

# GRAZER ALTERS- PSYCHIATRISCHES MODELL

[graz.at/sozialamt](https://graz.at/sozialamt)

GRAZ



# Inhalt

---

Präambel .....	7
<b>1</b> Soziodemografische Daten zum Altern und zur Zielgruppe der älteren Menschen mit psychisch/psychiatrischen Problemen und deren Veränderungen .....	<b>8</b>
<b>2</b> Alterspsychiatrische Versorgung im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen .....	<b>11</b>
<b>3</b> Grundhaltung und Alter(n)sbild im Kontext alterspsychiatrischer Erkrankungen .....	<b>15</b>
<b>4</b> Bisher anhand des Grazer Gerontopsychiatrischen Konzeptes 2003 umgesetzte Maßnahmen und deren Bewertung aus der Stakeholder:innen Befragung .....	<b>18</b>
<b>5</b> Vorschläge zur zukünftigen Entwicklung der Versorgung .....	<b>23</b>
Schlussbemerkungen.....	<b>27</b>

## Impressum

### Herausgeberin

Stadt Graz | Sozialamt  
sozialamt@stadt.graz.at graz.at/sozialamt

### Für den Inhalt verantwortlich

GFSG: Klug G., Schimpl N., Wagner E.,  
Singer M., Matzawrakos A., Hermann G.  
Fachbereich Pflege/Planung/Controlling der Stadt Graz:  
Rieder N., Bindar C., Zanier S.

### Gestaltung/Layout

achtzigzehn – Konzept & Gestaltung GmbH

### Druck

Druckhaus Scharmer GmbH

# Die Zukunft der Pflege in Graz

---

2003 erstellte die Gesellschaft zur Förderung der Seelischen Gesundheit (GSFSG) im Auftrag der Stadt Graz ein Konzept für die Alterspsychiatrische Versorgung in Graz. Dieses Strategiepapier wurde zur Grundlage für wichtige Angebote, die es heute in Graz gibt – von der Pflegedrehscheibe und den Demenztageszentren über den Schwerpunkt der Hauskrankenpflege bis hin zur SOPHA – Sozialpsychiatrischen Hilfe im Alter.

In Zusammenarbeit mit allen relevanten Einrichtungen in Graz hat die GSFSG im Auftrag der Stadt Graz nun eine Neufassung erarbeitet, um in den kommenden Jahren zielgerichtete und passgenaue Angebote in der Stadt auf den Weg bringen zu können. Ich freue mich außerordentlich, dass uns dies gelungen ist und die Stadt Graz damit einmal mehr eine Vorreiterrolle einnehmen darf.

Die Ausgangslage ist allerdings ernüchternd. Die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter sind Depression, Angsterkrankungen (Traumen), Demenz und paranoide Zustandsbilder sowie Alkoholabhängigkeit. Rund acht bis zehn Prozent der Menschen über 65 Jahren bedürfen einer Behandlung oder Unterstützung. Insofern haben wir hier dringenden Handlungsbedarf und werden viele Ressourcen bereitstellen, um den Menschen eine bestmögliche Versorgung zu bieten. Dadurch stellen wir sicher, dass die Lebensqualität trotz Erkrankung so lange als möglich erhalten bleibt.

Die Unterstützung pflegender Angehöriger ist dabei ein Faktor, den wir ebenso berücksichtigen, da rund 70 Prozent der Grazerinnen und Grazer mit Betreuungsbedarf von Angehörigen versorgt werden. Die zunehmende Überalterung unserer Gesellschaft führt dazu, dass wir als Stadt bereits jetzt Maßnahmen treffen müssen, um die Versorgung auch in Zukunft aufrecht erhalten zu können.

Im Mittelpunkt unserer Politik steht dabei seit etlichen Jahren das Credo „mobil vor stationär“. Viele ältere Menschen wollen, so lange es möglich ist, in ihren eigenen vier Wänden bleiben. Dabei möchten wir sie bestmöglich unterstützen. Hier ist uns in den vergangenen Jahren einiges gelungen. Niemand muss in Graz ins Heim, weil er oder sie sich die Pflegedienste zuhause nicht leisten kann. Dank unseres Zuzahlungsmodells der Stadt Graz sorgen wir dafür, dass allen Grazerinnen und Grazern, die mobile Pflegedienste zuhause in Anspruch nehmen, zumindest die Mindestpension in der Höhe von 977 Euro zum Leben bleibt.

Künftig wird es notwendig sein, die bewährten, bereits bestehenden Strukturen noch mehr miteinander zu vernetzen, sie zu stärken und auszubauen. Eine wesentliche Rolle werden Präventionsmaßnahmen spielen. Besonders bei Demenzerkrankungen, aber auch bei allen anderen psychischen Erkrankungen im Alter scheint dieser Zugang immens wichtig zu sein. Davor darf man nicht die Augen verschließen – daher beginnen wir schon jetzt, nach Lösungen zu suchen.

Ich danke allen Mitwirkenden und Kooperationspartner:innen, die geholfen haben, diese Broschüre zu realisieren.



© Antonia Renner

**Ihr Robert Krotzer**  
Gesundheits- und Pflegestadtrat



# Präambel

---

2003 wurde ein Konzept zur gerontopsychiatrischen Versorgung der Stadt Graz erarbeitet und dessen Umsetzung eingeleitet (Stadt Graz, 2003). Seither haben sich bestehende Versorgungsangebote gut entwickelt und neue Angebote kamen hinzu.

Neben der guten Entwicklung der Versorgung anhand des Konzeptes, hat sich unsere Gesellschaft, aber auch die Anforderungen an eine moderne alterspsychiatrische Versorgung deutlich verändert.

Hier zeigt sich, dass mehr vom bereits bestehenden Kernangebot notwendig ist, um eine erfolgreiche Versorgung gestalten zu können. Aber nur ein Mehr an Gesundheitsförderung und Prävention in Kombination mit besser gemanagten Übergängen zwischen den Angeboten, mehr Flexibilität und Bekanntheit sowie wirkliche Leistbarkeit für alle Bevölkerungsgruppen wird den komplexen Bedürfnissen einer alternden Gesellschaft gerecht.

Aus diesem Grund wurde die Revision des Grazer Gerontopsychiatrischen Modells auch inhaltlich deutlich ausgeweitet. Mit einer kritischen Evaluierung des Bestehenden, umfassender Literaturrecherche und einer Befragung aller Stakeholder:innen in diesem Bereich wurde versucht, nicht nur ein Bild von den Bedürfnissen der älteren Bewohner:innen in der Stadt und in einer sich deutlich verändernden Gesellschaft zu zeichnen, sondern auch Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung zu geben.

Diese sind natürlich sehr umfassend. Aus diesem Grund wurden sie nach Zuständigkeitsschwerpunkten je Kostenträger geordnet. Damit können einzelne Teile entsprechend in die Planungen übernommen werden. Dieser umfassende Zugang macht das Gesamtwerk für Interessierte zu einem idealen Nachschlagewerk.

Das Konzept aus dem Jahr 2003 bezog sich auf lediglich zwingend notwendige Kernangebote, da die Versorgung der Stadt noch große Lücken aufwies. In der Kurzfassung wird das Konzept 2022 unterteilt in:

**Teil 1:** Der Kernbereich der Versorgung wird bewertet und um Notwendiges erweitert. Er stellt den zentralen Teil des Ausbaus dar.

**Teil 2:** Zusätzlich bedarf es begleitender Strukturen und Angebote, welche die Angebote effizienter machen, damit sie ihre Wirksamkeit voll entfalten können.

**Teil 3:** Hier werden allgemeine übergreifende Rahmenbedingungen aufgezählt, ohne die eine Versorgung in diesem Bereich grundsätzlich nicht möglich ist, auch wenn sie nicht in den Kompetenzbereich der Stadt Graz fallen.

Die Kurzfassung fokussiert sich also auf die, für die in der Haupt- oder Teilverantwortlichkeit der Stadt Graz liegenden Bereiche.

Das bedeutet nicht, dass alle notwendigen Bereiche in dieser Kurzfassung erwähnt werden. Bereiche in denen andere Kostenträger schwerpunktmäßig zuständig sind, fehlen hier. Diese sind, wie detailliertere Aussagen, ausführlichere Beschreibungen, Literaturzitate etc., der Langversion dieser Arbeit zu entnehmen.

# 1

## Soziodemografische Daten zum Altern und zur Zielgruppe der älteren Menschen mit psychisch/psychiatrischen Problemen und deren Veränderungen

### Allgemeine Altersentwicklung

Weltweit steigen sowohl die absolute Anzahl der älteren Menschen, aber auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung, und das mit gravierenden Auswirkungen auf alle Lebensbereiche (Vidovićová, 2018).

Verglichen mit der Situation von 2003 ist die Einwohner:innenzahl in Österreich insgesamt zwar um 4,3 Prozent gewachsen, die Zahl der unter 15-Jährigen ging jedoch um 9,0 Prozent zurück, während gleichzeitig sowohl die Zahl der 15- bis 64-Jährigen um 3,5 Prozent als auch die Zahl der ab 65-Jährigen um 22,1 Prozent zunahm. Besonders stark ist die Zahl der Hochbetagten (85+ Jahre) von 2003 bis 2013 gestiegen (+ 56,7 Prozent).

Die österreichische Bevölkerung wird bis 2050 weiter stark altern (Schipfer, 2005). Jede zehnte Person in Österreich wird bis 2050 älter als 80 Jahre sein (OECD, 2017). Der Anteil der 65-Jährigen und Älteren wird auf fast auf ein Drittel der Gesamtbevölkerung steigen (Statistik Austria, 2018 a). Der Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung wird bis 2030 österreichweit sinken (Schipfer, 2005).

### Hauptprognosen für die Stadt Graz und das Land Steiermark

Die Steiermark liegt in der Gesamtwachstumsprognose bis 2060 mit einem Wachstum von 2,5 Prozent im Bundesländervergleich an vorletzter Stelle (Land Steiermark, 2020 a).

Der Anteil von 65-Jährigen und Älteren an der Gesamtbevölkerung wird sich in Graz auf 27,7 Prozent im Jahr 2015 erhöhen. Die Zahl der über 85-Jährigen fast verdreifachen. Das hat massive Auswirkungen auf den Versorgungsbedarf u. a. von Menschen, die mit Demenz leben.

Gleichzeitig wird sich der Anteil von 65-Jährigen und Älteren mit Migrationshintergrund von 2,6 Prozent bis 2040 auf 5,3 Prozent erhöhen.

Tabelle 1: Gesamtbevölkerung zu Jahresanfang 2018 bis 2040

REGION	STAND PER 1.1.		PROGNOSE ZUM 1.1.	
	2018	2020	2030	2040
Steiermark	1.240.214	1.246.395	1.267.697	1.271.654
Graz (Stadt)	286.292	291.072	323.623	343.422

Tabelle 2: Anzahl der Personen ab 65 Jahren zu Jahresanfang 2018 bis 2040

REGION	STAND PER 1.1.		PROGNOSE ZUM 1.1.	
	2018	2020	2030	2040
Steiermark	248.821	255.529	321.519	368.698
Graz (Stadt)	47.922	48.817	64.563	79.481

## Haushaltsgröße

Ein Drittel der Österreicher:innen ab 65 Jahren haben 2019 alleine gelebt (Statistik Austria, 2020a; 2020b). 2018 lebten in Graz 18.038 Personen (12,7 Prozent) ab 65 Jahren in einem Einpersonenhaushalt. Die von 2020 bis 2040 vorausgerechneten Werte liegen nur für die gesamte Steiermark vor. Es zeigt sich ein prognostizierter deutlicher Anstieg an 65-Jährigen und älteren Personen, die in Einpersonenhaushalten leben (STATCube, 2019), was wiederum Auswirkungen auf die Versorgungsart und Versorgungsformen hat.

## Geschlechtsverteilung

Weibliche zu männliche Einpersonenhaushalte 65+ verhielten sich 2018 im Verhältnis von 72,3 Prozent zu 27,3 Prozent. Fast drei Viertel, der in der Steiermark alleinlebenden Älteren, waren demnach Frauen (STAT-Cube, 2019). Für Graz ist grob geschätzt eine vergleichbare Situation anzunehmen.

Tabelle 3: 1-Personenhaushalte ab 65 Jahren und älter

JAHR	REGION	HAUSHALTE GESAMT ABSOLUT	EINPERSONEN-HAUSHALTE 65 JAHRE ODER ÄLTER	IN PROZENT AUF ALLE HAUSHALTE
2018	Graz	141.907	18.038	12,70 %
2018	Steiermark	547.524	71.379	13,00 %
2020	Steiermark	544.475	73.775	13,50 %
2030	Steiermark	563.047	92.249	16,40 %
2040	Steiermark	577.595	108.507	18,80 %

## Resümee

Die Zunahme der Älteren in absoluten Zahlen, sowie deren Zunahme im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung und die Tatsache weiter zunehmender Einpersonenhaushalte bei Älteren als auch die Zunahme im Ausland Geborener und die weitere Abnahme von Hilfen im familiären Kontext haben gravierende Auswirkungen auf Versorgungsnotwendigkeiten. Sie stellen neue Herausforderungen insbesondere für die Versorgung alterspsychiatrisch erkrankter Menschen dar. Dies betrifft den stationären und noch viel stärker den außerstationären Bereich. Der Gesundheits- und Sozialbereich sind demnach dringend gefordert, rasch geeignete Konzepte zu entwickeln und umzusetzen.

# 2

## Alterspsychiatrische Versorgung im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen

Alter(n) ist eingebettet in die gesellschaftliche Entwicklung und befindet sich dementsprechend im Wandel. Die Lebensqualität in der zweiten Lebenshälfte ergibt sich aus dem Zusammenspiel unterschiedlichster Aspekte in wichtigen Lebensbereichen. Dazu gehören materielle Lage, Gesundheit, Beschäftigung, gesellschaftliche Partizipation sowie soziale Einbettung in familiäre und außerfamiliäre Beziehungen. Bei all diesen Faktoren zeigen sich zunehmend große Veränderungen und Umbrüche (DEAS, 2012).

Berücksichtigt man zudem die weiter steigende Lebenserwartung, so bedeutet das für die Zukunft einen dringenden Handlungsbedarf. Die Ausrichtung muss sich verstärkt auf den Erhalt von Selbstständigkeit, Partizipation, selbstständiger Wohnfähigkeit, sozialräumlicher Quartiergestaltung sowie der Förderung von neuen Lebensformen, Netzwerken und Netzwerkstrukturen im Gemeinwesen konzentrieren.

### Soziokulturelle Veränderungen und deren Auswirkungen auf das psychische Krankheitsgeschehen

Es kommen nun die Kinder der 1950er- und auch 1960er-Jahre in den alterspsychiatrischen Fokus. Lebensformen und Herausforderungen veränderten sich grundlegend und werden nun auch im Alter zunehmend vielfältiger und zerbrechlicher, die Beziehungskonstanz nimmt ab. Die zunehmende Suchtproblematik im Alter erfordert

eine Adaptierung alterspsychiatrischer Versorgungskonzepte. Nacheheliche Partnerschaften nehmen zu. Der durch die Kriegstoten verursachte Männermangel wird langsam ausgeglichen, es wird mehr ältere Männer geben (DEAS, 2012).

Es kommt zu einer Zunahme von Single-Haushalten im Alter und der Anzahl kinderloser Älterer. Die speziell für psychisch Kranke wichtige emotionale Unterstützung durch Partner:innen sowie durch Kinder verringert sich dadurch weiter.

Familien werden seltener und kleiner. Die zunehmend verbreiteten alternativen Familienformen bieten nicht mehr so verlässliche Hilfe und Unterstützung.

Aufgrund steigender Erwerbsquoten auch bei Frauen, längerem Berufsleben sowie wachsender Wohnortentfernungen (u. a. im Kontext beruflicher Mobilität), nehmen enge Beziehungen und für psychisch Kranke essentiell wichtige, regelmäßige, direkte Kontakte sowie gegenseitige, praktische Hilfe deutlich ab. Die Versorgung älterer Familienmitglieder durch Verwandte wird in den kommenden Jahren weiter erheblich abnehmen.

Alterspsychiatrisch erkrankten Personen ist die Kompensation außerhalb der Familie oft nicht oder nur schwer möglich. Sie befinden sich zudem meist in schwierigeren finanziellen und materiellen Situationen. Zusätzlich steigt im hohen Alter das Risiko des Auftretens chronischer Erkrankungen, einschließlich Demenz.

Ältere Menschen mit geringerer Bildung und/oder psychischer Erkrankung verfügen seltener über geeignete Strategien für ein gesundheitsbewusstes Verhalten und angemessene, frühe Inanspruchnahme von Dienstleistungen (DGGG, 2011).

Ein weiterer Faktor betrifft die kulturelle Zugehörigkeit. Der Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund wird in seiner Bedeutung zukünftig steigen. Dabei ist zu beachten, dass innerhalb der Gruppe von Migrant:innen die Problemlagen stark variieren. Bei etwa einem Drittel der betroffenen Personen ist mit behandlungsrelevanten psychischen Störungen zu rechnen.

### Auswirkungen von Technisierung und Digitalisierung im Kontext psychischer Erkrankungen im Alter

Die rasant fortschreitende Technisierung und Digitalisierung bedeuten für einen Teil der psychisch betroffenen Älteren eine nicht mehr bewältigbare neue Komplexität im täglichen Leben. Dies führt zu weniger Selbstbestimmtheit, psychosozialer Funktionalität und einem weitgehenden Ausschluss aus dem soziokulturellen Leben, und damit zu mehr Abhängigkeit und zukünftig stark steigendem Hilfebedarf. Viele digitale Angebote sind nicht ausreichend barrierefrei gestaltet und analoge Alternativen hierzu fehlen. Zu beobachten ist ein zunehmender Unterstützungsbedarf beispielsweise bei der Bedienbarkeit von Bankautomaten, automatisierten Kassen, Onlinediensten oder nicht zu bewältigender telefonischer Kommunikation.

Der Einsatz von Technik kann auch die in diesem Bereich wichtige menschliche Zuwendung und stabile Beziehungen nicht ersetzen.

### Zunehmende Polarisierung des Alters

Die Trennung in das aktive/autonome Alter und das passiv/abhängige Alter wird sich verstärken. Unsere Gesellschaft ist hier aufgerufen, durch Erhalt und Förderung von Autonomie und Lebensqualität ein menschenwürdiges Altern sicherzustellen (DGGPP, 2019).

### Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter

Psychische Erkrankungen im Alter sind weit verbreitet. In Deutschland sind jedes Jahr etwa 27,8 Prozent der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkran-

kung betroffen (Jacobi et al., 2014). Psychische Erkrankungen, besonders im Alter, werden häufig übersehen oder nicht erkannt (Wancata et al., 2000).

Durch die Zunahme der Anzahl an Menschen über 65 Jahren nehmen auch psychische Erkrankungen in diesem Alter zu (Rainer, 2018).

### Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter ist insgesamt hoch. Ca. 25 bis 30 Prozent der über 65-Jährigen und Älteren leiden unter einer psychischen Störung oder Erkrankung, die behandlungsbedürftig ist (Hirsch et al., 1999).

Laut Gerontopsychiatriebericht Erfurt (2015, S.13) beträgt, gemessen an allen Personen ab 65 Jahren, der Anteil demenzkranker Menschen ca. 10 bis 14 Prozent. Die Häufigkeit von Demenz nimmt mit dem Alter stark zu und verdoppelt sich ab dem Alter von 60 Jahren ca. alle 5 Jahre. 10 bis 25 Prozent der Älteren sind von Depressionen betroffen. Posttraumatische Belastungsstörungen werden als häufigste Angststörung mit bis zu 14 Prozent berichtet. Paranoide Reaktionen wie z. B. Verfolgungs-, Bestehlungs- oder Vergiftungswahn treten im höheren Lebensalter mit bis zu 2,5 Prozent gehäuft auf. Alkoholabhängigkeit betrifft bis zu 20 Prozent der Älteren. 0,5 Prozent der über 70-Jährigen sind von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen (Stadt Erfurt, 2015).

Ältere mit Pflegebedarf weisen mit 22 Prozent besonders häufig Störungen im Kontext mit Alkoholkonsum auf (Kuerbis et al., 2014). Auch die Zahl der Menschen mit anderen Substanzproblemen steigt. Psychische Erkrankungen sind vor allem unter wohnungslosen Personen extrem verbreitet.

Die in Tabelle 4 dargestellten Zahlen ergeben sich aus der Annahme, wonach 25 bis 30 Prozent der ab 65-Jährigen alterspsychiatrisch behandlungsbedürftig sind (Erfurt, 2015; Hirsch et al., 1999). Die Zahlen beziehen sich auf eine Häufigkeit von 25 Prozent.

In Österreich litten im Jahr 2000 im Mittel 90.500 Personen an einer demenziellen Erkrankung. Damit waren 5,4 Prozent der Bevölkerungsgruppe der über 60-Jährigen davon betroffen. Die erwartete starke Zunahme bis 2050 ist in Tabelle 5 ersichtlich.

Tabelle 4: Häufigkeiten psychischer Störungen 65+ geschätzt für die Stadt Graz

JAHR	2018	2020	2030	2040
PSYCHISCHE STÖRUNGEN	11.980	12.204	16.140	19.870

Tabelle 5: Entwicklung der Anzahl von demenzerkrankten Personen in Österreich (Wancata et al., 2015)

JAHR	2020	2030	2040	2050
ANZAHL	139.200	174.600	1216.100	262.200

Tabelle 6: Entwicklung der Demenzzahlen für die Stadt Graz

JAHR	2018	2025	2050
MENSCHEN MIT DEMENZ	4.752	5.655	11.314

### Auswirkungen der Krankheitszahlen im Bereich Demenz auf die Versorgungsplanung

Demenzerkrankungen gehen grundsätzlich mit einem erhöhten Versorgungsbedarf einher (Wancata et al., 2003). Für Angehörige, die zudem immer weniger direkt verfügbar sind, und das soziale Umfeld bedeuten sie ebenfalls massive Mehrbelastungen (Wancata et al., 2015).

Es wird geschätzt, dass 3,9 Prozent der laufenden Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege), 15,8 Prozent der Bruttoausgaben für stationäre Pflege und 22,5 Prozent der Bruttoausgaben für mobile Pflege im Jahr 2019 auf Demenz zurückzuführen sind. Hinzu kommen Kosten der informellen Pflege für jene Demenzpatient:innen, die zu Hause leben. Sowohl mobile, ambulante als auch stationäre Versorgungsstrukturen sind somit dringend weiterzuentwickeln (Wancata et al., 2015).

### Wohnungslose Ältere

Eine landesweite Statistik existiert weder in Deutschland noch in Österreich. Zu einer Konzentration von wohnungslosen Personen kommt es in Städten ab 100.000 Einwohner:innen. Männer überwiegen bei den Obdachlosen mit 73,6 Prozent zu 26,4 Prozent Frauenanteil.

### Folgen der Covid-19-Pandemie

Zu den beschriebenen Auswirkungen des soziodemographischen und gesellschaftlichen Wandels kommen auch noch die Folgen der Covid-19-Pandemie.

Es ist bekannt, dass Jugendliche und ältere Menschen zu den am stärksten betroffenen Gruppen in der Gesellschaft gehören.



# 3

## Grundhaltung und Alter(n)sbild im Kontext alterspsychiatrischer Erkrankungen

---

Altersbilder entsprechen individuellen und gesellschaftlichen Vorstellungen vom Alter (Zustand des Altseins), vom Altern (Prozess des Älterwerdens) oder von älteren Menschen als sozialer Gruppe.

Alter ist keine Erkrankung oder Krankheit, sondern eine Lebensphase mit unterschiedlichen zu bewältigenden Herausforderungen und Aufgaben (Klug et al., 2004). Somatische, psychische und soziale Fähigkeiten schwanken dabei intra- und interindividuell sehr. Fähigkeiten und Fertigkeiten und neue Formen des Erlebens und Handelns werden bis ans Lebensende erworben und entwickelt (DGGPP, 2007).

Gesellschaftliche Partizipation ist Ausdruck und Ergebnis eines gesunden Alterns (DEAS, 2012). Die Lebensqualität im Alter hängt entscheidend vom Grad der Selbstbestimmtheit ab, die sich wiederum durch unterstützende Hilfsmittel verbessern lässt. Das neue Bild vom Alter ist weniger ruhestandsorientiert ausgerichtet und benötigt eine Umwelt, die fördert und fordert.

Alterspsychiatrisch erkrankten Menschen gelingt das aufgrund der Belastungssituation ohne professionelle Unterstützung zumeist nicht.

Das verschärft die Lebenssituation, nicht zuletzt durch die damit oft einhergehende Ausgrenzung, Diskriminierung und Benachteiligung.

# GRUNDSÄTZE

Das sozialpsychiatrische Altersbild wird in diesem Zusammenhang von folgenden **Grundsätzen** getragen:

- Das Alter ist trotz des Auftretens alterspsychiatrischer Erkrankungen von Entwicklung und Suche nach **Perspektiven und Sinn** geprägt.
- Die Würde jedes Menschen bleibt trotz psychiatrischer Erkrankung und konsekutiver Einschränkung bis zuletzt gewahrt und ist als Grundrecht zu schützen. **Emotionale Fähigkeiten** bleiben erhalten, ebenso der Mensch als solcher mit seiner großen Lebenserfahrung und individuellen Lebensgeschichte.
- Leben bedeutet Entwicklung, die bis zum Lebensende stattfindet. Der Tod selbst ist **Bestandteil des Lebens** und in dieses zu integrieren.
- Die zentralen Kategorien eines guten Lebens im Alter sind **Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, Mitverantwortung, Selbstverwirklichung** (Selbstaktualisierung) und **bewusst angenommene Abhängigkeit** (Kruse, 2015; Kruse, 2005). Es gilt, den Menschen darin trotz aller Erkrankungen maximal anzuregen, zu fördern und zu unterstützen. Es gilt aber auch, ihre Grenzen zu akzeptieren und sie entsprechend ihrer Möglichkeiten zu begleiten.
- Die Wahrung der **Eigenverantwortung, der Rechte, der Würde und des Willens** der Älteren ist bei allen diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Bemühungen sicherzustellen.
- Die Person wird unter ihren lebensgeschichtlichen, psychodynamischen, biologischen, familiären und soziokulturellen Aspekten, ihrer **Fähigkeiten und Ressourcen** sowie ihrer realen Umwelt einschließlich Wohnsituation und Bedrohungsfaktoren wahrgenommen (DGGPP, 2007).
- Eine Grundhaltung des Beobachtens und Verstehens ist unumgänglich (Grond, 2011). Ständiges Bemühen ist gefordert, um einen Zugang zum **Zeiterleben** sowie zu **Zeit- und Zukunftsperspektive** des Älteren herzustellen (DGGPP, 2007).
- Die Haltung ist gekennzeichnet durch **Respekt vor dem gelebten Leben, von Wertschätzung, Empathie, Ausdauer und Geduld** sowie von **Akzeptanz** des subjektiven Erlebens des älteren Menschen.
- Das komplexe Krankheitsgeschehen erfordert eine **komplexe ganzheitliche sozialpsychiatrische Betrachtung**, Fremdanamnese und Intervention (Klug et al., 2010). Alterspsychiatrie muss multi-professionell, mobil, vielfältig und kreativ sein.

- Entwicklung benötigt vorab als Basis die **Sicherung von Grundbedürfnissen** (körperlich, psychisch, sozial). Erkrankungen dürfen nicht dazu führen, dass der Mensch auf diese reduziert wird und das Bedürfnis nach liebevoller Zuwendung, Geborgenheit und sozialer Teilhabe vernachlässigt wird.
- Die therapeutische Beziehung basiert auf **Freiwilligkeit**, gegenseitigem Vertrauen und einer Begegnung auf Augenhöhe. Eine gesunde Distanz ist erforderlich um stabil und zielführend helfen zu können.
- „**Fördern geschieht durch Fordern**“ mit der Orientierung an individuellen Ressourcen, Fähigkeiten und Bedürfnissen und gleichzeitiger Vermeidung von Unterforderung (Überfürsorglichkeit) und Überforderung (DGGPP, 2007).
- Die Wahrnehmung und Überprüfung eigener Problembereiche und Schwierigkeiten mit älteren Menschen sowie mit Altern und Tod und die Arbeit an deren Bewältigung dient ebenso als notwendiges Mittel zur **Qualitätssicherung** wie die ständige Reflexion der eigenen Motivation, den eigenen Fähigkeiten, Bedürfnisse, Ressourcen und Grenzen.
- Bei Älteren mit **kognitiven Einschränkungen** ist zu berücksichtigen, dass u. a. archaische Grundängste massiv Platz greifen. Es ist dies auch beispielsweise der altersbedingte Rückzug unter dem Aspekt nicht mehr eine „Alpha-Rolle“ innezuhaben und mit Aufgabe des Berufs in Entsprechung die Vertreibung aus dem gewohnten Revier zu erfahren. Die nicht vorbereitete und gut begleitete Versetzung in ein fremdes Revier (Heimunterbringung) kann unter anderem so zu Depression und Verwirrtheit führen.
- Einem defizitären Altersbild, das passives Kranksein, Einsamkeit und Fremdbestimmung akzeptiert, ist ein ganzheitlicher, ressourcenorientierter Zugang entgegenzustellen, durch den alltäglich jene Aspekte gefördert werden, die **Weiterentwicklung und Sinn im Leben** anstoßen.

## Differenzierter alterspsychiatrischer Handlungs- und Versorgungsbedarf

Die Alterspsychiatrie weiß, wie und in welcher Form entsprechende Unterstützung zu implementieren ist. Grundlegend dabei sind die Beziehungskonstanz und sozialpsychiatrische Betreuungskontinuität sowie die Niederschwelligkeit und Flexibilität der Versorgungsangebote.

Die Interventionen erfolgen am Aufenthaltsort der Personen: in der eigenen Wohnung, im eigenen Haus oder in den Institutionen. Die mobile Alterspsychiatrie leistet aufsuchende Diagnostik, Beratung, Betreuung und Therapie (UPD, 2021). Anstatt auf Veränderung zu drängen, ist zunächst umfangreiche Abklärung, Beobachtung und Begleitung erforderlich, um eine Chance auf Entwicklung zu ermöglichen. Die benötigte Niederschwelligkeit basiert somit auf Lebensweltorientierung, Mitbestimmung (Thiersch et al., 2010) und Ressourcenorientierung, ebenso wie auf professionelle Beziehungsgestaltung und Bezugsbetreuung (Hermann et al., 2013). Damit eng verknüpft ist der Faktor Zeit, der für einen Erfolg ausreichend investiert werden muss.

Die vorhandenen, gut funktionierenden alterssozialpsychiatrischen Angebote in Graz brauchen deutlich mehr Kapazitäten um dem vorhandenen und zukünftigen Bedarf auch nur annähernd gerecht werden zu können (vgl. Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter).

Die Versorgung muss im Querschnitt sowohl sektoren- als auch berufsgruppenübergreifend noch besser vernetzt konzipiert werden (vgl. DGGG, 2011).

Insgesamt benötigt es abgestufte und auch interdisziplinär aufeinander abgestimmte sowie rehabilitativ orientierte Versorgungsarrangements, etwa um Versorgungslücken nach Krankenhausentlassungen zu schließen.

Begleitet werden müssen all diese beschriebenen Bemühungen durch verstärkte alterspsychiatrische Forschung und Wissensvermittlung sowie durch präventiv gesundheitserhaltende Konzepte.

# 4

## Bisher anhand des Grazer Gerontopsychiatrischen Konzeptes 2003 umgesetzte Maßnahmen und deren Bewertung aus der Stakeholder:innen Befragung

### Ausgangssituation 2003

2003 waren die Möglichkeiten zur alterspsychiatrischen Versorgung noch sehr begrenzt. Es gab Bemühungen von verschiedenen Seiten Projekte zur besseren Versorgung zu schaffen. Diese waren aber nicht annähernd versorgungsdeckend. Aus diesem Grund ging es primär darum, die wichtigsten Arbeitsfelder und Abläufe zu definieren und eine Auswahl zu treffen, in welchen Bereichen am dringendsten Ausbau und Entwicklung notwendig waren.

#### Die übergeordneten Ziele waren:

- Schaffung einer Struktur, damit gerontopsychiatrisch belastete Menschen so lange und so lebenswert wie möglich zu Hause leben können
- Versorgung durch Zusammenarbeit und nicht durch Konkurrenzierung
- Förderung der Vernetzung und Kooperation aller bisher bestehenden Hilfssysteme, sowohl intramural als auch extramural
- Schließung von Lücken im Versorgungssystem
- Aus- und Fortbildung in außerstationärer Gerontopsychiatrie

#### Was sollte damit für die Menschen mit psychiatrischen Problemstellungen ab 60 Jahren erreicht werden?

- Verbesserung und/oder Stabilisierung der Lebensqualität
- Entlastung von pflegenden Angehörigen
- Besserung und/oder Stabilisierung der psychosozialen Fähigkeiten
- Besserung/Verhütung/Stabilisierung von Pflegebedürftigkeit
- Vermeidung/Verkürzung/Hinausschieben von stationären Aufenthalten und Heimeinweisungen
- Vernetzung aller an der Versorgung beteiligten Personen
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit
- Qualifizierung aller an der Versorgung beteiligten Diensten und Personen
- Aufbau fehlender Strukturen und Versorgungseinheiten (u. a. extramurales gerontopsychiatrisches Zentrum, sozialtherapeutische Rehabilitations- und Versorgungsleistungen)

Das Pilotprojekt war für die Modellregion Graz, aber mit auf das Land übertragbarer Struktur konzipiert (Stadt Graz, 2003). Um diese Ziele erreichen zu können, wurden zunächst folgende Schwerpunkte in den Mittelpunkt gestellt:

### Die Schaffung fehlender extramuraler Versorgungsbausteine als Kernsystem der Versorgung:

- Extramurales gerontopsychiatrisches Zentrum (Abklärung, Diagnose, Beratung)
- Mobiler gerontopsychiatrischer Fachdienst (mobile gerontopsychiatrische Betreuung)
- Ausgebildete ehrenamtliche Helfer:innen
- Demenztagesstätte
- Adäquate abgestufte Wohnformen
- Fortbildungsmaßnahmen
- Erweitertes Case Management mit entsprechend konzipierter effizienter und stabiler Bezugsbetreuung
- Unterstützung der Mobilen Dienste mit gerontopsychiatrischen Kompetenzen, sowie Entlastung und Stützung des gesamten Hilfssystems
- Erhöhung von Flexibilität und Individualisierung des Unterstützungsangebots

### Was wurde seit 2003 umgesetzt?

Zusammenfassend entwickelten sich mehr Angebote, als im Konzept näher beschrieben und vorgesehen waren. Trotz dieser erfreulichen Tatsache muss aber auf folgenden Umstand hingewiesen werden: Der Ausbaustand der einzelnen Angebote ist noch weit vom bestehenden Bedarf entfernt.

### Was wurde konkret erreicht?

#### Die folgenden wichtigen Basismodule sind entstanden:

- a) Die Pflegedrehscheibe
- b) Das Gerontopsychiatrische Zentrum (seit 2021 Alterspsychiatrische Beratungsstelle)
- c) Mobile Alterspsychiatrische Betreuung
- d) Ehrenamt – PIA – Partner Im Alter
- e) Demenztagesstrukturen
- f) Mobile (Pflege-)Dienste wurden parallel dazu ausgebaut
- g) Ein alterspsychiatrischer Lehrgang wurde entwickelt und umgesetzt
- h) Die Kommunikation zwischen den Anbieter:innen und Stakeholder:innen wurde verbessert

## Pflegedrehscheibe der Stadt Graz (PDS)

### Anlaufstelle für Pflegefachliche Beratung und Case Management

Im Jahre 2015 kamen die Vertragspartner:innen Stadt Graz (Sozialamt/Referat für Sozialplanung/Controlling/Pflege) und das Land Steiermark (Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft) überein, um das Pilotprojekt „Die Pflegedrehscheibe der Stadt Graz“ umzusetzen.

#### Rückmeldungen aus alterspsychiatrischer Sicht:

- Die Pflegedrehscheibe stellt in der Information über Versorgungslücken und -bedürfnisse eine wichtige neutrale Informationsquelle für alle betroffenen Personen und Kostenträger:innen dar.
- Ihre Rückmeldungen dienen den einzelnen Einrichtungen auch als Hinweise für die eigene Qualitätsverbesserung.
- Durch die Tätigkeit der Pflegedrehscheibe wurden viele allgemeine Beratungen abgefangen. So erfolgen die Zuweisungen in den alterspsychiatrischen Bereich wesentlich zielgenauer, was zur Entlastung und Konzentration auf den Kernbereich beiträgt.

## Gerontopsychiatrisches Zentrum

(seit 2021 Alterspsychiatrische Beratungsstelle)

Das Gerontopsychiatrische Zentrum (GPZ) besteht seit 2007 und hat sich im Rahmen seiner personellen Möglichkeiten (Aufstockung 2021) zu einem fixen Bestandteil der alterspsychiatrischen Versorgung in Graz und des mit aufgebauten alters-sozial-psychiatrischen Netzwerks in Graz entwickelt.

#### Rückmeldungen aus alterspsychiatrischer Sicht:

- Das GPZ hat sich als Partner in sehr breiter Weise sowohl in seiner beratenden und abklärenden, diagnostizierenden als auch begleitenden Funktion etabliert.
- Es ist für viele Einrichtungen im alterspsychiatrischen Kernbereich ein wichtiger Zuweiser und Kooperationspartner.
- Es ist inzwischen eine zentrale Institution in der Entwicklung neuer Angebote.

## SOPHA Graz, mobile alterspsychiatrische Betreuung

Ziel ist es, psychisch erkrankte Menschen ab dem 65. Lebensjahr in ihrer Lebensgestaltung und Selbstbestimmung vor Ort zu unterstützen, den Verbleib in den eigenen vier Wänden so lange wie möglich zu fördern, und eine Verbesserung ihrer Lebensqualität zu erreichen (Gallunder et al., 2017; Hermann et al., 2013). Angehörige und weitere Hilfeanbieter:innen sind ein wichtiger Bestandteil der Betreuung.

#### Rückmeldungen aus alterspsychiatrischer Sicht:

- Die mobile alterspsychiatrische Betreuung hat sich nicht nur als Vorzeigemodell etabliert, sondern stellt im Alltag einen zentralen Bestandteil in der Versorgung von Menschen mit chronischen alterspsychiatrischen Erkrankungen und der Unterstützung der Angehörigen dar.
- Besonders die Kooperation mit den mobilen Diensten ist sehr effizient und zielführend.
- Aus dem Projekt heraus entstanden sind weitere Einrichtungen wie das GPZ und PIA, sowie das Pilotprojekt StuBe – Stundenweise Betreuung zur Entlastung Angehöriger alterspsychiatrisch betroffener Menschen.
- Auch das Kernteam für Fortbildungen und wissenschaftliche Tätigkeit im alterspsychiatrischen Bereich ist dort verankert.

## PIA – Partner im Alter

(Ehrenamtliches Projekt)

Durch Veränderungen der Alters- und Familienstruktur gibt es einen stark steigenden Bedarf an der Unterstützung von psychisch belasteten älteren Menschen. Ein Teil der Betroffenen bedarf zwar einer alterspsychiatrischen Unterstützung, aber nicht unbedingt der vollen professionellen Kapazität.

#### Rückmeldungen aus alterspsychiatrischer Sicht:

- PIA hat sich als einerseits entlastende Einrichtung für den professionellen Bereich etabliert, andererseits bietet es eine ganz eigene Art der Beziehung an (geschenkte Zeit), die vielen Betroffenen sehr wertvoll ist.
- Wenn der Rahmen für die ehrenamtliche Betreuung entsprechend den Erfahrungen in diesem Bereich gut gestaltet ist, bleiben diese über lange Zeit aktiv.
- Obwohl sie eine wichtige Ergänzung und Erweiterung, bei in Relation geringen Kosten darstellen, ist das derzeitige Angebot bei weitem nicht ausreichend.

## Tagesbetreuung für Menschen mit Demenz am Beispiel „Haus am Ruckerlberg“ (Diakoniewerk)

Die Tagesbetreuung dient dem Gesundheitsziel „ambulant vor stationär“. Menschen mit Demenz werden tagsüber in einem familiären und räumlich überschaubaren Rahmen betreut. Das Angebot der Tagesbetreuung beinhaltet das Zur-Verfügung-Stellen von tagesstrukturierenden Förder- und Beschäftigungsangeboten, sowie psychosoziale und gerontopsychiatrische Beratung und Begleitung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Die Tagesbetreuung stellt eine wichtige therapeutische Säule in der Behandlung der Demenz dar. Zusätzlich zur gewonnenen Entlastung der pflegenden Angehörigen, ist es den betroffenen Menschen mit Demenz so länger möglich im gewohnten, häuslichen Umfeld leben zu können.

#### Rückmeldungen aus alterspsychiatrischer Sicht:

- Die Demenztagesstrukturen stellen ein zentrales Angebot für Betroffene und Angehörige dar, um das Leben zu Hause weiter zu ermöglichen.
- Im Aufbau eines Gesamtkonzeptes der Betreuung sind in vielen Fällen Tageszentren die Basis.
- Durch die alterspsychiatrische Konsiliar-Betreuung können spezielle Fragestellungen rasch geklärt werden.
- Es fehlt ein vergleichbares Angebot für alterspsychiatrisch betroffene Menschen mit anderen Diagnosen.

## Ausbau der Mobilen (Pflege-)Dienste

Der Tätigkeitsbereich der Mobilen (Pflege-)Dienste umfasst die Planung, Durchführung und Evaluierung der Pflege, Hilfe bei der medizinischen Versorgung oder bei Haushaltsarbeiten. Die Pflege- und Betreuungsleistungen werden durch die drei Berufsgruppen: diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegeassistenten und Heimhilfe erbracht.

Die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste bieten Unterstützung und Beratung, auch für Angehörige älterer Menschen.

#### Rückmeldungen aus alterspsychiatrischer Sicht:

- Viele alterspsychiatrisch erkrankte Menschen haben Mehrfacherkrankungen und sind auf mobile pflegerische Versorgung angewiesen.
- Die Verfügbarkeit adäquater mobiler Pflege ist somit ein essenzieller Bestandteil außerstationärer alterspsychiatrischer Versorgung.
- Personen mit psychischen Erkrankungen fällt es unter anderem schwer, Hilfe anzunehmen. Wenn Hilfe angenommen wird, ist die nächste Hürde, mit den durch die Mobilen (Pflege-)Dienste vorgegebenen Rahmenbedingungen konstruktiv umgehen zu können.

Neben diesen im Konzept 2003 erwähnten Einrichtungen sind in der Zwischenzeit natürlich auch andere wichtige Angebote entstanden, wie ein deutlicher Ausbau der 24-Stunden-Betreuungsmöglichkeiten, die Remobilisations-Betten, die Memory Klinik, und vieles mehr. Trotz dieser positiven Entwicklung fehlt es, wie bereits erwähnt, am Ausbaustand des Bestehenden, der noch weit vom tatsächlichen Versorgungsbedarfs entfernt ist. Weiters fehlt es in verschiedensten Bereichen noch an Angeboten und an einem strukturierten modernen Gesamtkonzept, welches alle Versorgungsbereiche umfasst und diese weiterentwickelt.



# 5

## Vorschläge zur zukünftigen Entwicklung der Versorgung

---

### Teil 1: Zentraler Versorgungsteil

Dieser Teil stellt den Kernbereich der Versorgung dar. Einen kleineren Bereich kann die Stadt Graz in der Hauptverantwortung übernehmen. In vielen Bereichen steht sie als Kooperationspartner für das Land Steiermark und eventuell dem Bund zur Verfügung. In manchen Bereichen kann sie nur die Rolle als Impulsgeberin übernehmen.

Trotzdem sollte ein Schwerpunkt auf der Umsetzung dieser zentralen Versorgungsteile liegen. Das bedeutet die Stärkung und den Ausbau des gut funktionierenden bestehenden Angebotes sowie eine Erweiterung des Angebots in folgende Richtung:

#### 1) Stärkung des Bestehenden:

Ausbau der folgenden, bereits bestehenden, erfolgreichen und gut akzeptierten Kernangebote auf ein bedarfsdeckendes Niveau:

- a) Pflegedrehscheibe
- b) SOPHA – Alterspsychiatrische Beratungsstelle (APBS)
- c) SOPHA – Mobile alterspsychiatrische Betreuung
- d) SOPHA – PIA – Ehrenamt
- e) Demenztagesstrukturen
- f) Konsiliardienste

#### 2) Erweiterungen des Angebots um:

##### a) Vorsorge und Prävention:

- Stadtteilzentren flächendeckend ausbauen und professionell begleiten
- Siedlungsarbeit in schwierigen Regionen

- Schwerpunktsetzung in neuralgischen Stadtteilen
- b) Sie dienen allgemeinen sozialen Aspekten und können für diesen Bereich besonders folgende **Zusatzaufgaben** übernehmen:
  - Einsamkeitsprophylaxe
  - Ausbau kleinstrukturierter Angebote und Unterstützungen: Aktivitäten zum Thema älterer Mensch
  - Vorträge
  - Bekanntmachen präventiver Möglichkeiten
- c) **Erfolgreiche Pilotprojekte** in die Regelfinanzierung überführen, wie z. B. die stundenweise Betreuung zur Entlastung Angehöriger alterspsychiatrisch erkrankter Menschen (SOPHA – STUBE)
- d) Ausbau der **Entlastung der Angehörigen** mit noch zu entwickelnden Modellen
- e) Aufbau von **Tagesstrukturen** für alt gewordene, und im Alter psychisch erkrankte Personen (auch mit leichtem Pflegebedarf)
- f) Grundsätzliche Schaffung von mehr **differenzierten Wohnformen** – z. B. Pilotprojekte für Wohngemeinschaften (Konzept für den Demenzbereich besteht, aber auch für andere Erkrankungen, Sucht etc. notwendig)
- g) Aufbau und Erweiterung der **Selbsthilfe für Angehörige** und betroffene Personen sowie deren Partizipation in allen Planungsprozessen
- h) **Öffentlichkeitsauftrag:** Bekanntmachung der Angebote aller Bereiche
- i) Forcieren der **aufsuchenden, nachgehenden und nachhaltigen Arbeitsweise**



## Teil 2: Ausbau des notwendigen Umfelds

- 1) Schaffung von **Angeboten sowie leistbaren Mietwohnungen**; bei Bedarf Organisation von notwendigen Zusatzleistungen über das bereits bestehende Netzwerk (psychische Betreuung bis körperlicher Pflegebedarf als neue, leistbare Form des betreuten Wohnens)
- 2) Schaffung von **freigehaltenen Plätzen**, um bei Bedarf mit Akutaaufnahme reagieren zu können
- 3) **Lobbying** zur Anhebung des Personalschlüssels im alterspsychiatrisch stationären Bereich auf 1 : 1,5 im Vergleich zum erwachsenenpsychiatrischen Bereich
- 4) **Finanzierung** von Besuchen der mobilen alterspsychiatrischen Betreuung im stationären Bereich und Personalaufstockung in beiden Bereichen
- 5) **Einrichtungen**, die kleine Alltagstätigkeiten und Reparaturen annehmen
- 6) Es bestehen Modelle zur **stundenweisen Beschäftigung** und/oder für stundenweise Tagesstrukturen auf Stundenlohnbasis für psychisch betroffene Menschen, die das übernehmen könnten.
- 7) Aufbau von **Tagesstrukturen** mit bezahlter stundenweiser Beschäftigung für „junge alte“ Menschen mit psychischen Problemstellungen
- 8) Langfristige Überlegungen zur **24-Stunden-Betreuung**, zu externer Qualitätskontrolle und der Öffnung der Betreuung für mehr als eine Person
- 9) Stärkung der **mobilen Angebote** zur Verbesserung der Übergänge von stationärer zu mobiler Betreuung (sowie vice versa)
- 10) Stärkung der **tagesklinischen Angebote** sowie die vermehrte Einrichtung von Ambulanzen/Ambulatorien mit Rezepturbefugnis
- 11) Generell **professionelle Begleitung der Pflegeheime** durch konsiliarisch aufsuchende Angebote (Alterspsychiatrie, Physiotherapie, Logotherapie, Ergotherapie etc.)

## Teil 3: Zwingend notwendige übergreifende Rahmenbedingungen

Allgemeine übergreifende Rahmenbedingungen, ohne die eine Versorgung in diesem Bereich grundsätzlich nicht möglich ist, auch wenn sie nicht in der Zuständigkeit der Stadt Graz liegen.

### Primär:

- 1) Schaffung eines Anspruchs auf **alterspsychiatrische Versorgung** (gesetzliche Regelungen)
- 2) **Abschaffung** des ambulanten Regresses, Senkung der Selbstbehalte
- 3) **Verbesserung der PflegegeldEinstufung** für Menschen mit psychisch/psychiatrischen Problemstellungen sowie eine Beschleunigung und Vereinfachung des Verfahrens zu PflegegeldEinstufung
- 4) **Übergreifende Planung**:
  - a) Installierung von standardisierten Qualitätszirkeln und deren Einbeziehung in die übergreifende Planung
  - b) Planungsparameter sind generell gültig, ihre Umsetzung setzt aber Kooperation der verschiedenen Bereiche voraus und ist daher meist träge
  - c) Laufende Kooperation zwischen den betroffenen Ressorts und Gebietskörperschaften sowie Umsetzung einer gemeinsamen übergreifenden Planung (Strategie, Entwicklung und Koordination)
  - d) Bei Bedarf kostenträgerübergreifende Finanzierungen und rasche Abstimmung bei Kofinanzierungen
  - e) Stabile öffentliche Finanzierungspläne, mehrjährige Finanzierungszusagen zur besseren Planbarkeit
  - f) Schrittweises Vorgehen: Bestehendes stärken, bereits vorliegende Konzepte umsetzen, Neues planen
  - g) Eingrenzung der steigenden Bürokratie
- 5) **Ausbildungsoffensive** und intensives gemeinsames Lobbying für Pflege, aber auch 24-Stunden-Betreuung. Anpassung der Ausbildung der Pflegekräfte mit einem Schwerpunkt in der ambulanten Versorgung

### Sekundär:

- 1) Versorgung von **speziellen alterspsychiatrischen Randgruppen** (Ältere mit Sucht, Migration, Wohnungslosigkeit etc.) mit speziellen Leistungen
- 2) Verbesserung des **Personalschlüssels** und dessen Anhebung auf den tatsächlichen Bedarf sowie eine Einbeziehung von Mehrbelastung. In Pflegeheimen soll zumindest an den österreichischen Standard angepasst werden.
- 3) **Öffnung der Einrichtungen für Menschen mit Mehrfachdiagnosen**, mit entsprechender Weiterbildung des Personals in den komplementären Bereichen (z. B. Psychiatrie-Sucht; Psychiatrieklassische Behinderung etc.). Bei Bedarf Spezialangebote.
- 4) **Finanzierung von fachärztlichen Konsiliardiens-**ten (besonders in Pflegeheimen, und kooperierenden Einrichtungen) und der Hausbesuche von niedergelassenen Fachärzt:innen, auch zur Entlastung des stationären Bereichs
- 5) Grundsätzliche **Einführung und Finanzierung** (Integration in die Abrechnungsstruktur) von Qualitätszirkeln, Fallbesprechungen, Supervision etc. in allen Betreuungsformen und Einrichtungstypen als Qualitätsvorgabe
- 6) Gegenseitige **Fortbildungen** der mobilen (Pflege-) Dienste und der alterspsychiatrischen Dienste sowie regelmäßiger Austausch
- 7) Gute externe **Qualitätsvorgaben**
- 8) **Verpflichtende Kooperation** zwischen den versorgenden Institutionen
- 9) Möglichkeiten zum **Finden individueller Lösungen** (Zeit, Kosten, etc.) bei schwierigen oder inkompatiblen Problemstellungen



# Schlussbemerkungen

---

Wie diese kurze Zusammenfassung zeigt, bedarf es unter den gegebenen Rahmenbedingungen ganz dringend des Ausbaus bereits bestehender Angebote und der Implementierung neuer Angebotsformen.

Ohne rascher und entschiedener Schritte wird es in Zukunft nicht möglich sein, alle betroffenen Menschen auch nur annähernd ausreichend zu versorgen (weder stationär noch mobil).

Dieses Konzept und besonders die Kurzform sollen handlungs- und planungsanleitend für die Stadt Graz sein.

Da die Stadt Graz bereits viele Anstrengungen in die richtige Richtung unternommen hat, ist es berechtigt, auch in Zukunft mit einer Umsetzung voller Elan, Kreativität und politischem Willen zu rechnen.

Dafür gilt der Dank allen, die diese Umsetzung ermöglicht haben und sie weiterentwickeln werden.

