

# Strukturen gerontopsychiatrischer Versorgung

## Assessment

Vor einer gerontopsychiatrischen Behandlung ist ein „gerontopsychiatrisches Assessment“ erforderlich. Dieses geht über die übliche medizinische Diagnostik hinaus und ist prozessorientiert. Es wurde bereits 1975 in der Psychiatrie-Enquête sowie 1988 von der Expertenkommission beschrieben. Es soll

- das Ausmaß der Einbußen, die vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten und deren Möglichkeiten an Aktivierung bzw. Reaktivierung festgestellt werden,
- ein diesbezüglicher Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplan unter Einbeziehung der regional vorhandenen Hilfs-, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten einzelfallbezogen erstellt,
- Angehörige des Betroffenen sowie dessen soziales Umfeld einbezogen und
- die Interventionen auf deren für den Patienten und seinen Bezugspersonen nützlichen Effekt überprüft oder verändert werden.

Das Assessment soll Auskunft geben über den allgemeinmedizinischen (Stichwort „Multimorbidität“, „Polypathie“), psychischen (kognitive, affektive), pflegerischen (z.B. „Alltagsaktivitäten“), sozialen (z.B. Beziehungsgefüge) und wirtschaftlichen (z.B. Höhe der zur Verfügung stehenden materiellen Mittel) Zustand eines Patienten sowie über real vorhandene Möglichkeiten (z.B. Sozialstation, Selbsthilfegruppe, Hausarzt, Klinik), die zu einer Verbesserung des Zustands führen und zu dessen Stabilisierung beitragen können. Das Gerontopsychiatrische Assessment orientiert sich daran, wie ein alter Mensch mit seinen Einbußen umgeht, über welche Kompetenzen er verfügt und wie er diese einsetzt. Aufgrund dieses Assessments wird ein individueller Interventionsplan erstellt und später auf dessen Effizienz überprüft (Hirsch 1995b). Notwendig ist hierbei eine Zusammenarbeit aller diesbezüglichen Berufsgruppen. Erforderlich ist, dieses Assessment möglichst in der gewohnten Umgebung des alten Menschen unter Einbeziehung seiner Bezugspersonen (Angehörige und z.T. auch Nachbarn, bisherige professionelle Hilfen) durchzuführen.

Von dem Krankheitsbild, der Situation und der Problemstellung eines Patienten ist es abhängig, welche und wie viele Untersuchungen zur Klärung des Gesamtbildes und der Gesamtsituation erforderlich sind. Entscheidend ist, dass nicht einzelne Untersuchungsergebnisse oder Problembereiche bewertet werden, sondern in eine „ganzheitlich“ ausgerichtete Sichtweise eingefügt werden. Geklärt wird durch das Assessment auch, welcher Behandlungsort (zu Hause, Tagesklinik, Klinik, Rehabilitationseinrichtung) erforderlich ist, welche Interventionen durchzuführen sind, wer diese ausführen und „wohin“ behandelt werden soll. Stationäre Fehlbelegungen können so verringert, Tagesklinikplätze adäquat vermittelt und Heimaufenthalte vermieden werden.

## **Allgemeines psychosoziales Vorfeld**

Die Prognose psychischer Erkrankungen alter Menschen kann durch eine frühzeitige Erkennung und Behandlung erheblich verbessert werden (Enquête 1975). Dies gilt z.B. für depressive Syndrome, die im Alter mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen, für psychoreaktive Störungen und für manche Verwirrheitszustände, die auf einer Störung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr oder Herz- und Kreislauffunktion beruhen können. Auch bei fortschreitenden degenerativen Erkrankungen (Demenzen) kann durch ein frühzeitiges Erkennen die bestmögliche Form der Betreuung und Versorgung eher gewährleistet werden.

Durch eine frühzeitige Erkennung kann besonders gefährdeten älteren Menschen (z.B. Alleinstehenden, sozial Unterversorgten, Behinderten, körperlich Kranken), bei denen durch eine weitere Belastung eine psychische Störung oder Erkrankung ausgelöst werden kann, rechtzeitig geholfen werden.

Grundsätzlich arbeiten im Bereich der Prävention u.a. auch Geriater, Allgemeinärzte und Psychologen. Besondere Aufgabe des Gerontopsychiaters ist es dabei, sowohl Laien als auch kommunale und politische Gremien über Risikofaktoren, die Bedeutung psychosozialen Stresses sowie psychohygienische Maßnahmen zu informieren. Im Rahmen der Altenbildung und Altenarbeit wie an Volkshochschulen und Seniorenakademien sind gerontopsychiatrisches Wissen ebenso zu vermitteln wie bei kommunalen Planungen z.B. über das Erfordernis regionaler Versorgungseinrichtungen für Ältere sowie über deren Größe und Ausstattung, bauliche Struktur und Einbindung in das Umfeld. Die Einbeziehung gerontopsychiatrischer Fachkenntnis ermöglicht es, Versorgungssysteme zu entwickeln, die für den Erhalt der Selbständigkeit und der psychischen Gesundheit älterer Menschen förderlich sind. Auch kann einer Über-, Unter- oder Fehl-Versorgung vorgebeugt werden.

Ein weiteres Aufgabengebiet ist eine möglichst offene und umfassende Information über die Richtlinien und Voraussetzungen für die Einrichtung einer Betreuung.

## **Ambulanter Bereich**

Da der größte Teil der psychisch kranken Älteren nicht in stationären Einrichtungen lebt, ist der Stellenwert einer quantitativ und qualitativ guten ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung nicht hoch genug einzuschätzen. Demgegenüber steht, dass es derzeit noch zu wenige gerontopsychiatrische Institutsambulanzen und zu wenige Beratungsstellen für ältere Menschen gibt, niedergelassene Psychiater, Psychotherapeuten und Nervenärzte noch zu selten von älteren Menschen aufgesucht werden und die Hauptlast der Versorgung bei den Hausärzten liegt, deren gerontopsychiatrische Kenntnisse in der Regel noch unzureichend sind. Ebenso ist die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung Älterer völlig unterentwickelt. Dies liegt u.a. auch an der mangelnden Information und dem unzureichenden Wissen über Möglichkeiten der Alterspsychotherapie in der Bevölkerung und bei den Ärzten.

Für den Erhalt der Lebensqualität älterer Menschen, zu der auch der Verbleib in der gewohnten Umgebung gehört, ist der Gerontopsychiater besonders gefordert. Neben

dem Hausarzt hat er wichtige Aufgaben im Rahmen eines regionalen Versorgungsnetzes zu erfüllen. Deshalb ist die Einrichtung von "Gerontopsychiatrischen Zentren" (GZ) notwendig (Expertenkommission 1988). Diese sollen ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsstrukturen sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung und Zusammenarbeit mit den verschiedenen außerstationären Hilfen fördern. Dies soll geschehen durch:

- Beratung der Ärzte für Allgemeinmedizin, praktische Ärzte und Fachärzte;
- Konsiliardienste in Heimen und Kliniken;
- ambulante-gerontopsychiatrische Versorgung (Hausbesuche);
- Beratung von Angehörigen und Bezugspersonen;
- Altenberatungssprechstunden;
- Beratung und Hilfestellung für Sozialstationen.

Die künftige Entwicklung wird zeigen, in welchem Umfang mit dem Ausbau außerstationärer Dienste der vollstationäre klinische Bereich verkleinert werden kann.

### **Teilstationärer Bereich**

Gerontopsychiatrische Tageskliniken bilden den teilstationären Bereich der Gerontopsychiatrie. Sie sind ein wichtiges Glied zwischen der ambulanten und stationären Behandlung. Die besondere Bedeutung dieser Einrichtungen liegt darin, dass das soziale Umfeld des Patienten in der Tagesklinik erhalten bleibt und ein enger Kontakt zwischen den Behandlern/Betreuern und den Angehörigen bzw. dem sozialen Umfeld des Patienten/Klienten besteht.

Im Unterschied zu geriatrischen werden in gerontopsychiatrischen Tageskliniken Patienten mit psychischen Erkrankungen aufgenommen. Das Behandlungskonzept ist mehrdimensional (Sozio- und Psychotherapie, medikamentöse Behandlung, allgemein-medizinische Basistherapie sowie rehabilitative Interventionen) aufgebaut, dient besonders der Förderung der Kompetenzen des Älteren und setzt an vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten an.

In Tagespflegeheimen, die für eine eher längerfristige Tagesbetreuung von chronisch psychisch kranken Älteren geschaffen wurden, wird die medizinische Behandlung vom Hausarzt durchgeführt. Aufgabe des Gerontopsychiaters ist es, beratend tätig zu sein und das Personal zu unterstützen wie z.B. durch Unterweisung in Verhaltensmodifikationen oder Tagesstrukturierung. Auch Tagespflegeheime bieten den Vorteil, dass der Klient in seinem bisherigen sozialen Umfeld verbleiben kann. Er erhält dort zusätzliche Anregung und Förderung bei gleichzeitiger Entlastung der pflegenden Angehörigen.

## **Gerontopsychiatrisches Zentrum**

Gerontopsychiatrische Zentren (GZ) bestehen aus einer Ambulanz bzw. einem ambulanten Dienst, einer Tagesklinik und Altenberatung. Hinzu kommen für eine Versorgungsregion wichtige übergeordnete Tätigkeiten (Öffentlichkeitsarbeit, Fort-, Aus-, und Weiterbildung, Präventionsprogramme). Es wurde nachgewiesen, dass durch die Arbeit eines GZs die Versorgung psychisch kranker alter Menschen erheblich verbessert werden kann.

GZs wirken „als treibende Kraft der gerontopsychiatrischen Versorgung“ (Expertenkommission 1988), sind in einigen Regionen bereits verwirklicht (z.B. Bonn, Gütersloh, Kempten, Kaufbeuren, Münster), weitere sind im Aufbau. Zudem arbeiten weitere Einrichtungen in der Bundesrepublik, die über eine gerontopsychiatrische Tagesklinik und Ambulanz, nicht aber über die von der Expertenkommission geforderte Beratungsstelle verfügen, im Sinne eines GZs.

## **Stationärer Bereich**

In den psychiatrischen Fachkrankenhäusern haben sich neben der Allgemeinpsychiatrie weitere Fachabteilungen (Sucht, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie) entwickelt. Dabei nimmt die Bedeutung der Gerontopsychiatrie trotz der sinkenden Verweildauern ständig zu.

Steht bei einem älteren Menschen eine psychische Erkrankung im Vordergrund und hat sie einen derartigen Schweregrad erreicht, dass eine klinische Behandlung erforderlich ist, so sollte die Einweisung primär in eine gerontopsychiatrische Abteilung erfolgen. Wenn sich im weiteren Verlauf Hinweise darauf ergeben, dass bei einem Patienten, der in der Gerontopsychiatrie aufgenommen wurde, somatische Erkrankungen bestehen, die in einem psychiatrischen Setting nicht ausreichend behandelt werden können, muss eine Verlegung in die Geriatrie oder eine andere somatisch-medizinische Fachabteilung erfolgen oder ein Geriater konsiliarisch hinzugezogen werden. Gleiches gilt in anderer Richtung, z.B. bei einem Patienten mit einem Schlaganfall, der primär in einer geriatrischen Klinik betreut wird und bei dem sich ein schweres depressives Krankheitsbild entwickelt hat.

Die klinische Behandlung von Demenzkranken ist primär Aufgabe des Gerontopsychiaters, wenn psychiatrische Symptome oder Verhaltensstörungen im Vordergrund stehen, eine differentialdiagnostische Abgrenzung von anderen psychischen Erkrankungen erfolgen muss und vor allem spezifische nichtmedikamentöse Behandlungsstrategien erforderlich sind. Sie kann dann in einer neurologischen Klinik erfolgen, wenn z.B. neurologische Symptome den Ausschluss z.B. einer zerebralen Raumforderung erforderlich machen oder ein Parkinson-Syndrom den Verlauf erheblich kompliziert. Aufgrund der Multimorbidität älterer Menschen werden auch zunehmend Demenzkranke in geriatrischen Einrichtungen behandelt. Das ist sinnvoll, wenn körperliche Krankheiten (z.B. eine Schenkelhalsfraktur) mit einem klaren Rehabilitationsbedarf im Vordergrund stehen oder delirante Zustandsbilder infolge von akuten Erkrankungen (z.B. Pneumonie, Herzinfarkt) auftreten. Es besteht aber aus Sicht der Gerontopsychiatrie eher der Eindruck, dass Allgemeinkrankenhäuser ihre Patienten in die Gerontopsychiatrie verlegen, sobald höhergradige psychische Störungen auftreten, selbst wenn andere schwerere organische Erkrankungen gleichzeitig bestehen. Das Delir (akuter Verwirrtheitszustand) ist ein interdisziplinäres Problem, das im Interesse der Patienten die enge Zusammenarbeit von somatischen Fachdisziplinen und

Gerontopsychiatrie erfordert (Hewer 2005). Ein einseitiger Verlegungsdruck in die Gerontopsychiatrie, für den durch die Einführung der DRGs in der Finanzierung somatischer Krankenhausbehandlungen falsche Anreize gesetzt wurden, haben für die betroffenen Patienten häufig ungünstige Folgen.

Aus der Sicht der Gerontopsychiatrie werden ältere Menschen immer noch allzu leicht unter "fürsorglichen" Aspekten zwangsweise eingewiesen.

In den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern findet sich aufgrund der geringen Bettenzahl eine andere Struktur: eine Spezialisierung der wenigen Stationen ist nur bis zu einem gewissen Grade möglich. Daher werden die gerontopsychiatrischen Patienten dort überwiegend auf allgemeinspsychiatrischen Stationen behandelt.

Prinzipiell lassen sich zwei Modelle diskutieren:

- **Gerontopsychiatrische Abteilungen/Stationen**
  - **allgemeinspsychiatrische Abteilungen/Stationen mit allen Altersstufen.**
- a) **Gerontopsychiatrische Abteilungen/Stationen:** Aufnahmen sollten diese Abteilungen alle über 60-65 Jahre alten stationär behandlungsbedürftigen psychisch Kranken. Die Gesamtkonzeption induziert eine eingehende klinische Diagnostik, die dem jeweiligen medizinischen Standard entsprechen muss, sowie eine differentielle Therapie, die von einem umfassenden Gesamtkonzept ausgeht einschließlich aktivierender Pflege und Milieuthapie. Durch die Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung-Psych-PV) vom 18. Dezember 1990 steht den gerontopsychiatrischen Abteilungen eine gemessen an ihren Versorgungsaufgaben noch nicht ausreichende Zahl von Personal zu. Gerontopsychiatrische Abteilungen an psychiatrischen Fachkrankenhäusern haben formale Kriterien der Aufnahme auf gerontopsychiatrische Stationen durchgesetzt und damit bewirkt, dass diese Abteilungen sich von Pflege- zu Behandlungseinrichtungen entwickelt haben.

Ein Vorteil solcher Spezialisierung ist sicherlich, dass eine für ältere Menschen spezifische Handlungs- und Vorgehensweise möglich ist und Themen dieser Altersgruppe stärker im Vordergrund stehen können. Nachteil ist, dass es zu einer Abkapselung oder Isolierung von Älteren und -insbesondere in der Pflege- zu einseitigen Belastungen kommen kann.

- b) **Allgemeinspsychiatrische Abteilungen/Stationen mit allen Altersstufen:** Eine Integration der Gerontopsychiatrie in die Allgemeinpsychiatrie erweckt auf beiden Seiten Befürchtungen: die Gerontopsychiatrie befürchtet, dass die Patienten auf diesen Stationen zu wenig Beachtung finden. Insbesondere das Pflegepersonal der Allgemeinpsychiatrie führt das Argument ins Feld, es könnte nicht adäquat für beide Gruppen sorgen und fühlt sich durch den Pflegeaufwand für die Älteren überfordert. Auch wurde in den Modellregionen die Erfahrung gewonnen, dass die psychisch kranken Älteren zumindest bei der Zuweisung in die "neuen" psychiatrischen Einrichtungen (Institutsambulanz, psychosoziale Kontakt- und

Beratungsstelle und Tagesklinik) gegenüber jüngeren benachteiligt werden (Expertenkommission 1988).

Für eine Integration spräche, dass diese ein realistischeres Abbild der Gesellschaft böte. Sowohl Generationenkonflikte könnten dadurch therapeutisch genutzt sowie das Selbsthilfepotential zwischen alt und jung gefördert werden.

Es ist jedoch zu beachten, dass eine solche Integration der gerontopsychiatrischen Patienten in allgemeinpsychiatrische Stationen nur dann gelingen kann, wenn für diese Patientengruppe neben der allgemeinpsychiatrischen Behandlung zusätzlich spezifische, insbesondere psycho- und soziotherapeutische Angebote vorhanden sind.

Die Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten bedarf darüber hinaus wegen deren häufiger Multimorbidität besonderer allgemeinmedizinischer und geriatrischer Kompetenz bei Ärzten und Pflegepersonal, die auf allgemeinpsychiatrischen Stationen viel schwieriger sicherzustellen ist.

Welches der beiden Modelle (a oder b) auch verwirklicht ist, immer sollte ein ausgewogenes Verhältnis von stationsbezogenen und stationsübergreifenden Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten hergestellt werden, um spezifischen Bedürfnissen nachzukommen.

## **Bereich der Altenhilfe**

Die allgemeine Altenhilfe hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert. In Altenpflegeheimen sind bis zu 70 % der Bewohner in unterschiedlichem Ausmaße psychisch krank. Hauptsächlich handelt es sich um Demenzkranke aber auch um Patienten mit depressiven und paranoiden Syndromen sowie zunehmend Suchtkranke. Dies hängt insbesondere mit dem immer weiter steigenden Eintrittsalter ins Pflegeheim zusammen und mit den ambulanten Möglichkeiten zur Betreuung. Sozialstationen und ambulante Pflegedienste berichten über einen hohen Anteil von Desorientierten unter ihren Klienten.

Je mehr sich die Gerontopsychiatrie außerhalb des Krankenhausbereichs betätigt, dies ergibt sich zwingend aus der Bevölkerungsentwicklung und der psychischen Morbidität Betagter, desto stärker kommt sie in Kontakt mit Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe (z.B. Pflegeheimen, Tagespflegeeinrichtungen ambulanten Pflegediensten) und der Verwaltung (z.B. Sozialamt, Gesundheitsamt).

Wird auch der Bedarf an gerontopsychiatrischer Fachkompetenz in den Einrichtungen der Altenhilfe zunehmend größer, so sollte das Vorgehen primär beratend und stützend sein, z.B. in Form eines gerontopsychiatrischen Konsiliardienstes. Interventionen nach Maß sind erforderlich, um einer generellen "Psychiatisierung des älteren Menschen" vorzubeugen. Es ist z.B. weder notwendig noch sinnvoll, dass jeder psychisch kranke Ältere eine klinische gerontopsychiatrische Behandlung erhält.

## **Regionales Versorgungssystem**

Gerontopsychiatrie kann nicht ohne engen Bezug zum übrigen regionalen Versorgungssystem durchgeführt werden. So wie eine Behandlung nur mehrdimensional erfolversprechend ist, ist die adäquate Versorgung eines Älteren, dem eine psychische Erkrankung droht (Risikogruppe), der daran bereits erkrankt ist oder für den rehabilitative Maßnahmen erforderlich sind, nur in einem regionalen Versorgungssystem möglich. In Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen und ärztlichen Disziplinen ist es die vorrangige Aufgabe des Gerontopsychiaters, alle psychosozialen Maßnahmen im Rahmen des Versorgungsnetzes unter Einbeziehung der individuellen Bedürfnisse des älteren Menschen zu koordinieren. Nur so kann eine Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden.

## **Regionaler Versorgungsverbund**

In der Praxis hat sich die formalisierte Kooperation von gerontopsychiatrischen Kliniken, Trägern der Altenhilfe und niedergelassenen Haus- und Fachärzten einer Versorgungsregion bewährt. Die gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Vereinbarung von für alle Beteiligte verbindlichen Übergabe-, Behandlungs- und Betreuungsabläufen führt zu einer besseren Versorgung der Kranken und zu weniger Reibungsverlusten. Ein regionaler Versorgungsverbund wird in der Regel durch einen Kooperationsvertrag bekräftigt. Die DGGPP fördert die Bildung regionaler gerontopsychiatrischer Versorgungsverbände z.B. durch Vermittlung von Adressen, Referenten und Informationen über Musterverträge.

## **Bedarfsplanung**

Wegen der rapide zunehmenden Bedeutung der Gerontopsychiatrie in der ambulanten und (teil)stationären medizinischen Versorgung bei gleichzeitig knapper werdenden Mitteln für die medizinische Versorgung der Bevölkerung besteht die Gefahr einer heimlichen Rationierung zu Lasten der psychisch kranken Älteren. Deshalb sollte im Interesse einer gerechteren Mittelallokation die Bedarfsplanung im Krankenhaus wie im ambulanten Bereich die Mittel offen ausweisen, die für die gerontopsychiatrische Versorgung bereitgestellt werden. Nur so kann eine öffentliche Diskussion über den Bedarf und die Leistungen für psychisch kranke Ältere in Gang kommen und die Tendenz zur heimlichen Umverteilung der Ressourcen weg von den psychisch kranken Älteren beendet werden.

Auch muss die Trennung zwischen gesetzlichen Krankenkassen und den Pflegekassen bei der Versorgung Demenzkranker beendet werden, damit die Mittel beider Versicherungswege mit dem maximalen Nutzen für die Betroffenen und ihre Angehörigen verwendet werden können. Im Moment sparen die Krankenkassen zu Lasten der Pflegekassen und zu Lasten der Demenzkranken. Die Verteilung der Mittel für die Versorgung von Demenzkranken in einer Region, ob medizinische Behandlung,

komplementäre Therapien oder Pflege- und Betreuungsleistungen, sollte gemeinsam geplant werden.

Ein personenzentrierter Ansatz zur Planung des individuellen Hilfebedarfs z.B. mittels Dementia Care Mapping (Kitwood & Benson) sollte nicht nur bei jüngeren psychisch Kranken sondern insbesondere auch bei Demenzkranken regelmäßig zum Einsatz kommen, um den Bedürfnissen der Kranken und ihrer Angehörigen besser gerecht zu werden.

© DGGPPE.V. 2007