

Alterspsychiatrie – Geschichte, Entwicklung bis heute

Ein Bericht von Professor Dr. med. Urs. P. Mosimann,
Chefarzt und Direktor Alterspsychiatrie der Universitären
Psychiatrischen Dienste Bern

Einleitung

Die Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie fördert die psychische Gesundheit bei Seniorinnen und Senioren. Sie engagiert sich zusammen mit anderen medizinischen Disziplinen und Interessengemeinschaften für die Verbesserung der psychischen Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen. Sie wendet spezifische diagnostische und therapeutische Verfahren an. Sie fördert wissenschaftliche Projekte, Fortbildungen und Weiterbildungen. In der Regel wird die Altersgrenze bei 65 Jahren festgelegt; allerdings können auch jüngere Patientinnen und Patienten von den Spezialangeboten der Alterspsychiatrie profitieren, vor allem, wenn sie an einer Erkrankung aus dem Spezialgebiet der Alterspsychiatrie leiden. Die Schwerpunktausbildung Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie wurde 2006 eingeführt. 2008 hat die Universität Bern eine ausserordentliche Professur für dieses Fachgebiet geschaffen. Die Alterspsychiatrie ist, trotz der demographischen Entwicklung, eine relativ junge Disziplin, die durch die fortschreitende Alterung der Bevölkerung weiter an Bedeutung gewinnen wird. In der vorliegenden Übersichtsarbeit werden die Geschichte und die Entwicklung der Alterspsychiatrie im Kanton Bern und ihre spezifischen Herausforderungen dargestellt.

Demographische Entwicklung

Wirtschaftliche und medizinische Fortschritt-

te, bessere Hygiene, ausgewogene Ernährung und eine gute Unfallprävention: Diese Faktoren führen dazu, dass die Lebenserwartung steigt. Im Kanton Bern wohnen mittlerweile fast eine Million Menschen (2008: 970'000), von diesen sind rund 19 Prozent im Pensionsalter. Wie in der übrigen westlichen Bevölkerung (Ferri, C.P. et al. 2005) findet auch im Kanton Bern eine überproportionale Alterung statt, d.h. der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen wächst stärker als der Anteil der unter 65-Jährigen (Höpflinger, F., 2007). Das grösste Bevölkerungswachstum in der Schweiz findet bei den über 85-Jährigen statt und die Alterung entwickelt sich regional unterschiedlich. Der Anstieg an über 65-Jährigen ist zum Beispiel in den ländlichen Regionen ausgeprägter als in der Stadt. Diese demographischen Entwicklungen stellen grosse Herausforderungen an das Gesundheitswesen, denn die Alterung wird sich in den nächsten 20 Jahren weiter akzentuieren.

Da die mittlere Lebenserwartung von Frauen (ca. 86 Jahre) höher ist als jene von Männern (ca. 82 Jahre), sind Frauen bei den Hochbetagten übervertreten. Die unterschiedliche Lebenserwartung trägt auch zu einer Zunahme der Einpersonenhaushalte bei. Weitere Gründe dafür sind die hohe Scheidungsrate, die tiefe Geburtenrate und der Wunsch der Betroffenen, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben. Dies hat zur Folge, dass in der Stadt Bern ca. 36 Prozent der älteren Menschen, vorwiegend Frauen, in Einpersonenhaushalten leben (Wanner, P. et al., 2005). Alleinstehende Personen mit

psychischen Erkrankungen brauchen andere, spezifische Unterstützungsangebote und haben oft einen erschwerten Zugang zur Psychiatrie. Der Wunsch, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben, bedeutet, dass die Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Spitex oder mobile Alterspsychiatrie) ausgebaut werden müssen und dass ein allfälliger Heimübertritt zum Zeitpunkt erfolgt, nachdem die Möglichkeiten der Betreuung zu Hause vollständig ausgeschöpft sind. Dadurch nimmt der Betreuungsbedarf auch für psychische Erkrankungen in den Heimen zu.

Geschichte der Alterspsychiatrie

Die ersten spezialisierten Angebote für psychisch erkrankte Seniorinnen und Senioren entstanden zwischen den beiden Weltkriegen in England. Damals unterschieden erste Arbeiten zwischen dem normalen, physiologischen Alterungsprozess und den chronischen, altersassoziierten Erkrankungen. Eine Ärztin, die sich auf diesem Gebiet als Pionierin besonders engagierte, war Dr. Marjory Warren. Sie leitete in den 1930er Jahren ein Seniorenheim in London und betonte, dass eine enge Verbindung zwischen Heimen und Spitälern notwendig sei, damit altersassoziierte Erkrankungen therapiert werden könnten. Zudem solle der Zugang zur Rehabilitation gesichert sein. Diese damals neuen Erkenntnisse haben bis heute ihre Bedeutung beibehalten. Dr. Warren förderte die multidisziplinäre Rehabilitation und die ganzheitliche Betrachtung von Erkrankungen im Alter, welche die medizinischen, sozialen und ethischen Aspekte von Alterung und Erkrankung umfasst (Evans, J. G. 1997). Die Entwicklung der spezialisierten Altersmedizin und Alterspsychiatrie nahm deshalb in England ihre Anfänge. In den frühen 70er

Jahren wurde dort eine Interessengruppe für Alterspsychiatrie eingeführt, 1978 eine Schwerpunktausbildung für Alterspsychiatrie angeboten, die 1986 durch eine eigenständige Facharztausbildung für Alterspsychiatrie ergänzt wurde.

In der Schweiz verlief die Entwicklung der Alterspsychiatrie regional sehr unterschiedlich und personenabhängig. Die Schweizer Pioniere für Alterspsychiatrie waren an den Universitäten Genf und Lausanne tätig. Prof. Dr. med. Jean Wertheimer wurde 1971 der erste Lehrstuhlinhaber für Alterspsychiatrie an der Universität Lausanne. Er führte im Kanton Waadt häusliche Behandlungen und gemeindeintegrierte Angebote für psychisch erkrankte Seniorinnen und Senioren ein. Bereits 1972 wurde in Lausanne die erste alterspsychiatrische Tagesklinik eröffnet. Später wurde Prof. Wertheimer Präsident der Geriatric Psychiatry Section der World Psychiatric Association der World Health Organisation (WHO) und prägte so die auch heute noch geltenden WHO-Empfehlungen für die alterspsychiatrische Versorgung. Die Entwicklung der Alterspsychiatrie in den anderen Universitätskantonen folgte mit etwas Verzögerung.

Im Kanton Bern waren bis in die 80er Jahre alterspsychiatrische Langzeitstationen die Regel. Oft wurden die betagten Patientinnen und Patienten vom Erkrankungszeitpunkt bis zum Tod in der Psychiatrie stationär behandelt und betreut. Zu diesen «Langzeitinstitutionalisierten» gehörten Menschen mit chronischer Schizophrenie, geistiger Behinderung und mit organischen psychischen Erkrankungen. Zwischen 1983 und 1991 gab es im Grossen Rat wiederholt politische

Vorstösse, die darauf abzielten, die Alterspsychiatrie zur spezialisierten Teildisziplin zu entwickeln. Es wurde unter anderem vorgeschlagen, einen integrierten alterspsychiatrischen Dienst zu schaffen, eine Absicht, die leider nur teilweise umgesetzt wurde.

Mitte der 80er Jahre leitete die psychiatrische Universitätsklinik (UPD) eine konzeptionelle Umstrukturierung der Psychiatrie ein. Sie sah unter anderem vor, dass die Langzeitbetten zu Akutbetten umgewandelt wurden. Innerhalb von vier Jahren wurden die Langzeitstationen umgenutzt und die betagten Seniorinnen und Senioren in den umliegenden Alters- und Pflegeheimen untergebracht. Die Leiterinnen, Dr. Ingrid Reubi (ärztliche Leitung) und Sylvia Hertig (Leitung Pflege), initiierten und begleiteten diesen Umwandlungsprozess, und sie bauten gleichzeitig alterspsychiatrische Akutstationen und eine alterspsychiatrische Tagesklinik auf. Für mittelfristige Behandlungen wurde eine Rehabilitationsstation und eine Wohngemeinschaftsstation ohne Langzeitpatientinnen und -patienten eingerichtet. Die Angebote wurden durch eine telefonische alterspsychiatrische Beratung für Hausärztinnen und Hausärzte und durch Konsilien sowie gemeindenahere Betreuungsangebote ergänzt. Wichtig war den Initiantinnen, Fachwissen an verschiedene Berufsgruppen zu vermitteln und die Stationen mit Alters- und Pflegeheimen und den Spitälern zu vernetzen. Gleichzeitig wurden die Aufnahmekriterien für den Langzeitbereich erheblich eingeschränkt. Durch diese Veränderungen ist es gelungen, die Mehrheit der stationär behandelten Patientinnen und Patienten in alternative Wohnformen zu integrieren. Leider wurden damals die ambulanten ge-

meindeintegrierten Konzepte zu wenig umgesetzt und die frei gewordenen Ressourcen aus dem Langzeitbereich nur teilweise in der Alterspsychiatrie reinvestiert. Die damaligen Ereignisse zeigen eindrücklich, dass es für die effiziente Umsetzung von neuen Konzepten eine enge Zusammenarbeit von Alterspsychiaterinnen und -psychiatern, Hausärztinnen und -ärzten sowie Pflegenden braucht.

1989 diskutierte der Grosse Rat eine Motion, die verlangte, es sollten Universitätsprofessuren für Gerontologie, Geriatrie und Alterspsychiatrie geschaffen werden. Gesundheitsdirektor Hermann Fehr nahm das Anliegen auf und unterstützte es. Es verstrichen dennoch weitere 13 Jahre bis die Universität Bern 2006 eine ausserordentliche Professur für Alterspsychiatrie schuf und 2008 besetzte. Für eine bessere Koordination der Versorgungsangebote wurde 2002 die Berner Gruppe für Alterspsychiatrie (BEGAP) gegründet. Die Mitglieder dieser Gruppe treffen sich seither regelmässig zum fachlichen Austausch.

Seit 2010 gibt es im Kanton Bern an allen grossen psychiatrischen Kliniken und an den meisten regionalen psychiatrischen Diensten spezialisierte alterspsychiatrische Angebote. Es fehlen in der Versorgung jedoch flächendeckende ambulante Angebote, unter anderem Konsiliar- und Liaison-Dienste für Alters- und Pflegeeinrichtungen und tagesstationäre Angebote. Die Zahl der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater mit einer Schwerpunktausbildung in Alterspsychiatrie und Psychotherapie ist im Kanton Bern noch sehr klein, so dass im Moment die ambulante Versorgung vorwiegend von den Institutionen geleistet werden muss.

Merkmale alterspsychiatrischer Erkrankungen

Die Alterspsychiatrie betreut im Wesentlichen zwei Patientenpopulationen: Die erste Gruppe umfasst jene Patientinnen und Patienten, die zeitlebens an einer wiederkehrenden psychischen Erkrankung litten, z. B. einer Schizophrenie oder einer bipolar affektiven Erkrankung (manisch-depressive Erkrankung), und die auch im hohen Lebensalter an Krankheitsschüben leiden. Diese Patientinnen und Patienten haben zum Teil spezifische Bedürfnisse, wenn sie in einem Alters- und Pflegeheim leben, und brauchen während Krankheitsschüben fachärztliche Unterstützung vor Ort. Die zweite Gruppe umfasst Patientinnen und Patienten, die im Alter erstmals psychisch erkranken. Psychische Erkrankungen sind im dritten Lebensabschnitt nicht weniger häufig als in den früheren Lebensphasen. Häufig sind zum Beispiel Depressionen, Angsterkrankungen aber auch Suchterkrankungen, insbesondere durch den übermäßigen Konsum von Alkohol oder Benzodiazepinen. Ferner führen neurodegenerative Erkrankungen zu einer Vielzahl von psychischen Manifestationen. Dazu gehören Depression oder akute Verwirrheitszustände bei Demenz oder Verhaltensstörungen bei fortgeschrittener Demenz. Wenn diese Erkrankungen unbehandelt bleiben, steigt das Leiden bei Betroffenen oder Angehörigen und es kann zu verfrühten Heimeintritten kommen, die vermieden werden könnten, da diese psychischen Erkrankungen durchaus behandelbar sind. Tabelle 1 fasst die Merkmale von psychischen Erkrankungen im Alter zusammen:

Tabelle 1: Merkmale alterspsychiatrischer Erkrankungen

- Alterspsychiatrische Erkrankungen werden oft unterdiagnostiziert
- Stigma und eingeschränkte Mobilität erschweren den Zugang zur Therapie
- Psychische Erkrankungen sind in Alters- und Pflegeheimen besonders häufig
- Polymorbidität und Polypharmazie sind die Regel
- Chronisch verlaufende Erkrankungen sind häufig
- Wunsch, trotz chronischer Krankheit so lange wie möglich zu Hause zu bleiben

Alterspsychiatrische Erkrankungen werden von Betroffenen häufig nicht erkannt und von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht oder sehr spät diagnostiziert, da die Beschwerden als Teil des normalen Alterungsprozesses oder einer gleichzeitig bestehenden körperlichen Erkrankung gesehen werden. Ferner ist die Kontaktaufnahme mit der Alterspsychiatrie häufig schwierig, da die Mobilität eingeschränkt sein kann und der Begriff der Psychiatrie oder die Vorstellungen über deren Behandlungsmethoden negativ gefärbt sind. Moderne alterspsychiatrische Versorgungsangebote bieten deshalb Diagnostik und Therapie am Wohnort der Erkrankten an oder organisieren sich in gemeinsamen Sprechstunden mit Haus- oder Spezialärztinnen und -ärzten anderer Fachdisziplinen. Die Therapie vor Ort ist vor allem auch für Heimbewohnerinnen und -bewohner mit psychischen Erkrankungen hilfreich, denn psychische Erkrankungen sind dort besonders häufig (siehe Tabelle 2) (Mosimann, U. & Grand, L. (2009)).

Tabelle 2: Häufigkeit von psychischen Erkrankungen von Senioren

| Institution | Prävalenz alterspsychiatrische Erkrankung | | |
|-------------|---|----------|------------|
| | Demenz | Delirium | Depression |
| Gemeinde | 5-6% | 0.5-1% | 3-12% |
| Altersheim | 50-70% | 1-2% | 15-42% |
| Akutspital | 5-15% | 11-42% | 25-40% |

Ein weiteres wichtiges Merkmal von psychischen Erkrankungen im Alter ist, dass diese Erkrankungen oft zusammen mit anderen chronischen Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-erkrankungen) bestehen. Dies hat zur Folge, dass viele verschiedene Medikamente gleichzeitig eingenommen werden müssen. Dieser Umstand muss bei der Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden. Da die meisten Seniorinnen und Senioren so lange wie möglich zu Hause bleiben möchten, braucht es angepasste Unterstützungs- oder Therapie-

angebote. Neben der aufsuchenden Alterspsychiatrie haben die Tageskliniken hier einen besonderen Stellenwert. Sie haben sich auf Diagnostik und Therapie spezialisiert und werden von den Patientinnen und Patienten an ein bis zwei Wochentagen tagsüber aufgesucht. Diese Art der Therapie stellt sicher, dass das normale Alltagsleben und die Therapie integriert werden können.

Die Kenntnis der typischen Merkmale von alterspsychiatrischen Erkrankungen (Tabelle 1) ist wichtig, damit die Versorgungsangebote

Fallbeispiel 1

Frau Schweizer*, 70-jährig, hat plötzlich Mühe sich an die sozialen Normen und Gepflogenheiten zu halten. Ihr Ehemann ist vor einigen Jahren gestorben, sie lebt alleine in einer Wohnung in der Stadt, doch der Familie bereitet es grosse Sorge, da sie im letzten Jahr erhebliche Geldmengen ausgegeben hat. Sie fährt noch Auto. Frau Schweizer hat keine Krankheitseinsicht, beteuert wiederholt, dass sie keine Hilfe brauche und dass sie frühestens ab dem 80. Lebensjahr in ein Alters- und Pflegeheim übertreten wolle. Die Angehörigen sind überfordert.

Frau Schweizer wird in der Memory Clinic untersucht und es wird eine Erkrankung des Stirnhirns gefunden. Sie muss auf das Autofahren verzichten. Sie wird weiter durch die mobile Alterspsychiatrie zu Hause betreut. Durch sorgfältige und koordinierte Zusammenarbeit mit den Angehörigen, dem Hausarzt und dem Amt für Erwachsenen- und Kinderschutz wird ein Betreuungsnetz aufgebaut. Für die Regelung der Finanzen wird eine Vertretungsbeistandschaft errichtet. Frau Schweizer kann Vertrauen und ist schliesslich auch mit einem freiwilligen Heimeintritt einverstanden.

*der Name wurde geändert

den Bedürfnissen der Erkrankten und ihrer Angehörigen angepasst werden können. Die WHO-Empfehlungen für eine umfassende alterspsychiatrische Versorgung (WHO 1997) unterstreichen, dass gute Gesundheit und Lebensqualität Menschenrechte sind, die besonders auch für ältere Menschen gelten. Da

die psychiatrische Versorgung in der Schweiz kantonal und nicht national geregelt ist, liegt die Verantwortung für eine gute Gesundheitsversorgung zum grössten Teil bei den Kantonen und den Versicherern. Die WHO schlägt folgende Grundsätze für die alterspsychiatrische Versorgung vor (Tabelle 3):

Tabelle 3: WHO CARITAS-Grundsätze für eine umfassende alterspsychiatrische Versorgung (frei aus dem Englischen übersetzt) (Mosimann, U. & Legrand, L. (2009))

| Grundsatz | Beschreibung |
|-------------------|---|
| Comprehensive | Integrativ sein, d. h. einen patientenorientierten bio-psycho-sozialen Ansatz verfolgen. |
| Accessible | Zugänglich sein, d. h. unabhängig von geographischen, kulturellen, finanziellen, politischen oder sprachlichen Barrieren erreichbar sein. |
| Responsiv | Reaktiv sein, d. h. aktives Zuhören und schnelles adäquates Reagieren auf die Problematiken. |
| Individualised | Individualisiert sein, d. h. jede Person wird im und mit dem Milieu erfasst und therapiert, so lange dies möglich ist. |
| Transdisciplinary | Transdisziplinär sein, d. h. traditionelle Strukturen um verschiedene Akteure erweitern, somit optimieren und ein gemeindeorientiertes Angebot ermöglichen. |
| Accountable | Verantwortlich sein, d. h. die Verantwortung für die Qualität der Versorgung übernehmen und diese kontinuierlich in Zusammenarbeit mit Patientinnen, Patienten und Familien überprüfen. |
| Systemic | Systemisch, d. h. flexible Integration der zur Verfügung stehenden Angebote, um die Behandlungskontinuität sicherzustellen und die Versorgungspartner lokal, regional und national zu koordinieren. |

Bei der kritischen Durchsicht der Merkmale von alterspsychiatrischen Erkrankungen (Tabelle 1) und der CARITAS-Grundsätze der WHO (Tabelle 3) fällt auf, dass im Kanton Bern vor allem das Kriterium «accessibility» kritisch geprüft werden muss, denn die Erschliessung der kantonalen psychiatrischen Kliniken ist für ältere Menschen nicht optimal. Die stationären alterspsychiatrischen Angebote sind mit öffentlichen Verkehrsmit-

teln zum Teil nur schwer erreichbar. Die psychiatrischen Anlagen der kantonalen Kliniken sind sehr gross, was die Orientierung und den Zugang für gehbehinderte Patientinnen und Patienten und deren Angehörige erschwert. Konsiliar- und Liaisonangebote der Alterspsychiatrie für die Institutionen (z. B. Spitäler und Alters- und Pflegeheime) müssen ausgebaut werden, damit Patientinnen, Patienten und Betreuende vor Ort

Tabelle 4: Alterspsychiatrische Angebote

| Angebot | Inhalte |
|--------------------------|---|
| Ambulante Angebote | Sie umfassen ambulante Sprechstunden für Diagnostik und Therapie. Solche Sprechstunden können aufsuchend (z. B. mobile Alterspsychiatrie, Konsiliar- und Liaisondienst) oder spezialisiert sein (z. B. interdisziplinäre Memory Clinic für die ambulante Diagnose und Therapie von Gedächtnis- oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen). |
| Tagesstationäre Angebote | Sie bieten Diagnostik und Therapie bei psychischen Erkrankungen im Alter an. Die Patientinnen und Patienten besuchen die Alterspsychiatrie tageweise (z. B. an ein bis zwei Wochentagen), schlafen aber zu Hause. Die Tageskliniken sind eine wichtige Schnittstelle zwischen den ambulanten und stationären Angeboten. Sie können zum Beispiel nach dem Spitalaustritt zur weiteren Stabilisierung der psychischen Gesundheit beitragen. |
| Stationäre Angebote | Sie richten sich an Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, die im ambulanten oder teilstationären Bereich nicht therapiert werden können. Beispiele sind psychotische Erkrankungen, schwere Depressionen und schwere Verhaltensstörungen bei Demenz. |

unterstützt werden können. Es fehlen auch ambulante Angebote und Tageskliniken in verschiedenen Regionen im Kanton, denn eine alterspsychiatrische Versorgungskette umfasst ambulante, tagesstationäre und stationäre Angebote (Tabelle 4). Ein weiteres wichtiges Angebot der universitären Alterspsychiatrie ist die universitäre Lehre und Forschung. Der Kanton Bern hat das Privileg, ein Universitätskanton zu sein. Dadurch können Medizinstudierende vor Ort ausgebildet werden. Zudem können in den beiden Universitäts Spitälern (Inselspital und Universitäre Psychiatrische Dienste) die neusten und besten Therapien für alle Krankenversicherten angeboten werden. Ein Universitätsspital ist ein wichtiger Motor für neue Entwicklungen und Garant dafür, dass neue Ergebnisse aus der Forschung in die Therapien einfließen. Die Universitätsspitäler im Kanton Bern sind

für die Ausbildung von Studierenden unterschiedlicher Gesundheitsberufe wichtig, was die Rekrutierung von Mitarbeitenden für den Kanton Bern erleichtert.

Weil sehr viele ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen ausserhalb der kantonalen alterspsychiatrischen Institutionen betreut werden, müssen Schnittstellen geklärt werden, damit die Therapien optimal geplant und Synergien genutzt werden können. Seniorinnen und Senioren werden oft von ihren Hausärztinnen und Hausärzten betreut, wohnen in Alters- und Pflegeheimen, liegen in Akutspitälern oder auf einer geriatrischen oder psychosomatischen Abteilung. Sie werden häufig von mehreren Spezialisten gleichzeitig behandelt und/oder werden im Verlauf der Erkrankung in verschiedenen Institutionen hospitalisiert (z. B. Alters- und Pflegeheim, somatisches Akutspital und

Fallbeispiel 2

Frau Meier* war nie verheiratet. Im Alter von 16 Jahren erkrankte sie an einer Schizophrenie, einer bei ihr schubartig verlaufenden Erkrankung. In guten Zeiten konnte Frau Meier einfachen Arbeiten nachgehen und selbstständig leben. In schlechten Zeiten kam es wiederholt zu längeren Spitalaufenthalten.

Im Alter von 78 Jahren begannen die Schwierigkeiten bei der Haushaltsführung. Frau Meier hat bisher nie mit einer anderen Person in einem Haushalt gelebt. Sie ist wiederholt in Heime eingetreten, konnte dort aber nicht mehr betreut werden und wurde in die Klinik zurückgebracht. Die Rückverlegung in ein Alters- und Pflegeheim bereitet grosse Ängste, doch sie gelingt schliesslich, als Frau Meier zugesichert wird, dass sie ein Einzelzimmer bewohnen kann. Rückzugsmöglichkeiten sind für sie sehr wichtig. Auch im Alters- und Pflegeheim kommt es zu psychotischen Schüben (Momente mit schwerer Realitätsverknüpfung). Deshalb wird Frau Meier vor Ort im Alters- und Pflegeheim durch die Alterspsychiatrie der UPD betreut. Es gibt auch Phasen, in denen die Schizophrenieerkrankung zu schwer ist und deshalb kurze Klinikaufenthalte zur Krisenintervention notwendig werden. Nach diesen kehrt Frau Meier wieder ins Alters- und Pflegeheim zurück und die psychiatrische Betreuung wird dort vor Ort weitergeführt. Dank der guten Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Pflegeheim hat Frau Meier im Pflegeheim ein neues Zuhause gefunden und ist zu keinen Rückweisungen aus Institutionen mehr gekommen. Frühe Anzeichen für einen erneuten Schub werden frühzeitig erkannt und behandelt.

*der Name wurde geändert

alterspsychiatrische Stationen). Dies stellt sehr hohe Anforderungen an den Informationsaustausch zwischen den beteiligten Institutionen. Eine besondere Bedeutung haben darum institutionsübergreifende Angebote wie Spitex oder alterspsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste, die darauf abzielen, die Menschen vor Ort zu behandeln.

Eine gut funktionierende Alterspsychiatrie pflegt enge Kollaborationen mit Alters- und Pflegeheimen. In Heimen ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen (Depressionen, Delirien, Demenzen z. T. mit Verhaltensstö-

rungen) besonders hoch, weshalb sie konsiliarische Unterstützung durch die Alterspsychiatrie brauchen (siehe Tabelle 2). Konsilien werden häufig auf Druck von Pflegenden initiiert. In Heimen fehlen jedoch oft ausgebildete Psychiatriefachkräfte. Konsilien sind für Heime zum Teil schwierig finanzierbar und es muss überprüft werden, ob die gängigen Instrumente für die Berechnung der Pflegebedürftigkeit psychische Erkrankungen adäquat berücksichtigen. Mit spezialisierten aufsuchenden Angeboten könnte die psychiatrische Versorgung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern erheblich verbessert

werden. Der fachliche Austausch zwischen der Psychiatriepflege und der Pflege in Heimen ist für beide Seiten bereichernd. Obwohl die Integration von psychisch Kranken in der Gesellschaft unbestritten ist, fehlt es an innovativen Integrationsmodellen für psychisch kranke ältere Menschen in Alters- und Pflegeheimen im Kanton Bern.

Zukünftige Entwicklungen

In der Versorgungsplanung 2011 bis 2014 des Kantons Bern, die sich zurzeit in der Vernehmlassung befindet, sind wichtige Anliegen der Alterspsychiatrie berücksichtigt. Die Versorgungsplanung erkennt, dass der Entwicklungsbedarf in der Alterspsychiatrie im Kanton Bern gross ist – vor allem beim Aufbau von ambulanten und tagesstationären Dienstleistungsangeboten. Diese Angebote sollen ausgebaut werden; ebenso sollen sich alle Beteiligten am Aufbau von Strukturen und Programmen beteiligen, die zur Förderung des Nachwuchses beitragen. Zudem braucht der Kanton Bern ein Integrationskonzept für psychisch kranke Seniorinnen und Senioren in Heimen, damit die Dehospitalisation von Langzeitpatientinnen und -patienten aus psychiatrischen Kliniken vorangetrieben werden kann. Es besteht Konsens darüber, dass nicht erkannte oder unbehandelte psychische Erkrankungen im Alter kostentreibend sind. Der Bedarf an alterspsychiatrischen Angeboten wird durch die demographische Entwicklung weiter zunehmen, auch weil die Pflegebedürftigkeit, die Polymorbidität und psychische Erkrankungen von Heimbewohnerinnen und -bewohnern zunehmen. Es wird noch dieses Jahr ein neuer Bericht zur kantonalen Alterspolitik erscheinen.

Damit sich die Psychiatrie, insbesondere die

Alterspsychiatrie, weiterentwickeln kann, muss die Versorgungsplanung 2011 bis 2014 umgesetzt werden. Die Alterspsychiatrie ist aufgrund ihrer begrenzten Ressourcen vorwiegend eine tertiäre Versorgungsstruktur. Sie agiert vor allem unterstützend für die primäre und sekundäre Versorgung (Haus- und Fachärztinnen und -ärzte). Es ist deshalb sinnvoll, eine moderne Alterspsychiatrie in der Nähe eines somatischen Spitals zu betreiben, da Polymorbidität und das Zusammenwirken von psychischen und körperlichen Erkrankungen die Regel sind und viele Patientinnen und Patienten mit alterspsychiatrischen Erkrankungen in Akutspitälern therapiert werden. Psychische Erkrankungen im Alter verschlechtern die Prognose und erhöhen die Mortalität durch körperliche Erkrankungen. Unbehandelt sind sie kostentreibende Faktoren. Die alterspsychiatrische Diagnostik und Therapie sollte, wenn immer möglich, am Aufenthaltsort der Betroffenen erfolgen (also im Alters- und Pflegeheim, im Akutspital oder am Wohnort). Die Angebotsstrukturen sollten diesem Prinzip angepasst werden. Die stationäre alterspsychiatrische Hospitalisation sollte nur in sehr begründeten Fällen notwendig sein. Es braucht den Ausbau von ambulanten und teilstationären alterspsychiatrischen Angeboten, damit die Forderung «ambulant vor stationär» der Gesundheitsdirektorenkonferenz im Kanton Bern umgesetzt werden kann. Wichtig sind Übergangsangebote, die den frühzeitigen Austritt aus den Spitälern unterstützen und ermöglichen. Soziale und Gesundheitsfragen sind eng miteinander verknüpft und erfordern eine Zusammenarbeit der zuständigen Ämter innerhalb der Gesundheits- und Fürsorgedirektion. Es muss geregelt werden, welche Alternativen zum Spitalaufenthalt

bestehen, wenn Seniorinnen und Senioren, die «solange wie möglich» zu Hause gelebt haben, dies plötzlich nicht mehr können (z. B. nach dem Tod des Ehepartners). Es braucht Anreizsysteme für Heime, damit chronisch psychisch Kranke in Heimen aufgenommen und unterstützt werden. Dringli-

che Themen, die in der Planungsphase 2011 bis 2014 umgesetzt werden müssen, sind der Ausbau der ambulanten und teilstationären Strukturen, eine institutionsübergreifende Planung in der Alterspsychiatrie und die Schaffung attraktiver Ausbildungsstellen für Fachkräfte in der Alterspsychiatrie.

Fallbeispiel 3

Frau Müller* lebt zusammen mit ihrem Ehemann in einem Einfamilienhaus in der Agglomeration Bern. Bisher hat sie nie an einer psychischen Erkrankung gelitten, auch kommen in der Familie keine psychischen Krankheiten vor. In der letzten Zeit fallen ihr und dem Ehemann vermehrt Gedächtnisstörungen auf. Gleichzeitig sind auch Schlafstörungen aufgetreten und die Bewältigung des Alltags beginnt Mühe zu machen. Der Hausarzt weist Frau Müller an die Interdisziplinäre Memory Clinic mit der Fragestellung zu, ob hier eine Depression oder eine beginnende Alzheimerkrankheit vorliegt. Die Abklärungen ergeben, dass Frau Müller an einer Depression und nicht an einer Demenz leidet. Die Fachärzte für Alterspsychiatrie machen eine Therapieempfehlung für die Behandlung der Depression zuhanden des Hausarztes. Falls diese nicht zielführend ist, kann in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt eine kombinierte Behandlung zwischen Alterspsychiatrie und Hausarzt angeboten werden.

*der Name wurde geändert

Danksagung

Teile dieses Berichtes stammen in überarbeiteter Form aus dem Expertenbericht Weiterentwicklung Alterspsychiatrie im Kanton Bern. Deshalb hier auch besten Dank an Lore Legrand, die wesentlich zur Entstehung des Expertenberichtes beigetragen hat. Besten Dank an Beatrice Gilgen und Susanna Regli für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Angaben zum Autor

Professor Urs Mosimann studierte in Bern und Leiden (Niederlande) Medizin und bildete sich in der Schweiz und England zum Psychiater und Psychotherapeuten aus, mit einer Spezialisierung in Alterspsychiatrie. Seit Oktober 2008 ist Urs Mosimann ausserordentlicher Professor für Alterspsychiatrie an der Universität Bern und leitet die Direktion Alterspsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern.

Referenzen

- Evans, J.G. (1997)
Geriatric medicine: a brief history.
BMJ, 315, 1075-1077.
- Ferri, C.P. et al. (2005)
Global prevalence of dementia: a Delphi Consensus study. Lancet, 366, 2112-17.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2010)
Versorgungsplanung 2011 bis 2014
gemäss Spitalversorgungsgesetz.
Konsultationsfassung
(<http://www.gef.be.ch>)
- Höpflinger, F. (2007)
Demografische Alterung - Hintergründe
und Trends in der Schweiz. 1-17.
- Mosimann, U. und Legrand, L. (2009)
Bericht Alterspsychiatrie im Kanton Bern.
Weiterentwicklung Psychiatrie (WEPBE).
- Wanner, P. et al. (2005)
Alter und Generationen. Das Leben in
der Schweiz ab 50 Jahren. Bundesamt
für Statistik, Neuchâtel.
- World Health Organisation (1997)
Organization of care in psychiatry of the
elderly: a technical consensus statement.