

# Gerontopsychiatrische Versorgung im Regierungsbezirk Mittelfranken

Zusammenfassung der Ergebnisse der Bestandsaufnahmen in den einzelnen Regionen und Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation in den ambulanten, teilstationären, stationären, psychosozialen und medizinisch-therapeutischen Versorgungsbereichen

<b>1</b>	<b>AUSGANGSSITUATION</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>ZIELGRUPPE</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>DURCHFÜHRUNG DER BESTANDSAUFNAHMEN</b> .....	<b>4</b>
3.1	<i>METHODEN</i> .....	4
3.2	<i>VERLAUF</i> .....	5
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE</b> .....	<b>6</b>
4.1	<i>RÜCKLAUFQUOTE</i> .....	6
4.2	<i>ANTEIL GERONTOPSYCHIATRISCH ERKRANKTER IN DEN EINZELNEN VERSORGUNGSBEREICHEN</i> .....	8
4.3	<i>HÄUFIGKEIT ALT GEWORDENER CHRONISCH PSYCHISCH KRANKER MENSCHEN</i> .....	9
4.4	<i>HÄUFIGKEIT DER FACHARZTVERSORGUNG GERONTOPSYCHIATRISCH ERKRANKTER</i> .....	10
4.5	<i>INANSPRUCHNAHME PSYCHOSOZIALER VERSORGUNG</i> .....	11
4.6	<i>HÄUFIGKEIT DER VERSCHIEDENEN GERONTOPSYCHIATRISCHEN KRANKHEITSBILDER</i> .....	13
4.7	<i>FEHLENDE VERSORGUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR BESTIMMTE ZIELGRUPPEN</i> .....	15
4.8	<i>WEITERVERWEISUNGEN</i> .....	18
4.9	<i>LEISTUNGSPROFIL</i> .....	22
4.9.1	<i>Pflege/ambulant</i> .....	22
4.9.2	<i>Pflege/teilstationär</i> .....	23
4.9.3	<i>Pflege/stationär</i> .....	24
4.9.4	<i>Psychosoziale Versorgung</i> .....	27
4.9.5	<i>Medizin/ambulant</i> .....	28
4.9.6	<i>Medizin/stationär</i> .....	31
4.10	<i>GERONTOPSYCHIATRISCHE FACHKRÄFTE</i> .....	31
4.11	<i>ZUSAMMENARBEIT DER LEISTUNGSANBIETER</i> .....	33
4.12	<i>THERAPEUTISCHE KONZEPTE</i> .....	36
4.13	<i>FORTBILDUNGSBEDARF</i> .....	37
<b>5</b>	<b>LEITLINIEN GERONTOPSYCHIATRISCHER VERSORGUNG</b> .....	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>MAßNAHMEEMPFEHLUNGEN</b> .....	<b>38</b>
<b>7</b>	<b>ANHANG</b> .....	<b>44</b>

## 1 Ausgangssituation

Nach der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden ([www.destatis.de](http://www.destatis.de)) wird damit gerechnet, dass im Jahr 2050 rund 36,7% der Bevölkerung 60 Jahre und älter sein werden. Auch die Zahl der Hochaltrigen wird in den nächsten Jahrzehnten von derzeit ca. 3,2 Millionen Menschen auf ca. 5 Millionen Menschen im Jahr 2020 und auf ca. 9 Millionen Menschen im Jahr 2050 ansteigen. Für Mittelfranken stellen sich die Zahlen, basierend auf den Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung, wie folgt dar:

Die Gesamtbevölkerung von Mittelfranken betrug mit Stand vom 31.12.1999 (GeFa Mittelfranken/Lezius/22.1.01) insgesamt 1.683.282 Einwohner, von denen 275.440 Personen 65 Jahre und älter waren. In repräsentativen Feldstudien (Bickel 1997) wurde ein Anteil von 25% an nicht geringfügigen psychischen Störungen bei den ab 65-Jährigen ermittelt. Somit kann zum heutigen Zeitpunkt von einer Anzahl von 68.860 Menschen mit psychischen Erkrankungen in Mittelfranken ausgegangen werden. Auf Grund der demografischen Entwicklung besonders mit einer zunehmenden Anzahl Hochaltriger wird ein stärkerer Zuwachs an Demenzerkrankungen zu verzeichnen sein. Bundesweit wird mit einer jährlichen Zuwachsrate von ca. 20.000 Neuerkrankungen gerechnet, falls keine weitreichenden Erfolge in der Prävention und Therapie dieser Erkrankung erzielt werden, so dass sich die Anzahl der Demenzerkrankten bis 2030 bundesweit auf ca. 1,5 Mio erhöht haben wird (Bickel).

Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Aufgabe der Etablierung bzw. Weiterentwicklung einer differenzierten und weitreichenden gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur. Dieses spielt sich einerseits ab zwischen den Zwängen der wirtschaftlichen Möglichkeiten und andererseits den Wünschen der Erkrankten nach Autonomie und größtmöglicher Selbstständigkeit unter Wahrung ihrer Würde, wie sie im Grundgesetz postuliert wird. Die folgende Zusammenfassung der Ergebnisse der Bestandsaufnahme und der daraus abgeleiteten Empfehlungen soll den Handlungsträgern eine Grundlage für die Planung und Entwicklung der weiterreichenden Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen bieten.

## 2 Zielgruppe

Um wen geht es in der gerontopsychiatrischen Versorgung? Diese bezieht sich lt. Definition der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. auf ältere Menschen ab dem 60.-65. Lebensjahr, die unter Psychosen, Neurosen, Suchterkrankungen, erlebnisreaktiven Erkrankungen oder psychosozialen Störungen in allen ihren Erscheinungswesen leiden. Wie oben bereits ausgeführt, ist repräsentativen Studien zufolge davon auszugehen, dass 25% der über 65-Jährigen an psychischen Störungen und Erkrankungen leiden. Jeweils 10% dieses Personenkreises sind entweder von einer depressiven oder von einer wahnhaften Störung und etwa 6% von einer Demenzerkrankung betroffen. Ein geringer Anteil von 1,5 bzw. 0,5% entfällt auf Alkoholabhängigkeitserkrankungen und Schizophrenie (H. Bickel, 1997). Bei den Demenzerkrankungen ist die höchste Zunahme im Alter und der höchste Unterstützungsbedarf zu verzeichnen. Eine Demenzerkrankung gilt mittlerweile als häufigster Grund für eine Heimeinweisung, denn sie ist auf Grund ihrer Symptomatik die folgenschwerste Krankheit. Das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, verdoppelt sich alle fünf Jahre zwischen dem 60. und 90. Lebensjahr (Sozialministerium Baden-Württemberg 1998).

Alte Menschen stellen somit keine homogene Gruppe dar. So sind die 60- bis 80-Jährigen nur zu einem geringen Maß pflegebedürftig, die Hochaltrigen 80- bis 100-Jährigen benötigen dagegen in erheblich höherem Maß Unterstützung und Pflege. Der Bedarf an Pflege und Unterstützung für den Personenkreis der gerontopsychiatrisch Erkrankten ist durchaus unterschiedlich hoch.

Nicht außer Acht gelassen werden dürfen jedoch auch die in einem frühen Alter an einer Demenz erkrankten Menschen, die nicht von einer spezifischen Versorgung auf Grund ihres niedrigeren Alters ausgeschlossen werden sollten sowie die sog. funktionell vorgealterten chronisch psychisch Kranken, für die geeignete Versorgungsstrukturen benötigt werden. Somit sind die verschiedensten Personengruppen mit den unterschiedlichsten Bedürfnissen in das Augenmerk der Gerontopsychiatrie gerückt.

### **3 Durchführung der Bestandsaufnahmen**

Zum August 2000 wurde für Mittelfranken die Funktion einer Gerontopsychiatrischen Fachkoordination (GeFa) eingerichtet. Träger dieser Stelle ist die Angehörigenberatung e.V. in Nürnberg, finanziert wird sie durch Mittel des Sozialreferates des Bezirks Mittelfranken. Um einen Gesamt-Überblick über die derzeitige Versorgungssituation gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Mittelfranken zu gewinnen, machte es sich die GeFa zur Aufgabe, die Durchführung einer umfassenden Datenerhebung zu erarbeiten, auszuführen und auszuwerten. Die Bestandsaufnahme wurde breit unterstützt und viele Befragte haben die umfangreichen Fragebögen äußerst differenziert beantwortet. An dieser Stelle sei allen, die die Bestandsaufnahme aktiv und tatkräftig unterstützt haben, ein besonderer Dank ausgesprochen.

Auf der Grundlage der erhobenen Daten soll zu einem späteren Zeitpunkt eine Datenquelle erstellt werden, die allen Interessierten zur Verfügung stehen soll. Die für die einzelnen Regionen erarbeiteten Berichte wurden bereits in den verschiedenen Gremien und Arbeitskreisen vorgestellt und diskutiert, welche möglichen Konsequenzen sich in der jeweiligen Region daraus ergeben könnten.

#### **3.1 Methoden**

Um einen generellen Überblick über die möglichen Versorgungsangebote zu erhalten, wurde eine „Übersicht über die Bausteine einer gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur“ erstellt (s. Anhang). Erfasst wurden die drei großen Versorgungsbereiche:

- ↳ Pflegerische Versorgung
- ↳ Medizinische Versorgung/Diagnostik
- ↳ Psychosoziale Versorgung/Unterstützung/Beratung

Diese bildeten die Grundlage für die Bestandsaufnahme Gerontopsychiatrie. Dazu wurde ein mehrseitiger Fragebogen entwickelt, der neben der Abfrage konkreter Daten u.a. die Einschätzung bezüglich fehlender Angebote sowie für geeignet erachteter Konzepte abfragte. Inhaltlich wichen die Fragebögen für die einzelnen Bereiche nur geringfügig in einigen Formulierungen ab. Der größte Unterschied ergab sich für den medizinischen Bereich. Hier wichen einzelne Fragen ab oder entfielen. Zusätzlich wurde ein Interviewleitfaden für die Managementebene entwickelt, der ausschließlich in Nürnberg zum Einsatz kam. Anhand der o.g. Übersicht wurden von den AnsprechpartnerInnen vor Ort in Zusammenarbeit mit der GeFa die Verteiler erstellt, die je nach Region einen zahlenmäßig

mehr oder weniger starken Umfang aufwiesen. Unterstützt wurde die Bestandsaufnahme in den einzelnen Regionen durch ein Anschreiben des Regierungsdirektors des Bezirks und durch ein Anschreiben der Sozialreferentin der Stadt Nürnberg oder der Landräte einzelner Regionen des Bezirks.

### **3.2 Verlauf**

Die Bestandsaufnahme in den 7 Regionen Mittelfrankens und der Stadt Nürnberg erstreckte sich über einen Zeitraum von 4 Jahren. Im Folgenden findet sich die detaillierte Darstellung über den zeitlichen Verlauf der einzelnen Erhebungen und Auswertungen:

#### Region Stadt Nürnberg

- ↪ Bereich Pflege: erhoben und ausgewertet im Jahr 2001 mit den Berichten „Erste Ergebnisse“ und „Folgebericht“
- ↪ Bereich Medizinische Versorgung/Diagnostik: erhoben und ausgewertet 2001/2002
- ↪ Bereich Psychosoziale Versorgung/Unterstützung/Beratung: erhoben im Jahr 2003, ausgewertet im Jahr 2004

#### Region Landkreis Neustadt/Aisch - Bad Windsheim

- ↪ Erhebung und Auswertung aller 3 Bereiche im Jahr 2002

#### Region Stadt und Landkreis Fürth

- ↪ Bereiche Pflege und Psychosoziale Versorgung/Unterstützung/Beratung: erhoben und in einem „Zwischenbericht“ ausgewertet im Jahr 2002
- ↪ Bereich Medizinische Versorgung/Diagnostik: erhoben 2002/2003 und Ergänzung für die beiden o.g. Bereiche: im Jahr 2003

#### Region Landkreis Roth/Stadt Schwabach

- ↪ Bereich Pflege: erhoben 2002, ausgewertet 2003
- ↪ Bereiche Medizinische Versorgung/Diagnostik und Psychosoziale Versorgung/Unterstützung/Beratung: erhoben und ausgewertet im Jahr 2004

#### Region Stadt Erlangen/Landkreis Erlangen-Höchstadt

- ↪ Erhebung aller 3 Bereiche 2002, ausgewertet 2003

#### Region Landkreis Weißenburg – Gunzenhausen

- ↪ Erhebung aller 3 Bereiche 2002/2003, ausgewertet 2003

Region Landkreis Nürnberger Land

↳ Erhebung aller 3 Bereiche 2003/2004, ausgewertet 2004

Region Stadt und Landkreis Ansbach

↳ Erhebung aller 3 Bereiche 2003/2004, ausgewertet 2004

## **4 Ergebnisse**

### **4.1 Rücklaufquote**

Insgesamt betrachtet war die Resonanz auf die Bestandserhebung ausgesprochen positiv. Besonders aus dem stationären Bereich kamen die z.T. ausführlichsten Rückmeldungen. Ist dies der Versorgungsbereich, in dem das Problem einer angemessenen Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen am deutlichsten zu Tage tritt und am ehesten artikuliert wird? Auch der ambulante Pflegebereich hat die Befragung sehr unterstützt und dazu genutzt, auf die schwierige Finanzierungssituation aufmerksam zu machen, wenn es um die Versorgung demenzkranker PatientInnen geht. Im Verhältnis zu allen Bereichen waren die Rückläufe aus dem ambulanten medizinischen Bereich sehr gering, auch wenn sie meist über den 10% liegen, die bei bundesweiten Befragungen erzielt wurden.

Für eine Nichtteilnahme bzw. Nichtberücksichtigung lagen unterschiedliche Gründe vor, über die in den einzelnen Berichten nachzulesen ist. In der folgenden Tabelle 1 ist die Höhe des Rücklaufs für die einzelnen Versorgungsbereiche und Regionen aufgelistet. Nicht immer ist eine Prozentangabe möglich. Der Bereich Pflege/teilstationär wird hier nicht mit aufgeführt, da es sich um sehr geringe Zahlen handelt.

Da die Anzahl der angeschriebenen Dienste, Stellen und Einrichtungen je nach Region stark variieren kann, sind in Klammern die absoluten Zahlen aufgeführt, wie viele von wie vielen Angeschriebenen geantwortet haben.

<b>Region</b>	<b>Pflege/ ambulant</b>	<b>Pflege/ stationär</b>	<b>Psychosozial</b>	<b>Medizin/ ambulant</b>	<b>Kliniken</b>
Stadt Nürnberg	75% (50 von 67)	68% (39 von 57)	25% (18 von 72)	12% (69 von 558)	25% (6 von 24)
Landkreis Neustadt/A.- Bad Windsheim	47% (9 von 19)	82% (9 von 11)	52% (13 von 25)	11% (6 von 56)	/
Stadt und Landkreis Fürth	57% (8 von 14) <sup>1</sup>	50% (10 von 20) <sup>2</sup>	100% (9 von 9)	7% (14 von 195)	(1 von 1)
Landkreis Roth/ Stadt Schwabach	100% (17)	100% (20)	44% (8 von 18)	11% (15 von 136)	(1 von 1)
Stadt Erlangen/ Landkreis Erlangen- Höchstadt	83% (20 von 23)	78% (14 von 18)	27% (6 von 22)	20% (27 von 133)	53% (10 von 19)
Landkreis Weißenburg- Gunzenhausen	58% (7 von 12)	78% (14 von 18)	35% (6 von 17)	22% (14 von 63)	(2 von 3)
Landkreis Nürnberger Land	53% (10 von 19)	50% (13 von 26)	56% (5 von 9)	13% (19 von 150)	50% (3 von 6)
Stadt und Landkreis Ansbach	59% (20 von 34)	74% (17 von 23)	43% (3 von 7)	14% (27 von 194)	57% (4 von 7)

Tab. 1: Rücklauf aus den einzelnen Versorgungsbereichen

<sup>1</sup> Im Zwischenbericht war von 15 Diensten ausgegangen; einer befand sich jedoch außerhalb der Region, so dass er unberücksichtigt bleibt.

<sup>2</sup> Im Zwischenbericht war von 22 Einrichtungen ausgegangen: 1 Einrichtung wurde jedoch z.Zt. der Befragung umgebaut, eine andere befand sich außerhalb der Region, so dass diese unberücksichtigt bleiben.

## 4.2 Anteil gerontopsychiatrisch Erkrankter in den einzelnen Versorgungsbereichen

Im folgenden Überblick ist der Anteil der pro Monat erfassten gerontopsychiatrisch Erkrankten in den einzelnen Regionen und Versorgungsbereichen in gerundeten Prozentangaben bezogen auf die insgesamt erfassten Versorgten dargestellt. Den Fragebögen war eine Auflistung über typische Symptome gerontopsychiatrischer Erkrankungen beigefügt, um eine Eigenbeurteilung zu unterstützen, falls keine Diagnosen vorlagen. In Klammern finden sich die absoluten Zahlen der erfassten gerontopsychiatrisch Erkrankten:

<b>Region</b>	<b>Pflege/ ambulant</b>	<b>Pflege/ stationär</b>	<b>Psychosozial</b>	<b>Medizin/ ambulant</b>	<b>Kliniken</b>
Stadt Nürnberg	30% (1.155)	53% (2.089)	24% (619)	10% (1.487)	16% (347)
Landkreis Neustadt/A.- Bad Windsheim	39% (173)	54% (562)	39% (98)	7% (163)	/
Stadt und Landkreis Fürth	46% (318)	59% (732)	15% (134)	12% (413)	38% (15)
Landkreis Roth/ Stadt Schwabach	27% (277)	65% (714)	42% (102)	12% (517)	/
Stadt Erlangen/ Landkreis Erlangen- Höchstadt	34% (506)	41% (766)	23% (98)	8% (604)	58% (508)
Landkreis Weißenburg- Gunzenhausen	33% (196)	45% (409)	24% (50)	6% (294)	7% (33)
Landkreis Nürnberger Land	29% (260)	60% (816)	39% (91)	18% (865)	14% (25)
Stadt und Landkreis Ansbach	32% (512)	59% (763)	10% (18)	7% (764)	49% (549)

Tab. 2: Anteil gerontopsychiatrisch Erkrankter in den Versorgungsbereichen der Regionen

Interessant erscheint es, ob aus einem niedrigen Prozentanteil der Versorgung im ambulanten Pflegebereich auf einen hohen Versorgungsgrad durch den stationären Bereich geschlossen werden kann bzw. im Umkehrschluss könnte aus einem hohen Versorgungsgrad durch den ambulanten Pflegebereich auf einen niedrigeren Anteil an



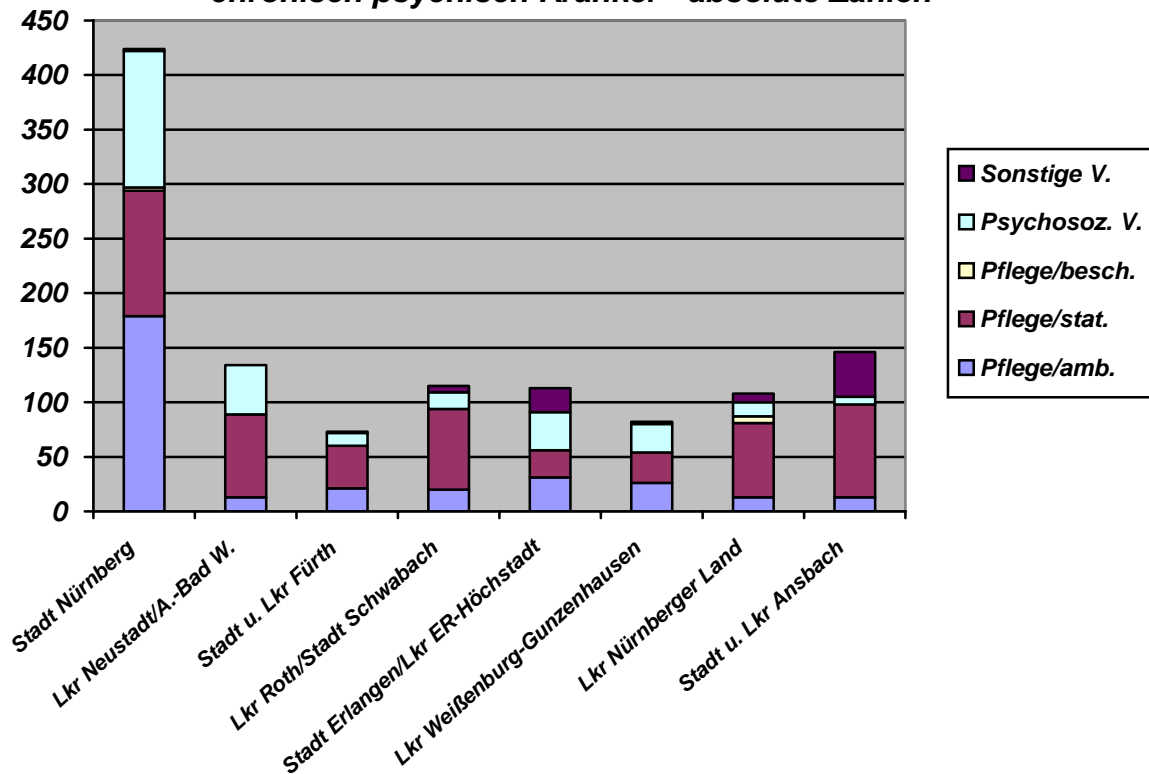
stationärer Versorgung geschlossen werden? Schaut man die Zahlen der Landkreise Roth/Stadt Schwabach und Nürnberger Land an, könnte erstere Annahme hier eine Bestätigung finden. Relativiert wird diese Annahme jedoch durch einen Blick auf den Anteil gerontopsychiatrisch Erkrankter in Stadt und Landkreis Fürth, der in beiden Bereichen, dem ambulanten wie dem stationären, einen im Vergleich mit den übrigen Regionen hohen Wert aufweist. Im Gegensatz zu den 3 Regionen Stadt Nürnberg, Landkreis Neustadt/A.- Bad Windsheim und Stadt und Landkreis Ansbach, in denen ein relativ ähnliches Verhältnis von durchschnittlich 34% im ambulanten zu durchschnittlich 55% gerontopsychiatrisch Erkrankter im stationären Bereich besteht, stehen die beiden Regionen Stadt Erlangen/Landkreis Erlangen-Höchstadt und Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen. Hier ist der durchschnittliche Anteil von 33% im ambulanten Bereich auf einem ähnlichen Niveau wie in den 3 vorher genannten Regionen. Die beiden niedrigsten Anteile gerontopsychiatrisch Erkrankter im stationären Bereich von 41 und 45%, durchschnittlich 43%, fallen jedoch aus dem gesamten Überblick heraus. Keine der beiden oben formulierten Überlegungen scheint eine Bestätigung zu erfahren. Auch die Frage danach, ob ein Unterschied in der Versorgung zwischen den städtischen Ballungsgebieten und den ländlicheren Gebieten hinsichtlich der Zugriffsmöglichkeit auf ambulante oder stationäre Versorgung besteht, kann zumindest aus dieser Tabelle nicht schlüssig beantwortet werden.

Insgesamt betrachtet fallen die Prävalenzzahlen niedriger aus als bundesweit üblich. Es könnte hier auf ein Wissensdefizit zur Gerontopsychiatrie geschlossen werden. Der Fortbildungsbedarf zu den Themen Demenz und Depression war in allen Regionen stets hoch (s. Punkt 4.13). Viel Informationsarbeit und Aufklärung der Fachwelt als auch der allgemeinen Öffentlichkeit sind nötig, um diesem Defizit abzuhelpfen.

### **4.3 Häufigkeit alt gewordener chronisch psychisch kranker Menschen**

Es wurde in allen Regionen nach dem Anteil dieser Personengruppe gefragt und festgestellt, in welchem Versorgungsbereich sie erscheinen. Im Folgenden findet sich eine grafische Übersicht über die Häufigkeit in den Regionen und den Anteil in den einzelnen Versorgungsbereichen.

**Grafik 1: Häufigkeit und Versorgungsart alt gewordener chronisch psychisch Kranker - absolute Zahlen**

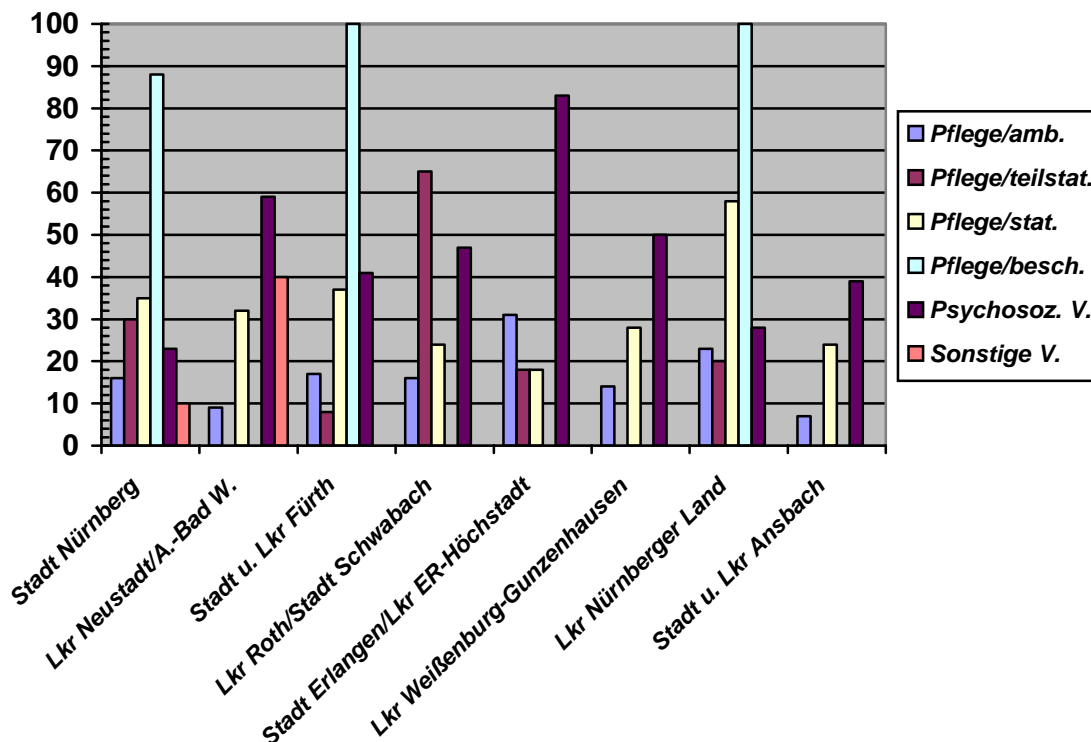


Die erfassten Zahlen bewegen sich überwiegend auf einem eher niedrigen Niveau. In den Regionen Stadt Nürnberg, Stadt Erlangen/Lkr ER-Höchstadt und Lkr Weißenburg-Gunzenhausen liegt die Prävalenz in den drei Bereichen Pflege/ambulant, Pflege/stationär und psychosoziale Versorgung zahlenmäßig auf einem ähnlichen Niveau. Ansonsten ist eine Häufigkeit der Versorgung im stationären Bereich festzustellen. Unter „Sonstige Versorgung“ werden die Angaben z.B. der Kurzzeitpflege, aber besonders der Bezirkskliniken Erlangen, Ansbach und Engelthal (Region Nürnberger Land) summiert, die in ihren jeweiligen Regionen eine wichtige Funktion für die Versorgung dieser Personengruppe übernehmen, was sich in den Regionen Nürnberger Land und Stadt und Landkreis Ansbach zahlenmäßig jedoch nicht vermindern auf die stationäre Versorgung auszuwirken scheint.

#### **4.4 Häufigkeit der Facharztversorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter**

Von Wichtigkeit für eine angemessene Versorgung der Erkrankten ist die Inanspruchnahme von Facharztversorgung. Wie sieht es damit in den einzelnen Bereichen und Regionen aus? In der folgenden Grafik ist die Häufigkeit in Prozent dargestellt:

**Grafik 2: Häufigkeit der Facharztversorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter - in Prozent**



Festzustellen ist ein hoher bis hundertprozentiger Grad an Facharztversorgung der Erkrankten in den beteiligten beschützenden Bereichen. Auch Erkrankte, die von psychosozialen Diensten/Stellen unterstützt und begleitet werden, können in höherem Maße eine Facharztversorgung in Anspruch nehmen als z.B. Bewohner von Altenpflegeheimen. Für den stationären Bereich liegen mit einem Wert von 59% und 35% die Angaben zur Facharztversorgung nur zweimal höher als die der psychosozialen Dienste/Stellen in derselben Region. Die niedrigsten Werte ergeben sich für den Bereich Pflege/ ambulant, die z.T. noch durch die Angaben aus dem Bereich Pflege/teilstationär in jedoch geringem Umfang übertagt werden. Zu berücksichtigen ist, dass den Pflegediensten z.T. Angaben nicht möglich waren, da ihnen nicht immer Informationen zu dieser Frage vorlagen. Unter „Sonstige Versorgung“ finden sich Angaben der Kurzzeitpflege oder des Betreuten Wohnens.

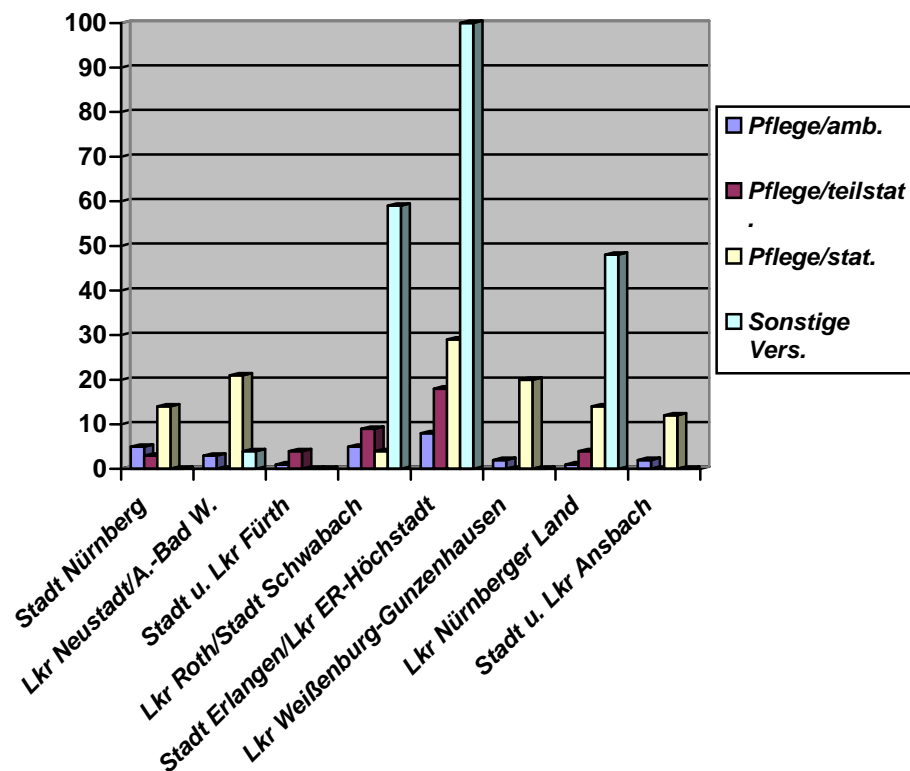
#### **4.5 Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung**

Zur psychosozialen Versorgung wurde neben den Selbsthilfegruppen und Angehörigenberatungsstellen auch nach der Inanspruchnahme von Psychotherapie gefragt. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Höhe des Anteils an den insgesamt erfassten gerontopsychiatrisch Erkrankten in den jeweiligen Versorgungsbereichen. Unter „Sonstige

Versorgung“ sind die Angaben einer Langzeiteinrichtung, der Rehabilitationsabteilung eines Krankenhauses und die einer Betreuten Seniorenwohnanlage abgebildet.

Die absoluten Zahlenangaben bewegen sich auf einem sehr niedrigen Niveau, abgesehen von den Angaben der stationären Einrichtungen, wo von 82 und 112 BewohnerInnen über 120 und 223 bis zu 286 Personen benannt wurden, die ein derartiges Angebot in Anspruch nehmen würden.

**Grafik 3: Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung - in Prozent**



Auffällig ist, dass besonders die in ein spezifisch geriatrisch oder psychiatrisch ausgerichtetes Versorgungsangebot eingebundenen Personen neben denen in der betreuten Wohnanlage besonders gegenüber ambulant aber auch stationär Versorgten eher auf ein spezielles psychosoziales Versorgungsangebot Zugriff nehmen können. Selten nannten bei der Beantwortung dieser Frage die stationären Einrichtungen ein eigenes stationäres Angebot. Den ambulanten Pflegediensten liegen vielfach keine Informationen zu dieser Frage vor.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass psychisch kranke ältere Menschen in der Konkurrenz um diagnostische und therapeutische Chancen gegenüber Jüngeren in der Regel benachteiligt sind, wie von Helmchen und Kanowski in „Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland“ festgestellt wurde. (Deutsches Zentrum für

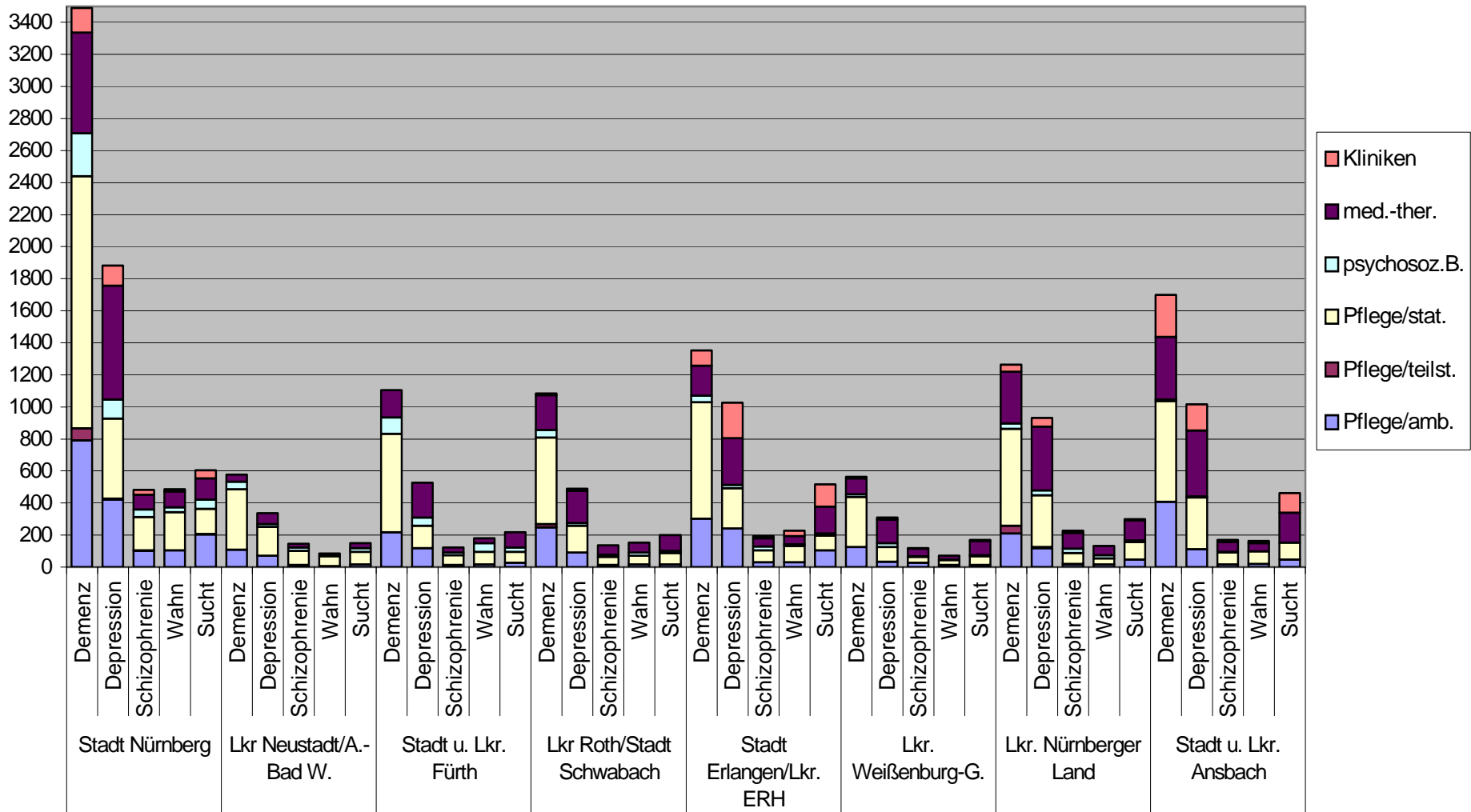
Altersfragen, 2001) Grundsätzlich wäre aus ihrer Sicht zu begrüßen, wenn im Bereich der Gerontopsychiatrie die Psychotherapie einen höheren Stellenwert bekäme.

Die Grafik zeigt deutlich, dass die Vermittlung von psychosozialen Angeboten viel zu gering ausfällt, somit kann die Forderung nach Stärkung des psychosozialen Bereichs voll unterstützt werden.

#### **4.6 Häufigkeit der verschiedenen gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder**

Gefragt war nach der Höhe der verschiedenen Krankheitsbilder in den jeweiligen Versorgungsbereichen. Zur Unterstützung der Beantwortung wurde den Fragebögen eine Übersicht über die typischen Symptome gerontopsychiatrischer Erkrankungen beigefügt (s. Anhang). Da den MitarbeiterInnen der Dienste und Einrichtungen nicht immer eine Diagnose vorliegt, konnten Eigenbeurteilungen und Mehrfachnennungen vorgenommen werden. Abweichungen in Bezug auf die Anzahl gerontopsychiatrisch Erkrankter entstehen auch dadurch, dass einige Befragte ausdrücklich keine Angaben zu den einzelnen Krankheitsbildern vornehmen wollten auf Grund fehlender Diagnosen (gilt für Nürnberg: psychosozialer Bereich) bzw. nicht eruierbarer Daten (Nürnberg: Kliniken). In der folgenden Grafik sind die erfassten Zahlen aus den einzelnen Versorgungsbereichen und Regionen zusammen dargestellt:

Grafik 4: Häufigkeit der Krankheitsbilder in den einzelnen Versorgungsbereichen - in absoluten Zahlen



Die Grafik veranschaulicht nachdrücklich, in welchem hohem Maße sich gerade demenziell erkrankte Menschen in der Gerontopsychiatrie finden und zwar in jeder Region besonders häufig in den stationären Einrichtungen. Auch die Anzahl der depressiv Erkrankten als zweitgrößte Gruppe, die sich am häufigsten im medizinisch-therapeutischen Bereich wiederfinden, wird sehr deutlich. Bereits an dritter Stelle stehen die Suchterkrankten. Die an einer Schizophrenie oder einem Wahn Erkrankten finden sich in wesentlich geringerer Anzahl. Wenn auch die Anzahl der Demenzerkrankten und der depressiv Erkrankten stets besonders herausragt, besteht doch ein großes Missverhältnis zwischen den erfassten und den (nach Bickel) errechneten Zahlen der betroffenen Erkrankten (s. Einzelberichte). Es muss von einem immensen Bedarf im Hintergrund ausgegangen werden. Bereits an dieser Stelle sei auf das möglicherweise zu Grunde liegende Diagnoseproblem hingewiesen. Immerhin 90% aller alten Menschen haben einen Hausarzt, den sie auch regelmäßig konsultieren (Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung, 1999), so dass den HausärztInnen eine zentrale Rolle in der Versorgung zukommt. Die Kenntnis der Versorgungsstrukturen, Weiterverweisungen an FachärztInnen und weitere stützende Dienste und Stellen wäre hilfreich und notwendig.

Auf den zukünftig steigenden, aber auch auf den bereits bestehenden Bedarf an gerontopsychiatrischer Versorgung sollte in optimaler Weise eingegangen werden. Es kann nicht an Menschen, die sich in ihrem letzten Lebensabschnitt befinden und besonderer Hilfe und Unterstützung bedürfen, gespart werden.

#### **4.7 Fehlende Versorgungsmöglichkeiten für bestimmte Zielgruppen**

Die ambulanten Pflegedienste, teilstationären und stationären Einrichtungen und die psychosozialen Dienste/Stellen wurden nach Gründen für eine Nichtversorgung bestimmter Personengruppen gefragt. In Tabelle 3 findet sich eine Zusammenfassung der Häufigkeit der Nennungen zu den verschiedenen Krankheitsgruppen.

Da die Anzahl der angeschriebenen Dienste und Einrichtungen in den Regionen unterschiedlich hoch war und die Anzahl derer, die auf diese Frage geantwortet haben, ebenfalls stark differierte, wird eine Übersicht über die Anzahl in den Regionen vorangestellt:

- In der Region Stadt Nürnberg haben insgesamt 49% die Frage nach fehlenden Versorgungsmöglichkeiten für bestimmte Personengruppen beantwortet: 14 von 50 ambulanten Pflegediensten, 2 von 4 Tagespflege-Einrichtungen, 22 von 36 stationären Pflegeeinrichtungen und 15 von 18 psychosozialen Diensten/Stellen.

- In der Region Landkreis Neustadt/A.- Bad Windsheim haben insgesamt 43% auf diese Frage geantwortet: 5 von 10 ambulanten Diensten, 4 von 11 stationären Einrichtungen und 3 von 7 psychosozialen Diensten/Stellen.
- In der Region Stadt und Landkreis Fürth beantworteten 55% die Frage nach den Gründen für eine Nichtversorgung bestimmter Personengruppen: 5 von 8 ambulanten Pflegediensten, die 1 Tagespflege-Einrichtung, 5 von 11 stationären Einrichtungen und 5 von 9 psychosozialen Diensten/Stellen.
- In der Region Landkreis Roth/Stadt Schwabach antworteten 60% auf diese Frage: 9 von 17 ambulanten Pflegediensten, die 1 Tagespflege-Einrichtung, 13 von 18 stationären Einrichtungen und 3 von 8 psychosozialen Diensten/Stellen und die geriatrische Rehabilitationsabteilung des Klinikums.
- In der Region Stadt Erlangen/Landkreis Erlangen-Höchstadt hatten 51% auf diese Frage geantwortet: 8 von 20 ambulanten Pflegediensten, die 1 Tagespflege-Einrichtung, 7 von 14 stationären Einrichtungen und 5 von 6 psychosozialen Diensten/Stellen.
- In der Region Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen antworteten 54%: 2 von 7 ambulanten Pflegediensten, 7 von 13 stationären Einrichtungen und 5 von 6 psychosozialen Diensten/Stellen.
- In der Region Landkreis Nürnberger Land hatten 66% die Frage beantwortet: 4 von 10 ambulanten Pflegediensten, 2 von 3 Tagespflege-Einrichtungen, 11 von 14 stationären Einrichtungen und 4 von 5 psychosozialen Diensten/Stellen.
- In der Region Stadt und Landkreis Ansbach antworteten 64% auf die Frage nach der Nichtversorgung bestimmter Personengruppen: 11 von 20 ambulanten Pflegediensten, 14 von 17 stationären Einrichtungen und 3 von 7 psychosozialen Diensten/Stellen.

Zur Erläuterung der folgenden Tabelle:

**PG (Personengruppe) I:** Personen mit (schwerer) Demenz/ Alzheimererkrankung mit Weglaufgefährdung und/oder Selbst- und Fremdgefährdung und Desorientiertheit; ohne Pflegeeinstufung oder alleinlebend

**PG II:** Personen mit einer (akuten/ schweren) Suchterkrankung

**PG III:** Personen mit anderen psychischen Erkrankungen/Störungen (Depression, Schizophrenie, Wahn)

**Sonstige:** Personen mit aggressivem Verhalten, schwerer Suizidneigung, Pflegebedürftigkeit, schwerer geistiger Behinderung, Rollstuhlfahrer, alt gewordene psychisch Kranke u.a.



<b>Region</b>	<b>PG I</b>	<b>PG II</b>	<b>PG III</b>	<b>Sonstige</b>
Stadt Nürnberg	46	19	8	2
Lkr Neustadt/A.- Bad Windsheim	8	1	1	2
Stadt u. Lkr Fürth	17	5	2	/
Lkr Roth/ Stadt Schwabach	16	4	9	8
Stadt Erlangen/ Lkr Erlangen-Höchstadt	26	8	6	/
Lkr Weißenburg-Gunzenhausen	8	1	/	2
Lkr Nürnberger Land	17	7	7	1
Stadt u. Lkr Ansbach	21	14	3	3
<b>Nennungen insgesamt</b>	<b>159</b>	<b>59</b>	<b>36</b>	<b>18</b>

*Tabelle 3: Häufigkeit der Nennungen zu fehlenden Versorgungsmöglichkeiten für bestimmte Personengruppen*

Es fällt die Häufigkeit der Nennungen speziell zur Personengruppe der Demenzerkrankten mit Selbst- und Fremdgefährdung und/oder Weglaufgefährdung ins Auge. Auch wenn es in vielen stationären Einrichtungen schon unterschiedliche Versorgungsangebote speziell für die z.T. große Anzahl der Demenzerkrankten gibt, zeigt sich die Notwendigkeit der Weiterentwicklung hin zu angepassten Versorgungskonzepten. Ob das geäußerte Bedürfnis nach mehr beschützenden Einrichtungen die Antwort auf das drängende Problem einer angemessenen Versorgung sein sollte, ist zu hinterfragen. Aus dem ambulanten Pflegebereich kamen stets auch Hinweise auf ungeklärte und ungenügende Finanzierungsfragen, die eine weitergehende Versorgung dieser Personengruppe verhindern. Aus dem psychosozialen Bereich gab es häufig Rückmeldungen, dass es sich nur um kurzfristige Beratung mit dem Ziel der Weitervermittlung oder um Betreuung handeln würde und nicht um eine längerfristige Versorgung und Begleitung der KlientInnen. Ein Versorgungsdefizit kann aus der zweithäufigsten Nennung der schwer oder akut Suchterkrankten abgeleitet werden, obwohl diese Personengruppe von den erfassten Zahlen her noch hinter den depressiv Erkrankten lag. Die Gruppe der psychisch Kranken, in der die

depressiv Erkrankten, Wahnerkrankten und an Schizophrenie Erkrankten zusammengefasst sind, liegt von den Anzahl der Nennungen jedoch erst an dritter Stelle.

Deutlich wurde durch die Bestandserhebung z.T. auch, dass nicht allen ein Überblick über die vorhandenen Angebote in der jeweiligen Region vorliegt. Eine Vernetzung aller im Bereich der Gerontopsychiatrie Tätigen über ( evtl. noch zu etablierende) Arbeitskreise sollte auf jeden Fall erfolgen. Gegenseitiger Austausch und Information kann in eine weitergehende Kooperation und möglicherweise in den Auf- oder Ausbau weiterer spezifischer Angebote münden, die der Versorgung der betroffenen Erkrankten zu Gute käme.

#### **4.8 Weiterverweisungen**

Im Zusammenhang mit den Angaben zur Nichtversorgungsmöglichkeit besonderer Personengruppen durch die einzelnen Leistungsanbieter ist es wichtig zu wissen, an wen oder an welche Institution(en) die Betroffenen weiterverwiesen werden. Nicht alle Befragten haben die Frage nach den Weiterweisungen beantwortet. Für eine folgende Einschätzung erscheint es ausreichend, die Anzahl der Nennungen in einer Übersicht darzustellen. Auf die Angabe der Anzahl derer aus den einzelnen Regionen, die diese Frage beantwortet haben, wird verzichtet. Wichtig erscheint es jedoch zu beachten, an wen aus welchen Versorgungsbereichen weiterverwiesen wird. In der folgenden Grafik finden sich die aus allen Regionen zusammengefassten Nennungen.

Weiterverweisungen an den Bereich Medizin/ambulant beinhalten Allgemein-/Haus- und Fachärzte, Nervenärzte, Tiefenpsychologen, Psychotherapeuten, die Institutsambulanz, die gerontopsychiatrische Ambulanz oder Gedächtnissprechstunde und HomeCare Nürnberg.

Weiterverweisungen an den Bereich Medizin/teilstationär beinhalten die gerontopsychiatrischen und geriatrischen Tageskliniken und das Gedächtniszentrum in Erlangen.

Weiterverweisungen an den Bereich Medizin/stationär beinhalten die 3 mittelfränkischen Bezirkskliniken, weitere psychiatrische Kliniken u. a. Kliniken bzw. Klinikabteilungen wie Neurologie und Psychosomatik.

Weiterverweisungen an den Bereich Pflege/ambulant beinhalten die ambulanten Pflegedienste/Sozialstationen und das Betreute Wohnen in Seniorenwohnanlagen.

Weiterverweisungen an den Bereich Pflege/teilstationär beinhalten die Tagespflege.

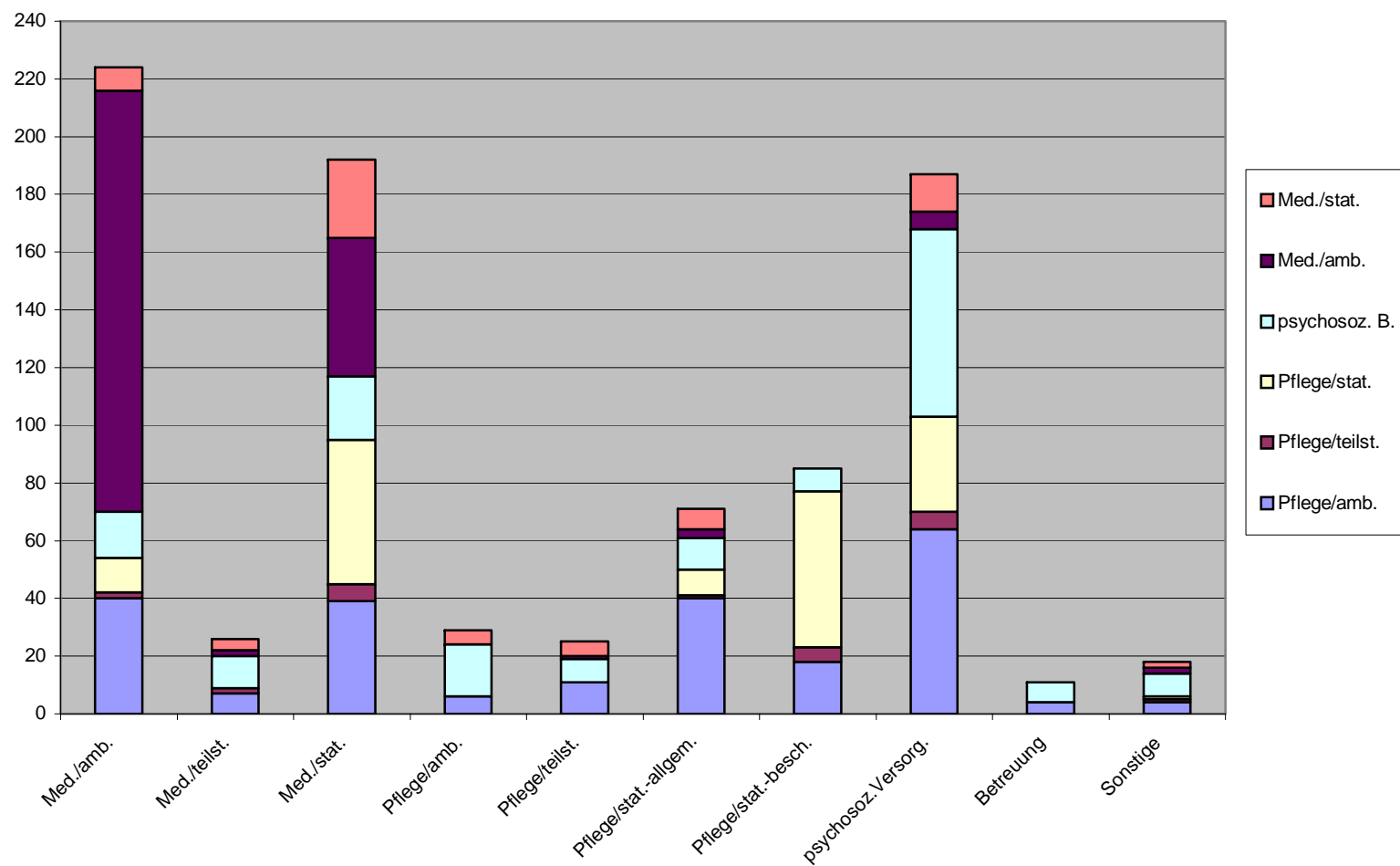
Weiterverweisungen an den Bereich Pflege/stationär-allgemein beinhalten die stationären Einrichtungen, z.T. mit gerontopsychiatrischen Abteilungen oder speziellen Angeboten und die Kurzzeitpflege. Die Weiterverweisungen an den Bereich Pflege/stationär-beschützend sind gesondert aufgeführt.

Weiterverweisungen an die ambulanten, teilstationären und stationären Bereiche der psychosozialen Versorgung/Unterstützung/ Beratung wurden zusammengefasst. Sie beinhalten die Angehörigen-, Suchtberatungs- und andere Beratungsstellen, den Allgemeinen Sozialdienst (ASD), die Sozialpsychiatrischen Dienste und den Krisendienst, Sozialdienste der Kliniken oder stationären Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, Tagesstätten, Gesundheitsamt, Besuchsdienste, Mahlzeiten- und Hausnotrufdienste, therapeutische Einrichtungen und Wohngemeinschaften.

Weiterverweisungen an den Bereich Betreuung beinhalten die Betreuungsvereine und das Vormundschaftsgericht.

Unter „Sonstige“ finden sich Weiterverweisungen an die Kirchengemeinden, die Polizei, Sanitätshäuser, Ergotherapie, die Koordinationsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung, Seniorentreffs, Nachbarschaftshilfe und Volkshochschule.

**Grafik 5: Nennungen der Weiterverweisungen - absolute Zahlen**



Die häufigsten Weiterverweisungen fanden statt an die Bereiche Medizin/ambulant und Medizin/stationär und psychosoziale Versorgung/Unterstützung/Beratung. Den weitaus häufigsten Anteil stellen hier die Weiterverweisungen von Seiten der Haus- und FachärztInnen an andere Praxen dar. An den Bereich Medizin/stationär, wozu besonders die Bezirkskliniken aufgeführt wurden, fanden die häufigsten Weiterverweisungen ebenfalls seitens der ÄrztInnen und der stationären Einrichtungen statt.

Bei der dritthäufigsten Nennung der Weiterverweisungen an den psychosozialen Bereich stellen die Weiterverweisungen aus der ambulanten Pflege und der psychosozialen Versorgung die zwei größten und etwa gleich häufigen Nennungen dar.

An vierter Stelle stehen die Weiterverweisungen an den Bereich Pflege/stationär-beschützend. Die häufigsten Nennungen hierzu kommen aus dem Bereich Pflege/stationär. An fünfter Stelle stehen die Weiterverweisungen an den Bereich Pflege/stationär, für den die häufigsten Nennungen aus dem Bereich Pflege/ambulant zu verzeichnen sind.

Es folgen an sechster Stelle Weiterverweisungen an den Bereich Pflege/ambulant, an den am häufigsten aus dem psychosozialen Bereich verwiesen wurde, neben Weiterverweisungen aus den Bereichen Medizin/stationär und Pflege/ambulant. Aus dem letztgenannten kamen zahlenmäßig wenige Nennungen, aber immer noch mehr als aus dem Bereich Medizin/stationär.

Es folgen in geringer Abstufung die Weiterverweisungen an die Bereiche Medizin/teilstationär und Pflege/teilstationär. Die häufigsten Nennungen kamen hier aus den Bereichen Pflege/ambulant und psychosoziale Versorgung, in jeweils umgekehrter Häufigkeit. An vorletzter und letzter Stelle der Weiterverweisungen liegen die Nennungen zu dem Bereich „Sonstige“ (s.o.) und dem Bereich Betreuung, für den nur aus den Bereichen Pflege/ambulant und psychosoziale Versorgung Nennungen erfolgten.

Was lässt sich nun aus den Nennungen zur Weiterverweisung schließen? Mit dem ambulanten medizinischen und dem psychosozialen Bereich stehen zwei wichtige Versorgungsbereiche im Vordergrund der Weiterverweisungen, an die aus allen sechs aufgeführten Bereichen weiterverwiesen wurde, jedoch mit z.T. stark differierender Häufigkeit. Ihrer notwendigen Lotsenfunktion scheinen die teilnehmenden ÄrztInnen, der Häufigkeit der Weiterverweisungen an andere (Fach-)ÄrztInnen nach zu schließen, jedenfalls nachzukommen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass diese nur in geringem Umfang an der Befragung teilnahmen. Außerdem fanden aus diesem Bereich keine Weiterverweisungen an Pflege/ambulant und Pflege/teilstationär sowie den Bereich Betreuung statt. Für diesen Bereich scheinen m.E. Informationen über die gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur, Schulungen und/oder Fortbildungen zur Gerontopsychiatrie notwendig und hilfreich, da den ÄrztInnen eine äußerst wichtige Funktion in der Versorgungskette zukommt.

Weiter ist der Darstellung zu entnehmen, dass dem Bereich Medizin/stationär, wozu besonders häufig die Bezirkskliniken genannt wurden, ebenfalls eine besondere Bedeutung in der Versorgung der gerontopsychiatrisch Erkrankten zukommt. Auch an diese fanden Weiterverweisungen aus allen sechs Bereichen statt; neben den ÄrztInnen mit am häufigsten aus dem stationären Bereich, aber in etwas geringerer Anzahl auch aus dem Bereich Pflege/ambulant. Weiterverweisungen an die Bereiche Pflege/ambulant und teilstationär sowie Medizin/teilstationär, die den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit besonders unterstützen (können), fanden auf einem wesentlich niedrigeren Niveau statt, am häufigsten aus den Bereichen der psychosozialen Versorgung und der Pflege/ambulant sowie ebenfalls aus dem Bereich Medizin/stationär. Hier sind dringend Verbesserungen nötig hinsichtlich einer besseren Kooperation und des Abbaus von möglichem Konkurrenzdenken zum Wohl der betroffenen Erkrankten.

#### **4.9 Leistungsprofil**

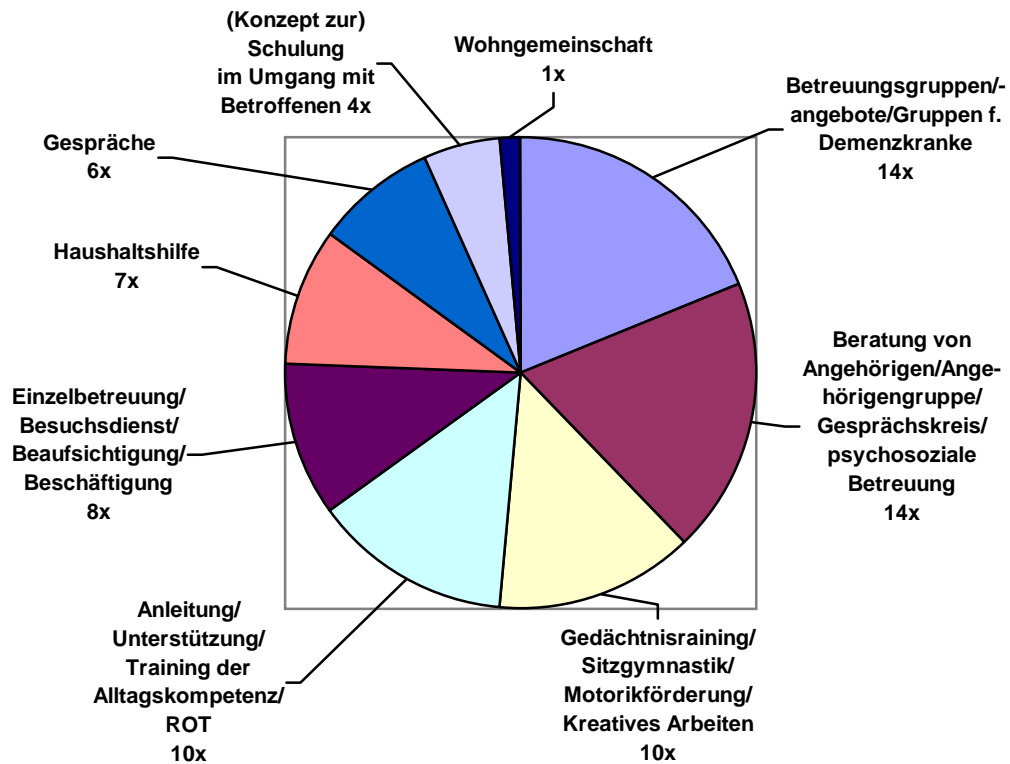
In allen Regionen wurde nach dem Leistungsprofil der Einrichtungen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen gefragt. Nicht alle Befragten haben auf diese Frage geantwortet, einige Befragte gaben an, dass keine speziellen Leistungen vorgehalten oder spezielle Angebote sich gerade im Aufbau befinden würden. Im Folgenden werden die Angaben für die einzelnen Versorgungsbereiche aus allen Regionen zusammengefasst dargestellt.

##### **4.9.1 Pflege/ambulant**

Knapp 44%, nämlich 61 von 140 der befragten ambulanten Pflegedienste haben auf die Frage nach den von ihnen speziell für gerontopsychiatrisch Erkrankte angebotenen Leistungen geantwortet.

In der folgenden grafischen Darstellung sind die Nennungen nach der Häufigkeit aufgelistet:

**Grafik 6: Angebote ambulanter Pflegedienste**



Zu dieser Frage wurden auch genannt:

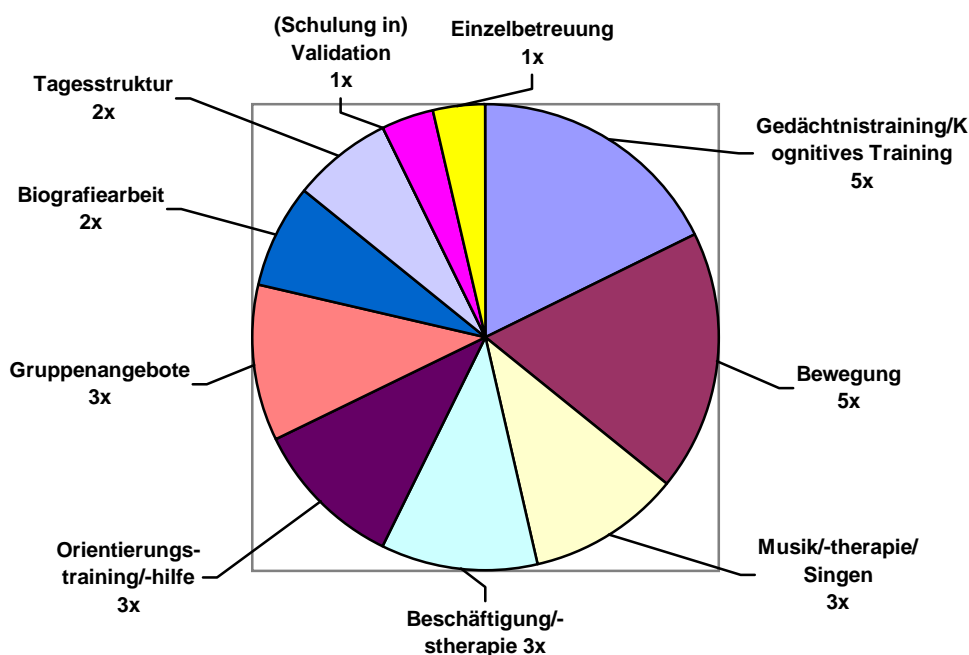
Vermittlung (8x); Begleitung (7x); Zusammenarbeit mit anderen Stellen (4x); Verhinderungspflege (2x); Pflegeplanung/ (behandlungs-)pflegerischer Hausbesuch (2x) sowie Tagespflege (1x).

Dies ist aber nicht unbedingt als spezielle Leistung für gerontopsychiatrisch Erkrankte anzusehen. Es bleibt festzustellen, dass jeder Dienst zwischen 1 und 2 speziellen Angeboten für gerontopsychiatrisch Erkrankte bzw. deren Angehörige vorhält. Das einzige umfassende Angebot bietet hier die eine ambulante Wohngemeinschaft als alternatives Versorgungsangebot.

#### **4.9.2 Pflege/teilstationär**

Alle 7 Tagespflege-Einrichtungen aus nur 2 Regionen haben zur Frage nach ihren speziellen Leistungen folgende Angebote aufgeführt:

**Grafik 7: Angebote der Tagespflege-Einrichtungen**



Im Mittel wurden 2,8 der aufgeführten Angebote von einer Tagespflege-Einrichtung vorgehalten. Zu bedenken ist, dass in den Tagespflegeeinrichtungen über 90% der Tagesgäste an einer Demenz erkrankt sind. Es handelt sich somit fast um ein spezialisiertes Angebot, dem vom Konzept her jedoch noch weitaus mehr Rechnung getragen werden sollte.

#### 4.9.3 Pflege/stationär

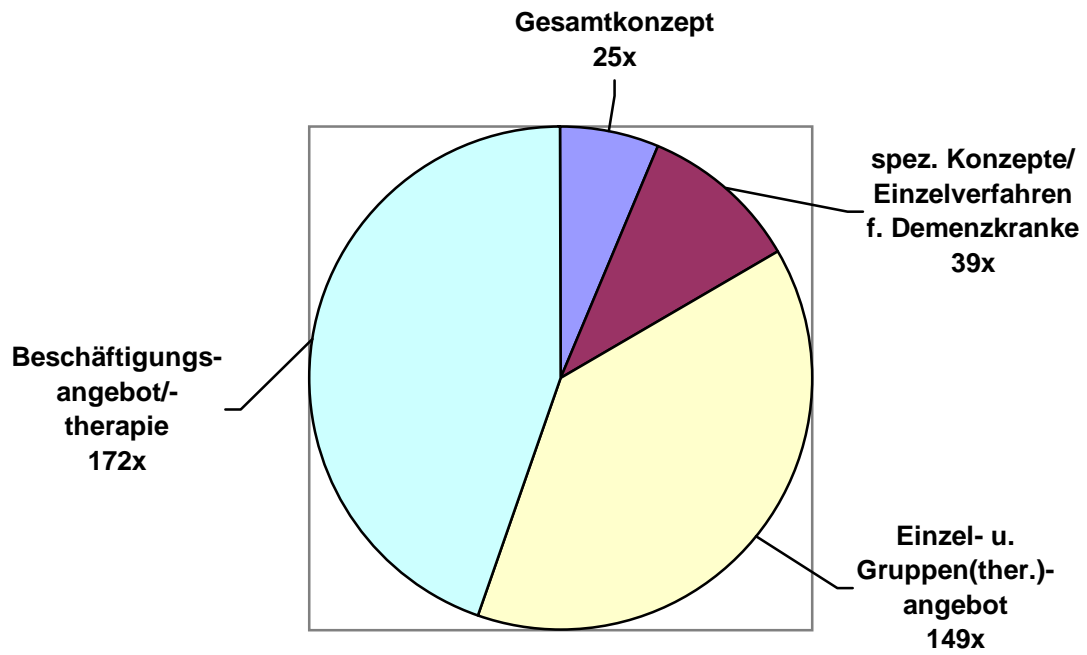
Auf die Frage nach ihren speziellen Leistungen antworteten 108 von 115 (= 94%) der stationären Einrichtungen, wobei hier die Angaben von zwei beschützenden Einrichtungen und zwei (eingestreuten) Kurzzeitpflege-Einrichtungen mit enthalten sind. Insgesamt wurden 349 Nennungen vorgenommen, so dass davon auszugehen ist, dass in jeder der Einrichtungen durchschnittlich 3-4 der genannten Angebote vorgehalten werden. Zu beachten ist jedoch, dass es sich z.T. um umfangreiche Konzepte und z.T. um einzelne Angebote bzw. Maßnahmen handelt, deren Häufigkeit und Dauer sehr variieren können und/oder nicht immer vermerkt wurde, in welchem Umfang sie stattfinden.

Unter „Sonstiges“ sind so unterschiedliche Einzel-Nennungen wie z.B. „gläserne Architektur“, „Angehörigenberatung“ oder „Gartenarbeit/Tiere“ u.a. zusammengefasst.

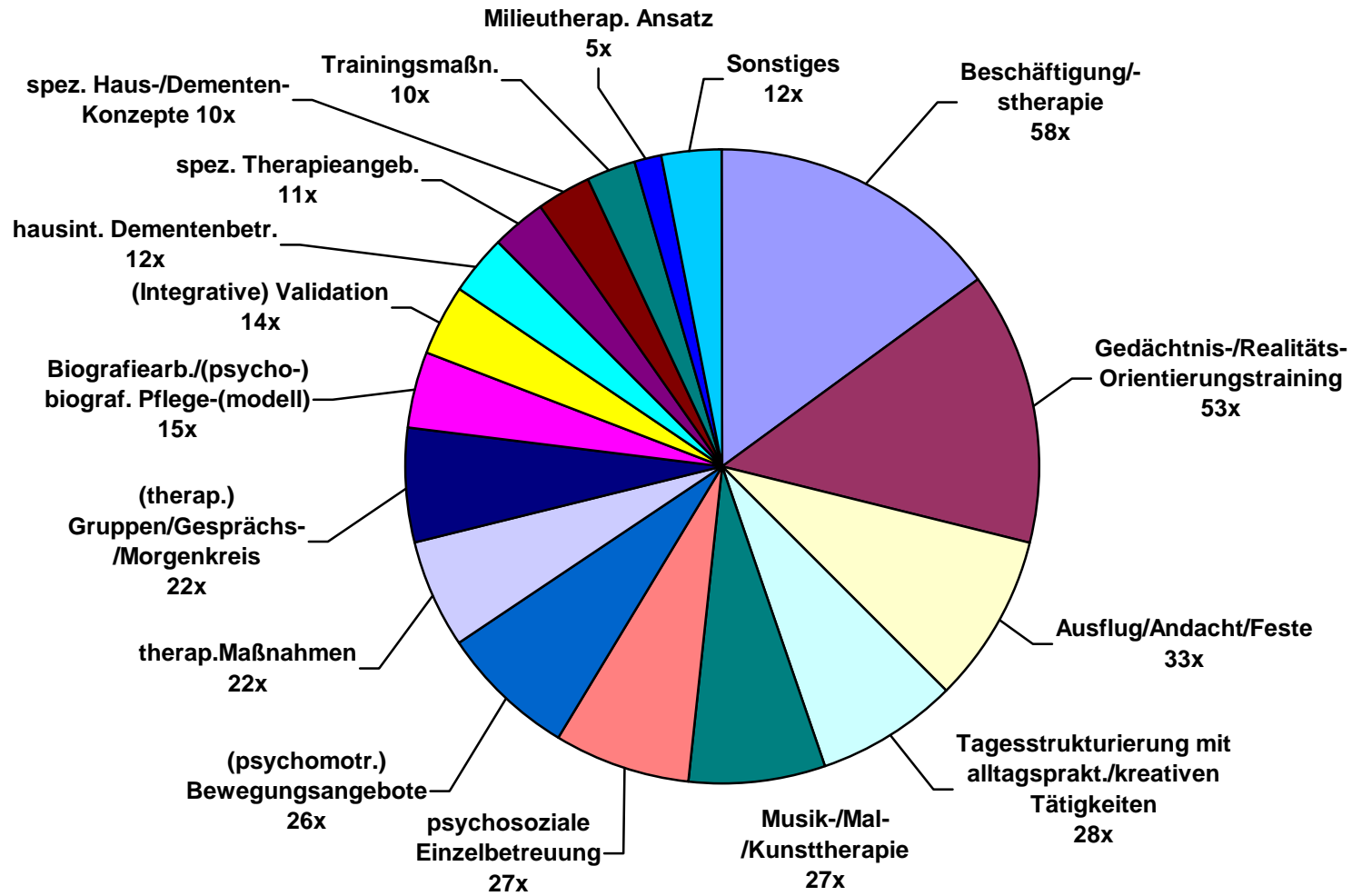
Auf Grund der o.g. Unterschiede bei den Angaben werden die Nennungen in zwei Grafiken dargestellt, einmal um eine Gesamtübersicht und in einer zweiten eine Detailübersicht zu ermöglichen.



**Grafik 8a: Gesamtübersicht über Angebote stationärer Einrichtungen**



**Grafik 8b: Detailansicht der Angebote im stationären Bereich**



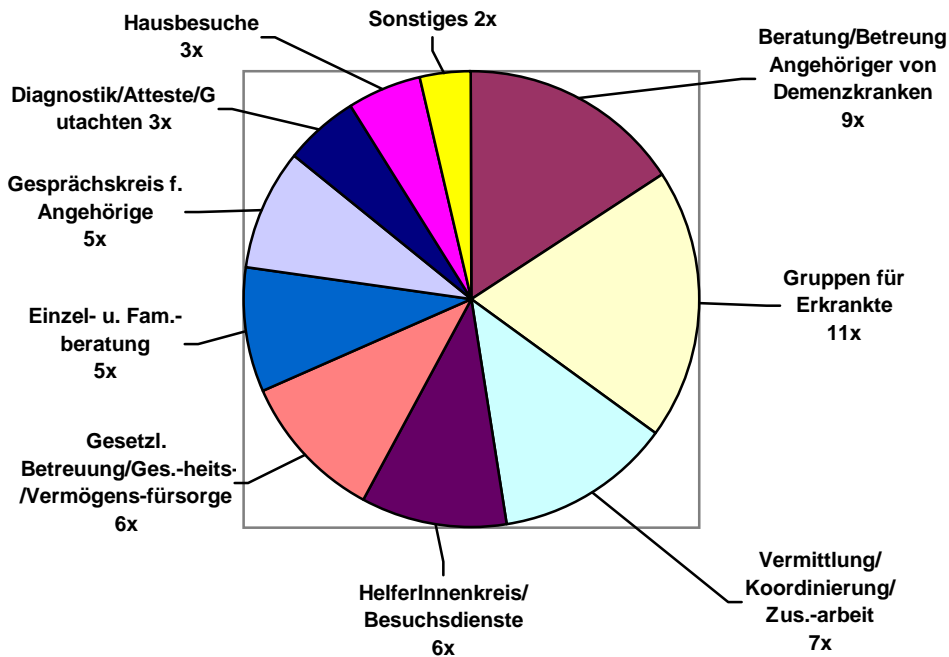
Betrachtet man die Anzahl der genannten Angebote und setzt diese in Verhältnis zur Höhe des Anteils gerontopsychiatrisch Erkrankter, der zwischen 40% und 65% und speziell der Demenzerkrankten, deren Anteil daran in den stationären Einrichtungen zwischen 67% und 95% lag (s. Punkt 4.2 und Punkt 4.6), kann von einer ungenügenden Versorgung gesprochen werden. Nur 25 der 108 Einrichtungen, die auf diese Frage geantwortet hatten, bieten ein umfassendes Konzept an. Dies sind gerade einmal 23%. Am häufigsten genannt wurden Beschäftigungsangebote/-therapie, deren Umfang und Dauer jedoch sehr unterschiedlich ausfallen. Um verbliebene Fähigkeiten der Erkrankten zu stärken und darüber hinaus besonders die Begleitsymptome demenzieller Erkrankungen wie Weglauftendenzen, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus oder Aggressivität positiv zu beeinflussen, ist ein reines Beschäftigungsprogramm sicher nicht ausreichend. Durch eine Kombination der verschiedenen nichtmedikamentösen Maßnahmen und Konzepte kann zu einem entspannteren Umgang mit den Erkrankten und zu einem verbesserten Wohlbefinden der Erkrankten beigetragen werden. Dies könnte zu einer verringerten Gabe von Psychopharmaka führen, was sich positiv auf Sturzrisiko und Aktivitätsniveau auswirken kann.

Noch liegen nur wenige Studien zu Versorgungskonzepten und praktizierten Methoden vor, die den wissenschaftlichen Standard einer kontrolliert randomisierten Untersuchungsanordnung erfüllen (Radzey/Heeg, 2001), so dass Ansätze, die Erfolg versprechen, einfach ausprobiert und - falls Erfolge erzielt werden, weiter verfolgt werden. Kreativität und Mut zu unkonventionellen Lösungen in der Gestaltung einer dementengerechten Umgebung werden in der o.g. Veröffentlichung von Dr. Jan Wojnar hierzu eingefordert. Konzeptionelle Weiterentwicklungen setzen die Einsicht in die Notwendigkeit von Veränderungen und eine Veränderungsbereitschaft voraus.

#### **4.9.4 Psychosoziale Versorgung**

Von den teilnehmenden psychosozialen Diensten/Stellen, zu denen auch einige Betreuungsstellen gezählt wurden, antworteten 41%, nämlich 54 von 132 auf die Frage nach den speziellen Leistungen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen. In der folgenden Grafik sind die hierzu erfolgten Angaben aller zusammen gefasst. Unter „Sonstiges“ finden sich die Angaben „Betreutes Einzelwohnen“ und „Information/ Vorträge“.

**Grafik 9: Angebote psychosozialer Dienste/Stellen**



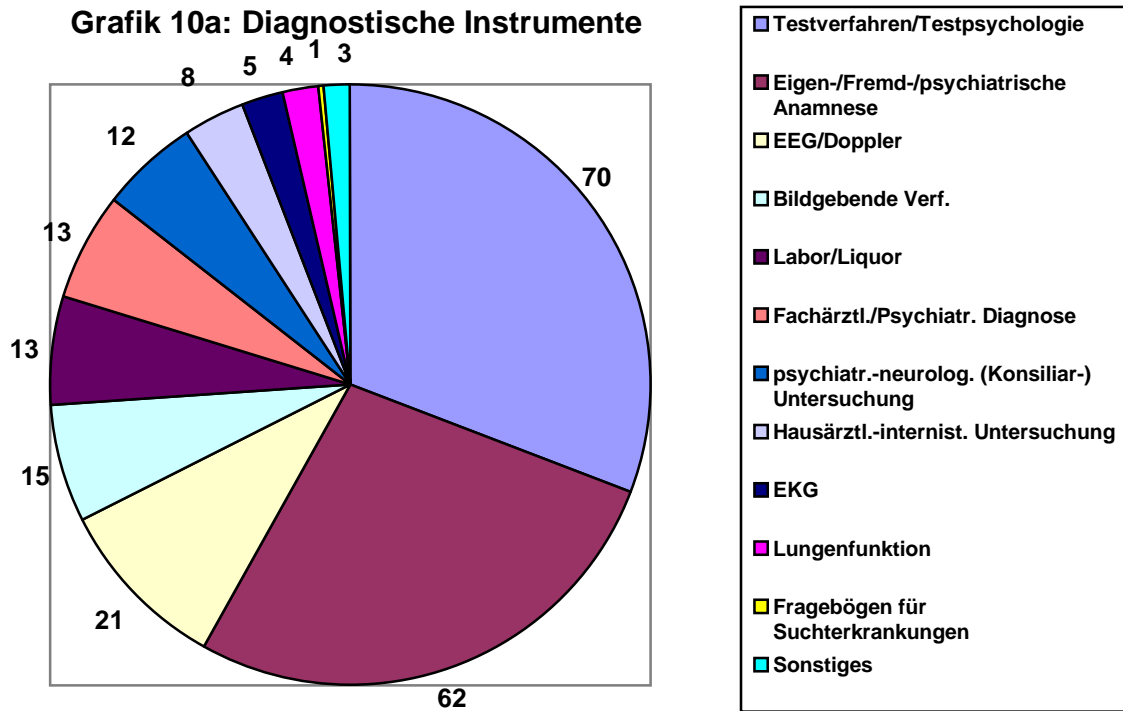
Drei wesentliche Bereiche der Versorgung spiegeln sich in den Angaben wider. Zum einen ist dies der Altenhilfesektor mit den Angehörigenberatungsstellen und seinen spezialisierten Angeboten zum Thema Demenz, wie Gruppen für die pflegenden Angehörigen und/oder die Erkrankten. Zum anderen ist dies der Betreuungssektor, der in Bezug auf demenzerkrankte Menschen eine immer größere Rolle spielt. Als dritter Bereich können die Sozialpsychiatrischen Dienste gelten, bei denen die Versorgung sich eher um depressiv erkrankte und älter werdende chronisch psychisch kranke Menschen sowie Suchterkrankte handelt.

#### **4.9.5 Medizin/ambulant**

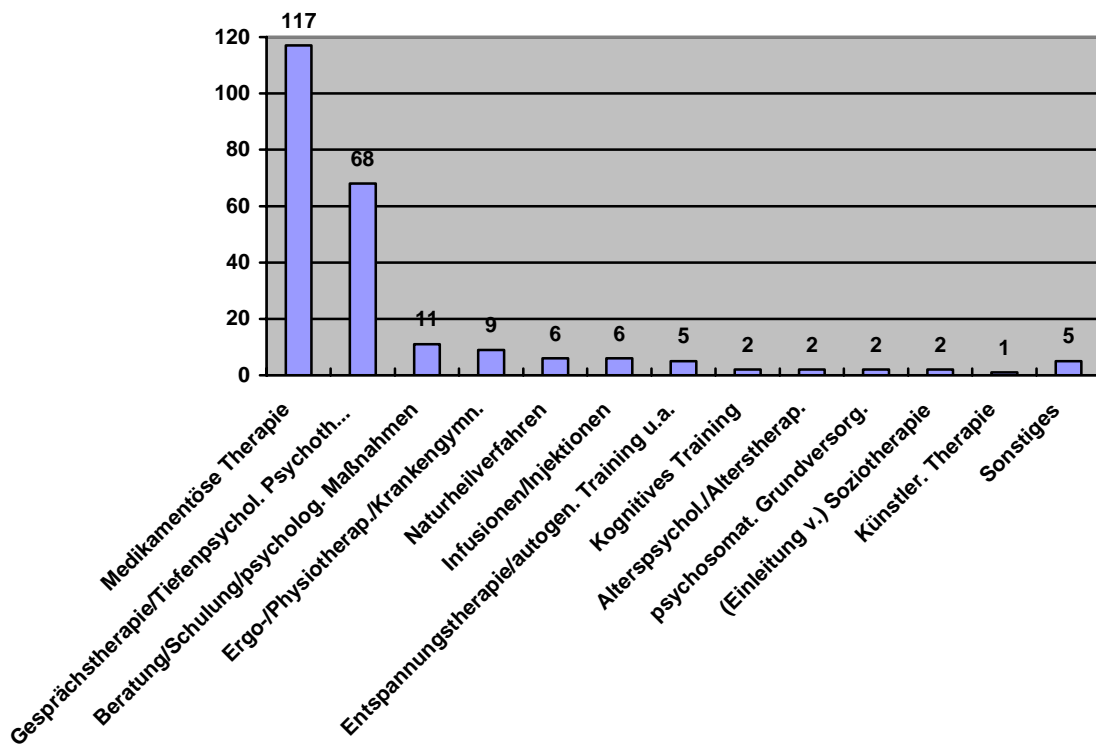
Von den ÄrztInnen bzw. Praxen beantworteten insgesamt ca. 83% die Frage nach ihren diagnostischen Instrumenten und therapeutischen Maßnahmen<sup>3</sup>. In den folgenden beiden Grafiken sind die Angaben zu den beiden Fragen in absoluten Zahlen dargestellt:

<sup>3</sup> Nicht immer beantworteten die Praxen beide Fragen und zur Frage nach den therapeutischen Maßnahmen waren in 2 Regionen die Zahlen in den Berichten nicht angegeben. Deshalb handelt es sich um eine annähernde Prozentangabe.

**Grafik 10a: Diagnostische Instrumente**



**Grafik 10b: Therapeutische Maßnahmen**



Unter „Sonstiges“ werden in Grafik 10b Angaben zu „Krisenintervention“, „Begutachtung“ und „Neuraltherapie“, „Allgemein-medizinisch-internistische Therapie“ und „Therapie im Rahmen der neurologisch/psychologischen Mitbetreuung“ zusammengefasst. Zweimal wurde ergänzend angegeben, alle erforderlichen Maßnahmen je nach Bedarf einzuleiten. Dreimal wurde ausdrücklich „Vermittlung“ aufgeführt.

Insgesamt 125 (= 70,6%) der 177 teilnehmenden ÄrztInnen bzw. Praxen bieten Hausbesuche im privaten Bereich an, 102 ÄrztInnen (= 57,6%) bieten Besuche der PatientInnen im Heim an.

Was kann nun diesen Darstellungen des Leistungsprofils der ambulanten medizinischen Versorgung entnommen werden? Bedenkt man die geringen Rücklaufquoten, die zwischen 7% und 22% lagen, kann nur gefolgert werden, dass es sich bei der ambulanten medizinischen Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen um ein verbesserungsbedürftiges Feld handelt. Die zugehende Arbeit ist gerade bei diesem Klientel besonders wichtig. Immer wieder tauchte in den Berichten die Bitte nach Haus- und Heimbefuchen von Neurologen/Nervenärzten auf. Was die Frage der Behandlung anbelangt, wurde oft nur ganz allgemein „medikamentös“ geantwortet. Eine Spezifizierung wurde eher selten vorgenommen. Die auf dem 6. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie getroffene Aussage, dass ca. 40-60% der Demenzerkrankungen nicht erkannt werden, scheint hierdurch eine Bestätigung zu erfahren ebenso wie die Aussage, dass behandlungsbedürftige depressiv Erkrankte unterversorgt wären und häufig eine nicht sachgerechte Versorgung der Erkrankten stattfinden würde. Der Einsatz von Antidementiva, deren Wirksamkeit laut Prof. Kornhuber von der Psychiatrischen Universitätsklinik in Erlangen als belegt gelten kann, erfolgt in viel zu geringem Maß. Nach pharmako-ökonomischen Berechnungen könnten durch eine Behandlung besonders in einem frühen Stadium einer demenziellen Erkrankung erhebliche Folgekosten eingespart werden, eine Heimversorgung kann um ein bis zwei Jahre hinausgezögert werden. Die Hebung des ärztlichen Kenntnisstandes zur Diagnostik und Therapie demenzieller Erkrankungen (s. Punkt 11) ist ein wichtiger Faktor bei der Verbesserung der Versorgung der Erkrankten (J. Demling und J. Kornhuber, 2002). Auch für die Behandlung älterer PatientInnen mit depressiven Störungen oder Wahnerkrankungen ist eine spezielle gerontopsychiatrische Qualifikation erforderlich und sie erschöpft sich nicht in der Gabe von Medikamenten. Die psychotherapeutische Behandlung findet noch viel zu selten statt, was verschiedene Ursachen hat. Aus allgemein-ethischen Grundsätzen, aber auch unter Kostengesichtspunkten ist eine Verbesserung dringend nötig, denn Folgekosten können eingespart werden.

#### **4.9.6 Medizin/stationär**

Von den Kliniken, bei denen es sich zum größten Teil um spezialisierte Abteilungen der psychiatrischen (Bezirks-)Kliniken handelt, liegen sehr umfangreiche Diagnose- und Therapieangaben vor. Diese sollen im Detail hier nicht aufgeführt werden. Sie können in den einzelnen Berichten nachgelesen werden. Hier nur eine kurze Zusammenfassung:

Von 11 Kliniken werden neurologisch-psychiatrische Diagnostik, medikamentöse Therapie und neuropsychologische Therapieverfahren sowie neurologische Leistungen angeboten bzw. das gesamte Spektrum der neurologischen Rehabilitation in Funktionsdiagnostik und Therapie abgedeckt. Je 1x kommen neben der Demenzabklärung psychologische Testung und (neuro-)psychologische Testverfahren zum Einsatz. Bildgebende Verfahren sowie Beobachtung und Labor/Liquor wurden ebenfalls je 1x genannt. Es bestehen diverse Stationen für die verschiedenen Krankheitsgruppen. Weiterverweisungen erfolgen klinikintern, das Konsilium wird eingeschaltet. Neben der stationären Diagnostik findet auch eine ambulante Früh- und Differentialdiagnostik statt, es werden Gedächtnissprechstunden angeboten.

Es wurde angemerkt, dass eine große Lücke zwischen der vollstationären klinischen Versorgung in der Gerontopsychiatrie und der ambulanten Nachsorge bestehen würde. Da der Bedarf an gerontopsychiatrischer Versorgung in der Zukunft stark zunehmen wird, besteht neben der Implementierung von Case-Management ein erheblicher Bedarf an Vernetzung der verschiedenen Einrichtungen, die mit der Versorgung dieser Personengruppe befasst sind.

#### **4.10 Gerontopsychiatrische Fachkräfte**

Im Hinblick auf die Höhe besonders der demenzerkrankten aber auch der depressiv erkrankten Menschen erscheint es von besonderem Interesse, wie viele der MitarbeiterInnen der Einrichtungen und Dienste über eine gerontopsychiatrische Fachweiterbildung verfügen. Die Angaben zu dieser Frage fielen in Bezug auf die Höhe der absolvierten Stundenzahl sehr unterschiedlich aus und variierten z.T. beträchtlich. Es wurden Angaben zu Weiterbildungen vorgenommen mit einer Stundenzahl von 2.700 Stunden, die sich über 3 Jahre erstreckten, über 800 Stunden Unterricht und 1.100 Stunden Praxisteil oder 720 Stunden Weiterbildung bis zu stundenmäßig nicht bezifferten Weiterbildungen und Basiskursen für den stationären Bereich sowie Angaben über den Besuch von Tagungen aufgeführt.

Die Rückmeldungen aus dem ambulanten Pflegebereich zu dieser Frage bezogen sich z.T. bereits auf das mittlerweile im 2. Jahr speziell für die MitarbeiterInnen der ambulanten Dienste angebotene „Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie“, welches vom Bezirk

Mittelfranken finanziert und von der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg in ganz Mittelfranken durchgeführt wird. Dabei handelt es sich um einen Basiskurs im Umfang von 32 Fortbildungseinheiten, der für die Dienste kostenlos angeboten wird.

Auch von den ÄrztInnen und Kliniken wurde die Frage nach der Fort-/Weiterbildung erhoben. Auf Grund der geringen Anzahl der erfolgten Rückmeldungen wird von einer Darstellung der Antworten abgesehen und auf die Einzelberichte verwiesen. Dies gilt auch für die psychosozialen Dienste/Stellen.

In der folgenden Tabelle findet sich eine Übersicht der erfolgten Angaben über die Anzahl der Fort- bzw. Weiterbildungen z. Zt. der Bestandsaufnahmen in den einzelnen Regionen.

<b>Region</b>	<b>Pflege/stationär</b>		<b>Pflege/teilstationär</b>		<b>Pflege/ambulant</b>	
	<b>Anzahl der Einrichtungen</b>	<b>Anzahl gp MitarbeiterInnen</b>	<b>Anzahl der Einrichtungen</b>	<b>Anzahl gp MitarbeiterInnen</b>	<b>Anzahl der Dienste</b>	<b>Anzahl gp MitarbeiterInnen</b>
Stadt Nürnberg	14	27	2	3	7	9
Landkreis Neustadt/A.-Bad Windsheim	6	11	/	/	2	2
Stadt u. Lkr Fürth	11	22	1	1	8	9
Lkr Roth/ Stadt Schwabach	12	15	1	1	3	5
Stadt Erlangen/ Lkr ER-Höchstadt	9	20	1	2	4	6
Lkr Weißenburg-Gunzenhausen	9	19	/	/	3	5
Lkr Nürnberger Land	9	19	2	2	2	7
Stadt u. Lkr Ansbach	15	22	/	/	3	4

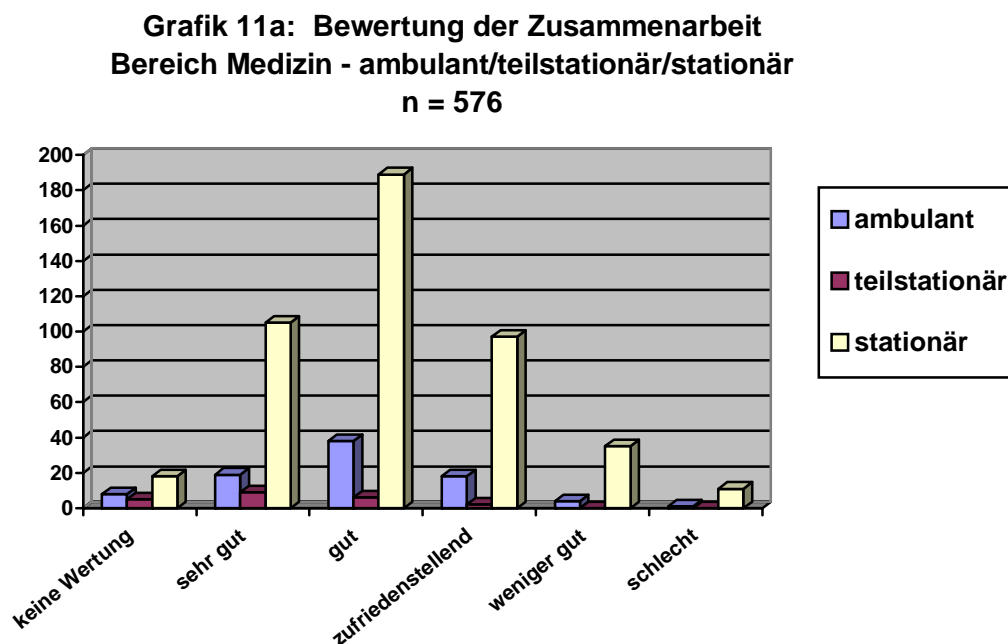
*Tabelle 4: Gerontopsychiatrische Fort-/Weiterbildung der MitarbeiterInnen*



Die Anzahl der Einrichtungen, die MitarbeiterInnen beschäftigten, die eine gerontopsychiatrische Fort-/Weiterbildung absolviert haben, ist eher gering. Es bestehen große Unterschiede hinsichtlich der absolvierten Stundenzahlen bei den Weiterbildungen. Wichtig erscheint es m.E. zum einen, sich auf die Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates zur Weiterbildung ab 720 Stunden zu stützen und zum anderen den weitergebildeten Fachkräften die Möglichkeit zu bieten, ihre erworbene Kompetenz im Arbeitsalltag einsetzen zu können. Dies könnte bedeuten, Strukturen dahingehend zu verändern, dass Lernprozesse und Weiterentwicklungen ermöglicht werden.

#### 4.11 Zusammenarbeit der Leistungsanbieter

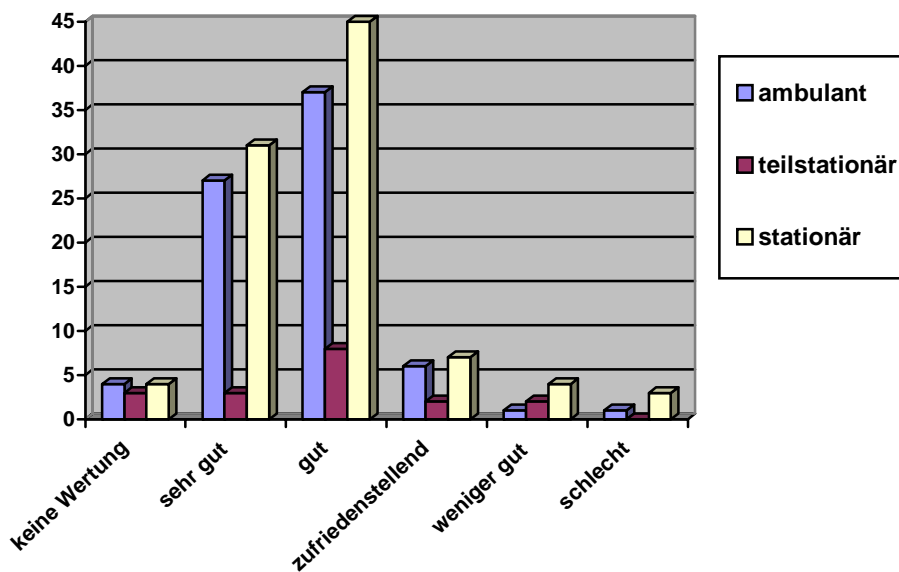
Wie sieht es aus mit der Zusammenarbeit der Einrichtungen und Dienste untereinander in der Region Mittelfranken? In den folgenden Grafiken sind die insgesamt erfolgten Nennungen aus allen Regionen zu den 3 großen Bereichen Medizin, Pflege und psychosoziale Versorgung zusammen gefasst:



Zum Bereich Medizin/ambulant wurden die Haus- und FachärztInnen/NeurologInnen, die niedergelassenen PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sowie die Ambulanzen der Bezirkskliniken aufgeführt. Wie der Grafik zu entnehmen ist, wurde die Zusammenarbeit überwiegend gut bis sehr gut bewertet. Wurde die Zusammenarbeit mit zufriedenstellend oder schlechter gewertet, wurde nach den Gründen der Bewertung gefragt. Es gab eine Vielzahl von Anmerkungen, die besonders die ungenügende Kompetenz der HausärztInnen in Bezug auf den Kenntnisstand zur Gerontopsychiatrie, die Versorgungsstrukturen oder eine

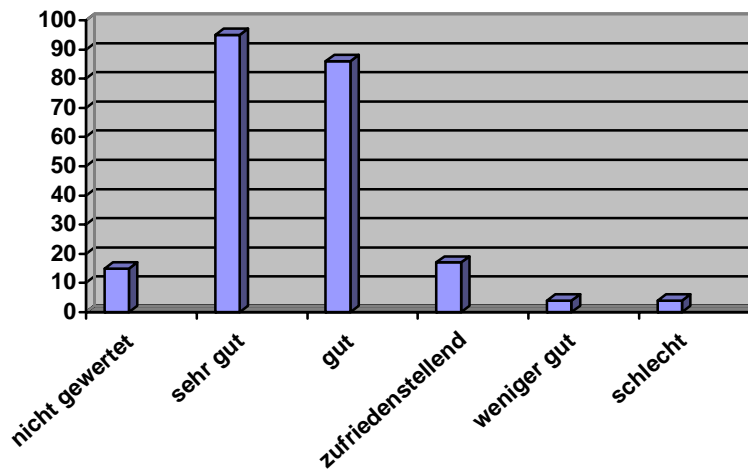
ungenügende Kommunikation und mangelnde Kooperationsbereitschaft thematisierten. Aber auch für den Bereich Medizin/stationär, zu dem die Bezirkskliniken und anderen (Universitäts-) Kliniken aufgeführt wurden, gab es zahlreiche kritische Anmerkungen. Diese betrafen ebenfalls mangelnde Kooperationsbereitschaft, den schlechten Informations- und Kommunikationsfluss. Es wurde eine bessere Überleitung eingefordert.

**Grafik 11b: Bewertung der Zusammenarbeit  
Bereich Pflege - ambulant/teilstationär/stationär  
n = 188**



Es gab nur wenige Anmerkungen hinsichtlich der Gründe für eine zufriedenstellend oder schlechter ausgefallene Bewertung der Zusammenarbeit. Die erfolgten Anmerkungen bezogen sich auf mangelndes Interesse an einer Zusammenarbeit stationärer Einrichtungen, zu geringen Austausch und schlechte Überleitungen. Auffällig war, dass negative Beurteilungen der Zusammenarbeit oft von Seiten der ÄrztInnen vorgenommen wurden. Diese bezogen sich z.T. wahrscheinlich eher auf die Versorgung in den Einrichtungen, was aus Anmerkungen hinsichtlich des aggressionsfördernden Umgangs mit Demenzkranken durch ungeschultes Personal zu entnehmen sein könnte. Allgemein wurde von Seiten der ÄrztInnen angemerkt, dass die Zusammenarbeit mit allen besser sein könnte. Dies scheint ein deutlicher Hinweis zu sein, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern über die Arbeitskreise Gerontopsychiatrie zu intensivieren und zu verbessern.

**Grafik 11c: Bewertung der Zusammenarbeit**  
**Bereich psychosoziale Versorgung/Unterstützung/Beratung**  
**n = 224**



Für diesen Bereich wurde keine Unterscheidung in ambulant, teilstationär und stationär vorgenommen, da die Nennungen fast ausschließlich die unterschiedlichen Beratungsstellen, Sozialdienste oder Betreuungsstellen und nur in wenigen Fällen eine Tagesstätte oder ein Wohnheim oder Betreutes Einzelwohnen für psychisch Kranke und weitere Unterstützungsangebote wie Essen auf Rädern betrafen. Vereinzelt genannt wurden die Gesundheits- und Landratsämter, das Vormundschaftsgericht und der MDK.

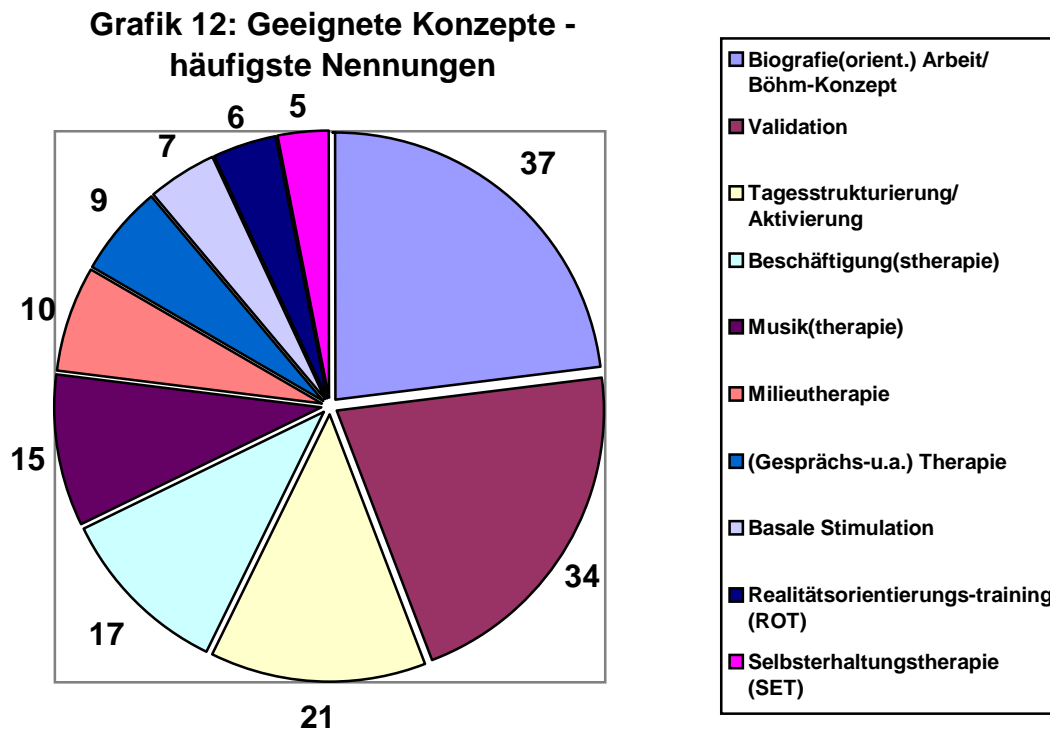
Es gab wenige zufriedenstellend bis schlecht gewertete Beurteilungen der Zusammenarbeit, so dass kaum Anmerkungen verzeichnet wurden. Diese wenigen Anmerkungen betrafen die Einstufung in die Pflegeversicherung und den fehlenden Informationsaustausch.

Grundsätzlich kann eine überwiegend gute bis sehr gute Bewertung der Zusammenarbeit festgestellt werden.

Festzustellen bleibt, dass gerade für die Bereiche Medizin/ambulant und stationär die häufigsten kritischen Anmerkungen zu verzeichnen waren. Hier ist auf Handlungsbedarf zu schließen. Die regionalen Arbeitskreise Gerontopsychiatrie könnten hier die wichtige Funktion der Zusammenführung der unterschiedlichen Interessensvertreter übernehmen und Initiativen zur Verbesserung der Kooperation zwischen Kliniken, ÄrztInnen und stationären Pflegeeinrichtungen oder der ambulanten (Pflege-)Dienste übernehmen.

#### 4.12 Therapeutische Konzepte

Es war danach gefragt, welche therapeutischen Konzepte nach Meinung der Befragten den gerontopsychiatrisch Erkrankten besonders gerecht werden. In der folgenden Grafik sind die 10 häufigsten Nennungen zu dieser Frage zusammengefasst dargestellt:



Was als geeignet angesehen wird, wird nicht unbedingt auch angewendet und umgesetzt. Zum Vergleich der angewandten Konzepte ist unter Punkt 4.9/Leistungsprofil zu entnehmen, dass gerade im stationären Bereich die hier am häufigsten genannte Biografiearbeit und die Validation erst auf den hinteren Reihen als Angebot erscheinen. Wesentlich häufiger werden Beschäftigung und Gedächtnistraining angeboten.

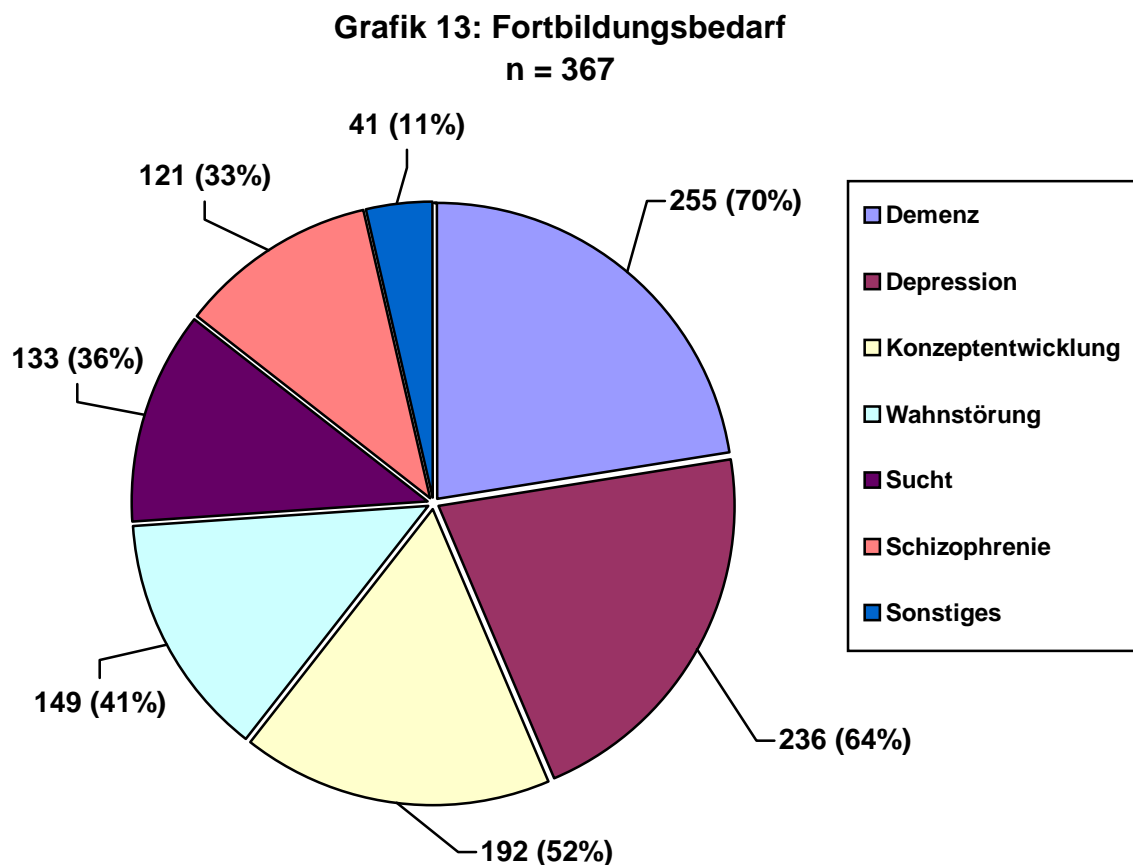
Woran liegt es, dass als geeignet eingestufte Konzepte nicht wirklich breit angewendet und eingesetzt werden? Die Nicht-Umsetzung von als geeignet angesehenen Konzepten kann nicht nur mit dem Hinweis auf ungeklärte Finanzierungsfragen erklärt werden, da es durchaus stationäre Einrichtungen mit einem differenzierten Angebot oder gar Konzept gibt. Um mit Prof. Dr. Dr. Hirsch zu sprechen: „Es ist bekannt, was zu tun ist.“ (GeFa-Fachtag 2005) Hier müsste der Blick auch auf die Anzahl der gerontopsychiatrisch geschulten Fachkräfte gelenkt werden. Diese wurden in einer eher geringen Anzahl von Einrichtungen und Diensten eingesetzt. Allerdings wurde auch der Kostenfaktor als Hemmnis für die Weiterbildung von MitarbeiterInnen aufgeführt.

Die Kliniken wurden ebenfalls befragt. Da es sich jedoch um nur wenige Rückmeldungen handelt, wird auf die Einzelberichte verwiesen. Grundsätzlich wurden ein komplettes Konzept

hinsichtlich Diagnose, Therapie und sozialem Umfeld und eine konzeptübergreifende individuelle Therapie als wünschenswert angesehen.

#### 4.13 Fortbildungsbedarf

Alle getroffenen Nennungen aus den Regionen zum Fortbildungsbedarf werden in der folgenden Grafik zusammengefasst:



Der hier abgebildete Fortbildungsbedarf spricht eine deutliche Sprache. Eine laufende Fortbildung aller MitarbeiterInnen speziell zur Gerontopsychiatrie erscheint unabdingbar. Der geäußerte Fortbildungsbedarf von 70% zum Thema Demenz und 64% zum Thema Depression unterstreichen dies deutlich. Über die Hälfte der Befragten gaben einen Fortbildungsbedarf zur Konzeptentwicklung an. Die Notwendigkeit der Weiterentwicklung besonders auch der stationären Versorgung wird erkannt, nur scheint es eine Schwierigkeit zu sein, dem erkannten Bedarf durch angepasste Versorgung und Betreuung zu entsprechen. Welche Konzepte können zu Grunde gelegt werden, welche sind geeignet, wie sehen geeignete Konzepte überhaupt aus? Unter Punkt 4.9 Leistungsprofil wurde bereits darauf hingewiesen, dass es noch kaum entsprechende Evaluationen zu

Versorgungskonzepten gibt. Das Fehlen dieser Evaluationen sollte aber nicht von der konzeptionellen Weiterentwicklung abhalten. Mut und die Entscheidungsfreude zu auch unkonventionellen Lösungen wurden mehrfach eingefordert.

Im Zusammenhang mit dem geäußerten Fortbildungsbedarf zu Wahnstörungen, Suchterkrankung und Schizophrenie kann auf die Fortbildungsangebote der Bezirks- und anderen psychiatrischen Kliniken hingewiesen werden, die zu allen diesen Themenkomplexen Fortbildungen anbieten. Der geäußerte Fortbildungsbedarf ist bei allen 3 Themen ebenfalls als nicht gering einzustufen, liegt er doch bei immerhin 41% zum Thema Wahnstörungen und noch bei einem Drittel für das Thema Schizophrenie. Unter „Sonstiges“ wurden Themen aufgeführt, die von der Frage nach einzelnen Therapie-, Kommunikations- und Umgangsformen über pflegerische Themen bis zu Fragen nach der Finanzierung, den gesetzlichen Grundlagen und der Wirtschaftlichkeit von gerontopsychiatrischen Konzepten reichten.

## **5 Leitlinien gerontopsychiatrischer Versorgung**

Als oberste Leitlinie sollte der wie in SGB XI §3 formulierte Vorrang der häuslichen Pflege verfolgt werden, also das Prinzip „ambulant vor teilstationär vor stationär“, ergänzt durch die Prämisse „Rehabilitation vor Pflege“. Vorrangig geht es um die Stärkung der häuslichen Versorgung, denn der Wunsch der meisten erkrankten Älteren geht dahin, bis zum Tod in der eigenen Häuslichkeit versorgt zu werden. Da es sich bei der Zielgruppe um Menschen mit einer eingeschränkten Mobilität handelt, müssen alle Angebote der Versorgung die Geh-Struktur beinhalten. Hausbesuche sind ein unverzichtbarer Bestandteil in der Arbeit mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen. Neben der eingeschränkten Mobilität besteht häufig eine Multimorbidität, so dass der einzelne Mensch es häufig mit einer Vielzahl von verschiedenen Fachleuten und Diensten zu tun hat, die den unterschiedlichen Bereichen Psychiatrie, Medizin und Altenhilfe angehören. Im Sinne der Erkrankten muss eine Zusammenarbeit aller in diesen Bereichen Tätigen stattfinden. Ferner ist eine ganzheitliche Betrachtungsweise von Nöten, die den Erkrankten mit seinem Wunsch nach Autonomie und Selbstbestimmung berücksichtigt und seine gewachsene Lebensgeschichte sowie die Rolle der Angehörigen mit einbezieht bei der Abwägung der psychiatrischen Behandlungsziele. (D. Wolter-Henseler, 1996)

## **6 Maßnahmeempfehlungen**

Ein Ziel der gerontopsychiatrischen Versorgung sollte die Optimierung der bestehenden Versorgung sein, d.h. es geht da um den Aufbau neuer Angebote, wo diese fehlen, um die

Hebung der inhaltlichen Qualität, wo dies angezeigt ist, um die Verbesserung der Zusammenarbeit und Abstimmung der Angebote zur Nutzung der vorhandenen Ressourcen bei knapper werdenden Mitteln. Es geht um die Information der Öffentlichkeit zum Thema Gerontopsychiatrie, den Abbau von Informationsdefiziten und Stigmatisierungsvorbehalten und um die Herstellung von Transparenz hinsichtlich der bestehenden Angebote.

Aus der Grafik 4 zur Häufigkeit der Krankheitsgruppen wird deutlich, um welche Zielgruppen in welcher Größenordnung es sich bei der derzeitigen Versorgung in den einzelnen Bereichen handelt: An erster Stelle stehen Personen mit Demenz, für die auch am häufigsten ein Versorgungsdefizit genannt wurde (s. Punkt 4.7/Tab. 3), wenn es sich um alleinlebende Erkrankte mit/oder um Selbst- und Fremdgefährdung, Desorientiertheit und Weglaufgefährdung handelt. Finanzierungsprobleme und der Mangel an gerontopsychiatrisch geschulten MitarbeiterInnen stehen einer weitreichenden Unterstützung durch ambulante Pflegedienste entgegen. Das „Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie“, finanziert vom Bezirk Mittelfranken und durchgeführt von der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg, haben bereits an die 50 ambulante Pflegedienste in ganz Mittelfranken in Anspruch genommen. Die Inanspruchnahme hat als ein Effekt bereits zum Aufbau zusätzlicher niedrighschwelliger Angebote wie Betreuungsgruppen oder HelferInnenkreise geführt. Mit der Durchführung eines 2. Teiles zur „Entwicklung von Handlungskompetenz“ ist bereits begonnen worden. Eine dritte Stufe, in der die ambulanten Pflegedienste im Fallmanagement geschult und ÄrztInnen für Fallkonferenzen eingebunden werden sollen, ist in Planung. Es kann allen Pflegediensten nur dringend empfohlen werden, diese für sie kostenlosen Angebote zu nutzen, um durch diese Grundqualifikation auf die zunehmende gerontopsychiatrische Ambulantisierung besser reagieren zu können.

Der Einsatz von Case-Management muss zunehmend an Bedeutung gewinnen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen. Es soll helfen Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden. Da die Erkrankten, wie eingangs erwähnt, oft viele verschiedene Berufsgruppen in Anspruch nehmen, ist eine neutrale Bezugsperson zur - die verschiedenen Dienstleistungsanbieter übergreifenden - Begleitung fast unabdingbar. Die Anbindung an eine neutrale Stelle, die keine eigenen Versorgungsangebote vorhält, wäre wünschenswert, da nicht in erster Linie Kosteneinsparungseffekte anvisiert werden. Ausgangspunkt aller einzuleitenden Maßnahmen ist die größtmögliche Selbstbestimmung der betroffenen Erkrankten. Ebenso ist die Durchführung von Case-Management notwendig beim Einsatz eines personenbezogenen Pflegebudgets, das als dritte Säule der Pflegeversicherung auch für die große Anzahl speziell der demenzerkrankten Menschen an Bedeutung gewinnen sollte. Eine größere Wahlfreiheit hinsichtlich der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten sollte hiermit ermöglicht werden.

Hier setzt auch die Empfehlung für den Aufbau ambulanter Wohngemeinschaften an, die als Ergänzung in der Versorgungslandschaft verstanden werden sollten und die Wahlfreiheit bezüglich der möglichen Versorgung erhöht. Das Zusammenleben in familienähnlichen Gemeinschaften mit der Betonung alltagspraktischer Aktivitäten, biografiegeleiteten Angeboten und der starken Einbindung der Angehörigen vermittelt den BewohnerInnen Sicherheit und Vertrautheit, führt zu einem höheren Aktivitätsniveau, Verringerung von Aggressivität und führt zu mehr Zufriedenheit auch der Angehörigen und des Personals. Bereits drei Projekte speziell für Demenzkranke finden sich in Mittelfranken. Eines davon lehnt sich stark an das Konzept der Rothenfußer Wohngemeinschaft in München an, die vom Bayerischen Sozialministerium als modellhaft angesehen wird. Ein Initiativkreis zum Aufbau von ambulanten Wohngemeinschaften für demenzkranke Menschen, der von der GeFa Mittelfranken initiiert wurde, besteht. Die GeFa unterstützt mittelfrankenweit den Aufbau neuer Projekte. Eine bayernweite Vernetzung der bisher bestehenden Wohngemeinschaften ist empfehlenswert, da dies die immer noch sehr schwierige Realisierung weiter verbessern helfen kann.

Begrüßenswert wäre der Aufbau weiterer Wohngemeinschaften nicht nur im ländlichen Bereich, sondern vor allem auch in den städtischen Ballungsgebieten Nürnberg/Fürth/Erlangen, da eine Zunahme der alleinlebenden Demenzkranken prognostiziert ist, für die eine in diesem Fall stadtteilnahe Versorgung ebenfalls anzustreben ist. In diesen Fällen kommt den ambulanten Pflegediensten und ihrem speziell geschulten Personal eine besondere Bedeutung in der Unterstützung und Gestaltung des Tagesablaufs zu.

Der Aufbau ambulanter betreuter Wohngemeinschaften sollte sich jedoch nicht auf die Demenzkranken beschränken. Gerade für ältere psychisch kranke Menschen, die an Depressionen leiden oder bereits psychiatriee erfahren sind, stellt diese Art der Versorgung eine Alternative dar zu einem Leben in sozialer Isolation mit der Gefahr der frühzeitigen Pflegebedürftigkeit oder einer häufigen Inanspruchnahme von klinisch-stationärer Versorgung. Für diese Art der Versorgung erscheint eine stundenweise sozialpädagogische Begleitung erforderlich, die nach Bedarf durch ambulante Pflege ergänzt wird.

Für die neue Gruppe der älter werdenden chronisch psychisch Kranken, die bisher in Langzeiteinrichtungen versorgt wurden, stellt das intensiv betreute Wohnen in kleinen Einheiten ebenfalls eine Alternative dar zu einem Wechsel in ein stationäres Alten(pflege-)heim, wenn ihr Verbleib in der gewohnten Einrichtung auf Grund ihres Alters, neuer zusätzlicher Erkrankungen und der daraus entstehenden Versorgungsprobleme in den Einrichtungen auf Grund von Finanzierungsproblemen nicht mehr gewährleistet ist. Die Betreuung durch psychiatrisch ausgebildete Fachkräfte zur Unterstützung der



Tagesstrukturierung und zur Krisenintervention wird ergänzt durch Hinzuziehung von externen ambulanten Pflegediensten bei eintretendem Pflegebedarf.

In jedem Fall kommt den ambulanten Pflegediensten eine besondere Bedeutung zu bei der Übernahme der pflegerischen Versorgung, so dass ein Zuwachs an (geronto-) psychiatrischer Kompetenz unabdingbar ist. Die nötigen Finanzierungsfragen, auf die in den Einzelberichten immer wieder hingewiesen wurde, müssen dringend gesetzlich geregelt werden.

Neben der Stärkung der gerontopsychiatrischen Kompetenz der ambulanten Pflegedienste erscheint es unerlässlich, trotz der augenblicklich schwierigen Finanzsituation, die Anbindung gerontopsychiatrischer Fachkräfte an die Sozialpsychiatrischen Dienste zu fordern. Hier geht es vornehmlich um die Unterstützung depressiv oder wahnhaft erkrankter Menschen, um alt gewordene chronisch psychisch Kranke und um suchtkranke Menschen. Gerade für die Letztgenannten wurde ein Versorgungsdefizit genannt (s. Punkt 4.7/Tab. 3). Gerade bei den Gruppen der depressiv und der suchterkrankten Menschen geht es um den Abbau von therapeutischem Nihilismus. Spezielle Angebote sind z.T. vorhanden und werden nicht genutzt oder aber fehlen und müssen somit aufgebaut werden.

Den niedergelassenen Haus- und FachärztInnen kommt eine herausragende Stellung innerhalb der ambulanten Versorgung der Gruppe gerontopsychiatrischer PatientInnen zu. Nur in geringer Anzahl haben diese auf die Befragung geantwortet - ob aus Desinteresse oder Zeitmangel, kann nicht beantwortet werden. Allerdings könnte auf einen hohen Fortbildungsbedarf zur Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Erkrankungen geschlossen werden. Das bestätigen z.B. auch negative Erfahrungen von Angehörigen, wie in Studien nachgewiesen wurde (M. Haupt, 2004). Die Einführung der neuen Gebührenordnung für niedergelassene ÄrztInnen vom April 2005 bietet die Möglichkeit, das Geriatrische Assessment abzurechnen, zu den Leistungsinhalten des Assessments gehören auch der Mini-Mental-Status-Test (MMST) und der Syndrom-Kurz-Test (SKT). Bei Demenzverdacht gibt es eine zusätzliche Gebührensiffer, wie in einer Ausgabe der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie mitgeteilt wurde. Dies ist sicher ein Schritt in die richtige Richtung, um die Qualität der ärztlichen Versorgung zu steigern. Die Stärkung der (Früh-) Diagnostik und der Weiterverweisung mit Einleitung einer angepassten Behandlung kann zur Erhaltung der Lebensqualität der Erkrankten und auch ihrer Angehörigen beitragen und Folgekosten sparen, da eine mögliche Heimeinweisung verhindert oder verzögert werden kann.

Der Tagespflege als einem Zwischenglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung kommt eine wichtige Entlastungs- und Unterstützungsfunktion für den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu. Allerdings stehen die teilstationären Angebote vor großen finanziellen Schwierigkeiten. Da sich die wenigen vorhandenen Tagespflege-Einrichtungen mittlerweile fast zu speziellen Angeboten für Demenzerkrankte entwickelt haben, ist ein darauf abgestimmtes Konzept und entsprechend geschultes Fachpersonal unerlässlich. Eine Flexibilisierung durch spezielle Angebote, wie stundenweise Betreuung, Betreuung an den Wochenenden oder Feiertagen, die speziell den Bedürfnissen der Erkrankten bzw. ihrer Angehörigen entgegen kommen, könnten zu einer weiteren Inanspruchnahme dieses stützenden Angebotes beitragen. Ein weiterer Ausbau in Regionen ohne Tagespflege-Angebot wäre wünschenswert.

Das Angebot der Tageskliniken zur Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation ist ebenfalls ein wichtiger Baustein in der Versorgungskette für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen, wobei es sich in erster Linie um Menschen mit affektiven Störungen handelt und in geringerem Maß um Menschen mit kognitiven Störungen oder einer Schizophrenie. Der multiprofessionelle Ansatz ist von großem Vorteil für die PatientInnen. In diesem Rahmen wird auch die so wichtige psychotherapeutische Arbeit geleistet, auf deren Notwendigkeit weiter oben bereits hingewiesen wurde (s. Punkt 4.9/S. 31 ). Leider gibt es bisher nur 2 gerontopsychiatrische Tageskliniken. Die vorhandene geriatrische Tagesklinik und geriatrische Rehabilitationsabteilung in Nürnberg und Fürth müssen sich mit ihren Behandlungskonzepten ebenfalls auf diesen Patientenkreis einstellen.

Lt. Psychiatrie-Enquete von 1975 und Expertenkommission von 1988 sollte in jedem psychiatrischen Versorgungsbereich ein Gerontopsychiatrisches Zentrum eingerichtet sein, welches die ambulante und teilstationäre Versorgungs- und Beratungsfunktion übernehmen sollte. Diese Zentren arbeiten multiprofessionell, beziehen die Angehörigen und freiwillige ehrenamtliche HelferInnen mit ein, sind vernetzt mit sämtlichen gerontopsychiatrisch arbeitenden Leistungsanbietern in der Region und übernehmen eine wichtige Motorfunktion für die inhaltliche und qualitätsvolle Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in ihrer Region. Die vorhandenen Ansätze in den verschiedenen Kliniken in Mittelfranken sollten in diesem Sinne weiter ausgebaut werden.

Von dort aus kann auch dem hohen Fortbildungsbedarf entsprochen werden, der bei den ÄrztInnen, den ambulanten (Pflege-)Dienstern und den stationären Einrichtungen zu verzeichnen ist. Eine Weiterführung und evtl. Modifizierung des jährlich stattfindenden GeFa-Fachtages kann mit zur Schaffung eines einheitlichen Wissensstandes zur

Gerontopsychiatrie in Mittelfranken beitragen und Impulse geben, die vorhandenen Angebote qualitativ weiterzuentwickeln und innovative Ansätze zu stärken.

Auch der stationäre Bereich muss sich weiterentwickeln und sich den gewandelten Erfordernissen anpassen. Die geringe Anzahl von gerontopsychiatrischen Fachkräften und ihre Uneinheitlichkeit in der Fort- und Weiterbildung verlangt nach Verbesserung. Es gibt durchaus positive Beispiele in der Versorgung speziell der demenzkranken HeimbewohnerInnen, die als Modell für andere Anbieter dienen können.

Die Alzheimer Gesellschaft Mittelfranken hat ein Qualitätssiegel Demenz für stationäre Einrichtungen entwickelt, das Anregungen zur Weiterentwicklung beinhaltet. Es wurde bereits in Pretests erprobt und wird nun für die Region Mittelfranken angeboten. Von der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg wird ein Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie für stationäre Einrichtungen als Inhouse-Schulung angeboten, das durch die Vermittlung von Grundlagenwissen die Handlungskompetenz des Pflegepersonals im Umgang mit gerontopsychiatrisch erkrankten BewohnerInnen fördern soll.

Die Durchführung der Bestandsaufnahme hat bereits Wirkung gezeigt. Durch die einzelnen Berichte wurde auf Defizite aufmerksam gemacht und zwischenzeitlich haben sich bereits einige positive Veränderungen in den verschiedensten Sektoren ergeben.

In allen Regionen sind Arbeitskreise Gerontopsychiatrie entstanden bzw. im Aufbau, in denen die verschiedensten Leistungserbringer in unterschiedlicher Intensität an Themen zusammenarbeiten, die sich für die jeweilige Region stellen. Darüber hinaus gab die Bestandsaufnahme in einzelnen Regionen Impulse zum Aufbau fehlender bzw. als notwendig erachteter Angebote, wie z.B. einer Angehörigenberatungsstelle, Kurzzeitpflege, eines klinisch-stationären Verbundes oder inhaltlicher Weiterentwicklungen im stationären Bereich. Die Einrichtung einer gerontopsychiatrischen Fachkoordination kann somit insgesamt als eine positive Maßnahme des Bezirks Mittelfranken angesehen werden. Dem Themenkomplex Gerontopsychiatrie wird weiterhin eine große Bedeutung beigemessen werden müssen.

GeFa Mittelfranken/Juni 2005

## 7 Anhang

Literaturliste:

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.),  
Rothenfußler Wohngemeinschaft, Wohngemeinschaft für verwirrte ältere seelisch behinderte  
Menschen, Abschlussbericht, München 2003

H. Bickel, Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter in: H. Förstl, Lehrbuch der  
Gerontopsychiatrie, Enke, Stuttgart 1997, S. 1 - 12

J. Demling und J. Kornhuber in: Weißbuch Demenz, Hrsg. J. Hallauer und A. Kurz, Thieme  
Verlag, Stuttgart 2002, S. 44

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in  
Deutschland, Expertisen zum 3. Altenbericht der Bundesregierung Bd. 4 Leske + Budrich,  
Opladen 2001, S. 17, 41, 56, 63, 65 und 87)

M. Haupt et. al., Die ambulante Versorgung von Patienten mit Alzheimer-Demenz in: MMW –  
Fortschritte der Medizin Originalien Nr. II/2004 146. Jg., S. 51-56

Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung,  
Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 114, Nomos Verlagsges., Baden-  
Baden 1999, S. 115

Radzey/Heeg in: Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker, Schriftenreihe des  
Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Bd. 207.2, Kohlhammer,  
Stuttgart 2001, S. 34

Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Demenziell erkrankte ältere Menschen,  
Stuttgart 1998, S. 13

D. Wolter-Henseler, Gerontopsychiatrie in der Gemeinde, Kuratorium Deutsche Altershilfe  
(Hrsg.), Köln 1996, S. 71

www.destatis.de, 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Statistisches Bundesamt,  
Wiesbaden