

Gerontopsychiatriebericht 2015

Situation von älteren Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung in Erfurt



Der vorliegende Gesundheitsbericht ist das Ergebnis der Zusammenarbeit zwischen der Stadtverwaltung Erfurt und vieler Fachkräfte unterschiedlicher Fachdisziplinen, die in den verschiedenen Einrichtungen und Institutionen in der Landeshauptstadt Erfurt auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie arbeiten. Hierfür gilt allen Beteiligten unser herzlicher Dank.

Impressum

Herausgeber

Landeshauptstadt Erfurt
Stadtverwaltung

Redaktion

Amt für Soziales und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
Gesundheitsberichterstattung

Telefon: 0361/655-4243
Fax 0361/655-4209
E-Mail: gbe@erfurt.de
Internet: www.erfurt.de

Stand: 30.11.2015

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Auftrag, Prinzipien und Ziele des Berichtes	4
2.1	Auftrag, Fragestellung und Ziele	4
2.2	Methodik.....	4
2.3	Prinzipien der Gerontopsychiatrie	5
2.2.1	Definition	5
2.2.2	Zielgruppe.....	6
2.4	Gerontopsychiatrische Erkrankungen	6
2.5	Rechtliche Rahmenbedingungen.....	9
3	Versorgungsbedarf	10
3.1	Epidemiologische Daten zur älteren Bevölkerung in Erfurt	10
3.2	Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen im Alter in Erfurt	12
4	Versorgungsqualität und Standards	14
5	Versorgungssituation in Erfurt	17
5.1	Ergebnisse der Befragung.....	17
5.2	Prävention und Gesundheitsförderung	21
5.3	Medizinische Versorgung	22
5.4	Kontakt und Beratung	24
5.5	Wohnen	28
5.6	Pflege	30
5.7	Soziale Teilhabe	31
5.8	Selbsthilfe und Angehörige	33
6	Handlungsempfehlungen	34
7	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	36
8	Literaturverzeichnis	37
	Tabellenverzeichnis	39
	Abbildungsverzeichnis	39
	Anhang	40

1 Einleitung

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung stellt die gemeindenahere Psychiatrie vor große Herausforderungen. Wenn Alter auch nicht gleichzusetzen ist mit Krankheit, so treten mit dem Alter vermehrt bestimmte Beschwerden auf. Einen besonderen Stellenwert haben psychische Erkrankungen, wie etwa Demenz und Depression. Die Gerontopsychiatrie befasst sich genau mit diesen Patienten. Sie steht im Schnittpunkt zwischen Psychiatrie, Altersmedizin und Altenhilfe, zwischen Gesundheits- und Sozialpolitik^[1]. Bei älteren Menschen sind psychische Störungen häufig. Etwa ein Viertel der 65-jährigen und älteren Bevölkerung leidet darunter.

Die Versorgungslage von Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung hat sich trotz der verbesserten Kenntnisse über Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten kaum verändert. Bis in die Gegenwart ist die Erkennung psychischer Störungen im höheren Lebensalter mit besonderen Schwierigkeiten verbunden. Die engen Wechselbeziehungen zwischen psychischen und körperlichen Krankheiten im Alter bedeuten eine Herausforderung, die nur multiprofessionell und multidisziplinär zu bewältigen ist^[2]. Unterschiedliche Institutionen und Expertengruppen sind sich einig darüber, dass Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung zu einer in der Versorgungsdiskussion vernachlässigten Gruppe gehören^[3].

Aufgrund der beschriebenen Situation stehen die wachsenden Anforderungen an die Gerontopsychiatrie ebenso wie der Bedarf an entsprechenden Versorgungsangeboten außer Frage. Hier besteht vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Verschiebung der Altersstruktur der Erfurter Bevölkerung ein besonderer Handlungsbedarf. Das Amt für Soziales und Gesundheit der Stadtverwaltung Erfurt hat daher einen Gerontopsychiatriebericht erarbeitet, mit dem die Grundlagen für die notwendige Weiterentwicklung gelegt werden sollen.

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der gerontopsychiatrischen Versorgungssituation in Erfurt, ihren Grundlagen und ihren spezifischen Problemen. Der Bestand an Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten sowie das Leistungsangebot der verschiedenen Anbieter, die die Betroffenen begleiten, betreuen, behandeln und pflegen, wurden ausgewertet. Dafür wurden 94 Erfurter Einrichtungen und Dienste mittels eines Fragebogens befragt. Im Kapitel 2 werden der Auftrag, die Fragestellungen und Ziele sowie die Methodik und Prinzipien der Gerontopsychiatrie dargestellt. Die häufigsten gerontopsychiatrischen Erkrankungen werden kurz vorgestellt sowie wesentliche rechtliche Rahmenbedingungen.

In den folgenden Kapiteln werden der spezifische Versorgungsbedarf (Kapitel 3) und die Versorgungssituation (Kapitel 5) in der Landeshauptstadt Erfurt erörtert und Versorgungsstandards dargelegt (Kapitel 4).

Abschließend werden Handlungsempfehlungen aufgezeigt, die zu einer Verbesserung der Versorgung von älteren Menschen mit einer psychischen Erkrankung in Erfurt beitragen sollen (Kapitel 6) und Schlussfolgerungen gezogen (Kapitel 7).

2 Auftrag, Prinzipien und Ziele des Berichtes

2.1 Auftrag, Fragestellung und Ziele

Die Funktion der kommunalen Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist die Information von Fachöffentlichkeit, Bevölkerung und Politik über lokale Besonderheiten der Gesundheit der Bevölkerung und ihrer Versorgung. Die Aufgaben sind die Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, die Schilderung der gesundheitlichen Versorgungssituation vor Ort, das Aufzeigen von Problemfeldern und die Formulierung entsprechender Handlungsmaßnahmen.

Im 1. Psychiatrieplan der Stadt Erfurt von 1996 wurden die Grundlinien einer zeitgemäßen Versorgung beschrieben^[4]. Der 2. Psychiatrie- und Suchthilfebericht von 2002 setzte diese Entwicklung fort und gab Empfehlungen, um die Entwicklung der Versorgungslandschaft in den folgenden Jahren zu fördern und zu unterstützen^[5]. Der 3. Erfurter Psychiatriebericht aus dem Jahr 2012 umfasst 4 Bereiche: 1. Erwachsenenpsychiatrie, 2. Gerontopsychiatrie, 3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4. Sucht^[6]. Diese Bereiche sollen in eigenständigen Berichten bearbeitet werden, um die Versorgungssituation für die verschiedenen Themen detaillierter zu analysieren.

Der Auftrag für die kommunale Gesundheitsberichterstattung bestand in einer Bestandsaufnahme der Versorgungsangebote für Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung als Grundlage für die Planung und Weiterentwicklung der Gerontopsychiatrie in Erfurt. Die Problematik "Sucht im Alter" sollte ebenfalls einen großen Stellenwert einnehmen.

Der Bericht geht folgenden wesentlichen Fragestellungen nach:

1. Wie viele Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung leben in Erfurt?
2. Welche Versorgungsangebote existieren?
3. Wie stellt sich die Versorgungssituation von Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung in Erfurt dar?
4. Welche Problemlagen und Handlungsfelder sind vorhanden?
5. Welche Hilfen und Vernetzungsstrukturen sind zukünftig erforderlich?

Der Gesundheitsbericht ist in enger Kooperation mit der Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie“ der PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft) erarbeitet worden. Ziel war es eine erste umfassende Bestandsaufnahme, Analyse und Bewertung der gerontopsychiatrischen Versorgungslandschaft und möglichen Handlungsschwerpunkten in der Stadt vorzulegen.

Die Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der Psychiatrie- und Suchthilfeeinrichtungen werden nicht detailliert beschrieben. Dafür liegen bereits eigenständige Berichte vor (3. Psychiatriebericht 2012^[6], Suchtbericht 2013^[7]).

2.2 Methodik

Dem Bericht ging ein ausgearbeitetes Konzept mit der geplanten Vorgehensweise bei der Berichtserstellung voraus, welches von Januar bis März 2014 erarbeitet wurde. Das Konzept wurde in enger Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsberichterstattung, der Koordinierungsstelle Psychiatrie und Sucht und der Fachsozialplanung erarbeitet. Das Konzept wurde der AG „Gerontopsychiatrie“ am 25.03.2014 vorgelegt und zur Diskussion

bereitgestellt. Die während der Sitzung genannten zusätzlichen Inhalte wurden aufgenommen und bei der Erstellung des Berichtes berücksichtigt.

Um einen Gesamtüberblick über die derzeitige Versorgungssituation gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen zu gewinnen, war es notwendig, eine umfassende Datenerhebung durchzuführen.

Als Grundlage für die Bestandsaufnahme wurde eine Übersicht über die Bausteine der gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur erstellt. Erfasst wurden die folgenden großen Versorgungsbereiche:

- Medizin
- Psychosoziales
- Pflege

Dazu wurde ein mehrseitiger Fragebogen entwickelt, der neben der Abfrage von einrichtungs- und personenbezogenen Daten zum Stichtag 31.12.2013, die Einschätzung der Versorgungsangebote sowie die bestehenden Kooperations- und Vernetzungsstrukturen abfragte. Inhaltlich wichen die Fragebögen für die einzelnen Bereiche nur geringfügig institutionsspezifisch in einigen Formulierungen ab.

Die Befragung erstreckte sich über einen Zeitraum von 5 Monaten (April bis August 2014). Anschließend fand die statistische Analyse der Daten statt sowie die Interpretation der Daten. Bis Ende März 2015 wurde der erste Berichtsentwurf erstellt. Anschließend wurden die Befragungsergebnisse der AG „Gerontopsychiatrie“ und der "AG Sozialpsychiatrie" zur Verfügung gestellt und die Handlungsempfehlungen diskutiert. Der Bericht wurde im November 2015 fertig gestellt.

2.3 Prinzipien der Gerontopsychiatrie

2.2.1 Definition

Die Gerontopsychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie mit Verknüpfungspunkten zur Geriatrie und Altenhilfe. Sie befasst sich mit der Behandlung psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Alter bzw. von Menschen über 65 Jahren. Laut Definition der Psychiatrie-Enquete von 1975 ist Gerontopsychiatrie die "Wissenschaft von der Krankheitslehre, Diagnostik, Therapie und Prävention psychischer Erkrankungen des hohen und höheren Alters".

Die gerontopsychiatrische Versorgung umfasst die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von älteren Menschen mit psychischer Erkrankung.

Ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen weisen oft eine Kombination psychischer, körperlicher und sozialer Probleme auf. Daher kann die Gerontopsychiatrie nicht einfach als Fortsetzung der Alltagspsychiatrie verstanden werden. Die besondere Stellung der Gerontopsychiatrie in der Psychiatrie, ihr Wissensstand und ihre Arbeitsweise begründen den Anspruch auf Eigenständigkeit^[8]. Die Gerontopsychiatrie hat es mit Patienten zu tun, die von den Erfahrungen eines langen Lebens geprägt sind. Bei der Betrachtung der Erkrankung müssen deshalb lebensgeschichtliche, psychosoziale, biologische, familiäre, soziokulturelle und ökonomische Lebenshintergründe gleichermaßen eingehen^[9].

2.2.2 Zielgruppe

Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung lassen sich in zwei unterschiedliche Gruppen mit voneinander abweichenden Problemprofilen unterteilen:

- die Gruppe der alt gewordenen Menschen mit psychischer Erkrankung (mit langjähriger psychischer Erkrankung)
- und
- in die Gruppe der Menschen, bei denen erst im Alter eine psychische Erkrankung auftritt, wie z. B. Demenzen, aber auch Depressionen und Angststörungen (vorrangig).

Die erste Gruppe ist vor allem dadurch charakterisiert, dass es sich hier um Personen handelt, die schon über lange Zeitspannen mit einer psychischen Erkrankung leben und nunmehr mit ihr altern. Alt gewordene Menschen mit psychischer Erkrankung befinden sich in der Regel schon Jahrzehnte in ambulanter psychiatrischer Behandlung und der Betreuung durch ein gut ausgebautes Netz von verschiedenen psychosozialen Hilfsangeboten. Hier besteht das wesentliche Problem im Hinzutreten chronischer körperlicher Krankheiten und Behinderungen, die eine Anpassung der psychosozialen Hilfsangebote an die neu aufgetretenen geriatrischen Fähigkeitsstörungen erfordern.

Bei der zweiten Gruppe handelt es sich meist um zu Hause lebende ältere Menschen, bei denen sich mit zunehmendem Alter oft schleichend eine psychische Störung entwickelt. Oftmals wird die Erkrankung nicht frühzeitig genug erkannt und behandelt. In der Regel sind daher bereits schwierige Problemkumulationen vor zu finden, wenn der Zugang zur professionellen Versorgung geebnet ist.

2.4 Gerontopsychiatrische Erkrankungen

Die diagnostische Klassifikation psychischer Störungen ist im Alter besonders schwierig. Bei rund 30 % der Älteren, die zunächst wegen körperlicher Beschwerden behandelt werden, kann schließlich ein psychisches Leiden diagnostiziert werden. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen gibt es fließende Übergänge zwischen physiologischen Alterungsprozessen und krankhaften psychischen Störungen. Zum anderen bestehen vielfältige Wechselwirkungen zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen. Des Weiteren treten im Alter häufig gleichzeitig mehrere Erkrankungen auf (Multimorbidität). Die Gerontopsychiatrie setzt damit eine ganzheitliche Betrachtungsweise voraus, ebenso wie eine multiprofessionelle Zusammenarbeit^[2].

Die gerontopsychiatrische Diagnostik orientiert sich an den Prinzipien der modernen Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV^[2].

Im Folgenden werden die häufigsten gerontopsychiatrischen Erkrankungen kurz vorgestellt.

Depressionen: Neben den Demenzen ist die Depression die häufigste psychische Erkrankung im Alter. Depressionen sind psychische Störungen, die von einer dauerhaften Überschattung des menschlichen Erlebens durch negative Gedanken und Gefühle gekennzeichnet sind^[9].

Zu den Charakteristika einer Depression zählen eine oft ängstlich gefärbte Niedergeschlagenheit, Verlust von Freude, Interessenlosigkeit, Denkverlangsamung mit Konzentrationsstörungen und Einengung auf negative Inhalte, die nicht selten wahnhaften Charakter annehmen. Suizidgedanken sind häufig. Initiative und Interessen sind deutlich gemindert. Antriebshemmungen bei erheblicher innerer Unruhe werden geschildert sowie

regelmäßige Appetitlosigkeit. Die Schwingungsfähigkeit der Gefühle ist eingeschränkt. Schlafstörungen gehören zu den häufigsten Symptomen einer Depression^[10]. Insgesamt klagen 35 % der 65-Jährigen und Älteren über Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen. 19 % nehmen mehrmals in der Woche oder täglich deshalb Schlafmittel^[2]. Eine depressive Episode wird diagnostiziert, wenn mindestens zwei Kernsymptome sowie zwei weitere Symptome seit zwei oder mehr Wochen vorhanden sind^[11]. Man geht davon aus, dass akut auftretende Stressoren die Störung bei einer entsprechenden genetischen oder psychosozialen Prädisposition auslösen können. Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen im höheren Lebensalter ist das Vorhandensein weiterer Erkrankungen und Behinderungen.

In diesem Zusammenhang ist die besondere Suizidgefährdung bei Altersdepressionen nachdrücklich zu unterstreichen. Ältere Menschen unternehmen häufiger Suizidversuche als jüngere Menschen. Die Berliner Altenstudie nennt Gesamtprävalenzraten der über 70-Jährigen von 9,1 %^[12]. Ältere Witwer sind eine besondere Risikogruppe^[2].

Demenzen: Die Alzheimer Krankheit ist zu einer der größten sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen geworden. Es gibt ca. 250.000 Neuerkrankungen jährlich. Diese Zahlen sprechen für sich. Diese Herausforderung wird nur mit offensiven und innovativen Konzepten, vor allem aber mit einem gezielten Zusammenwirken aller Beteiligten – Fachkräfte, Angehörige, ehrenamtlich bzw. bürgerschaftlich Engagierte etc. bewältigt werden können^[13]. Die Anzahl der 65-Jährigen und Älteren mit Demenz wird in den kommenden Jahrzehnten stark zunehmen^[14]. Die Zahl demenzkranker Menschen unterscheidet sich deutlich nach dem Geschlecht. So sind gegenwärtig rund doppelt so viele Frauen von Demenz betroffen als Männer. Die Gründe für das höhere Erkrankungsrisiko hochaltriger Frauen sind bislang jedoch unbekannt^[14].

Von Demenz wird gesprochen, wenn zentrale kognitive Funktionen mindestens ein halbes Jahr beeinträchtigt sind und dadurch die Bewältigung der Alltagsanforderungen erheblich gestört ist. Zu den dabei betroffenen Funktionen zählen Gedächtnis, Lernfähigkeit, Orientierung, Denken, Urteilsvermögen, Auffassung und Sprache. Hinzukommen können auch Störungen der Stimmung und der Gefühlskontrolle sowie Unruhe, aber auch Halluzinationen und Wahnsymptome^[9].

Demenzen werden in folgende Unterformen unterteilt:

- kortikale Demenz (z. B. Alzheimer Erkrankung)
- frontale Demenz (z. B. Morbus Pick)
- subkortikale Demenz (z. B. Chorea Huntington)
- vaskuläre Demenz (z. B. Multiinfarkt Demenz)

Die Unterformen unterscheiden sich vor allem in der Ausprägung der verschiedenen Symptome^[15].

Eine weitere Einteilung ist die Unterscheidung in primäre und sekundäre Demenzen. Die primären Demenzen gründen in einer Schädigung des Gehirns (z. B. Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenzen). Die sekundären Demenzen sind sehr viel seltener und werden durch Krankheiten anderer Organe hervorgerufen (z. B. Unterfunktion der Schilddrüse, Folsäuremangel). Etwa 40 bis 60 % aller Demenzen sind der Alzheimer-Krankheit zuzuordnen. Die Gruppe der vaskulären Demenzen stellt die zweithäufigste Ursache einer demenziellen Erkrankung dar. Mit zunehmendem Alter steigt das Demenzrisiko stark an^[2].

Demenzen sind therapeutisch beeinflussbar und das Voranschreiten kann erheblich verzögert werden. Neben der medikamentösen Behandlung gibt es kognitive Verfahren (kognitives Training), psychosoziale (z. B. Verhaltenstherapie) und psychoedukative Interventionen. Nach Diagnosestellung ist die Lebenserwartung reduziert und beträgt im Mittel 5 bis 8 Jahre^[9].

Das Alter ist der größte Risikofaktor für die Alzheimer-Krankheit. Alzheimer tritt normalerweise bei Personen auf, die älter als 65 Jahre sind. Im Alter von 80 bis 90 Jahren ist mindestens jeder Fünfte betroffen, bei den über 90-Jährigen leidet bereits mehr als ein Drittel an Alzheimer. Häufig wird der Beginn des demenziellen Abbaus von den Betroffenen und ihren Angehörigen kaum bemerkt, da die Symptomatik sich schleichend ausbildet und eine anfänglich häufig geklagte Vergesslichkeit oft als altersmäßig angesehen wird^[15]. Nur sehr wenige Menschen mit Demenz suchen dann von sich aus (fach-)ärztliche Hilfe für ihre Gedächtnisstörungen. Erster Ansprechpartner ist in der Regel der Hausarzt.

Für die Pflegepersonen gehört insbesondere das herausfordernde Verhalten im Zusammenhang mit der Demenz zu den am schwierigsten zu bewältigenden Situationen überhaupt.

Delir: Im deutschen Sprachraum wird besonders der Begriff Verwirrheitszustand häufig synonym mit Delir benutzt. Das Delir wird heute definiert als eine akut auftretende Störung des Bewusstseins, der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität und des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Gesamtdauer beträgt meist weniger als 6 Monate^[2]. Meist liegt eine schwere metabolische Störung zu Grunde^[15]. Ebenfalls kann der Zustand auch durch Medikamente ausgelöst werden^[9]. Die Abgrenzung zu einer Demenz ist besonders schwierig.

Persönlichkeitsstörungen: Persönlichkeitsstörungen sind schwere Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens, bei denen bestimmte Merkmale der Persönlichkeitsstruktur in besonderer Weise ausgeprägt, unflexibel oder wenig angepasst sind (z. B. schizoide, paranoide, zwanghafte oder dissoziale Persönlichkeitsstörung). Die persönliche und soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit ist meistens beeinträchtigt, Störungen der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung sind charakteristisch^[2]. Persönlichkeitsstörungen verstärken sich besonders im Alter.

Schizophrenien und wahnhaftige Störungen: Die Schizophrenie gilt als die klassische Psychose. Als Psychose wird eine schwerwiegende Beeinträchtigung wichtiger psychischer und auch kognitiver Fähigkeiten bezeichnet, die zu einer deutlichen Störung des Realitätsbezugs führen^[15]. Die Mehrheit der früherkranken Schizophrenen erreicht die der Gerontopsychiatrie üblicherweise zugeordneten Altersgruppe. Ein Drittel zeigt allerdings bis dahin keine schizophrenen Symptome mehr^[10]. Bei ca. 7 % liegt der Erkrankungsbeginn zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr und nur bei 3 % im späteren Lebensalter („Spätschizophrenien“). Hinsichtlich der Symptomatik werden bei den Spätschizophrenien häufiger Verfolgungswahn und Halluzinationen im Vergleich zu früher auftretenden Schizophrenien berichtet^[2].

Angsterkrankungen: Angst ist ein normaler, unausweichlicher Bestandteil unseres Lebens. In vielen Situationen dient Angst dazu, angemessen und schnell auf die Wahrnehmung, Bewältigung und Vermeidung von Gefahren und Bedrohungen zu reagieren. Unter dem Begriff der Angststörungen wird eine Gruppe von psychischen Erkrankungen zusammengefasst, die durch übersteigerte Angstreaktionen bei gleichzeitigem Fehlen akuter Gefahr und Bedrohung gekennzeichnet ist. Gegenüber der normalen Angst lassen sich Angsterkrankungen durch ihre Intensität (Panikattacken), Dauer, spezifische Auslöser (Phobien z. B. größere Menschenmengen, Spinnen), psychosozialen Folgen und die Angemessenheit der Angstreaktion abgrenzen^[2]. Bei älteren Menschen wird Angst häufig mit organischen Störungen in Zusammenhang gebracht. Eine Diagnosestellung ist meist schwierig. Die häufigsten Angststörungen unter älteren Menschen sind Phobien und generalisierte Angstsyndrome^[16].

Zwangsstörungen: Zwangsstörungen sind durch Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen charakterisiert, die so häufig, intensiv und ausführlich auftreten, dass Alltagsaktivitäten und die Funktionsfähigkeit deutlich beeinträchtigt sind^[2]. Zwangsstörungen kommen bei älteren Personen relativ selten vor^[16].

Abhängigkeitserkrankungen: Abhängigkeitserkrankungen sind auch im Alter recht häufig. Die Sucht im Alter unterscheidet sich allerdings von der Sucht bei jüngeren Menschen durch die Verteilung der Art der Abhängigkeit, durch die geringere Suchtmitteltoleranz und durch die unterschiedlichen Anforderungen an die Behandlung. Im Vordergrund steht der Konsum der legalen Suchtmittel Alkohol, Tabak und Medikamente. Bei älteren Männern ist vor allem ein Alkoholmissbrauch festzustellen, Frauen betreiben häufiger Medikamentenmissbrauch (insbesondere Beruhigungsmittel)^[15].

2.5 Rechtliche Rahmenbedingungen

Der demografische Wandel und damit der Bedeutungszuwachs der Gerontopsychiatrie stellen uns auch im Recht vor gänzlich neue Herausforderungen. Das Recht des psychisch erkrankten alten Bürgers rückt zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit, geht es doch im Kern um Fragen der Sicherheit, der gebotenen Therapie und der Absicherung der Grundrechte des multimorbiden Alterspatienten. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Versorgung und Unterstützung von Menschen mit psychischer Erkrankung umfassen eine Vielzahl von Gesetzen und Regelungen z. B.:

- Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung
- Sozialgesetzbuch IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- Sozialgesetzbuch XI: Soziale Pflegeversicherung
- Sozialgesetzbuch XII: Sozialhilfe (u. a. Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Grundsicherung im Alter)
- Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen vom 5. Februar 2009 (ThürPsychKG)
- Landespflegegesetz: Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 20. Juli 2005 (ThürAGPflegeVG)
- Erstes Pflegestärkungsgesetz vom 17. Dezember 2014 (PSG I): Durch zwei Pflegestärkungsgesetze will das Bundesgesundheitsministerium deutliche Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung umsetzen. Durch das erste Pflegestärkungsgesetz wurde bereits seit dem 1. Januar 2015 der Leistungsanspruch von demenziell Erkrankten unterhalb der Pflegestufe 1 im ambulanten Bereich deutlich erweitert. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt werden. Die bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und Demenzkranken soll dadurch wegfallen.
- Das Betreuungsrecht dient dem Schutz und der Unterstützung erwachsener Menschen, die wegen einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln können und deshalb auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Hier ist vor allem auf die Geschäftsfähigkeit, die Einwilligungsfähigkeit bei ärztlicher Behandlung, die Testierfähigkeit sowie die Fahrtüchtigkeit und nicht zuletzt auch die strafrechtliche Schuldfähigkeit zu denken^[17]. Rechtliche Grundlage ist das Betreuungsgesetz (BtG), welches am 01. Januar 1992 (BtG) in Kraft getreten ist.

3 Versorgungsbedarf

3.1 Epidemiologische Daten zur älteren Bevölkerung in Erfurt

Niedrige Geburtenraten und zunehmende Lebenserwartung führen zu einer deutlichen Zunahme der älteren Bevölkerung. Insbesondere der Anteil der Hochbetagten nimmt zu. Da im höheren Lebensalter der Hilfe- und Unterstützungsbedarf wächst, steigt somit auch die Anzahl der Pflegebedürftigen. Gleichzeitig verändern sich die Familienstrukturen. Auf lange Sicht fehlen Personen, die eine immer größere Anzahl Pflegebedürftiger betreuen können^[1].

Am 31.12.2013 konnten im Einwohnermelderegister der Landeshauptstadt Erfurt insgesamt 205.112 Personen mit Hauptwohnsitz gezählt werden. Davon sind 43.497 Personen 65 Jahre und älter (18.166 männliche Personen, 25.331 weibliche Personen). Der Anteil der über 65-Jährigen beträgt somit 21,2 %. In der Landeshauptstadt Erfurt lebten zum Stichtag 8.306 Personen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft. Davon sind 5,1 % 65 Jahre und älter (Tab. 2). Im Vergleich zu anderen deutschen Großstädten ist dies ein sehr geringfügiger Anteil an der älteren Bevölkerung insgesamt. Aus diesem Grund spielt diese Thematik keine größere Rolle und wird nicht näher betrachtet in diesem Bericht.

Tabelle 1: Erfurter Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2013

Altersgruppe von... bis unter... Jahre	Bevölkerung 2013		
	insgesamt	männlich	weiblich
0 bis unter 18 Jahre	29.871	15.224	14.647
18 bis unter 45 Jahre	72.661	36.684	35.977
45 bis unter 65 Jahre	59.083	29.020	30.063
65 bis unter 80 Jahre	33.105	14.794	18.311
80 Jahre und älter	10.392	3.372	7.020
Erfurt insgesamt	205.112	99.094	106.018

Quelle: Einwohnermelderegister der Landeshauptstadt Erfurt, Stand: 31.12.2013

Tabelle 2: Anzahl der älteren, ausländischen Bevölkerung in Erfurt (65 Jahre und älter)

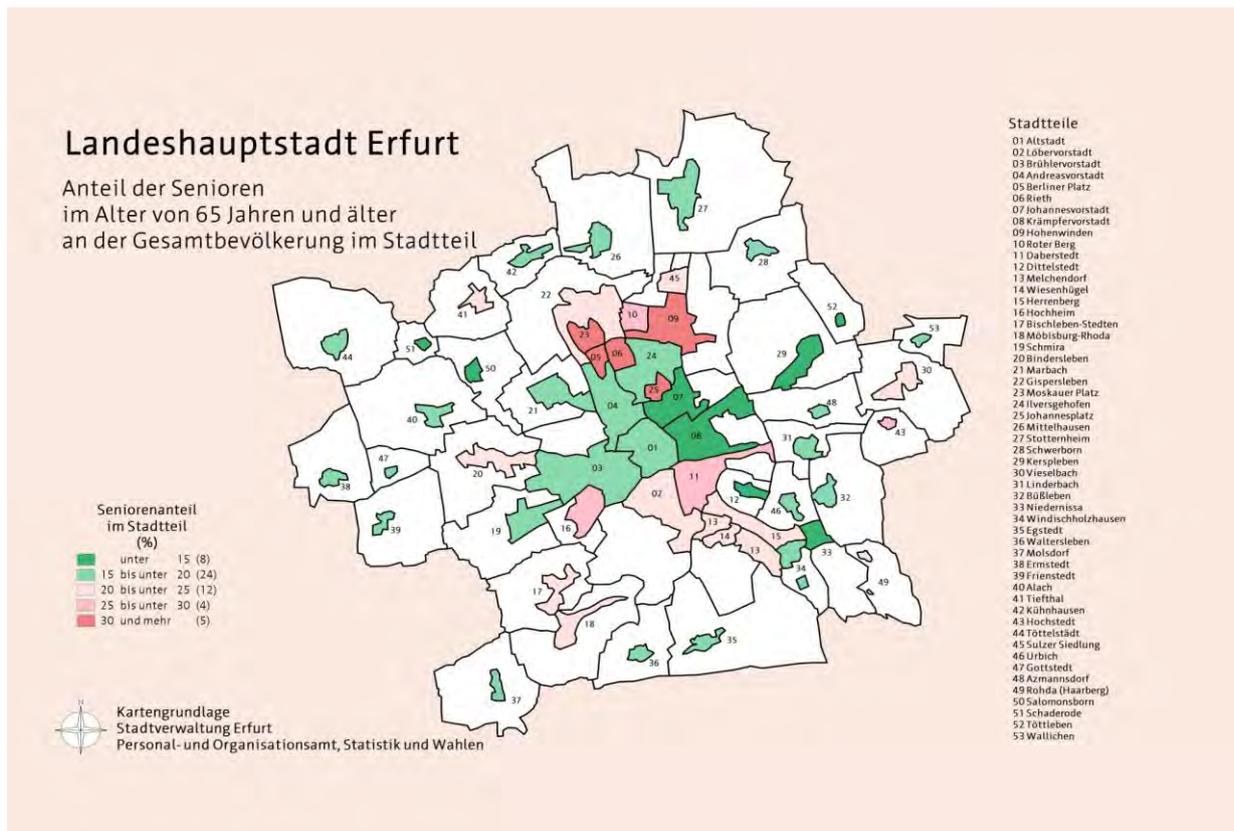
Altersgruppe	Anzahl der älteren, ausländischen Bevölkerung		
	insgesamt	männlich	weiblich
0 bis unter 15 Jahre	974	470	504
15 bis unter 65 Jahre	6.910	3.645	3.265
65 Jahre und älter	422	192	230
Erfurt insgesamt	8.306	4.307	3.999

Quelle: Einwohnermelderegister der Landeshauptstadt Erfurt, Stand: 31.12.2013

Die Bevölkerungsvorausschätzung bis zum Jahr 2035 der Stadtverwaltung Erfurt ergibt über den gesamten Prognosezeitraum eine kontinuierliche positive Bevölkerungsentwicklung. Laut Bevölkerungsprognose 2040 werden 24,1 % der Einwohner 65 Jahre und älter sein. In den nächsten 25 Jahren wird die Gruppe der Hochbetagten (85 Jahre und älter) von 2,5 % auf 4,4 % ansteigen. Dementsprechend ist auch mit einem Anstieg der Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung zu rechnen^[27].

Erfurt gliedert sich in 53 Stadtteile, die in 6 soziale Planungsräume unterteilt werden (siehe Sozialstrukturatlas 2012 der Stadt Erfurt^[19]). Die Abbildung 1 zeigt den Anteil der Senioren im Alter von 65 Jahren und älter an der Gesamtbevölkerung im Stadtteil. Den höchsten Anteil an Senioren gibt es in der Großwohnsiedlung Nord. Neben einzelnen verstreuten Stadtteilen hat der Planungsraum "Gründerzeit Oststadt" (Johannesvorstadt, Krämpfervorstadt) den geringsten Seniorenanteil.

Abbildung 1: Anteil der Senioren im Alter von 65 Jahren und älter an der Gesamtbevölkerung in Erfurt nach Stadtteilen 2013



Quelle: Personal- und Organisationsamt, Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen, Stand: 31.12.2013

Der Familienstand und die Haushaltsstruktur geben Auskunft über das mögliche Helferpotential. Die meisten Erkrankten werden von ihren Angehörigen gepflegt, insbesondere Ehepartner. In Erfurt sind knapp 60 % der über 65-Jährigen verheiratet (Tab. 3). Insgesamt gibt es in der Stadt 22.145 Haushalte in denen die jüngste Person 65 Jahre und älter ist. Darunter sind 5.278 Haushalte in denen die jüngste Person 80 Jahre und älter ist. 77 % dieser Altersgruppe sind Einpersonenhaushalte (Tab. 4). Dort ist der Hilfebedarf besonders groß. Die Abbildung 2 zeigt den Anteil der Einpersonenhaushalte von Senioren im Alter von 65 Jahren und älter nach Stadtteilen in Erfurt (N=11.573). Die Stadtteile Berliner Platz, Rieth und Wiesenhügel haben den höchsten Anteil an Einpersonenhaushalten von Senioren. Insbesondere dort bieten sich stadtteilbezogene Hilfsangebote an, denn ein großes und völlig ungelöstes Problem stellt bereits heute die zunehmende Zahl an Alleinlebenden dar. Hier gibt es noch weitaus häufiger als im Normalfall keine rechtzeitige Diagnose, keine adäquate Versorgung und Therapie und auch keine Betreuungskonzepte^[13].

Tabelle 3: Familienstand der älteren Erfurter Bevölkerung (65 Jahre und älter) 2013

Familienstand	Familienstand der älteren Bevölkerung		
	Anzahl	männlich	weiblich
ledig	1.823	492	1.331
verheiratet	25.319	13.892	11.427
geschieden	4.505	1.421	3.084
verwitwet	11.824	2.343	9.481
Lebenspartnerschaft	22	14	8
Insgesamt	43.497	18.166	25.331

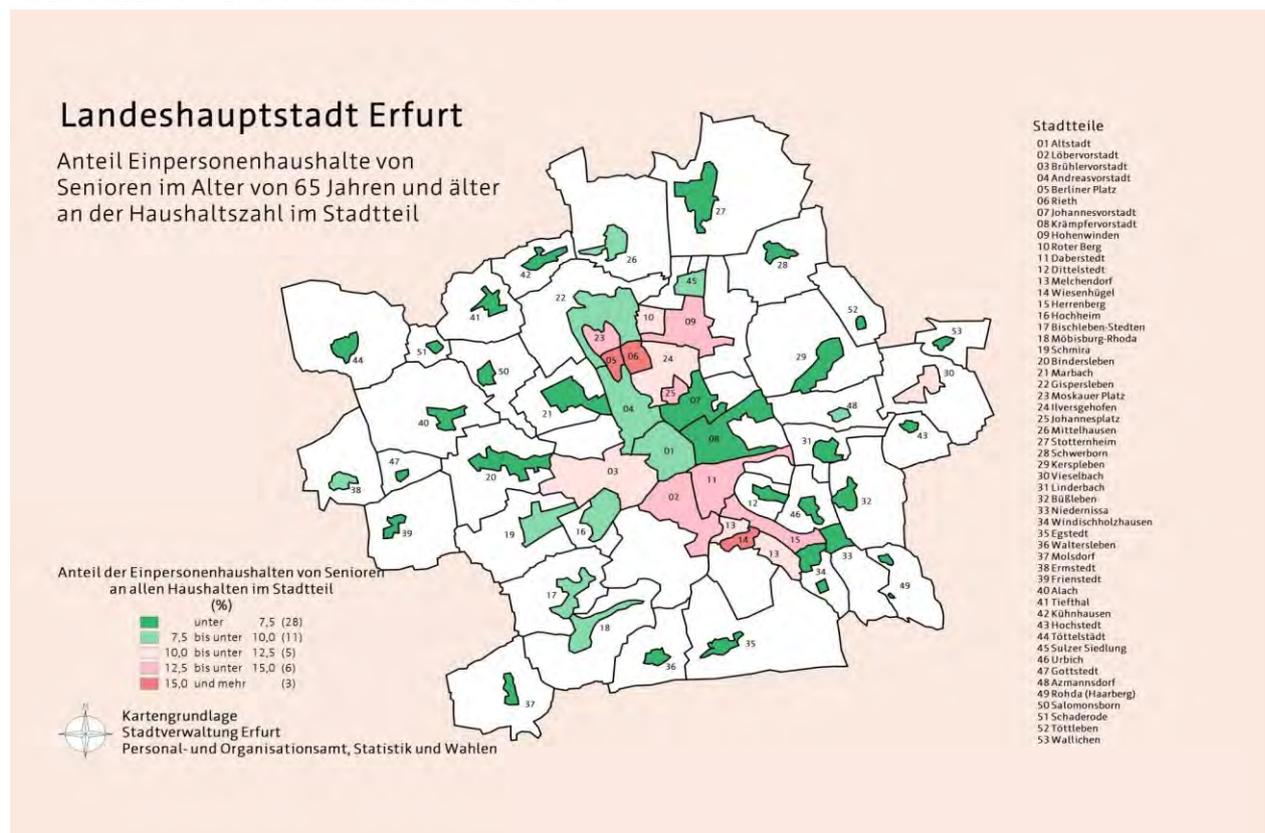
Quelle: Einwohnermelderegister der Landeshauptstadt Erfurt, Stand: 31.12.2013
.= aus Datenschutzgründen gelöscht

Tabelle 4: Ein-, Zwei- und Mehrpersonenhaushalte nach ausgewählten Altersgruppen und Planungsräumen in Erfurt 2013

Ein-, Zwei- und Mehrpersonenhaushalte nach ausgewählten Altersgruppen und Planungsräumen									
Planungsraum	Haushalt mit jüngster Person 65 Jahre und älter								
	insgesamt			darunter					
				Haushalt mit jüngster Person 65 bis unter 80 Jahre			Haushalt mit jüngster Person 80 Jahre und älter		
1-PHH	2-PHH	MPH	1-PHH	2-PHH	MPH	1-PHH	2-PHH	MPH	
City	1.782	1.188	88	1.153	1.014	81	629	174	7
Gründerzeit Südstadt	2.624	2.198	131	1.504	1.925	115	1.120	273	16
Oststadt	1.910	1.608	161	1.299	1.412	146	611	196	15
Großwohnsiedlung Nord	2.120	1.616	204	1.411	1.402	191	709	214	13
Großwohnsiedlung Südost	1.732	1.120	68	1.184	1.006	62	548	114	.
Ländliche Ortsteile	1.455	2.080	60	1.004	1.899	59	451	181	.
Erfurt gesamt	11.623	9.810	712	7.555	8.658	654	4.068	1.152	58

Quelle: Einwohnermelderegister der Landeshauptstadt Erfurt, Modellrechnung mit dem Programm HHSTAT, Stand: 31.12.2013
 .= aus Datenschutzgründen gelöscht

Abbildung 2: Anteil der Einpersonenhaushalte von Senioren im Alter von 65 Jahren und älter an der Haushaltszahl in Erfurt nach Stadtteilen 2013



Quelle: Personal- und Organisationsamt, Statistik und Wahlen, eigene Berechnungen, Stand: 31.12.2013

3.2 Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen im Alter in Erfurt

Nach den kardiovaskulären und onkologischen Erkrankungen kommen die psychischen Störungen bei älteren Menschen am dritthäufigsten vor. Angesichts der schwierigen Diagnostik überrascht es nicht, dass über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter Angaben vorliegen, die erheblich voneinander abweichen. Es wird davon

ausgegangen, dass etwa ein Viertel der über 65-Jährigen eine psychische Störung aufweist. Hierbei dominieren neben den Demenzen vor allem die Depressionen, die Angststörungen und die Sucht^[2]. Die quantitativ bedeutsamste Gruppe psychischer Erkrankungen im Alter sind die demenziellen Syndrome. Der Anteil demenzkranker Menschen beträgt derzeit ca. 10 bis 14 %. Die Häufigkeit steigt mit dem Alter stark an und verdoppelt sich alle 5 Jahre. Die Häufigkeit schwerer Depressionsformen beträgt je nach Studie zwischen 1,1 bis 5,4 % bei den über 65-Jährigen. Insgesamt wird von einem Anteil zwischen 10 bis 25 % ausgegangen. Alle bisherigen Untersuchungen zeigen übereinstimmend, dass die Häufigkeit schwerer depressiver Syndrome im Alter nicht steigt, dass sie aber bei Frauen annähernd doppelt so hoch sind wie bei Männern. Ebenfalls sind Verwitwete und Alleinlebende häufiger betroffen. Die Häufigkeit von Angstzuständen beträgt ca. 5 bis 12 % und steigt im Alter nicht an. Posttraumatische Belastungsstörungen zählen zu den häufigsten Angststörungen bei Älteren. Prävalenzraten von bis zu 14 % werden berichtet^[10]. Die Häufigkeit von Psychosen nimmt mit dem Alter eindeutig ab. Im Gegensatz dazu treten paranoide Reaktionen im höheren Lebensalter gehäuft auf. Sie beziehen sich vor allem auf den engeren Lebensraum, wie Beeinträchtigung und Bedrohung in der eigenen Wohnung bis hin zum Verfolgungswahn. Die Substanzabhängigkeit spielt im Rahmen der Multimorbidität des Alters eine bedeutsame Rolle. Insbesondere gibt es beim Alkohol- und Medikamentenmissbrauch einen erneuten Anstieg im Alter. Die Häufigkeit der Alkoholabhängigkeit schwankt zwischen 1 bis 20 %. Schätzungen gehen bei Medikamentenabhängigkeit von 0,5 % der über 70-Jährigen aus. Über den Konsum von illegalen Drogen bei älteren Menschen gibt es kaum Angaben. Die Tabelle 5 zeigt die in Studien aufgeführten Häufigkeiten psychischer Störungen bei Menschen nach dem 65. Lebensjahr sowie Schätzwerte für die Stadt Erfurt basierend auf den Bevölkerungsdaten aus dem Jahr 2013^[9]. Anhand der vorliegenden Daten gab es im Jahr 2013 schätzungsweise 10.874 ältere Menschen mit psychischer Erkrankung oder Suchterkrankung. Laut Bevölkerungsprognose 2040 wird es in 25 Jahren ca. 14.000 Betroffene geben^[27].

Tabelle 5: Häufigkeiten psychischer Störungen bei Menschen nach dem 65. Lebensjahr sowie Schätzwerte für die Stadt Erfurt

Psychiatrische Erkrankung	Häufigkeiten psychischer Störungen bei Menschen nach dem 65. Lebensjahr	
	Prozent	Geschätzte Anzahl in Erfurt
Demenzen	10-14 %	4.350-6.090
Depressionen	10-25 %	4.350-10.874
Generalisierte Angststörungen	5-12 %	2.175-5.220
Panikstörungen	1-2 %	435-870
Phobien	3 %	1.305
Zwangsstörungen	0-1,5 %	0-652
Paranoide Syndrome	1-2,5 %	435-1.087
Alkoholmissbrauch	♂ 10-20 %	♂ 4.350-8.699
	♀ 1-10 %	♀ 435-4.350
Alkoholabhängigkeit	♂ 2-3 %	♂ 870-1.305
	♀ 0,5-1 %	♀ 218-435
Medikamentenabhängigkeit	0,5 %	218
Psychische Störungen (insgesamt)	25 %	10.874

4 Versorgungsqualität und Standards

Angesichts der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter ist die gemeindenahere gerontopsychiatrische Versorgung von hoher Bedeutung. Die Situation psychisch kranker alter Menschen wird immer wieder als verbesserungswürdig beklagt^[20]. Es wird von einer erheblichen Unterversorgung ausgegangen. Daher ist eine kommunale gerontopsychiatrische Versorgungsplanung und -steuerung notwendig. Dafür wurden Leitlinien und Kennzahlen entwickelt, die darauf abzielen, dass die notwendigen Behandlungs- und Betreuungsangebote in einer räumlich klar definierten Region vorgehalten werden und erreichbar sind^[21].

Die Angaben über die Zahl der notwendigen Versorgungsangebote erfuhren im Prozess der Psychiatriereform einige Änderungen mit unterschiedlichen Angaben. Schon in der Psychiatrie-Enquête 1975 wurden Veränderungen in der gerontopsychiatrischen Versorgung eingefordert. Für Standardversorgungsgebiete von 250.000 Einwohnern wurden damals 55 stationäre und 25 tagesklinische gerontopsychiatrische Behandlungsplätze vorgeschlagen^[9]. Darüber hinaus wurden 60 spezialisierte Dauerunterbringungsplätze in Pflegeheimen als notwendig angesehen.

Im Jahr 1988 folgten die Empfehlungen der Expertenkommission des Bundesministeriums Jugend, Familien, Frauen und Gesundheit (BMJFFG). Im Mittelpunkt steht die Einrichtung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums in jeder Planungseinheit (ca. 200.000 bis 300.000 Einwohner)^[8]. Von einem Gerontopsychiatrischen Zentrum (GZP) wird gesprochen, wenn in seinem Kernbestand eine Tagesklinik, eine Beratungsstelle und eine Institutsambulanz einbezogen sind. Das GZP soll eine Motorfunktion für die Entwicklung weiterer gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen und -kompetenzen in einer Region ausüben^[21]. Bisher ist nur in wenigen Orten ein GPZ als komplexes Angebot verwirklicht^[10].

Im Jahr 1993 fordert die „Kommission Gerontopsychiatrie der Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe pro 100.000 Einwohner 30 bis 50 Plätze im betreuten Wohnen als Alternative zum Pflegeheim sowie 50 Tagespflegeplätze für ältere Menschen mit psychischer Erkrankung^[9].

Im Jahr 1997 stellte die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser das „Aktionsprogramm gerontopsychiatrische Versorgung“ vor. Darin wurde für jedes Versorgungsgebiet von 150.000 bis 250.000 Einwohnern ein Gerontopsychiatrisches Zentrum gefordert mit 30 bis 50 Klinikbetten, von denen 20 bis 25 % als teilstationär ausgewiesen sein sollten^[21]. Jüngere Quellen tendieren insgesamt zu etwas niedrigeren Werten^[9].

Im Jahr 2009 hat der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demenzkranke Menschen entwickelt. Zu den Kernforderungen gehören u. a. ein Leistungsträger und Leistungserbringer übergreifendes Assessment und Case Management, eine wohnortnahe, quartiersbezogene multiprofessionelle Unterstützung, eine ausreichende Begleitung durch Alltagshelfer, eine Nutzerstärkung durch Angebotstransparenz, die Stärkung von bürgerschaftlichem Engagement sowie entsprechende finanzielle Steuerungen, die auch ambulante Komplexleistungen ermöglichen^[21].

In der Gerontopsychiatrie bedarf es der Umsetzung gemeindenaher Hilfen. Nur in Zusammenarbeit mit dem natürlichen Bezugssystem (Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis) kann der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der gerontopsychiatrischen Versorgung auch tatsächlich umgesetzt werden. Die Betreuungsangebote des Netzes sollten deshalb dringend und ohne Ausnahme auf der Basis einer individuellen Hilfebedarfsbestimmung (z. B. Hilfeplankonferenz) ausgestaltet sein. Die Hilfen sind außerdem wohnortnah in den „Quartieren“ bzw. Gemeinden zu organisieren und zu vernetzen. Ihrer kommunalen Steuerung kommt eine große Bedeutung zu^[21].

Eine Bedarfsdeckung nach diesen Standards ist bisher nur in sehr wenigen Modellregionen annäherungsweise erreicht worden.

Die Versorgungsqualität ergibt sich vorrangig darüber, wie es gelingt, Angebote, die altgewordene Hilfsbedürftige traditionell versorgen, für die Belange der Gerontopsychiatrie zu erschließen und zu qualifizieren. An erster Stelle stehen dabei die Angebote der Altenhilfe und die der allgemeinen Psychiatrie, deren Ressourcen für gerontopsychiatrische Versorgungsaufgaben zu nutzen und in eine integrierte Hilfeplanung einzubeziehen sind^[8]. Integrierte Versorgung beinhaltet in diesem Zusammenhang die Vernetzung von ambulanten, stationären und teilstationären Bereichen^[13].

Ein zentrales Problem der ambulanten Versorgung insgesamt ist die fehlende Vernetzung und Bündelung von Fachkompetenzen und Ressourcen. Aufgrund ihrer Multimorbidität benötigen ältere Menschen mit psychischer Erkrankung in der Regel zeitgleich unterschiedliche Hilfen, die in die Zuständigkeit verschiedener Leistungs- und Kostenträger fallen. Die Nutzer und auch ihre Angehörigen sind in der Regel überfordert, den individuell notwendigen Mix an geeigneten multiprofessionellen Hilfen zu organisieren^[14].

Oftmals werden psychische Erkrankungen nicht oder zu spät erkannt. Es wird davon ausgegangen, dass 40 % der Depressionen im Alter nicht korrekt diagnostiziert und behandelt werden. Eine qualitativ gute Behandlung und Unterstützung psychisch kranker alter Menschen setzt eine ausreichende gerontopsychiatrische Qualifikation aller Beteiligten voraus. Eine Verbesserung der gerontopsychiatrischen Kompetenz aller an der Versorgung beteiligten Akteure ist daher erforderlich. Die Hausärzte sind oft die ersten Ansprechpartner für ältere Menschen im medizinischen System. Ihre Qualifikation zur Früherkennung von gerontopsychiatrischen Erkrankungen ist daher sehr wichtig. Zu fördern und zu unterstützen sind aber auch Aufbaustudiengänge, Weiterbildungen und Fortbildungsangebote, die gerontopsychiatrische Qualifikationen berufsbezogen etwa an Sozialarbeiter, Psychologen, Pädagogen, Krankenpflegeberufe u. a. vermitteln. Die Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Behandlungs- und Pflegequalität muss auch durch die Forschung weiter vorangetrieben werden, sowohl in Form von Grundlagen- als auch von anwendungsorientierter Forschung.

In Deutschland gibt es eine große Vielfalt der Angebotsformen, die an der gerontopsychiatrischen Versorgung beteiligt sind^[22]. Die Tabelle 6 gibt eine Übersicht gerontopsychiatrischer Behandlungs- und Betreuungsstrukturen. Die Versorgungsangebote unterteilen sich in stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote. Eine weitere Spezialisierung ist in den Bereichen Medizin/Psychotherapie, Psychosoziales und Pflege möglich. Im Anhang 2 sind die gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen in Erfurt dargestellt und die Schnittstellen zur Altenhilfe sowie Gemeindepsychiatrie.

Studien zeigen, dass der größte Anteil älterer Menschen in der gewohnten Umgebung leben möchte. Dies zeigt auch die aktuelle Wohnbedarfsbefragung von 2014 (bislang unveröffentlicht). Trotzdem müssen psychisch kranke alte Menschen häufig ihr Umfeld verlassen, weil bislang komplexe Hilfeleistungen kaum ambulant, sondern fast ausschließlich stationär angeboten werden^[20]. Im Quartierskonzept geht es darum alle erforderlichen Hilfen im Stadtteil vorzuhalten, damit die Menschen in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können. Hierbei stehen angemessener Wohnraum, bauliche Maßnahmen, die den jeweiligen Erfordernissen entsprechen, soziale Integration durch Nachbarschaft und Ehrenamt, psychosoziale Hilfsangebote sowie Angebote der Altenhilfe im Vordergrund^[20]. Für die Versorgungssicherheit im Alltag und damit die Autonomie alter Menschen ist neben der fachlichen Anleitung der Angehörigen in der häuslichen Versorgung und finanzierbare Alltagshilfen, die Qualität der sozialen Infrastruktur von Bedeutung. Eine gute Infrastruktur trägt dazu bei, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen^[14].

Tabelle 6: Vielfalt der Angebotsformen, die an der gerontopsychiatrischen Versorgung beteiligt sind

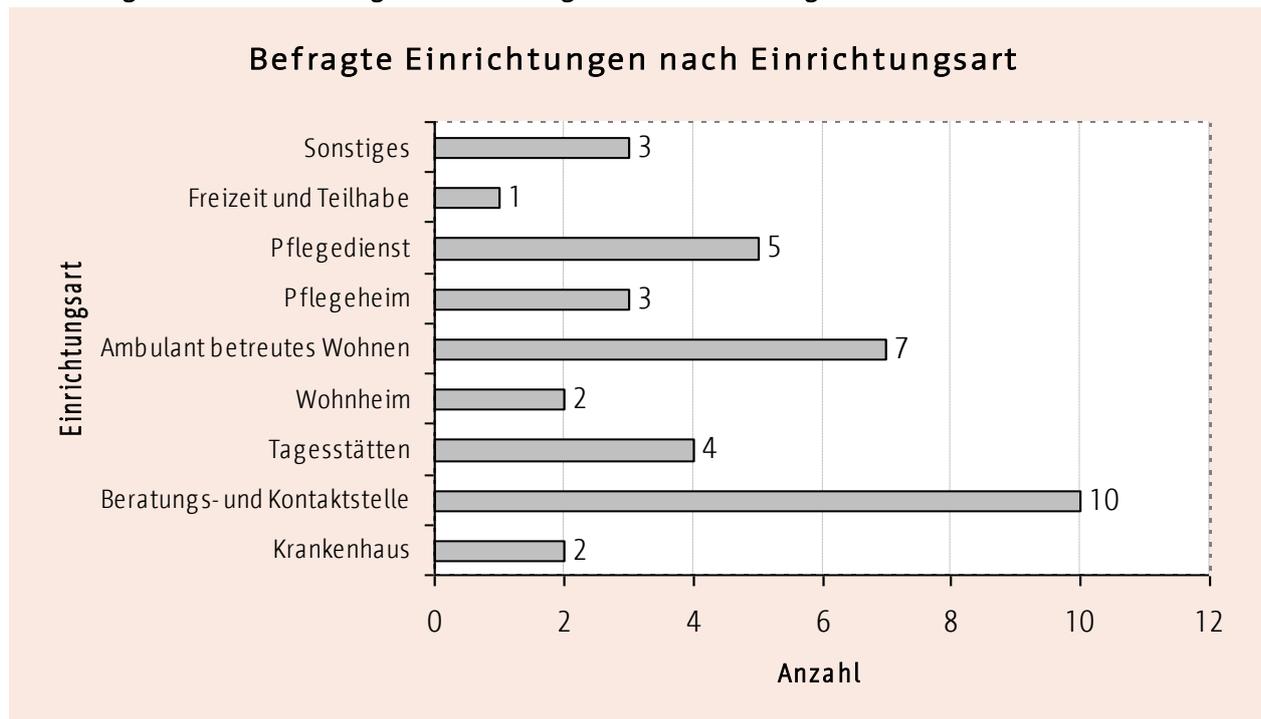
Spezialisierung	medizinisch/ psychotherapeutisch	psychosozial	pflegerisch
Ambulante Versorgungsangebote			
Speziell gerontopsychiatrische Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachärzte und Psychotherapeuten • Gerontopsychiatrische Institutsambulanzen • Gedächtnissprechstunde 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrische Beratungsstellen • Gerontopsychiatrische Besuchsdienste • Demenz-WG • Betreutes Wohnen • Familienentlastende Dienste • Angehörigengruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrische Pflegedienste
Im Regelsystem integrierte Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte • Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie • Psychotherapeuten • Psychiatrische Institutsambulanzen 	<ul style="list-style-type: none"> • SpDis • Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen • Seniorenberatungsstelle • Begegnungsstätten • Tagesstätten • Selbsthilfe • Besuchsdienste • Seniorenwohnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Pflegedienste • Ambulante Pflegedienste • Pflegestützpunkte (Pflegetetze) • Niedrigschwellige Betreuungsangebote
Teilstationäre Versorgungsangebote			
Speziell gerontopsychiatrische Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrische Tagesklinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagesstätte für gerontopsychiatrisch Erkrankte • Teilstationäre Therapie- und Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch Erkrankte 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagespflege für gerontopsychiatrisch Erkrankte
Im Regelsystem integrierte Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische Tagesklinik • Geriatrische Tagesklinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagesstätte für psychisch Kranke 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagespflege/Nachpflege
Stationäre Versorgungsangebote			
Speziell gerontopsychiatrische Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrische Stationen oder Abteilungen in Kliniken • Alzheimer Therapiezentrum 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrische Wohngruppen • Tagesgruppe für Demenzkranke in Heimen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrische Pflegeheime und Pflegeabteilungen
Im Regelsystem integrierte Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinkrankenhäuser • Fachkliniken/ Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik • Fachkliniken/ Abteilungen für Geriatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnheime für psychisch Erkrankte 	<ul style="list-style-type: none"> • Alten- und Pflegeheime
Vernetzung und Kooperation			
Speziell gerontopsychiatrische Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Gerontopsychiatrische Verbünde • Gerontopsychiatrisches Zentrum 		
Im Regelsystem integrierte Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • GPVs • PSAGs • AG, Runde Tische 		

5 Versorgungssituation in Erfurt

5.1 Ergebnisse der Befragung

Es fand eine Befragung von Einrichtungen und Institutionen der Psychiatrie und Altenhilfe in Erfurt statt, um die gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen zu erfassen. Insgesamt wurden 94 Einrichtungen aus verschiedenen Bereichen befragt (Abb. 3). 38 Einrichtungen (40,4 %) haben den Fragebogen ausgefüllt. Zusätzlich gab es von 6 Einrichtungen (6,5 %) die Rückmeldung, dass keine gerontopsychiatrischen Klienten betreut werden. Die Teilnahmequote an der Befragung betrug somit 46,9 %.

Abbildung 3: Anzahl der befragten Einrichtungen nach Einrichtungsart



Sonstiges: Seniorenbeirat, Begegnungsstätte, Adaptionseinrichtung, Betreuungsverein

Die Einrichtungen wurden nach ihrem Leistungsprofil für Menschen mit einer gerontopsychiatrischen Erkrankung gefragt. 31 Einrichtungen (81,6 %) gaben an, dass keine speziellen Leistungen vorgehalten werden. 7 Einrichtungen (18,4 %) verfügen über einen speziellen gerontopsychiatrischen Bereich oder entsprechende Angebote. 15,4 % der Mitarbeiter in den Einrichtungen verfügen über eine gerontopsychiatrische Qualifizierung, vorrangig Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus dem Bereich Pflege.

Die Einrichtungen wurden nach den Krankheitsbildern ihrer Klienten gefragt. Aufgrund der unvollständigen Angaben aus den Bereichen Medizin und Pflege werden an dieser Stelle nur Daten aus dem Bereich Psychosoziales vorgestellt. Insgesamt liegen Angaben von 510 Klienten mit gerontopsychiatrischer Erkrankung vor. Diese Klienten haben oft Mehrfacherkrankungen, daher liegen z. T. Doppel- und Mehrfachdiagnosen vor. Da den Einrichtungen nicht immer eine Diagnose vorliegt, wurden z. T. auch Eigenbeurteilungen vorgenommen. Abweichungen in Bezug auf die Anzahl der Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung entstehen auch dadurch, dass einige Einrichtungen keine Angaben zu den einzelnen Krankheitsbildern vorgenommen haben. In der Tabelle 7 sind die erfassten Zahlen dargestellt. Die Hälfte der Klienten hatte eine Demenz. Bei 23 % der Klienten

lag eine Abhängigkeitserkrankung vor. 14,7 % leiden unter einer Depression und 12 % an einer Schizophrenie. Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen kommen eher selten vor.

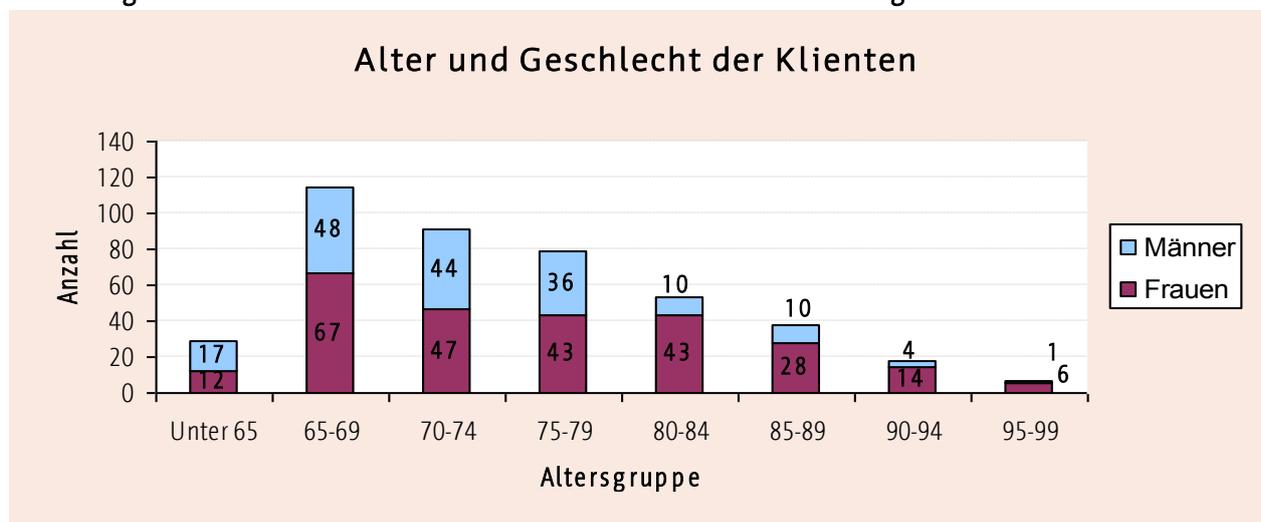
Tabelle 7: Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei den Klienten in den Erfurter Einrichtungen

Psychische Erkrankung	Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei den Klienten in Erfurt	
	Anzahl	Prozent
Demenz	248	48,6
Depression	75	14,7
Angststörung	23	4,5
Schizophrenie	62	12,2
Persönlichkeitsstörung	26	5,1
Zwangsstörungen	14	2,8
Andere Psychiatrische Erkrankungen	45	8,8
Abhängigkeitserkrankungen	119	23,3
davon Alkohol	110	92,4
davon Medikamente	7	5,9
davon andere	2	1,7

Quelle: Eigene Erhebung
Insgesamt 510 Klienten, z. T. mit Doppeldiagnosen

Alters- und Geschlechtsangaben wurden bei 430 Klienten gemacht. 60,5 % der Klienten sind weiblich und 39,5 % sind männlich. 6,7 % der Klienten mit einer Demenz sind unter 65 Jahre. Knapp 50 % der Klienten sind zwischen 65 und 74 Jahren. 31 % sind im Alter zwischen 75 und 84 Jahre und 15 % sind älter als 85 Jahre (Abb. 4).

Abbildung 4: Alter und Geschlecht der Klienten in der Erfurter Einrichtungen



Bei der Frage "Worin sehen Sie Probleme bei der Versorgung von Personen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung?" gaben die Einrichtungen an, dass die größten Probleme durch die zeitintensive Versorgung und die Überforderung der Angehörigen verursacht werden, u. a. bedingt durch das begrenzte Unterstützungsangebot anderer Dienste (Tab. 8).

Tabelle 8: Probleme bei der Versorgung von Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung

Versorgungsbereiche	Versorgungsprobleme bei Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung					
	ja		teils/teils		nein	
	N	%	N	%	N	%
Schwerer Zugang	6	17,1	23	65,7	6	17,1
Zeitintensive Versorgung	29	80,6	5	13,9	2	5,6
Überforderung der Angehörigen	21	58,3	14	38,9	1	2,8
Begrenztes Unterstützungsangebot anderer Dienste	8	23,5	20	58,8	6	17,6
Zusammenarbeit mit anderen Diensten	7	20,6	18	52,9	9	26,5

Sehr häufig werden die Mitarbeiter im Arbeitsumfeld mit den Suchtmitteln Tabak und Alkohol sowie Medikamentenmissbrauch konfrontiert. Mit illegalen Drogen oder nicht stoffgebundenen Süchten kommen etwa 40 % der Befragten im Arbeitsfeld nie in Kontakt (Tab. 9).

Tabelle 9: Konfrontation mit Suchtmitteln im Arbeitsumfeld

Suchtmittel	Konfrontation mit Suchtmitteln im Arbeitsumfeld							
	oft		manchmal		selten		nie	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tabak	27	77,1	4	11,4	1	2,9	3	8,6
Alkohol	15	42,9	15	42,9	2	5,7	3	8,6
Beruhigungsmittel	7	20,6	18	52,9	3	8,8	6	17,6
Schmerzmittel	10	28,6	18	51,4	3	8,6	4	11,4
Essstörungen	1	3,0	18	54,5	6	18,2	8	24,2
Illegale Drogen	5	14,3	8	22,9	8	22,9	14	40,0
Nicht stoffgebundene Süchte	2	5,7	8	22,9	12	34,3	13	37,1

Auf die Frage „Halten Sie die gerontopsychiatrischen Versorgungsangebote in der Stadt Erfurt für ausreichend?“ antworteten 84,4 % (N=28) mit nein.

Um genauer zu analysieren in welchen Versorgungsbereichen die größten Defizite liegen, sollten die Einrichtungen die einzelnen Versorgungsbereiche einschätzen (Tab. 10). Die Bereiche Medizinische Versorgung, Beratung und Kontakt sowie Pflege wurden von 30 % der Befragten als gut eingeschätzt. Der Bereich Wohnen wurde von knapp 31 % der Befragten als weniger oder nicht gut eingeschätzt. Ebenfalls werden die Bereiche Selbsthilfe und Teilhabe/Freizeit von 30 bis 40 % der Befragten als weniger bis nicht gut bewertet.

Tabelle 10: Einschätzung der gerontopsychiatrischen Versorgung

Versorgungsbereiche	Einschätzung der gerontopsychiatrischen Versorgung											
	sehr gut		gut		teils/ teils		weniger gut		nicht gut		Keine Beurteilung	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Medizinische Versorgung	3	8,6	11	31,4	7	20,0	3	8,6	3	8,6	8	22,9
Beratung und Kontakt	1	2,9	11	31,4	9	25,7	2	5,7	2	5,7	10	28,6
Pflege	1	2,9	11	31,4	9	25,7	3	8,6	2	5,7	9	25,7
Wohnen			4	11,4	11	31,4	6	17,1	5	14,3	9	25,7
Selbsthilfe			2	5,7	1	2,9	10	28,6	3	8,6	19	54,3
Ehrenamt			4	11,4	8	22,9	2	5,7	2	5,7	19	54,3
Teilhabe/Freizeit			5	14,3	3	8,6	8	22,9	3	8,6	16	45,7

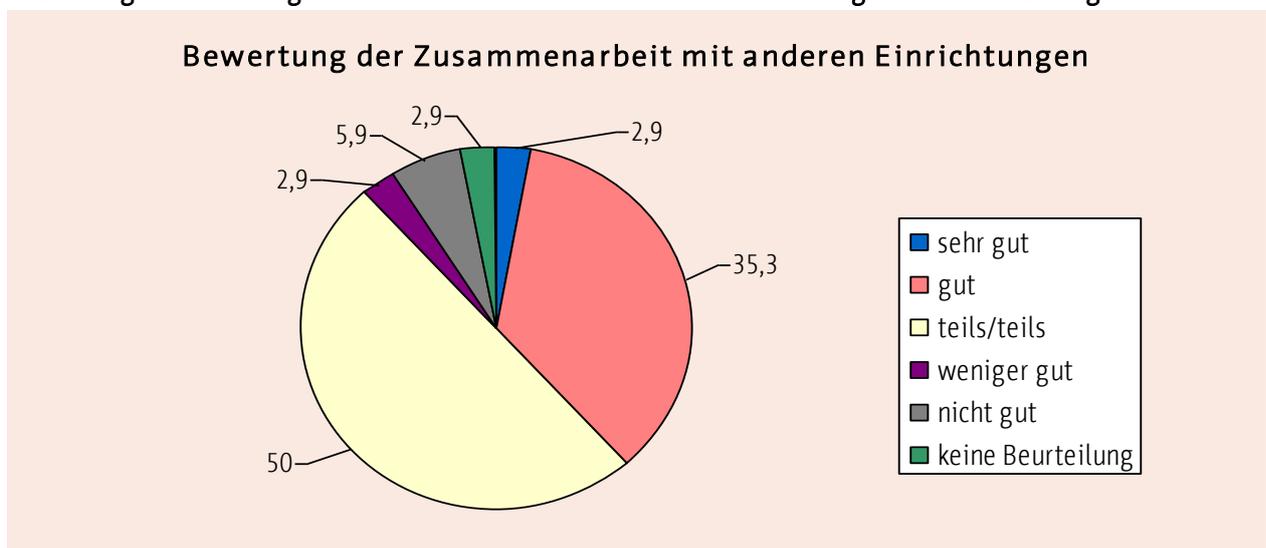
Die Einrichtungen hatten die Möglichkeit, die gerontopsychiatrischen Angebote zu benennen, die ihrer Meinung nach in der Stadt Erfurt fehlen. Eine gerontopsychiatrische Facharztpraxis erachten 93 % der Befragten als dringend notwendig. Im Bereich der stationären Versorgung wird ein Ausbau als notwendig erachtet. Wohingegen knapp mindestens ein Drittel der Befragten den tagesklinischen Bereich sowie die Ambulanz als ausreichend vorhanden oder weniger notwendig einschätzten. 83 % der Einrichtungen halten eine gerontopsychiatrische Beratungsstelle für notwendig. Angebote im ambulant betreuten Wohnen sind für knapp 90 % der Befragten erforderlich. Zusätzliche Angebote für den Bereich der Qualifizierung werden ebenfalls als notwendig erachtet. 23 % der Befragten halten die vorhandenen ambulanten Pflegedienste für nicht ausreichend. 89 % der Befragten wünschen sich mehr Angebote für Angehörige. Die teilstationären Angebote wurden als nicht ausreichend bewertet (Tab. 11).

Tabelle 11: Antworten auf die Frage: "Welche gerontopsychiatrischen Angebote sind erforderlich?"

Angebote	Welche gerontopsychiatrischen Angebote sind erforderlich?									
	dringend notwendig		notwendig		weniger notwendig		vorhanden, aber nicht ausreichend		bereits ausreichend vorhanden	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fachpraxis	12	42,9	14	50,0			1	3,6	1	3,6
Abteilung im Krankenhaus	7	25,0	7	25,0	1	3,6	8	28,6	5	17,9
Tagesklinik	2	8,0	11	44,0	4	16,0	2	8,0	6	24,0
Institutsambulanz	7	30,4	8	34,8	3	13,0			5	21,7
Fortbildungen	5	21,7	11	47,8	1	4,3	5	21,7	1	4,3
Beratungsstelle	4	16,7	16	66,7	3	12,5			1	4,2
Ambulant betreutes Wohnen	18	58,1	9	29,0	2	6,5	1	3,2	1	3,2
Abteilung im Pflegeheim	11	39,3	6	21,4	6	21,4	3	10,7	2	7,1
Ambulanter Pflegedienst	6	23,1	12	46,2	2	7,7	6	23,1		
Kurzzeitpflege	7	28,0	10	40,0	2	8,0	5	20,0	1	4,0
Tages- und Nachtpflege	5	20,0	12	48,0	2	8,0	5	20,0	1	4,0
Besuchsdienst	1	4,2	18	75,0	5	20,8				
Tagesstätte	8	30,8	9	34,6			8	30,8	1	3,8
Angebote für Angehörige	8	28,6	17	60,7	1	3,6	1	3,6	1	3,6

Die Zusammenarbeit der Einrichtungen und Dienste in Erfurt untereinander wurde überwiegend als gut bis mittelmäßig bewertet. 8,8 % (N=3) der Einrichtungen schätzten die Zusammenarbeit als weniger oder nicht gut ein (Abb. 5).

Abbildung 5: Bewertung der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen durch die befragten Dienste



Auf die Frage wo eine verstärkte Zusammenarbeit wünschenswert ist, benannten knapp 70 % die niedergelassenen Ärzte. Des Weiteren ist eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und Pflegeheimen erstrebenswert. Die Bereiche Ehrenamt und Nachbarschaftshilfe wurden ebenfalls genannt. Einrichtungen, mit denen eine ausreichende Zusammenarbeit besteht, sind die Stadtverwaltung, Beratungsstellen und Einrichtungen, die soziale Dienstleistungen anbieten (Tab. 12).

Im Jahr 2012 wurden im 3. Thüringer Psychiatriebericht prioritär und kurzfristig zu befördernde Entwicklungen und Schwerpunkte für die psychiatrische Versorgung im Freistaat hervorgehoben. Ein wesentlicher Entwicklungsbedarf besteht danach in der Optimierung der gerontopsychiatrischen Versorgung, insbesondere im Hinblick auf die Optimierung der Kooperation und Vernetzung mit dem Sektor der Altenhilfe^[26]. Dieser Handlungsbedarf wurde ebenfalls von den befragten Einrichtungen in der Stadt Erfurt gesehen.

Tabelle 12: Antworten auf die Frage: "Wo besteht ausreichende Zusammenarbeit und wo ist sie wünschenswert?"

Einrichtungen	Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen					
	ausreichend vorhanden		wünschenswert		nicht relevant	
	N	%	N	%	N	%
Beratungsstellen	20	62,5	11	34,4	1	3,1
Niedergelassene Ärzte	9	27,3	24	72,7		
Krankenhaus	15	46,9	17	53,1		
Selbsthilfegruppen	11	37,9	12	41,4	6	20,7
Ehrenamt	4	14,3	19	67,9	5	17,9
Soziale Dienstleistungen	17	60,7	11	39,3		
Nachbarschaftshilfe			15	51,7	14	48,3
Stadtverwaltung	23	74,2	7	22,6	1	3,2
Ambulante Pflegedienste	15	51,7	7	24,1	7	24,1
Kurzzeitpflege	6	20,7	10	34,5	13	44,8
Tages- und Nachtpflege	4	13,8	10	34,5	15	51,7
Wohnheime	15	48,4	9	29,0	7	22,6
Pflegeheime	11	32,4	16	47,1	7	20,6

5.2 Prävention und Gesundheitsförderung

Ein wichtiges Handlungsfeld ist die Prävention und Gesundheitsförderung. Sie kann die Chancen auf Vermeidung oder Verzögerung bzw. Heilung und Rehabilitation psychischer Krankheiten im Alter zum Teil deutlich erhöhen.

Gesundheitsförderung als umfassende Perspektive zielt darauf ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, indem die Bedeutung individueller Ressourcen ebenso betont wird, wie die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten.

Der Begriff der Prävention ist ein Oberbegriff für zeitlich unterschiedliche Maßnahmen zur gesundheitlichen Vorsorge. Mit der primären Prävention soll die Entstehung von Krankheiten verhindert werden. Die sekundäre Prävention oder Früherkennung dient dazu Krankheiten frühzeitig zu erkennen, damit eine möglichst frühzeitige Therapie eingeleitet werden kann. Mit der tertiären Prävention sollen Krankheitsfolgen gemildert, ein Rückfall bei schon entstandenen Krankheiten vermieden und ihre Verschlimmerung verhindert werden^[23].

Die Prävention psychischer Erkrankungen im Alter gewinnt in Anbetracht der steigenden Lebenserwartung und des demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung, denn die körperliche und psychische Gesundheit sind im höheren Lebensalter besonders eng miteinander verflochten.

Maßnahmen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung:

- Altengerechtes und barrierearmes Wohnen
- Erhaltung des sozialen Umfelds
- Soziale Unterstützung und Vermeidung von Vereinsamung (z. B. durch Haus- und Nachbarschaftshilfe, Seniorentreff oder Angehörigenarbeit)
- Vermittlung von Strategien und Kompetenzen zur Bewältigung von belastenden Lebensereignissen
- Aufklärungsmaßnahmen und Informationen (z. B. in Form von Ernährungsberatung, Unfallverhütung, Bildungsmaßnahmen, Vorsorgeuntersuchungen und Zahnpflege)
- Aufrechterhaltung und Verbesserung von kognitiven Funktionen (z. B. durch Gedächtnistraining oder Besuch von kulturellen und öffentlichen Veranstaltungen)
- Aufrechterhaltung und Förderung der sozialen Kommunikation und Interaktion (Altenzentrum, Selbsthilfegruppen)
- Bewegung, Vermeidung von Immobilität
- Frührehabilitation
- Unterstützende Pharmakotherapie

Insbesondere spielt der Erhalt und bzw. Neuaufbau eines sozialen Netzwerks eine besonders wichtige Rolle. Ebenso wirkt sich körperliche Aktivität positiv auf die Behandlung einer psychischen Störung im Alter aus^[13]. Weiterhin ist zu beachten, dass psychiatrische Symptome auch als Nebenwirkung von häufig im Alter verschriebenen Medikamenten auftreten können. Depressionen können z. B. auf Durchblutungsstörungen im Gehirn oder auf Herz-Kreislauf-Störungen zurückgeführt werden. Deswegen ist es wichtig Risikofaktoren bestmöglich zu beeinflussen (z. B. Rauchen, Bewegung, Ernährung, Entspannung). Im Sinne der Sekundärprävention spielt die Früherkennung eine ganz wesentliche Rolle. Besonderes Augenmerk erfordert die Prävention suizidaler Verhaltensweisen im Alter.

Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung im Alter werden von vielen Einrichtungen in Erfurt vorgehalten, z. B.:

- 11 Seniorenclubs und Begegnungsstätten
- Schutzbund der Senioren und Vorruehändler Thüringen e. V. (siehe Kap. 5.4)
- Bildungsangebote der Volkshochschule Erfurt (z. B. Senioren-Akademie, Atelier für Senioren, Seniorenkurse)
- Erfurter Kolleg (Weiterbildungsmöglichkeit für Erwachsene im höheren Alter in Kooperation mit der Universität Erfurt, der Universitätsgesellschaft Erfurt e. V. und der Stadt Erfurt)
- Erfurter Bildungslandschaft: Verschiedene Bildungsanbieter haben gezielte Angebote für Senioren (Informationen im Bildungskatalog Erfurt)
- Verbraucherzentrale Thüringen e.V., Beratungsstelle Erfurt
- Angebote und Anlaufstellen im Amt für Soziales und Gesundheit
- Stadtsportbund Erfurt e.V.

5.3 Medizinische Versorgung

Im stationären medizinischen Bereich existieren eigenständige Kliniken oder Abteilungen in Krankenhäusern zur gerontopsychiatrischen Versorgung. Für den teilstationären Bereich gibt es die Tagesklinik zur Frühdiagnostik und Vermeidung vollstationärer Aufenthalte. Die Tagesklinik stellt einen wesentlichen Schritt zur möglichst stufenlosen Wiederanpassung an

ambulante Versorgungsbausteine nach stationärer Behandlung dar. Des Weiteren sind Institutsambulanzen mit angeschlossenen Konsiliardienst vorhanden^[9].

In Thüringen nehmen derzeit die psychiatrischen Fachkrankenhäuser entsprechend ihrem Einzugsgebiet im Wesentlichen die Aufgaben der **stationären gerontopsychiatrischen Versorgung** wahr. So bezeichneten sich im Zuge der Erhebungen für den 3. Thüringer Psychiatrieplan im klinisch stationären/teilstationären Sektor nur zwei Abteilungen und eine Tagesklinik in Thüringen als explizit „gerontopsychiatrisch“^[22]. In ständig steigender Zahl finden sich gerontopsychiatrische Krankheitsbilder aber auch als Begleitdiagnosen im Behandlungsspektrum der Geriatrie in Thüringen.

Im Jahr 2010 betrug der Anteil der 65-Jährigen und Älteren in den psychiatrischen Institutsambulanzen in Thüringen rund 24 %, 11,8 % in den Fachabteilungen Allgemeinpsychiatrie und 1,8 % in den Tageskliniken für Allgemeinpsychiatrie^[22].

Die Stadt Erfurt wird von 2 Krankenhäusern versorgt.

- Katholisches Krankenhaus "St. J. Nepomuk"
 - Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit psychiatrischer Tagesklinik und psychiatrischer Institutsambulanz mit gerontopsychiatrischer Schwerpunktabteilung mit derzeit 18 Behandlungsplätzen. 2 Ärzte besitzen das Zertifikat "Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik der DGPPN und der DGGPP".
- HELIOS Klinikum Erfurt
 - Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit psychiatrischer Tagesklinik und Psychiatrischer Institutsambulanz
 - Zentrum für Geriatrie mit geriatrischer Klinik und Tagesklinik (u. a. medizinische Diagnostik und Therapie mit geriatrisch-neuropsychiatrischem Schwerpunkt)

Im Jahr 2012 traten insgesamt 3.483 Krankenhausfälle infolge psychischer und Verhaltensstörungen von Patienten mit Wohnort in Erfurt auf, unabhängig vom Sitz des Krankenhauses. Davon waren 450 Fälle (12,9 %) bei Personen der Altersgruppe 65 Jahre und älter (Tab. 13).

Die Tabelle 14 zeigt die Krankenhausfälle von Patienten ab 65 Jahren nach der vorliegenden gerontopsychiatrischen Störung. Am häufigsten erfolgte ein Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Depression oder Abhängigkeitserkrankung.

Im Bereich der **ambulanten Versorgung** stehen für Menschen mit einer gerontopsychiatrischen Erkrankung neben den Hausärzten niedergelassene Nervenärzte zur Verfügung (z. B. Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie) und Psychotherapeuten. Die Gesamtzahl der Hausärzte betrug zum 01.01.2013 im Planungsbereich Erfurt 145 (146,25 VbE) laut Auskunft der KV Thüringen. Des Weiteren waren 21 Nervenärzte (20,3 VbE) im Planungsbereich tätig. Die Anzahl der Behandlungen pro Jahr je Nervenarzt (Fachärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde) betrug 3.272 Fälle. Der Planungsbereich für Nervenärzte war zum Stichtag gesperrt und es gab keine Niederlassungsmöglichkeiten. Zum 16.09.2013 betrug die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten 46 (45,75 VbE) und die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten 17 (16,5 VbE). Es gab noch für 7,5 ärztliche Psychotherapeuten eine Niederlassungsmöglichkeit.

Tabelle 13: Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen von Patienten mit Wohnort Erfurt (unabhängig vom Sitz des Krankenhauses) im Jahr 2012

Altersgruppe von... bis unter... Jahre	Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen in Erfurt im Jahr 2012		
	insgesamt	nach Geschlecht	
		weiblich	männlich
0 bis unter 15 Jahre	157	80	77
15 - 20	159	82	77
20 - 25	263	117	146
25 - 30	335	136	199
30 - 35	381	139	242
35 - 40	219	87	132
40 - 45	367	114	253
45 - 50	444	182	262
50 - 55	296	122	174
55 - 60	251	70	181
60 - 65	171	67	104
65 - 70	94	49	45
70 - 75	107	65	42
75 - 80	103	68	35
80 - 85	80	50	30
85 und mehr	66	52	14
Insgesamt	3.483	1.470	2.013

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Stand: 31.12.2012

Tabelle 14: Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen von Patienten ab 65 Jahren und älter mit Wohnort Erfurt nach Geschlecht und Störung im Jahr 2012

Altersgruppe von... bis unter... Jahre	Krankenhausfälle nach gerontopsychiatrischer Störung in Erfurt im Jahr 2012										
	insgesamt	Störungen durch Alkohol		Störungen durch psychotrope Substanzen		Schizophrenie		affektive Störungen*		Demenz**	
		nach Geschlecht									
		w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
65 - 70	79	8	22	1		17	3	12	14	1	1
70 - 75	57	3	10	3		7	2	17	10	2	3
75 - 80	60	4	5	2		2	1	27	9	8	2
80 - 85	34		3			3		11	6	9	2
85 und mehr	28			3		5		5	1	10	4

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Stand: 31.12.2012

*Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst- oder zur gehobenen Stimmung bestehen (z. B. Manische Episoden, Bipolare Störung, Depressionen)

**Insgesamt traten 258 gerontopsychiatrische Fälle (+ 4). 4 Gerontopsychiatrische Krankheitsfälle (Demenzen) traten in der Altersgruppe von 55 bis unter 65 Jahren auf (1 weiblich, 3 männlich) und sind nicht mit aufgeführt

5.4 Kontakt und Beratung

Das Aufgabengebiet der **Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen** umfasst die Vor- und Nachsorge nach dem ThürPsychKG. Zur Zielgruppe gehören Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung, welche sich in Krisensituationen befinden bzw. die vor, während oder nach einer stationären psychiatrischen Behandlung oder Therapie Unterstützung benötigen. Grundlegendes Ziel ist es durch vor- und nachsorgende Hilfen, stationäre Aufenthalte und damit auch öffentlich-rechtliche Maßnahmen abzuwenden oder zu verkürzen, um den Betroffenen ein selbständiges Leben in der gewohnten sozialen Umgebung zu ermöglichen.

Im Folgenden werden die Angebote aus dem Kontakt und Beratung in Erfurt dargestellt.

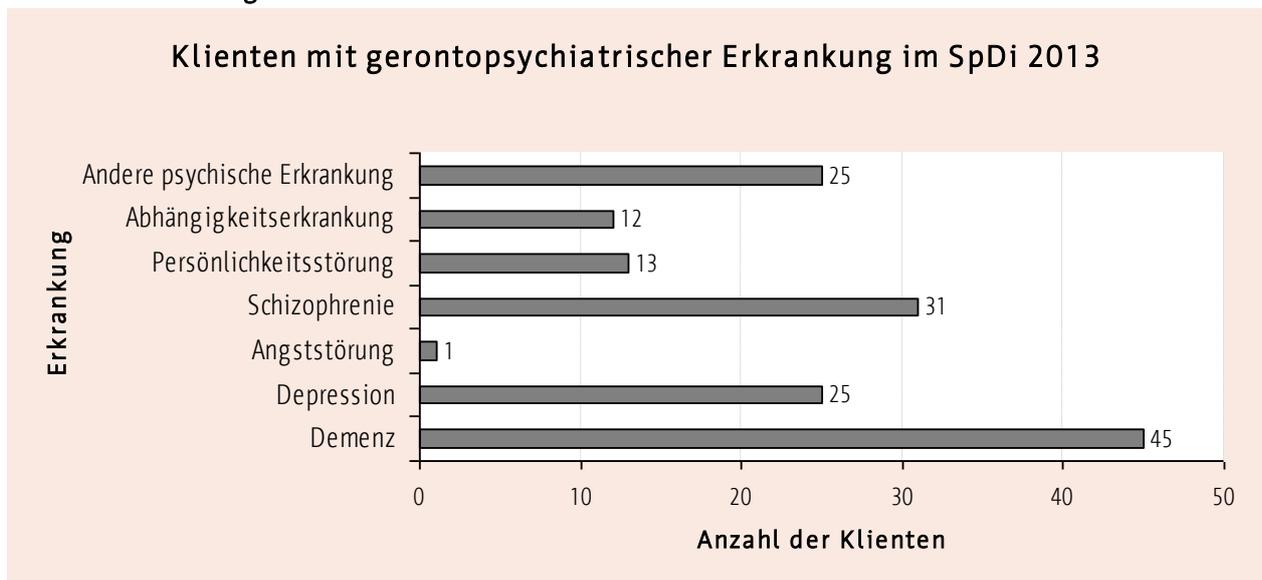
Im Jahr 2013 wurden vom **Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi)** der Abteilung Gesundheit im Amt für Soziales und Gesundheit der Stadtverwaltung Erfurt insgesamt 878 Klienten betreut, davon 157 Klienten (96 Frauen, 61 Männer) mit gerontopsychiatrischer Erkrankung. Das entspricht einem Anteil von 17,9 % am Gesamtklientel (Tab. 15).

Tabelle 15: Anzahl der Klienten mit gerontopsychiatrischer Erkrankung im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadtverwaltung Erfurt nach Altersgruppen und Geschlecht 2013

Altersgruppe	Anzahl der Klienten im SpDi mit gerontopsychiatrischer Erkrankung		
	Insgesamt	Geschlecht	
		Frauen	Männer
Unter 65 Jahren (bei Demenz)	5	2	3
65-69	29	21	8
70-74	41	20	21
75-79	35	22	13
80-84	20	13	7
85-89	17	11	6
90-94	8	6	2
95-99 und älter	2	1	1

Die häufigste Diagnose der Klienten im Alter von 65 Jahren und älter im SpDi war eine Demenz, gefolgt von Schizophrenie und Depression (Abb. 6).

Abbildung 6: Art der gerontopsychiatrischen Erkrankung der Klienten im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadtverwaltung Erfurt 2013



Im Jahr 2013 wurden in der **Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle der Trägerwerk Soziale Dienste in Thüringen GmbH** 180 Klienten, davon 13 Klienten (8 Frauen, 5 Männer) im Alter zwischen 65 und 84 Jahren betreut. Damit liegt der Anteil der Klienten mit gerontopsychiatrischer Erkrankung bei 7,2 %. Diese Klienten verbleiben in der Beratungsstelle, weil sie nicht vermittelbar sind. Dies stellt für die Mitarbeiter eine Herausforderung dar, da es sich vor allem um Hausbesuche und eine sehr intensive Betreuung inklusive Koordinationsaufgaben handelt.

Die Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen in Trägerschaft der **Christophoruswerk Erfurt gGmbH** hat als

vorrangiges Versorgungsgebiet die "Plattenbausiedlung Nord". Im Jahr 2013 betrug die Anzahl der Klienten 346, darunter waren 7 Klienten (5 Frauen, 2 Männer) im Alter zwischen 65 und 79 Jahren. Damit liegt der Anteil an gerontopsychiatrischen Klienten bei 2,0 %

Das Sucht- und Drogenhilfzentrum der Suchthilfe in Thüringen gGmbH (SIT) setzt sich aus folgenden Bausteinen zusammen:

- Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle
- Drogenhilfe Knackpunkt (Beratungsstelle/Drogenkontaktcafe/Notschlafstellen)

Im Jahr 2013 betrug die Anzahl der Klienten in der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle 541. Davon waren 14 Klienten (6 Frauen, 8 Männer) im Alter zwischen 65 und 79 Jahren. Damit liegt der Anteil an Klienten mit gerontopsychiatrischer Erkrankung bei 2,6 %. In der Drogenhilfe Knackpunkt gab es keinen Klienten über 65 Jahre.

Seit 2004 arbeiten Caritas und evangelische Stadtmission Erfurt gGmbH unter dem Dach des Ökumenischen Suchthilfzentrums Erfurt zusammen.

Das **Suchthilfzentrum Michaelisstraße** in der Trägerschaft **der Evangelischen Stadtmission und Gemeindedienst Erfurt gGmbH** hält ambulante Hilfen für suchtkranke Menschen und Angehörige vor. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt im Bereich der legalen Suchtmittel. Zu den Hilfsangeboten zählen Beratung, ambulante Nachsorge, aufsuchende Hilfen (Sprechstunden im Helios-Klinikum, Haus Zuflucht, Hausbesuche, Streetwork) sowie Online-Beratung. Im Suchthilfzentrum treffen sich zudem verschiedene Selbsthilfegruppen. Als Angebot der Eingliederungshilfe wird ein Ambulant Betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen vorgehalten. Die Angebote stehen auch Personen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung offen. Spezialisierte Angebote werden jedoch nicht vorgehalten. Im Jahr 2013 wurden 600 Klienten betreut. Davon waren 4 Klienten (1 Frau, 3 Männer) mit Abhängigkeitserkrankung im Alter zwischen 65 und 79 Jahren. Der Anteil an gerontopsychiatrischen Klienten liegt bei 0,7 %.

Das Suchthilfzentrum S 13 des Caritasverbandes für das Bistum Erfurt e.V. bietet suchtkranken und von Suchtkrankheit bedrohten Menschen sowie deren Angehörigen eine verlässliche und professionelle Anlaufstelle. Das Caritas-Suchthilfzentrum S 13 gliedert sich in die Bereiche Beratung und Behandlung (Beratungsstelle), Ambulant Betreutes Wohnen und Streetwork/aufsuchende Suchtberatung. Es bestehen keine konkreten Angebote für den gerontopsychiatrischen Personenkreis. Im Jahr 2013 wurden 418 Klienten betreut. Davon waren 17 Klienten mit Abhängigkeitserkrankung im Alter unter 65 (bei Demenz) bis 79 Jahre. Der Anteil an gerontopsychiatrischen Klienten liegt bei 4,1 %.

Der **Sozialdienst der Stadtverwaltung Erfurt** ist dem Jugendamt zugeordnet. Er ist ein umfassender, problem- und altersübergreifender sozialer Dienst. Er berät und gibt Unterstützung in wirtschaftlichen Notsituationen, bei Lebenskrisen und persönlichen Problemen sowie bei Schwierigkeiten in der Versorgung, Erziehung und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Des Weiteren werden Tipps zur Selbsthilfe, Informationen zu sozialen Leistungen, Beratung zur Klärung von Leistungsansprüchen und zu weiteren psychosozialen Hilfen gegeben. Im Jahr 2013 gab es insgesamt 11 Personen über 65 Jahre mit gerontopsychiatrischer Erkrankung oder Abhängigkeitserkrankung, die diesen Dienst in Anspruch genommen haben.

Die **Betreuungsbehörde des Amtes für Soziales und Gesundheit** der Stadtverwaltung Erfurt ist Anlaufstelle in Angelegenheiten des Betreuungsrechts. Sie ist zuständig für Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die eine rechtliche Hilfe benötigen bzw. deren Angehörige. Gesetzliche Betreuer sind oft Familienangehörige. Doch es gibt auch

Berufsbetreuer und zusätzlich ehrenamtliche Betreuer, die dann eingesetzt werden, wenn die Betreuung durch Angehörige nicht möglich ist.

Hier liegen nur Klientenzahlen ab 60 Jahren vor. Im Jahr 2013 gab es in Erfurt 3.990 Betreuungsfälle. 25,2 % (N=1.006) der betreuten Personen waren älter als 60 Jahre. 9,7 % der betreuten Personen hatten die Hauptdiagnose Demenz, 6,7 % eine psychische Erkrankung oder seelische Behinderung und 3,8 % eine Suchterkrankung. Im Jahr 2013 wurden insgesamt 253 Betreuer registriert, darunter 197 ehrenamtliche Betreuer, 41 freiberufliche Betreuer und 15 Vereinsbetreuer.

Eine wichtige Rolle kommt den Betreuungsvereinen zu. Hauptamtliche Mitarbeiter der Vereine sollen die ehrenamtlichen Betreuer beraten und sie bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unterstützen. In Erfurt gibt es den Verein für Persönliche Hilfen und Betreuungen in Erfurt e. V. und den Betreuungsverein Lebenskraft e. V.

Das **Pflegenetz Erfurt** im Amt für Soziales und Gesundheit der Stadtverwaltung Erfurt bietet eine umfassende, kompetente und neutrale Beratung zu allen Fragen der Pflegebedürftigkeit, zu Versorgungsstrukturen, sowie zu allen Hilfsangeboten. Auch bei Fragen zur Unterstützung und Entlastung als Angehöriger von Pflegebedürftigen, bei Beratungsbedarf im Fall drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit und weiteren Fragen „Rund um die Pflege“ und Themen des Älterwerdens. Im Jahr 2012 wurden 372 Personen beraten und 76 Hausbesuche durchgeführt (siehe Pflegebericht 2013^[24]).

Der **Schutzbund der Senioren und Vorruehändler Thüringen e. V.** fördert durch soziale, geistige, kulturelle und gesundheitsfördernde Aktivitäten und generationsübergreifende Projekte die zwischenmenschlichen Kontakte der Senioren und Vorruehändler und vertritt ihre Interessen im öffentlichen Leben. Die Arbeitsschwerpunkte liegen bei der Beratung (z. B. Wohn- und Sozialberatung), dem Ehrenamt, der Freizeitgestaltung, der Prävention im Alter, der Selbsthilfe und der Bildung. Das Kompetenz- und Beratungszentrum des Trägerverein ist eine wichtige Anlauf- und Begegnungsstätte für Senioren. Die angebotene niedrigschwellige Demenzberatung und -betreuung hat die Entlastung der pflegenden Angehörigen zum Hauptziel. Im Jahr 2013 fanden 59 Hausbesuche statt, 193 individuelle Beratungen und es vielen 2.420 Betreuungsstunden im Rahmen der Demenzbetreuung an. Es waren durchschnittlich 24 Helferinnen im Einsatz, die unter professioneller Betreuung einer Fachkraft arbeiteten.

Die Begegnungsstätten am Juri-Gagarin-Ring und Johannesplatz dienen als soziale Treffpunkte. Neben Betreuungsleistungen werden dort kreative und kulturelle Aktivitäten umgesetzt. Die durchgeführten 274 Veranstaltungen wurden von 2.383 Teilnehmern besucht. Hervorzuheben sind hierbei Angebote zum Gedächtnistraining, Vorträge zur gesunden Lebensweise, Bewegungstraining sowie Gesprächsrunden zu sozialen Fragestellungen.

Der **Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V.** wurde 2002 als Angehörigeninitiative gegründet. Seit 2004 existiert eine Geschäftsstelle in Erfurt. Der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. berät Betroffene und deren Angehörige sowie Dienstleister der Altenhilfe rund um das Thema Demenz. Durch Öffentlichkeitsarbeit (u. a. Infostände, Fachtage, Vorträge, Veröffentlichungen) wird die Bevölkerung über die Auswirkungen der Erkrankung sowie über Anbieter von Dienstleistungen und Selbsthilfegruppen in Thüringen aufgeklärt. Des Weiteren werden Schulungen für Angehörige von Menschen mit Demenz, ehrenamtliche Helfer, Fachkräfte und Interessierte angeboten. Seit 2013 wird eine Thüringer Fachstelle für Familien mit einem demenzerkrankten Angehörigen durch das Land Thüringen und den Pflegekassen gefördert. Der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. Selbsthilfe Demenz hat im April 2015 einen Erfurter Wegweiser für Menschen mit Demenz und deren Angehörige veröffentlicht (18). Der Wegweiser wurde im Rahmen des vom Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen

und Jugend geförderten Projektes "Lokale Allianz für Menschen mit Demenz" im Zeitraum 2013 bis 2015 in Druckversion sowie online (www.demenznetzwerk.org) erstellt. Die Aufnahme in die Online-Datenbank ist jederzeit möglich. Der Wegweiser beinhaltet Erfurter Angebote aus den Themenbereichen "Information und Beratung", "Therapie", "Pflege zu Hause" und "Wohnformen".

5.5 Wohnen

Das Thema Wohnen im Alter ist eines der zentralen Themen zukunftsorientierter Altenpolitik. Das Wohnen im Alter findet vorwiegend im eigenen häuslichen Milieu statt. Die zunehmende Versorgung durch ambulante, teilstationäre und komplementäre Hilfeformen verzögert generell die Überleitung in stationäre Altenhilfeeinrichtungen oder in Sozialtherapeutische Wohnheime für Menschen mit psychischer Erkrankung oder Abhängigkeitserkrankung^[8].

Beim Betreuten Wohnen leben die Bewohner in eigenen Wohnungen, entweder im Wohnverbund oder in Einzelwohnungen. Sie werden von Fachkräften der Altenpflege, Krankenpflege und Sozialarbeit betreut, sobald sich eine Notwendigkeit dafür ergibt.

Eine psychische Erkrankung erhöht allerdings das Risiko einer stationären Wohn- und Pflegeversorgung beträchtlich. Ein Wechsel des sozialen Umfelds ist oft mit erheblichen Belastungen verbunden. Es kommt häufig zu Rückfällen in frühere Verhaltensweisen, zu Orientierungsunsicherheiten, zur Verringerung der Selbstsicherheit und der Selbstständigkeit^[8].

Gegenwärtig werden erhebliche Anstrengungen zur Konzipierung und Entwicklung von Wohnbetreuungsformen außerhalb des klassischen stationären Altenhilfebereiches unternommen. Solche Einrichtungen können am ehesten als "Hausgemeinschaften" umschrieben werden, die in ihrem Pflege- und Betreuungskonzept ein Höchstmaß an gezielter Hilfe ermöglichen sollen^[8].

Im Folgenden werden die verschiedenen Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen mit psychiatrischer Erkrankung in der Stadt Erfurt vorgestellt. Darunter existieren nur sehr wenig spezialisierte Wohnangebote für diese Zielgruppe.

Die **Christophoruswerk Erfurt gGmbH** verfügt über ein Wohnheim (**Christophorushaus**) mit insgesamt 30 Plätzen. Ziel der Arbeit des Wohnheimes ist es, Menschen, die durch eine psychische Erkrankung oder aufgrund einer seelischen Behinderung nicht mehr oder noch nicht wieder in einer selbständigen Wohnform leben können, einen angepassten geeigneten Wohnraum zur Verfügung zu stellen, die Grundpflege zu gewährleisten und eine pädagogische Assistenz sowie Förderung zu gestalten. Im Jahr 2013 lebten in der Einrichtung 30 Bewohner. Davon waren 3 Bewohner (2 Frauen, 1 Mann) im Alter zwischen 65 und 74 Jahren. Der Anteil an gerontopsychiatrischen Klienten liegt somit bei 10 %.

Seit dem Jahr 1998 betreibt die Kolping Dienstleistung GmbH in Erfurt das sozialtherapeutische **Wohnheim „Am Gelben Gut“**. Als offene, stationäre sozialtherapeutische Einrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Männer und Frauen mit Suchterkrankungen bietet die Einrichtung den Klienten die Möglichkeit, sich in einem geschützten Rahmen hinsichtlich ihrer Abstinenz zu stabilisieren. Grundsätzliches Anliegen ist es, die Klienten durch individuelle Förderung im Wohnbereich und in den vielfältigen Therapieangeboten der Tagesstruktur auf ihrem Weg in ein möglichst selbstverantwortliches und suchtmittelfreies Leben zu begleiten. Insgesamt stehen 43 Plätze zur Verfügung. Im Haupthaus des Wohnheims werden 24 Klienten in Wohngruppen sowie weitere 6 Klienten in Trainingswohneinheiten betreut. Darüber hinaus verfügt das Wohnheim über insgesamt 12 Wohnplätze in zwei Außenwohngruppen. Im Jahr 2013 lebten dort 45 Bewohner. Davon waren

3 männliche Bewohner im Alter zwischen 65 und 69 Jahren und 1 männlicher Bewohner mit Demenz unter 65 Jahre. Der Anteil an gerontopsychiatrischen Klienten liegt somit bei 8,9 %.

Das **sozialtherapeutische Wohn- und Betreuungsangebot** der **Kolping Dienstleistung GmbH** ist speziell für altgewordene suchtmittelabhängige Menschen. Die Arbeitsschwerpunkte sind Tagesstrukturierung, Wahrnehmung von Therapieangeboten, Hilfe und Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen, Krisenintervention, Förderung der Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit und Unterstützung sozialer Kontakte.

Insgesamt stehen 15 Plätze zur Verfügung. Im Jahr 2013 wurde 1 Klient im Alter zwischen 65 und 69 Jahren betreut.

Das Wohn- und Betreuungsangebot für nicht dauerhaft abstinentzfähige Suchtkranke der **Kolping Dienstleistung GmbH** verfügt über 15 Plätze. Im Jahr 2013 war keiner der 3 Klienten über 65 Jahre.

TOPOi UG erbringt sozialtherapeutische Leistungen für Menschen mit seelischen Behinderungen und Abhängigkeitserkrankungen. Die Leistungen umfassen die unterstützenden sozialtherapeutischen Wohnformen I und II, ergänzt durch Angebote zur Tagesstruktur, die mobile Beratung sowie ambulante Suchtberatung und -therapie. Im Jahr 2012 wurden im Bereich Wohnen 41 Klienten betreut. Kein Klient war über 65 Jahre.

Das **Sozialtherapeutische Wohnheim Töttelstädt** des **Sozialen Arbeitnehmer-Bildungswerk in Thüringen e.V.** (SABIT) betreut erwachsene Menschen mit einer Suchterkrankung bei denen eine stationäre Versorgung erforderlich ist. Für die Einrichtung wurde eine Kapazität von 24 Plätzen vereinbart.

Das **sozialtherapeutische Übergangswohnheim "Waidwäsche"** der **Neustart gGmbH** ist für erwachsene Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten und einer Suchtproblematik oder Suchterkrankung. Im Jahr 2013 gab es keinen Bewohner über 65 Jahre. Zusätzlich werden interne sozialtherapeutische tagesstrukturierende Maßnahmen mit einer Kapazität von 14 Plätzen angeboten.

Das **Sozialtherapeutische Wohnheim "Am Ammertal"** der **Neustart gGmbH** ist für mehrfach beeinträchtigte suchtkranke Menschen mit einer Kapazität von 16 Plätzen (12 Wohnheim, 4 Trainingswohnen).

Im **Ambulant Betreuten Wohnen** für abhängigkeitskranke Menschen der **Evangelischen Stadtmission Erfurt** wurden in den letzten Jahren keine Personen über 65 Jahre betreut. Es gab auch keine Anfragen nach Unterstützung in dieser Altersgruppe.

Die **Christophoruswerk gGmbH** hält **Ambulant Betreutes Wohnen** mit 50 Plätzen für Menschen mit psychischer Erkrankung vor. Im Jahr 2013 wurden 50 Klienten betreut, davon 4 Klienten über 65 Jahre (8 %).

Das **Caritas-Suchthilfezentrum S13** verfügt über 15 Plätze im ambulant betreuten Wohnen. Im Jahr 2013 wurden 26 Klienten ambulant betreut. 3 Klienten waren im Alter unter 65 (bei Demenz) bis 69 Jahre. Der Anteil an gerontopsychiatrischen Klienten beträgt somit 11,5 %.

Im **Ambulant Betreuten Wohnen** der **Neustart gGmbH** (Lagerstraße) für nichtabstinentzfähige alkoholkranken Personen stehen 8 Plätze zur Verfügung. Im Jahr 2013 wurden 8 Klienten betreut, von denen keiner über 65 Jahre war.

Das **Haus Zuflucht** der **Evangelischen Stadtmission und Gemeindedienst Erfurt gGmbH** ist eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe. Das Angebot reicht von der Notübernachtung mit 35 Plätzen über verschiedene Formen des ambulant betreuten Wohnens mit insgesamt 45 Plätzen bis hin zur Nachbetreuung. Im Jahr 2013 wurden 45 Klienten im Bereich des ambulant betreuten Wohnens betreut, davon 11 Klienten mit gerontopsychiatrischer Erkrankung oder Suchterkrankung. Der Anteil an gerontopsychiatrischen Klienten beträgt im Bereich des ambulant betreuten Wohnens 24,4 % (Tab. 16).

Tabelle 16: Anzahl der Plätze und Klienten in den jeweiligen Bereichen im Haus Zuflucht 2013

Angebote im Haus Zuflucht	Anzahl der Plätze und Klienten im Jahr 2013		
	Plätze	Klienten	gerontopsychiatrische Klienten
Notübernachtung	35		
Intensiv ambulant betreutes Wohnen	10	14	2
Ambulant betreutes Wohnen	20	14	1
Ambulant betreutes Wohnen für chronisch alkoholranke Wohnungslose	15	17	8
Nachbetreuung		13	2

Im Jahr 2014 wurde ein neues **Seniorenwohnprojekt** im Stadtteil Wiesenhügel eröffnet. In einer ehemaligen Schule entstanden 31 Service-Wohnungen für selbstständiges Wohnen im Alter, vermietet durch die WGB „GutHeim“, zwei ambulant betreute Senioren-WGs für demenziell Erkrankte mit je neun Plätzen in Trägerschaft der AWO und eine Seniorenbegegnungsstätte.

Service Wohnen ist eine Form des Betreuten Wohnens, wobei die Betonung auf den Serviceleistungen der Seniorenwohnanlage liegt (z. B. Hausmeisterservice, Haushaltshilfe, Einkaufservice, Bereitstellung ambulanter Pflege). Wohnen mit Service wird in Erfurt neben neu erstellten Wohnanlagen auch im bereits existierenden Wohnbestand angeboten. Derzeit sind 13 Service-Wohnanlagen sowie weitere geeignete Wohnungen bei den Wohnungsbaugenossenschaften verfügbar (o. Ä.).

5.6 Pflege

Pflegebedürftigkeit tritt meist erst im hohen Alter auf. In der Altersgruppe ab 85 Jahre ist jeder dritte Mann und jede zweite Frau pflegebedürftig. Obwohl die Menschen im Alter immer länger gesund sind, wird die Zahl der Pflegebedürftigen aufgrund der stark wachsenden Zahl älterer Personen und dem Anstieg der Lebenserwartung zukünftig deutlich ansteigen, ebenfalls wird aber das Potential für die Pflege durch Angehörige abnehmen^[14].

Die ambulanten Pflegedienste als aufsuchendes Hilfsangebot gehören zur Basis jeder Versorgungseinheit. Die Tagespflege ist in den letzten Jahren ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Versorgung geworden als notwendige Ergänzung zur ambulanten Pflege. Die Inanspruchnahme verschafft den pflegenden Angehörigen einen zeitlichen Freiraum^[17]. Auch Kurzzeitpflegeeinrichtungen stellen ein wichtiges Glied in der Versorgungskette der Altenhilfe dar. Angesiedelt zwischen ambulanten Hilfeformen und dem vollstationären Heimbereich bieten sie ein zeitlich befristetes Pflegeangebot.

Die Gestaltung von stationären Einrichtungen für Demenzkranke stellt besonders hohe Anforderungen. Die Patienten benötigen beispielsweise Orientierungshilfen und sind anfällig für verwirrende und ablenkende Einflüsse^[17].

Bei ca. 60 % der Bewohner im Pflegeheim liegen psychische Störungen vor, insbesondere Demenzen^[10]. An dem hohen Anteil lässt sich ableiten, dass Pflegeheime einen großen Teil der Versorgungsaufgaben für ältere Menschen mit psychischer Erkrankung übernommen haben. Die Pflegestatistik des Thüringer Landesamtes für Statistik erfolgt zweijährlich zum Stichtag 15.12.^[25]. Die aktuellen Daten beziehen sich auf das Jahr 2013.

Insgesamt betrug die Zahl der pflegebedürftigen Leistungsempfänger in Erfurt zum Stichtag 6.758 Personen. Das entspricht einer Anzahl von 33 Pflegebedürftigen je 1.000 Einwohner. In Erfurt gibt es somit weniger pflegebedürftige Personen als im Durchschnitt in Thüringen mit 40,2 Pflegebedürftigen je 1.000 Einwohner. Die Zahl der weiblichen Pflegebedürftigen ist fast doppelt so hoch wie die der männlichen Pflegebedürftigen. Die Anzahl der Pflegebedürftigen hat sich in dem Zeitraum von 2003 bis 2013 insgesamt um 1.707 zusätzliche Pflegefälle erhöht.

Etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen wurden zu Hause durch einen Pflegedienst gepflegt oder bezogen Pflegegeld und wurden von Angehörigen gepflegt. Ein Drittel der pflegebedürftigen Personen wurden in den stationären Pflegeeinrichtungen betreut.

Zum Stichtag 15.12.2013 gab es in Erfurt 28 ambulante Pflegedienste und 23 stationäre Pflegeeinrichtungen.

Der Großteil der älteren Menschen mit psychiatrischer Erkrankung lebt zu Hause, daher kommt den ambulanten Pflegediensten eine herausragende Stellung im Rahmen der gerontopsychiatrischen Versorgung zu.

Tabelle 17: Pflegebedürftige in Erfurt am 15.12.2013 nach Geschlecht

Pflegebedürftige in Erfurt nach Geschlecht			
männlich	weiblich	insgesamt	
2.420	4.338	6.758	

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Stand: 15.12.2013

Definition:

Pflegebedürftige: Laut Pflegeversicherungsgesetz gelten solche Personen als pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung voraussichtlich für mindestens sechs Monate der Hilfe bedürfen. Die Einstufung in die Pflegestufen I bis III erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Pflegestufen: Für die Leistungsgewährung von Pflegegeld durch die Pflegeversicherung werden pflegebedürftige Personen einer von drei Pflegestufen zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt durch einen Gutachter vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK).

Tabelle 18: Pflegebedürftige in Erfurt am 15.12.2013 nach Leistungsarten

Pflegebedürftige in Erfurt nach Leistungsarten					
Pflegegeld	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege	davon		
			vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	teilstationäre Pflege
3.195	1.242	2.371	2.290	31	50

Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik, Stand: 15.12.2013

Definitionen

Ambulante Pflege: Pflegebedürftige in häuslicher Pflege erhalten Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Die Pflegekräfte sind entweder von der Pflegekasse selbst angestellt oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat.

Stationäre Pflege: Es wird unterschieden zwischen vollstationärer Dauerpflege, Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung (beschränkt auf vier Wochen im Kalenderjahr) und teilstationärer Pflege in Form von Tages- und/oder Nachtpflege. Bei der Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen werden ab der Erhebung zum 15.12.2009 die teilstationär Versorgten nicht mehr einbezogen. Diese erhalten in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen und werden somit bereits dort als Leistungsempfänger gezählt. Um Mehrfachzahlungen zu vermeiden werden deshalb die Empfänger von teilstationärer Pflege bei der Ermittlung der Pflegebedürftigen insgesamt nicht berücksichtigt, bei den Empfängern von stationärer Pflege sind sie aber enthalten.

Pflegegeld: Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

5.7 Soziale Teilhabe

Tagesstätten sind teilstationäre Einrichtungen, welche dazu dienen ein selbständiges Leben in der Gesellschaft, sowie die Partizipation am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Das Angebot richtet sich an chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitskranke oder psychisch kranke Menschen, welche Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen möchten.

Das Teilhabezentrum (THZ) der Trägerwerk Soziale Dienste in Thüringen GmbH ist 2007 als Ergebnis des Projektes "Deinstitutionalisierung und Umstrukturierung der Hilfen im Bereich Wohnen, Tagesstruktur, Beschäftigung und Freizeit und Aufbau eines "Psychosozialen Zentrums" entstanden. Das Teilhabezentrum bietet personenzentrierte ambulante Komplexleistungen in den Bereichen:

- Ambulante Leistungen zur Selbstversorgung in Wohnungen und Wohngemeinschaften sowie Krisenapartments
- Ambulante Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
- Ambulante Leistungen im Bereich Arbeit und Zuverdienst
- Praxis für Ergotherapie
- Ambulante Leistungen der Pflege (SGB V, SGB XI) und zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45 b SGB XI) (in Kooperation mit Trägerwerk Soziale Dienste wohnen plus... gGmbH)

Im Berichtsjahr wurden in den 3 Teilhabezentren (Mitte, Südost, Nord) insgesamt 10 Klienten (5 Frauen, 5 Männer) im Alter zwischen 65 und 74 Jahren betreut.

Die **Tagesstätte Regenbogen** der **Christophoruswerk Erfurt gGmbH** ist ein tagesstrukturierendes Angebot für Menschen mit psychischer Erkrankungen. Die Tagesstätte verfügt über 90 Plätze. Im Jahr 2013 gab es 11 Klienten (5 Frauen, 6 Männer) im Alter zwischen 65 und 79 Jahren.

Die **Frauentagesstätte** der **Christophoruswerk Erfurt gGmbH** mit insgesamt 16 Plätzen ist ein tagesstrukturierendes Angebot für Frauen mit psychischer Erkrankung. Klientenangaben liegen nicht vor.

Die **Tagesstätte für suchtkranke Menschen der Neustart gGmbH** verfügt über 18 Plätze. Im Jahr 2013 besuchten 32 Klienten die Tagesstätte. Davon waren 2 Klienten über 65 Jahre. Damit beträgt der Anteil an gerontopsychiatrischen Klienten 6,3 %.

In dem sozialtherapeutischen Wohnheim „Am Gelben Gut“ der **Kolping Dienstleistung GmbH** werden **tagesstrukturierende Maßnahmen** mit einer Kapazität von 15 Plätzen angeboten. Im Jahr 2013 bekamen 7 Klienten eine Tagesstruktur, darunter kein Klient mit gerontopsychiatrischer Erkrankung.

Die **Tagesstruktur "Am Nonnenholz"** der **Neustart gGmbH** bietet bis zu 34 Plätze. Im Jahr 2013 gab es keinen Klienten mit gerontopsychiatrischer Erkrankung. 8 Klienten waren jedoch bereits über 55 Jahre.

Die **Begegnungsstätte** der **Christophoruswerk gGmbH** ist ein niedrighschwelliges Angebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemen sowie für deren Angehörige. Durch die Förderung fortwährender sozialer Kontakte sollen Isolation vermieden, das Selbsthilfepotential gestärkt und so ein weitgehend eigenständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden. Der Zulauf von Klienten mit gerontopsychiatrischer Problematik nimmt zu. Derzeit macht diese Personengruppe einen Anteil von ca. 20 % aus.

5.8 Selbsthilfe und Angehörige

Selbsthilfegruppen bieten direkte und persönliche Hilfe durch Menschen, die ein ähnliches Problem oder Schicksal haben. Das entscheidende Merkmal aller Selbsthilfegruppen ist die Selbstbetroffenheit. Das gemeinsame Handeln basiert auf einer Verbindung von Selbsthilfeprinzip und Gruppenprinzip zur Problembewältigung und zur Überwindung der inneren und äußeren Isolation. Die meisten Selbsthilfegruppen sind altersübergreifend und stehen damit auch älteren Menschen offen. Bei älteren Menschen sind sehr häufig die erwachsenen Kinder aktiv in Angehörigengruppen. Auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie sind Selbsthilfeinitiativen vor allem durch Familienangehörige von Patienten mit Demenz ins Leben gerufen wurden. Die Angehörigengruppen ermöglichen den Austausch von Erfahrungen, eine gegenseitige Stützung und Ermutigung und die Bearbeitung emotionaler Probleme^[17].

Die Gerontopsychiatrie kommt ohne intensive Einbeziehung der Angehörigen nicht aus. Fast Zwei Drittel aller Demenzerkrankten werden von Angehörigen gepflegt. Der größte Teil der Pflege wird von Ehefrauen, Töchtern oder Schwiegertöchtern erbracht. Angehörige sind auf eine ganz bestimmte Art Experten in der Pflege und Betreuung, sie kennen den Patienten besser als jeder andere. Angehörige tragen die Hauptlast bei der Versorgung und Unterstützung ihrer erkrankten Familienmitglieder. Oft ist bei Angehörigen ein Wechsel zwischen Überforderung und Überfürsorglichkeit zu beobachten, zwischen Angst und Abwehr. Ihr eigenes Risiko, psychisch zu erkranken, ist dadurch deutlich erhöht. So erkrankt etwa ein Drittel der pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten infolge der Pflegebelastung an Depressionen, Burnout und anderen belastungskorrelierten Störungen. Sie benötigen daher dringend Unterstützungsangebote, die sie entlasten können. Ziel der Angehörigenarbeit ist es in erster Linie, Informationen über die Erkrankung, den Verlauf und zu Fragen des alltäglichen Umgangs oder im Pflegeheim zu geben. Die Arbeit, z. B. in Form von Beratung durch gerontopsychiatrisch qualifizierte Pflegestützpunkte, gerontopsychiatrische Besuchsdienste, informative Vorträge oder stadtteilorientierten Angehörigentreffen hilft den Familien, die Belastung der Pflegesituation mit all ihren Konflikten, Widersprüchen und Problemen besser zu bewältigen^[9].

Bei der **Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen** (KISS) der Stadt Erfurt im Amt für Soziales und Gesundheit sind derzeit insgesamt 139 Selbst- und Angehörigengruppen gemeldet. Davon gibt es 19 Gruppen (Anhang 1) im Bereich Sucht und Psychiatrie. In vielen dieser themenbezogenen Selbsthilfegruppen sind ältere Menschen bereits in großer Zahl aktiv. Es gibt allerdings nur eine Gruppe, die speziell für den Personenkreis Angehörige von Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung ausgerichtet ist (Angehörige Demenzkranker).

6 Handlungsempfehlungen

In die Erarbeitung der Handlungsempfehlungen sind die Ergebnisse der Befragung eingeflossen. Darüber hinaus wurden die Akteure aufgefordert, Handlungsbedarfe im Fragebogen zu benennen.

Bereich Beratung und Kontakt

In Erfurt existiert bereits eine Vielzahl an Beratungs- und Anlaufstellen für Psychiatrie und Sucht, dennoch fehlt es an einer speziellen Fachberatung in Fragen psychischer Störungen im Alter.

Empfehlungen:

- Etablierung einer Anlaufstelle für ältere Menschen mit psychiatrischer Erkrankung
- Ausbau von Angeboten für spezielle Zielgruppen, wie obdachlose ältere Menschen mit Suchtproblematik oder psychischer Erkrankung und nichtabstinentfähige ältere Menschen

Bereich Angehörigenarbeit

Erfurt ist im Bereich der psychosozialen Angebote für Menschen mit Demenz oder einer anderen psychischen Erkrankung relativ gut aufgestellt. Es fehlt jedoch an der notwendigen Begleitung bis Angehörige die Entscheidung treffen, Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen.

Empfehlungen:

- Begleitung und Förderung von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen speziell für den gerontopsychiatrischen Bereich
- Ausbau der Unterstützungsangebote für Angehörige

Bereich Medizin

In der überwiegenden Mehrzahl erfolgt die ärztliche Versorgung von Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung durch die Hausärzte und liegt weniger in den Händen der Fachärzte. Da der Hausarzt meist die erste Anlaufstelle ist, muss er erkennen, ob sich hinter der Vielzahl an körperlichen Beschwerden eine psychische Erkrankung verbirgt und zum Facharzt überweisen bei Verdacht. Neben der fachgerechten Diagnostik sehen die Akteure weitere Handlungsbedarfe in den langen Wartezeiten der Fachärzte und in dem Mangel an Hausbesuchen durch die Ärzte.

Empfehlung:

- Unterstützung bei der Qualifizierung, sowie Fort- und Weiterbildung der Akteure (z. B. Hausärzte, Psychotherapeuten, Notärzte, Sozialarbeiter, Erstversorger, Pflegekräfte, Angehörige).

Bereich Wohnen und Pflege

Damit Menschen so lange wie möglich im gewohnten und gewünschten Wohnumfeld leben können, bedarf es verschiedener Unterstützungsleistungen.

Empfehlungen:

- Stärkung häuslicher Strukturen bei der Versorgung (z. B. psychiatrische Pflegedienste)
- Schaffung spezialisierter Wohnangebote für Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung
- Ausbau und Fortentwicklung der teilstationären Versorgung, insbesondere der Maßnahmen zur Tagesstrukturierung für die Zielgruppe (z. B. Tagespflege, Tagesstätten)
- Ausbau von Pflegeheimplätzen speziell für Menschen mit Demenz und psychischen Erkrankungen

Bereich integrierte Planung

Ein wesentlicher Schwerpunkt der von den Einrichtungen genannten Handlungsbedarfen bezieht sich auf Aspekte der integrierten Planung. Integrierte Planung ist in einen gesamtstrategischen Steuerungsprozess eingebettet und basiert auf Daten, Informationen und Kommunikation. Sie ist lebenslagen- und wirkungsorientiert, sozialräumlich organisiert, transparent und bietet Mitwirkung für alle Beteiligten an. Die Kommune kann Prozesse, die die Versorgungslandschaft verbessern können, initiieren und begleiten. Die gerontopsychiatrische Versorgungsplanung muss sich an den vorhandenen fachpolitischen Grundsätzen orientieren (z. B. Geschäftsordnung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) der Landeshauptstadt Erfurt 2015, Stadtratsbeschluss zur Drucksache 0274/15: Entwicklung einer Vernetzungsstruktur für eine gesamtkommunale Handlungsstrategie zur Förderung der Gesundheit, Stadtratsbeschluss zur Drucksache 1752/13: Ambulante vor stationäre Unterstützung in Erfurt, Maßnahmenkatalog zur Stärkung der ambulanten pflegerischen Versorgung in der Landeshauptstadt Erfurt, Integriertes Stadtentwicklungskonzept Erfurt 2020).

Empfehlungen:

- Optimierung der gerontopsychiatrischen Planungsstrukturen (z. B. Sozialraumorientierung der Hilfen, Maßnahmeplanung und Evaluation, Koordination, Konzeptentwicklung, Implementierung neuer Angebote)
- Optimierung der Kooperations- und Vernetzungsstrukturen zwischen Psychiatrie und den Sektoren Altenhilfe, Behindertenhilfe, Stadtentwicklung, Bau und Verkehr usw.
- Öffentlichkeitsarbeit über die bestehenden Angebote stärken
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema Gerontopsychiatrie
- Aufklärung der Bevölkerung über gerontopsychiatrische Krankheitsbilder
- Aufbau eines Monitoringsystems im Rahmen der Psychiatrieberichterstattung, um Kennzahlen zu erheben und Leistungen zu dokumentieren

7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Veränderungen der Altersstruktur sind hinlänglich bekannt. Die Versorgung und Betreuung älterer Menschen und hierbei speziell von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen werden zu einer der größten Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte im Gesundheits- und Sozialwesen sowie für die Gesellschaft.

Nach epidemiologischen Bevölkerungsstudien sind etwa ein Viertel der über 65-Jährigen wegen psychischer Beeinträchtigungen als behandlungsbedürftig anzusehen. Die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter sind Depressionen und Demenzen. Psychische Störungen haben für ältere Menschen oft schwerwiegende Beeinträchtigungen der täglichen Belange und im sozialen Umfeld zur Folge.

Der hier vorgestellte Gerontopsychiatriebericht gibt einen Überblick über die vorhandenen gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen in der Stadt Erfurt, zeigt Versorgungslücken auf und gibt Handlungsempfehlungen für die weitere Entwicklung. Die Grundlage für die Bestandsaufnahme bildete eine Befragung mittels Fragebogen von 94 Einrichtungen aus den Versorgungsbereichen Medizin (Krankenhäuser), Wohnen (Wohnheime, Ambulant Betreutes Wohnen, seniorengerechte Wohnmöglichkeiten), Psychosoziales (Beratungs- und Kontaktstellen, Tagesstätten, Freizeit und Teilhabe, Selbsthilfe) und Pflege (Pflegeheime, Pflegedienste). Neben der Abfrage von einrichtungs- und personenbezogenen Daten wurden die Einrichtungen gebeten die vorhandenen Versorgungsangebote einzuschätzen sowie die bestehenden Kooperations- und Vernetzungsstrukturen zu bewerten. Insgesamt beteiligten sich 46,9 % der Einrichtungen an der Befragung.

Am Jahresende 2013 betrug die Einwohnerzahl der Landeshauptstadt Erfurt 205.112 Einwohner. Davon waren 21,2 % 65 Jahre und älter. Für Erfurt beträgt demnach die geschätzte Anzahl an älteren Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung 10.874. Etwa ein Viertel der 65-Jährigen und älteren lebt alleine. Das bedeutet, dass in vielen Fällen hilfebedürftige Menschen oft keine pflegenden Angehörigen mehr in ihrem direkten Umfeld haben. Laut Bevölkerungsprognose wird der Seniorenanteil im Jahr 2040 voraussichtlich 24,1 % betragen. In diesem Kontext ist auch mit einer steigenden Anzahl an Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung zu rechnen. Diese Daten zeigen, dass strategische Planungen erforderlich sind, um die Versorgung älterer Menschen sicherzustellen.

Die Befragung konnte zeigen, dass es in Erfurt eine Vielzahl an Anlaufstellen und Betreuungsmöglichkeiten gibt für Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung. Jedoch verfügen nur knapp 20 % dieser Einrichtungen über einen speziellen gerontopsychiatrischen Bereich oder entsprechende Angebote. Nur 15 % der Mitarbeiter verfügen über spezielle gerontopsychiatrische Qualifizierungen.

Insgesamt ergab die Befragung, dass 85 % der Einrichtungen die gerontopsychiatrischen Versorgungsangebote in der Stadt Erfurt für nicht ausreichend halten.

Die Multidimensionalität der Problemlagen von älteren Menschen mit psychiatrischer Erkrankung und ihrer Angehörigen sowie die Komplexität der professionellen Versorgungslandschaft erfordert vielmehr eine spezifische gerontopsychiatrische Versorgungsplanung und -steuerung in Erfurt. Die Schwerpunkte sollten dabei auf die Bereiche Fachberatung, Wohnen, Angehörigenarbeit, Fort- und Weiterqualifizierung sowie integrierte Planung gelegt werden.

8 Literaturverzeichnis

- 1 Modellprojekt. Gerontopsychiatrisches Verbundnetz in der Altenhilfe in Würzburg: Integration und ambulante Versorgung älterer Menschen mit psychischen Störungen. Im Modellverbund „Psychiatrie“ (1997). Band 86. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden
- 2 Bergener, M., Hampel, H., Möller, H.J., Zaudig, M. (2005). Gerontopsychiatrie. Grundlagen, Klinik und Praxis. Stuttgart: VWG
- 3 Aktion Psychisch Kranke, Kulenkampff, C., Kanowski, S. (Hrsg.) (1993). Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Köln: Rheinland-Verlag GmbH
- 4 Landeshauptstadt Erfurt (1996). 1. Psychiatrieplan für die Stadt Erfurt
- 5 Landeshauptstadt Erfurt (2002). Psychiatrie- und Suchthilfebericht der Stadt Erfurt
- 6 Landeshauptstadt Erfurt (2012). 3. Erfurter Psychiatriebericht
- 7 Landeshauptstadt Erfurt (2014). Suchtbericht 2013. Bericht zur Situation der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe in Erfurt.
- 8 Hirsch, R.D., Holler, G., Reichwaldt, W., Gervink, T. (1999). Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co.
- 9 Soziale Arbeit mit alten Menschen. 5. Kapitel Gerontopsychiatrie. Zippel, Kraus. 2003.
- 10 Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin. Freyberger, Schneider, Stieglitz (Hrsg.). Huber, 2012. 37 Gerontopsychiatrie. Gutzmann, H., Schaub, R.T., Rapp, M. 665-696.
- 11 Zwischen den Stühlen: Soziale Arbeit in der Gerontopsychiatrie. Anstoß einer Debatte. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. Beltz Juventa. 2013.
- 12 Helmchen H., Balthes, M.M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F.M., Wagner, M., Wilms, H.-U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer, K.U., Balte, P.B. (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie. Akademieverlag, Berlin, S: 185-219.
- 13 Adler, G., Gutzmann, H., Haupt, M., Kortus, R., Wolter, D. (2009). Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression – Demenz – Versorgung. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP). Stuttgart: Kohlhammer
- 14 Demografieportal des Bundes und der Länder 2014. <http://www.demografie-portal.de>, 15.01.2015
- 15 Wetterling, T. (2001). Gerontopsychiatrie. Ein Leitfaden zur Diagnostik und Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer.
- 16 A. Maercker (2002). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer.
- 17 Förstl, H. (1997). Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Stuttgart: Ferdinand Enge Verlag
- 18 Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. Selbsthilfe Demenz (2015). Erfurter Wegweiser für Menschen mit Demenz und deren Angehörige.
- 19 Landeshauptstadt Erfurt (2013). Sozialstrukturatlas 2012
- 20 Aktion Psychisch Kranke, Schmidt-Zadel, R., Kunze, H. (2007). Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Bonn: Aktion Psychiatrie-Verlag.
- 21 Wahl, H.-W., Tesch-Römer, C., Ziegelmann, J. P. (2012). Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer
- 22 Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2012). Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht der AG Psychiatrie der AOLG. http://www.masgf.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3310.de/b_psychiatrie_fuer_gmk12.pdf, 15.01.2015.

- 23 Bundesministerium für Gesundheit (2015). <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/p-q/praevention.html>, 14.12.2014.
- 24 Landeshauptstadt Erfurt (2013). Pflegebericht 2013.
- 25 Thüringer Landesamt für Statistik (2012). Statistischer Bericht: Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen am 15.12.2011, Erfurt.
- 26 Jaschke, H., Oliva, H., Schmid, R. & Schlanstedt, G. (2012). 3. Thüringer Psychiatriebericht für den Freistaat Thüringen. Thüringen: Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit.
- 27 Landeshauptstadt Erfurt (2015). Erfurter Statistik. Bevölkerungsprognose bis 2040.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erfurter Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2013	10
Tabelle 2: Anzahl der älteren, ausländischen Bevölkerung in Erfurt (65 Jahre und älter)	10
Tabelle 3: Familienstand der älteren Erfurter Bevölkerung (65 Jahre und älter) 2013	11
Tabelle 4: Ein-, Zwei- und Mehrpersonenhaushalte nach ausgewählten Altersgruppen und Planungsräumen in Erfurt 2013	12
Tabelle 5: Häufigkeiten psychischer Störungen bei Menschen nach dem 65. Lebensjahr sowie Schätzwerte für die Stadt Erfurt	13
Tabelle 6: Vielfalt der Angebotsformen, die an der gerontopsychiatrischen Versorgung beteiligt sind.....	16
Tabelle 7: Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei den Klienten in den Erfurter Einrichtungen	18
Tabelle 8: Probleme bei der Versorgung von Menschen mit gerontopsychiatrischer Erkrankung.....	19
Tabelle 9: Konfrontation mit Suchtmitteln im Arbeitsumfeld	19
Tabelle 10: Einschätzung der gerontopsychiatrischen Versorgung.....	19
Tabelle 11: Antworten auf die Frage: "Welche gerontopsychiatrischen Angebote sind erforderlich?".....	20
Tabelle 12: Antworten auf die Frage: "Wo besteht ausreichende Zusammenarbeit und wo ist sie wünschenswert?"	21
Tabelle 13: Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen von Patienten mit Wohnort Erfurt (unabhängig vom Sitz des Krankenhauses) im Jahr 2012	24
Tabelle 14: Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen von Patienten ab 65 Jahren und älter mit Wohnort Erfurt nach Geschlecht im Jahr 2012.....	24
Tabelle 15: Anzahl der Klienten mit gerontopsychiatrischer Erkrankung im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadtverwaltung Erfurt nach Altersgruppen und Geschlecht 2013.....	25
Tabelle 16: Anzahl der Plätze und Klienten in den jeweiligen Bereichen im Haus Zuflucht 2013.....	30
Tabelle 17: Pflegebedürftige in Erfurt am 15.12.2013 nach Geschlecht.....	31
Tabelle 18: Pflegebedürftige in Erfurt am 15.12.2013 nach Leistungsarten	31

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der Senioren im Alter von 65 Jahren und älter an der Gesamtbevölkerung in Erfurt nach Stadtteilen 2013	11
Abbildung 2: Anteil der Einpersonenhaushalte von Senioren im Alter von 65 Jahren und älter an der Haushaltszahl in Erfurt nach Stadtteilen 2013	12
Abbildung 3: Anzahl der befragten Einrichtungen nach Einrichtungsart.....	17
Abbildung 4: Alter und Geschlecht der Klienten in der Erfurter Einrichtungen.....	18
Abbildung 5: Bewertung der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen durch die befragten Dienste	20
Abbildung 6: Art der gerontopsychiatrischen Erkrankung der Klienten im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadtverwaltung Erfurt 2013.....	25

Anhang 1

Selbsthilfegruppen

Abstinenz-Club-Montagsgruppe

Abstinenz-Gruppe „Lebensfreude“

Anonyme Alkoholiker

Angehörigengruppe psychiatrische Erkrankungen (1)

Angehörigengruppe psychiatrische Erkrankungen (1)

Borderline

Depression

DOLORES-Selbsthilfe mit Angehörigen

Glücksspielsucht

HADZ – Hilfe für Suchtkranke und Angehörige

Lebensumwege (Depression)

Offene Begegnung (Alkoholabhängigkeit)

TACHELES – Glücksspielsucht

Trockene Alkoholiker

Unser Leben ohne Alkohol

Zukunft (Alkoholabhängigkeit)

Narcotics Anonymous (illegale Drogen)

Neuer Weg (Alkoholabhängigkeit)

Angehörige Demenzkranker

Gerontopsychiatrisches Hilfesystem in Erfurt

Anhang 2

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)

AG Sozialpsychiatrie (UAG Gerontopsychiatrie)

