

17. Gerontopsychiatrie – Wir werden alle älter!

Daran nehmen wir Anstoß:

Seit vielen Jahren ist die demographische Entwicklung und „Überalterung“ unserer Gesellschaft bekannt. Mit ihr verbunden sind nicht nur die steigende Zahl der älteren Menschen, sondern auch eine steigende Lebensqualität, wachsende Bedürfnisse und ein größerer Wunsch nach Selbstbestimmung. Konnten früher in der Regel die älteren Menschen in ihrem Familienverband begleitet und gepflegt werden, so schreitet heute die Singularisierung der Alten voran. Auch finanziell geht die Schere auseinander. Die Armut im Alter wächst und so ist eine deutlich wachsende Zahl älterer Menschen auf staatliche Unterstützung bei der Versorgung angewiesen. Grundbedürfnisse – wie zu Hause in gewohnter Umgebung mit entsprechenden Unterstützungsangeboten alt zu werden, auch bei zunehmender Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit – werden missachtet, da es an Angeboten vor Ort mangelt. Nach wie vor ist es „einfacher“ institutionell in stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen ältere Menschen zu betreuen, als individuell vor Ort. Das wird dem gesetzlichen Anspruch „ambulant vor stationär“ nicht gerecht.

Ogleich die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen bundesweit einheitlich sind, bestehen in den einzelnen Bundesländern und Versorgungsregionen völlig unterschiedliche Netze an pflegerischen und sozialen Unterstützungsangeboten. Alt, pflege- und betreuungsbedürftig zu werden, ist in Deutschland zu einem Risiko geworden, da sich die Betroffenen nicht mehr darauf verlassen können, dass das ihnen zustehende Angebot tatsächlich vor Ort anzutreffen ist.

Der Gesetzgeber hat durch die Pflegereformen seit 2002 zwar unterschiedliche Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Unterstützungsangebots vorgenommen, dennoch sind vor allem die chronisch psychisch erkrankten älteren Menschen und Menschen mit Demenz unterversorgt. Es fehlt hier nicht nur an notwendigen Unterstützungsangeboten für Beschäftigung und Pflege, sondern ihnen wurde bislang aufgrund nicht erfüllbarer Kriterien bei der Einstufung in Gänge notwendiges Unterstützungsangebot verwehrt. Wir erwarten durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse dieser Personen.

Seit vielen Jahren wird in vielen Regionen die Entwicklung der notwendigen Wohn-, Betreuungs- und Pflegestrukturen nicht mehr staatlich, kommunal und politisch gesteuert, sondern dem freien Markt überlassen. Dies führte mittlerweile zur Spaltung der Regionen. Es existieren wenige Regionen mit sehr guter Angebotsstruktur und viele, vor allem ländliche, Regionen mit mangelnden bzw. nicht vorhandenen Versorgungsangeboten.

Eine politisch verantwortete Planung für ein gutes Altwerden fehlt.

Hintergrund:

Seit der Psychiatriereform in den 1980er Jahren hat sich bundesweit die Versorgungslandschaft für psychisch Erkrankte verändert und im ambulanten Bereich hoch differenziert weiterentwickelt. So erfolgte aus den ehemaligen Großanstalten eine gemeindeorientierte dezentralisierte Deinstitutionalisierung bzw. Ambulantisierung. Aus großen Wohnheimen für psychisch Erkrankte sind kleine Wohngruppen entstanden. Angebote für Teilhabe wurden in großer Vielzahl umgesetzt.

Betrachtet man allerdings die Entwicklung der Altenhilfe, so blieb sie bei der Reformbewegung außen vor. Im Gegenteil, hier fand eine deutliche Reinstitutionalisierung statt. Stationäre Einrichtungen sind in großer Zahl entstanden und nehmen bei der steigenden Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen weiter zu. So lebten 2013 über 40 Prozent der über 85-jährigen mit einer Pflegestufe in der stationären Altenhilfe. Vor allem Menschen mit Demenz werden in diesen Strukturen untergebracht, obgleich sie niemals den Wunsch geäußert haben, in diesem Hilfesystem alt werden zu wollen. Die für sie notwendigen Angebote werden vor allem im ambulanten Bereich nur unzureichend vorgehalten.

Auch das medizinische Versorgungssystem hat sich nicht an die gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen angepasst. Ein Drittel aller Patienten in einem somatischen Krankenhaus weist heute psychiatrische Auffälligkeiten (wie Depression, Demenz) auf. Sie werden nicht nur aufgrund ihrer psychischen Erkrankung auffällig, sondern vor allem, da die vorgehaltenen Strukturen sich nicht an ihre Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Behandlung anpassen können. So sind Räumlichkeiten und medizinische/pflegerische Standards nicht auf Ältere mit psychischen Einschränkungen versene Patienten abgestimmt.

Beispiele:

- Auf der bundesweiten Landkarte sind Versorgungsregionen sichtbar, in denen bestimmte Angebote überhaupt nicht existieren, z.B. in den ländlichen Strukturen von Flächenstaaten. Dort erhalten die älteren Menschen nicht ihre notwendigen Hilfen. Entweder müssen sie wohnortfern zu den Angeboten reisen oder sogar ihren Wohnort in Gänge wechseln, um die erforderliche Unterstützungsleistung zu erhalten.
- Der versorgungspolitische Grundsatz „ambulant vor stationär“ kann in vielen Versorgungsregionen nicht umgesetzt werden, da überhaupt kein ambulantes Angebot existiert und ein Überangebot an stationären Hilfen besteht, so dass der ältere Mensch seinen Lebensmittelpunkt an einen Ort verlagern muss, an dem er eigentlich nie alt werden wollte.
- In zahlreichen Kommunen und Landkreisen wird kommunalpolitische Verantwortung für den älteren, auf Hilfe angewiesenen Bürger nur unzureichend wahrgenommen. Altenhilfe ist kein attraktives, für Kommunalpolitik verpflichtendes Thema und wird weithin in die Verantwortung privater Organisationen gegeben.
- Betreuungs- und Pflegeangebote für ältere, vor allem ältere psychisch erkrankte Menschen haben sich in den letzten Jahren unzureichend weiterentwickelt und aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen zu einer Entwicklung eines halblegalen Marktes der Pflege geführt. Viele ältere Menschen werden mittlerweile durch Betreuungskräfte aus den Ländern Mittel- und Osteuropas betreut.
- In der aktuellen Krankenhausstrukturplanung sind keine verbindlichen Behandlungsorte für ältere psychisch erkrankte Menschen vorgesehen. Durch die hohen spezialisierten Fachdisziplinen „wandert“ der mehrfach erkrankte ältere Mensch von einem Behandlungsort zum nächsten. Eine interdisziplinäre gemeinsame diagnostische und therapeutische Vorge-

hensweise fehlt. Zentren für die Behandlung von älteren Menschen, in denen sich die unterschiedlichen Disziplinen gemeinsam auf einen Behandlungspfad einigen, sind notwendig, aber nicht die Regel.

Die DGSP fordert:

- Verbindliche und politisch auf kommunaler Ebene gesteuerte Umsetzung der gestuften Gesetzesvorgaben „ambulant vor stationär“: dies flächendeckend, vor allem in „unattraktiveren“ Regionen und über alle anderen Angebote hinweg. Dies gilt vor allem für die ambulante Pflege, Tagespflege, aber auch Betreuungs- und Beratungsangebote.
- Vernetzung: Die unterschiedlichen vielfältigen Angebotsstrukturen und Hilfesysteme für ältere Menschen sind regional zu vernetzen und verbindlich zu steuern. Hierfür ist nicht der freie Markt verantwortlich, sondern die politisch-kommunal steuernde Verwaltung.
- An den Bedürfnissen und Notwendigkeiten orientierte Angebote: Die Grundbedürfnisse der älteren Menschen bestehen nach wie vor darin, in ihren bisherigen vertrauten Strukturen, in ihrem Quartier, im Stadtviertel alt werden zu wollen. An diesen Grundbedürfnissen müssen sich die Angebote orientieren. Ältere Menschen müssen aufgrund ihres geringer werdenden Aktionsradius die notwendigen Unterstützungen vor Ort antreffen.
- Teilhabe und Inklusion in der Gesellschaft von älteren psychisch erkrankten Menschen bedeutet, Beschäftigungs-, Arbeitsangebote sowie Orte für Begegnung auch für diese Personengruppe vorzuhalten, z.B. Tagespflege, Begegnungsstätten.
- Abgestuftes Hilfesystem, das sich flexibel an den Einschränkungen der älteren Menschen orientiert anpassen kann. Im Alter aufgetretene körperliche oder psychische Veränderungen dürfen nicht dazu führen, dass der Betroffene in Gänge seine vertraute Umgebung verlassen muss. Notwendige Hilfen sind an den Bedürfnissen der Einzelnen orientiert auszurichten.
- Träger von Krankenhäusern: Sie sind verpflichtet, ihre Angebote und Ablaufstrukturen an die Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen, um eine optimale Diagnostik und Therapie zu gewährleisten. Hierzu gehören auch Schulungen der Mitarbeiter sowie gerontopsychiatrische Beratung und Begleitung vor Ort.

Die DGSP ist aktiv:

- Die DGSP qualifiziert durch ein breites Fort- und Weiterbildungsangebot Mitarbeiter aller Berufsgruppen für den Umgang mit und die Bedürfnisse von älteren Menschen.
- Die DGSP sensibilisiert durch Fachveranstaltungen Akteure der Altenhilfe, konsequent auch Hilfen für ältere und ältere psychisch kranke Menschen dezentral und deinstitutionalisiert anzubieten.
- Die DGSP bietet eine Plattform für einen interprofessionellen fachlichen Austausch aller in der Versorgung und Behandlung älterer Menschen Tätigen.
- Die DGSP unterstützt Angehörige und Betroffene in der Wahrnehmung ihrer Rechte.
- Die DGSP unterstützt kreative und innovative Konzepte, die ein zukünftiges an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiertes Altwerden ermöglichen.

TUWAS – mit der DGSP:

- Die Versorgung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen und mit Demenz darf nicht ausschließlich den Regeln des freien Marktes überlassen werden. Wir möchten die Haltung der Unterstützer stärken sowie starke und tragfähige Beziehungsarbeit ermöglichen.
- Dazu suchen wir Mitstreiterinnen und Mitstreiter, die inhaltlich und politisch an Positionen für die Weiterentwicklung der Gerontopsychiatrie mitwirken wollen.
- Wir möchten uns über gute Praxisbeispiele quartiersbezogener gerontopsychiatrischer Hilfeleistung und erfolgreicher Wohnformen austauschen, um uns durch kollegiale Beratung gemeinsam weiterzuentwickeln.
- Wir wollen eine Informationsplattform für Praxisbeispiele bieten, um über diesen Weg eine Ideenverbreitung zu erreichen.

Bernd Meißnest

E-Mail: bernd.meissnest@lwl.org