

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Versorgung älterer psychisch
Kranker in Österreich: stationäre
akutpsychiatrische, Langzeit- und
ambulante Betreuungsaspekte**

Jagsch C, Kainz EJ, Klug G

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2015; 16 (4), 149-158

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

77. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie



2026
7.–10. Juni
AACHEN

Personalisierte Neurochirurgie – digital, kompetent, vernetzt

dgnc-kongress.de

Joint Meeting with the Belgian Society and the Dutch
Society of Neurosurgery and Neurosurgeons of Luxembourg

*Werfen Sie einen
Blick ins Programm!*



*Registrieren
Sie sich jetzt!*



Versorgung älterer psychisch Kranker in Österreich: stationäre akutpsychiatrische, Langzeit- und ambulante Betreuungsaspekte

C. Jagsch¹, E. J. Kainz², G. Klug³

Kurzfassung: *Einleitung:* In dieser Arbeit werden Versorgungsstrukturen für ältere psychisch kranke Menschen in Österreich dargestellt. Der Fokus liegt in der bisher erstmaligen Zusammenführung der unterschiedlichen Angebote im Bereich der Akutversorgung, in der Versorgung in Pflegeheimen oder in speziellen psychiatrisch betreuten Wohnformen sowie in der ambulanten Betreuung.

Die öffentlich zugänglichen Daten sind leider oft inkonsistent oder nicht vorhanden, sodass in Zukunft eine große Kraftanstrengung erforderlich ist, diese zu erheben, um eine adäquate Versorgungsplanung ermöglichen zu können.

Ergebnisse: Für den Bereich der akutpsychiatrischen Versorgung > 65-jähriger psychisch kranker Patienten kann davon ausgegangen werden, dass die unterste Bettenmessziffer von 0,07/1000 Einwohner erreicht wird, wenn separierte und integrierte Versorgung zusammengefasst werden.

Der Anteil der stationären Aufnahmen > 65-jähriger Patienten wurde für die Universitätskliniken und die regionalisierten psychiatrischen Abteilungen mit 20 % pro Jahr angegeben. Die Ärzte in den akuten Einrichtungen sind durch ihre Fort- und Weiterbildung auf die Betreuung älterer Patienten gut vorbereitet.

Eine ambulante, qualitativ hochwertige, multiprofessionelle Betreuung psychisch kranker alter Menschen ist möglich und führt zu einer massiven Verbesserung aller individuellen Parameter. Es besteht immenser Druck, die ambulante Versorgung zu diversifizieren und Wege über die Dichotomisierung Angehörige vs. Pflegeheim hinaus zu entwickeln.

Schlüsselwörter: Psychiatrische Versorgung, akutstationäre Behandlung, ambulante Behandlung, ältere psychisch Kranke, Gerontopsychiatrie, Alterspsychiatrie

Abstract: Care of Elder Mentally Ill Persons in Austria: Aspects of Acute Psychiatric Care for Inpatients, Long-Term Patients, and Outpatients. *Introduction:* This work describes structures of care for elder mentally ill persons in Austria. The focus is on joining different offers in the field of acute care, care in nursing homes or care in special kinds of living communities, as well as in ambulant care which was studied for the first time.

Publicly available data are unfortunately often inconsistent or non-existing, so that much

effort will be required in future to detect them for an adequate planning of care.

Results: Concerning the field of acute psychiatric care of mentally ill persons > 65 years, it may be assumed that the minimum measuring figure of beds in the amount of 0.07/1000 inhabitants will be reached, if forms of separated and integrated care are joined.

The share of inpatients > 65 years was stated with 20 % per year for university clinics and regional psychiatric departments. Physicians in institutions for acute care are well prepared for the care of elder patients because of their continuous training.

An ambulant multi-professional care of high quality for old mentally disordered persons is possible and leads to an enormous improvement of all individual parameter. There is an immense pressure to diversify ambulant care and to develop new ways beyond of dichotomizing family members vs nursing homes. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2015; 16 (4): 149–58.**

Key words: psychiatric care, acute care of inpatients, care of outpatients, elder mentally ill persons, geriatric psychiatry, psychiatry of old age

■ Einleitung

In dieser Arbeit wird versucht, Versorgungsstrukturen älterer psychisch kranker Menschen in Österreich darzustellen. Ältere Menschen werden zumeist definiert als ≥ 60 -Jährige. Einen Gesamtüberblick über die Versorgung zu bekommen, ist nur schwer möglich, da es nur wenige offizielle Daten zur Versorgung und Planung gibt. Ältere psychisch Kranke werden vor allem von niedergelassenen Allgemeinmediziner, von Fachärzten für Psychiatrie, Neurologie und Geriatrie in deren Ordination, zuhause oder in Seniorenheimen betreut. Im stationären Bereich teilen sich psychiatrische Abteilungen und Kliniken mit oder ohne eigene Einheiten für Gerontopsychiatrie sowie interne, neurologische und geriatriische Abteilungen mit oder auch ohne psychiatrischen Konsiliardienst die Versorgung.

In Österreich steigt der Anteil der ≥ 60 -Jährigen an der Gesamtbevölkerung von knapp 20 % im Jahr 1991 auf 32 % im

Jahr 2030. Zuwanderungsgebiete und Ballungsräume bleiben etwas „jünger“, entlegene Abwanderungsgebiete zeigen noch einen wesentlich massiveren Anstieg. Einen besonders deutlichen Anstieg verzeichnet die Gruppe der Hochaltrigen. Die Zahl der > 75-Jährigen wird von 1991 bis 2030 um mehr als ein Drittel ansteigen, die Zahl der > 90-Jährigen wird sich sogar vervierfachen [1]. In allen europäischen Ländern kann mit einer ähnlichen Entwicklung gerechnet werden. Die Zahl der gesunden Jahre nimmt zu, der Unterstützungsbedarf steigt also langsamer als die absolute Zahl der älteren Menschen [2].

Ca. 25–30 % der > 65-Jährigen leiden an einer psychischen/psychiatrischen Störung, davon haben ca. 25 % einen dringenden alterspsychiatrischen Behandlungsbedarf. Von diesen haben ca. 80 % einen außerstationären Versorgungsbedarf: Das sind ca. 1000 Personen/100.000 Einwohner [1].

Im Österreichischen Psychiatriebericht von 2004 wurde eine Bettenmessziffer für > 65-jährige psychisch Kranke mit 0,07–0,1/1000 Einwohner definiert. Das bedeutet umgerechnet 592–846 Betten für ganz Österreich. Für alle Altersgruppen wurde eine Bettenmessziffer von 0,34–0,57/1000 Einwohner geplant [3]. Untersuchungen in Deutschland haben einen Bedarf von 1/1000 Einwohner für gerontopsychiatrische Patienten berechnet [4], jedoch muss berücksichtigt werden, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Deutschland bei 27 Ta-

Eingelangt am 24. November 2014; angenommen am 5. März 2015

Aus der ¹Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, LKH Graz Süd-West, Graz; dem ²Johannes-von-Gott-Pflegezentrum der Barmherzigen Brüder, Graz-Kainbach und der ³Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit, Graz

Korrespondenzadresse: Prim. Dr. Christian Jagsch, Vorstand der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, LKH Graz Süd-West, A-8053 Graz, Wagner-Jauregg-Platz 1; E-Mail: christian.jagsch@lsf-graz.at

Tabelle 1: Ausgangssituation und Rücklauf.

	Ausgesandt	Rücklauf	%
Universitätskliniken für Psychiatrie	3*	2	67
Spezialabteilungen in psychiatrischen Fachkliniken (5 + 1 Privatuniversität)	34**	9	26
Psychiatrische Abteilungen regionalisiert	17***	14	82
Summe	54	25	

* Universitätskliniken: Universitätsklinik für Psychiatrie Wien, Graz, Innsbruck

** Psychiatrische Fachkliniken: Psychiatrische Fachklinik Otto-Wagner-Spital, Wien; Landesnervenklinik Sigmund Freud, Graz; Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg, Linz; Landesklinikum Mauer, NÖ; Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol, Hall; Privatuniversität Christian-Doppler-Klinik, Salzburg

*** Psychiatrische Abteilungen regionalisiert: SMZ Ost – Donauspital, Wien; SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien; Landesklinikum Neunkirchen, NÖ; Landesklinikum Hollabrunn, NÖ; Landesklinikum Tulln, NÖ; KH Steyr, OÖ; KH Braunau, OÖ; Klinikum Wels-Grieskirchen, OÖ; KH Vöcklabruck, OÖ; KH Barmherzige Brüder, Eisenstadt, Burgenland; Klinikum Klagenfurt, Kärnten; KH Villach, Kärnten; Kardinal-Schwarzenberg-KH, Schwarzach, Salzburg; KH Kufstein, Tirol; KH Lienz, Tirol; KH Barmherzige Brüder, Graz-Eggenberg, Steiermark; Landeskrankenhaus Rankweil, Vorarlberg; Angaben zu den Einrichtungen aus dem Österreichischen Spitalkompass (www.spitalkompass.at, Stand 2013)

gen liegt; in Österreich liegt sie laut einer Umfrage in den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen bei durchschnittlich 18 Tagen.

Ein weiteres wichtiges Versorgungselement sind ambulante psychosoziale Dienste und Beratungsstellen, die ältere psychisch Kranke mitversorgen, eigene Einrichtungen wie gerontopsychiatrische Zentren oder Betreuungsdienste für zuhause.

Im Alter müssen 3 verschiedene Patientengruppen unterschieden werden: (1) Alt gewordene psychisch kranke Menschen, wie z. B. chronisch schizophren oder affektiv Erkrankte, (2) Patienten, die erst im Alter erkranken, z. B. an einer Depression oder Demenzerkrankung, und (3) multimorbid erkrankte Patienten, die sowohl geriatrische als auch internistische und psychiatrische Versorgung benötigen. Viele psychiatrischen Erkrankungen, vor allem affektive, Demenz- und Suchterkrankungen, sind im Alter oft unterdiagnostiziert, was zu einer Unterbewertung der erforderlichen Versorgungsstrukturen führt [5].

Die Zahl der allein lebenden Menschen im Erwachsenenalter steigt und das setzt sich auch in Zukunft ins höhere Alter fort. Verstärkt durch zunehmende berufliche Mobilität wird es mehr alleine lebende Menschen ohne unterstützende Angehörige geben. Dieses teilweise Wegfallen der häuslichen Betreuung führt ohne neue Modelle zum Anstieg der stationären Versorgung. Damit stellt es mengenmäßig eine größere Herausforderung an das Versorgungssystem dar als die demografische Entwicklung. Studien und Praxis zeigen, dass es möglich ist, diese Gruppe von Menschen mit hoher Qualität und vertretbarem Aufwand sehr lange zuhause zu betreuen.

Tabelle 2: Sind in Ihrer Einrichtung stationäre geronto-/alterspsychiatrische Einheiten vorhanden?

Einrichtung	Anzahl
Abteilung	1
Station	4
Gemischt betreut	12
Keine Versorgung	7
Keine Angaben	1
Summe	25

Tabelle 3: Sind in Ihrer Einrichtung ambulante geronto-/alterspsychiatrische Einheiten vorhanden?

Einrichtung	Anzahl
Gedächtnissprechstunde/-ambulanz	8
Allgemeine Ambulanzen/Nachsorgeambulanzen	8
Konsiliardienste	11
Kein Angebot	11
Summe	38

■ Methoden

Zur Evaluierung der Akutversorgung wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie ein anonymes Fragebogen mit 17 Fragen entwickelt und an die psychiatrischen akutversorgenden Abteilungen und Institutionen im Jahr 2013 ausgesandt. Es wurden insgesamt 54 Fragebogen verschickt, welche elektronisch ausgefüllt und zurückgesandt werden konnten; einige Fragebögen wurden auf dem Postweg verschickt. (Der detaillierte Fragebogen wird bei Interesse vom Erstautor zugesandt.)

Zur Erfassung der Versorgung in allgemeinen und speziell psychiatrisch geführten Heimen wurden offizielle Daten der Statistik Austria und des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung verwendet sowie eine Telefonbefragung der betreuenden Einrichtungen durchgeführt.

Die Darstellung der ambulanten Versorgung bezieht sich auf bereits früher publizierte Daten und auf eine Befragung der meisten zentralen Anbieter mit der Bitte um Ausfüllung einer Matrix bezüglich der Angebote im psychosozialen Bereich.

Wegen des sehr geringen Rücklaufs wurde eine Internetrecherche mit den Stichworten „psychosozialer Dienst“ und „pro mente“ durchgeführt sowie die Webseiten auf Angebote für ältere psychisch kranke Menschen durchgesehen.

■ Ergebnisse

Akutversorgung älterer psychisch Kranker

Bei der Befragung kam es zur einer Rücklaufquote von 46 % (25 von 54 Fragebögen wurden beantwortet und zurückgeschickt). In Tabelle 1 sind die angeschriebenen Einrichtungen und die Rücklaufquote dargestellt.

Die Anzahl der definierten Betten für gerontopsychiatrische Patienten in diesen Einrichtungen wurde mit 253 angegeben.

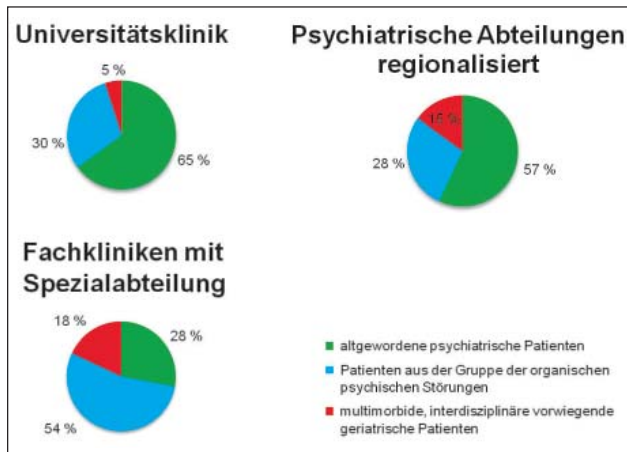


Abbildung 1: Verteilung der Gruppe der > 65-jährigen Patienten.

Diese verteilen sich auf eine eigene Abteilung für Alterspsychiatrie und auf 4 gerontopsychiatrische Stationen (Tab. 2). Der überwiegende Anteil der älteren Patienten wird gemischt mit Patienten aller Altersgruppen in den Akutabteilungen betreut, vor allem in den regionalisierten psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Zusätzlich gibt es in einigen Einrichtungen spezielle Ambulanzen (Memory-Klinik, Gedächtnisambulanz) und einen Konsiliardienst, der ältere Patienten auch in anderen medizinischen Abteilungen eines Krankenhauses betreut (Tab. 3). Der Anteil der stationären Aufnahmen > 65-jähriger Patienten wurde für die Universitätskliniken und die regionalisierten psychiatrischen Abteilungen mit 20 % pro Jahr angegeben. Bei einer Gesamtaufnahmezahl von 22.185 ergibt dies also 4437 Patienten > 65 Jahre. Diesen Einrichtungen stehen 1026 Betten für die Akutversorgung zur Verfügung.

In den wenigen vorliegenden Studien aus Deutschland wurde eine Größenordnung von 15 % als Anteil der > 64-jährigen an der Gesamtzahl psychiatrischer Aufnahmen ermittelt [4]. In den stationären Psychotherapieeinrichtungen wurde der Anteil an > 65-Jährigen mit 1–2 % beziffert. In der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (109 Betten) lag der Anteil in der Psychotherapiestation (25 Betten) bei 18 % (bei einer Gesamtaufnahmezahl von 1800 Patienten pro Jahr). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der > 65-jährigen Patienten im Vergleich zu jüngeren Patienten ist etwas länger. Für die Universitätskliniken werden im Durchschnitt 16 Tage, für jüngere Patienten 14,5 Tage angegeben. Für die regionalisierten psychiatrischen Abteilungen zeigt sich ein Unterschied von 17 Tagen für ältere und von 13 Tage für < 65-jährige Patienten. In den definierten gerontopsychiatrischen Einrichtungen lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei 18–21 Tagen. In den psychotherapeutischen Einheiten war diese mit durchschnittlich 30–40 Tagen entsprechend länger.

Bezüglich der Verteilung der Patienten in 3 Gruppen – (1) altgewordene psychiatrische Patienten, (2) Patienten aus der Gruppe der organischen psychischen Störungen und (3) multimorbide, interdisziplinäre, vorwiegend geriatrische Patienten – wurden von den Einrichtungen prozentuelle Einschätzungen vorgenommen (Abb. 1). Diese zeigen, dass es zu einer Zunahme von Patienten mit Demenzerkrankungen und multimorbiden geriatrischen Patienten kommt, je spezialisier-

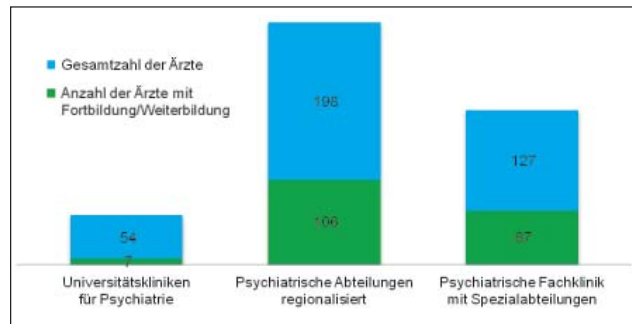


Abbildung 2: Fort- und Weiterbildung der Ärzte im Bereich Geronto-/Alterspsychiatrie.

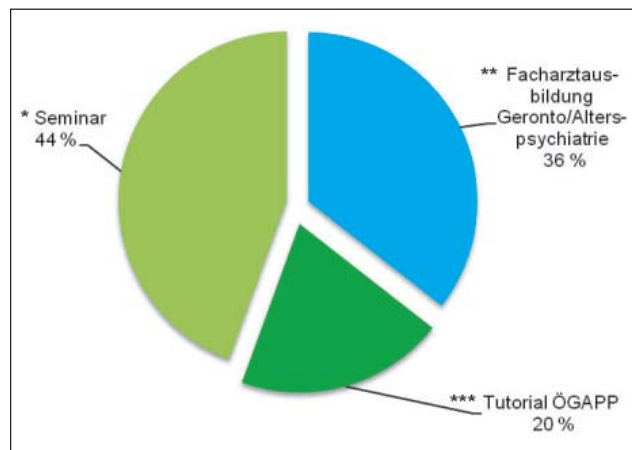


Abbildung 3: Art der Fort- und Weiterbildung der Ärzte im Bereich Geronto-/Alterspsychiatrie.

* Seminar mit Inhalten zur Gerontopsychiatrie

** Dieser Teil der Facharztausbildung wurde an einer gerontopsychiatrischen Abteilung absolviert.

*** Das Tutorial der Österreichischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie (ÖGAPP) wird jährlich im Rahmen der Jahrestagung der Allgemeinen Psychiatrie (ÖGPP in Gmunden) angeboten.

ter eine psychiatrische Einrichtung für > 65-jährige Patienten ist. Diese Tendenz konnte auch in einigen Untersuchungen aus Deutschland gezeigt werden [4]. Im Bereich Aus- und Weiterbildungen der psychiatrisch tätigen Ärzte zum Thema Geronto-/Alterspsychiatrie zeigte sich, dass in den regionalisierten psychiatrischen Einrichtungen und in den psychiatrischen Fachkliniken immerhin 50 % der Kollegen eine einschlägige Fortbildung (Abb. 2) und von diesen sogar 36 % einen Teil ihrer Facharztausbildung in einer gerontopsychiatrischen Einrichtung absolviert haben (Abb. 3). Von den 379 angegebenen Ärzten in den befragten Einrichtungen haben 29 Ärzte den Zusatzfacharzt für Geriatrie erworben. In den verschiedenen Einrichtungen wurden fehlende Ressourcen angegeben, die für eine adäquatere Versorgung älterer psychisch Kranker erforderlich wären. In Tabelle 4 sind diese aufgelistet. Am Ende der Befragung wurden die Kollegen der Einrichtungen gebeten, zur Frage „Was wollten Sie zum Thema Geronto-/Alterspsychiatrie schon immer sagen?“ Stellung zu beziehen. Zwölf Einrichtungen nutzten diese Möglichkeit. Eine Zusammenfassung ist in Tabelle 5 dargestellt.

Versorgung in allgemeinen und speziell psychiatrisch geführten Heimen

Langzeitversorgung von psychiatrischen Patienten > 60 Jahre

Die Angebotspalette für gerontopsychiatrische Patienten ist in Österreich uneinheitlich, unübersichtlich und von Bundes-

Tabelle 4: Welche Ressourcen fehlen Ihnen in der Versorgung älterer psychiatrischer Patienten?

Fehlende Ressourcen	Häufigkeit der Nennung
Personal	16
Diagnostische Möglichkeiten	3
Raumausstattung	13
Sonstiges*	9

* Aufgeschlüsselt: Ambulanz (2), Konsiliardienst, Tagesklinik, eigenes Department (2), eigener Bereich für Demenzpatienten, Pflegeheime mit psychiatrischem Konsiliardienst, Spezialisierung in Gerontopsychiatrie

land zu Bundesland verschieden. Die Betreuung beginnt bei der häuslichen Versorgung durch pflegende Angehörige, verläuft über Langzeitpatienten in Akutkrankenanstalten und endet bei der Versorgung in Pflegeheimen.

Wie in der Akutversorgung kann man einerseits zwischen alt gewordenen psychiatrischen Patienten und Erkrankungen, welche erst im Alter oder auch durch das Alter auftreten, unterscheiden. Eine wesentliche Gruppe dieser Patienten sind geistig behinderte Patienten, welche alt geworden sind. Die Häufigkeit der geistig behinderten Menschen liegt bei ca. 1 % [6]. Aufgrund der Verbrechen, welche der Nationalsozialismus an geistig behinderten Menschen verübt hat, gab es bis jetzt nur wenige geistig behinderte Menschen > 60 Jahre – eine Situation, welche sich aktuell ändert. Bei geistig behinderten Menschen > 60 Jahre sind 2 Gruppen zu unterscheiden: (1) Geistig behinderte Menschen ohne psychische Erkrankung, welche hier nicht weiter besprochen werden sollen, und (2) die 40 % der geistig behinderten Menschen, welche zusätzlich zu ihrer geistigen Behinderung an einer psychischen Erkrankung leiden [6, 7]. Die zweite Gruppe ist insofern als eigene Gruppe zu definieren, da es für diese Patienten meist eine Wohn- und Beschäftigungsbetreuung in der Vorgeschichte und auch einen über das Behindertengesetz geregelten Leistungsanspruch gibt.

Im Fall des Steiermärkischen Behindertengesetzes sind diejenigen Menschen eingeschlossen, die aufgrund einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung ihrer physischen Funktion, intellektuellen Fähigkeit, psychischen Gesundheit oder ihrer Sinnesfunktionen an der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft benachteiligt sind. Voraussetzung für einen Leistungsbezug ist eine Dauer der Beeinträchtigung von > 6 Monaten. Ausgeschlossen von den Leistungen des Steiermärkischen Behindertengesetzes sind vorwiegend altersbedingte Beeinträchtigungen und chronische Erkrankungen, solange der Krankheitsverlauf noch beeinflussbar ist. Diese Ausnahme gilt aber nicht bei chronischen psychischen Erkrankungen.

Da jedes Bundesland ein eigenes Gesetz mit eigenen Ein- und Ausschlüssen und auch mit eigener Leistungsbeschreibung hat, ist es kaum möglich, für ganz Österreich einen Überblick zu geben. Diese Arbeit beschränkt sich überwiegend auf die Situation in der Steiermark, da diese Daten leichter zugänglich sind.

Die möglichen Einrichtungen, in denen Patienten > 60 Jahre mit psychischen Erkrankungen als Haupt- oder Doppel-

Tabelle 5: Was wollten Sie zum Thema Geronto-/Alterspsychiatrie immer schon sagen?

- Das Thema der Zukunft
- Die Gerontopsychiatrie ist ein wichtiger integrativer Teil der Psychiatrie.
- HILFE! Seit 20 Jahren dringend, siehe Alterspyramide
- Ganz schlechte Versorgung in Osttirol
- Unterbringungsgesetz in diesem Bereich der Psychiatrie als nicht hilfreich erlebt
- Betreuung von Heimen noch ungenügend
- Psychiater bleibt in der Versorgung älterer Menschen zwischen Internisten und Neurologen übrig.
- Aufnahme von Patienten in höherem Alter grundsätzlich auf Abteilung möglich, aber kaum wahrgenommen (Rückmeldung Psychotherapiestation in der Allgemeinpsychiatrie)
- Es ist eine interdisziplinäre Demenzstation mit 16 Betten in Planung.
- Dringlichkeit der Gründung einer gerontopsychiatrischen Abteilung mit Ambulanz in unserem Einzugsgebiet
- Geriatrie-Betreuungsstation mit interdisziplinärer ärztlicher Versorgung
- Besser in der Psychiatrie störungsspezifische Angebote entwickeln, unabhängig vom Alter
- Einheitliche Vorgaben der Gesundheitspolitik fehlen, welche Einrichtungen – ob stationär oder ambulant – vorhanden sein sollten, um eine adäquate alterspsychiatrische/gerontopsychiatrische Versorgung flächendeckend für Österreich zu entwickeln.

diagnose betreut werden, sind vielfältig und von Bundesland zu Bundesland verschieden.

Einrichtungen und Versorgungsangebote

Pflegekrankenhäuser

Pflegekrankenhäuser oder, wie es im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) heißt, Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen, sind Krankenanstalten und verfügen somit über die Personal-, Hygiene- und Raumausstattung einer Krankenanstalt. Das bedeutet auch, dass Ärzte 24 Stunden am Tag Dienst ausüben und die sonstigen Angebote der Betreuung einer Krankenanstalt entsprechen. In Österreich haben wir derzeit 10 derartige Pflegekrankenhäuser. In Tabelle 6 sind diese Pflegeanstalten und der rückgemeldete Anteil an Plätzen für gerontopsychiatrische Patienten angeführt.

Auch wenn wir von einem Teil der Krankenanstalten keine Daten bekommen konnten, kann man aus der Erhebung folgern, dass von den ca. 1700 Betten in Pflegeanstalten für chronisch Kranke in Österreich 600–800 für die Langzeitbetreuung gerontopsychiatrischen Patienten eingesetzt werden.

Krankenanstalten

Ein weiterer Ort, an dem Patienten betreut werden, sind allgemeine Krankenanstalten inklusive psychiatrischer Akutabteilungen. In diesen Einrichtungen sollten natürlich keine Patienten wohnversorgt werden, dennoch ist dies manchmal nicht anders möglich. Immer dann, wenn die Übernahme in eine geeignete Einrichtung aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten des Patienten, speziell bei Fremd- oder Selbstgefährdung, oder auch der Pflegeintensivität im Rahmen einer Multimorbidität nicht gelingt, verbleiben die Patienten in den jeweili-

Tabelle 6: Pflegeanstalten/Pflegekrankenhäuser in Österreich und Anzahl der Betten für Gerontopsychiatrie.

- Abteilung für chronisch Kranke im Landeskrankenhaus Laas (K)
 - 50 systemisierte Betten
 - K. A. zur gerontopsychiatrischen Versorgung
- Abteilung für chronisch Kranke im Landeskrankenhaus Villach (K)
 - 26 systemisierte Betten
 - K. A. zur gerontopsychiatrischen Versorgung
- Abteilung für chronische Kranke im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee (K)
 - 120 systemisierte Betten
 - Lt. Einrichtung 300 Aufnahmen, davon 200 mit psychiatrischer Diagnose, dementsprechend keine Langzeitbetreuung
- Abteilung für chronisch Kranke und Zentrum für Lymphologie im Landeskrankenhaus Wolfsberg (K)
 - 90 systemisierte Betten
 - Lt. Einrichtung 526 Aufnahmen mit psychiatrischer Diagnose, dementsprechend keine Langzeitbetreuung
- Albert-Schweitzer-Klinik (STMK)
 - 210 systemisierte Betten
 - K. A. zur gerontopsychiatrischen Versorgung
- Haus der Barmherzigkeit, Seeböckgasse (W)
 - 350 systemisierte Betten
 - 208 davon i.e.L. Gerontopsychiatrie
- Haus der Barmherzigkeit, Tokiostraße (W)
 - 276 systemisierte Betten
 - 185 davon i.e.L. Gerontopsychiatrie
- Johannes-von-Gott-Pflegezentrum der Barmherzigen Brüder, Graz-Kainbach (STMK)
 - 560 systemisierte Betten
 - 206 davon i.e.L. Gerontopsychiatrie
- Krankenhaus Abtenau (S)
 - 22 systemisierte Betten
 - 20 davon i.e.L. Gerontopsychiatrie
- Pflegewohnhaus Baumgarten (W)
 - K. A. zur gerontopsychiatrischen Versorgung

i.e.L. Gerontopsychiatrie: Beschreibt Patienten > 65 Jahre, welche wegen einer Diagnose aus dem psychiatrischen Formenkreis betreut werden; k. A.: Bedeutet, dass wir auf telefonische Anfrage keine Daten bekommen konnten.

gen Akuteinrichtungen. Wenn man sich die Statistik der entlassenen und verstorbenen Patienten > 60 Jahre nach 12 Monaten stationärem Aufenthalt in Krankenanstalten anschaut, ist zu erkennen, dass 298 Patienten nach 12 Monaten Aufenthalt noch in der akutversorgenden Krankenanstalt behandelt werden (Diese Statistik wurde über die Datenbank „STATE-cube“ der Statistik Austria erstellt. Zur Meldung verpflichtet sind die Rechtsträger der Krankenanstalten, die Patienten zur stationären Behandlung in Anstaltspflege aufnehmen. Erfasst werden alle innerhalb eines Berichtjahres aus stationärer Behandlung entlassenen bzw. dort verstorbenen Behandlungsfälle; Daten aus 2012.).

Alten- und Pflegeheime mit Psychiatriezuschlag in der Steiermark

Die häufige Realität in der Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten ist ihre Unterbringung in Alten- und Pflegeheimen. Fundierte und flächendeckende Daten gibt es dazu leider nicht. Die psychiatrische Versorgung dieser Patienten ist auf ein Minimum reduziert und wird üblicherweise durch niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie durchgeführt. Eine Versorgung mit psychiatrischem Pflegepersonal wird angestrebt, ist jedoch zumeist nicht möglich.

Laut Sozialbericht 2011–2012 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung sind 282 Betreuungsplätze mit einem Psychiatriezuschlag anerkannt, gleichzeitig gibt es aber 1138 Ansuchen auf Anerkennung eines Psychiatriezuschlages. Allein aus dieser Zahl kann abgelesen werden, wie hoch der ak-

tuelle Bedarf an Versorgungsplätzen für psychiatrische Langzeitpatienten in Alten- und Pflegeheimen ist [8].

Einrichtungen nach dem Behindertenhilfegesetz (BHG) mit Leistungsart BHG PSY in der Steiermark

Eine > 6 Monate andauernde und nicht vorwiegend altersbedingt auftretende psychische Erkrankung ist nach dem Behindertengesetz als Behinderung einzustufen und Betroffene haben aufgrund dessen Anspruch auf Leistungen aus dem Behindertengesetz. In der Steiermark sind die Leistungen des Behindertengesetzes in der LEVO (Leistungs- und Entgeltversorgung) detailliert beschrieben.

Für die Leistungen von psychisch Kranken steht die Leistungsart BHG PSY zur Verfügung. Aktuell ist eine besondere Versorgungsleistung für Patienten > 65 Jahre in Entwicklung.

Derzeitige Wohnangebote:

- Vollzeitbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen (WH PSY)
- Teilzeitbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen (TZW PSY)
- Betreute Wohngemeinschaft für psychisch beeinträchtigte Menschen (SPWG PSY)
- Mobile sozialpsychiatrische Betreuung (MS-BET PSY)
- Angebote für Senioren ab dem 61. Lebensjahr, wenn die Intelligenzminderung im Vordergrund steht
- Intensiv betreutes Wohnen für Senioren mit Behinderung (I.B.)

Tabelle 7: Internetrecherche mit den Stichworten „psychosozialer Dienst“ und „pro mente“ sowie Durchsicht der Webseiten bezüglich Angebote für ältere psychisch kranke Menschen.

Einrichtung	Angebot	Bemerkungen
pro mente Kärnten	Kein spezielles	Altersgruppe im Bereich Wohnen erwähnt
pro mente Tirol	Kein spezielles	
start pro mente	Kein spezielles	
PSP Tirol	Kein spezielles	
Verein VAGET Tirol		Tagestherapiezentrum
pro mente Vorarlberg	kein spezielles	
pro mente Salzburg	kein spezielles	
pro mente Burgenland	kein spezielles	
pro mente Wien	kein spezielles	
pro mente Steiermark		
PSD Wien		Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ)
PSD Caritas NÖ		Gruppe 50+
PSZ Ges.m.b.H.	Kein spezielles	
PSD Burgenland	Kein spezielles	
Psychosoziale Beratungszentren und PSD Kärnten	Kein spezielles	
PSD Hilfswerk Steiermark	Kein spezielles	
PSD Salzburg	Unklar	
PSZ Voitsberg Ges.m.b.H.	Kein spezielles	
Rettet das Kind Steiermark		SOPHA Deutschlandsberg
		Abklärung und mobile alterspsychiatrische Betreuung
PSN Steiermark		Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (Wohnen und Tagesstruktur)
GFSG Steiermark		Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ)
SOPHA		mobile gerontopsychiatrische Betreuung Graz/Leibnitz
PIA		ehrenamtliche alterspsychiatrische Betreuung
aks Vorarlberg	Kein spezielles	

Pflegende Angehörige

Der Vollständigkeit halber darf man bei der Versorgung von gerontopsychiatrischen Patienten nicht die zahlenmäßig wichtigste Gruppe vergessen: die Angehörigen, welche nach wie vor den größten Anteil von chronisch psychisch Kranken zuhause betreuen. Aus der Gesundheitsstatistik von 2012 der Statistik Austria kann entnommen werden, dass aktuell nur 10–20 % der chronisch kranken älteren Menschen, nicht nur der psychiatrischen Patienten, in entsprechenden Einrichtungen betreut werden.

Teilweise wird diese Unterstützung durch das amtliche Pflegegeld abgegolten, jedoch sind gerade im psychiatrischen Bereich Einschränkungen durch psychische Erkrankungen im Pflegegeld marginal abgebildet. Die häufig vorkommende Notwendigkeit, einen psychisch kranken Menschen 24 Stunden am Tag zu betreuen, führt aus diesem Grund nicht zur Einstufung ins Pflegegeld der Stufe 5 und 6, obwohl es unstrittig ist, dass bei diesen Patienten die andauernde Erreichbarkeit oder auch Anwesenheit einer Betreuungsperson notwendig sind. Nachdem die Betreuung eines psychisch Kranken im Pflegegeldkatalog nicht ausreichend abgebildet ist, wird kaum eine entsprechende Einstufung erreicht. Dies ist insofern ungeschickt, da die Betreuung im familiären Umfeld und die Finanzierung über das Pflegegeld auch in Stufe 5 und 6 deutlich günstiger wären als die Betreuung in einer vollzeitbetreuten Einrichtung.

Ambulante Versorgung älterer psychisch Kranker

Das ambulante Versorgungssystem hat grundsätzlich die Aufgabe, die Menschen dort zu versorgen, wo sie diese Versor-

gung in ihrem normalen Lebenskontext benötigen. Es deckt also grundsätzlich 3 Bereiche ab:

1. Es dient als erste Anlaufstation für Menschen, die durch neu auftretende Symptome belastet und verunsichert sind. Ohne zu große Hürden und zeitlichen Aufwand soll es rasch möglich sein, Abklärung zu erhalten, die in eine fachlich versierte, wenn notwendig multiprofessionelle Behandlung und eventuell Betreuung mündet.
2. Die laufende Versorgung von Menschen mit länger andauernden bzw. chronifizierten Erkrankungen: Trotz dieses erhöhten Zeit-, Energie- und Kostenaufwandes soll es der Person möglich sein, ein weitgehend normales Leben zu führen. Das bedeutet nicht nur, dass die Person selbst eine hohe Anpassungsleistung zu erbringen hat, sondern dass die Versorgung nahe, schnell erreichbar, fachlich gut qualifiziert, wertschätzend und leistbar sein muss.
3. Beim Auftreten von Krisen muss es die Möglichkeit der raschen Unterstützung und Behandlung geben. Das schließt eine 24-Stunden-Verfügbarkeit auch vor Ort mit ein.

Grundsätzlich ist festzustellen: Je weiter das Angebot von der klassischen medizinischen Allgemeinversorgung entfernt und je näher es dem Wohnort der Patienten ist, desto geringer ist die Verfügbarkeit. Von den beiden Erhebungen (Anfrage bei den Trägern der Versorgung und Internetrecherche der Angebote) werden aufgrund des sehr geringen Rücklaufs nur die Ergebnisse der Internetrecherche in Tabelle 7 dargestellt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass vermutlich alle Anbieter der Versorgung psychisch kranker Erwachsener auch

das ältere Klientel mit betreuen, ohne hier ein spezielles Angebot vorzuhalten. Es gibt nur einige wenige Angebote, die eine umfassende Abklärung in Form von multiprofessioneller Zusammenarbeit auch vor Ort oder mobile spezialisierte Betreuungsangebote anbieten. Für Menschen mit eingeschränkten Möglichkeiten im Bereich der Kognition und der Mobilität ist es äußerst schwierig, zu speziellen Angeboten zu kommen, selbst für Angehörige ist dies eine Herausforderung. Aus diesem Grund wird auf das bekannte System und damit zuallererst auf den Hausarzt oder, falls bereits vor Ort, auf die somatischen mobilen Dienste zurückgegriffen. Eine gute Vernetzung der spezialisierten Dienste mit den „Basisversorgern“ ist also dringend notwendig. Andererseits braucht es Plattformen, auf denen es möglich ist, sich einen Überblick zu verschaffen. Als Beispiel nennen wir die Webseite der Plattform „Psyche“ der Psychiatriekoordinationsstelle in der Steiermark [9].

■ Diskussion

In den nächsten Jahrzehnten wird es zu einer Zunahme der älteren psychisch kranken Menschen kommen: Einerseits durch älter werdende Patienten, die ihr Leben lang schon an einer psychiatrischen Erkrankung leiden, und andererseits durch die Zunahme der Demenzerkrankten, wie dies in epidemiologischen Studien ausführlich auch für Österreich dargestellt wurde. Im Jahr 2050 ist in Österreich mit 233.800 Menschen, die an einer Demenzerkrankung leiden, zu rechnen [10]. Bisher gab es keine strukturierte Planung und außerdem bestehen in Expertengruppen noch unterschiedliche Positionen bezüglich separierter Versorgung in eigenen alterspsychiatrischen Einrichtungen versus einer integrierten Versorgung Älterer in der Allgemeinpsychiatrie. Auch in unserem Nachbarland Deutschland [11–13] haben sich wie hier in Österreich unterschiedliche Modelle für die psychiatrische Akutversorgung entwickelt. In Tabelle 8 sind die derzeitigen akutstationären Einrichtungen zusammengefasst [3].

Im Österreichischen Psychiatriebericht aus dem Jahr 2004 wurde eine Bettenmessziffer für > 65-jährige psychisch Kranke mit 0,07–0,1/1000 Einwohner definiert, dies würde aktuell umgerechnet 592–846 Betten für ganz Österreich bedeuten.

In den zurückgesandten Fragebögen wurden 258 definierte psychiatrische Akutbetten angegeben. Wie viele Behandlungsplätze laufend in der integrierten Versorgung der Psychiatrie von > 65-jährigen Patienten belegt sind, kann man nur indirekt aus den Rückmeldungen schließen. Nach Angaben der Universitätskliniken und regionalisierten psychiatrischen Abteilungen entfallen 20 % der Aufnahmen pro Jahr auf Patienten > 65 Jahre. Das entspricht in dieser untersuchten Gruppe bei 1024 Gesamtbetten 200 Behandlungsplätzen. Man kann somit davon ausgehen – wenn man die Abteilungen, die sich nicht zurückgemeldet haben, mit berücksichtigt – dass die untere Bettenmessziffer mit 0,07/1000 Einwohner (592 Betten) wahrscheinlich erreicht wird.

Zudem ist nicht transparent, wie viele > 65-jährige Patienten in internen und geriatrischen Einrichtungen durch einen psychiatrischen Konsiliardienst betreut werden. Gerade bei Demenzerkrankten ist die Betreuung über die Fächergrößen hinweg sichtbar, da geriatrische wie neurologische und psychia-

Tabelle 8: Stationäre Einrichtungen in Krankenhäusern für alt gewordene psychisch Kranke in Österreich (Stand 2013).

Einrichtungen	Anzahl
Psychiatrische Abteilungen	35
Abteilung für Alterspsychiatrie	1
Spezialisierte Station innerhalb der Allgemeinpsychiatrie	3
Geriatrische Abteilungen	41
Spezialisierte Station innerhalb der Geriatrie	15
Summe	95

trische Abteilungen sich die Versorgung teilen. In einer deutschen Untersuchung konnte herausgearbeitet werden, dass vor allem Verhaltensauffälligkeiten – und nicht die Diagnose – dafür entscheidend waren, in eine gerontopsychiatrischen Einrichtung eingewiesen zu werden [4].

In der durchgeführten Befragung konnten einige Daten erhoben werden, die die unterschiedliche Versorgungslandschaft, aber auch die Unklarheiten und Nöte in den verschiedenen Einrichtungen abbilden. Sehr hervorstechend ist die unterschiedliche psychotherapeutische Versorgung älterer Patienten: Je definierter das Angebot ist, desto mehr wird es in Anspruch genommen.

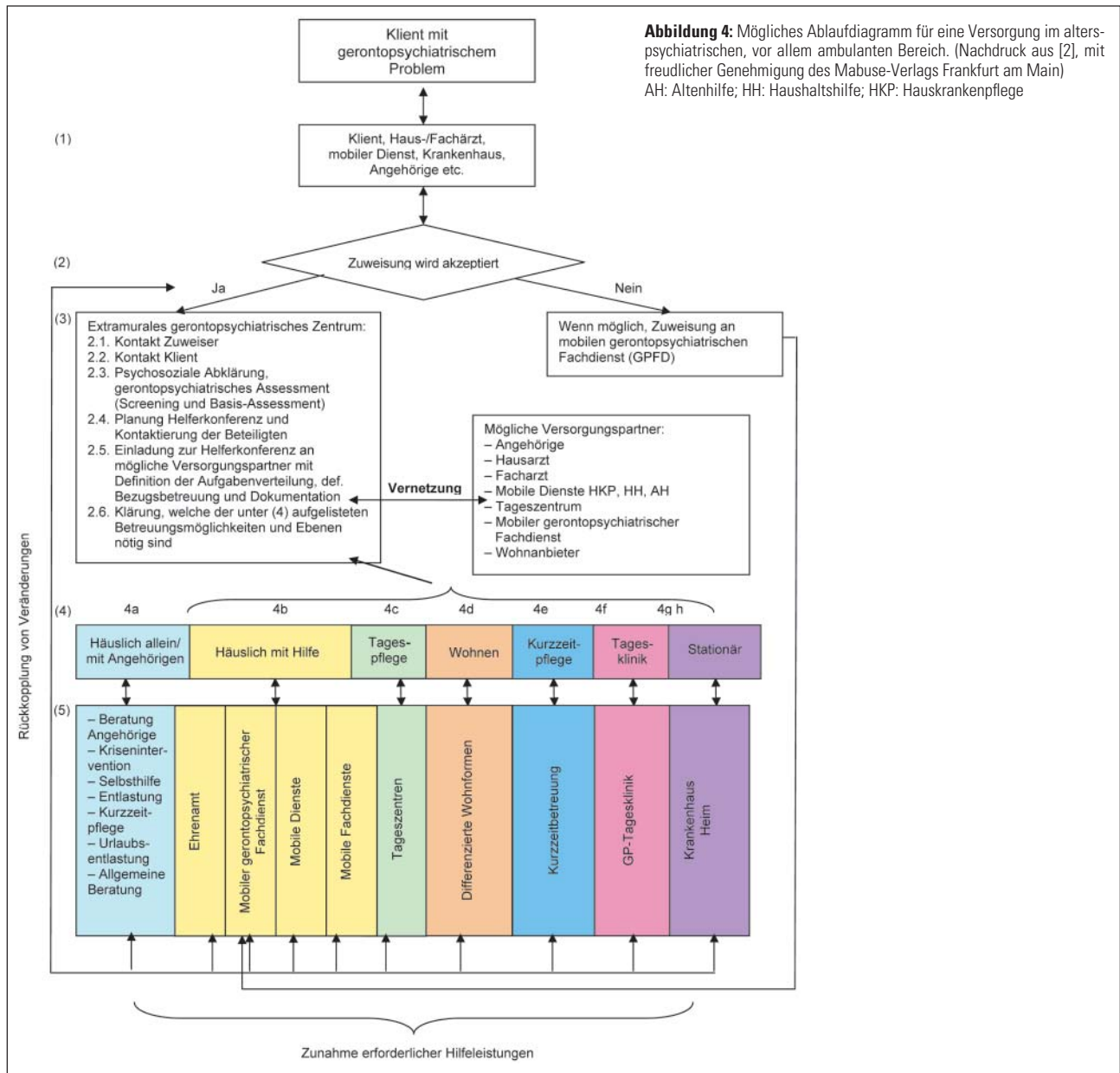
Um ältere psychisch kranke Menschen soweit wie möglich mobil ambulant betreuen zu können, könnte man sich an folgender Ablaufstruktur orientieren (Abb. 4). Grundsätzlich enthält diese Ablaufbeschreibung keine Elemente, die es derzeit nicht gibt. Trotzdem sind die Teile in unterschiedlicher Menge sowie Qualität verfügbar und unterschiedlich schwer zu erreichen. Einige Aspekte sollen speziell hervorgehoben werden:

Hausärzte

Sie haben meist die beste Verbindung und genießen das höchste Vertrauen. Psychiatrische Themen und der Umgang mit alten Menschen kommen in der Ausbildung nur am Rande vor, die Spezialisierung und Vernetzung in diesem Bereich hängt sehr stark von der Eigeninitiative des Arztes ab. Ein Problem stellt, wie bei den Fachärzten für Psychiatrie, die geringe Wertigkeit von Gesprächszeit und das Fehlen von Kostenansätzen für die Vernetzung in den Abrechnungsbestimmungen dar.

Fachärzte für Psychiatrie

Zusätzlich zu den oben erwähnten Problemen gibt es hier keinen Anreiz, Hausbesuche durchzuführen. Dieses Angebot fehlt fast völlig. Patienten im hohen Alter befinden sich überdurchschnittlich oft in einer bescheidenen ökonomischen Situation. Somit sind Fachärzte mit Kassenpraxis besonders relevant. Wartezeiten auf einen Erstkontakt von bis zu 3 Monaten zeigen ein generelles Problem mit der Facharztdichte und Erreichbarkeit. Wir stehen derzeit vor einem massiven Fachärztemangel. Das ist zwar bereits seit Längerem bekannt, effiziente Gegenmaßnahmen stehen aber noch aus.



Angehörige

Unterstützung der Angehörigen wird zwar punktuell geleistet, bei spezielleren oder langwierigeren Problemstellungen fehlen oft spezialisierte Stellen und Fachkräfte.

Ehrenamtliche Helfer

Laufende Projekte, die sich auf diese Altersgruppe spezialisiert haben, sind in Österreich äußerst selten und wenn vorhanden, dann sehr klein. Es ist bekannt, dass Ehrenamtliche viel Unterstützung brauchen, aber dann ein äußerst gutes und entlastendes Angebot darstellen.

Qualitativ hochwertige und umfassende Abklärung

Diese findet in einigen gerontopsychiatrischen Zentren, in Ambulanzen und bei interessierten niedergelassenen Fachärzten statt. Der z. B. bei Demenz notwendige Eindruck vor Ort mittels Hausbesuch erfolgt nur durch Mitarbeiter spezialisierter gerontopsychiatrischer Zentren (z. B. Wien und Graz).

Somatische mobile Dienste

Hier fehlt die spezielle Ausbildung des Personals. Die Finanzierungssysteme lassen auch längere Termine mit Gesprächen nicht zu, da sie nicht vorgesehen sind.

Spezialisierte mobile alterspsychiatrische Dienste

Sie könnten im ländlichen Raum auch die Abklärung übernehmen. Richtig strukturiert dienen sie als Drehscheibe für die Gesamtversorgung zuhause. Über einen stabilen Beziehungsaufbau gelingt es, die Akzeptanz zur Vernetzung hin zu anderen Unterstützungssystemen zu erreichen. Durch diese zentrale Funktion in Kombination mit direkter Betreuungsarbeit gelingt es, die Verweildauer zuhause massiv zu erhöhen.

Eine randomisierte kontrollierte Studie aus Graz belegt dieses sinnvolle Konzept [14]. Sie zeigt eindeutig, dass durch diese Art der Betreuung die Symptomatik sinkt und die Lebensqualität sowie die soziale Funktionsfähigkeit steigen.

Obwohl der dort gewählte multiprofessionelle Ansatz nicht billig ist, zeigt ein Kostenvergleich zur Behandlung wie üblich, dass man die Kosten durch Einsparungen von Tagen im Pflegeheim und psychiatrischem Krankenhaus trotzdem massiv senken kann. Eindeutig bessere Qualität bei deutlich geringeren Kosten zeigt eine bei dem bestehenden Druck im System unschlagbare Kombination.

Tagesstrukturen

Hier bedarf es der Unterteilung in Angebote für (1) alt gewordene psychisch kranke Menschen und andere psychiatrisch beeinträchtigte Menschen sowie (2) Menschen mit demenziellen Zustandsbildern. Beide Gruppen haben einen hohen, aber sehr unterschiedlichen Unterstützungsbedarf und benötigen verschiedene Herangehensweisen. Um Angehörige ausreichend entlasten zu können, müssen Öffnungszeiten so gelegt werden, dass es den Angehörigen möglich ist, zu arbeiten. Regelmäßige Wochenendöffnungszeiten (z. B. 1× pro Monat) ermöglichen auch freie Wochenenden.

Betreutes Wohnen

Hier bedarf es vor allem unterschiedlicher Formen mit variabler Dichte, um den individuellen Bedürfnissen und deren Veränderung gerecht werden zu können.

Um für eine zukünftige Versorgung älterer psychisch Kranker sowohl im Akut-, als auch im Langzeitbereich ausreichend vorbereitet zu sein, bräuchte es folgende Punkte:

- klare Vorgaben der Gesundheitspolitik für die stationäre und ambulante Versorgung sowie die Langzeitbetreuung älterer psychisch Kranker (wie in der Geriatrie, Palliativ- und Hospizversorgung),
- einen notwendigen Überblick aus den Gesundheitsdaten, wer wann wo wie versorgt wird,
- Interesse der Universitätskliniken für Psychiatrie am Thema Alters-/Gerontopsychiatrie, um Forschungsimpulse zu setzen,
- Diskussion auf Expertenebene, welche Modelle der Versorgung für welche Patienten im Alter sinnvoll und hilfreich sind (z. B. separierte Versorgung versus integrierte Versorgung, welche Patienten werden in der Geriatrie, welche in der Gerontopsychiatrie behandelt),
- intensive Zusammenarbeit der stationären mit den ambulanten Einrichtungen,
- Entwicklung von zusätzlichen ambulanten Versorgungsstrukturen (z. B. Konsiliardienste für Seniorenheime und geriatrische Abteilungen, Tageskliniken, ambulante Rehabilitationseinrichtungen für Ältere),
- verstärkte Entwicklung des psychotherapeutischen Angebots (stationär wie auch ambulant),
- gesetzliche Grundlagen für die Finanzierung im ambulanten Bereich,
- Verstärkung der umfassenden Abklärung vor Ort und der mobilen alterspsychiatrischen Versorgung und
- Ausbau der ehrenamtlichen Begleitung in diesem Bereich.

■ Interessenkonflikt

Die Autoren haben im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit keinen wie immer gearteten Interessenkonflikt.

■ Relevanz für die Praxis

- Für den Bereich der akutenpsychiatrischen Versorgung > 65-jähriger psychisch kranker Patienten kann davon ausgegangen werden, dass die unterste Bettenmessziffer von 0,07/1000 Einwohner erreicht wird, wenn separierte und integrierte Versorgung zusammengefasst werden. Es ist jedoch noch viel zu tun, um die obere Messziffer von 0,1/1000 Einwohner zu erreichen – geschweige denn die Bedarfsberechnung der Kollegen für Deutschland mit 1/1000 Einwohner.
- Je spezialisierter eine psychiatrische Einrichtung für > 65-jährige Patienten ist, desto deutlicher ist eine Zunahme der Anzahl der Patienten mit Demenzerkrankungen und multimorbiden geriatrischen Patienten.
- Die Ärzte in den akuten Einrichtungen sind durch ihre Fort- und Weiterbildung gut auf die Betreuung älterer Patienten vorbereitet.
- Die Daten für die Langzeitbetreuung sind intransparent und zwischen den einzelnen Bundesländern schwer vergleichbar. Hier besteht sicherlich ein großer Aufholbedarf, um verlässliche Angaben für weitere Planungen zu erhalten. Immerhin ist interessant, dass es noch immer Langzeitpatienten in akutversorgenden Einrichtungen gibt und dass der Anteil gerontopsychiatrischer Patienten in medizinisch geführten Pflegeanstalten in Österreich mit 600–800 Bewohnern erhoben wurde. Wie hoch der Anteil der Bewohner in Alten- und Pflegeheimen ist, kann nur durch eine Erhebung, z. B. des Psychiatriezuschlages, falls es diesen gibt und dieser auch beantragt wurde, erfasst werden.
- Eine ambulante qualitativ hochwertige und multiprofessionelle Betreuung psychisch kranker alter Menschen ist möglich und führt zu einer massiven Verbesserung aller individuellen Parameter.
- Für alle Teile der Versorgung gibt es einzelne, durchaus auch international anerkannte Referenzmodelle in Österreich. Als ausgewählte, aber nicht einzige Beispiele sind das Gerontopsychiatrische Zentrum in Wien (Psychosoziale Dienste Wien) und Graz (Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit [GFSG]) und das Modell der mobilen alterspsychiatrischen Versorgung (Sozialpsychiatrische Hilfe im Alter – SOPHA) in Graz anzuführen. In den meisten Bundesländern gibt es Ansätze, auch wenn sie sehr oft nicht spezialisiert sind, sondern vom allgemeinen Versorgungssystem mit betreut werden.
- Spezialisierte Ansätze kommen derzeit über eine punktuelle Verfügbarkeit im kleinen Rahmen nicht hinaus. Es besteht immenser Druck, in diesem Bereich die Versorgung zu diversifizieren und Wege über die Dichotomisierung Angehörige vs. Pflegeheim hinaus zu entwickeln.

■ Danksagung

Wie bedanken uns bei der Österreichischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (ÖGAPP) für das zur Verfügung stellen der Daten der Befragung in der Akutpsychiatrie.

Literatur:

1. Klug G, Hermann G, Fuchs-Nieder B, et al. Wie viel Gerontopsychiatrie ist nötig? – Eine Standortbestimmung. *Neuropsychiatrie* 2004; 18 (Suppl 1): 1–8.
2. Klug G. Wohin geht der Weg? In: Klug G, Hermann G, Fuchs-Nieder B (Hrsg). Was braucht eine moderne Gerontopsychiatrie. Rahmenbedingungen für mobile sozialpsychiatrische Hilfe im Alter. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2013; 159–75.
3. Marksteiner J, Jagsch C, Psota G, et al. Geriatric psychiatry in Austria: current status and new perspectives. *Geriatric Mental* 2013; 1: 82–7.
4. Wetterling T, Gutzmann H, Haupt K. Gründe für die Einweisung in eine gerontopsychiatrische Klinik. *Nervenarzt* 2008; 79: 340–7.
5. Wancata J, Meise U, Sachs G. Prävalenz seelischer Erkrankungen unter älteren Patienten an internen und chirurgischen Stationen. *Psychiatr Prax* 2000; 27: 170–5.
6. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, et al. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil* 2011; 32: 419–36.
7. Cooper S, Smiley E, Morrison J, et al. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 27–35.
8. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 11 – Soziales. Sozialbericht 2011–2012. http://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/11915342_5339/fd2ae0ea/SB11_12.pdf [zuletzt gesehen 06/2015].
9. <http://www.plattformpsyche.at>
10. Wancata J, Knap B, Krautgartner M. Die Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich vom Jahr 1951 bis zum Jahr 2050. *Wien Klin Wochenschr* 2001; 113: 172–80.
11. Stoppe G, Kipp J. Pro und Kontra: Separierte Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten. *Psychiatr Prax* 2006; 33: 258–60.
12. Gutzmann HH. Psychisch kranke alte Menschen: Wo sind sie geblieben? *Spektr Psychiatr Psychother Nervenheilkd* 2001; 2: 31–3.
13. Stoppe G, Otto A, Koller M, et al. Verlaufsuntersuchung zur gerontopsychiatrischen Behandlung im Vergleich zwischen integrierter Versorgung an einer Universität und separierter Versorgung an einem Landeskrankenhaus. *Psychiatr Prax* 2005; 32: 239–44.
14. Klug G, Hermann G, Fuchs-Nieder B, et al. Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 463–7.

Prim. Dr. Christian Jagsch

Geboren 1963. Studium der Medizin in Wien, Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin in Linz und Wels. Zusatzfacharzt für Geriatrie, Psychoanalytiker, Alterspsychotherapeut. Vorstand der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie am Landeskrankenhaus Graz Süd-West. Gründer und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie.



Prim. Dr. Elmar J. Kainz, MBA

Geboren 1964. Studium der Medizin in Graz und Wien, Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin im LKH Graz und Deutschlandsberg, Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz. 2005–2015 Ärztlicher Direktor des Johannes-von-Gott-Pflegezentrums der Barmherzigen Brüder in Kainbach. Leiter der Abteilung für neurologisch-psychiatrische Gerontologie an der Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg, Linz. Herausgeber von „Der Psychiater online“ (www.psychiater.at).

Dr. Günter Klug

Geboren 1959. Studium der Medizin in Graz, Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und psychotherapeutische Medizin in Graz, Master im Gesundheitsmanagement an der Donau-Universität Krems, Psychotherapeut. Obmann der Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit, Obmann des Dachverbandes der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermark, Präsident der Österreichischen Schizophrenie Gesellschaft und Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)