

LWL-Klinikum Gütersloh

Psychiatrie · Psychotherapie · Psychosomatische Medizin
Neurologie · Innere Medizin

im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Kooperationspartner der Universität Bielefeld

LWL-Klinikum Gütersloh • Postfach 3352 • 33326 Gütersloh



Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie

Chefarzt: Bernd Meißnest
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Geriatric

Sekretariat Frau Weller

Telefon: 05241/502 - 2360
Telefax: 05241/502 - 2498
E-Mail: Bernd.Meissnest@wkp-lwl.org
Az: Mei/We

Gütersloh, 13.08.2014

**Bedarfseinschätzung APG DVO NRW-Anhörung A01-29.08.2014
für das Hearing im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales
am 29. August 2014**

Stellungnahme: Leben im Quartier statt im Heim am Beispiel des Kreises Gütersloh

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur obigen Veranstaltung bin ich als Sachverständiger in meiner Funktion als Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie des LWL-Klinikums Gütersloh und als Vorsitzender des psychosozialen Trägers Verein Daheim e. V. (Gütersloh) geladen. Sie erhalten nachfolgend von mir die Stellungnahme zur Darstellung „Leben im Quartier statt im Heim am Beispiel des Kreises Gütersloh“.

Eine umfassende Präsentation mit weiteren bildlichen Erläuterungen erfolgt im Rahmen des Hearings.

Für Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Bernd Meißnest



LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

In mehr als 100 Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Wohn- und Pflegeheimen werden jährlich über 140.000 Menschen behandelt und betreut

Postfach 3352, 33326 Gütersloh
Buxelstraße 50, 33334 Gütersloh
Telefon: 05241/502-0, Internet: www.lwl-klinik-guetersloh.de
Öffentliche Verkehrsmittel: Buslinie **206 LWL-Klinikum** ab Hbf Gütersloh

Konto LWL-Klinikum Gütersloh
Sparkasse Gütersloh, BLZ 478 500 65, Konto.Nr. 1 001 700
IBAN: DE03 4785 0065 0001 001700, SWIFT-BIC: WELADED1GTL

Bedarfseinschätzung APG DVO NRW-Anhörung A01-29.08.2014

**Hearing im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales
am 29. August 2014**

Stellungnahme:

„Leben im Quartier statt im Heim am Beispiel des Kreises Gütersloh“

Bernd Meißnest
Chefarzt
Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie
LWL-Klinikum Gütersloh
Buxelstraße 50
33334 Gütersloh

1. Vorsitzender
Verein Daheim e.V.
Dammstraße 69
33332 Gütersloh



Inhaltsverzeichnis:

1. Einführung
2. Der Kreis Gütersloh
3. Der psychosoziale Träger Verein Daheim e.V. in Gütersloh
4. Die Entwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen im Kreis Gütersloh
5. Die Hausgemeinschaft im Quartier als Alternative zum Alten- und Pflegeheim
6. Kommunale Altenhilfeplanung im Kreis Gütersloh
7. Eine Vision der Quartiersversorgung hat sich realisiert
8. Die zukünftigen Planungen

1. Einführung:

Mit dem demographischen Wandel in Deutschland verändern sich zunehmend die gesellschaftlichen Versorgungs- und Betreuungsstrukturen für ältere Menschen, speziell im Bereich der Altenhilfe. So haben sich die Bedürfnisse der Bürger für das Älterwerden gewandelt. Über 95 % der Bundesbürger wollen im Alter zu Hause in den eigenen vier Wänden, in dem ihnen bekannten Wohnquartier alt werden und nicht in eine Struktur der klassischen Alten- und Pflegeeinrichtungen wechseln. Für sie sind im Alter Selbständigkeit, Autonomie und Unabhängigkeit, Selbstbestimmung, körperliche und geistige Fitness höchste Werte. Auch im Alter wollen sie (wir) gebraucht werden und tätig sein.

Historisch bedingt, vor allem durch die Industrialisierung, haben sich Versorgungsstrukturen in Europa und in Deutschland für ältere Menschen deutlich verändert. Bis weit ins Mittelalter wurden ältere Bürgerinnen und Bürger in ihren Familien, in ihren Quartieren, alt. Erst dann entstanden die klassischen Altershospize bzw. Institutionen und Professionen zur Versorgung älterer Menschen. Institutionen entlasteten die Familien und begannen mit einer Homogenisierung und Nutzung von Synergien. Mit sozialstaatlich organisierten Instrumenten, z. B. der Pflegeversicherung, haben sich hoch professionelle und spezialisierte Angebotsstrukturen für die Versorgung und Betreuung älterer Menschen entwickelt. Gleichzeitig entstand seit den 1980er Jahren eine „neue Bürgerbewegung“, die gegen ihr gesundes egoistisches Interesse agiert und der Ökonomisierung der Hilfen bei immer knapper werdenden Kassen und gleichzeitig wachsendem Hilfebedarf entgegensteuert. Bürger und Nachbarn engagieren sich zunehmend für die Betreuung und Versorgung ihrer Mitbürgerinnen und Mitbürger.

Auch die Psychiatrie in Deutschland hat in den 1970er und 1980er Jahren eine Reform erlebt, deren Auswirkungen bis in die Strukturen der Altenhilfe gingen. Nachdem die katastrophale Versorgung der psychisch kranken Menschen in Deutschland zum Thema wurde, entschloss sich die Bundesregierung 1975 mit der Psychiatrie-Enquete zu einer grundlegenden Reform mit vier

Hauptanliegen: 1. Der gemeindenahen Organisation der Hilfen, 2. Der Koordination von Angeboten, 3. Der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken und 4. Einer bedarfsgerechten Versorgung von psychisch erkrankten Menschen. Dies führte in der Konsequenz zu einer drastischen Verkleinerung der psychiatrischen Anstalten; zu einer Entlassung von Langzeitpatienten aus den Kliniken in die Gemeindestrukturen; zu einer Dezentralisierung von Behandlungsangeboten, sowie zu einer Schaffung von gemeindenahen, teilstationären und ambulanten Hilfen für psychisch erkrankte Menschen.

Diese grundlegenden Veränderungen haben bis heute auch in einzelnen Kommunen und Kreisen in Deutschland zur Dezentralisierung von Hilfsangeboten für ältere Menschen geführt. Ein gutes Beispiel hierfür ist die nachfolgend dargestellte Entwicklung im Kreis Gütersloh.

Epidemiologisch liegt bereits heute schon in den einzelnen Bundesländern der Anteil der über 80-Jährigen über 5 %. Perspektivisch wird der Altenquotient 2025 der über 65-Jährigen bei über 50 % liegen. Die Lebenserwartung der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland steigt stetig und nimmt pro Tag zwischen 5 bis 6 Stunden zu. Diese Entwicklung hat in den letzten Jahren auch zu einer Zunahme von psychischen Erkrankungen im Alter geführt. So ist die Zahl der psychisch erkrankten Menschen in den „klassischen“ Altenhilfestrukturen auf über 90 % gestiegen. Meist sind die Betroffenen an einer Demenz erkrankt. Auch in den Krankenhäusern hat die Zahl der gerontopsychiatrisch auffälligen Patientinnen und Patienten zugenommen und liegt bei ca. 30 %. Die Zahl der an einer Demenz erkrankten Bundesbürger wird bis zum Jahr 2020 auf ca. 2 Millionen steigen. Diese Veränderungen haben entscheidende Auswirkungen auf die zukünftige Angebots- und Hilfestruktur für die Bürgerinnen und Bürger in den einzelnen Kommunen und Kreisen.

Langfristig wird die Zahl der an Demenz erkrankten Bürgerinnen und Bürger, die Zahl der chronisch körperlich Erkrankten mit psychischen Folgen, der alt gewordenen chronisch psychisch Kranken sowie vor allem auch der vereinsamten Bürger ohne familiäres und soziales Netzwerk zunehmen.

All diese gesellschaftlichen Entwicklungen und Prognosen führten letztlich im Kreis Gütersloh zu der heute vorzufindenden kommunalen Quartiersversorgung und Sozialraumentwicklung.

2. Der Kreis Gütersloh:

Der Kreis Gütersloh ist mit seinen 13 Kommunen und ca. 360.000 Einwohnern ländlich strukturiert. Die Kreisstadt Gütersloh, mit knapp 100.000 Einwohnern, Halle/Westf. und Rheda-Wiedenbrück mit jeweils knapp 40.000 Einwohnern, stellen die größten Kommunen dar. In der Bevölkerungsentwicklung zeigt sich in den letzten Jahren eine leichte Zunahme von ca. 2 bis 3 %. Im Kreis Gütersloh sind namhafte internationale Firmen und Konzerne angesiedelt, die sich mit unterschiedlichem Engagement auch an der strukturellen und gesellschaftlichen Entwicklung des Kreises beteiligen. Die Pflegebedürftigkeit der Bürgerinnen und Bürger im Kreis Gütersloh steigt.

Die Pflegequote liegt aktuell bei 2,4 % und wird perspektivisch bis 2020 auf 2,7 % steigen. Aktuell sind 8.700 Bürgerinnen und Bürger pflegebedürftig, perspektivisch 2020 werden es 9.600 sein.

In allen Kommunen existieren Beratungsstellen zu Fragen rund um die Pflege. Weitere Anlaufstellen sind die Sozialdienste der Krankenhäuser, Wohnraumberatung, Selbsthilfegruppen, gerontopsychiatrische Ambulanzen, Beratungen bei den Pflegekassen etc. Bürgerinnen und Bürger werden umfassend über alle Medien regelmäßig vom Kreis Gütersloh Abt. Soziales zu einzelnen Themen der Altenhilfe und zu den Versorgungsangeboten informiert.

3. Der Verein Daheim e.V. als psychosozialer Träger ambulanter Hilfen im Kreis Gütersloh:



Der Verein Daheim wurde 1989 von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege der damaligen Westfälischen Klinik für Psychiatrie gegründet, mit dem Ziel, die zu diesem Zeitpunkt defizitäre ambulante Versorgung für ältere, pflegebedürftige Menschen im Kreis Gütersloh zu verbessern. 1991 eröffnete der Verein die erste Tagespflege im Kreis Gütersloh und ist heute Träger von insgesamt acht Tagespflegen. 1993 kam die ambulante Wohnbetreuung für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, 1994 der ambulante Pflegedienst hinzu. Nach mehreren Reisen ins Ausland und den Erfahrungen, vor allem aus den skandinavischen Ländern, mit quartiersbezogenen kleinen Versorgungsangeboten für ältere pflegebedürftige Menschen, gründete der Verein Daheim 1999 die erste ambulante Hausgemeinschaft für Menschen mit erhöhtem Pflege- und Betreuungsbedarf im Kreis Gütersloh. Heute ist er Träger von insgesamt 11 ambulanten Hausgemeinschaften. Weitere Angebote des Vereins Daheim im Kreis Gütersloh sind unter anderem eine Kurzzeitpflege speziell für demenzerkrankte Menschen, seniorengerechtes Wohnen, Aktivitätszentren und vieles andere mehr. Angestellt sind heute über 450 Mitarbeiter, die dezentral quartiersbezogen arbeiten.

Als Grundsatz und Leitbild für die Entwicklung der Angebote beim Verein Daheim galt von Beginn an ambulant vor stationär, die Angebotsentwicklung an den Bedürfnissen und der Biographie der Menschen zu orientieren und dem Grundbedürfnis jedes Menschen gebraucht zu werden und eine Bedeutung zu haben gerecht zu werden. Kernelement ist der Leitgedanke bei der Entwicklung und Planung von Hilfen mit den „Schwächsten“ (unter anderem an Demenz erkrankten Menschen) zu beginnen. Sinnvolles Planen und Handeln ist nur in vernetzten Systemen und in kleinen Gruppen möglich. Jede Form der Zentralisierung von Leistungen führt zwangsläufig auch zur Institutionalisierung. Bis heute bedient sich der Verein Daheim der Erfahrungen anderer, unter anderem durch jährliche Fortbildungsfahrten in andere Versorgungsregionen und Ländern. Der Verein wird seit der Gründung vor 25 Jahren von einem ehrenamtlich tätigen Vorstand geführt.

4. Die Entwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen im Kreis Gütersloh:

Mit der Umsetzung der Psychiatriereform in den 1980er Jahren erfolgte, sehr eng verbunden mit der Person Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, ehemaliger Leiter des heutigen LWL-Klinikums in Gütersloh, die Auflösung des Langzeitbereiches der psychiatrischen Klinik und dem damit verbundenen Aufbau ambulanter Strukturen von Hilfsangeboten für die unterschiedlichsten Personengruppen der psychisch Erkrankten. Grundsatz dieser Enthospitalisierung bzw. Deinstitutionalisierung war die Entlassung der 435 Langzeitpatienten in ihre ehemalige Heimat; dorthin wo sie herkommen. Dies in ambulante Strukturen. Jeder Entlassene sollte weiter eine sinnvolle Tätigkeit durchführen können, so dass auch hier Arbeitsplätze für psychisch Erkrankte entstanden.

So gelang es bis 1996 die 435 Langzeitpatienten der Gütersloher Klinik zu über 90 % in rein ambulante Strukturen zu entlassen. Als Konsequenz erfolgte eine drastische Verkleinerung der psychiatrischen Klinik und ein dezentraler Aufbau einer Vielzahl von ambulanten Hilfen. Zudem entstanden eine Vielzahl von unterschiedlichsten Arbeitsbereichen für psychisch Kranke. Auch für die älteren psychisch erkrankten Menschen hat sich so ein sehr dichtes Netz an verschiedenen pflegerischen Angeboten und Betreuungsleistungen etabliert. Nach der Auflösung des Langzeitbereiches hat sich das ambulante Versorgungssystem bis heute zu einem hochdifferenzierten Netzwerk ambulanter psychosozialer Hilfen weiterentwickelt und liegt in der Trägerschaft einer Vielzahl psychosozialer Vereine und Organisationseinheiten.

Die hohen Dichte der ambulanten und tagespflegerischer Leistungen speziell für ältere Menschen im Kreis Gütersloh zeigt sich nachfolgend auch in der Quote ambulanter, tagespflegerischer und stationärer Leistungen im regionalen, Landes- und Bundesvergleich.

Quote mit ambulanten Pflegeleistungen versorgter Bürgerinnen und Bürger im Kreis Gütersloh auf 1000 Einwohner:

	Quote je 1000 Einwohner
BRD	6,13
NRW	5,94
OWL	6,10
Kreis GT	7,30

Quelle: Landesbetrieb für Information und Technik NRW (IT.NRW)

Durch über 53 ambulante Dienste können heute im bundesweiten und landesweiten Vergleich eine überproportional hohe Zahl an Bürgerinnen und Bürger ambulant in ihrer Häuslichkeit mit allen Pflegeleistungen im Kreis Gütersloh versorgt werden.

Quote mit tagespflegerischer Versorgung von Bürgerinnen und Bürger im Kreis Gütersloh auf 1000 Einwohner:

	Quote je 1000 Einwohner
BRD	0,26
NRW	0,22
OWL	0,31
Kreis GT	0,50

Quelle: Landesbetrieb für Information und Technik NRW (IT.NRW)

Mit den heute über 25 Tagespflegen, die isoliert oder in einer Hausgemeinschaft integriert sind und ein Angebot z. T. für 364 Tage/Jahr anbieten, können flächendeckend in allen Kommunen im Landes- und Bundesvergleich deutlich mehr Bürgerinnen und Bürger ambulant versorgt werden.

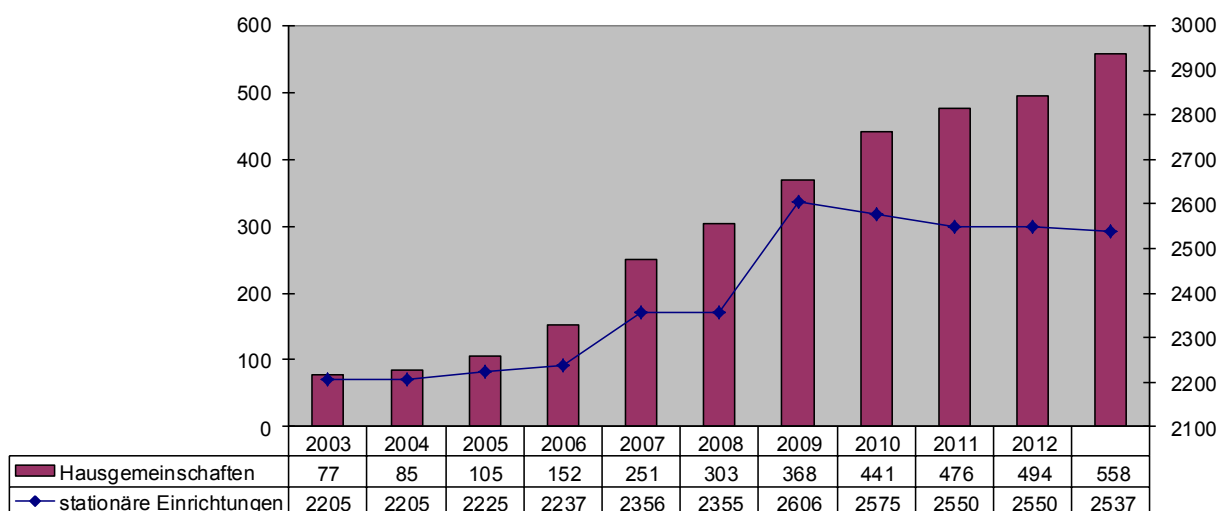
Quote der stationären Versorgung von Bürgerinnen und Bürger im Kreis Gütersloh auf 1000 Einwohner:

	Quote je 1000 Einwohner
BRD	9,45
NRW	9,10
OWL	9,08
Kreis GT	6,58

Quelle: Landesbetrieb für Information und Technik NRW (IT.NRW)

Entsprechend der höheren ambulanten Versorgungsquote im Kreis Gütersloh ist die stationäre Quote deutlich niedriger im Landes- und Bundesvergleich. Diese Quote ist vor allem aber auch der in den letzten 15 Jahren zunehmenden Entwicklung der „alternativen“ Wohnformen zu den „klassischen“ Altenhilfestrukturen anzulasten. Die Entwicklung der ambulanten Hausgemeinschaften stellt heute über 600 Plätze in über 40 Hausgemeinschaften flächendeckend, dezentral, quartiersbezogen im Kreis Gütersloh und führte letztlich in den letzten fünf Jahren zu einer deutlichen Reduktion der stationären Altenhilfeplätze entgegen dem bundesweiten Trend (s. u.).

Platzzahlentwicklung der Angebote (Hausgemeinschaft und stat. Plätze) nach §75 SGBXII:



2013 gab es weitere 55 Plätze in Wohngruppen, mit denen der Kreis Gütersloh keine Leistungs-, Vergütungs- und Prüfvereinbarung nach § 75 SGB XII abgeschlossen hat.

2014 kommen weitere 4 Hausgemeinschaften z. T. mit Tagespflege hinzu.

5. Die Hausgemeinschaft im Quartier als Alternative zum klassischen Alten- und Pflegeheim:

Mit der Gründung der ersten Hausgemeinschaft im Kreis Gütersloh 1999 durch der Verein Daheim, hat sich bis heute eine damals völlig neue Wohnform etabliert, die sich mittlerweile dezentral in allen Kommunen in Stadtviertel und Quartiere integriert. Mit einer maximalen Platzzahl von 16 bis 18 und in unterschiedlichsten Trägerschaften sind diese Hausgemeinschaften Wohn- und Lebensraumangebot für Menschen mit einem erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf, unabhängig der körperlichen und psychischen Erkrankungen. Sie ermöglichen den Bürgerinnen und Bürgern ein Leben im ihrem bekannten Quartier ohne Altersbegrenzung, ohne Ausschluss von z. B. besonderen Betreuungs- und Pflegekonstellationen (Hin- und Wegläufer, Beatmungspatienten, etc.) bis zum Tod.

Jeder Bewohner ist Mieter seines eigenen Apartments (inklusive Bad, Balkon oder Terrasse und Anteil an Gemeinschaftsflächen wie Küche und Esszimmer). Der Alltag in den Hausgemeinschaften gleicht dem einer Familie. Angehörige, Freunde, Nachbarn nehmen an der Alltagsgestaltung teil. Mitarbeiter des Pflegedienstes sind die Alltagsbegleiter und unterstützen bei allen Verrichtungen, speziell im hauswirtschaftlichen Bereich. Das normale Leben ist Programm; es wird gemeinsam geplant, eingekauft, gekocht, gegessen und aufgeräumt und dies bis zum Lebensende. Durch diese Integration der Mieter sind auch nach wissenschaftlichen Untersuchungen die betroffenen Personen aktiver. In Dänemark würde man sagen „der Bewohner stirbt im Stehen“. Angeboten werden in den

Hausgemeinschaften alle finanzierten und bekannten Pflege- und Betreuungsleistungen. Dies sehr mieter- bzw. bewohnerorientiert.

Die bisherigen Hausgemeinschaften entstanden aus unterschiedlichsten lokalen Motivationslagen heraus. So gibt es Hausgemeinschaften auf Initiative eines Investors, der bewusst für möglicherweise sich selbst oder Angehörige diese Struktur in seinem Quartier vorsieht oder aber auch aus Motivation einer Kommune heraus, die festlegt, dass ihre Bürgerinnen und Bürger in ihrem Viertel, in ihrem Quartier alt werden sollen. Beispielhaft ist hier die Kommune Mastholte mit ihrer Hausgemeinschaft und integrierten Tagespflege in einer genossenschaftlichen Trägerstruktur.

6. Kommunale Altenhilfeplanung im Kreis Gütersloh von und mit den Bürgern:

Die bisherige Erfahrung in der kommunalen Altenhilfeplanung ist, dass jede Kommune in einem Kreis für sich eine eigene Planungsstruktur vorhält. Das Thema Altenhilfe ist für die Kommunalpolitik kein attraktives Thema. Die kommunale Bedarfsplanung ist nicht mehr verbindlich und innerhalb eines Kreises besteht i. d. R. keine einheitliche Planungskultur und Planungsstruktur. Unter den Kommunen gibt es attraktive und unattraktive Kommunen, es gibt einen „offenen Markt“, dem alle Akteure eher skeptisch und hilflos gegenüber stehen und unterschiedliche Interessen verfolgen. In den bestehenden Planungskonferenzen und in den einzelnen Kommunen sitzen meist nicht alle an dem Thema Altenhilfeplanung beteiligten Akteure.

Im Kreis Gütersloh wurde sich bereits 2005 diesem Thema gewidmet. So gibt es seit 2006 einen Arbeitskreis, in dem unterschiedliche Akteure der Altenpflegeplanung zusammenkommen und mit Anbietern, betroffenen Bürgern, Stadtplanung etc. versuchen, gemeinsame Wege zu gehen. Einzelne Kommunen, wie z. B. die Stadt Gütersloh, hat seit 2008 eine Konferenz zur Wohnraumplanung. In anderen Kommunen ist dieses Thema der Altenpflegeplanung mittlerweile fester Bestandteil in den Ausschüssen.

Der Kreis Gütersloh hat pilothaft bereits vor Jahren mit einzelnen Kommunen Bürgerbefragungen durchgeführt, für eine bedarfsgerechte Quartiersversorgung. So hat als erstes die Gemeinde Steinhagen begonnen, mit dem Projekt „Älter werden in Steinhagen“ eine bedarfs- und nachfragegerechte Gestaltung der Lebens- und Betreuungsqualität für ältere Menschen mittels einer Bürgerbefragung zu erheben. Hierzu wurden auch Workshops mit Bürgerinnen und Bürgern durchgeführt und sämtliche Lebensbereiche sowie Handlungsfelder berücksichtigt. Dies waren konkret der Bereich Wohnen, Infrastruktur, Mobilität, Pflege, Freizeit und Ehrenamt sowie Informationen. Ergebnisse dieser Befragung waren unter anderem, dass die Bürger mit bestimmten Wohn- und Betreuungsangeboten ganz zufrieden sind, dass aber unter anderem Parkbänke in einzelnen Bereichen der Kommune fehlen, dass ein Schuhlieferdienst initiiert wurde usw. Weitere Kommunen im Kreis Gütersloh haben sich dem Thema angeschlossen und Befragungen

durchgeführt (Gütersloh-Avenwedde, Rietberg). Auch hier ergaben sich aus den Befragungen weitere Konsequenzen, wie z. B. die Eröffnung eines Stadtteilcafés, in dem sich Bürgerinnen und Bürger versammeln, treffen und begegnen können.

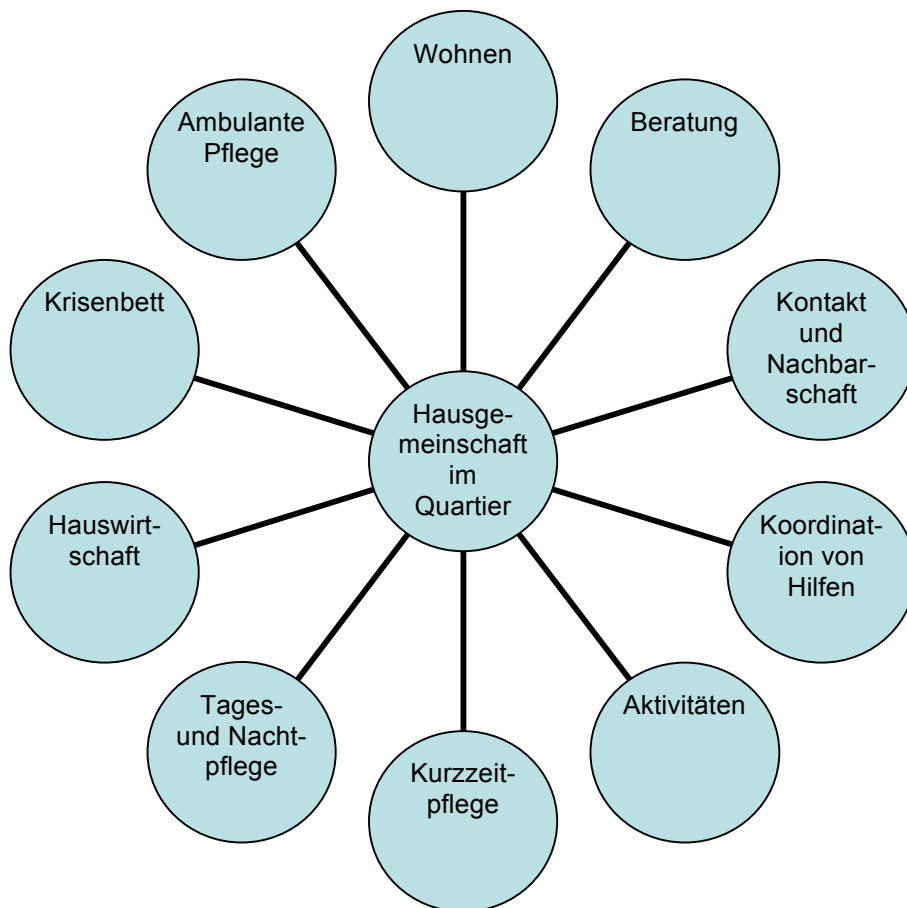
Durch das zunehmende Engagement der Bürgerinnen und Bürger für das Thema kommunale Altenhilfeplanung ist aus einer scheinbar ungesteuerten Marktentwicklung nun wieder eine kommunale, bürgerorientierte Steuerung entstanden, immer mit dem Ziel, ambulant vor oder statt stationär. Engagierte Bürgerinnen und Bürger konnten als Initiatoren, Investoren für weitere Projekte und Strukturen wie z. B. Hausgemeinschaften gewonnen werden. Es entwickelte sich wieder eine zukunftsorientierte Bedarfserhebung, auch wenn sie gesetzlich nicht gefordert ist und es entstanden „Bürgerproteste“ gegen „unsinnige Entwicklungen“ wie z. B. Bau von stationären Einrichtungen, obgleich andere Leerstände vorweisen oder Rückbauen.

7. Realisierung einer Vision:

Die Vision, den Bürgerinnen und Bürgern des Kreises Gütersloh eine Versorgungs- und Betreuungsstruktur vorzuhalten, dort wo sie leben, in ihrem eigenen Zuhause oder wenn dies nicht mehr möglich ist, mindestens in ihrem Stadtteil und Quartier, war das Ziel der vor über 15 Jahren begonnenen Entwicklung im Kreis Gütersloh. Mittlerweile haben sich die dezentralen quartiersbezogenen alternativen Wohnformen der Hausgemeinschaften so sehr etabliert, dass durchgehend „Wartelisten“ für einen Platz in einer Hausgemeinschaft bestehen. Dies ist auch ein Zeichen, dass die Generation, die heute über die Entwicklung der Altenhilfestruktur mitentscheidet, sich selbst ein Altwerden in einem Quartier in einem Stadtteil innerhalb einer Hausgemeinschaft vorstellen kann.

Die Hausgemeinschaften stellen im Quartier und Stadtteil eine Ort dar für Nachbarschaft, für Wohnen, für Beratung und Kontakt. In ihnen und aus ihnen heraus werden ambulante Pflegeleistungen in dem Stadtteil ermöglicht. In ihnen ist Tagespflege und Nachtpflege und mittlerweile auch Kriseninterventionen möglich, so dass, wenn medizinisch unterstützt, eine Krankenhauseinweisung hinausgezögert oder verhindert werden kann. Betroffene Personen belegen dann in ihrem Stadtteil, in ihrer Hausgemeinschaft ein Krisenbett. Mittlerweile bestehen auch die ersten „Aktivitätszentren“ in den Stadtteilen, in denen sich Bürgerinnen und Bürger begegnen können und dies eine Anlaufstelle und ein Ort für Kommunikation, Freizeitgestaltung, etc. darstellt.

Die Vision war zu Beginn der Entwicklung die ambulante Hausgemeinschaft im Mittelpunkt des Quartiers zu sehen und sie als Mittelpunkt des Netzwerkes ambulanter Hilfen zu sehen.



Mit den über 40 Hausgemeinschaften im Kreis Gütersloh hat sich nun diese Vision realisiert und eine Struktur etabliert, die dem Wunsch der Bürger, dort alt werden zu können wo sie leben, unabhängig ihrer Defizite und Einschränkungen, sehr nahe kommt.

8. Die zukünftige Planung:

Für den Kreis Gütersloh wird sich zukünftig das Netz der ambulanten Hilfen, der ambulanten Tagespflegen und Hausgemeinschaften weiter verdichten. Gelingen kann diese dezentrale Struktur nur durch Einbezug der Bürgerinnen und Bürger in die gemeindenahen Sozialraum- und Quartiersentwicklung. Diese hat als Maßstab, dass es nach wie vor gelingen muss, die „Schwächsten“, die den höchsten Bedarf anzeigen, in diese Planungen mit zu integrieren. In der Altenfürsorge sind dies nach wie vor die Demenzerkrankten. Hier arbeiten interdisziplinär alle Hilfestrukturen zusammen.

Ein weiteres Ziel ist die vorhandene Grenze zwischen ambulant, teilstationär und stationär zu flexibilisieren und Hilfeleistungen als „nicht stationsgebundene Leistung“ in der Häuslichkeit der Bürgerinnen und Bürger zu ermöglichen. Hier kann auch das bundesweit in einzelnen Kommunen schon umgesetzte „Regionale“ Budget als Finanzierungsrahmen die Hürden zwischen den unterschiedlichen Finanzierungsformen überwinden.

Im Kreis Gütersloh ist es durch das hohe Engagement einzelner Akteure auf politischer, medizinischer und sozialer Ebene gelungen, ambulante Strukturen zu etablieren, die den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger - unseren Bedürfnissen, am nächsten kommen und letztlich auch den Nachfolgenerationen, den zukünftigen Entscheidungsträger für die Etablierung solcher Hilfsangebote sind, zugutekommen.

Bernd Meißnest