



VERBAND DER BAYER. BEZIRKE

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsstelle

Postfach 22 15 22
80505 MÜNCHEN

**Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen
Versorgung in Bayern
(Rahmenkonzept)**

Beschluss des Hauptausschusses
am 30. Juli 1998

Knöbelstraße 10
80538 München

Telefon
(089) 21 23 89-0

Telefax
(089) 29 67 06

E-Mail
info@bay-bezirke.de



Beschluß des Hauptausschusses des Verbandes der bayerischen Bezirke am 30. Juli 1998:

1. Die mit der allgemeinen demographischen Entwicklung einhergehende Zunahme von Pflegeheimbewohner mit schweren psychischen Störungen erfordern verstärkt Maßnahmen zur Tagesstrukturierung, die mit der derzeitigen Personalausstattung nicht geleistet werden kann.

Als erster Schritt wird ein Personalschlüssel für gerontopsychiatrische Fachkräfte (Altenpflegerinnen / Altenpfleger mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation, Fachkrankenschwester / Fachkrankenpfleger für Gerontopsychiatrie, Ergotherapeut, Sozialpädagoge mit gerontopsychiatrischer oder vergleichbarer Qualifikation) in Höhe von 1 : 20 festgelegt. Hierbei wird davon ausgegangen, daß etwa die Hälfte der Pflegeheimbewohner an schweren psychischen Störungen leiden, für die eine zusätzliche gerontopsychiatrische Fachkompetenz erforderlich ist. Sollte sich nachweislich ergeben, daß mehr Pflegeheimbewohner als angenommen an schweren psychischen Störungen leiden, ist der Schlüssel zu gegebener Zeit fortzuschreiben.

Die zeitgemäße Stärkung der gerontopsychiatrischen Fachkompetenz in den Pflegeheimen, die ein Kostenvolumen von etwa 50 Mio. DM umfaßt, bedeutet gleichzeitig eine Verbesserung des derzeitigen allgemeinen Pflegepersonalschlüssels von 1 : 2,8 auf etwa 1 : 2,6 und des Pflegepersonalschlüssels in beschützten Einrichtungen von 1 : 2,5 auf etwa 1 : 2,2.

2. Der Hauptausschuß ist der Auffassung, daß künftig dem Auf- und Ausbau der ambulanten und teilstationären gerontopsychiatrischen Versorgung in Abstimmung mit der Altenhilfe höchste Priorität eingeräumt werden muß. Der Hauptausschuß begrüßt daher das Rahmenkonzept „Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in Bayern.“ Der Hauptausschuß empfiehlt, das Rahmenkonzept möglichst zeitnah unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen in den einzelnen Bezirken sowie der finanziellen Möglichkeiten umzusetzen.

3. Der Hauptausschuß geht davon aus, daß der Freistaat Bayern für die beschlossenen und für die Verbesserung der Personalausstattung für psychisch Alterskranke in Pflegeheimen den Bezirken über die im Staatshaushalt 1998 für den Finanzausgleich nach Art. 15 FAG eingeplanten 550 Mio. DM hinaus zusätzliche Mittel zur Verfügung stellt.
4. Der Verband der bayerischen Bezirke fordert die Bundesregierung unmittelbar und über die Bundesarbeitsgemeinschaft der Höheren Kommunalverbände auf,
 - die Höhe der Leistungsentgelte im SGB XI angemessen zu erhöhen, sowie
 - die MDK-Begutachtungsrichtlinien für gerontopsychiatrische Patienten entscheidend nachzubessern.
5. Der Verband der bayerischen Bezirke betrachtet die beschlossenen Verbesserungen für gerontopsychiatrische Heimbewohner als Vorleistungen, für die rechtssystematisch vorrangig die Pflegeversicherung zuständig wäre.



Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in Bayern (Rahmenkonzept)

I. Einleitung¹⁾

Die Notwendigkeit eines Ausbaus der geriatrisch/gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen ist angesichts der demographischen Entwicklung und der Kostenentwicklung im Alten- und Pflegebereich unbestritten.

Durch die absolute Zunahme der Menschen über 65 Lebensjahre steigt auch die Zahl der Menschen, die an psychischen/psychiatrischen Störungen leiden. In übereinstimmenden Untersuchungen wurde festgestellt, daß 20 - 25 % aller Menschen über 65 Jahre an „nicht geringfügigen“ psychischen Störungen leiden.

Dabei handelt es sich zu 12 % um leichte bis mittelschwere (hirn-)organische Psychosyndrome und 5 - 6 % um schwere Demenzprozesse, wobei die Zahl mit zunehmendem Alter überproportional (exponentiell) ansteigt. Bei den über 75-jährigen sind es 9 - 10 % schwere Demenzen, bei den über 85-jährigen über 30 %. Häufig sind bei über 65-jährigen auch affektive Störungen und paranoide Syndrome unterschiedlicher Ausprägung, jedoch allesamt mit erheblichen Auswirkungen auf die soziale Situation der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Ein weiteres Problem des alten Menschen ist die ebenfalls exponentiell auftretende Multimorbidität alter Menschen. In einer Untersuchung des Zentralinstituts für seelische Gesundheit fanden sich bei den über 65-jährigen nur 6 % ohne Krankheit, 22 % zeigten zusätzlich zu psychischen Störungen 1-2 Krankheiten, 32 % 3-4 zusätzliche Krankheiten und jeweils 20 % 5 bis über 7 zusätzlich diagnostizierter Erkrankungen.

Bei einem Anteil der über 65-jährigen im Jahre 1994 von 1 826 215 in Bayern an der Gesamtbevölkerung muß im Jahre 2010 mit ca. 2 384 000 über 65-jährigen gerechnet werden bei einer gleichbleibenden Bevölkerungszahl von 11,92 Millionen Einwohnern.

¹⁾ Das Rahmenkonzept wurde auf der Grundlage der gesetzlichen Zuständigkeit der Bezirke für die Psychiatrie als überörtliche Träger der Sozialhilfe (AGBSHG, AGPflegeVG) sowie als Träger psychiatrischer Krankenhäuser (BezO) erarbeitet.

Die Versorgungsstrukturen sind in Bayern nur gering entwickelt und berücksichtigen weder den steigenden Bedarf noch die verbesserten Möglichkeiten der Prävention, Betreuung, Diagnostik und Therapie im Bereich der Gerontopsychiatrie.

Die Bezirke müssen in enger Zusammenarbeit mit den Pflegekassen und den anderen Verantwortlichen für die Versorgung alter Menschen Maßnahmen erarbeiten, die sowohl kurz- als auch langfristig die Voraussetzung schaffen, um die erhebliche Zunahme an psychisch kranken alten Menschen in einem finanzierbaren Rahmen bewältigen zu können.

Das Problem kann jedoch nicht durch Verbesserungen der Pflegeschlüssel in stationären Einrichtungen erreicht werden bzw. durch die Schaffung von weiteren gerontopsychiatrischen Abteilungen in Alten- und Pflegeheimen. Eine Verbesserung der Pflegeschlüssel vor allem in geschlossenen Abteilungen hätte gar die logische Folge, daß die Zahl der geschlossenen Abteilungen zunähme und immer mehr Menschen ihren Lebensabend dort verbringen müßten. Dies kann kein wünschenswerter Effekt sein.

Auch bei den Hochbetagten besteht das Bedürfnis, den Lebensabend in der gewohnten Umgebung zu verbringen. Deshalb ist es aber unabdingbar, die Voraussetzungen für ambulante und teilstationäre Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen für die geriatrische/gerontopsychiatrische Versorgung auszubauen, zu verbessern oder neu zu schaffen.

Notwendig sind derzeit kurzfristige Maßnahmen und finanzielle Anreize zur Schaffung teilstationärer und ambulanter Einrichtungen und Dienste, die vor allem auf einen Ausbau der ambulanten und komplementären Versorgung setzt.

Gemeinsames längerfristiges Ziel kann nur die Verhinderung von stationärer Unterbringung sein, besonders der geschlossenen Abteilungen, und eine möglichst lange Betreuung, Pflege und Versorgung der alten Menschen in ihrem gewohnten Lebensumfeld.

II. Bestand und Entwicklungsperspektiven

1.) Niedergelassene Ärzte und Nervenärzte

Niedergelassene Ärzte und Gebietsärzte stellen die tragende Kraft in der ambulanten Behandlung und Versorgung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen dar. Die Ausstattung mit Allgemein- und Hausärzten sowie Nervenärzten ist in Bayern flächendeckend vorhanden, sie sind auch überall in die verschiedenen Versorgungssysteme eingebunden.

Niedergelassene Ärzte kennen i.d.R. über lange Zeiträume die familiären und sozialen Verhältnisse ihrer Patienten, behandeln meist die ganzen Familien und sind mit den sozialen Verhältnissen vor Ort vertraut. Nachdem sie im allgemeinen die psychosoziale Betreuung vor Ort nicht durchführen können, schalten sie i.A. den vor Ort befindlichen Pflegedienst, Hilfsdienst, Sozialdienst oder die Nachbarschaftshilfe ein. Diese Form der Zusammenarbeit hat sich sehr gut bewährt.

Problematisch ist jedoch bei der Behandlung von alten Menschen der Einsatz von Psychopharmaka aus den Gruppen der Tranquilizer, Antidepressiva und Neuroleptika, die von niedergelassenen Ärzten zu häufig und in zu hohen Dosierungen an die Patienten abgegeben werden. Notwendig wäre eine häufigere Überweisung der Patienten an Nervenärzte und Psychiater, um eine fachlich richtige und differenzierte Behandlung gewährleisten zu können.

Allerdings ist gerade bei alten Menschen mit einer eher ablehnenden Haltung gegenüber Nervenärzten zu rechnen, was eine ausführliche Beratung und Überzeugungsarbeit der überweisenden Ärzte notwendig machen würde. Dazu sind sie jedoch häufig aus zeitlichen Gründen nicht in der Lage.

Ein weiteres Problem der ärztlichen Behandlung ist der Einsatz von Medikamenten zur Behandlung der verschiedenen somatischen/psychischen Krankheiten, die sowohl untereinander interagieren und deren Nebenwirkungen sich häufig potenzieren und die körperliche und insbesondere psychische Leistungsfähigkeit der alten Menschen weiter reduzieren.

Problematisch ist auch die Verordnung von Medikamenten durch unterschiedliche Gebietsärzte, ohne daß die Gesamtbehandlung durch einen Arzt koordiniert wird. Aus den genannten Gründen werden im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie deutlich zu viele Medikamente in zu hohen Dosierungen verordnet.

2.) Gerontopsychiatrische Abteilungen an Bezirkskrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern

Gerontopsychiatrische Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern waren früher identisch mit „Siechenabteilungen“, in denen Demenzkranke, Pflegebedürftige und geistig sowie schwer körperlich behinderte Patienten verwahrt wurden. In den letzten 10 bis 20 Jahren hat sich jedoch eine deutliche Wende vollzogen: die Gerontopsychiatrie will nicht mehr im Abseits stehen und formuliert therapeutische Ansprüche. Sie definiert ihr Klientel nicht mehr über die Diagnosen i. S. d. eben erwähnten Negativauswahl, sondern über das Lebensalter: alle älteren Patienten sollen jetzt in der gerontopsychiatrischen Abteilung behandelt werden, auch wenn sie nicht an einer dementiellen Erkrankung leiden, sondern an klassischen psychiatrischen Erkrankungen wie Psychosen und Depressionen.

Allerdings befindet sich nur ein verschwindend geringer Teil psychisch kranker alter Menschen in psychiatrischen Kliniken, die Mehrzahl wird ambulant betreut oder befindet sich in der Fürsorge der Familie. Ein Teil wird beim Auftreten psychischer Erkrankungen direkt in Pflegeheime verlegt. Damit hängt die Versorgung psychisch Kranker alter Menschen überwiegend vom System der ambulanten Versorgung ab.

Im Gegenzug werden die psychiatrischen Krankenhäuser in Zukunft von der Entwicklung im sogenannten Komplementärbereich stark beeinflusst. Die psychiatrischen Kliniken sind im stationären Bereich überwiegend zuständig für die akute Behandlung, dabei ist auch im Bereich der Gerontopsychiatrie mit einer immer kürzeren Verweildauer zu rechnen, zum Teil werden nur noch Kriseninterventionen durchgeführt.

a) Ambulanzfunktionen der psychiatrischen Kliniken

Die Bezirkskrankenhäuser und regionalen psychiatrischen Bezirkskliniken nehmen in zunehmendem Umfang Ambulanzfunktionen in der gerontopsychiatrischen Versorgung wahr. Im Rahmen der Reorganisation der stationären psychiatrischen Versorgung halten sowohl die großen Bezirkskrankenhäuser als auch die neu errichteten regionalisierten psychiatrischen Kliniken mit ihren gerontopsychiatrischen Abteilungen bzw. vernetzten Versorgungskonzepten eigene Ambulanzfunktionen vor und bringen diese auch vor Ort und gemeindenah ein. Dies gilt auch für die Konsiliartätigkeiten in Kliniken, Heimen und anderen Einrichtungen der Geriatrie/Gerontopsychiatrie.

Ein besonderes Interesse an der Weiterentwicklung der Gerontopsychiatrie zeigen zunehmend auch die Universitätskliniken. Die Poliklinik der psychiatrischen Abteilung der Technischen Universität München Rechts der Isar ist z.B. bereits jetzt schon mit umfangreichen Funktionen und daraus resultierenden wissenschaftlichen Erfahrungen an der gerontopsychiatrischen Versorgung und ihrer Weiterentwicklung beteiligt.

Mit der Regionalisierung und Funktionsübernahme der regionalisierten Abteilungen der großen Bezirkskrankenhäuser in den Regionen sind diese auch stark eingebunden in das System regionaler Arbeitsgemeinschaften und Verbundsysteme, wie Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften und vor allem der Gemeindepsychiatrischen Verbundsysteme, die zunehmend bestehen oder im Entstehen begriffen sind.

b) Teilstationär-klinische gerontopsychiatrische Versorgung

Aufgrund der demographischen Entwicklung und der allgemeinen Notwendigkeit einer Vermeidung von stationären Aufenthalten in Kliniken und Heimen ist deutlich, daß ein weiterer Ausbau im tagesklinischen Bereich dringend erforderlich ist. Die gerontopsychiatrische Tagesklinik erbringt dabei vorwiegend ambulante Funktionen und ermöglicht den Verbleib der alten Menschen in ihrer gewohnten Umgebung, gleichzeitig werden die pflegenden Angehörigen über einen gewissen Zeitraum entlastet.

Die Bezirke sollten dem weiteren Ausbau von gerontopsychiatrischen Tageskliniken hohe Priorität einräumen. Die Errichtung einer Tagesklinik mit integrierter Tagesstätte an regionalen oder stadtteilorientierten Altenheimen sollte schon aus Kostengründen intensiver in den Planungsgremien vorangebracht werden. Notwendig sind aufgrund der o.g. Entwicklung integrierte Lösungen mit der Möglichkeit, Synergieeffekte zu nutzen.

Synergieeffekte werden erreicht z.B. durch funktionale und / oder räumliche Zusammenlegung von

- Tagesklinik **und** Tagesstätte
- **und** Gerontopsychiatrischer Dienst und Sozialstation mit gerontopsychiatrischer Fachkraft/Fachkräften
- **und** Pflegedienste mit gerontopsychiatrischer Fachkraft/Fachkräften und Sozialtherapeutische Heimeinrichtungen für psychiatrische Langzeitpatienten
- **und** die Außenstelle der Ambulanz der Gerontopsychiatrie der zuständigen psychiatrischen Versorgungsklinik
- **und** Alten- und Pflegeheime
- **und** das System niedergelassener Ärzte.

Eine Vernetzung erfolgt zudem mit den vor Ort noch vorhandenen Diensten der Altenhilfe.

Notwendigerweise sollte sich dieses System mit der geriatrischen (oder, falls nicht vorhanden, eine auf die Bedürfnisse alter Menschen spezialisierten inneren) Abteilung des zuständigen somatischen Krankenhauses und der evtl. von ihr betriebenen geriatrischen Tagesklinik zu einem Verbundsystem zusammenschließen. Eine unverbindliche Absprache der verschiedenen Träger erscheint allerdings nicht ausreichend für den Betrieb eines derart komplexen Systems. Vielmehr sind vertragliche Vereinbarungen für ein „*gerontopsychiatrisches Verbundsystem*¹“ erforderlich.

¹ 1 Kap, IV: Das Gerontopsychiatrische Verbundsystem

3.) Heimeinrichtungen

Die Landschaft der stationären Altenhilfe hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten grundlegend gewandelt. Der Anteil der Wohnplätze ist im Vergleich zu denen der Pflegeplätze drastisch zurückgegangen. Ein wesentlicher Grund hierfür liegt in der massiven Verlegung von psychisch kranken alten Menschen aus Kliniken in den Heimbereich.

Es ist im Pflegeheimbereich durchschnittlich mit einem Anteil von bis zu 50 % Heimbewohnern zu rechnen, die an mittelschweren bis schweren psychiatrischen Erkrankungen leiden, davon ca. 2/3 an dementiellen Erkrankungen. Ca. 1/3 leidet unter anderen psychiatrischen Erkrankungen, im Vordergrund stehen Alterspsychosen, depressive Syndrome unterschiedlicher Genese und funktionelle Erkrankungen unterschiedlicher Genese.

Zudem muß bei den Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen mit einem weiteren Anteil von 20-30 % gerechnet werden, die an leichteren dementiellen oder funktionellen psychiatrischen Störungen leiden. Allerdings besteht auch bei diesen eine kontinuierliche Tendenz zur Verschlechterung, insbesondere weil ein großer Anteil der Heimbewohner mit den spezifischen Belastungen einer erheblichen Anpassungsstörung leidet.

Die Schlußfolgerung jedoch, mit der Umsiedlung eines psychisch auffälligen alten Menschen ins Heim sei alles notwendige bereits getan, ist eine krasse Fehleinschätzung. Sie verkennt einerseits die erheblich geringeren personellen Ressourcen der Heime in quantitativer und in der Regel auch qualitativer Hinsicht, wo bestimmte Berufsgruppen, etwa Psychologen oder gerontopsychiatrisch geschultes Pflegepersonal, in der Regel gar nicht vertreten sind.

Außerdem wird übersehen, daß die Umsiedlung ins Heim für viele alte Menschen einen dramatischen Einschnitt in die Biographie bedeutet und sie hier eine der größten Anpassungsleistungen ihres Lebens vollbringen müssen.

Insbesondere der Autonomieverlust und die häufige eintretende Abhängigkeit von der Sozialhilfe stellen massive narzißtische Kränkungen dar, die die psychische Vulnerabilität drastisch erhöhen und für psychiatrische Störungen anfällig machen können. Psychotherapeutische Unterstützung ist daher ebenso notwendig wie effektiv, wird daher bisher kaum angeboten.

Besonders schwierig sind die Arbeitsbedingungen und Belastungen für das Pflegepersonal der Heime: nirgendwo sonst ist das Spannungsverhältnis zwischen Helfen-wollen und Unveränderbarkeit bzw. Tod so ausgeprägt wie hier, ver-

schärft noch durch strukturelle Bedingungen wie z.B. den Pflegenotstand und mangelnde Ausbildung; auch die Bezahlung ist nicht angemessen.

Belastend ist das Mißverhältnis zwischen dem Ausmaß des Massenproblems der Demenzerkrankungen einerseits und dem Wissensmangel über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten andererseits, das die Pflegekräfte ertragen müssen. Im Gegensatz zur Krankenpflege, wo man schwierige Patienten besser ertragen kann im Wissen um die zeitliche Befristung der Krankenhausbehandlung, sind die Beziehungen des Personals zu den Bewohnern im Altenheim prinzipiell unbefristet, auch zu den sehr schwierigen Bewohnern.

Für all diese Belastungen sind Fortbildung, Beratung und Unterstützung, z.B. in Form von Supervision, unabdingbar.

Hinzu kommt, daß die biographische Erkundung, das Kennenlernen der Primärpersönlichkeit der Bewohner, immer wieder Ansatzpunkte zum besseren Verständnis des gestörten Verhaltens liefert; die biographische Erkundung ist deshalb ein unerläßliches Arbeitsmittel für die Altenpflegeheime, allerdings eines, das bisher sehr vernachlässigt wird.

Alle diese Aufgaben verlangen nicht nur - aber in hohem Maß - nach Psychiatern, die zusätzlich auch noch für die Bewältigung des Diagnostikproblems benötigt werden, denn der weitaus größte Teil der Heimbewohner wird direkt aus Allgemeinkrankenhäusern aufgenommen, ohne daß die erforderliche Diagnostik und Differentialdiagnostik stattgefunden hätte.

Aus all diesen Gründen ist ein stärkeres Engagement der Psychiatrie in den Altenheimen notwendig, das insbesondere über die einfache nervenärztliche Patientenversorgung (gleich Medikamentenversorgung) weit hinausgehen muß.

Doch die Wirklichkeit sieht anders aus.

Es läßt sich feststellen, daß die Altenheime in die Rolle quasi klinischgerontopsychiatrischer Pflegeeinrichtungen hineingedrängt werden. Einerseits sind sie im Durchschnitt für diese Aufgaben völlig unzureichend gerüstet.

Andererseits wird die Herausforderung aber punktuell angenommen, und in zahlreichen Einrichtungen der stationären Altenpflege werden mit ebensoviel Engagement wie Kreativität innovative Konzepte entwickelt und erprobt, die nicht nur in die Zukunft weisen, sondern darüber hinaus nicht selten auch für die gerontopsychiatrischen Kliniken beispielhaft sind: in einigen Bereichen konnten die Krankenhäuser in den letzten Jahren von den Altenheimen lernen.

Neben diesen positiven Tendenzen ist allerdings auch kritisch anzumerken, daß viele Heimträger angesichts ihrer nicht mehr zu belegenden Altenheimplätze aus rein finanziellen Überlegungen sich dem Bereich gerontopsychiatrischer Pflege zugewandt haben, ohne über die erforderlichen baulichen und fachlichen Voraussetzungen zu verfügen.

Viele Heimbetreiber versuchen das Problem über die Einrichtung sog. „beschützer“, in der Realität lediglich geschlossener Abteilungen zu lösen ohne wirklich ernsthafte konzeptionelle und inhaltliche Veränderungen. In vielen Einrichtungen bleiben auch die baulichen und personellen Voraussetzungen unverändert.

a) Entwicklungen im stationären Heimbereich

Diese Asymmetrie der Verteilung von gerontopsychiatrischen Betreuungsstrukturen in Alten- und Pflegeheimen ist sozialplanerisch sicher ungünstig und sollte korrigiert werden, um in jeder Planungsregion (Standardversorgungsgebiet) annähernd gleiche Verhältnisse der Versorgungsstruktur zu erreichen.

Gleichzeitig sollte das Verhältnis der Alten- und Pflegeheimplätze den tatsächlichen Erfordernissen und der demographischen Entwicklung angepaßt werden, d.h. der Anteil an Pflegeplätzen muß erhöht und in einigen Landkreisen der Anteil der Alten- (Wohn-)heimplätze deutlich reduziert werden.

Zudem sind die Heimeinrichtungen wenig nach dem vorhandenen Klientel gegliedert, d.h. zu viele unterschiedliche Betreuungsgruppen sind nach einem gleichartigen Betreuungsstandard untergebracht. Als Konsequenz sollten die Heimeinrichtungen eine innere Differenzierung aufweisen und jeder Betreuungsgruppe die notwendigen Betreuungsangebote vorhalten.

Die Heimeinrichtungen weisen zudem zu wenig ambulante und teilstationäre Betreuungsangebote auf, so daß die in den Einrichtungen vorhandenen Kapazitäten z.T. zu wenig genutzt werden und das Angebot sich stark auf den Bereich der körperlichen Pflege reduziert.

Viele Heimeinrichtungen sind durchaus in der Lage, Angebote im Bereich von Tagesstätten-Funktionen und stundenweiser Betreuung zu machen, so könnte wirkungsvoll vollstationäre Heimunterbringung vermieden werden. Heimeinrichtungen sollen zudem, entsprechend des psychiatrischen Bereiches, weiterführende rehabilitativ orientierte Angebote machen, um auch eine Rückführung von Klienten in den gemeindenahen Bereich gewährleisten zu können (Betreute Wohnformen etc.).

Die vom Modell überzeugende Sonderform der Kurzzeitpflegeeinrichtung hat sich bewährt und ist in besonderer Weise zu fördern. Sie setzt das Vorhandensein gut kooperierender Einrichtungen im Bereich der geriatrischen/gerontopsychiatrischen Versorgung voraus mit guter verkehrstechnischer Anbindung und guter Akzeptanz innerhalb der Versorgungsstruktur.

b) Tagespflege

Durch finanzielle Anreize sollen die tagespflegerischen Einrichtungen stärker gefördert werden. Tagespflegeeinrichtungen sind Institutionen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Betreuung pflegebedürftiger alter Menschen.

Die Mehrzahl der Tagespflegeeinrichtungen betreut psychisch und somatisch eingeschränkte alte Menschen gemeinsam, daneben sind auch Modelle denkbar, die ausschließlich der Versorgung psychisch behinderter alter Menschen dienen.

Ein besonderes Merkmal der Tagespflegeeinrichtungen ist die täglich wiederkehrende Möglichkeit, die Wirksamkeit der aktivierenden Pflege am Bewältigungsvermögen häuslicher Aktivitäten zu überprüfen.

Nachts und am Wochenende bleiben die alten Menschen zu Hause. Die Pflegeversicherung übernimmt einen Teil der Tagespflege. Medizinische Leistungen werden durch niedergelassene Ärzte oder Institutsambulanzen angeboten.

Wichtig ist die Sicherstellung eines Transportsystems, das die Fahrtbelastung und Fahrzeit pro Tag auf maximal eine Stunde begrenzt.

4.) Sozialstationen

Bezüglich ihrer Funktion und flächendeckenden Ausstattung bieten die Sozialstationen im Prinzip die besten Voraussetzungen zur Übernahme von Funktionen einer gerontopsychiatrischen ambulanten Betreuung. Verschiedene Voraussetzungen weisen auf die Eignung der Sozialstationen für diese Funktion hin:

- die Kontaktstruktur (aufsuchende Hilfe)
 - enge Einbindung in die örtlichen Versorgungsstrukturen
 - hohe Akzeptanz in der Bevölkerung
- damit Gleichstellung körperlich und psychisch Behinderter

- Einbindung in die administrativen Strukturen
- Vorhandensein von koordinierten Einsatzzentralen und damit Kosteneinsparung
- bereits vorhandene Personalausstattung in der somatischen Pflege
- enge Zusammenarbeit mit Laienhelfern und Nachbarschaftshilfen

Notwendig ist allerdings die Angliederung von gerontopsychiatrischen Funktionen an die Sozialstation, die eine gleichzeitige körperliche und psychiatrische Pflege möglich machen soll. Zudem ist notwendig, die für die Betreuung von psychisch kranken und behinderten alten Menschen unabdingbaren psychologischen, sozialpädagogischen und medizinischen Angebote zu erweitern.

Die ambulante gerontopsychiatrische Betreuung durch Sozialstationen im Bereich der somatischen und psychiatrischen Betreuung und Behandlung sowie die Koordinations- und Vernetzungsfunktionen, die notwendigerweise in einer derartig konstituierten Einrichtung mit geleistet werden müssen.

5.) Gerontopsychiatrie an Sozialpsychiatrischen Diensten

Die Übernahme von weiteren Funktionen der Geriatrie/Gerontopsychiatrie durch die Sozialpsychiatrischen Dienste ist bei der bestehenden personellen Ausstattung derzeit nicht möglich. Der Anteil an über 60-jährigen Klienten liegt derzeit schon bei 20-30 % des Gesamtklientels der Dienste, bevorzugt bei der Diagnosegruppe älterer psychisch Kranker und gerontopsychiatrischer Klienten mit depressiver und paranoider Symptomatik. Menschen mit dementiellen Erkrankungen werden i.A. durch die SPD's nicht betreut.

Durch eine Erweiterung der personellen Kapazitäten könnten die Sozialpsychiatrischen Dienste auch Versorgungsfunktionen der Gerontopsychiatrie übernehmen. Eine Ausweitung sollte besonders im Bereich der Altenpflege und des psychiatrischen Fachpflegepersonals erfolgen, zudem sollte die Kapazität im Bereich des psychologischen und sozialpädagogischen Angebotes ausgebaut werden.

Durch eine Übernahme von Tagesstättenfunktion können verstärkt auch alte Menschen durch die Dienste betreut werden.

Durch ihre innere Struktur, Organisationsform und Einbindung in die Gemeinde (Stadtteil) sind die Dienste in besonderer Weise in der Lage, im ambulanten gerontopsychiatrischen Bereich Versorgungsangebote zu machen. Von besonderem Vorteil ist der hohe Vernetzungs- und Kooperationsgrad der Dienste mit Klini-

ken, niedergelassenen Ärzten, Sozialstationen, Heimeinrichtungen, Wohngemeinschaftsträgern und Einrichtungen der kommunalen Sozialhilfe, Administration und der örtlichen politischen Strukturen.

6.) Gerontopsychiatrische Dienste

Der gerontopsychiatrische Dienst München/Ramersdorf ist der einzige derzeit in Bayern vorgehaltene Dienst im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung. Er hat Modellcharakter und wird in dieser Funktion in einer wissenschaftlichen Begleitforschung untersucht.

Die Ergebnisse sind durchweg positiv und überzeugend, der Dienst ist in großem Umfang dazu geeignet, alte psychisch kranke Menschen in ihrer gewohnten Umgebung zu betreuen **und** zu behandeln, um stationäre Behandlungen und Heimunterbringungen zu vermeiden.

Der Dienst besteht aus einem Altenpfleger, einer Fachschwester für Psychiatrie, einem Sozialpädagogen (jeweils ganztags) sowie einer halbtagsstätigen Psychologin, zuzüglich Verwaltungskraft, Zivildienstleistender und Praktikanten.

Trotz unbestritten positiver Funktionen erscheint eine flächendeckende Ausstattung mit gerontopsychiatrischen Diensten in ganz Bayern derzeit **nicht** möglich. Notwendig ist jedoch ein weiterer Ausbau der gerontopsychiatrischen Dienste vor allem in den Ballungsräumen.

Dort sollen die Dienste vor allem die Kooperation und Vernetzung der bestehenden Versorgungsstrukturen der geriatrisch/gerontopsychiatrischen Versorgung bewirken und ihre besondere Modellfunktion in die regionalen Planungs- und Koordinationsstrukturen einbringen.

Nachdem die Dienste unbestritten in großem Umfang Leistungen erbringen, die dem Leistungskatalog des SGB V entsprechen, ist eine Einbeziehung der Krankenkassen als Leistungsträger unumgänglich. Die Voraussetzung dazu müssen dringend geschaffen werden. Auch müssen die Leistungen der GPD_i im Bereich der Pflegeversicherung definiert werden.

7.) Gerontopsychiatrie an Alten- und Servicezentren (ASZ)

Wegen der besonderen Kontaktstruktur (Komm-Einrichtung) haben die ASZ im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung nur eine untergeordnete Bedeutung.

Für diejenigen Klienten, deren körperlicher und psychischer Zustand eine Anbindung an ein Alten- und Servicezentrum zuläßt, sollen in den Zentren besondere Betreuungsformen unterstützt und aufgebaut werden, um die Integration von psychisch behinderten alten Menschen verstärkt zu ermöglichen.

Durch eine enge Zusammenarbeit der Zentren mit den Sozialstationen und Sozialdiensten kann auch in Krisen und bei einer Verschlechterung des Gesamtzustandes eine nachgehende Fürsorge gewährleistet werden.

III. Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die gerontopsychiatrische Versorgung

Mit Einführung des SGB XI, dem Pflegeversicherungsgesetz, wurde die Finanzierung der Pflege verbindlich geregelt, die Pflegebedürftigkeit quasi funktionalisiert und meßbar gemacht und der Pflegeaufwand den Kategorien zugeordnet.

Hierbei wurde die gerontopsychiatrische Pflege allerdings nicht angemessen berücksichtigt. Folgende strukturelle Probleme hängen mittelbar mit der Pflegeversicherung zusammen:

- ⇒ Wegen Verwirrtheit, Desorientiertheit und Weglaufneigung erfolgt die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung, obwohl der Bewohner eigentlich nichts gegen eine Unterbringung in einem Heim einzuwenden hat. Es fehlen lediglich die pflegerischen und betreuerischen einschließlich der technischen Möglichkeiten, eine offene Unterbringung zu ermöglichen.
- ⇒ Die Einrichtung erhält bei geschlossener Unterbringung üblicherweise einen höheren Pflegeschlüssel als bei offener Unterbringung, obwohl die offene Unterbringung i.A. pflegeintensiver ist als die geschlossene.
- ⇒ Aus Gründen der Übersichtlichkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Betriebsnotwendigkeit werden Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, überwiegend dementiellen Prozessen, zu Pflegegruppen zusammengefaßt und in geschlossenen Stationen untergebracht.
- ⇒ Nachdem damit für die Betroffenen wesentliche soziale Stimuli fehlen und über die Geschlossenheit der Station Probleme auftreten, müssen über einen erhöhten Betreuungsaufwand besondere Angebote gemacht werden, um die geschlossene Station einigermaßen menschenwürdig gestalten zu können. Wo

dies nicht möglich ist, entstehen unwürdige Verhältnisse, die sich äußerst negativ auf die schon eingeschränkte mentale Situation der alten Menschen auswirkt.

Trotz der von allen Fachleuten festgestellten gravierenden Mängel bei der Einstufung von psychisch Alterskranken in die Pflegekategorien sieht die Bundesregierung keinen Handlungsbedarf.

„(...) Die immer wieder vorgebrachte Behauptung, daß sich die Situation psychisch Kranker, geistig Behinderter und Dementer mit der Einführung der Pflegeversicherung und dem dort geltenden Begriff der Pflegebedürftigkeit verschlechtert habe, trifft angesichts dieser eindeutigen Sach- und Rechtslage nicht zu“²

Typische Benachteiligungen sind:

- Beim Vorliegen leichter bis mittelschwerer psychiatrischer Symptome wird nach der gängigen Praxis sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit verneint, es erfolgt die Einstufung in die Pflegestufe 0. Die Folge ist eine nicht adäquate psychiatrische Pflege. Sofern vorhanden, tragen die Angehörigen die Last der Betreuung, bei Alleinstehenden ist häufig Verwahrlosung, Rückzug mit Vereinsamung und gravierende Verschlechterung die Folge der fehlenden Betreuung, Pflege und Behandlung.

Typischerweise erfolgt dann die stationäre Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Nachdem die Krankenhäuser die „komplementäre Ersatzfunktion Dauerunterbringung“ nicht mehr leisten können, erfolgt die Unterbringung in einem Alten- oder Pflegeheim. Da die Bewohner nicht freiwillig ihr gewohntes Lebensumfeld verlassen haben, ist eine Unterbringung nur in einer geschlossenen Abteilung möglich mit gerichtlichem Unterbringungsbeschuß.

- Der Demenzkranke mit mittelschweren Symptomen zeigt als Durchgangserkrankung schwerere psychiatrische Auffälligkeiten wie ein depressives Syndrom oder psychotische Phasen. Aufgrund nicht adäquater Betreuung, Pflege und nervenärztlicher Behandlung und Stützung des familiären Umfeldes erfolgt die stationäre Behandlung in einer Psychiatrischen Klinik mit konsekutiver Unterbringung auf einer geschlossenen Pflegestation eines Heimes.

²⁾ Unterrichtung durch die Bundesregierung; Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung; Bundestagsdrucksache 13/9528 v. 19.12.1997, Seite 25-27

- Mittelschwere bis schwere Demenzkranke werden aufgrund fehlender ambulanter Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten in stationäre Alten- und Pflegeheimen untergebracht.

IV. Das Gerontopsychiatrische Verbundsystem

Aus Organisations- und Kostengründen ist es dringend erforderlich, geriatrisch/gerontopsychiatrische Verbundsysteme zu schaffen, in denen alle Funktionen der Altenhilfe gleichermaßen eingebunden sind und in denen spezialisierte Funktionen in räumlicher Trennung durch die organisatorische Einheit verbunden sind.

Entscheidend ist jedoch die inhaltliche Definition als Verbundsystem und die **Schaffung von verbindlichen und verpflichtenden Organisationsstrukturen**. Dies beinhaltet sowohl die Leitungsstruktur, den inneren Zusammenhalt, die vertraglich zu regelnde Zusammenarbeit als auch verbindliche Einsatzpläne der Mitarbeiter.

Sinnvoll und notwendig sind auch gemeinsame Haushaltsstellen, Budgets und Verwaltungsverbundsysteme.

Auf lokaler und übergeordneter Ebene ist erforderlich die Einbindung in das **psychiatrische Versorgungssystem** mit seinen Arbeitsgemeinschaften, Verbundlösungen und Planungs- und Koordinierungsstrukturen, wie sie die Bezirke in Bayern bereits in weiten Teilen geschaffen haben.

In welcher Form ein solches Verbundsystem arbeitet ist unerheblich, Voraussetzung ist eine vertragliche Verpflichtung der Mitglieder des Verbundsystems und eine Delegation von Funktionen an eine gemeinsam zu bestimmende Leitung und Fachaufsicht.

Mitglieder eines geriatrisch/gerontopsychiatrischen Verbundsystems sollten sein

- somatische und psychiatrische Kliniken
- Geriatrische Abteilungen und Geriatrische Tageskliniken
- gerontopsychiatrische Kliniken und Tageskliniken
- gerontopsychiatrische Institutsambulanzen
- Sozialstationen
- gerontopsychiatrische Dienste

- **Alten- und Servicezentren (ASZ)**
- **Heimeinrichtungen**
- **Einrichtungen des betreuten Wohnens**
- **Gesundheitsämter**
- **niedergelassene Ärzte / Nervenärzte**
- **Nachbarschaftshilfe / Laienhilfe**
- **Sozialverwaltungen örtlich / überörtlich**

Durch den konsequenten und koordinierten Einsatz aller bereits bestehenden und neu zu schaffenden Einrichtungen, Maßnahmen und Dienste wird es möglich sein, in deutlichem Umfang stationäre Unterbringungen zu vermeiden. Für die alten Menschen bedeutet dies eine Verbesserung der Lebensqualität, wenn sie so lang wie möglich in ihrem gewohnten Lebensumfeld verbleiben können.



Abbildung: Geriatriisch-Gerontopsychiatrisches Verbundsystem

V. Zusammenfassende Planungsziele und Prioritätensetzung für die gerontopsychiatrische Versorgung

Die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung stellt eine enorme Herausforderung für das künftige gerontopsychiatrische Versorgungssystem dar.

Es gilt, vorrangig ambulante und teilstationäre Versorgungsstrukturen aufzubauen, um vollstationäre Heimaufnahmen künftig soweit als irgend möglich zu vermeiden. Hierfür sprechen auch finanzielle Erwägungen (vgl. Anlage).

Angesichts der dramatischen demographischen Entwicklung müssen die ambulanten und teilstationären Versorgungsangebote kurz- bis mittelfristig geschaffen werden. Andernfalls ist der gewünschte Entlastungseffekt für den vollstationären Heimbereich nicht zu realisieren.

Es ergeben sich folgende Planungsziele mit folgenden Prioritäten:

1. Ambulanter Versorgungsbereich

a) Planungsziele

- Flächendeckende Ausstattung mit hauptamtlichen Gerontopsychiatrischen Koordinatoren zur Verbesserung der Struktur und Auslastung der ambulanten Versorgung
- Schaffung von modellhaften Gerontopsychiatrischen Verbänden in ländlichen und städtischen Modellregionen zur Erprobung von neuen Strategien zur ambulanten und teilstationären Versorgung von psychisch kranken alten Menschen
- Verbesserung der ärztlichen und psychotherapeutischen gerontopsychiatrischen Grundversorgung und verstärkte Einbeziehung von Nervenärzten, Psychiatern und Psychotherapeuten in die ambulante Behandlung
- Aufbau von weiteren gerontopsychiatrischen Diensten in den Ballungsräumen
- schrittweise Erweiterung der Sozialpsychiatrischen Dienste um Funktionen der gerontopsychiatrischen Pflege und Betreuung
- Angliederung von gerontopsychiatrischer Kompetenz und psychiatrischer Pflege an das flächendeckende Netz der Sozialstationen
- Angliederung von gerontopsychiatrischer Kompetenz und Betreuung im Bereich der Alten- und Servicezentren.

b) Prioritäten

- Schaffung von hauptamtlich ganztätig tätigen gerontopsychiatrischen Koordinatoren (1 Vollkraft pro Versorgungsgebiet); sie sind nicht mit den Psychiatriekoordinatoren identisch, da sie ein anderes Wirkungsfeld bearbeiten
- Aufbau von gerontopsychiatrischen Diensten in den Ballungsräumen mit 3 Fachkräften pro Dienst (1 Psychologe, 1 Soziologe, 1 Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie, Arzt über KV)
- Erweiterung der Sozialpsychiatrischen Dienste um 2 gerontopsychiatrische Fachkräfte je Versorgungsgebiet (Landkreis/kreisfreie Stadt)

Alternative:

- Erweiterung der Sozialstationen um 2 gerontopsychiatrische Fachkräfte je Versorgungsgebiet (Landkreis/kreisfreie Stadt)

2. Heimbereich

a) Planungsziele

- Aufbau von Prüfungsstellen i.S. von „assessment units“ zur Klärung der Notwendigkeit einer Heimunterbringung oder Alternativen
- Ausbau des teilstationären Unterbringungsangebotes im Heimbereich
- Schaffung von Tagespflegeeinrichtungen mit deutlichen Verbesserungen des Pflegeschlüssels
- Aufbau von Tagesstättenfunktionen im Heimbereich
- Verstärkte Einbeziehung gerontopsychiatrischer Kompetenz in der medizinischen Behandlung von Heimbewohnern
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Heimeinrichtungen und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe
- Verstärkte Einbindung der Heimeinrichtungen in die Planungs- und Koordinierungsgremien der Altenhilfe und Psychiatrie
- Verbesserung der Planungskompetenz und Bedarfsprüfung

- Entwicklung von Betreuungskonzepten und Qualitätssicherungsmaßnahmen für den Heimbereich (Einsatz von gerontopsychiatrischem Fachpersonal, Supervision, gerontopsychiatrische Fort- und Weiterbildung).

b) Prioritäten

- Schaffung von Tagespflegeeinrichtungen mit verbessertem Personalschlüssel (Pflege 1 : 6; Ergo- bzw. Psychotherapie, Sozialarbeit für Koordination, Klienten- und Familienbetreuung, Organisation des Fahrdienstes 1 : 20)
- Entwicklung von Betreuungskonzepten und Qualitätssicherungsmaßnahmen (Einsatz von gerontopsychiatrischem Fachpersonal, Supervision, gerontopsychiatrische Fort- und Weiterbildung).

3. Ambulante und teilstationäre Versorgung im Krankenhausbereich

a) Planungsziele

- Schaffung von gerontopsychiatrischen Ambulanzen in den stationären Behandlungseinrichtungen, den bestehenden und neu zu errichtenden regionalisierten Kliniken
- weitere Dezentralisierung der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung
- Aufbau von gerontopsychiatrischen Konsiliardiensten in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und ambulanten Diensten
- Beteiligung der stationären gerontopsychiatrischen Abteilungen an Planungs- und Koordinierungsstrukturen der Altenhilfe bzw. Schaffung von entsprechenden Planungs- und Koordinierungsgremien

b) Prioritäten

- Schaffung von mind. 1 gerontopsychiatrischen Tagesklinik mit Institutsambulanz pro Versorgungsgebiet (Landkreis/kreisfreie Stadt); in Ballungszentren mehrere Tageskliniken.

4. Übergeordnete Planungsziele

- Einbeziehung der Gerontopsychiatrie in das psychiatrische Bedarfs-, Planungs- und Koordinationssystem der Bezirke; Erstellung eines gerontopsychiatrischen Plans je Bezirk
- Aufbau eines geriatrisch/gerontopsychiatrischen Verbundsystems
- Entwicklung verbindlicher Bedarfszahlen und Maßnahmen der Qualitätssicherung auf örtlicher und übergeordneter Ebene
- Beteiligung **aller** gesetzlichen Kostenträger an der medizinischen und psychosozialen Versorgung von alten Menschen
- Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Maßnahmen- und Einrichtungsträgern der Altenhilfe unter Einbeziehung der Kostenträger.

Prioritäten

- Einbeziehung der Gerontopsychiatrie in das psychiatrische Bedarfsplanungs- und Koordinierungssystem der Bezirke; Erstellung eines gerontopsychiatrischen Plans je Bezirk.

Kostenschätzung für ausgewählte Bereiche der gerontopsychiatrische Versorgung

1. Heimbereich (vollstationär)

Aktuelle Ausgangslage: 20.000 Pflegeheimbewohner (Sozialhilfeempfänger) und 3.000 Pflegeheimbewohner (Sozialhilfeempfänger) in geschützten Stationen/Abteilungen.

a) Pflegepersonalschlüssel derzeit 1 : 2,8 bzw. 1 : 2,5 im geschützten Bereich
Personalkosten: 634 Mio.DM

b) Pflegepersonalschlüssel 1 : 2,5 für besonders Schwererkrankte bzw. intensiv zu betreuende Heimbewohner (50 % von 20.000) und 3.000 in geschützten Einrichtungen

zusätzliche Personalkosten: 32,6 Mio.DM

c) Pflegepersonalschlüssel 1 : 2,0 für Heimbewohner wie unter b)

zusätzliche Personalkosten: 131,4 Mio.DM

d) Pflegepersonalschlüssel 1 : 1,8 für Heimbewohner wie unter b)
(= derzeitige Forderung des München Stifts)

zusätzliche Personalkosten: 186,3 Mio.DM

2. Heimbereich (Tagespflege)

Bedarfsannahme: 1 Tagespflegeeinrichtung mit 20 Plätzen pro Versorgungsgebiet (Landkreis/kreisfreie Stadt), zusätzliche Tagespflegeeinrichtungen in Ballungsräumen (München 6, Nürnberg 3, Würzburg 3, Augsburg 3) = 108 Tagespflegeeinrichtungen (2.160 Plätze)

Personalschlüssel Pflege:	1 : 6
Personalschlüssel Ergo- bzw. Psychotherapeut, Sozialarbeiter/in	1 : 20

Personalkosten: 37 Mio.DM (= 18,5 Mio.DM Bezirksanteil)

Investitionskosten 38,9 Mio. DM

Hierbei wurde von 36.000,-- DM pro Platz (= Anteil des Bezirks) ausgegangen; ferner wurde angenommen, daß nur die Hälfte der Plätze neu geschaffen werden muß.

Fahrkosten: keine Schätzung möglich.

3. Ambulanter Bereich

- a) 1 Koordinator (Vollkraft) pro Versorgungsgebiet (Landkreis/kreisfreie Stadt);
zusätzliche Koordinatoren in Ballungsräumen (wie bei 2) = 108 Fachkräfte

Personalkosten: 10,8 Mio.DM

- b) 2 Fachkräfte an Sozialpsychiatrischen Diensten oder Sozialstationen pro Versorgungsgebiet; zusätzliche Fachkräfte in Ballungsräumen
(wie bei 2) = 216 Fachkräfte

Personalkosten: 21,6 Mio.DM

- c) 3 Fachkräfte an Gerontopsychiatrischen Diensten in Ballungsräumen
(wie bei 2) = 15 Dienste bzw. 45 Fachkräfte

Personalkosten: 4,5 Mio.DM

Investitionskosten: 0,375 Mio. DM (25.000,-- DM/Dienst)

Ambulanter Bereich insgesamt: 37,3 Mio.DM

4. Gerontopsychiatrische Tageskliniken (mit Institutsambulanzen)

Als teilstationäre Akuteinrichtungen des KHG-Bereichs entstehen den Bezirken im wesentlichen keine Kosten.