

Wie soll die gerontopsychiatrische Versorgung der Zukunft aussehen?

Diego Feßmann

**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe KollegInnen und Kollegen!**

Zum 4. male referiere ich anlässlich einer Tagung des Verbands der Bayerischen Bezirke über das Thema Gerontopsychiatrie und bedanke mich für die Einladung hierzu.

1992 war die erste Veranstaltung zum Thema der Problem – und Versorgungslage psychisch kranker Älterer in Ingolstadt organisiert worden und ich stellte den damals ersten ambulanten Gerontopsychiatr. Dienst vor, den ich im Auftrag meines Trägers 1988 konzipiert hatte und der seit 1990 arbeitet.

Zeitgleich mit der Vorlage dieses Konzepts erschienen im November 1988 die Aussagen der „Expertenkommission“ bei der damaligen Bundesregierung. Vorgeschlagen wurden sog. „Gerontopsychiatrische Zentren“ – ausgehend von bestehenden Kliniken- die flächendeckend eingerichtet werden sollten, was die damalige Bayer. Sozialministerin umgehend ablehnte.

Zwar war seit der „Mannheimer Studie“ (1984) das Problem der psychisch kranken Älteren erkannt und die ambulante Zuständigkeit der Sozialpsychiatrischen Dienst v o r allen anderen Angeboten festgestellt, heftig umstritten blieb jedoch die Art der Umsetzung.

Wir, die gemeinnützige GmbH des Projektvereins, versuchten „Nägel mit Köpfen“ zu machen und es konnte, mit Unterstützung des Bezirks Obb. und der Landeshauptstadt München, eben jener multiprofessionell besetzte ambulante Dienst im Münchener Osten eingerichtet werden, der einer wissenschaftlichen Begleitforschung beim „Modellverbund der Bundesregierung (1991 – 93) unterlag und mittels „Kosten – Nutzen – Analyse“ anl . des Preises der „Schaderstiftung“ (1994) mehrfach

„durchuntersucht“ worden ist.

1995 wurde das sog. „Bayreuther – Modell“ – uns gegenüber vom Ministerium stets favorisiert- eingestellt. Die Krankenkassen waren wieder einmal ausgestiegen...

Ich habe, bundesweit agierend und im Austausch mit Projekten, die es längst nicht mehr gibt, so ziemlich alle Höhen und Tiefen der Abläufe gerontopsychiatr. Diskussionen miterlebt und freue mich umso mehr hier und heute sagen zu können, dass das, was in München und Oberbayern entstanden ist, nämlich insgesamt 5 ambulante Dienste und die Verstärkung aller ländlichen Sozialpsychiatrischen Dienste mit 1,5 „gerontopsychiatrischen Zusatzkräften“ in den bestehenden Teams- dass ein solches flächendeckendes ambulantes Netzwerk in Deutschland sonst nicht existiert! Hier ist eine Menge erreicht worden angesichts einer „unattraktiven“ Zielgruppe und angesichts z.T. massiver Widerstände verschiedenster Art bis hinein in sog. „Fachkreise“!

Im Gegensatz zu Themen wie „Frauen“ und „Krisenversorgung“ musste das ambulante gerontopsychiatrische Versorgungsdilemma erst thematisiert werden, was hieß, u.a. dutzende Male öffentlich aufzutreten, Medienarbeit zu leisten u.v.m.

Zusätzlich musste – ohne den Versorgungsauftrag zu vernachlässigen- jede Ebene „bedient“ werden, um z.B. eine entspr. Lobby aufzubauen wie die „Münchener Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie“ (MARGE), den von einer kleinen Gruppe 2003 in Amberg gegründeten „Ambulanten Gerontopsychiatrischen Verbund Bayern“ (AGVB) und die „Land-Arbeitsgemeinschaft Gerontopsychiatrie“ (LARGE.)

Die 4 Münchener GPDi`s haben, zusammen mit der Psychiatriekoordination des Bez. Obb. und dem Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt in Übereinstimmung mit unseren Trägern „Rahmenrichtlinien“ erarbeitet, aus denen die „Förderrichtlinien des Bezirks Obb.“ hervorgingen, die seit Januar 2005 gelten.

! Vielleicht dient das als Anregung für die anderen Bayer. Bezirke, die sich z.T. seit Jahren im Kreise drehen, weil die mir unverständlichen Widerstände gegen einen konkreten ambulanten Einstieg bisher keine ambulante Versorgung ermöglichen. (Besonders die Situation in Nürnberg ist mir geläufig, da ich dort seit 1992 etwa 4 mal aufgetreten bin um solche Vorhaben zu unterstützen!)

Als Mitglied der „Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie“ im Staatsministerium gestaltete und erlebte ich die Fortschreibung des „2. Bayer. Landespsychiatrieplans“, der keiner ist, mit. Die von den auf Landesebene eingeknickten Trägern mit abgesegneten „Empfehlungen...“ geben zwar dieselben Inhalte wieder, der sozialpolitische Effekt wäre dennoch ein anderer gewesen, wenn die Aussagen als „Psychiatrieplan“ auch so benannt worden wären!

Immerhin werden für großstädtische Ballungsräume „Gerontopsychiatr. Dienste“ vorgeschlagen, ergo haben wir es mit einer Stärkung sozialpsychiatrischer Kompetenzen zu tun!

Meine Aufforderung an die KollegInnen der SPDi`s und ihre Träger kann daher nur folgerichtig lauten: Wenn Sie die Notwendigkeit der auszubauenden Versorgung für psychisch kranke Ältere in Ihrem Einzugsgebiet sehen hindert niemand Sie daran, Ihre Träger zu motivieren und zu unterstützen, entsprechende Anträge bei ihrem Bezirk zu stellen!

Wir brauchen GPDi`s in Nürnberg ebenso wie in Regensburg, Würzburg oder Bamberg!

Ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit war die Entwicklung von Fortbildungsangeboten für Pflegekräfte u.a. Auch hier mussten ambulante Themen und Arbeitsweisen erst bekannt gemacht werden aus einer permanent reflektierten Arbeitspraxis heraus.

Mit dem bisher Geäußerten habe ich versucht einen Abriss – segmentartig-vom Erreichten zu geben.

Im folgenden Teil meines Referats geht es mir darum einige Schwerpunkte thesenartig aufzuführen, die möglicherweise mit dazu beitragen könnten zukünftige gerontopsychiatrische Strukturen aufzubauen:

1. Gerontopsychiatrische Versorgung heißt zu allererst ambulante Versorgung, da – analog zum Pflegebereich – mehr als 80% der Klientel im eigenen Wohnbereich lebt!
2. Die Krankheitsbilder, mit denen wir es zu tun haben sind, Depressionen und Angststörungen, gefolgt von Demenzen und nicht umgekehrt!
3. Um den Demenzkranken und ihrem Umfeld gerecht zu werden muss eine flächendeckende Versorgungslandschaft auf 2 Säulen stehen, so wie ein Mensch auf zwei Beinen steht:
A: den sozialpsychiatrischen / psychosozialen Angeboten
B: den Hilfen für Demenzkranke
4. Beide Arbeitsbereiche müssen miteinander eng kooperieren und in Gremien vernetzt sein.
5. Zu den ambulanten Angeboten müssen systematisch ambulante Wohnformen geschaffen werden, dito Tagesstätten und neue, noch nicht konzipierte Projekte, welche die Ressourcen der Älteren nutzen.
6. In der stationären gerontopsychiatr. Versorgung sind große Fortschritte erzielt worden, so z.B. in den Bezirkskrankenhäusern. Zu verbessern ist die Kooperation ambulante – stationär, was heißt z.B. intensiver mit den Institutsambulanzen zu kooperieren (Entlassungsproblematik!).

7. **Regionale gerontopsychiatrische Netzwerke können unterschiedlich gestaltet sein. Zu beachten ist die qualifizierte, multiprofessionelle Ausstattung (Richtwert GPDİ`s: derzeit 3,0 Fachstellen)**

Es geht nicht an bei hochkomplexen Krankheitsbildern Billig = angebote (rein ehrenamtlich ausgerichtete Versorgung...) zu installieren oder diese aus Kostengründen zu favorisieren, was u.a. Rechtsbrüche beinhaltet!

Wir werden in relativ kurzer Zeit ganz andere Jahrgänge von Älteren erleben (Babyboomer!), die sich nicht einfach versorgungstechnisch „abspeisen lassen“ und bei denen völlig verschiedene (Berufs-)biographien vorliegen als die uns bisher bekannten Kohorten!

8. **Das Abrechnungswesen der Krankenkassen – incl. der Pflegeversicherung- taugt nicht für psychisch Kranke! Es bedarf dringend der Überarbeitung, partiellen Revision und Neuverhandlung (mündlich ausführen)!**
9. **Der seit 1998 vorliegende Entwurf für ein PsychKG ist endlich politisch „auf den Weg zu bringen“ und zu verabschieden!**

**Resumee: Selbst wenn ab übermorgen die Geburtenrate in Deutschland bei 3 – 4,0 % liegen würde greift der demographische Effekt in frühestens 40 – 50 Jahren. So lange haben wir es mit dem Anwachsen der Zahl älterer MitbürgerInnen zu tun!
Es empfiehlt sich daher zwingend und dringlich systematisch flächendeckende Hilfen für den Teil der Älteren einzurichten, die an psychischen Störungen und Erkrankungen leiden.**

Das ist auch finanzierbar.