

Handlungspapier Gerontopsychiatrie Mittelfranken des Bezirks Mittelfranken

Erstellt in Zusammenarbeit mit
der Stabsstelle Sozialplanung und Koordination
- Gerontopsychiatrische Fachkoordination (GeFa) Mittelfranken -
und
dem Arbeitskreis Gerontopsychiatrie Mittelfranken

Ansbach, Oktober 2021

Vorstellung der Herausgeber

Der **Bezirk Mittelfranken** ist eine in der Verfassung des Freistaates Bayern verankerte kommunale Gebietskörperschaft. Der Bezirk schafft und unterstützt öffentliche Einrichtungen für das soziale, wirtschaftliche und kulturelle Wohl aller Bürgerinnen und Bürger, die in Mittelfranken leben. Der Bezirk übernimmt Aufgaben, die die Zuständigkeit oder die finanziellen Möglichkeiten von Gemeinden, Landkreisen und kreisfreien Städten überschreiten.

Als überörtlicher Träger der Sozialhilfe unterstützt der Bezirk insbesondere behinderte, alte und pflegebedürftige Menschen, sowie Kriegsoffer und deren Hinterbliebene. Der Bezirk Mittelfranken ist neben der stationären auch für die ambulante Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung zuständig. Dazu zählen zum Beispiel das ambulant betreute Wohnen, die Frühförderung von Kindern oder der Behindertenfahrdienst.

Beim Bezirk Mittelfranken ist in der Stabsstelle Sozialplanung und Koordination die **Gerontopsychiatrische Fachkoordination (GeFa)** angesiedelt. Sie unterstützt und begleitet den Aus- und Aufbau besonderer Angebote und Maßnahmen im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung in Mittelfranken.

Der **Expertenkreis Gerontopsychiatrie Mittelfranken** setzte sich zusammen aus Vertreter*innen folgender Einrichtungen:

- AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken
- Bezirk Mittelfranken / Stabsstelle Koordination und Sozialplanung
- Bezirkskliniken Mittelfranken
- Caritas und Diakonie im Nürnberger Land / SPDI
- Caritas Nürnberg
- Krisendienst Mittelfranken
- Laufer Mühle
- Landratsamt Roth
- Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e.V.

Inhaltsverzeichnis

Vorstellung der Herausgeber	2
Hinführung - Handlungspapier Gerontopsychiatrie Mittelfranken	4
Teilbereich A Demografischer Wandel und Beschreibung der Zielgruppe mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen.....	6
Der demographische Wandel.....	6
Beschreibung der Zielgruppe -Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung.....	6
Teilbereich B Vorgehensweise	8
Geplantes Vorgehen im Überblick	8
Bestimmung und Priorisierung der Handlungsfelder durch den Expertenkreis	9
Konzeption des Fragebogens	10
Durchführung eines Online-Expertenmeetings.....	11
Methodik - Auswertung	12
Teilbereich C - Zentrale Ergebnisse der Expertenbefragung	13
Handlungsfeld Wohnen	13
Handlungsfeld Mobilität.....	15
Handlungsfeld ambulante gerontopsychiatrische Pflege	17
Handlungsfeld Digitalisierung	19
Handlungsfeld medizinisch therapeutische Angebote.....	21
Handlungsfeld Schnittstellen.....	23
Zusammenfassung und Empfehlung	26
Verwendete Literatur	28

Hinführung - Handlungspapier Gerontopsychiatrie Mittelfranken

Im Zuge des demographischen Wandels wird eine angemessene und vor allem ausreichende Versorgung älterer Menschen im Gesundheits- und Sozialsystem im Regierungsbezirk Mittelfranken immer wichtiger werden. Laut den jüngsten Prognosen ist dabei mit einer starken Zunahme an psychogerontologischen Erkrankungen wie z.B. Demenz, Depressionen, Angst- und Suchterkrankungen zu rechnen. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, hat der Planungs- und Koordinierungsausschuss im Bezirk Mittelfranken beschlossen, einen Expertenkreis einzurichten, um Antworten auf drängende Fragen zu generieren. Dieser Expertenkreis besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Alten-, Gesundheits- und Suchthilfe sowie Vertreterinnen der Bezirksverwaltung.

Konkret wurden die Mitglieder des Expertenkreises dazu befragt:

- welche Bereiche der Gerontopsychiatrie zukünftig an Bedeutung gewinnen werden,
- welche Hürden und Stolpersteine es dabei gibt und
- welche Handlungsmöglichkeiten bzw. Umsetzungsideen es geben könnte.

Um die Aussage des Expertenkreises zu stärken und weitere Fachexpertise einzubeziehen, wurde eine mittelfrankenweite Befragung umgesetzt. Die zentralen Ergebnisse der Expertenbefragung sind neben den Ergebnissen der inhaltlichen Analyse aus dem Expertenkreis in diesem Handlungspapier dokumentiert und zusammengefasst.

Ein Ziel des vorliegenden Handlungspapiers ist es, mit den zentralen Ergebnissen die regional passgenaue Entwicklung von Angeboten anzuregen und zu fördern. Das Papier soll bei der Weiterentwicklung und Ausgestaltung der gerontopsychiatrischen Versorgungslandschaft in Mittelfranken als **Diskussions-, Arbeits- und Argumentationsgrundlage** dienen.

Aufbau des Handlungspapiers

Das Handlungspapier Gerontopsychiatrie Mittelfranken ist in drei Teilbereiche untergliedert:

Zunächst wird im *Teilbereich A - Demografischer Wandel und Beschreibung der Zielgruppe mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen* – inhaltliches Hintergrundwissen kurz zusammengefasst und präsentiert.

Im *Teilbereich B - Vorgehensweise* - werden dann die inhaltlichen Resultate der Analyse des Expertenkreises sowie der Ablauf und die Methodik der mittelfrankenweiten Befragung vorgestellt.

Im *Teilbereich C - Zentrale Ergebnisse der Expertenbefragung* werden die Ergebnisse der Expertenbefragung zusammengefasst und geclustert aufgezeigt. Für jedes bearbeitete Handlungsfeld werden

Problemfelder und mögliche Handlungsansätze aufgezeigt und gegenübergestellt. Bei der Darstellung besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die Inhalte stammen ausnahmslos aus den Ergebnissen der Befragung und wurden nicht durch die Mitarbeiterinnen der GeFa ergänzt, verändert oder interpretiert.

Abschließend wird im letzten Kapitel – Zusammenfassung und Empfehlung – nochmals die Zielvorgabe mit den Ergebnissen der gerontopsychiatrischen Expertise aus Mittelfranken betrachtet. Hier geht es um die Entwicklung von Handlungsperspektiven.

Teilbereich A

Demografischer Wandel und Beschreibung der Zielgruppe mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen

Der demographische Wandel

Der demografische Wandel wird nicht nur mit einer rasanten Zunahme der hochaltrigen Menschen ab einem Alter von 80 Jahren einhergehen, was für die gerontopsychiatrische Versorgung in erster Linie eine Zunahme an Menschen mit Demenz bedeutet, sondern auch mit einer Zunahme von Menschen im Alter von 65 bis 80 Jahren. Dies bedeutet für die Gerontopsychiatrie eine Zunahme von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und affektive Erkrankungen. Man geht derzeit davon aus, dass rund 25 % der über 65-Jährigen von einer psychischen Erkrankung betroffen sind.

Diese vorab skizzierte Entwicklung wird vermutlich das (ambulante) gerontopsychiatrische Versorgungssystem sowohl im Hinblick auf die Bedarfe als auch hinsichtlich der Ressourcen vor neue Herausforderungen stellen.

Beschreibung der Zielgruppe -Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung

Die Gerontopsychiatrie beruht auf dem Wissens- und Erfahrungsstand der Psychiatrie und Gerontologie; sie ist neben der Geriatrie ein Teil der Altersmedizin. Ziel ist die Beschreibung, Diagnostik, Therapie und Prävention von psychischen Erkrankungen, die insbesondere im Alter durch körperliche, seelische und soziale Veränderungen auftreten, wobei das Lebensalter (ab 65 Jahren) nur eine ungefähre Richtmarke darstellt.

Die Gerontopsychiatrie richtet ihren Fokus

- zum einen auf Menschen, die bereits in jüngeren Jahren psychisch erkrankt (n. ICD10) bzw. seelisch und/oder suchtkrank (n. SGB XII) sind und deren Behandlung unter Berücksichtigung altersbedingter Besonderheiten fortgesetzt werden muss, und
- zum anderen auf Menschen im höheren Lebensalter, deren psychische / seelische Erkrankung aus dem Alterungsprozess resultiert. (Anmerkung: Diese psychischen / seelischen Erkrankungen sind ebenso chronifiziert möglich.)

Durch die demographische Veränderung unserer Gesellschaft kommt dem Gebiet der Gerontopsychiatrie eine wachsende Bedeutung zu. Je nach Studie und Untersuchungsmethode leiden 20-40 % aller über 65-jährigen Menschen in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung im Sinne des ICD-10.

Zu den häufigsten gerontopsychiatrischen Erkrankungen zählen:

- Demenzerkrankungen
- wahnhaft-halluzinatorische (schizophreniforme) Störungen / Delirien
- Depressionen
- bipolare affektive Störungen
- Schizophrenien
- Stoffgebundene Suchterkrankungen wie
 - Alkoholbedingte Störungen (z.B. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit) / amnestisches Syndrom
 - medikamentenbedingte Störungen (z.B. Missbrauch und Abhängigkeit von Benzodiazepinen /Opioiden u.a.)
- Angst-, Zwangs- und somatoforme Störungen¹

1

- Steidl, S.; Nigg, B. (2014): S. 17
- <https://www.uni-due.de/~tnk0i0/gpk/html/gerontopsychiatrie.html>
- <http://www.bdk-deutschland.de/Expertenkreise/ak-gerontopsychiatrie>

Teilbereich B Vorgehensweise

Geplantes Vorgehen im Überblick

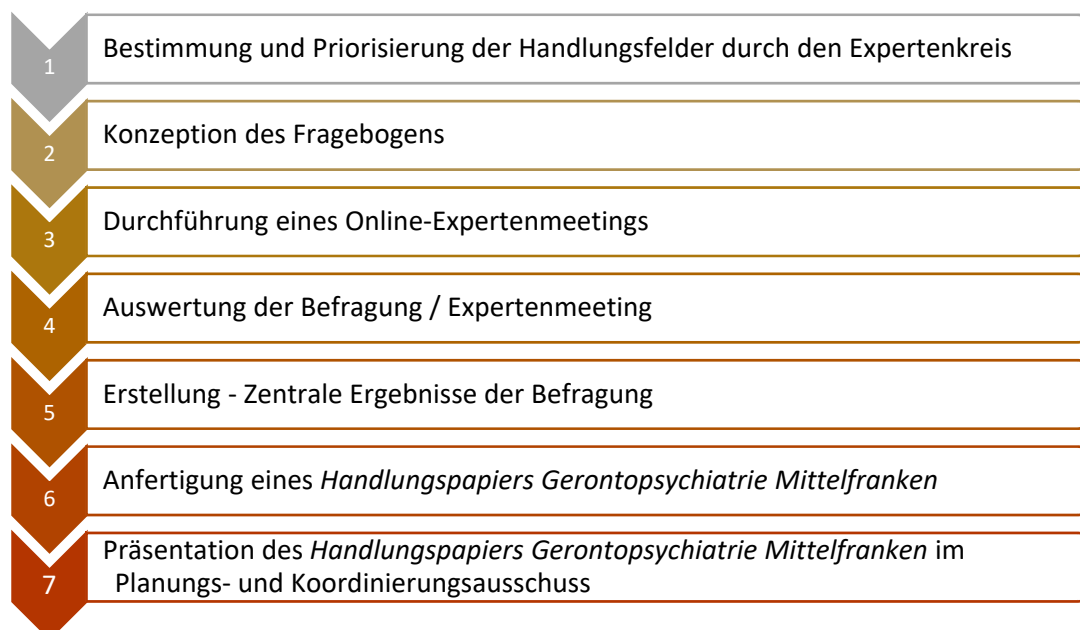
Um ein aussagekräftiges Handlungspapier zu entwickeln, war eine inhaltliche Analyse durch den Expertenkreis Gerontopsychiatrie Mittelfrankens notwendig.

Zunächst wurden Handlungsfelder im Bereich der Gerontopsychiatrie bestimmt, in denen nach der Expertise des Arbeits- und Expertenkreises ein besonders hoher Handlungsbedarf besteht. Unter dem Begriff *Handlungsfelder* werden zusammengehörige komplexe Bereiche des Lebens und/oder der Versorgung verstanden, in welchen es Handlungsbedarfe zur Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen gibt. Des Weiteren musste ein geeignetes Veranstaltungsformat zur Erfassung des Handlungsbedarfs bzw. der Daten gefunden werden.

Nach der Erhebung, Aufbereitung und Zusammenfassung der so gewonnenen Daten erfolgte die Erstellung des Handlungspapiers, welches die Lebenssituation für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen verbessern soll.

Nachfolgend werden die einzelnen Schritte auf dem Weg zu einem Handlungspapier im Überblick dargestellt.

Die einzelnen Prozessschritte auf dem Weg zum Handlungspapier Gerontopsychiatrie:



Bestimmung und Priorisierung der Handlungsfelder durch den Expertenkreis

Um ein aussagekräftiges Handlungspapier erstellen zu können, hat der vorab benannte Expertenkreis 15 Handlungsfelder festgelegt, in denen nach seiner Expertise aktuell erhöhter Handlungsbedarf im Bereich der Gerontopsychiatrie besteht.

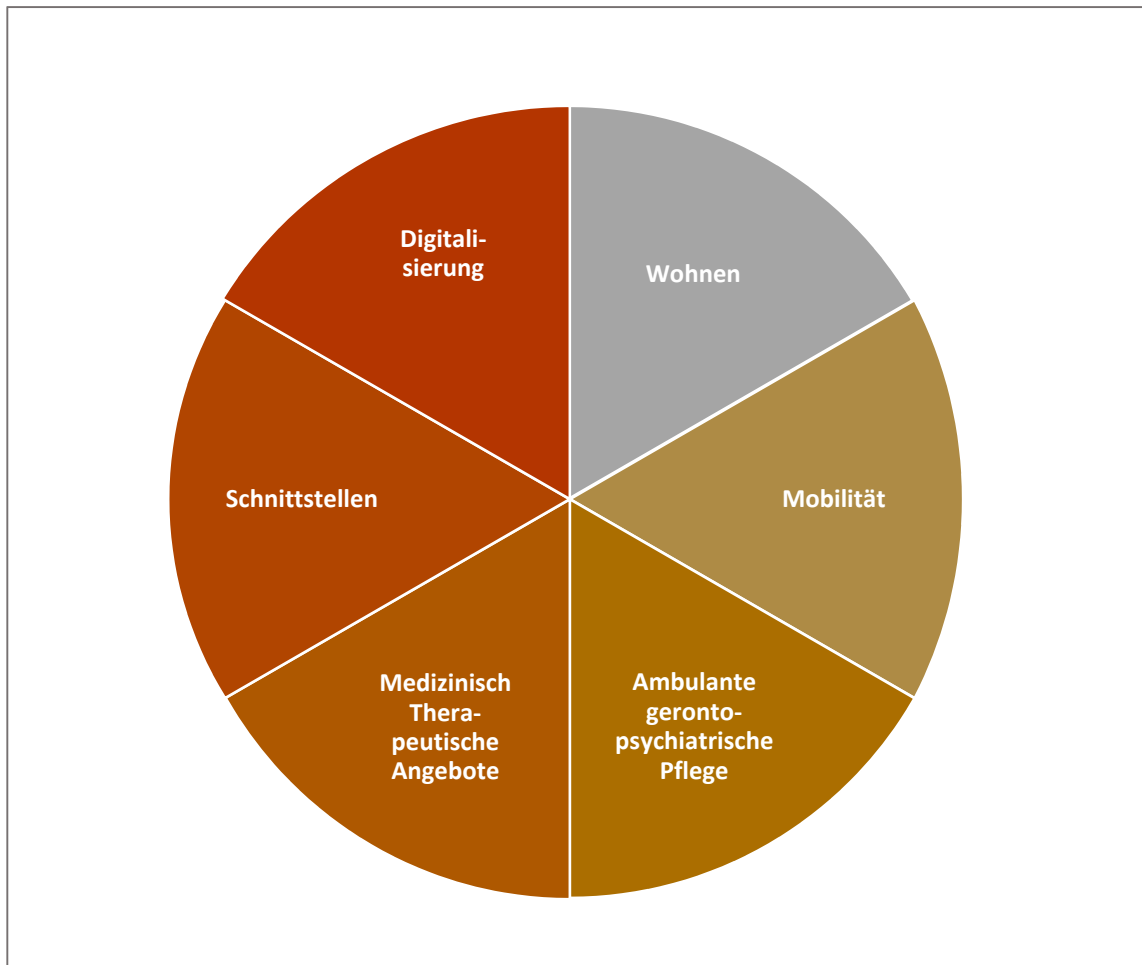
15 Handlungsfelder im Überblick:



Da diese relativ große Anzahl an Handlungsfeldern nicht auf einmal bearbeitet werden konnte, entschied die Expertengruppe, eine Priorisierung der Handlungsfelder vorzunehmen und insgesamt sechs Handlungsfelder hervorzuheben, in denen ein besonderer Handlungsbedarf im Bereich der Gerontopsychiatrie Mittelfranken besteht.

Diese Handlungsfelder richten ihren Fokus vor allen Dingen auf die ambulante gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur. Innerhalb dieser sechs priorisierten Handlungsfelder besteht keine Rangfolge.

6 priorisierte gerontopsychiatrische Handlungsfelder:



Konzeption des Fragebogens

Der Expertenkreis entschied sich für eine nicht-standardisierte schriftliche Befragung mittels eines entsprechenden Fragebogens, der je Handlungsfeld in drei Felder unterteilt ist und jeweils mit Schlüsselwörtern gekennzeichnet ist. Die offene Art und Weise der Befragung sollte die befragten Expert*innen dazu anregen, ihre Ideen und Anregungen ganz frei und ohne Vorgaben zu formulieren.

Dieser Fragebogen konnte direkt und nur während des Online-Expertenmeetings von den Teilnehmenden heruntergeladen werden. Zur Auswertung wurde er per Mail oder durch die integrierte Absende-Funktion zurückgesandt. Alle teilnehmenden Expert*innen konnten zu allen sechs im

Handlungsfeld
Bitte fügen Sie Ihre Beiträge in die untenstehenden Felder ein.
Vielen Dank, dass Sie zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung in Mittelfranken beitragen!

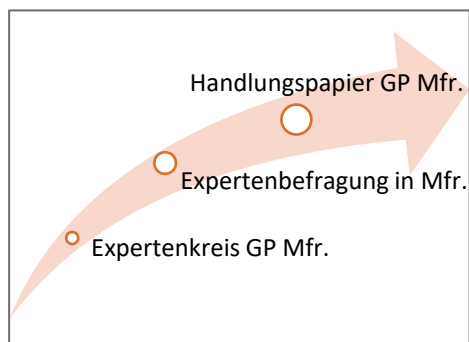
Folgende Probleme/Schwierigkeiten sehe ich

Meine Ideen/Vorschläge zur Verbesserung

Best practice: Diese Angebote und/oder Maßnahmen laufen schon gut

Vorfeld priorisierten Handlungsfeldern Stellung beziehen.

Durchführung eines Online-Expertenmeetings



Um die Aussagekraft des *Handlungspapiers Gerontopsychiatrie* zu erhöhen, war es dem Expertenkreis wichtig, eine breite Fachexpertise aus den verschiedenen Bereichen der gerontopsychiatrischen Versorgung und deren verschiedenen Sektoren mit einzubeziehen. Diese Expert*innen sollten durch ihre praxisrelevanten Erfahrungen und Kompetenzen, die vom AK Gerontopsychiatrie Mfr. aufgezeigt

Handlungsfelder einschätzen und ihr Knowhow zur Stärkung der Weiterentwicklung mittels einer Befragung zur Verfügung stellen.

Daher wurde eine Veranstaltung geplant, zu der ca. 400 Fachpersonen, Entscheidungsträger und Interessierte aus den verschiedenen Bereichen der Gerontopsychiatrie, eingeladen waren. Die in Präsenz geplante Veranstaltung im Format eines World Cafés wurde im Herbst 2020 nach zweimaliger Verschiebung aufgrund der verschärften Pandemielage auf ein Online-Expertenmeeting umgestellt, das von der GeFa konzipiert und umgesetzt wurde.

Insgesamt meldeten sich 85 Fachpersonen aus den verschiedenen Bereichen der Gerontopsychiatrie,

des Gesundheitswesens und der Alten- und Suchthilfe zu dieser Online-Veranstaltung an, die von der GeFa moderiert wurde. Um möglichst viele Expert*innen in die Befragung mit einzubeziehen, wurde die Rahmenveranstaltung in Form des Online-Expertenmeetings sieben Mal hintereinander jeweils im Stundentakt angeboten.

Zu Beginn wurden den Teilnehmenden in kleineren Gruppen die sechs priorisierten Handlungsfelder in Form von Einführungsvideos vorgestellt, anschließend bestand Zeit für Fragen, die von den GeFa-Mitarbeiterinnen beantwortet wurden. Anschließend erhielten alle Teilnehmenden handlungsfeldbezogene nichtstandardisierte Fragebögen zum Download mit der Bitte, diese ausgefüllt an die GeFa zurückzusenden.

Methodik - Auswertung

An der Veranstaltung haben insgesamt 85 Expert*innen teilgenommen. Insgesamt konnten 61 Fragebögen für die empirische Analyse genutzt werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von rund 70 Prozent. In Anlehnung an verschiedene qualitative Auswertungsverfahren wurden die Inhalte der Fragebögen je Handlungsfeld in einer Tabelle verarbeitet bzw. aufbereitet.²

Zunächst wurden relevante Aussagen aus jedem Bereich übertragen und von erzählerischen Elementen bereinigt und irrelevante Antworten oder Antwortteile herausgefiltert. Als irrelevant betrachtet wurden Aussagen, die (ohne ein hohes Maß an Interpretation) nicht verständlich waren oder einem anderen Handlungsfeld zuzuordnen waren (diese wurden dann in der Auswertung des passenderen Handlungsfeldes aufgegriffen). Durch ein systematisches Clustern konnte eine erste Kategorienbildung bzw. eine bessere Vergleichbarkeit von Antworten, durch die Verwendung einheitlicher Begrifflichkeiten und die Umformulierung des Inhalts, hergestellt werden.

Nachfolgend wurden – tabellarisch aufbereitet - die herausgearbeiteten Kernaussagen - soweit möglich und passend - in Kategorien bzw. Themenblöcke zusammengefasst, die beschreiben bzw. aus denen sich ableiten lässt, in welchen Bereichen bzgl. des jeweiligen Handlungsfelds Interventionsbedarf besteht und welche Vorschläge hierzu gemacht werden.

Die Antworten aus der Expertenbefragung bezüglich der Best-Practice-Beispiele wurden in der Ergebnisdarstellung nicht mit aufgezeigt, da dies keinen weiteren Erkenntnisgewinn dargestellt hätte.

² Die Auswertung wurde durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter aus dem Studiengang Gerontologie der FAU Erlangen-Nürnberg unterstützt.

Teilbereich C - Zentrale Ergebnisse der Expertenbefragung

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Online-Expertenbefragung tabellarisch dargestellt. Die in der Befragung vorgenommene Untergliederung in *Problemen/Schwierigkeiten* und *Ideen/Vorschläge* wird hier wieder aufgegriffen und soweit möglich gegenübergestellt. Zum besseren Verständnis wird in jedem Handlungsfeld dasselbe kurz beschrieben. Die Angaben aus der Erhebung durch das Expertenmeeting wurden von den Herausgebern nicht auf inhaltliche Richtigkeit überprüft.

Handlungsfeld Wohnen

Wohnen berührt alle unsere Lebensbereiche und hat erheblichen Einfluss auf die Gestaltung unseres Alltags. Sobald Hilfe-, Pflege- oder Betreuungsbedarfe vorliegen, ist es gerontopsychiatrisch erkrankten Personen oft nicht mehr möglich, eventuelle Bedürfnisse und Bedarfe selbstbestimmt umzusetzen. Beispielsweise sind der Wunsch nach dem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit mit entsprechenden Unterstützungsangeboten oder die Nutzung spezifischer Wohnformen zu benennen.

Tabelle 1: Übersicht der Probleme/Schwierigkeiten und Ideen/Vorschläge im Handlungsfeld „Wohnen“

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
Probleme bzgl. des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit <ul style="list-style-type: none"> ○ Fehlende finanzielle Mittel der betroffenen Menschen ○ Gefährdende Situationen in der eigenen Häuslichkeit (insbes. Sturzgefahr bei Menschen m. Behinderungen/Demenz) ○ Hoher Bedarf an aufsuchenden Hilfen (Hauswirtschaftliche Versorgung, Pflege, Alltagsbegleitung etc.) ○ Fehlende soziale Einbindung 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Angebot an ambulanten, aufsuchenden Hilfen ausbauen
Mangel an altersgerechtem, finanzierbarem Wohnraum	Fördermittel für den Auf- und Ausbau von altersgerechtem Wohnen
Fehlen von geeigneten Wohnformen für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen	Schaffung spezifischer Wohnformen für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Einrichtungen für Menschen mit präseniler Demenz und hohem Pflegebedarf

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
	<ul style="list-style-type: none"> ○ spezialisierte Einrichtungen für Menschen mit seltenen Demenzerkrankungen ○ Demenzwohngemeinschaften
Mangel an Passgenauigkeit der Versorgungssituation für psychisch kranke Ältere mit Pflegebedarf in etablierten Wohnformen	<p>Verbesserung der Versorgungssituation in etablierten Wohnformen z.B. durch</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Schaffung von Wohnbereichen mit dem Fokus auf Therapie und Bewältigung der psychischen Erkrankungen unter Berücksichtigung der Wahrung der Autonomie der Betroffenen ○ Qualifikation der Pflegekräfte hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungen im Alter verbessern ○ Angebot an beschützenden Bereichen ausbauen
Wohnheime für psychisch Erkrankte können die (medizinische) Pflegetätigkeit nur bedingt leisten	
Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen	Schaffung von Kurzzeitpflegeplätzen in besonderen Wohnformen
Mangel an tagesstrukturierenden Angeboten für psychisch Erkrankte nach dem Erwerbsleben	
Erschwerte Vereinbarkeit von Eingliederungshilfe und Pflege	<ul style="list-style-type: none"> ○ Zusammenführung der Eingliederungshilfe und Hilfen zur Pflege ○ Gemeinsame Gremienarbeit von Politik/Entscheidungsträger und Fachpersonen ○ Bessere Vernetzung zwischen Leistungserbringern, um Versorgungslücken und -möglichkeiten
<p>Zitate aus der Befragung:</p> <p><i>„...Problem: Menschen über 60 Jahre, die vorher keine Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen, haben danach keinen Anspruch mehr darauf. Gesetz muss geändert werden, weil Ungleichbehandlung. z.B. kann so jemand kein Betreutes Wohnen oder pers. Budget mehr bekommen, wenn er es nicht selbst bezahlen kann.“</i></p>	<p>Zitate aus der Befragung:</p> <p><i>„...- es bräuchte mehr stationäre Wohnformen für ältere Menschen mit psychischer Erkrankung, in welchen dann auch das therapeutische Arbeiten und die Bewältigung mit der psychischen Erkrankung mit im Fokus stehen kann.“</i></p> <p><i>„...Es bräuchte Pflegeheime oder Wohnformen für Menschen mit selteneren Demenzerkrankungen, mehr beschützende Abteilungen und Wohnformen für jüngere Menschen mit</i></p>

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
<p>„...Es fehlt sehr sehr stark an Wohnmöglichkeiten für psychisch erkrankte Senioren. Seniorenwohnheime sind oft schon mit Demenzerkrankten überfordert und eine Aufnahme von älteren Menschen mit psychiatrischer Diagnose ist schlichtweg nicht möglich“.</p>	<p>einer Demenzerkrankung und hohem Pflegebedarf.“</p> <p>„...Unbedingt müssen Wohnformen für psychisch erkrankte SeniorInnen geschaffen werden! ...Besonders für die schwer psychisch erkrankten älteren Menschen müsste es Wohnmöglichkeiten geben!“</p>

Handlungsfeld Mobilität

Mobilität berührt sehr viele Lebensbereiche und hat erheblichen Einfluss auf die Gestaltung unseres Alltags. Sobald Hilfe-, Pflege- oder Betreuungsbedarf vorliegt, ist es gerontopsychiatrisch erkrankten Personen oft nicht mehr möglich persönliche Bedarfe zu erfüllen. Hierzu zählen beispielsweise das Einkaufen oder Arztbesuche mit Begleitung sowie soziale Integration. Mobilität ist oftmals der Schlüssel zu Teilhabe.

Tabelle 2: Übersicht der Probleme/Schwierigkeiten und Ideen/Vorschläge im Handlungsfeld „Mobilität“

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
<p>Erschwerte Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) z.B. durch fehlende spezifische Barrierefreiheit für gerontopsychiatrisch Erkrankte, wie zu komplexe Nutzungsbedingungen (Überforderung beim Ticketerwerb, Fahrpläne etc.)</p>	<p>Förderung der Barrierefreiheit im ÖPNV und im öffentlichen Raum</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entsprechende barrierefreie Gestaltung von Bahnhöfen/Haltestellen und Verkehrsmitteln ○ Beseitigung von Hindernissen im öffentlichen Raum (Abflachen von Bordsteinen, passende Materialwahl auf Gehsteigen/Plätzen etc.) ○ Kursangebote, um die Zielgruppe zur Nutzung des ÖPNV zu befähigen
<p>Probleme bei der Nutzung privater Fahrmöglichkeiten (Kosten, Fahrkompetenz, Unterstützung durch Dritte)</p>	
<p>Erhalt der Mobilität geht oftmals mit einem zu hohen Kosten- und Zeitfaktor für ältere (psychisch erkrankte) Menschen einher</p>	<p>Reduzierung der finanziellen Belastung (Anmerk.: Kostenfaktor) im Bereich der Mobilität wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ durch günstige/geförderte Taxi- und ÖPNV-Angebote

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
	<ul style="list-style-type: none"> ○ veränderte Bedingungen der Kostenübernahme durch die Krankenkassen <p>Entfernungen oder die Häufigkeit von Wegen reduzieren (Anmerk.: Zeitfaktor):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Versorgungs-, Hilfs- und Beratungsangebote und Sprechstunden an zentralen Orten, wie Gaststätten oder Rathäusern, anbieten oder aufsuchend gestalten <p>Unterstützungsangebote wie z.B. Nachbarschaftshilfe oder Essen auf Rädern ausbauen</p>
<p>Mobilität kann für gerontopsychiatrisch Erkrankte mit und ohne Pflegebedarf eine Gefährdung darstellen (z.B. Sturzrisiko)</p>	<p>Reduzierung der mobilitätsbezogenen Gefährdungen z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ durch aufsuchende Angebote zur Sturzprävention ○ Optimierung der Anbindung von Fachrichtungen an den ÖPNV ○ Ausbau des Fahrdienstangebots
<p>Mangel an Begleitangeboten (z.B. Begleitpersonen)</p>	
<p>Eingeschränkte Mobilität durch gerontopsychiatrische Erkrankung, z.B. bei Depressionen</p>	
	<p>Zielgruppenorientierter Austausch zwischen Kommunen und ÖPNV-Anbietern</p>
<p>Zitate aus der Befragung:</p> <p><i>„...Fahrten zu Ärzten und Therapeuten werden nur unter sehr engen Bedingungen von den Krankenkassen übernommen. Diese Wege müssen auch für ältere Menschen ohne Pflegegrad oder Grad der Behinderung möglich sein. Taxifahrten sind nicht für alle finanzierbar.“</i></p> <p><i>„...vor ca. 4 Jahren wurde die Fahrtkostenübernahme zu Arztbesuchen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen. Ältere Menschen, die einen Facharzt z.B. Neurologe aufsuchen müssen, müssen entweder die Fahrtkosten (Taxifahrt) selbst übernehmen Eine nicht geringe Anzahl an Klienten/innen befindet sich in einer finanziell</i></p>	<p>Zitate aus der Befragung:</p> <p><i>„...Kostengünstigen Seniorenbussen ...“</i></p> <p><i>„...Nachbarschaftshilfe, auch in dörflichen Gegenden ausbauen“</i></p> <p><i>„...Behindertengerechte Wege/Straßen/Verkehrsmittel in Städten sowie Dörfern“</i></p> <p><i>„...Fahrdienst für Senioren bzw. speziell gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen zur Schließung dieser Versorgungslücke“</i></p>

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
<i>prekären Lage, und kann die Fahrtkosten nicht selbst übernehmen. Hinzu kommt eine Einschränkung in der Mobilität aufgrund somatischer Erkrankungen (...Parkinson/Arthrose, KHK etc.) ..., so dass eine Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel nicht möglich ist.“</i>	

Handlungsfeld ambulante gerontopsychiatrische Pflege

Die gerontopsychiatrische Pflege ist eine Spezialisierung und beinhaltet die pflegerischen Maßnahmen zur Prävention, Rehabilitation und Therapie bei älteren Menschen, die unter einer psychischen Störung leiden. Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen und deren Zu- und Angehörige werden durch aufsuchende Dienste dabei unterstützt, ein weitgehend selbstbestimmtes, sozial integrierteres Leben in ihrem gewohnten Umfeld zu führen.

Tabelle 3: Übersicht der Probleme/Schwierigkeiten und Ideen/Vorschläge im Handlungsfeld „ambulante gerontopsychiatrische Pflege“

Probleme	Ideen/Vorschläge
Fehlen von ambulanten gerontopsychiatrischen Pflegediensten	Schaffung von förderlichen Bedingungen Pflegedienste z.B. durch <ul style="list-style-type: none"> ○ sichergestellte Finanzierung ○ Anpassung und Erleichterung der Auflagen
Fehlende Kenntnisse über psychische Erkrankungen im Alter bei etablierten ambulanten Pflegediensten bzw. Pflegepersonal	Durchführung von gerontopsychiatrischen Schulungen für Pflegekräfte
Mangelnde Berücksichtigung von psychosozialen Bedürfnissen der Patient*innen bei etablierten ambulanten Pflegediensten	
Zeitmangel bezogen auf: <ul style="list-style-type: none"> ○ verrichtungsbezogene Ausführung ○ Einschränkung der Versorgungsqualität 	Pflegekräften mehr Zeit in den einzelnen Versorgungseinheiten einräumen
Eingeschränkte Versorgungsqualität durch fehlende interprofessionelle Kommunikation	
Erschwerter Vertrauensaufbau durch personelle Diskontinuität und daraus resultierendes erschwertes Erkennen von Veränderungen der Patienten	

Probleme	Ideen/Vorschläge
Allgemeiner Mangel an ambulanten Entlassungsmöglichkeiten in Hinblick auf Haushaltsführung und Alltagsbegleitung	Betreuungsdienste mehr in die Versorgung einbinden
Fehlende Stabilisierungs- und Schulungsangebote für sorgende Bezugspersonen	Politische Unterstützung informell Pflegenden/Sorgender und deren Anerkennung als wichtiger Teil der Versorgung
Probleme der Finanzierung an verschiedenen Schnittstellen – Hilfe zur Pflege-Eingliederungshilfe und persönliches Budget	
	Umsetzung von wirksamer Öffentlichkeitsarbeit nach der Implementierung ambulanter gerontopsychiatrischer Pflegedienste
	Aufnahme der ambulanten gerontopsychiatrischen Pflege in die nationale Demenzstrategie
Fehlende Bereitschaft der Zielgruppe, Geld für Betreuungsleistungen auszugeben	
Psychisch Erkrankte gelten aufgrund von zeitweiser Unzuverlässigkeit als <i>“potentiell defizitäre Kunden“</i>	
Mögliche Fehldiagnosen können entstehen: Psychische Erkrankungen im Alter werden oft nicht erkannt und als körperliche Erkrankung behandelt	
<p>Zitate aus der Befragung</p> <p><i>„...Pflegedienste kennen sich meist gut mit der Behandlungspflege bei älteren Menschen aus. Zeitmangel stellt aber oft ein Problem dar, hier können die Pflegekräfte oft nur Minimalversorgung leisten. Der Patient als Mensch bleibt auf der Strecke. Das Wissen der Pflegekräfte über psychische Erkrankungen im Alter fehlt oft. Die Anforderungen, welche die Pflege bei psychisch erkrankten Senioren mit sich bringen, können so nicht erfüllt werden.“</i></p>	<p>Zitate aus der Befragung</p> <p><i>„...Sicherstellung der Finanzierung der psychiatrischen Pflege, wie es auch in anderen Bundesländern der Fall ist. Einen erneuten Versuch hierzu starten...“</i></p> <p><i>„...Modellprojekte für Betreutes Wohnen im Alter fördern. Kooperation zwischen Kommune und Bezirk...“</i></p> <p><i>„... Persönliches Budget im Alter umsetzen. Fester Ansprechpartner beim Bezirk oder an unabhängiger Stelle etablieren... Kooperation zwischen Pflegekasse und Bezirk vorantreiben.“</i></p> <p><i>„...Etablierung von ambulanten gerontopsychiatrischen Pflegedienstleistern und Öffentlichkeitsarbeit diesbezüglich.“</i></p>

Handlungsfeld Digitalisierung

Digitale Technologien durchdringen heute alle Bereiche unserer Gesellschaft und berühren das Leben älterer ebenso wie das Leben jüngerer Menschen. Digitale Technologien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen bieten zudem auch viele Chancen: Zu nennen sind hier Möglichkeiten der Stimulation und Aktivierung, der Erhaltung und Erweiterung von Interessen und sozialen Netzwerken sowie ganz generell der Teilhabe im Alter. Hinzu kommt die kompensatorische Funktion von digitaler Technologie, so vor allem im Falle sensorischer, motorischer und kognitiver Verluste, die durch technische Assistenz in unterschiedlichen Komplexitätsgraden in Teilen ausgeglichen werden können³.

Tabelle 4: Übersicht der Probleme/Schwierigkeiten und Ideen/Vorschläge im Handlungsfeld „Digitalisierung“

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
Ausschluss von digitaler Teilhabe durch fehlenden Internetanschluss	Zugang ins Internet ermöglichen bzw. erleichtern z. B. durch die (leihweise) Bereitstellung von Hard- und Software oder durch freies WLAN in Pflegeeinrichtungen
Fehlende digitale Kompetenz	Angebot von zielgruppenspezifischer Beratung und/oder Schulungen
Mangelnde finanzielle Voraussetzung, um digitale Technologien nutzen zu können	
Nutzungsbereitschaft seitens der Zielgruppe ist nicht mehr so ausgeprägt	Digitale Technologien an die speziellen Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppen anpassen in Form von z.B. Seniorentablets oder Reduktion der Software auf das Nötigste zugunsten der Übersichtlichkeit
Mangelnde telemedizinische Angebote (z.B. Videosprechstunden, Telediagnostik) vor allen Dingen im ländlichen Raum	Auf- und Ausbau der Telematikinfrastruktur bzw. von E-(Mental)-Health-Angeboten z. B. Onlineangebote für Krisensituationen und bei Einsamkeit; ärztliche und pflegerische Videosprechstunden
Mangelnde Nutzung digitaler Technologien der Leistungserbringer im Gesundheits- und Pflegebereich zum Zweck des Informationsaustausches	Telematikinfrastruktur als Basis für zeitgemäße Kommunikation zwischen Leistungserbringern bzw. zur Bereitstellung einer gemeinsamen Datenbasis (Medikamentenregime etc.)
Mangelnde Diskussionen zum Thema ethische Grenzen des Einsatzes von altersgerechten Assistenzsystemen	
Mögliche Gefährdung: Mangelnder Daten- und Verbraucherschutz	

³ <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/159704/3dab099fb5eb39d9fba72f6810676387/achter-altersbericht-aeltere-menschen-und-digitalisierung-data.pdf>

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
<p>Zitate aus der Befragung:</p> <p><i>„...wenn der Zugang oder das Wissen um die Nutzung der Geräte fehlt, können psychisch erkrankte SeniorInnen das Angebot nicht nutzen.“</i></p> <p><i>„...kaum Videosprechstunden für Angehörige“</i></p>	<p>Zitate aus der Befragung:</p> <p><i>„...Videosprechstunden anbieten – (für Diagnostik..., Verlaufskontrolle..., Nachfragen..., Kontroll- oder Erinnerungsfunktion...)“.</i></p> <p><i>„...Senioren sollen Tablets erhalten - Einsamkeitsprophylaxe oder wenn keine Besuche erlaubt sind</i> <i>Geistige Aktivierung kann darüber erfolgen“</i></p> <p><i>„...Telematikinfrastruktur ..., die zu einer Digitalisierung im Gesundheitswesen führen soll.“</i></p> <p><i>„...Erster Schritt soll eine Möglichkeit zur Kommunikation und ein digitaler Medikationsplan sein. Es ist wichtig, dass diese Möglichkeit dann auch genutzt wird. Eine Motivation/Fortbildung aller Beteiligten wäre wichtig.“</i></p>

Handlungsfeld medizinisch therapeutische Angebote

Die passgenauen medizinisch - therapeutischen Angebote für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen sind oftmals entscheidend, wie gut eine Erkrankung geheilt, behandelt und/oder in welcher Art und Weise die Betroffenen betreut werden können. Im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung wäre die vernetzte interdisziplinäre medizinisch-therapeutische Zusammenarbeit vieler Fachkompetenzen wünschenswert. Das Ziel ist es hier, unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse eine abgestimmte Behandlung anzubieten, welche die Lebensqualität der Betroffenen verbessert und deren Autonomie im Blick hat.

Tabelle 5: Übersicht der Probleme/Schwierigkeiten und Ideen/Vorschläge im Handlungsfeld „medizinisch therapeutische Angebote“

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
Es fehlen aufsuchende/unterstützende ärztliche sowie therapeutische Hilfsangebote im ambulanten als auch im stationären Bereich	Akquise von mind. einer Fachärzt*in je Stadt und Landkreis, die Hausbesuche absolviert
	Steigerung/Förderung von Heim- bzw. Hausbesuchen durch Therapeut*innen und/oder Ärzt*innen <ul style="list-style-type: none"> ○ Förderung der aufsuchenden Arbeit im Therapiebereich mit älteren psychisch erkrankten Menschen ○ Erhöhung der Bereitschaft von Therapeut*innen, aufsuchend zu arbeiten ○ bessere Konditionen für die aufsuchende Arbeit durch die Kostenträger
Bestehende therapeutische Angebote sind häufig nicht auf ältere Patienten ausgerichtet	
Lange Wartezeiten bei der Inanspruchnahme der Angebote von z.B. Therapeut*innen, Ambulanzen und Kliniken	
Probleme im klinischen Bereich: <ul style="list-style-type: none"> ○ die fehlende Berücksichtigung von Bedürfnislagen älterer Menschen in (psychischen) Ausnahmesituationen ○ eine erschwerte fachübergreifende Behandlung durch sich überschneidende Kompetenzen ○ ungeeignete Strukturen für delirgefährdete Menschen z.B. in Notaufnahmen ○ Mangel an lebens(-welt)nahen Behandlungsvorschlägen für diese Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bereitstellung von Mitteln für den delir- und demenzgerechten Umbau von (psychiatrischen) Notaufnahmen

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
Fehlen von gerontopsychiatrischen Tageskliniken	Ausbau des Angebots von gerontopsychiatrischen Tageskliniken
	<p>Förderung der entsprechenden Ausrichtung der therapeutischen Aus- und Fortbildung für ältere Menschen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verankerung des Schwerpunktthemas Gerontopsychiatrie in der Therapeut*innen-ausbildung ○ Qualifikationsangebote für Psychotherapeut*innen zum Thema Alter ○ Kooperation zwischen Ausbildung und (gerontopsychiatrischer) Praxis
Mangelnde Umsetzung empfohlener Therapien	<ul style="list-style-type: none"> ○ Begleitung therapeutischer Übungen in der Häuslichkeit durch Pflegedienste ○ Förderung nicht-medikamentöser Interventionsstrategien außerhalb des Klinikbereichs
Fehlen einer mobilen (geriatrischen) Reha	Anzahl geriatrischer Versorgungsangebote erhöhen
Fehlen von wohnortnahen Gedächtnissprechstunden	
Mangel an digitalen Versorgungs- und Zugangswegen	
Unterschätzung depressiver Erkrankungen durch behandelnde Hausärzte	
	Förderung des Ausbaus von therapeutisch ausgerichteten Tagespflegeeinrichtungen
Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen im stationären Pflegebereich	Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen durch persönliche Interaktion – bei angemessener personeller Ausstattung
	Schaffung eines Innovationszirkels und -fonds für den Bezirk Mittelfranken
<p>Zitate aus der Befragung:</p> <p><i>„...Es gibt immer noch zu wenige Therapeuten, die Therapie für ältere Menschen anbieten. Sowohl die inhaltliche Ausrichtung, als auch das Setting ist hierbei ein Thema.- zu hochschwierig, nicht aufsuchend, nicht den besonderen Themen des Alters gewidmet.“</i></p> <p><i>„...Bedürfnislagen älterer Menschen in Krisensituationen bzw. mit psychischen</i></p>	<p>Zitate aus der Befragung:</p> <p><i>„...Verhandlung mit den Krankenkassen über Finanzierung der aufsuchenden Therapie. Diese ist theoretisch möglich, aber wird kaum praktiziert. Hindernisse aus dem Weg räumen.“</i></p> <p><i>„...Verschiedene Fachärzte machen Visiten in den Pflegeeinrichtungen.“</i></p>

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
<p><i>Erkrankungen, finden im Klinikalltag keine Beachtung, es ist schwierig akut entgleiste Pflegesituationen zu begleiten und die Patienten fachübergreifend (!) aufnehmen und behandeln zu lassen (Kompetenzgerangel?).“</i></p> <p><i>„...es werden keine lebensnahen Lösungsvorschläge angeboten, oft scheint bei ärztlichem Personal die Pflegeheimweisung die Ultima Ratio zu sein, ohne Einbeziehung und Berücksichtigung persönlicher / individueller Aspekte und Lebenslagen.“</i></p>	

Handlungsfeld Schnittstellen

Das nach Sektoren gegliederte deutsche Gesundheits- und Hilfesystem birgt viele Nachteile. Diese werden bereits seit vielen Jahren beschrieben und analysiert. Auch die Versuche einer Durchbrechung der Sektorengrenzen sind vielfältig. Dennoch funktionieren die einzelnen Versorgungsbereiche – ob ambulante und stationäre Versorgung, ob Reha oder Pflege – weitgehend nach ihrer eigenen sektoralen Logik. Werden die Bereiche der ambulanten und der stationären Versorgung betrachtet ist festzustellen, dass die Schnittstellen an den Sektorengrenzen eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Behandlung der Menschen mit einer gerontopsychiatrischen Erkrankung behindern können. Oftmals bestimmt dann nicht der Bedarf der zu versorgenden Menschen die Art der Versorgung, sondern die den Sektoren zugrundeliegenden Regelungen zur Vergütung und Leistungserbringung.⁴

Tabelle 6: Übersicht der Probleme/Schwierigkeiten und Ideen/Vorschläge im Handlungsfeld „Schnittstellen“

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
<p>Problematik beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auftreten von Versorgungsabbrüchen ○ lange Wartezeiten auf die Anschlussversorgung nach stationärem Aufenthalt (Therapeuten, Reha, Tageskliniken etc.) ○ Fehlende Überbrückungsangebote 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gewährleistung einer wirksamen Begleitung bzw. Überleitung, welche die organisatorischen und medizinischen Schritte erklärt, den Übergang in den Alltag anstößt und Netzwerke, Unterstützung und Nachsorge herstellt

⁴ Straub C., Bosch-Cleve B., Hölscher A., Walther A., Weineck S. (2016): Versorgung patientenorientiert gestalten – sektorübergreifende Versorgung, S. 14ff

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
<ul style="list-style-type: none"> ○ Fehlende Transparenz bezüglich bestehender (Überbrückungs-) Angebote 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Weitergabe von Informationen über Beratungsstellen.
	Angemessene Kommunikation bzgl. bestehender Angebote („Psychiatrie“ macht Angst)
<p>Probleme bei der Entlassung aus der stationären klinischen Versorgung in den ambulanten Versorgungsbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entlassmanagement - Überlastung des Sozialdienstes in den Kliniken ○ offene Fragen bei der Entlassung der Patienten, dadurch kommt es zur Belastung für (sorgende) Bezugspersonen; ○ ungenügende Übergabe (Informationsweitergabe) 	<p>Optimierung des Entlassungsmanagements bzw. der Nachsorge wie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nachsorge bereits in der Klinik zu beginnen und die Zusammenarbeit von stationärem Personal und ambulanten Stellen zu gewährleisten
Ausgeprägte praktische und organisatorische Trennlinie zwischen stationärer und ambulanter Versorgung	Herstellung von Verbindlichkeit zwischen den Versorgungsbereichen durch Netzwerkarbeit
Hausärzte überweisen Betroffene nicht immer zuverlässig an Fachärzte	
Mehrere oder wechselnde Ansprechpartner im Kontakt mit Behörden	
Versorgungslücke zwischen stationärer und aufsuchender Hilfe	Schließung der Versorgungslücke zwischen stationären und aufsuchenden Hilfen, z.B. durch die Finanzierung gerontopsychiatrischer Tagesstätten
Gefahr des Versorgungsabbruchs bei Pflegebedürftigen, wenn die pflegende Bezugsperson stationär behandelt werden muss	Heranziehung ambulanter (Pflege-)Dienste zur Überbrückung von Wartezeiten bzw. wenn die pflegende Person eingewiesen wird
<p>Zitate aus der Befragung:</p> <p><i>„...Erste Schnittstelle Hausarzt > Neurologe oft schwierig. Hausärzte machen einen kleinen psychologischen Test und überweisen dann aber nicht zuverlässig an Neurologen/ Gedächtnissprechstunde.“</i></p> <p><i>„...Bei Verdacht auf eine kognitive Beeinträchtigung bzw. nach Diagnostik keine zuverlässige Vermittlung an FPA. ... Auch aus dem stationären Setting heraus oft keine Vermittlung an FPA.“</i></p>	<p>Zitate aus den Befragungen:</p> <p><i>„...bei Aufnahme und Behandlung, bzw. auch Nichtaufnahme in die stationäre Versorgung eine kompetente Begleitperson zur Seite stellen, die einzelne organisatorische und medizinische Behandlungsschritte erklärt und den Übergang zurück in den Alltag der Patienten und ihrer Angehörigen anstößt und entsprechende Kontakte, Netzwerke und Unterstützungselemente herstellt, funktionierende individuell angepasste Nachsorge (z.B. Sicherstellung therapeutischer Unterstützung in der Kurzzeitpflege etc.)“</i></p>

Probleme/Schwierigkeiten	Ideen/Vorschläge
<p><i>„...Fehlende Unterstützung in Form einer Nachsorge nach KH-Aufenthalt z.B. aufgrund Angststörungen/Depressionen. Nach erfolgreicher Stabilisierung durch teilstationäre Angebote der Klinik z.B. Tagesklinik für seelische Gesundheit im Alter/KNN kann keine Weitervermittlung in hochfrequente tagesstrukturierende Maßnahmen erfolgen, da Menschen mit Ängsten/Depressionen und ohne somatische Erkrankungen keine Tagespflege nützen können und auch hinsichtlich ihrer Bedarfe nicht im selben Angebot wie Menschen mit Demenz versorgt werden können.“</i></p>	

Zusammenfassung und Empfehlung

Das hier vorgestellte Handlungspapier beleuchtete die gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen in der Gerontopsychiatrie. Für diesen Zweck wurde in einem ersten Schritt eine Expertenkommission einberufen, die zunächst die nachfolgenden Handlungsfelder als wichtige Themenkomplexe identifiziert hat:

- Wohnen
- Digitalisierung
- Schnittstellen (zu anderen Bereichen)
- Ambulante gerontopsychiatrische Pflege
- Mobilität
- Medizinisch-therapeutische Angebote

In einem zweiten Schritt wurden diese Handlungsfelder im Rahmen einer Expertenbefragung intensiv betrachtet. D.h. es wurde gefragt, welche Probleme und Herausforderungen gibt es hier und wie können diese möglicherweise angegangen werden. Diese Ergebnisse sind im Teilbereich C im Detail aufgeführt.

Es ist dabei wichtig zu beachten, dass es sich bei den zentralen Ergebnissen um die Rückmeldungen aus der Expertenbefragung handelt, die zum einen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt als auch nur als Momentaufnahme verstanden werden kann. Nichtsdestotrotz haben diese Ergebnisse einen praktischen Mehrwert und zeigen zudem, dass das Themenfeld Gerontopsychiatrie sehr komplex und vielschichtig ist.

Im Bezug auf die Ziele des Handlungspapiers werden Empfehlungen zur Vorgehensweise aufgezeigt:

- Die Angebotsentwicklung sollte direkt aus der Praxis erfolgen, da die Bedarfe dort bekannt sind. (*Anmerkung: die Expertenbefragung basiert auf der Expertise der mittelfränkischen Fachkräfte aus der Praxis*)
- Als Leitlinie zur Entwicklung von passgenauen Angeboten sollte insbesondere den priorisierten Handlungsfeldern besondere Aufmerksamkeit zuteilwerden.
- Die inhaltlichen Details aus der Expertenbefragung sollten bei der Entwicklung von spezifischen gerontopsychiatrischen Angeboten als Inspiration, Diskussions- und Argumentationsgrundlage dienen.
- Träger, Anbieter, Institutionen und Kostenträger sollten aufgrund der vorliegenden Ergebnisse zeitnah sensibilisiert und informiert werden, um spezifische Angebotsformen zu entwickeln und zu implementieren.

Das im Handlungspapier verfolgte Ziel der Anregung und Förderung von regional passgenauen gerontopsychiatrischen Angeboten gilt es möglichst zeitnah anzugehen, um die betroffenen Bürgerinnen und Bürger in Mittelfranken weiterhin und auch zukünftig umfassend unterstützen zu können.

Ebenso ist es wichtig, die Entwicklung bzw. die Veränderungen in den einzelnen Handlungsfeldern nach einem gewissen Zeitabstand erneut zu betrachten, da sich z.B. die derzeitigen gesetzlichen Bedingungen ändern, bzw. neue Anbieter auf den Markt kommen oder beispielsweise neue medizinische Assistenzsysteme entwickelt werden. Wenn diese Situation eintritt, sollte das Themenfeld Gerontopsychiatrie erneut evaluiert und bewertet werden.

Verwendete Literatur

<http://www.bdk-deutschland.de/Expertenkreise/ak-gerontopsychiatrie/>Abruf: Januar 2020

<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/159704/3dab099fb5eb39d9fba72f6810676387/achter-alters-bericht-aeltere-menschen-und-digitalisierung-data.pdf>/Abruf: September 2021

<https://www.uni-due.de/~tnk0i0/gpk/html/gerontopsychiatrie.html>/Abruf: Januar 2020

Steidl, S.; Nigg, B. (2014) Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie 4. Auflage S. 17; facultas.wuv
Universitätsverlag

Straub C., Bosch-Cleve B., Hölscher A., Walther A., Weineck S. (2016): Versorgung patientenorientiert gestalten – sektorübergreifende Versorgung AUSZUG aus: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2016 (Seite 14ff)