

Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter Psychiatrischer Abteilungen und Fachkliniken im Land Brandenburg, Arbeitskreis Gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrische Versorgung im Land Brandenburg - Standortbestimmung und Perspektiven -

30.11.2011

1. Einführung

Frau S., 78J., hat nach einem Schlaganfall zwar keine wesentlichen körperlichen Einschränkungen erlitten, aber eine deutliche Wesensänderung mit impulshaften Stimmungseinbrüchen und teils wahnhafter Erlebnisverarbeitung. In Überforderungssituationen reagiert Fr. S. jetzt schnell mit suizidalen Äußerungen und Handlungen, was zu wiederholten Klinikaufnahmen führt. Nach einigen Tagen auf der Station hat sich die Situation wieder beruhigt. In der Visite befragt, wie es nun weitergehen solle, antwortet Fr. S., ganz erstaunt: „Ach, kann ich nicht hier wohnen bleiben? Hier geht es mir doch gut!“

Was ist Gerontopsychiatrie?

Die Gerontopsychiatrie ist Teil der Psychiatrie und beschäftigt sich mit psychischen Störungen im höheren Lebensalter. Im Allgemeinen wird die Altersgrenze der Zugehörigkeit zur Gerontopsychiatrie mit dem 65. Lebensjahr gesehen. Zu bedenken ist allerdings, dass die Gruppe der über 65Jährigen keine homogene Gruppe ist, sondern in sich noch einmal unterschiedliche Generationen verkörpert, deren Interessen und Behandlungsbedürfnisse sich z. T. erheblich unterscheiden. So sollte die Zuweisung zur Gerontopsychiatrie sich weniger nach dem Lebensalter, sondern vielmehr nach den alters- oder krankheitsbedingten Einschränkungen der Alltagsfertigkeiten richten.

Die Häufigkeit psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung in der Gruppe der über 65Jährigen liegt bei 25%. Das Krankheitsspektrum entspricht im wesentlichen dem jüngerer Menschen, wobei es mit ansteigendem Lebensalter zu einer deutlichen Zunahme von Demenzerkrankungen kommt. Der Begriff „Gerontopsychiatrie“ lässt sich allerdings nicht verkürzen auf die Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen. Gerontopsychiatrie umfasst das gesamte Spektrum psychischer Störungen, die Diagnostik und Therapie von z. B. Depressionen, somatoformen Störungen, Angststörungen, Suchterkrankungen und wahnhaften Störungen. In Altenpflegeheimen sind bis zu 70% der Bewohner psychisch krank, leiden vor allem an dementiellen Erkrankungen, depressiven und paranoiden Syndromen sowie Suchterkrankungen.

2. Strukturen gerontopsychiatrischer Versorgung und aktuelle Probleme

Im Land Brandenburg existiert ein flächendeckendes Netz von insgesamt 18 Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrischen Fachkliniken. Diese Kliniken verfügen ausnahmslos über einen stationären Bereich, eine Tagesklinik und eine Psychiatrische Institutsambulanz im Sinne einer

Behandlungskette. Viele Kliniken betreiben an ausgelagerten Standorten weitere Tageskliniken und/oder Psychiatrische Institutsambulanzen, um eine wohnortnahe Versorgung in der Fläche zu gewährleisten.

2.1 Ambulante Behandlung

Die erste Anlaufstelle im Falle einer körperlichen und/oder psychischen Erkrankung ist in der Regel der Hausarzt. Von seiner Erreichbarkeit, seinem Wissensstand und Engagement hängt u.a. ab, wie schnell ältere Menschen die für sie optimale Behandlung erhalten können. Notwendige Überweisungen erfolgen zu niedergelassenen Nervenärzten, Psychiatern, in die Psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken oder zu niedergelassenen Psychotherapeuten. In Regionen mit niedriger allgemein- oder fachärztlicher Präsenz und langen Wartezeiten auf einen fachärztlichen Behandlungstermin steigt die Zuweisungsrate in die Kliniken durch den Rettungsdienst deutlich an. In zunehmendem Ausmaß finden sich auch in kleineren Ortschaften Beratungsangebote, z.B. für Demenzkranke und ihre Angehörigen, durch Träger der Altenhilfe wie auch die gesetzlich etablierten Pflegestützpunkte.

In allen Psychiatrischen Institutsambulanzen in Brandenburg werden ältere psychisch Kranke versorgt. Entscheidend ist hierbei nicht die Frage, ob spezielle gerontopsychiatrische oder sogenannte Gedächtnissprechstunden existieren, sondern ob ein entsprechendes Interesse und eine gerontopsychiatrische Qualifikation des multiprofessionellen Teams der PIA, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialarbeitern und Spezialtherapeuten, vorliegen. Die Kenntnis aller im Versorgungsgebiet existierenden gerontopsychiatrischen Angebote einschließlich der Angebote der Altenhilfe ist selbstverständliche Voraussetzung. Das von Experten geforderte gerontopsychiatrische Assessment unter Berücksichtigung aller relevanten psychischen, somatischen und sozialen Faktoren ist eine der Kernaufgaben des multiprofessionellen Teams der Psychiatrischen Institutsambulanzen. Psychiatrische Institutsambulanzen versorgen auch psychisch Kranke in stationären Pflegeeinrichtungen. Hier gilt es die notwendigen Ausgangsvoraussetzungen für eine Behandlung in der PIA wie auch die kollegiale Zusammenarbeit mit haus- und fachärztlichen Kollegen zu beachten. Eine weitere Form der aufsuchenden Hilfe bietet das multiprofessionelle Team der sozialpsychiatrischen Dienste, vor allem, wenn Betroffene aus Krankheitsgründen die notwendige Behandlung und Unterstützung nicht eigenständig in Anspruch nehmen.

Im Bereich der Psychotherapie und Psychosomatik besteht für ältere Menschen eine erhebliche Unterversorgung. Die Patienten selbst nehmen die entsprechenden Angebote häufig nicht wahr, weil sie über solche Möglichkeiten nicht informiert sind und auch Hemmschwellen bestehen, solche Behandlungen anzunehmen. Ältere Menschen sind in den Praxen niedergelassener Psychotherapeuten deutlich unterrepräsentiert. Den Psychiatrischen Institutsambulanzen kommt hier eine wesentliche diagnostische und motivierende Funktion zu. Nach Diagnose- und Indikationsstellung für eine ambulante Psychotherapie sollten zur Überbrückung der Wartezeit Therapieangebote ambulant oder bei Notwendigkeit teilstationär erfolgen.

2.2 Teilstationäre Behandlung

Ältere Patienten mit psychischen Störungen können durch spezielle gerontopsychiatrische Tageskliniken oder in einer der vielen psychiatrischen Tageskliniken mit integrierter Versorgung (alle Altersgruppen ab 18. Lebensjahr) versorgt werden. Begrenzend für eine tagesklinische Behandlung ist ein deutlich reduzierter Allgemeinzustand, so dass die Belastungen einer teilstationären Therapie nicht zumutbar sind, eine fortgeschrittene Demenz und akute Suizidalität. Gerade im ländlichen Raum allerdings wird das Angebot einer teilstationären Behandlung, trotz des Angebotes eines Fahrdienstes, nur zögerlich angenommen, da sich die psychisch kranken älteren Menschen durch das damit verbundene „am Morgen rechtzeitig fertig sein müssen“ überfordert fühlen. Psychiatrische Tageskliniken verfügen über ein breites diagnostisches und therapeutisches Angebot mit einem differenzierten Einsatz von Psycho- und Soziotherapie, Pharmakotherapie, Bewegungs- wie auch kreativen und ergotherapeutischen Angeboten, welches den Bedürfnissen des älteren Menschen angepasst werden muss.

Eine Alternative zur tagesklinischen Behandlung ist für ältere chronisch psychisch Kranke der Besuch einer Tagespflegestätte, die eine fördernde, aktivierende und tagesstrukturierende Zielstellung haben und häufig auch an kleineren Orten im ländlichen Raum eröffnet wurden. Kompetenzen können so möglichst lange erhalten werden und für die Angehörigen besteht die Möglichkeit der Entlastung. Insgesamt tragen Einrichtungen der Tagespflege dazu bei, chronisch psychisch Kranken den Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen.

2.3 Stationäre Behandlung

Älteren Menschen mit psychischen Störungen stehen alle Psychiatrischen Kliniken und Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern offen. Demenzkranke werden aufgenommen, wenn zusätzliche psychische Auffälligkeiten wie eine depressive oder wahnhaftige Symptomatik oder eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestehen. Patienten mit anderen psychischen Störungen, wie die im höheren Lebensalter sehr häufigen Depressionen, kommen dann zur stationären Therapie, wenn der Schweregrad der Erkrankung eine ambulante/teilstationäre Therapie nicht zulässt oder Patienten mit körperlichen Einschränkungen diese nicht in Anspruch nehmen können. Leider ist immer wieder festzustellen, dass ältere Menschen mit z.B. schweren Depressionen erst nach sehr langem Verlauf der Erkrankung in die Klinik kommen. Die Einweisung erfolgt überwiegend über die Hausärzte. Es bedarf gemeinsamer Anstrengungen, um die ambulanten Therapiemöglichkeiten konsequenter auszuschöpfen und ältere psychisch Kranke rechtzeitig einer fachärztlichen ambulanten Therapie zuzuweisen. Eine stationäre Einweisung kann so häufiger verhindert werden.

Die stationäre Diagnostik und Therapie folgt in allen psychiatrischen Kliniken und Abteilungen Brandenburgs dem Prinzip eines mehrdimensionalen Settings unter Berücksichtigung somatischer, sozialer und psychotherapeutischer Aspekte. Zur Anwendung kommen: Einzel- und Gruppengespräche, Ergotherapie, Musiktherapie, Entspannungstherapie, Bewegungs- und Sporttherapie, Physiotherapie, Kreativtherapie, alltagspraktisches Training (Küchentraining, Einkaufstraining, Anziehtraining usw.), Gedächtnistraining bzw. kognitives Training und andere Therapieformen. Sehr wichtig ist die Einbeziehung von Angehörigen, deren

Beratung, das Angebot von Angehörigengruppen und der Kontakt zu Selbsthilfegruppen. In den Fachkrankenhäusern dominieren eigene Fachabteilungen für Gerontopsychiatrie. In den Psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gibt es neben Spezialstationen für Gerontopsychiatrie die integrierte Versorgung, d. h. die Behandlung älterer Patienten gemeinsam mit jüngeren Patienten auf einer Station. Im Folgenden sollen diese beiden Versorgungsmodelle näher beschrieben werden. Entscheidend ist allerdings nicht die Frage einer spezialisierten oder integrierten Behandlung, diese hängt von Bettenkapazitäten und regionalen Besonderheiten ab, sondern die gerontopsychiatrische Kompetenz des Behandlerenteams und das gut durchdachte Konzept der stationären Betreuung, welches die Interessen älterer Patienten umfassend berücksichtigt.

2.3.1 Spezialisierte Gerontopsychiatrische Stationen

Das Gesamtkonzept ist auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichtet und das Personal (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegefachkräfte, Spezialtherapeuten) verfügt über zusätzliche Qualifikationen im Bereich Gerontopsychiatrie. Die Mitarbeiter identifizieren sich idealerweise mit ihrer Tätigkeit in besonderem Maße und pflegen einen ermutigenden, respektvollen Umgang mit älteren Patienten. Einer emotionalen Überforderung sollte durch regelmäßige Supervision entgegengewirkt werden. Vorteil dieser spezialisierten Behandlung ist die Chance, den speziellen Bedürfnissen älterer Menschen in besonderem Maße Rechnung zu tragen. So wird der fast immer bestehenden Multimorbidität besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die Psychotherapie ist ebenfalls auf die Bedürfnisse Älterer zugeschnitten und enthält einen intensiveren aktivierenden Anteil und einen Schwerpunkt für die Bearbeitung von Verlusten und die Bewältigung des anstehenden Lebensabschnittes. Bei hochbetagten Menschen nehmen die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, Angst vor Pflegebedürftigkeit und Einsamkeit einen besonders breiten Raum ein. Als günstig hat sich die Einbindung eines Krankenhausseelsorgers bei der Bearbeitung existenzieller Themen erwiesen.

Nachteil gerontopsychiatrischer Stationen ist die mitunter von Patienten und Angehörigen als belastend erlebte Konfrontation der depressiven Patienten mit der Problematik von Demenzkranken. Gerade bei einer Konzentration von Patienten mit Demenz und schweren Verhaltensauffälligkeiten wie lautem Schreien ist das Stationsklima für die anderen psychisch Kranken ungünstig. In Abhängigkeit von der Bettenkapazität werden deshalb demente und depressive ältere psychisch Kranke auf getrennten Stationen behandelt. Andererseits entsteht durch die Konzentration schwer dementer und in höchstem Maße pflegebedürftiger Patienten eine enorme psychische und körperliche Belastung für das dort tätige Personal, so dass unter diesem Aspekt eher eine Durchmischung der Stationen mit unterschiedlich schwer Kranken wünschenswert ist.

2.3.2 Integrierte gerontopsychiatrische Behandlung (Altersmischung)

Die gemeinsame Behandlung aller Patienten jenseits des 18. Lebensjahres auf einer Station wird in vielen psychiatrischen Abteilungen in Brandenburg bevorzugt. Hervorgehoben wird in diesem Zusammenhang, dass ältere Menschen nicht isoliert therapiert werden sollten, sondern im Miteinander auf einer Station sich die Interaktionen zwischen jüngeren und älteren Menschen ereignen, die auch im Wohnumfeld und der eigenen Familie wichtig sind. Eine therapeutische Bearbeitung

von konflikthafter Beziehungen wird so erleichtert. Es wird auch auf das gegenseitige Hilfspotenzial verwiesen. Ein weiterer Vorteil einer solchen Behandlungsform ist deren größere Akzeptanz durch die Betroffenen selbst und deren Angehörigen. Voraussetzung ist, dass bei einer integrierten Behandlung auf altersgemischten Stationen den speziellen Problemen älterer Patienten genügend Aufmerksamkeit gewidmet wird und das Team gerontopsychiatrisch qualifiziert ist.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die stationäre Therapie älterer psychisch Kranker besonderen Anforderungen genügen muss. Dies betrifft sowohl die Gruppe der Demenzkranken, die Diagnostik und Therapie von deliranten Zustandsbildern als auch die Therapie z. B. von Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, somatoformen oder wahnhaften Störungen. Aufgrund der häufig bestehenden Multimorbidität ist eine gute allgemeinmedizinische/geriatrische Kompetenz in die Behandlung einzubringen, ebenso wie eine besonders intensive Sozialarbeit und Angehörigenarbeit. In der Psychotherapie sind ebenfalls die besonderen Problembereiche Älterer zu berücksichtigen.

3. Vernetzung

3.1 Interdisziplinäre Vernetzung

Die Multimorbidität des älteren Menschen wie auch das Zusammenwirken psychischer und somatischer Faktoren gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder gebietet eine enge Zusammenarbeit zwischen Gerontopsychiatrie und somatischen Fachgebieten. Zur Diagnostik und Behandlung des psychisch und somatisch kranken älteren Menschen innerhalb der Psychiatrie gehört ein hohes Maß an somatischer Kompetenz, dass, wenn es nicht im eigenen Behandlungsteam vorliegt, über an vielen Kliniken etablierte Konsiliar – und Liasondienste hinzugezogen wird, teils auch unter Mitwirken niedergelassener Fachärzte. Besonders hervorzuheben ist hierbei der enge Kontakt zur Geriatrie, wo es viele Überschneidungsgebiete gibt, sowohl die Patienten betreffend, die zwischen den Fächern wechseln, als auch die mehrdimensionale Betrachtungsweise der Erkrankungen im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells, die beiden Disziplinen zu eigen ist. Die Zusammenarbeit zwischen der Gerontopsychiatrie und der Geriatrie gestaltet sich in vielen Regionen ohne Probleme, vor allem dann, wenn Einrichtungen der Gerontopsychiatrie und der Geriatrie unter einem Träger vereint sind. Hier gibt es über den üblichen Konsiliardienst hinaus langjährig etablierte Formen der Zusammenarbeit zum Nutzen der Patienten, wie die Integration psychisch Kranker älterer Menschen bei somatischer Behandlungsbedürftigkeit in geriatrische Tageskliniken, gemeinsame Visiten und Fallbesprechungen im Rahmen eines Liasondienstes oder das Modell einer geriatrisch-gerontopsychiatrischen Gemeinschaftsstation. Schwierigkeiten entstehen vor allem dort, wo unterschiedliche Träger in nachbarschaftlicher Nähe um Patienten konkurrieren und von der Übereinkunft, ältere Menschen bei im Vordergrund stehender psychischer Erkrankung in die Psychiatrie, bei im Vordergrund stehender somatischer Erkrankung in die Geriatrie/Somatik zuzuweisen, aus wirtschaftlichen Gründen abgewichen wird.

Überregionale Klinikzentren sind nicht sinnvoll und nicht erforderlich, da sie das eigentliche Problem, nämlich die langfristige, ressourcensparende Versorgung in der Fläche, nicht lösen. Genauso wenig hilfreich ist ein beliebiges Anwachsen der Zahl

stationärer Pflegeeinrichtungen, häufig mit ebenso überregionalem Einzugsgebiet, was zu einem regelrechten „Demenztourismus“ führt, zum Nachteil der Betroffenen und der Regionen. Hier wäre analog zu Berlin die Einstellung von geriatrisch-gerontopsychiatrisch qualifizierten „Heimärzten“ durch Träger stationärer Pflegeeinrichtungen zu fordern, um die ohnehin schon überstrapazierte ambulante haus- und fachärztliche Versorgung zu entlasten und Klinikzuweisungen aufgrund mangelnder ambulanter Betreuung zu vermeiden.

An vielen Kliniken gibt es, selbst wenn gerontopsychiatrische oder geriatrische Abteilungen vor Ort sind, eine Unterversorgung von Demenz- oder schwer depressiv Kranken in somatischen Abteilungen, die zwar organbezogen hoch spezialisierte Leistungen anbieten, aber die selbstverständlichen Prinzipien bei der Versorgung multimorbider älterer Patienten nicht realisieren, was zu gehäuften Komplikationen (mit hohen Folgekosten) und erhöhter Mortalität führt. Nur gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten können diese Situation nachhaltig verändern.

3.2 Regionale Vernetzung

Eine in allen Landkreisen etablierte, allerdings unterschiedlich präsente Struktur ist die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG), in der alle an der Versorgung psychisch Kranker beteiligten Träger der Hilfen für psychisch Kranke, der Jugend- und Altenhilfe, Behinderten- und Suchtkrankenhilfe mitwirken. Vielerorts haben sich spezielle gerontopsychiatrische Netzwerke entwickelt als Kooperation von Kliniken und niedergelassenen Ärzten, Anbietern von Pflegeleistungen (ambulante Pflegedienste, Einrichtungen der Tagespflege, Pflegeheime), gemeinnützigen Vereinen, Beratungsstellen, Behörden und Selbsthilfegruppen. Ist eine solche Kooperation vertraglich geregelt mit verbindlichen Festlegungen zu bsp. Übergabe-, Behandlungs- und Betreuungsabläufen oder einer gemeinsamen Aus-, Fort- und Weiterbildung, spricht man von einem regionalen gerontopsychiatrischen Versorgungsverbund. Auch in kleinerem Rahmen, z.B. Zusammenarbeit von Kliniken mit regionalen Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, existieren solche Netzwerke. Diese teils bereits langjährig existierenden Strukturen sollten auch zukünftig konsequent für die bessere Vernetzung gerontopsychiatrischer Behandlungs- und Betreuungsangebote genutzt werden. Hierbei könnte durch eine entsprechende finanzielle Unterstützung ein Anreiz geschaffen werden.

Zusätzlich erforderlich sind neben der Nutzung von überregionalen Weiterbildungsangeboten im ärztlichen und pflegerischen Bereich für alle an der regionalen gerontopsychiatrischen Versorgung Beteiligten offene Foren zum Austausch. Hierfür stehen die an den Kliniken angebotenen Fortbildungsveranstaltungen allen Interessierten offen. Auch in regionalen „Stammtischen“ oder Qualitätszirkeln können klinisch tätige Psychiater und Geriater, niedergelassene Fachärzte, Psychotherapeuten und Hausärzte gemeinsame Positionen erarbeiten und verbesserte Formen der Zusammenarbeit finden. Ebenso gibt es in der Pflege regional trägerübergreifende Aus- und Fortbildungen. Nicht zu vernachlässigen ist auch die Öffentlichkeitsarbeit, die es älteren Menschen ermöglichen sollte, die bestehenden gerontopsychiatrischen Angebote rechtzeitig wahrzunehmen und Vorurteilen wie auch einer Stigmatisierung älterer psychisch Kranker entgegen zu wirken. Hilfreich ist hierbei neben Informationsbroschüren zu den einzelnen Erkrankungen ein „Wegweiser durch die Gemeinde“ mit allen Angeboten für Senioren als Internetportal oder in Papierform.

4. Bevölkerungsentwicklung in Brandenburg und resultierende Veränderungen für die gerontopsychiatrische Versorgung

Abb.1 Bevölkerung Land Brandenburg in Personen insgesamt

	2008	2010	2030	Entw. 2030 zu 2008	
Land Brandenburg	2.522.493	2.495.762	2.227.330	-295.163	-11,7 %
Kreisfreie Städte					
Brandenburg an der Havel	72.516	71.584	62.797	-9.719	-13,4%
Cottbus	101.785	99.742	85.471	-16.314	-16,0%
Frankfurt (Oder)	61.286	59.913	51.097	-10.189	-16,6%
Potsdam	152.966	155.970	182.467	29.501	19,3%
Landkreise					
Barnim	176.888	176.381	162.917	-13.971	-7,9%
Dahme-Spreewald	161.482	161.155	153.776	-7.706	-4,8%
Elbe-Elster	115.560	111.946	87.484	-28.076	-24,3%
Havelland	155.141	154.639	151.542	-3.599	-2,3%
Märkisch-Oderland	191.997	191.026	174.628	-17.369	-9,0%
Oberhavel	202.231	202.466	189.975	-12.256	-6,1%
Oberspreewald-Lausitz	125.216	121.284	93.756	-31.460	-25,1%
Oder-Spree	186.542	183.582	153.761	-32.781	-17,6%
Ostprignitz-Ruppin	104.786	102.633	82.349	-22.437	-21,4%
Potsdam-Mittelmark	204.277	204.042	192.080	-12.197	-6,0%
Prignitz	84.284	81.874	61.804	-22.480	-26,7%
Spree-Neiße	130.626	126.530	95.736	-34.890	-26,7%
Teltow-Fläming	162.073	161.424	147.491	-14.582	-9,0%
Uckermark	132.837	128.571	98.197	-34.640	-26,1%

Abb.2 Bevölkerung Land Brandenburg in Personen > 65 Jahre

	2008	2010	2030	Entw. 2030 zu 2008	
Land Brandenburg	554.419	564.048	845.261	290.842	52,5%
Kreisfreie Städte					
Brandenburg an der Havel)	18.897	19.129	22.800	3.903	20,7%
Cottbus	22.627	22.922	30.132	7.505	33,2%
Frankfurt (Oder)	13.633	13.705	19.366	5.733	42,1%
Potsdam	29.918	30.814	44.910	14.992	50,1%
Landkreise					
Barnim	36.507	37.927	64.823	28.316	77,6%
Dahme-Spreewald	36.527	37.542	57.409	20.882	57,2%
Elbe-Elster	28.256	28.274	37.151	8.895	31,5%
Havelland	31.661	32.446	52.278	20.617	65,1%
Märkisch-Oderland	40.460	41.305	69.393	28.933	71,5%
Oberhavel	41.934	43.176	68.459	26.525	63,3%
Oberspreewald-Lausitz	31.785	31.845	38.667	6.882	21,7%
Oder-Spree	42.312	43.170	64.934	22.622	53,5%
Ostprignitz-Ruppin	22.944	23.081	35.225	12.281	53,5%
Potsdam-Mittelmark	40.953	42.290	71.811	30.858	75,3%
Prignitz	21.281	21.192	28.581	7.300	34,3%
Spree-Neiße	30.325	30.280	42.774	12.449	41,1%
Teltow-Fläming	33.480	34.041	52.425	18.945	56,6%
Uckermark	30.919	30.909	44.123	13.204	42,7%

Die statistischen Angaben zeigen zwei wesentliche Veränderungen: zum einen, mit Ausnahme der Stadt Potsdam, einen Bevölkerungsrückgang von im Mittel 11,7% bis 2030, in einigen Landkreisen (Prignitz, Spree-Neiße, Uckermark) bis 26,7%. Der Verlust betrifft vor allem die jüngere und mittlere Generation, der Anteil an Bürgern über 65 Jahre steigt hingegen im Land Brandenburg im Mittel um 52,5%, in einigen Landkreisen (Barnim, Märkisch-Oderland, Potsdam-Mittelmark) um bis zu 77,6%. Die Überalterung der verbliebenen Bevölkerung und der damit verbundene Mortalitätsanstieg, auch für gerontopsychiatrische Krankheitsbilder, stellt das Versorgungssystem vor erhebliche Herausforderungen. Die Kliniken müssen den Mehrbedarf an gerontopsychiatrischen Behandlungsplätzen abdecken; setzt man einen Bedarf von 10 Betten pro 10.000 Einwohner > 64 Jahre voraus, bedeutet dies einen erforderlichen Anstieg um bis zu 30 zusätzliche gerontopsychiatrische Betten pro Landkreis. Zu rechnen ist in den Kliniken vor allem mit einer Zunahme der hochaltrigen Patienten, also der über 80-Jährigen. Ob der Bedarf an gerontopsychiatrischen Betten durch eine Abnahme allgemeinpsychiatrischer Behandlungsfälle kompensiert werden kann, ist fraglich, da bei schwacher Infrastruktur und damit verbundenen steigenden psychosozialen Belastungen der Bürger eher mit einer Zunahme psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit auch im mittleren Lebensalter zu rechnen ist.

Noch dramatischer ist die Entwicklung im ambulanten Bereich. Bedingt durch die Abwanderung der jüngeren Generationen fehlt es an familiärer Unterstützung z.B. für die häusliche Pflege. Damit einher geht der Verlust der Infrastruktur im ländlichen Raum: die Busverbindung, der Hausarzt oder die Einkaufsmöglichkeiten vor Ort sind für ältere, in ihrer Mobilität eingeschränkte Menschen eine Voraussetzung für Lebensqualität. Professionelle Pflege kann dies nicht ohne weiteres kompensieren, es mangelt bereits jetzt an Fachkräften im ambulanten wie im stationären Sektor. Mit dem Bevölkerungsrückgang verbunden sind abnehmende finanzielle Ressourcen der öffentlichen Haushalte wie der Kranken- und Pflegekassen bei gleichzeitigem Kostenanstieg und Mehrbedarf. Ansätze, professionelle Hilfe durch Freiwilligenarbeit zu ersetzen, stoßen mangels geeigneter Bewerber vielerorts an ihre Grenzen.

5. Perspektiven

So unterschiedlich die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen in den verschiedenen Regionen sind, so vielseitig sind auch die Ideen, mit der zu erwartenden Zunahme des gerontopsychiatrischen Behandlungsbedarfs umzugehen. In einigen Landkreisen wird die Problematik, bsp. im Rahmen von „Zukunftswerkstätten“, bereits aktiv thematisiert, in anderen Regionen dominiert eine abwartende Haltung. Neben den vorausgehend bereits geschilderten Problemen und Veränderungsmöglichkeiten sollen hier zusammenfassend mögliche Strategien in Abhängigkeit der regionalen Bedürfnisse (städtischer Raum, sog. Speckgürtel, ländlicher Raum) aufgezeigt werden. Ergänzend werden im Anhang an einzelnen Beispielen detailliertere regionale Perspektiven dargestellt.

5.1 Perspektiven im städtischen Raum

Mit Ausnahme der Stadt Potsdam ist auch in den Städten Brandenburgs mit einem deutlichen Bevölkerungsrückgang zu rechnen bei gleichzeitigem Anstieg der über 65-Jährigen. Dies darf nicht allgemein zu einem Abbau psychiatrischer

Behandlungskapazitäten führen, vielmehr ist mit einer Umverteilung psychiatrischer Behandlungsfälle zugunsten der gerontopsychiatrischen Patienten zu rechnen. Neben den spezialisierten gerontopsychiatrischen Abteilungen wie auch den integrierten, altersgemischten stationären Behandlungsmöglichkeiten für ältere psychisch Kranke bietet sich gerade im städtischen Umfeld die Erweiterung des tagesklinischen Behandlungsangebots an. Hier müssen vorhandene Konzepte den Bedürfnissen älterer Menschen angepasst werden, bsp. durch eine Verkürzung der täglichen Behandlungszeit, Ruhezeiten in entsprechenden Räumlichkeiten wie auch einem angepassten spezialtherapeutischen Angebot. Ein weiterer, wesentlicher Baustein ist im Rahmen der regionalen Vernetzung die gerontopsychiatrische Qualifizierung von Mitarbeitern in der Altenhilfe, so dass ältere psychisch Kranke auch im Rahmen der ambulanten, Tages- oder vollstationären Pflege gut versorgt sind. Hier könnten bei entsprechender finanzieller Förderung auch Kooperationen entstehen wie außerklinische Sprechstunden oder eine Heimarztstätigkeit. Bei einem eklatanten Mangel an einem psychosomatischen/ psychotherapeutischen Behandlungsangebot für ältere psychisch kranke Menschen wäre darüber hinaus zu überlegen, ob dies nicht fester Bestandteil der Arbeit der Psychiatrischen Institutsambulanzen werden sollte nach entsprechender vertraglicher Regelung, um langfristig hohe Behandlungskosten, bsp. durch überflüssige somatische Diagnostik, zu senken (siehe auch Anhang 8.4).

5.2 Perspektiven im sog. „Speckgürtel“

In den Berlin nahen Regionen ist der allgemeine Bevölkerungsrückgang weniger ausgeprägt, umso deutlicher steigt hier zukünftig der Anteil der über 65Jährigen. Dabei gelten für die Gemeinden am Berliner Stadtrand eher städtische, in entfernteren Regionen eher ländliche Bedingungen. Dies betrifft auch die aktuellen und zukünftigen Versorgungsstrukturen. Den stationären klinischen Bereich betreffend ist auch hier mit der Notwendigkeit einer Erweiterung des gerontopsychiatrischen Behandlungsangebotes zu rechnen und entsprechende Kenntnisse in allen psychiatrischen Teams zu gewährleisten. Auch außerhalb des Fachgebietes der Psychiatrie müssen sich die Krankenhäuser auf die zunehmende Zahl hochaltriger Patienten mit ihren spezifischen Bedürfnissen einstellen. Hier gilt es, gerontopsychiatrische Kompetenzen zu vermitteln wie auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Geriatrie wie auch den anderen somatischen Fächern zu stärken, analog im teilstationären und ambulanten Behandlungsangebot der Kliniken. Die Versorgung der eher ländlichen Gemeinden seitens der Kliniken ist darüber hinaus im Rahmen der Behandlungskette durch Außenstandorte der Psychiatrischen Institutsambulanzen, auch Praxen im Rahmen eines MVZ und Tageskliniken mit einem altersgerechten Behandlungsangebot sicher zu stellen. Hier ist neben der Etablierung eines Fahrdienstes für Patienten auch die aufsuchende Behandlung durch ein psychiatrisches Behandlungsteam, bsp. durch Mitarbeiter der Psychiatrischen Institutsambulanz, sinnvoll. Eine flächendeckende Versorgung ist nur in Zusammenarbeit mit allen Trägern der Altenhilfe zu erreichen, so dass auch hier eine verbindliche Vernetzung unabdingbar ist.

5.3 Perspektiven im ländlichen Raum

Im ländlichen Bereich ist der erwartete Bevölkerungsrückgang am deutlichsten, während auch hier der Anteil der 65Jährigen an der Allgemeinbevölkerung steigt. Eine rückläufige Infrastruktur, Ärzte- und Pflegefachkräftemangel und eine

abnehmend mögliche familiäre Unterstützung werden hier in besonderem Maße wirksam. Im stationären klinischen Bereich gelten auch hier die o.g. Ausführungen. Die Nutzung teilstationärer Behandlungsangebote ist aufgrund der langen Wegstrecken für viele ältere Patienten, auch wenn ein Fahrdienst angeboten wird, nicht oder nur unter großen Anstrengungen möglich. Umso mehr ist hier zu überlegen, ob nicht der umgekehrte Weg – gerontopsychiatrische Kompetenz in komplementäre Einrichtungen zu bringen – erfolgversprechender wäre. Dies kann sowohl die aufsuchende Behandlung durch die Mitarbeiter der Psychiatrischen Institutsambulanz sein wie vertraglich geregelte und finanziell abgesicherte Kooperationen mit Tagespflegestätten, Beratungsstellen und Pflegeheimen, um eine „Sprechstunde vor Ort“ anbieten zu können. In besonderem Maße ist hier eine aktive Netzwerkarbeit mit allen an der Versorgung der älteren psychisch Kranken Beteiligten einschließlich der Hausärzte erforderlich.

6. Zusammenfassung

Die prognostizierte demografische Entwicklung im Land Brandenburg mit einem besonders im ländlichen Raum Bevölkerungsrückgang der jüngeren Generationen und einer deutlichen Zunahme des Anteils der über 65jährigen Bewohner stellt die Politik und die Krankenhäuser vor große Herausforderungen. Dem wachsenden Behandlungs- und Versorgungsbedarf älterer Menschen ist bei sinkenden finanziellen und personellen Ressourcen Rechnung zu tragen.

Ziel aller Überlegungen ist dabei, eine wohnortnahe, qualifizierte gerontopsychiatrische Versorgung ambulant, teilstationär und stationär sicherzustellen. Kein multimorbider, hochbetagter Mensch sollte in eine geriatrische oder gerontopsychiatrische Klinik oder eine stationäre Pflegeeinrichtung eingewiesen werden müssen, weil die gemeindenahen Versorgungsstrukturen ambulant nicht vorgehalten werden oder nicht über die nötige Kompetenz verfügen. Wir sind deshalb der Auffassung, dass die beschriebenen regional bestehenden Strukturen zur Versorgung älterer psychisch Kranker konsequent genutzt werden sollten und der Schwerpunkt auf eine verbesserte und konsequente Zusammenarbeit und Qualifikation innerhalb der unterschiedlichen Regionen zu setzen ist.

Seitens der Kliniken bestehen umfassende ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungskonzepte für gerontopsychiatrische Patienten, teils im Rahmen einer in die Allgemeinpsychiatrie integrierten gerontopsychiatrischen Versorgung, teils im Rahmen spezialisierter gerontopsychiatrischer Abteilungen. Hier wären die regional bestehenden Angebote dem Bedarf entsprechend zu erweitern resp. auf weitere Standorte auszuweiten. An einigen Kliniken ist bereits eine Kooperation mit stationären und teilstationären Einrichtungen der Geriatrie etabliert, eine weitere Zusammenarbeit ist zwingend erforderlich, um die anstehenden Aufgaben zu bewältigen. Auch andere somatische Abteilungen innerhalb der Kliniken werden sich zukünftig auf die Bedürfnisse und Besonderheiten älterer Patienten vermehrt einstellen müssen, auch um Zuweisungen in gerontopsychiatrische Abteilungen zu reduzieren.

Die Schlüsselrolle kommt auch zukünftig den Strukturen der ambulanten Versorgung zu. Haus- und Fachärzte müssen in ausreichender Zahl vorhanden und gerontopsychiatrisch qualifiziert sein. Kliniken wie auch Träger der ambulanten,

teilstationären und stationären Pflege, von Beratungsstellen und Seniorenverbänden müssen vermehrt in regionalen Netzwerken verbunden sein, denn ihnen obliegt die zukünftige Gestaltung der Versorgung in ihrer Region. Innovative Projekte, die aus dieser Zusammenarbeit resultieren, sollten finanziell und politisch unterstützt, wissenschaftlich evaluiert und bei Erfolg langfristig etabliert werden.

7. Literatur

Berlin–Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2011: Gutachten zum demografischen Wandel im Land Brandenburg.

DGPPN, DGN (Hrsg.) 2009: S3-Leitlinie Demenz

DGGPP e.V. 2007: Strukturen gerontopsychiatrischer Versorgung

DGGPP e.V. 2007: Indikationen und Kriterien für die Behandlung von alterspsychiatrischen Patienten in Institutsambulanzen (PIA)

DGGPP e.V. 2008: Abgrenzungen und Beziehungen der Gerontopsychiatrie und – psychotherapie zu anderen Disziplinen

LBV Brandenburg 2010: Bevölkerungsvorausschätzung 2009 bis 2030

MUGV Brandenburg 2009: Umfrage gerontopsychiatrische Versorgung

Wetterling, T., Gutzmann, H., Haupt, K.: Gründe für die Einweisung in eine gerontopsychiatrische Klinik. *Nervenarzt* (2008) 79: 340 – 347

8. Kontakt

Dr. med. Heidi Müßigbrodt
Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Sprecherin des Arbeitskreises Gerontopsychiatrie

Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Oberhavel Kliniken, Klinik Hennigsdorf
Marwitzer Str. 91
16761 Hennigsdorf
heidi.muessigbrodt@oberhavel-kliniken.de

9. Anhang

9.1 Beispiel städtischer Raum: Stadt Frankfurt/Oder

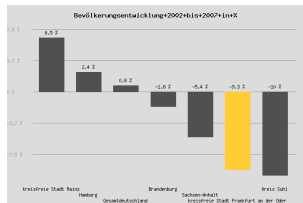
Auf einen Blick

Die Stadt Frankfurt/ Oder gliedert sich in 5 Stadtteile, diese unterteilen sich in 19 Stadtbezirke (davon 9 Ortsteile). Mit Stand vom 31.12.2010 leben in Frankfurt insgesamt 59.616 Einwohner, davon 7502 in den Ortsteilen.

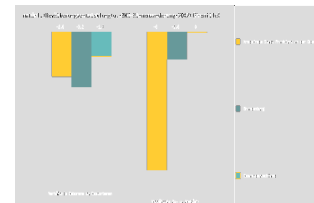
Bevölkerungsentwicklung

Die höchste Einwohnerzahl erreichte die Stadt im Jahr 1988 mit 87 863 Einwohnern. Seither ist eine kontinuierliche Verringerung der Einwohnerzahl zu verzeichnen.

Datum	Einwohner
31.12.2005	63.748
31.12.2006	62.594
31.12.2007	61.969
31.12.2008	61.286
31.12.2009	60.625
31.12.2010	59.616



Die [Bevölkerungsentwicklung](#) der kreisfreien Stadt Frankfurt an der Oder ist seit Mitte der 90er Jahre negativ verlaufen. Im Zeitraum von 2002 bis 2007 lag der Wert bei -9,3% (zum Vergleich: Landesdurchschnitt Brandenburg -1,8%, Bundesmittel 0,8%).



Genauer betrachtet lag das Verhältnis der Geburten zu den Sterbefällen im Jahr 2007 bei -2,6 Promille und das Verhältnis der Zuzüge zu den Fortzügen bei -8 Promille. Die Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und darüber ist in Frankfurt/O. seit 1990 stetig gestiegen. Von 1990 bis 2003 entspricht dieser Anstieg 45,4 % (Kommunale Statistikstelle).

Bevölkerungsprognose

Der Trend der Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung wird entsprechend den Berechnungen des statistischen Bundesamtes weiter Fortbestehen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch das Landesamt. Nach dem regional-realistischen Szenario wird in der Stadt Frankfurt (Oder) ein Einwohnerverlust von 11,4 % bis zum Jahr 2020 prognostiziert. Das entspricht einem Bevölkerungsrückgang um etwa 6.900 Personen. Die Einwohnerentwicklung verläuft dabei stetig rückläufig.

Im Zeitraum von 2020 bis 2030 verringert sich die Einwohnerzahl wahrscheinlich um weitere 9,6 % (12.069 Personen). Nach Altersgruppen betrachtet ist mit einem merklichen Einwohnergewinn in der Altersgruppe der Senioren ab 65 Jahre zu rechnen.

Aktueller Versorgungsstand

Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung

In der Stadt arbeiten 4 niedergelassene Nervenärzte/ Fachärzte für Neurologie/ Psychiatrie. Mit einem Schlüssel von 1: 15.000 liegt dieser Versorgungsgrad etwas über dem Bundesdurchschnitt von 1: 17.000. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass diese Fachärzte viele Bewohner der angrenzenden Landkreise mitversorgen.

In der Stadt sind 6 psychologische Psychotherapeuten und 2 ärztliche Psychotherapeuten tätig, wobei eine Niederlassung ausschließlich in Privatliquidation geführt wird. Mit durchschnittlich 1: 7452 liegt der Versorgungsgrad hier weit unter dem Bundesdurchschnitt von 1: 4.300.

Der Psychiatrischen Institutsambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik mit ihrem ausgewiesenen multiprofessionellen Team kommt ebenfalls eine große Bedeutung bei der ambulanten Behandlung chronisch und schwer psychisch Erkrankter zu. Eine spezielle Gedächtnissprechstunde ist hier nicht etabliert. Jedoch werden alle Patienten entsprechend ihres individuellen Krankheitsbildes und Bedarfs diagnostiziert und behandelt.

	Patientenzahl	Besuche
2005	2.314	8.503
2006	2.687	9.746
2007	2.764	9.759
2008	2.327	8.647
2009	2.146	8.321

(interne Statistik)

Die Zahlen zeigen einen Rückgang der Fallzahlen und Behandlungen seit 2008. Dies war und ist der schwierigen Personalsituation geschuldet, kein tatsächlicher Rückgang des Bedarfs.

Für die Bevölkerungsgruppe über 65 Jahre ergeben sich folgende interne Zahlen der PIA Frankfurt/Oder aus der eigenen Statistik.

Patienten

	2006	2007	2008	2009	2010	31.09.2011	vorauss. 2011
65-74	75	74	71	68	68	62	83
75-84	36	31	26	20	24	23	31
85+	8	12	7	6	4	5	7

Fallzahl

	2006	2007	2008	2010	31.09.2011	vorauss. 2011	
65-74	230	239	219	208	202	148	197
75-84	114	99	71	50	61	57	76
85+	15	34	21	20	15	13	17

Stationäre und teilstationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung im gerontopsychiatrischen Bereich leistet die *Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik am Klinikum Frankfurt/Oder* mit insgesamt 108 Betten und 20 tagesklinischen Plätzen.

Davon sind 24 Betten explizit für die gerontopsychiatrische Versorgung ausgewiesen, eine Station mit 18 Betten behandelt im Bereich Gerontopsychiatrie/ Sucht, aber auch auf allen anderen Stationen werden ältere Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern behandelt.

Der Altersdurchschnitt der am Klinikum insgesamt stationär behandelten Patienten ist seit 2005 von 51,3 Jahren auf aktuell 54,4 Jahre stetig gestiegen. Gleiches trifft für den psychiatrischen Bereich zu. Hier stieg der Altersdurchschnitt von 48,5 Jahren im Jahr 2005 auf 52,1 Jahre aktuell. Dabei ist in diesem Beobachtungszeitraum der Anteil der Patienten über 65 Jahre um 26% gestiegen, die der über 75-jährigen um 65% und der Anteil der über 85-jährigen stieg um 36%. Den höchsten Anstieg haben wir also im Altersbereich der 75- 84-jährigen zu verzeichnen, wobei das Altersmittel hier mit knapp 79 Jahren relativ konstant blieb.

Die psychiatrische Tagesklinik Frankfurt/ Oder behandelte im Zeitraum seit 2005 bis jetzt insgesamt 36 Patienten über 65 Jahre. Davon waren 3 Patienten über 75 Jahre. Über 85-jährige wurden nicht teilstationär behandelt.

Die *geriatrische Klinik am Krankenhaus „Lutherstift“* hat 66 Betten für alte Menschen mit vorwiegend körperlichen Erkrankungen. Die häufigen psychischen Begleiterkrankungen werden auch hier mitbehandelt. 2011 wurde unter gleicher Trägerschaft und Inhalten eine Tagesstätte mit 10 Plätzen eröffnet.

Ambulante Pflege

Derzeit sind in der Stadt 11 ambulante Pflegedienste tätig.

Zudem werden teilstationäre Angebote, entsprechend einer Tagesstätte, durch derzeit 3 Träger mit insgesamt 45 Plätzen für Senioren angeboten.

Albert Hirsch Charitas	18 Plätze
„Am Südring“ AWO	12 Plätze
Haus „Lena“	15 Plätze

Eine spezielle psychiatrische ambulante Pflege gibt es nicht.

Stationäre Pflege

Neben den 11 Pflege- und Senioreneinrichtungen werden in Trägerschaft des „Wohn- und Pflegezentrums“ der „Gemeinnützigen Pflege- und Betreuungsgesellschaft der Stadt“ 15 Plätze für chronisch psychisch Kranke mit erhöhtem Betreuungsaufwand vorgehalten.

Demenz- Wohngruppen

In der Stadt gibt es, neben den Möglichkeiten des betreuten Seniorenwohnens an Heimeinrichtungen (mit und ohne WBS), zwei spezielle Angebote:

Demenz-WG Heilbronnerstr. 8 - max. 10 Plätze
 „Haus Lena“ OT Markendorf 10 Bewohner

Hospiz

Seit 2001 besteht unter Trägerschaft der Wichern Wohnstätten und soziale Dienste GmbH das „Regine- Hildebrandt- Haus“ und zusätzlich besteht, durch ehrenamtliche Hilfe, die ambulante Hospizpflege.

Beratung und Begleitung

Die Kontakt- und Beratungsstelle für Demenzkranke des ASB steht für Beratung, Schulung und Selbsthilfegruppenarbeit sowie zahlreiche Aktivitäten rund um das Thema Demenz/ Alzheimer den Erkrankten und deren Angehörigen als Partner zur Verfügung.

Ehrenamtliche Betreuung in der eigenen Wohnung

Unter Anleitung der KBS betreuen ehrenamtliche Kräfte, die von der Alzheimergesellschaft Brandenburg dafür ausgebildet wurden, Demenzkranke zu Haus.

	2005	2007	2009
Betreute	9	38	73
HelferInnen	10	20	44
Betreuungsstunden	1325	2757	10.263

Modellprojekt für ältere Migranten

Das Projekt „ Prävention und Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten“ Unter dem Dach der „Regionalen Arbeitsstelle für Ausländerfragen“ für v.a. ältere Menschen aus russischsprachigen Ländern mit Gruppenangeboten in der Muttersprache zu den Themen Sport, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtprävention (eine Vollzeitkraft für den Zeitraum 2009- Dezember 2012).

Netzwerkarbeit

PsAG, AK Geriatrie/ Gerontopsychiatrie mit Facharbeitskreisen (z.B. „stationäre Pflege“)

Nahziele der Psychiatrieplanung

- Bedarfsgerechte ambulante, teilstationäre und stationäre gerontopsychiatrische Versorgung, angepasst auf den prognostisch weiter zu erwartenden Anstieg der Anzahl Älterer und Hochbetagter; insbesondere der damit verbundenen Erhaltung der Bettenkapazität im stationären gerontopsychiatrischen Klinikbereich und im Bereich der psychiatrischen Institutsambulanzen
- Ausbau Wohnprojekte/ Wohngemeinschaften für Demenzkranke und ältere Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen
- Ausbau Tagesangebote für demenzkranke Menschen, die noch zu Haus leben

9.2.1 Beispiel sog. Speckgürtel: Landkreis Oberhavel

Der Landkreis Oberhavel hat derzeit 202.466 Einwohner, davon 43.176 im Alter über 65 Jahre (21,3%). Bei einem prognostizierten Bevölkerungsrückgang um insgesamt 6,1% im Jahr 2030 wird der Anteil der über 65-Jährigen dann bei 36,0% liegen. Die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung ist dabei im Landkreis sehr unterschiedlich verteilt: während die Bevölkerung in den Berlin nahen Randgemeinden (vor allem Mühlenbecker Land, Hohen Neuendorf, Birkenwerder) mit Ausnahme der Stadt Hennigsdorf weiterhin wächst, zeigt sich im Norden des Landkreises ein deutlicher Bevölkerungsrückgang (vor allem Fürstenberg/Havel, Zehdenick, Gransee). Der prognostizierte prozentuale Anstieg an über 65-Jährigen ist unabhängig von der Lage in einigen Gemeinden eklatant (Oberkrämer 175,9%). Im Landkreis leben derzeit 2967 Demenzkranke, im Jahr 2015 werden dies 3325 sein (Erhebungsdaten der Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e.V.)

Der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Oberhavel Kliniken, einer GmbH in Trägerschaft des Landkreises, eingebettet in die Strukturen eines modernen Allgemeinkrankenhauses, obliegt mit 92 Betten (Standort: Hennigsdorf), 35 Tagesklinikplätzen (Standort: Hennigsdorf, Oranienburg) und einer Psychiatrischen Institutsambulanz (Standort: Hennigsdorf) die Vollversorgung des Landkreises. Ergänzend sind zwei Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im MVZ (Standort: Oranienburg, Gransee) angestellt.

Das bestehende gerontopsychiatrische Behandlungsangebot gliedert sich in

Vollstationär:

- Geriatriisch-gerontopsychiatrische Gemeinschaftsstation für Patienten mit psychiatrischer und somatischer Behandlungsbedürftigkeit und hohem Pflegeaufwand, hier psychiatrischerseits vor allem Patienten mit schweren Verhaltensstörungen bei Demenz und schwer depressive Patienten
- Gerontopsychiatrischer Schwerpunkt als integrierter Bestandteil einer akutpsychiatrischen Station mit Schwerpunkt affektive Erkrankungen, hier vor allem ältere Patienten mit depressiven, wahnhaften, somatoformen, Angst- oder Suchterkrankungen

- Integration älterer Patienten in die altersgemischt bestehenden stationsübergreifenden störungsspezifischen Behandlungsmodule der Abteilung
- Notfallversorgung Rettungsstelle und Konsiliardienst in den somatischen Abteilungen

Teilstationär:

- Störungsspezifisches Gruppentherapieangebot in den altersgemischten Tageskliniken in Hennigsdorf, Oranienburg und seit dem 1.9.2011 in Gransee, dort ist ab 2012 eine Kooperation mit der Tagesklinik für Geriatrie (Standort: Gransee) vorgesehen
- Tagesklinik für Geriatrie (Standort: Hennigsdorf) bei somatisch behandlungsbedürftiger Erkrankung und psychiatrischer Komorbidität

Ambulant:

- Psychiatrische Institutsambulanz (Standort: Hennigsdorf) mit allen Möglichkeiten der gerontopsychiatrischen Komplexbehandlung
- Psychiatrische Praxen im MVZ Oranienburg und Gransee, hier auch aufsuchende Behandlung von Heimbewohnern

Vernetzung:

- Für Angehörige Demenzkranker spezifische Angehörigengruppe/-beratung in Kooperation mit dem Märkischen Sozialverein
- Gemeinsame Fallkonferenzen mit den Mitarbeitern des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises
- Mitglied im Netzwerk „Geborgen im Alter“ des Landkreises Oberhavel
- Für externe Ärzte und Pflegefachkräfte offene Weiterbildungen zu gerontopsychiatrisch relevanten Themen

Der Anteil an Patienten über 65 Jahre lag bereits 2006 bei 20,5% aller vollstationären psychiatrischen Patienten, etwa entsprechend dem Altersanteil in der Allgemeinbevölkerung. Vor allem durch das stationsübergreifende, störungsspezifische Behandlungskonzept der psychiatrischen Abteilung ist es möglich, schnell und flexibel auf veränderte Patientenströme zu reagieren. Der für 2030 prognostizierte Zuwachs an über 65-Jährigen um 63,3% ist allerdings auch damit nicht allein zu bewältigen. Ausgehend von der Messziffer 10 Betten/10.000 Einw. > 64 Jahre ergäbe sich ein Bedarf an 69 gerontopsychiatrischen Betten. Ziel muss also angesichts eingeschränkter finanzieller und personeller Ressourcen sein, die vollstationäre gerontopsychiatrische Behandlungsbedürftigkeit einzugrenzen.

Dies könnte innerhalb der Klinik neben den bereits bestehenden Maßnahmen durch die Implementierung eines stationsunabhängigen Kompetenzteams „Demenz“ sein, welches multiprofessionell (Arzt, Pflege, Psychologe, Sozialdienst) mit Unterstützung der Angehörigen oder ehrenamtlichen Helfern Demenzpatienten in den somatischen Abteilungen des Krankenhauses mitbetreut. Den teilstationären wie auch ambulanten Bereich betreffend gilt es, wie an den Oberhavel Kliniken bereits begonnen, Außenstandorte für Tageskliniken, Psychiatrische Institutsambulanzen und Facharztpraxen zu etablieren, um eine fachkompetente, wohnortnahe Versorgung abzusichern. Hierzu gehört auch die Nutzung von Fahrdiensten im ländlichen Raum, um bei fehlender Verkehrsanbindung den Patienten den Zugang zu professioneller Hilfe zu ermöglichen. Zu diskutieren wäre, über die bestehenden Angebote des

Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Altenhilfe hinaus, auch die Einführung einer bsp. an die PIA angebotenen „psychiatrischen Gemeindegeschwester“ (analog den Community Psychiatric Nurses in Großbritannien) mit dem Angebot einer aufsuchenden psychiatrischen Behandlung und Behandlungskoordination vor allem für eingeschränkt krankheitseinsichtige Patienten mit daraus resultierendem Gefährdungspotential. Ein Ausbau der aufsuchenden ambulanten Versorgung in dieser oder anderer Form ist immer wünschenswert, aber nicht immer kostengünstiger, da bedingt durch lange Fahrzeiten und notwendige Zeiten für Fallbesprechungen, Dokumentation u.a. Arbeitszeit am Patienten verloren geht. Es ist Aufgabe der Gesundheitspolitik, hier klare finanzielle Anreize zu setzen und Verbindlichkeiten zu schaffen.

9.2.2 Beispiel sog. Speckgürtel: Immanuel Klinik Rüdersdorf

Eckpunkte zur Weiterentwicklung gerontopsychiatrischer Versorgung

Einleitung

Ziel dieser Ausarbeitung ist es, Wege in der gerontopsychiatrischen Versorgung aufzuzeigen, die zu einer Verbesserung der Behandlungs-, Betreuungs- und Pflegesituation und damit der Lebensqualität psychisch kranker älterer Menschen in unserer Region beitragen können. Im ersten Abschnitt werden die Bevölkerungsprognose, resultierende regionale Bedarfsentwicklungen sowie die derzeitige Versorgungssituation dargestellt. Der zweite Abschnitt befasst sich mit den vorhandenen Strukturen, Behandlungsangeboten und der aktuellen Inanspruchnahme unserer Klinik durch ältere psychisch Kranke. Im dritten Abschnitt werden schließlich einzelne konkrete Maßnahmen angesprochen, die geeignet scheinen, die alterspsychiatrische Versorgung zu verbessern.

Die regionale Herausforderung

Bevölkerungsprognose und Bedarfsentwicklung

Die Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Immanuel Klinik Rüdersdorf ist für die psychiatrische Pflichtversorgung der Altkreise Strausberg und Fürstenwalde in Brandenburg mit etwa 240.000 Einwohnern zuständig. Die folgenden Zahlen des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg, die unsere Versorgungsregion betreffen, zeigen klar einen zunehmenden Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung von älteren Patienten an:

Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen im Landkreis Oder-Spree bis 2030 bezogen auf 2008:

- Zunahme der 65-jährigen oder älter um 53,5% (2011: +1,4%)
- Zunahme der 80-jährigen oder älter¹ um 156,6% (2011 +24,3%)
- Abnahme der 20-65-jährigen² um 39,7% (2011 -2,4%)

¹ Segment der Hochaltrigen mit der höchsten Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen und Komplikationen (Demenz, Delir, Depression) sowie somatischer Komorbidität

² potentiell pflegende Angehörige

Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen im Landkreis Märkisch-Oderland

bis 2030 bezogen auf 2008:

- Zunahme der 65-jährigen oder älter um 71,5% (2011: +1,7%)
- Zunahme der 80-jährigen¹ oder älter um 143,2% (2011 +20,5%)
- Abnahme der 20-65-jährigen² um 31,1% (2011 -0,2%)

Die aktuelle Bevölkerungsprognose³ für das Land Brandenburg geht von einer insgesamt rückläufigen Bevölkerungsentwicklung in den Landkreisen Oder-Spree (-17,6%) und Märkisch-Oderland (-9%) bis 2030 (bezogen auf 2008) aus. Der Bevölkerungsrückgang resultiert ausschließlich aus der negativen natürlichen Entwicklung (Geburtendefizit). Grundsätzlich sollte die Situation im Berliner Umland von der im so genannten weiteren Metropolenraum unterschieden werden. So wird für das Berliner Umland im Landkreis Oder-Spree für den genannten Zeitraum nur ein Bevölkerungsrückgang von -6,5% prognostiziert, in der Berlin nahen Region in Märkisch-Oderland kommt es sogar zu einem leichten Bevölkerungszuwachs von 0,9%. Diese Entwicklungen sind dadurch begründet, dass Wanderungsgewinne die negativen natürlichen Bevölkerungsbilanzen durch das Geburtendefizit (teilweise) kompensieren. Für die im weiteren Metropolenraum gelegenen Anteile unserer Versorgungsregion verläuft dagegen die Bevölkerungsentwicklung auch künftig stark negativ. Für den Bevölkerungsrückgang in den weiteren Metropolenräumen sind zu etwa 4/5teln das Geburtendefizit, zu 1/5tel Wanderungsverluste verantwortlich. Von der Abwanderung sind jüngere Altersgruppen, insbesondere auch junge Frauen stark betroffen.

Durch die Zuwanderung aus Berlin vor allem seit Mitte der 90er Jahre werden für das Berliner Umland für 2030 mit 79,8% die höchsten Bevölkerungszuwächse im Rentenalter (65 Jahre und älter) erwartet. Der Zuwachs dieser Bevölkerungsgruppe im weiteren Metropolenraum fällt mit 39,8% moderater aus. Dafür werden in den Berlin fernen Regionen mit 41,1% die größten Verluste im Segment der 15-65jährigen erwartet (im Berliner Umland 10,1%), also in demjenigen Bevölkerungsanteil, aus dem sich potentiell pflegende Angehörige rekrutieren.

Wir erwarten demnach eine deutliche Zunahme von Älteren und besonders Hochaltrigen. Da bis heute keine präventiven oder therapeutischen Entwicklungen zur durchgreifenden Beeinflussung von Inzidenz oder Prävalenz alterspsychiatrischer Erkrankungen erkennbar sind, werden auch diese entsprechend häufiger auftreten. Die Zunahme im Alter häufig auftretender psychiatrischer Störungen wie Depressionen und Demenzerkrankungen betrifft in besonders hohem Maß das Berliner Umland. Hier wird z.B. die Häufigkeit von Demenzerkrankungen voraussichtlich um knapp 80% zunehmen, da Demenzen vor dem 65. Lebensjahr nur zu einem sehr geringen Anteil vorkommen und somit die Prävalenz dieser Erkrankungen eng mit den Entwicklungen im Alterssegment der über 65jährigen

³ Literatur:

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2010). Bevölkerungsprognose für das Land Brandenburg – 2009 bis 2030.
Landesamt für Bauen und Verkehr (2010). Bevölkerungsvorausschätzung 2009 bis 2030. Ämter und amtsfreie Gemeinden des Landes Brandenburg.
Landesamt für Bauen und Verkehr (2010). Kreisprofil Märkisch-Oderland 2010 – Basisinformationen.
Landesamt für Bauen und Verkehr (2010). Kreisprofil Oder-Spree 2010 – Basisinformationen.

korreliert ist. Das Fritz Beske Institut kommt für Deutschland zu einer prozentualen Zunahme von Demenzerkrankten um 51% bis 2030 (bezogen auf das Jahr 2007). Auch andere alterskorrelierte Erkrankungen aus dem somatischen Bereich werden deutlich zunehmen⁴, was wiederum zu einer deutlich höheren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen wird. Auf die bekannten Zusammenhänge zwischen psychiatrischer (Ko-)Morbidity, somatischen Komplikationsraten und die Ausbildung von Delirien kann in diesem Kontext nur hingewiesen werden. Es ist jedoch aus den aufgezeigten Entwicklungen abzusehen, dass es nicht nur im psychiatrischen Bereich zu einem deutlich höheren Versorgungsbedarf kommen wird, sondern auch im somatischen Bereich alterspsychiatrische Krankheitsbilder zunehmend häufiger vorkommen werden. Schulungen, ein Ausbau der Konsiliartätigkeit sowie ggf. Anpassung von Abläufen und Milieu wären geeignet, um für diese Patienten die Versorgung zu verbessern. Die oben für das Berliner Umland dargestellten Entwicklungen gelten prinzipiell auch für den weiteren Metropolenraum, auch wenn der Zuwachs im Alterssegment der über 65jährigen mit 40% geringer ausfällt. Die Problematik in den Berlin fernen Bereichen unseres Versorgungsgebietes und hier insbesondere in den ländlichen Regionen ist jedoch noch einmal eine andere: Da durch die negative natürliche Bevölkerungsentwicklung und Abwanderung immer weniger pflegende Angehörige zur Verfügung stehen und durch eine im Alter eingeschränkte Mobilität, werden für diese Bevölkerungsgruppen die pflegerische Versorgung und die Zugangsmöglichkeiten zu medizinischen Leistungen zunehmend schwieriger.

Aktuelle Versorgungssituation

Im August 2011 erfolgte durch unsere Sozialarbeiterin und Mitarbeiterin im AK Gerontopsychiatrie, Frau Pfeil eine Recherche zur aktuellen Versorgungssituation Älterer in unserer Region. Insgesamt ist demnach die derzeitige Versorgung in der Region noch ausreichend, jedoch nicht immer am individuellen Hilfebedarf ausgerichtet und in Teilbereichen auch ungenügend. Es fehlt eine flächendeckende nervenärztliche Versorgung, die auch die Möglichkeit von Hausbesuchen beinhalten sollte. Weiterhin fehlen Psychotherapiegruppen oder Möglichkeiten der Einzelberatung für ältere Menschen, Angebote für Soziotherapie, kleinere Wohngemeinschaften im ländlichen Bereich bzw. Mehrgenerationenhäuser. Schon jetzt ist ein deutlich steigender Bedarf an Tagesbetreuungsangeboten spürbar. Eine ausreichende Versorgung von alten psychisch Kranken mit erhöhtem Pflege- und Betreuungsbedarf in ihrem Lebensumfeld ist nicht gegeben, alternativ bleibt der Umzug in ein Pflegeheim oft die einzige Lösung. Darüber hinaus fehlt im Landkreis Oder-Spree ein Heim mit spezieller Demenzstation, das mit schweren Verhaltensauffälligkeiten und Wegläufern zu Recht kommt. Eine Auflistung der vorhandenen Versorgungsangebote findet sich als Anlage.

Die interne Herausforderung

Struktur der Abteilung

⁴ Beske, F., Katalinic, A., Peters, E., Pritzkeleit, R. (2009). Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Bd. 114.

Die Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Immanuel Klinik Rüdersdorf verfügt zurzeit über 90 Betten verteilt auf zwei allgemein-psychiatrische Stationen, eine Station für Suchterkrankungen und eine Station für stationäre Psychotherapie. Darüber hinaus werden 35 tagesklinische Behandlungsplätze an den Standorten Fürstenwalde und Strausberg vorgehalten. Beide Tageskliniken arbeiten mit psychotherapeutischem Schwerpunkt, wobei die Tagesklinik in Fürstenwalde mit ihrem DBT-Programm auch über ein spezialisiertes Angebot für Patienten mit Borderline-Störungen verfügt. Das ambulante Versorgungsangebot wird über ein weites Diagnosespektrum entsprechend den Richtlinien zur PIA-Behandlung durch zwei Psychiatrische Institutsambulanzen in Rüdersdorf und Fürstenwalde sichergestellt. Durch einen internen Arbeitskreis Gerontopsychiatrie werden die Bedürfnisse unserer älteren Patientinnen vertreten und entsprechende Angebote weiterentwickelt.

Behandlungssetting und -angebot

Im stationären Bereich hat sich unsere Klinik für eine integrierte Versorgung alterspsychiatrischer Patienten entschieden. Gegenüber segregativen Versorgungsmodellen mit z.B. einer gerontopsychiatrisch spezialisierten Station haben integrative Lösungen den Vorteil, ein realistischeres Abbild der Gesellschaft zu liefern: Alte werden nicht ausgegrenzt und das Selbsthilfepotential zwischen alt und jung kann voll genutzt werden. Allerdings erfordert ein solches Modell auf die Belange Älterer abgestimmte Stationsabläufe, die insbesondere Überforderung vermeiden sollen. So ist bei älteren und kognitiv eingeschränkten Patienten oft eine diagnostische Maßnahme oder Therapieeinheit pro Tag günstiger als die Abarbeitung eines Tagestherapieplans, wie er vielleicht für einen jungen depressiven Patienten aufgestellt wird. Besonderen Wert wird auf die Gestaltung des Milieus im Rahmen einer festen Tagesstruktur gelegt, dass mal anregen, mal beruhigen aber den Patienten keinesfalls überfordern soll. Weiterhin ist für ein solch integratives Modell eine hohe geriatrische und allgemeinmedizinische Kompetenz bei Schwester und Ärzten notwendig. Daraus ergibt sich ein hoher Bedarf an Fort- und Weiterbildung. Schon jetzt erfolgen im ärztlichen Bereich wechselseitige Gastvisiten in Kooperation mit der nahe gelegenen geriatrischen Klinik, dem evangelischen Krankenhaus in Woltersdorf.

Alterspsychiatrische Patienten können grob in drei Gruppen eingeteilt werden:

- depressive und nur leicht kognitiv eingeschränkte Patienten
- schwerer kognitiv gestörte aber umgängliche Patienten mit deutlich erhöhtem Pflege- und Betreuungsbedarf
- Akutpatienten im Delir oder mit schweren Verhaltensstörungen

Für die erste Gruppe gibt es in unserem stationären Bereich neben der individuellen medizinischen und pflegerischen Versorgung verschiedene Gruppenangebote, wie die geleitete Gesprächsgruppe „Kunst des Älterwerdens“, bewegungstherapeutische (Spaziergang und Gymnastikgruppen) und ergotherapeutische und musiktherapeutische Angebote, gemeinsames Backen und Kaffeerunden sowie einmal wöchentlich eine Außenaktivität. Überwiegend finden diese Angebote stationsfern im selben Gebäude statt. Patienten, die in die zweite genannte Gruppe fallen, können aufgrund von Desorientierung und evtl. weiteren körperlichen

Einschränkungen ohne Hilfe die Station oft nicht verlassen. Hier wären Therapieangebote (Bewegung, Ergo) auf den Stationen gefragt, die bisher nicht ausreichend vorgehalten werden. Aufgrund der Störungsschwere kommen die oben genannten Therapieangebote für die letztgenannte Patientenkategorie nicht in Frage. Bei diesen Patienten steht die medizinische, pflegerische und therapeutische Einzelbetreuung (z.B. Physiotherapie) im Vordergrund. Um eine Überlastung einer Station zu vermeiden und um die Pflege zu schützen, werden Patienten dieser Gruppe auf alle drei Akutstationen verteilt. Delirante Patienten werden bei schwerer Grunderkrankung in den entsprechenden somatischen Disziplinen behandelt und konsiliarisch mitbetreut.

Ein spezifisches tagesklinisches Angebot für Ältere gibt es bisher nicht.

Die PIA bietet eine alterspsychiatrische Sprechstunde an. Neben der ärztlichen Diagnostik⁵, Beratung und Therapie sowie der Sozialberatung ist über die PIA eine neuropsychologische Diagnostik (z.B. CERAD) möglich. Einzeln oder in der Gruppe können Ergotherapie und kognitives Training verordnet werden. Die störungsspezifischen Angebote sind vielfältig, so können z.B. Patienten mit zusätzlich bestehenden schmerzhaften Bewegungseinschränkungen am Bewegungsbad teilnehmen.

Inanspruchnahme

Die Gesamt-Fallzahl lag im vollstationären Bereich⁶ im Mittel der letzten drei Jahre bei 1268 (2008: 1322, 2009: 1204, 2010: 1277) Fällen pro Jahr, die Tage stationärer Behandlung (mittlere Verweildauer x Fälle) stiegen von 2008 bis 2010 von 28291 auf 32053 Tage (+ 13%) an.

Im vollstationären Bereich lag der Anteil der Patienten über 65 Jahren in den letzten 3 Jahren (2008-2010) etwa bei 20% (17,8 - 22,7 %) anteiliger Verweildauer, wobei der Anteil der 65-79jährigen 12,2 - 14,9 % und der Anteil der über 80jährigen lediglich 5,4 - 6,2 % betrug. Eindeutige Trends im Anteil unserer älteren Patienten waren über den kurzen Beobachtungszeitraum von 3 Jahren nicht auszumachen. Die längsten Verweildauern hatten die Patienten in der Altersgruppe der 65-79jährigen (z.B. 2009: 31,3 Tage, Durchschnitt aller Patienten 24,4 Tage), die kürzesten Verweildauern die über 80jährigen (z.B. 2009: 16,3 Tage). Wirft man einen Blick auf das Diagnosenspektrum führt bei den Hochaltrigen das Delir bei Demenz mit deutlich über 50%, gefolgt von den affektiven Störungen. Bei den 65-79jährigen spielen dagegen affektive Störungen die größere Rolle (etwa 35%), dann folgen Delir bei Demenz (mit etwa 20%), dann alkoholassoziierte Diagnosen und Psychosen.

In unsere Tageskliniken werden Ältere bisher kaum aufgenommen. Die Fallzahl liegt in Strausberg wie in Fürstenwalde bei anteilig 1-3 Patienten zwischen 65-79 Jahren bezogen auf 120 respektive 150 Behandlungsfälle im Jahr. Hochaltrige werden bisher in unseren Tageskliniken nicht behandelt.

In unseren PIAs sind in den letzten Jahren rückläufige Fallzahlentwicklungen in der Alterspsychiatrie zu beobachten. In der PIA in Fürstenwalde betrug der Anteil der

⁵ Bildgebung und EKG werden derzeit vom Hausarzt veranlasst.

⁶ Die Daten sind auf die Gesamtheit der stationären Fälle bezogen, es fließen also auch die Fallzahlen der stationären Psychotherapie, wo überwiegend jüngere Patienten behandelt werden, mit ein.

über 65jährigen in den letzten 3 Jahren max. 10% in 2008 und sank bis 2010 auf 7% ab. Die über 80jährigen machten lediglich einen Anteil von unter 2% aus (aktuell 1,1%).⁷ Etwas anders sieht es in der PIA Rüdersdorf aus. Hier lag der Anteil alterspsychiatrischer Patienten 2009 bei 27% und 2010 noch bei 21%.⁸ Auch die Verteilung in den Altersgruppen unterscheidet sich von der PIA Fürstenwalde: Die über 80jährigen und die 65-79jährigen halten sich zahlenmäßig etwa die Waage, jedoch ist hier ebenfalls tendenziell eine Verjüngung bei den PIA-Patienten zu beobachten. Letztgenannte Entwicklung steht im Zusammenhang mit der viel diskutierten Nichterstattung von PIA-Behandlung bei Heimbewohnern, weshalb diese Patientengruppe nur sehr zurückhaltend durch die PIA behandelt wurde. Die inzwischen geklärten Voraussetzungen bezüglich der PIA-Fähigkeit demenzkranker Heimbewohner könnten in Zukunft zu einem gegensinnigen Trend führen.

Maßnahmen zur Verbesserung der alterspsychiatrischen Versorgung

Als Antwort auf die oben genannten Entwicklungen werden im Folgenden einzelne Maßnahmen vorgestellt, die zum einen gezielt Schwächen der derzeitigen gerontopsychiatrischen Versorgung ausgleichen, zum anderen aber auch unter der Prämisse "ambulant vor stationär" entsprechend einem sich ändernden alterspsychiatrischen Bedarf neue Strukturen schaffen, die geeignet sind, die Versorgung mittel- bis langfristig zu sichern. Den Vorschlägen zugrunde liegt das Verständnis einer regionalen Versorgungsverantwortung, welche deutlich über die Ebene der stationären Versorgung hinaus alle Aspekte ambulanten Versorgung umfasst. Solch eine medizinische, pflegerische, beratende und präventive Arbeit erfordert wiederum eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten. Als Kompetenzzentrum kommt der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik dabei eine führende Rolle zu.

Aufklärung und Kompetenz

Alle Anstrengungen bezüglich des Aufbaus gerontopsychiatrischer Angebote und Versorgungsstrukturen sind von der Akzeptanz im eigenen Haus abhängig. Diese kann nur über ein alterspsychiatrisches Verständnis durch Aufklärung und Wissensvermittlung erreicht werden. Bereits jetzt erfolgen regelmäßig Fortbildungen zu gerontopsychiatrischen Themen in der Abteilung sowie abteilungsoffen. Weitere Angebote dieser Art sind sicher sinnvoll. Neben einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit ist im Rahmen von Kooperationen prinzipiell auch die Fortbildung von Personal anderer Träger denkbar. Die gemeinsamen Visiten mit den Geriatern der Nachbarklinik sollten beibehalten werden.

Um das Verständnis für alterspsychiatrische Themen in der Somatik zu fördern, würden sich gemeinsame Projekte eignen, wie z.B. ein perioperatives gerontopsychiatrisches Assessment zur Vermeidung von Komplikationen (Delir) und dadurch bedingter Verkürzung von Verweildauer.

⁷ Gesamt-Fallzahl über alle Altersgruppen der PIA Fürstenwalde lag 2008 bei 1066, 2009 bei 1369 und 2010 bei 1346 Fällen pro Jahr.

⁸ Gesamt-Fallzahl über alle Altersgruppen der PIA Rüdersdorf lag 2009 bei 1574 und 2010 bei 1504 Fällen pro Jahr.

Ein weiteres zentrales Anliegen ist es, gerontopsychiatrische multiprofessionelle Kompetenz aufzubauen und Mitarbeiter zu gewinnen, die sich in hohem Maß mit der Altersmedizin identifizieren.

Verbesserung der Versorgung durch Erweiterung stationärer, tagesklinischer und ambulanter Angebote

Im stationären Bereich sind, wie oben ausgeführt, schwerer kognitiv eingeschränkte und immobile Patienten durch fehlende Angebote auf den Stationen nicht ausreichend gut versorgt. Wünschenswert wäre eine Beschäftigungstherapeutin, die sich auf den Stationen in Einzeltherapie oder kleinen Gruppen den Bedürfnissen dieser Patienten annimmt und mit anregenden Angeboten (z.B. Basteln, Ansprache, Singen, Bewegung) zu einer erfolgreichen Therapie beiträgt. Die Pflege würde dadurch deutlich entlastet werden.

Möglichkeiten zur Bewegung und insbesondere zum Ausagieren eines starken Laufdranges sind für desorientierte Patienten bei ganz überwiegend offen geführten Stationen nur unzureichend vorhanden, bzw. erfordern eine personalintensive Beaufsichtigung. Die Anlage eines geschützten Gartens, in dem sich auch desorientierte Patienten in Rundläufen frei bewegen können, wäre ideal. Ein solcher Garten spricht darüber hinaus alle Sinne an, bietet Möglichkeiten des Rückzugs und der Beschäftigung. Bei geplanten baulichen Veränderungen sollten Möglichkeiten der Integration solcher Anlagen und anderer geschützter Bewegungsräume geprüft werden.

Bisher gibt es in unserem Haus kein tagesklinisches Angebot für alterspsychiatrische Patienten. Gerade zur Verhaltensbeobachtung, zur Durchführung eines altersmedizinischen Assessments und zur Diagnostik aus einer Hand würde sich ein kurzer Aufenthalt in einer Tagesklinik eignen. Bei begleitenden depressiven Symptomen oder Verhaltensstörungen können längerfristige oder intermittierende Tagesklinikaufenthalte sinnvoller sein als eine vollstationäre Behandlung, bei der der Betroffene ganz aus seinen üblichen Lebensbezügen herausgenommen wird. Die geplante Akuttagesklinik in Rüdersdorf bietet die Chance zum Aufbau solcher Angebote.

Im ambulanten Bereich werden medizinische Aufgaben wie Diagnostik, Beratung von Patient, Angehörigen und Hilfesystem, adäquate Behandlung (ggf. auch Angehöriger) und Sekundärprävention schon heute von den Institutsambulanzen geleistet und dadurch Krankenhausaufenthalte vermieden. Der Anteil alterspsychiatrischer Patienten ist jedoch derzeit relativ gering, eine Zunahme und Verschiebung des Patientenprofils ist allein durch die demographische Entwicklung zu erwarten. Auch im ambulanten Bereich benötigen wir daher zunehmend multiprofessionelle gerontopsychiatrische Kompetenz. Die geplante Eröffnung einer dritten PIA in Strausberg bietet Gelegenheit, dies zu berücksichtigen. Die Implementierung weiterer ambulanter Gruppenangebote für Patienten und Angehörige („Kunst des Älterwerdens“, Angehörigen-Seminar Demenz⁹) sind bei zunehmendem Bedarf sinnvoll.

⁹ Ein Konzept für ein Angehörigen-Seminar Demenz liegt bereits in groben Zügen vor.

Besonders zur Betreuung und Versorgung kognitiv eingeschränkter und immobiler Patienten in ländlichen Regionen wären mobile Einsatz-Teams ideal. Diese sollten mit entsprechend ausgebildeten Pflegekräften und Ärzten besetzt sein und die Möglichkeit einer Sozialberatung vorhalten. Beziehungsarbeit spielt hier die entscheidende Rolle, Arztkontakte sind nicht in jedem Kontakt erforderlich und eine Delegation von Aufgaben an Pflegekräfte ist prinzipiell vorstellbar. PIAs bieten sich als Basis für eine solche Arbeit an.

Die Möglichkeit der Implementierung von IV-Verträgen nach §140 SGB V sollte hinsichtlich einer Verbesserung der alterspsychiatrischen Versorgung geprüft werden. Ein erster IV-Vertrag, der altersgruppenübergreifend etwa 10% unserer Patienten betrifft, wird derzeit vorbereitet.

Abstimmung regionaler Versorgungsangebote

Auf regionaler Ebene wäre der Aufbau eines Interessenverbundes Gesundheit im Alter (gerontopsychiatrisch-geriatrischer Verbund) zur Vernetzung und Koordination bereits in der Region vorhandener und noch zu schaffender Angebote verschiedener Träger der Gerontopsychiatrie, Geriatrie und Altenhilfe im Sinne eines Kooperationsvertrages zukunftsweisend. Die Immanuel Klinik (Psychiatrie) und ggf. das evangelischen Krankenhaus in Woltersdorf (Geriatrie) würden sich als federführende Schrittmacher einer solchen Entwicklung anbieten. Entsprechend des Umfangs der Aufgaben und der Bedeutung eines solchen Verbundes sollte eine Beteiligung der Landkreise berücksichtigt werden. Wie für alle anderen genannten Maßnahmen auch sind zum Aufbau eines solchen Netzwerkes zusätzliche Mittel erforderlich. Allein für die „Netz-Pflege“ wird nach einer aktuellen Untersuchung¹⁰ eine 1/3 VK (Sozialarbeiter) benötigt.

Versorgungsregion LOS

Ambulante Möglichkeiten

- Selbsthilfegruppen: Beratungs- und Kontaktstellen in Erkner und Fürstenwalde mit unterschiedlichen Gruppen für Senioren
- Beratungsstellen für Menschen mit Demenz: ABC–Center Erkner und Fürstenwalde
- Sozialpsychiatrischer Dienst in Fürstenwalde und Erkner
- ambulante psychiatrische Pflege: Verein Lebensmut, Bereiche Erkner und Fürstenwalde
- ergänzende Leistungen für Demenzkranke und psychisch Kranke: in Erkner und Fürstenwalde sowohl Helferinnenkreise als auch Betreuungsgruppen, weitere Betreuungsgruppe in Woltersdorf
- ambulant betreute Wohngemeinschaften für Demenzkranke: 3x Erkner, 2x Fürstenwalde
- Tagespflege: Seniorenheime Grünheide, Woltersdorf mit Tagespflege, sowie Tagespflegestätten in Fürstenwalde 2x

¹⁰ Vorgestellt auf dem DGGPP 2011, s.a. „Zurück zu den Wurzeln“ - Soziale Arbeit als „Vernetzungsprofession“ in der Gerontopsychiatrie. S. Schäfer-Walkmann. Neurogeriatrie 2011, 8, Suppl. 1, 21-23.

- altersgerechtes Wohnen: Woltersdorf, Erkner, Fürstenwalde 2x, Mehrgenerationenhaus
- betreutes Wohnen: Grünheide, Fürstenwalde 2x
- ambulanter Hospizdienst in Fürstenwalde

Stationäre Betreuung

- 8 Heime, Demenzkranke werden integrativ betreut

Versorgungsregion MOL

Ambulante Möglichkeiten

- Selbsthilfegruppe in Strausberg: Angehörige Demenzkranker
- Beratungsstelle für Menschen mit Demenz: Alzheimerberatung in Strausberg
- Sozialpsychiatrischer Dienst in Strausberg
- ambulante psychiatrische Pflege: Lebensmut in Strausberg und Umgebung, Diakoniestation Petershagen
- ergänzende Leistungen für Demenz- und psych. Kranke: Alzheimerberatungsstelle mit Betreuungsgruppen in Neuenhagen und Strausberg, sowie Helferinnenkreis
- ambulant betreute Wohngemeinschaften für Demenzkranke: 2x Rüdersdorf, 1x Altlandsberg
- Tagespflege: Seniorenheime Petershagen, Strausberg, Vogelsdorf, Tagespflege Rüdersdorf
- altersgerechtes Wohnen: Strausberg
- betreutes Seniorenwohnen: Hönow, Altlandsberg, Seniorenheime Fredersdorf, Petershagen, Eggersdorf, Neuenhagen und Strausberg

Stationäre Betreuung

- 14 Heime mit integrativer Betreuung Demenzkranker
- 4 Heime mit geschütztem Bereich für Demenzkranke

9.3 Beispiel ländlicher Raum: Landkreis Uckermark

Die Uckermark liegt im nordöstlichen Zipfel Brandenburg und umfasst eine Fläche von 3.058 qkm. Zwischen der Stadt Lychen im Westen (3.500 Einwohner) und der Stadt Schwedt im Südosten liegen 91 km, zwischen dem Ort Wolfshagen im Norden (etwa 300 Einwohner) und der Stadt Angermünde im Süden (14.300 Einwohner) liegen 65 km. Weitere größere Ansiedlungen sind Prenzlau in der Mitte der Uckermark (20.000 Einwohner) sowie Templin im Südwesten (18.400 Einwohner). Insgesamt lebten am 31.12.2010 in der Uckermark knapp 130.000 Menschen. 1990 waren es noch 170.000, im Jahr 2020 sollen es laut Prognose des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg nur noch 121.100 sein.

Aktuell beträgt der Anteil von Menschen, die 60 Jahre und älter sind, etwas 38.000, das sind rund 29% der Gesamtbevölkerung der Uckermark. Im Jahr 2020 soll ihre

Zahl 46.500 betragen, das würde dann einen Anteil von 39% der Gesamtbevölkerung bedeuten.

Stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgung

In der Uckermark gibt es 4 Akutkrankenhäuser.

- Das Krankenhaus Angermünde (112 stationäre Betten, 30 teilstationäre Plätze) wird von der Medizinisch-Soziales Zentrum Uckermark gGmbH (MSZ Angermünde) betrieben, die wiederum eine 100%ige Tochtergesellschaft der GLG – Gesellschaft für Leben und Gesundheit GmbH ist, einem Unternehmen der Landkreise Barnim und Uckermark und der Stadt Eberswalde.
- Ebenfalls zur GLG gehört das Krankenhaus Prenzlau (144 Betten).
- Das Krankenhaus Templin (119 Betten) gehört zur Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH.
- Das Klinikum in Schwedt (435 Betten) firmiert unter dem Dach der Asklepios Gruppe.

Nur im Krankenhaus Angermünde gibt es eine psychiatrische Abteilung, die Klinik ist damit für die gesamte psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in der Uckermark zuständig. Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchterkrankungen unterhält am Standort Angermünde auf 4 Stationen 72 stationäre Betten sowie je 15 teilstationäre Behandlungsplätze in den beiden Tageskliniken Prenzlau und Schwedt. Eine weitere Tagesklinik soll in absehbarer Zeit in Templin eröffnet werden.

Im Jahre 2010 wurden in Angermünde 1.101 Personen stationär psychiatrisch behandelt. Davon waren 222, d.h. genau 20%, 65 Jahre oder älter. Eine spezifisch gerontopsychiatrisch ausgerichtete Station gibt es nicht, die älteren Patienten werden je nach Krankheitsbild wie alle anderen auf einer der beiden allgemein-psychiatrischen Stationen, auf der Suchtstation oder auf der Psychotherapiestation behandelt. Wo notwendig, können Therapiebausteine entsprechend der individuellen Kompetenzen und Defizite modifiziert werden. Desorientierte Menschen werden stets auf eine der erstgenannten Stationen aufgenommen, da sie hier, wenn nötig, sowohl räumlich als auch personell beaufsichtigend betreut werden können.

In den beiden Tageskliniken sind ältere Patienten eher selten. Ein wichtiger Grund für die geringe Inanspruchnahme wird u.a. in den großen Entfernungen gesehen, die bei teilstationärer Behandlung täglich zurückgelegt werden müssen. Der öffentliche Nahverkehr auf dem Land ist dazu häufig nicht geeignet. Die alten Menschen selbst verfügen selten selbst über ein eigenes Fahrzeug. Stehen keine Angehörigen für den Transport zur Verfügung, können mit gewisser Kostenbeteiligung Fahrdienste in Anspruch genommen werden, damit wird das Problem aber nicht gelöst. Eine täglich zweimalige Autofahrt von oft 30 Minuten oder mehr ist für viele ältere Menschen beschwerlich und oft nicht zumutbar

Bei bestehender Demenz ist eine tagesklinische Behandlung aus organisatorischen Gründen bisher überhaupt nicht möglich.

Ambulante psychiatrische Versorgung

In der Uckermark sind gegenwärtig 6 Ärztinnen bzw. Ärzte in Niederlassung psychiatrisch tätig,

- 2 in Schwedt
- 2 in Prenzlau
- 1 in Angermünde
- 1 in Templin.

Das bedeutet: für durchschnittlich 18.500 erwachsene Einwohner (bzw. ab 20 Jahre) steht ein ambulant tätiger Psychiater zur Verfügung. Die Versorgung findet in der Regel in der Praxis statt; für immobile psychisch kranke Menschen, d.h. in der Regel: gerontopsychiatrische Patienten, meist mit Haupt- oder Nebendiagnose Demenz, die in Heimen leben, gibt es aufsuchende Betreuung. Die Wartezeit auf einen Termin zur ambulanten psychiatrischen Diagnostik und/oder Behandlung beträgt aktuell im Durchschnitt ca. 10 Wochen. Nicht unerwähnt bleiben darf, dass viele Bewohner der südlichen Uckermark zum Arztbesuch in die von Angermünde 32 km entfernte, im Barnim liegende 40.000-Einwohner-Stadt Eberswalde fahren.

Eine Ärztin ist rein psychotherapeutisch tätig (Templin). Hinzu kommen 9 Psychologische Psychotherapeuten,

- 3 in Schwedt
- 2 in Prenzlau
- 2 in Angermünde
- 1 in Templin
- 1 in Schöneberg (nahe Angermünde)

Das bedeutet: für durchschnittlich 11.000 erwachsene Personen steht ein ambulant tätiger Psychotherapeut zur Verfügung.

Psychiatrische Institutsambulanz

Die Psychiatrische Klinik Angermünde unterhält eine Institutsambulanz, die im Jahre 2010 insgesamt 314 Patienten ambulant betreute. 105 davon waren 65 Jahre oder älter. Diese ältere Klientel formiert sich entweder aus chronisch psychisch kranken Menschen, die schon in jüngeren Jahren Patienten der PIA waren und jetzt älter sind, sowie Patienten, die als alte Menschen in Heimen leben und dem Personal dort mit psychischen Störungen auffallen. Die Pflegeheime in Angermünde werden aufsuchend von der PIA psychiatrisch betreut. Eine spezifisch gerontopsychiatrische Sprechstunde gibt es augenblicklich nicht.

Demenz Netzwerk Uckermark e.V.

Der gemeinnützige Verein wurde 2008 nach vierjähriger Vorarbeit von niedergelassenen Haus- und Nervenärzten sowie leitenden Ärzten der psychiatrischen und neurologischen Kliniken der Uckermark gegründet. Inzwischen zählen zu den Akteuren, die sich zur Einhaltung der Behandlungspfade, zur Absolvierung netzwerkinterner und externer Fortbildung, zur Teilnahme an Netzwerkkonferenzen zur Entwicklung des Netzwerkes sowie zur Evaluation der Ergebnisse verpflichtet haben, neben o.g. auch Demenzberatungsstellen, Pflegedienste mit Tagespflege, Pflegeheime, Wohngemeinschaften für Demenzkranke, niedrigschwellige Betreuungsangebote, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten. „Mit dem Demenz-Netzwerk-Uckermark wird der Versuch unternommen, eine Struktur zu schaffen, deren zentrales Merkmal die Definition von Kooperations- und Handlungsprozessen ist, die das Ergebnis der Behandlung und Betreuung Demenzkranker verbessern soll mit den Zielen

- frühe Diagnostik der Demenz
- optimale psychosoziale und pflegerische Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen
- längerer Erhalt der Familienbindung der Patienten
- Kostenreduktion durch Effektivitäts- und Effizienzsteigerung

Die Demenzerkrankung steht dabei beispielhaft für die Notwendigkeit, in der Versorgung von Patienten mit komplexem interdisziplinärem und multiprofessionellem Behandlungsbedarf Strukturen zu entwickeln, die neben der Hochspezialisierung einzelner Therapien und Angebote auch die Kooperation der verschiedenen Akteure, die einen Patienten betreuen, gewährleisten. Der Politik kommt hierbei die Aufgabe zu, diesen Strukturen förderliche rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen zu schaffen.“

(Alle Angaben und Zitate aus der Selbstdarstellung des Vereins)

9.4 Alterspsychotherapie – konzeptionelle Integration in die PIA-Arbeit

Psychotherapie älterer Menschen ist in unserem Versorgungssystem noch kein selbstverständliches Angebot. Dies hat mehrere Gründe. Gerade in den neuen Bundesländern hat der Generationswechsel in den letzten Jahrzehnten noch nicht dazu geführt, dass ältere Patienten die Psychotherapie als ein für sie selbstverständliches Angebot gesehen wird. Psychotherapie wird jenseits eines Alters von 65 Jahren einfach weniger eingefordert. In den alten Bundesländern befindet sich Psychotherapie schon seit den siebziger Jahren im Fokus der Gesellschaft und stellt für die heute Älteren eher eine Selbstverständlichkeit dar, auf die auch Anspruch erhoben wird. Ein mindestens ebenso wichtiger Grund liegt in der Ausbildung der Psychotherapeuten. Weder in der großen Gruppe der kognitiv-behavioralen Therapien noch in den psychoanalytischen Richtungen haben sich überzeugende inhaltliche Schwerpunkte der Therapie älterer Menschen bisher durchsetzen können. Ausnahmen bildeten Heuft in Münster und Radebold in Kassel, die aus analytischer Sicht alternspsychotherapeutische Konzepte entwickelt haben.

Braucht man überhaupt eine altersspezifische Psychotherapie mit eigenen konzeptuellen Inhalten für Menschen ab 65 Jahren?

Diese Frage hat ihre Berechtigung, weil in keiner psychotherapeutischen Richtung explizite Altersgrenzen festgelegt wurden. Lediglich Sigmund Freud hatte sich punktuell zum möglichen Alter von Patienten der Psychoanalyse geäußert. Nach dem fünfzigsten Lebensjahr sah er dabei die Prognose schwinden.

Auch wenn dies heute viele Therapeuten nicht mehr so sehen, bleibt zu fragen, ob sie psychotherapeutische Konzepte an dem Alter der Patienten orientieren müssen. Man könnte sich ja auf den Standpunkt stellen, dass Menschen ab 65 Jahren ältere Erwachsene sind, die grundsätzlich die gleichen Probleme und eine identische psychologische Situation haben, wie die jüngeren Erwachsenen. Dem ist natürlich nicht so, obwohl man diese Einschätzung bei Psychotherapeuten immer wieder hören darf. Ältere Menschen haben eine hoch altersspezifische Lebenssituation, mit Problemen die Entwicklungsschritte fordern, welche es nur in dieser Altersgruppe gibt. Allein die Tatsache, dass bereits der größte Teil des Lebens hinter einem liegt, wirkt sich psychologisch aus. Häufig geht es dann viel mehr um das Integrieren von

erlebter Biografie, als um die Bewältigung praktischer Lebensaufgaben. Es geht weniger um Partnersuche, als um Rollenwandel innerhalb der Partnerschaft. Gleichwohl geht es weiterhin um die eigene psychosexuelle Entwicklung unter den Bedingungen des Alters eben. Es geht um die Verarbeitung früher Traumata und später Kränkungen häufig in einem Atemzug, in der Psyche älterer Menschen verdichten sich nicht selten verschiedenste psychotherapeutische Themen zu einem Konflikt. Die Psychotherapie älterer Menschen ist anspruchsvoll. Deshalb benötigt man konzeptuelle Entwicklungen speziell für Menschen in höherem Alter. Eine altersspezifische Psychotherapie ist nicht überflüssig, sondern notwendig. Kompetenzzentren für die Behandlung älterer Menschen sollten daher auch spezifische Angebote diesbezüglich vorhalten.

Die Frage, die sich vor der Implementierung neuer therapeutischer Einsichten in aller Regel stellt, ist wie und wo, man solche Angebote ansiedeln kann.

Das kassenärztliche Versorgungssystem bietet inzwischen eine zunehmende Zahl von psychotherapeutischen Einzelpraxen. Seltener gibt es psychotherapeutische Gemeinschaftspraxen oder Psychotherapie-Angebote im Rahmen eines medizinischen Versorgungszentrums. In Ballungsräumen ist dabei das Angebot durchaus als gut zu bezeichnen, was dann auch die Möglichkeit begünstigt, dass einzelne Praxen Kompetenzzentren in der Alternspsychotherapie entwickeln. Anders sieht es aus, wenn man in die Fläche geht. Dort ist Psychotherapie häufig strukturell unterrepräsentiert und Kompetenzzentren im Rahmen des Kassenarztsystems findet man eher wenige. Altersspezifische Psychotherapie wird man außerhalb der Ballungszentren auch mit größter Anstrengung nicht finden.

Die Frage nach der Etablierung dieser psychotherapeutischen Spezialitäten kann sich in versorgungsschwachen Räumen nur an psychiatrische Kliniken richten. Psychiatrische Institutsambulanzen hätten die strukturellen Möglichkeiten, solche therapeutischen Konzepte umzusetzen. Allerdings würden solche Versuche derzeit an vertragliche Grenzen stoßen, da Regelpsychotherapie nicht Sache der Institutsambulanzen, sondern der niedergelassenen Versorger ist. Wollte man psychotherapeutische Kompetenzen an den PIAs ansiedeln, müssten die Verträge geändert werden. Dabei gibt es durchaus Argumente, die eine Ansiedlung von psychotherapeutischen Spezialangeboten an den PIAs sinnvoll erscheinen lassen. Vor allem ist nicht zu erwarten, dass die KVen außerhalb von Ballungsräumen ihrem Versorgungsauftrag bei derartig spezialisierten Angeboten nachkommen kann. Eine Etablierung alternspsychotherapeutischer Angebote durch Praxen niedergelassener Psychotherapeuten ist insbesondere in der Fläche auch langfristig nicht zu erwarten. Die PIAs könnten, so man die vertraglichen Bedingungen schafft, solche Angebote am ehesten implementieren.