

Bayerisches Staatsministerium für  
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

**Bericht der Arbeitsgruppe 4  
„Gerontopsychiatrie“**

**zur Fortschreibung des  
Zweiten Bayerischen Landesplans zur Versorgung  
psychisch Kranker und psychisch Behinderter**

**Leitung:**

**Dr. Michael Schüler**

**Ltd. Arzt der Gerontopsychiatrie und  
Stv. Chefarzt der Klinik für Psychiatrie  
am Bezirkskrankenhaus Bayreuth**

**Hinweis:**

Der Bericht der Arbeitsgruppe gibt ausschließlich das konsentierete Ergebnis der Arbeitsgruppe wieder. Die Bayerische Staatsregierung hat keinen Einfluss auf die Inhalte des Arbeitsgruppenberichts genommen und macht sich diese daher nicht zu Eigen.

## Gerontopsychiatrie in Bayern

### Definition und Problembeschreibung

Gerontopsychiatrie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie und umfasst die Lehre von den psychischen Erkrankungen des älteren Menschen. Die Altersgrenze zur Allgemeinpsychiatrie wird weltweit unterschiedlich gezogen, im Allgemeinen liegt sie am Beginn des Eintritts ins Rentenalter, in der BRD bei 60 und 65 Jahren.

Gerontopsychiatrie ist mit Bereichen der Geriatrie sowie der Altenhilfe verwoben, bezieht psychotherapeutisches Wissen in die Erkenntnisse der verschiedenen gerontopsychiatrischen Subdisziplinen in ihre Denk- und Handlungsweise ebenso ein wie Erkenntnisse vieler weiterer wissenschaftlicher Disziplinen. Im Sinne des interdisziplinären Charakters bestehen Schnittstellen zu allen Bereichen des sozialen Lebens. Dies erfordert auch eine Öffnung und Qualifizierung der Gerontopsychiatrie für die Anliegen der Migranten und deren Integration in die bundesdeutsche Wertegemeinschaft.

Gerontopsychiatrische Kompetenz erstreckt sich nicht nur auf die Diagnosestellung und medizinische Behandlung, sondern auch auf ein gerontopsychiatrisches Assessment, eine teambezogene multiprofessionelle Arbeitsweise und die Kooperation mit den regionalen Einrichtungen der Altenhilfe und der Psychiatrie. Das Ziel richtet sich auf den primären Erhalt oder die Wiederherstellung einer selbstbestimmten Lebensführung.

Durch die demographische Veränderung unserer Gesellschaft kommt nach den psychischen Alterserkrankungen eine wachsende Bedeutung zu. Je nach Studie und Untersuchungsmethode leiden 20 - 40 % aller über 65-jährigen Bürger/Bürgerinnen an einer behandlungsdürftigen psychischen Erkrankung im Sinne der ICD-10. Nach Altersstudien entfallen auf

- leichte Demenzen ca. 5 %
- mittelschwere und schwere Demenzen ca. 7 %
- leichte Depression, psychoreaktive Störungen ca. 10 %

- mittel bis schwere depressive Syndrome ca. 2 %
- Schizophrenien und paranoide Syndrome ca. 1 %
- Abhängigkeit von Medikamenten und/oder Alkohol ca. 2,5 %

Weitere epidemiologische Untersuchungen sind dringend notwendig, um die Versorgungsstruktur den Bedürfnissen der betroffenen Menschen anzupassen, nicht zuletzt unter dem Aspekt der Wechselwirkungen von soziokulturellen Veränderungen und psychischen Erkrankungen im Alter.

Eine zeitgemäße und bedarfsorientierte Versorgung psychisch kranker, alter Menschen steht unter den Paradigmen der Multiprofessionalität, der Gemeindenähe (aufsuchender Charakter) und soll patientenorientiert sein (Care- und Case-Management).

Die historisch gewachsene Fragmentierung unserer Versorgungssysteme muss insbesondere für schwer- und chronisch Kranke schrittweise überwunden werden, sowohl auf der Ebene der Behandlungseinrichtung als auch bei der Finanzierung, den Richtlinien und administrativen Rahmenbedingungen. Künftige Planungen müssen sich an zu erbringenden Leistungskomplexen orientieren und hinsichtlich der Beteiligten größtmögliche Flexibilität zulassen.

Ein Ausbau gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen ist notwendig. Nachdem auch bei den Hochbetagten mehrheitlich das Bedürfnis besteht, den Lebensabend in der gewohnten Umgebung zu verbringen, ist es unabdingbar, die Voraussetzungen für ambulante und teilstationäre Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen auszubauen, zu verbessern oder neu zu schaffen.

Im Leitbild eines jeden Leistungserbringers müssen Aussagen zum Umgang mit den betroffenen Patienten und ihren Angehörigen, zur gesellschaftlichen Einbettung der Einrichtung und ihrer Leistungen zu finden sein. Bei der gerontopsychiatrischen Pflege sind die Ressourcen der Betroffenen der zentrale Gesichtspunkt. Qualitätssicherung ist aufgrund der gesetzlichen und gesellschaftlichen Vorgaben in allen Bereichen unverzichtbar.

Im Rahmen von Gesundheitsberichten soll das Bayerische Sozialministerium daher regelmäßig Informationen über Maßnahmen und Angebote der unterschiedlichen Träger

vermittelt bekommen. Im regionalen Bereich sollen die künftig zu schaffenden gerontopsychiatrischen Verbände, bestehend aus Teilnehmern aller Bereiche der Altenhilfe sowie der voll- und teilstationären wie ambulanten gerontopsychiatrischen Diagnostik- und Therapieangebote die entsprechenden Qualitätsberichte fertigen, sammeln und an die Öffentlichkeit transportieren. Die hierzu einzuführende standardisierte Dokumentation muss für alle Bereiche und Berufsgruppen transparent sein (inklusive Ärzte). Entsprechende konkretisierende Module sollen von Arbeitsgruppen erarbeitet werden. Sie sollen Grundlage o.g. Gesundheitsberichte sein.

**Ziele der Gesamtversorgung sind:**

- Sicherstellung notwendiger diagnostischer, therapeutischer und begleitender Angebote
- niedrighschwelliger Zugang zu allen Versorgungsangeboten
- Kontinuität der Behandler und Hilfen
- Beteiligung und Mitwirken der Psychiatrieerfahrenen
- Einbeziehung der Angehörigen
- Übernahme der regionalen Verantwortung seitens der Kommunen bei Planung und Steuerung gerontopsychiatrischer Versorgung
- Stärkung der Prävention (Früherkennung)
- Stetes Angebot an Fort- und Weiterbildung für alle Mitglieder des gerontopsychiatrischen Verbundes

**Gegenwärtige Problematik:**

Die aufsuchenden Angebote der ambulanten Leistungserbringer zur Vermeidung stationärer Klinikaufnahmen (gerontopsychiatrische Ambulanzen, niedergelassene Ärzte, sozialpsychiatrische bzw. gerontopsychiatrische Dienste) sind vielerorts weder flächen- noch kostendeckend und müssen in zukünftigen Leistungsvereinbarungen mit den Kostenträgern angemessener honoriert werden.

Die Finanzierung der ambulanten und stationären Pflege wurde im Rahmen des SGB XI, dem Pflegeversicherungsgesetz, geregelt. Dieses greift jedoch bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen zu kurz, da die Definition des Pflegeversicherungsbegriffs die spezifische gerontopsychiatrische Pflege und notwendige psychosoziale Betreuung ausschließt. Weiterhin entspricht die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit als Voraussetzung für die Pflegestufen des SGB XI nicht der derzeit anerkannten psychiatrischen Nomenklatur. Weitergehende Hilfestellungen für Menschen mit gerontopsychiatrischen Störungen (Tagesstruktur, allgemeine Beaufsichtigung bei selbstgefährdetem Verhalten, etc.) haben für die Feststellung des Hilfebedarfs nach SGB XI keine Bedeutung. Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz greift diese Problematik zwar erstmals auf, ist in der aktuell bestehenden Form aber unzureichend.

**Aus dieser Problematik können sich folgende negative Konsequenzen ergeben:**

- Nichtberücksichtigung vorliegender gerontopsychiatrischer Pflegebedürfnisse (s.o.)
- Rückzug, Vereinsamung, Verwahrlosung, Unterernährung, Austrocknung, Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit
- Überforderung und Überlastung der pflegenden Angehörigen
- Vermehrte Erfordernis stationärer und damit teurerer Behandlungsmaßnahmen

Die häusliche Krankenpflege nach § 37 a SGB V mit spezifisch-psychiatrischen Inhalten der Behandlungspflege ist zwar per Gesetz ermöglicht worden, dementielle Erkrankungen bleiben jedoch unverständlicherweise unberücksichtigt.

## **1. Stationärer Versorgungsbereich**

### **1.1 Psychiatrisches Krankenhaus und psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus**

Obwohl auch im höheren Lebensalter viele psychischen Erkrankungen ambulant behandelt werden können, sind stationäre Krankenhauseinweisungen zur Krisenintervention,

beispielsweise bei schweren Depressionen mit Suizidalität oder bei ausgeprägten Verhaltensstörungen im Verlauf von dementiellen Störungen erforderlich. Ein stationärer Aufenthalt ist in gewissen Fällen auch zur diagnostischen Klärung notwendig. Von den Kliniken sind spezielle Angebote vorzuhalten, um den unterschiedlichen therapeutischen Bedürfnissen der Patienten, vor allem Demenzkranken und Menschen mit depressiven Störungen, gerecht zu werden. Besonders berücksichtigt werden sollen dabei die typischen Lebensprobleme des Alters, Milieugestaltung und Angehörigenarbeit.

Die Multimorbidität der Betroffenen und die Komplexität ihrer Probleme erfordern eine ganzheitliche Sichtweise und bedürfen der speziellen gerontopsychiatrischen Kompetenz der Behandler. Teamarbeit und Vernetzung aller beteiligten Berufsgruppen sind notwendig (inklusive der Einbeziehung von Angehörigen- und Selbsthilfegruppen).

Wichtig sind die Bereithaltung von überschaubaren Gruppenstrukturen für die Patienten und eine möglichst konstante Zuordnung von Pflegekräften (Beziehungspflege). Ergotherapie, physikalische Therapie, sozialpädagogische Kompetenz und psychotherapeutische Angebote sind in den Gesamtbehandlungsplan zu integrieren.

Die stationäre Gerontopsychiatrie erfüllt neben ihren Versorgungsaufgaben eine wichtige Funktion als diagnostische Instanz, die aufgrund der Multimorbidität älterer Patienten oft einen höheren personellen und instrumentellen Aufwand erfordert, der ambulant oder teilstationär häufig nicht geleistet werden kann.

Die Entlassung soll rechtzeitig unter Einbeziehung der nachsorgenden ambulanten und teilstationären Dienste vorbereitet werden (gerontopsychiatrischer Verbund).

## **1.2 Somatisches Krankenhaus**

Gerontopsychiatrische Patienten sollten bei vorrangiger psychiatrischer Behandlungsindikation in den entsprechenden gerontopsychiatrischen Fachabteilungen behandelt werden. Im somatischen Krankenhaus müssen Baulichkeit und organisatorische Abläufe zukünftig auf die Bedürfnisse gerontopsychiatrischer Patienten abgestimmt werden, da sich ein Großteil der Patienten der somatischen Kliniken im höheren Lebensalter befindet.

Von den Mitarbeitern somatischer Krankenhäuser ist eine gerontopsychiatrische Basiskompetenz zu erwerben.

In somatischen Krankenhäusern sind flächendeckend gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisonsdienste einzurichten, die im Bedarfsfall zu Rate zu ziehen sind.

Interdisziplinäre Versorgungsangebote (z.B. gemeinsame gerontopsychiatrisch-geriatrische Stationen) sollten an verschiedenen hierfür geeigneten Orten in Bayern erprobt werden.

### **1.3 Alten- und Pflegeheime**

Der Anteil gerontopsychiatrisch erkrankter Heimbewohner liegt in vielen Heimen zwischen 50 und 70 %. Die häufigste Erkrankung in stationären Pflegeeinrichtungen ist die Demenz, gefolgt von depressiven Störungen. Vorzugsweise sollten alte Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen diagnosebezogen in kleinen überschaubaren familienähnlichen Einheiten versorgt werden. Die geschlossene Unterbringung muss die Ausnahme darstellen.

Der Personalbedarf Pflege für psychisch kranke Heimbewohner ist aus o.g. Gründen höher und qualifizierter anzusetzen, als bei rein somatisch-pflegebedürftigen. Eine Personalbemessung im Sinne einer komplementären Psych-PV ist daher anzustreben.

Die fachliche Präsenz (Facharzt, gerontopsychiatrische Ambulanz, o.ä.) in Form von regelmäßigen Heimbesuchen oder Sprechstunden im Heim ist durch den gerontopsychiatrischen Verbund sicherzustellen.

Bei den baulichen Gegebenheiten sind unter milieuthérapeutischen Gesichtspunkten die speziellen gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder zu berücksichtigen (Empfehlungen KDA).

## **2. Ambulanter teilstationärer Versorgungsbereich**

### **2.1 Niedergelassene Fachärzte und Allgemeinärzte**

Niedergelassene Ärzte kennen in der Regel die familiären und sozialen Verhältnisse ihrer Patienten über lange Zeiträume, behandeln meist die ganze Familie und sind somit mit der Situation bestens vertraut. Nachdem sie die psychosoziale Betreuung vor Ort nicht durchführen können, schalten sie häufig die komplementären ambulanten Hilfsdienste wie z.B. die örtlichen Sozialstationen ein. Diese Form der Zusammenarbeit hat sich sehr gut bewährt. Verbesserungswürdig ist die Beteiligung von mobilen gerontopsychiatrischen Diensten, Zusammenarbeit mit gerontopsychiatrischen Zentren oder Zentren für seelische Gesundheit im Alter. Problematisch im Bereich der Behandlung ist die häufige Verordnung von Psychopharmaka durch Hausärzte ohne die Hinzuziehung des Facharztes. Gerade auf dem Gebiet der Arzneimittelneben- aber auch -wechselwirkungen im höheren Alter besteht für viele Ärzte ein dringender Fortbildungsbedarf.

Im Bereich der Psychotherapie erreichen die Angebote in der Regel nicht die älteren Menschen, weder ambulant noch stationär. Nicht zuletzt unter dem Aspekt der zu erwartenden demographischen Entwicklung bedarf es hier weiterer Kompetenzvermittlung und intensiverer Anwendung verschiedener Psychotherapieformen in Einzel- und Gruppentherapie im Alter.

Die Gründung von gerontopsychiatrischen-psychotherapeutischen, multiprofessionell orientierten Schwerpunktpraxen soll besonders gefördert werden und ein regelmäßiger Bericht der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns über die Entwicklung an das Sozialministerium erfolgen.

### **2.2 Gerontopsychiatrische Institutsambulanzen:**

Gerontopsychiatrische Institutsambulanzen werden im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages tätig (§§ 118, 120 SGB V). Eine Besonderheit liegt in dem Aufsuchen und dem multiprofessionellen Charakter der Arbeit.



### **2.3 Gerontopsychiatrische Dienste:**

Nach dem Modell der gerontopsychiatrischen Dienste München (GPDI München) sollen solche mobilen Dienste bayernweit eingerichtet werden. Sie sind geeignet, eine große Zahl gerontopsychiatrischer Patienten in ihrer gewohnten Umgebung zu betreuen und zu behandeln. Damit lassen sich häufig sonst notwendige stationäre Behandlungen oder Heimunterbringungen verzögern oder ganz vermeiden.

Unabdingbar ist die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten sowie den gerontopsychiatrischen Ambulanzen.

### **2.4 Sozialstationen:**

Sozialstationen bieten als aufsuchende Einrichtungen sehr gute Voraussetzungen zur Übernahme von Aufgaben einer gerontopsychiatrischen ambulanten Versorgung. Ihre Kontaktstruktur ist aufsuchend, sie sind in die örtlichen Versorgungsstrukturen eingebunden und genießen hohe Akzeptanz in der Bevölkerung. Notwendig ist allerdings die Angliederung von gerontopsychiatrischen Funktionen an die Sozialstationen und breite Kompetenzvermittlung in gerontopsychiatrischen Fragestellungen, wie dies modellhaft in der Vergangenheit in verschiedenen Regionen, z.B. flächendeckend im Landkreis Bayreuth, erfolgreich erprobt wurde. Durch Vernetzung mit gerontopsychiatrischen Zentren oder vergleichbaren gerontopsychiatrischen Verbänden kann dieses Angebot, insbesondere in ländlichen Versorgungsgebieten, zum Regelfall werden.

### **2.5 Gerontopsychiatrische Tageskliniken:**

Eine gerontopsychiatrische Tagesklinik dient der teilstationären Akutbehandlung gerontopsychiatrischer Patienten als Teil des gerontopsychiatrischen Verbundes und versorgt vor allem Menschen in Lebenskrisen.

## **2.6 Gerontopsychiatrische Tagespflegestätten:**

Gerontopsychiatrische Tagesstätten betreuen bevorzugt demente Menschen mit entsprechend hohem Pflegebedarf. Daneben bieten sie Leistungen zur Tagesstrukturierung und sind damit ein notwendiges ergänzendes Angebot, nicht zuletzt zur Entlastung pflegender Angehöriger. Insofern sollte jedes Versorgungsgebiet eine Tagesstätte für psychisch kranke alte Menschen vorhalten.

## **2.7 Gerontopsychiatrische Zentren bzw. Zentren für seelische Gesundheit im Alter:**

Dringend verbesserungswürdig bleibt eine flächendeckende poststationäre gerontopsychiatrische Nachsorge, durch die eine fachliche Weiterbegleitung gewährleistet wird. Diese kann sowohl durch gerontopsychiatrische Zentren oder Zentren für seelische Gesundheit im Alter wie auch dringend zu schaffende Schwerpunktpraxen niedergelassener Fachärzte erfolgen. Das gerontopsychiatrische Zentrum besteht aus der organisatorischen Verknüpfung von Tagesklinik, Ambulanz und Beratungsstelle, die meist an eine gerontopsychiatrische Abteilung eines Krankenhauses angebunden sind. Solche Zentren sind umfassende Assessment- und Clearingstellen für alle am gerontopsychiatrischen Verbund Beteiligten. Als Motor für die Entwicklung gerontopsychiatrischer Angebote dienen sie der Koordination der einzelnen gerontopsychiatrischen Maßnahmen sowie Fortbildungsleistungen und der Öffentlichkeitsarbeit.

## **3. Gemeinwesenorientierte Arbeit**

Der Aufbau von ehrenamtlichen Betreuungsstrukturen ist eine Aufgabe, für die innerhalb der Regelversorgung Raum geschaffen werden muss. Die Kostenfrage darf dabei kein Hinderungsgrund sein. Ehrenamtliche Strukturen lassen sich etablieren, wenn es gelingt, verschiedene Kostenträger dafür zu gewinnen. Dies ersetzt jedoch nicht den o.g. erforderlichen Aufbau der komplementären ambulant-teilstationären Versorgungsstrukturen.

### **3.1 Ressourcen der Betroffenen:**

Auch psychisch kranke ältere Menschen, unabhängig vom jeweiligen Krankheitsbild, besitzen die Fähigkeit, ihre persönlichen Ressourcen in die Umwelt einzubringen und umgekehrt Ressourcen aus der Umwelt für sich zu erschließen. Deshalb sind die Fähigkeiten bzw. Kompetenzen älterer Menschen mit psychischen Krankheiten vorrangig zu fördern.

### **3.2 Familiäre Ressourcen:**

Die Angehörigen von psychisch kranken Menschen tragen die Hauptlast der Versorgung und sind damit in physischer wie psychischer Sicht nicht nur stark gefordert, sondern auch gesundheitlich gefährdet. Neben depressiven Erkrankungen sind vor allem Nervosität, Erschöpfungszustände und Schlafstörungen zu nennen. Eigene Bedürfnisse kommen zu kurz bzw. werden immer wieder zurückgestellt und schließlich aufgegeben. Die Folge ist der Rückzug aus bisher gepflegten eigenen sozialen Beziehungen, Vereinsamung und Isolation.

Die daraus entstehenden Folgekosten für das Gesundheitswesen werden aktuell unzureichend beachtet (Kranke, Angehörige, Kostengeld). Alle wissenschaftlichen Untersuchungen der vergangenen Jahre kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die überwiegende Mehrheit der Erkrankten in Privathaushalten von ihren Angehörigen betreut und versorgt wird. Eine Vielzahl pflegender Angehöriger hat zumeist selbst schon die Lebensmitte überschritten. Informelle, psychosoziale und emotionale Beratung und Unterstützung der Pflegepersonen durch hauptberufliche Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen gewinnen daher immer mehr an Bedeutung. Angehörigengruppe und Gesprächskreise, niederschwellige Entlastungsangebote (Pflegeleistungsergänzungsgesetz), Kur- und Erholungsangebote sowie Beratung (beispielsweise in gerontopsychiatrischen Zentren und gerontopsychiatrischen Diensten) sind daher zu fördern und auszubauen.

### **3.3 Außerfamiliäre Ressourcen:**

Neben der besseren Vernetzung und Nutzung vorhandener Kooperationsstrukturen, die den niedergelassenen Arzt genauso einschließen wie die Nachbarschaftshilfe der Pfarrei oder kommunale Dienste wie etwa Feuerwehr, geht es darum, Angehörige wie auch freiwillige Helfer für den Umgang mit dem Kranken besser zu qualifizieren. Als richtungweisend wird angesehen, dass sich für diese Form der Ressourcenerschließung besonders alle Arten von offenen Einrichtungen (wie z.B. Beratungsangeboten/Beratungsstellen) für unterschiedlichste Zielgruppen, die mit Senioren/Seniorinnen und deren Angehörigen in Kontakt kommen (Seniorenbegegnungsstätten, Alten- und Servicezentren, gerontopsychiatrische Fachstellen etc.) eignen. Sie arbeiten an den Nahtstellen der ambulanten und stationären Versorgungsangeboten.

## **4. Gerontopsychiatrische Fort- und Weiterbildung**

Grundsätzlich gilt, dass die inhaltlichen Schwerpunkte von Fortbildungsangeboten speziell die altersspezifischen Aspekte psychiatrischer Erkrankungen in den Mittelpunkt des Wissenstransfers auch bereits existierender Angebote stellen.

Die deutschsprachigen gerontopsychiatrischen Fachgesellschaften streben aktuell die Erstellung eines gemeinsamen gerontopsychiatrischen Curriculum an. Dessen Notwendigkeit erschließt sich aus den unabwiesbaren Defiziten in Grundkenntnissen der Ärzteschaft zur Diagnostik, Management und Therapie von gerontopsychiatrischen Erkrankungen, auch unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

Die Vermittlung der Inhalte des Curriculums soll an speziellen Bildungszentren durch hierfür von den Gesellschaften benannten Dozenten erfolgen.

Viele ambulante gerontopsychiatrische Aufgaben werden zukünftig von Pflegediensten übernommen werden. Daher soll in Bayern ein Netzwerk von Wissenschaft und Praxis, auch im Bereich Pflege, geschaffen werden. Ziel ist es, einen Wissenstransfer zwischen den Gebieten Gerontopsychiatrie, Geriatrie, Gerontologie und den Pflegewissenschaften zu ermöglichen.

Insbesondere Hausärzte sind Zielgruppen gerontopsychiatrischer Fort- und Weiterbildung. Hier müssen künftig in über die Landesärztekammern zwingend einzurichteten Kurse mit mindestens 30 Unterrichtseinheiten Kenntnisse der gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder und -verläufe vermittelt werden, ebenso von Behandlung, Prävention und Rehabilitation gerontopsychiatrischen Störungen sowie Kenntnisse von Psychopharmakawirkung, -nebenwirkung und -wechselwirkungen sowie Indikationen und Verfahren alterns psychotherapeutischer Angebote.

#### **4.1 Gerontopsychiatrische Fachpflege**

Trotz vielseitiger Bemühungen des Bayerischen Landespflegeausschusses ist insbesondere die gerontopsychiatrische Fachpflege in den Heimen nicht ausreichend gewährleistet. Seitens der Träger ist Sorge zu tragen - notfalls auch unter den Supervisionen der Pflegekassen des MDK Bayern -, dass die Beschlüsse des Landespflegeausschusses in Bezug auf die gerontopsychiatrische Fort- und Weiterbildung flächendeckend umgesetzt werden.

Die bereits existierenden Fort- und Weiterbildungsangebote für Pflegedienste müssen dringend ausgebaut werden (Inhouseangebote).

#### **5. Abschließende Bemerkung:**

##### **Vernetzung in ein regionales Verbundsystem**

Für alle vorgenannten Leistungserbringer besteht eine Verpflichtung zur Teilnahme an Planungs- und Koordinierungsgremien des Versorgungsgebietes. Dies entspricht dem Integrationsdenken der gemeindenahen Psychiatrie. Die Installation gerontopsychiatrischer Verbundsysteme soll flächendeckend erfolgen. Der gerontopsychiatrische Verbund ist Bestandteil des gemeindepsychiatrischen Verbundes und bildet aufgrund der Zielgruppe und der Leistungsangebote ein eigenständiges Netzwerk. Die Netzwerkpflge ist dringliche Aufgabe. Hierfür sind Koordinationsstellen vorzusehen.