

Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven

Bericht der AG Psychiatrie der AOLG

Inhaltsübersicht

| | |
|--|-----------|
| Vorwort..... | 3 |
| I Aspekte von grundsätzlicher Bedeutung im gesamtpsychiatrischen System..... | 4 |
| 1. Seelische Gesundheit auf Ebene der Europäischen Union | 4 |
| 2. Die Relevanz psychischer Erkrankungen in Deutschland..... | 4 |
| 3. Bilanz der Psychiatriereform im Bundesgebiet | 5 |
| 4. Die UN – Behindertenrechtskonvention..... | 6 |
| 5. Die Verantwortung in der Gemeinde | 6 |
| 6. Fragmentierte Versorgungsstrukturen und Anbieter-Konkurrenz – Hemmnisse für eine optimierte Patientenversorgung? | 7 |
| 7. Gefahren von Über-, Unter-, Fehlversorgung in der Gemeindepsychiatrie | 8 |
| 8. Ökonomie als zentraler Faktor bei klinischen Strukturentscheidungen | 8 |
| 9. Aktuelle Instrumente zur Vermeidung von Fehlentwicklungen – Integrierte Versorgung und Budgets..... | 9 |
| 10. Steuerungspotential in Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes | 10 |
| 11. Entwicklung in der Forensischen Psychiatrie | 11 |
| 12. Handlungsempfehlungen | 12 |
| II Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung..... | 15 |
| 1. Einleitung | 15 |
| 2. Ausgangslage | 15 |
| 3. Versorgung | 18 |
| 3.1 Ambulante Versorgung..... | 18 |
| 3.2 Stationäre und teilstationäre Versorgung..... | 19 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 4. | Handlungsschwerpunkte der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung: | 19 |
| 4.1 | Notwendigkeit von Kooperation und Vernetzung mit anderen Hilfesystemen | 20 |
| 5. | Hilfen für Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf | 22 |
| 6. | Kinder psychisch kranker Eltern | 23 |
| 7. | Problembereiche, die in diesem Bericht nicht weiter vertieft werden | 24 |
| 8. | Fazit | 24 |
| 9. | Handlungsempfehlungen: | 25 |
| III | Gerontopsychiatrische Versorgung | 26 |
| 1. | Einleitung | 26 |
| 2. | Leitbilder | 26 |
| 3. | Zielgruppe | 27 |
| 4. | Überblick über die aktuelle Situation | 28 |
| 4.1 | Übergreifende Betrachtung | 28 |
| 4.2 | Besonderheiten einzelner Zielgruppen | 33 |
| 5. | Handlungsempfehlungen | 36 |
| 5.1 | Grundsätzliche Aspekte | 36 |
| 5.2 | Handlungsfelder | 36 |
| 5.2.1 | Fokus auf Prävention | 36 |
| 5.2.2 | Gerontopsychiatrische Angebote ausbauen und verbessern | 38 |
| 5.2.3 | Bessere strukturelle Voraussetzungen für personen- und lebensfeldzentrierte Hilfen schaffen | 40 |
| 5.2.4 | Gesetzliche Rahmenbedingungen weiter entwickeln | 42 |
| 5.2.5 | Gerontopsychiatrische Kompetenz ausbauen | 43 |
| 5.2.6 | Entstigmatisierung und Aufklärung | 44 |
| 6. | Zusammenfassung | 45 |
| | Überblick über die Handlungsempfehlungen | 47 |
| I | Aspekte von grundsätzlicher Bedeutung im gesamtpsychiatrischen System | 47 |
| II | Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung | 49 |
| III | Gerontopsychiatrische Versorgung | 49 |

Vorwort

In den bislang vorgelegten zwei Berichten der AG Psychiatrie der AOLG an die GMK lagen die Schwerpunkte zum einen in einer resümierenden Betrachtung der ersten 25 Jahre der Psychiatriereform (Bericht aus dem Jahr 2002), zum anderen in einer Standortbestimmung der Psychiatrie (Bericht aus dem Jahr 2007).

Der vorliegende Bericht bezieht sich ausdrücklich auf diese Grundlagen. Im ersten, thematisch übergeordneten Teil des Berichts geht es jedoch weniger um eine umfassende Darstellung aller psychiatrischen Leistungen – diese sind in Form von Daten in bewährter Weise dem ausführlichen Tabellen-Anhang zu entnehmen. Es werden Perspektiven psychiatrischer Versorgung aufgezeigt, die im Kontext sich verschärfender ökonomischer Bedingungen gute Versorgung sichern und weiter entwickeln sollen. Daneben wird auch auf mögliche fachliche und ökonomische Fehlentwicklungen im System der psychiatrischen Versorgung hingewiesen, wie sie in Ansätzen bereits heute erkennbar sind und denen in Zukunft gegengesteuert werden sollte.

Im anschließenden inhaltlichen Teil setzt der Bericht Schwerpunkte auf zwei in den Vorgänger-Berichten eher rudimentär bearbeiteten Felder psychiatrischer Versorgung, nämlich die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Gerontopsychiatrie. In allen Berichtsteilen werden dezidierte Handlungsempfehlungen ausgesprochen.

I Aspekte von grundsätzlicher Bedeutung im gesamtpsychiatrischen System

1. Seelische Gesundheit auf Ebene der Europäischen Union

Die europäische Zusammenarbeit im Bereich der seelischen Gesundheit erfolgte in den vergangenen Jahren im Wesentlichen im Rahmen des "Europäischen Paktes für psychische Gesundheit und Wohlbefinden". Dieser Pakt wurde im Kontext einer hochrangigen EU-Konferenz am 13. Juni 2008 in Brüssel durch Regierungsvertreterinnen und -vertreter sowie Vertreterinnen und Vertretern von Nicht-Regierungsorganisationen aus den Mitgliedstaaten beschlossen. Er ist das Ergebnis eines von der Europäischen Kommission auf Grundlage des Grünbuchs „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ (November 2005) initiierten Konsultationsprozesses und richtet sich auf fünf prioritäre Handlungsfelder:

- Psychische Gesundheit in den Bereichen Jugend und Bildung
- Vorbeugung von Depression und Suizid
- Psychische Gesundheit älterer Menschen
- Bekämpfung von Stigma und sozialer Ausgrenzung
- Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz

Der Pakt sieht international verstärkten Erfahrungsaustausch und Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in diesen Bereichen vor. Zu seiner Umsetzung führte die EU-Kommission zu den fünf Handlungsfeldern europäische Konferenzen durch - jeweils in Partnerschaft mit einem Mitgliedstaat. Die abschließende Konferenz zum fünften Handlungsfeld unter dem Motto "Förderung von Psychischer Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz" fand am 3. und 4. März 2011 in Berlin statt und wurde gemeinschaftlich von der Europäischen Kommission und der Bundesregierung veranstaltet.

Nach Abschluss der fünf Themenkonferenzen zum "Europäischen Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden" verabschiedete der Rat für Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz (*Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council*, EPSCO) der Europäischen Union am 6. Juni 2011 Ratsschlussfolgerungen zu Mental Health. Darin wurde die kontinuierliche Fortsetzung der europäischen Zusammenarbeit im Kontext des Paktes sowie die Verständigung auf eine sogenannte Gemeinsame Aktion (Joint Action) zum Thema Mental Health festgeschrieben. Zielsetzung war auch hierbei ein verstärkter Erfahrungsaustausch der Mitgliedstaaten untereinander sowie eine bessere Vernetzung relevanter Politikbereiche.

2. Die Relevanz psychischer Erkrankungen in Deutschland

Statistisch gesehen erkrankt in Deutschland jeder dritte Erwachsene im Laufe des Lebens an einer psychischen Störung (Männer: 24%, Frauen: 37%). Psychische Störungen und Erkrankungen sind somit häufig und sie verlaufen oft chronisch mit der Folge, dass sie sich auf alle Lebensbereiche auswirken. Diesen Erkenntnissen und der hohen Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Gesellschaft hat das gesundheitliche und soziale Hilfesystem zu entsprechen.

Die am weitesten verbreiteten Störungen bzw. Erkrankungen in Deutschland und Europa sind Angststörungen, Depressionen und Suchterkrankungen. Nach Schätzungen der Europäischen Union leiden 9% der erwachsenen Europäer und 17% der erwachsenen Europäerinnen in den westlichen und südlichen EU-Staaten an Depressionen. Es wird damit gerechnet, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen in den Industriestaaten die zweithäufigsten Erkrankungen sein werden.

Die epidemiologischen Daten verweisen auf die volkswirtschaftliche Dimension psychischer Erkrankungen. Nach Angaben der EU belaufen sich beispielsweise die aufgrund psychischer Erkrankungen verursachten gesellschaftlichen Kosten auf ca. 3 bis 4 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) der europäischen Mitgliedsstaaten. Außerdem zählen psychische Störungen und Erkrankungen in diesen Ländern zu den Hauptursachen für Frühverrentung und verminderte Erwerbsfähigkeit. In Deutschland sind psychische Erkrankungen innerhalb der Gesamtkrankheitskosten in Höhe von 254,3 Mrd Euro (in 2008) die Krankheitsgruppe mit den dritthöchsten volkswirtschaftlichen Kosten (nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems), wobei die beiden Erkrankungen Demenz und Depression gut die Hälfte dieser Kosten verursachen. Die Steigerungsrate innerhalb von zwei Jahren (2006 zu 2008) war bei Psychischen und Verhaltensstörungen mit 16% die größte unter allen Krankheitsarten (Statistisches Bundesamt, Krankheitskostenrechnung 2008). Insofern ist es nur folgerichtig, dass psychische Erkrankungen der Bevölkerung allmählich auf allen Ebenen als gleich bedeutsam wie somatische Erkrankungen erachtet werden und seelische Gesundheit inzwischen eine Zielsetzung vielfältiger gesundheitspolitischer Aktivitäten des Bundes, der Länder und Kommunen, von Verbänden und Fachgesellschaften, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen und anderer Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen ist.

Dabei muss sich das Gesundheitssystem in Deutschland zumindest bei einzelnen Störungsbildern auf deutlich steigende Diagnoseraten einstellen. Dies weisen diverse Krankenkassenberichte und Fachstudien übereinstimmend aus. Eine aktuelle Untersuchung in den 27 EU-Staaten sowie der Schweiz, Norwegen und Island zeigt Demenz und Depression als einzige psychische Erkrankungen, bei denen sich eine deutliche Zunahme der Prävalenzraten über die vergangenen Jahre verzeichnen ließ.¹ Die Häufigkeit psychotischer Erkrankungen hingegen ist über Jahre hinweg stabil geblieben. Die Entwicklungen beim Anstieg einzelner psychiatrischer Störungsbilder müssen zukünftig verstärkt ihre Berücksichtigung in der Ausbildung, in der Prävention, Früherkennung und Behandlung finden, aber ebenso im Sinne einer Querschnittsaufgabe von den relevanten Politikfeldern wie Bildung, Arbeitsmarktpolitik, Soziales, Städtebau etc. aufgegriffen werden. Dabei fehlen bis heute in weiten Bereichen belastbare Erkenntnisse zu den Ursachen dieser aktuellen Entwicklungstendenzen. Die gestiegene und weiter steigende Lebenserwartung gilt als eine maßgebliche Erklärung, da im höheren Alter die Multimorbidität somatischer Erkrankungen ansteigt, die mit einem erhöhten Depressionsrisiko einhergeht. Ebenso lösen bestimmte altersbedingte Erkrankungen wie z.B. Alzheimer und Parkinson oft als Begleiterkrankung eine Depression aus. Bei jüngeren Menschen sowie bei Kindern und Jugendlichen, bei denen bzgl. Depressionen ein ansteigendes Ersterkrankungsrisiko sowie ein absinkendes Ersterkrankungsalter festzustellen ist, scheint die Ursache auch in der Unsicherheit der Lebensverhältnisse zu liegen. In der Fachdiskussion werden sowohl gesellschaftliche als auch definitive Ursachen vermutet.

3. Bilanz der Psychiatriereform im Bundesgebiet

Die AG Psychiatrie der AOLG hat mit ihren Berichten an die GMK

- ❖ Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren (Beschluss der 76. Gesundheitsministerkonferenz im Jahre 2003) und
- ❖ Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven (Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz im Jahre 2007)

die weitreichenden Entwicklungen der letzten drei Dekaden im Fachgebiet der Psychiatrie dargestellt und resümierend festgehalten, dass alle Bundesländer dem erforderlichen Umstrukturierungsprozess im Fachgebiet der Psychiatrie entsprochen haben. Der Aufbau der gemeindepsychiatrischen Strukturen in allen Ländern und die damit in den westdeutschen Ländern realisier-

¹ Wittchen et.al., European Neuropsychopharmacology (2011) 21, 655–679

Die deutliche Reduktion stationärer klinischer Kapazitäten belegt eindrücklich die prinzipielle Möglichkeit auch grundsätzlicher Veränderungen im bundesdeutschen Gesundheitssystem. Ein solch tiefgreifender Umbau wie in der Psychiatrie ist bisher in keinem anderen Bereich der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik erreicht worden.

Auch wenn die Grundannahmen und Anforderungen an die Psychiatriereform, die sich aus den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete von 1975 ableiten, in allen Bundesländern verbindlich in die Landesplanungen aufgenommen wurden, so haben sich die Versorgungsstrukturen zwar vergleichbar, aber nicht gleich entwickelt. Jedes Bundesland weist, als Resultat länderspezifischer Schwerpunktsetzungen, Besonderheiten auf.

In Ihrem Bericht aus dem Jahre 2007 weist die AG Psychiatrie darauf hin, dass die großen Umbrüche zur Umsetzung der Psychiatriereform in den ersten 25 Jahren nach der Psychiatrie-Enquete, also bis etwa Ende der 90er Jahre erfolgt sind. Es zeigte sich aber schon zum Berichtszeitpunkt und wird durch die Entwicklungen der letzten Jahre bestätigt, dass die Intentionen der Psychiatrie-Reform in Deutschland noch nicht in allen wichtigen Dimensionen eingelöst wurden, bzw. manche Entwicklungen im Gesundheitssektor wie z.B. das gezielt eingeführte Wettbewerbsprinzip Reaktionen, Korrekturen und neue Strategien auf der fachlichen, strukturellen wie auf der ökonomischen Ebene erfordern. Dabei geht es nicht um eine weitere Ausweitung und Ausdifferenzierung der Angebote, sondern vielmehr um die bedarfsorientierte und flexibilisierte Anpassung und sektorenübergreifende Vernetzung der bestehenden Behandlungs-, Betreuungs- und Hilfeangebote sowohl auf individueller als auch struktureller Ebene.

4. Die UN – Behindertenrechtskonvention

Die von Deutschland 2009 ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention umfasst gleichermaßen körperlich wie seelisch behinderte Menschen. Kernelement der Behindertenrechtskonvention ist die konsequente Forderung nach Inklusion. Sie stellt einen Paradigmenwechsel in der Betrachtung von Behinderung dar und erfordert ein weitreichendes Umdenken in der Behindertenpolitik. Bei allen Planungen und strukturellen Festlegungen sind die Verantwortlichen aufgefordert zu prüfen, ob die jeweiligen Veränderungen geeignet sind, Barrieren und Behinderungen abzubauen und dem Ziel der Inklusion seelisch behinderter Personen in die Gesellschaft förderlich sind.

Die Konvention ist ebenfalls im Hinblick auf das Betreuungs- und Unterbringungsrecht relevant. Nach Art. 14 des Übereinkommens haben die Vertragsstaaten zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen und dass ihnen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, bzw. jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt; das Vorliegen einer Behinderung allein rechtfertigt in keinem Fall eine Freiheitsentziehung.

Gemäß der Konvention sind die handelnden Akteure somit nicht zuletzt unter dem Schutzgedanken gehalten, bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Leistungen für den Personenkreis der seelisch behinderten Menschen die Inklusion aktiv zu fördern und dafür Sorge zu tragen, dass freiheitsentziehende Unterbringungen nach bestehenden Rechtsnormen so weit wie möglich vermieden oder verkürzt werden.

5. Die Verantwortung in der Gemeinde

Der Grad und die Verlässlichkeit der Zusammenarbeit der regionalen Dienste der Kommune, der Kostenträger und der Leistungserbringer sind zentrale Parameter für die Strukturqualität des psychiatrischen Versorgungssystems. Nur wenn die erforderlichen Leistungen zeitnah am

erforderlichen Bedarf der hilfebedürftigen Bürgerinnen und Bürger ausgerichtet und aufeinander abgestimmt erbracht werden, können sie optimal wirken. Die Fragmentierung des Finanzierungssystems und die daraus resultierende Zerstückelung des therapeutischen und rehabilitativen Leistungsgeschehens durch konkurrierende Anbieter von Teilleistungen, die primär wirtschaftliche Eigeninteressen verfolgen, sind fachlich und ökonomisch kontraproduktiv. Die daraus entstehenden Nachteile für die Klientinnen und Klienten einerseits sowie für die Herausbildung einer effizienten, ineinander greifenden Versorgungsstruktur andererseits sollten durch Etablierung von Anreiz-, Finanz- und Steuerungssystematiken, möglichst auf der Ebene der psychiatrischen Versorgungsregionen – d.h. regional definierter infrastruktureller Einheiten – überwunden werden.

Lösungsfähig sind Hilfesysteme können grundsätzlich dann zu Lösungen beitragen wenn sie anstelle kompetitiver kooperative und anstelle kurzfristig wechselnder verlässliche Strukturen herausbilden, die die individuell bestmögliche und erforderliche Hilfeleistung bereitstellen und dabei zugleich darauf achten, dass keine Person wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung von den notwendigen Leistungen ausgeschlossen wird. Ein solches psychiatrisches Hilfesystem bedarf einerseits einer regionalen Verbundstruktur auf der Seite der Leistungserbringer, andererseits einer Steuerungsstruktur in der Verantwortung der Kommune unter Einbeziehung der Leistungsträger. Diesen Aufgaben gerecht werden zu können und dabei auch immer wieder neu auftretende Herausforderungen aufgreifen und i.S. einer guten Versorgung bewältigen zu können, setzt voraus, dass sich die Akteure des Hilfesystems aktiv als Partner und Beteiligte auf gleicher Augenhöhe begegnen.

Die Etablierung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden oder vergleichbarer Kooperationsmodelle auf der Ebene der Kommunen kann die Leistungserbringer, die dazu bereit sind, zusammenführen zur Vereinbarung von definierten Qualitätsstandards mit dem Ziel der Sicherstellung einer regional definierten Versorgungsverpflichtung und der individuellen Bedarfsdeckung. In dieser Weise aktiv kooperierende Gemeindepsychiatrische Verbände zu etablieren – darin liegt eine der zentralen Handlungsoptionen bezüglich der Weiterentwicklung des regionalisierten psychiatrischen Versorgungssystems der Zukunft. Denn verbindliche Kooperationsformen sind kein Selbstzweck, sondern ein Arbeitsmittel, um den Herausforderungen der Zukunft zu begegnen. Aufgabe von Psychiatriepolitik ist es, zukunftsfähige Strukturen zu schaffen, welche die Übernahme von Verantwortung für alle psychisch kranken Menschen gewährleisten und dabei öffentlich kontrolliert sind. Seitens der Länder, der Kommunen und der Kostenträger sollten gezielte Anreize zur Unterstützung einer solchen Entwicklung gesetzt werden.

6. Fragmentierte Versorgungsstrukturen und Anbieter-Konkurrenz – Hemmnisse für eine optimierte Patientenversorgung?

In der psychiatrischen Versorgung stellt die Desintegration der diversen, auf verschiedenen Sozialgesetzbüchern basierenden Leistungen eines der größten Probleme dar. So ist der GKV-finanzierte Bereich durch die starke Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor geprägt – letzterer wiederum aufgeteilt durch sektoral getrennte Budgets für vollstationäre, teilstationäre bzw. ambulante klinische Behandlung. Daneben und unabhängig davon entwickeln sich auf Grundlage anderer Sozialgesetzbücher die steuerfinanzierten Hilfesysteme. Hierzu treten in verstärktem Maße Leistungen nach dem SGB XI, ebenfalls nach separaten Mechanismen geregelt, hinzu. Das Nebeneinander der Hilfestrukturen hat in der Praxis zur Folge, dass anstelle einer gewünschten Nutzenoptimierung Steuerungsanreize betriebswirtschaftlicher und/oder administrativer Art dominieren, die – fachlich wie volkswirtschaftlich gesehen – kontraproduktiv sind. Obwohl im Verlauf der Psychiatriereform vielfältigere, flexiblere und integrative Versorgungsstrukturen entwickelt wurden, konnte die beschriebene grundsätzliche Strukturproblematik bisher nicht überwunden werden.

Für die Gruppe der psychisch Kranken mit häufig langen und rezidivierenden Behandlungsepisoden und der engen Verbindung zwischen Beziehungskontinuität und Behandlungserfolg ist jedoch das Primat der Behandlung „in einer Hand“ in besonderem Maße geboten.

Für viele dieser Patientinnen und Patienten führen die fragmentierten Strukturen nicht nur zu Intransparenz und erschwerem Zugang zu den Hilfesystemen, sondern auch zu Brüchen in der Versorgung sowie langwierigen und gleichzeitig ineffizienten Behandlungsprozessen bis hin zur „Drehtürpsychiatrie“.

Intransparenz und Desintegration der Hilfestrukturen werden außerdem verstärkt durch gegeneinander konkurrierende Anbieter. Dies ist u.a. eine Folge mehrerer Gesundheitsreformen, die allmählich Markt- und Wettbewerbsprinzipien in das deutsche Gesundheitssystem eingeführt haben. Wettbewerb birgt die Gefahr einer Selektion von leichter Erkrankten verbunden mit der Ausgrenzung chronisch psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Hilfebedarf, zu einem Halten der Patientinnen und Patienten in der eigenen Versorgungsform verbunden mit einer Abschottung gegenüber anderen Leistungsanbietern, sowie zur Reduktion der Personaldichte und –qualität. Wettbewerb in der psychiatrischen Versorgung ist nur unter bestimmten Rahmenbedingungen ein sinnvolles Steuerungsinstrument, nämlich dann, wenn er primär an der Versorgungsqualität orientiert ist, also z.B. auf bestmögliche Erfüllung von Leitlinien, Behandlungspfaden u.ä. gerichtet ist. Dies ist jedoch nur mit Hilfe entsprechender Anreiz- und Finanzierungssysteme zu realisieren.

7. Gefahren von Über-, Unter-, Fehlversorgung in der Gemeindepsychiatrie

Ein weiteres aktuelles Handlungsfeld stellt eine sich abzeichnende neue Form der Hospitalisierung dar. Die Verkleinerung der psychiatrischen Großkliniken hat dazu geführt, dass chronisch psychisch kranke Menschen heute überwiegend in Betreuten Wohnformen leben. Diese Lebensform bietet einerseits die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, birgt jedoch andererseits auch das Risiko einer erneuten Ausgrenzung und damit Stigmatisierung in sich, zumal häufig auch alle anderen Lebensbereiche wie die Gestaltung des Tagesablaufs oder lohnabhängiges Arbeiten sich im System der psychiatrischen Versorgung abspielen. D.h. (ehemals) psychisch kranke Menschen leben rund um die Uhr in einer professionell gestalteten Lebenswelt und damit immer noch nicht oder erneut nicht in der anzustrebenden sozialen Normalität. Diese Entwicklung ist zu reflektieren und es ist darauf hinzuwirken, dass Integration – im Sinne des Einbeziehens ausgegrenzter Gruppen – und Inklusion – im Sinne des frühzeitigen Einschlusses aller Gruppen von Kranken und Behinderten zur Verhinderung von gesellschaftlicher Ausgrenzung - aktiv und als fortlaufende Prozesse begriffen und gestaltet werden.

Gleichzeitig besteht auch die Gefahr einer Unterversorgung derjenigen, die zumeist schwer chronisch krank sind, jedoch von sich aus nicht selbst um Hilfe nachsuchen, sowie derjenigen Patienten und Patientinnen, die krankheitsuneinsichtig und nicht compliant sind. Diese Menschen werden von den bestehenden Hilfesystemen häufig nicht erreicht; die Folgen sind erheblich. Gerade für diese Personengruppe erhöht sich das Risiko, in der Obdachlosigkeit, im Strafvollzug oder im Maßregelvollzug zu landen. Hier gilt es, verstärkt systemübergreifende, nachgehende und aufsuchende Hilfen zu entwickeln bzw. auszubauen.

8. Ökonomie als zentraler Faktor bei klinischen Strukturentscheidungen

Auch die Behandlung und Versorgung psychisch kranker Menschen ist ein Markt, der sich an ökonomischen Gegebenheiten orientieren muss. Dabei muss jederzeit und vorrangig gewährleistet bleiben, dass alle erforderlichen medizinischen, therapeutischen und betreuenden Leistungsangebote als konstituierender Bestandteil der regionalisierten Pflichtversorgung erbracht werden können.

Der Abbau vollstationärer Betten in den psychiatrischen Kliniken in Deutschland in den Jahren nach der Psychiatriereform hat inzwischen dazu geführt, dass Kliniken, um sich im Wettbewerb zu profilieren, jenseits der Pflichtversorgung vermehrt spezielle therapeutische Angebote für bestimmte Zielgruppen entwickeln und z.T. mit spezialisierten Einrichtungen am Markt platzieren. Dem ist immer dann entgegenzuwirken, wenn die Behandlungsleistungen mit vergleichbarer Qualität im Rahmen des Behandlungsauftrages (Einbindung in die Pflichtversorgung) erbracht werden können.

Für den Bereich der Suchterkrankungen gab es die Spezialisierung historisch schon immer, doch heutige Tendenzen zielen auf weitere, vorwiegend diagnoseorientierte Differenzierungen. So bieten Kliniken vermehrt z.B. Spezialstationen für Patientinnen und Patienten mit Essstörungen, mit post-traumatischen Belastungsstörungen, mit Borderline-Problematik, mit Depressionen, mit Angststörungen etc. an. Hier zeichnet sich die Gefahr der Entwicklung einer Zwei-Klassen-Psychiatrie ab. Unter dem Label einer Zentrumsbildung werden Spezialangebote etabliert, die Erkrankte qualitativ hochwertig und mit intensivem Personaleinsatz behandeln, während schwer und chronisch Erkrankte in einer tendenziell defizitär ausgestatteten „klassischen“ Psychiatrie versorgt werden müssen. Unter therapeutischen Gesichtspunkten ist außerdem zu reflektieren, ob eine zeitlich isolierte spezialisierte Behandlungsepisode ohne eine längerfristige integrierte Behandlungsplanung überhaupt ausreichend und wünschenswert ist. Darüber hinaus sollte geprüft und bewertet werden, ob ein Ausbau der Spezialisierung stationärer Behandlung das Grundprinzip der ambulanten, gemeindeorientierten Versorgung sinnvoll ergänzt oder möglicherweise einen zusätzlichen Kostenfaktor darstellt. Über die vergleichsweise geringfügigen Steuerungsmöglichkeiten der Länder hinaus sind auch im Finanzierungssystem Mechanismen zu verankern, die geeignet sind, den skizzierten Risiken entgegenzuwirken.

9. Aktuelle Instrumente zur Vermeidung von Fehlentwicklungen – Integrierte Versorgung und Budgets

In den letzten Jahren haben sich auch in der Psychiatrie alternative Versorgungsmodelle zur Überwindung fragmentierter Hilfeleistungen entwickelt. So ist es der gemeindepsychiatrischen Bewegung im Kontext der Psychiatriereform an einzelnen Orten gelungen, regionale Verbundsysteme zu schaffen, die integrative und flexiblere Versorgung psychisch kranker Menschen ermöglichen.

Einen weiteren Entwicklungsschub stellten die in diversen Varianten umgesetzten Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung (§140a SGB V) dar, die heute als z.T. weitreichende Instrumente zur sektor- und professionsübergreifenden Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, ambulanten Leistungserbringern und Kostenträgern gelten.

Doch bergen sie neben Chancen auch potentielle Nachteile: Die unterschiedlichen Verträge einzelner Krankenkassen mit unterschiedlichen Ein- und Ausschlusskriterien vergrößern die Unübersichtlichkeit, insbesondere für die Patientinnen und Patienten. Selektionskriterien schließen bestimmte Patientengruppen von hilfreichen Maßnahmen aus. Malus-Regelungen – der Quasi-Ausschluss bestimmter Leistungen wie z.B. stationärer Behandlung unabhängig vom individuellen Hilfebedarf – sowie eingeschränkte Arzt- und Krankenhauswahl können die Versorgungsqualität für einzelne eingeschlossene Patientinnen und Patienten verschlechtern. Für die Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer Diagnosen oder anderer Aspekte von Verträgen zur Integrierten Versorgung ihrer Kasse ausgeschlossen sind oder nicht teilnehmen wollen, sowie für Patientinnen und Patienten anderer Kassen ohne Verträge zur Integrierten Versorgung entsteht potentiell die Gefahr, durch einen „finanziell ausgedünnten Restbetrieb“ versorgt zu werden. Außerdem bezieht sich Integrierte Versorgung bisher nur auf den SGB V-Bereich. Dies leistet der strukturell bedingten Tendenz Vorschub, dass die nötige kooperative Leistungserbringung über verschiedene Sozialgesetzbücher hinweg aus dem Blick gerät. Die jeweilige regionale Ausgestaltung der Integrierten Versorgung muss also trotz ihrer grundsätzlich positiv zu bewertenden Intentionen und Möglichkeiten auch kritisch betrachtet und begleitet werden.

Neben einer gewachsenen Anzahl verschiedener Verträge zur Integrierten Versorgung wurden in der jüngeren Vergangenheit auch umfassendere Modelle wie ein SGB-V-Psychriatriebudget in einigen Regionen erprobt – z.T. mit durchaus überzeugenden Ergebnissen. Kennzeichen all dieser Versuche zur Überwindung fragmentierter und unflexibler Leistungserbringung ist zum heutigen Zeitpunkt jedoch, dass sie Insellösungen blieben und die Strukturproblematik nicht grundsätzlich und in der Fläche überwinden konnten.

Die Entwicklung des neuen Krankenhaus-Entgeltsystems nach § 17d KHG bietet die Chance, die nach wie vor wirksamen finanziellen Fehlanreize zur vollstationären Behandlung zu beseitigen, indem u.a. die Psychiatrischen Institutsambulanzen sowie Modellprojekte zur sektorenübergreifenden Versorgung mit den entsprechenden sektorenübergreifenden Vergütungsmodellen einbezogen werden, wie es die Gesundheitsministerkonferenz mit ihrem Beschluss vom 30.06.2011 gefordert hat. Die Länder werden den Erfolg des künftigen Entgeltsystems jedenfalls daran messen, ob es dieser Zielsetzung entspricht.

10. Steuerungspotential in Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes

Die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011 vorgesehene Reform der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, i.E. der Bedarfsplanung durch Bezug auf kleinräumige regionale Bedarfe bietet Chancen auf positive Strukturentwicklung auch für die psychiatrische Versorgung. Die Reformbestrebungen beziehen sich aus dem grundgesetzlich geforderten Anspruch auf Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse und zielen damit auf den Ausgleich regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, damit auch in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung.

So soll zukünftig der Regelversorgungsbedarf systematisch und prognostisch auf die jeweilige regionale Morbiditätslast und Leistungsanspruchnahme ausgerichtet werden, das bedeutet eine Differenzierung der Morbidität z.B. nach demografischen Aspekten wie Alter, Geschlecht, sozialem Status, Migrationshintergrund, beruflichen Belastungsfaktoren u.ä.. Die Länder und Kommunen als Garanten der Daseinsvorsorge werden erstmals Mitsprachemöglichkeiten bei den Bedarfsplanungsinstrumenten und –gremien erhalten und damit nicht nur wie bisher die Landeskrankenhausplanung, sondern ebenfalls die ambulante vertragsärztliche Versorgung sowie sektorübergreifende Versorgungsplanung mitgestalten. Selektivverträge werden dabei reduziert auf ihre ursprüngliche Funktion der modellhaften Erprobung innovativer Elemente.

In diesem Kontext der regional orientierten Gesundheitsplanung werden auch Kommunen höhere Verantwortung erhalten und es werden sich vermutlich auch untergeordnete Planungseinheiten wie z.B. Regional- oder Gesundheitskonferenzen etablieren, die z.B. Kapazitätsberechnungen für die Ausgestaltung eines integrierten Psychiatrie-Budgets liefern könnten. Hierbei werden die zur Bewältigung der kleinräumig festgestellten Krankheitslast notwendigen Versorgungsleistungen differenziert nach Therapie-, Betreuungs- und Pflegeleistungen ermittelt und Versorgungsangebote mit einem entsprechenden Professionen- und Institutionenmix konzipiert werden.

Besonders betroffen von den Nachteilen der bisherigen nicht epidemiologisch begründeten Bedarfsplanung sind einerseits gesamte gesundheitliche Subsysteme wie Rehabilitation oder Pflege, die keinerlei Planung unterlagen, was sich naturgemäß auch in der psychiatrischen Versorgung als negativ erwies. Zum anderen sind Menschen mit psychotherapeutischem Versorgungsbedarf seit Jahren häufig besonders nachteilig betroffen, denn in der Psychotherapie bestehen aufgrund der nicht angepassten Bedarfsplanung häufig Versorgungslücken, die sich in langen Wartezeiten auf Behandlungsplätze niederschlagen. Ursache dafür ist der regional sehr unterschiedliche Versorgungsgrad: Auf dem Land sowie in bestimmten Stadtteilen – speziell solchen mit hohem Versorgungsbedarf – gibt es zu wenig Praxen, da Psychotherapeuten sich vorrangig in städtischen und besser situierten Gebieten niederlassen und hier keine Steuerungsmechanismen vorhanden sind. Darüber hinaus sind sektorübergreifende Strukturen, die

z.B. Krisenintervention, Kooperation zu Sozialpsychiatrischen Diensten, Hausärzten und Kliniken regelten, im Bereich der ambulanten Psychotherapie strukturell besonders unterentwickelt. Hier könnte eine kleinräumige, morbiditätsorientierte Bedarfsplanung mit der Perspektive auf sektorenübergreifend vereinbarte Qualitätssicherung und entsprechende Versorgungsziele bedeutende Verbesserungen für die Versorgung der Bevölkerung mit sich bringen, zumal die Bedeutung psychischer Erkrankungen in den Industrieländern stark gestiegen und weiter im Steigen begriffen ist.

11. Entwicklung in der Forensischen Psychiatrie

Seit vielen Jahren zeigt sich in Westeuropa wie auch in allen Bundesländern in Deutschland eine deutliche Ausweitung der forensisch-psychiatrischen Kapazitäten. Mittlerweile sind in der Bundesrepublik Deutschland 12.166 Plätze im Maßregelvollzug belegt. Dies bedeutet im Verhältnis zu den in den Krankenhausplänen der Länder ausgewiesenen allgemeinspsychiatrischen Betten einen Anteil von 24,0%. 2005 betrug dieser noch 21,4%. In den vergangenen Jahren hat sich die Anzahl der im Maßregelvollzug belegten Unterbringungsplätze um 1.574 erhöht, das ist ein Anstieg um 14,8%. Um die Gesamtentwicklung zu beobachten, erheben seit 2006 14 Bundesländer auf Basis eines abgestimmten Erhebungsinstruments jährlich umfangreiche Daten über das Leistungsgeschehen im Maßregelvollzug. Dieser von den Ländern (außer Baden-Württemberg und Bayern) entwickelte und unter Mitwirkung der forensischen Kliniken erstellte Kerndatensatz für den Maßregelvollzug dient den beteiligten Ländern als Datenbasis, um die Entwicklung der forensischen Psychiatrie über einen längeren Zeitraum auch im Ländervergleich beobachten zu können und entsprechende Schlussfolgerungen zur Steuerung und Planung zu ziehen.

Neben den bekannten Erklärungsmustern, wie z. B. der Verlängerung von Verweildauern aufgrund restriktiverer Entlassungsentscheidungen und vermehrte Zuweisungsentscheidungen der Gerichte, scheint auch die deutliche Verkürzung in den klinischen Behandlungszeiten indirekt Auswirkungen auf Zuweisungen zu haben. In der Fachdiskussion wird häufiger darauf hingewiesen, dass rund 75% der Patientinnen bzw. Patienten im Maßregelvollzug Voraufenthalte in der Allgemeinspsychiatrie haben, davon 24% einmal, 38% zwei- bis fünfmal, 38% mehr als sechsmal. Vor ihrer Einweisung in den Maßregelvollzug waren 19% freiwillig in psychiatrischer Behandlung, 51% aufgrund einer Zwangseinweisung. Der Erkrankungsbeginn liegt im Schnitt 16 Jahre zurück. 28% begingen ihre Einweisungsdelikte während Behandlung durch die allgemeine Psychiatrie (Freese, 2004). Für diesen Personenkreis gibt es Anzeichen dafür, dass er weder durch die bestehenden klinischen Leistungsmöglichkeiten, noch durch das „komplementäre“ Leistungssystem adäquat erreicht werden konnte und nicht selten über viele Jahre aufgrund krankheitsbedingten Verhaltens immer wieder einer Behandlung zugeführt werden musste. Hier liegt die Annahme nahe, dass der Maßregelvollzug zu einem Teil auch für Behandlungsdefizite im Regelversorgungssystem in Anspruch genommen wird.

Die Gründe für den kontinuierlichen Belegungsanstieg in der Forensik sind vielfältig. Sicherlich haben die Auflösung der Langzeitstationen in der Psychiatrie („Enthospitalisierung“), das Konzept „Therapie vor Strafe“ sowie die Verschärfung der rechtlichen Anforderungen für eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug dazu beigetragen. Auch Defizite in der gemeindepsychiatrischen Versorgung können als mögliche Ursache nicht ausgeschlossen werden. Es ist zu prüfen, inwieweit eine geringere Toleranz gegenüber schwierigen Patientinnen und Patienten in der Allgemeinspsychiatrie, die immer ausgeprägtere Angebotsorientierung – d.h. aufgenommen werden vorwiegend nur Klienten, die zum Konzept passen -, sowie die unzureichende Realisierung der Versorgungsverpflichtung im Bereich der Gemeindepsychiatrie hierbei eine Rolle spielen. Einsicht in die eigene Krankheit und Hilfebedürftigkeit als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Hilfen hat zur Folge, dass nicht alle Menschen, die psychiatrische Hilfen benötigen, diese erhalten. Wichtig ist aber, forensische Psychiatrie als Teil der Psychiatrie zu be-

trachten und zu betreiben, nicht zuletzt deshalb, weil sie es überwiegend mit den gleichen Krankheitsbildern zu tun haben.

Darüber hinaus hat die Rechtsprechung die Freiheitsrechte der im Maßregelvollzug untergebrachten Rechtsbrecher in letzter Zeit verstärkt ins Blickfeld gerückt. So enthält das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Sicherungsverwahrung nach § 66 StGB vom 04.05.2011 Aussagen, die auch für den Vollzug der Maßregeln der Besserung und Sicherung nach §§ 63, 64 StGB von Bedeutung sind. Danach muss insbesondere auch und erst Recht für die Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten nach §§ 63, 64 StGB von einem verfassungsrechtlich begründeten Rechtsanspruch auf eine effektive und freiheitsorientierte kriminaltherapeutische Behandlung ausgegangen werden. Damit sind Hoffnungen auf Kostenentlastungen der Haushalte in den Ländern verbunden, die dann eintreten können, wenn es gelingt, den Vollzug so zu effektivieren, dass die Verweildauer deutlich verkürzt wird

Gleichzeitig ist ein wachsendes Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit zu konstatieren. Gewalt- und Sexualstraftaten stehen im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. So sind die betroffenen Einrichtungen in ein erhebliches Spannungsfeld gesetzt, das sich zwischen den verfassungsrechtlich garantierten Ansprüchen der Patientinnen und Patienten nach schnellstmöglicher Rehabilitation, zugleich möglichst wirtschaftlicher Behandlung und maximalem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung aufspannt. Dieses Spannungsfeld sollte gesamtgesellschaftlich reflektiert werden.

Durch die Strafrechtsreform 2007 ist der Auf- und Ausbau der forensisch-psychiatrischen Ambulanzen verstärkt worden. Mittlerweile sind in allen Bundesländern entsprechende Angebote etabliert. Neben der Absicherung des Behandlungserfolges und der kontinuierlichen Begleitung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Führungsaufsicht bilden die Ambulanzen die Nahtstelle zur Allgemein- und damit auch zur Gemeindepsychiatrie. Die Existenz dieser Ambulanzen erhöht also die Bereitschaft und die Möglichkeit, ehemalige Patientinnen und Patienten aus dem Maßregelvollzug in der Gemeinde zu versorgen.

12. Handlungsempfehlungen

Die folgenden Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die Weiterentwicklung der Strukturen des psychiatrischen Versorgungssystems. Weitere spezifische Handlungsempfehlungen finden sich jeweils am Ende der Berichtsteile zu den Schwerpunktgebieten Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Gerontopsychiatrie.

1. Die Qualität psychiatrischer Versorgung hat sich nach wie vor insbesondere daran zu bemessen, wie gut psychisch schwer erkrankte und seelisch behinderte Menschen versorgt und integriert werden.

Das in der Psychiatrie-Reform errungene, bundesweit fortschrittliche System der wohnortnahen, lebensweltorientierten Hilfen für psychisch kranke und suchtkranke Bürgerinnen und Bürger ist zu konsolidieren und mit dem Fokus auf Personenzentrierung, Qualitätssicherung sowie Ausbau der ambulanten Behandlungsstrukturen und der sektorenübergreifenden Versorgung weiterzuentwickeln. Der Grundsatz der regionalen Sicherstellungsverantwortung bleibt dabei leitend. Hierzu bedarf es eines integrierten, kooperierenden Verbundes aller Leistungserbringer sowie einer Steuerungsverantwortung auf Seiten der Kommune, verbunden mit intensivierten gesundheitspolitischen Beteiligungs- und Steuerungsmöglichkeiten der Länder.

Versorgungsmodelle für die Psychiatrie sollten perspektivisch

- sektorenübergreifende stationäre, ambulante und komplementäre Angebote umfassen und nach individuellem Bedarf flexibilisiert eingesetzt werden können;
- die Bereiche Prävention, Behandlung, Rehabilitation, Pflege, Wohnen, Arbeit bzw. Tagesstrukturierung bzw. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben integrieren;
- aktiv kooperierende gemeindepsychiatrische Verbände etablieren;
- multiprofessionelle Kooperation verbindlich fordern und vergüten;
- sowohl Diagnose- als auch Kostenträger-übergreifend sein, um alle Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Bedarf zu umfassen;
- in Form eines integrativen Psychiatrie-Budgets eine gesamte Region mit allen maßgeblichen Akteuren und Angeboten umfassen, dabei ausreichend auf regionale Besonderheiten eingehen können;
- auf der Ebene der Kommune oder Region und damit oberhalb der Ebene der gemeindepsychiatrischen Verbände sowie der einzelnen Träger und unabhängig von Partialinteressen durch eine einheitliche Steuerung und Finanzierung gestaltet und verwaltet werden;
- durch Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen die Inklusion aktiv fördern.

2. Die stationäre klinische Versorgung muss zukünftig verstärkt aus dem Gesamtleistungssystem heraus gedacht und weiterentwickelt werden

Trotz stetig steigender außerklinischer Leistungen, schwerpunktmäßig in der Finanzierungsverantwortung der Länder und Kommunen sowie der Krankenkassen, hat sich der Abbau stationärer Kapazitäten in den letzten Jahren verlangsamt und vielerorts ist eine gegenläufige Entwicklung, d.h. ein Wiederanstieg stationärer Kapazitäten zu verzeichnen. Dabei wird die Gefahr gesehen, dass der Ausbau stationärer Bettenkapazitäten in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen und Kliniken nicht allein Folge wachsender klinischer Behandlungsbedarfe ist, sondern auch durch ökonomische Fehlanreize mit verursacht wird. Krankenkassen und Länder sehen dies unter fachlichen wie auch unter Kostengesichtspunkten mit Sorge, sind aber bisher kaum in der Lage, solchen Entwicklungen entgegen zu wirken. Dafür fehlt es den Ländern weitgehend an rechtlichen Möglichkeiten.

Dabei ist nach Expertenschätzungen davon auszugehen, dass ein ganz erheblicher Anteil der bisher vollstationär versorgten psychiatrischen Patientinnen und Patienten bei einer qualitativ und quantitativ bedarfsgerecht ausgebauten und finanzierten gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur unter Einbeziehung neuer Konzepte der Leistungserbringung (z.B. Krisenwohnungen und ambulant aufsuchende Behandlung) und auf Basis verbindlich geregelter und aufeinander abgestimmter Verbundstrukturen ohne oder mit deutlich verkürztem Krankenhausaufenthalt ausreichend versorgt werden könnte.

Hierzu muss die Bedarfsnotwendigkeit klinischer Leistungen unter Einbeziehung des Gesamtleistungssystems bewertet und die als unabdingbarer Bestandteil der Gemeindepsychiatrischen Versorgung erforderlichen klinischen Kapazitäten adäquat finanziert sein. Hierzu bedarf es einer Fortentwicklung der gesetzlichen Regelungen.

3. Die forensische Behandlung muss effektiviert, Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie müssen integrativ entwickelt werden

Die Kooperation der Forensischen Psychiatrie mit der klinischen Allgemeinpsychiatrie und der Gemeindepsychiatrie muss ausgebaut und verbindlich vereinbart werden, um so die Akzeptanz des gesamten psychiatrischen Versorgungssystems zu stärken.

Die Allgemeinpsychiatrie sollte stärker als bisher durch gemeinsame Fortbildungsmaßnahmen und Kooperationen mit den forensischen Einrichtungen Aspekte des "Risikomanagement" in die Behandlungskonzepte integrieren. Dazu sind u.a. in der medizinischen, betreuerischen und pflegerischen Versorgung Angebote für Personen mit komplexen Hilfebedarfen weiter zu entwickeln, die auch Elemente mit Risikomanagement beinhalten, um im eigenen Zuständigkeitsbereich den Aspekt der Gefährlichkeit bei der Behandlung und Betreuung psychisch Kranker kompetent einzuschätzen und zu berücksichtigen (Risikomanagement).

Die forensische Nachsorge ist qualitativ und erforderlichenfalls auch quantitativ so auszubauen, dass durch die Vernetzung mit möglichst allen relevanten Akteuren der sozialen und beruflichen Integration und die Einbeziehung der allgemeinpsychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassener Psychiater und Psychotherapeuten Rückfälle weitestgehend vermieden und eine nachhaltige Eingliederung erreicht werden kann.

Dem vom Bundesverfassungsgericht zuletzt verstärkt postulierten Rechtsanspruch der forensischen Patientinnen und Patienten auf eine effektive und freiheitsorientierte kriminaltherapeutische Behandlung muss durch optimierte Behandlungsabläufe und verlässliche Begutachtungsinstrumentarien Rechnung getragen werden. Hierzu zählt auch die Entwicklung von spezifischen Leitlinien und Behandlungspfaden in der Forensik.

Externe Gutachten durch qualifizierte forensische Sachverständige zum Behandlungsverlauf und zur Gefährlichkeitsprognose stellen bereits jetzt eine externe Qualitätskontrolle dar. Zusätzlich bedarf es auch Supervisions- bzw. Qualitätszirkeln, die mit klinisch erfahrenen Forensikern besetzt sind.

4. Die Chancen der künftig regional auszurichtenden Bedarfsplanung müssen auch für den Bereich Psychiatrie aktiv genutzt werden.

Die Versorgungssegmente Rehabilitation und Pflege, von denen psychisch kranke Menschen überdurchschnittlich häufig betroffen sind, sollten künftig in eine epidemiologisch begründete Bedarfsplanung einbezogen werden. Daneben ist insbesondere die ambulante psychotherapeutische Versorgung auf der Basis kleinräumiger, morbiditätsorientierter Bedarfsanalysen zu planen, um die trotz zahlenmäßiger Überversorgung in größeren Planungseinheiten parallel bestehende Unterversorgung – z.B. in bestimmten ländlichen Regionen sowie Stadtteilen mit sozialen Brennpunkten – zu beseitigen. In diesem Zusammenhang sollte die ambulante psychotherapeutische Versorgung strukturell besser vernetzt werden mit anderen Hilfesystemen wie Hausärzten, Sozialpsychiatrischen Diensten, Kliniken und Kriseninterventionsdiensten, um sektorübergreifend eine rasche, effiziente Versorgung zu sichern. Dazu bedarf es verbindlich vereinbarter, einheitlicher Qualitätssicherungsparameter in allen Sektoren.

II Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung

1. Einleitung

Ein zentrales Hindernis für verbesserte Versorgung stellt die „Versäulung“ in der Sozialgesetzgebung dar. Eine Vielzahl von Schnittstellen und damit die rechtlich und finanziell unterschiedlichen Zuständigkeiten behindern nachhaltig die Umsetzung passgenauer individueller Hilfen. Die Voraussetzungen zur Lösung dieser Grundproblematik sind Aufgabe von Politik und Gesetzgebung.

In dem Schwerpunkt „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ hat sich die AG Psychiatrie darauf konzentriert, Handlungsvorschläge für eine bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen innerhalb der bestehenden rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu unterbreiten.

Ausgehend von der Tatsache, dass es in den letzten Jahren eine Vielzahl von fachlichen, fachpolitischen und politischen Initiativen und Aktivitäten im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gegeben hat, ist festzuhalten, dass genügend Erkenntnisse und Wissen vorhanden sind, um Strukturen und Praxis der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen weiter zu verbessern. Dies bedeutet keine Absage an weitere Forschungen, die insbesondere vor dem Hintergrund der neueren Erkenntnisse der Neurobiologie von Bedeutung sind, setzt aber den Schwerpunkt, zeitnah Erfolge in Bezug auf bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen, insbesondere mit komplexen Hilfebedarfen zu erzielen.

Kinder und Jugendliche brauchen besonders bei Krankheit und in schwierigen Lebenslagen Hilfe. Auffälligkeiten und Störungen des Erlebens und Verhaltens im Kindes- und Jugendalter sind häufig und verursachen erhebliche Beeinträchtigungen für die Betroffenen in Familie, Schule und sozialem Umfeld. Die Schätzungen zum Auftreten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich deutlich und weisen im Altersbereich bis 18 Jahre eine Prävalenzrate zwischen 10 und 20% auf. Diese Zahlen sind Nahrung für kontroverse Diskussionen über den real gegebenen Bedarf an Hilfen für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche. Dies hat u.a. damit zu tun, dass die Differenzierung zwischen krank und verhaltensauffällig, zwischen beratungs-, erziehungs- und behandlungsbedürftig – zumindest partiell – schwierig ist. Das heißt, dass eine Trennung zwischen den genannten Bedarfen in der Regel kaum möglich ist; die Übergänge sind eher fließend. Vor diesem Hintergrund erklären sich die fachlichen Kontroversen bei der validen Ermittlung des tatsächlichen Bedarfs an Versorgungsangeboten für (klinisch-) psychiatrisch behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche.

Die nachfolgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die Weiterentwicklung der Versorgung, die Notwendigkeit der Kooperation mit anderen Hilfesystemen sowie Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern.

2. Ausgangslage

Das vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Erstellung eines Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) beauftragte Robert-Koch-Institut hat im Rahmen einer 2003 bis 2006 durchgeführten Erhebung ermittelt, dass bei rund 22% der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten vorliegen.

Dies bedeutet allerdings nicht, dass in diesem Ausmaß auch eine medizinisch-psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit besteht. Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter lassen sich statistisch kaum exakt ermitteln. Aus diesem Grund divergieren einschlägige epidemiologische Studien in ihren Aussagen zur Jahresprävalenz in einer Bandbreite zwischen 7 und 20%.

Unbeschadet dessen gehen Praktiker der Kinder- und Jugendpsychiatrie tendenziell von einer Zunahme klinisch relevanter Störungsbilder aus. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey hat vor allem gezeigt, dass im Rahmen des allgemeinen Wandels des Krankheitsspektrums (auch) bei der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen ein Phänomen in Erscheinung tritt, das als „neue Morbidität“ bezeichnet wird. Gemeint ist damit (auch) eine Verschiebung von den somatischen zu den psychischen Störungen. Dabei geht es insbesondere um Angststörungen, Depressionen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen wie z.B. Lernstörungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, emotionale Auffälligkeiten, Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität sowie Alkohol- und Drogenkonsum. Die „neue Morbidität“ wird zu einem großen Teil von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt. Nach dem KiGGS treten Auffälligkeiten des Erlebens und Verhaltens bei 10 bis 20% der Kinder- und Jugendlichen auf, wobei bei einem bedeutenden Anteil der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen eine chronische Störung angenommen werden muss. Nach Angaben aus der Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickeln rund 18% der Kinder und Jugendlichen belastende psychische oder psychosomatische Symptome. Ca. 5% leiden an behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen, einige davon in dem Maße, dass eine ambulante Behandlung nicht ausreicht.

Diese Einschätzung wird auch durch entsprechende Fallzahlsteigerungen unterlegt.

Die im KiGGS erfassten Eckdaten wurden im Rahmen einer zusätzlichen Studie zur psychischen Gesundheit – der BELLA-Studie – ergänzt und vertieft. Als spezifische psychische Auffälligkeiten traten Ängste bei 10%, Störungen des Sozialverhaltens bei 7,6% sowie Depressionen bei 5,4% der Kinder und Jugendlichen auf.

Weiter hat die BELLA-Studie gezeigt, dass verschiedene Faktoren das Auftreten psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen deutlich begünstigen können. Bei den untersuchten Risikofaktoren haben sich vor allem ein ungünstiges Familienklima sowie ein niedriger sozioökonomischer Status als signifikant bedeutsam erwiesen. Psychische Belastungen beginnen oft in der frühen Kindheit, Belastungen in der Familie wie Armut, mehrere schwer zu verarbeitende Erlebnisse, Mangel an ausgleichenden Stärken und an Hilfen zur Bewältigung können dazu beitragen, dass sich psychische Störungen entwickeln. Bei kumulativem Auftreten mehrerer Risikofaktoren steigt die Häufigkeit psychischer Auffälligkeit stark an. Die Lebensqualität psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher ist erheblich eingeschränkt. Nach Einschätzung der BELLA-Studie werden längst nicht alle kranken Kinder und Jugendliche behandelt.

Die aus den Daten von KiGGS und BELLA-Studie abzuleitenden Erkenntnisse finden aus der Perspektive der klinischen Alltagsrealität auch eine kritische Würdigung. So wird darauf hingewiesen, dass bei den zur klinischen Behandlung überwiesenen Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Diagnosen sehr unterschiedliche Standards zu verzeichnen sind. Prävalenzraten von psychopathologischen Symptomen variieren in Abhängigkeit von der Art des diagnostischen Instruments, dem Alter der Probanden sowie der Art und Anzahl von Informationsquellen (Barkmann u. Schulte-Markwort 2004). Während die klinische Einweisungs- und Überweisungspraxis zeigt, dass F-Diagnosen (manchmal gleich mehrere) wie auch immer schnell gestellt werden, gerät aus dem Blick, dass Klassifikation und Diagnose nicht dasselbe sind, und Klassifikation als Mittel der Kommunikation zwischen Fachleuten und Leistungserbringern nicht notwendiger Weise mit Krankheit zu tun haben müssen (Rutter 2011). So können zum Beispiel eine Anpassungsstörung, eine leichte oder mittelgradige Depression, somatoforme (psychosomatische) Störungen, Angststörungen u. a. zeitlich begrenzte Ausdrucksformen von Auseinandersetzungen mit Wechselfällen und Belastungen des Lebens sein, ohne gleich als Krankheit deklariert werden zu müssen. Die immer wieder medienwirksam präsentierten Prävalenzraten von psychischen Beschwerden und Verhaltensstörungen würden ansonsten implizieren, dass ein sehr großer Teil der Bevölkerung krank sei. Epidemiologische Studien belegen jedoch nicht klar einen globalen und signifikanten Anstieg psychischer Störungen und Verhaltensstörungen (vgl. z. B. Eimecke et al. 2011 und dortige Literaturangaben), steigende Zahlen können auch eine veränderte Wahrnehmung in der Gesellschaft oder in den Versorgungssystemen wider-

spiegeln und nicht einen tatsächlichen Anstieg der Fälle. Schließlich muss auch an die Fallstricke der gegenwärtig gültigen ICD-10-Klassifikation der psychischen Störungen erinnert werden, anstatt eine Klassifizierung nach dem Kapitel F als die unerschütterliche valide Realität einer definierten Krankheit misszuverstehen. Die Unzahl an Diagnosen in der ICD-10 wie auch die Grenzen der Logik überschreitende Komorbiditätsraten mit weiten Überlappungen von verschiedenen Störungsbildern werden auch von den gegenwärtig tätigen, durch renommierte Fachvertreter bestückte Gremien und Arbeitsgruppen zur Revision der ICD-10 zu ICD-11 heftig kritisiert (Rutter 2011).

Zur Indikationsstellung einer stationären und teilstationären Therapie muss wesentlich mehr an Voraussetzungen erfüllt sein als die Klassifikation mit einer F-Diagnose im oben skizzierten Sinne; eine Diagnose ist dabei nicht einmal ein Hauptfaktor, gibt es doch Leiden, Beeinträchtigungen und Behandlungsbedürftigkeit auch ohne eine Diagnose nach den heutigen Klassifikationssystemen (Angold et al 1999). Es ist immer auch die Frage, was man mit epidemiologischen Zahlen macht: wenn z. B. die Lebenszeitprävalenz für traumatische Ereignisse mit 50 – 90 % angegeben wird, sagt diese Zahl allein sehr wenig über spezifische, womöglich teil- bzw. vollstationäre Therapienotwendigkeiten aus.

Bei psychisch unauffälligen Kindern sind die personalen, familiären und sozialen Ressourcen regelmäßig stärker ausgeprägt. Diese Ressourcen wirken sich als Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit aus. KiGGS und Bella-Studie weisen deshalb auf die Notwendigkeit hin, bei der Identifikation von Risikogruppen für die psychische Gesundheit auch den Aspekt der vorhandenen Ressourcen zu berücksichtigen. Die Stärkung dieser Ressourcen soll nach den Aussagen des KiGGS und der Bella-Studie zu einem wesentlichen Ziel der Prävention und Intervention werden.

In der Folge der Studien wurden auf Bundesebene Aktionspläne, Strategiepapiere und Förderprogramme des Bundes aufgelegt. Hierzu zählen u.a. der Nationale Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“, Strategie zur Förderung der Kindergesundheit, Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme, Nationales Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“.

Geförderte Projekte sind u.a.:

- Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als Teil des Elternbildungs- und Fortbildungsprogrammes Starke Eltern – starke Kinder (Deutscher Kinderschutzbund),
- Prädiktoren, Verlauf und Folgen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf),
- Ganzheitliche Förderung der psychischen Gesundheit in der Ganztagschule (Leuphana-Universität Lüneburg),
- Evaluierung der Aufklärungsinitiative „Verrückt? Na und!“ zur Stärkung der seelischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Irrsinnig menschlich e.V.)
- Evaluation eines regionalen Modellprojektes zur Umsetzung des KBV-Mustervertrages nach § 73 c SGB V zu ADHS (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der Philipps-Universität Marburg).

Die Ergebnisse der Studien entsprechen weitgehend dem, was bisherige Untersuchungen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (auch international) festgestellt haben. Die Resultate deuten auf die Notwendigkeit hin, Präventionsmaßnahmen frühzeitig anzusetzen, da bereits bei den jüngeren Kindern Beeinträchtigungen in der psychischen Gesundheit festzustellen sind.

Diesen Risiken entgegen zu wirken, ist eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe. Die beiden Studien belegen eindeutig, dass Nichthandeln eine Vielzahl von unerwünsch-

ten Folgen haben wird, für die Betroffenen, ihre Eltern und das soziale Umfeld. Auch die daraus resultierenden volkswirtschaftlichen Belastungen müssen betrachtet werden. Im Rahmen von (präventiven und kurativen) Interventionsmaßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen müssen die spezifischen Risiko-, aber auch die Schutzfaktoren Berücksichtigung finden. Hier kann die Kinder- und Jugendpsychiatrie einen maßgeblichen Beitrag leisten, sei es in der Diagnostik und Behandlung, aber auch in der Vermittlung von spezifischem Fachwissen sowie gemeinsamer Strategieentwicklung.

Die Tatsache, dass das Risiko, psychisch zu erkranken, durch eine Vielzahl verschiedener Faktoren bedingt ist, sollte dazu führen, dass die Debatte, ob der Hilfebedarf im Einzelfall ein psychiatrischer oder pädagogischer ist, beendet wird. In vielen Fällen wird es darum gehen, interdisziplinär abgestimmte Maßnahmen zu entwickeln.

3. Versorgung

3.1 Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung erfolgt durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und –psychiater, durch niedergelassene Pädiaterinnen und Pädiater (zum Teil mit neuro- und sozialpädiatrischer Zusatzausbildung), durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. –therapeuten sowie durch kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen.

Die Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und –psychiater unterlag bis zum Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes keiner gesonderten vertragsärztlichen Bedarfsplanung, da noch keine 1.000 Ärztinnen und Ärzte im Bundesgebiet niedergelassen sind. Demgegenüber unterliegen die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. –therapeuten der vertragsärztlichen Versorgungsplanung für die ambulanten Psychotherapie, wobei nicht zwischen Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. –therapeuten unterschieden wird.

Die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten nahm von 2005 bis 2010 bundesweit jeweils um 275 bzw. 940 zu. Das entspricht einer Steigerung der Zahl der ambulanten Leistungsanbieter in der vertragsärztlichen bzw. –psychotherapeutischen Versorgung um rund 41%. Allerdings ist die Versorgungsdichte in den Ländern sehr unterschiedlich. Während in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt rund 30.000, in Hessen gar 37.500 Patientinnen und Patienten auf eine niedergelassene Fachärztin bzw. einen niedergelassenen Facharzt kommen, liegt diese Zahl in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein bei knapp unter bzw. über 14.000 minderjährigen Patientinnen und Patienten. Ebenso besteht zwischen dem ländlichen Raum und den Ballungszentren ein erhebliches Angebotsgefälle. Statistisch gesehen hat in Hamburg eine Ärztin bzw. ein Arzt dieser Fachrichtung gut 6.000 Patientinnen und Patienten zu versorgen, bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten reicht die statistische Spanne je niedergelassenem Leistungsanbieter von 2.000 Patientinnen und Patienten in Hamburg bis 9.000 Patientinnen und Patienten in Mecklenburg-Vorpommern. Bundesweit gibt es 818 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie 3.334 niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. -therapeuten.

Nach wie vor ist es schwierig, den quantitativen Umfang des tatsächlichen Leistungsgeschehens im ambulanten Bereich abzubilden, so dass an dieser Stelle eine vertiefte Betrachtung nicht möglich ist. Ein großes Problem ist die regional unausgewogene Verteilung von niedergelassenen Leistungsanbietern der vertragsärztlichen Versorgung. Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von Landkreisen, in denen kein niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterin bzw. kein niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater seinen Sitz hat. Ein weiteres Problem stellt die

Tatsache dar, dass bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf im Vergütungssystem für Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung keine Abrechnungsmöglichkeiten für die Teilnahme an Hilfeplangesprächen, aufsuchende Tätigkeiten etc. vorgesehen sind. Durch die ambulante Unterversorgung, gerade in Bezug auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf, werden die PIA's unverzichtbarer Bestandteil der ambulanten Versorgung bleiben. Der Stellenwert der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen in der Versorgung zeigt sich in deren Zunahme von 63 im Jahre 2000 auf 186 im Jahre 2010.

3.2 Stationäre und teilstationäre Versorgung

Unbeschadet der Planungsparameter weist die bundesweite Entwicklung im klinisch-stationären Bereich in den letzten fünf Jahren eine Zunahme sowohl der Einrichtungen als auch der vollstationären Betten auf. Im Vergleich zu 2005 hat sich die Zahl der Einrichtungen von 148 auf 174 erhöht, das entspricht einem Zuwachs von knapp 18%. In Bezug auf die Planbetten gab es im gleichen Zeitraum eine Erhöhung um 602 Planbetten von 4.941 auf 5.543, das entspricht einer Steigerung um rund 12%. Durchschnittlich steht für rund 2.400 Einwohnerinnen bzw. Einwohnern unter 18 Jahren ein Bett zur Verfügung, wobei die länderspezifische Schwankung von 1.000 (Sachsen-Anhalt) bis 4.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohnern (Bayern) je Bett reicht.

Die teilstationären Plätze haben sich seit 2005 um 915 Plätze von 1.923 auf 2.838 erhöht, das entspricht einer Steigerung um knapp 48%. Über alle Länder betrachtet beträgt der Anteil der teilstationären Kapazitäten am Gesamt rund ein Drittel. Bezogen auf einzelne Bundesländer gibt es Unterschiede zwischen 46,9% im Saarland und 20,67% in Hamburg. Aufgrund der insgesamt geringeren Fallzahlen wird im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie die stationäre Versorgung in der Fläche nie so wohnortnah ausgestaltet sein, wie dies im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie möglich ist. Deshalb ist die teilstationäre Versorgung von zentraler Bedeutung, da sie gerade in ländlichen Regionen zu einer besseren Erreichbarkeit klinischer Versorgungsangebote beiträgt. Hervorzuheben ist hierbei, dass diese Plätze in Ergänzung zum vollstationären Angebot und nicht als Ersatz vorzuhalten sind.

Es scheint sich zu bestätigen, dass Unterversorgung im vertragsärztlichen Bereich zum Erfordernis einer Kompensation durch klinisch-stationäre Leistungen führt.

4. Handlungsschwerpunkte der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung:

Aufgaben von Kinder- und Jugendpsychiatrie sind:

- eine umfassende und vielfältige Diagnostik und Therapie, die auch systemische Aspekte umfasst;
- die Einbeziehung sozialpädagogischer, pädagogischer ggf. sonderpädagogischer Diagnostik, wenn eine ausschließliche medizinische Betrachtung der Komplexität der Probleme nicht gerecht wird, um eine individuelle Behandlungs- und Maßnahmeplanung in Kooperation mit anderen Hilfesystemen zu gewährleisten.
- fachliche Konsiliarleistungen für andere Hilfesysteme; dies kann sowohl Informationen über das eigene Fachgebiet (kinder- und jugendpsychiatrische Krankheitsbilder) als auch Beratung bis hin zu Supervision und Fallkonferenzen in anderen Hilfesystemen beinhalten.

Die zunehmende Verunsicherung der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern ist in unserer schnelllebigen und oftmals wenig Struktur bietenden Gesellschaft ein Problem, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie – schon gar nicht allein – auch nur annähernd lösen kann.

Soziale Problemlagen, welche die persönliche oder schulische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen belasten können, führen nicht zwangsläufig zu behandlungsbedürftigen psychi-

schen Erkrankungen. Die Grenzen von Kinder- und Jugendpsychiatrie sind dann erreicht, wenn jede Auffälligkeit des Verhaltens als eine psychische Auffälligkeit definiert wird und damit versucht wird, komplexe individuelle und gesellschaftliche Probleme zu psychiatrischen zu machen.

Deshalb wird es gerade auch in Zukunft darauf ankommen, dass sich die kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungseinrichtungen mit den anderen zuständigen Stellen wie z.B. Schule, psychosozialen Beratungsstellen, Jugendhilfe oder Jugendpsychiatrischen Diensten verbindlich vernetzen – so wie es in der Praxis vor Ort vielfach schon seit vielen Jahren erfolgreich geschieht. Allerdings kann es nicht Aufgabe der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie sein, die sich aus Individualisierung, unterschiedlichem Zugang zur schulischen Bildung, Arbeitslosigkeit, Armut, sozialer Ausgrenzung, persönlicher Scham und Überforderung der Eltern ergebenden negativen Entwicklungen bei Kindern und Jugendlichen zu kompensieren. Das kann nur in gemeinsamer Verantwortung aller gesellschaftlichen Kräfte geleistet werden.

4.1 Notwendigkeit von Kooperation und Vernetzung mit anderen Hilfesystemen

Die Zahl von Kindern und Jugendlichen mit „komplexem Hilfebedarf“ steigt. Die Komplexität des Hilfebedarfes besteht darin, dass parallel mindestens zwei, in der Regel mehr, Hilfesysteme beteiligt sind (z.B. Schule, Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, etc.). Diese Maßnahmen können nur dann zum Erfolg führen, wenn sie inhaltlich aufeinander abgestimmt sind. Kooperation ist ein Instrument, um das Ziel, passgenaue, effektive und effiziente Maßnahmen zu gewähren, zu erreichen, stellt aber auf keinen Fall das Ziel dar.

a) Regionale Kooperation sollte auf zwei Ebenen verbessert und weiter entwickelt werden:

Auf der strukturellen Ebene erfolgt dies durch eine systematische institutionelle Zusammenarbeit, durch gemeinsame Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der Angebotsstruktur vor Ort, durch möglichst vertraglich geregelte Kooperationsvereinbarungen zwischen den öffentlichen und den freien Trägern der Jugendhilfe sowie der jeweiligen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und unter Berücksichtigung des vertragsärztlichen und –therapeutischen Bereichs.

Auf der Fallebene erfolgt dies durch verbindliche Kooperation im Zusammenwirken unterschiedlicher „Aufträge“ und im Sinne ganzheitlicher Hilfen für den jungen Menschen und seine Familie, durch Entwicklung von Standards für eine verantwortliche Fallführung (= Case-Management) sowie für einen qualifizierten Informationsaustausch (=„brauchbare Informationen“ für Beratung, Begutachtung und Hilfeplanung).

Damit wird die regionale Versorgungsqualität für die jungen Menschen erheblich verbessert. Vielfältige Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass es bei der Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen im Alltag nicht nachlassenden Einsatzes bedarf, um diese mit Leben zu füllen. Auch deren Überprüfung und Erneuerung in bestimmten Zeitabständen ist unabdingbar.

b) Kooperation im Bereich des § 35 a SGB VIII

Nach § 35a Abs. 1 SGB VIII haben Kinder und Jugendliche Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Projektes wurde nicht nur die Praxis der Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigung näher untersucht, sondern es wurden auch Anforderungen an fachliche Standards definiert, die für die Praxis in den Jugendämtern handhabbar und die betroffenen Personen verständlich sind. Die für das Projekt verantwortlichen Expertinnen und Experten haben sich darauf verständigt, sieben relevante sogenannte „Analysebereiche“ zu konkretisieren, nämlich Persönlichkeit, Familie, Kindertagesstätte, Schule, Arbeit, Freizeit und Sozialraum. Diese Analysebereiche wurden inhaltlich mit standardisierten, für die Teilhabe relevanten Indikatoren gefüllt, die das Funktionsniveau abbilden. Im Einzelnen zeigten sich folgende fünf Indikatoren als für alle Bereiche und Fragestellungen relevant sind: Sozioökonomische Lebenslage, Integration, Beziehungsqualitäten, Selbstkompetenzen, Zurechtkommen im Alltag (Leistungsfunktionen). Bei dem Bemühen um Standardisierung ist schließlich auch im Blick zu halten, dass jede Schematisierung vermieden werden muss, die den individuellen Bedürfnissen nicht ausreichend Rechnung trägt.

Es ist festzustellen, dass es nach wie vor sehr unterschiedliche Handhabungen bei der Feststellung des Hilfebedarfs nach § 35a SGB VIII gibt. Im Sinne von besserer Qualität und zur Förderung der Inklusion sollten die Empfehlungen aus dem Projekt flächendeckend implementiert werden.

c) KJPP in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen

Die Ulmer Heimstudie hat gezeigt, dass rund 60% der Kinder und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen die Kriterien für eine ICD-10 Diagnose erfüllen. Viele erfüllen die Kriterien für mehr als eine psychische Störung, womit hier eine hohe Komorbidität besteht. Damit sind diese Kinder und Jugendlichen deutlich höher belastet als die Normpopulation. Somit ist es erforderlich, in diesen Einrichtungen eine verbindliche Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu installieren. Das kann die konkrete Zusammenarbeit in Einzelfällen, Beratung und Supervision des Teams bis hin zu konkreten Vereinbarungen mit der zuständigen Klinik über die Verfahrensabläufe bei Aufnahme in die Klinik und Rückkehr aus der Klinik sein. Die vielerorts in der Vergangenheit praktizierte Praxis, Kinder und Jugendliche zur Krisenintervention – auch der pädagogischen – in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie einweisen zu lassen, hat sich als untauglicher Versuch erwiesen, dauerhafte Erfolge in Behandlung und Erziehung zu erzielen.

Wie auch zuvor in anderen Ländern wird hier aufsetzend z.B. auch in Brandenburg derzeit von drei Kliniken und mehreren Jugendhilfeeinrichtungen seit 2009 ein ähnliches Kooperationsprojekt modellhaft erprobt. In Hamburg haben die Kliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung auf Grundlage eines im Jahr 2007 gemeinsam erarbeiteten Handlungsleitfadens für eine gelingende Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie Kooperationsvereinbarungen mit den Trägern und Einrichtungen außerklinischer Hilfen und Angebote für Kinder und Jugendliche in ihrem Versorgungsgebiet geschlossen. Gemeinsame Fachtagungen, regelmäßige Kooperationskonferenzen und regionale Foren für den systemübergreifenden Fachaustausch haben sich ebenso zum Standard etabliert wie die fallbezogene Kooperation der unterschiedlichen Hilfesysteme. Die bisherigen Erfahrungen bestätigen die Ergebnisse der Ulmer Heimstudie und damit die Sinnhaftigkeit eines kooperativen und vernetzten Hilfesystems.

5. Hilfen für Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf

Diese Gruppe stellt eine besondere Herausforderung dar sowohl unter fachlichen, aber auch ökonomischen Gesichtspunkten. Es ist von einer zunehmenden Zahl derer auszugehen, die sich gleichzeitig in mehreren Hilfesystemen aufhalten. Vor dem Hintergrund, dass die Biographien dieser Kinder und Jugendlichen in der Regel viele Beziehungsabbrüche aufweisen sind Lösungsansätze zu entwickeln, die weitere Beziehungsabbrüche vermeiden, denn noch immer führen Diskussionen, insbesondere um Nicht-Zuständigkeiten und die Erkenntnis über die Grenzen der eigenen Möglichkeiten dazu, dass wiederholt neue Maßnahmen begonnen und wieder abgebrochen werden. Mit sich weiter fortsetzender Hilfekaskade manifestiert sich negative Erfahrung auch im Helfersystem.

Clearingstellen bzw. institutionsübergreifende Fallkonferenzen stellen auf örtlicher Ebene die Möglichkeit dar, systemübergreifende Lösungen für Kinder und Jugendliche mit komplexem Hilfebedarf zu erarbeiten und umzusetzen. Dabei sollten alle Hilfesysteme die finanziellen Ressourcen „mitbringen“, die ihnen zur Verfügung stehen, um passgenaue Hilfen zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang sollte auch der Leitsatz „ambulant vor stationär“ einer differenzierten Betrachtung und Bewertung unterzogen werden. Dieser grundsätzlich richtige Ansatz ist keine dogmatisch anzuwendende Regel, sondern immer unter den konkreten Bedingungen des Einzelfalls zu bewerten. Er soll nicht dazu führen, dass die Betroffenen – aber auch die Fachleute – bei einer Vielzahl von Maßnahmen gescheitert sein müssen, bevor sie die Hilfe bekommen, die eigentlich von vornherein indiziert war. Positive Erfahrungen aus regionalen Projekten zeigen, dass abgestimmte und gleichzeitige Hilfen bessere Ergebnisse erzielen.

Beispielhaft seien Sozialpädagogische Familienhilfemaßnahmen (SPFH) erwähnt, die oftmals zu scheitern drohen, wenn eine Suchterkrankung eines Elternteiles maßgeblich den Hilfebedarf auslöst, deren Bearbeitung aber explizit nicht Auftrag der SPFH ist. Deshalb haben einige Jugendämter Kooperationen mit Trägern der Suchthilfe entwickelt, so dass gleichzeitig mit den Eltern gearbeitet werden kann. Diese von der Suchthilfe für den Elternteil veranlasste ambulante Rehabilitation wirkt insgesamt positiv auf die Familie aus und fördert damit Erfolg und Nachhaltigkeit der Jugendhilfemaßnahmen gefördert. Auch aus Sicht der Kostenträger konnten so mit den aufgewendeten Mitteln bessere Ergebnisse erzielt werden.

Eine weitere Rolle in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf spielt die Frage von „Freiwilligkeit versus Zwang“. Diese Debatte wird in der Regel sehr schnell sehr grundsätzlich und führt zur Frontenverhärtung und damit zum Beharren auf Positionen. Will man den Ansatz „personenzentrierter Hilfen“ konsequent verfolgen und umsetzen, folgt daraus, dass Hilfen den jeweiligen individuellen Bedarfen entsprechen müssen. Im Umgang mit Kindern und Jugendlichen bedeutet dies auch, dass Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigte in Einzelfällen die Verantwortung übernehmen müssen, ohne dass bei der betroffenen Person eine Anfangseinsicht in den Sinn der Hilfe besteht. Erfolge wird man allerdings nur dann erzielen, wenn es im Verlauf des therapeutischen bzw. pädagogischen Prozesses zu einer tragfähigen Beziehung mit dem Klient oder der Klientin kommt.

Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf sowie deren Familien suchen oft nicht von sich aus nach Hilfen. Um diese Gruppe zu erreichen, bedarf es des konsequenten Ausbaus aufsuchender Angebote. Fachlich hat dies auch den Vorteil, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der entsprechenden Dienste vor Ort ein Bild über das soziale Umfeld machen können.

6. Kinder psychisch kranker Eltern

Ausgehend von den Erkenntnissen der BELLA-Studie, dass Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern erstens ein erhöhtes Risiko haben, selbst zu erkranken und zweitens Belastungen ausgesetzt sind, die einer förderlichen Entwicklung zuwider laufen können, sollte im Sinne von Prävention und früher Intervention ein besonderes Augenmerk auf diese Zielgruppe gelegt werden.

Noch immer wird der Tatsache, ob eine Patientin oder ein Patient der Erwachsenenpsychiatrie Kinder hat, mit ihnen oder ohne sie lebt, nicht ausreichend Rechnung getragen. Häufige Probleme psychisch kranker Eltern im Umgang mit ihren Kindern sind krankheitsbedingte Einschränkungen in der Wahrnehmung der Bedürfnisse der Kinder. Kinder werden zum Teil als stabilisierend für die eigene Befindlichkeit gebraucht. Die Angst, dass die eigene Erziehungsfähigkeit in Frage gestellt wird, führt zu Vorbehalten, Hilfen z.B. beim Jugendamt nachzufragen.

Hier ist die Erwachsenenpsychiatrie in besonderem Maße gefordert, nicht nur das „Elternsein“ ihrer Patienten besser in den Blick zu nehmen, sondern auch mit anderen Hilfesystemen wie der Eingliederungshilfe, den Trägern freier und öffentlicher Jugendhilfe zielorientiert zusammen zu arbeiten.

Die Erwachsenenpsychiatrie bietet in spezialisierten Bereichen Mutter-Kind-Therapien an. Neben der Behandlung der psychiatrischen Grunderkrankung der Mutter liegt hier ein spezifischer Behandlungsschwerpunkt auf der Therapie der Bindungsstörung zwischen Mutter und Kind. Eingebettet in das stationäre Setting wird auf die Interaktion zwischen psychisch kranker Mutter und dem ebenfalls stationär betreuten Kind eingegangen und auf Veränderungen hingewirkt. Diese frühen Interventionen stellen für die Entwicklung gerade von Kleinkindern einen wichtigen präventiven Faktor dar.

Die vorgehaltenen Angebote von Mutter-Kind -Therapien können derzeit den Bedarf bei weitem nicht decken. Die Finanzierung ist nicht gesichert, sondern muss von den Leistungserbringern im Einzelfall mit den Kostenträgern verhandelt werden und ist oft nicht kostendeckend. Hier ist dringend Abhilfe zu schaffen.

Eine besondere Belastung stellen Klinikaufenthalte der Eltern dar. Hier ist es zunächst Aufgabe der Klinik zu eruieren, wie die Kinder versorgt sind, ob zusätzliche Hilfen einzuleiten sind. Ein Beispiel für derlei Hilfen sind z.B. „Patenschaften“. Auch sind z.B. Sprechstunden in den Krankenhäusern von Leistungserbringern aus dem Bereich Kinder- und Jugendhilfe eine Möglichkeit, Eltern die Angst vor diesen Institutionen zu nehmen. Immer noch wird das Jugendamt teilweise als „Kinderklaubehörde“ wahrgenommen. Auch ein offener Umgang mit der Thematik „Erziehungsfähigkeit“ ist vonnöten. Während einer akuten psychotischen Episode können Kinder gar nicht die erforderliche Aufmerksamkeit und Zuwendung ihrer Eltern bekommen. Hier rechtzeitig – insbesondere bei chronischen Erkrankungen – gemeinsam mit den Eltern Strategien zu entwickeln, wie Kinder Belastungssituationen besser überstehen können, ist dringend notwendig. Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche, die dazu beitragen, zu helfen, die Erkrankungen besser zu verstehen und damit umzugehen, werden vielerorts angeboten und sollten ausgebaut werden. Ein Grundwissen über Formen psychiatrischer Erkrankungen sollten Eingang finden in die Aus- und Fortbildung für Erzieherinnen und Erzieher, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Pädagoginnen und Pädagogen sowie und Lehrerinnen und Lehrer.

Auch die Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Eingliederungshilfe stellt einen Fortschritt dar. Diese erfahren oft frühzeitig von Problemen oder sich anbahnenden Krisen, so dass diese auch Hilfen anbahnen können.

7. Problembereiche, die in diesem Bericht nicht weiter vertieft werden

- Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADHS) ist heutzutage ein häufig gestellte Diagnose. Bewegungsfreudige, leicht ablenkbare und impulsive Kinder sind wohl bekannt. Die Beantwortung der Frage, ob bei „schwierigen Kindern“, oder „Kindern mit Schwierigkeiten in den verschiedenen Lebensbereichen“ ein ADHS vorliegt, erfordert eine fachlich fundierte und differenzierte Diagnosestellung.

Gerade wegen der unterschiedlichen Sichtweisen zur Diagnose ADHS, der Häufigkeit und möglichen Ursachen sowie einer richtigen „Behandlung“, ist es häufig nicht leicht, diejenigen Kinder möglichst frühzeitig zu erkennen, die tatsächlich betroffen sind.

Nach der Diagnosestellung² stellt die Umsetzung eines umfassenden und von verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen zu tragenden Hilfesystemes, eine Herausforderung dar. Von zentraler Bedeutung ist, unter Einbeziehung der betroffenen Familien, die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren aus dem Gesundheitswesen, der Jugendhilfe, der Schule bzw. der Sonderpädagogik und der Erziehungs- und Beratungsstellen. Denn Diagnose allein hilft nicht weiter und nur abgestimmte Interventionen werden Erfolg haben.

- Die Versorgung der 16-21-jährigen Patientinnen und Patienten stellt alle Hilfesysteme – sei es die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Kinder- und Jugendhilfe, aber auch den Bereich der Arbeitsaufnahme und –vermittlung – vor besondere Herausforderungen. Dies ist insofern folgenreich, weil in dieser Altersphase häufig die Erstmanifestation einer psychischen Erkrankung erfolgt. Die Orientierung und Differenzierung der Hilfesysteme an der gesetzlichen Altersgrenze von 18 Jahren entspricht nicht der Entwicklung und dem sich qualitativ daraus ergebenden individuellen Hilfebedarf junger Menschen; hier ist dringend eine Umorientierung geboten.
- In diesem Bericht kann auf Grund der vorgegebenen quantitativen Beschränkung nicht näher auf die Situation von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen, Fragen der Rehabilitation, geschlechtsdifferenzierten Angeboten, Sucht und Abhängigkeitserkrankten inklusive der nicht stoffgebundenen Süchte eingegangen werden. Grundsätzlich kann jedoch festgehalten werden, dass die voranstehenden Ausführungen insbesondere auch auf diese Zielgruppen mit „besonderen“ komplexen Hilfebedarfen gelten. Somit gilt es, gerade auch diese Angebotsbereiche in den unterschiedlichen Hilfesystemen (Kindertagesbetreuung, Schule, Integrationshilfen, Suchthilfe) mit den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie mittels struktureller Maßnahmen zur Vernetzung einer verbesserten Kooperation zuzuführen. Dem wird in den nächsten Jahren besondere Aufmerksamkeit zu widmen sein.

8. Fazit

Was kinder- und jugendpsychiatrische Hilfeangebote zu leisten vermögen:

- eine gründliche Mehrebenenendiagnostik;
- die Anbindung von komplex belasteten Kindern und Jugendlichen, deren Betreuung die Nähe von kinder- und jugendpsychiatrischen Angebotsstrukturen einschließlich eines Zugangs zu Krankenhausleistungen erforderlich macht;
- die ambulante Vorbereitung teilstationärer und vollstationärer Klinikaufenthalte (Motivationsarbeit, Steigerung der Kooperationsfähigkeit, Schaffung von sozialen Perspektiven etc.), um den therapeutischen Erfolg der Maßnahme zu sichern und Behandlungsabbrüche zu vermeiden;

² S. www.adhs.info

- die Motivationsarbeit, um die meist hohe Schwelle zu überbrücken, beim Jugendamt Jugend- und Familienhilfe zu beantragen;
- die Koordination von Hilfen, Nutzung der in der Regel sehr guten Vernetzung kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsangebote mit anderen Leistungsanbietern;
- die Vermittlung an niedrigschwellige psychosoziale Unterstützungsangebote (Beratungsstellen, sozialräumliche Angebote usw.).

Die Grundvoraussetzung für die Weiterentwicklung und künftige Schwerpunktsetzung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die bessere Koordination zwischen vorhandenen Hilfsangeboten. Dazu gehört auch die differenzierte Wahl von ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen, wobei diese für einen möglichst flexiblen, an den jeweiligen Bedarfen orientierten Einsatz durchlässig gestaltet sein müssen. Zur Verbesserung der Versorgung ist strikt darauf zu achten, dass neue Angebote keine neuen Institutionalisierungen nach sich ziehen. Damit würde die Zergliederung der Hilfen weiter vorangetrieben und die Gefahr erhöht, dass immer mehr Kinder und Jugendliche von zunehmend spezialisierten Angeboten nicht mehr erreicht werden.

Angesichts einer Vielzahl ausdifferenzierter Hilfeangebote für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen einschließlich der Jungerwachsenen bedarf es weniger eines „Mehr“ an Hilfen, sondern der Förderung eines strukturierten und damit verbesserten, hilfebedarf-orientierten „Miteinanders“ der Hilfen. Vornehmliche Aufgabe von Politik und Gesetzgebung ist es somit, die künftigen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass hilfesystemübergreifende Kooperationen möglich, gefördert und finanziert werden können. Darüber hinaus zeigen die zahlreichen Beispiele aus den Ländern, wie bereits unter den gegebenen Bedingungen hilfesystemübergreifende Kooperation in der Praxis realisiert und unterstützt werden kann. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse und Erfahrungen lassen sich folgende Handlungsempfehlungen formulieren:

9. Handlungsempfehlungen:

- Solange die gesetzlichen Rahmenbedingungen weiter bestehen, müssen konsequent Möglichkeiten für eine „Mischfinanzierung“, bezogen auf den Einzelfall unterstützt werden. Dies erleichtert eine zeitgleiche und aufeinander abgestimmte Leistungserbringung der beteiligten Hilfesysteme im Sinne eines „Maßnahme-Bündels“. Hierzu sollten auf regionaler Ebene verbindlich Clearingstellen eingerichtet werden.
- Das jeweilig spezifische Wissen der Hilfesysteme muss in einem strukturierten Dialog ausgetauscht und auf gemeinsame Hilfeansätze hingewirkt werden.
- Kinder- und jugendpsychiatrisches Basiswissen sollte auch in angrenzenden Hilfesystemen stärker vorhanden sein. Hierzu eignen sich Aus- und Weiterbildung, Fortbildungen, Supervisionen.
- Die verschiedenen Hilfesysteme treten in einen Dialog über die Wirksamkeit der Hilfen ein. Dies wird im Ergebnis dazu führen, dass dieses Wissen bei der Hilfeplanung verstärkt einfließen kann.
- Erfahrungen aus Modell- und Pilotprojekten sollten länderübergreifend noch stärker kommuniziert und der Wissenstransfer verbessert werden. Dies schließt auch Erfahrungen über erprobte/etablierte Kooperationsstandards sowie besondere Finanzierungsmodelle ein.
- Der Aufbau von Hilfesysteme-übergreifenden Kooperationsstrukturen sollte durch Übernahme erprobter Modellprojekte gefördert werden.

III Gerontopsychiatrische Versorgung

1. Einleitung

In Deutschland sind derzeit mehr als 25% der über 65-jährigen Menschen – das sind etwa 4,25 Millionen Menschen – von einer psychischen Störung betroffen. Dieser Befund wird übereinstimmend von in- und ausländischen epidemiologischen Untersuchungen bestätigt.³ Zu diesem Personenkreis gehören diejenigen, die mit ihrer psychischen Erkrankung, etwa einer psychotischen Störung, alt geworden sind. Bei dem größeren Teil handelt es sich jedoch um Menschen, die erst im Alter erkranken, zum Beispiel an einer Depression oder Demenz. Frauen sind hier von häufiger betroffen als Männer, ihr Anteil beträgt z.B. über zwei Drittel an allen Demenzkranken, insbesondere wegen ihrer höheren Lebenserwartung. Auch bei Angststörungen und Depressionen überwiegt der Anteil der Frauen, zum einen weil weibliches Geschlecht in allen Altersgruppen ein erhöhtes Risiko für diese Erkrankungen bedeutet, zum anderen, weil das Erkrankungsrisiko bei Hochaltrigen steigt.⁴

Der Anteil der über 65jährigen an der Bevölkerung Deutschlands lag in 2001 bei 17%, in 2010 bereits bei 20,6% und wird sich bis 2050 auf voraussichtlich 30% erhöhen. Damit wird auch die Zahl psychisch kranker alter Menschen in Zukunft weiter ansteigen. Für die Betroffenen, ihre Familien und die Gesellschaft insgesamt bedeutet diese Entwicklung eine große Herausforderung.

Wie gehen wir als Einzelne und als Gesellschaft mit dem Älterwerden und seinen Begleiterscheinungen um? Welchem gesellschaftlichen Leitbild folgen wir im Umgang mit psychisch kranken alten Menschen? Wie stellt sich die Lebenssituation und Versorgungswirklichkeit gerontopsychiatrisch behandlungsbedürftiger Menschen vor diesem Hintergrund tatsächlich dar? Und welche Hilfen werden zukünftig benötigt?

Alle diese Fragen lassen sich derzeit noch nicht zufriedenstellend beantworten. Das liegt zum einen an der unzureichenden Datenlage. Zum anderen ist die individuelle und kollektive Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit diesen Fragen bisher noch wenig ausgeprägt. Ängste, Vorurteile und Tabuisierungen führen zu Denk- und Handlungsblockaden. Dabei benötigen wir dringend einen gesellschaftlichen Diskurs, um eine gute Versorgung und Unterstützung psychisch kranker alter Menschen für die Zukunft sicher zu stellen.

Die AG Psychiatrie der AOLG ist deshalb der Auffassung, dass die Lebens- und Versorgungssituation psychisch kranker alter Menschen dringend stärker in den Fokus der (fach-) öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt werden sollte. Hierzu möchte der vorliegende Bericht beitragen.

2. Leitbilder

Aus den Grundrechten des Grundgesetzes leitet sich die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ ab⁵. Sie legt dar, wie die ethische Verpflichtung zur intergenerationalen Unterstützung umgesetzt werden kann. In der Präambel heißt es: „Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Einzigartigkeit. Menschen, die Hilfe und Pflege benötigen, haben die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen und dürfen in

³ Vgl. Bickel, H. (2003): Epidemiologie psychischer Störungen im Alter, in: Förstl, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und – psychotherapie. Thieme: Stuttgart, 2. Auflage, S. 11-26.

⁴ Vgl. AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) (2009): Psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD): Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen, Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 48.

⁵ Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ wurde im Rahmen des von dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einberufenen „Runden Tisch Pflege“ erarbeitet. Sie ist auf der Webseite des Deutschen Zentrums für Altersfragen des DZA (www.dza.de) als Download erhältlich

ihrer besonderen Lebenssituation in keiner Weise benachteiligt werden. Da sie sich häufig nicht selbst vertreten können, tragen Staat und Gesellschaft eine besondere Verantwortung für den Schutz der Menschenwürde hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.“

Die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2009 durch die Bundesrepublik Deutschland (s. Teil I, Abschnitt 4) greift diese Grund- und Menschenrechte auf und präzisiert sie im Rahmen von Bundesrecht. Der für die Konvention zentrale Begriff der Inklusion zielt darauf ab, allen Menschen von vornherein die Teilnahme an allen gesellschaftlichen Aktivitäten auf allen Ebenen, in vollem Umfang und bei Wahrung ihrer Autonomie und Unabhängigkeit zu ermöglichen.

Die meisten psychisch kranken alten Menschen haben den Wunsch, möglichst selbstbestimmt so lange und so gut wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung zu leben. Gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention und der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen haben psychisch kranke alte Menschen ein **Recht** darauf, dass Staat und Gesellschaft sich auf ihre Bedürfnisse einstellen, indem sie die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. Das bedeutet zum einen die Ausgestaltung eines Hilfesystems, das personenzentriert, fachlich kompetent und gemeindenah dem komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedarf psychisch kranker alter Menschen gerecht wird. Zum anderen braucht es gesellschaftliche Bedingungen, die es den psychisch kranken alten Menschen erlauben, sich ihrer Ressourcen und Kompetenzen bewusst zu werden, sie zu erhalten und zu erweitern, um ihr Leben so weit wie möglich selbst zu bestimmen.

3. Zielgruppe

Psychische Störungen um das 65. Lebensjahr weisen zunächst einmal die gleiche Vielfalt, die gleichen Ursachen und Erscheinungsbilder auf wie bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter. Sie gehen jedoch häufiger mit körperlichen Erkrankungen einher - (chronische) körperliche Erkrankungen sind Risikofaktoren für psychische Erkrankungen wie etwa Depressionen - und verlaufen öfter chronisch.

Die zahlenmäßig bedeutsamsten Gruppen psychisch kranker alter Menschen lassen sich folgendermaßen unterscheiden⁶:

- a. Fasst man die erstmalig im Alter auftretenden **depressiven Störungen, (posttraumatische) Belastungsstörungen, Angststörungen und somatoformen Störungen** zusammen, so bildet diese Gruppe die Mehrheit der gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder ab. Die ermittelten Prävalenzen schwanken in Abhängigkeit von den Untersuchungsinstrumenten⁷ zwischen 19 und 43%. Wenn man alle Schweregrade der Depression berücksichtigt, ergibt sich eine Häufigkeit von 10 - 25% bei über 65-Jährigen. Dabei sind Störungen in ihren klinischen Bildern vielfach kombiniert (z.B. depressive Episode und Panikstörung). Deutlich häufiger als bei jungen Menschen drücken sich zudem bei älteren Menschen psychische Störungen in körperlichen Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen der Kognition aus. Depressionen und Angststörungen sind wiederum ein bedeutender Risikofaktor für Suizidalität. Der Anteil der Suizide alter Menschen an den Suiziden insgesamt ist mit 42% doppelt so hoch wie ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung⁸ und stellt damit die höchste Rate unter allen Altersgruppen dar.

⁶ Orientiert am „Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in M-V“.

⁷ Vgl. Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 2000/2001, S 225-226.

⁸ Vgl. Schaller, S./ Schmidtke, A. (2011): Suizidalität: epidemiologische Befunde, Probleme und Schlussfolgerungen für die Prävention, in: Stoppe, G. (Hrsg.): Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen: Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung, in Fuchs, C./ Kurth, B.-M./ Scriba, P.C. (Reihen-Hrsg.): Report Versorgungsforschung, Deutscher Ärzteverlag, Köln, S. 39.

- b. Im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit bei psychischen Alterserkrankungen stehen die **Demenzen**. Heute sind in Deutschland etwa 1,4 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt; nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes wird sich diese Zahl bis 2050 auf etwa 4 Millionen erhöht haben. Demenzen treten verstärkt in höheren Lebensaltern auf. Bei den 65- bis 69-Jährigen liegt die Prävalenz bei weniger als 2%, bei den 90-Jährigen und Älteren bei 30%. Zwei Drittel aller Betroffenen sind Frauen.
- c. Typische **Komorbiditäten** psychischer Störungen im Alter sind Medikamentenabhängigkeit (meist Benzodiazepine oder Analgetika), überwiegend bei Frauen anzutreffen, und die Alkoholabhängigkeit mit spätem Beginn, die überwiegend bei Männern auftritt. Die Häufigkeit risikanten Alkoholkonsums bei 60-Jährigen und Älteren wird in einer repräsentativen Studie für Deutschland mit 15,4% angegeben. Die Rate bei Männern (26,9%) liegt hierbei wesentlich höher als die Rate der Frauen (7,7%).⁹
- d. Von den älteren Patientinnen und Patienten, die in ein Allgemeinkrankenhaus oder auf gerontopsychiatrischen Stationen aufgenommen werden, leidet ein erheblicher Anteil an einem Delir.
- e. Eine zahlenmäßig vergleichsweise kleine Patientengruppe sind die alt gewordenen chronisch psychisch Kranken, meist mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Prävalenz funktioneller Psychosen bei alten Menschen wird in verschiedenen, in Deutschland durchgeführten Studien zwischen 1,3% und 3,0% angegeben.¹⁰
- f. Eine zunehmend in Deutschland in den Fokus rückende Patientengruppe sind die alt gewordenen geistig behinderten Menschen, deren Zahl nach einer demographischen Lücke infolge der Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus erst in den letzten Jahren schnell zunimmt und deren besondere Bedürfnisse sowohl die Wohneinrichtungen für geistig Behinderte, als auch die Einrichtungen der Altenhilfe herausfordern.

4. Überblick über die aktuelle Situation

4.1 Übergreifende Betrachtung

Der Begriff „Gerontopsychiatrie“ leitet sich aus dem Griechischen ab („gérōn“, der Greis und „psychiatrike“, die Seelenheilkunde) und ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, welches sich mit den, psychischen Erkrankungen von Menschen über 65 Jahren befasst. Bedeutsam für die Gerontopsychiatrie sind insbesondere die Forschungsergebnisse aus den medizinischen Teilbereichen Gerontologie und der Geriatrie, die eigene fachspezifische Strategien für Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation entwickelt haben.

Demzufolge umfasst die Versorgung und Unterstützung psychisch kranker alter Menschen die medizinische, psychotherapeutische, pflegerische und psychosoziale Behandlung und Begleitung im ambulanten und (teil-)stationären Bereich wie auch alltagsbegleitende und hauswirtschaftliche Hilfen. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Mehrheit der psychisch kranken alten Menschen überwiegend in der Altenhilfe und der Allgemeinmedizin versorgt wird. Hierbei ist kritisch festzustellen, dass dort fachspezifische gerontopsychiatrische Kompetenzen nicht ausreichend zur Verfügung stehen.

Die Entwicklung der Versorgungssituation hin zu den heutigen Strukturen geht zurück auf die Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestags im Jahr 1975 (s. Teil I, Abschnitt 3), Allerdings wurde später erkannt, dass die Reformmaßnahmen die faktische Versorgungslage von psychisch kranken alten Menschen nahezu nicht beeinflusst haben. Auch ein Gutachten für das Bundesgesundheitsministerium im Jahr 1999 (Hirsch et al.) stellte heraus, dass die Umset-

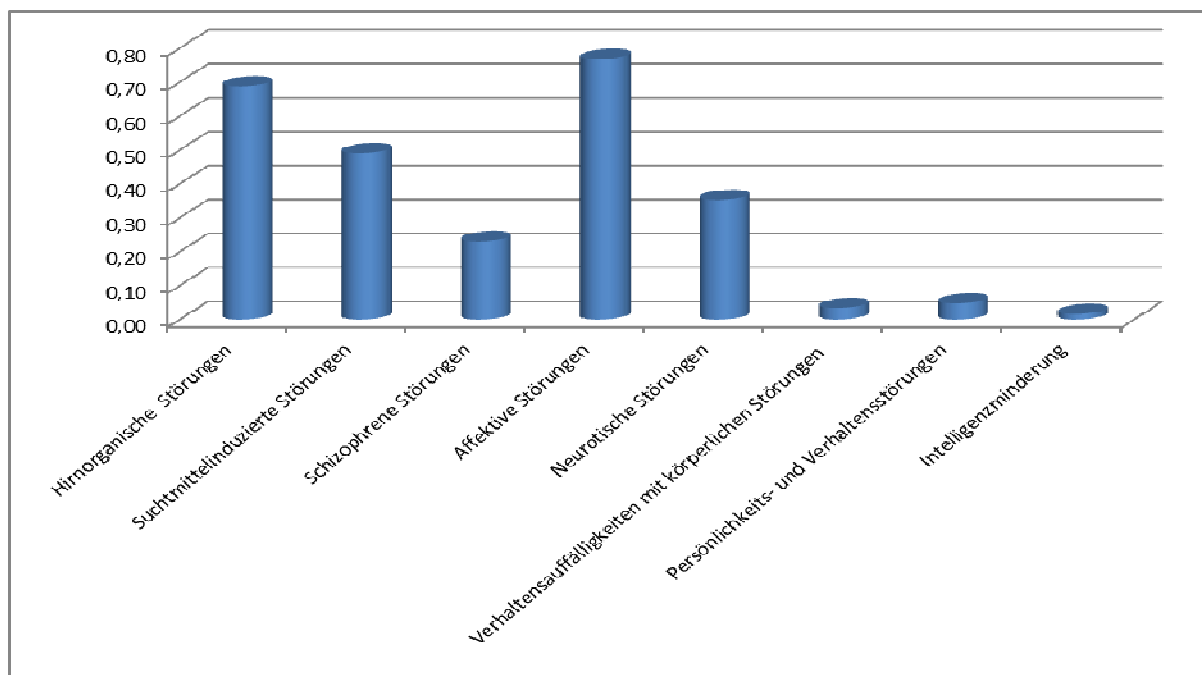
⁹ Vgl. Bühringer, G. et al. (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Baden-Baden: Nomos.

¹⁰ Vgl. Weyerer, S. (2011): Nicht nur Demenz: Häufigkeit psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter, in: Report Versorgungsforschung a.a.O., S. 10.

zungsmaßnahmen im Zuge der Psychiatriereform die Versorgung von psychisch kranken alten Menschen zu wenig berücksichtigt haben, weil immer noch davon ausgegangen wurde, die gerontopsychiatrische Versorgung könne durch die Geriatrie und die Altenpflege mitgeleistet werden. Im Grunde hat sich an dieser Sichtweise bis heute wenig verändert. Gerade weil der Altersdurchschnitt der Menschen in Einrichtungen der Pflege und Geriatrie sich stetig erhöht, ist heutzutage anzustreben, in der gesamten Altenversorgung die gerontopsychiatrische Kompetenz zu stärken.

Diagnosen sind für die Länder nur im Rahmen der Krankenhausstatistik, damit nur für den Bereich der stationären Krankenversorgung routinemäßig verfügbar. Wie die nachstehende Abbildung zeigt, sind im höheren Lebensalter affektive und hirnorganische (insbesondere Demenz) Störungen die dominierenden psychischen Erkrankungen¹¹.

Zahl der psychischen Erkrankungen pro 1.000 Einwohner in Deutschland in Krankenhäusern für Menschen, die das 60. Lebensjahr überschritten haben, nach Diagnosegruppen



Die Häufigkeit der Art der Diagnose in Krankenhäusern unterscheidet sich zwischen den Bundesländern. Während in den Krankenhäusern in Bayern und Niedersachsen Fälle mit psychischen Störungen im höheren Lebensalter vergleichsweise häufig diagnostiziert werden, geschieht das in Hamburg und Hessen seltener.¹² Einschränkend wird darauf hingewiesen, dass die Krankenhausdiagnosestatistik nur die Hauptdiagnosen abbildet. Des Weiteren kann nur vermutet werden, dass die Unterschiede mit der Art des Hilfeangebotes (z. B. Verteilung der ambulanten gegenüber den stationären Behandlungsangeboten) und der diagnostischen Praxis im Zusammenhang stehen. Um hier über Vermutungen hinauszukommen, müsste eine wissenschaftliche Studie durchgeführt werden.

Die folgenden Tabellen geben eine (nicht vollständige) Übersicht über bestehende Versorgungsangebote im ambulanten, teil- und vollstationären Bereich. Der Begriff „gerontopsychiatrisch“ schließt in diesem Zusammenhang ausdrücklich alle Krankheitsbilder psychisch kranker alter Menschen ein. Dieses Begriffsverständnis ist in der Versorgungspraxis noch nicht selbst-

¹¹ Vgl. Diagnosestatistiken der Statistischen Landesämter

¹² Die Häufigkeit der Diagnose einer hirnorganischen Störung auf jeweils 1.000 Einwohner liegt in Hamburg bei 0,48, in Bayern bei 3,04. / einer affektiven Störungen: in Hamburg bei 0,65 und in Bayern bei 4,11. Dies ist nicht auf die Altersstruktur der Bevölkerung zurückzuführen, da in allen genannten Ländern der Anteil der über 60jährigen bei etwa 25% liegt.

verständlich etabliert. Vor allem im Bereich der Altenhilfe werden unter „gerontopsychiatrisch Erkrankten“ noch vielfach ausschließlich Demenzkranke verstanden.

Ambulante Versorgungsangebote für psychisch kranke alte Menschen

| | medizinisch/ psychotherapeutisch | Psychosozial | pflegerisch |
|--|--|---|--|
| speziell gerontopsychiatrische Angebote | <ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachärzte und Psychotherapeuten • Gerontopsychiatrische Ambulanzen • Gedächtnissprechstunden/ "Memory Clinics" • Psychiatrische Institutsambulanzen mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt | <ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrische Fach- und Beratungsdienste • Alzheimer Beratungsstellen • Gerontopsychiatrische Besuchsdienste • Familienentlastende Dienste für Demenzkranke • Demenz-WG | <ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrische Pflegedienste |
| im Regelsystem integrierte Angebote | <ul style="list-style-type: none"> • Niedergelassene Hausärzte • Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie • Niedergelassene psychologische Psychotherapeuten • Psychiatrische Institutsambulanzen | <ul style="list-style-type: none"> • Sozialpsychiatrische Dienste • Beratungsstellen für Ältere • Altenbegegnungs- und Tagesstätten | <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Pflegedienste • Allgemeine Pflegedienste • Niedrigschwellige Betreuungsangebote nach §45c SGB XI • Pflegestützpunkte |

Teilstationäre Versorgungsangebote für psychisch kranke alte Menschen

| | medizinisch/ psychotherapeutisch | Psychosozial | Pflegerisch |
|--|---|--|--|
| speziell gerontopsychiatrische Angebote | Gerontopsychiatrische Tageskliniken | Teilstationäre Therapie- und Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrische Erkrankte | Tagespflege für gerontopsychiatrisch Erkrankte |
| im Regelsystem integrierte Angebote | Geriatrische Tageskliniken | Tagesstätten für psychisch Kranke | Tagespflege/Nachtpflege |

Stationäre Versorgungsangebote für psychisch kranke alte Menschen

| | medizinisch/ psychotherapeutisch | Psychosozial | Pflegerisch |
|--|---|--|---|
| speziell gerontopsychiatrische Angebote | <ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrische Stationen oder Abteilungen in Kliniken • Alzheimer Therapiezentrum | <ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrische Wohngruppen • Tagesgruppen für Demenzkranke in Heimen | <ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrische Pflegeheime und Pflegeabteilungen |
| im Regelsystem integrierte Angebote | <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinkrankenhäuser • Neurologische und psychiatrische u. psychosomatische Fachkliniken und Fachabteilungen • geriatrische und psychosomatische (Reha-) Kliniken | <ul style="list-style-type: none"> • Heime der Eingliederungshilfe | <ul style="list-style-type: none"> • Alten- und Pflegeheime |

Die Übersicht zeigt die Vielfalt der an der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen beteiligten Institutionen und Dienste. Eine überregionale Erfassung der Angebote und ihrer Inanspruchnahme existiert jedoch bisher nicht; daher erfassten die Länder für den vorliegenden Bericht die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die über die Zusatzweiterbildung „Geriatric“ verfügen. An diesem Beispiel zeigt sich, dass die Expertise in Bezug auf psychische Erkrankungen im Alter bundesweit gefördert werden muss.

Die gesetzlich vorgeschriebene Maßgabe ambulant vor stationär führte bisher nicht dazu, dass flächendeckend die notwendigen ambulanten Hilfeangebote entstanden sind. In vielen Regionen nahmen stationäre Wohn- und Betreuungsangebote sogar zu. Die letztgenannte Tendenz entspricht nicht den gesellschaftlichen Bedürfnissen. Die meisten Bundesbürger wünschen sich nach wie vor, in ihrer Häuslichkeit alt zu werden.

Im Tabellenanhang (siehe Abschnitt 4) dieses Berichtes wird versucht, Erkenntnislücken teilweise zu schließen. Letztlich bleibt es jedoch ein Auftrag an die Versorgungsforschung, die Versorgungswirklichkeit psychisch kranker alter Menschen sowohl quantitativ wie auch qualitativ genauer abzubilden.

Aus der Literatur und den Erfahrungsberichten der Bundesländer ergibt sich gleichwohl, dass die in der o.g. Übersichtstabelle aufgeführten Einrichtungen und Dienste deutschlandweit in sehr unterschiedlicher Dichte und Qualität zur Verfügung stehen. Insbesondere in ländlichen Regionen sind qualifizierte gerontopsychiatrische Angebote in der Regel nicht leicht erreichbar. Experten weisen darauf hin, dass die Zahl der diagnostizierten und behandelten Personengruppen auch beeinflusst wird von der regionalen Erreichbarkeit vorhandener Angebote.

Die meisten psychisch kranken alten Menschen leben heute in der eigenen Häuslichkeit und werden von ihren Familien und/ oder professionellen Diensten unterstützt. Ihre ärztliche Diagnostik und Behandlung erfolgt weniger durch Fachärzte, als vielmehr in der überwiegenden Mehrzahl durch den Hausarzt.¹³ Der vergleichsweise geringe speziell psychiatrische Versorgungsanteil bei der Behandlung psychisch kranker alter Menschen lässt u.a. darauf schließen, dass bei den sozialpsychiatrischen Diensten und den Institutsambulanzen weniger als 10% der - epidemiologisch zu erwartenden - erheblich psychisch kranken alten Menschen behandelt wird.¹⁴

In den Hausarztpraxen werden psychiatrisch bedeutsame Störungen der älteren Patienten allerdings häufig nicht erkannt.¹⁵ Das liegt vor allem daran, dass es einem Teil der Hausärzte an gerontopsychiatrischem Fachwissen fehlt, aber auch an Wissen über weiterführende Beratungs- und Versorgungsangebote und nicht zuletzt an Zeit, um eine ausreichende Diagnostik und Behandlung durchzuführen¹⁶, bzw. dass das Hausarztbudget die für diese Klientel aufzuwendende Zeit nicht angemessen berücksichtigt.

Zudem zeigen viele Betroffene keine Einsicht in ihre Behandlungsnotwendigkeit. In der Regel sind es daher nicht die Betroffenen selbst, sondern ihre Angehörigen, die einen Arztbesuch veranlassen. Besonders schwierig ist es daher, die wachsende Zahl allein lebender psychisch kranker alter Menschen zu erreichen und von der Notwendigkeit einer psychiatrischen Diagnostik und Behandlung zu überzeugen. Nicht selten tritt eine gerontopsychiatrische Erkrankung auch erst zu Tage, wenn die Betroffenen aufgrund einer somatischen Erkrankung in ein Krankenhaus eingewiesen werden.

¹³ Vgl. Gutzmann, H.: Gerontopsychiatrie. In W. D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber, J. Kornhuber. Gerontologie. Kohlhammer. Stuttgart. 2006, S. 206.

¹⁴ Vgl. Wolter-Henseler, D.(1996). Gerontopsychiatrie in der Gemeinde. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

¹⁵ Sandholzer, H, Breull, A. & Fischer C.G. (1999). Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32, S. 172-178.

¹⁶ Vgl. Schwarz, Günther (2001): Situation der gerontopsychiatrischen Versorgung in Deutschland, Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. Alzheimer Beratungsstelle, S. 5.

Ein deutliches Versorgungsdefizit besteht im Bereich der Psychotherapie. Obwohl die Wirksamkeit von Psychotherapie im Alter mittlerweile unumstritten ist, erhält derzeit nur ein sehr kleiner Teil alter Menschen eine psychotherapeutische Behandlung. So zeigt beispielsweise der 6. Altenbericht der Bundesregierung, dass die Häufigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung mit zunehmendem Alter deutlich abnimmt. Bereits die 60-69-Jährigen sind mit einem Anteil von etwa 5,2% an allen Patientinnen und Patienten in Deutschland erheblich unterrepräsentiert. Bei den Menschen über 70 Jahre erhält nur noch einer von Hundert eine Psychotherapie.¹⁷ Eine Überblicksstudie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von älteren Menschen aus dem Jahr 2005 kam zu dem Ergebnis, dass der Anteil von Patientinnen und Patienten in psychotherapeutischen Praxen, die 65 Jahre und älter waren, lediglich zwischen 0,2% und 2% lag.¹⁸

Insgesamt ist in der ambulanten Regelversorgung die Identifikation von psychischen Erkrankungen Älterer als "behandlungsbedürftige Krankheiten" sowie ihre angemessene fachliche Behandlung noch bei weitem nicht sichergestellt.¹⁹

Ob und wie psychisch kranke alte Menschen in ihrer gewohnten Umgebung leben können, hängt ganz maßgeblich von ihren Familien ab. Angehörige tragen die Hauptlast bei der Versorgung und Unterstützung ihrer erkrankten Familienmitglieder. Ihr eigenes Risiko, psychisch zu erkranken, ist dadurch deutlich erhöht. So erkrankt etwa ein Drittel der pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten infolge der Pflegebelastung an Depressionen, so genannten Burnout-Syndromen und anderen belastungskorrelierten Störungen.²⁰ Die Pflegenden – Professionelle, Angehörige, Nachbarn, ehrenamtlich Tätige – sind überwiegend Frauen. Sie benötigen dringend Unterstützungsangebote, die sie entlasten und die sie annehmen können. In diesem Zusammenhang wird häufig die noch unzureichende Anzahl spezialisierter ambulanter psychosozialer Angebote beklagt, die Betroffenen und ihren Angehörigen niedrigschwellig Hilfe und Unterstützung bieten. Hierzu gehört zum Beispiel die Beratung durch gerontopsychiatrisch qualifizierte Pflegestützpunkte, gerontopsychiatrische Besuchsdienste, familienentlastende ambulante Hilfsdienste oder stadteilorientierte Betreuungsgruppen.²¹

Eine besondere Rolle spielen hierbei auch die Rahmenbedingungen für die ambulante Pflege. Die Leistungsdefinition in der Pflege bildet den Pflegebedarf von psychisch erkrankten Menschen bisher nur unzureichend ab. Die Möglichkeit von ergänzenden Leistungen nach §§ 45 a-d SGB XI im ambulanten Bereich und § 87 b SGB XI in Pflegeeinrichtungen ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, ist aber letztlich unzureichend.

Ein zentrales Problem der ambulanten Versorgung insgesamt ist die fehlende Vernetzung und Bündelung von Fachkompetenzen und Ressourcen. Aufgrund ihrer Multimorbidität benötigen psychisch kranke alte Menschen in der Regel zeitgleich und/ oder nacheinander unterschiedliche Hilfen, die in die Zuständigkeit verschiedener Leistungs- und Kostenträger fallen. Die Nutzer - und auch ihre Angehörigen – sind in der Regel überfordert, den individuell notwendigen Mix an geeigneten Hilfen inkl. ihrer multiprofessionellen Hilfe/ Unterstützung zu organisieren.²² Außerdem ist die Verzahnung ehren- und hauptamtlicher Versorgungsangebote weiterzuentwickeln. Angesichts der demografischen Entwicklung und damit steigender Erkrankungsraten be-

¹⁷ Vgl. Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010), Berlin.

¹⁸ Vgl. Görge, W./ Engler, U. (2005): Kammerstudie – Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin. Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.

¹⁹ Vgl. Gutzmann, H. (2006): Gerontopsychiatrie. In W. D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber, J. Kornhuber. Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer, S. 205-210.

²⁰ Vgl. Gutzmann, H. (2009): Verständnis als Voraussetzung von Handeln – Die aktuelle Versorgungssituation der Demenzkranken in Deutschland, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE E. V. Psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD): Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen, S. 35.

²¹ Vgl. Schwartz, Günther, a.a.O., S. 6.

²² Vgl. Aktion Psychisch Kranke e.V. (2009): Psychisch kranke alte und demente Menschen – Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 31.

darf es in noch umfänglicherem Maße gegenseitiger Wertschätzung der Betreuungsleistungen, und gilt es, die Zusammenarbeit von Laien und Professionellen auszubauen.

Eine wichtige Rolle bei der Versorgung psychisch kranker alter Menschen spielen die gerontopsychiatrischen Tageskliniken. Zwischen 1991 und 2006 ist ihre Anzahl bundesweit von 14 auf 42 gestiegen. Tageskliniken können eine Alternative zur vollstationären Therapie darstellen; zudem leisten sie nachstationäre Therapie, wodurch häufig eine Verkürzung der vollstationären Verweildauer möglich ist.

Bei älteren Patientinnen und Patienten im Allgemeinkrankenhaus findet sich in mehr als 30% der Fälle eine behandlungsbedürftige psychiatrische Komorbidität, die jedoch meist unentdeckt bleibt.²³ In einer Untersuchung zur psychiatrischen Krankenhausversorgung fiel demgegenüber auf, dass zwischen 1994 und 1997 entgegen der demografischen Erwartung eine Abnahme des Anteils älterer Patientinnen und Patienten zu verzeichnen war (wobei die Reduktion in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern weit geringer ausfiel als in den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern)²⁴. In Anbetracht der gleichzeitig zu konstatierenden erheblichen Zunahme von psychisch Kranken im Heimbereich liegt die Vermutung nahe, dass ein großer Teil der Betroffenen direkt aus der eigenen Häuslichkeit ohne kompetente Intervention eines Facharztes oder einer Fachabteilung direkt in ein Heim überwiesen wurde.

In den Einrichtungen der Altenhilfe sind die Betroffenen jedoch gleichfalls psychiatrisch unterversorgt. So ergab eine Studie zur ärztlichen Versorgungssituation in Pflegeheimen, dass nur 35% der Heimbewohner mindestens einmal im Quartal von einem Neurologen/ Psychiater aufgesucht werden, obwohl die Prävalenz allein für Demenz in Alten- und Pflegeheimen inzwischen bei 53% liegt, für alle psychiatrischen Erkrankungen noch deutlich darüber²⁵.

Ein besonderes, nicht zuletzt ethisches Problem stellt der Einsatz von Zwangsmaßnahmen in der Gerontopsychiatrie dar. Es wird vermutet, dass zu viel und zu häufig sowohl zwangseingewiesen als auch fixiert wird.²⁶ Was die Fixierungen betrifft, so werden z.B. bei stationär versorgten gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten ca. 96% der Fixierungen aus anderen Gründen als in der Allgemeinpsychiatrie durchgeführt, nämlich z.B. wegen Sturzgefahr, Schwindel, Unruhe. Beobachtet wurde auch, dass die Häufigkeit von Fixierungen stark zwischen den gerontopsychiatrischen Abteilungen schwankt. Als Erklärungsansätze für diese Unterschiede wurden die Personalstärke, die Qualifikation der Mitarbeiter, der Einsatz von Supervision und das Milieu der jeweiligen Klinik identifiziert.²⁷

4.2 Besonderheiten einzelner Zielgruppen

a) Menschen mit depressiven Störungen, Belastungsstörungen, Angststörungen und somatoformen Störungen

Die überwiegende Zahl der Menschen, die dieser Gruppe zuzuordnen ist, hat ihr Leben ohne Beeinträchtigung durch eine psychische Erkrankung geführt und besitzt bei angemessener psychopharmakologischer, psycho- und soziotherapeutischer Behandlung eine gute Prognose. Eine erhebliche Anzahl ist jedoch unterdiagnostiziert und unterbehandelt.²⁸ So ist auch davon

²³ Vgl. Gutzmann, H.: Die Versorgungssituation der psychisch kranken Älteren in Deutschland: Position der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie- und psychotherapie, S. 309, in: Report Versorgungsforschung (2011), a.a.O.

²⁴ Vgl. Reister, M. (2000). Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1994-1997. In Arnold, M., Litsch, M. & Schwartz, F.W. (Hrsg): Krankenhausreport '99. Stuttgart: Schattauer, S.307-322.

²⁵ Vgl. Hallauer, J./ Bienstein, C./ Lehr, U./ Rönsch, H. (2005): Zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz Network, Hannover, S. 36.

²⁶ Vgl. Hirsch, R.D. & Kranzhoff, E.U. (1996). Bewegungseinschränkende Maßnahmen in der Gerontopsychiatrie. Teil I. Krankenhauspsychiatrie 7, S. 99-104.

²⁷ Vgl. Hirsch, R.D. (1997): Gesundheitspolitische Aspekte der Gerontopsychiatrie, in: psycho 1997, 23, Sonderheft 1/97, S. 14-24.

²⁸ Vgl. Meyer, K.U. & Baltes, P.B. (1999). Die Berliner Altersstudie (BASE). Berlin: Akademie Verlag.

auszugehen, dass ein großer Teil der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen an undiagnostizierten und unbehandelten Störungen aus dieser Gruppe leidet.

In der Regel wenden sich die Patientinnen und Patienten mit den o.g. Störungen wegen körperlicher Beschwerden an ihre Hausärzte. Ein Teil dieser Patienten erfährt intensive - im Zuge fachärztlicher Überweisungen auch invasive - somatische Diagnostik (z.B. Herzkatheteruntersuchungen) und wird häufig mehrfach in Allgemeinkrankenhäusern stationär behandelt. Dabei ist nicht auszuschließen, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten erst nach jahrelangen Patientenkarrerien durch eine psychiatrische oder psychosomatische Konsiliaruntersuchung in (teil-) stationäre psychiatrische/psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung gelangt. Ein weiterer Teil dieser Patienten wird hausärztlicherseits zwar als psychisch krank diagnostiziert, dann aber häufig mit Benzodiazepinen behandelt. Die Folge besteht nicht selten in einer sekundären Benzodiazepinabhängigkeit. Eine (Mit-) Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten erfolgt nur bei einem sehr kleinen Anteil dieser Patientengruppe.

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass zur demografisch bedingt hochbedeutsamen Gruppe der Demenzerkrankungen und den in diesem Zusammenhang erforderlichen Hilfen umfassende Forschungsansätze entwickelt wurden, dabei dürfen aber die psychischen Störungen, die mit dieser Erkrankung häufig assoziiert sind, nicht aus dem Fokus geraten.

b) Menschen mit einer Demenz

Eine Studie zur Versorgungssituation Demenzkranker im häuslichen Umfeld aus Sicht der ambulanten Pflege²⁹ wies auf Mängel in der medizinischen Betreuung hin. So zeigte sich z. B., dass 55% der diagnostizierten Demenzpatienten trotz der gesicherten Diagnose keine medikamentöse antidementive Therapie erhalten.

Nur sehr wenige Demenzkranke suchen von sich aus (fach-) ärztliche Hilfe für ihre Gedächtnisstörungen. Verleugnung und sogenanntes „Fassaden-Verhalten“ sind typisch. Die aktiv Hilfesuchenden sind überwiegend die Angehörigen der Patientinnen und Patienten. Erster Ansprechpartner ist in der Regel der Hausarzt. Gerade hier gibt es aber erhebliche Versorgungsprobleme, nämlich z.B. Defizite in der Fort- und Weiterbildung, falsche Anreize im Gesundheitssystem, z.B. dass die Therapie mit Antidementiva das Arzneimittelbudget stark belastet, und eine begriffliche Scheu, Patienten und Angehörigen (ungefragt) diese schwerwiegende Diagnose zu eröffnen. Niedergelassene neurologische/psychiatrische Fachärztinnen und -ärzte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von so genannten Gedächtnissprechstunden können angesichts der Zahl der Betroffenen schon gegenwärtig nur einen kleinen Teil der Kranken kontinuierlich im Verlauf versorgen und sie stellen nur sehr selten den ersten Kontakt zum Hilfesystem dar. Ein besonders großes Problem stellt die rechtzeitige Diagnose und Therapie der Demenzerkrankungen bei vereinsamten Menschen dar. Hier sind Kampagnen („Demenzfreundliche Kommune“) hilfreich, die die Öffentlichkeit und bestimmte Berufsgruppen wie z.B. Polizei, Rettungsdienst, Feuerwehr für Demenzkranke sensibilisieren, die Hilfsbereitschaft und Toleranz im öffentlichen Raum erhöhen und dazu führen, dass Hilfen für die Betroffenen, z.B. über den Sozialpsychiatrischen Dienst, initiiert werden.

c) Suchtkranke

Sucht im Alter unterscheidet sich von der Sucht bei jüngeren Menschen durch die Verteilung der Art der Abhängigkeit (häufigere Medikamentenabhängigkeit), durch die geringere Suchtmitteltoleranz und durch die unterschiedlichen Anforderungen an die Behandlung. So sind Lebenslagen im Alter und der Lebensalltag alter Menschen einerseits durch spezifische Risiken ge-

²⁹ Vgl. Grass-Kapanke, B., Kunczik, T. & Gutzmann, H. (2008). Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor – DIAS. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V., S.11.

prägt, andererseits bieten sich altersspezifisch aber auch jeweils eigene Anknüpfungspunkte für Prävention, Therapie und Rehabilitation.

Die häufigere Benzodiazepin- und die seltenere Opiatabhängigkeit im Alter ist gegenwärtig ganz überwiegend Folge ärztlicher Verordnungen, vorwiegend durch den Hausarzt. Meist erfolgt die Verordnung aufgrund einer anderen psychischen Störung, welche nur durch eine spezielle Fort- und Weiterbildung der Hausärzte frühzeitig und angemessen hätte erkannt werden können. Risikofaktoren für die Entwicklung einer Medikamentenabhängigkeit bei älteren Menschen sind neben früherer Suchterfahrung, langer Behandlungsdauer und Dosissteigerung auch psychosoziale Belastungen wie Einsamkeit nach Partnerverlust, Einschränkungen sozialer Beziehungen und Aktivitäten. Multimorbidität, Belastung durch Pflege des Partners, chronische Schmerzen und/ oder Schlaflosigkeit.

Alkoholabhängigkeit mit spätem Beginn ist ebenfalls eine unterdiagnostizierte und unterbehandelte psychische Störung, was nicht zuletzt auf das verbreitete Altersstereotyp zurückgeht, das die Suchtgefährdung für Ältere ausblendet. Aber auch hier gibt es Befundkonstellationen (z.B. gehäufte Stürze), die den Hausarzt aufmerksam machen sollten. Ein Teil der älteren Suchtpatienten wird bei einem Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus durch Entzugserscheinungen auffällig, was bei einem gut funktionierenden psychiatrischen Konsiliardienst die Chance für die Einleitung einer Entwöhnungsbehandlung und der Behandlung der häufig zugrunde liegenden psychischen Störung (z.B. Depression) bietet.

d) Alt gewordene chronisch psychisch Kranke

Alt gewordene chronisch psychisch Kranke, meist mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, befinden sich in der Regel mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres schon Jahrzehnte in ambulanter fachärztlicher psychiatrischer Behandlung und der Betreuung durch ein gut ausgebautes Netz von verschiedenen psychosozialen Hilfsangeboten. Hier besteht das wesentliche Problem im Hinzutreten chronischer körperlicher Krankheiten und Behinderungen (z.B. Immobilität oder Inkontinenz), die eine Anpassung der psychosozialen Hilfsangebote an die neu aufgetretenen geriatrischen Fähigkeitsstörungen erfordern. Daneben erfordert auch die fachärztliche psychiatrische Behandlung älterer multimorbider chronisch psychisch Kranker besondere Kenntnisse insbesondere in der Psychopharmakologie, da die Verträglichkeit der Medikamente bei dieser Patientengruppe herabgesetzt ist.

e) Menschen mit einem Delir

Das Auftreten eines Delirs hängt maßgeblich vom Vorbestehen kognitiver Störungen oder Suchterkrankungen und der Art bzw. Schwere der auslösenden und begleitenden körperlichen Erkrankungen ab. Ein Delir hat häufig einen beschleunigten Verlauf vorbestehender Demenzen zur Folge. Für die Allgemeinkrankenhäuser gilt es im Hinblick auf die schnell zunehmende Zahl hochaltriger und dadurch besonders für ein Delir gefährdeter Patienten, einen Paradigmenwechsel weg von der Delirbehandlung hin zur Delirverhütung vorzunehmen. Allerdings ist die Mitbehandlung durch einen qualifizierten gerontopsychiatrischen oder geriatrischen Konsiliardienst häufig nicht sichergestellt.

f) Alt gewordene geistig behinderte Menschen

Studien zeigen, dass vor allem Menschen mit einem Down-Syndrom überproportional häufig eine Demenz entwickeln³⁰. Die alt gewordenen geistig behinderten Menschen mit einer psychischen Störung ebenso wie die alt gewordenen psychisch Kranken stellen grundsätzlich ähnliche Anforderungen an das Hilfesystem wie das allgemeinpsychiatrische Klientel. Die alten geistig behinderten und psychisch Kranken geraten aber durch die altersbedingte Multimorbidität und hinzutretende körperliche Behinderungen schneller an die Grenzen ihrer seelischen und

³⁰ Vgl. www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet16-2011.pdf

körperlichen Kompensationsfähigkeit und sind besonders durch Unverträglichkeit von Psychopharmaka, aber auch somatischer Medikamente gefährdet. Das Hilfesystem muss sich an die veränderten Bedürfnisse dieser besonderen Gruppe im höheren Lebensalter anpassen.

5. Handlungsempfehlungen

5.1 Grundsätzliche Aspekte

„Es gab bislang in der Geschichte noch keine Zeiten, auf die wir zurückblicken können, in denen soviel, so gut und so vergleichsweise selbstverständlich Solidaritätsaufgaben gegenüber älteren und pflegebedürftigen Menschen und anderen Gruppen von Behinderten wahrgenommen wurden wie heute.“³¹ Gleichwohl besteht für die Versorgungssituation psychisch kranker alter Menschen das Erfordernis einer Weiterentwicklung. Der Wunsch und Anspruch der Betroffenen, möglichst selbstbestimmt so lange und so gut wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung zu leben, wird derzeit nur unzureichend verwirklicht. Die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen wirken der Umsetzung dieses Ziels an vielen Stellen entgegen. Beispielsweise ist die bestehende Sozialgesetzgebung auf die Leistungserbringung in dem jeweiligen Segment der Hilfeerbringung ausgerichtet; die Schnittstellen sind in der Praxis nur schwer zu überwinden (s. Teil I, Abschnitt 6). Die notwendigen komplexen Hilfeleistungen „aus einer Hand“ können Betroffene und ihre Angehörigen daher zwar im stationären Bereich erhalten, nicht jedoch, wie von ihnen mehrheitlich gewünscht, in ihrem häuslichen Umfeld.

Die Weltpsychiatrievereinigung (WPA) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben in einem Konsensuspapier³² zur Verminderung von Stigma und Diskriminierung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen folgende fünf strategische Ziele aufgestellt, denen eine hohe Priorität einzuräumen ist:

- a. Es muss sichergestellt werden, dass adäquate Versorgungsangebote im Gesundheits- und Sozialbereich verfügbar sind, die die Bedürfnisse älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen und derer, die sie versorgen, abdecken.
- b. Die psychische Gesundheit älterer Menschen muss zu einem öffentlichen Thema gemacht werden.
- c. Es soll ein größeres Verständnis und mehr Akzeptanz für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen eingefordert werden.
- d. Es soll ein unterstützendes Umfeld für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen geschaffen werden.
- e. Es soll zu mehr Forschung auf dem Gebiet wirksamer, nicht stigmatisierender Behandlungsverfahren und der Pflege älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen ermutigt werden.

5.2 Handlungsfelder

5.2.1 Fokus auf Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention können die Chancen auf Vermeidung oder Verzögerung bzw. Heilung und Rehabilitation psychischer Krankheiten im Alter zum Teil deutlich erhöhen.

³¹ Vgl. Klie, T. (2007): Die Zeitlichkeit des Ichs – Die Würde des Menschen und ihre Gefährdung durch eine Vereinseitigung des ethischen Leitprinzips durch Autonomie, in: Teising, M. et al.: Alt und psychisch krank. Diagnostik, Therapie und Versorgungsstrukturen im Spannungsfeld von Ethik und Ressourcen, Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie- und psychotherapie (DGGPP), Band 6, Stuttgart, S. 81.

³² Vgl. WHO/ WPA (2002): Verminderung von Stigma und Diskriminierung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ein Technical Consensus Statement, Genf, S.13.

Leider gibt es derzeit jedoch nur wenige gezielte und auf ihren Nutzen wissenschaftlich überprüfte präventive Angebote. Hier besteht erheblicher Forschungsbedarf. Notwendig ist vor allem die Erprobung und Evaluation von Modellen zur präventiven Beratung alter Menschen im Sinne einer rechtzeitigen Zukunftsplanung, die niedrigschwellig, alltagspraktisch, gegebenenfalls aufsuchend und auf Assistenzbedarf orientiert ist, um frühzeitig Risikofaktoren von Pflege- und Hilfebedürftigkeit zu identifizieren.³³ Beispielgebend sind die in Hannover/ Niedersachsen von speziell geschulten Präventionsfachkräften angebotenen präventiven Hausbesuche für psychisch kranke Menschen im Alter von 68 bis 79 Jahren. Ziel dieser Beratung ist es, alte Menschen zu einer gesunden, aktiven Lebensweise anzuregen und ihnen einen Zugewinn an Lebenszufriedenheit zu verschaffen. Gemeinsam wird ein Präventionsprogramm erarbeitet und eine Zielvereinbarung formuliert, um die Nachhaltigkeit der angestrebten Verhaltensänderung zu gewährleisten.³⁴

Ein breites Betätigungsfeld bieten universalpräventive Maßnahmen. Sie zielen darauf ab, Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen und setzen sowohl auf der individuellen Ebene an - durch Aufklärung, Erziehung, Information -, als auch auf struktureller Ebene, z.B. durch die Änderung von Gesetzen und Finanzierungsbedingungen. Im Rahmen der Universalprävention gilt es, psychische Stabilität und Gesundheit bereits vom Lebensbeginn an und damit für das ganze Leben zu fördern, z. B. mit Programmen wie „Fit und stark fürs Leben“.³⁵ In den Fokus der Aufmerksamkeit einzubeziehen sind dabei jeweils sowohl Erfordernisse der Prävention von Krankheiten als auch Aspekte der Vorbeugung einer Pflegebedürftigkeit. Zielt ersteres auf die Vermeidung und Reduktion medizinischer Risikofaktoren psychischer Alterserkrankungen, ist der zweite Bereich ausgerichtet auf eine konsequente medizinische und psychosoziale Behandlung von Demenzen und anderen organischen psychischen Störungen.

Im Sinne der Universalprävention wirken auch alle Maßnahmen, die auf eine Stärkung der Teilhabe und Selbständigkeit von alten Menschen abzielen: die Erhaltung des sozialen Umfeldes, die Förderung sportlicher und kognitiver Fähigkeiten, die Vermeidung gesundheitsschädlichen Verhaltens und die Suche nach neuen Aufgaben im Alter. Hier kann und sollte sowohl der einzelne alte Mensch selbst wie auch sein Lebensumfeld (Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Nachbarn, Besucherkreise, Seniorentreffs) aktiv werden. Für die Förderung derartiger Initiativen tragen zudem die Kommunen eine besondere Verantwortung. Universalprävention sollte insbesondere im Rahmen gemeindenaher Angebote vor allem tagesstrukturierende Maßnahmen einbeziehen. Gerade damit kann die individuelle Lebensqualität gefördert werden – über gelebte soziale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Eine weitere universale gesundheitsfördernde und präventiv ausgerichtete Maßnahme ist darüber hinaus die möglichst frühzeitige Auseinandersetzung mit der Frage möglicher später eintretender Einschränkungen. Der Abschluss einer Vorsorgevollmacht oder einer Patientenverfügung kann dabei für die Orientierung der Betroffenen und ihrer Angehörigen wegweisend sein.

Um gezielt Krankheitsentwicklungen zu verhindern oder zu verzögern, ist die Ansprache von Risikogruppen (z. B. Menschen in Alten- und Pflegeheimen) erforderlich. Mit dem Ziel, ein für Menschen in Pflegeheimen geeignetes Gruppenprogramm zu entwickeln, das die verbliebene Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner erhalten und fördern soll, stellt z.B. das Aktivierungskonzept SimA-P (Selbständig im Alter) einen erfolgreichen Ansatz dar.³⁶ Hier, im Bereich der indizierten Prävention, liegt auch das Hauptaktionsfeld aus dem psychiatrischen Hilfenetz heraus. Dabei kommt es vor allem darauf an, erste Symptome einer Erkrankung frühzeitig zu erkennen und über Krankheitsbilder und Therapiemöglichkeiten aufzuklären. Im Hin-

³³ Vgl. AKTION PSYCHISCH KRANKE (2009), a.a.O., S. 69.

³⁴ Vgl. AOK Niedersachsen (Hrsg.) (2006): Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung von „Gesund älter werden“, Präventionsprojekt der AOK Niedersachsen.

³⁵ Dieses Programm ist auf Kinder ausgerichtet und hier genannt, weil eine gesunde Entwicklung von der Kindheit an die Bewältigung von neuen Lebensaufgaben im hohen Lebensalter erleichtert. <http://www.schule-bw.de/unterricht/paedagogik/gewaltpraevention/kbuero/projekte/projekt35.html>

³⁶ Näheres zu der Präventionsmaßnahme „Selbständig im Alter“ unter www.sima-akademie.de

blick auf Demenzen sind hierfür z.B. die in vielen Bundesländern erprobten Gedächtnisambulanzen geeignet.

Besonderes Augenmerk erfordert die Prävention suizidalen Verhaltens im Alter. Neben der Behandlung von Depression sind hier ressourcenorientierte Ansätze besonders erfolgversprechend. Ein gutes Beispiel ist das Tele-Help-Modell, bei dem kontrollierte Telefonkontakte bei alten Menschen stattfinden, um deren Ressourcen zu aktivieren. Mit diesem Modell konnten die Suizide in der kontaktierten Gruppe signifikant gesenkt werden.³⁷

Prävention und Gesundheitsförderung sind gesamtgesellschaftliche (Querschnitts-) Aufgaben, die das abgestimmte Handeln von Verbänden, Initiativen, der Länder, des Bundes und der Kommunen erfordern. Bisher besteht noch eine große Diskrepanz zwischen der anerkannt großen Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention und ihrem tatsächlichen gesundheits- und sozialpolitischen Stellenwert. So ist es beispielsweise bis heute nicht gelungen, in Deutschland ein Präventionsgesetz zu verabschieden. Dem verlautbarten Primat der Prävention müssen daher dringend Taten folgen. Es gilt, eine ressourcenorientierte Gesamtkonzeption zu entwickeln, die auf der Akzeptanz aller Beteiligten, auch und gerade der älteren Bevölkerung, fußt.³⁸

5.2.2 Gerontopsychiatrische Angebote ausbauen und verbessern

Das Bewusstsein von der Notwendigkeit zur Schaffung gerontopsychiatrischer Angebote ist in den letzten Jahren in Deutschland deutlich gestiegen. Inzwischen ist auch anerkannt, dass die Optimierung der gerontopsychiatrischen Versorgung nicht heißen kann, „...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.“³⁹

Diese Entwicklung vollzieht sich aber zum einen regional sehr unterschiedlich, zum anderen bezogen auf die Art der Hilfebedarfe sehr ungleich. So erfahren Demenzerkrankungen inzwischen eine deutlich höhere Aufmerksamkeit als andere psychische Störungen. Eine Umfrage in Mecklenburg-Vorpommern⁴⁰ zeigt zum Beispiel, dass alle angesprochenen Alten- und Pflegeheime über ein Konzept im Umgang mit Menschen verfügen, die an einer Demenz erkrankt sind. Dagegen bestand sehr häufig kein Konzept zum Umgang mit alten Menschen mit einer Depression oder einer anderen psychischen Erkrankung. Diese Situation spiegelt sich auch in der Literatur wider. Es müssen Ansätze verfolgt werden, die allen psychischen Erkrankungen gerecht werden.

In diesem Sinne haben sich in vielen Regionen die nachstehenden Angebote/Initiativen bewährt und sollten daher flächendeckend etabliert werden:

- Gerontopsychiatrische Zentren (Tagesklinik, Ambulanz, Beratungsstelle);
- Gerontopsychiatrische Verbände;
- Gerontopsychiatrische Arbeitsgruppen;

³⁷ Vgl. Schaller, S. (2011), S. 46, a.a.O.

³⁸ Vgl. Kruse, A. (2002). *Gesund altern – Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.

³⁹ Vgl. Wächtler C, Laade H, Leidinger F, Matzentzoglou S, Nissle K, Seyffert W, Werner B: Gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur: Bestehendes verbessern, Lücken schließen, die Versorgungselemente "vernetzen". *Spektrum* 27 (1998) 94–98.

⁴⁰ Umfrage im Rahmen eines nicht veröffentlichten Zwischenberichtes zum Modellprojekt „Länger leben in Mecklenburg-Vorpommern“.

- Sozialpsychiatrische Dienste, z.T. mit gerontopsychiatrischen Fachkräften, gerontopsychiatrischem Betreuungsangebot und BBT-Stellen (Beratung, Betreuung, Tagesstrukturierung);
- Psychiatrische Institutsambulanzen z.B. für die kontinuierliche Betreuung Demenzkranker und ihrer Angehörigen;
- Regelmäßige Fachtagungen zur Gerontopsychiatrie.

Die spezialisierten gerontopsychiatrischen oder gerontopsychotherapeutischen Angebote sollten dabei folgenden Grundsätzen folgen:

- Ambulante Einrichtungen sollten vernetzt sein mit Tageskliniken und Kliniken, z.B. im Rahmen einer Komplexbehandlung-
- Klinik-Einrichtungen sollten über ein umfassendes Entlassungsmanagement verfügen.
- Die medizinische Betreuung sollte durch verbindliche Verträge sichergestellt werden (z. B. Anwendung von „Pflegeheim-Plus“-Verträgen⁴¹ auf die Gerontopsychiatrie).
- Pflegeeinrichtungen sollten sich durch eine spezifische Milieugestaltung auszeichnen (Alltagsprinzip, Wohngruppenprinzip)-
- In ländlichen, dünn besiedelten Regionen sind aufsuchende Behandlungsangebote einzurichten, z.B. im Rahmen.
- Einer Praxisassistenz (§ 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V), die auf Gerontopsychiatrie ausgerichtet ist⁴², oder
- eines mobilen multiprofessionellen Behandlungsteams unter vertragsärztlicher oder Institutsambulanz-Leitung-
- Alle Einrichtungen sollten im Rahmen der Qualitätssicherung kontinuierlich an der Weiterentwicklung der Qualität ihrer Leistungen arbeiten.
- Psychotherapeutische Versorgung im gerontopsychiatrischen Bereich ist zunehmend erforderlich und muss ausgebaut werden.

Eine besondere Bedeutung kommt der Weiterentwicklung- und -verbreitung von Integrierten Versorgungsangeboten zu. Hier gibt es bereits erfolgversprechende Ansätze, zum Beispiel das indikationsbezogene, regional ausgerichtete Modell zur Integrierten Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Kaufbeuren. Dieses IV-Modell dokumentiert, wie durch eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit die Qualität der medizinischen Leistungen für psychisch kranke alte Menschen verbessert werden kann.⁴³

In diesem Zusammenhang ist ebenso auf das Projekt „Entwicklung eines Konzeptes quartiersorientierter integrierter Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere Demenz“ der Aktion Psychisch Kranker (APK e.V.) hinzuweisen; es zielt auf Entwicklung eines Handlungskonzepts, dass die Lebensverhältnisse von Menschen mit Pflegebedarf in Folge psychischer, insbesondere dementieller Beeinträchtigungen grundlegend verbessern soll⁴⁴.

⁴¹ Pflegeheim Plus Verträge in Mecklenburg-Vorpommern unter www.kvmv.info/aerzte/15/30/Pflegeheim_Plus/index.

⁴² wird gegenwärtig in der Region Greifswald erprobt: s. Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen in der Helmholtz-Gemeinschaft in Rostock www.dzne.de/standorte/rostock-greifswald.de

⁴³ Ansprechpartner unter www.blaue-blume-schwaben.de

⁴⁴ Vgl. Unveröffentlichten Projektbericht, Stand 10. Januar 2011, S. 8

5.2.3 Bessere strukturelle Voraussetzungen für personen- und lebensfeldzentrierte Hilfen schaffen

Gerade auch in der Gerontopsychiatrie bedarf es bei der Umsetzung gemeindenaher Hilfen einer engen Verzahnung und einer vertraglich gesicherten Zusammenarbeit aller Hilfeleistungssysteme. Nur wenn es gelingt, medizinisches, soziales, gesundheitsbezogenes und pflegerisches Handeln mit dem natürlichen Bezugssystem (Familien, Nachbarschaft, Freundeskreis und ehrenamtliche Hilfe) zu verknüpfen, kann der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der gerontopsychiatrischen Versorgung auch tatsächlich umgesetzt werden. Die Betreuungsangebote des Netzes sollten deshalb dringend und ohne Ausnahme

- auf der Basis einer individuellen Hilfebedarfsbestimmung (Hilfeplankonferenz und -Plan),
- im Rahmen von leistungserbringer- und kostenträgerübergreifender Hilfen sowie
- als Casemanagement ausgestaltet sein, welches sich nicht nur an bisherigen spezifischen Krankheitsbildern oder Personenkreisen orientiert, sondern offen ist für neue Formen der Kooperation sowie
- Selbsthilfegruppen, wie insbesondere die Helferkreise der Alzheimer-Gesellschaften einbeziehen.

Die Hilfen sind außerdem wohnortnah in den „Quartieren“ bzw. Gemeinden zu organisieren und zu vernetzen. Ihrer kommunalen Steuerung kommt eine herausgehobene Bedeutung zu.

Ein besonders guter Ansatz ist hierbei die Integration der ambulanten und stationären Altenhilfe zu Dienstleistungszentren für alte Menschen – und möglichst auch andere Nutzer – im Wohngebiet. Diese Dienstleistungszentren sollten die erforderlichen komplexen Hilfen – finanziert durch verschiedene Sozialleistungsträger – multiprofessionell „aus einer Hand“ erbringen.⁴⁵ Das Netzwerk für geriatrische Rehabilitation und Forum Demenz in Wiesbaden/ Hessen – eine Kooperationsplattform für Dienste, Institutionen und Akteure der Altenhilfe und des Gesundheitswesens - ist ein gutes Beispiel für gelungene Netzwerkbildung auf dem Weg zu regionalen sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen für alte, hilfs- und pflegebedürftige Menschen, die zuhause leben.⁴⁶ Das **GeReNet.Wi** wird durch kommunale Mittel finanziert und ist seit Mai 2007 fester Bestandteil der kommunalen Altenarbeit in Wiesbaden.

Weitere überzeugende Beispiele für eine Verbesserung der lebensfeldzentrierten Angebote für psychisch kranke Menschen sind:

- Nussknacker e.V. (Hamburg): ambulant betreutes Wohnen als Komm-Struktur in der Nähe einer Begegnungsstätte⁴⁷,
- Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll (Hamburg): Unterstützung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen – Leben in Wohngemeinschaften mit ambulanter Betreuung⁴⁸,
- „Pflege-Netz“ Sachsen⁴⁹ für pflegebedürftige Menschen,
- Gesundheitsnetzwerk Duisburg/ Nordrhein-Westfalen⁵⁰ speziell für Menschen mit Demenz.

⁴⁵ Vgl. APK (2009), a.a.O., S. 52

⁴⁶ Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation –GeReNet.Wi., www.gero.uni-eidelberg.de/forschung/gerenetwi.de in: AKTION PSYCHISCH KRANKE, Schmidt-Zadel, R./ Kunze, H. (Hrsg.) (2007): Unsere Zukunft gestalten – Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Psychiatrie-Verlag: Bonn, S. 144-154.

⁴⁷ Der Verein Nussknacker e.V. für soziale und medizinische Dienste in Hamburg besteht aus einem multiprofessionellem Team, welches erwachsene, psychisch kranken Menschen in ihrem Lebensalltag unterstützt, www.nussknacker-hh.de

⁴⁸ Die Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll in Hamburg bietet medizinische und medizinisch-berufliche Rehabilitation, Eingliederungshilfen, sowie Pflege und Betreuung, www.freundeskreis-ochsenzoll.de

⁴⁹ Das Pflegenetz Sachsen bietet Hilfen rund um das Thema Pflege, www.pflegenetz.sachsen.de

Die Möglichkeit, auch mit einer psychischen Erkrankung in der vertrauten Umgebung zu leben und insofern Heimunterbringung zu vermeiden, ist nicht zuletzt davon abhängig, dass den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen fachliche Anleitung in der häuslichen Versorgung und finanzierbare Alltagshilfen zur Verfügung stehen. Das setzt zum einen voraus, dass in einem ganz anderen Umfang als bisher bürgerschaftliches Engagement aktiviert und in die Versorgung einbezogen wird. Finanzielle und ideelle Anreize, eine gute Abstimmung mit dem professionellen Hilfesystem und die fachliche Unterstützung ehrenamtlicher Helfer (Supervision) sind hierfür erforderlich. Neben die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements muss jedoch zum anderen auch die Qualifizierung und Finanzierung von bezahlten Alltagshelfern treten (z. B. „Alltagsmanager“ (NRW), „Alltagsbegleiter“, „Haushaltsassistent“ (Rheinland-Pfalz), „Tagemutter“ für Demenzkranke).⁵¹

Die bestehenden Demenzberatungsstellen, die Beratungstätigkeit, Aufbau und Unterstützung von Angehörigengruppen, Angehörigenschulungen, Ausbildung, Supervidierung und Vermittlung von Laienhelfern für niedrigschwellige Betreuungsangebote (nach § 45c SGB XI) leisten, sind nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ weiter auszubauen, indem auch andere gerontopsychiatrische Erkrankungen Berücksichtigung finden.

Durch die Stärkung von Eigeninitiative und Eigenverantwortung sowie Förderung des Wandels von der Versorgungs- zur Beteiligungsgesellschaft werden Ressourcen erschlossen, die in Anbetracht der demografischen Entwicklung dringend benötigt werden. Eine vordringliche Aufgabe ist deshalb die Förderung der Selbsthilfe. Kompetente Selbsthilfearbeit leistet zum Beispiel die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. mit ihren Mitgliedsgesellschaften. Neben der politischen Vertretung der Interessen von Demenzkranken und ihren Angehörigen gehört die Beratung und Unterstützung von Demenzkranken, ihren Angehörigen und Fachleuten zu ihren Aufgaben. Ein gutes Beispiel für einen gelungenen Hilfemix aus professioneller und bürgerschaftlicher Hilfe ist das Projekt „Freiwillige unterstützen gerontopsychiatrisch Erkrankte“ (FUGE) im Landkreis Esslingen/ Baden-Württemberg.⁵² Hier arbeiten der Sozialpsychiatrische Dienst für Alte Menschen und die der diakonischen Tradition verpflichteten Krankenpflegevereine Esslingen zusammen. Neben der Förderung der Diakonie- und Sozialstation wurden in vielen Stadtteilen Besuchsdienste aufgebaut, um Menschen wieder in die Gemeinschaft zu holen und zusammen zu bringen.

Für die Versorgungssicherheit im Alltag und damit die Autonomie alter Menschen ist darüber hinaus die Qualität ihrer sozialen Infrastruktur von Bedeutung. Eine gute Infrastruktur – d.h. Einkaufsmöglichkeiten für den Alltagsbedarf, Post, ÖPNV, Kultur/Freizeit, ambulante medizinische Versorgung – trägt ebenfalls dazu bei, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Hier sind - wie bereits erwähnt - die Kommunalpolitiker gefordert.⁵³

⁵⁰ Das Gesundheitsnetzwerk Demenz in Duisburg unter www.forum-demenz.net/material beschreibt die Ergebnisse aus dem Modellprojekt über 3 Jahre wie folgt: „Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt FORUM Demenz belegen gravierende Schwachstellen zwischen der ambulanten und der stationären medizinischen Versorgung. Folge sind vielfache Arztbesuche, nicht aufeinander abgestimmte Medikamentengaben, Doppel- und Fehlbehandlungen und häufige Klinikaufenthalte.... Während eines Krankenhausaufenthaltes bleibt oftmals wertvolle Zeit zur Beratung, Planung und Organisation der häuslichen Versorgung ungenutzt. Häufig erfolgt beispielsweise eine unabgestimmte Überleitung des Demenzpatienten aus dem Krankenhaus in die ambulante Pflege, wodurch es zu Einbrüchen in der Versorgung kommt. Im Krankenhaus getroffene Entscheidungen, oftmals zum Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung, können kaum mehr umgekehrt werden.... Eine fehlende effektive, sektorenübergreifende Koordination erzeugt auch bei der Versorgung von demenziell erkrankten Menschen unangemessene Kostenentwicklungen und Qualitätsverluste.“

⁵¹ Vgl. APK (2009), a.a.O., S. 52.

⁵² Nähere Informationen zu FUGE finden sich im Internet unter www.krankenpflegevereine-esslingen.de

⁵³ Vgl. APK (2009), a.a.O., S. 52.

5.2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen weiter entwickeln

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Versorgung und Unterstützung psychisch kranker alter Menschen umfassen eine Vielzahl von Gesetzen und Regelungen (z.B. Sozialgesetzbücher V – Krankenhilfe, IX – Rehabilitation u. Teilhabe Behinderter, XI – Pflegeversicherung, XII – Eingliederungshilfe, Steuergesetzgebung, Regelungen zum Verbraucherschutz, Landespflegegesetze, Landesgesetze für Hilfen psychisch kranker Menschen). Die Auswirkungen von Änderungen in einzelnen Bereichen müssen auch im Hinblick auf ihre Folgewirkungen andernorts überprüft werden.

Ein Beispiel ist die geplante Einführung eines neuen Entgeltsystems für die psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung. In der bisher gültigen Personalverordnung für die Psychiatrie (Psych-PV) basiert die Personalbemessung in der Gerontopsychiatrie weitgehend auf der Annahme, dass alte Menschen im Vergleich zu Jüngeren mehr Pflegeleistungen und weniger Behandlungsleistungen benötigen. Dies wird am Verhältnis der Minutenwerte für Leistungen von Ärzten und Psychologen gegenüber den von Pflegekräften deutlich. Die Pflege hat im Bereich der Gerontopsychiatrie einen deutlich höheren (+ 72%), Ärzte und Psychologen einen deutlich geringeren Minutenwert (- 11%) als in der Allgemeinpsychiatrie. Psychische Erkrankungen lassen sich jedoch auch im Alter erfolgreich behandeln; das setzt allerdings voraus, dass die tatsächlichen individuellen Behandlungsbedarfe im neuen Entgeltsystem adäquat abgebildet werden. Im Interesse einer personenzentrierten, sektorenübergreifenden Behandlung und Unterstützung psychisch kranker alter Menschen muss außerdem die Einbeziehung und Förderung lebensfeldzentrierter ambulanter Versorgungs- und Finanzierungsmodelle (Regionalbudget⁵⁴ und Patientenbudget⁵⁵) im neuen Entgeltsystem sicher gestellt werden.

Im ambulanten Bereich bedarf es Veränderungen in der Bedarfsplanung, um auch und gerade in ländlichen Regionen eine ausreichende psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung sicher zu stellen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz erhalten die Bundesländer erweiterte Möglichkeiten, auf die neu zu schaffende kleinräumige, morbiditätsorientierte ambulante Bedarfsplanung Einfluss zu nehmen. Diesen Spielraum sollten sie nutzen, um das ambulante Versorgungsangebot für psychisch kranke alte Menschen zu verbessern.

Generell ist es notwendig, die Sozialgesetzgebung so weiterzuentwickeln, dass dem Prinzip „ambulant vor stationär“ endlich Geltung verschafft wird und Schnittstellenprobleme besser überwunden werden. Hierfür bedarf es vor allem der Weiterentwicklung und Verbreiterung von Ansätzen der Integrierten Versorgung.

Ein in der Praxis bereits regional, v.a. in Rheinland-Pfalz, gut erprobtes Instrument für die Finanzierung personenbezogener Leistungen ist das Persönliche Budget. Der mittlerweile bestehende Rechtsanspruch auf Hilfestellung in Form des Persönlichen Budgets muss vielerorts jedoch erst noch umfassend umgesetzt werden. Das gilt vor allem auch für die Umsetzung trägerübergreifender Budgets.

Im SGB XI sind der Begriff der Pflegebedürftigkeit, die Kriterien für die Pflegestufen und die Leistungsbemessung zu reformieren; hierbei sind die Hilfebedürfnisse von alten Menschen mit psychischen Erkrankungen umfassend zu berücksichtigen. Mit dem Ziel, dass auch Demenzkranke die erforderlichen Pflegeleistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, sind beispielsweise die Leistungen der §§ 45 b, 45 c, 45 d und 87 b SGB XI ihrer Funktion nach zu erhalten und nach Qualität und Quantität auszubauen. Endlich auszugleichen ist die bisher unzureichende Berücksichtigung des spezifischen Hilfebedarfs von psychisch kranken Menschen, insbesondere mit einer Demenz. Dabei ist auch die finanzielle Bewertung von Hilfen, die das Wei-

⁵⁴ www.psychiatrie.de/dachverband/aktuell/rb/article/Regionales_Psychiatriebudget_Modellprojekt_Kreis_Steinburg.html

⁵⁵ V. Möws und R. Lägél (2009). Projekt der Integrierten Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern: „Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Netzwerk“. In Weatherly, J. N. & Lägél, R. (Hrsg), Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 135-145.

terleben in der eigenen Wohnung oder im Wohngebiet unterstützen, der für stationäre Altenhilfe anzugleichen.⁵⁶ Die Reform der Pflegeausbildungen, zu der in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Grundlagen erarbeitet wurden, soll die Besonderheiten der gerontopsychiatrischen Pflege berücksichtigen.

Zum besseren Schutz psychisch kranker alter Menschen ist die Erweiterung des Verbraucherschutzes sowie der gesetzlichen Regelungen zur Sicherung der Qualität ambulanter und stationärer Leistungen der Teilhabe und Pflege notwendig.

Die genannten Ansatzpunkte für eine notwendige Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sind keineswegs vollständig. Verwiesen sei an dieser Stelle auf das Papier der Aktion Psychisch Kranke e.V.: „Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD)“ mit den dort differenziert formulierten Forderungen zum Umbau des Sozial- und Gesundheitssystems. Besonders zu begrüßen ist, dass im Rahmen des Projektes „Implementation personenzentrierter Hilfen für psychisch kranke alte Menschen“ der Aktion Psychisch Kranke e. V. die Entwicklung personenzentrierter Hilfen auch vor dem Hintergrund von neueren sozialrechtlichen Regelungen untersucht werden soll. Verwiesen sei außerdem auf die Handlungsempfehlungen im allgemeinen Teil des vorliegenden Berichts, deren Umsetzung auch und gerade die Lebens- und Versorgungssituation psychisch kranker alter Menschen verbessern helfen.

5.2.5 Gerontopsychiatrische Kompetenz ausbauen

Eine qualitativ gute Behandlung und Unterstützung psychisch kranker alter Menschen setzt eine ausreichende gerontopsychiatrische Qualifikation aller Beteiligten voraus. Die Hausärzte sind die ersten Ansprechpartner für den alten Menschen im medizinischen System. Ihre Qualifikation zur Früherkennung von gerontopsychiatrischen Erkrankungen ist weiter zu verbessern. Das gilt besonders für solche Allgemeinärzte, die die medizinische Betreuung von Pflegeheimbewohnern übernommen haben. Ein gutes Beispiel dafür, wie durch Weiterbildung der Hausärzte und Vernetzung der hausärztlichen Versorgung mit der Beratungstätigkeit von Pflegestützpunkten die Versorgungssituation von Demenzerkrankten verbessert und Angehörige wirksam unterstützt werden können, ist das in Rheinland-Pfalz von der Universitätsmedizin durchgeführte Hausarztbasierte Modellprojekt Demenzversorgung start-modem .

Ärzte aller Fachrichtungen und das Pflegepersonal in Allgemeinkrankenhäusern sowie in Pflegeeinrichtungen bedürfen der Beratung und Schulung im Umgang mit psychisch kranken alten Menschen. Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste bestehend aus einem multiprofessionellem Team (Facharzt, Fachkrankenschwester für Psychotherapie und Ergotherapeutin) sind hierfür besonders geeignet.⁵⁷ Hierzu gibt es bereits Konzepte und Kooperationen, z. B. zwischen Alzheimer-Gesellschaften und Krankenhäusern, die aber einer höheren Verbreitung bedürften. Auch die Pflegestützpunkte müssen sich gerontopsychiatrisch qualifizieren und ausrichten.

Besonders zielführend ist es, wenn sich Gerontopsychiatrische Verbände als Träger der gemeinsamen Fortbildung etablieren. Zu fördern und zu unterstützen sind darüber hinaus Aufbaustudiengänge, Weiterbildungen und Fortbildungsangebote, die gerontopsychiatrische Qualifikationen berufsbezogen etwa an Sozialarbeiter, Psychologen, Pädagogen, Krankenpflegeberufe u.a. vermitteln.⁵⁸

⁵⁶ Vgl. APK (2009), a.a.O., S. 52 sowie Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Empfehlungen zur Unterstützung und Betreuung dementiell erkrankter Menschen vor Ort vom 20.09.2011

⁵⁷ Vgl. Beispiel: Kaufbeuren, <http://www.kliniken-oal-kf.de/>; Krankenhaus Umschau 3/2003, S. 182-184

⁵⁸ Vgl. Hirsch, Rolf. D. (1997), a.a.O.

In der ärztlichen Praxis ist die leitliniengemäße Anwendung von erprobten Diagnoseinstrumenten zu gewährleisten. Deshalb ist in die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, aber auch für Psychiatrie und Psychotherapie der Bereich der Alterspsychiatrie verpflichtend einzuführen.

Um diesem noch bestehenden Mangel zu begegnen, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (DGGPP) und der Deutschen Akademie für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (DAGPP) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ein Zertifikat Gerontopsychiatrie entwickelt, das zunächst wesentlich auf die Hausärzte als Primärversorger der alten psychisch Kranken zielt. Um auch in Zukunft mit den internationalen Entwicklungen Schritt halten zu können, ist für die adäquate und kompetente Versorgung psychisch kranker älterer Menschen in Deutschland der Aufbau eines Schwerpunkts Gerontopsychiatrie im nervenärztlichen Fächerkanon dringend geboten.

Die Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Behandlungs- und Pflegequalität muss auch durch die Forschung weiter voran getrieben werden, sowohl in Form von Grundlagen- als auch von anwendungsorientierter Forschung. So wäre es z.B. dringend erforderlich, über evidenzbasierte präventive Ansätze zu verfügen, die dem Anwachsen der Erkrankungsraten bei z.B. gefäßbedingt verursachten Demenzen und metabolisch bedingten Komorbiditäten vorbeugen. Die Versorgungsforschung muss mehr Erkenntnisse über effiziente gerontopsychiatrische Leistungsangebote – auch und gerade außerhalb der Pharmakotherapie - bereitstellen. Die derzeit geringe Zahl an Lehrstühlen für Gerontopsychiatrie korrespondiert nicht mit dem realen Forschungsbedarf und ist deshalb zu erhöhen. Dies nutzt auch der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses. Ein gutes Beispiel für ein umfassend angelegtes Demenz-Forschungsprojekt ist z.B. angesiedelt im Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen der Helmholtz-Gesellschaft.⁵⁹

5.2.6 Entstigmatisierung und Aufklärung

Stigma und Diskriminierung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen sind weit verbreitet und die Konsequenzen weitreichend. Krankheitsbedingt sind psychisch kranke alte Menschen kaum in der Lage, selbst für ihre Rechte und gegen Stigma und Diskriminierung zu kämpfen; das gilt besonders für Demenzkranke. Auch die Einstellung vieler der am Hilfesystem Beteiligten ist noch zu sehr auf das Defizitmodell des Alterns und damit auf ein eher negatives Altersbild ausgerichtet. Die Betroffenen und Angehörigen sind häufig nicht informiert über therapeutische Möglichkeiten, so dass gesundheitliche Probleme im Alter nicht als solche verstanden werden, sondern vielmehr als unvermeidliche quasi natürliche Begleiterscheinungen des Alters angesehen werden. Das zeigt sich z. B. besonders deutlich bei der zu geringen Inanspruchnahme von Psychotherapie.

Antistigma-Strategien sollten Aspekte des Alterns und möglicher gerontopsychiatrischer Erkrankungen aufgreifen. Initiativen zur Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung älterer psychisch Kranker sollten integrierter Teil der Förderung psychischer Gesundheit und ein wichtiger Schwerpunkt in allen Bereichen der Gesundheits- und Sozialversorgung werden. Ein gutes Projekt zur Information und Aufklärung, welches schon im Kindes- und Jugendalter ansetzt, ist zum Beispiel „Alzheimer and you“⁶⁰.

⁵⁹ www.dzne.de

⁶⁰ www.alzheimerandyouH:\G2403\Psihatrie\AG Psychiatrie\Bericht Psychiatrie_Fortschreibung 2010\Endredaktion\Stellungnahmen\BW\GMK-Bericht 2012\Endredaktion_Anrm BW_160212.docu.de

Mehr Forschung ist dringend notwendig, um zum einen Stigma und Diskriminierung dort zu identifizieren, wo sie vorkommen und zum anderen, um ihre Folgen klar zu beschreiben. Ebenso wichtig ist Forschung zur Identifikation effektiver Interventionen, um dadurch eine nachhaltige Verminderung von Stigma und Diskriminierung zu erreichen.⁶¹

6. Zusammenfassung

Wie eine Gesellschaft die Versorgung und Unterstützung psychisch kranker alter Menschen organisiert, sagt viel aus über ihre Einstellung zu Alter und Krankheit, über ihre Fähigkeit zur Solidarität und über das Verhältnis der Generationen zueinander. Der Staat kann Achtung vor Alter und Krankheit, Generationensolidarität oder Mitmenschlichkeit nicht verordnen, aber er kann Rahmenbedingungen schaffen, die sie ermöglichen und fördern.

Der demografische Wandel wird absehbar dazu führen, dass immer mehr chronisch kranke alte Menschen von immer weniger Jüngeren zu versorgen sind. Dringend notwendig ist es vor diesem Hintergrund, rechtzeitig identifikationsfähige Leit- und Zukunftsvorstellungen zu entwickeln, wie wir als Gesellschaft die Versorgung und Unterstützung alter und chronisch kranker Menschen gestalten möchten.⁶²

Psychisch kranke alte Menschen bedürfen in diesem Diskurs in besonderer Weise unserer glaubwürdigen Anwaltschaft. Sie sind aufgrund ihrer Erkrankung kaum in der Lage, selbst für ihre Rechte zu kämpfen; das gilt besonders für Demenzkranke.

In unserer reichen Gesellschaft stehen heute eine Vielzahl von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für psychisch kranke alte Menschen zur Verfügung. Gleichwohl sind wir von der Inklusion psychisch kranker alter Menschen noch weit entfernt. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Defizitorientierte Altersbilder, Vorurteile und Diskriminierung psychisch kranker älterer Menschen, Mängel in der Quantität und Qualität vorhandener Angebote, falsche Anreize in der Finanzierung der Angebote zugunsten stationärer anstatt ambulanter Hilfen, eine noch unzureichende Unterstützung der Angehörigen, die die Hauptlast der Versorgung tragen und mangelhafte gerontopsychiatrische Kompetenz der Leistungserbringer gehören dazu.

Es gibt vielfältige Handlungsfelder- und Möglichkeiten, um diesen Defiziten zu begegnen. In der Bundesrepublik existieren zudem – wenn auch regional sehr unterschiedlich verteilt – zahlreiche Beispiele einer guten Praxis, die darauf warten, auch andernorts adaptiert zu werden.

Ein erstes Handlungsfeld ist die **Prävention und Gesundheitsförderung**. Beide können die Chancen auf Vermeidung, Verzögerung, Heilung und Rehabilitation psychischer Krankheiten im Alter zum Teil deutlich erhöhen. Universalpräventive Ansätze in allen Altersgruppen wie auch die gezielte Ansprache von Risikogruppen (z. B. Menschen in Alten- und Pflegeheimen) sind daher zu intensivieren. Hierbei ist ein besonderes Augenmerk auf die Gefahren von suizidalen Verhaltensweisen im Alter zu richten. Letztlich braucht es eine ressourcenorientierte Gesamtkonzeption für Prävention und Gesundheitsförderung, die die gesamte Bevölkerung - auch und gerade die ältere - tatsächlich erreicht.

Ein zweites Handlungsfeld besteht in der **Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgungsangebote**. Der Leitgedanke hierbei ist, dass sich die Regelsysteme besser für diese Aufgabe qualifizieren und die gerontopsychiatrischen Behandlungsbereiche sich verstärkt mit komplementären gemeindepsychiatrischen Hilfeangeboten wie auch der Altenhilfe vernetzen müssen. Deshalb kommt auch der Weiterentwicklung- und verbreitung der Integrierten Ver-

⁶¹ Vgl. WHO/ WPA (2002): Verminderung von Stigma und Diskriminierung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ein Technical Consensus Statement, Genf.

⁶² Vgl. APK (2009), a.a.O., S. 7.

sorgungsmodelle in diesem Bereich eine besondere Bedeutung zu. Dringend erforderlich ist zudem eine bessere psychotherapeutische Versorgung alter Menschen.

Psychisch kranke alte Menschen brauchen ein Hilfesystem, das personenzentriert, fachlich kompetent und gemeindenah ihrem komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedarf gerecht wird. Hierfür müssen - als drittem Handlungsfeld – deutlich bessere strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden. Die **enge Verzahnung und vertraglich gesicherte Zusammenarbeit aller Hilfeleistungssysteme** schafft hierfür die beste Grundlage. Um in der vertrauten Umgebung auch mit einer psychischen Erkrankung leben zu können, brauchen betroffene Menschen und ihre Angehörigen zudem fachliche Anleitung in der häuslichen Versorgung und finanzierbare Alltagshilfen.

Ein viertes – sehr weites – Handlungsfeld ist die **Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen** für die Versorgung und Unterstützung psychisch kranker alter Menschen. Diese umfassen u.a. die Sozialgesetzbücher V, IX, XI, XII, die Regelungen zum Verbraucherschutz, Landespflegegesetze und die Landesgesetze für Hilfen psychisch kranker Menschen. Generell ist es notwendig, die Sozialgesetzgebung so zu verbessern, dass dem Prinzip „ambulant vor stationär“ endlich Geltung verschafft wird und Schnittstellenprobleme besser überwunden werden. Die von der Aktion Psychisch Kranke e.V.: in ihren „Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD)“ differenzierten Forderungen zum Umbau des Sozial- und Gesundheitssystems werden von der AG Psychiatrie der AOLG ausdrücklich unterstützt.

Fünftens ist die deutliche **Verbesserung der gerontopsychiatrischen Kompetenz aller an der Versorgung beteiligten Akteure** erforderlich. Das gilt zunächst einmal für die Hausärzte als den ersten Ansprechpartnern alter Menschen im medizinischen System. Zu fördern und zu unterstützen sind aber auch Aufbaustudiengänge, Weiterbildungen und Fortbildungsangebote, die gerontopsychiatrische Qualifikationen berufsbezogen etwa an Sozialarbeiter, Psychologen, Pädagogen, Krankenpflegeberufe u.a. vermitteln. Besonders hilfreich ist es, wenn sich gerontopsychiatrische Verbände als Träger der gemeinsamen Fortbildung etablieren.

Außerdem sollte die **Anzahl der Lehrstühle für Gerontopsychiatrie** erhöht, das Fach **Gerontopsychiatrie in der Weiterbildungsordnung** stärker verankert und ein **Schwerpunkt Gerontopsychiatrie** im nervenärztlichen Fächerkanon eingerichtet werden.

Das sechste Handlungsfeld betrifft schließlich die **Entstigmatisierung** psychisch kranker alter Menschen und die Aufklärung über psychische Erkrankungen im Alter. Initiativen, die durch Information und Aufklärung zur Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung älterer psychisch Kranker beitragen, sollten ein wichtiger Schwerpunkt in allen Bereichen der Gesundheits- und Sozialversorgung werden.

Überblick über die Handlungsempfehlungen

I Aspekte von grundsätzlicher Bedeutung im gesamtpsychiatrischen System

1. Die Qualität psychiatrischer Versorgung hat sich nach wie vor insbesondere daran zu bemessen, wie gut psychisch schwer erkrankte und seelisch behinderte Menschen versorgt und integriert werden.

Das in der Psychiatrie-Reform errungene, bundesweit fortschrittliche System der wohnortnahen, lebensweltorientierten Hilfen für psychisch kranke und suchtkranke Bürgerinnen und Bürger ist zu konsolidieren und mit dem Fokus auf Personenzentrierung, Qualitätssicherung sowie Ausbau der ambulanten Behandlungsstrukturen und der sektorenübergreifenden Versorgung weiterzuentwickeln. Der Grundsatz der regionalen Sicherstellungsverantwortung bleibt dabei leitend. Hierzu bedarf es eines integrierten, kooperierenden Verbundes aller Leistungserbringer sowie einer Steuerungsverantwortung auf Seiten der Kommune, verbunden mit intensivierten gesundheitspolitischen Beteiligungs- und Steuerungsmöglichkeiten der Länder.

Versorgungsmodelle für die Psychiatrie sollten perspektivisch

- sektorenübergreifende stationäre, ambulante und komplementäre Angebote umfassen und nach individuellem Bedarf flexibilisiert einsetzen können;
- die Bereiche Prävention, Behandlung, Rehabilitation, Pflege, Wohnen, Arbeit bzw. Tagesstrukturierung bzw. Teilhabe am gesellschaftlichen Leben integrieren;
- aktiv kooperierende gemeindepsychiatrische Verbände etablieren;
- multiprofessionelle Kooperation verbindlich fordern und honorieren;
- sowohl Diagnose- als auch Kostenträger-übergreifend sein, um alle Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Bedarf zu umfassen;
- in Form eines integrativen Psychiatrie-Budgets eine gesamte Region mit allen maßgeblichen Akteuren und Angeboten umfassen, dabei ausreichend auf regionale Besonderheiten eingehen können;
- auf der Ebene der Kommune oder Region und damit oberhalb der Ebene der gemeindepsychiatrischen Verbände sowie der einzelnen Träger und unabhängig von Partialinteressen durch eine einheitliche Steuerung und Finanzierung gestaltet und verwaltet werden;
- durch Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen die Inklusion aktiv fördern.

2. Die stationäre klinische Versorgung muss zukünftig verstärkt aus dem Gesamtleistungssystem heraus gedacht und weiterentwickelt werden

Trotz stetig steigender außerklinischer Leistungen, schwerpunktmäßig in der Finanzierungsverantwortung der Länder und Kommunen sowie der Krankenkassen, hat sich der Abbau stationärer Kapazitäten in den letzten Jahren verlangsamt und vielerorts ist eine gegenläufige Entwicklung, d.h. ein Wiederanstieg stationärer Kapazitäten zu verzeichnen. Dabei wird die Gefahr gesehen, dass der Ausbau stationärer Bettenkapazitäten in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen und Kliniken nicht allein Folge wachsender klinischer Behandlungsbedarfe ist, sondern auch durch ökonomische Fehlanreize mit verursacht wird. Krankenkassen und Länder sehen dies unter fachlichen wie auch unter Kostengesichtspunkten mit Sorge, sind aber bisher kaum in der Lage, solchen Entwicklungen entgegen zu wirken. Dafür fehlt es den Ländern weitgehend an rechtlichen Möglichkeiten.

Dabei ist nach Expertenschätzungen davon auszugehen, dass ein ganz erheblicher Anteil der bisher vollstationär versorgten psychiatrischen Patientinnen und Patienten bei einer qualitativ und quantitativ bedarfsgerecht ausgebauten und finanzierten gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur unter Einbeziehung neuer Konzepte der Leistungserbringung (z.B. Krisenwohnungen und ambulant aufsuchende Behandlung) und auf Basis verbindlich geregelter und aufeinander abgestimmter Verbundstrukturen ohne oder mit deutlich verkürztem Krankenhausaufenthalt ausreichend versorgt werden könnte.

Hierzu muss die Bedarfsnotwendigkeit klinischer Leistungen unter Einbeziehung des Gesamtleistungssystems bewertet und die als unabdingbarer Bestandteil der Gemeindepsychiatrischen Versorgung erforderlichen klinischen Kapazitäten adäquat finanziert sein. Hierzu bedarf es einer Fortentwicklung der gesetzlichen Regelungen.

3. Die forensische Behandlung muss effektiviert, Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie müssen integrativ entwickelt werden

Die Kooperation der Forensischen Psychiatrie mit der klinischen Allgemeinpsychiatrie und der Gemeindepsychiatrie muss ausgebaut und verbindlich vereinbart werden, um so die Akzeptanz des gesamten psychiatrischen Versorgungssystems zu stärken.

Die Allgemeinpsychiatrie sollte stärker als bisher durch gemeinsame Fortbildungsmaßnahmen und Kooperationen mit den forensischen Einrichtungen Aspekte des "Risikomanagement" in die Behandlungskonzepte integrieren. Dazu sind u.a. in der medizinischen, betreuenden und pflegerischen Versorgung Angebote für Personen mit komplexen Hilfebedarfen weiter zu entwickeln, die auch Elemente mit Risikomanagement beinhalten, um im eigenen Zuständigkeitsbereich den Aspekt der Gefährlichkeit bei der Behandlung und Betreuung psychisch Kranker kompetent einzuschätzen und zu berücksichtigen (Risikomanagement).

Die forensische Nachsorge ist qualitativ und erforderlichenfalls auch quantitativ so auszubauen, dass durch die Vernetzung mit möglichst allen relevanten Akteuren der sozialen und beruflichen Integration und die Einbeziehung der allgemeinpsychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassener Psychiater und Psychotherapeuten Rückfälle weitestgehend vermieden und eine nachhaltige Eingliederung erreicht werden kann.

Dem vom Bundesverfassungsgericht zuletzt verstärkt postulierten Rechtsanspruch der forensischen Patientinnen und Patienten auf eine effektive und freiheitsorientierte kriminaltherapeutische Behandlung muss durch optimierte - Behandlungsabläufe und verlässliche Begutachtungsinstrumentarien Rechnung getragen werden. Hierzu zählt auch - die Entwicklung von spezifischen Leitlinien und Behandlungspfaden in der Forensik.

Externe Gutachten durch qualifizierte forensische Sachverständige zum Behandlungsverlauf und zur Gefährlichkeitsprognose stellen bereits jetzt eine externe Qualitätskontrolle dar. Zusätzlich bedarf es auch Supervisions- bzw. Qualitätszirkeln, die mit klinisch erfahrenen Forensikern besetzt sind.

4. Die Chancen der künftig regional auszurichtenden Bedarfsplanung müssen auch für den Bereich Psychiatrie aktiv genutzt werden.

Die Versorgungssegmente Rehabilitation und Pflege, von denen psychisch kranke Menschen überdurchschnittlich häufig betroffen sind, sollten künftig in eine epidemiologisch begründete Bedarfsplanung einbezogen werden. Daneben ist insbesondere die ambulante psychotherapeutische Versorgung auf der Basis kleinräumiger, morbiditätsorientierter Bedarfsanalysen zu planen, um die trotz zahlenmäßiger Überversorgung in größeren Planungseinheiten parallel bestehende Unterversorgung – z.B. in bestimmten ländlichen Regionen sowie Stadtteilen mit sozialen Brennpunkten – zu beseitigen. In diesem Zusammenhang sollte die ambulante psychothe-

rapeutische Versorgung strukturell besser vernetzt werden mit anderen Hilfesystemen wie Hausärzten, Sozialpsychiatrischen Diensten, Kliniken und Kriseninterventionsdiensten, um sektorübergreifend eine rasche, effiziente Versorgung zu sichern. Dazu bedarf es verbindlich vereinbarter, einheitlicher Qualitätssicherungsparameter in allen Sektoren.

II Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung

- Solange die gesetzlichen Rahmenbedingungen weiter bestehen, müssen konsequent Möglichkeiten für eine „Mischfinanzierung“, bezogen auf den Einzelfall unterstützt werden. Dies erleichtert eine zeitgleiche und aufeinander abgestimmte Leistungserbringung der beteiligten Hilfesysteme im Sinne eines „Maßnahme-Bündels“. Hierzu sollten auf regionaler Ebene verbindlich Clearingstellen eingerichtet werden.
- Das jeweilig spezifische Wissen der Hilfesysteme muss in einem strukturierten Dialog ausgetauscht und auf gemeinsame Hilfeansätze hingewirkt werden.
- Kinder- und jugendpsychiatrisches Basiswissen sollte auch in angrenzenden Hilfesystemen stärker vorhanden sein. Hierzu eignen sich Aus- und Weiterbildung, Fortbildungen, Supervisionen.
- Die verschiedenen Hilfesysteme treten in einen Dialog über die Wirksamkeit der Hilfen ein. Dies wird im Ergebnis dazu führen, dass dieses Wissen bei der Hilfeplanung verstärkt einfließen kann.
- Erfahrungen aus Modell- und Pilotprojekten sollten länderübergreifend noch stärker kommuniziert und der Wissenstransfer verbessert werden. Dies schließt auch Erfahrungen über erprobte/etablierte Kooperationsstandards sowie besondere Finanzierungsmodelle ein.
- Der Aufbau von Hilfesysteme-übergreifenden Kooperationsstrukturen sollte durch Übernahme erprobter Modellprojekte gefördert werden.

III Gerontopsychiatrische Versorgung

Es gibt vielfältige Handlungsfelder- und möglichkeiten, um bestehenden Defiziten zu begegnen. In der Bundesrepublik existieren zudem – wenn auch regional sehr unterschiedlich verteilt – zahlreiche Beispiele einer guten Praxis, die darauf warten, auch andernorts adaptiert zu werden.

Ein erstes Handlungsfeld ist die **Prävention und Gesundheitsförderung**. Beide können die Chancen auf Vermeidung, Verzögerung, Heilung und Rehabilitation psychischer Krankheiten im Alter zum Teil deutlich erhöhen. Universalpräventive Ansätze in allen Altersgruppen wie auch die gezielte Ansprache von Risikogruppen (z. B. Menschen in Alten- und Pflegeheimen) sind daher zu intensivieren. Hierbei ist ein besonderes Augenmerk auf die Gefahren von suizidalen Verhaltensweisen im Alter zu richten. Letztlich braucht es eine ressourcenorientierte Gesamtkonzeption für Prävention und Gesundheitsförderung, die die gesamte Bevölkerung - auch und gerade die ältere - tatsächlich erreicht.

Ein zweites Handlungsfeld besteht in der **Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgungsangebote**. Der Leitgedanke hierbei ist, dass sich die Regelsysteme besser für diese Aufgabe qualifizieren und mit bestehenden und teilweise neu einzurichtenden gerontopsychiatrischen Spezialeinrichtungen vernetzen müssen. Deshalb kommt auch der Weiterentwicklung und verbreitung der Integrierten Versorgungsmodelle in diesem Bereich eine besondere Bedeutung zu. Dringend erforderlich ist zudem eine bessere psychotherapeutische Versorgung alter Menschen.

Psychisch kranke alte Menschen brauchen ein Hilfesystem, das personenzentriert, fachlich kompetent und gemeindenah ihrem komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedarf gerecht wird. Hierfür müssen - als drittem Handlungsfeld – deutlich bessere strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden. Die **enge Verzahnung und vertraglich gesicherte Zusammenarbeit aller Hilfeleistungssysteme** schafft hierfür die beste Grundlage. Um in der vertrauten Umgebung auch mit einer psychischen Erkrankung leben zu können, brauchen betroffene Menschen und ihre Angehörigen zudem fachliche Anleitung in der häuslichen Versorgung und finanzierbare Alltagshilfen.

Ein viertes – sehr weites – Handlungsfeld ist die **Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen** für die Versorgung und Unterstützung psychisch kranker alter Menschen. Diese umfassen u.a. die Sozialgesetzbücher V, IX, XI, XII, die Regelungen zum Verbraucherschutz, Landespflegegesetze und die Landesgesetze für Hilfen psychisch kranker Menschen. Generell ist es notwendig, die Sozialgesetzgebung so zu verbessern, dass dem Prinzip „ambulant vor stationär“ endlich Geltung verschafft wird und Schnittstellenprobleme besser überwunden werden. Die von der Aktion Psychisch Kranke e.V. in ihren „Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD)“ differenzierten Forderungen zum Umbau des Sozial- und Gesundheitssystems werden von der AG Psychiatrie der AOLG ausdrücklich unterstützt.

Fünftens ist die deutliche **Verbesserung der gerontopsychiatrischen Kompetenz aller an der Versorgung beteiligten Akteure** erforderlich. Das gilt zunächst einmal für die Hausärzte als den ersten Ansprechpartnern alter Menschen im medizinischen System. Zu fördern und zu unterstützen sind aber auch Aufbaustudiengänge, Weiterbildungen und Fortbildungsangebote, die gerontopsychiatrische Qualifikationen berufsbezogen etwa an Sozialarbeiter, Psychologen, Pädagogen, Krankenpflegeberufe u.a. vermitteln. Besonders hilfreich ist es, wenn sich gerontopsychiatrische Verbände als Träger der gemeinsamen Fortbildung etablieren.

Außerdem sollte die **Anzahl der Lehrstühle für Gerontopsychiatrie** erhöht, das Fach **Gerontopsychiatrie in der Weiterbildungsordnung** stärker verankert und ein **Schwerpunkt Gerontopsychiatrie** im nervenärztlichen Fächerkanon eingerichtet werden.

Das sechste Handlungsfeld betrifft schließlich die **Entstigmatisierung** psychisch kranker alter Menschen und die Aufklärung über psychische Erkrankungen im Alter. Initiativen, die durch Information und Aufklärung zur Bekämpfung von Stigma und Diskriminierung älterer psychisch Kranker beitragen, sollten ein wichtiger Schwerpunkt in allen Bereichen der Gesundheits- und Sozialversorgung werden.