdab-schule.de	3-jährige Altenpflegeausbildung
Altenpflegeschule Königsberger Diakonie Robert-Koch-Weg 4a 35578 Wetzlar Andrea Frank-Böckel Telefon: 06441 206119 E-Mail: a.frank-boeckel@koenigsbergerdiakonie.de www.koenigsbergerdiakonie.de	3-jährige Altenpflegeausbildung 1-jährige Altenpflegehilfesausbildung Weiterbildung Wohngruppenleitung Praxisanleiter / Praxisanleiterin Pädagogische Fachkraft Betreuungskraft § 87b SGB XI

Gesundheits- und Krankenpflegeschulen im Lahn-Dill-Kreis*

Einrichtung und Anschrift	Ausbildungsangebote
Vitos Herborn gGmbH Gesundheits- und Krankenpflegeschule Austraße 40 35745 Herborn Jörg Achenbach Telefon: 02772 5041421 E-Mail: joerg.achenbach@vitos-herborn.de	3-jährige Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin / zum Gesundheits- und Krankenpfleger
Lahn-Dill-Kliniken GmbH Gesundheits- und Krankenpflegeschule Forsthausstraße 1 - 3a 35578 Wetzlar Alexander Daniel Telefon: 06441 792180 E-Mail: alexander.daniel@lahn-dill-kliniken.de	3-jährige Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin / zum Gesundheits- und Krankenpfleger

*Gesundheits- und Krankenpfleger/innen bilden die größte Berufsgruppe bei den Fachkräften in den ambulanten Pflegediensten, gefolgt von den Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Auch in den Altenpflegeheimen bilden sie die zweitgrößte Pflegefachkraftgruppe nach den Altenpflegerinnen und Altenpflegern (vgl. Hessischer Pflegemonitor 2014).

Versorgungsregion 01: Gemeinde Dietzhöztal und Gemeinde Eschenburg

Bestands- und Bedarfsabgleich	Prognose 2030					
	EW über 65 Jahre	Bedarf Pflegerplätze		EW über 75 Jahre	Bedarf Pflegerplätze	
		Voll- station- när	Tages- pflege		Voll- stationär	Tages- pflege
Dietzhöztal	1.631	41	5	756	19	2
Eschenburg	2.735	68	8	1.174	29	4
EW bzw. Bedarf Gesamt	4.366	109	13	1.930	48	6
1. Altenpflegeheim Kronberg, Dietzhöztal		95			95	
2. Tagespflege Bethanien, Dietzhöztal			12			12
3. projektiert** : Seniorenzentrum Eschenburg-Eibelshausen		86	12		86	12
Bestand Pflegerplätze		181	24		181	24
Überversorgung		72	11		133	18
Unterversorgung						

**= projektierte Plätze im Bestand enthalten

Hinweis (gilt für alle Versorgungsregionen)

Der Bedarfsanhaltswert für die unabweisbar erforderliche Grundversorgung der Bevölkerung im Bereich der vollstationären Dauerpflege beträgt gemäß Hessischem Landesrahmenplan (siehe Kapitel 4.5) höchstens 25 Pflegerplätze auf 1.000 Einwohner/ innen im Alter von 65 und mehr Jahren. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe empfiehlt Tagespflegerplätze für 0,25 bis 0,30 Prozent der über 65jährigen Bevölkerung.

Davon ausgehend, dass die meisten Menschen, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung leben, deutlich älter als 65 Jahre sind (siehe Kapitel 4.5), wird als Referenzwert der Bedarf im Jahr 2030 für 25 Plätze auf 1.000 Einwohner/innen im Alter von 75 und mehr Jahren dargestellt. Analog wird auch der Bedarf im Bereich der Tagespflege für die Bevölkerungsgruppe der über 75-Jährigen dargestellt.

Quelle der verwendeten Zahlen zur Bevölkerungsvorausschätzung: [http:// vitale-orte.hessen-nachhaltig.de/de/Hessische-Gemeindedatenbank.html](http://vitale-orte.hessen-nachhaltig.de/de/Hessische-Gemeindedatenbank.html)

Versorgungsregion 02: Gemeinden Breitscheid, Driedorf und Greifenstein

Bestands- und Bedarfsabgleich	Prognose 2030					
	EW	Bedarf Pflegeplätze		EW	Bedarf Pflegeplätze	
	über 65 Jahre	Voll- stationär	Tages- pflege	über 75 Jahre	Voll- stationär	Tages- pflege
Breitscheid	1.258	31	4	568	14	2
Driedorf	1.426	36	4	677	17	2
Greifenstein	1926	48	6	912	23	3
EW bzw. Bedarf Gesamt	4.610	115	14	2.157	54	7
1. Die Brücke, Breitscheid		36	1		36	1
2. Haus Erdbachtal, Breitscheid		74			74	
3. Haus des Lebens Seniorenzent- rumDriedorf		83	4		83	4
4. Haus Ulmtal, Greifenstein-Ulm		52			52	
5. Seniorentagespflege Burgblick, Greifenstein			12			12
Bestand Pflegeplätze		245	17		245	17
Überversorgung		130	3		191	10
Unterversorgung						

Versorgungsregion 03: Stadt Aßlar und Gemeinde Ehringshausen

Bestands- und Bedarfsabgleich	Prognose 2030					
	EW		Bedarf Pflegeplätze		Bedarf Pflegeplätze	
	über 65 Jahre	Vollstationär	Tagespflege	über 75 Jahre	Vollstationär	Tagespflege
Aßlar	3.562	89	11	1.573	39	5
Ehringshausen	2.575	64	8	1.201	30	4
EW bzw. Bedarf Gesamt	6.137	153	19	2.774	69	9
1. BMS Seniorenzentrum, Aßlar		65			65	
2. Zum Schönbachtal, Aßlar-Werdorf		156			156	
3. Alten- und Pflegeheim Greifenthal Ehringshausen		63			63	
4. Haus am Dillpark, Ehringshausen		40			40	
Bestand Pflegeplätze		324	0		324	0
Übersversorgung		171			255	
Unterversorgung			-19			-9

Versorgungsregion 04: Gemeinden Bischoffen, Hohenahr, Mittenaar, Siegbach

Bestands- und Bedarfsabgleich	Prognose 2030					
	EW		Bedarf Pflegeplätze		Bedarf Pflegeplätze	
	über 65 Jahre	Vollstationär	Tagespflege	über 75 Jahre	Vollstationär	Tagespflege
Bischoffen	967	24	3	474	12	1
Hohenahr	1.402	35	4	598	15	2
Mittenaar	1.409	35	4	653	16	2
Siegbach	838	21	3	380	10	1
EW bzw. Bedarf Gesamt	4.616	115	14	2.105	53	6
Haus des Lebens, Bischoffen		102	8		102	8
Bestand Pflegeplätze		102	8		102	8
Übersversorgung					49	2
Unterversorgung		-13	-6			

Versorgungsregion 05: Stadt Herborn und Gemeinde Sinn

Bestands- und Bedarfsabgleich	Prognose 2030					
	EW	Bedarf Pflegeplätze		EW	Bedarf Pflegeplätze	
	über 65 Jahre	Vollstationär	Tagespflege	über 75 Jahre	Vollstationär	Tagespflege
Herborn	5.711	143	17	2750	69	8
Sinn	1.770	44	5	768	19	2
EW bzw. Bedarf Gesamt	7.481	187	22	3518	88	10
1. Marie-Juchacz-Haus, Herborn		41			41	
2. Seniorenwohn- und Pflegeheim Mayer, Sinn		49			49	
3. Haus des Lebens, Herborn		89	8		89	8
4. DRK Herborn, rehabilitative. Kurzzeit- und Dauerpfleg (inkl. 11 solitäre Kurzzeitpflegeplätze)		31			31	
Bestand Pflegeplätze		210	8		210	8
Überversorgung		23			122	
Unterversorgung			-14			-2

Versorgungsregion 06: Stadt Braunfels, Stadt Leun und Stadt Solms

Bestands- und Bedarfsabgleich	Prognose 2030					
	EW über 65 Jahre	Bedarf Pflegeplätze		EW über 75 Jahre	Bedarf Pflegeplätze	
		Voll- statio- när	Tages- pflege		Voll- statio- när	Tages- pflege
Braunfels	3.437	86	10	1.670	42	5
Leun	1.571	39	5	697	17	2
Solms	3.850	96	12	1.833	46	5
EW bzw. Bedarf Gesamt	8.858	221	27	4.200	105	12
1. Alten- u. Pflegeheim Fr.-Friedner-Haus, Braunfels						
		120			120	
2. Alten- u. Pflegeheim Solmsener Heim, Braunfels						
		63			63	
3. Best Care Residenz am Solmsbach, Solms						
		115			115	
4. APL Leun, Tagespflege Schöne Zeit						
			14			14
5. Seniorenzentrum Falkeneck, Braunfels						
		56			56	
6. Caritas Tagespflege, Braunfels						
			12			12
Bestand Pflegeplätze		354	26		354	26
Überversorgung						
		133			249	14
Unterversorgung						
			-1			

Versorgungsregion 07: Gemeinden Hüttenberg, Schöffengrund, Waldsolms

Bestands- und Bedarfsabgleich	Prognose 2030					
	EW über 65 Jahre	Bedarf Pflegeplätze		EW über 75 Jahre	Bedarf Pflegeplätze	
		Voll- statio- när	Tages- pflege		Voll- statio- när	Tages- pflege
Hüttenberg	2.877	72	9	1.260	32	4
Schöffengrund	1.878	47	6	822	21	2
Waldsolms	1.415	35	4	624	16	2
EW bzw. Bedarf Gesamt	6.170	154	19	2.706	68	8
1. Haus Abendsonne, Waldsolms		38			38	
2. Seniorenzentrum Hüttenberg		40			40	
3. Tagespflege Gemeinde Schöffengrund			13			13
4. Seniorenzentrum Schöffengrund		72			72	
Projektiert** : Seniorenheim Waldsolms-Brandoberndorf		70			70	
Bestand Pflegeplätze		220	13		220	13
Überversorgung		66			152	5
Unterversorgung			-6			

**= projektierte Plätze im Bestand enthalten

Versorgungsregion 08: Stadt Wetzlar und Gemeinde Lahnau

Bestands- und Bedarfsabgleich	Prognose 2030					
	EW	Bedarf Pflegeplätze		EW	Bedarf Pflegeplätze	
	über 65 Jahre	Vollstationär	Tagespflege	über 75 Jahre	Vollstationär	Tagespflege
Wetzlar	14.014	350	42	6.811	170	20
Lahnau	2.487	62	7	1.224	31	4
EW bzw. Bedarf Gesamt	16.501	413	49	8.035	201	24
1. Alten- u. Pflegeheim "Niedergirmes" Wetzlar		87			87	
2. Alloheim Seniorenresidenz Lahnblick, Wetzlar		89			89	
3. Haus Aloys, Wetzlar		37			37	
4. Alloheim Stadtresidenz im Casino Wetzlar		82			82	
5. Altenzentrum Wetzlar		149			149	
6. Seniorenresidenz Philosophenweg, Wetzlar		125			125	
7. Haus Berlin - Königsberger Diakonie, Wetzlar		89	8		89	8
8. Haus Königsberg, Wetzlar (Ersatzneubau Inselstraße, dann Reduzierung auf 84 Plätze)		100			100	
9. Tagespflege Am Geiersberg, Wetzlar			12			12
10. Haus Auengarten - Benevit, Lahnau		78			78	
11. Tagespflege und -betreuung AWO Lahn-Dill, Wetzlar			22			22
12. BMS Tagespflege, Wetzlar-Hermannstein			12			12
Projektiert**: Onesta Tagespflege, Wetzlar			70			70
Projektiert**: Tagespflege Altenzentrum, Wetzlar-Naunheim			12			12
Bestand Pflegeplätze		836	136		836	136
Überversorgung		423	87		635	112
Unterversorgung						

**= projektierte Plätze im Bestand enthalten

Versorgungsregion 09: Stadt Dillenburg

Bestands- und Bedarfsabgleich	Prognose 2030					
	EW	Bedarf Pflegeplätze		EW	Bedarf Pflegeplätze	
	über 65 Jahre	Vollstationär	Tagespflege	über 75 Jahre	Vollstationär	Tagespflege
Dillenburg	6.323	158	19	2925	73	9
EW bzw. Bedarf Gesamt	6.323	158	19	2925	73	9
Haus Elisabeth Dillenburg		118	12		118	12
DRK-Pflegeheim Dbg.-Frohnhausen		86	12		86	12
Bestand Pflegeplätze		204	24		204	24
Übersversorgung		46	5		131	15
Unterversorgung						

Versorgungsregion 10: Stadt Haiger

Bestands- und Bedarfsabgleich	Prognose 2030					
	EW	Bedarf Pflegeplätze		EW	Bedarf Pflegeplätze	
	über 65 Jahre	Vollstationär	Tagespflege	über 75 Jahre	Vollstationär	Tagespflege
Haiger	5.058	126	15	2232	56	7
EW bzw. Bedarf Gesamt	5.058	126	15	2.232	56	7
1. DRK Altenpflegeheim Haiger		60	8		60	8
2. Alten- u. Pflegeheim Ströhmänn Haiger		142			142	
3. Alten- u. Pflegeheim Bender, Haiger		32			32	
Bestand Pflegeplätze		234	8		234	8
Übersversorgung		108			178	1
Unterversorgung			-7			

Gesamtübersicht für den Lahn-Dill-Kreis: Bestands- und Bedarfsabgleich nach Versorgungsregionen (VR)

VR	Städte und Gemeinden	Bedarf (über 65 Jahre)					
		Bestand Pflegeplätze inkl. projektierter Plätze		Prognose 2030*		Über- bzw. Unterversorgung (+/-)	
		vollstationär	Tagespflege	vollstationär	Tagespflege	vollstationär	Tagespflege
01	Dietzhöhlztal, Eschenburg	181	24	109	13	72	11
02	Breitscheid, Driedorf, Greifenstein	245	17	115	14	130	3
03	Aßlar, Ehringshausen	324	0	153	19	171	-19
04	Bischoffen, Hohenahr, Mittenaar, Siegbach	102	8	115	14	-13	-6
05	Herborn, Sinn	210	8	187	22	23	-14
06	Braunfels, Leun, Solms	354	26	221	27	133	-1
07	Hüttenberg, Schöffengrund, Waldsolms	220	13	154	19	66	-6
08	Wetzlar, Lahnau	836	136	413	49	423	87
09	Dillenburg	204	24	158	19	46	5
10	Haiger	234	8	126	15	108	-7
Versorgungsregionen gesamt:		2910	264	1751	211	1159	53