

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 älter<sup>1</sup> um 156,6% (2011 +24,3%)
- Abnahme der 20-65-jährigen<sup>2</sup> um 39,7% (2011 -2,4%)

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-jährigen<sup>1</sup> oder älter um 143,2% (2011 +20,5%)
- Abnahme der 20-65-jährigen<sup>2</sup> um 31,1% (2011 -0,2%)

Die aktuelle Bevölkerungsprognose<sup>3</sup> 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 Metropolitanraum 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 Metropolitanraum gelegenen Anteile unserer

---

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

<sup>2</sup> potentiell pflegende Angehörige

<sup>3</sup> 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.

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 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 zunehmen<sup>4</sup>, was wiederum zu einer deutlich höheren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen wird. Auf die bekannten Zusammenhänge zwischen psychiatrischer (Ko-)Morbidität, 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,

---

<sup>4</sup> 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.

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**

Die Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Immanuel Klinik Rüdersdorf verfügt zurzeit über 90 Betten verteilt auf zwei allgemeinpsychiatrische 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 evt. 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 Diagnostik<sup>5</sup>, Beratung und Therapie sowie der Sozialberatung ist über die PIA eine neuropsychologische

---

<sup>5</sup> Bildgebung und EKG werden derzeit vom Hausarzt veranlasst.

Diagnostik (z.B. CERAD) möglich. Einzelnen 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 Bereich<sup>6</sup> 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 Diagnosespektrum 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 Behandlungsfällen 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 über

---

<sup>6</sup> 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.

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%).<sup>7</sup>

Etwas anders sieht es in der PIA Rüdersdorf aus. Hier lag der Anteil alterspsychiatrischer Patienten 2009 bei 27% und 2010 noch bei 21%<sup>8</sup>. 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

---

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

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



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.
- 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 Demenz<sup>9</sup>) sind bei zunehmendem Bedarf sinnvoll.

- 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

---

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

(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 Untersuchung<sup>10</sup> eine 1/3 VK (Sozialarbeiter) benötigt.

V. Dahling 20.09.2011

---

<sup>10</sup> 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.

Anlage

Vorbereitung Gerontokreis

## **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
- 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

K. Pfeil, August 2011