

Pflege-Report 2017

„Die Versorgung der Pflegebedürftigen“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 107-117



10	Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen	107
	<i>Hans Gutzmann, Martina Schäufele, Eva-Marie Kessler und Michael A. Rapp</i>	
10.1	Welche psychiatrischen Erkrankungen treten bei Pflegebedürftigkeit vermehrt auf?	107
10.2	Anmerkungen zur psychiatrischen Versorgung von Pflegebedürftigen	108
10.3	Gibt es Hinweise auf die Qualität der psychiatrischen Versorgung?	109
10.3.1	Psychiatrische Versorgung durch Allgemeinmediziner	109
10.3.2	Psychiatrische Versorgung durch Fachärzte	110
10.4	Psychotherapie.....	111
10.4.1	Psychotherapie im Alter – geht das und gibt's das?.....	111
10.4.2	Psychotherapeutische Versorgung Pflegebedürftiger	112
10.5	Welche Handlungsoptionen werden diskutiert?	113
10.5	Fazit und Ausblick	115

10 Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen

Hans Gutzmann, Martina Schäufele, Eva-Marie Kessler und Michael A. Rapp

Abstract

Leitlinienempfehlungen zur Versorgung von hochbetagten und pflegebedürftigen Menschen stehen in Kontrast zur Versorgungsrealität, die für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen so ungünstig wie für keine andere Altersgruppe ausfällt. Bei weit über der Hälfte der Heimbewohner dominiert unter den psychischen Störungen das demenzielle Syndrom, gefolgt von affektiven und wahnhaften Störungen. In der fachärztlichen Versorgung kehrt sich diese Reihenfolge unter zusätzlicher Benachteiligung höherer Altersgruppen um. Eine spezifische psychotherapeutische Versorgung dieses Klientels findet praktisch nicht statt. Ursachen für diese Nicht-Versorgung sind wahrscheinlich nicht zuletzt defizitorientierte Altersbilder bei allen Beteiligten. Die psychiatrische Versorgung von Pflegebedürftigen zeichnet sich bei uns durch wenig Phantasie und innovativen Mut sowie durch mangelnde Umsetzung evidenzbasierter Empfehlungen aus.

Guideline-based recommendations for the care of older adults in need of care are often seen in contrast to actual service provision, especially in older adults suffering from mental disorders. Dementia dominates the spectrum with more than 50 percent of older adults living in nursing homes suffering from dementia, followed by affective and delusional disorders. Specialised care is more common for the less prevalent of these disorders, and increasing age of the patients leads to further decline in service provision. A specific psychotherapeutic care is practically completely missing. Possible causes may include deficit-oriented attitudes towards ageing in all caregivers involved. Psychiatric service provision for older adults is characterized by lack of vision and innovative drive and by a lack of evidence-based practice.

10

10.1 Welche psychiatrischen Erkrankungen treten bei Pflegebedürftigkeit vermehrt auf?

Psychische Erkrankungen sind oftmals chronisch und ziehen Einschränkungen in Alltagsfertigkeiten und sozialer Teilhabe nach sich. In der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+) zeigte sich auch bei älteren Personen *ohne* Demenzerkrankungen, dass neben dem Alter beim Vorliegen einer depressiven Erkrankung das Risiko einer Pflegeheimweisung etwa achtfach erhöht ist (Luppa

et al. 2010). Bei Demenzerkrankungen geht eine Zunahme der kognitiven und funktionellen Einschränkungen natürlich auch mit einer erhöhten Pflegebedürftigkeit einher (Wattmo et al. 2011), wenngleich die Einteilung in Pflegestufen insbesondere bei Demenzerkrankungen oft wenig valide scheint und die tatsächliche Pflegebedürftigkeit unterschätzt wird (Wilms et al. 2010). Neben diesen beiden großen Gruppen sind aber auch Patienten mit Angsterkrankungen, Suchterkrankungen und alt gewordene an Schizophrenie Erkrankte häufiger pflegebedürftig als Patienten ohne psychiatrische Vorerkrankungen (Seitz et al. 2010). Insgesamt 35 % der Pflegebedürftigen hatten 2013 eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychiatrischen Erkrankungen (Statistisches Bundesamt 2013).

Bei Heimbewohnern dominiert unter den psychischen Störungen eindeutig das demenzielle Syndrom. In der bundesweiten MuG-IV-Teilstudie weisen nach den systematischen Einschätzungen der Pflegekräfte anhand der Demenz-Screening-Skala (DSS) (Köhler et al. 2007) im Mittel 68,6 % (95 %-KI:67,0–69,8) der Bewohner eine Demenz auf, davon 56,6 % eine schwere Demenz. Die übrigen 44,4 % sind von einem leichten oder mittelschweren demenziellen Syndrom betroffen (Schäufele et al. 2013). Eine hoch relevante andere psychiatrische Störungsgruppe im Pflegeheim bilden affektive Störungen mit Anteilen von Betroffenen, die je nach Alter und Geschlecht zwischen mehr als 20 % und 50 % und höher schwanken (Rothgang et al. 2010). Nach Garms-Homolova et al. (2010) liegt die Prävalenz gemäß der Depression Rating Scale bei 26 %, 19 % weisen eine klinische Depressionsdiagnose auf, womit der Anteil von klinischen Diagnosen in den Pflegedokumentationen der Heime in der MUG-IV-Studie übereinstimmt (Schäufele et al. 2009). Störungen durch psychotrope Substanzen treten – wiederum in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht – mit Anteilen zwischen weniger als 10 % (hochaltrige Bewohnerinnen) und mehr als 40 % (jüngere Bewohner) auf. Eine weitere, in der stationären Pflege deutlich überrepräsentierte Gruppe stellen Bewohner mit Schizophrenie und wahnhaften Störungen dar, deren alters- und geschlechtsbezogene Anteile von mehr als 5 % bis über 25 % reichen (Rothgang et al. 2010).

10.2 Anmerkungen zur psychiatrischen Versorgung von Pflegebedürftigen

Im GEK-Pflegereport (Rothgang et al. 2008), einer Untersuchung auf der Basis von Versichertendaten, lag die Zahl der Behandlungsfälle durch Neurologen und Psychiater bei nicht pflegebedürftigen Versicherten im Alter von 60 bis 89 Jahren zwischen 0,2 und 0,3 Fällen pro Versichertenjahr, während Behandlungen bei den häuslich und stationär gepflegten Personen um ein Vielfaches häufiger waren. Dabei lag die Häufigkeit bei den stationär Gepflegten insgesamt noch wieder etwa doppelt so hoch wie bei den häuslich Gepflegten, jeweils signifikant positiv korreliert mit der Pflegestufe und negativ mit dem Alter. Insgesamt hatten Pflegebedürftige bedeutsam häufiger Kontakt zur Neurologen/Psychiatern/Nervenärzten als Nicht-Pflegebedürftige. In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, dass in der Leipziger Langzeitstudie (LEILA 75+) eine höhere Frequenz von Facharzt-Konsultatio-

nen bei kognitiv nicht Beeinträchtigten das Risiko zur Aufnahme in ein Pflegeheim senkte (Luppa et al. 2010), also möglicherweise präventiv wirksam war.

In der SÄVIP-Studie (Hallauer et al. 2005), die anhand einer Stichprobe von etwa 10% aller deutschen Pflegeheime die Perspektive der Heimbetreiber beleuchtet, fand die Versorgung durch Neurologen bei der Hälfte der Heime mindestens quartalsweise, aber seltener als wöchentlich statt. Ähnlich gestaltete sich die Versorgung mit Psychiatern. 40% der Heime berichteten Besuche mindestens einmal im Quartal, aber seltener als wöchentlich. 6% erhielten wöchentliche Besuche, 10% ein bis drei Besuche im Jahr. 24% wurden nicht von Psychiatern betreut. 99% der Arztbesuche waren vom Heimpersonal ausgelöst worden, obwohl die Verantwortung für die medizinische Versorgung formal bei den Heimbewohnern selbst, ihren Angehörigen und Betreuern liegt.

Hartwig et al. (2005) geben an, dass nur 9% der von ihnen untersuchten Bewohner von Altenheimen in den letzten drei Monaten in psychiatrischer Behandlung gewesen waren – während drei Viertel von ihnen eine bedeutsame psychiatrische Symptomatik aufwiesen und nahezu die Hälfte an einer Demenz litten. Die Autoren äußern die Vermutung, dass diese in der Region von Uelzen erhobenen Daten durchaus geeignet sein könnten, die Versorgungssituation auch in anderen Regionen zu beschreiben.

Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz psychischer Störungen und Problemstellungen, zu denen neben Schlafstörungen, unter denen bis zur Hälfte aller Pflegeheimbewohner leiden (Molter-Bock et al. 2006), und Persönlichkeitsveränderungen sowie den vielfältigen Formen der Sexualität im Alter auch der Umgang mit Tod und Sterben gehören, halten die Autoren des GEK-Pflegereports mindestens einen Kontakt mit psychiatrischen oder neurologischen Fachärzten pro Quartal für angemessen. Die Empfehlung, Patienten mindestens einmal im Quartal zu sehen, leitet sich in der Tat aus spezifischen Behandlungsleitlinien für die wichtigsten psychischen Erkrankungen im Alter stringent ab (DGPPN et al. 2009; DGPPN und DGN 2015) und ist allenfalls bei der leichten kognitiven Störung auf alle sechs Monate zu verlängern. Dieser Soll-Definition stehen allerdings durchschnittlich weniger als zwei Besuche pro Jahr gegenüber (Rothgang et al. 2008).

10.3 Gibt es Hinweise auf die Qualität der psychiatrischen Versorgung?

10.3.1 Psychiatrische Versorgung durch Allgemeinmediziner

Informationen zur Qualität der ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich sind noch spärlicher als zur Situation in Pflegeheimen. In der DIAS-Studie (Grass-Kapanke et al. 2008) waren Pflegedienste zur Versorgung von Patienten mit Demenz befragt worden. Die Mehrheit der Befragten beklagt eine zu seltene Kontaktaufnahme von Seiten der behandelnden Ärzte. Demgegenüber konstatiert immerhin ein Drittel der Pflegedienste eine aktive ärztliche Kontaktaufnahme in den meisten von ihnen betreuten Fällen. Es zeichnet sich in diesen Ergebnissen eine deutliche Trennung von zwei sehr unterschiedlich motivierten Ärztegrop-

pen ab: Die eine sucht engagiert den Kontakt zu den Pflegediensten, die andere ist an einer solchen Zusammenarbeit eher desinteressiert. In qualitativer Hinsicht war bemerkenswert, dass für ein Drittel der von den Mitarbeitern der Pflegedienste als dement eingeschätzten Patienten keine entsprechende ärztliche Diagnose vorlag und die Mehrheit der ärztlich diagnostizierten Demenzpatienten (55 %) trotz der gesicherten Demenzdiagnose keinerlei antidementive Therapie erhielt.

In der SÄVIP-Studie gaben die befragten Pflegedienstleitungen (PDL) an, dass 99 % aller Arztkontakte vom Pflegepersonal initiiert werden. Zudem entschied das Pflegepersonal zu 86 %, ob überhaupt ein Arzt herangezogen wird und zu 72 %, welcher Arzt (Hallauer et al. 2005). Letzteres betraf häufig die Frage, ob neben dem Hausarzt auch ein Facharzt einbezogen werden sollte.

Die Diagnosen der Heimbewohner finden sich üblicherweise in den Pflegedokumentationen. Vor dem Hintergrund, dass die Dokumentationsgewohnheiten vieler Ärzte in den Heimen von den PDL als unzureichend beklagt werden (van den Bussche et al. 2009), sind Zweifel an der Aktualität und Genauigkeit an den dokumentierten Diagnosen angebracht. Einige wenige Befunde, die Aussagen dazu zulassen, gibt es zu den Demenzen: Gemäß der MuG-IV-Teilstudie liegt für 55,5 % der Bewohner mit Demenz-Syndrom eine Demenzdiagnose nach ICD-10-GM in den Pflegedokumentationen vor. Eine Demenzdiagnose findet sich jedoch auch bei 14,1 % der negativ gescreenten Personen. Die meisten ärztlichen Demenzdiagnosen (35,6 % der Bewohner) entfallen auf die Gruppe F03 (nicht näher bezeichnete Demenz, Demenzsyndrom). Demenzen vom Alzheimer-Typ und andere präziser definierte Demenzen sind relativ selten diagnostiziert. Seidl et al. (2007) berichten vergleichbare Befunde. Bedenkt man, dass eine leitliniengerechte Therapie und Betreuung die valide Diagnostik einer Erkrankung voraussetzt (DGPPN und DGN 2016), indizieren die Ergebnisse eine zumindest in Teilen defizitäre psychiatrische Versorgung von Menschen mit Demenz im Heim.

10.3.2 Psychiatrische Versorgung durch Fachärzte

Die Beurteilung der Qualität der psychiatrischen Versorgung ist noch schwieriger als die der allgemeinärztlichen. Allein aus der nervenärztlichen Behandlungsfrequenz, die verglichen mit der hausärztlichen deutlich geringer ausfällt, auf quantitative und qualitative Versorgungsdefizite zu schließen, ist nach van den Bussche et al. (2009) zu kurz gegriffen. Zur Qualitätsbewertung wurden von Letzteren vielmehr Ergebnisse der SÄVIP- und der eqs-Studie herangezogen. In beiden Studien gaben die PDL an, dass etwa die Hälfte der Bewohner mit psychischen Störungen sehr schlecht (Hallauer et al. 2005) bzw. nicht ausreichend (eqs-Institut 2008 zit. nach van den Bussche et al. 2009) versorgt würden. Zudem beklagten die PDL in beiden Studien, dass die Ärzte oft zu wenig Kooperationsbereitschaft zeigten, zu selten persönlich zu sprechen wären und die Pflegedokumentation nicht in erforderlichem Umfang führten.

Nach der MuG-IV-Studie (Schäufele et al. 2013) nehmen rund 30 % aller Bewohner einmal im Quartal oder häufiger einen Nervenarzt in Anspruch, der nach Auskunft der Pflegekräfte in nahezu allen Fällen Hausbesuche im Heim macht. Bezogen auf diagnostische Störungsgruppen nach ICD-10-GM, die mit Ausnahme des Demenz-Syndroms den Pflegedokumentationen der Heime entstammten und

zumeist von Ärzten gestellt worden waren, werden Bewohner mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis anteilmäßig am häufigsten, nämlich mindestens einmal im Quartal nervenärztlich behandelt (58,8%), gefolgt von Bewohnern mit einer affektiven Störung (42,6%), einer anderen organischen psychischen Störung (F06–F09) (35,6%) sowie Bewohnern mit einem Demenz-Syndrom nach DSS-Screening (33%). Menschen mit einer schweren Demenz, die häufiger von neuropsychiatrischen Symptomen betroffen sind, weisen dabei höhere Anteile von nervenärztlich Behandelten auf als diejenigen mit geringerer Demenzschwere (Schäufele et al. 2013). Jüngere Bewohner wurden bei gleicher Diagnose häufiger als ältere behandelt.

Es gibt kaum Daten zur Entwicklung der Qualität der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern seit Einführung der Pflegeversicherung. Nach dem letzten MDK-Bericht (MDS 2014) wichen die dokumentierten Medikamentengaben bei 10% der Bewohner von den ärztlichen Anordnungen ab, was immerhin eine Verbesserung gegenüber dem Vorbericht darstellt. Durch ihre hauptsächlichliche Ausrichtung auf die pflegerischen Prozesse und die unzureichende Berücksichtigung klinisch relevanter Ergebniskriterien erlauben die MDK-Prüfkriterien keine Aussagen über das tatsächliche Ausmaß oder gar die Qualität der fachärztlichen Versorgung von Heimbewohnern. Es stimmt nachdenklich, dass bei Demenzerkrankungen ein bis zu 30%iges Risiko falsch-negativer Diagnosen bzw. übersehener dementieller Erkrankungen und ein etwa 15%iges Risiko falsch-positiver Demenzdiagnosen beobachtet wurde (Balzer et al. 2013). Die Qualität der ärztlichen Diagnostik bei Menschen mit Demenz, die sich in diesen Zahlen ausdrückt, kann nicht befriedigen. Statt Innovationsfreude und Phantasie bei der psychiatrischen Versorgung von Heimbewohnern dominiert – sofern psychiatrische Versorgung überhaupt stattfindet – weithin das fachärztliche Konsil mit seinen wenig flexiblen Strukturen und der oft kritisierten mangelnden interprofessionellen Kommunikation (z. B. Schmie-mann et al. 2015). Ein international weit verbreitetes Modell, bei dem ein Team aus ärztlichen, pflegerischen, psychologischen und sozialpädagogischen Fachkräften mit gerontopsychiatrischer Qualifikation zur Verfügung steht, das mit dem Pflegepersonal und den heimversorgenden Allgemeinmedizinerinnen zusammenarbeitet und, wenn nötig, auch den Einsatz anderer Fachärzte koordiniert, gibt es in Deutschland nur dort, wo gerontopsychiatrische Institutsambulanzen in die Pflichtversorgung eingebunden sind (Gutzmann 2014).

10.4 Psychotherapie

10.4.1 Psychotherapie im Alter – geht das und gibt's das?

Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei älteren Patienten ist – zumindest in Bezug auf Depression als der häufigsten nicht-organischen psychischen Störung im Alter – metaanalytisch gut belegt (Cuijpers et al. 2014). Bisherige Studien fanden durchschnittlich mindestens mittlere Effektstärken. Dabei fällt die Befundlage für Kognitive Verhaltenstherapie, Lebensrückblick-Therapie und Problemlösetherapie am günstigsten aus. Ein direkter Wirkungsvergleich mit Pharmakotherapie oder Kom-

inationstherapie ist aufgrund der geringen Datenbasis bisher nicht möglich (Cuijpers et al. 2014).

Allerdings wurden die Befunde zu Alterspsychotherapie hauptsächlich auf Basis der Untersuchung „junger Alter“ (d. h. 60 bis 80 Jahre) und selbständig lebender alter Menschen generiert. Sehr alte, kognitiv beeinträchtigte, multimorbide bzw. pflegebedürftige Patienten wurden bisher nur sehr selten als Patientengruppe berücksichtigt (Kessler und Agines 2014), obwohl Depression gerade bei dieser Gruppe ein häufiges Gesundheitsproblem darstellt.

Bezogen auf Deutschland empfiehlt die S3-Leitlinie Depression (DGPPN et al. 2015) auf der Grundlage der positiven Evidenzlage für Alterspsychotherapie Psychotherapie (Empfehlungsgrad A) zur Behandlung unipolarer depressiver Erkrankungen im Alter (bei schwerer Symptomatik Kombinationstherapie; bei zusätzlichen leichten kognitiven Einschränkungen bevorzugt Einzeltherapie). Allerdings stehen diese Leitlinienempfehlungen bei hochbetagten und pflegebedürftigen Menschen in erheblichem Kontrast zur Versorgungsrealität (Hyer 2005), die ohnehin für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen so ungünstig wie für keine andere Altersgruppe ausfällt (z. B. Grobe et al. 2007).

10.4.2 Psychotherapeutische Versorgung Pflegebedürftiger

Eine kleine Anzahl an unzureichend kontrollierten internationalen Studien hat für die stationäre Altenhilfe Hinweise darauf geliefert, dass sich Depression bei pflegebedürftigen alten Menschen (mit und ohne leichtere kognitive Einschränkungen) durch kurze, standardisierte einzeltherapeutische Programme reduzieren lässt (Kessler und Agines 2014; Hyer 2005). Zu nennen sind hier besonders die verhaltenstherapeutisch orientierten Therapieprogramme BE-ACTIVE (Meeks et al. 2008) sowie das R-E-M-Programm (Restore-Empower-Mobilize) (Carpenter et al. 2002), die mit starkem Einbezug von Pflegekräften als Ko-Therapeuten im Einzelsetting durchgeführt wurden. Es liegen außerdem Studien aus den Niederlanden vor, welche die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Pflegeheimbewohnern im Rahmen eines multidisziplinären, mehrstufigen Behandlungsansatzes (inkl. Psychotherapie) belegen (Leontjevas et al. 2013).

Bei Pflegeheimbewohnern, die regelhaft so stark mobilitätseingeschränkt bzw. gebrechlich sind, dass für sie eine Behandlung außerhalb des eigenen Zuhauses bzw. in den meistens nicht barrierefreien Praxen unmöglich ist, kommt Psychotherapie in Deutschland realiter höchstens in (bisher statistisch nicht erfassten) Ausnahmefällen vor (Kessler und Agines 2014). Psychologen bzw. Psychotherapeuten sind darüber hinaus nicht als feste Mitarbeiter im Stellenschlüssel von Pflegeheimen oder dem eines ambulanten Pflorgeteams vorgesehen. Niedergelassene Psychotherapeuten können zwar bei Patienten im Fall von Bettlägerigkeit bzw. starken körperlichen Einschränkungen nach entsprechender Beantragung abrechnungsfähige Hausbesuche durchführen, faktisch findet aber aufsuchende ambulante Psychotherapie bei pflegebedürftigen Menschen höchstens in Ausnahmefällen statt (Kessler 2016).

Ursachen für diese Nicht-Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen sind wahrscheinlich nicht zuletzt defizitorientierte Altersbilder sowohl seitens der Hausärzte und Psychotherapeuten wie auch der alten Patienten und Angehörigen

selbst. Sehr alte, pflegebedürftige Menschen sind in den stereotypen „Bildern in den Köpfen“ über das Alter weder psychotherapiemotiviert noch -fähig und werden vorrangig als körperlich zu Betreuende und zu Versorgende wahrgenommen. Dies wiederum trägt nachweislich dazu bei, dass Behandler älteren Menschen systematisch seltener Psychotherapie empfehlen und ältere Menschen selbst eine geringere Inanspruchnahme für Psychotherapie aufweisen (Kessler et al. 2015). Zu der defizitären Versorgungssituation tragen auch erhebliche Defizite im Bereich der gerontologischen Qualifikation von Psychotherapeuten bei. Alterspsychotherapie, insbesondere mit Bezug auf Hochaltrigkeit, ist immer noch kein regulärer Bestandteil der Psychotherapeutenausbildung (Kessler et al. 2014). Darüber hinaus fehlen Anreizstrukturen für Psychotherapeuten, Patienten außerhalb der eigenen Praxis zu behandeln, und eine klare Definition ihrer Rolle als fachliche Akteure in Heimen bzw. im Pflege-team (Kessler 2015). Außerdem sind für die Behandlung von pflegebedürftigen Menschen nach dem bisherigen Kenntnisstand flexibilisierte psychotherapeutische Angebote mit einer veränderten therapeutischen Schwerpunktsetzung indiziert. Im Projekt „Psychotherapie der Depression im Pflegeheim (PSIS)“ (Kessler 2016) zeigte sich, dass unter den Praxisbedingungen des KV- bzw. Pflegesystems die Behandlung von Pflegeheimbewohnern eine Modifikation der Therapeuten-Rolle erfordert. Demnach liegt der Fokus auf aktiv-unterstützenden, haltgebenden, strukturvermittelnden Methoden, deren Anwendung psychotherapeutische Rahmenbedingungen erfordert, die es erlauben, die Sitzungsfrequenz und -dauer an die sich stetig verändernden individuellen Ressourcen (körperlich, kognitiv, sensorisch) und Problemlagen der Patienten (z. B. Neueinzug ins Pflegeheim; Krankenhausaufenthalte; Todesfälle etc.) anzupassen. Das Projekt PSIS hat auch gezeigt, dass es unerlässlich ist, Pflegekräfte und Angehörige in die Therapien einzubeziehen und engmaschig mit Haus- und Fachärzten zu kooperieren, d. h. Leistungen anzubieten, die über die reguläre Versorgung hinausgehen.

Insgesamt zeigt sich, dass die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland immer noch erheblich dem demografischen Wandel hinterherhinkt. Die Versorgungsforschung im Bereich von Alterspsychotherapie und die Übertragung ihrer Ergebnisse in die Praxis sollten unbedingt ausgebaut werden. Die neuen Psychotherapierichtlinien ab April 2017, die eine Strukturreform der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vorsehen, werden möglicherweise Chancen eröffnen, durch Flexibilisierung der psychotherapeutischen Angebotsformate zu einer verbesserten psychotherapeutischen Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen beizutragen (z. B. zeitnaher und niederschwelliger Zugang durch das Format „Psychotherapeutische Sprechstunde“).

10.5 Welche Handlungsoptionen werden diskutiert?

Balzer und Mitarbeiter (2013) untersuchten in einem Health Technology Assessment (HTA)-Bericht zur Frage der fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen 128 Publikationen, von denen lediglich drei als wissenschaftliche Veröffentlichungen charakterisiert werden konnten, eine davon mit zahnmedizinischer Ausrichtung. Die beiden übrigen untersuchten die Effekte der Implementierung von Rahmen-

empfehlungen für Pflegekräfte bzw. von ärztlichen Leitlinien, fokussierten jedoch nicht primär die fachärztliche Versorgung. Immerhin 16 der weniger verlässlich dokumentierten Modellprojekte wurden identifiziert, die das Ziel verfolgten, die (fach-)ärztliche Betreuung von Pflegeheimbewohnern zu verbessern. Wegen ihrer mangelnden Qualität sahen Balzer und Kollegen sich nicht in der Lage, empirisch begründete Rückschlüsse zu ziehen, welche Reformansätze geeignet sein können, die (fach-)ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu verbessern. Die Projekte umfassten in der Mehrzahl regelmäßige Hausarztvisiten, Rufbereitschaften, Personalweiterbildung und Maßnahmen zur Koordinierung medizinischer Leistungserbringung. Nur vier Projekte thematisierten spezifischer die fachärztliche

Abbildung 10–1

Sechs Modelle der psychiatrischen Versorgung von Pflegeheimen

1

Konsil-Dienst:

Strikt einzelfallbezogen. Fachärztliche Hilfe wird durch den heimbetreuenden Allgemeinarzt angefordert, durch den auch die konsiliarischen Empfehlungen umzusetzen sind. Meist kein follow-up.

2

Konsil-Liaison-Dienst:

Konsiliar hat nicht nur Kontakt zum Patienten sondern berät auch das Personal im Umgang und die Einrichtung in strukturellen Fragen, führt Fortbildungen durch, setzt regionale Vernetzungsimpulse.

3

Pflegezentrierter psychiatrischer Dienst:

Variante des Konsil-Liaison-Dienstes. Enge Zusammenarbeit mit dem heimversorgenden Allgemeinmediziner, über diesen auch Hinzuziehung fachärztlicher oder psychologischer Hilfen. Counseling für das Personal in der Regel intensiver als bei Modell 2.

4

Durch das Heim angestellte Mitarbeiter mit psychiatrischer Expertise:

Pflegefachkraft oder Heimarzt mit gerontopsychiatrischer Qualifikation. Die Wahrnehmung von psychiatrischen Problemen der Bewohner wird so generell erhöht und Initiativen zu deren Lösung werden beschleunigt. Enge Zusammenarbeit mit dem heimversorgenden Allgemeinmediziner. Für viele der auftretenden Probleme erübrigt sich die Hinzuziehung externer psychiatrischer Kompetenz. Wenn mehrere Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen eine gerontopsychiatrische Qualifikation aufweisen, ergibt sich das Modell eines internen multidisziplinären Teams.

5

Externes multidisziplinäres Team:

Ein Team aus ärztlichen, pflegerischen, psychologischen und sozialpädagogischen Fachkräften mit gerontopsychiatrischer Qualifikation steht für eine Versorgungsregion zur Verfügung. Zusammenarbeit mit heimversorgenden Allgemeinmedizinern und Koordinierung anderer Fachärzte. Fortbildungsmaßnahmen im Heim gehören zu den Kernaufgaben. Dieses Modell ist international weit verbreitet, in Deutschland repräsentieren es gerontopsychiatrische Institutsambulanzen.

6

Telepsychiatrie:

Telepsychiatrische Unterstützung – besonders in Versorgungsregionen mit Facharztmangel.

Quelle: Snowdon 2010

Pflege-Report 2017

WlD

Versorgung. Von den von Snowdon (2010) unterschiedenen sechs Modellen psychiatrischer Versorgung von Pflegeheimen (Abbildung 10–1) wurde in der Mehrzahl der klassische Konsildienst beschrieben, gewährleistet von niedergelassenen Ärzten. Andere Modelle, etwa Konsil-Liaison-Dienste oder die Versorgung durch ein externes multidisziplinäres Team, wie es international verbreitet und bei uns durch gerontopsychiatrische Institutsambulanzen, wo sie als Modul der Pflichtversorgung existieren, repräsentiert ist, wurden ebenso wenig untersucht wie die Möglichkeiten einer telepsychiatrischen Versorgung (Meyrer et al. 2008).

10.6 Fazit und Ausblick

Die psychiatrische Versorgung von Pflegebedürftigen zeichnet sich bei uns durch wenig Phantasie und innovativen Mut sowie durch unzureichende Umsetzung evidenzbasierter Empfehlungen aus. Eine spezifische psychotherapeutische Versorgung dieses Klientels findet praktisch nicht statt. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass psychiatrische Morbidität bei Pflegebedürftigen kein zeitstabiles Phänomen ist. Vielmehr sind im Längsschnitt deutliche Veränderungen der Prävalenz zu verzeichnen, auf die fachlich reagiert werden muss. Während in einer Studie von Lemke und Schaefer (2010) die Prävalenzraten für Schizophrenie und Demenzen bei Heimbewohnern zwischen 1990 und 2006 nur moderat fluktuierten, stieg die Prävalenz von Depressionen steil an, alkoholbezogene Störungen nahmen ab und andere Suchterkrankungen nahmen zu. Es liegt nahe, dass eine solche Veränderung des Diagnosespektrums auch eine spezifische Herausforderung für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung mit sich bringen kann. Besonders letztere sollte größeres Gewicht erlangen.

Literatur

- Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boulkhemair D, Lühmann D. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Band 125; 2013. https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta298_bericht_de.pdf (22 August 2016)
- Carpenter B, Ruckdeschel K, Ruckdeschel H, Van Haitsma K. R-E-M Psychotherapy: A manualized approach for long-term care residents with depression and dementia. In: Norris MP, Molinari V, Ogland-Hand S (ed). *Emerging trends in psychological practice in long-term care*. New York, NY: The Haworth Press 2002; 25–50.
- Cuijpers P, Koole SL, van Dijke A, Roca M, Li J, Reynolds CF. Psychotherapy for subclinical depression: A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 205 (4): 268–74.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage 2015.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg). S3 Leitlinie „Demenzen“ (Langversion – Januar 2016). https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LL-Demenzen-240116-1.pdf.

- Eqs-Institut – Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen GmbH. Bericht zur schriftlichen Befragung der Pflegedienstleitungen zur ärztlichen Versorgung in den Einrichtungen. Hamburg: Manuskript. 2008.
- Garms-Homolova V, Flick U, Röhsch G. Sleep disorders and activities in long term care facilities – a vicious cycle? *J Health Psychol* 2010; 15 (5): 744–54
- Grass-Kapanke B, Kunczik T, Gutzmann H. Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor (DIAS). Schriftenreihe der DGGPP, Band 7. Nümbrecht 2008.
- Grobe TG, Doering H, Schwarz FW. GEK-Report: Ambulant-ärztliche Versorgung 2007 – Auswertung der GEK-Gesundheitsberichtserstattung. St. Augustin: Asgard 2007.
- Gutzmann H. Gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen. In: Pantel J, Schröder J, Bollheimer C, Sieber C, Kruse A. Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 686–93.
- Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service 2005. http://www.alzheimerinfo.de/media/public/pm/pm_2006/SAEVIP_studie.pdf (22 August 2016).
- Hartwig J, Heese K, Waller H, Machleidt W. Zur Versorgung von psychisch kranken Altenheimbewohner/innen im Landkreis Uelzen. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 274–9.
- Hyer L. Depression in Long-Term Care. *Clin Psychol Sci Pract* 2005; 12: 280–99.
- Kessler EM, Agines S, Bowen CE. Attitudes towards seeking mental health services among older adults: personal and contextual factors. *Aging Ment Health* 2015; 19 (2): 182–91.
- Kessler EM, Agines S, Schmidt C, Mühlig S. Qualifikationsmöglichkeiten im Fachgebiet Gerontopsychologie – empirische Bestandsaufnahme. *Z Gerontol Geriatr* 2014; 47: 337–44.
- Kessler EM. Lebensrückblick bei Pflegeheimbewohnern mit Depression – Eine qualitative Studie zu den Erfahrungen von Verhaltenstherapeuten im Rahmen eines Pilotprojektes. *Z Gerontol Geriatr* 2016; 49 (6): 520–5.
- Kessler EM. Tagungsbericht Dialogsymposium Psychotherapie im Pflegeheim. 2015. www.medicalschool-berlin.de/fileadmin/Daten/MSB/Presse/Tagungsbericht_Psychotherapie_im_Pflegeheim.pdf.
- Kessler EM, Agines S. Psychotherapie bei Depression im Pflegeheim. In: Lindner R, Hummel J. Psychotherapie in der Geriatrie. Stuttgart: Kohlhammer 2014; 103–12.
- Köhler L, Weyerer S, Schäufele M. Proxy screening tools improve the recognition of dementia in old-age homes: results of a validation study. *Age Ageing* 2007; 36 (5): 549–54.
- Lemke SP, Schaefer JA. Recent changes in the prevalence of psychiatric disorders among VA nursing home residents. *Psychiatr Serv* 2010; 61 (4): 356–63.
- Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, Teerenstra S, Vernooij-Dassen MJFJ, Koopmans RTCM. A structural multidisciplinary approach to depression management in nursing-home residents: A multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet* 2013; 381: 2255–64.
- Loebel JP, Borson S, Hyde T, Donaldson D, Van Tuinen C, Rabbitt TM, Boyko EJ. Relationships between requests for psychiatric consultations and psychiatric diagnoses in long-term-care facilities. *Am J Psychiatry* 1991; 148 (7): 898–903.
- Luppa M, Luck T, Matschinger H, König HH, Riedel-Heller SG. Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission – results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 186–94.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.(MDS) (Hrsg). 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2014.
- Meeks S, Looney SW, Van Haitsma K, Teri L. BE-ACTIV: A staff-assisted behavioral intervention for depression in nursing homes. *Gerontologist* 2008; 48: 105–14.
- Meyrer R, Scibor M, Pickelmann T. Das psychiatrische Telekonsil. *Nervenheilkunde* 2008; 27 (Suppl 1): S68–9.
- Molter-Bock E, Hasford J, Pfundstein T. Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen. *Z Gerontol Geriatr* 2006; 39 (5): 336–43.
- Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R. GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Sankt Augustin: Asgard 2008.

- Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R. Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Sankt Augustin: Asgard 2010.
- Schäufele M, Köhler L, Lode S, Weyerer S. Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Stuttgart: Kohlhammer 2009: 159–221.
- Schäufele M, Köhler L, Hendlmeier I, Hoell A, Weyerer S. Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. *Psychiatr Prax* 2013; 40 (4): 200–6.
- Schmiemann G, Herget-Rosenthal S, Hoffman F. Ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern. *Z Gerontol Geriat* .published online 21. 12. 2015.
- Seidl U, Lueken U, Völker L, Re S, Becker S, Kruse A, Schröder J. Nicht-kognitive Symptome und psychopharmakologische Behandlung bei demenzkranken Heimbewohnern. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2007; 75 (12): 720–7
- Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010; 22 (07): 1025–39.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013. Wiesbaden 2015. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile (22 August 2016).
- Snowdon J. Mental health service delivery in long-term care homes. *Int Psychogeriatr* 2010; 22: 1063–71.
- van den Bussche H, Schröfel SC, Löschmann C, Lübke N. Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. *Z Allgemeinmed* 2009; 85 (7): 296–301.
- Wattmo C, Wallin ÅK, Londos E, Minthon L. Risk factors for nursing home placement in Alzheimer's disease: a longitudinal study of cognition, ADL, service utilization, and cholinesterase inhibitor treatment. *Gerontologist* 2011; 51 (1): 17–27.
- Wilms HU, Riedel-Heller SG, Busse A, Angermeyer MC. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter in den neuen Bundesländern: Ergebnisse aus der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA75+). *Z Gerontol Geriatr* 2010; 34 (5): 348–55.