

Lahn | Dill | Kreis 

Altenhilfeplan 2002

Altenhilfe im Lahn-Dill-Kreis

Inhalt	Seite
1 Leitziele der Altenpolitik im Lahn-Dill-Kreis	2
2 Altenhilfeplanung	4
3 Bisherige Entwicklung und Planungsinstrumente	6
4 Bevölkerungsentwicklung	9
5 Offene Altenhilfe	12
6 Senioren und Internet	13
7 Selbsthilfegruppen	15
8 Betreuung nach dem Betreuungsgesetz	16
9 Wohnen	18
10 Wohnberatung	20
11 Betreutes Wohnen	21
12 Prävention und Rehabilitation	22
13 Rehabilitation	24
14 Geriatrie	26
15 Gerontopsychiatrie	26
16 Ambulante Dienste, Sozialstationen, private Pflegedienste, Altenberatungsstellen	27
17 Teilstationäre und stationäre Versorgung	31
18 Qualitätssicherung	35
19 Hospiz	39
20 Bedarfsdeckung und ungedeckte Bedarfe	41
21 Ausblick	43

Leitziele der Altenpolitik im Lahn-Dill-Kreis

Alter ist keine Lebenslage mit einheitlichen Bedarfen. Vielmehr zeichnet es sich durch individuelle Lebenssituationen und höchst persönliche Bedürfnisse und Wünsche aus. Es gibt wohl kaum eine Altersgruppe, die von so unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensstilen geprägt ist, wie die der über 60-jährigen. Alter ist auch kein statischer Zustand, sondern eine Lebensphase, die prozesshaft verläuft, umfasst sie doch eine Zeitspanne von zwei bis drei Jahrzehnten.

Eine ständige Zunahme der Lebenserwartung hat dem Alter eine bei weitem höhere Bedeutung verschafft, als es früher der Fall war. Die Altersphase bietet unzählige Möglichkeiten der persönlichen Entfaltung und Weiterentwicklung. Die da und dort beklagte „Ungeregeltheit der dritten Lebensphase“ sollte deshalb als Chance zu freiheitlicher Entwicklung begriffen werden.

Von den rund 265 000 Bürgerinnen und Bürgern unseres Lahn-Dill-Kreises befinden sich gut 43000 Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren. Mit der prognostizierten, weiter ansteigenden Lebenserwartung wird diese Zahl noch zunehmen, insbesondere wird sich die Zahl der hochbetagten Menschen in unseren Städten und Gemeinden weiter erhöhen.

Für die Mehrzahl der älteren Menschen ist das Überschreiten der inzwischen flexibel gewordenen Altersgrenze kein Problem. Manche scheiden bereits vor dem 65. Lebensjahr aus dem Erwerbsleben aus, andere sind auch darüber hinaus noch tätig.

Viele nutzen diese Freiheit für ein ehrenamtliches, meist soziales Engagement. Nicht gering ist auch die Zahl derer zu veranschlagen, die ihre Familien weiter unterstützen, Angehörigenpflege leisten und somit einen wesentlichen Beitrag zur Erfüllung gesellschaftlicher Aufgaben erbringen.

Auch die materielle Absicherung der älteren Generation im Lahn-Dill-Kreis hat sich gegenüber früheren Jahren verbessert. Die Gleichung „Alter = Armut“ trifft nicht mehr zu, jedenfalls wenn Sozialhilfebezug als Indikator für die Beschreibung von Armut

herangezogen wird. So bezogen zum Stichtag 31. 12. 2000 im Lahn-Dill-Kreis einschließlich der Stadt Wetzlar 358 Personen, das sind 0,83 % der Altersbevölkerung, Hilfe zum Lebensunterhalt.

Zu beobachten ist allerdings, dass das Alleinleben älterer Menschen gestiegen ist. In dem Zusammenhang ist zu beobachten, dass bei einer Vielzahl älterer Menschen familiär-verwandtschaftliche soziale Netze an Bedeutung verlieren; dass erwachsene Kinder immer seltener im gleichen Haus oder Wohnviertel wohnen, dass traditionelle Rollenbilder des Alters verschwinden und, dass häufig eine neue Definition von sinnvollem Leben notwendig wird.

Der Lahn-Dill-Kreis möchte deshalb solide Rahmenbedingungen der Daseinsvorsorge im dritten Lebensalter schaffen, die die unterschiedlichen Bedürfnisse und Anforderungen der verschiedenen älteren Zielgruppen berücksichtigen. Die Politik für ältere Menschen soll an den Wünschen und Erwartungen der alten Menschen selbst anknüpfen.

Als wichtigstes Leitziel der Altenpolitik gilt deshalb, ältere Menschen in der Selbständigkeit ihrer Lebensführung zu unterstützen und ihnen dabei zu helfen, größtmögliche Selbständigkeit wieder zu finden, wenn sie etwa durch Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder andere Gründe eingeschränkt oder bedroht ist.

Der entsprechende Hilfebedarf wird vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung zukünftig stark ansteigen. Als weiteres Ziel muss daher der bedarfsgerechte Ausbau von Hilfen, Diensten und Einrichtungen für ältere und pflegebedürftige Menschen gelten. Bei dieser Vorsorge wird auf eine breite Differenzierung von Angeboten in Diensten und Einrichtungen Wert gelegt.

2 Altenhilfeplanung

Mit Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes (SGB XI) hat eine deutliche marktwirtschaftliche Orientierung Eingang in die Entwicklung und Gestaltung der pflegerischen Versorgung stattgefunden. Pflegeeinrichtungen, die die

Mindestanforderungen des § 71 SGB XI erfüllen, haben Anspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Pflegekassen und können somit als Leistungsanbieter tätig werden.

Nicht unberechtigt ist deshalb die Frage, ob unter diesen Voraussetzungen kommunale sozialplanerische Intervention überhaupt greifen kann und weitergehend, ob die Kommunen durch den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (§ 12 SGB XI) möglicherweise in Bezug auf die pflegerische Versorgung entpflichtet sind?

Bei allen Vereinbarkeitsproblemen von „Markt“ und „Plan“ sind jedoch nirgends Gründe für einen alten- oder pflegepolitischen Rückzug der Kommunen zu erkennen, denn eine Vielzahl von kommunalen Verantwortlichkeiten bleibt auch weiterhin bestehen:

Die Kommunen verfügen aus ihrer bisherigen Verantwortung über ein hohes Maß an Erfahrungen, die zur leistungsgerechten Gestaltung des pflegerischen Sektors – nach wie vor von entscheidender Bedeutung sind.

Alten- und Behindertenpolitik beschränken sich nicht auf den pflegerischen Bereich. Komplementäre (pflegeergänzende) Dienste und Angebote im Kultur-, Kommunikations- und Freizeitbereich sind Bestandteile der örtlichen Angebotsstruktur.

Dies bleibt vom Pflegeversicherungsgesetz unberührt, hat jedoch wesentliche Funktionen hinsichtlich der Prävention von Pflegebedürftigkeit und der Verwirklichung des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Pflege nach § 3 SGB XI.

Die Kommunen haben bereits in der Vergangenheit Beiträge zur Vernetzung der Akteure und Angebote geleistet. Hierauf aufzubauen, ist eine wichtige Voraussetzung zur Erfüllung der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung, die durch § 8 SGB XI gefordert ist und gleichsam den Rahmen der Zielverwirklichung des Pflege-Versicherungsgesetzes bildet.

Ermächtigung und Auftrag für eine Altenpflegeplanung ist nicht allein in § 8 SGB XI und § 4 Abs. 2 AGPflegeVG (Hessisches Ausführungsgesetz) zu sehen, auch die Vorschriften der §§ 75 und 93 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) verlangen planerische Vorsorge.

Die Kommunen werden durch die Pflegeversicherung zwar zu Teilen von den Kosten im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ im Aufgabenkatalog der „Hilfen in besonderen Lebenslagen“ des Bundessozialhilfegesetzes entlastet, ihnen verbleiben jedoch Finanzierungszuständigkeiten hinsichtlich der vom SGB XI nicht erfassten Bereiche bzw. auch für jene Pflegebedürftigen, die nicht leistungsberechtigt im Sinne des SGB XI sind.

Die kommunalen Planungen im Pflegebereich erarbeiten darüber hinaus Empfehlungen für die Vergabe von Fördermitteln seitens des Landes Hessen zum Ausbau des Pflegeangebotes, denn die Förderleistungen des Landes sind an die Aufnahme in den kommunalen Pflegebedarfsplan gebunden.

Wenn auch nach § 9 SGB XI die Länder als verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur, und damit zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen bestimmt werden, sind doch in Hessen, nach dem Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz vom 19. 12. 1994 (AGPflegeVG) die Landkreise als Träger der Bedarfsplanung für die erforderlichen Pflegeeinrichtungen benannt (§ 4 Abs. 2 AGPflegeVG).

Nach dieser Vorschrift erfolgt die Festlegung von Grundsätzen und Bedarfsanhaltswerten für eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Bevölkerung nach einem von der Landesregierung beschlossenen Rahmenplan (Anlage 1).

3 bisherige Entwicklung und Planungsinstrumente

Nach den 1989 gesichteten Beständen der ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen und Diensten und den bestehenden gesetzlichen Vorgaben (§ 3 a BSHG – Vorrang der offenen Hilfen) wurde bereits damals Gewicht auf den bedarfsgerechten Ausbau der ambulanten Dienste gelegt. Aufgrund einer umsetzungsorientierten Planung konnte die Zersplitterung dieser Dienste in damals noch ca. 100 Klein- und Kleinstkrankenpflegestationen aufgehoben und einer Reduzierung auf 19 Dienste erreicht werden.

Durch die Zulassungspraxis der Pflegekassen ergänzten ab 1995 weitere 20 private Pflegedienste die ambulante pflegerische Versorgung.

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Zahl qualifizierter Altenpfleger/innen erfolgte 1990 die Einrichtung einer Lehranstalt für Altenpflege in der Trägerschaft des Lahn-Dill-Kreises. Außerdem bilden derzeit zwei weitere Altenpflegeschulen innerhalb des Kreisgebietes qualifizierte Nachwuchskräfte aus und weiter.

Mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung wurde die bis dahin agierende „Planungsgruppe Altenhilfe“ durch die Kreispflegekonferenz ersetzt. Zur Vorbereitung und Ausrichtung der Kreispflegekonferenz arbeiten Sozial- und Gesundheitsamt mit den Wohlfahrtsverbänden (Arbeitsgemeinschaft nach § 95 BSHG) zusammen. Die freie Wohlfahrtspflege wird im Lahn-Dill-Kreis durch die Arbeiterwohlfahrt, das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau, dem Deutschen Roten Kreuz, dem Caritasverband für den Bezirk Lahn-Dill-Eder, dem Caritasverband für den Bezirk Wetzlar und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband vertreten. Alle Verbände fungieren im Lahn-Dill-Kreis mit den unterschiedlichsten Angeboten auch als Träger der Altenhilfe.

Weiter sind einbezogen die Pflegekassen, und Vertreter der Ärzteschaft. Die Arbeitsgemeinschaft nach § 95 als vorbereitendes Gremium für die Kreispflegekonferenz bedarf zukünftig der Ergänzung durch Vertreter der privaten Pflegedienste und Heimeinrichtungen.

Aufgabe der Kreispflegekonferenz ist die Bearbeitung aller im Zusammenhang mit ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege entstehenden Fragen auf der Ebene des Landkreises: Qualität und Quantität der pflegerischen Versorgung, Qualitätsstandards und Qualitätssicherung, Aus- und Fortbildung, Kosten, Finanzierung, Planungshilfen und Planungsempfehlungen.

Darüber hinaus soll die Kreispflegekonferenz als Forum für Informations- und Gedankenaustausch dienen und über entsprechende Öffentlichkeitsarbeit Rückmeldungen geben.

Zur Umsetzung der Forderung des § 4 Abs. 2 des Hessischen Ausführungsgesetzes zum Pflege-Versicherungsgesetz sollen als weitere Planungsinstrumente örtliche bzw. regionale Pflegekonferenzen fungieren. Ihnen kommen im wesentlichen die gleichen Aufgaben zu: Information der Anbieter, Weiterentwicklung ambulanter und stationärer Angebote, Absprachen über Koordinierung von Leistungen, Finanzierungsfragen, gemeinsame Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes, Information der Öffentlichkeit.

Da nicht alle kreisangehörigen Städte und Gemeinden eine ausreichende Größenordnung aufweisen, die alle wichtigen pflegerischen Strukturen umfasst, werden Zusammenschlüsse einzelner Städte und Gemeinden zu Versorgungsregionen vorgenommen. Innerhalb jeder Versorgungsregion soll jeweils eine örtliche bzw. regionale Pflegekonferenz fungieren.

Der Zuschnitt der geplanten 10 Versorgungsregionen, wie er erstmals 1993 im Zusammenhang mit der Neuordnung der ambulanten Dienste vorgenommen wurde, ist inzwischen bei den betroffenen Städten und Gemeinden weitgehend akzeptiert. Eine Übersicht über die Versorgungsregionen innerhalb des Lahn-Dill-Kreises zeigt Anlage 2. Inwieweit sich innerhalb der Versorgungsregionen Pflegekonferenzen etabliert haben zeigt Anlage 3.

Ein weiteres Instrument der Altenhilfeplanung stellen die „Beratungs- und Koordinierungsstellen für alte Menschen“ dar. Die Beratungs- und Koordinierungsstellen sollen Hilfen bei der Bewältigung des Alltags organisieren, um die Selbständigkeit und Eigenverantwortung der BürgerInnen so lange wie möglich zu erhalten und damit das Entstehen von Pflegebedürftigkeit oder den Eintritt in eine vollstationäre Einrichtung möglichst zu vermeiden oder hinauszuschieben. Aus der Vielfalt der Angebote sollen sie die für den jeweiligen Einzelfall erforderlichen Hilfen auswählen, Prioritäten festlegen und die Maßnahmen koordinieren (Case-Management) sowie professionelle, ehren- und nebenamtliche Strukturen zusammenführen, damit das Angebot an Hilfen für die BürgerInnen in den Städten und Gemeinden überschaubarer und effektiver wird.

Als Anlaufstelle für BürgerInnen sollen sie Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten und (zugehende) Beratung für Senioren und Angehörige geben, den jeweiligen Hilfebedarf unter Einbeziehung der familiären und nachbarschaftlichen Ressourcen abklären, Alltagshilfen einschließlich der Erhaltung und Erweiterung von sozialen Kontakten vermitteln, weiterführende Dienste und Hilfen vermitteln sowie Informationen über Hilfsmittel, Unterstützung bei Kontakten zu Kostenträgern leisten, psycho-soziale Beratung gewähren, Finanzierungszuständigkeiten abklären, Wohnraumberatung und Wohnungsanpassungsberatung bzw. Weitervermittlung an qualifizierte Stellen leisten.

Als Koordinationsstellen sollen sie den Informations- und Erfahrungsaustausch der Leistungserbringer unterstützen, zur Verbesserung der Zusammenarbeit und gegenseitiger Abstimmung der Hilfsangebote aller Träger in der Kommune/Region beitragen, an der Weiterentwicklung der Angebotsstruktur und Planung und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen mitwirken sowie an örtlichen, regionalen und kreisweiten Planungsgremien teilnehmen.

Weitere Aufgaben können sein, die Unterstützung familiärer Pflegebereitschaft und Selbsthilfe, Unterstützung gemeinwesenorientierter Initiativen vor Ort, Fortbildungsangebote, Gewinnung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen MitarbeiterInnen.

Die Finanzierung erfolgt durch eigene Mittel sowie durch Finanzierungsbeiträge der Kommunen. Die Landesförderung wurde eingestellt.

Derzeit agieren zwei Beratungs- und Koordinierungsstellen im Kreisgebiet: Die Beratungs- und Koordinierungsstelle in Wetzlar (VR08) und in Braunfels (VR06).

4 Bevölkerungsentwicklung

Die Zahl älterer Menschen nimmt aktuell zu. Frühere Vorausschätzungen (Deppe/Priester) wurden durch die folgende außerordentliche Bevölkerungswanderung (Mauerfall - Spätaussiedler) unbrauchbar. Bis 1993 waren in Hessen mehr als 500 000 Menschen zugewandert; die Kreisbevölkerung nahm allein in den Jahren von 1989 bis 1993 um rd. 16000 Menschen zu.

Eine neue Modellrechnung der Hessischen Landesentwicklungs- und Treuhandgesellschaft (HLT) – der HLT-Report 560, vom September 1998 - basiert auf den bekannten Komponenten - Geburts- und Sterberaten in den Städten und Gemeinden. Eingearbeitet sind - bei angenommener günstiger wirtschaftlichen Entwicklung des Landes Hessen weitere Wanderungsgewinne des Landes von jährlich 20000 Personen. Basisjahr für die Berechnungen ist das Jahr 1995.

Die Bevölkerungsentwicklung ist – so auch die 9. Koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung des Bundes und der Länder (Wiesbaden 9/2000) – in den kommenden Jahrzehnten durch einen Rückgang der Geburten und eine Zunahme der Lebenserwartung geprägt. Dies bedeutet, dass bei einem Rückgang der Gesamtbevölkerung der Anteil alter Menschen deutlich wächst.

Die Autoren, Klaus Stegmüller und Uwe van den Busch, haben die Basisdaten von Städten und Gemeinden hochgerechnet und gehen daher von einer stärkeren sozialräumlichen Ausdifferenzierung aus, die für Hessen eine inhomogene Bevölkerungsentwicklung anzeigt.

Die Berechnung wird auch durch die im „Landesentwicklungsplan Hessen“ (GVBl. II 360-16 vom 13. 12. 2000) referierten Daten zur Bevölkerungsentwicklung gestützt. Für den in Mittelhessen gelegenen Lahn-Dill-Kreis wird angenommen, dass dort weniger von Wanderungsgewinnen profitiert werden kann als im südhessischen Raum.

Die Prognose umfasst auch die Entwicklung des Hilfe- und Pflegebedarfs nach dem (vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Pflegeversicherung) modifizierten Infratest-Intervall-Modell, das nach vorrangig hauswirtschaftlich Hilfsbedürftigen, und regelmäßig Pflegebedürftigen (davon mit ständigem Bedarf, mehrfach täglichem Bedarf und täglichem Bedarf) unterscheidet.

Die neue Studie referiert deutlich dramatischere Zuwächse der Altersbevölkerung.

Zum Vergleich:

Wachstum der Bevölkerung über 65 Jahre bis 2020

neue Studie	27,8 %
alte Studie	19 %

Wachstum der Bevölkerung über 75 Jahre bis 2020

neue Studie	46,3 %
alte Studie	17 %

Die Autoren haben bei der Prognose die Beobachtung gemacht, dass in den Verdichtungsräumen - wegen des bereits bestehenden hohen Alterssockels - der künftige Anstieg der Altersbevölkerung weniger dramatisch erfolgt, während insbesondere in Umlandkreisen und Kreisen mit Verdichtungsansätzen (Lahn-Dill-Kreis) mit bisher schwacher Altersquote, auffällige Zuwächse zu verzeichnen sind. Die aktuellen absoluten und relativen Bevölkerungsdaten zeigen die Anlagen 4 und 5.

Dramatisch wird die Zunahme der Altersbevölkerung vor allem im Hinblick auf das sonst schwache Wachstum der Gesamtbevölkerung gesehen. So wird die Bevölkerung im

Lahn-Dill-Kreis bis zum Jahr 2020 um insgesamt 8,6 % wachsen, davon aber die Altersgruppen von

65 - 69 um 17 %
70 - 74 um 12 %
75 - 79 um 47 %
80 - 84 um 50 %
85 u. älter um 39 %.

Auch hinsichtlich des Hilfe- und Pflegebedarfs werden eklatante Steigerungsraten erwartet:

a) hauswirtschaftlicher Hilfebedarf im LDK

2000	6,1 %	absolut 7577
2005	14,8 %	8198
2010	21,7 %	8697
2015	25,8 %	8989
2020	29,2 %	9233

b) Pflegebedürftige im LDK

2000	6,1 %	absolut 4499
2005	10,8 %	4697
2010	19,3 %	5060
2015	24,3 %	5270
2020	30,1 %	5448

5 Offene Altenhilfe

Mit dem Begriff „offene Altenhilfe“ verbinden viele neben den Kerninstitutionen der traditionellen Altenhilfe, den Altentagesstätten und Altenkreisen, noch immer die kommunal oder caritativ organisierten Treffs älterer Menschen bei Kaffee und Kuchen. Dieses Bild stimmt längst nicht mehr. Die offenen Angebote für ältere Menschen zeichnen sich heute durch eine beeindruckende Vielfalt aus. Die informativen, sozialen und kulturellen Angebote sollen vor allem Initiative und Selbstverantwortung der älteren Menschen fördern und vor Vereinsamung und Vereinzelung schützen.

Der durch Abnahme nichtfamiliärer Kontakte im Alter - verursacht durch eingeschränkte Mobilität, Verlust berufsbedingter Kontakte, durch den Tod von Freunden und Bekannten - drohende Rückzug in die eigenen vier Wände soll verhindert werden.

Ganz allgemein wird eine Verbesserung der Lebensqualität der älteren Generation angestrebt und zur Auseinandersetzung mit der altersbedingt veränderten Rolle in der Gesellschaft eingeladen.

Eine Bestandsaufnahme Anfang der 90-er Jahre ergab, dass in den 23 Städten und Gemeinden im Lahn-Dill-Kreis mehrere Hundert Angebote der offenen Altenhilfe unterbreitet wurden. Dies waren damals im wesentlichen Altenbegegnungen, Alten- bzw. Seniorenclubs, Freizeit- und Bildungsangebote, Bewegungsprogramme, Kurse, Gesprächskreise, Vorträge und Beratungen.

Neue Angebote sind inzwischen dazu gekommen: Theaterarbeit, Hobbybörsen, Geschichtswerkstätten, Gesprächskreise, Angebote der Sportvereine, Projekte zum gedanklichen Austausch von alten und jungen Menschen, Natur- und Landschaftsschutz, Traditionspflege, usw.

Aufgrund der Vielzahl der Veranstaltungen in den Städten und Gemeinden, den wechselnden Veranstaltern und Kontaktpersonen, den sich veränderten Angebotszeiten und -orten, ist es dem Lahn-Dill-Kreis nicht möglich, alle Angebote ständig zu aktualisieren. Auf Einzeldarstellung musste daher verzichtet werden.

Für die Zukunft erscheint notwendig, die wertvollen Strukturen zu sichern, um einen Niedergang abzuwenden. In diesem Zusammenhang ist Weiterentwicklungsbedarf gegeben: neue Angebote, neue Zielgruppen und Vernetzungsoptionen – auch hin zu Migrantengruppen und der Behindertenhilfe - müssen gefunden werden.

Dabei ist auf möglichst starke Beteiligung und Mitgestaltung durch die Nutzer Wert zu legen. Die intergenerative Arbeit ist noch zu entwickeln. Gemeinsame Veranstaltungen von Kindertageseinrichtungen und Einrichtungen der offenen Altenhilfe sollen unterstützt und ausgebaut werden.

6 Senioren und Internet

Nicht nur junge Menschen surfen mit Leidenschaft im Internet. Immer mehr Ältere finden ihren Spaß daran und ziehen Nutzen daraus. Nach einer ARD/ZDF-Studie waren im Jahr 2001 rund 19 % der 25 Millionen deutschen Internet-Surfer 50 Jahre und älter.

Weiterhin werden Zuwächse erwartet, da etwa nur jeder Dritte 50- bis 59-jährige „online geht“ und nur rund 8 % der über 60-jährigen über einen Internet-Zugang verfügen.

Tatsächlich bietet das Internet auch und gerade Älteren viele Chancen und Möglichkeiten für das tägliche Leben. Bei sinnvoller Anwendung kann es mit dazu beitragen, intellektuelle, kommunikative und soziale Kompetenzen zu sichern.

Vor allem bietet der Internet-Zugang

- Informationen rund um die Uhr
- neue Impulse für Kontakte mit Angehörigen und Interessengruppen
- die Nutzung von Dienstleistungen zur Sicherung der selbständigen Lebensführung
- Möglichkeiten für ein freiwilliges Engagement, usw.

Auch der Lahn-Dill-Kreis nutzt das neue Medium, auch bereits im Dienst der Altenhilfe.

So bietet die Homepage des Lahn-Dill-Kreises Zugang zu dem speziellen Altenhilfe-Server „[Altenhilfe-Deutschland](#)“, der nicht nur die regionale Suche nach ambulanten und stationären Altenhilfe-Einrichtungen anbietet, sondern eine Vielzahl von weiteren interessanten Verbindungen. Auch eine Anzahl ambulanter und stationärer Einrichtungen und Dienste hat sich dort bereits angeschlossen. Der Anschluss sämtlicher Dienste und Einrichtungen wird empfohlen.

Außerdem besteht die Möglichkeit zur Weiterleitung an verschiedene soziale Hilfsdienste, das Klinikum Wetzlar-Braunfels, die regionale Weiterbildungs-Datenbank, das Medienzentrum Dillenburg, die Lahn-Dill-Akademie, die Verbraucherzentrale Hessen usw.

Weitere interessante Links für Senioren sind:

www.senioren-akademie.de

www.mbfj.de (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)

www.forum-fuer-senioren.de

www.bma.de (Bundesarbeitsministerium)

www.senioren-online.net

www.senioren-zentrale.de

www.senioren-informations-zentrale.de

www.senioren-initiativen.de

www.wohnen-fuer-senioren.de

www.seniorennet.de

www.kda.de (Kuratorium Deutsche Altershilfe)

www.dza.de (Deutsches Zentrum für Altersfragen)

www.seniorweb.uni-bonn.de

www.wohnen-im-alter.de

www.geroweb.de

www.altenhilfe.de

7 Selbsthilfegruppen

Die ersten Selbsthilfegruppen wurden von Betroffenen im Gesundheitsbereich gegründet. Aus der Erkenntnis, dass gemeinsam vieles leichter geht, schlossen sich die Menschen zusammen, um gegen Krankheitsfolgen und Probleme, auch im sozialen und persönlichen Bereich, wirksamer angehen zu können. Die Gemeinschaft mit Menschen, die ein ähnliches Schicksal oder Problem verbindet, kann bestehende Isolation aufheben und direkt und persönlich wirksam werden. Dies wurde auch im Seniorenbereich früh erkannt.

Eine erste Selbsthilfegruppe gründete sich 1989 in Herborn im „Gesprächskreis für pflegende Angehörige“. Vor dem Hintergrund der erheblichen psychischen und physischen Belastungen der Angehörigenpflege kam es den Mitgliedern darauf an, über ihre Situation wenigstens sprechen zu können, Erfahrungen auszutauschen, aktuelle Nöte zu benennen und gemeinsam über Hilfen nachzudenken. Solche Gesprächskreise bestehen inzwischen in mehreren Städten und Gemeinden.

Ebenfalls früh – 1989 - wurden im Lahn-Dill-Kreis auch die besonderen Probleme erkannt, mit denen Alzheimer-Erkrankte und deren Angehörige konfrontiert sind. Auf Initiative von Bettina Rath wurde die erste Alzheimer-Gesellschaft (Mittelhessen) in Wetzlar gegründet. Aus der Arbeit entstand 1993 das erste Tageszentrum für Alzheimer-Erkrankte. Eine weitere Alzheimer-Gesellschaft ist inzwischen in Haiger entstanden. Auch das Alten- und Pflegeheim „Die Brücke“, in Breitscheid, das wesentlich betroffene Patienten betreut, hat eine Selbsthilfegruppe initiiert.

Für alle Selbsthilfegruppen im Sozial- und Gesundheitswesen gewährt der Lahn-Dill-Kreis eine Förderung auf der Basis entsprechender Richtlinien. Selbsthilfegruppen können ihre Anerkennung durch den Lahn-Dill-Kreis beantragen, soweit eine Anerkennung nach Landesrichtlinien noch nicht erfolgt ist.

Die jährliche Zuwendung für eine Gruppe beträgt bis zu 500 DM für die Finanzierung von Sachmitteln, Mieten, Honorar- und Personalkosten. Zuschussanträge sind bis zum 30. April des jeweiligen Kalenderjahrs beim Kreissozialamt zu stellen.

Beratung und Unterstützung für Selbsthilfegruppen leistet die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS) in der Trägerschaft des Caritasverbands für den Bezirk Lahn-Dill-Eder in Dillenburg zentral für den gesamten Lahn-Dill-Kreis.

Auf nationaler Ebene hilft NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, den spezifischen Arbeitsansatz von Selbsthilfegruppen in die (Fach-)Öffentlichkeit zu tragen und die Bedürfnisse von Selbsthilfegruppen und ihren Teilnehmern zu formulieren und zu vertreten.

8 Betreuung nach dem Betreuungsgesetz

Bis zur Einführung des Betreuungsgesetzes im Jahr 1992 gab es für Personen, die in Ihrer alltäglichen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt waren oder diese ganz verloren hatten, getrennte Regelungen und Verfahren zur „Vormundschaft“ und zur „Gebrechlichkeitspflegschaft“. Je nach Entmündigungsgrund war ein Betroffener automatisch nur noch beschränkt geschäftsfähig oder gar völlig geschäftsunfähig, er konnte also zum Beispiel noch nicht einmal Lebensmittel rechtswirksam einkaufen. In aller Regel galt diese Beschränkung bis zum Lebensende. „Gebrechlichkeitspflegschaften“ waren mehrheitlich Zwangspflegschaften. Sie hatten faktisch –aber nicht rechtlich- ähnliche Auswirkungen wie die Entmündigung. Im Vordergrund des alten Rechts stand die Verwaltung von Vermögen und Einkommen. Die Sorge um das persönliche Wohl und die Gesundheit eines Mündels oder Pfleglings hatte keine hervorgehobene Bedeutung. Von einer Wahrnehmung oder Vertretung persönlicher Interessen der (älteren) Betroffenen konnte kaum die Rede sein.

Das neue Betreuungsrecht stärkt mit dem Konzept der Betreuung den Persönlichkeitsschutz. Die Vormundschaftsgerichte verlangen für jeden Einzelfall alle Entscheidungsbereiche, für die ein Betreuer bestellt wird, konkret festzulegen. Eine „Betreuung“ schränkt also nicht automatisch- wie vorher die Vormundschaft – die Teilnahme am Rechts- und Geschäftsverkehr ein.

Jeder Aufgabenkreis eines Betreuers ist einzeln zu benennen: Die „Personensorge“ umfasst beispielsweise die Aufenthaltsbestimmung und die Zustimmung zu Heilbehandlungsmaßnahmen. Bei der „Vermögenssorge“ werden unter anderem nur Ansprüche auf Unterhalt verfolgt sowie Ein- und Ausgaben für den Bedarf des täglichen Lebens oder ein größeres Vermögen verwaltet.

Das Betreuungsgesetz fordert ein regelmäßiges Überprüfen jedes Betreuungsverhältnisses. Für alle nach diesem Gesetz betreuten Personen – auch alle vorher unter Vormundschaft oder Pflegschaft gestellten Personen – gilt, dass nach bestimmten vormundschaftsgerichtlich festzulegenden Fristen (spätestens jedoch nach fünf Jahren) die Betreuung endet. Es muss also erneut festgestellt werden, ob und in welchen Entscheidungsbereichen eine weitere Betreuung erforderlich ist und ob jemand „seine Angelegenheiten ganz oder teilweise“ nicht selbst besorgen kann. Das neue Gesetz betont ausdrücklich den Nachrang der Betreuung. Erst wenn Hilfsmöglichkeiten aus Familie, Bekanntenkreis, Nachbarn und Sozialen Diensten nicht gefunden werden können oder nicht ausreichen, kann erneut ein Betreuer bestellt werden.

Es wird eine persönliche Beziehung zwischen Betreuer und Betreutem angestrebt, innerhalb der die persönlichen Interessen und das persönliche Wohl des Betreuten eher zur Geltung kommen können. Das Gesetz sieht also vor, dass vorrangig eine einzelne Privatperson (nicht also eine juristische Person wie ein Verein oder eine Behörde) Betreuer wird. Nach Möglichkeit sollte es eine dem Hilfebedürftigen nahestehende, verwandte oder gut bekannte Person sein. Falls eine solche Privatperson im Umkreis des Betreuten nicht gefunden werden kann, soll ein namentlich zu bestellender, ehrenamtlich engagierter Betreuer tätig werden. Erst wenn keine „natürliche“ Person eine hinreichende Betreuung leisten kann, können anerkannte Betreuungsvereine oder – nochmals nachrangig – Betreuungsbehörden Betreuung übernehmen.

Im Lahn-Dill-Kreis bestehen die folgenden Einrichtungen:

Betreuungsstelle des Lahn-Dill-Kreises
Philosophenweg 11

Betreuungsstelle des Lahn-Dill-Kreises
Bismarckstraße 30

35578 Wetzlar
Tel. 0 64 41/40 71 63 7

35683 Dillenburg
Tel. 0 27 71/ 40 75 45

Darüberhinaus beraten und helfen die Betreuungsvereine:

Verein für evangelische Diakonie e.V.,
Turmstraße 22,
35578 Wetzlar,
Tel. 06 44 1/90 13 22
Verein zur Betreuung psychisch Kranker
Ludwigsplatz 11
35390 Gießen
Tel. 0641/ 9 74 41 60

Caritasverband Wetzlar
Goethestraße 13
35578 Wetzlar
Tel. 06 44 1/90 26 27
Verein zur Betreuung psychisch Kranker
Hofweg 15
35713 Eschenburg
Tel. 0 27 74/91 26 00

9 Wohnen

96,5 % der 65-jährigen und Älteren im Lahn-Dill-Kreis leben in Privathaushalten, nur 3,5 % in einem Heim. Die Situation stellt sich damit günstiger als im Bundesgebiet (95 % zu 5 %). Erst mit zunehmendem Alter steigt der Anteil derjenigen, die nicht mehr zu Hause leben können.

Der überwiegende Wunsch älterer Menschen, so lange wie möglich, auch wenn sie einmal stärker auf Hilfe angewiesen sein sollten, in den eigenen vier Wänden zu bleiben und möglichst auch in der gewohnten Umgebung zu leben, kann vor diesem Hintergrund im Lahn-Dill-Kreis überdurchschnittlich realisiert werden. (Nach dem „Alters Survey 1996“ wurde die Präferenz, auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in der eigenen Wohnung zu leben, im früheren Bundesgebiet und Berlin-West von 84 % der Männer und 78 % der Frauen im Alter von 70 – 85 Jahren gewählt.)

Als Ursache ist ganz wesentlich eine ausgezeichnete ambulante Versorgung zu nennen (siehe Kapitel 13). Aufgrund der hohen Eigenheimdichte im Lahn-Dill-Kreis - 1996 befanden sich 66 % des Wohnungsbestandes in Einfamilienhäusern bzw.

Eigentumswohnungen - kann davon ausgegangen werden, dass auch ein erheblicher Anteil der Älteren im eigenen Haus bzw. einer Eigentumswohnung wohnt.

Da 65-jährige und Ältere oft in ihrer angestammten Wohnung alt geworden sind, ist es naheliegend, dass sie häufiger als Jüngere in älteren Gebäuden wohnen. Weil „alte Wohnungen“ keine „Altenwohnungen“ sind, können Beeinträchtigungen der Sicherheit und der Selbständigkeit aufgrund niedrigerer Wohnstandards (Ofenheizung, sanitäre Einrichtungen) dort auftreten.

Mängel wie ein fehlendes Bad oder WC, räumliche Enge, kein Warmwasser, Ofenheizung und unzureichende Kücheneinrichtungen bereiten zahlreichen älteren Menschen Schwierigkeiten; man denke nur an die Probleme, regelmäßig Brennstoff in die Wohnung zu schaffen. Besonders problematisch wird es, wenn behinderte oder hilfe- und pflegebedürftige Menschen in solchen Wohnungen leben.

Doch auch in vielen Wohnungen mit dem heute üblichen Komfort haben Pflegebedürftige ihre Schwierigkeiten: Für Rollstuhlfahrer bieten die meisten Wohnungen zu wenig Bewegungsmöglichkeiten. Der Rollstuhl passt oft nicht durch die Badezimmertür. Die Höhe von Waschbecken und WC ist für körperlich Behinderte häufig ungeeignet. Auf glattem Boden kommen sie leicht ins Rutschen. Und auch die Möbel entsprechen nur selten den besonderen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen.

Solche Mängel machen nicht nur den alten Menschen, sondern auch ihren Pflegern und Betreuern das Leben schwer. Ein zu niedriges Bett etwa verlangt dem Helfer unnötige Anstrengungen ab.

10 Wohnberatung

Während für junge Menschen kleinere Hindernisse und Barrieren in Wohnungen kein Problem darstellen, können sie für Ältere sogar gefährlich werden. Nicht selten haben häusliche Unfälle für die Betroffenen den Umzug in ein Pflegeheim zur Folge.

Durch die Anpassung der Wohnungen an die Lebensbedingungen alter Menschen - z.B. durch den Einbau von Zentralheizungen oder bodengleichen Duschen, etc. - können entscheidende Probleme gelöst werden. Eine altersgerechte Wohnungsausstattung bringt für die Betroffenen mehr Sicherheit, Selbständigkeit und damit Lebensqualität.

Auch die häusliche Pflege bedarf einer entsprechenden Wohnungsausstattung. Vor diesem Hintergrund zahlt die Pflegekasse Zuschüsse bis zu 2556 € zur Verbesserung des individuellen Wohnraums, wenn dadurch die häusliche Pflege ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Solche Maßnahmen können z. B. der Einbau einer bodengleichen Dusche, die Anbringung von Handläufen, Türverbreiterungen, Installation eines Treppenlifts, die Beseitigung von Schwellen oder das Herabsetzen von Küchenschränken und Waschbecken sein. Das Pflegegesetz schreibt allerdings die Entrichtung eines Eigenanteils des Versicherten vor.

Soweit eine Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung nicht besteht, können solche Maßnahmen auch im Rahmen der Bestimmungen des § 75 BSHG finanziert werden. Hier gilt eine Einkommensgrenze (§ 79 BSHG).

Im Bundesgebiet bestehen lediglich in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg klare Konzeptionen für eine geregelte Finanzierung. Die Einrichtung einer hessischen „Fachstelle Wohnen“ wird im Laufe des Jahres 2002 erwartet.

In Hessen bieten eine Anzahl ambulanter Dienste und Pflegeeinrichtungen Wohnungs- und Wohnungsanpassungsberatung an; den Anforderungen an eine spezialisierte Wohnberatung bzw. Wohnungsanpassungsberatung dürften diese Angebote jedoch in aller Regel nicht entsprechen.

Aufgrund des künftig steigenden Bedarfs für Wohnungs- bzw. Wohnungsanpassungsberatung wird der Lahn-Dill-Kreis, sofern nicht von anderen Trägern entsprechende Angebote geschaffen werden, eine eigene Beratungsstelle schaffen.

11 Betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen, genauer „Service Wohnen“, soll die Vorteile des privaten Wohnens im Alter mit denen institutioneller Wohnformen verbinden. Ziele sind die Absicherung oder Wiederherstellung einer selbständigen Lebens- und Haushaltsführung im Falle von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit, die Vermeidung sozialer Isolation sowie die Förderung der Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben. Eine künftige Heimunterbringung soll vermieden oder zumindest hinausgeschoben werden.

Solche Wohnungen sollen daher über eine barrierefreie und kommunikationsfördernde Gestaltung und Ausstattung auch des Wohnumfeldes verfügen, die Service-Angebote (Betreuung, Versorgung, Pflege) müssen frei wählbar sein.

Bemühungen ein landeseinheitliches Qualitätssiegel für betreutes Seniorenwohnen zu schaffen sind gescheitert, da in dem hierzu gebildeten Fachausschuss auf Landesebene eine Einigung über einen Kriterienkatalog nicht zustande kam.

Ersatzweise hat das Hessische Sozialministerium einen Leitfaden für Interessenten entwickelt, der die Vergleichbarkeit von Wohnungsangeboten erleichtert. Dieser Leitfaden ist bei den Sozialämtern des Lahn-Dill-Kreises vorrätig.

Eine Umfrage im Jahr 1998 bei den Trägern der 587 Seniorenwohnungen im Lahn-Dill-Kreis brachte die folgenden Erkenntnisse:

536 Wohnungen verfügten über einen barrierefreien Zugang, 403 Wohnungen erfüllten das Kriterium „barrierefrei“ nach DIN 18025.1. Über eine sehr gute Infrastruktur (Nähe zu Geschäften, Arzt, Post, ÖPNV, Kirche etc.) 256 der Wohnungen. „Ausreichende Gemeinschaftseinrichtungen“ (Gymnastik-, Hobbyraum, Bibliothek, Cafeteria, Andachts-, Abstellraum, Empfang, Pforte, Schwimmbad) bestanden lediglich noch für 138 Wohnungen. In allen Wohnungen ist ein Hausnotrufsystem kurzfristig installierbar, in 172 Wohnungen vorinstalliert.

Die Mieten für die 81 Einzimmer-, 464 Zweizimmer- und 42 Dreizimmer-Wohnungen schwankten 1998 zwischen 5,50 DM und 9,32 DM pro m² (kalt).

Eine Übersicht über die Angebote des Betreuten Wohnens bzw. Service-Wohnen nach der Trägerschaft enthält Anlage 6.

12 Prävention und Rehabilitation

„Die Vorbeugung einer Krankheit ist unter allen Möglichkeiten der Behandlung die Beste“. Diese medizinische Erkenntnis hat zu speziellen Formen der Prävention geführt:

1. die primäre Prävention durch Ausschaltung von als gesundheitsschädigend geltenden Faktoren, sogenannten Risikofaktoren
2. die sekundäre Prävention durch Sicherstellung frühestmöglicher Diagnose und Therapie von Erkrankungen durch Vorsorgeuntersuchungen und
3. die tertiäre Prävention durch Begrenzung bzw. Ausgleich von Krankheitsfolgen.

Der Bereich der primären Prävention setzt auf die Eigenverantwortung jedes einzelnen für eine gesunde Lebensführung (Nichtrauchen, Vermeidung von Übergewicht, kontinuierliche körperliche und geistige Aktivität, Vermeidung von Überanstrengung und Überbelastung).

Die Krankenkassen unterstützen hier durch umfassende Informationen. Nach dem dritten Bericht zur Lage der älteren Generation der Bundesregierung ist die Altersgruppe der 40- bis 60-Jährigen für präventive Angebote am stärksten aufgeschlossen. An vielen Gruppen, besonders Menschen mit niedrigerem Bildungsstand und Migranten, sind Präventionsappelle jedoch wesentlich vorbeigegangen. Speziell für diese Gruppen werden neue Präventionsstrategien gesucht.

Für den Bereich der sekundären und tertiären Prävention sind insbesondere die Hausärzte/Hausärztinnen gefragt. Sie kennen die Lebens- und Krankheitsgeschichte ihrer Patienten und können im Bedarfsfall Spezialärzte oder Kliniken einschalten.

Für präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit ist in § 5 SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz) die Verantwortung der Pflegekassen festgeschrieben. Sie sollen darauf hinwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Maßnahmen von den Leistungsträgern (Krankenkassen etc.) eingeleitet werden. Medizinische und ergänzende Leistungen der Rehabilitation sollen in „vollem Umfang“ eingesetzt werden, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

Vor dem Hintergrund eines hohen Aufnahmedrucks auf die stationären Pflegeeinrichtungen des Kreises, trotz bestehenden Angebotsüberhangs in der Relation zu den Anhaltswerten des Hessischen Rahmenplans, muss davon ausgegangen werden, dass präventive Maßnahmen noch keineswegs in „vollem Umfang“ durch die Leistungsträger eingesetzt werden.

Im Zuge der turnusmäßigen Befragung der niedergelassenen Pflegedienste und stationären Einrichtungen im Kreisgebiet soll untersucht werden, inwieweit präventive und rehabilitative Maßnahmen bei Pflegepatienten erfolgt sind. Da auch die Leistungsträger der Krankenversicherung diesbezüglich um Auskunft gebeten werden müssen, bietet sich an, Prävention anlässlich einer Kreispflegekonferenz zu thematisieren.

13 Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitation ist eines der wichtigsten Instrumente zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit. Ihre medizinische Leistungsfähigkeit steht außer Frage. Vor allem mit Blick auf die künftige Bevölkerungsentwicklung wird ein unabweisbarer Bedarf an Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation gesehen.

In einer Veröffentlichung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) nimmt zur geriatrischen Rehabilitation der Leiter der medizinisch-geriatrischen Klinik Albertinen-Haus in Hamburg, PD Dr. Hans-Peter Meier-Baumgartner, wie folgt Stellung: „Es ist nie zu spät, einen Rehabilitationsversuch durchzuführen, um die Lebensqualität eines erkrankten älteren Menschen zu verbessern“.

Rehabilitation kann sowohl stationär, teilstationär als auch ambulant erfolgen.

Maßnahmen der Rehabilitation sind u.a.:

- Physiotherapie, mit Bewegungstherapie, Krankengymnastik bei Osteoporose- und Schlaganfall-PatientInnen
- Ergotherapie mit Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie und dem Wiedererlernen alltäglicher Verrichtungen, bei Schlaganfall-PatientInnen oder Demenzkranken
- Soziotherapie mit Kommunikationstraining, Gesprächs- und Gruppentherapie bei Depressionen
- Physikalische Therapie, mit Hydrotherapie und Massagen, bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Logopädie bei Sprachstörungen, Aphasien etc. als Folge von Schlaganfällen

Leider verfügt das Land Hessen nicht über ein flächendeckendes Rehabilitationssystem. Diese Situation hat auch im Lahn-Dill-Kreis ihren Niederschlag gefunden. Als Haupthindernis hat sich die Tatsache erwiesen, dass die Kosten der Rehabilitation von der Gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind, während der Reha-Erfolg die Pflegeversicherung entlastet.

Mit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes ist allerdings nach § 18 Abs.1 Satz 2 SGB XI zwingend vorgeschrieben, dass der Medizinische Dienst im Rahmen der Feststellung der Voraussetzungen und der Stufe der Pflegebedürftigkeit auch Feststellungen darüber zu treffen hat, „ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind.“

Die Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags zwingt zum Aufbau eines bedarfsorientierten geriatrischen Rehabilitationssystems. Dieses System muss trotz des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ von der existenzbedrohenden Akuterkrankung – Schlaganfall, Schenkelhalsbruch – gedacht und aufgebaut werden, d.h. von einer

geriatrischen Abteilung in einem Allgemeinkrankenhaus (§ 108 SGB V) oder einem geriatrischen Fachkrankenhaus bzw. einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung (§ 107 in V. mit § 111 SGB V).

Einrichtungen nach § 107 bzw. § 111 SGB V bestehen in Hessen lediglich modellhaft an drei Standorten: im Main-Kinzig-Kreis, im Hufelandhaus in Frankfurt und am Katharinenstift in Wiesbaden. Die Krankenkassen sind erst nach einer abschließenden Auswertung der drei Modellprojekte bereit, über weitere Anerkennungen zu verhandeln.

Mit der Einrichtung einer geriatrischen Abteilung an den Lahn-Dill-Kliniken schafft der Lahn-Dill-Kreis jedoch den Einstieg in ein zukunftsorientiertes Gesamtangebot für die Region (siehe Kapitel 13).

14 Geriatrie

Der Lahn-Dill-Kreis plant die Einrichtung einer geriatrischen Abteilung an den Lahn-Dill-Kliniken auf der Grundlage des § 108 Nr. 2 SGB V an den Standorten Braunfels (40 Betten in der ehemaligen Klinik Falkeneck) und Dillenburg (20 Betten) durch Umwidmung internistischer Betten. Die Behandlung soll „fallabschließend“ erfolgen. Beiden Abteilungen sollen Tageskliniken mit jeweils 10 Betten angeschlossen werden.

Die geriatrische Klinik soll in ein dichtes Netz von Kooperationsmöglichkeiten eingebunden werden, u. a. mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten, häuslichen Pflegediensten, Alten- und Pflegeheimen sowie den Krankenhäusern in Braunfels (Neurologie, Orthopädie), Leun (Parkinson) und Waldhof-Elgershausen (Pneumologie). Weitere Überlegungen gehen zur Einrichtung einer rehabilitativen Kurzzeitpflegeeinrichtung.

Nach dem Hessischen Krankenhausplan betragen die Anhaltswerte für die geriatrische Versorgung 21 Betten auf 100 000 Einwohner. Die Bereitstellung von 60 geriatrischen Betten würde den aktuell bestehenden Bedarf im Lahn-Dill-Kreis damit

decken. Auch in der tagesklinischen Versorgung – Anhaltswert 0,5 Plätze pro 1000 Einwohner über 65 Jahren – würde annähernd Bedarfsdeckung erreicht.

Der Behandlungsbeginn in der geriatrischen Abteilung der Lahn-Dill-Kliniken ist für den November 2001 in Braunfels in Aussicht genommen. Im Jahr 2003 soll eine zweite geriatrische Abteilung in Dillenburg folgen.

15 Gerontopsychiatrie

Alle Formen psychischer Erkrankungen können auch ältere Menschen treffen. Die häufigsten sind die dementiellen, von denen die am stärksten verbreitete die Alzheimersche Krankheit ist (etwa 50 Prozent), und die depressiven (etwa 25 Prozent). Auch reaktive Störungen, Ängste und Neurosen sind nicht so selten, wie bisher angenommen wurde. Sie komplizieren die häusliche Pflege vor allem dann, wenn gleichzeitig körperliche Erkrankungen bestehen.

Nicht immer ist bei geistig-seelischen Erkrankungen eine stationäre Behandlung erforderlich. Nach Erfahrungswerten kann allerdings immerhin bei einem Drittel aller Patienten in gerontopsychiatrischen Kliniken eine Verbesserung des Gesundheitszustands erreicht werden. Sobald erste Veränderungen des Gedächtnisses oder der Orientierung oder Wortfindungsstörungen auftreten, sollte der Hausarzt eingeschaltet werden: Vergesslichkeit und Desorientierung sind, auch wenn es da und dort so geäußert wird, keinesfalls „automatische“ Begleiterscheinungen des Alters.

Im Lahn-Dill-Kreis wird ein gerontopsychiatrisches Angebot von der Rehbergpark gGmbH in Herborn unterbreitet. In der Herborner Klinik steht ganzheitliche Behandlung und Pflege im Vordergrund. Dies beinhaltet im Blick auf psychiatrische und körperliche Krankheitssymptome, aber auch die vorhandenen Fähigkeiten, die Biographie und die sozialen Bezüge des Patienten.

Dies ist notwendig, weil viele Übergänge zwischen „normalen“ und „pathologischen“ Alterungsvorgängen eher fließend sind und sich letztendlich nur durch eine Gesamtsicht

des Betroffenen, seiner Lebensgeschichte und seiner sozialen Beziehungen beurteilen lassen.

16 ambulante Dienste, Sozialstationen, private Pflegedienste, Altenberatungsstellen

16.1 Ambulante Dienste

Als ambulante Dienste werden allgemein alle nicht-stationären und nicht-teilstationären Einrichtungen zur Beratung und Dienstleistung gekennzeichnet; Dienste, die zu Hause aufsuchende Beratung und Hilfe leisten.

Das formale Leistungsangebot der ambulanten Pflege setzt sich aus unterschiedlichen Pflegeleistungen zusammen, die sowohl von den gesetzlichen Krankenkassen, den Pflegekassen sowie den Sozialhilfeträgern finanziert werden. Es sind dies im wesentlichen

- behandlungspflegerische Leistungen, die der Erreichung eines medizinischen Zwecks einer Heilbehandlung oder Linderung einer Krankheit im therapeutischen Stadium dienen
- grundpflegerische Leistungen, die Hilfe bei der Befriedigung von körperlichen, seelischen oder geistigen Grundbedürfnissen darstellen
- hauspflegerische bzw. hauswirtschaftliche Leistungen, die auf die Versorgung des Versicherten gerichtete Tätigkeiten wie Vor- und Zubereitung von Mahlzeiten, spülen, Putzen, Herrichten der Wäsche, Einkaufen etc. beinhalten
- Mit Einführung der Pflegeversicherung wurden diese Bereiche um Beratungs- und Anleitungsleistungen ergänzt, die die Qualität der durch Angehörige und Laien erbrachten Pflege sicherstellen sollen.

Im Lahn-Dill-Kreis besteht das „ambulante Geflecht“ derzeit aus 17 Sozialstationen, 21 privaten Pflegediensten, 10 Mobilien sozialen Hilfsdiensten und zwei Beratungs- und Koordinierungsstellen (Übersicht als Anlage 7).

In den 48 ambulanten Diensten des Lahn-Dill-Kreises – private Pflegedienste, Sozialstationen, mobile soziale Hilfsdienste – waren im Herbst 2000 (Stichtag 30. 09. 2000) mehr als 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig. Auf Vollzeitstellen umgerechnet halten die ambulanten Dienste im Kreisgebiet somit 461 Arbeitsplätze unterschiedlichster sozialpflegerischer Qualifikationen vor.

Die Versorgungsquote – Vollzeitstelle auf je 1000 Einwohner - beträgt im Lahn-Dill-Kreis somit 1,69 und erreicht damit einen Spitzenwert unter den hessischen Landkreisen und kreisfreien Städten. Die entsprechende hessische Versorgungsquote beträgt lediglich 1,1 Vollzeitbeschäftigte auf 1000 Einwohner.. Die Entwicklung der des Personalbestands in ambulanten Diensten zeigt Anlage 8.

Tatsächlich ist nicht allein die quantitative Versorgung mit ambulanten Leistungen besser als im hessischen Schnitt; die Dienste weisen auch einen höheren Anteil an qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf. So arbeiten in den Lahn-Dill-Diensten 45,7 % Krankenschwestern und Krankenpfleger, während der Anteil dieser Berufsgruppe im hessischen Durchschnitt lediglich 32,4 % beträgt.

Bei dem Berufsbild „Altenpflege“ war mit einem Spitzenwert gerechnet worden, weil im Kreisgebiet drei Altenpflegeschulen den Nachwuchs ausbilden. Auch Altenpflegerinnen und Altenpfleger sind in den ambulanten Diensten des Kreises mit einem höheren Anteil vertreten, allerdings beträgt der entsprechende Wert hier „nur“ 15,2 % gegenüber immerhin 12,6 % im Land Hessen.

Hervorragende Ergebnisse erzielte auch der Vergleich der Fach-Hauswirtschaft. In den Diensten des Lahn-Dill-Kreises sind Fachhauswirtschafterinnen mit 4,7 % gegenüber 2,5 % hessenweit vertreten.

Stichproben ergaben, dass einzelne Sozialstationen telefonisch schlecht erreichbar waren, teilweise auf feste Geschäftszeiten per Anrufbeantworter verwiesen. Bemängelt werden auch die Einsatzzeiten, die weniger dem Tagesrhythmus der Patienten als den Erfordernissen des Dienstes folgen.

Die Qualifikationsstruktur in den ambulanten Diensten zeigt Anlage 9.

16.2 Sozialstationen

Im Kreisgebiet sind zur Zeit 17 Sozialstationen in kommunaler, kirchlicher oder verbandlicher Trägerschaft tätig. Das Angebot ist mit Ausnahme der Gemeinde Greifenstein flächendeckend; eine flächendeckende Versorgung wird dort durch einen privaten Dienst sichergestellt. Acht der Stationen sind durch das Land Hessen anerkannt.

Die Anerkennung im Rahmen der Förderrichtlinien ist seit 1998 jedoch folgenlos, soweit nicht im Einzugsbereich der Station bzw. durch diese selbst, trägerneutrale Beratung und Koordination angeboten wird. Bei kommunaler Trägerschaft wird trägerneutrale Beratung vorausgesetzt.

Die Stationen unterbreiten ein Angebot der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung mit Rufbereitschaft rund um die Uhr und Wochenendversorgung. Soweit eigene komplementäre Leistungen nicht erbracht werden, wurden durch die Stationen Kooperationsverträge mit Mobilien sozialen Hilfsdiensten geschlossen.

16.3 Private Pflegedienste

Bereits vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung waren private Pflegedienste im Lahn-Dill-Kreis, allerdings vorwiegend in der Sonderstatusstadt Wetzlar, tätig. Aufgrund der Zulassungspraxis der Pflegekassen zur Erreichung einer Wettbewerbssituation ist die Zahl privater Dienste auf 21 Dienste angewachsen, die ebenfalls Tag- Nacht- und Wochenenddienst sowie teilweise pflegeergänzende Leistungen anbieten.

16.4 Mobile soziale Hilfsdienste (MSHDs)

Mobile soziale Hilfsdienste erbringen traditionell pflegeergänzende Leistungen. Im Lahn-Dill-Kreis haben sich 10 MSHDs etabliert. Flächendeckend für das Kreisgebiet werden folgende Angebote unterbreitet:

- Beratung
- Essen auf Rädern
- Behinderten- und Schwerbehindertentransport
- Individuelle Schwerbehindertenbetreuung
- Hausnotruf-System

Darüber hinaus werden örtlich angeboten: hauswirtschaftliche Hilfe, Verleih von Pflegehilfsmitteln, Hilfe zur Aufrechterhaltung oder Gewinnung von Kontakten und Aufsicht.

16.5 Altenberatungsstellen

Altenberatungsstellen verstehen sich als Anlaufstellen für ältere Menschen und deren Angehörige zu den verschiedensten Aspekten und Problemen des Alterslebens. Dazu zählen vor allem: Hilfe bei Familienproblemen, Kontaktschwierigkeiten und Generationskonflikte. Weiter wird Hilfestellung gegeben bei der Vermittlung von Kurzzeit-, Tages- und stationärer Dauerpflege, Leistungen ambulanter Dienste sowie Erholungs- und Kurangeboten. Altenberatungsstellen im Lahn-Dill-Kreis werden unterhalten durch

die Caritas in Dillenburg und Wetzlar

die Diakonie in Dillenburg und Wetzlar

das Deutsche Rote Kreuz in Dillenburg, Haiger und Wetzlar

die Arbeiterwohlfahrt in Herborn und Wetzlar

die Stadt Wetzlar

den Malteser Hilfsdienst in Wetzlar.

17 teilstationäre und stationäre Versorgung

17.1 Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege

Die teilstationäre Versorgung leistet einen erheblichen Beitrag zur Stützung und Sicherung der häuslichen Pflege. Komplementär zur häuslichen Pflege wirken sowohl die Tages- bzw. Nachtpflege als auch die Kurzzeitpflege. Bereits früh wurde im Lahn-Dill-Kreis ein im wesentlichen bedarfsdeckendes Angebot unterbreitet. Während Kurzzeitpflege durchaus für einen größeren Einzugsbereich erbracht werden kann, bedarf es bei der Tages- und Nachtpflege möglichst wohnortnaher Angebote wegen der täglichen Anfahrten. So ist Tagespflege bislang lediglich in den größeren Städten vertreten, während das Kurzzeitpflegeangebot nahezu flächendeckend und bedarfsübersteigend erbracht wird. Die Orientierungswerte des Hessischen Rahmenplans wurden in der Tages- und Nachtpflege nach der zuletzt erfolgten Erhebung 1998 noch nicht erreicht. Eine Übersicht über den Stand der Tages- und Nachtpflege- sowie Kurzzeitpflegeangebote enthält Anlage 22.

Eine Verbesserung der Situation wird erwartet im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Pflege-Leistungs-Ergänzungs-Gesetzes der Bundesregierung, das vorsieht, durch Förderung der Tagespflege das Leistungsangebot der Pflegeversicherung weiterzuentwickeln. Nach der am 1. 1. 2002 in Kraft getretenen Regelung, sollen Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung einen zusätzlichen Leistungsanspruch erhalten. Der betroffene Personenkreis kann bei häuslicher Pflege zusätzliche finanzielle Hilfen der Pflegeversicherung von maximal 460 Euro pro Kalenderjahr in Anspruch nehmen.

Die ursprünglichen Planungen sahen vor, dass wöchentlich einmal Tagespflege in Anspruch genommen werden konnte, ohne dass die hierdurch entstehenden Aufwendungen mit dem häuslichen Pflegegeld verrechnet werden sollten. Als die im Gesetzentwurf genannten „niedrigschwelligen Betreuungsangebote“ sind die sog. Betreuungsgruppen von Ehrenamtlichen zu verstehen. An der beabsichtigten Förderung von Modellvorhaben wird sich der Lahn-Dill-Kreis beteiligen.

17.2 Stationäre Versorgung

In den 32 Alten- und Pflegeheimen des Lahn-Dill-Kreises werden zur Zeit 1970 ältere und pflegebedürftige Menschen versorgt. Nach der klassischen Unterscheidung nach Heim- und Pflegeplätzen muss die Zahlenangabe 560 Heimplätze und 1410 Pflegeplätze lauten. Es ist zu beobachten, dass die Anzahl nicht-pflegebedürftiger Bewohner in den Pflegeeinrichtungen mit fortschreitender Zeit zurück geht. Die damit einhergehende Strukturveränderung in den Alten- und Pflegeheimen ist durch die Pflegeversicherung beabsichtigt, die Leistungen der stationären Pflege nur innerhalb der drei Pflegestufen zur Verfügung stellt.

Diese Strukturveränderung ist deutlich ablesbar an der Verschiebung der Altersstruktur der HeimbewohnerInnen zugunsten der älteren Jahrgänge. Zum 30. 9. 2000 befanden sich 4 % der BewohnerInnen der Pflegeeinrichtungen des Kreises im Alter von 95 und mehr Jahren, 40 % zwischen 85 und 95 Jahren, 34 % zwischen 75 und 85 Jahren; nur 22 % waren jünger als 75 Jahre.

520 der Heim- und Pflegeplätze entfallen auf Bewohner aus anderen Landkreisen, z.T. auch aus den Ballungszentren an Rhein und Ruhr. 80 Pflegepatienten aus dem Lahn-Dill-Kreis werden in Einrichtungen der Nachbarkreise versorgt (September 2000).

Bedarfs- und Bestandsübersichten für die einzelnen Versorgungsregionen enthalten die Anlagen 10 – 19. Hierbei wurde der Bedarf anhand der Prognose des „HLT-Report Nr. 560 – Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Hessen - Fortschreibung der regionalisierten Vorausschätzung bis zum Jahr 2020“ für das Jahr **2010** ermittelt. Nach Ziffer 4.1 des Hessischen Rahmenplans sind Bedarfskorrekturen bei „erheblicher“ Abweichung der Zahl der 75-jährigen und älteren Personen gegenüber dem Landesdurchschnitt möglich.

Die stationäre Versorgungsdichte wird in Anlage 20 dargestellt. Eine Übersicht der Alten- und Pflegeheime nach anerkannten und belegten Plätzen zeigt Anlage 21.

Nach der zuletzt (10/2000) durchgeführten Erhebung, wiesen die Heimeinrichtungen im Kreisgebiet eine Fachpersonalquote von mehr als 61 % auf. Bereits Ende 1997 betrug die durch das Heimgesetz geforderte Fachpersonalquote mehr als 50 %. Zum 30. 9. 2000 erreichten vier Heimeinrichtungen die geforderte Quote noch nicht.

Die Wohn- und Lebensqualität in den Heimeinrichtungen des Kreises hat sich laufend verbessert. Die Einrichtungen wiesen bereits im Jahr 2000 mit Blick auf die Ausstattung mit Bewohnerzimmern gute Werte auf. Von den 1363 gezählten Pflegeräumen entfielen 898 auf Einzelzimmer (66 %), 452 auf Zweibettzimmer und nur noch 13 auf Mehrbettzimmer. Ganz überwiegend sind die Zimmer mit Naßzellen ausgestattet.

Die Forderungen des KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) an moderne Heimeinrichtungen werden nach Abschluß der aktuell projektierten Modernisierungsmaßnahmen (Herborn, Dietzhöhlztal, Driedorf, Haiger) überwiegend erfüllt sein.

Auch wurde inzwischen ein erster Versuch zur Bildung von Hausgemeinschaften (Evangelischer Gemeinschaftsverband Herborn, Haus des Lebens), hier mit 12 dementiell erkrankten Patienten, mit vorbildlichem Erfolg eingeleitet.

17.3 gerontopsychiatrische PatientInnen

Mit der Zunahme hochaltriger Patienten steigt auch der Anteil dementiell oder psychisch Erkrankter in den Pflegeeinrichtungen. In den Alten- und Pflegeheimen bestehen unterschiedliche Anschauungen und Konzepte zur Betreuung dieses Personenkreises. Teilweise wurde eine „beschützende Station“ eingerichtet, in der die Erkrankten „unter sich“ sind, andere Einrichtungen verfolgen das Konzept einer integrativen Betreuung.

Damit verwirrte und psychisch veränderte Menschen in den Heimalltag integriert werden können, sind räumliche, personelle und therapeutische Vorsorgen zu treffen.

Für schwer demente Pflegebedürftige sollten separate (nicht geschlossene) Wohnbereiche eingerichtet werden.

Die Einrichtungen sind in dieser Hinsicht bereits auf einem guten Weg. Eine Anzahl Einrichtungen – in Braunfels, Breitscheid, Ehringshausen, Haiger, Herborn, Solms, Waldsolms, Wetzlar - verfügt bereits über ein mit der Heimaufsichtsbehörde abgestimmtes Pflegekonzept; da rund 66 % der Pflegezimmer Einzelzimmer sind, kann der betroffene Personenkreis entsprechend versorgt werden.

Auf der Suche nach Vertrautheit und Orientierung hat das eigene Zimmer für psychisch erkrankte ältere Menschen zentrale Bedeutung. Nächtliche Unruhe, Störungen im Schlaf- Wach-Rhythmus bedeuten immer die Gefahr eines Übergriffs in die privaten Zonen anderer.

Dementsprechend stellt auch das Land Hessen in seiner Investitionsförderung für Pflegeeinrichtungen – im Lahn-Dill-Kreis lediglich noch für notwendige Modernisierungen - auf Unterbringung in Einzelzimmern ab, um Pflegeeinrichtungen zur besseren Anpassung an die zukünftigen Schwerpunktzielgruppen anzuhalten. Unterstützung bei der Ausgestaltung von entsprechenden Pflegekonzepten leistet das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln, wie auch die zuständige Heimaufsicht in Gießen.

Die zusätzlichen Betreuungskosten werden im Rahmen von Pflegesatzvereinbarungen aufgefangen.

Die Schaffung von Spezialeinrichtungen für Demente wird im Lahn-Dill-Kreis wie auch durch das Land Hessen nicht unterstützt. Solche Spezialeinrichtungen könnten zu einem „strukturellen Segregationsprozeß“, d.h. der „Entsorgung“ dementer Patienten aus den Pflegeheimen führen.

Notwendig sind aktuell vor allem personelle Maßnahmen. Anlässlich einer Umfrage unter den Alten- und Pflegeheimen im Kreisgebiet im Jahr 1998 verfügten lediglich 4

MitarbeiterInnen im Pflegedienst über eine gerontopsychiatrie Zusatzausbildung bzw. eine Qualifikation als „FachpflegerIn Psychiatrie“.

18 Qualitätssicherung

Mit dem Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung der Verbraucherrechte in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) erfolgt ab 1. 1. 2002 ein großer Schritt zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, nachdem entsprechend § 80 SGB XI gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung zwischen den Spitzenverbänden der Pflegekassen und Leistungserbringern in den Jahren 1995 und 1996 vereinbart worden waren:

Pflegebedürftige erhalten künftig eine auch an ihren persönlichen Wünschen und Bedürfnissen ausgerichtete Versorgung. Das Gesetz umfasst insbesondere:

- Qualitätssicherung und –prüfung
Jedes Pflegeheim und jeder Pflegedienst wird verpflichtet, ein umfassendes, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen. Unabhängige Sachverständige müssen in regelmäßigen Abständen die Qualität der Einrichtung nachprüfen.
- Personalausstattung
Die Pflegeeinrichtungen und ihre Verbände erhalten Instrumente an die Hand, um mit den Kostenträgern Vereinbarungen treffen zu können, die den erforderlichen Personalaufwand berücksichtigen. Für jedes Heim müssen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen und auf Landesebene Personalrichtwertvereinbarungen getroffen werden.
- Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht
Im stationären Bereich wird die Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Diensten der Krankenversicherung und der Heimaufsicht verbessert.
- Verbraucherschutz

Künftig wird auch für die häusliche Pflege der Abschluss eines schriftlichen Vertrages vorgeschrieben. Pflegeeinrichtungen, die die Leistung nicht in der vereinbarten Qualität erbringen, werden zur Rückzahlung verpflichtet. Außerdem wird die Beteiligung der Pflegekasse an kommunalen Beratungsangeboten festgeschrieben.

18.1 Heimaufsicht

Bislang war die Prüfung, inwieweit das Heimgesetz in den stationären Senioreneinrichtungen umgesetzt wurde, vorwiegend Sache der Heimaufsichtsbehörde. Die Mitarbeiter der Heimaufsicht besuchten die stationären Einrichtungen in aller Regel einmal jährlich. Die für den Lahn-Dill-Kreis zuständige Heimaufsichtsbehörde ist beim Amt für Versorgung und Soziales in Gießen angesiedelt. Mit der bevorstehenden Novellierung des Heimgesetzes werden die Kontrollrechte der Heimaufsicht weiter verbessert. Prüfungen dürfen künftig jederzeit auch unangemeldet erfolgen.

18.2 Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Eine weitere Instanz der Qualitätssicherung – auch für die ambulante Pflege – bildet der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Der MDK ging 1989 – mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes – als Begutachtungs- und Beratungsdienst der Krankenkassen aus dem vertrauensärztlichen Dienst hervor. Im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung ist der MDK entsprechend § 80 SGB XI berechtigt, Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen vorzunehmen. Im Gebiet des Lahn-Dill-Kreises sind zwei MDKs, in Wetzlar und Dillenburg, etabliert.

18.3 Qualitätssicherungsbesuche

Um sicherzugehen, dass nach Überweisung des häuslichen Pflegegeldes eine angemessene Pflege sichergestellt ist, sind sog. Qualitätssicherungsbesuche gesetzlich vorgeschrieben. Die Empfänger von häuslichem Pflegegeld werden hierbei durch einen

frei wählbaren professionellen Pflegedienst beraten, um vor mangelhafter Versorgung und die Pflegeperson vor Überforderung zu schützen.

In den Pflegestufen I und II sind Qualitätssicherungsbesuche alle sechs Monate vorgeschrieben, in der Pflegestufe III einmal pro Quartal. Die Kosten der Beratung sind von den Pflegebedürftigen aufzubringen.

18.4 Altenpflegeausbildung

Da im Jahr 1990 lediglich eine Ausbildungsstätte für Altenpflege im Lahn-Dill-Kreis bestand – mit einer Kapazität von jährlich 25 Altenpflegerinnen und Altenpflegern – entschloss sich der Lahn-Dill-Kreis eine eigene Lehranstalt für Altenpflege zu errichten. Die im September 1990 in Betrieb gegangene Altenpflegeschule des Lahn-Dill-Kreises in Haiger bildet jährlich 25 Altenpflegerinnen und Altenpfleger aus. Außerdem werden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen angeboten.

Die eigene Lehranstalt ergänzte das Ausbildungsangebot der Altenpflegeschule der Königsberger Diakonissen auf dem Altenberg in Solms. Eine weitere Altenpflegeschule in privater Trägerschaft befindet sich seit 1995 in ABlar-Werdorf.

Der Altenpflegeberuf entwickelte sich in den 60-er Jahren aus den bekannten Pflegeberufen, nachdem aufgrund neuerer gerontologischer Erkenntnisse in den Altenpflegeeinrichtungen festgestellt wurde, dass die reguläre Krankenpflegeausbildung den Anforderungen einer bewohnerorientierten aktivierenden Pflege nicht gerecht werden konnte.

Nachdem Auszubildende der Altenpflege zunächst ihre Ausbildung selbst bezahlen mussten, damit jedoch nicht ausreichend Bewerber für dieses Berufsbild akquiriert werden konnten, führte das Land Hessen 1990 die Gewährung von Schulgeld für alle nicht anderweitig geförderten AltenpflegeschülerInnen ein.

1997 verabschiedete Hessen das Hessische Altenpflegegesetz. Das zur Vereinheitlichung der Ausbildung im Jahr 2000 verabschiedete

Bundesaltenpflegegesetz, das ab 1. 8. 2001 in Kraft treten sollte, wurde auf dem Wege einer einstweiligen Anordnung (Bayern) zunächst suspendiert, so dass weiterhin entsprechend den 16 Bundesländern unterschiedliche Ausbildungsregelungen gelten, im Lahn-Dill-Kreis das Hessische Altenpflegegesetz.

Aktuell schließen die AltenpflegeschülerInnen einen Ausbildungsvertrag mit einem praktischen Ausbildungsbetrieb, d.h. einem Altenpflegeheim oder ambulanten Pflegedienst. Danach können sie einen Schulplatz in einer Altenpflegeschule erhalten.

Von dem jeweiligen Ausbildungsbetrieb wird eine Ausbildungsvergütung gezahlt, die jedoch aufgrund fehlender tariflicher Vorschriften, nicht einheitlich geregelt ist. Die Ausbildungsstellen werden auf die Stellenpläne der Ausbildungsbetriebe nicht *voll* angerechnet.

Allerdings werden nach der hierzu abgeschlossenen Rahmenvereinbarung insgesamt DM 15.000,-- (7669,38 €) jährlich für jeden besetzten Ausbildungsplatz außerhalb von Vergütungsverhandlungen anerkannt. Die restlichen Kosten sind aus dem Budget der Einrichtung zu erwirtschaften.

19 Hospiz

Die meisten Menschen wollen in ihrer gewohnten Umgebung sterben, umsorgt von Angehörigen und Freunden. Tatsächlich aber sterben nach verschiedenen Erhebungen etwa 90% der Menschen in einer Stadt und 60 % der Menschen auf dem Land in Krankenhäusern und Altersheimen.

Viele Angehörige fühlen sich trotz Unterstützung von sozialen Einrichtungen, bei der Pflege und Betreuung in der letzten Lebensphase eines Menschen seelisch und körperlich überfordert. Dazu kommt, daß es immer mehr alleinstehende Menschen gibt, die keine nahen Verwandten haben.

Die Hospizbewegung will hier Hilfe anbieten: In Zusammenarbeit mit Hausärzten und sozialen Diensten sollen Schwerkranke und Sterbende psycho-sozial begleitet werden, die letzte Lebenszeit bewußt und würdig gestaltet werden.

Ziel ist es die Wünsche und Bedürfnisse des Kranken ernst zu nehmen und möglichst zu erfüllen, seine Lebensqualität weitgehend zu erhalten, seine Selbstbestimmung nicht zu beschränken. Desgleichen sollen Angehörige und Freunde in ihrer Trauer begleitet werden. "Sterben zu Hause" zu ermöglichen ist die vorrangige Zielperspektive der Hospizarbeit, die durch den stationären Bereich ergänzt wird, wenn eine entsprechende palliative Versorgung zu Hause nicht geleistet werden kann.

Ein weiteres wichtiges Anliegen der Hospizbewegung ist das Bemühen um eine ausreichende Schmerztherapie.

Zur Hospizarbeit gehört als wesentlicher Bestandteil der Dienst Ehrenamtlicher. Sie sollen gut vorbereitet, befähigt und in regelmäßigen Treffen begleitet werden.

Professionelle Unterstützung geschieht durch ein multidisziplinäres Hospizteam von Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Ehrenamtlichen u. a. Für diese Tätigkeiten benötigen sie eine sorgfältige Aus-, Fort-, und Weiterbildung, fortgesetzte Supervision und Freiräume für eine persönliche Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer.

Auch die Alten und Pflegeheime sind häufig und mit zunehmender Tendenz Sterbeorte. Auch das Personal in stationären Dauerpflegeeinrichtungen muß besser auf die mit Tod und Sterben verbundenen Probleme vorbereitet werden.

Hospiz-Besuchsdienste bestehen im Lahn-Dill-Kreis zur Zeit in Herborn und Wetzlar. Eine 1999 gegründete gemeinnützige Gesellschaft m.b.H. "Hospizdienste Lahn-Dill" hat sich die Aus- und Fortbildung im Rahmen der Hospizarbeit sowie die Errichtung eines stationären Hospizes sowie einer Palliativ-Pflege-Abteilung zur Aufgabe gestellt.

Nach Informationen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) wird für eine angemessene Versorgung mit Sterbebegleitung ein stationäres Hospiz für jeweils eine Million Einwohner, eine ambulante Hospizanlaufstelle für 200 000 Einwohner für notwendig erachtet.

20 Bedarfsdeckung und ungedeckte Bedarfe

Zusammenfassend ist festzustellen: Im Lahn-Dill-Kreis besteht eine aktuell und auf absehbare Zeit bedarfsdeckend ausgebaute pflegerische Versorgung. Den besonderen Anforderungen der Pflege dementer PatientInnen muss in der Mehrzahl der Einrichtungen durch Erstellung und Umsetzung entsprechender Pflegekonzepte noch Rechnung getragen werden.

Neben zukünftig ausreichenden privaten Hilfsquellen – auch die Verbände der Wohlfahrtspflege leisten Aus- und Weiterbildung in der häuslichen Pflege – steht auch künftig qualifiziertes Fachpersonal in ausreichender Zahl zur Verfügung.

Defizite im ambulanten Bereich werden aktuell gesehen bei den Angeboten „aktivierend-rehabitativer Pflege“ und „geronto-psychiatrischer ambulanter Pflege“, mit den Schwerpunkten, Selbsthilfefähigkeiten zu stärken und dadurch die Abhängigkeit von fremder Hilfe zu mindern, Heimpflegebedürftigkeit zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern. Auch hochaltrige, gerontopsychiatrisch Pflegebedürftige könnten – auch im Interesse ihrer Angehörigen – zu Hause gepflegt und versorgt werden.

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen benötigen häufig Beratung, sei es in technischen Fragen der Pflege, der pflegerechten Gestaltung der Wohnräume, Inanspruchnahme von Leistungen und Diensten, Finanzierung etc. Diese Aufgaben wurden bislang in Hessen traditionell von den Sozialstationen, im Lahn-Dill-Kreis durch die Hilfezentrale der Diakonie für den Bereich Wetzlar übernommen, auch die privaten Pflegedienste leisten Beratung. Neben diesen Angeboten ist die spezifische Beratung durch die bestehenden Altenberatungsstellen zu sichern.

Zur Verdeutlichung des erheblichen Beratungsbedarfs seien nur einige „Zielgruppen“ genannt:

- Menschen mit Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe 0
- Ältere Menschen, die einen Heimplatz, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Nachtpflege benötigen
- Leistungsberechtigte der Pflegeversicherung, die Rat brauchen, um eine auf ihre spezielle Situation zugeschnittene Kombination von Sachleistungen und Geldleistungen auswählen zu können
- Geldleistungsempfänger, deren Hauptpflegepersonen überfordert sind
- Altgewordene Menschen mit Behinderungen
- Ältere Menschen, die Hilfe zum Lebensunterhalt benötigen
- Ältere Menschen, die von Rollenverlust und Einsamkeit bedroht sind
- Ältere Menschen, deren Pflegebedarf durch Rehabilitation stark vermindert werden könnte
- Menschen mit Informationsbedürfnissen über Hilfemöglichkeiten in räumlicher Nähe
- Ältere Menschen, die sich bürgerschaftlich engagieren (wollen)
- Menschen mit speziellen Behinderungen (Mobilitätsgehinderte, Sinnesgeschädigte, psychisch Kranke)
- Sterbende Menschen und ihre Angehörigen

Ein Netz von Beratungs- und Koordinierungsstellen – in den Versorgungsregionen 06 (Braunfels-Leun-Solms) und 08 (Wetzlar-Lahnau) besteht ein entsprechendes Angebot – ist im Lahn-Dill-Kreis flächendeckend zu installieren.

Neben den Beratungsaufgaben wäre eine weitere zentrale Aufgabe der Beratungs- und Koordinierungsstellen die personenbezogene Koordination der Dienstleistungen und Einrichtungen, das sogenannte Case-Management. Die Mehrzahl der betroffenen älteren Menschen verfügt nicht über die notwendigen Informationen und Fähigkeiten, um die erforderlichen (Fremd)Leistungen bei den geeigneten Anbietern nachzufragen, die Qualität zu prüfen und ggfs. Nachbesserungen durchzusetzen. Deshalb tut „ermächtigende“ Beratung durch trägerneutrale Stellen not.

Die wichtigste Aufgabe in dem Zusammenhang besteht darin, die Städte und Gemeinden und das Land Hessen zur Mitfinanzierung der Beratungs- und Koordinierungsstellen zu bewegen und weitere mögliche Finanzierungsquellen- und –träger zu erschließen.

Denkbar ist auch das Engagement der Pflegekassen, die mit dem Pflegequalitätssicherungsgesetz zur Beteiligung an kommunalen Beratungsangeboten verpflichtet sind. Die Neutralität des Beratungsangebotes muss dabei sichergestellt werden. Eigenständige Beratungsstellen der Pflegekassen würden die Übersichtlichkeit der Beratungsangebote erschweren.

Noch auszubauen ist auch das Instrument der örtlichen bzw. regionalen Pflegekonferenzen, das in den Versorgungsregionen 01, 03, 04, 07 und 10 fehlt.

Der Bereich Kurzzeitpflege ist entsprechend den Bedarfs- bzw. Orientierungswerten des Hessischen Rahmenplans (nach Vorgabe des Kuratoriums Deutsche Altershilfe) im wesentlichen ausreichend installiert.

Defizitär ist allein noch der Bereich der Tages- und Nachtpflege. Bei künftigen Vorhaben ist auf die räumliche Ausgeglichenheit der Angebote zu achten. Kurzfristig könnte das Platzdefizit in der Tagespflege durch eingestreute Angebote der stationären Einrichtungen reduziert werden, da tagesstrukturierende Angebote, Küchen- und Pflegeservice ohnehin vorgehalten werden.

Im Bereich der stationären Dauerpflege besteht mittel- und langfristig kein zusätzlicher Platzbedarf. In den bislang unterversorgten Versorgungsregionen (VR 04 und VR 07) sind entsprechende Vorhaben zugelassen und Bedarfsbestätigungen erteilt.

21 Ausblick

Der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung wird weiter steigen. Die zu erwartenden demographischen Veränderungen stellen die Hilfesysteme für ältere Menschen vor insgesamt völlig neue Herausforderungen. Die Altenhilfe muss ihre

Grundorientierung von Ausgrenzung und einer Ausrichtung an Defiziten hin zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe verändern.

Der aus wirtschaftlichen und finanziellen Gründen erfolgte Rückzug der Kommunen aus der offenen Altenhilfe, muss deshalb überdacht werden.

Mit Blick auf die Versorgung zu Hause lebender und in ihren Selbstversorgungsmöglichkeiten eingeschränkte alte Menschen kommt der ambulanten Pflege zunehmend eine Schlüsselrolle zu. Ihr betreuender und bewahrender Charakter muss stärker präventive und rehabilitative Züge annehmen. Die Qualifikationsstruktur muss durch gerontologische, psychiatrische und palliative Spezialkompetenzen ergänzt werden.

Der Logik des Hessischen Rahmenplans für die pflegerische Versorgung folgend, müssten sonst mit dem weiteren Anwachsen der Altersbevölkerung die stationären Pflegeangebote annähernd verdoppelt werden.

Die Bedarfs- und Angebotsplanung auf kommunaler Ebene ist nicht allein mit den Leistungsträgern abzustimmen, sondern auch mit den Betroffenen. Ältere Menschen sind daher an diesen Planungen, ggfs. auch über ihre Interessenvertretungen, soweit wie möglich zu beteiligen.

Am 31. 12. 1999 betrug der Anteil der ausländischen Bevölkerung an den 65-jährigen und Älteren im Lahn-Dill-Kreis lediglich 2,28 %. Mit der zukünftig allerdings erheblich ansteigenden Zahl älter werdender Migrantinnen und Migranten ist auch die Öffnung der Altenhilfesysteme für diese Bevölkerungsgruppen anzugehen. Dies beinhaltet die Weitergabe von muttersprachlichen Informationen, auch an die Auslandssozialarbeit, den vermehrten Einsatz von ausländischen Fachkräften, den Aufbau von nationalitätenspezifischen ambulanten Diensten und Wohngruppen in stationären Einrichtungen.

Dabei reicht es nicht aus, die Themen „Migration“ und „kultursensible Pflege“ als Fächer in die Lehrpläne der Altenpflegeschulen aufzunehmen. Die Herausforderung

liegt auch und gerade in der Überprüfung eigener Sicht- und Verhaltensweisen, die Menschen auf ihre Herkunftsländer reduzieren. Es geht darum, interkulturelle Handlungskompetenzen zu entwickeln.

Eine jetzt neu in das Altersleben aufrückende Gruppe ist auch die der geistig behinderten Menschen. Vor dem Hintergrund der von den Lebenshilfe-Vereinigungen dringend gesuchten sozialen Kontakte mit Nichtbehinderten, wird auch in diesem Bereich von der Bildung von Spezial-Pflege-Einrichtungen abgesehen. Im Vorfeld von Pflege werden allerdings zusätzliche Maßnahmen notwendig.

Dabei ist vor allem an die von den Lebenshilfen avisierten Begegnungsstätten zu denken. Hier können die geistig behinderten Menschen neue Sozialkontakte knüpfen, die die aufgrund von Pflegebedürftigkeit oder Ableben der Eltern ausgefallenen familialen Kontakte ersetzen sollen. Neben dem Zugewinn von Lebensqualität für die behinderten Menschen, können sich zudem neue Hilfekontakte in einer solchen Begegnungsstätte eröffnen.

Den Kommunen wird empfohlen, zur Erfüllung ihrer Koordinierungs- und Steuerungsfunktion im Rahmen der örtlichen Daseinsvorsorge auf eine wirksame Koordinierung der erforderlichen Dienstleistungen, Hilfen, Dienste und Einrichtungen und deren Vernetzung hinzuwirken. Nur über örtlich präsente Stellen können bürgerschaftliches Engagement, ehrenamtliche Tätigkeit, eigenverantwortliche Initiativen entwickelt werden.

Der flächendeckende Ausbau von Beratungs- und Koordinierungsstellen muss vorangetrieben werden. Diesen Stellen kommt eine Schlüsselfunktion in Hinblick auf die notwendige Koordination und Vernetzung der örtlichen bzw. regionalen Dienste und Einrichtungen zu, besonders für das sog. Case-Management, wenn es darum geht, in einem Einzelfall rasch die notwendigen Hilfen zu koordinieren.

Ein weiterer Schwerpunkt der künftigen Altenhilfeplanung wird neben der Entwicklung der offenen Altenhilfe, der Aufbau eines ambulanten, teilstationären und stationären

Rehabilitationssystems sein. Mit der Einrichtung einer rehabilitativen Kurzzeitpflege wird der Einstieg in diese Versorgung genommen. Landeszuschüsse sind bereits zugesagt.

Wenn es keine entscheidenden Verbesserungen bei der Prävention, Rehabilitation und dem Ausbau der Tagespflege gibt, werden nach einer Modellrechnung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) bundesweit Jahr für Jahr über 10.000 zusätzliche Pflegeplätze in Heimen geschaffen werden müssen. Nach der KDA-Modellrechnung muss damit gerechnet werden das sich - die gegenwärtigen Bedingungen vorausgesetzt - die Zahl der Leistungsempfänger und die Zahl der benötigten Pflegeplätze bis zum Jahre 2050 gegenüber dem Jahr 2000 mehr als verdoppeln.

Nach Ansicht des KDA kann diese Entwicklung nur durch eine verstärkte Prävention und Rehabilitation aufgehalten werden, andernfalls steige die Zahl der Pflegebedürftigen mit Leistungsanspruch an die Pflegeversicherung schon bis zum Jahr 2020 um über ein Drittel. Für diesen Personenkreis würden über 40 % oder bis 250.000 zusätzliche Heimplätze gebraucht.

Auch mit Blick auf die Einführung von DRGs (Diagnostics Related Groups) ist der Ausbau der geriatrischen Vorsorge und Rehabilitation voranzutreiben, da in Folge des neuen Abrechnungssystems auch bei älteren Menschen mit einer weiteren Verkürzung der Verweildauern in Krankenhäusern und Kliniken zu rechnen ist.

Die Einführung der DRGs bedeutet kurz gesagt, dass die bisher zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbarten pauschalierten Tagessätze durch Fallpauschalen ersetzt werden.

Diese Regelung wird gravierende Auswirkungen auf die im Lahn-Dill-Kreis gerade erst geschaffenen Geriatrien an den Allgemeinkrankenhäusern nehmen, da geriatrische Patienten bei chronischen Erkrankungen und hohem Behinderungsgrad in aller Regel während einer längeren Verweildauer versorgt werden müssen, so dass das Fallpauschalensystem hier keine Anreize bietet. Die entsprechenden Krankenhausabteilungen würden laufend rote Zahlen schreiben müssen.

Nach Einschätzung des Hessischen Sozialministeriums könnten deshalb Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V vor dem Hintergrund der Einführung von DRG's in Zukunft strukturelle Bedeutung erlangen.

Anlagen:

- 1 – Rahmenplan für die pflegerische Versorgung in Hessen
- 2 – Versorgungsregionen
- 3 – örtliche und regionale Pflegekonferenzen
- 4 – Bevölkerung und Altersbevölkerung (absolut)
- 5 – Altersbevölkerung (relativ)
- 6 – Angebote des Betreuten Wohnens/Service-Wohnens
- 7 – Übersicht ambulante Dienste
- 8 – Personalbestand in ambulanten Diensten
- 9 – Qualifikationsstruktur Sozialstationen
- 10 – Qualifikationsstruktur private Pflegedienste
- 11 – Bedarfs- und Bestandsübersicht VR 01 (Dietzhöhlztal, Eschenburg)
- 12 - Bedarfs- und Bestandsübersicht VR 02 (Breitscheid, Driedorf, Greifenstein)
- 13 - Bedarfs- und Bestandsübersicht VR 03 (Aßlar, Ehringshausen)
- 14 - Bedarfs- und Bestandsübersicht VR 04 (Bischoffen, Hohenahr, Mittenaar, Siegbach)
- 15 - Bedarfs- und Bestandsübersicht VR 05 (Herborn, Sinn)
- 16 - Bedarfs- und Bestandsübersicht VR 06 (Braunfels, Leun, Solms)
- 17 - Bedarfs- und Bestandsübersicht VR 07 (Hüttenberg, Schöffengrund, Waldsolms)
- 18 - Bedarfs- und Bestandsübersicht VR 08 (Wetzlar, Lahnau)
- 19 - Bedarfs- und Bestandsübersicht VR 09 (Dillenburg)
- 20 - Bedarfs- und Bestandsübersicht VR 10 (Haiger)
- 21 – stationäre Versorgungsdichte
- 22 – Übersicht der Alten- und Pflegeheime
- 23 – Übersicht „stationäre Pflegedichte“
- 24 – Übersicht „ambulante Pflegedichte“

Landesweiter Rahmenplan für die pflegerische Versorgung in Hessen

1. Grundlagen

Nach § 4 Abs. 1 Satz 1 des Hessischen Ausführungsgesetzes zum Pflege-Versicherungsgesetz (AGPflegeVG) 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 Abs. 1 AGPflegeVG soll die pflegerische Versorgungsstruktur eine regional gegliederte und ortsnahe sowie aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung sicherstellen. Dabei ist nach § 3 Abs. 2 AGPflegeVG der Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen sowie der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor der Pflege durch Ausbau und Förderung entsprechender Angebote Rechnung zu tragen.

2. Grundsätze pflegerischer Versorgung

Die pflegerische Versorgungsstruktur ist so auszugestalten, dass sie dem Ziel Rechnung trägt, Pflegebedürftigen dabei zu helfen, die größtmögliche Selbständigkeit in der Lebensführung zu erhalten oder wiederzugewinnen. Dies setzt die bedarfsgerechte und rechtzeitige Verfügbarkeit ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen, Dienste und Einrichtungen sowie deren Koordinierung voraus, was die enge Zusammenarbeit aller Beteiligten erfordert. Eine möglichst gleichmäßige und gleichwertige Versorgung in allen Landesteilen ist zu gewährleisten.

Die pflegerische Versorgung soll den Bedürfnissen und Interessen pflegebedürftiger Menschen und ihres sozialen Umfelds Rechnung tragen und den Anforderungen ganzheitlicher Pflege entsprechen. Die pflegerische Versorgung umfasst regelhaft auch die Betreuung verwirrter oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Menschen, sofern und solange sie nicht der Behandlung im Krankenhaus bedürfen. Den besonderen Bedürfnissen behinderter Menschen ist unter Berücksichtigung der fachlichen Anforderungen der Eingliederungshilfe für Behinderte mit dem Ziel größtmöglicher Normalität ihrer Lebensverhältnisse Rechnung zu tragen.

Besondere Bedeutung im Rahmen der pflegerischen Versorgung haben Angebote, die geeignet sind, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Ambulante, teilstationäre und stationäre Rehabilitationsangebote sind daher in Abstimmung mit den jeweils zuständigen Stellen (insbesondere den Krankenkassen, den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst) regelhaft in die Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur einzubeziehen. Angebote, die geeignet sind, stationäre Dauerpflege hinauszuzögern oder entbehrlich zu machen (insbesondere Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege) sind in der Planung bedarfsorientiert vorrangig zu berücksichtigen.

3. Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur

Die Gewährleistung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung ist nach § 8 Abs. 2 SGB XI eine Gemeinschaftsaufgabe des Landes, der Kommunen, der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekassen unter Beteiligung des medizinischen Dienstes. Die Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur erfordert daher das Zusammenwirken aller Beteiligten im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit. Die Bedarfsplanung für die erforderlichen Pflegeeinrichtungen obliegt nach § 4 Abs. 2 AGPflegeVG den kreisfreien Städten und den Landkreisen im Benehmen mit den ihnen angehörigen Gemeinden nach Maßgabe dieses Rahmenplans. Vorhandene Versorgungsstrukturen werden in die Planung einbezogen. Die konkrete Projektplanung obliegt weiterhin den Projektträgern bzw. den kommunalen Gebietskörperschaften im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die örtliche Daseinsvorsorge.

Kommunale Altenhilfeplanung und die Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur für alte Menschen sind so weit wie möglich aufeinander abzustimmen. Die Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur für Behinderte soll in der Regel im Rahmen der Planung gemeindenaher Hilfen, Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Behinderte erfolgen.

Da ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) ihren Beitrag zur Abdeckung des häuslichen Pflegebedarfs auf der Grundlage des mit den Pflegekassen abzuschliessenden Versorgungsvertrags in eigener Verantwortung leisten, unterliegen sie nicht der Planung nach Maßgabe dieses Rahmenplans. Im Falle des Auftretens von Versorgungslücken sollen die Landkreise und kreisfreien Städte nach § 2 Abs. 3 der Verordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen auf den Aufbau der erforderlichen Angebote hinwirken. Wird Bedarfsdeckung auf diesem Wege nicht erreicht, können die kommunalen Gebietskörperschaften im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die örtliche Daseinsvorsorge entsprechende eigene Angebote schaffen.

Sozialstationen und mobile soziale Dienste werden, soweit sie nicht Pflegeleistungen nach SGB XI gewähren, nach Maßgabe von § 1 Abs. 2 der o.a. Verordnung auf der Grundlage der einschlägigen Fach- und Förderrichtlinien geplant. Die Abstimmung mit der kommunalen Altenhilfeplanung ist sicherzustellen. Für die Koordinierung der Hilfen, Dienste und Einrichtungen sind trägerübergreifende Beratungs- und Vermittlungsstellen auf kommunaler Ebene besonders geeignet.

Pflegekonferenzen, die Landkreise und kreisfreie Städte einrichten, begleiten und unterstützen die Planung und den Aufbau der pflegerischen Versorgungsstruktur. Über ihre Zusammensetzung und Aufgaben entscheiden die kommunalen Gebietskörperschaften in eigener Zuständigkeit.

4. Bedarfsanhaltswerte

4.1 stationäre Dauerpflege

Der Bedarfsanhaltswert für die unabweisbar erforderliche Grundversorgung der Bevölkerung im Bereich der stationären Dauerpflege beträgt höchstens 25 Pflegeplätze auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren. Ein darüber hinausgehender Bedarf kann auf der Grundlage besonderer Bedarfsnachweise festgestellt werden. Ergibt sich bei der ortsnahen Ermittlung des Bedarfs, daß in dem fraglichen Einzugsbereich der Anteil der Personen im Alter von 75 und mehr Jahren erheblich vom Landesdurchschnitt abweicht, so kann der Bedarfsanhaltswert entsprechend angepaßt werden, und zwar maximal in Höhe des Verhältnisses des Vmhundertsatzes der Abweichung zum Landesdurchschnitt. In mehreren Regionen soll modellhaft erprobt werden, ob der Bedarfsanhaltswert im Zuge des Ausbaus ambulanter und teilstationärer Hilfen sowie der geriatrischen Rehabilitation abgesenkt werden kann.

4.2 Altenheim

Für das im herkömmlichen System der sog. mehrgliedrigen Einrichtung (Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim) als Mittelstufe vorgesehene Altenheim (bisherige Pflegestufen I und II) ist auf der Grundlage der rechtlichen Vorgaben des SGB I (Nachrang stationärer Dauerpflege, § 43 Abs. 1 SGB XI) und des BSHG (Vorrang der offenen Hilfe, § 3a BSHG) fraglich geworden, ob es als regelhaftes Angebot noch eine Perspektive hat. Daher wird insoweit auf die Festlegung eines Bedarfsanhaltswerts verzichtet. Es ist anzustreben, vorhandene Bestände soweit möglich bedarfsorientiert schrittweise in andere Nutzungsformen, z.B. des betreuten Wohnens, der Kurzzeit- oder Tagespflege, umzuwandeln, sofern im Einzelfall nicht ausnahmsweise noch Bedarf an Dauerpflegeplätzen besteht.

4.3 Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege

Da der Bedarf im Bereich von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege in besonders starkem Maße von örtlichen Gegebenheiten, insbesondere dem sozialen Umfeld Pflegebedürftiger, abhängt, ist es jeweils ortsnah gesondert zu ermitteln. Dabei können die einschlägigen Bedarfsannahmen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe als Orientierungswerte dienen. Das KDA empfiehlt zur Zeit Kurzzeitpflegeplätze für 0,2 % der Bevölkerung im Alter von 75 und mehr (Kurzzeitpflege in der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 8, 99). Für die Tagespflege geht das KDA von einem Richtwert von 0,25 – 0,30 % der über 65jährigen Bevölkerung aus (Arbeitshilfen für Planung und Betrieb von Tagespflege-Einrichtungen, 1993). Der Bedarf für die Kurzzeitpflege kann innerhalb der Grenzen der Landkreise auch regional festgestellt werden. Angebote mit rehabilitativem Auftrag sind bei der Bedarfsermittlung besonders zu berücksichtigen.

5. Umsetzung und Fortschreibung

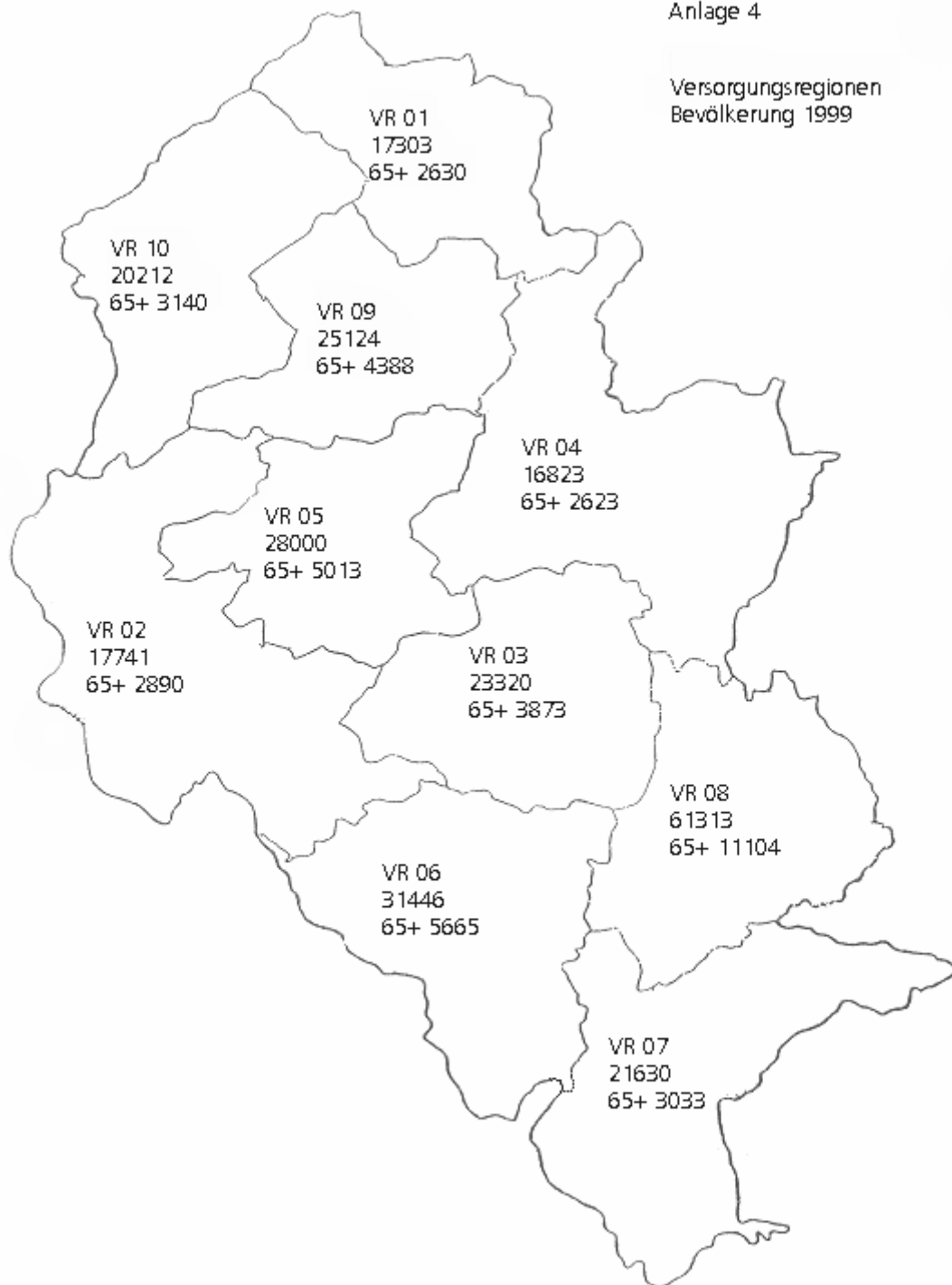
Die Umsetzung des Rahmenplans erfolgt auf der Grundlage der entsprechenden Fach- und Förderprogramme des Landes nach Maßgabe des Landeshaushalts. Über den Stand der Umsetzung wird dem Kabinett zum Ende des Jahres 1997 berichtet. Der Rahmenplan wird fortgeschrieben, wenn dies nach Anhörung des Landespflegeausschusses zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung als geboten erscheint.





Anlage 4

Versorgungsregionen
Bevölkerung 1999



Anlage 5

Altersbevölkerung
Anteil an der Gesamtbevölkerung - 1999



deutsche Bevölkerung/Gesamtbevölkerung

Anlage 6

Eigentümer	WWG	Königsberger	Königsberger	Königsberger	Königsberger	AWO	AWO
Betreiber	WWG	Gewobau	Gewobau	Gewobau	Königsberger	AWO	AWO
Standort	Wetzlar	HS Ostpr.	Wetzlar	Wetzlar	Braunfels	Wetzlar	Dillenburg
		HS Ostpr.	HS Renata	HS Dohna	Solms H.	W.Reitz-Hs.	Hs. Nassau
Baujahr	1994	1977	1980	1986	1967	1988	1989
Eigent.WG				5			
freifinanziert							
sozialer WB	47	28	45	26	30	88	30
gesamt	47	28	45	31	30	88	30
Wohnungsgr.							
1-Zimmer	9		24		12		
2-Zimmer	37	28	21	28	18	88	30
3-Zimmer	2			3			
Freisitz/Log.	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
barrierefrei		100%	100%	100%	16%	97%	100%
altengerecht	100%	100%	100%	100%	16%	97%	100%
Umfeld -barrierefrei	ja	zum Teil	zum Teil	zum Teil	ja	ja	ja
eingestreuete WG							
abgeschlossene Anlage	1				1	1	1
heimverbundene WG		1	1	1			
ausreichende Infrastruktur	ja	nein	nein	nein	ja	nein	ja
öffentliche Förderung	L	K, L,B	K,L,B	K,L,B	K,L	K,L	K,L
ausr. Gemeinschaftseinr.	ja	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Zugang Grünfläche	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja
Miete	7,50-8,85	8,75-9,32	8,75-9,32	8,75-9,32	8,50	5,50-9,18	9,36
Hausnotruf	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
festes Ansprechperson	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
festes Vereinb. Hauswirtsch.	nein	ja	ja	ja	ja	nein	nein
festes Vereinbarung Pflege	nein	ja	ja	ja	ja	nein	nein
mit AH-Planung	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
abgestimmt							
gute Belegung		ja	ja	ja	ja	ja	ja
Fluktuation ü. 35 % pro Jahr	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Eigentümer	AWO	AWO	ALWOBABU	DRK	DRK	Caritas	SWA Eibels.
Betreiber	AWO	AWO	SEWOTEL	DRK	DRK	Caritas	Schmidt u.P.
Standort	Aßlar	Herborn	Ehringshshn.	Dillenburg	Haiger	Dillenburg	Eschenburg
	W.Best-Hs.	M.Juchacz	Am Dillpark	Marbachstr.	Obertor	Hs.Elisabeth	
Baujahr	1992	1984	1998	1989	1995	1982	1997
Eigent.WG	1		33				19
freifinanziert							
sozialer WB	38	105		26	32	34	
gesamt	39	105	33	26	32	34	19
Wohnungsgr.							
1-Zimmer		36					
2-Zimmer	38	67	33	26	32		18
3-Zimmer		2				34	1
Freisitz/Log.	100%	63%	100%	100%	100%	100%	50%
barrierefrei	100%	66%	100%	23%	100%	0%	10%
altengerecht	100%	100%	100%	77%	100%	100%	10%
Umfeld -barrierefrei	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein
eingestreuete WG							1
abgeschlossene Anlage	1	1	1	1	1		
heimverbundene WG						1	
ausreichende Infrastruktur	ja	nein	ja	ja	ja	nein	ja
öffentliche Förderung	K,L	K,L		K,L	K,L	K,L	
ausr. Gemeinschaftseinr.	nein	nein	nein	ja	ja	ja	nein
Zugang Grünfläche	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Miete	7,82	8,89-9,26	18,50	6,65	9,25	7,56	13,50
Hausnotruf	nein	nein	ja	ja	ja	ja	nein
festes Ansprechperson	nein	ja	Dienst	ja	ja	ja	ja
festes Vereinb. Hauswirtsch.	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja
festes Vereinbarung Pflege	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Mit AH-Planung	nein	nein	nein	ja	ja	ja	nein
abgestimmt							
gute Belegung	schleppend	ja	ja	ja	schleppend	ja	schleppend

Fluktuation ü. 35 % pro Jahr nein nein nein nein nein ?

Anlage 7

NAME	STRASSE	PLZ	ORT	VERSORGUNGSGEBIET
Private Pflegedienste				
Privater Pflegedienst Heike Hofmann	Reuterweg 1	35708	Haiger	Haiger
Pflegedienst Stefan Schwedes	Mittelbergstraße 13	35716	Dietzhöhlztal	Dietzhöhlztal
BMS Sozialstation	Walbergraben 10	35614	Aßlar	Aßlar u. Umgebung
Internationaler Pflegedienst Söngün Gül	Hausergasse 14	35578	Wetzlar	Wetzlar u. Umgebung
Pflegedienst Wetzlar	Stoppelberger Hohl 47	35578	Wetzlar	Wetzlar
Mobile Krankenpflege Silke Wörner	Friedenstr. 28	35582	Wetzlar	Wetzlar plus 15 km Radius
Ambulantes Pflegezentrum Lahn	Wetzlarer Str. 4	35638	Leun	Leun
Ambulanter Pflegedienst	Lindenstr. 17	35606	Leun	15 km Radius
Ambulanter Pflegedienst Pecsics	Atzbacher Str. 16	35633	Lahnau	
APD Schönbachtal	Bachstr. 77	35614	Aßlar-Werdorf	
KaBeGa - Häusliche Altenpflege	Steinhang 4	35633	Lahnau	Lahnau
Ambulanter Pflegedienst Pfaff	Weingartenstr. 7	35586	Wetzlar-Hermannstein	Wetzlar, Hermannstein, Naunheim
Private Pflege mit Herz	Hickenweg 52	35708	Haiger	Haiger plus 15 km Radius
Häuslicher Pflegedienst Rahn & Freitag	Untergasse 2	35647	Waldsolms	Waldsolms und Radius von 15 km
Pflegedienst Mobil	Sohlweg 10	35753	Greifenstein	Greifenstein + 15 km Radius
Vital – Pflegedienst Vera Klingelhöfer	Fauleborn 19	35685	Dillenburg-Manderbach	Dillenburg
Häusliche Krankenpflege Roskosz	Hoher Rain 17	35644	Hohenahr-Erda	Hohenahr
Hauskrankenpflege Lahn-Dill	Neuer Weg 2	35764	Sinn	Sinn
Ambulanter Pflegedienst "Haus Elisabeth"	Rolfesstr. 40	35683	Dillenburg	Wohnheim Haus Elisabeth
Sozialstationen				
Diakoniestation Dietzhöhlztal-Eschenburg	Marktplatz 2	35713	Eschenburg	Dietzhöhlztal u. Eschenburg
Diakoniestation Dillenburg	Hindenburgstr. 11 a	35683	Dillenburg	Dillenburg
Caritas-Sozialstation	Nauborner Str. 118	35578	Wetzlar	Wetzlar
Sozialstation Aßlar	Oberstr. 10	35614	Aßlar	
Caritas-Sozialstation	Attenbachstr. 4	35619	Braunfels	Braunfels, Leun, Solms
Gemeinde-Pflegestation	Rathausstr. 14	35767	Breitscheid	Breitscheid
Diakoniestation "Usinger Land"	Schubertstr. 3	61267	Neu-Anspach	Waldsolms
Gemeindepflegestation Driedorf	Wilhelmstr. 16	35759	Driedorf	Driedorf
Diakoniestation	Obertor 20	35708	Haiger	Haiger
Diakoniestation	Im Bröhl	35625	Hüttenberg	Hüttenberg
Gemeindekrankenpflegestation	Schulstr. 6	35633	Lahnau	Lahnau
Evang. Diakoniestation	Turmstr. 22	35578	Wetzlar	Wetzlar
Zentralstation für ambulante Pflegedienste	Johann-Steubing-Weg 2	35745	Herborn	Herborn, Sinn
Diakoniestation	Am Kirchplatz 6	35630	Ehringshausen	Ehringshausen
Gemeindegewesternstation	Goßbachstr. 4	35644	Hohenahr	Hohenahr
Ambulante Pflegestation	Neukirchener Str. 5	35641	Schöffengrund	Schöffengrund
Diakoniestation Gladenbach	Wilhelmstr. 2	35075	Gladenbach	Bischoffen, Mittenaar,

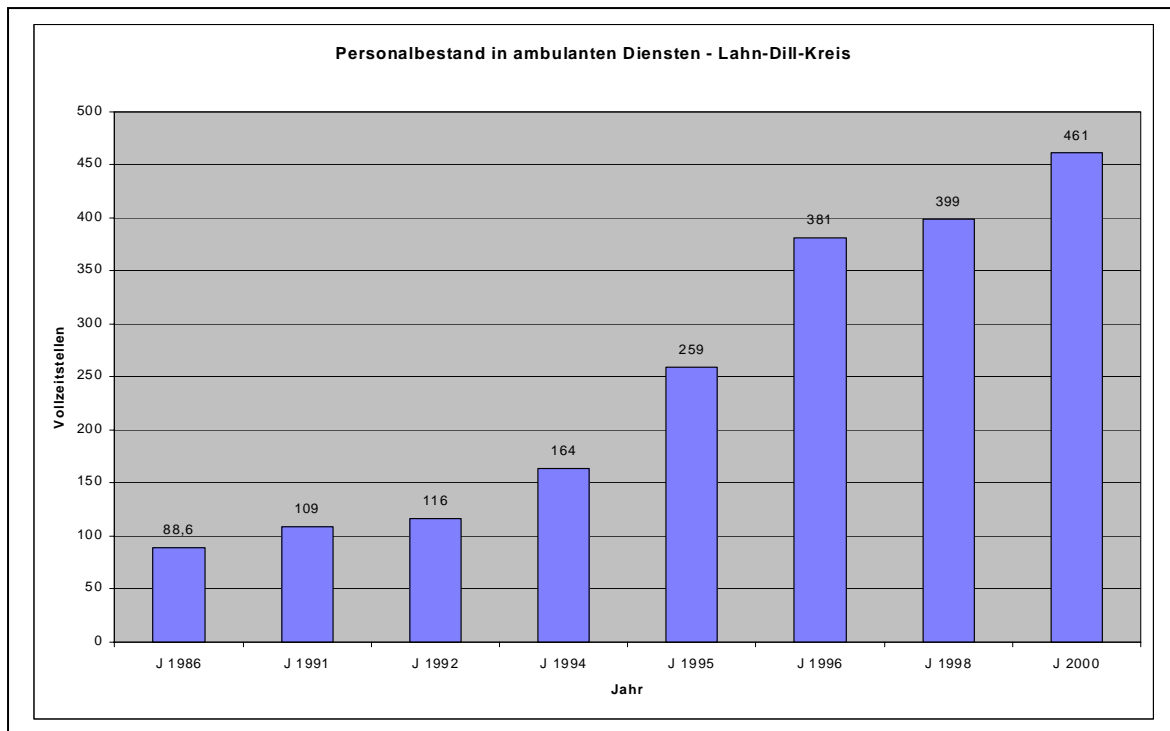
Siegbach

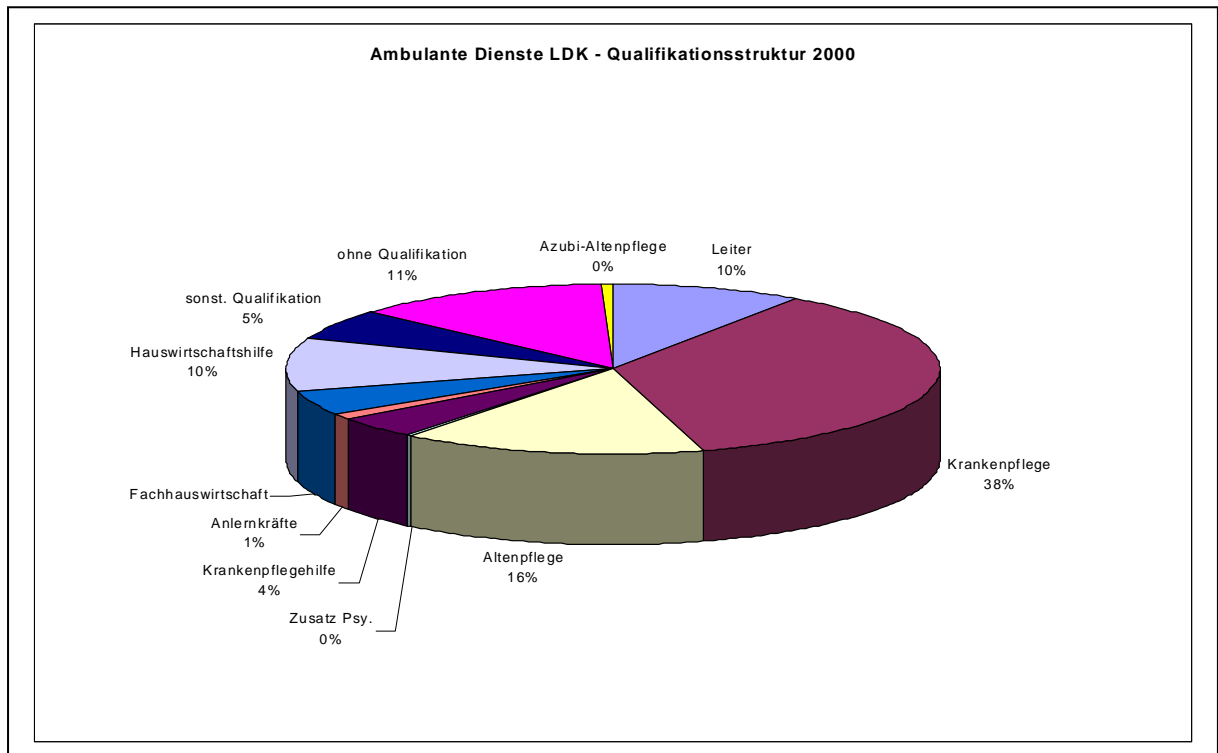
Mobile soziale Hilfsdienste

DIE DIAKONIE	Kornblumengasse 11	35578 Wetzlar	Südkreis
Deutsches Rotes Kreuz	Gerberei 4	35683 Dillenburg	Nordkreis
Malteser Hilfsdienst	Ludwig-Erk-Platz 5	35578 Wetzlar	Wetzlar
Sozialwerk Hausfrauenbund	Karl-Kellner-Ring 50	35576 Wetzlar	Wetzlar
Sozialdienst Hausfrauenbund	Marienstr. 7	35614 Aßlar	Aßlar
Deutsches Rotes Kreuz	Sophienstr. 1	35576 Wetzlar	Südkreis
MSHD Eschenburg	Im Dombach 11	35716 Eschenburg	Nordkreis
Caritas Dillenburg	Bismarckstr. 13	35683 Dillenburg	Nordkreis
BMS Sozialstation	Walbergraben 10	35614 Aßlar	Aßlar

BeKo-Stellen

Stephanuswerk	Turmstr. 22	35578 Wetzlar
Pflege-Info-Zentrale	Attenbachstr. 4 a	35619 Braunfels





Bedarfs- und Bestandsabgleich				2010		VR 01	
		Einwohner	über 65	über 75	Stat.Dauerpf.	Tagespflege	Kurzzeit-Pfl.
Dietzhöhlztal		6780	1244	546	31	3,7	1
Eschenburg		11135	1851	706	46	5,5	1,4
Bedarf		17915	3095	1252	77	9,2	2,4
Angebot	Kronberg				66	2	3
Gesamt					66	2	3
Differenz +							
Differenz -					11	7,2	
Anteil der Personen im Alter von 75 und mehr Jahren				in Hessen	in der VR 01		
				8,8	6,9		

Bedarfs- und Bestandsabgleich			2010			VR 02	
		Einwohner	über 65	über 75	Stat.Dauerpf.	Tagespflege	Kurzzeit-Pfl.
Breitscheid		5184	929	417	23,0	2,8	0,8
Driedorf		5392	902	364	22,0	2,7	0,7
Greifenstein		7686	1475	628	37,0	4,4	1,2
Bedarf		18262	3306	1409	82,0	9,9	2,7
Angebot 1	Bogdan				9		
Angebot 2	H. d. Lebens				49		
Angebot 3	Brücke				34	3	2
Angebot 4	Diehl				61		6
Angebot 5	Haus Ulmtal				50		
Gesamt					203	3	8
Differenz +					121		5,3
Differenz -						6,9	
Anteil der Personen im Alter von 75 und mehr Jahren					in Hessen	in der VR 02	
					8,8	7,7	

Bedarfs- und Bestandsabgleich					2010		VR 03
		Einwohner	über 65	über 75	Stat.Dauerpf.	Tagespflege	Kurzzeit-Pfl.
Aßlar		14500	2630	1222	66	8	2,3
Ehringshausen		9691	1906	812	48	6	1,6
Bedarf		24191	4536	2034	114,0	14	3,9
Angebot 1	Schönbacht.				166		5
Angebot 2	Dillpark				40		1
Angebot 3	Greifenthal				64		2
Angebot 4	TP Weidlein					8	
Gesamt					270	0	8
Differenz +					156		4,1
Differenz -						6	
Anteil der Personen im Alter von 75 und mehr Jahren					in Hessen	in der VR 03	
					8,8	8,4	

Bedarfs- und Bestandsabgleich				2010		VR 04	
		Einwohner	über 65	über 75	Stat.Dauerpf.	Tagespflege	Kurzzeit-Pfl.
Bischoffen		3695	639	264	16	1,9	0,5
Hohenahr		5250	888	371	22	2,6	0,7
Mittenaar		5290	984	344	25	2,9	0,7
Siegbach		3095	552	228	14	1,6	0,4
Bedarf		17330	3063	1207	77	9	2,3
Angebot	projektiert				83	0	
Differenz +					6		
Differenz -						9	2,3
Anteil der Personen im Alter von 75 und mehr Jahren					in Hessen	in der VR 04	
					8,8	6,9	

Bedarfs- und Bestandsabgleich				2010		VR 05	
		Einwohner	über 65	über 75	Stat.Dauerpf.	Tagespflege	Kurzzeit-Pfl.
Herborn		22117	4481	2103	112	13	4
Sinn		6762	1360	590	34	4	1
Bedarf		28879	5841	2693	146	17	5
Angebot 1	Evg.GV				120		
Angebot 2	AWO				42		1
Angebot 3	Mayer				49	3	4
Gesamt					211	3	5
Differenz +					65		
Differenz -						14	
Anteil der Personen im Alter von 75 und mehr Jahren				in Hessen	in der VR 05		
				8,8	9,3		

Bedarfs- und Bestandsabgleich					2010	VR 06	
		Einwohner	über 65	über 75	Stat.Dauerpf.	Tagespflege	Kurzzeit-Pfl.
Braunfels		11805	2531	1233	63	7,5	2,5
Leun		6205	1151	471	28	3,4	0,9
Solms		14551	2966	1400	74	8,8	2,8
Bedarf		32561	6648	3104	165	19,7	6,2
Angebot 1	Solmser H.				57		1
Angebot 2	Fliedner-Hs.				103		2
Angebot 3	Solmsbach				115		1
Angebot 4	Daheim				68		10
Angebot 5	Altenberg				50		5
Gesamt					393	0	19
Differenz +					228		12,8
Differenz -						19,7	
Anteil der Personen im Alter von 75 und mehr Jahren					in Hessen	in der VR 06	
					8,8	9,5	
Bedarf	158,8						

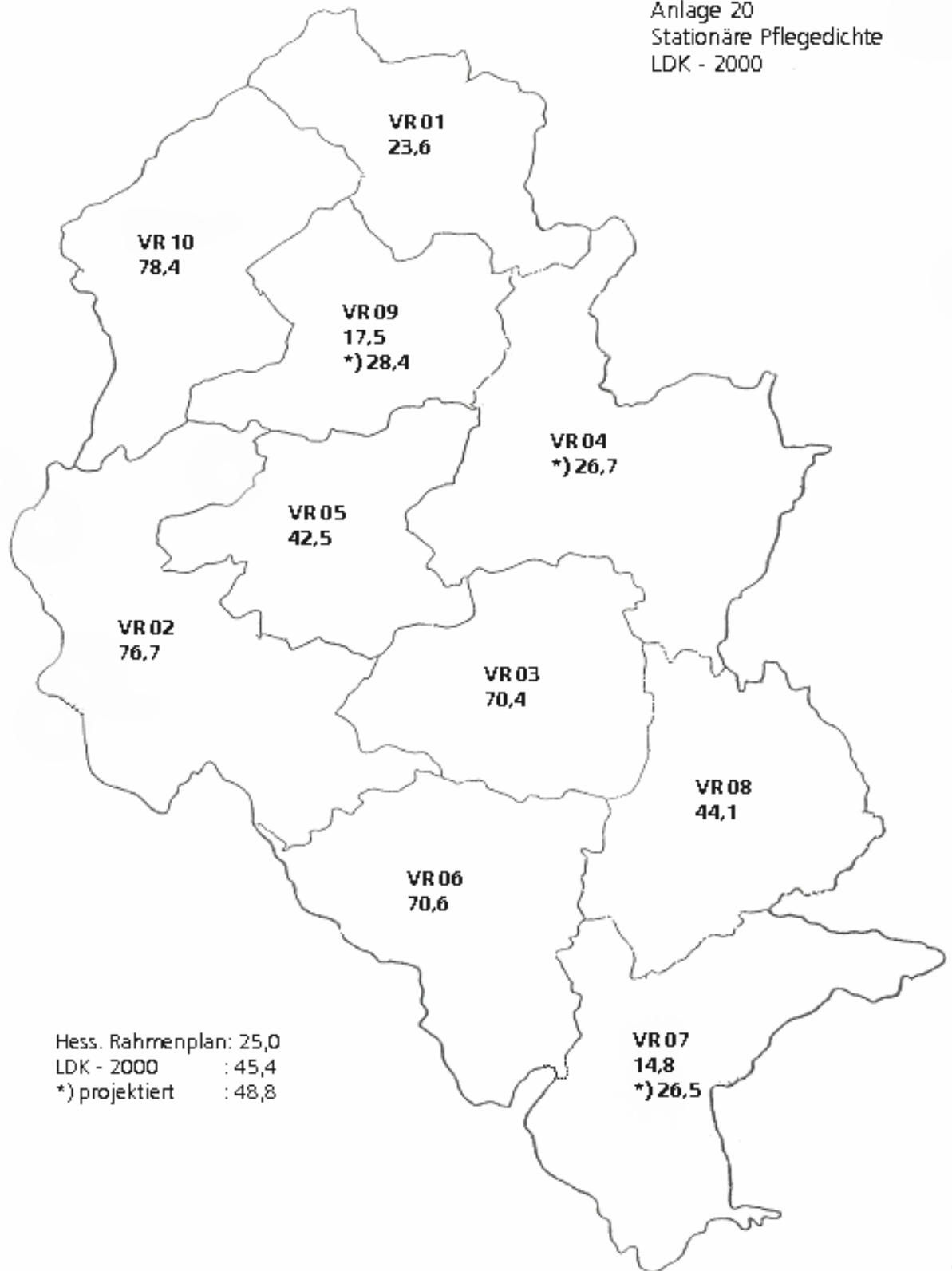
Bedarfs- und Bestandsabgleich				2010		VR 07	
		Einwohner	über 65	über 75	Stat.Dauerpf.	Tagespflege	Kurzzeit-Pfl.
Hüttenberg		10498	1553	670	38	4,6	1,3
Schöffengrund		6688	1166	491	29	3,4	0,9
Waldsolms		5347	877	371	22	2,6	0,7
Bedarfe		22533	3596	1532	89	10,6	2,9
Angebot 1 projektiert	Abendsonne Hüttenberg				43 40	0 6	4
Gesamt					83	6	4
Differenz +							1,1
Differenz -					6	4,6	
Anteil der Personen im Alter von 75 und mehr Jahren					in Hessen	in der VR 07	
					8,8	6,7	

Bedarfs- und Bestandsabgleich			2010		VR 08		
		Einwohner	über 65	über 75	Stat.Dauerpf.	Tagespflege	Kurzzeit-Pfl.
Wetzlar		54396	11385	5485	285	34	11
Lahnau		8873	1499	637	37	4,4	1,3
Bedarfe		63269	12884	6122	322	38,4	12,3
Angebot 1	Haus Vetter				89	0	4
Angebot 2	Minneburg				52	3	3
Angebot 3	H. Königsberg				100		5
Angebot 4	Alzheimer G.				0	15	0
Angebot 5	Altenzentrum				155	0	0
Angebot 6	Haus Berlin				67	0	2
Angebot 7	Haus Elissa				18	0	0
Angebot 8	Lahnblick				89		
Angebot 9	Brigitte Pfaff						2
Angebot 10	Haus Renata					7	
Angebot 11	Casino				24		
Gesamt					594	25	16
Differenz +					183		4
Differenz -						13	
Anteil der Personen im Alter von 75 und mehr Jahren				in Hessen	in der VR 08		
				8,8	9,6		

Bedarfs- und Bestandsabgleich				2010		VR09	
		Einwohner	über 65	über 75	Stat.Dauerpf.	Tagespflege	Kurzzeit-Pfl.
Dillenburg		25945	5121	2242	128	15	4,5
Bedarf					128	15	4,5
Angebot 1	H.Elisabeth				70	8	0
Angebot 2	DRK				4		10
projektiert					46		
Gesamt					120	8	10
Differenz +							5,5
Differenz -					8	6	
Anteil der Personen im Alter von 75 und mehr Jahren				in Hessen	in der VR 09		
				8,8	8,6		

Bedarfs- und Bestandsabgleich				2010		VR 10	
		Einwohner	über 65	über 75	Stat.Dauerpf.	Tagespflege	Kurzzeit-Pfl.
Haiger		20909	3700	1563	92,00	11	3
Bedarf					92	11	3
Angebot 1	Ströhmann				162	5	10
Angebot 2	Bender				26		4
Angebot 3	DRK				60		
Gesamt					248	5	14
Differenz +					156		11
Differenz -						6	
Anteil der Personen im Alter von 75 und mehr Jahren						in Hessen	in der VR 10
						8,8	7,4

Anlage 20
Stationäre Pflegedichte
LDK - 2000



Dauerpflegeeinrichtungen				
	Name	Ort	zugel. Plätze	belegte Plätze
1	Zum Schönbachtal	Aßlar-Werdorf	162	162
2	Solmser Heim	Braunfels	57	57
3	Fr.-Fliegener-Haus	Braunfels	103	104
4	Die Brücke	Breitscheid	34	36
5	Haus Erdbachtal	Breitscheid	61	67
6	Altenheim Kronberg	Dietzhöhlztal	59	59
7	DRK - Kurzzeitpflege	Dillenburg	4	14
8	Haus Elisabeth	Dillenburg	70	70
9	Haus des Lebens	Driedorf	40	40
10	Haus am Dillpark	Ehringshausen	40	40
11	Haus Greifenthal	Ehringshausen	56	63
12	Seniorenheim Ulm	Greifenstein	9	11
13	Haus Ulmtal	Greifenstein	50	50
14	Haus Bender	Haiger	26	27
15	Pflegeheim DRK	Haiger	50	55
16	Altenheim Ströhmann	Haiger	85	156
17	Marie-Juchacz-Haus	Herborn	42	42
18	Haus des Lebens	Herborn	120	112
19	Seniorenheim Mayer	Sinn	49	49
20	Haus am Solmsbach	Solms-Burgsolms	120	123
21	Haus Daheim	Solms-Niederbiel	70	64
22	Barmherzigkeit auf Altenberg	Solms-Oberbiel	47	44
23	Haus Abendsonne	Waldsolms-Kröffelbach	44	41
24	Haus Berlin	Wetzlar	67	67
25	An der Minneburg	Wetzlar	56	52
26	Pflegeheim Vetter	Wetzlar	51	73
27	Haus Königsberg	Wetzlar	100	100
28	Städtisches Altenzentrum	Wetzlar	150	150
29	Haus Elissa	Wetzlar	18	16
30	Casino	Wetzlar		28
(Stichtag 30. 09. 2000)				

Tages- und Kurzzeitpflege					Stand Juni 2000		
	Name	Straße	PLZ	ORT	Tel.	T/N	KP
Alten- und Pflegeheim	Name	Straße	PLZ	ORT	Tel.	T/N	KP
Tagesbetreuung für	pflegebedürftige Senioren	Hohlstr. 6	35614	Aßlar	06441/981490	8	
Alten- und Pflegeheim	Zum Schönbachtal	Bachstr. 75	35615	Aßlar-Werdorf	06443/34040		3
Alten- und Pflegeheim	Solms-Heim	Leuner Str. 1	35619	Braunfels	06442/95130		1*)
Alten- und Pflegeheim	Fr.-Fliedner-Haus	Friederike-Fliedner-Str. 13	35619	Braunfels	06442/93410		2*)
Alten- und Pflegeheim	Die Brücke	Auf der Bitz 2	35767	Breitscheid	02777/6660	3	2
Pflegeheim	Erdbachtal	Bornstr. 7	35767	Breitscheid	02777/445		6*)
Alten- und Pflegeheim	Kronberg	Jahnstr. 47	35716	Dietzhöhlztal	02774/8090		2
Alten- und Pflegeheim	Haus Elisabeth	Rolfesstr. 40	35683	Dillenburg	02771/89810	8	
Deutsches Rotes Kreuz	Kurzzeitpflege	Marbachstr. 18	35683	Dillenburg	02771/3030		10
Alten- und Pflegeheim	Haus des Lebens	Sonnenweg 5	35759	Driedorf	02775/95470		1*)
Alten- und Pflegeheim	Haus am Dillpark	Neustadt-Str. 2	35630	Ehringshausen	06443/82510		
Alten- und Pflegeheim	Haus Greifenthal	Am Steckenmesser 2	35630	Ehringshausen-Greifenthal	06032/33367	**)	10*)
Seniorenheim	Ulm	Bergstr. 1	35753	Greifenstein	06478/2585		
Pflegeheim	Haus Ulmtal	Zum Scheid 3	35753	Greifenstein-Allendorf	06478/890	**)	**)
Alten- und Pflegeheim	Ströhmänn	Donsbacher Str. 18	35708	Haiger	02773/94330		10
Alten- und Pflegeheim	Bender	Ewersbacher Str. 31	35708	Haiger	02773/81740	**)	4*)
Alten- und Pflegeheim	Pflegeheim DRK	Schlesische Str. 1 - 3	35708	Haiger	02773/7470	9	
Alten- und Pflegeheim	Haus des Lebens	Kaiserstr. 28	35745	Herborn	02772/92840		*)
Alten- und Pflegeheim	Marie-Juchacz-Haus	Walkmühlenweg 13	35745	Herborn	02772/959611		1*)
Senioren-Wohn- und Pflegeheim	Mayer	Storchenweg 6	35764	Sinn	02772/52233		3*)
Alten- und Pflegeheim	Haus am Solmsbach	Mühlweg 24 - 28	35606	Solms-Burgsolms	06442/92820		8
Alten- und Pflegeheim	Haus Daheim	Berliner Str. 1 - 7	35606	Solms-Niederbiel	06442/94080		10*)
Königberger Diakonissen	auf Altenberg	Altenberg	35606	Solms-Oberbiel	06441/206500		*)
Alten- und Pflegeheim	Haus Abendsonne	Kraftsolms-Str. 48	35647	Waldsolms-Kröffelbach	06085/1699		4*)
Häuslicher Pflegedienst	Rahn und Freitag	Untergasse 2	35647	Waldsoms	06085/971422		7
Alten- und Pflegeheim	Niedergirmes	Elisabethenstr. 49 - 51	35576	Wetzlar	06441/93710		4*)
Altenpflegeheim	An der Minneburg	Haarbachstr. 5 a	35578	Wetzlar	06441/94890	3	3*)
Alten- und Pflegeheim	Haus Berlin	Robert-Koch-Weg 1	35578	Wetzlar	06441/206125		2*)
Alten- und Pflegeheim	Haus Königsberg	Robert-Koch-Weg 4 a	35578	Wetzlar	06441/206125		5*)
Tageszentrum für an	Alzheimer Erkrankte	Geiersberg 15	35578	Wetzlar	06441/43742	15	
Städtisches	Altenzentrum	Pariser Gasse 3	35578	Wetzlar	06441/99761		
Tagespflege	im Haus Renata	Robert-Koch-Weg 5	35578	Wetzlar	06441/206146	7	
Ambulanter Pflegedienst Pfaff	Weingartenstr. 7	Weingartenstr. 7	35578	Wetzlar	06441/30441		2
Kurzzeitpflege	Haus Elissa	Hauser Gasse 14	35578	Wetzlar	06441/500090		*)
Private Pflegestation	Susanne Rogl	Wilhelm-Loh-Str. 5	35578	Wetzlar	06441/7010260	**)	11
Kurzzeitpflege	Lautz	Wacholderberg 2 a	35583	Wetzlar-Garbenheim	06441/45134		6
Krankenwohnung der evang.	Diakonie	Charlotte-Bamberg-Str. 18	35578	Wetzlar	06441/206311		20
Casino Wetzlar	Kurzzeitpflege	Kalsmuntstr. 68 - 74	35578	Wetzlar	06441/2103503		4
*) eingestreu	***) auf Anfrage					53	141

--	--	--	--	--	--	--	--	--

