

Situation der gerontopsychiatrischen Versorgung in Deutschland

Günther Schwarz, Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. Alzheimer Beratungsstelle
Stand: 2001

Diese Abhandlung beleuchtet die Situation der gerontopsychiatrischen Versorgung in Deutschland anhand einiger Daten, Erfahrungen und der Struktur der bestehenden Versorgungsangebote. Beispielhaft fundiert wird dies in Kapitel 3 anhand der Versorgungssituation Demenzkranker.

1. Zur Häufigkeit psychischer Beeinträchtigungen im Alter

Demenzerkrankungen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter gefolgt von depressiven Beeinträchtigungen. Die angegebenen 5% für die Major-Depression schließt auch körperlich begründbare Depressionen mit ein. Die Angabe ist mit Vorsicht zu betrachten, da es hierzu wenig verlässliche Studien gibt. Übereinstimmend berichten Studien jedoch, dass bis zu 20% der über 65-Jährigen von leichteren und schweren depressiven Störungen betroffen sind. Fasst man alle nicht geringfügigen psychischen Störungen im Alter zusammen, so kommen unterschiedliche Studien zum Schluss, dass fast ein Viertel der Menschen über 65 Jahre betroffen sind.

Abbildung 1:

Häufigkeit gerontopsychiatrischer Erkrankungen in Deutschland	über 65 Jahre	bezogen auf die Gesamtbevölkerung	absolut
fortgeschrittene Demenz	6 %	0,95 %	780.000
Major Depression (einschl. somatogene)	5 %	0,79 %	650.000
nicht geringfügige psychische Störung (oder „psychisch krank“ nach DSM III)	24 %	3,8 %	3.120.000

(Quellen: Prävalenzen u.a. nach Nißle 1998, Berliner Altersstudie 1996, Hirsch et al. 1999)

2. Versorgungsangebote in Deutschland

Bei der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen kommen sowohl spezialisierte als auch integrierte Angebote in Frage. Angesprochen sind die psychosoziale, die pflegerische, die medizinische und die psychiatrische Unterstützung. Nicht selten sind bei älteren Menschen alle Aspekte von Bedeutung und in ihrer wechselseitigen Bedingtheit bzw. in ihrem ganzheitlichen Zusammenhang zu beachten.

Obwohl es in Deutschland bereits in jedem Versorgungsbereich spezialisierte Angebote gibt, sind sie meist nur vereinzelt oder mit erheblichen regionalen Unterschieden vorzufinden. Wächtler et al. (1998) beschreiben die Bedeutung spezialisierter und integrierter gerontopsychiatrischer Versorgungsangebote treffend folgendermaßen: „Die gerontopsychiatrische Versorgung zu optimieren kann nicht heißen ältere psychisch Kranke in die Allgemeinpsychiatrie zu integrieren oder ein gerontopsychiatrisches Versorgungssystem neu einzurichten. Vielmehr sollten bestehende Einrichtungen besser für ihre Aufgaben qualifiziert werden, sollten in Teilbereichen gerontopsychiatrische Spezialeinrichtungen eingeführt werden und sollte eine „Vernetzung“ der einzelnen Bausteine erfolgen.“

Damit wird sowohl Spezialeinrichtungen als auch der Qualifizierung und gegebenenfalls Erweiterung bestehender allgemeinerer Versorgungseinrichtungen eine wichtige Bedeutung zugemessen. Entscheidend ist einerseits die Erreichbarkeit sowohl von Spezialeinrichtungen wie auch integrieren Diensten im Bedarfsfall, andererseits kommt es vor allem auf eine gute Vernetzung der einzelnen Einrichtungen und Einrichtungstypen an.

Abbildung 2:

Spezielle gerontopsychiatrische Versorgungsangebote	<i>psychosozial</i>	<i>pflegerisch</i>	<i>medizinisch-psychiatrisch</i>
<i>ambulant</i>	gerontopsychiatrische Fach- und Beratungsdienste	gerontopsychiatrische Pflegedienste	Gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachärzte
<i>teilstationär</i>	(Betreuungsgruppen)	gerontopsychiatrische Tagespflege	gerontopsychiatrische Tagesklinik
<i>stationär</i>	gerontopsychiatrische Wohngruppen	gerontopsychiatrische Pflegeheime	gerontopsychiatrische Klinikabteilungen

In Abbildung 3 auf der folgenden Seite sind Angebote und Einrichtungstypen aufgelistet, die in Deutschland an der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter beteiligt sind. Obwohl nur eine grobe Kategorisierung vorgenommen wurde und viele Angebotsformen in sich nochmals unterschiedlich differenzierte Ausgestaltungen besitzen, beeindruckt die Vielfalt an Einrichtungsformen aus dem Bereich der Psychiatrie, Geriatrie, Altenhilfe und Medizin, die alle an entscheidenden Aufgaben im Rahmen der gerontopsychiatrischen Versorgung beteiligt sein können. Die Spalten rechts geben zusätzlich Informationen darüber, inwieweit sich ein Versorgungsangebot ausschließlich gerontopsychiatrisch Erkrankten oder auch anderen Zielgruppen zuwendet und inwieweit Angebote flächendeckend oder nur vereinzelt vorhanden sind. Auffallend ist, daß es noch kein spezialisiertes gerontopsychiatrisches Angebot gibt, das flächendeckend vorhanden ist.

Abbildung 3:

Vielfalt der Angebotsformen, die in Deutschland an der gerontopsychiatrischen Versorgung beteiligt sind (unvollständige Aufzählung)	gerontopsych. Erkrankte		Verbreitung	
	ausschließlich	teilweise	flächendeckend	vereinzelt
ambulant:				
gerontopsychiatrische Fachdienste	x			x
Alzheimer Beratungsstellen	x			x
Sozialpsychiatrische Dienste		x	x	
Beratungsstellen für Ältere		x		x
Altenbegegnungs- und Tagesstätten		(x)		
gerontopsychiatrische Besuchsdienste (ehrenamtl.)	x			x
familienentlastende Dienste für Demenzkranke	x			x
gerontopsychiatrische Fachpflegedienste	x			(x)
psychiatrische Pflegedienste		x		x
Pflegedienste		x	x	
gerontopsychiatrische Ambulanzen	x			x
Gedächtnissprechstunden	x			x
niederg. Fachärzte f. Psychiatrie u. Neurologie		x	x	
niederg. andere Fachärzte		x	x	
niederg. Hausärzte		x	x	
teilstationär:				
Betreuungsgruppen für gerontops. Erkrankte	x			x
ambulante Therapiegruppen für gerontops. Erkrankte	x			x
Tagespflege für gerontops. Erkrankte	x			x
Tagespflege		x		
gerontopsych. Tageskliniken	x			x
geriatriische Tageskliniken		x		x
stationär:				
gerontopsychiatrische Wohngruppen	x			x
gerontops. Pflegeheime u. Pflegeabteilungen	x			
Tagesgruppen f. Demenzkranke in Heimen	x			
stationäre Wohngruppenkonzepte f. Demenzkranke	x			
Pflegeheime		x	x	
gerontops. Stationen o. Abteilungen in Kliniken	x			
gerontops. Schwerpunkte in Psychiatr. Unikliniken	x			x
Psychiatrische Kliniken		x	x	
Alzheimer Therapiezentrum	x			x
Memorykliniken	x			x
Geriatrische (Reha-)Kliniken o. Schwerpunkte in Kl.		x		
Neurologische Fachkliniken		x		
Allgemeinkrankenhäuser		x	x	
übergreifend:				
Gerontopsychiatrische Zentren	x			x
gerontopsychiatrische Verbundsysteme	x			x
Selbsthilfe:				
Alzheimer Gesellschaften und Angehörigengruppen	x			

3. Die Versorgungssituation am Beispiel Demenzkranker

Obwohl sich die Versorgung Demenzkranker in den letzten Jahren weiterentwickelt hat und erfreuliche Verbesserungen erreicht wurden, bestehen nach wie vor z.T. erhebliche Probleme in praktisch allen Bereichen. Nach wie vor gibt es einen hohen Qualifizierungsbedarf in Bezug auf gerontopsychiatrische Kompetenzen mit Priorität dort, wo die umfassendsten Versorgungsleistungen erbracht werden müssen und wo entscheidende Weichen für die Versorgung gestellt werden. Damit sind letztendlich alle in Abbildung 4 dargestellten Bereiche angesprochen. Die Tabelle gibt einen Überblick zur Bewertung der Ist-Situation bei der Versorgung Demenzerkrankter, die den umfassenden Erfahrungen von ärztlichen und anderen Fachexperten sowie betroffenen Angehörigen entspricht, die in der Deutschen Alzheimer Gesellschaft engagiert sind. Die Angaben lassen sich mit einigen krankheitsspezifischen Unterschieden auf die Versorgung anderer psychisch kranker älterer Menschen übertragen.

Als häufiger Erstanlaufstelle kommt dem Hausarzt eine wichtige Funktion zu. Hausärzte müssen sensibilisiert sein für gerontopsychiatrische Thematiken, d.h., sie müssen möglichst früh auf gerontopsychiatrische Krankheitsbilder aufmerksam werden, eine erste diagnostische Abklärung leisten und die richtigen Weichen stellen bzw. Weitervermittlungen an psychosoziale Hilfen und Fachärzte in die Wege leiten (Beratung und Clearing). Wesentliche Fortschritte wurden diesbezüglich bereits durch konsequente Aufklärungsarbeit erreicht, doch treten nach wie vor auch viele Schwierigkeiten auf.

Eine gute ärztliche Diagnose und Behandlung durch geriatrisch erfahrene Hausärzte und gerontopsychiatrisch erfahrene Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie kann die psychosoziale und pflegerische Versorgung der älteren Menschen z.T. erheblich erleichtern und die ambulante Versorgung verlängern helfen. Umgekehrt können noch häufig auftretende Behandlungsfehler die Versorgung in allen Bereichen erheblich erschweren und die Lebensqualität der Kranken und ihrer Angehörigen deutlich vermindern. In diesem Zusammenhang ist auch auf einen effektiven Einsatz moderner Medikamente zur Behandlung von Demenzerkrankungen wie auch auf einen kompetenten Einsatz von Psychopharmaka hinzuweisen. Qualifizierte und kontrollierte Behandlungsmaßnahmen helfen Kosten sparen, wenn sie kompetent eingesetzt werden und eine ausreichende diagnostische Abklärung zur Grundlage haben. Beispielsweise ist eine gute Differentialdiagnose nicht nur für die Wahl eines geeigneten Medikaments wichtig, sondern sie ermöglicht auch sogenannte „behandelbare Demenzformen“ zu erkennen, die in 5-10% der Fälle auftreten und oft heilbar sind, wenn sie richtig behandelt werden.

In dem Versorgungskonzept der Deutschen Alzheimer Gesellschaft heißt es hierzu: „Auf der Suche nach einem kompetenten Arzt werden oft viele frustrierende Erfahrungen gemacht. Oft heißt es: ‘Bisschen vergesslich - das ist im Alter so, da kann man nichts machen’ oder ‘Die Patientin ist Ende 70, da nehme ich keine Untersuchungen mit Apparaten mehr vor’ oder ‘Für mich als Hausarzt lohnt es sich nicht, eine Diagnose zu machen’. Hintergrund dieser Aussagen ist einerseits eine mangelnde Qualifizierung bezüglich Demenzerkrankungen, andererseits die mangelnden Abrechnungsmöglichkeiten der Ärzte.“

Sogenannte „Gedächtnissprechstunden“, die zum Teil an Universitätskliniken eingerichtet werden, bieten meist eine sehr gute diagnostische Abklärung und Erstberatung an.

Im Rahmen der Rehabilitation z.B. in geriatrischen Tageskliniken oder Rehabilitationskliniken fehlt vielfach die Beachtung der besonderen Bedürfnisse Demenzkranker. Für Demenzkranke ist vor allem die sekundäre Prävention von Bedeutung,

Abbildung 4:

Mängel in der Versorgung Demenzkranker - Qualität und Quantität -	Bewertung	Gründe
Diagnose	vielfach unzureichend oder nicht durchgeführt; gut z.B. bei „Gedächtnissprechstunden“	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Fachkompetenz bei Hausärzten und Psychiatern • Einstellungen zum Alter • Abrechnungsmöglichkeiten
ärztliche Behandlung	Probleme bei notwendigen Hausbesuchen gute, aber teure Medikamente werden nicht verschrieben Behandlungsfehler unzureichende Clearingfunktion, wenig Zeit für Beratungsgespräch	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Fachkompetenz bei Hausärzten und Psychiatern • fehlendes Wissen über Beratungs- und Versorgungsangebote • Abrechnungsmöglichkeiten, Budgetierung
Rehabilitation (z.B. Tagesklinik, Reha-Klinik)	gut bei demenzbezogener Reha, häufig Probleme bei geriatrischer Reha	<ul style="list-style-type: none"> • zu wenig auf besondere Bedürfnisse Demenzkranker eingestellt
Ambulante Versorgung	vielfach unzureichend oder ungeeignet	<ul style="list-style-type: none"> • zu wenig <u>niederschwellige</u> Angebote • zu wenig Anlaufstellen und Beratungsangebote • fehlende Vernetzung und Bündelung • fehlende Fachkompetenzen • fehlende Finanzierung gerontopsychiatrischer Pflege und Betreuung • somatische Ausrichtung der Pflegeversicherung
Teilstationäre Versorgung (Tagespflege)	vielfach unzureichend oder nicht erreichbar	<ul style="list-style-type: none"> • fehlende Bewegungsflächen und kaum beschützte oder bedürfnisorientierte Einrichtungen • fehlende Fachkompetenz • Überforderung durch heterogene Gruppen • unzureichende Finanzierung (personelle Ausstattung)
Stationäre Versorgung (stat. Pflege)	klare Entwicklungstendenzen, aber vielfach noch unzureichend	<ul style="list-style-type: none"> • ungeeignete räumliche und bauliche Gegebenheiten in bestehenden Heimen • zu heterogene Gruppen • fehlende Fachkompetenzen • fehlende ärztlich-gerontopsychiatrische Unterstützung • unzureichende Finanzierung (personelle Ausstattung)
Angehörigen-Selbsthilfe	erhebliche Entwicklungen, aber eingeschränkt handlungsfähig	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige haben kaum zeitliche Ressourcen • kaum Finanzierung der Selbsthilfe
Forschung	kaum Versorgungsforschung	

siehe auch „Versorgungskonzept der Deutschen Alzheimer Gesellschaft“

d.h. die Linderung von Krankheitsauswirkungen. Diese rehabilitative Ausrichtung haben Einrichtungen oft schon aufgrund der Abrechnungsmöglichkeiten zu wenig im Blick.

Eine spezielle Vorbereitung und Einstellung auf das Leben mit einer Demenzerkrankung für Kranke und ihre nahestehenden Angehörigen bietet seit etwa einem Jahr das Alzheimer Therapiezentrum in Bad Aibling an. Es wird im zweiten Referat näher vorgestellt. Wichtig ist eine Rehabilitation Demenzerkrankter z.B. auch nach einem längeren Krankenhausaufenthalt. Hierzu ein Zitat aus dem Versorgungskonzept der Deutschen Alzheimer Gesellschaft: „Eine Oberschenkelhalsfraktur führt zum Krankenhausaufenthalt und zur anschließenden Überweisung in die geriatrische Rehabilitation. Aus dieser wird die Patientin nach einer Woche mit der Begründung ‘Patientin nicht kooperativ’ ins Pflegeheim entlassen, um dort als Schwerstpflegefall (Pflegestufe 3) aufgenommen zu werden.“

In der ambulanten Versorgung ist zunächst eine unzureichende Zahl niederschwelliger Angebote zu beklagen, die Betroffenen und ihren Familien Zugangsmöglichkeiten zu Versorgungsangeboten schaffen. Solche Angebote müssen auf die Bedürfnisse Demenzkranker eingestellt sein, und die Betreuenden, ob ehrenamtlich Tätige, professionelle Helfer oder Fachkräfte müssen entsprechend qualifiziert und/oder fachlich begleitet werden. Konkrete Beispiele für niederschwellige Versorgungsangebote sind gerontopsychiatrische Besuchsdienste, familienentlastende ambulante Hilfsdienste oder stadtteilorientierte Betreuungsgruppen in denen eine kleine Gruppe Kranker an ein bis zwei Nachmittagen in der Woche bedürfnisorientiert betreut werden. Geeignete Anlaufstellen und Beratungsangebote fehlen vielfach, bzw. sind zu wenig auf den Beratungsbedarf Demenzkranker und ihrer Familien eingestellt. Ambulante Pflegedienste erfüllen zwar heute weitgehend die Standards für eine qualifizierte Grund- und Behandlungspflege und sind in der Versorgung Demenzkranker nicht mehr wegzudenken, doch fehlen ihnen vielfach Kompetenzen zur gerontopsychiatrischen Pflege und Betreuung. Ein großes Problem ist die durch den sogenannten „Pflegemarkt“ und Vorgaben der Pflegeversicherung hervorgerufene personelle Splittung von Pflege und Betreuungsleistungen. Demenzkranke können nicht im Laufe eines Tages durch mehrfach wechselnde Fachkräfte betreut werden, von denen jeder seinen eigenen Zuständigkeitsbereich und Aufgabenprofil besitzt. Die Pflege Demenzkranker und in der Regel auch anderer gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen kann nur unter einem ganzheitlichen Blickwinkel Erfolg haben, d.h., wenige Bezugspersonen kümmern sich um die Bedürfnisse und den gesamten Versorgungsbedarf des erkrankten Menschen. Konstanz, Vertrautheit und Verlässlichkeit im Beziehungserleben sind wichtige Voraussetzungen für eine gelingende gerontopsychiatrische Pflege (Schwarz und Lange, 1999; Pawletko 2000). Die Pflegeversicherung kann ihren gesetzlichen Anspruch, vor allem auf die Erhaltung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen ausgerichtet zu sein, in vielen Aspekten nicht halten.

Gerontopsychiatrische Dienste können neben Beratung, Betreuung und Pflege auch eine qualifizierte psychosoziale Begleitung, insbesondere alleinlebender gerontopsychiatrisch Erkrankter übernehmen. Allgemeine Probleme der ambulanten Versorgung sind die fehlende Vernetzung und Bündelung von Fachkompetenzen und Ressourcen sowie die Finanzierung unterschiedlichster Angebote. Gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung ist im ambulanten Leistungskatalog der Pflegeversicherung überhaupt nicht berücksichtigt und bereits bei der Einstufung in eine Pflegestufe spielen gerontopsychiatrische Aspekte nur eine untergeordnete Rolle. Die unzureichende Ausrichtung der Pflegeversicherung auf den größten Teil der am meisten hilfebedürftigen älteren Menschen wird zwar mittlerweile von den meisten Sozialpolitikern geteilt, doch ist unklar, wann und wie mit Veränderungen zu rechnen ist.

Tagespflegeeinrichtungen sind zweifelsfrei wichtig, wenn auch aufgrund unterschiedlicher Gründe zum Teil weniger genutzt als es dem Bedarf entspricht. Eine Schwierigkeit ist, dass die meisten Einrichtungen insbesondere bewegungsunruhigen und stark betreuungsbedürftigen Demenzkranke kaum aufnehmen können. Es fehlt an ausreichenden Bewegungsflächen, evtl. einem beschützten Garten und genügend Mitarbeitern, die sich etwas individueller auf die zum Teil sehr unterschiedlichen Gäste einstellen können. Werden Demenzerkrankte beispielsweise durch ein Gruppenangebot,

wie Gedächtnistraining überfordert, kippt die Betreuungssituation leicht und sie verhalten sich aggressiv oder wollen unbedingt nach Hause. Tagespflegeeinrichtungen, die schwer Demenzkranke betreuen, brauchen eine ausreichende personelle Ausstattung und damit eine bessere Finanzierungsgrundlage sowie geeignete Räume und Betreuungskonzepte.

Aufgrund des Anteils von mittlerweile durchschnittlich mehr als 50% älterer Menschen mit eindeutigen Symptomen einer mittleren oder schweren Demenzerkrankung in den stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland, kommen die meisten Einrichtung um eine Weiterentwicklung ihrer traditionell grund- und pflegemitarbeiterischer Ausrichtung nicht herum. Die Not, die eine zunehmende Überforderung der Pflegemitarbeiter bewirkt hat, führte zu einem erheblichen Entwicklungsdruck. Der Anteil Demenzkranker in Pflegeheimen wird weiter zunehmen, da die Betreuung rein grund- und pflegemitarbeiterischer zu versorgender Menschen im ambulanten Bereich immer besser möglich wird. Leicht demenzkranke Menschen können in Einrichtungen oft gut in Gemeinschaft mit geistig Rüstigen leben. Dagegen stößt eine gemeinsame Betreuung dieser Gruppen mit schwer demenzkranken Menschen in enger räumlicher Nähe an vielerlei Grenzen. Probleme entstehen dabei nicht nur durch unterschiedliche Pflege und Betreuungskonzepte, sondern auch durch die Belastungen, die beide Gruppen aufeinander erzeugen. Dies wird bereits an einem einfachen Beispiel deutlich: In einer Gruppe schwer Demenzkranker werden oft Kleidungsstücke, das Zimmer oder das Gebiss einer anderen Person verwechselt. In dieser Gruppe ist das meist nicht von größerer Bedeutung oder bleibt unbeachtet. Ein geistig Rüstiger würde sich jedoch in hohem Maße bedroht und in seiner persönlichen Integrität beeinträchtigt fühlen und entsprechende Schutz- und Kontrollmaßnahmen durch Pflegemitarbeiter fordern. Leider hat das – zumeist unreflektiert und ohne wirkliche fachliche Einsicht geäußerte – Argument, man müsse eine Ghettoisierung Demenzkranker vermeiden, Rückschrittlichkeit und Fehlentwicklungen statt eine bedürfnisorientierte Versorgung Demenzkranker begünstigt.

Stationäre Pflegeeinrichtung für Demenzkranke brauchen entsprechende räumliche und bauliche Gegebenheiten, in denen sich die desorientierten älteren Menschen weitgehend frei und sicher ohne ständige Begleitung bewegen können. Die vielfach krankenhausähnlichen Gebäude sind ebenso wie moderne, aber mit Gefahrenquellen ausgestattete moderne Einrichtungen häufig völlig ungeeignet. Obwohl die Betreuung demenzkranker Menschen vor allem personalintensiv ist und die Zahl der Kranken in den Heimen zugenommen hat, hat sich die Personalsituation in vielen Einrichtungen unter anderem durch die Pflegeversicherung eher verschlechtert. Andererseits haben baulich-technische Anforderungen und andere Richtlinien an Pflegeeinrichtungen unverhältnismäßig zugenommen, obwohl Demenzkranke davon in keiner Weise profitieren, eher sogar behindert werden. Eine Entbürokratisierung und Ausrichtung auf die persönliche Versorgung der Kranken wäre dringend erforderlich. Ein weiteres Manko der stationären pflegerischen Versorgung ist die häufig fehlende ärztlich-gerontopsychiatrische Unterstützung. Nur ganz wenigen Heimen gelingt es, regelmäßig einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie zur Behandlung gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner im Haus einzubinden. Gibt es sie doch, bringen sie nicht unbedingt die notwendigen gerontopsychiatrischen Kompetenzen mit. Gründe sind einerseits unzureichenden Abrechnungsmöglichkeiten, andererseits hat die Gerontopsychiatrie im Rahmen der nervenärztlichen Ausbildung trotz vielfacher Initiativen und Bemühungen ärztlich-gerontopsychiatrischer Fachverbände nach wie vor ein Schattendasein.

Die Angehörigenselbsthilfe hat eine wichtige Bedeutung in der Beratung, in Bezug auf den gegenseitigen Austausch und die seelische Unterstützung Angehöriger, in der Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit und in der politischen Arbeit. Betroffene werden oft eher gehört und können besser auf sich aufmerksam machen, als dies professionell Tätige an ihrer Stelle tun könnten. Probleme bestehen nach wie vor in der Finanzierung der Selbsthilfe. Die Umsetzung der neuen Förderregelungen durch die Kassen ist noch nicht geklärt. Befürchtungen gehen in Richtung bürokratischer und konkurrenzorientierter Fördersystematiken.

Im Bereich der Forschung ist insbesondere in Deutschland bisher kaum Versorgungsforschung durchgeführt worden, die gerade im Hinblick auf die vielfältigen Versorgungsprobleme hilfreich sein könnte.

4. Erschwernisfaktoren für eine Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung

Im Folgenden sind zusammenfassend einige Faktoren aufgelistet, die wesentliche Hemmnisse für eine Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in Deutschland darstellen:

1. Aufgrund der strukturellen Differenziertheit der beteiligten Versorgungsbereiche und Fachdisziplinen einerseits (u.a. Psychiatrie, Geriatrie, Altenhilfe, Pflege) und andererseits der hohen Verflechtung und Interaktion somatischer, psychiatrischer, pflegerischer und psychosozialer Aspekte bei gerontopsychiatrisch Erkrankten, werden hohe Anforderungen an eine multiprofessionelle und fachübergreifende einzelfallorientierte Vernetzung und Bündelung von Kompetenzen gestellt. (hierzu Wächtler et al. 1998: „Vor allem muss ‘Vernetzung’ aber ‘in den Köpfen’ aller Beteiligten stattfinden“)
2. Strukturelle Unterschiede im Versorgungssystem in Ländern und Regionen sowie eine einerseits erfreuliche Vielfalt unterschiedlichst gestalteter Angebote erschweren die Entwicklung klarer überschaubarer Strukturen
3. In der gerontopsychiatrischen Versorgung gibt es vielfältige Finanzierungslücken und -defizite, die die Entwicklung geeigneter Angebote erschweren oder unmöglich machen. Oft bleiben Modelle, die sich in der Praxis längst bewährt haben, Einzelbeispiele, die keine weitere Umsetzung an anderen Orten finden. Auch unnötige kontraproduktive bürokratische Hemmnisse, zunehmende Kostenverwaltungsgigantomanie und Konkurrenzbestrebungen von Kostenträgern erschweren notwendige synergetische und praxisorientierte Entwicklungen erheblich.
4. Die Tatsache, dass die gerontopsychiatrische Versorgung in vielen Einrichtungen nur ein Teilaspekt der Aufgaben darstellt, kann aus unterschiedlichen Gründen Entwicklungen behindern:
 - Alte Menschen werden als weniger interessant oder weniger therapierbar angesehen. Aufgrund ihrer geringeren Lebensperspektive oder ihres finanziell gesicherten Rentenstatus wird Hilfe als weniger notwendig oder dringlich angesehen.
 - Der Bedarf entsteht insbesondere in der ambulanten Gerontopsychiatrie nicht von allein, sondern es erfordert u.U. erheblichen Aufwand, um überhaupt in Kontakt mit Betroffenen zu kommen.
 - Gerontopsychiatrische Fachkompetenzen sind vielfach wenig verbreitet. Man wird sich selten auf das stürzen, wozu einem die Ausbildung fehlt.
 - Vielseitige Einrichtungen müssen notgedrungen dort Schwerpunkte setzen, wo ihre Finanzierung gesichert ist.
 - Der unter 1. dargestellte notwendige Aufwand an fachübergreifender Vernetzung läßt Einrichtungen zurückschrecken, sich dem Bereich zuzuwenden.
5. Das Thema Gerontopsychiatrie wird nach wie vor in vielen Ausbildungsgängen trotz des hohen Kenntnisbedarfs zu wenig berücksichtigt.

Literaturhinweise:

- Bundesministerium für Gesundheit (1999): Leitlinien für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Bonn.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2000): Versorgungskonzept der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.
- Fischer, J.D., Schwarz, G. (1999): Alzheimer Kranke verstehen - betreuen - behandeln. AGJ-Verlag, Freiburg.
- Netz, P., Steinkamp, G., Burkhard, W. (1996): Psychisch gestörte ältere Menschen und ihre sozialen Netzwerke. Leske u. Budrich, Opladen.
- Pawletko, K. (2000): Orientierung für Desorientierte - Ambulante gerontopsychiatrische Fachpflege in Berlin. Häusliche Pflege 1. S. 23 - 25.
- Schwarz, G., Lange, S. (2000): Grenzen und Nischen - Wie gut können ambulante Dienste die Versorgung Demenzkranker gewährleisten?. Altenpflege 1. S. 47 - 51.
- Schwarz, G. (1995): Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die ambulante Versorgung Demenzkranker. Klinikarzt 8/24. S. 409 - 410.
- Wächtler, C., Laade, H., Leidinger, F., Matenzoglu, S., Nissle, K., Seyffert, W., Werner, B. (1998): Gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur: Bestehendes verbessern, Lücken schließen, die Versorgungselemente „vernetzen“. Spektrum 4. S. 94 - 98.

Wissenschaftliche Forschung im Bereich von Demenzerkrankungen:

Die Grundlagenforschung zur Alzheimer Krankheit wurde in den letzten Jahren immer mehr intensiviert. Deutlich wurde ein komplexes Bedingungsgefüge molekularbiologischer und biochemischer Prozesse, die an der Krankheitsgenese beteiligt sind. Gesteuert werden diese Prozesse durch eine Vielzahl genetischer Komponenten. Ebenso kann eine Reihe von Umweltbedingungen auf die interagierenden Prozesse Einfluss nehmen. Eine direkte Vererbung der Erkrankung (autosomal dominant, 50% der Kinder sind betroffen) tritt nur aufgrund seltener bekannter Genveränderungen auf (ca. 1% aller Erkrankungen). Mit zunehmendem Alter wächst das Risiko zu erkranken stetig an, sodass über 90 Jahren jeder Zweite betroffen ist. Die Krankheit beginnt organisch vermutlich bereits 30 Jahre vor dem Auftreten erster psychischer Symptome. Bei den Behandlungsmöglichkeiten gibt es in jüngster Zeit einige vielversprechende Entwicklungen. Unter anderem konnte in einem Tierexperiment durch eine Impfung mit alzheimer typischen nervenzellschädigenden Eiweißablagerungen eine Immunreaktion hervorgerufen werden. Fresszellen begannen offensichtlich, die schädlichen Eiweißbestandteile im Gehirn abzutransportieren. Erste Studien mit Alzheimer Patienten sind geplant. Falls sich noch offene Fragen positiv entscheiden lassen, könnte in 5-10 Jahren ein wirksames Medikament für leicht Erkrankte und Risikogruppen zur Verfügung stehen. (Derzeit sind die sogenannten Acetylcholinesterasehemmer z.B. in Form der Medikamente Aricept und Exelon die wohl wirksamsten Mittel, die bei leichter und mittelgradiger Erkrankung eine Krankheitsverzögerung um bis zu zwei Jahre bewirken können.) Ebenso sind in der Frühdiagnostik der Alzheimer Krankheit noch vor dem Auftreten von Symptomen Fortschritte zu erwarten. Neben dem Mini-Mental-Test, der relativ spät und unscharf auf eine Demenzerkrankungen hinweist, sind inzwischen auch neue psychometrische Verfahren entstanden. Die Diagnostik von Hirnleistungsstörungen ist mittlerweile so differenziert, dass die alleinige Feststellung eines sogenannten „hirnorganischen Psychosyndroms“ meist auf die fehlende Fachkompetenz des Untersuchenden hinweist. Eine wichtige Bedeutung kommt auch der Unterscheidung von Demenz und depressiven Störungen zu.

Bei der zweithäufigsten Form einer Demenz, der sogenannten Multiinfarktdemenz, spielt nach wie vor der Einfluss auf Risikofaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck und Diabetes eine wichtige Rolle. Sogenannte Thrombozytenaggregationshemmer können die Bildung der krankheitsverursachenden mikroskopischen Blutpföpfchen in Gefäßen des Gehirns einschränken.

Defizite gibt es derzeit vor allem im Bereich der Versorgungsforschung. Zum eine fließen die Gelder nicht in dem Maße, wie etwa in der Grundlagenforschung. Zum anderen erfordern methodische Schwierigkeiten einen erhöhten personellen und finanziellen Aufwand, um seriöse Ergebnisse zu erhalten. In Deutschland gibt es derzeit ein Projekt, das den Einfluss unterschiedlicher Milieugestaltung in Pflegeheimen auf Demenzkranke untersucht. 1996 ist eine interessante Analyse zur Bedeutung sozialer Netzwerke für psychisch gestörte ältere Menschen in der häuslichen Lebenssituation erschienen (Netz, Steinkamp und Werner 1996)