

Institutionalisierung psychisch kranker alter Menschen

Institutionalization of Mentally Ill in Old Age

Autoren

Steffi G. Riedel-Heller^{1,2}, Melanie Luppá¹, Hans-Helmut König³

Institute

¹ Public Health Research Unit, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Leipzig

² Selbstständige Abteilung für Sozialmedizin, Universität Leipzig

³ Professur für Gesundheitsökonomie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Leipzig

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1223514>
 Psychiatr Prax 2010; 37: 53–55
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH

Public Health Research Unit,
 Klinik und Poliklinik für
 Psychiatrie und Psychotherapie
 & Selbständige Abteilung
 Sozialmedizin
 Philipp-Rosenthal-Straße 55
 04103 Leipzig
 Steffi.Riedel-Heller@medizin.
 uni-leipzig.de

Psychisch Kranke wieder in Institutionen

Die menschenunwürdigen Zustände für psychisch Kranke in den großen psychiatrischen Anstalten und das Wissen über die negativen Auswirkungen totaler Institutionen auf ihre Bewohner läuteten in den 70er-Jahren die Deinstitutionalisierung ein [1,2], in deren Ergebnis die Bettenzahlen großer Einrichtungen deutlich reduziert wurden, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern eröffnet wurden und eine gemeindenahere Versorgung psychisch Kranker etabliert wurde [3]. Aktuell sind wir mit einer neuen Institutionalisierungswelle konfrontiert. Dabei handelt es sich um die Einweisung von psychisch kranken alten Menschen in Altenpflegeheime. Diese Welle ist schon ins Rollen gekommen. Über die letzten 10 Jahre stieg die Zahl der Senioren in Pflegeheimen um fast 20%, für die nächsten Jahre ist mit einer drastischen Zunahme zu rechnen [4,5].

Die Gründe dafür liegen auf der Hand. Im Zuge der demografischen Entwicklung mit einer steigenden Lebenserwartung bei gleichzeitigem Geburtenrückgang nimmt die absolute und relative Zahl der Senioren zu. Gleichzeitig gibt es weniger Personen im Erwerbsalter, die als potenzielle Pflegenden infrage kommen. Kommen derzeit auf jeden Pflegebedürftigen über 65 Jahre 27 Erwerbstätige, werden es 2050 nur noch 10 Erwerbstätige sein. Verschärft wird dies durch singuläre Lebens- und Beziehungsformen und die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen [6,7]. Mehrgenerationenhaushalte finden sich hierzulande kaum noch.

Die beiden wichtigsten psychischen Erkrankungen im Alter – Demenzerkrankungen und depressive Störungen spielen als Grund für Heimeintritte eine zentrale Rolle. Demenzerkrankungen sind dabei führend [8,9]. Die Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung, eine über 10 Jahre durchgeführte bevölkerungsrepräsentative Ko-

hortenstudie mit über 1000 Senioren konnte zeigen, dass es im Durchschnitt nur 2,9 Jahre dauert, bis Senioren, die in einem Privathaushalt wohnen und an Demenz erkranken, in eine Institution eingewiesen werden [10]. Heimeintritte sind für die Betroffenen und deren Angehörige keine leichte Entscheidung. Für die Gesellschaft ist eine Heimbetreuung zudem mit erheblichen Kosten verbunden. Krankheitskostenstudien weisen generell auf die enormen ökonomischen Belastungen durch Demenzen hin [11,12]. Bedeutsamste Komponenten der Gesamtkosten sind nach den vorliegenden Schätzungen die unbezahlten Leistungen der pflegenden Angehörigen und die hohen direkten Kosten für die institutionelle Langzeitpflege. Mit ca. 50–70% entfällt der Löwenanteil der direkten Kosten von Demenzerkrankungen auf die institutionelle Pflege [13].

Übersichtsarbeiten zeigen, dass für die Heimeinweisung eine ganze Reihe von Faktoren eine Rolle spielen [14]. Einem konzeptionellen Rahmen – basierend auf Arbeiten von Pearlin et al. [15], Pruchno et al. [16] und Andersen [17,18] – folgend, unterscheiden Luppá et al. sogenannte „*Predisposing, Need* und *Enabling variables*“, die das Risiko und den Zeitpunkt für einen Übergang in eine Heimeinrichtung beeinflussen. Unter *Predisposing variables* werden hierbei soziodemografische Merkmale der Demenzerkrankten und pflegenden Angehörigen sowie Merkmale der Beziehung zwischen diesen subsumiert. *Need variables* beinhalten primäre und sekundäre Stressoren, die mit einer Demenzerkrankung assoziiert sein können. Primäre Stressoren umfassen Verhaltens-, kognitive und psychische Symptome der Demenzerkrankung. Wir wissen, dass besonders die nicht kognitive Symptomatik, wie zum Beispiel herausforderndes Verhalten, ein starker Prädiktor für eine Heimeinweisung ist. Zu den möglichen primären Stressoren zählen auch objektive Merkmale der Pflegesituation. Naheliegenderweise haben allein lebende Demenzerkrankte ein besonders ho-

hes Institutionalierungsrisiko [10]. Sekundäre Stressoren beinhalten hingegen die vom pflegenden Angehörigen wahrgenommene Belastung bzw. den wahrgenommenen Stress durch die Pflegesituation und die entsprechenden Rollenanforderungen. *Enabling variables* adressieren die Verfügbarkeit formeller und informeller Versorgungs- und Unterstützungssysteme (Verfügbarkeit von Heimeinrichtungen, ambulanter Pfleger, familiärer und sozialer Unterstützung) für den pflegenden Angehörigen, wie auch individuelle Ressourcen des pflegenden Angehörigen zum Umgang mit der Pflegesituation (z.B. Copingstrategien) [19,20].

Bei der deutlich kleineren Gruppe, die nicht an Demenz erkrankt ist und trotzdem in ein Heim übergeht, spielen depressive Störungen eine wichtige Rolle. Somit lässt sich konstatieren, dass psychische Störungen im Alter die zentralen Gründe für eine neue Institutionalisierungswelle sind.

Altern zu Hause – vielen Senioren ein großes Bedürfnis

Wenig ist darüber bekannt, wie diese Prädiktoren für Heimeinweisungen ineinandergreifen wie die Entscheidungsprozesse für Betroffene und Angehörige ablaufen und welche Möglichkeiten für eine Vermeidung oder einer Verzögerung von Heimeinweisungen vorliegen. Eines ist jedoch unbestritten: Altern zu Hause ist vielen Senioren ein großes Bedürfnis. Dabei gilt es, neue Konzepte zu erwägen und Interventionen zu untersuchen und zu implementieren, die Altern zu Hause ermöglichen bzw. Heimeintritte bei psychischen Störungen im Alter wirkungsvoll hinauszögern [21].

Eine gute, von gerontopsychiatrischer Kompetenz gezeichnete Demenzbehandlung ist eine Grundvoraussetzung. Der aktuelle Fokus auf die (oft noch suboptimale) psychopharmakologische Behandlung muss auf das breite Spektrum von psychosozialen Interventionen bei psychisch Kranken im Alter erweitert werden. Das gilt hinsichtlich einzelner Interventionen am Patienten selbst, aber auch hinsichtlich von Interventionen zur Optimierung der Versorgung auf Systemebene. Gerade zu letzterem bietet die aktuelle deutsche S3-Leitlinie Demenz der DGPPN wenig Handlungsanweisungen [22]. Sozialpsychiatrische Expertise kann hier beitragen. Der Quartiersbezug von Versorgungsangeboten und damit die Gemeindenähe, Kontinuität in der Betreuung, die Personenzentriertheit, eine therapeutische Haltung, die durch Wertschätzung geprägt ist und die Gesundheit pflegender Angehöriger im Blick hat, sind zentral. Diese Elemente haben Eingang und Konkretisierung in den „Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demenzkranke Menschen“ gefunden, die von der Aktion Psychisch Kranke zusammen mit Fachverbänden und Experten aus dem Bereich Gerontopsychiatrie und Altenhilfe im Auftrag des Bundesministeriums erarbeitet wurden [23,24]. Eine vielversprechende Möglichkeit, Altern zu Hause zu fördern, stellen dabei präventive Hausbesuche dar [21]. Sicher müssen wir neue Wege beschreiten, die bürgerschaftliches Engagement, Nachbarschaftshilfe und andere Elemente einschließen.

Wenn die Heimbetreuung unumgänglich ist

In der Praxis haben sich alternative Betreuungsformen in Form von Wohngruppen etabliert, die oft von privaten Anbietern getragen werden. Viele Fragen der Qualitätssicherung sind hier offen [25]. Trotz aller Bemühungen und Nutzung von Alternativen wird einigen psychisch kranken alten Menschen eine Heimbetreuung nicht erspart bleiben. Aktuell sind zwei Drittel aller Heimbewohner mittelschwer oder schwer demenzkrank. Das Pflegepersonal ist nicht darauf eingestellt, fast ausschließlich mit psychisch kranken alten Menschen zu arbeiten. Eine Vollerhebung in Leipziger Pflegeheimen (1903 Bewohner in 27 Heimen mit insgesamt 96 Pflegestationen) konnte mittels einer Mehrebenenanalyse zeigen, dass der hohe Gebrauch an sedierenden Psychopharmaka in Heimen nicht nur mit den individuellen Charakteristika der Bewohner verknüpft ist, sondern sehr wohl, insbesondere was die Verabreichung von Bedarfsmedizin betrifft, vom institutionellen Kontext abhängt z.B. von der Qualifikation des Personals und anderen institutionellen Faktoren [26]. Unterstützung und Training von Pflegepersonal in Heimen als Interventionen, die auf die Organisationsentwicklung in Heimen zielen, sind ebenfalls notwendig. Kuske et al. zeigten in einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit eine Lücke in Hinsicht auf gut evaluierte Trainingsprogramme für das Pflegepersonal in Heimen [27,28]. Das Training soll das Wissen der Helfer verbessern, und damit den wirklichen Adressaten, die Heimbewohner, in Form verbesserter Pflege erreichen.

Großer Forschungsbedarf

Das Forschungsfeld ist enorm und kann nur multidisziplinär bearbeitet werden. Versorgungsforschung, bezogen auf die Zielgruppe psychisch kranker alter Menschen, ist eine Voraussetzung, um sich den Herausforderungen alternder Gesellschaften zu stellen [29,30]. Auch methodisch sind diese Arbeiten anspruchsvoll. Das trifft besonders auf die Rekrutierung der Studienteilnehmer zu. Eine Repräsentativität der Stichprobe ist schwer zu erreichen und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse wird damit eingeschränkt. Die Erhebungsinstrumente müssen an Seh- und Hörschwächen angepasst werden, es müssen Möglichkeiten gefunden werden, wie Informationen von Studienteilnehmern, die nicht mehr befragt werden können, mit anderen Methoden gesammelt oder durch andere Informationsquellen erschlossen werden können [31]. Dies sind nur einige Besonderheiten, die Versorgungsforscher bei Studien im Alter berücksichtigen müssen.

Insgesamt kann konstatiert werden, dass wir sicher neue Konzepte brauchen, um diesen Herausforderungen alternder Gesellschaften zu begegnen – aber ein Blick auf Bewährtes, insbesondere auf die gemeindenahere Organisation der Versorgung mit Schwerpunkt auf „zugehenden“ Formen der Betreuung, kann ein erster Schritt in die richtige Richtung sein. Die Sozialpsychiatrie hat hier konzeptuell und aus ihrer praktischen Erfahrung heraus viel beizutragen.

Literatur

- 1 Sachverständigenkommission der Bundesregierung. Enquete über die Lage der Psychiatrie in der BRD: Schlussbericht der Sachverständigen-Kommission. Bundesdrucksache 7/4200. Bonn: Verlag Dr. Hans Heger, 1975
- 2 Wing JK, Brown GW. Institutionalism and Schizophrenia: A Comparative Study of three Mental Hospitals, 1960–1968. Cambridge: Cambridge University Press, 1970
- 3 http://www.gesundheitsministerkonferenz.de/?&nav=beschuesse_80&id=80_10.02
- 4 Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2008
- 5 Schulz E, Leidl R, König HH. The impact of ageing on hospital care and long-term care – the example of Germany. Health Policy 2004; 67: 57–74
- 6 Statistisches Bundesamt. Leben in Deutschland – Haushalte, Familien und Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2006
- 7 Dekker A, Matthiesen S. Beziehungsformen im Lebensverlauf dreier Generationen. Zeitschrift für Familienforschung 2004; 1: 38–55
- 8 Agüero-Torres H, Strauss E von, Viitanen M et al. Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. J Clin Epidemiol 2001; 54: 795–801
- 9 Weyerer S, Schäufole M, Hendlmeier I. Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. Z Gerontol Geriatr 2005; 38: 85–94
- 10 Luck T, Lippa M, Weber S et al. Time until Institutionalization in Incident Dementia Cases – Results of the Leipzig Longitudinal Study of Age (LEILA75+). Neuroepidemiology 2008; 31: 100–108
- 11 Quentin W, Riedel-Heller SG, Lippa M et al. Cost-of-illness studies of dementia: a systematic review focusing on stage dependency of costs. Acta Psychiatr Scand 2009 e-first: DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01461.x
- 12 Hallauer J, Schons M, Smala A et al. Untersuchungen von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2000; 5: 73–79
- 13 Bickel H. Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgung. Z Gerontol Geriatr 2001; 34: 108–115
- 14 Lippa M, Luck T, Brähler E et al. Prediction of Institutionalisation in dementia: A systematic review. Dement Geriatr Cogn Dis 2008; 26: 65–78
- 15 Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ et al. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. Gerontologist 1990; 30: 583–594
- 16 Pruchno RA, Michaels JE, Potashnik SL. Predictors of institutionalization among Alzheimer disease victims with caregiving spouses. J Gerontol 1990; 45: S259–S266
- 17 Andersen RM. Behavioral Model of Families' Use of Health Services. Research Series No. 25. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 1968
- 18 Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 1995; 36: 1–10
- 19 Lippa M, Luck T, Weyerer S et al. Gender differences in predictors of nursing home placement in the elderly: a systematic review. Int Psychogeriatr 2009; 21: 1015–1025
- 20 Lippa M, Luck T, Weyerer S et al. Prediction of Institutionalization in the Elderly. A systematic Review. Age Ageing 2010; 39: 31–38
- 21 Fleischer S, Roling G, Beutner K et al. Growing old at home – a randomized controlled trial to investigate the effectiveness and cost-effectiveness of preventive home visits to reduce nursing home admissions: study protocol [NCT00644826]. BMC Pub Health 2008; 28: 185–192
- 22 <http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/leitlinien/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf>
- 23 Aktion Psychisch Kranke e. V. Psychisch kranke alte und demente Menschen (PAD): Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2009
- 24 <http://www.apk-ev.de/public/projekte.asp?pid=6&bid=68&mod=User>
- 25 Nübling R, Schrempp C, Kress G et al. Quality assurance and total quality management in residential home care. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2004; 47: 33–40
- 26 Sonntag A, Matschinger H, Angermeyer MC et al. Does the Context Matter? Utilization of Sedative Drugs in Nursing Homes – A Multilevel Analysis. Pharmacopsychiatry 2006; 39: 142–149
- 27 Kuske B, Hanns S, Luck T et al. Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. Int Psychogeriatr 2007; 19: 818–841
- 28 Kuske B, Luck T, Hanns S et al. Training in dementia care: a cluster-randomised controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. Int Psychogeriatr 2009; 21: 295–308
- 29 Riedel-Heller SG, Bramesfeld A, Roick C et al. Der Ruf nach mehr Versorgungsforschung. Psychiatr Prax 2008; 35: 157–159
- 30 Riedel-Heller SG. Sozialpsychiatrie als Forschungsfeld – Antworten auf die Fragen von morgen. Neuropsychiatrie 2009; 23: 249–252
- 31 Riedel-Heller SG, Schork A, Matschinger H et al. Recruitment procedures and their impact on the prevalence of dementia. Results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+). Neuroepidemiology 2000; 19: 130–140