

## **KONZEPT EINES GERONTOPSYCHIATRISCHEN DIENSTES (GPDI) FÜR DEN LANDKREIS AMBERG-SULZBACH UND DIE STADT AMBERG**

### **1. DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG (KDA)**

In Deutschland leben mehr als 12 Mio. Menschen, die älter als 65 Jahre sind (15% der Gesamtbevölkerung). Der Anteil wächst weiter auf 26% im Jahr 2010 und 35% im Jahr 2030. Im Landkreis Amberg-Sulzbach und Stadt Amberg sind 26% älter als 60 Jahre (Stat. Landesamt 31.12.98). Die zunehmende Singularisierung alter Menschen macht die Schaffung geeigneter Betreuungsformen, insbesondere für psychisch kranke alte Menschen dringend erforderlich. Mit fortschreitendem Alter steigt für die alten Menschen die Wahrscheinlichkeit auch psychisch zu erkranken. Dieser Personenkreis benötigt eine besondere gerontopsychiatrische Betreuung.

### **2. INTENTION UND ZIELVORSTELLUNG DES GPDI's**

#### **2.1. VERSORGUNGSSITUATION DER PSYCHISCH KRANKEN ALTEN MENSCHEN IM LANDKREIS AMBERG-SULZBACH UND STADT AMBERG**

##### **2.1.1. Wirtschaftliche und soziale Struktur**

Fläche: rd. 1.255 km<sup>2</sup>

Einwohner: Landkreis 103.636; Stadt Amberg 42.880

Landkreis Amberg-Sulzbach: über 600 Ortschaften; 27 Gemeinden

Trotz starker Industrialisierung spielen familiäre Beziehungen und damit verbunden auch die Erwartung und Gewährung familiärer Hilfeleistungen in der Bevölkerung eine große Rolle. In dem sehr ländlich strukturierten Gebiet ist die Vorstellung weit verbreitet, dass es als Schande zu empfinden sei, wenn Kinder ihre gebrechlichen Eltern nicht selbst zu Hause versorgen. Psychisch kranke alte Menschen nehmen erfahrungsgemäß nur zu einer sehr geringen Zahl spezialisierte Dienste in Anspruch.

Im Juni 1998 wurde von der PSAG-Arbeitsgruppe Altenpsychiatrie in den Facheinrichtungen von Stadt und Landkreis eine Umfrage durchgeführt. Von den ortsansässigen Krankenhäusern, Nervenärzten, Seniorenheimen, Sozialstationen und sonstigen Facheinrichtungen wurden ca. 2.500 betreute Personen als alterspsychiatrisch erkrankt eingestuft. Die überwiegenden Krankheitsbilder sind Demenzen, Depressionen und anderweitige psychische Erkrankungen. Die PSAG-Arbeitsgruppe Altenpsychiatrie geht von einer mehr als dreifachen Dunkelziffer aus, demnach ist mit einer Gesamtbetroffenenzahl von ca. 7.000 - 9.000 psychisch kranken alten Menschen im Versorgungsgebiet zu rechnen.

##### **2.1.2. Einschätzung der Versorgungssituation für alte Menschen**

Eine stationäre bzw. teilstationäre psychiatrische Versorgung innerhalb des Landkreises Amberg-Sulzbach und der Stadt Amberg gibt es nicht. Im gesamten Gebiet fehlen noch Altenheim- und Pflegeheimplätze für Menschen, die aufgrund ihrer Einbußen im psychischen Bereich einer besonders intensiven Betreuung bedürfen. Es herrscht ein Defizit an tagesstrukturierenden Angeboten, wie z.B. gerontopsychiatrische Tagesstätten und Tagespflegeeinrichtungen. Die nervenärztliche Versorgung ist mit einem Schlüssel von 1:36.800 nach Vorstellung der Psychiatrie-Enquete unzureichend. Familien- und Lebensberatungsstellen werden von alten Menschen nur wenig in Anspruch genommen. MitarbeiterInnen von Sozialstationen sind nicht in der Lage, den großen Umfang der psychiatrischen Pflege bei alten Menschen zu leisten. Insgesamt ist die Versorgung für psychisch kranke alte Menschen im Landkreis Amberg-Sulzbach und Stadt Amberg als unzulänglich einzuschätzen.

## **2.2. NOTWENDIGKEIT EINER GERONTOPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG**

Fachliteratur und Ergebnisse lfd. Modellversuche stimmen überein: Die Notwendigkeit gerontopsychiatrischer Versorgung wird ausdrücklich bestätigt und man fordert den zügigen Ausbau ambulanter Angebote vor stationärer Hilfe. Psychisch kranke alte Menschen werden oft sanktioniert, z. B. durch die Einweisung in geschlossene Abteilungen, Errichtung von Pflugschaften, Herauslösung aus der vertrauten Umgebung, Vernachlässigung psychischer Versorgung, Mangel an therapeutischen Vorgehensweisen, geistig-seelisch-emotionale Unter- bzw. Nichtversorgung.... Die krankheitsverstärkenden Folgen verschlimmern die Hilflosigkeit und das tägliche Leiden der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Die Zielsetzungen der modernen gerontopsychiatrischen Betreuung lassen sich deshalb in den herkömmlichen Strukturen des psychiatrischen Großkrankenhauses und des Pflegeheimes nur schwer verwirklichen. Der Schwerpunkt gerontopsychiatrischer Betreuung muss deshalb auf den ambulanten und teilstationären Bereich verlagert werden. Es wird angestrebt, Heimunterbringungen hinauszuschieben und dies möglichst durch ein Netz von Versorgungsstrukturen in der unmittelbaren Wohnumgebung des alten Menschen zu erreichen.

## **3. AUFGABEN UND ZIELE DES GPDi's**

Zur Versorgung von psychisch kranken älteren Menschen bedarf es einer Struktur, die auch aktiv-nachgehende und langfristige Hilfe, aktivierende Pflege, Förderung der Eigenständigkeit, Tagesstrukturierung und Überwindung von sozialer Isolation erlaubt. Ausgestattet mit so intensiven und flexiblen Behandlungsmöglichkeiten kann eine ambulant tätige Institution Aufgaben erfüllen, die durch andere Einrichtungen nicht zu leisten sind. Hierzu gehört es, die in Kliniken oder Tageskliniken begonnenen aufwendigen Behandlungsmaßnahmen in der Wohnumgebung des Patienten weiterzuführen, die unterschiedlichen therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen miteinander zu koordinieren, aber auch in Krisensituationen als Anlaufstelle zur Verfügung zu stehen.

### **3.1. KONTAKTAUFNAHME MIT BETROFFENEN**

Situationsanalyse, Institutionsanalyse, Zielformulierung, Mittelauswahl, Durchführung, Reflexion

### **3.2. KONKRETE ANGEBOTE TÄGLICHER VERSORGUNG**

Hilfe zur Selbsthilfe, aktivierende Behandlung, Förderung zwischenmenschlicher Beziehungen, Stützung der Angehörigen und anderen Bezugspersonen durch Information, Beratung und Schaffung von Aussprachemöglichkeiten

### **3.3. BERATUNG UND HAUSBESUCHE**

Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mit den Klienten; aufsuchende und dezentrale Versorgung im ländlich strukturierten Gebiet (erhöhte Fahrtzeiten)

### **3.4. PLANUNG EINES STATIONÄREN AUFENTHALTS**

Reicht die ambulante Versorgung nicht mehr aus, Begleitung in eine beschütztere Umgebung

### **3.5. NACHSORGENDE BETREUUNG NACH KLINIKAUFENTHALT**

Wiedereingliederung aus dem stationären Bereich ins häusliche Umfeld

### **3.6. AUFHEBUNG SOZIALER ISOLATION**

Unterstützung zur gesellschaftlichen Integration und Förderung der Nachbarschaftshilfe

### **3.7. TRAINING LEBENS PRAKTISCHER FÄHIGKEITEN**

Erkennen und Fördern bestehender Ressourcen

### **3.8. BERATUNG UND BETREUUNG DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN**

Die Entlastung pflegender Angehöriger erfolgt

psychisch	: geleitete Gruppen, Infos, Freispruch von Schuld
körperlich	: Haushaltshilfe, Mahlzeiten-, Reinigungsdienst
zeitlich	: Tagespflege, Kurzzeitpflege, Notfalldienst
rechtlich	: Klärung Gesetzl. Kranken-, Pflegevers., BSHG,
fachlich	: Info, Sozialstation, häusliche Krankenpflege
sozial	: Kontaktkreise, Besuchsdienste, Familienarbeit
technisch	: Hilfsmittel, Hausnotrufsystem, Umbau
in der Gemeinde	: Seelsorge, Ehrenamtliche, organisator. Dienste
öffentlich	: Vorbereitung, Beratungsstelle, Altenzentrum

### **3.9. ARBEIT MIT DEM SOZIALEN UMFELD**

- ❖ Beratung und Unterstützung von pflegenden- und nichtpflegenden Bezugs-Personen
- ❖ Gesprächsangebote in Form von Einzel- und Gruppengesprächen
- ❖ Freizeitangebote
- ❖ Einsatz von LaienhelferInnen
- ❖ Supervision und Fortbildung der LaienhelferInnen
- ❖ Nutzung aller sozialen Ressourcen im Umfeld
- ❖ Einbeziehung der Betreuer in laufende Planungen und Vorhaben

### **3.10. VERNETZUNG DES GPDi'S IN STADT UND LANDKREIS**

- ❖ Sicherstellung der nötigen Versorgung
- ❖ Zusammenarbeit und Austausch mit anderen Institutionen
- ❖ Sicherstellung der materiellen Versorgung
- ❖ Rechtliche Abklärung von Betreuungen
- ❖ Beratung und Information von Facheinrichtungen
- ❖ Fachsupervision für andere Einrichtungen
- ❖ Fortbildungsangebot durch den Dienst
- ❖ Mitarbeit in Gremien
- ❖ Öffentlichkeitsarbeit
- ❖ Verbandspolitische Arbeit

#### 4. TRÄGERSCHAFT

Die PSAG-Arbeitsgruppe Altenpsychiatrie könnte sich vorstellen, den GPDi in der Anfangsphase an einen bestehenden sozialen Dienst anzugliedern. Infrage kämen hierfür eine Tagesklinik oder der Sozialpsychiatrische Dienst. Nach der Etablierung sollte der GPDi eine eigenständige Einrichtung werden. Besonders sinnvoll wäre es aus Sicht der Arbeitsgruppe, wenn der GPDi durch eine gerontopsychiatrische Tagesstätte ergänzt werden könnte.

#### 5. STELLENBEDARF

Das für die umfassende Arbeit des GPDi's erforderliche multiprofessionelle Fachwissen ist bei der Personalausstattung von vorneherein zu berücksichtigen und kann nach der Anfangsphase des Dienstes noch ausgebaut bzw. ergänzt werden. Begonnen werden sollte mit zwei Fachkräften und einer halben Stelle Verwaltungskraft. Nach Einarbeitung und Etablierung sollte das Team entsprechend der Nachfrage auf mindestens vier Fachkräfte und eine ganze Stelle für die Verwaltung ausgebaut werden. Das Fachkräfte-Team sollte aus folgenden Professionen zusammengestellt werden: Dipl.-Psychologe/in, Dipl.-Sozialpädagoge/in, AltenpflegerIn, Psychiatrie-Krankenschwester / -pfleger, evtl. HeilerziehungspflegerIn, BeschäftigungstherapeutIn. Die örtlichen Nervenärzte sollten als Konsiliarärzte mit eingebunden werden.

Diese personelle Grundausstattung des GPDi's schafft die optimale Voraussetzung zur Realisierung des umfassenden Hilfsangebotes und enthält die dafür erforderliche fachliche Kompetenz. Nach Etablierung des Dienstes sollte der Personalschlüssel im Verhältnis zur Bevölkerungszahl ausgebaut werden.

#### 6. FINANZIERUNG

Es gibt verschiedene Finanzierungsmodelle bei den bestehenden GPDi's. Der künftige Träger hat die Finanzierung mit den zuständigen Leistungserbringern zu verhandeln. Als Verhandlungsgrundlage kann das, diesem Konzept beiliegende Positionspapier des Verbandes der Bayerischen Bezirke vom 30.07.98 dienen.

#### 7. AUSBLICK

Die Fachwelt ist sich darin weitgehend einig, dass der Bereich der gerontopsychiatr. Versorgung im allgemeinen und besonders im ambulanten Bereich deutliche Defizite aufweist. Die besondere Bedeutung der Gerontopsychiatrie ergibt sich nicht zuletzt aus der demographischen Entwicklung der hohen Anzahl und weiteren Zunahme älterer und hochbetagter Menschen, derzufolge auch die Zahl der psych. kr. Älteren in den kommenden Jahren rasch anwachsen wird.

Genau hier setzt das Projekt des GPDi an und hat bei seiner Konzeptentwicklung auf theoretische und empirische Erkenntnisse der Sozial- u. Gemeindepsychologie, Gerontologie, Sozialpsychiatrie und Sozialmedizin Bezug genommen. Der GPDi greift eine neue, bis heute kaum behandelte Thematik auf, ist also innovativ. Das Projekt legt seinen zentralen Schwerpunkt auf den Erhalt und die Stärkung der Kompetenz des Klientels und bezieht vorhandene Selbsthilfepotentiale im Rahmen der Möglichkeiten differenziert ein.

Der Erfolg des Projektes in der Großstadt München, die gewinnende Lebensqualität der Beteiligten, der bestmögliche Erhalt der Selbständigkeit, die weitgehende Selbstbestimmung der im Projekt betreuten Menschen fordert eine Übertragung und die Realisierung weiterer Projekte - auch hier in Amberg-Sulzbach - geradezu heraus. Das Projekt entspricht den Zielvorstellungen der neuen Pflegeversicherung, die ebenfalls das Ziel einer größtmöglichen Selbstbestimmung der Lebensführung unter dem Aspekt der Menschenwürde formuliert und ambulanten häuslichen Versorgungsformen deutlich den Vorrang einräumt. Der GPDi wird schwerpunktmäßig präventiv tätig sein und einen Personenkreis versorgen, der sonst primär in einer stationären Einrichtung leben müsste. In einer Vielzahl von Fällen wird es möglich sein, in Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Diensten, niedergelassenen Ärzten und anderen Institutionen den Beteiligten weiter ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen (vgl. Schader-Stiftung 1994, S.2-3).

Ergebnis der Nutzen-Kosten-Untersuchung des GPDi-München durch die Schader-Stiftung (vgl. Schader-Stiftung 1994, S.44):

1. Die stationäre Betreuung älterer Menschen ist zw. 1,7 u. 3,3 mal teurer, als die ambulante Betreuung mit der Summe der Kosten für häusliche Hilfen, ambulante pflegerische Versorgung, pflegende Angehörige und den GPDi.
2. Der gesamte mit Hilfe des GPDi erzielte Nutzen (ersparte Kosten im Falle einer stationären Betreuung) liegt um das 2 bis 7-fache, über den eigenen Kosten des GPDi. Die Kosten des GPDi, die im Untersuchungszeitraum rund 0,35 Mio. DM betragen, haben dazu geführt, dass die Mehrkosten für eine stationäre Betreuung gegenüber der ambulanten Betreuung in Höhe von rund 0,8 bis 2,5 Mio. DM erspart wurden.

Volkswirtschaftlicher Nutzen: Entlastungen der pflegenden Angehörigen und anderer mit der Betreuung befasster Personen, der ambulanten Dienste und Therapeuten, aber auch kommunaler Dienststellen und anderer Institutionen, die sich in höherer Effizienz bzw. in Zeiteinsparungen ausdrücken.

Der GPDi ist ein durch Wissenschaft und Praxis erprobtes Projekt, das auch die kritische Prüfung durch eine Kosten-Nutzen-Analyse deutlich besteht und Menschen zugute kommt, die in unserer Gesellschaft nicht gerade bevorzugt sind (vgl. Schader-Stiftung 1994, S.3). Die Umsetzung dieses Konzeptes im Landkreis Amberg-Sulzbach und Stadt Amberg wäre für die Region von großem Vorteil, denn es würde das erste Modellprojekt einer umfassenden gerontopsychiatrischen Versorgung in einem ländlich strukturiertem Gebiet in Bayern darstellen. Stadt und Landkreis hätten erstmals auf solchem Gebiet eine Vorreiterrolle, der GPDi würde auch außerhalb der Oberpfalz und Bayerns viel Aufmerksamkeit, Beachtung und Nachahmung finden.