Düsseldorfer Gesundheitskonferenz

zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung

Gesundheitsbericht zur Gerontopsychiatrischen Versorgung in Düsseldorf

Arbeitsgruppe VI „Gerontopsychiatrie“

der „Düsseldorfer Gesundheitskonferenz“

Moderation Frau Dr. Kretschmar

Redaktion: Geschäftsstelle der „Düsseldorfer Gesundheitskonferenz“

(40227) Kölner Str. 180

Tel.: (0211) 89-96078

Telefax: (0211) 89-29384

e-mail: Wilhelm.Poellen@Stadt.Duesseldorf.de

November 2001

VORWORT:

Die Funktion der kommunalen Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist die Information von Politik und Öffentlichkeit über lokale Besonderheiten der Gesundheit der Bevölkerung und ihrer Versorgung.

Aufgaben der kommunalen Gesundheitsberichterstattung sind:
- Schilderung der gesundheitlichen Versorgungssituation vor Ort
- Recherche zu spezifischen Themen
- Defizite in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung aufzeigen
- Diskussionen über örtliche Besonderheiten anregen, z.B. über den Vergleich mit anderen Kommunen
- Prioritäten innerhalb der Kommune setzen
- Maßnahmen in der gesundheitlichen Versorgung evaluieren
- Handlungsempfehlungen formulieren

Dazu wird die Demographie der Bevölkerung, ihr Gesundheitszustand und die dafür relevanten Verhaltensweisen sowie die Leistungen und Ressourcen der gesundheitlichen Versorgung in der Stadt analysiert.

Die „Düsseldorfer Gesundheitskonferenz“ beschäftigt sich seit 1995 mit der medizinisch-sozialen Versorgung alter Menschen. Das „Düsseldorfer Schlaganfallprojekt“ hat den Schwerpunkt auf die geriatrische Rehabilitation gesetzt. Die Versorgung alter Menschen ist auch weiterhin aus verschiedenen Gründen ein besonders dringliches Thema: Mit steigender Lebenserwartung wird der Anteil alter Menschen an der Bevölkerung immer größer. Dadurch nimmt die Multimorbidität und die Anzahl chronischer Erkrankungen zu. Während mit steigendem Alter der Betreuungsbedarf kranker Menschen wächst, nimmt die soziale Unterstützung durch die Angehörigen häufig ab. Neben körperlichen Erkrankungen spielen auch psychische Leiden im Alter eine Rolle. Die psychischen Probleme alter Menschen werden aber in unserer Gesellschaft nur unzureichend wahrgenommen. Aus diesem Grund wird der Schwerpunkt „Gerontopsychiatrie“ durch die Arbeitsgruppe VI der „Düsseldorfer Gesundheitskonferenz“ bearbeitet, während der „Pflege in der Gerontopsychiatrie“ eine eigene Arbeitsgruppe der Pflegekonferenz gewidmet ist.

Der folgende Gesundheitsbericht ist in enger Kooperation der Geschäftsstellen Wesel und Düsseldorf und durch die Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie“ der „Düsseldorfer Gesundheitskonferenz“ erarbeitet worden. Er stellt eine erste Bestandsaufnahme der gerontopsychiatrischen Aufgaben und möglichen Arbeitsschwerpunkte in der Stadt dar.

INHALTSVERZEICHNIS

1 WARUM HAT SICH DIE „ DÜSSELDORFER GESUNDHEITSKONFERENZ“ FÜR DAS THEMA „GERONTOPSYCHIATRIE“ ENTSCHIEDEN? 4

2 DEFINITION VON GERONTOPSYCHIATRISCHER VERSORGUNG 6

3 GERONTOPSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN 7

3.1 Die Demenz 7
3.1.1 Gibt es Warnsignale für das Auftreten einer Demenz? 8
3.1.2 Wie kann bei einer Demenz geholfen werden? 9

3.2 Depressive Erkrankungen 9

3.3 Angststörungen 9

3.4 Missbrauch von Psychopharmaka und Alkohol 10

3.5 Risikogruppen 10

4 ZUR BEVÖLKERUNG 11

4.1 Die ältere und alte Bevölkerung in Düsseldorf 11

4.2 Häufigkeitsentwicklung der Altenbevölkerung von 1900 bis 1998 12

4.3 Modellrechnung: Zur Häufigkeitsentwicklung der Altenbevölkerung (60jährige und älter) in Düsseldorf von 2000 bis 2010 13

4.4 Familienstand der Altenbevölkerung in Düsseldorf 13

5 GESUNDHEITSZUSTAND DER BEVÖLKERUNG 14

5.1 Krankenhausfälle aufgrund von Demenz in Nordrhein-Westfalen 15

5.2 Entwicklung der Krankenhausfälle aufgrund von Demenz in Nordrhein-Westfalen 16

6 VERSORGUNGSANGEBOTE IN DÜSSELDORF 17

6.1 Stationäre Angebote 17

6.2 Ambulante Angebote 18

6.3 Teilstationäre Angebote 18

6.4 Alzheimer-Gesellschaften, Selbsthilfegruppen und Gesprächskreise 18

6.5 Schnittstelle Pflege 19

7 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DER „DÜSSELDORFER GESUNDHEITS-KONFERENZ“ MIT IHRER ARBEITSGRUPPE GERONTOPSYCHIATRIE 20

7.1 Entwicklung einer flächendeckenden, ortsnahen gerontopsychiatrischen Fachberatung 20

7.2 Förderung der Kooperation und Koordinierung der professionellen sozialen und medizinischen Versorgung und der Laienhilfe 21

7.3 Förderung der Aus- und Weiterbildung von professionellen Helfern und Laien 21

7.4 Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung der Bevölkerung über Beratung und Behandlung bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen 21

7.5 Imageverbesserung der Gerontopsychiatrie und ihrer Patienten 22

8 LITERATUR 23

1 Warum hat sich die „ Düsseldorfer Gesundheitskonferenz“ für das Thema „Gerontopsychiatrie“ entschieden?

Der Anteil alter Menschen nimmt in Deutschland wie in anderen industrialisierten Ländern stetig zu und stellt auch unsere Stadt vor neue Herausforderungen. Denn alte Menschen leiden häufig an mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität) und der Verlauf ist in vielen Fällen chronisch. Dies gilt sowohl für somatische als auch für psychische Erkrankungen. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass körperliche Einschränkungen auch zu psychischen Beschwerden führen und umgekehrt psychische Krankheiten auch somatische Störungen verursachen können. Chronische Krankheiten im Alter zeigen nicht selten folgende besondere Verlaufsmerkmale: Krisen, die meist relativ rasch überwunden werden können, wechseln mit Perioden der Stabilisierung bis hin zu vergleichsweise normalen Phasen, denen wiederum erneute „Einbrüche“ folgen können.

Daher muss eine angemessene Versorgung zumindest folgende Kriterien erfüllen, um insbesondere psychisch kranken alten Menschen ein Höchstmaß an Lebensqualität zu ermöglichen:

- Früherkennung von Störungen
- Identifikation von Hochrisikogruppen für psychische Störungen
- Orientierung am Krankheitsverlauf
- individuelle Versorgungsplanung
- Krisenvorbeugung
- Unterstützung im alltäglichen Leben

Multimorbidität und chronische Erkrankungen im Alter lassen sich nicht mit monokausalen medizinischen Therapiekonzepten und einem auf Heilung ausgerichteten Gesundheitswesen angemessen beeinflussen. Anders ausgedrückt: Der mehrfach und chronisch kranke alte Mensch erhält im heutigen Versorgungssystem nicht die Form der Hilfe und Unterstützung, die er tatsächlich benötigt.

Die komplexen gesundheitlichen Beschwerden im Alter erfordern speziell darauf abgestimmte Lösungen. So müssen Behandlungs- und Betreuungskonzepte multiprofessionell ausgerichtet sein und die Grenzen einzelner Versorgungsbereiche und Einrichtungen überschreiten. Die Versorgung muss zwischen den einzelnen Hilfeanbietern koordiniert und vernetzt werden, damit eine für den Patienten leicht zugängliche und auf seine individuelle Situation zugeschnittene Unterstützung möglich wird. Dazu ist ein hohes Maß an koordinierter Zusammenarbeit notwendig, die bisher aufgrund arbeitsteiliger Strukturen im deutschen Gesundheitswesen nicht ausreichend verwirklicht werden konnte.

Des weiteren müssen die Behandlungs- und Betreuungskonzepte langfristig angelegt sein. Kurzfristige Interventionen - wie sie in unserem auf akute Erkrankungen und dort auch sehr erfolgreichen Gesundheitswesen - üblich sind, erweisen sich hier nicht nur als unwirksam, sondern auch als unökonomisch. Geld und Ressourcen werden eingesetzt, ohne entsprechende Erfolge zu erzielen.

Darüber hinaus beeinflussen psychische Erkrankungen das gesamte soziale Umfeld der betroffenen Person. Daher ist es erforderlich, dass die Versorgung im sozialen Umfeld ansetzt und Betroffenen und ihren Angehörigen gleichermaßen Hilfen und Entlastungsmöglichkeiten anbietet. Auch die Sicherung und Stärkung der Selbsthilfekräfte im sozialen Umfeld (sprich: Familie, Verwandtschaft, ggf. Nachbarschaft, Freunde) sollten Aufgaben einer altersgerechten Versorgung sein, zumal gerade bei gerontopsychiatrischen Krankheiten, wie den Altersdemenzen, überwiegend von Angehörigen Hilfeleistungen erbracht werden.

Eine altengerechte Versorgung muss außerdem die **Verknüpfung** von **informeller** und **professioneller** Hilfe anstreben, also das sinnvolle Miteinander von Laienhelfern einerseits und medizinischen und sozialen Fachkräften andererseits koordinieren.

Aufgrund der genannten Besonderheiten von Alterserkrankungen ist eine bessere Abstimmung (Koordinierung) und langfristige Zusammenarbeit (Kooperation) aller Beteiligten, der professionell Tätigen und der Laienhelfer, dringend erforderlich.

Oberstes Ziel der gerontopsychiatrischen Versorgung ist das subjektive Wohlbefinden des Patienten. Seine **Selbstständigkeit bzw. Selbstbestimmung** sollte so weit wie möglich erhalten werden.

2 Definition von gerontopsychiatrischer Versorgung

Die gerontopsychiatrische Versorgung ist die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Menschen über 65 Jahren. In Düsseldorf leben zur Zeit in der Altersgruppe der **über 65jährigen 98.342** Bürgerinnen und Bürger (Gesamtbevölkerung in Düsseldorf 1998: **568.400** Bürgerinnen und Bürger)**.**

In der gerontopsychiatrischen Versorgung hat neben der klinischen die ambulante und häusliche gesundheitliche und soziale Versorgung eine große Bedeutung. Im ambulanten wie im (teil-)stationären Sektor fehlen aber häufig spezifische gerontopsychiatrische Angebote. Deshalb ist eine enge Abstimmung zwischen Geriatrie, Gerontopsychiatrie und kommunaler Gesundheitsplanung (Rehabilitation, Pflege, Kostenträger, soziale Hilfen) notwendig. Nur so können Alterserkrankungen, die häufig durch Multimorbidität und Chronizität gekennzeichnet sind, adäquat behandelt werden.

3 Gerontopsychiatrische Erkrankungen

3.1 Die Demenz

Der Begriff **Demenz** (aus dem lateinischen: dementia = Wahnsinn, Tollheit) bezeichnet ein definiertes Muster von Störungen, das Einbußen der Gedächtnis- und Orientierungsleistung sowie der intellektuellen Leistungen umfasst und das die Ausübung von früher bewältigten Alltagsanforderungen einschränkt. Zusätzlich bestehen Auffälligkeiten der Stimmung (Depressivität) und des Verhaltens (motorische Unruhe).
Eine Demenz kann viele Ursachen haben. Die jeweilige Ursache bestimmt die Symptome, den Verlauf und den Ausgang. Die mit Abstand häufigste Form einer Demenz ist die Alzheimer-Krankheit, die langsam fortschreitet und nach durchschnittlich 8 - 10 Jahren zum Tod führt. Am zweithäufigsten sind all diejenigen Erkrankungen, die mit einer Gefäßstörung des Gehirns (Schlaganfall, Blutung) einhergehen. Es gibt aber auch Formen, die bei frühzeitiger Erkennung heilbar sind, z.B. die Demenz bei Schilddrüsenunterfunktion oder bei operablem Tumor. Die früher mitunter verwendeten Begriffe „Zerebralsklerose“, „zerebrale Insuffizienz“ oder „Hirnleistungsschwäche“ sind heute veraltet.

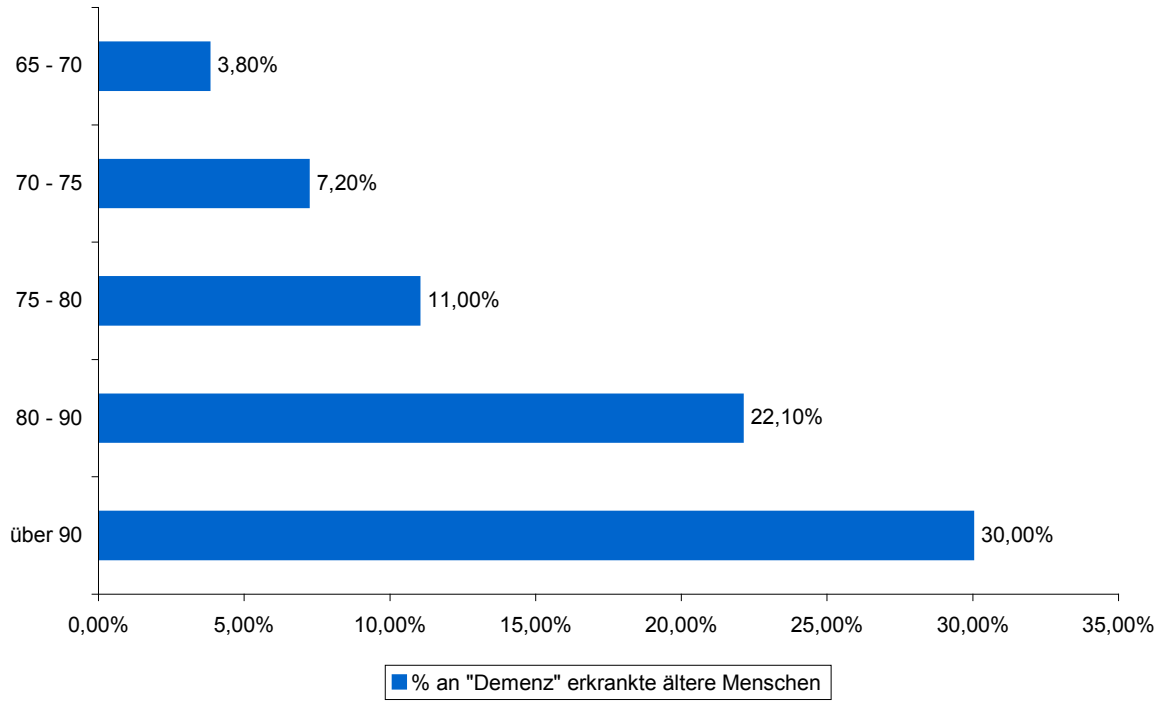


Abb.1: Häufigkeit der Demenzerkrankungen mit fortschreitendem Alter (LÖGD Bielefeld, Quelle: Hoyer u.a., zitiert nach Rückert, 1993)

Der Verdacht auf eine Demenzerkrankung besteht, wenn folgende Beschwerden diagnostiziert werden, die insgesamt über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten anhalten.

1. Störungen des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses: Schwierigkeiten, neue Informationen zu lernen und sich an Gelerntes zu erinnern.
2. Mindestens eine der folgenden Störungen:

- Abnahme der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Störung von Handlungs- und Bewegungsabläufen und der sinnvollen Handhabung von Gegenständen (Apraxie)
- Störung des Erkennens (Agnosie)

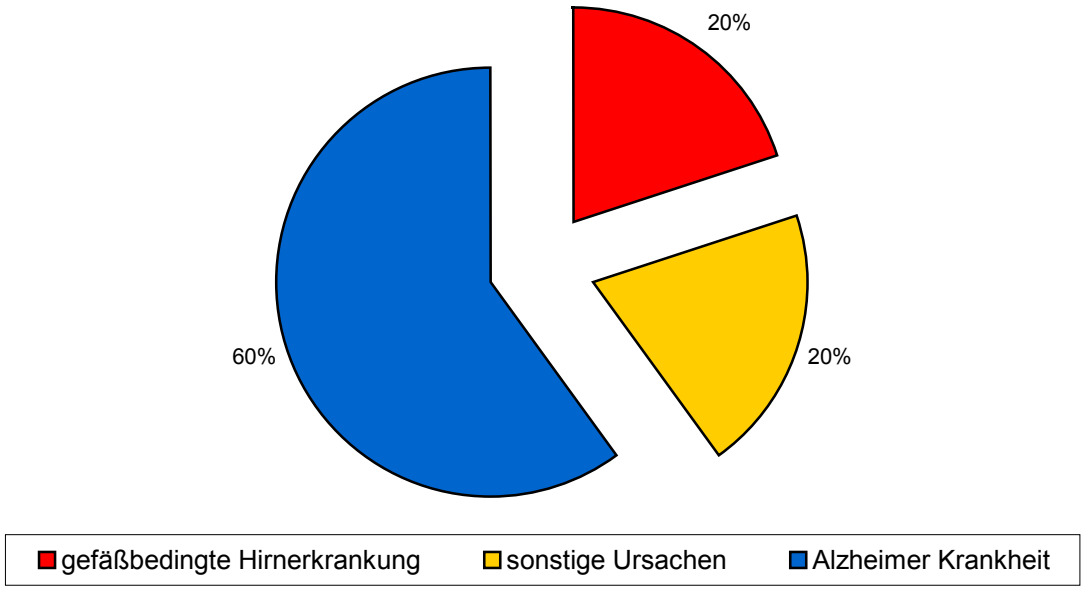


Abb.2: Ursachen von Demenzerkrankungen (LÖGD Bielefeld, Quelle: GBE: Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998)

3.1.1 Gibt es Warnsignale für das Auftreten einer Demenz?

Natürlich ist nicht jede Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit Anzeichen einer beginnenden Demenz. Bei den folgenden **Beschwerden** und **Warnsignalen**, insbesondere, wenn sie neu auftreten, sollte jedoch eine ärztliche Klärung der Ursachen erfolgen:

- Vergessen kurz zurückliegender Ereignisse
- Schwierigkeiten, gewohnte Tätigkeiten auszuführen
- Schwierigkeiten mit der Sprache, insbesondere der Wortfindung
- Nachlassendes Interesse an Arbeit, Hobby und Kontakten
- Probleme, sich in einer fremden Umgebung zurechtzufinden
- Verlust des Überblicks über finanzielle Angelegenheiten
- Fehleinschätzung von Gefahren
- Bislang nicht gekannte Stimmungsschwankungen, andauernde Ängstlichkeit, Reizbarkeit und Misstrauen

3.1.2 Wie kann bei einer Demenz geholfen werden?

Wenn die Diagnose „Demenz“ einmal gestellt ist, müssen Maßnahmen zum Erhalt der Fähigkeiten eingesetzt werden. Betroffene und deren Angehörige brauchen Aufklärung und Beratung im Umgang mit der Krankheit.
Es gibt heute für die meisten Demenzerkrankungen keine Therapie, die zur Heilung führt. Dennoch existieren hilfreiche Behandlungsmöglichkeiten, die dazu beitragen, die Lebensqualität der Betroffenen wie der Angehörigen zu verbessern und Belastungen zu mindern.

3.2 Depressive Erkrankungen

Depressionen gehören zu den affektiven Störungen, d.h. die Hauptsymptome bestehen in einer Veränderung der Stimmung oder Affektivität, die zum negativen (= depressiven) Pol verschoben ist. Depressionen im Alter sind schwere Erkrankungen. Durch den Verlust der Lebensfreude und durch die vielen Einschränkungen im Kontaktverhalten sowie bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben kommt es häufig zu Isolation, Vereinsamung und frühzeitiger Hospitalisierung im Heim. Daneben konnte nachgewiesen werden, dass diese Störungen mit einem höheren Mortalitätsrisiko einhergehen, nicht nur aufgrund des höheren Suizidrisikos, sondern auch aufgrund einer höheren somatischen Komorbidität. Ca. 10 % der Personen über 60 Jahre erkranken an Depressionen. Ein Teil der Patienten entwickelt zusätzlich eine Demenz.
Leitsymptome von Depressionen im Alter sind Energieverlust, Schmerzsyndrome, Gewichtsverlust, depressive Verstimmung, Angst, Grübelneigung und Apathie oder gesteigerte Erregbarkeit. Die Symptome müssen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen ununterbrochen anhalten. Es muss eine wesentliche Veränderung zu einem früheren, beschwerdefreien Zustand feststellbar sein.
Bekannte bio-psychosoziale Faktoren für die Auslösung von Depressionen im höheren Lebensalter sind beispielsweise soziale Isolation durch Partnerverlust, Pensionierung, Verlust von Selbstständigkeit und Kompetenz durch Krankheit, Inaktivität durch Aufgabenverlust, Konflikte und Überforderung bei insgesamt geringerer Belastbarkeit mit gleichzeitig hohen Ansprüchen an sich selbst.
Depressionen sind gut therapierbar, deshalb ist es wichtig, sie frühzeitig zu erkennen.

3.3 Angststörungen

Angststörungen werden bei älteren Menschen häufiger als in jüngeren Jahren übersehen. Es handelt sich entweder um Phobien, bei denen die Angst in definierbaren Situationen und gegenüber Objekten auftritt. Diese Störungen führen über die Vermeidung auslösender Ursachen oft zu sozialen Konsequenzen mit Isolierung, unzureichender Ernährung oder anderen Gesundheitsstörungen.

Panikattacken mit wiederholten Angstattacken sind im Alter eher selten. Körperliche Symptome in Form von Herz-Kreislauf- und Atemstörungen sind dagegen eher häufiger anzutreffen.
Merkmale von generalisierten Angststörungen sind anhaltende Angst oder Besorgnis, die nicht situations- oder objektgebunden ist.

Sowohl psychiatrische als auch körperliche Erkrankungen sind bei der Diagnostik von Angststörungen zu berücksichtigen. Substanzmissbrauch, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, aber auch Herz-Kreislauf Erkrankungen, Tumore oder Erkrankungen der Atemwege können mit Angststörungen assoziiert sein. Angststörungen sind behandelbar, bedürfen aber eines komplexen Zusammenspiels medikamentöser und psychotherapeutischer Maßnahmen.

3.4 Missbrauch von Psychopharmaka und Alkohol

Darunter versteht man den schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeitserkrankung von Alkohol oder psychotropen Substanzen. Psychopharmaka sind nach Herz- und Kreislaufmitteln beim älteren Menschen die am häufigsten verordnete Medikamentengruppe. Etwa 2/3 aller Psychopharmakaverschreibungen fallen auf Personen über 60 Jahre, obwohl diese Altersgruppe nur einen Versichertenanteil von einem Viertel ausmacht.

Zutreffende Daten zu Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit im Alter liegen bisher nicht vor. Neben der Neigung von Alkoholkranken, ihre Sucht zu verschweigen oder ihre täglich konsumierte Suchtmenge zu bagatellisieren, wird eine Alkoholkrankheit bei alten Menschen signifikant häufiger vom ärztlichen Untersucher übersehen. Gegenwärtige Schätzungen gehen davon aus, dass rund 6% der über 60jährigen Personen ein therapiebedürftiges Alkoholproblem aufweisen. Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit stellt Pflegeheime und Sozialstationen häufig vor unlösbare Probleme. Ebenso sind die Folgekrankheiten ein bedeutsames Gesundheitsproblem, dessen medizinische, soziale und gesundheitsökonomische Dimension in der Versorgung noch nicht übersehbar ist.

3.5 Risikogruppen

Besonders gefährdet für psychische Veränderungen im Alter sind:

- Alleinlebende alte Menschen (ca. 30-40 % der über 60jährigen, meist Frauen)
- Multimorbide Kranke (d.h. Patienten mit mehreren Krankheiten zur gleichen Zeit)
- Alte Menschen in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen (Altersarmut)
- Alte Menschen in Krisensituationen (Tod des Partners, fortschreitende körperliche Gebrechen, stationäre Versorgung nach Unfällen, etc.)

Krisen begünstigen die Verschlimmerung bestehender psychischer Probleme. In epidemiologischen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen Behinderungen und dem Auftreten psychischer Erkrankungen festgestellt werden.

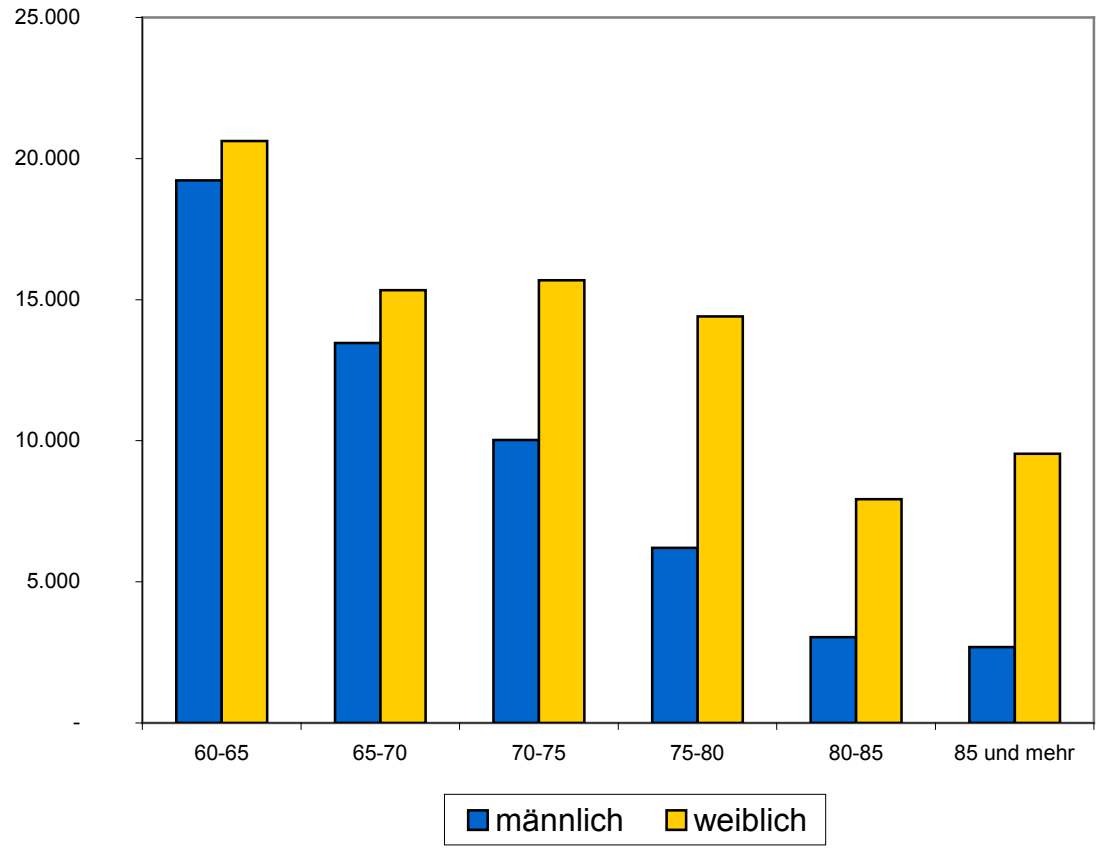
4 Zur Bevölkerung

4.1 Die ältere und alte Bevölkerung in Düsseldorf

Tab.1: Absoluter und prozentualer Anteil älterer und alter Menschen an der Gesamtbevölkerung in Düsseldorf, bezogen auf bestimmte Altersklassen (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf, 1999, Amt für Statistik und Wahlen)

Alter	männlich	weiblich	gesamt	% männlich	% weiblich	% gesamt
60-65	19.231	20.621	39.852	3,4	3,6	7
65-70	13.465	15.341	28.806	2,4	2,7	5,1
70-75	10.032	15.687	25.719	1,8	2,8	4,6
75-80	6.199	14.410	20.609	1,1	2,5	3,6
80-85	3.038	7.933	10.971	0,5	1,4	1,9
85 und mehr	2.692	9.545	12.237	0,5	1,7	2,2
Summe Senioren	54.657	83.537	138.194	9,7	14,7	24,4
Gesamt-Bevölkerung	268.590	299.810	568.400	47,3	52,7	100

Stand: 31.12.1998



Stand: 31.12.1998

Abb.3: Absolute Häufigkeit älterer und alter Menschen in Düsseldorf, bezogen auf bestimmte Altersklassen (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf, 1999, Amt für Statistik und Wahlen)

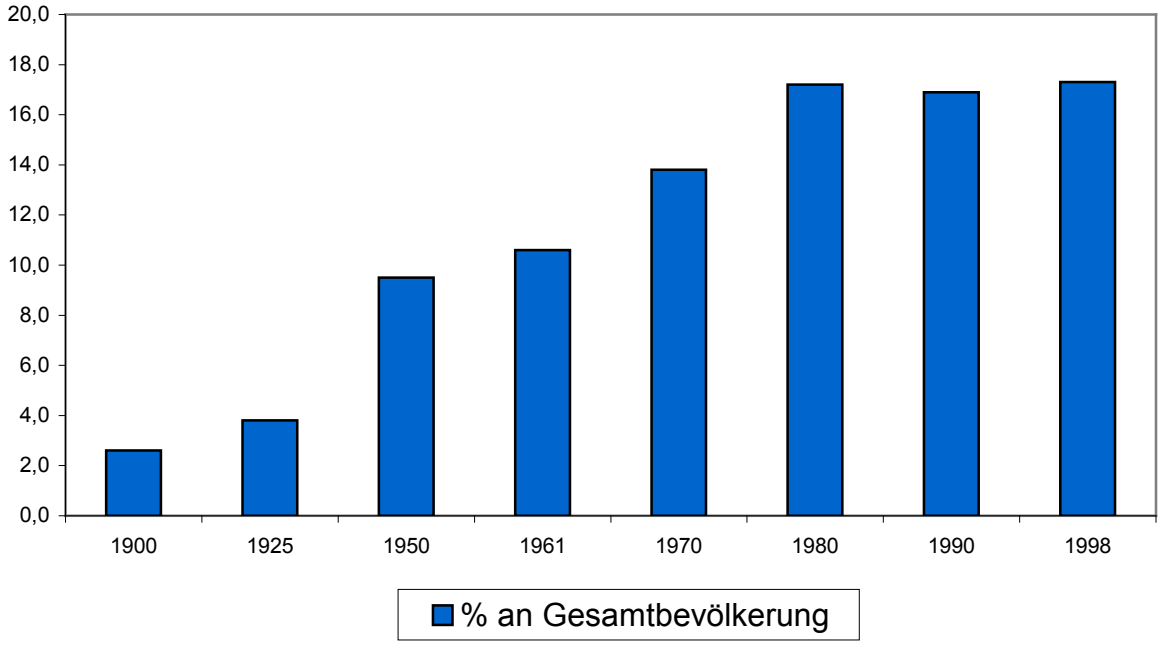
Die über 60jährigen stellen ein Viertel der Gesamtbevölkerung in Düsseldorf. Mit zunehmenden Alter steigt der Anteil der Frauen an. Bei den über 80jährigen ist das Verhältnis Männer zu Frauen ¼ zu ¾ .

4.2 Häufigkeitsentwicklung der Altenbevölkerung von 1900 bis 1998

Tab.2: Entwicklung des absoluten und prozentualen Anteils der älteren und alten Bevölkerung an der Düsseldorfer Gesamtbevölkerung von 1900 bis 1998 (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf, 1999, Amt für Statistik und Wahlen)

Jahre	65 und mehr	insgesamt	% an gesamt
1900	5.485	213.711	2,6
1925	16.355	432.633	3,8
1950	47.655	500.516	9,5
1961	74.324	702.596	10,6
1970	91.731	663.586	13,8
1980	101.476	590.618	17,2
1990	97.496	575.679	16,9
1998	98.342	568.400	17,3

Stand: 31.12.1998



Stand: 31.12.1998

Abb.4: Entwicklung des prozentualen Anteils der älteren und alten Bevölkerung an der Düsseldorfer Gesamtbevölkerung von 1900 bis 1998 (Quelle: Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt Düsseldorf, 1999, Amt für Statistik und Wahlen)

Im letzten Jahrhundert hat der Anteil der Altenbevölkerung an der Gesamtbevölkerung ständig zugenommen. Allein in den letzten 50 Jahren ist fast eine Verdopplung der Altenbevölkerung zu beobachten.

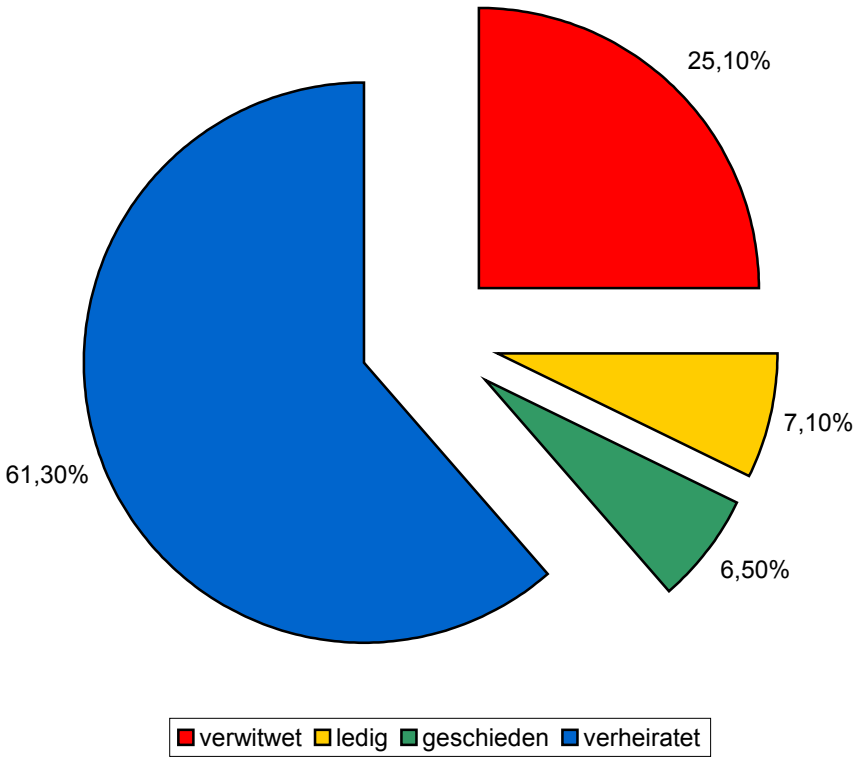
4.3 Modellrechnung: Zur Häufigkeitsentwicklung der Altenbevölkerung (60jährige und älter) in Düsseldorf von 2000 bis 2010

Tab.3: Bevölkerungsprognose: Prozentualer Anteil der älteren und alten Bevölkerung an der Düsseldorfer Gesamtbevölkerung in den nächsten 10 Jahren (Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen, persönliche Rücksprache)

	ab 60	ab 65	ab 75
2001	24,9%	17,7%	7,8%
2005	25,4%	18,8%	8,1%
2010	25,1%	19,5%	8,2%

Die Zahl älterer und alter Menschen wird in den nächsten 50 Jahren noch ansteigen.

4.4 Familienstand der Altenbevölkerung in Düsseldorf



Stand 31.12.1998

Abb.5: Familienstand der 60jährigen und älteren in Düsseldorf (Quelle: Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen)

Fast 40% der älteren und alten Bevölkerung leben alleine. Gerade diese Personengruppe ist auf externe Hilfeleistungen angewiesen, die ansonsten durch einen Ehepartner übernommen werden könnten.

5 Gesundheitszustand der Bevölkerung

Die folgende Übersicht stellt die zu erwartenden gerontopsychiatrischen Diagnosen (nach ICD 10-Klassifikation) in der Düsseldorfer Altenbevölkerung dar.

• **Demenz (mittelschwer-schwer)**:	7 % der Versorgungsbevölkerung => bis zu ca. **6.883,94** Betroffene
• **Leichte Demenz**:	5,5 % der Versorgungsbevölkerung => bis zu ca. **5.408,81** Betroffene
• **Schizophrene Störungen**:	1,3 % der Versorgungsbevölkerung => bis zu ca.. **1.278,45** Betroffene
• **Neurosen/ Persönlichkeitsstörungen**:	8 % d. Versorgungsbevölkerung =>bis zu ca. **7.867,36** Betroffene
• **Sucht**:	2 % der Versorgungsbevölkerung => bis zu ca. **1.966,84** Betroffene
• **Schwere Depressionen:**	5 % der Versorgungsbevölkerung => bis zu ca. **4.917,10** Betroffene
Summe gerontopsychiatrischer Diagnosen	**=> bis zu ca. 28.322,5 Betroffene**

Prozentangaben Zitat: Wernicke T., Linden M., Gilberg R. & Helmchen H. (2000): Ranges of psychiatric morbidity in the old and the very old - results from the Berlin Aging Study (BASE): European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 250: 111-119. Zahlen: über 65jährige in Düsseldorf, Statistisches Jahrbuch 1999, Amt für Statistik und Wahlen.

Rechnet man die zu erwartenden gerontopsychiatrischen Krankheitsfälle für die Düsseldorfer Bevölkerung ab 65 Jahren aus, so sind insgesamt rund 28.000 Menschen von einer Krankheit betroffen. Das sind 28,8% und damit fast ein Drittel der Bezugsbevölkerung.

Die vorgelegten Zahlen beziehen sich auf Daten aus der Berliner Altersstudie, die auf die Düsseldorfer Bevölkerung übertragen wurden. Für eine ähnliche Studie in der hiesigen Region besteht dringender Bedarf.

5.1 Krankenhausfälle aufgrund von Demenz in Nordrhein-Westfalen

Tab.4: Altersspezifische Krankenhausfälle infolge von Demenzerkrankungen unterschiedlichen Ursprungs (ICD 290) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 1998. (Quelle: LÖGD, Indikatorensatz, Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, NRW, Krankenhausdiagnosestatistik).

Alter	Männer		Frauen		Insgesamt	
von ... bis ...	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000	Anzahl	je 100 000
Jahren		Einwohner		Einwohner		Einwohner
0 - <1	–	–	–	–	–	–
1 - 4	–	–	–	–	–	–
5 - 9	–	–	–	–	–	–
10 - 14	–	–	–	–	–	–
15 - 19	–	–	–	–	–	–
20 - 24	4	0,8	2	0,4	6	0,6
25 - 29	34	5,2	30	4,8	64	5,0
30 - 34	53	6,5	49	6,4	102	6,4
35 - 39	71	9,3	80	11,0	151	10,1
40 - 44	95	14,4	68	10,5	163	12,5
45 - 49	91	15,3	66	11,1	157	13,2
50 - 54	90	18,1	67	13,5	157	15,8
55 - 59	187	30,2	157	25,2	344	27,7
60 - 64	313	55,9	212	36,4	525	45,9
65 - 69	522	122,1	418	87,9	940	104,1
70 - 74	752	238,4	1 108	235,4	1 860	236,6
75 - 79	923	480,3	2 093	539,8	3 016	520,1
80 - 84	968	1 105,1	2 449	1 097,0	3 417	1 099,3
85 und mehr	1 225	1 615,5	3 776	1 466,1	5 001	1 500,0
Ingesamt	**5 328**	**61,0**	**10 575**	**114,4**	**15 903**	**88,5**

Die Anzahl demenzbedingter Krankenhausfälle steigt gerade im hochaltrigen Bereich rapide an. Bei den über 65jährigen bis zu den 85jährigen verdoppeln sich die Krankenhausfälle im 5-Jahresintervall. Auch danach ist noch ein Anstieg um ungefähr die Hälfte zu verzeichnen. Die Krankenhausfälle bei den jüngeren Altersgruppen sind Fälle von präseniler Demenz. In der Krankenhausdiagnosestatistik sind Doppelzählungen aufgrund von Wiederaufnahmen enthalten. Rückschlüsse auf die Anzahl der Personen, die stationär behandelt wurden, sind damit nicht möglich.

5.2 Entwicklung der Krankenhausfälle aufgrund von Demenz in Nordrhein-Westfalen

Tab.5: Krankenhausfälle infolge von Demenzerkrankungen unterschiedlichen Ursprungs (ICD 290) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, Trend 1994 – 1998. (Quelle: LÖGD, Indikatorensatz, Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik, NRW, Krankenhausdiagnosestatistik).

	Männer		Frauen		Insgesamt	
Jahr	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner	Anzahl	je 100 000 Einwohner
1994	4 462	51,7	9 312	101,6	13 774	77,4
1995	4 597	53,1	9 451	102,8	14 048	78,7
1996	4 580	52,7	9 088	98,6	13 668	76,3
1997	4 666	53,5	9 504	102,9	14 170	78,9
1998	5 328	61,0	10 575	114,4	15 903	88,5

Die demenzbedingten Krankenhausfälle haben in den letzten vier Jahren zugenommen. Inwieweit dies allein durch den Anstieg der Altenbevölkerung an der Gesamtbevölkerung zu erklären ist oder ob Demenzerkrankungen insgesamt zugenommen haben, ist anhand der Zahlen nicht zu klären. Auch kann keine verlässliche Abschätzung der Zahl der Erkrankten vorgenommen werden, da nicht alle kranken Menschen auch in einem Krankenhaus behandelt werden. Andererseits sind auch hier Doppelzählungen möglich. Die Zahlen sprechen jedoch für einen gestiegenen Versorgungsbedarf in gerontopsychiatrischen stationären Einrichtungen.

6 Versorgungsangebote in Düsseldorf

Hausärztinnen und Hausärzte, Psychiaterinnen und Psychiater, Nervenärztinnen und Nervenärzte, Neurologinnen und Neurologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind erste Ansprechpartner.

6.1 Stationäre Angebote

Die Stadt Düsseldorf wird von 3 Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen und 2 Krankenhäusern mit geriatrischer Ausrichtung versorgt. Das sind die

Rheinische Kliniken Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstrasse 2

40629 Düsseldorf

Kaiserswerther Diakonie
Florence-Nightingale-Krankenhaus
Kreuzbergstrasse 79

40489 Düsseldorf

Klinik Flurstrasse
Flurstrasse 14

40235 Düsseldorf

Geriatrisches Krankenhaus Elbroich
Am Falder 4

40589 Düsseldorf

St. Martinus-Krankenhaus
Geriatrische Abteilung
Gladbacher Strasse 26

40219 Düsseldorf

In diesen Krankenhäusern werden auch die psychiatrischen Erkrankungen im Alter (Gerontopsychiatrie) diagnostiziert und behandelt.

6.2 Ambulante Angebote

Ambulante Angebote finden sich sowohl in den Praxen niedergelassener Ärzte, als auch in den Institutsambulanzen und Tageskliniken.

- Niedergelassene Ärzte
- Institutsambulanz der Gerontopsychiatrischen Abteilung der Rheinischen Kliniken Düsseldorf
  Telefon: 922 4254
- Institutsambulanz der psychiatrischen Klinik Kaiserswerth
- Telefon: 409 2380
- Sozialpsychiatrischer Dienst im Gesundheitsamt Düsseldorf
  Telefon: 89 95391
- Neurologisches Therapiecentrum (NTC)
  Telefon: 78160

6.3 Teilstationäre Angebote

- Tagesklinik der Rheinischen Kliniken Düsseldorf
  Telefon: 922 4250
- Tagesklinik der geriatrischen Klinik Elbroich
  Telefon: 7560 0
- Tagesklinik der geriatrischen Abteilung des Martinus Krankenhauses
  Telefon: 917 1400

6.4 Alzheimer-Gesellschaften, Selbsthilfegruppen und Gesprächskreise

Die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft und ihre zahlreichen regionalen Gruppen bieten Unterstützung und Beratung für Betroffene und deren Angehörige. Unter anderem geben sie Mitgliederzeitschriften und Informationsmaterialien heraus. Die Alzheimer-Gesellschaft Düsseldorf-Mettmann e.V. ist die zweitälteste in der Bundesrepublik. Auch in der nahegelegenen Stadt Neuss gibt es eine Alzheimer-Gesellschaft.

Alzheimer-Gesellschaft Düsseldorf-Mettmann e.V.
Bergische Landstrasse 2

40629 Düsseldorf

Darüber hinaus bieten auch andere - nicht als Alzheimer-Gesellschaften organisierte - Selbsthilfegruppen Unterstützung für Angehörige von Demenzkranken an.

Selbsthilfe-Service-Büro
Gesundheitsamt
Kölner Strasse 180

40227 Düsseldorf

6.5 Schnittstelle Pflege

Gerontopsychiatrische Patienten werden darüber hinaus durch die diversen Pflegeleistungen versorgt.

- ambulante psychiatrische Fachpflege
- Tagespflege
- Nachtpflege
- Psychiatrische Wohngemeinschaften
- Kurzzeitpflege
- stationäre Pflege

7 Handlungsempfehlungen der „Düsseldorfer Gesundheitskonferenz“ mit ihrer Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie

1. Entwicklung einer flächendeckenden, ortsnahen und barrierefreien **gerontopsychiatrischen Fachberatung**;

2. Förderung der **Kooperation** und **Koordinierung** in der professionellen sozialen und medizinischen Versorgung sowie in der Laienhilfe (pflegende Angehörige, Nachbarschaftshilfe, Freiwilligenarbeit, Selbsthilfe);

3. Förderung der **Aus**- und **Weiterbildung** von professionellen Helfern und Laien im Bereich der Gerontopsychiatrie;

4. **Öffentlichkeitsarbeit**, **Aufklärung** der Bevölkerung über gerontopsychiatrische Erkrankungen und deren Behandlung und Beratungsmöglichkeiten (hier vor allem „Altersverwirrtheit“ und „Alzheimer-Demenz“, Depressionen im Alter, Sucht und Alter etc.);

5. **Imageverbesserung** der „Gerontopsychiatrie“ und ihrer Patienten;

7.1 Entwicklung einer flächendeckenden, ortsnahen gerontopsychiatrischen Fachberatung

Die mit kommunalen Fachleuten besetzte themenspezifische Arbeitsgruppe hat für die Landeshauptstadt Düsseldorf einen dringenden Bedarf an einer gerontopsychiatrischen Fachberatung festgestellt.
Obwohl in Düsseldorf bereits eine Vielzahl von Beratungsstellen existiert, fehlt es an einer Anlaufstelle und Fachberatung in Fragen psychischer Störungen im Alter. Diese Aufgabe könnte eine gerontopsychiatrische Beratungsstelle in enger Kooperation mit der Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichterstattung in der Landeshauptstadt Düsseldorf leisten.

Die **gerontopsychiatrische Beratungsstelle** hätte folgende Aufgaben:
1.) Es muss eine **Bestandsaufnahme** der bestehenden Versorgungs- und Betreuungsangebote durchgeführt werden.
2.) Die Betroffenen und ihren Angehörigen brauchen **Beratung und Aufklärung** über Krankheitsbilder, deren Verlauf und die Auswirkungen auf alle Beteiligten.
3.) Wichtig ist auch, Hilfesuchenden **„leistungserschliessende Hilfen“** anzubieten. Häufig stehen Angehörige oder Betroffene vor dem Problem - gerade bei komplexem Hilfebedarf - die einzelnen Bausteine eines „Hilfepaketes“ selbst erschliessen und zusammenstellen zu müssen.
4.) Unterstützung bei der Bildung von Angehörigen- und Selbsthilfegruppen

Angehörige von Demenzkranken und anderen gerontopsychiatrischen Patienten stehen oft unter einem hohen seelischen Druck. Pflegende Angehörige von dementen älteren Menschen erkranken häufiger als andere ohne diese Belastung. Selbsthilfe- und Angehörigengruppen können durch die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches und der gegenseitigen (auch seelischen) Unterstützung entlasten. Aufgabe der Fachberatungsstelle sollte es daher auch sein, die Bildung solcher Gruppen anzuregen und zu begleiten.

5) Beratung medizinischer Dienstleister

Die Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern und Praxen müssen über die gerontopsychiatrische Fachberatung und ihre Funktionen informiert werden, um Ratsuchende bei Bedarf weitervermitteln zu können.

6) Gerontopsychiatrisches Zentrum

Die Beratungsstelle sollte am z.Zt. im Aufbau befindlichen Gerontopsychiatrischen Zentrum angegliedert werden.

7.2 Förderung der Kooperation und Koordinierung der professionellen sozialen und medizinischen Versorgung und der Laienhilfe

Da es an einer ausreichenden Transparenz der vielfältigen Angebote in Düsseldorf mangelt, bedarf es vorrangig einer Bestandsaufnahme aller örtlichen Angebote, die sowohl den Beteiligten in der Versorgung als auch der Bevölkerung zugänglich gemacht werden muss. Die bestehenden Hilfsangebote müssen vernetzt werden, damit durch eine reibungslose Zusammenarbeit die bestmögliche, auf den individuellen Fall abgestimmte Versorgung der Patienten und ihrer Angehörigen gewährleistet werden kann. So könnte ein spezielles – gegebenenfalls internetfähiges – Adressbuch eine effiziente Hilfe sein.

7.3 Förderung der Aus- und Weiterbildung von professionellen Helfern und Laien

Alle Personen, die mit gerontopsychiatrische Patienten arbeiten, brauchen eine fachspezifische Ausbildung. Dies betrifft sowohl die pflegenden Angehörigen, die Altenpfleger, Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Therapeuten, Ärzte und Verwaltungskräfte. Denkbar wären regelmäßige Fortbildungen und Seminare in Krankenhäusern, Pflege- und Altenheimen, teilstationären Einrichtungen, Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, in ambulanten Diensten und Ausbildungsstätten (z.B. Pflegeschulen, Fachhochschulen) sowie in Krankenkassen und Pflegekassen.

7.4 Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung der Bevölkerung über Beratung und Behandlung bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen

In der Bevölkerung ist kaum bekannt, wie sich z.B. eine Demenz, Depression oder Angststörung konkret auswirkt und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Eine wichtige Aufgabe wird daher sein, die Bevölkerung und die Fachöffentlichkeit über gerontopsychiatrische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und für diese Thematik zu sensibilisieren.
Informationen über Symptome, Krankheitsverlauf und Behandlungsmöglichkeiten müssen einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Die Bevölkerung soll zur Inanspruchnahme beratender, sozialer und medizinischer Leistungen motiviert werden. Die Toleranz gegenüber Einbußen der Lebensqualität durch nicht

erkannte Störungen bzw. durch einen ungünstigen Umgang damit soll reduziert werden. Eine positive Veränderungsbereitschaft kann durch die Kenntnis realistischer Behandlungsmöglichkeiten erreicht werden. Eine Möglichkeit zur Umsetzung dieser Ziele ist die Durchführung von **Fachtagungen** für die (Fach)-Öffentlichkeit. Eine weitere Maßnahme ist die Herausgabe von Arbeitshilfen zu speziellen Themen der gerontopsychiatrischen Versorgung. Eine erste „Arbeitshilfe“ zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit gerontopsychiatrisch kranker Pflegebedürftiger im Rahmen der Pflegeversicherung (SGB XI) wurde bereits erstellt.

7.5 Imageverbesserung der Gerontopsychiatrie und ihrer Patienten

Nur ein Bruchteil der behandlungsbedürftigen psychisch kranken Menschen in Deutschland nimmt tatsächlich psychiatrische Hilfe in Anspruch. Gerade bei älteren Menschen ist aus Angst vor der „Psychiatrie“, vor „Klappsmühle“ und „Gummizelle“ mit Vorbehalten gegenüber psychiatrischen Hilfen und Institutionen zu rechnen. Seelische Erkrankungen werden in unserer Gesellschaft eher als Ausdruck persönlichen Versagens angesehen; über psychische Probleme oder gar Erkrankungen spricht man nur ungern. Betroffene fürchten stigmatisiert zu werden. Der Kenntnisstand über gerontopsychiatrische Krankheitsbilder und mögliche Hilfen ist gering. Veranstaltungen der stationären Gerontopsychiatrie, wie z.B. ein „Tag der offenen Tür“, kann den Bürgerinnen und Bürgern zu einem Einblick in die moderne Gerontopsychiatrie verhelfen und so dazu beitragen, Vorurteile abzubauen.

8 Literatur

Düsseldorf (1999) Statistisches Jahrbuch der Landeshauptstadt. Amt für Statistik und Wahlen.

LÖGD: Grafik nach: Statistisches Bundesamt (Hrsg) (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: 209

LÖGD: www.loegd.nrw.de, Indikator 03_94_98: Krankenhausfälle, gerontopsychiatrische Krankheiten (ICD 290), Alter, Geschlecht, NRW.

LÖGD: www.loegd.nrw.de, Indikator 03_94z_98: Krankenhausfälle, gerontopsychiatrische Krankheiten (ICD 290), Geschlecht, NRW, Trend 1994 – 1998.

LÖGD: Grafik nach: Rückert W (1993) Demographie der Supportsysteme in der Altersversorgung. In: Kulenkampff C, Kanowski S (Hrsg.) Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Köln.

Wernicke T, Linden M, Gilberg R, Helmchen H (2000) Ranges of psychiatric morbidity in the old and the very old - results from the Berlin Aging Study (BASE) In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences 250: 111-119

A Grundlagen

Bauer M, Berger H (1993) Versorgung und Versorgungseinrichtungen für psychisch kranke Er-wachsene und alte Menschen. In: Hurrelmann, Laaser: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim

Beske F, Harms G, Kern AO (1995) Hirnleistungsstörungen im Alter. Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit durch Hirnleistungsstörungen im Alter. Kiel, Institut für Gesundheitssystemforschung

Bundesminister für Familie und Senioren (BMFuS) (Hg.) (1994) Die Alten der Zukunft. Bevölkerungsstatistische Datenanalyse. In: Schriftenreihe des BMFuS, Band 32. Bonn

Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (Hg.) (1992) Hilfe- und Pflegebedarf in Deutschland. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung". München

Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie, und Gesundheit (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Bereich. Bonn

Cooper B, Bickel H (1989) Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in der Altenbevölkerung. Ergebnisse einer populationsbezogenen Längsschnittstudie in Mannheim. In: Nervenarzt 60, 8: 472-482

Deutscher Bundestag (Hg.) (1974) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen / psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, BT-Drucksache 7/4200

Enquete-Kommission Demographischer Wandel (1994) Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Zwischenbericht

Funkkolleg Altern (1996/7) Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen. 20 Studieneinheiten.

Gössling K, Oesterreich K, Cooper B (1989) Versorgungsaufgaben bei alten Menschen und ihre Institutionen. In: Cooper B et al. Alterspsychiatrie. Berlin, Heidelberg: 347-374

Häfner H (1986) Psychische Gesundheit im Alter. Der gegenwärtige Stand der Forschung über Art, Häufigkeit und Ursachen seelischer Krankheiten im Alter und über die Möglichkeiten ihrer Vorbeugung und Behandlung, Stuttgart und New York

Lang E, Bahr G, Arnold K (1992) Geriatrische und gerontopsychiatrische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Bestandsaufnahme, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.), Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung - IV. Angebote und Bedarf im Kontext von Hilfe, Behandlung, beruflicher Qualifikation, Berlin: 1-110

Leidinger F, Pittrich W, Spöhring W (1995) Grauzonen der Psychiatrie. Die gerontopsychiatrische Versorgung auf dem Prüfstand. Bonn

Oesterreich K (1992) Altersdemenz, geistige Behinderung, Gebrechlichkeit, körperliche Behinderung, in: Rapp N., W Strubel (Hg.) Behinderte Menschen im Alter, Freiburg im Breisgau: 132-152

Weyerer S, Mann AH, Ames D (1995) Prävalenz von Depression und Demenz bei Altenheimbewohnern in Mannheim und Camden. In: Gerontologie und Geriatrie 28, 3: 169-178

B Berichte aus Kreisen und Kommunen

Düsseldorf (o.J.) Dokumentation zur Gesundheitshilfe für ältere Menschen in Düsseldorf. Beitrag zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung der Stadt Düsseldorf

Essen (1995) Gesundheitsbericht der Stadt Essen, Band IV: Gerontopsychiatrie

Gelsenkirchen (1995) Psychiatrieplan für die Stadt Gelsenkirchen. Teil III: Gerontopsychiatrieplan

Herne (1993) Das Gesunde-Städte-Projekt in Herne. Projektvorstellung und Materialien

Bracken M, Korte W, Middeke M (1988) Psychiatriereform in Kassel 1981-1985. Das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung in der Region Kassel unter besonderer Berücksichtigung der Gerontopsychiatrie. Kassel

Kreuzer S, Veltin A (1991) Sozialpsychiatrischer Dienst für alte Menschen in Nürtingen. Erfahrungsbericht über einen ambulanten gerontopsychiatrischen Dienst als Teil der psychiatrischen Versorgung eines Landkreises. Modellverbund "Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/ psychosomatische Versorgung". Baden-Baden

Krüger H (Hg.) (1990) Arbeitskonzepte für eine gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel der Seehafenstadt Emden. Stuttgart

Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen (1987) Die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Nordrhein-Westfalen, Essen

Landschaftsverband Rheinland (1995) Integrieren und aktivieren statt verwahren. Die integrierende Betreuung psychisch kranker Menschen in Altenpflegeheimen. Köln

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hg.) (1995) Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994, Bielefeld

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (1995) Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und Altenarbeit in Nordrhein-Westfalen. Band I: Bericht der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (Bearbeitung: Epp G, Frerichs F, Stratmann J; Projektleitung: Prof. G Naegele), Dortmund

MAGS (1995) Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und Altenarbeit in Nordrhein-Westfalen. Band II: Planungshilfen für die Kommunen (Projektleitung Prof. G Naegele), Düsseldorf

MAGS (1995) Weiterentwicklung der voll- und teilstationären psychiatrischen Versorgung im Rahmen der Krankenhausplanung. Konzept am 20.11.95 vom Gesundheitsausschuß NW verabschiedet.

Oberhausen (1994) Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter. Kap a) Psychisch kranke alte Menschen. Kap. b) Versorgungsbedarf für psychisch kranke alte Menschen

Paderborn (1994) Psychiatrieplan, Teilplan gerontopsychiatrische Versorgung

Recklinghausen (1994) Kreisaltenplan. Kap. 4.35: Gerontopsychiatrische Versorgung. Kap. 4.36: Ambulante Versorgung alterskranker Menschen. Kap. 7.4: Tagesstätte für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen

Veltin A (1977) Gemeindenahe Psychiatrie. Das psychiatrische Behandlungszentrum Mönchengladbach. In: Psychiatrische Praxis 4, 213-222

C Weiterführende Literatur

Adler C, Wilz G, Gunzelmann T (1996) "Frei fühle ich mich nie" - Frauen pflegen ihren an Demenz erkrankten Ehemann, Vater oder Mutter. In: Gesundheitswesen 58, Sonderheft 2, 125-131

Arbeitskreis Gesundheit im Alter (Hg.) (1996) Berichtsband zum VII. Bonner Symposium. Nümbrecht

Bergener M, Kruse A (1992) Einführung in die Expertisen zur Rehabilitation in der Psychogeriatrie, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung - V. Ansätze der Rehabilitation und Modelle der Pflegeabsicherung in der Bundesrepublik und in Europa, Berlin: 177-182

Berger H, Schirmer U (Hg.) (1993) Sozialpsychiatrische Dienste. Entwicklung, Konzeption, Praxis. Freiburg i.Br.

Bickel H (1995) Gesundheitspolitische Bedeutung von Demenzerkrankungen. In: Klinikarzt 4 (24): 151-155.

Dinkel RH (1996) Die Entwicklung der Demenz bis zum Jahr 2000. In: Gesundheitswesen 58, Sonderheft 1, 50-51

Döhner H, Mutschler R, Schmöcker M (Hg.) (1995) Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit. Dokumentation des Experten-Workshops am 17.11.94 in Hamburg. Hamburg

Dornier GmbH (1991) Gutachten zur Krankenhausplanung 1995 in NRW. Teilgutachten Psychiatrie. Entwurf des Abschlußberichts. Im Auftrag des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Ehrmann D (1992) Alterung bei Down-Syndrom und Alzheimerscher Krankheit. In: Rapp N, Strubel W (Hg.) Behinderte Menschen im Alter, Freiburg im Breisgau: 153-162

Karl F, Nittel D (1988) Zugehende stadtteilorientierte Beratung älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie 21, 8: 21-27

Kerkhof AJFM et al. (1991) The prevention of suicide among older people in the Netherlands: interventions in community mental health care, in: Crisis 12, 59-72

Krauss B (1988) Epidemiologie. In: Cooper B et al. Alterspsychiatrie. Berlin, Heidelberg: 59-84

Kurz A, Lauter H (1992) Möglichkeiten der Therapie und Rehabilitation bei psychischen Störungen im Alter, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.), Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung - V. Ansätze der Rehabilitation und Modelle der Pflegeabsicherung in der Bundesrepublik und in Europa, Berlin: 183-219

Landkreis Esslingen (1988) Zweite Fachtagung zur Gerontopsychiatrie "Die Versorgung psychisch Alterskranker im Spektrum ambulanter Dienste: hat das Netz doch Lücken?" Nürtingen-Neckarshausen

Oepen H (Hg.) (1983) Geriatrie als angewandte Gerontologie. Symposium in Marburg/Lahn Mai 1982. Stuttgart

Psycho. Zeitschrift für Praxis und Klinik (1996) Schwerpunkt Demenz.

Prognos, Europäisches Zentrum für Angewandte Wirtschaftsforschung (1980) Modellprogramm Psychiatrie. Bericht Nr. 1: Empfehlungen der Beraterkommission des BMJFG für eine angemessene Ausstattung. Basel, Köln

Pullwitt DH, Fischer GC (1996) Warum nehmen ältere Ehepaare ambulante Pflegedienste in Anspruch? In: Gesundheitswesen 58, 277-282

Rössler W, Salize HJ, Reinhard I (1996) Kostenermittlung in einem fragmentierten psychiatrischen Versorgungssystem. In: Gesundheitswesen 58, Sonderheft 1, 10-17

Salize HJ, Rössler W (1996) Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker. Daten, Fakten, Analysen. Schriftenreihe des BMG, Band 77, Mannheim

Schmidt MH (Hg.) (1990) Fortschritte in der psychiatrischen Epidemiologie. Ergebnisse aus dem Sonderforschungsbereich "Psychiatrische Epidemiologie". Weinheim

Steinkamp G, Netz P, Werner B (1996) Ambulante Versorgung psychisch gestörter älterer Menschen- Eine Vergleichende empirische Untersuchung von zwei Versorgungsregionen. In: Gesundheitswesen 58, Sonderheft 2, 132-138

Struwe B (1995) Psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten dementer Patienten im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich. In: Hessisches Ärzteblatt 56, 7: 217-219

Välken L, Knoche M, Retza W et al. (1994) Lore-Agnes-Haus. Stadtteilnahe gerontopsychiatrische Förderung und Pflege. Hannover

Volk S, Kändler S, Georgi K, Pflug B (1991) Inanspruchnahme von stationärer psychiatrischer Versorgung von Patienten mit einem hirnorganischen Psychosyndrom. In: Psychiatrische Praxis 18, 4: 121-128

Wolter-Henseler DK (1997) Ambulante gerontopsychiatrische Pflege. Sozialstationen und Gerontopsychiatrie- ein schwieriges Verhältnis. In Mabuse 105, 29-32