

Psychen

PSYCHIATRIE-REPORT
LVR-KLINIKVERBUND

Gerontopsychiatrie
2023

Inklusion und Menschenrechte im LVR

Die erfolgreiche Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ist dem Landschaftsverband Rheinland ein besonderes Anliegen. Der LVR-Klinikverbund leistet hierzu wichtige Beiträge.

Das kommt auch in den Jahresberichten zum **LVR-Aktionsplan „Gemeinsam in Vielfalt“** zum Ausdruck, die ausgewählte Aktivitäten des gesamten Verbandes zeigen und zur Diskussion stellen.

Der Aktionsplan und die Jahresberichte sind hier verfügbar: www.inklusion.lvr.de

Vielfalt und Gerechtigkeit, der Schutz von Menschenrechten und Maßnahmen zur Antidiskriminierung stehen allen Menschen zu, für die der LVR arbeitet und die für den LVR arbeiten. Das beschreibt seit 2021 das **LVR-Diversity-Konzept „Vielfalt und Gerechtigkeit im LVR“**.

Herzlich willkommen!

Was ist das überhaupt, das Alter? So unterschiedlich die Persönlichkeiten, so verschieden ihre Lebenssituationen: Da sind die „jungen Alten“, die gerade erst an der Schwelle zum Ruhestand stehen. Genauso wie Menschen über 70, schon erfahren darin, ihren Alltag als Senior*in nach ihren Wünschen einzurichten. Oder Hochbetagte, die ihren 80. Geburtstag weit hinter sich gelassen haben. Sie leben allein, mit Partner*in oder, wenn auch seltener geworden, mit der Familie zusammen. Viele lange noch komplett selbstständig, andere im betreuten Wohnen, in Senior*innen- oder Pflegeheimen. Erkrankten ältere Menschen psychisch, brauchen sie psychiatrische Hilfe, die ihren Bedürfnissen gerecht wird. Was 20-Jährigen bei einer Depression hilft, muss für jemanden mit über 80 nicht das Mittel der Wahl sein.

Die gerontopsychiatrischen Angebote des LVR-Klinikverbundes stellen sich der vielfältigen Realität älterer Menschen im Rheinland, das soll diese vierte Ausgabe des Psychiatrie-Reports „Psychen“ verdeutlichen. Wer psychiatrische Unterstützung benötigt, kann auf ambulante Hilfen ebenso vertrauen wie etwa auf Gedächtnissprechstunden, Tageskliniken und stationäre Einrichtungen mit spezialisierten Behandlungsansätzen. Klar ist: Die Erkenntnisse der modernen Gerontopsychiatrie können viel zum Wohlbefinden in den späteren Jahren beitragen. Dank digitaler Tools und wohnortnaher Vernetzung ist es heute möglich, auch mit einer psychischen Erkrankung und körperlichen Einschränkungen weitgehend selbstständig zu leben. Innovative Therapieformen, vor wenigen Jahren noch undenkbar, machen Hoffnung und schaffen neue Freiräume für die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen.



Was mir besonders wichtig ist: Diese Ausgabe von „Psychen“ soll Mut machen und aufzeigen, dass wir selbst großen Einfluss darauf haben, wie es in den späten Jahren um unsere psychische Balance steht. Wer aktiv bleibt und sich frühzeitig Hilfe sucht, wenn etwas aus dem Gleichgewicht gerät, hat beste Chancen auf mentale Gesundheit im Alter. Das gilt auch für die vielen Menschen, die sich für erkrankte Senior*innen einsetzen, seien es professionell Helfende, Angehörige oder die vielen engagierten Ehrenamtler*innen. Zufriedene, genussvolle Momente zu erleben ist keine Frage des Geburtsdatums, auch mit gesundheitlichen Einschränkungen kann der Alltag viel Freude bereithalten. Es ist eine Gemeinschaftsaufgabe, diese Freude immer wieder zu ermöglichen – und das Alter als positive Lebensphase zu gestalten.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre!

Martina Wenzel-Jankowski

LVR-Dezernentin Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen



_ Liebe Leser*innen,

schon heute ist jeder fünfte Mensch, der in Nordrhein-Westfalen lebt, älter als 65 Jahre. Im Jahr 2040 wird es jeder dritte sein, so die Prognose des Altenberichts des Landes aus dem Jahr 2020. Doch weder der demografische Wandel noch eine veränderte Darstellung von „jungen Alten“ haben an der altbekannten Konnotation von Alter etwas geändert. Im Gegenteil, die Bilder aktiver Senior*innen tragen noch mehr zur Tabuisierung bei, weil sie gesundheitliche Einschränkungen völlig ausblenden. Dabei sollte uns allen bewusst sein, dass körperliche und auch psychische Probleme im höheren Alter nichts Ungewöhnliches sind – und trotzdem viel Lebensqualität möglich ist.

Nicht erst die Corona-Krise hat gezeigt, dass dafür eine angemessene Versorgung gerade derjenigen nötig ist, die in besonderem Maße auf Hilfe angewiesen sind. Als kommunaler Klinikträger fühlen wir uns in besonderer Weise dazu verpflichtet, ihre Rechte zu schützen und ihre Selbstbestimmung zu wahren. Maßstab dafür ist nicht zuletzt die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die die Bundesrepublik Deutschland 2008 ratifiziert hat.

Das besondere Verdienst dieser Konvention: Sie hat konkretisiert, was die allgemeinen Menschenrechte bezogen auf die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen bedeuten. Die UN-BRK formuliert also keine neuen Rechte, sondern betrachtet Menschen mit einer Beeinträchtigung als Teil der Vielfalt menschlichen Lebens. Es spielt keine Rolle, ob eine Beeinträchtigung etwa von Geburt an besteht oder erst im späteren Leben altersbedingt auftritt. Zentrales Ziel der UN-BRK ist es, allen Menschen die volle gesellschaftliche Teilhabe und Zugang zur gesamten Umwelt zu ermöglichen, Diskriminierung abzubauen und Chancengleichheit zu schaffen sowie Autonomie und Unabhängigkeit zu achten.

Im Bereich seelische Gesundheit trägt der LVR-Klinikverbund mit seinen neun psychiatrischen Kliniken dazu bei, dieses Ziel zu erreichen. Auf übergeordneter Ebene – für den gesamten LVR – spiegelt sich dieser Grundsatz im Aktionsplan „Gemeinsam in Vielfalt“ wider. Der Aktionsplan, an dem wir unser Handeln ausrichten, ist aus den allgemeinen Grundsätzen der UN-BRK und den Handlungsfeldern des LVR abgeleitet. „Die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im LVR ausgestalten“ oder „Die Personenzentrierung im LVR weiterentwickeln“ sind Ziele, die wir hier unter anderem formuliert haben. So verankern wir die menschenrechtlichen Anliegen der UN-BRK dauerhaft in unserer Arbeit und fördern mit entsprechenden Maßnahmen die Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigung in der Gemeinschaft.

Die folgenden Projekte geben einen Einblick, wie dieses Anliegen in unseren Kliniken umgesetzt wird.

Ulrike Lubek

Direktorin des Landschaftsverbandes Rheinland

_ Liebe Leser*innen,

dass der demografische Wandel unser Gesundheits- und Sozialsystem in der Bundesrepublik Deutschland schon jetzt vor große Herausforderungen stellt, merken wir alle. Dass auch die psychiatrische Versorgung maßgeblich betroffen ist, wird viel zu oft außer Acht gelassen. Sowohl die Zunahme psychischer Erkrankungen als auch der medizinische Fortschritt implizieren veränderte Anforderungen an die psychiatrische Versorgung der Menschen im Rheinland. Wie schaffen wir es, diesen Anforderungen gerecht zu werden?

Primär durch eine Anpassung entsprechender Behandlungs- und Versorgungsstrukturen. Denn innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie sind deutliche Verschiebungen von den 18- bis 65-Jährigen hin zu den über 65-Jährigen zu erwarten. Das bedeutet unter anderem, dass spätestens ab Mitte der 2030er-Jahre die Altersgruppe der Hochbetagten, ab etwa 80 Jahren, deutlich anwächst und damit neue Herausforderungen auf die gerontopsychiatrischen Abteilungen zukommen.

Seit dem Jahr 2012 gehört „Gesund älter werden“ zu den zehn nationalen Gesundheitszielen, die das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den Ländern entwickelt hat. Der LVR-Klinikverbund mit seinen neun psychiatrischen Fachkliniken bietet ein breites Spektrum von Hilfen für psychisch erkrankte Senior*innen aller Altersstufe, um dieses Ziel zu erreichen.

Zahlreiche Anträge und Initiativen der Landschaftsversammlung Rheinland haben dazu beigetragen, Behandlungskonzepte und -strukturen in den LVR-Kliniken im Bereich Gerontopsychiatrie zu modernisieren und zukunftsweisende Projekte voranzutreiben. Sei es im stationären Bereich mit einer Etablierung ver-



schiedener Behandlungsansätze, in den Tageskliniken, die es Erkrankten erlauben, in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben, oder mit ambulanten, niedrigschwelligen Behandlungs- und Beratungsangeboten in Wohnortnähe. Immer mit dem Ziel, die Behandlung auf die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen zuzuschneiden, um sie bestmöglich zu unterstützen.

Dabei liegt der Fokus der Behandlung nicht nur auf den direkt Betroffenen. Auch sich kümmernde Angehörige brauchen Hilfe. Mit vielfältigen Unterstützungsangeboten leisten die LVR-Kliniken hierzu einen wichtigen Beitrag. Darüber hinaus gilt es – mehr denn je –, das gesamte soziale System einzubeziehen und Strukturen zu schaffen, die es psychisch Erkrankten aller Altersstufen ermöglichen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

Lesen Sie in diesem Heft, wie der LVR-Klinikverbund diesen Herausforderungen begegnet.

Ilona Schäfer

Vorsitzende des Gesundheitsausschusses
der Landschaftsversammlung Rheinland

Inhalt



^ Gut für die Konzentration:
regelmäßig puzzeln



Geronto- psychiatrie

↗ S.06

↗ S. 08

Psychisch gesund im Alter –
den Jahren mehr Leben geben

↗ S. 15

Denken, lernen, erinnern –
das Gehirn braucht Training

↗ S. 18

„Die Behandlung mental
Beeinträchtigter erfordert viel Geduld“

↗ S. 20

Brille verlegt, Termin verbummelt.
Wie viel Vergesslichkeit ist normal?

v Gut für die Beweglichkeit:
regelmäßige Gymnastik



↗ S. 24

Psychisch krank und pflegebedürftig –
alt werden im Maßregelvollzug

↗ S. 29

Depressionen – eine Vielfalt an
Verfahren und Therapiemethoden

↗ S. 33

Neue Behandlungswege in der Alters-
psychiatrie wagen – ein Modellprojekt

↗ S. 35

Gerontopsychiatrie in Bewegung –
Vitalität erhalten

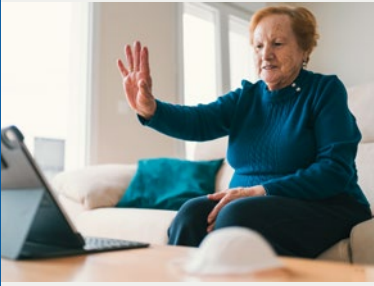
↗ S. 38

Manchmal schwer zu vereinbaren –
Selbstbestimmung und Fürsorgepflicht

↗ S. 40

Der Schritt in eine neue Lebensphase –
überfordert im Übergang?





< Digital Kontakt halten:
nicht nur während der
Pandemie gut

➤ S. 43

Körper und Psyche –
ein enges Wechselspiel

➤ S. 46

Sozial eingebunden und
selbstständig – Willkommenskultur
bei Kaffee und Kuchen

➤ S. 48

Multimorbide und immobil –
Diagnostik und Therapie vor Ort

➤ S. 50

Virtuell auf Hausbesuch –
der Beratungsbedarf steigt

➤ S. 60

Ein starkes Netzwerk – innovativ,
leistungsfähig und wohnortnah

➤ S. 63

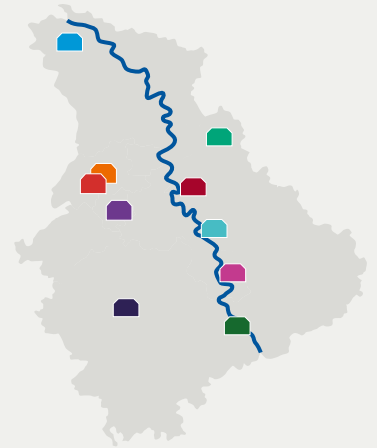
Patient*innenzentriert, wohnortnah
und sektorenübergreifend

➤ S. 68

Zehn Häuser, ein Prinzip.
Die LVR-Kliniken im Überblick

➤ S. 72

Behandlungsmöglichkeiten –
stationär, teilstationär
und ambulant



Der LVR- Klinikverbund

➤ S. 58

Daten und Anhang

➤ S. 82

➤ S. 52

Kontakte pflegen und geistig fit bleiben –
Chatten und Lernen mit dem Tablet

➤ S. 55

Informieren und unterstützen –
Angehörige im Umgang mit
Demenz stärken



< Mehr Wissen:
Informationen über
die Erkrankung hilft
Angehörigen.

➤ S. 84

Rahmenbedingungen bleiben schwierig,
Ergebnisse weiterhin positiv

➤ S. 88

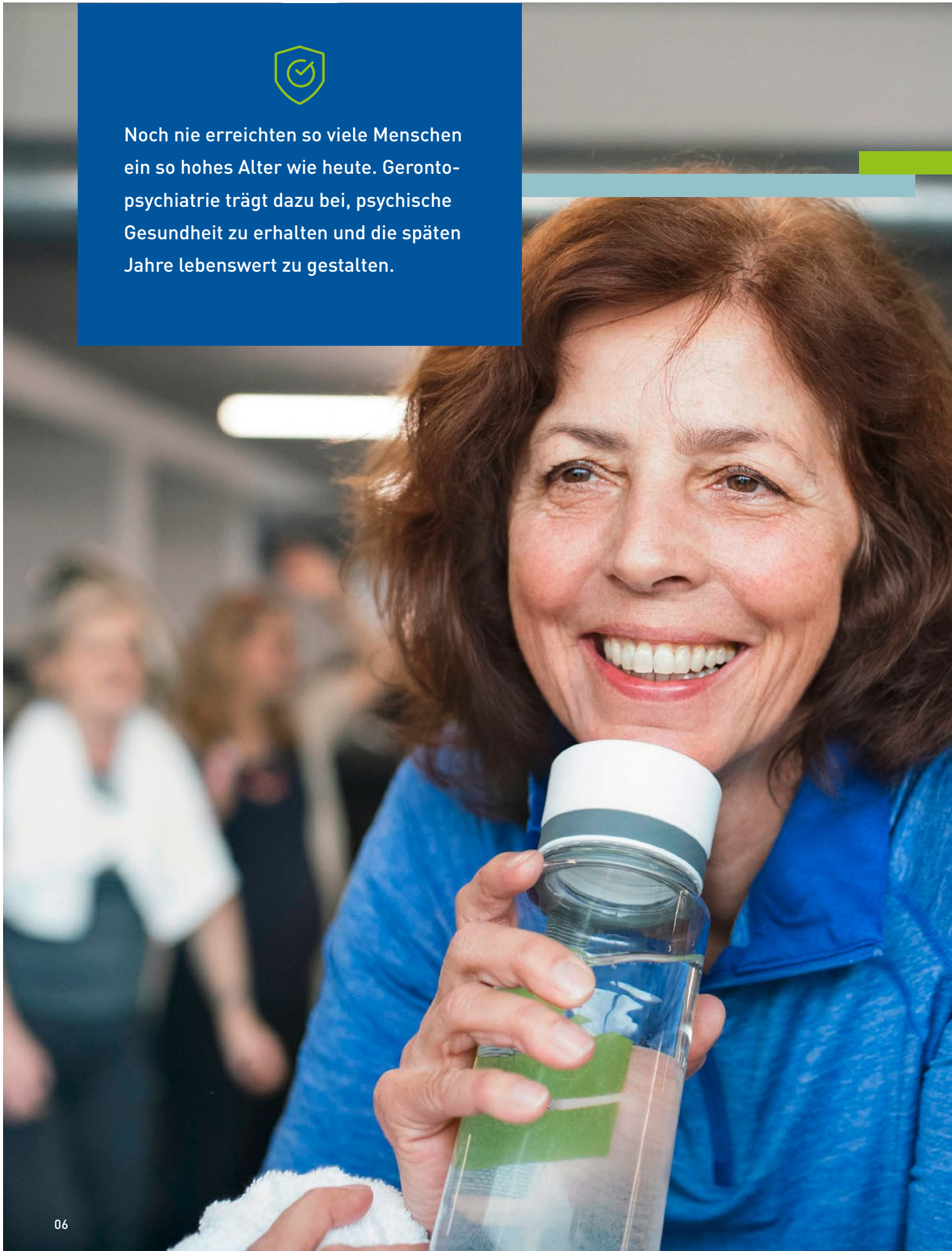
Behandlung in der forensischen
Psychiatrie – modern und präventiv
ausgerichtet

➤ S. 90

Der Anhang – Kürzel und Nachweise
sowie Quellen zu Zahlen, Daten und Fakten



Noch nie erreichten so viele Menschen ein so hohes Alter wie heute. Gerontopsychiatrie trägt dazu bei, psychische Gesundheit zu erhalten und die späten Jahre lebenswert zu gestalten.





1

Gerontopsychiatrie

Warum sie wichtig ist – und was sie leisten kann.



Psychisch gesund im Alter – den Jahren mehr Leben geben

„Mehr ältere Menschen, neue Perspektiven: Gerontopsychiatrien gestalten den Wandel mit

Wer heute in Rente geht, hat im Schnitt noch zwei Dekaden vor sich. Psychische Gesundheit spielt eine zentrale Rolle dabei: Sie zu erhalten, ist im Senior*innenalter häufig mit anderen Herausforderungen als bei Jüngeren verbunden. Anders als früher oft angenommen, sind seelische Nöte im Alter aber keineswegs unvermeidliches Schicksal, sondern vielfach gut behandelbar.

Viele Ältere sind zufriedener als Jüngere

Gesund und lange leben: Für immer mehr Menschen in westlichen Industrienationen ist das Realität. Eine 65-jährige Frau in Nordrhein-Westfalen, besagt die Landesstatistik, kann im Schnitt noch mit fast 21 weiteren Jahren rechnen, ein gleichaltriger Mann immerhin mit knapp 18 Jahren. Die meisten Senior*innen, haben Forschende des Deutschen Instituts für Altersfragen herausgefunden, sind mit ihrem Leben heute sogar zufriedener als jüngere Bürger*innen in Deutschland. Viele reisen, sind sportlich aktiv, kümmern sich um Enkel oder Ehrenämter – und entsprechen als von der Werbung umworbene „Best Ager“ oder „Silver Surfer“ kaum noch den einst gängigen Rentner*innen-Klischees. „Es findet ein generationeller Wandel statt, wie wir das Altern erleben“, konstatiert die Psychologin und Altersexpertin Prof. Dr. Ursula Staudinger. „Durch

die Verlängerung des Lebens wird das gleiche kalendarische Lebensalter heute anders wahrgenommen als früher. Eine heute 90-jährige Person entspricht im Gesundheitszustand etwa einer 80-jährigen Person in der Vorgängergeneration.“

Jede*r Fünfte leidet an psychischen Erkrankungen

Körperliche und psychische Probleme des Älterwerdens sind damit allerdings nicht passé. Neben einem erhöhten Risiko etwa für Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen bringt ein steigendes Lebensalter auch größere Gefahr mit sich, neurodegenerative Störungen wie eine Demenz zu entwickeln. Sind im Alter zwischen 65 und 69 Jahren noch vergleichsweise geringe zwei Prozent der Senior*innen in Nordrhein-Westfalen daran erkrankt, steigt der Anteil später deutlich an: Etwa ein Drittel der über 85-Jährigen an Rhein und Ruhr ist wegen einer Demenz in Behandlung. Von anderen psychischen Erkrankungen, allen voran Depressionen oder Angststörungen, ist ungefähr jede*r Fünfte ab 65 Jahren in der Region betroffen. Ob Ältere damit häufiger als junge oder Menschen in der Lebensmitte psychisch erkranken? Das ist in der Forschung umstritten – anders als die Tatsache, dass manche Symptome sich unterscheiden und die Diagnostik besondere Anforderungen stellt (siehe Kästen).

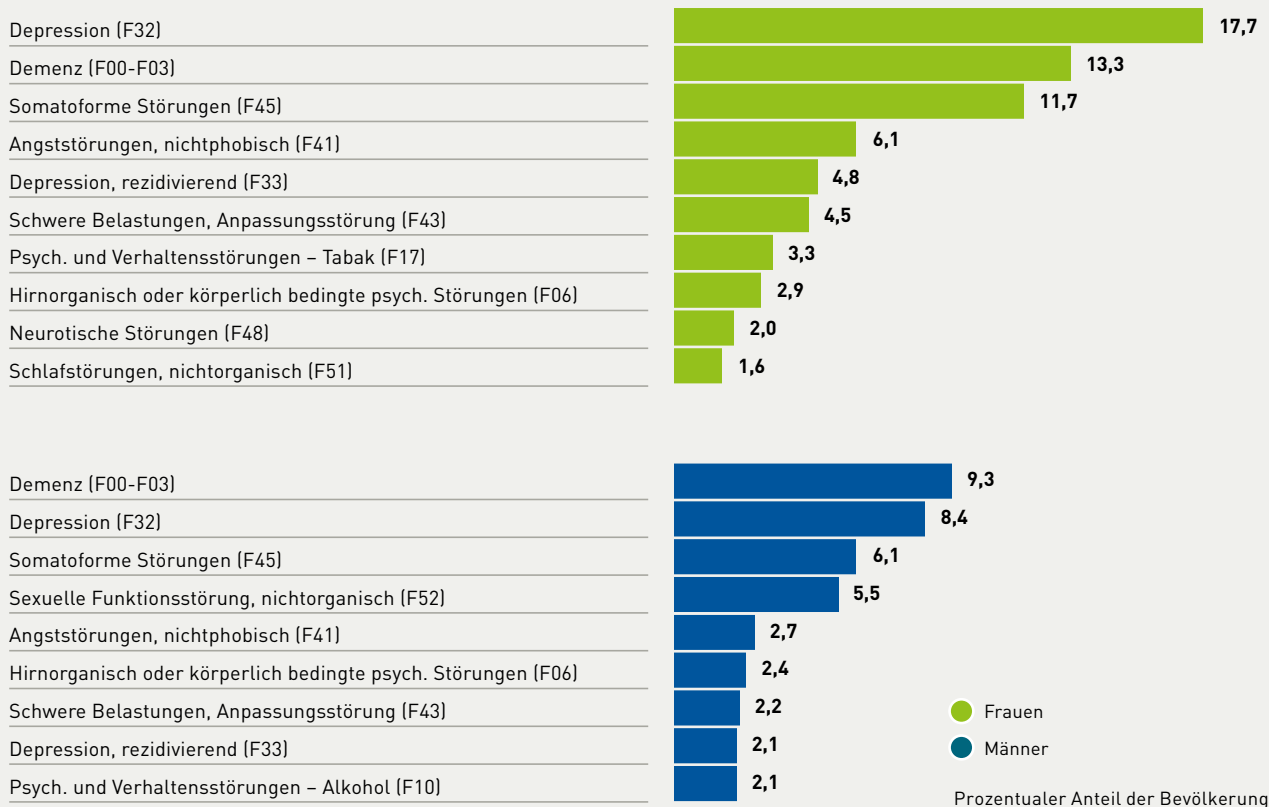
»Es findet ein generationeller Wandel statt, wie wir das Altern erleben. Durch die Verlängerung des Lebens wird das gleiche kalendarische Lebensalter heute anders wahrgenommen als früher.«

Prof. Dr. Ursula Staudinger

„Ich, zum Psychiater? Ich bin doch nicht verrückt!“

So leiden vor allem hochbetagte Menschen häufig an mehreren Erkrankungen zugleich, schwere körperliche Beschwerden beeinträchtigen das psychische Wohlbefinden und umgekehrt. Wer große Schwierigkeiten hat, sich zu konzentrieren, von einfachsten Aufgaben überfordert ist und vieles vergisst, kann entweder eine Depression, eine Demenz oder sogar beides haben: Auch für erfahrene Fachleute ist die Abgrenzung mitunter schwierig. Zudem reagieren gerade in der Generation der ehemaligen Kriegskinder viele Menschen mit Abwehr

Häufigste Diagnosen im Alter ab 65 Jahren nach ICD 10



83%

DER DEUTSCHEN GLAUBEN, DASS
DEPRESSION AM HÄUFIGSTEN
IM JUNGEN UND MITTLEREN
ERWACHSENENALTER AUFTRITT.

22%

MEINEN, DASS BEI ÄLTEREN DIE
BEHANDLUNG KÖRPERLICHER
ERKRANKUNGEN WICHTIGER IST.

oder Scham, wenn deutlich wird, dass die eigenen Fähigkeiten schwinden oder Symptome wie dauernde Antriebslosigkeit den Alltag erschweren. „Ich, zum Psychiater? Ich bin doch nicht verrückt!“ lautet ein weit verbreiteter Glaubenssatz, der dazu beiträgt, dass viele erst spät Unterstützung bekommen. Das ist jedoch fatal, denn je früher sich Betroffene in Behandlung begeben, desto größer sind die Chancen, dass die Behandlung erfolgreich ist. Das setzt aber auch voraus, dass psychische Erkrankungen bei älteren Menschen nicht mit natürlichen Altersprozessen verwechselt und deshalb übersehen werden. Dass Psychiatrie nur in wenigen Fällen bedeutet, nicht mehr selbstbestimmt entscheiden zu dürfen, dass Psychotherapien selbst mit über 80 Jahren manchmal sinnvoll sind: Was schon viele Jüngere nicht wissen, ist unter hochaltrigen Menschen häufig erst recht unbekannt.



Depressionen im Alter: nicht einfach hinnehmen

Studien zufolge erkranken Senior*innen im Schnitt zwar nicht häufiger als jüngere Menschen an einer Depression. Allerdings kommen leichtere Depressionen oder solche, bei denen nur einige der typischen Symptome auftreten, bei ihnen zwei bis drei Mal so häufig vor. Oft stehen dabei körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen, Schlaf- oder Verdauungsprobleme im Mittelpunkt, was die korrekte Diagnose erschweren kann. Leiden die Betroffenen unter ausgeprägten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, stellt auch die Abgrenzung zu demenziellen Erkrankungen eine besondere Herausforderung dar. In der Regel können an Depressionen erkrankte Senior*innen, anders als Demenzpatient*innen, sich aber noch gut orientieren und zum Beispiel Datum und Uhrzeit korrekt angeben. Depressionen nicht einfach hinzunehmen ist für Senior*innen ebenso wichtig wie für jüngere Menschen: Unbehandelt vermindert die Erkrankung nicht nur die Lebensqualität weiter, sondern kann sich auch negativ auf die körperliche Gesundheit auswirken und im schlimmsten Fall zum Suizid führen. Bei Frauen im hohen Lebensalter werden Depressionen deutlich häufiger als bei Männern diagnostiziert. Expert*innen gehen aber davon aus, dass sich die erhöhte Suizidrate unter älteren Männern auf eine hohe Dunkelziffer an Depressionen bei ihnen zurückführen lässt. Mittel der Wahl bei der Behandlung können sowohl Medikamente als auch Psychotherapie sein: Anders als vielfach angenommen, ist Letztere auch im fortgeschrittenen Alter wirksam.

Depressionen



Den Abbau akzeptieren, Verluste bewältigen

Manche Faktoren begünstigen, dass Senior*innen psychisch erkranken. Selbst ausgeglichenen Charakteren kann es schwerfallen, den natürlichen körperlichen Abbauprozess zu akzeptieren und sich als zunehmend abhängig von anderen zu erleben. Stürzt einige der Wechsel von der Berufstätigkeit in die Rente in psychische Krisen, leiden andere stark, wenn geliebte Hobbys nicht mehr möglich sind. Verlust und schwere Krankheiten im Familien- und Freundeskreis sind ebenso zu bewältigen wie die Angst vor dem eigenen Lebensende. Wer als Kind noch den zweiten Weltkrieg erlebt hat, wird im Alter womöglich von traumatischen Erinnerungen überwältigt. Fehlt es an Geld, sozialen Kontakten und grundsätzlich an dem Gefühl, noch erwünscht zu sein, ist das Risiko psychischer Not oft besonders

Fehlt es an Geld, sozialen Kontakten und grundsätzlich an dem Gefühl, noch erwünscht zu sein, ist das Risiko psychischer Not oft besonders groß.

groß. Schwierig kann es auch für diejenigen werden, die wie etwa zehn Prozent der über 65-Jährigen Angehörige pflegen, meist den oder die Partner*in oder seltener einen Elternteil. Ungefähr jede*r Vierte fühlt sich damit psychisch überfordert – nicht erst seit Beginn der Corona-Pandemie, die bei vielen die Belastung noch einmal hat steigen lassen.

< Regelmäßige Bewegung fördert die physische und psychische Gesundheit älterer Menschen.

Demenzielle Erkrankungen: Früh handeln

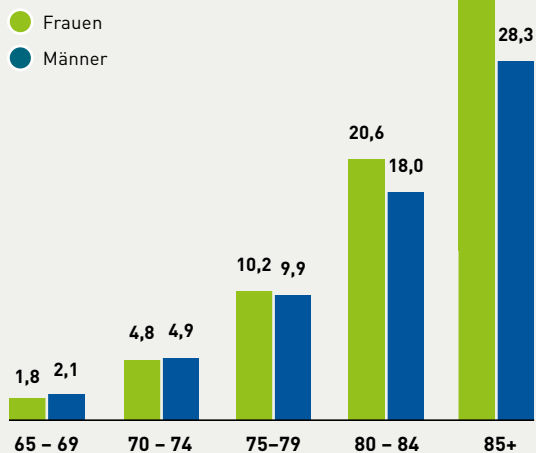
Der Begriff Demenz stammt aus dem Lateinischen und lässt sich wörtlich etwa mit „Weg vom Geist“ oder „ohne Geist“ übersetzen. Bei der häufigsten Form, der Alzheimer-Krankheit, sterben langsam Gehirnzellen ab, charakteristisch sind neben einem Rückgang der Hirnmasse typische Eiweißablagerungen und ein Ungleichgewicht bei den für das Gedächtnis wichtigen Botenstoffen. Gefäßbedingte (vaskuläre) Demenzen, der zweithäufigste Typus, gehen ebenfalls mit einem Absterben von Nervenzellen einher, Auslöser sind hier jedoch Durchblutungsstörungen im Gehirn. In manchen Fällen treten auch Mischformen der beiden Erkrankungen auf. Deutlich seltener kommen spezielle Formen wie etwa die sogenannte frontotemporale Demenz vor, bei der vor allem Persönlichkeitsveränderungen im Mittelpunkt stehen: Erste Symptome wie distanzloses Verhalten, Aggressivität und Enthemmung zeigen sich hier häufig bereits im Alter zwischen 50 und 60 Jahren. Während durch Vitaminmangel oder chronische Vergiftungserscheinungen ausgelöste Demenzen manchmal heilbar sind, lässt sich ein großer Teil der Erkrankungen zumindest verlangsamen. Die Forschung arbeitet derzeit an Bluttests, mit denen sich das individuelle Risiko, etwa an Alzheimer zu erkranken, frühzeitig feststellen lässt. Je früher diagnostiziert, so die Hoffnung, desto gezielter könnte auch der Verlauf beeinflusst werden.

Demenz



Ambulante Behandlungshäufigkeit Demenz

Prozentualer Anteil nach Alter



Ambulante Hilfen fürs Leben in den eigenen vier Wänden

Dank medizinischem Fortschritt und spezialisierten Anlaufstellen ist heute jedoch wirksame Hilfe bei psychischen Problemen im Alter möglich. Gerontopsychiatrische Ambulanzen und Gedächtnissprechstunden, wie sie der LVR-Klinikverbund an zahlreichen Standorten unterhält, bieten eine sichere Diagnostik an. Stellen die Fachleute dort zum Beispiel eine beginnende Demenz fest oder eine behandlungsbedürftige Depression, bedeutet das keineswegs automatisch eine Einweisung ins Krankenhaus: Dem Wunsch der meisten Senior*innen entsprechend, auch im höheren Alter am liebsten in den eigenen vier Wänden zu leben, ist in den letzten Jahren ein engmaschiges Netzwerk ambulanter Hilfen entstanden. Therapiegruppen und Gesprächskreise für Betroffene und Angehörige, tagesklinische Angebote, Hausbesuche von Spezialist*innen und viel Engagement von Ehrenamtler*innen stellen sicher, dass immer mehr ältere Patient*innen bestmöglich behandelt in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können.



Das Ziel: Rückkehr in einen selbstbestimmten Alltag

Kommt das nicht infrage, weil die Erkrankung zu schwerwiegend geworden ist, bieten gerontopsychiatrische Spezialstationen Unterstützung an.

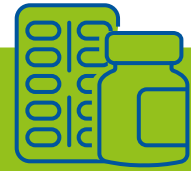
Abgesehen von Demenz und Depression werden häufig auch Suchterkrankungen, Suizidversuche, Angst- und Zwangsstörungen, somatoforme Störungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen stationär behandelt.

Multiprofessionelle Teams aus Ärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Pflegefachkräften sorgen dort nicht nur für eine optimale medikamentöse Behandlung, sofern nötig, sondern auch für Therapien und Aktivitäten, die die Rückkehr in einen selbstbestimmten Alltag erleichtern sollen. Denn erwiesen ist, dass sich viele Faktoren für ein psychisch ausgeglichenes Leben im Alter durchaus von den Betroffenen selbst beeinflussen lassen: Wer sich ausreichend bewegt, soziale Kontakte pflegt, sich ausgewogen ernährt und seinen Geist fordert, kann selbst bei schweren Erkrankungen im hohen Alter noch viel bewirken – und so den Jahren mehr Leben geben.

Geburtenstarke Jahrgänge lassen Bedarf steigen

Zugute kommen Senior*innen dabei ausgerechnet Begleiterscheinungen des Alters. Wissenschaftlich belegt ist etwa, dass ältere Menschen automatisch mehr Aufmerksamkeit auf positive Erlebnisse richten als Jüngere – und mit den Jahren selbst bei eher nervösen Gemütern tatsächlich die Gelassenheit wächst. Angesichts des demografischen Wandels wird die Frage, wie man in seinen späten Jahren psychisch stabil bleibt, in Zukunft jedenfalls kein Nischenthema darstellen. Waren 2021 etwa 20 Prozent der Einwohner*innen Nordrhein-Westfalens über 65 Jahre alt, werden es laut Prognosen im Jahr 2025 schon mehr als 25 Prozent sein. Die sogenannten Babyboomer, die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er-Jahre, gehen in Rente. Ebenso wie die nachfolgenden Generationen wünschen sie sich für das Alter eine wohnortnahe, ihren Bedürfnissen entsprechende Versorgung. Die Gerontopsychiatrie gewinnt damit an Bedeutung – als Unterstützung für Senior*innen und ihre Angehörigen dabei, die späten Jahre möglichst mental gesund zu verbringen.

< Einkaufen, spazieren gehen, spielen – es gibt viele Möglichkeiten, ältere Menschen zu unterstützen.



Psychopharmaka für Senior*innen: Mutters kleine Helfer?

Schon wegen zunehmenden körperlichen Beschwerden nehmen über 65-Jährige in Deutschland oft zahlreiche Medikamente ein: Im Schnitt sind es Erhebungen zufolge zwei bis sechs ärztlicheverordnete und zusätzlich ein bis zwei frei verkäufliche, selbst ausgewählte Mittel. Sind Psychopharmaka nötig, um zum Beispiel Demenzerkrankungen in Schach zu halten oder Depressionen zu bekämpfen, ist umso mehr auf eine sorgfältige Zusammenstellung der Medikation zu achten. Vielfach sprechen Senior*innen bereits auf geringere Dosierungen an als jüngere Menschen, manchmal treten bestimmte Nebenwirkungen gehäuft auf oder es kommt zu unerwünschten Wechselwirkungen. Auf neue, sofort hoch dosierte Medikamente oder das abrupte Absetzen eines Mittels reagiert der Körper im Alter oft deutlich empfindlicher als in jüngeren Jahren. Hausärzt*innen und Angehörige sollten deshalb insbesondere bei hochbetagten Patient*innen die aktuelle Medikation im Blick behalten.

Vorsicht geboten ist vor allem bei Beruhigungsmitteln, so genannten Benzodiazepinen: Obwohl sie eigentlich nur kurzfristig zum Beispiel bei Angstzuständen zum Einsatz kommen sollten, nimmt die Mehrheit gerade der älteren Patient*innen solche Medikamente länger als ein halbes Jahr und häufig täglich ein. Vor allem älteren Frauen werden die auch als „Mutters kleine Helfer“ verniedlichten Medikamente noch überdurchschnittlich oft bei Schlafstörungen oder schlechter Stimmung verschrieben. Häufig entsteht so eine Abhängigkeit. Zudem können Beruhigungsmittel die kognitive Leistung beeinträchtigen und die Sturzgefahr erhöhen.

Moderne Antidepressiva dagegen machen, anders als oft befürchtet, selbst bei Einnahme über lange Zeiträume nicht süchtig und können auch bei Angsterkrankungen oder Zwängen hilfreich sein. Die vielfach bei Demenzen eingesetzten Antidementiva führen ebenfalls nicht zu einer Abhängigkeit, bei vielen Patient*innen aber zu einem langsameren Verlauf der Erkrankung.



25 %

SIND PSYCHISCH
ERKRANKT



571.200

MÄNNER AN DEMENZ
ERKRANKT



1.125.700

DEMENZERKRANKTE
FRAUEN IN 2021



2,8 Mio.

DER MENSCHEN
IN 2050 KÖNNTEN AN
DEMENTZ ERKRANKEN

Frühe Hilfen und Diagnostik

Was gehört zum Altern, wo wird es problematisch? Die Abgrenzung ist nicht immer einfach. Im Alter bedingen sich körperliche und psychische Erkrankungen oft gegenseitig. Außerdem unterscheiden sich körperliche, psychische und soziale Fitness älterer Menschen zum Teil erheblich. Umso wichtiger ist es, Erkrankungen frühzeitig zu erkennen.

Denken, lernen, erinnern – das Gehirn braucht Training

_Kognitive Verschlechterungen als frühe Zeichen einer demenziellen Entwicklung

Demenz ist eine – in der Regel fortschreitende – Erkrankung des Gehirns. Sie geht einher mit dem Verlust verschiedener Funktionen, wie Denkvermögen, Erinnerungen, Sprache oder Orientierung. Und sie ist häufig: Zurzeit leben in Deutschland rund 1,6 Millionen Menschen mit einer Demenz. Im Durchschnitt kommen jeden Tag 900 Betroffene hinzu. Je älter man wird, umso mehr steigt das persönliche Risiko zu erkranken.

Demenz ist nicht gleich Demenz

Es gibt verschiedene Formen von Demenz (siehe Infokasten). Manche lassen sich besser, andere schlechter oder gar nicht beeinflussen. Es gibt auch Demenzformen, die heilbar sind, wenn sie früh genug entdeckt werden. Um zu wissen, welche Demenzform vorliegt, sollte möglichst früh eine Diagnostik erfolgen. Diese ist gerade zu Beginn der Erkrankung nicht immer einfach und gehört in fachärztliche Hände von Psychiater*innen oder Neurolog*innen.

Den Verlauf verlangsamen

Aber warum sollte man möglichst früh wissen wollen, ob man eine Demenz entwickelt oder schon hat? Wäre es nicht schöner, möglichst viel Zeit noch unbelastet zu genießen? Diese Fragen stellt sich Dr. Martine Grümmer, Ärztliche Direktorin und Cheförztin der Gerontopsychiatrie der LVR-Klinik Düren, und ihr Team. „Es gibt immer gute Gründe, der Gefahr frühzeitig ins Auge zu blicken“, erklärt Grümmer, „so können wir möglicherweise die guten Jahre vieler Betroffener verlängern und ihre Lebensqualität in schwierigen Zeiten verbessern.“ Grundsätzlich gilt: Alles, was für den Körper gut ist, ist auch für das Gehirn gut, und alles, was dem Körper schadet, schadet auch dem Gehirn. Durch einen gesunden Lebensstil können ca. 50 Prozent aller Alzheimer- und vaskulären Demenz-

erkrankungen verhindert werden. „Je früher man gut mit dem Körper umgeht, umso wahrscheinlicher ist der Erfolg. Wir fangen mit unserer Altersvorsorge ja auch nicht erst mit Renteneintritt an“, so Grümmer.

Mit 66 ist noch lange nicht Schluss ...

Die Sicht auf das Alter ist in unserer Gesellschaft häufig negativ. Das letzte Lebensviertel erscheint vielen Menschen als unattraktiv und bemitleidenswert. Dabei ist nach Studien die Zeit zwischen dem 60. und dem 70. Lebensjahr unsere glücklichste Zeit – zumindest statistisch betrachtet. Der Verlust von Lebensfreude und kognitiven Fähigkeiten wird oft zu Unrecht dem Alter zugeschrieben. Nicht selten verstecken sich hier psychiatrische Erkrankungen, wie Depressionen oder demenzielle Entwicklungen, deren Behandlungen zutiefst Sinn machen. „Auch Ärzt*innen schreiben diese Symptome häufig dem Alter zu“, bedauert Grümmer. Krankheitszeichen werden als „normal“ abgetan, als hinzunehmende Beeinträchtigungen. Werden sie nicht frühzeitig erkannt, verringern sich damit aber auch die Behandlungsmöglichkeiten. „Es ist erstaunlich, dass wir im seelischen Bereich akzeptieren, was im körperlichen, zum Beispiel bei der Karzinomfrüherkennung, Empörung hervorrufen würde“, gibt Grümmer zu bedenken.

»Je früher man gut mit dem Körper umgeht, umso wahrscheinlicher ist der Erfolg. Wir fangen mit unserer Altersvorsorge ja auch nicht erst mit Renteneintritt an.«

Dr. Martine Grümmer, Ärztliche Direktorin und
Cheförztin der Gerontopsychiatrie der LVR-Klinik Düren

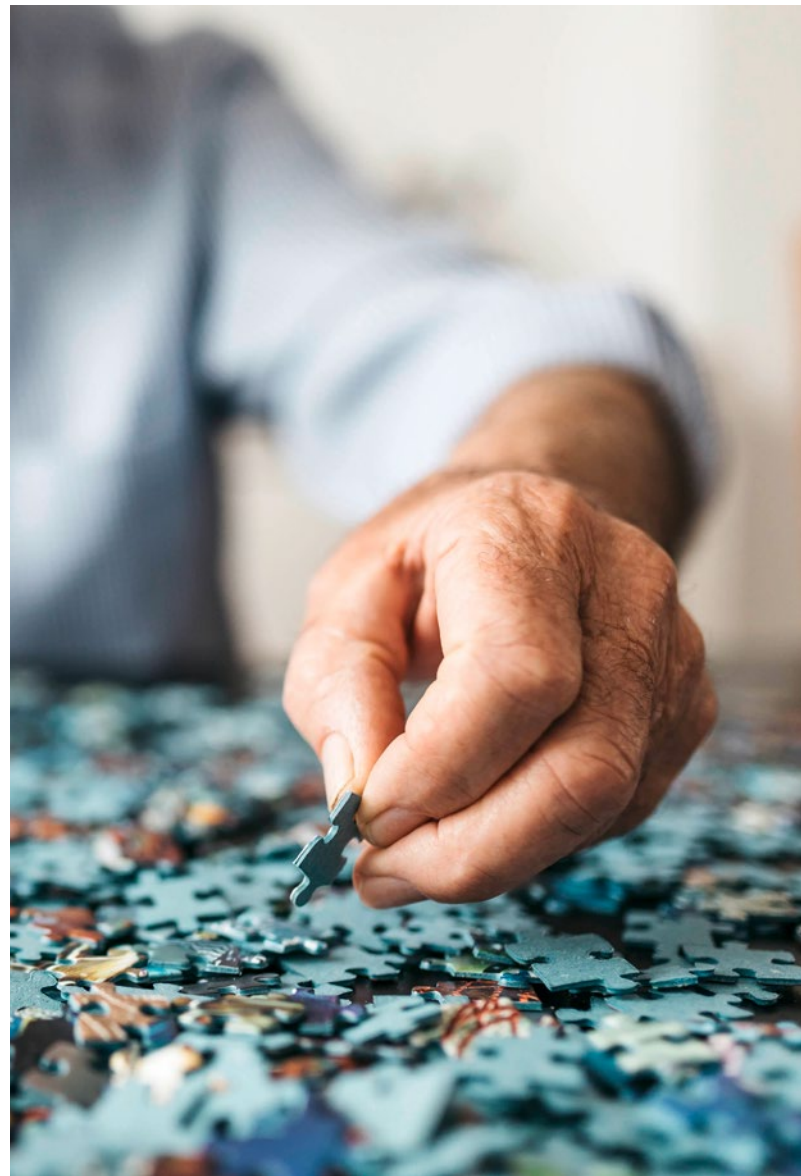
Demenz erkennen und verstehen

Was ist zu tun, wenn eine beginnende Demenz oder eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Demenz diagnostiziert wurde? Zunächst gilt es, die Betroffenen darüber aufzuklären, was im Gehirn vorgeht. Wenn diese die Prozesse verstanden haben, können sie die empfohlenen Behandlungsstrategien viel besser umsetzen.

Es ist wichtig zu begreifen, dass das Gehirn Defizite kompensieren kann: Zu Beginn beeinträchtigt eine demenzielle Erkrankung in der Regel nur kleine Bereiche des Gehirns. Diese Defizite werden dann allmählich größer, und das betroffene Gehirn versucht, sie mithilfe noch funktionierender Hirnbereiche zu kompensieren. Je mehr das Gehirn im bisherigen Leben gelernt hat, sich anzustrengen, umso besser gelingt ihm dies. Das bedeutet aber auch, dass eine beginnende Demenz bei einem trainierten Gehirn häufig erst verspätet erkannt und damit nicht rechtzeitig behandelt wird. Hier sind die Behandelnden gefordert, genau hinzuschauen.

Nahrung für unser Gehirn

Gerade im Alter gilt es, die Leistung unseres Gehirns zu fordern und zu fördern. Ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung bringen den gesunden Stoffwechsel auf Trab. Auch gutes Hören ist wichtig, denn schlechtes Hören belastet das Gehirn erheblich und begünstigt seinen demenziellen Abbau. Patient*innen, die schlecht hören, benötigen spätestens bei ersten kognitiven Auffälligkeiten ein Hörgerät. Eine ausgeglichene Stimmung und die Reduktion von vermeidbarem Stress unterstützen das Gehirn darin, besser zu funktionieren. „Begleitend auftretende Depressionen müssen daher unbedingt behandelt werden“, erklärt Grümmer, „das ist wichtig, um demenzielle Krankheitsverläufe zu verlangsamen.“ Wird das Gehirn angemessen aktiviert, bleiben Kompetenzen länger erhalten.



^ Memory, Sudoku, Puzzle: regelmäßiges Gehirnjogging trainiert Konzentrationsvermögen und Erinnerungsfähigkeit.

»Begleitend auftretende Depressionen müssen daher unbedingt behandelt werden, das ist wichtig, um demenzielle Krankheitsverläufe zu verlangsamen.«

Dr. Martine Grümmer

Selbstbestimmt leben

Studien belegen, dass Selbstwirksamkeit für unsere Lebensqualität sehr wichtig ist. Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeit glauben daran, ihre selbst gesteckten Ziele erreichen zu können, und zwar aus eigener Kraft. Dementsprechend handeln sie auch. Es kann für sie zum Beispiel einfacher sein, sich gesund zu ernähren oder Sport zu treiben. Wird Demenz zu einem frühen Zeitpunkt diagnostiziert, kann diese Fähigkeit dabei helfen, die Diagnose besser anzunehmen und Perspektiven zu entwickeln, um möglichst selbstbestimmt und nach eigenen Vorstellungen mit der Krankheit und den daraus folgenden Beeinträchtigungen zu leben. Das Verleugnen von Defiziten und das Festhalten an früheren Möglichkeiten verursacht nur Leid, da die Betroffenen den Auswirkungen der Krankheit nicht entkommen können.

Die Krankheit annehmen

Weiterer sinnvoller Baustein der Behandlung ist die psychotherapeutische Begleitung der Betroffenen. In der Therapie lernen sie, wie sie ungünstiges Verhalten ändern können, um den Verlauf der Demenz zu verlangsamen. „Sich gemeinsam mit nahestehenden Menschen zu überlegen, welche persönlichen Werte wichtig sind, wie die weitere Lebenszeit gestaltet und was am Schluss des Lebens hinterlassen wird, hilft ebenfalls dabei, das neue Leben anzunehmen“, so Grümmer. Denn auch das Leben mit einer demenziellen Störung ist lebenswert und schön. Das haben uns die Menschen gezeigt, die diesen Weg schon gegangen sind.



Verschiedene Formen von Demenz

Bei der **Alzheimer-Demenz** ist der Verlauf schleichend und wird manchmal mit dem „normalen Altern“ verwechselt. Je älter ein Mensch ist, umso mehr steigt hier das Erkrankungsrisiko. Erste Anzeichen sind kleine Gedächtnisstörungen, kurzzeitige Orientierungsstörungen, oder einzelne Worte fallen den Betroffenen nicht direkt ein. Manchmal sind aber auch emotionale Schwankungen, zum Beispiel depressive Verstimmungen, erste Vorboten. Später nehmen die Symptome an Schwere zu, und das Denkvermögen ist zunehmend beeinträchtigt. Zur Behandlung der Alzheimer-Demenz gibt es Medikamente, die den Verlauf der Erkrankung verlangsamen.

Bei den **vaskulären Demenzen** liegt die Ursache in einer Schädigung von Blutgefäßen. Diese können zum einen plötzlich auftreten, zum Beispiel durch einen Schlaganfall, oder aber allmählich, zum Beispiel durch starken Alkoholkonsum, durch Rauchen, infolge von Übergewicht oder andauerndem Stress oder infolge von Diabetes oder Bluthochdruck.

60 %

ALZHEIMER-DEMENTZ

15 %

VASKULÄRE DEMENTZ

25 %

SONSTIGE DEMENZARTEN

Sonstige Demenzarten – In weiteren 15 Prozent der Fälle liegt eine Mischung aus Alzheimer- und vaskulärer Demenz vor. Weitere 10 Prozent der Fälle machen Formen aus wie die Lewy-Körperchen-Demenz, Parkinson-Demenz, frontotemporale Demenz, medikamentös bedingte Demenz, stoffwechselbedingte Demenz oder Demenz infolge eines Schädel-Hirn-Traumas.



„Die Behandlung mental Beeinträchtigter erfordert viel Geduld“

_Behandlungszentrum für inklusive Medizin der LVR-Klinik Bedburg-Hau

Am Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) im Zentrum für inklusive Medizin in der Föhrenbachklinik der LVR-Klinik Bedburg-Hau behandelt ein multiprofessionelles Team Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Diagnostik und Behandlung kognitiver Störungen dieser Patient*innen erfordert aufgrund der Schwere, Art sowie Komplexität besondere Kenntnisse. Die Mitarbeitenden im MZEB beschäftigen sich schon lange mit diesen Patient*innen und verfügen über ein enormes Fachwissen sowie einen großen Erfahrungsschatz. Welchen Herausforderungen sich das Team täglich stellen muss und welche Chancen sich für die Patient*innen eröffnen, erzählt Mario Kressel im Interview.

_Herr Kressel, wer kommt als Patientin oder Patient ins MZEB und warum?

KRESSEL: Häufig kommen Patient*innen, die in ihren Wohngruppen plötzlich auffällig werden oder am Arbeitsplatz, in einer betreuten Werkstatt, nicht mehr zurechtkommen. Die Ursache dafür herauszufinden, die richtige Diagnose zu stellen und daraus eine individuelle Behandlung abzuleiten, ist die Aufgabe unseres Teams im MZEB. Gerade ältere Patient*innen haben häufig Angst vor Arztbesuchen und fremden Situationen, da muss man sich viel Zeit nehmen und intensiv auf sie eingehen. Das fängt damit an, dass die Patient*innen ihre

< Für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist es oft schwer, ihr Befinden sprachlich zu beschreiben.

Versichertenkarte selbst abgeben, nicht ihre Begleitung. Dass wir sie persönlich fragen, warum sie zu uns kommen. Es dauert natürlich länger, wenn sie selbst antworten, und manchmal darf auch die Begleitperson unterstützen, aber uns ist es wichtig, dass die Patient*innen sich ernst genommen fühlen, dass wir uns gegenseitig kennenlernen und ein Vertrauensverhältnis aufbauen.

Wie viele Patient*innen behandeln Sie, und welche Erkrankungen kommen vor?

KRESSEL: Zurzeit arbeiten wir mit rund 70 Patient*innen pro Quartal. Viele von ihnen kommen über einen Zeitraum von bis zu 9 Monaten immer wieder in die Ambulanz, je nach Erkrankung. Wir behandeln Patient*innen mit Schwerstmehrfachbehinderungen, mit Verhaltensauffälligkeiten aufgrund von genetisch bedingten Krankheiten oder Doppeldiagnosen, das heißt, sie sind mental beeinträchtigt und haben eine ausgeprägte Verhaltensauffälligkeit sowie psychische Störungen. Einen besonderen Schwerpunkt legen wir auf Menschen, die einen Behinderungsgrad von mehr als 70 Prozent haben.

Wie muss man sich Ihre Diagnostik vorstellen?

KRESSEL: Um eine aussagekräftige Diagnose stellen zu können, gibt es mehrere Verfahren und Tests, die auf unseren speziellen Personenkreis zugeschnitten sind. Uns geht es nicht nur um eine Momentaufnahme: Tests können sehr unterschiedlich ausfallen, je nach Situation, Stimmungslage, Gesundheitszustand etc. Wir schauen uns die Lebensphase einer Person an. Immer wieder stellen wir leider fest, dass frühere Diagnosen nie mehr infrage gestellt oder überprüft wurden. Dass manchmal sogar die Intelligenz gar nicht gemindert ist, sondern das auffällige Verhalten in der Kindheit und Jugend vermutlich ganz andere Ursachen hatte und der Mensch bei besserer Förderung einen anderen Lebensweg hätte nehmen können. Das ist dann schon tragisch.

Natürlich testen auch wir die Intelligenz, beurteilen die emotionale Reife, machen Autismusscreenings, Persönlichkeits- oder Demenztests. Die Fragebögen sind in einfacher Sprache gehalten und berücksichtigen auch den emotionalen Stand

der Patient*innen. Sie enthalten zum Beispiel auch sehr alltagsorientierte Aufgaben. Um Demenz zu testen, müssen die Patient*innen zum Beispiel zeigen, ob sie sich die Zähne putzen können und welche Gegenstände man dazu benutzt. Oder sie müssen bunte Bausteine in einer Reihenfolge stapeln und das nach einer gewissen Zeit wiederholen. Nach einem halben Jahr, evtl. nach einem Jahr bekommen sie dann die gleichen Aufgaben und wir vergleichen die Ergebnisse. Erst danach können wir sagen, ob sie etwa demenziell erkrankt sind.

Wer führt diese spezielle Diagnostik durch?

Das ganze Team: Ärzt*innen, Psycholog*innen, unterschiedliche Therapeut*innen sowie Mitarbeitende aus dem Pflege- und Erziehungsdienst. Aber die Tests sind natürlich nur ein Teil der Diagnostik. Der Gesundheitszustand unserer Patient*innen wird auch medizinisch abgeklärt. Zum Beispiel durch EEG, Laboruntersuchungen oder – bei Bedarf – eine Computertomografie des Kopfes oder humangenetische Untersuchungen. Vorrangiges Ziel ist es, die Gesundheit unserer Patient*innen zu erhalten, zu verbessern und ihre Ressourcen zu stärken. Besonders wichtig ist es uns, dass wir im Team gemeinsam zu einer Behandlungsempfehlung kommen. Dazu gibt es „Runde-Tisch-Gespräche“ an denen alle Beteiligten teilnehmen: Behandelnde, Patient*innen, Bezugspersonen, Angehörige, Werkstattmitarbeitende etc. So gewährleisten wir, dass die gesamte Lebenssituation der Patient*innen in die Diagnostik einfließt und wir die Behandlung – die außerhalb der Klinik von Spezialisten durchgeführt wird – fortwährend reflektieren und optimieren.



Der Psychologe **MARIO KRESSEL** hat an der RWTH Aachen sowie an der Maastricht-University studiert und sich bereits als Gesundheits- und Krankenpfleger mit psychisch auffälligen und mental beeinträchtigten Patient*innen beschäftigt. Vor fünf Jahren hat Kressel die Spezialambulanz mit aufgebaut.

Brille verlegt, Termin verbummelt. Wie viel Vergesslichkeit ist normal?

Teamarbeit in der Gedächtnisambulanz im gerontopsychiatrischen Zentrum der LVR-Klinik Bonn

Ein Beratungszimmer, hell und freundlich. Der Ort, an dem Dr. Gerthild Stiens und ihre Kolleg*innen empfangen, ist einladend gestaltet. Trotzdem haben viele erst einmal Angst vor dem Termin hier. Die große Frage, die viele Besucher*innen in das Büro im Bonner St. Johannes Hospital führt: Werde ich, wird mein Angehöriger, meine Partnerin dement – oder bin ich es gar schon? Was tun, wenn plötzlich die Orientierung schwerfällt oder Alltägliches wie das Lesen der Uhr misslingt? Das Team der Ambulanz ist spezialisiert darauf, genau diese Frage sorgfältig zu beantworten und die Weichen für die individuell passende (Weiter-)Behandlung zu stellen.

15 Jahre ist die Oberärztin Dr. Gerthild Stiens schon hier. Sie hat vieles gesehen. 40- bis 50-Jährige, voller Sorge vor der eigenen Zukunft, weil es in der Familie bereits Fälle früher Demenzen gab. Betagte Ehemänner, die sich liebevoll um ihre Gattin kümmern, deren Gedächtnis sie immer häufiger im Stich lässt. Frauen, die den Partner mit Demenz so lange ganz allein pflegen, bis sie selbst nicht mehr weiterwissen. Aber auch viele selbst im hohen Alter noch sehr aktive Alleinstehende, fest entschlossen, trotz Einschränkungen das Beste aus der verbleibenden Lebenszeit zu machen. „Das Schönste ist natürlich,

wenn wir Entwarnung geben können, also gar keine Demenz vorliegt oder schon ein paar Empfehlungen und Tipps reichen“, sagt Gerthild Stiens. „Aber selbst, wenn wir eine Demenzdiagnose stellen: Wer früh Bescheid weiß, kann oft noch sehr lange ein gutes, recht selbstständiges Leben führen.“

Niemand soll sich vorgeführt fühlen

Ankommen, ablegen, sich ein bisschen unterhalten. Ein Termin in der Gedächtnisambulanz beginnt locker. Das Team legt Wert darauf, eine Atmosphäre entstehen zu lassen, „in der niemand sich vorgeführt fühlt“. Zum multiprofessionellen Ansatz der Ambulanz gehört es, dass stets zwei Expert*innen die Gespräche leiten. Zwei Fachärztinnen, zwei Psychologinnen und drei Fachexpert*innen für psychiatrische Pflege zählt das Team derzeit, außerdem unterstützt noch der Sozialdienst der Institutsambulanz. „Diese gemeinsam gestalteten Termine sind wirklich wertvoll, jede und jeder bringt eine besondere Expertise ein, und es werden unterschiedliche Eindrücke diskutiert“, so Stiens. Angehörige oder andere nahestehende Menschen sind zum Termin willkommen, damit die Expert*innen sich ein ganzheitliches Bild von der Lebenssituation ihrer Besucher*innen machen können.

Begriffe behalten und Gegenstände benennen

Klappt das Essen noch allein, die Körperhygiene, das Einkaufen? Und wie sieht es mit der Stimmung zu Hause aus? Fühlen sich die sorgenden Angehörigen belastet? Erst unterhalten alle sich gemeinsam. Sind die Patient*innen damit einverstanden, führt die Pflegeexpert*in mit den Angehörigen ein kriteriengestütztes Gespräch zur Einschätzung der Alltagsfertigkeiten und -probleme und der konkreten Lebensumstände. Währenddessen stehen für die Betroffenen selbst die neuropsychologischen Tests an. Möglichst ohne den Druck, den zuschauende

**»Wer früh Bescheid weiß,
kann oft noch sehr lange ein gutes,
recht selbstständiges Leben führen.«**

Dr. Gerthild Stiens, Oberärztin
der Gedächtnisambulanz der LVR-Klinik Bonn



^ Die Spezialsprechstunde für Menschen mit Gedächtnisstörungen bietet diagnostische Untersuchungen und therapeutische Unterstützung. Ziel ist es, demenzielle Erkrankungen möglichst früh zu erkennen.

Verwandte auslösen können, lösen sie eine Reihe von Aufgaben. Schaffen die Patient*innen es zum Beispiel, sich mehrere Begriffe zu merken? Können sie die aktuelle Uhrzeit richtig benennen? „Es gibt auch Tests, die nicht auf Vorwissen beruhen“, erklärt Gerthild Stiens. „Nur so funktionieren sie zum Beispiel auch mit Menschen, die keine so guten Deutschkenntnisse haben.“ Aufwendigere psychologische Tests folgen, wenn nötig, bei einem zweiten Termin. Zudem überweist das Ambulanzteam auch zu radiologischen Untersuchungen mithilfe der Magnetresonanztomographie- oder Computertomographie. Nervenwasseruntersuchungen werden nur nach Absprache und hauptsächlich zur Absicherung eines Alzheimer-Verdachts eingesetzt.

Den Geist fordern mit speziellen Therapien

Angespannte Erwartung, die Sorge davor, mit ein paar Sätzen die gesamte Lebensplanung für die nächsten Jahre in Trümmern zu sehen: Beides bewegt die Besucher*innen beim ausführlichen Abschlussgespräch, das das Ambulanzteam nach allen Untersuchungen anbietet. „Wir lassen niemanden mit den Diagnosen allein, sondern gehen sehr individuell darauf ein, welche Palette an Möglichkeiten es gibt“, sagt Stiens. Steht in manchen Fällen vielleicht die Frage im Mittelpunkt, wie man am besten einen Pflegegrad beantragt, ist es in anderen die Abwägung, welche Medikamente hilfreich sein könnten. Eine zentrale Rolle spielen fast immer Gewohnheiten und Lebensstil. Ausreichend Schlaf, Bewegung und eine gesunde Ernäh-



^ Der Uhrentest ist einfach durchzuführen. Die Testperson zeichnet ein Zifferblatt und trägt im Anschluss die Uhrzeit mit Stunden- und Minutenzeiger ein.

rung haben einen günstigen Einfluss auf den Verlauf von demenziellen Erkrankungen. Wer sich geistig fordert und zum Beispiel an einer kognitiven Stimulationstherapie teilnimmt (siehe Kasten „Den Kopf fit halten in der Gruppe“, S. 23), kann ebenfalls einiges bewirken: „Die Menschen haben viel Spaß an diesen Kursen“, so Gerthild Stiens. „Und der Effekt steht dem von Antidementiva in nichts nach.“

Das Zifferblatt mit verrutschenden Symbolen

Häufig sieht Stiens die Menschen, die sie in der Gedächtnisambulanz kennengelernt hat, dann doch noch über viele Jahre. Viele kommen regelmäßig weiter zur individuellen Behandlung oder Beratung. Blickt die Oberärztin auf die Unterlagen ihrer Patient*innen, kann sie bildlich nachvollziehen, wie deren Fähigkeiten schleichend nachlassen. Sie zeigt ein Zifferblatt, hier im hellen, freundlichen Beratungsbüro auf Papier gemalt von einer nicht benannten Patientin. In der Version von 2015 sind die Zeiger und Zahlen noch richtig auf dem Bild platziert, auf der nächsten Zeichnung, entstanden 2019, verrutschen die Symbole über den Uhrenrand. Der Weg von einer leichten bis zu einer mittelschweren Demenz, festgehalten in wenigen Bildern. Was Stiens in all der Zeit in der Gedächtnisambulanz beobachtet hat: „Das Leid ist oft größer, wenn jemand nicht weiß, was mit ihm oder ihr los ist. Eine klare Diagnose hilft vielen, ihr Leben von diesem Punkt aus bewusst zu gestalten.“

Demenztests: Beurteilung der geistigen Fähigkeiten



Gruppentherapie: Den Kopf fit halten in der Gruppe



Sie bereiten vielen Freude und helfen, das Gehirn auf Trab zu halten: Die Gedächtnisambulanz in Bonn bietet zwei professionell geleitete Gruppen für Patient*innen an, die zusammen trainieren und sich austauschen wollen. In der sogenannten **MCI-Gruppe** (Mild Cognitive Impairment) können sich Menschen, die unter leicht ausgeprägten mentalen Beeinträchtigungen leiden, informieren und mit anderen Betroffenen das

Gedächtnis trainieren. Wer unter einer beginnenden Demenz leidet, profitiert besonders von der sogenannten **KST-Gruppe**: Kognitive Stimulationstherapie verbessert die geistige Leistungsfähigkeit – und wirkt sich außerdem positiv auf die Stimmung aus. Das therapeutische Programm ist wissenschaftlich untersucht und wird in den Leitlinien zur Demenzbehandlung empfohlen.

Angehörigenunterstützung: Hilfe für die Helfenden



Dauerhaft Partner*in, Elternteil oder andere nahestehende Menschen bei der Bewältigung einer psychischen Erkrankung zu unterstützen, fordert dem Umfeld meist viel ab. Deshalb gehört zum Angebot der Gedächtnisambulanz auch die Begleitung der Angehörigen selbst: Sie können unter anderem an **Kurzschulungen zum Umgang mit Menschen mit Demenz** teilnehmen, die über Krankheitsbild, Therapieoptionen und rechtliche Fragen informieren. Damit der Alltag zu bewältigen bleibt, ohne sich selbst komplett zu überfordern, geben die Expert*innen des Gerontopsychiatrischen Zentrums außerdem praktische Tipps zum eigenen Verhalten in typischen Situationen und stellen weitere Anlaufstellen zur Entlastung von Angehörigen in der Region vor.



Wer sich regelmäßig mit anderen in ähnlicher Lebenssituation treffen möchte, kann auch die **offene Gruppe für Angehörige von Menschen mit Demenz** besuchen. Sie wird von Fachärzt*innen, einer Pflegeexpertin und einem Sozialarbeiter begleitet, die regelmäßig Fragen beantworten. Eine weitere offene Gruppe richtet sich speziell an Bezugspersonen von Patient*innen, die an frontotemporaler Demenz erkrankt sind (siehe Kasten „Demenzielle Erkrankungen“, S. 11). Geraten Familienmitglieder selbst in eine psychische Krise, können sie zudem auf das **Case Management** der Gedächtnisambulanz setzen. Eine Psychologische Psychotherapeutin und eine Case Managerin stehen dabei über mehrere Monate all denen zur Seite, die durch eine Demenz, eine Depression oder eine andere psychische Erkrankung ihrer Angehörigen am Ende ihrer mentalen Kräfte angelangt sind. Neben unterstützenden Gesprächen in der Ambulanz sind zusätzliche Hausbesuche möglich.

< Die Gedächtnisambulanz der LVR-Klinik Bonn befindet sich im Gesundheitszentrum des St. Johannes Hospitals in Bonn.

Psychisch krank und pflegebedürftig – alt werden im Maßregelvollzug

Wie etwa die LVR-Klinik Düren daran arbeitet, alternde forensische Patienten besser zu versorgen

Menschen, die unter dem Einfluss einer psychischen Krankheit oder Sucht eine Straftat begangen haben, werden im Maßregelvollzug (MRV) bzw. der forensischen Psychiatrie untergebracht. Alle LVR-Kliniken, außer Mönchengladbach, haben forensische Abteilungen oder Stationen.

Eine Besonderheit ist das Forensische Dorf in Düren, das im Zuge der Psychiatriereform Ende der 1970er-/Anfang der 1980er-Jahre geplant wurde. Die Straftäter – in Düren sind es nur Männer – leben wie in einem Dorf zusammen, gesichert nach außen, aber mit viel Freizügigkeit nach innen. Problematisch wird das Leben hier für ältere pflegebedürftige Straftäter, da das Dorf nicht barrierefrei ist. Die Stationen der zweiten Abteilung der Dürener Forensik, zu der auch die geschützte Station 3a für betagte und intensiv pflegebedürftige Patienten

zählt, befinden sich auf dem Klinikgelände. Viele Faktoren, wie etwa der demografische Wandel und vor allem auch eine stärkere Orientierung an Sicherheitsgedanken, tragen dazu bei, dass im gesamten Klinikverbund immer mehr forensische Patient*innen immer älter und damit potenziell pflegebedürftig werden. Im Jahr 2017 waren 137 forensische Patient*innen 60 Jahre und älter, 2022 waren es bereits 160. Auffällig ist, dass sich die Zahl der Frauen im gleichen Zeitraum von 8 auf 15 nahezu verdoppelt hat. Bei den Delikten lässt sich ein leichter Anstieg von Gewaltdelikten verzeichnen, die Diagnosen haben sich im Laufe der Jahre kaum verändert. Es wächst aber nicht nur die Gruppe derer, die im MRV alt werden, die also ihre Straftat bereits vor Jahren oder Jahrzehnten begangen haben. Es kommen vermehrt ältere Menschen hinzu, die erst im Alter, etwa im Zuge einer demenziellen Erkrankung, eine Straftat begangen haben. Die Bedürfnisse dieser Gruppen und mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung werden die Kliniken in den nächsten Jahren vor große Herausforderungen stellen.

Aufbau der Abteilung für Forensik



Forensische Abteilung I

In einem gesicherten Areal, dem Forensischen Dorf, leben, wohnen und arbeiten forensische Patienten in einzelnen Häusern zusammen.



Forensische Abteilung II

Die forensischen Stationen befinden sich auf dem Klinikgelände, darunter Station 3a für pflegebedürftige ältere Patienten des MRV.

Pflegebedürftige Straftäter

Worauf kommt es an, wenn psychisch erkrankte Straftäter im Maßregelvollzug altern – und dabei pflegebedürftig werden? Die LVR-Klinik Düren hat schon vor einigen Jahren ein Behandlungs- und Sicherheitskonzept für betagte und intensiv pflegebedürftige Patienten entwickelt. Die geschützte Station 3a im Forensischen Fachbereich hält 16 Betten bereit. Hier leben Menschen, die im Rahmen einer hirnorganischen Erkrankung (etwa einer Demenz) oder aufgrund anderer psychischer Erkrankungen jemanden verletzt oder getötet haben, die Sexualdelikte oder eine schwere Brandstiftung begangen haben.

> Eine hohe Mauer sichert das Forensische Dorf nach außen. Im Inneren leben die Patienten relativ freizügig.

Zwischen Krise und Lockerung – Ein Erfahrungsbericht



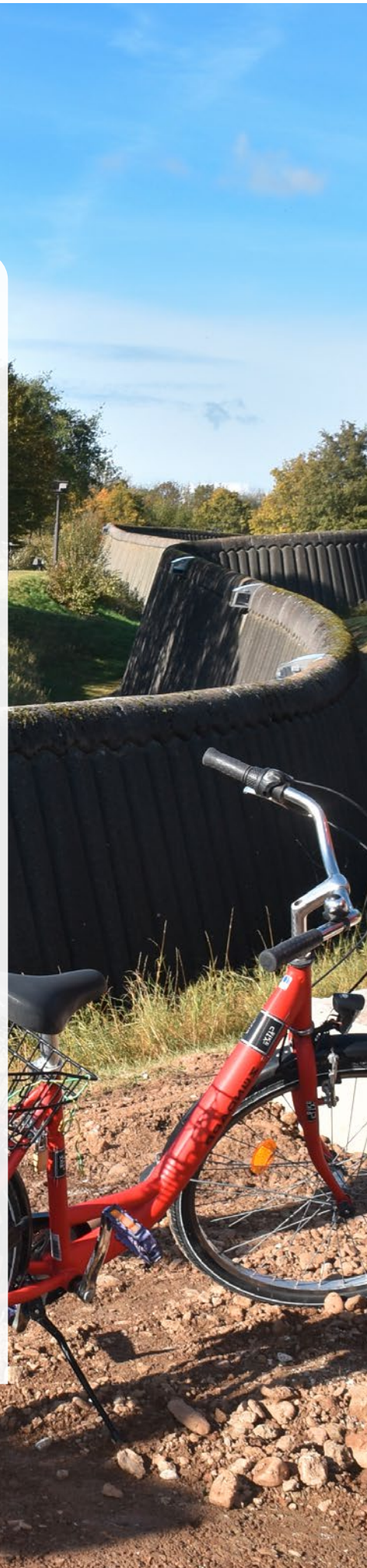
Ich heiße Alfred K. und bin 65 Jahre alt. Nach meiner Tat 1981 kam ich nach Bedburg-Hau und im September 1985 nach Düren – in das Haus 5. Da herrschten prekäre Verhältnisse, das war nicht einfach. Ich kam in einen Schlafsaal mit sechs Leuten. Dann zwar sehr schnell in einen Raum zu zweit, hatte aber große Probleme mit meinem Zimmernachbarn. 1986 zog ich in das Forensische Dorf, da war die Privatsphäre wiederhergestellt und es ging mir besser. Ich hatte jedoch große Schwankungen während der Therapie.

1994 habe ich meine Lockerungen verloren, vor allem die Ausgänge. Ich konnte meine Gewaltimpulse nicht unterdrücken. Als ich es nicht mehr aushielt, vertraute ich mich meinem Arzt an, der mich in der Krisenzeit sehr unterstützt hat. Danach kam ich auf die Langzeitstation, und es ging aufwärts. Dazu beigetragen hat auch meine Medikamentenumstellung. Ich bin viel gejoggt, das ist ein großes Hobby geworden. 2012 wechselte ich auf eine Therapiestation, das war eine sehr produktive Zeit.

Zurzeit bin ich stabil, doch werde ich überfordert, können auch wieder sexuelle Gewaltimpulse auftauchen. Wichtig ist eine wohl geordnete Umgebung, in der ich gut zurechtkomme. Ich brauche mein Einzelzimmer und eine gewisse Autonomie. Anfeindungen kann ich nicht aushalten. Auch Spaziergänge sind wichtig, das Gelände ist schön, und man kann sich hier bewegen, wenn man Lockerungen hat. Deshalb hoffe ich, dass nichts Schlimmes passiert, damit es keine weiteren Einschränkungen gibt. Noch wichtiger aber ist meine Arbeit im Versorgungsdienst. Ich arbeite, solange ich kann. Dadurch kann ich mir einiges leisten. Ich verdiene genug, um Kaffee und CDs zu kaufen. Und ich bilde Rücklagen, falls ich nicht mehr arbeiten kann und ein Pflegefall werde. Dann komme ich wahrscheinlich auf die Station 3a.

Im Moment genieße ich es, dass ich hier bin. Die Gruppe ist vom Alter her gemischt. Ich kann mir keine Altenheimatmosphäre vorstellen und finde es schön, dass hier auch jüngere Bewohner sind. Es kommt natürlich auf die Leute an. Wichtig ist, dass wir uns das Leben nicht gegenseitig schwer machen. Ich versuche es zu genießen: Musikhören ist ein Hobby und ich wünsche mir, größere Speichersysteme nutzen zu dürfen. Und Fernsehen – hier sehe ich eine andere Welt. Ich spiele auch Gitarre und lese gerne.

Ich möchte hier nicht weg. Wenn ich gepflegt werden müsste, kann unser Personal das nicht leisten, da müsste man eine entsprechende Station einrichten, auf der man seinen Lebensabend verbringen könnte, das wäre gut. Ich gehe davon aus, dass ich wahrscheinlich keine Perspektive habe, nach draußen verlegt zu werden. Die Gesellschaft schaut ganz aufmerksam darauf, was bei uns in der Forensik vorgeht und was für eine Gefährdung von uns ausgeht.



„Vor allem brauchen wir angemessenen Wohnraum für älter werdende Patienten.“

Dr. Thekla Hartert-Raulf über die speziellen Herausforderungen auf Station 3 für die psychisch kranken Straftäter, für die Mitarbeitenden und den nötigen Sinn für Humor.

Wen behandeln Sie und Ihr Team auf der geschützten Station 3a?

HARTERT-RAULF: Wir versorgen hier vor allem Hochbetagte um die 80 Jahre, aber auch multimorbide jüngere Patienten mit komplexem Hilfebedarf. Die sind dann vielleicht erst 50, haben aber aufgrund ihrer körperlichen und psychischen Erkrankungen einen hohen Pflegebedarf. Unter den Hochbetagten gibt es zwei Gruppen: die Patienten, die im MRV alt geworden sind, die ihre Straftat also schon vor Jahrzehnten begangen haben, und diejenigen, die erst im Seniorenalter eine Straftat begangen haben. Auf unserer Station überwiegt zurzeit die erste Gruppe.

Warum werden die Patienten hier immer älter?

HARTERT-RAULF: Das hat zum einen historische politische Gründe. In den vergangenen Jahrzehnten kam es zu mehr Aufnahmen als Entlassungen, dadurch sind immer mehr Patienten in der Forensik alt geworden. Zum anderen ist es auch eine Folge des demografischen Wandels: Die Menschen werden sehr alt, dann dement und begehen dann Delikte. Darüber hinaus gibt es so gut wie keine geschlossenen Pflegeeinrichtungen außerhalb der Mauern forensischer Kliniken. Das macht es uns schwer, forensische Patienten nach draußen zu vermitteln. Den Anspruch haben wir nach wie vor.

Was unterscheidet die Station 3a vom Forensischen Dorf?

HARTERT-RAULF: Das Forensische Dorf wurde in den 1970er-Jahren geplant. Ein gesellschaftlich und politisch hoch ambitioniertes Vorhaben, das auch den dort untergebrachten Menschen ein gewisses Maß an Lebensqualität garantieren sollte. Aber an die Barrierefreiheit hat damals niemand gedacht. Es



DR. THEKLA HARTERT-RAULF ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit dem Schwerpunkt forensische Psychiatrie. Sie ist Chefarztin der Abteilung für Forensische Psychiatrie II der LVR-Klinik Düren.

gibt viele Treppen und gepflasterte Straßen. Die Türen auf den Stationen sind so schmal, dass teilweise kein Pflegebett hindurchpasst, die Badezimmer sind sehr eng. Auch hier auf 3a ist es aus baulichen Gründen schwierig, wirklich barrierefrei zu sein. Aber wir versuchen, die Standards so gut es geht zu erfüllen, etwa im Badezimmer oder im Gesellschaftsraum.

Wie ändern sich, abgesehen von pflegerischen, die Bedürfnisse der Patienten?

HARTERT-RAULF: Insgesamt überwiegt auch hier das Bedürfnis nach Ruhe, nach Aufenthalt auf der geschützten und begrünten Terrasse oder gemeinsamen Unternehmungen. Ganz oben steht zum Beispiel der Wunsch nach einem Einzelzimmer.

Welche Herausforderungen stellt die Station an Mitarbeitende?

HARTERT-RAULF: Auf jeden Fall benötigen wir mehr Pflegenden als auf anderen Stationen, besonders Fachkräfte aus der Altenpflege, aber auch forensisch erfahrene Pflegekräfte. Außerdem haben wir dort einen Stationsarzt, je stellenanteilig eine Physiotherapeutin und einen Bewegungstherapeuten sowie eine Ergotherapeutin. Die Patienten werden auf Wunsch recht engmaschig durch die Klinik-Seelsorgenden besucht, und es finden vor Ort Gottesdienste statt. Und wir bieten viel Programm: einfache Spiele, Rechnen, gemeinsames Kochen, Unternehmungen. Letztens sind sogar zwei Mitarbeitende mit



Rechtzeitig diagnostizieren, besser fördern!

einem Patienten zum Spiel des 1. FC Köln gefahren. Das ist dann schon ein Highlight. Viele der Patienten sind zum Teil seit mehr als 40 Jahren in der Forensik untergebracht und nun auch noch dement, da stößt eine psychotherapeutische Begleitung an ihre Grenzen und der Sicherheitsaspekt tritt in den Vordergrund, den Auftrag haben wir ja auch.

Was ist nötig, um die Versorgung dieser Gruppe zu verbessern?

HARTERT-RAULF: Ein guter Personalschlüssel: Personell sind wir zwar zurzeit ganz gut ausgestattet, aber wenn die Patienten etwa somatisch erkranken und in ein Fachkrankenhaus verlegt werden, müssen wir sie dort bewachen. Dieses Personal fällt dann auf Station aus. Ein großes Problem sind die baulichen Voraussetzungen. Wir benötigen barrierefreie Zugänge zu allen Räumen, Einzelzimmer, angemessene Badezimmer und Gesellschaftsräume. Auch vor dem Hintergrund, dass diese Altersgruppe immer größer wird, müssen deren Bedürfnisse bei Neubauten forensischer Kliniken mehr bedacht werden.

Das wird ja wahrscheinlich noch etwas dauern. Was hilft Ihnen und Ihrem Team jetzt?

HARTERT-RAULF: Dass die Bedürfnisse gesehen werden und es Bemühungen gibt, die Situation so weit wie möglich zu verbessern. Und vor allem, dass wir den Spaß an unserer Arbeit nicht verlieren. Es gibt ganz viele witzige Momente und Situationen hier auf Station. Ich beobachte immer wieder, dass die Mitarbeitenden – trotz hoher körperlicher und seelischer Belastung – sehr zufrieden sind mit ihrer Arbeit, dass sie ganz viel fachliche Kompetenz mitbringen und ganz viel Humor!

Die empirische Datenlage zur Versorgung älterer forensischer Patient*innen ist dürftig. Wenige internationale Arbeiten (Literatur bei den Verfasserinnen) formulieren übereinstimmend komplexe Behandlungsbedürfnisse älterer Patient*innen. Gründe hierfür sind etwa altersspezifische Veränderungen, wie Multimorbidität, beschleunigter kognitiver Abbau oder steigender Hilfebedarf.

Anlass für Dr. Sandra Verhülsdonk, Abteilung für Gerontopsychiatrie LVR-Klinikum Düsseldorf, in fünf forensischen Abteilungen des LVRs ein Modellprojekt durchzuführen. Unterstützt von Dr. Sylvia Hufnagel, Fachbereich MRV im LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund HPH. Neben soziodemografischen, biografischen und medizinischen Daten standen Parameter der kognitiven Leistungsfähigkeit im Fokus.

Untersucht wurden 34 forensische Patienten im Alter von 60 – 91 Jahren. Sowohl für das globale kognitive Leistungsniveau wie auch für spezifische Teilleistungen zeigte ein Großteil der Stichprobe über das Altersmaß hinausgehende Beeinträchtigungen. Die Häufigkeit der Defizite lag deutlich über der Prävalenz, wie sie für die Allgemeinbevölkerung dokumentiert ist. Somit ist zu prüfen, ob vorhandene therapeutische und diagnostische Angebote den (kognitiven) Möglichkeiten sowie den Bedürfnissen älterer Patient*innen gerecht werden. Wichtig ist eine frühzeitige Diagnose der typischen, fortschreitenden Verminderung kognitiver Leistungen, wie sie bei neurodegenerativen Erkrankungen auftritt. Oft gehen diese Störungen mit komplexem Unterstützungs- und Pflegebedarf einher, bei einigen Patienten nimmt aggressives Verhalten zu.

Verhülsdonk und Hufnagel sehen dringenden Bedarf, diagnostische Routinen sowie Unterstützungsangebote für die Versorgung alternder Menschen im MRV zu schaffen. Weil kognitive Beeinträchtigungen bei ihnen deutlich häufiger auftreten als in anderen Bevölkerungsgruppen, sind Früherkennung und rechtzeitige Förderung der verbliebenen Fähigkeiten entscheidend, um der Verwundbarkeit dieser speziellen Gruppen gerecht zu werden.

Alt werden in Deutschland



25 %

DER ÜBER 80-JÄHRIGEN
FRAUEN NEHMEN
ANTIDEPRESSIVA



2/3

PSYCHISCHER
ERKRANKUNGEN ÜBER
60-JÄHRIGER WERDEN
STATIONÄR BEHANDELT



60 %

DER 60- BIS 80-JÄHRIGEN
MIT SEELISCHEN
PROBLEMEN MACHEN
EINE PSYCHOTHERAPIE



Ca. 40 Tage

SIND PATIENT*INNEN
MIT REZ. DEPRESSION
IM KRANKENHAUS

Behandlungskonzepte und Therapien

Medikamente und Psychotherapie, physikalische Verfahren und körperorientierte Ansätze: Moderne Gerontopsychiatrie lebt von multimodalen, auf das Individuum abgestimmten Behandlungsstrategien. Wünsche und Bedarf der Patient*innen immer im Blick, ist das Ziel, ihre Selbstständigkeit so weit wie möglich zu erhalten und Teilhabe zu ermöglichen.

Depressionen – eine Vielfalt an Verfahren und Therapiemethoden

Wie sich affektive Störungen im Alter wirksam behandeln lassen



PROF. DR. PETER HÄUSSERMANN

Der Chefarzt der Gerontopsychiatrie der LVR-Klinik Köln ist Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie. Ein Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit sind Ätiopathogenese und nichtmedikamentöse Therapieoptionen bei neurodegenerativen Erkrankungen.

Wer an einer Depression erkrankt, hat heute zahlreiche Behandlungsoptionen – auch im Senior*innenalter. Welche davon eignet sich? Wie lassen sich klassische Therapien mit innovativen Ansätzen kombinieren? Professor Dr. Peter Häussermann, Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie an der LVR-Klinik Köln, über Lebenserfahrung als Ressource und die Frage, wie alte Menschen und deutlich jüngere Behandelnde harmonisieren.

Was sind die Auslöser für Depressionen bei alten Menschen, gibt es da Unterschiede im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung?

HÄUSSERMANN: Gibt es, aber es ist natürlich immer ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Vorerkrankungen spielen da ebenso eine Rolle wie die individuelle Biografie. Manche Menschen haben zum Beispiel große Schwierigkeiten damit, aus dem Berufsleben auszusteigen. Später, im sehr hohen Alter, stürzt die Frage, ob ein selbstständiges Leben zu Hause noch möglich ist oder ein Umzug ins Senior*innenheim besser wäre, einige in eine Krise. Das größte Problem stellt meines Erachtens aber Einsamkeit dar. Sterben Partner*innen und Freund*innen, sind alte Menschen wenig sozial eingebunden,

wächst das Risiko, an einer Depression zu erkranken. Glücklicherweise kann man affektive Störungen aber auch bei Senior*innen sehr wirksam behandeln.

Auf was muss man dabei besonders achten?

HÄUSSERMANN: Zum Beispiel auf den veränderten Stoffwechsel. Braucht eine 30-Jährige vielleicht 200 mg eines bestimmten Antidepressivums pro Tag, wäre das für eine 85-Jährige womöglich viel zu viel. Erst recht, wenn sie zusätzlich noch körperliche Leiden hat und man deshalb die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten im Blick behalten muss. Ansonsten profitieren alte ebenso wie junge Menschen von einem multimodalen Therapiemix, bei dem Medikamente meist nur ein Baustein von vielen sind. Psychotherapie ist zum Beispiel ein weiteres zentrales Instrument. Es ist wissenschaftlich belegt, dass sie selbst bei Hochbetagten noch wirkt. Aber auch Ergo-, Musik-, Tanz- oder Bewegungstherapie und moderne biologische Verfahren, die das Gehirn stimulieren, können sehr hilfreich sein, wie etwa die Elektrokrampf- oder Lichttherapie, dosierter Schlafentzug oder die Vagusnerv-Stimulation.

Stimmt das Vorurteil, dass Ältere sich ungern noch in Psychotherapie begeben?

HÄUSSERMANN: Nein, das ist tatsächlich ein Vorurteil. Bis vor etwa 20 Jahren gab es in der Tat noch oft Vorbehalte. Heutige 80-Jährige erlebe ich als deutlich offener, sie freuen sich, wenn unsere Fachkräfte Interesse an ihnen zeigen, und sind oft sehr dankbar. Eher sind es die jungen Kolleg*innen, die Ängste haben: Nimmt mich jemand mit vielen Jahrzehnten Lebenserfahrung überhaupt ernst? Akzeptiert er oder sie meine professionelle Kompetenz? Fast immer funktioniert die therapeutische Beziehung aber sehr gut. Gerade alte Menschen

»Sind ältere Menschen wenig sozial eingebunden und einsam, wächst das Risiko, an einer Depression zu erkranken.«

Prof. Dr. Peter Häussermann, Chefarzt der Abteilung
Gerontopsychiatrie an der LVR-Klinik Köln

bringen ja auch viele Ressourcen dafür mit, gerade aufgrund der Erfahrungen, die sie bisher im Leben gemacht und des Wissens, das sie erworben haben: Sie sind oft emotional stabiler als Jüngere, weil sie schon vieles erlebt haben und oft auch besser in der Lage, sich ihrem Innenleben zuzuwenden.

_Aber der Körper spielt oft nicht mehr bei allem mit...

HÄUSSERMANN: Ja, und deshalb passen wir die Therapien individuell an. Hört jemand schlecht, müssen wir uns in der Gesprächstherapie etwas einfallen lassen. Wer nahezu blind ist oder kaum noch laufen kann, braucht vielleicht etwas anderes in der Bewegungstherapie als Waldspaziergänge. Spricht jemand auf die bekannten Verfahren nicht an, verschafft eine Elektrokrampftherapie oder transkranielle Stimulation womöglich Linderung. Genau deshalb sind multimodale Ansätze so wichtig – nicht alles funktioniert und wirkt bei allen Patient*innen gleichermaßen. Klar ist aber: Unser Werkzeugkasten zur Behandlung von Depressionen ist heute so vielfältig, dass wir alten wie jungen Menschen immer besser helfen können.

▼ Die Wirksamkeit der Elektrokrampftherapie ist wissenschaftlich gut belegt, insbesondere bei der Behandlung von schweren Depressionen.



Die wichtigsten biologischen Therapieverfahren im Überblick

1

Elektrokrampftherapie: Viel besser als ihr Ruf

Nicht bei allen Patient*innen, die an schweren, wiederkehrenden Depressionen leiden, helfen Psychopharmaka und Gesprächstherapien ausreichend. Hier kann eine Elektrokrampftherapie (EKT) Linderung verschaffen. Über Klebeelektroden am Kopf werden wenige Sekunden dauernde elektrische Impulse verabreicht, während die Patient*innen in Narkose versetzt sind. Der Strom löst kleine, ungefährliche Krämpfe im Gehirn aus, die die Ausschüttungen bestimmter Botenstoffe stimulieren. Meist setzen die behandelnden Ärzt*innen die EKT in Serien von acht bis zwölf Sitzungen ein. Wie

genau der Wirkmechanismus funktioniert, ist noch nicht völlig geklärt. Laut Deutscher Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) führt das Verfahren bei 50 bis 70 Prozent der bislang therapieresistenten Depressionen zu einer deutlichen Verbesserung. Vor allem, wer zusätzlich unter Wahnvorstellungen leidet, profitiert oft von einer EKT. Eingesetzt wird sie nur, wenn die Patient*innen es wünschen, andere Behandlungsoptionen ausgeschöpft sind und bestimmte Vorerkrankungen ausgeschlossen sind. Die EKT kommt auch bei neurologischen Erkrankungen wie Parkinson oder Epilepsie zum Einsatz.



2

Dosierter Schlafentzug: Wachbleiben statt Leiden

Viele an Depressionen Erkrankte haben Schlafstörungen. Sie liegen nachts wach und grübeln, wachen zu früh auf oder schlafen zu viel, was die düstere Stimmung noch verschlimmern kann. Meist bei Menschen, die unter einem ausgeprägten Morgentief leiden, setzen Behandler*innen Schlafentzug als therapeutisches Mittel ein, meistens während eines stationären Aufenthalts. Die Patient*innen bleiben ein- bis zweimal die Woche während der zweiten Nachthälfte wach, tagsüber Schlaf nachzuholen ist tabu. Oft bemerken Betroffene be-

reits am frühen Morgen, dass ihre Stimmung sich aufhellt und sie sich weniger erschöpft fühlen. Wissenschaftler*innen führen diesen Effekt unter anderem darauf zurück, dass Schlafphasen verkürzt werden, in denen der Körper vermehrt eher dämpfende Botenstoffe ausschüttet. Erzwungenes Wachbleiben vertreibt Depressionen zwar nicht auf Dauer, sofern keine weitere Behandlung erfolgt: Vielen Erkrankten zeigt die Erfahrung des Hochgefühls nach diesen Maßnahmen aber, dass positive Gefühle überhaupt noch möglich sind, und motiviert sie für den Weg zur Gesundheit.



3

Vagusnerv-Stimulation: Nachhaltig Signale steuern

Ursprünglich nur für die Epilepsie-Behandlung zugelassen, ist die Stimulation des Nervus vagus nun auch in der Therapie von schweren therapierefraktären Depressionen eine zusätzliche Behandlungsoption. Der vom Kopf über den Hals in den Brust- und Bauchraum verlaufende Nerv beeinflusst die Produktion wichtiger Botenstoffe. Wird er zielgerichtet stimuliert, lässt sich die aus dem Gleichgewicht geratene Hirnchemie Erkrankter besser regulieren. Möglich ist das etwa

mithilfe eines kleinen Pulsgenerators, der regelmäßige Signale ans Gehirn auslöst. Das Verfahren ist in der Depressionsbehandlung als experimentell einzuordnen, für das noch erheblicher Forschungsbedarf besteht. Es kommt nur bei schweren, anderweitig schlecht behandelbaren Depressionen zum Einsatz. Es gilt als gut verträglich, wirkt aber meist erst nach mehreren Monaten. Mehreren Studien zufolge halten die Effekte der Vagusnerv-Stimulationstherapie dafür deutlich länger an als die anderer Therapien.





< Die Patient*innen müssen nicht direkt in die Lampe sehen, es reicht, regelmäßig in Richtung Lichtquelle zu schauen, Zeitung-lesen ist daher möglich.

4

Lichttherapie: Nicht nur bei Winter-Blues

Reduziertes Tageslicht wirkt sich auf den Hormonhaushalt aus und führt dazu, dass weniger Serotonin ausgeschüttet wird, im Volksmund „Glückshormon“ genannt. Die Lichttherapie baut auf den gegenteiligen Effekt: Je nach verwendeter Lichtstärke setzen sich Patient*innen dafür täglich mindestens 30 Minuten vor eine spezielle Lichtbank. Die Helligkeit kurbelt die Serotonin-Produktion an und verbessert nachgewiesenermaßen das Wohlbefinden. Früher

fast nur bei saisonal auftretenden Depressionen in der dunkleren Jahreszeit eingesetzt, empfehlen viele Ärzte die Therapie mit Licht heute auch bei anderen Depressionsformen. Da die Lampen UV-Strahlen herausfiltern, wird dabei weder der Teint dunkler noch steigt das Hautkrebsrisiko. Vorsicht geboten ist allerdings bei bestimmten Augenkrankheiten wie altersbedingten Netzhautproblemen. Anders als Antidepressiva und Psychotherapie wirkt die Lichttherapie häufig bereits nach wenigen Tagen.



5

Transkranielle Magnetstimulation: Gehirn in Balance

Magnetische Impulse können zum Einsatz kommen, um den aus dem Lot geratenen Hirnstoffwechsel von depressiven Menschen wieder in geregelte Bahnen zu leiten. Während die Patient*innen in einem Liegesessel entspannen, wird dafür eine Magnetspule am Kopf platziert. Sie erzeugt ein magnetisches Feld, das durch den Schädel (transkraniell) auf Nervenzellen einwirkt. Wo nötig, werden diese angeregt, übermäßige Aktivität wird dagegen normalisiert. Eine transkranielle Magnetstimulation (TMS) dauert weniger als eine Stunde und wird täglich über mehrere Wochen fortgesetzt.

Manche Patient*innen haben zu Beginn ein unangenehmes Gefühl auf der Kopfhaut, weitere Neben- oder Langfristfolgen der innovativen Behandlung sind nicht bekannt. Viele berichten stattdessen über mehr Klarheit im Kopf nach einer TMS-Therapie und geben an, wieder deutlich mehr Freude an Aktivitäten zu verspüren. Bei der TMS zur Depressionsbehandlung handelt es sich um ein innovatives und relativ nebenwirkungsarmes Verfahren. Allerdings zählt es nicht zu den Standardtherapien in der Depressionsbehandlung und ist daher noch nicht an vielen Kliniken etabliert. Auch ist sie nicht so wirksam wie die EKT-Behandlung.



Neue Behandlungswege in der Alterspsychiatrie wagen – ein Modellprojekt

„DynaLIVE in der Gerontopsychiatrie und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn

Wer lange genug in der Alterspsychiatrie tätig ist, weiß, dass die bestehenden Behandlungsstrukturen deutliche Lücken aufweisen. Wir verfügen zwar über die Möglichkeit einer stationären Behandlung im Krankenhaus, in Tageskliniken, in psychiatrischen Praxen und Krankenhausambulanzen, trotzdem sehen wir Versorgungslücken zwischen den genannten Behandlungsangeboten. Insbesondere die Übergänge aus der Krankenhausbehandlung in die psychiatrische Praxis oder in umgekehrter Richtung stellen große Herausforderungen für die Patient*innen und ihre Angehörigen dar. Es stellt sich die Frage: Sollte es für diese Übergänge nicht weitere Zwischenstufen in der Behandlung geben?

Ja zu neuen Wegen

Bereits im Jahr 2014 wurde gemeinsam mit einigen ausgewählten Krankenkassen ein sogenanntes Modellprojekt nach § 64b SGB V durch die LVR-Klinik Bonn auf den Weg gebracht. Ziel dieses Modellprojekts mit dem Titel „DynaLIVE“ (Dynamische, Lebensnahe, Integrative Versorgung) ist es, neue Behandlungsangebote für Versicherte der sechs beteiligten Modellkassen zu entwickeln und zu erproben und damit diese bisher festen Grenzen aufzubrechen. Die besondere Lebenssituation älte-

rer Patient*innen prägt das Modellvorhaben in der Abteilung für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie.

Anfangs – noch vor der Corona-Pandemie – wurde eine bestehende gerontopsychiatrische Station in mehreren Schritten komplett in ein stationsersetzendes Behandlungszentrum umgewandelt, das inzwischen wieder räumlich verkleinert wurde. Die Behandlungen erfolgten je nach Bedarf aufsuchend zu Hause oder tagesklinisch. Die Anzahl der Behandlungstage wurde mit den Patient*innen individuell vereinbart. War zunächst eine tagesklinische Behandlung an vier Wochentagen erforderlich, konnte die Frequenz bald auf drei oder zwei Tage reduziert werden. Damit konnten die Patient*innen wieder anderen Tätigkeiten nachgehen, sei es Angehörige zu versorgen, eigene körperliche Erkrankungen zu behandeln oder auch wieder private Freizeitaktivitäten auszuüben.

Lebenssituation steht im Fokus

Die Patient*innen werden frühzeitig aus der stationären Behandlung übernommen oder zunehmend direkt in das Behandlungsprogramm DynaLIVE aufgenommen: eine Krankenhausbehandlung im ursprünglichen Sinn entfällt damit und die Behandlung erfolgt direkt im Zusammenhang mit der häuslichen Lebenssituation. Dadurch geraten Alltagsprobleme viel stärker in den Fokus der Behandlung und können direkt vor Ort aufgearbeitet werden. Aufsuchende Kontakte werden zumeist in die Behandlung integriert und ermöglichen so eine zusätzliche diagnostische Einschätzung. Auch die Familie kann so besser einbezogen werden und die Behandlung wird flexibler, auch für mobilitätseingeschränkte oder aktivitätsgeminderte Patient*innen. Ein weiterer Pluspunkt: Patient*innen mit Vorbehalten gegenüber einer psychiatrischen Klinik können sich in diesem Rahmen leichter auf eine Behandlung einlassen.

»DynaLIVE schafft die Voraussetzungen für eine flexiblere und individuellere Behandlung unserer Patient*innen.«

Prof. Dr. Kai-Uwe-Kühn, Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie und Psychotherapie

Notwendige Anpassung durch Corona

Mit Beginn der Corona-Pandemie musste die Abteilung für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie das Modellprojekt in kleinerem Umfang fortsetzen. Ziel ist dabei eine „intensivierte ambulante psychiatrische Behandlung“. „Intensiviert“ bedeutet, dass Patient*innen in der Regel an zwei Wochentagen in der Ambulanz behandelt werden, kombiniert mit aufsuchenden Kontakten. Ein multiprofessionelles Team bietet dort den Patient*innen pro Woche ein Gespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt, eine psychologische Behandlungseinheit (Gruppentherapie oder Einzelgespräch) sowie zwei pflegerische Bezugsgespräche an. Darüber hinaus finden pflege- und physiotherapeutische Gruppen sowie bei Bedarf eine Beratung durch Sozialarbeiter*innen statt. Die Behandlung fokussiert sich auf das Gelingen der häuslichen Realität der Patient*innen, die in reinen stationären Krankenhausbehandlungen allzu oft zu kurz kommt.

Sowohl die aufsuchende wie auch die niederfrequente stationärsersetzende Behandlung sind wirksame Behandlungsinstrumente, die bislang im Versorgungssystem gefehlt haben. Wesentliche Voraussetzung für den individuellen Behandlungserfolg ist dabei die zutreffende Entscheidung über die Behandlungsform, die der*die einzelne Patient*in braucht. Je differenzierter das Behandlungsangebot wird, umso entscheidender wird die Einschätzung des individuellen Behandlungsbedarfs.

Große Zufriedenheit bei den Patient*innen

Das Modellvorhaben DynaLIVE erlaubt es, über die bisherigen Grenzen psychiatrischer Behandlungsformen hinauszugehen. Die Behandlung richtet sich eher an den individuellen Bedürfnissen aus als an den eingefahrenen und gewohnten Behandlungspfaden der Institution. Die Mitarbeitenden haben einen direkten Kontakt und zudem einen guten Einblick in die Behandlungserfolge. So erleben wir eine große Zufriedenheit mit der Behandlung bei den Patient*innen und auch bei den Mitarbeitenden.

Wie wird es nach Ende des Modellprojekts 2024 weitergehen? Werden die Kostenträger vom Erfolg überzeugt sein? Wird die Politik neue Behandlungsformen weiterverfolgen? Werden sich Patient*innen und Mitarbeitende mit ihren Bedürfnissen zu Wort melden?

In der aktuellen Pandemie, die in vielem lähmend wirkt, bleibt es wichtig, die psychiatrische Versorgung weiterzuentwickeln. Modellvorhaben wie DynaLIVE tragen dazu bei, eine bessere Versorgung im psychiatrischen Krankenhausalltag zu etablieren, und werden sich hoffentlich verstetigen.

▼ Die Behandlung in der gewohnten häuslichen Umgebung rückt Alltagsprobleme und deren Bewältigung in den Fokus.



Gerontopsychiatrie in Bewegung – Vitalität erhalten

_Gemeinsame Verantwortung für körperliche Aktivität in der LVR-Klinik Köln

Körperliche (In)Aktivität ist der Vitalparameter der Zukunft! Das wachsende Wissen um die weitreichenden Effekte von Bewegung und Trainingsinterventionen verankert sich weiter in der Gesellschaft, in der Gesundheitsversorgung und zunehmend auch in der Gerontopsychiatrie. Um einen Fokus auf die körperliche (In)Aktivität zu setzen, wurde die „Gerontopsychiatrie in Bewegung“ in der LVR-Klinik Köln zusammen mit der Deutschen Sporthochschule Köln entwickelt und im-

plementiert. Eine gemeinsame multiprofessionelle Verantwortung für die körperliche (In)Aktivität der Patient*innen ist der Leitgedanke: Die Physiotherapie und Bewegungstherapie sind für gezielte Maßnahmen zur Bewegungsförderung zuständig, alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen legen einen Fokus auf die körperliche (In)Aktivität der Patient*innen in der Gesamtstrategie.



Tipps für die Praxis: Gerontopsychiatrie in Bewegung!

- **Konkretes Ziel**
150 Min. /Woche körperliche Aktivität in moderater Intensität
- **Multiprofessionelle Verantwortung für körperliche (In)Aktivität**
 - Bewegungstherapie & Physiotherapie: gezielte Bewegungsförderung
 - Ärztlicher Dienst & Psychotherapie: körperliche Aktivität in Gesamtausrichtung der Behandlung fokussieren – etwa Teilnahme an Therapien und Schrittzahlen in Visiten besprechen, Strategien zur Befähigung erarbeiten
 - Pflege: aktivierende Maßnahmen, zum Beispiel Anleitung im „Bewegten Flur“; gemeinsames Assessment der Mobilitätseinschränkungen und Sturzgefahr
 - Musiktherapie: Koordinationstraining – zum Beispiel Schritt-Reaktionstraining
 - Kunsttherapie: Koordinationstraining – etwa Auge-Hand-Koordination und visuell-räumliche Wahrnehmung
- Ergotherapie: motorisch-kognitives Training; Alltags-training; gemeinsame Interventionen mit Bewegungstherapie, zum Beispiel Rollator-Fit
- Sozialdienst, Casemanagement & familiäre Pflege: Nachsorge bezieht körperliche (In)Aktivität mit ein: lokale Sportgruppen, Verordnung Physiotherapie und psychiatrischer Rehabilitationssport
- **Aktivierungsfördernde Umgebungsgestaltung**
Ergometertraining auf den Fluren, auch auf geschützten Stationen; „Bewegter Flur“ (Aktivierungs-Poster und Assessment-Bereich); Treppenhaus Aktiv; Tagesstrukturierende Interventionen, etwa Nachtcafé mit Tanz- und Aktivierungsangeboten
- **Multiprofessionelle Bewegungsinterventionen**
„Bewegter Flur“, Schrittzähler-Interventionen; Schritt-Reaktionstraining, Rollator-Fit & Rollator-Führerschein
- **Assessment & Evaluation im Arztbrief**
körperliche (In)Aktivität messen, Mobilität & Therapieverlauf, Nachsorge-Initiativen

Assessment: Erfassen der Fähigkeiten

Der Ausgangspunkt der Behandlung ist das multiprofessionelle geriatrisch-gerontopsychiatrische Basisassessment. Neben der Untersuchung von Körperfunktionen und -strukturen werden besonders die damit verbundenen Aktivitäten und die Teilhabe der Patient*innen im Alltag berücksichtigt. Diese systematische Erfassung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen der Patient*innen findet anhand standardisierter und im jeweiligen Kontext validierten Instrumenten statt. Beispiele aus dem klinischen Assessment der Bewegungstherapie sind in den Abbildungen aufgeführt.

Ziel: Lebensqualität verbessern

In der Akutversorgung steht initial die Stabilisierung der Situation der Patient*innen im Vordergrund. Die Effekte von körperlicher Aktivität und Training auf Stimmungs- und Verhaltenssymptome zu nutzen, die Tagesstruktur zu stabilisieren und die Alltagskompetenz der Patient*innen zu fördern, sind dabei wesentliche Ziele. Langfristige und sektorenübergreifende Ziele sind, die Ressourcen zu stärken, die zu einem eigenständigen Leben in hoher Lebensqualität beitragen, sowie den altersbedingten Erkrankungen und damit einhergehenden Einschränkungen entgegenzuwirken.

Interventionen auf Station – auch im geschützten Rahmen!

Die Therapie richtet sich nach der aktuellen Situation der Patient*innen und beachtet die motorische und kognitive

Leistungsfähigkeit, die auftretenden psychischen und Verhaltenssymptome sowie die schwankenden Tagesformen gerontopsychiatrischer Patient*innen. Das Prinzip des trainingswirksamen Reizes ist auch in der gerontopsychiatrischen Behandlung umsetzbar: Unterschwellige Reize bleiben wirkungslos, überschwellige schwache Reize können eine Aufrechterhaltung des Funktionsniveaus bewirken, überschwellige mittlere bis starke Reize rufen physiologische Veränderungen hervor.

In Bewegung bleiben

Einmal angestoßen sollten die „Bewegungsinitiativen“ über die einzelnen Sektoren der Gesundheitsversorgung hinweg gefördert werden. Ergebnisse des Trainings-/Therapieprozesses sollten der weiterbehandelnden Einrichtung via Arztbrief und/oder Pflegeüberleitungsbogen sowie den Patient*innen selbst mitgeteilt werden und einzelne Elemente daraus explizit empfohlen werden. Hierzu sind Heimprogramme und Verordnungen von ambulanten Angeboten wie Physiotherapie, psychiatrischer Rehabilitationssport, Angebote des Vereinssports sowie entsprechende Angebote der nicht institutionalisierten Gesundheitsversorgung (bspw. freie Kurse, Fitnessangebote und kommunale Angebote) zu empfehlen.

Bewegung verbessert Lebensqualität

Die wachsende Bedeutung nicht pharmakologischer Therapiemaßnahmen bewirkt mehr biomedizinische Forschung im klinischen gerontopsychiatrischen Kontext. Aus den Bewegungs- und Therapiewissenschaften werden zum Beispiel am Körper getragene Bewegungssensoren eingesetzt, die neue Einblicke in das Bewegungsverhalten der Patient*innen liefern. Weitere Forschungsaktivitäten adressieren die Personalisierung der Bewegungsinterventionen, die körperliche (In)Aktivität in der sektorenübergreifenden Versorgung und dabei insbesondere das sogenannte „Post-Hospitalisierungs-Syndrom“. Die körperliche (In)Aktivität entwickelt sich hin zu einem Vitalzeichen in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen. Für die Gerontopsychiatrie erweist sich die Strategie, einen multiprofessionellen Schwerpunkt auf die körperliche (In)Aktivität zu setzen, als machbar und klinisch effektiv. Eine „Gerontopsychiatrie in Bewegung“ bewirkt direkte Verbesserungen für Patient*innen, deren Angehörige und die Berufsgruppen.



< Praxisbeispiele zur Durchführung des geriatrischen Assessments:
Tandem-Test zur Untersuchung der Gleichgewichtsfähigkeit



Arbeitsgruppe



Über weiterführende Literatur zu aktuell laufenden Studien und über neue Erkenntnisse informiert die Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie in Bewegung“, eine Kooperation der LVR-Klinik Köln und der Deutschen Sporthochschule Köln.
 ➔ www.klinik-koeln.lvr.de



^ Ausdauertraining an Sitzergometern (oben links) und zum Krafttraining der unteren Extremität mittels Gewichtsmanschetten (unten links). Aufstehetest zur Analyse der Kraftfähigkeit der unteren Extremität (oben rechts) und der Timed-up-and-go-Test zur Erfassung der Mobilität (unten rechts).

Manchmal schwer zu vereinbaren – Selbstbestimmung und Fürsorgepflicht

„Zwang und Gewalt so weit wie möglich vermeiden

Das Wohl der Patient*innen in der psychiatrischen Behandlung ist handlungsleitend. Doch was tun, wenn sie sich selbst oder andere gefährden? Der Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie ist ein schwieriges und hochemotionales Thema.

Um Zwang und Gewalt zu vermeiden bzw. weitestgehend zu reduzieren, entwickelt der LVR-Klinikverbund kontinuierlich seine Konzepte weiter, um die Behandlungsqualität zu verbessern, die Sicherheit der Patient*innen zu erhöhen und sie so weit wie möglich an der Behandlung zu beteiligen.

Selbstbestimmung achten

Immer wieder sind Behandelnde in der Situation, zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen und der allgemeinen Pflicht, Gesundheit und Leben zu schützen, zu entscheiden. Etwa, wenn sich Patient*innen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen selbst verletzen oder andere gefährden. Hier gilt es, genau abzuwägen, ob eine Maßnahme gegen den Willen der Patient*innen gerechtfertigt ist.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat bereits 1981 klargestellt, dass Patient*innen in gewissen Grenzen ein Recht auf „Freiheit zur Krankheit“ haben (BVerfGE 58, 208, NJW 1982, 691). Fixierungen und Isolierungen werden nur zur Sicherung und Gefahrenabwehr bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung angewandt (PsychKG), und nur dann, wenn sie das „letzte Mittel der Wahl“ sind. Darüber hinaus müssen Zwangsmaßnahmen vom Grundsatz her vorab immer durch ein Gericht genehmigt werden. Der Umstand, dass Richter*innen explizit durch eine Anordnung zustimmen müssen, betont das hohe Schutzbefürdnis der Patient*innen in der psychiatrischen Behandlung, dem wir im LVR-Klinikverbund durch hohe Sensibilität für das Thema Rechnung tragen.

Fachliche Debatte führen

Zur Vermeidung bzw. Reduktion von Zwang und Gewalt arbeitet der LVR-Klinikverbund kontinuierlich – auch vor dem Hintergrund der Evaluation relevanter Kennzahlen – an der fachlichen Entwicklung und stetigen Reflexion der Thematik. In verschiedenen Gremien, wie dem Arbeitskreis Gewalt-, Zwang- und Suizidprävention sowie in unterschiedlichen Arbeitsgruppen und Fachforen besteht Raum, sich auf fachlicher Ebene zu unterschiedlichen Erfahrungen im Umgang mit der Vermeidung von Zwang und Gewalt auszutauschen. Darüber hinaus werden neben dem fachlichen und berufsgruppenübergreifenden Austausch auch die gebündelten Erkenntnisse aus Leitlinien sowie Standards in den unterschiedlichen Fachabteilungen berücksichtigt.

Umgebung gestalten und Orientierung geben

So wird versucht, der Anwendung von Zwang und freiheitsentziehenden Maßnahmen beispielsweise durch deeskalierende Maßnahmen, wie einer bedarfsgerechten Milieugestaltung, entgegenzuwirken. Hierbei spielen „Orientierungspunkte“, die den Patient*innen helfen, sich in der für sie ungewohnten Um-

»Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, ist immer eine berufsgruppenübergreifende Aufgabe.«

Dr. Immanuel Baar,
Fachberatung Pflege, LVR-Klinikverbund

gebung zurechtzufinden, eine wichtige Rolle. Weiter gehören Barrierefreiheit sowie eine heilungsfördernde Milieugestaltung durch entsprechende Raumkonzepte ebenfalls zum Standard der LVR-Kliniken. Suizid- und Gewaltprävention sind zentrale Aspekte, die bei der Raumgestaltung fortlaufend mitgedacht werden. Dies umfasst neben technischen Aspekten insbesondere auch die Schaffung eines Sicherheit gebenden Umfelds.

Mitarbeitende schulen und Angehörige einbeziehen

Den Mitarbeitenden steht ein fundiertes und breites Fort- und Weiterbildungsangebot zur Verfügung. Ein weiterer sehr wichtiger Aspekt im Kontext der Vermeidung von Gewalt und Zwang ist die Beziehungsgestaltung zu den Patient*innen, welche von Seiten des Pflegedienstes im Rahmen der Bezugspflege kontinuierlich aufrechterhalten wird. Wo eine Vermeidung von Zwang und freiheitsentziehenden Maßnahmen nicht möglich ist, soll deren Durchführung möglichst kurz, sicher und so wenig belastend wie möglich erfolgen. Derartige Ereignisse sind zeitnah nachzubesprechen, um dies zukünftig – auch unter Berücksichtigung individueller Bedarfe – zu vermeiden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit für das multiprofessionelle Behandlungsteam (unter anderem auch unter Einbeziehung der Angehörigen und/oder Betreuer*innen), im Rahmen einer ethischen Fallberatung zielgerichtet und individuell Lösungsansätze gemeinsam zu erarbeiten. Unabhängig davon werden Angehörige als wichtige Alltagsbegleiter*innen der Patient*innen auf Wunsch und sofern möglich miteinbezogen und unterstützt.



**Zwangsmaßnahmen dürfen nur
als Ultima Ratio eingesetzt werden,
wenn alle anderen Möglichkeiten
ausgeschöpft sind.**

Herausforderung Demenz

Der Umgang mit Menschen mit Demenz stellt die Behandelnden noch einmal vor besondere Herausforderungen. Kognitive Defizite verleiten oft dazu, diesen Menschen ihr Selbstbestimmungsrecht abzuerkennen, weil sie nicht mehr verstehen oder nicht mehr deutlich kommunizieren. Doch auch Betroffene, die an einem fortgeschrittenen Stadium von Demenz leiden, sind durchaus in der Lage, positive und auch negative Emotionen zu erleben und nonverbal auszudrücken. Die multiprofessionellen Behandlungsteams in den gerontopsychiatrischen Abteilungen verfügen sowohl über Erfahrungen, die erforderlichen Qualifikationen sowie die erforderliche Haltung, welche im Rahmen der primären Prävention unabdingbar ist. Ansätze wie zum Beispiel Validation, Basale Stimulation, Kinästhetik sowie die biographisch orientierte Pflege können helfen, einen Zugang zu den Patient*innen zu finden.

Behandlungsansätze kontinuierlich prüfen

Die LVR-Kliniken prüfen immer wieder kritisch, ob die verfolgten Herangehensweisen und Konzepte geeignet sind, die gesteckten Ziele zu erreichen, auch im Hinblick auf Handlungsweisen und Einstellungen der Mitarbeitenden. Gegebenenfalls werden das Vorgehen oder die Auswahl von Behandlungsansätzen angepasst. Die implementierten oder in Erprobung befindlichen Strategien zur Reduktion von Zwang und Gewalt sowie für einen weiteren Ausbau der Patient*innenbeteiligung zeigen dabei eher mittel- bis langfristig positive Effekte auf. Alle Beteiligten müssen hier eng zusammenarbeiten.

< Freiheitsentziehende Maßnahmen lassen sich durch Schulung von Personal reduzieren, wenn auch nicht ganz vermeiden.

Der Schritt in eine neue Lebensphase – überfordert im Übergang?

_ Wie die LVR-Klinik Viersen junge Ältere in Krisen unterstützt

Die Kinder sind aus dem Haus, der Beruf ist seit Kurzem oder demnächst Geschichte. Der eigene Körper ist längst nicht mehr so fit wie einst, auch die mentale Kraft lässt nach. In der Lebensphase um die 60 Jahre entwickeln nicht wenige Menschen psychische Probleme. In Viersen gibt es jetzt eine eigene Station für diese Zielgruppe.

Leben im Umbruch

Da ist die Dame, die plötzlich an der Gartenpflege verzweifelt. Warum bekommt sie nicht mehr in den Griff, was ihr doch immer Freude bereitet hat? Oder die kürzlich verrentete Führungskraft: Statt die herbeigesehnte freie Zeit zu genießen, verfällt sie in depressive Stimmungen. „Ab Mitte, Ende 50 verändert sich das Leben für viele, manchmal ist das ein schleichender Prozess“, sagt Dr. Timm Strotmann-Tack, Chefarzt der Gerontopsychiatrie an der LVR-Klinik Viersen. „Die Kräfte

schwinden, manche fühlen sich nicht mehr gebraucht. Wir beobachten jedenfalls, dass es immer mehr Menschen gibt, die in dieser Übergangsphase seelisch überfordert sind.“ Seit Frühjahr 2022 bieten der Chefarzt und sein Team Betroffenen die Aufnahme auf einer speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichteten Station an.

»Ab Mitte 50 verändert sich das Leben für viele, manchmal ist das ein schleichender Prozess. Die Kräfte schwinden, manche fühlen sich nicht mehr gebraucht.«

Dr. Timm Strotmann-Tack, Chefarzt der
Gerontopsychiatrie an der LVR-Klinik Viersen



„Andere Bedürfnisse als 85-Jährige“

Vor allem affektive Störungen und Angsterkrankungen bilden den Behandlungsschwerpunkt auf Station G3 mit ihren 20 Betten. Anders als auf der allgemeinen gerontopsychiatrischen Station mit vielen Hochbetagten können die Patient*innen sich hier, umgeben von Menschen in ähnlichen Lebenssituationen, intensiv auf ihre Gesundheit konzentrieren. „Wer gerade am Ende der mittleren Jahre steht, hat einfach andere Bedürfnisse als etwa ein 85-Jähriger, der schon 20 Jahre im Ruhestand ist“, so Strotmann-Tack. „Zu sehen, dass hier andere mit ähnlichen Anpassungsproblemen an das Altern kämpfen, ihre Bewältigungsstrategien kennenzulernen, kann unseres Erachtens zusätzlich dabei helfen, die eigene mentale Stabilität wiederzuerlangen.“

Multimodales Angebot an sieben Tagen die Woche

Die offene Station ist für Patient*innen konzipiert, für die eine teilstationäre oder ambulante Therapie nicht mehr ausreicht. Wer aufgenommen werden möchte, benötigt eine Krankenhauseinweisung von Haus- oder Fachärzt*innen oder stellt sich in Notfällen selbst zur Behandlung vor. Nach der gerontopsychiatrischen Diagnostik steht den Patient*innen an sieben Tagen der Woche eine umfassendes, multimodales Therapieangebot durch ein multiprofessionelles Team offen (vgl. Kasten). Da die Station über einen Aufzug erreichbar ist und die Räume auf einer Ebene sind, ist auch die Behandlung von Rollstuhlfahrer*innen gut möglich. Die Patient*innen sollten bereit und in der Lage sein, aktiv an Therapien teilzunehmen und keine akuten Suizidgedanken haben.

Wiedereinstieg oder Gewöhnung an neue Routinen

„Zentral ist für uns, mehr Akzeptanz für den eigenen Alterungsprozess zu schaffen“, sagt Strotmann-Tack. „Das Ziel ist, nach dem Aufenthalt hier wieder in ein selbstbestimmtes, als sinnvoll empfundenes Leben zurückzufinden.“ Das kann ein Wiedereinstieg ins Berufsleben sein oder die langsame Gewöhnung daran, künftig neue Routinen zu entwickeln, etwa mehr Zeit in ein Ehrenamt oder Hobbys zu investieren oder mit der Partnerin oder dem Partner zu verbringen. Um das zu gewährleisten, bezieht das gerontopsychiatrische Team auch Angehörige und ambulante Hilfesysteme früh in die Behandlung ein.

< Für Menschen im Übergang verändert sich vieles: der Alltag muss neu organisiert, die eigene Rolle neu definiert werden.



Therapiespektrum der Station G3

Das Angebot richtet sich an Patient*innen ab 58 Jahren und umfasst die gesamte Bandbreite der gerontopsychiatrischen Diagnostik und Therapie. Dabei kommen etwa testpsychologische Untersuchungen zum Einsatz, pharmakologische Therapien und kognitive Verhaltenstherapie.

- Wöchentliche fachärztlich geleitete Visiten
- Themenspezifische Einzel- und Gruppengesprächstherapie
- Allgemeinmedizinische und geriatrische Behandlung mit Routinediagnostik, wie körperliche und neurologische Untersuchungen, Labor, EKG, bei Bedarf Röntgen, Elektroenzephalographie (EEG) und Computertomographie des Kopfes (CCT)
- Psychiatrische Pflege
- Entspannungstraining, zum Beispiel progressive Muskelentspannung (PMR) und autogenes Training
- Ergotherapie, beispielsweise kreatives Gestalten
- Training der sozialen Kompetenzen, wie Koch-, Einkaufs- und Haushaltstraining
- Übungen zur Verbesserung der intellektuellen Leistungsfähigkeit
- Unternehmungen in therapeutischer Gemeinschaft inkl. Außenaktivitäten
- Physiotherapie (nach Bedarf) und Gymnastik
- Vermittlung von Nachsorgeangeboten, etwa zur Pflege und häuslichen Versorgung, zur Verhinderung sozialer Isolation und zur Entlastung von Angehörigen
- Angehörigengruppe und Angehörigenberatung
- Sozialarbeiterische Beratung, z. B. zur Beantragung von Pflegegraden und zur Rente
- Seelsorgerische Unterstützung (auf Wunsch)

Der Bedarf für Angebote wie die Station G3, konstatiert der Chefarzt, wird weiterhin wachsen. Zumal der Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung im Kreis Viersen von knapp einem Drittel laut Prognosen bis 2040 auf fast 45 Prozent wachsen wird. „Damit ist klar, dass auch der gerontopsychiatrische Bedarf bei uns steigt – und es sinnvoll ist, in der Behandlung nicht erst im sehr hohen Alter anzusetzen.“



> 500

LOKALE ALLIANZEN FÜR
MENSCHEN MIT DEMENZ
IN DEUTSCHLAND



2/3

DER MENSCHEN MIT
DEMENTZ WERDEN
VON ANGEHÖRIGEN
VERSORGT



67 Prozent

NUTZEN DAS INTERNET



41 Prozent

KOMMUNIZIEREN MIT
EINEM SMARTPHONE

Wohnortnahe Vernetzung und Digitalisierung

Viele psychisch erkrankte Senior*innen wünschen sich, im gewohnten Lebensumfeld bleiben zu können. Enge Netzwerke aus ambulanten und klinischen Hilfen machen es möglich: Digitale Lösungen, tatkräftige kommunale Partner*innen und engagierte Ehrenamtler*innen sorgen dafür, dass der Alltag bewältigbar bleibt und soziale Bindungen gestärkt werden.

Körper und Psyche – ein enges Wechselspiel

Zusammenarbeit von Psychiatrie und Somatik eröffnet Chancen

Die Wahrscheinlichkeit, in einem somatischen Krankenhaus aufgenommen zu werden, steigt mit zunehmendem Alter deutlich. Inzwischen sind mehr als 50 Prozent der Menschen, die in einem somatischen Krankenhaus behandelt werden, älter als 65 Jahre.

Mittlerweile bieten die Erfolge der Medizin und die effizienten Ablaufplanungen großartige medizinische Möglichkeiten, überfordern aber auch viele der Patient*innen. Denn oft können erkrankte Menschen diesen Abläufen nicht folgen, reagieren ängstlich und gestresst. Zudem stehen die Mitarbeitenden in Krankenhäusern zunehmend unter dem Druck der Effizienz. Zeit für Fürsorge und Trost bleiben oft auf der Strecke. Darunter leiden besonders die älteren Menschen, vor allem, wenn ihre Gehirne durch Abbauprozesse nicht mehr so belastbar sind wie in jüngeren Jahren. Doch sehr häufig wissen die Betroffenen gar nicht, dass ihr Gehirn eine Schädigung aufweist, da kognitive Defizite bislang kompensiert werden konnten und die schleichend auftretenden Einschränkungen häufig nicht bemerkt wurden.

»Es ist wichtig, bei der Aufnahme von Patient*innen deren kognitive Leistungsfähigkeit zu untersuchen, festzustellen, ob sie körperlich fit oder gebrechlich sind, ob sie soziale Kontakte haben oder kürzlich jemanden verloren haben. Das alles sind Risikofaktoren für ein Delir.«

Dr. Martine Grümmer, Cheffärztin der Abteilung für Gerontopsychiatrie und Ärztliche Direktorin LVR-Klinik Düren

Steigendes Risiko für Verwirrtheit

Bei Zusatzbelastungen wie körperlichen Erkrankungen, zum Beispiel Infektionen oder Stoffwechselentgleisungen, aber auch Operationen, Angst, Schmerzen und Stress, funktioniert diese Kompensation nicht mehr, und das Gehirn verliert, manchmal vorübergehend, manchmal bleibend, wichtige Funktionen. Je stärker das Gehirn vorgeschädigt ist, umso geringere Auslöser führen zu Verwirrheitszuständen und Störungen der Aufmerksamkeit. Die Mediziner sprechen dann von einem Delir. Wie häufig ein Delir im Rahmen einer somatischen Krankenhausbehandlung auftritt, ist erschreckend: Je nach Schwere der körperlichen Erkrankung zeigen bis zu 80 Prozent der Patient*innen über 65 Jahre im Verlauf der somatischen Krankenhausbehandlung eine delirante Symptomatik.

Frühzeitig erkennen und behandeln

Entwickelt sich zur Grunderkrankung ein Delir, führt dies meist zu längeren sowie komplikationsreicheren Krankenhausaufenthalten. Mit schlechteren Behandlungsergebnissen ist dann zu rechnen. Wenn man bedenkt, dass ein Delir eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung ist, welche die Wahrscheinlichkeit zu sterben signifikant erhöht, und circa 25 Prozent der Patient*innen nach einem Delir kognitive Funktionsstörungen zurückbehalten, wird deutlich, wie bedeutsam das Vermeiden, das frühe Erkennen und die frühzeitige Behandlung des Delirs sind.

Zwei bedeutsame Ansätze der Delirprophylaxe, Erkennung und Behandlung

1 Sensibilisierung aller Behandelnden

An erster Stelle steht die Schulung aller Mitarbeitenden eines somatischen Krankenhauses hinsichtlich der Störungen und Faktoren, welche häufig ein Delir auslösen. Nur wenn möglichst viele der Mitarbeitenden sich zuständig fühlen, kann die Vorbeugung eines Delirs gelingen. Hierzu ist es erforderlich, diverse Abläufe zu betrachten und gegebenenfalls neu zu gestalten.

✓ Patient*innen, die vorübergehend verwirrt sind, brauchen eine beruhigende Atmosphäre. Besonders wichtig ist es, auf ihre individuellen Bedürfnisse einzugehen und ihnen Zuwendung zu geben.

Zentrale Punkte sind hier:

- Die Einführung eines Screenings, welche der geplant einbestellten Patient*innen hinsichtlich eines Delirs gefährdet sind,
- die Durchführung früher Gegenmaßnahmen, wie zum Beispiel das Modifizieren der Arznei schon im Vorfeld. Bei den identifizierten Personen ist es zielführend, die Abläufe, die ein Delir begünstigen, wie etwa die Narkosetiefe, anzupassen sowie die Zeiten der Flüssigkeits- und Nahrungskarenz möglichst kurz zu halten und potenziell riskante Medikation und Medikamentenkombinationen möglichst zu vermeiden,
- Hilfe bei der Orientierung hinsichtlich Zeit und Raum, etwa durch das Tragen von Hilfsmitteln wie Brille und Hörgerät. Weitere Orientierungshilfen wie Lichtadaption auf den Intensivstationen, gut sichtbare Kalender und Uhren sowie verkürzte Wartezeiten,



- eine gute Schmerz- und Schlafbehandlung,
- das Einbeziehen von Angehörigen sowie
- eine frühe Mobilisation ist ebenfalls hilfreich zur Delirvermeidung.

2 Kontinuierliche Beobachtung

An zweiter Stelle steht die kontinuierliche Beobachtung jedes und jeder Einzelnen der gefährdeten Patient*innen im klinischen Verlauf. Da das klinische Bild eines Delirs schnell wechseln kann und überaus unterschiedliche Erscheinungsformen haben kann, ist hier ein professioneller Blick aller an der Behandlung Beteiligten wichtig. Die Aufgabe eines psychiatrischen Dienstes sollte darum primär in der Schulung der Mitarbeitenden des somatischen Krankenhauses liegen und erst sekundär in der jeweiligen Einzelfallbetrachtung.

Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Zur Delirvermeidung und Delirbehandlung ist die Zusammenarbeit zwischen somatisch tätigen Krankenhausmitarbeitenden und psychiatrischen Diensten sowohl für jeden einzelnen Menschen, aber auch für das Krankenhaus insgesamt, überaus bedeutsam. Die hierdurch reduzierte Komplikationsrate und die Verhinderung vermeidbar längerer Krankenhausbehandlungen, ebenso wie die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit durch Gehirnschädigungen als Folge eines Delirs, machen diese Investition zutiefst sinnvoll. Wohl kann das bestmögliche Ziel nur erreicht werden, wenn diese Haltung von jedem einzelnen Mitarbeitenden des somatischen Krankenhauses getragen wird und der Umgang mit an einem Delir erkrankten Menschen nicht als manchmal unliebsame Aufgabe an Externe delegiert wird. Wünschenswert wäre, dass auch die Kostenträger diese Sichtweise teilen, um die Unterstützung und Finanzierung solcher Projekte umzusetzen.



Düsseldorfer Charta für den Umgang mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Die Zahl älterer Menschen, die mit einer Demenz in ein Krankenhaus kommen, steigt und stellt Patient*innen, Angehörige und Behandelnde vor neue Herausforderungen. Daher haben die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz sowie die Konferenz Alter und Pflege 2014 den Arbeitskreis „Demenz als Nebendiagnose im Krankenhaus“ gegründet. 2016 wurde eine Charta verabschiedet, die Bausteine für den Umgang von Menschen mit Demenz im Krankenhaus enthält. Sie sollen dazu beitragen, die Versorgung dieser Patient*innen zu verbessern.

Auszug aus den Bausteinen für eine demenzsensible Versorgung im Krankenhaus:

- **Beschäftigte als Expert*innen für Demenz benennen**, die sich für die Umsetzung einer demenzsensiblen Versorgung einsetzen.
- **Screening** älterer Patient*innen bei Aufnahme, um kognitive Leistungsbeeinträchtigungen zu erkennen und über besondere Hilfebedarfe zu informieren.
- **Qualifizierung aller Beschäftigten** durch Schulungen zu Diagnostik und zum Umgang mit Menschen mit Demenz sowie mit akut auftretender Verwirrtheit im Rahmen eines Delirs.
- **Milieu und Architektur gestalten**, wie Flure und Zimmer ausleuchten, einzelne Räume kennzeichnen.
- **Einrichtung geeigneter Betreuungsangebote**, wie Tagesbetreuung und Schwerpunktstationen, die helfen, Zeit zu strukturieren, Abläufe zu vermitteln und Sicherheit zu geben. Begleitung zu den verschiedenen Untersuchungen oder auch eine Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.
- **Entlassmanagement / Pflegeüberleitung**, das nicht nur den Hilfebedarf durch die kognitiven Beeinträchtigungen im Überleitungsgeschehen beachtet, sondern auch etablierte ambulante Versorgungsmöglichkeiten einbezieht.
- **Einbeziehung der Angehörigen** durch Informationsveranstaltungen und Schulungen. Rooming-in-Möglichkeiten werden geprüft.
- **Einbeziehung Ehrenamtlicher** für die Betreuung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus durch entsprechende Qualifikation.
- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern**, um angemessene fachlich gute Versorgung sicherzustellen. Auch bereits bestehende Liaison- und Konsiliardienste können Teil der Kooperation werden.

Sozial eingebunden und selbstständig – Willkommenskultur bei Kaffee und Kuchen

Das Gerontopsychiatrische Zentrum der LVR-Klinik Viersen engagiert sich für Demenzcafés



^ Kleine Auszeit für Angehörige, Spiel und Spaß für Betroffene.
Im Demenzcafé darf das Vergessen auch mal vergessen werden.

Da ist der Lichtblick, die Villa, der Augenblick. Die schlichte Pause oder das zarte Vergissmeinnicht. Schon die Namen dieser Cafés im Kreis Viersen sollen Wohlbefinden ausdrücken. Speziell für an Demenz Erkrankte und ihre Angehörigen konzipiert, schaffen sie Raum für entspanntes Miteinander und Gelegenheiten, sich ohne Scham Rat zu suchen.

Helmut Woerner erinnert sich noch gut daran, wie damals die Idee entstand. Drinnen, in den Räumen der Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle an der LVR-Klinik, die Angehörigen, die sich über die Herausforderungen des Alltags mit dementen Menschen austauschten. Vor der Tür die Betroffenen selbst,

miteinander ins Gespräch vertieft. „Das war oft eine seltsame Situation, wenn damals die Angehörigengruppen stattfanden“, erzählt der Gerontologe und Sozialarbeiter vom Gerontopsychiatrischen Zentrum der LVR-Klinik Viersen. „Viele können und wollen ihre erkrankten Partner*innen ja nicht einfach allein zu Hause lassen, wenn sie zu solchen Treffen kommen.“ Warum also kein Angebot für alle gemeinsam schaffen, einen geschützten Rahmen, in dem sowohl Menschen mit Demenz als auch ihre Angehörigen sich gut aufgehoben fühlen?

„Das trifft einen Nerv“

Das erste Demenzcafé, 2012 in Kooperation mit dem Arbeiter-Samariter-Bund ins Leben gerufen und auf den Namen „Vergissmeinnicht“ getauft, kam sofort sehr gut an. „Wir haben schnell gemerkt, dass das einen Nerv trifft – und es einen großen Bedarf gibt für Angebote, die an Demenz Erkrankten und ihren Angehörigen mehr Teilhabe am Leben ermöglichen“, so Woerner. Koordiniert vom Demenz Netzwerk im Kreis Viersen ist deshalb in den vergangenen Jahren eine ganze Reihe von Cafés wie das „Vergissmeinnicht“ entstanden. In Viersen selbst, Greifath, Kempen und Tönisvorst, überall dort, wo es

»Möglichst lange aktiv am täglichen Leben teilzunehmen ermöglicht Demenzerkrankten, ihre verbliebenen Fähigkeiten einzusetzen und die Krankheit zu verlangsamen.«

Helmut Woerner, Gerontologe und Sozialarbeiter vom Gerontopsychiatrischen Zentrum der LVR-Klinik Viersen

geeignete, barrierefreie Räume von Wohlfahrtsverbänden oder privaten Anbietern der Altenhilfe gibt und Ehrenamtler*innen, die unterstützen.

Fachsimpeln über Fußball

„Theoretisch könnten die Cafés zwar in echten Gaststätten stattfinden“, erklärt Woerners Kollegin Veronika Grziwa, ebenfalls Gerontologin. „Aber uns ist wichtig, dass keiner sich unwohl fühlt, wenn mal jemand versehentlich aus der Tasse des Sitznachbarn trinkt oder ein bisschen durch den Raum läuft.“ Ein bis zwei Mal im Monat öffnen die Cafés ihre Türen für mehrere Stunden. Bei Kaffee, Kuchen, Tee und manchmal auch Musik plaudern die Besucher*innen über alles, was sie bewegt. Ohne Angst davor, andere zu irritieren, im kleinen, überschaubaren Rahmen mit Menschen, die sie gewohnt sind und zu denen oft Freundschaften entstehen. „Da wird auch über Fußball gefachsimpelt oder übers Gärtnern – gar nicht so viel über Demenz, darauf haben die Gäste oft überhaupt keine Lust,“ so Woerner. Im Laufe der Zeit wächst so auch das Vertrauen zu Fachleuten wie Veronika Grziwa und ihm, die regelmäßig vor Ort sind. Wer Fragen hat dazu, wie man etwa einen Pflegegrad beantragt oder welche Hilfen sich in welchen Krankheitsphasen bewährt haben, bekommt in ungezwungener Atmosphäre Unterstützung.

Rikschafahrten und Schulungen

Unterstützung bieten, Menschen Teilhabe ermöglichen und dabei möglichst früh ansetzen, damit Krisen gar nicht erst entstehen: Das sind auch die Ziele vieler anderer Initiativen des Demenz Netzwerks im Kreis Viersen, die der Pandemie wegen zeitweise etwas warten mussten. Demnächst sollen Menschen mit Demenz im Kreis sich zum Beispiel per E-Rikscha von zu Hause abholen lassen können, für kleine Ausflüge oder um Termine wahrzunehmen. Mitarbeitenden von Supermärkten, Apotheken oder etwa Banken will man Schulungen anbieten, damit sie besser mit manchmal irritierenden Verhaltensweisen dementer Kund*innen umzugehen lernen. Wer selbst unter einer Demenz leidet, soll außerdem die Möglichkeit haben, seine oder ihre Sicht der Dinge in lokale Veranstaltungen einzubringen. „Eigentlich geht es darum, eine Art Willkommenskultur für Menschen mit diesen Erkrankungen zu schaffen“, sagt Helmut Woerner. „Sozial eingebunden zu sein hilft, den Verlauf der Erkrankung zu bremsen – deshalb ist auch das Fachsimpeln über Fußball im Demenzcafé so wertvoll.“



Demenz Netzwerk im Kreis Viersen

Im „Forum Demenz“ arbeiten die regionalen Anbieter von ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen der Altenhilfe und die Kommunen im Kreis Viersen bereits seit vielen Jahren eng zusammen. Um die Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen mithilfe von Fördermitteln noch besser ausbauen zu können, ist 2019 zusätzlich das Demenz Netzwerk im Kreis Viersen entstanden. 21 Kooperationspartner zählt es inzwischen. Neben der LVR-Klinik Viersen sind zahlreiche Gemeinden, Vereine und Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände vertreten. Gemeinsam wollen die Partner die Infrastruktur im Kreis verbessern, die Öffentlichkeit sensibilisieren, alleinstehende Menschen mit Demenz stärken, ihre Teilhabe fördern und sie in ihrer Selbstständigkeit unterstützen. Außer den Demenzcafés hat das Netzwerk zahlreiche weitere Förderprojekte auf den Weg gebracht, so etwa Wochenendfreizeiten für Betroffene von frontotemporaler Demenz und Fachtage.

Mehr Informationen, unter anderem zu den Standorten und den aktuellen Öffnungszeiten der Demenzcafés:
www.demenznetzwerk-viersen.de

Multimorbide und immobil – Diagnostik und Therapie vor Ort

Langjährige Erfahrung des LVR-Klinikum Essen in der aufsuchenden Heimversorgung

Aufsuchende Angebote nehmen einen immer größeren Stellenwert in der psychiatrischen Versorgungslandschaft ein. Sie ermöglichen diagnostische und therapeutische Maßnahmen vor Ort, wenn die Betroffenen beispielsweise aufgrund von Multimorbidität oder reduzierter Mobilität nicht mehr in der Lage sind, eigenständig eine Arztpraxis oder Ambulanz aufzusuchen, und können somit Versorgungslücken schließen. Auch psychische Krisen können bereits im Lebensumfeld der Betroffenen frühzeitig erkannt und deeskaliert werden. Hierdurch lassen sich stationäre Behandlungen reduzieren oder vermeiden.

Sektorenübergreifende Vernetzung

Ein wichtiges Element aufsuchender Angebote ist die koordinierte Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt*innen, ambulanten Pflege- und Sozialdiensten, Fachtherapeut*innen, zum Beispiel Ergo- und Physiotherapie, rechtlichen Betreuern sowie Angehörigen und weiteren Bezugspersonen. Diese enge Vernetzung der vielfältigen Behandlungs- und Betreuungsangebote trägt wesentlich dazu bei, relevante Informationen zu bündeln und, unter Berücksichtigung der Schweigepflicht, auszutauschen und die medizinische Versorgung der Betroffenen auf die individuellen Bedürfnisse abzustimmen und zu verbessern.

»Die enge Kooperation von Heim- und Klinikteam trägt dazu bei, dass psychische Erkrankungen früh erkannt und multiprofessionell behandelt werden.«

PD Dr. Patrik Roser, Oberarzt Gerontopsychiatrische Ambulanz des LVR-Klinikum Essen

Versorgungsbedarf in Pflegeeinrichtungen

Besonders Menschen mit psychischen Alterserkrankungen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, haben einen hohen psychiatrischen Behandlungsbedarf. Mehr als die Hälfte der Menschen in der stationären Altenpflege hat eine mittelgradige oder schwere Demenz, häufig verbunden mit herausfordernden demenzassoziierten Verhaltensstörungen; etwa ein Viertel weist eine behandlungsbedürftige depressive Erkrankung auf. Die Betroffenen sind jedoch häufig fachärztlich unterversorgt, weswegen psychische Erkrankungen oft unerkannt und unbehandelt bleiben.

Multiprofessionelles Team

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des LVR-Klinikum Essen engagiert sich seit 2004 in der aufsuchenden Heimversorgung. Die Heimversorgung ist der Gerontopsychiatrischen Ambulanz angegliedert und ein wichtiger Bestandteil der Angebotsstruktur des Gerontopsychiatrischen Zentrums. Ein Team aus psychiatrischen und neurologischen Fach- und Assistenzärzt*innen, Psycholog*innen und Medizinischen Fachangestellten stellt derzeit die gerontopsychiatrische Versorgung von etwa 1.200 Patient*innen in 23 stationären Pflegeeinrichtungen im Essener Stadtgebiet sicher. Für die täglichen Einsätze stehen klinikeigene Firmenfahrzeuge zur Verfügung. Das Angebot der aufsuchenden Heimversorgung ist im regionalen integrierten Versorgungssystem gut etabliert.

Koordinierte Zusammenarbeit

Das Team steht in einem engen Austausch mit den Pflegeeinrichtungen, berät und unterstützt die Pflegenden vor Ort und stellt für jede Pflegeeinrichtung eine*n definierte*n ärztliche*n Ansprechpartner*in zur Seite. Auch für Schulungen des Pflegepersonals bei konkreten Fragestellungen, Verhaltensauffälligkeiten oder Versorgungsproblemen stehen die gerontopsychiatrischen Heimärzt*innen den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Turnusmäßig finden in den Pflegeeinrichtungen für



^ Pflegeheimbewohner*innen sind oft darauf angewiesen, dass Ärzt*innen zu ihnen kommen. Was für Hausärzt*innen nahezu selbstverständlich ist, gilt nicht für Fachärzt*innen, wie etwa Psychiater*innen. Hier besteht erheblicher Bedarf.

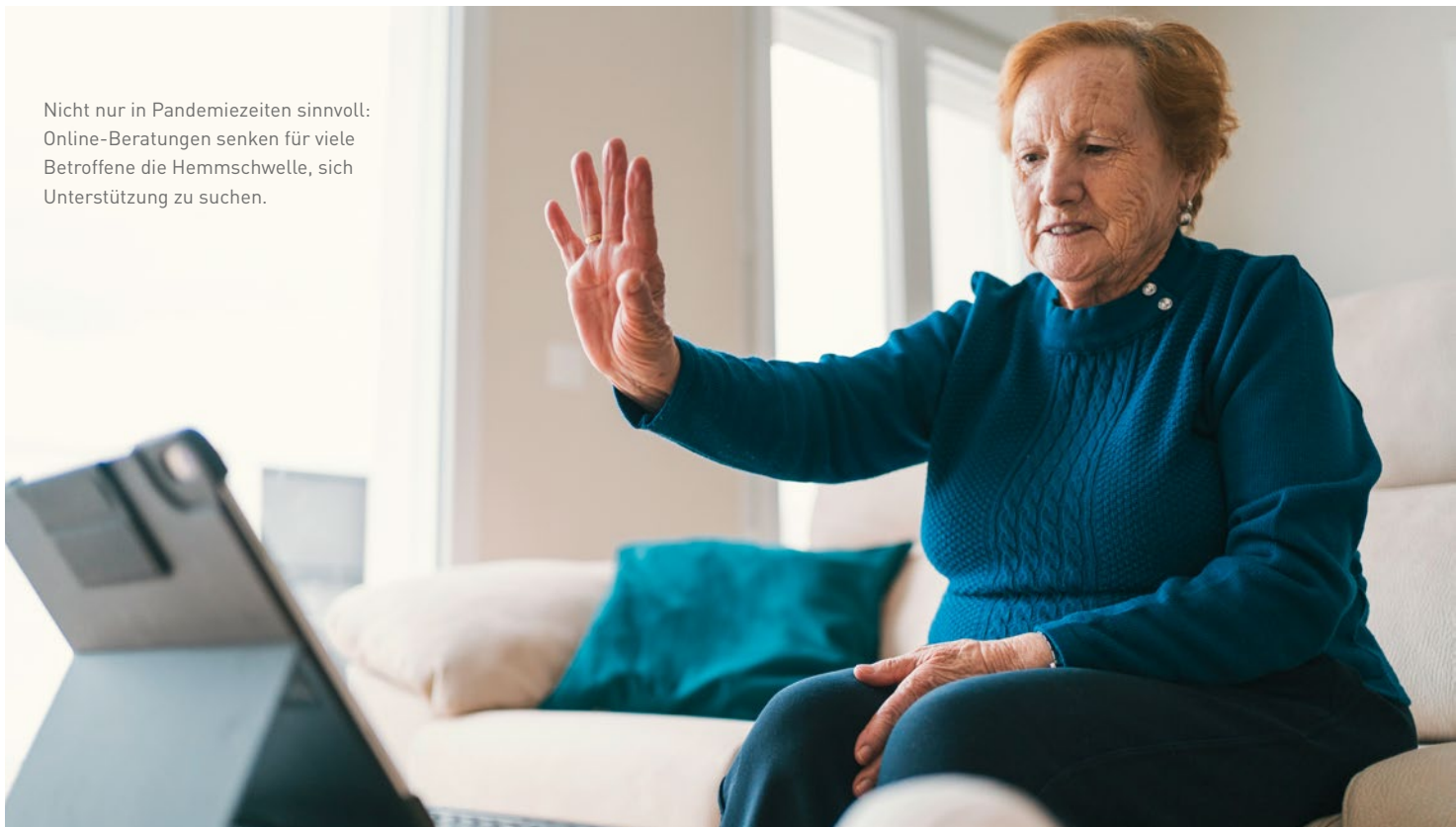
jede*n Bewohner*in gemeinsame Visiten statt. Auch neuropsychologische Aufnahme- und Verlaufsuntersuchungen werden vor Ort durchgeführt. Aufgrund der zielgerichteten Kommunikation mit dem Heimpersonal, den Haus- und gegebenenfalls weiteren Fachärzt*innen sowie der Integration der Erkenntnisse aller Behandelnden nehmen die Ärzt*innen der gerontopsychiatrischen Heimversorgung eine zentrale und koordinierende Rolle ein.

Medizinische Versorgung verbessern

Die Bewohner*innen profitieren wiederum von einer fundierten gerontopsychiatrischen Diagnostik und Therapie vor Ort, ohne dafür die gewohnte Umgebung verlassen zu müssen. Dadurch können Stress und Ängste und vor allem stationäre Aufnahmen vermieden werden. Die feste Zuordnung der Heim-

ärzt*innen fördert zudem die Vertrautheit und Akzeptanz bei den Bewohner*innen, die im Laufe der Jahre eine enge therapeutische Beziehung aufbauen können. Aufgrund der fachlichen Expertise und der koordinierenden Funktion der zuständigen Heimärzt*innen kann auch eine Minimierung des Risikos der Polypharmazie beobachtet werden. Dieser unkoordinierte Einsatz von mehreren Medikamenten führt häufig zu Komplikationen, die sich in übermäßiger Sedierung, Verschlechterung der kognitiven Funktionen oder erhöhter Sturzgefahr äußern können. Ein weiterer Vorteil der aufsuchenden Heimversorgung besteht darin, dass im Bedarfsfall, etwa bei krisenhafter Zuspitzung von Verhaltensstörungen, bei deliranten Zuständen oder bei akuter Suizidalität, auf die stationären gerontopsychiatrischen Angebote des LVR-Klinikum Essen niederschwellig zurückgegriffen werden kann.

Nicht nur in Pandemiezeiten sinnvoll:
Online-Beratungen senken für viele
Betroffene die Hemmschwelle, sich
Unterstützung zu suchen.



Virtuell auf Hausbesuch – der Beratungsbedarf steigt

Digitale Angebote der Institutsambulanz Gerontopsychiatrie am LVR-Klinikum Düsseldorf

Die Not ist groß, aber die Arztpraxis geschlossen – oder der Weg dorthin scheint zu riskant: Die Corona-Pandemie und die damit verbundenen Lockdowns haben den Bedarf für ärztliche Beratung über das Web ansteigen lassen. Was älteren, psychisch erkrankten Patient*innen und ihren Angehörigen solche Lösungen bringen, ergründet das Düsseldorfer Modellprojekt „GerHaRD – digital“.

Seit Wochen Schwierigkeiten, selbst einfache Handgriffe zu bewältigen. Gereiztes Verhalten, die Sorge vielleicht, Opfer übler Machenschaften zu werden. Oder plötzliche Probleme, sich überhaupt sprachlich verständlich zu machen. Senior*innen, die solche Symptome an sich selbst bemerken, fühlen sich oft hilflos. Ebenso wie ihre Angehörigen – erst recht, wenn wie während der Corona-Pandemie die Fahrt zu spezialisierten

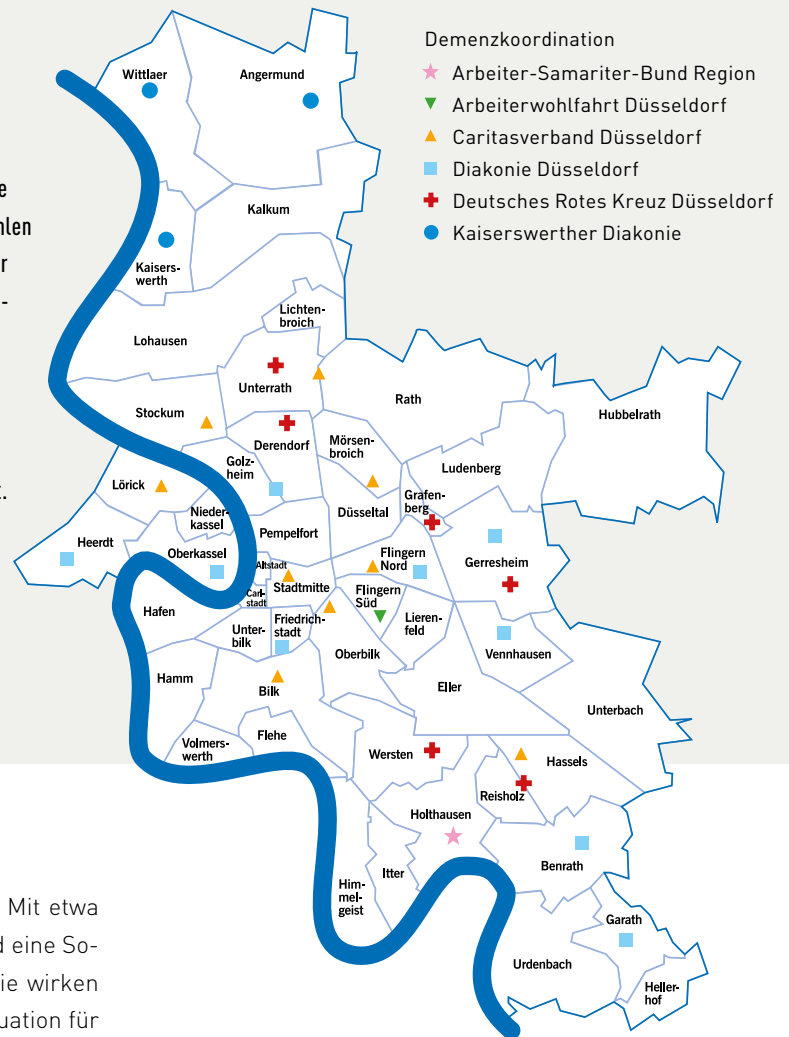
Anlaufstellen zu gefährlich scheint, weil man sich unterwegs anstecken könnte. Oder weil die entsprechenden Einrichtungen gleich gar keine Präsenzsprechstunden anbieten können. „Wir haben in den letzten zwei Jahren deutlich gemerkt, wie stark der Beratungsbedarf gestiegen ist. Viele Haushalte mit an Demenz Erkrankten zum Beispiel waren sehr isoliert“, so Dr. Barbara Höft, die als Fachärztin für Psychiatrie die gerontopsychiatrische Ambulanz des LVR-Klinikums Düsseldorf leitet.

„Wie wirken die Betroffenen, wie ist die Stimmung?“

„Gerontopsychiatrische Hausbesuche und Rat in Düsseldorf digital [GerHaRD-digital]“ heißt das Modellprojekt, das für Abhilfe sorgen soll. Wer eine fachkundige Beratung von zu Hause aus wahrnehmen will, kann sich an eine Anlaufstelle des Düsseldorfer Demenznetzes wenden und wird dann an

Demenznetz Düsseldorf

Niedrigschwellige Hilfen für Betroffene schaffen und zugleich Angehörige entlasten: Das ist das Ziel der stadtweiten Angebote des Demenznetzes Düsseldorf. Zu den Kooperationspartnern zählen die Wohlfahrtsverbände der Stadt und die Institutsambulanz der Abteilung Gerontopsychiatrie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf sowie das Regionalbüro Pflege, Alter und Demenz der Stadt Düsseldorf. Das Angebot ist standardisiert, qualitätsgesichert und wurde in einem bundesweiten Projekt von 2012 bis 2015 durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) evaluiert. Aktuell nutzen pro Woche etwa 300 Menschen mit Demenz und deren Angehörige die Angebote, viele davon begleiten die Spezialist*innen jahrelang. Unterstützt von rund 120 ehrenamtlichen Helfer*innen wöchentlich.



die Expert*innen der Institutsambulanz vermittelt. Mit etwa fünf Stunden pro Woche stehen eine Fachärztin und eine Sozialpädagogin für digitale Hausbesuche bereit. „Wie wirken die Betroffenen? Wie ist die Stimmung? Wie die Situation für die Angehörigen? Via Bildschirm kann man sich einen recht guten Eindruck machen – und dann gezielt beraten,“ so Höft. Zwei Jahre lang wird das Projekt mit Mitteln der Landespflegekassen finanziert. Eine Behandlung im eigentlichen Sinn findet nicht statt, Medikamente werden auch nicht verschrieben. Stattdessen erhalten Angehörige und Patient*innen eine differenzierte Beratung.

Niedrigschwellige Beratung als Einstieg

„Gerade, wenn den Betroffenen selbst nicht bewusst ist, dass sie mental eingeschränkt sind, können niedrigschwellige Beratungsangebote einen guten Einstieg darstellen“, so Höft. GerHaRD digital greift die Erfahrungen früherer Modellprojekte auf: Hausbesuche vor Ort erprobte das Demenznetz von 2014 bis 2016 im Vorläuferprojekt GerHaRD. 2017 bis 2020 folgte „Prävention im Quartier – Aufmerksam Sorge Stärken (PiQ-ASS) – Krisen und Gewaltprävention bei der Betreuung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit“. Erfasst wurden Risikofaktoren für Krisen bei der Pflege zu Hause, und Demenzerkrankten so-

wie ihren Bezugspersonen wurden Interventionen angeboten. 2021 wurde das Projekt „Demenznetz 2.0“ abgeschlossen: Ehrenamtliche wurden entsprechend geschult und können wiederum Angehörige darin unterstützen, technische Hilfsmittel wie iPads im Alltag für mehr Teilhabe einzusetzen.

Scham und Angst vor Stigmatisierung

Diese Bausteine ergänzt GerHaRD digital. Wie bei den Vorprojekten spielen die Bezugspersonen dementer Menschen eine zentrale Rolle. Barbara Höft will die Modellphase nutzen, um die Online-Hausbesuche zu evaluieren und auf Basis der Erkenntnisse ein tragfähiges Konzept zu entwickeln. „Wir sehen viel Potenzial: Viele an Demenz Erkrankte haben Angst, stigmatisiert zu werden, wenn Bekannte sie vor einer Beratungsstelle sehen. Mit Online-Beratungen können wir ihnen eine Brücke bauen, sich früh Unterstützung zu sichern. Das ist auch über Pandemie-Zeiten hinaus sinnvoll.“

Kontakte pflegen und geistig fit bleiben – Chatten und Lernen mit dem Tablet

_Förderung digitaler Kompetenzen in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik Düsseldorf

GERODIG, das Akronym steht für Gerontopsychiatrie und Digitalisierung. Ziel des Projekts ist es, den Patient*innen der gerontopsychiatrischen Tagesklinik den Umgang mit digitalen Technologien nahezubringen. Zwei Themenschwerpunkte stehen im Fokus, die für alle Patient*innen – egal mit welcher Diagnose – wichtig sind: die Pflege sozialer Kontakte sowie das Training kognitiver Fähigkeiten.

Sich verbinden und vernetzen

Begegnungen mit anderen Menschen sind extrem wichtig, um seelisch gesund zu bleiben, das hat die Covid-19-Pandemie noch einmal verdeutlicht. Viele ältere Menschen haben infolge

von pandemiebedingten Einschränkungen bestehende soziale Netze und Kontakte verloren. Die ebenfalls pandemiebedingte voranschreitende Digitalisierung hat dieses Problem zusätzlich verschärft. Um etwa ins Schwimmbad zu gehen oder sich mit Freunden im Restaurant zu treffen, müssen sie sich heute online registrieren, das schaffen nur wenige Ältere.

Noch schwieriger wird es für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Für sie ist der gesellschaftliche Kontakt besonders wichtig. Während der Pandemie hat sich das Aufrechterhalten sozialer Beziehungen immer mehr in die digitale Welt verlagert – sei es, dass man sich im Messenger zum Spaziergang verabredet oder sich einfach nur den neuesten Klatsch erzählt.

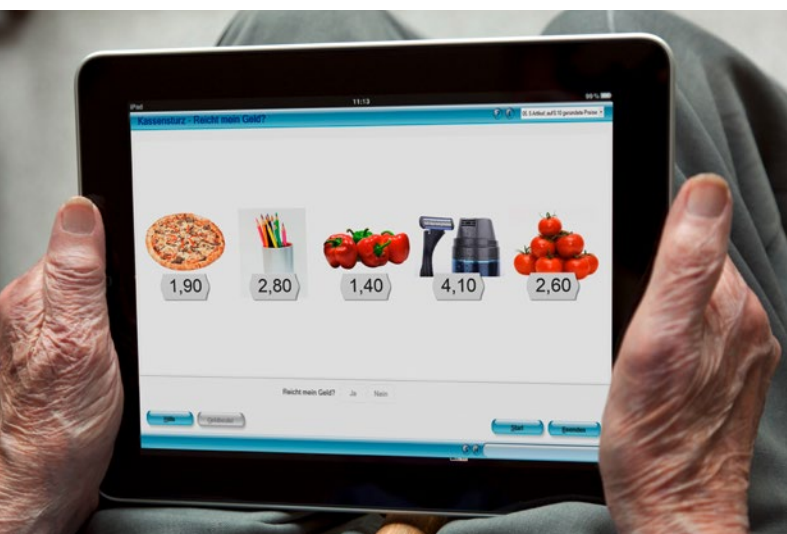


Die Familie lebt nicht in der Nähe? Man selbst oder Freund*innen sind immobil? Per Video-telefonie bleiben Senior*innen virtuell in Kontakt oder können sich untereinander verabreden.

Den Kopf beschäftigen

Möglichst lange geistig fit zu bleiben, wünschen sich die meisten Menschen. Auch dabei können digitale Anwendungen helfen: Studien haben gezeigt, dass ein strukturiertes computergestütztes Training kognitiver Fähigkeiten den Verlauf einer demenziellen Erkrankung zumindest verlangsamen kann. In der neurologischen Rehabilitation zum Beispiel zeigten sich positive Effekte auf Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Menschen. In der gerontopsychiatrischen Tagesklinik wird computergestützte Therapie bei demenziellen Erkrankungen eingesetzt, beispielsweise bei kognitiven Trainings, aber auch im Rahmen von Erinnerungsarbeit oder zur Unterstützung der Tagesstrukturierung. Das kognitive Training gehört inzwischen zu jeder multimodalen Therapie zur Prävention von Demenz. Die digitalen Angebote für ältere Patient*innen sind vielfältig: Quiz, Puzzles, Denk- und Geschicklichkeitsspiele, Klang- oder Rechenaufgaben. So sollen Patient*innen etwa schätzen, ob sie genug Geld für einen Einkauf dabei haben. Das erste Bild zeigt dabei den Geldschein im Portemonnaie, das nächste Bild zeigt Einkäufe und was sie kosten. Es geht nicht darum, den Betrag genau zusammenzurechnen, sondern schnell und pragmatisch abzuschätzen, ob das Geld reicht.

▼ Reicht mein Geld für den Einkauf? Mit verschiedenen Apps können ältere Menschen Fähigkeiten trainieren, die sie im Alltag brauchen.



»Manche Patient*innen brauchen viel Anleitung und Übung bis sie Computer oder Tablet nutzen können. Doch sie merken schnell, dass es ihnen im Alltag hilft.«

Harald Zäske, Psychologe in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik am LVR-Tagesklinik und Ambulanzzentrum (TAZ)

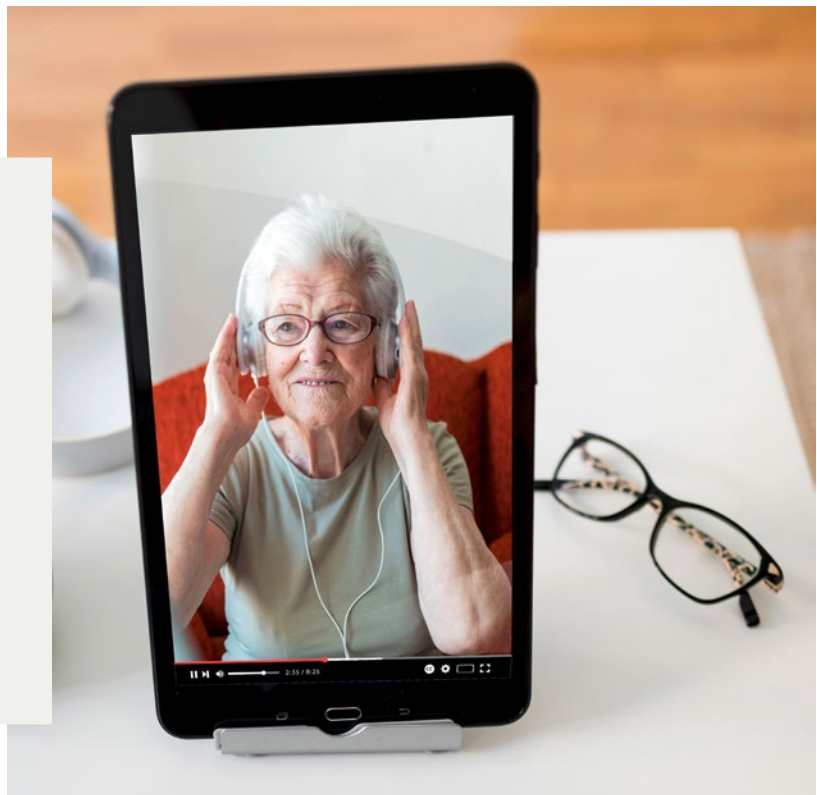
Besondere Bedürfnisse berücksichtigen

Auch wenn der Nutzen deutlich ist und die Spiele vielen Älteren Spaß machen, ist die Hemmschwelle, sich mit digitalen Medien zu beschäftigen, für die*den Einzelne*n oft hoch. „Wir zeigen unseren Patient*innen, welche Vorteile es für sie persönlich hat, wenn sie sich mit digitalen Anwendungen beschäftigen, etwa mit Messengerdiensten, die ihren Alltag erleichtern können, weil sie schnell jemanden kontaktieren und beispielsweise um Hilfe bitten können“, sagt Harald Zäske, Psychologe in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik am LVR-Tagesklinik und Ambulanzzentrum (TAZ).

Darüber hinaus gilt es, die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen zu berücksichtigen: sie experimentieren nicht mehr so unbefangen wie etwa Kinder oder Jugendliche, sondern informieren sich in der Regel sehr gezielt und systematisch. Sie brauchen viel Anleitung, die auf ihre individuellen Bedürfnisse ausgerichtet ist. Besondere Anforderungen gibt es auch an Soft- und Hardware, da visuelle, auditive und motorische Fähigkeiten älterer Menschen oft eingeschränkt sind. Das können vereinfachte Benutzeroberflächen sein, verschiedene Feedback-Modalitäten (beispielsweise visuell und auditiv) sowie unterstützte Interaktionsmöglichkeiten. Schließlich sollten die im Rahmen der Therapie genutzten Geräte möglichst einfach handhabbar und preisgünstig sein, um den Transfer in den Alltag gewährleisten zu können. Tablet-Computer scheinen hierfür besser geeignet als PCs mit Peripheriegeräten wie Maus, Tastatur und Monitor.

Folgende Ziele hat das Projekt:

- Überwinden von Hemmschwellen im Umgang mit digitalen Medien (Soft- und Hardware)
- Erlernen von Kompetenzen und Fertigkeiten für digitale Kommunikation (soziale Medien, Kommunikationsdienste, Internet)
- Nutzen computergestützter kognitiver Trainings
- Alltagstransfer (Anschaffung und Nutzung entsprechender Hard- und Software)



^ Spezielle Kopfhörer für ältere Menschen, die häufig nicht mehr gut hören, erleichtern die Kommunikation.

Mit Tablet und Maus umgehen

Im GERODIG-Projekt sollen ältere Menschen daher vorrangig an Tablets lernen, der Umgang mit PC und Maus ist jedoch nicht völlig ausgeschlossen, muss aber geübt werden. Konkret lernen die Patient*innen im Rahmen von Einzel- und Gruppenschulungen. Mit der Förderung ihrer digitalen Kompetenzen soll das Erleben von Selbstwirksamkeit und von subjektivem Nutzen unterstützt werden. Je besser sich die Patient*innen in der digitalen Welt zurechtfinden, desto wahrscheinlicher werden sie diese Anwendungen auch in ihren persönlichen Alltag integrieren, nachdem sie die Tagesklinik verlassen haben. Die Schulungen werden mithilfe von Fragebögen und kognitiven Tests wissenschaftlich evaluiert.

Das Gelernte in den Alltag übertragen

Patient*innen, die mit Computern wie Smartphones oder Tablets im Alltag umgehen können, bauen so ihre Fähigkeiten aus, digital zu kommunizieren und bei Bedarf computergestützt kognitive Trainings zu absolvieren. „Wir wollen den Menschen ein Werkzeug an die Hand geben, das sie zum einen darin unterstützt, ihre sozialen Kontakte zu pflegen und sich zum Beispiel über Messenger zu verabreden, und mit dem sie sich darüber hinaus spielerisch geistig fit halten können“, sagt Harald Zäske.



Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Die gerontopsychiatrische Tagesklinik (TK) des LVR-Tagesklinik- und Ambulanzentrums (TAZ) am Universitätsklinikum Düsseldorf besuchen Patient*innen mit verschiedenen psychiatrischen Diagnosen. Schwerpunkte sind affektive Erkrankungen (Depressionen, Angst- und Panikstörungen) sowie kognitive Beeinträchtigungen (meist beginnende demenzielle Syndrome). Das Angebot der TK richtet sich an Patient*innen, die vorher länger stationär behandelt wurden oder die eine intensive psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung brauchen, die ambulant nicht zu leisten ist.

In der TK arbeiten alle Berufsgruppen zusammen, mit einem multimodalen Therapiekonzept, also einer Kombination unterschiedlicher Ansätze, wie Verhaltens-, Kreativ- und Bewegungstherapie. Der Vorteil der TK: Die Patient*innen bleiben in ihrem gewohnten Lebensumfeld, nachmittags und am Wochenende gehen sie wieder nach Hause.

Informieren und unterstützen – Angehörige im Umgang mit Demenz stärken

Angehörigenberatung in der LVR-Klinik Langenfeld

Der Prozess ist schleichend: Zuerst übernehmen Angehörige ab und an Einkäufe. Dann den wöchentlichen Wohnungsputz. Dann steht – nach einem Krankheitsschub – auch die Pflege auf dem Programm, mit ihren ganz speziellen Herausforderungen: Was muss ich überhaupt tun? Wie reinige ich diese und pflege jene Wunde? Irgendwann bleibt keine Zeit mehr, um den eigenen Hobbys nachzugehen. Irgendwann, wenn man nicht einmal mehr in Ruhe zur Toilette kann, kommt die Einsicht: Ich stecke in einer Krise.

✓ Viele ältere Menschen möchten in der eigenen Wohnung bleiben. Sind sie auf Hilfe angewiesen, springen häufig Angehörige ein, die irgendwann an ihre Grenzen stoßen.

Ressourcen Angehöriger stärken

Erkrankt ein Mensch an Demenz, fordert das auch die Angehörigen – häufig über deren Leistungsgrenze hinaus. Als letzter Ausweg bleibt oft nur, an Demenz Erkrankte in die Gerontopsychiatrie einzuweisen. Doch auch eine stationäre Unterbringung ist nicht die Lösung für alle Probleme. Es bleiben Fragen: Wie geht das Leben auf beiden Seiten weiter? Wie komme ich wieder aus der Krise heraus? Wie gehe ich mit der Krankheit um? Hier setzt Angehörigenberatung an: Sie bietet ein Forum und die – für Betroffene so wichtige – Möglichkeit, sich auszutauschen. Denn es geht nicht nur um organisatorische Fragen, auch die Angehörigen selbst sind oft in keiner guten psychischen Verfassung.



»Angehörige von Demenzerkrankten sind oft überfordert, weil sie nicht wissen, wie sie mit der Situation umgehen sollen.«

Rolf Gade, pflegerische Stationsleitung in der Abteilung Gerontopsychiatrie und Neurologie der LVR-Klinik Langenfeld

Beratung durch ein multiprofessionelles Team

Die Station 16 der Abteilung Gerontopsychiatrie und Neurologie der LVR-Klinik Langenfeld ist zuständig für Menschen, die leicht an Demenz erkrankt sind. Für Rolf Gade, pflegerischer Leiter der Station, und Klara Barkouni, Pflegedienstleitung der Abteilung, ist das Projekt der Angehörigenberatung eine Herzensangelegenheit. Das multiprofessionelle Beratungsteam aus Sozialarbeiter*innen, Pflegepersonal, Pflegetrainer*innen sowie Ärzt*innen richtet sich nach dem individuellen Bedarf der Angehörigen. Je nach Informations- und Gesprächsbedarf stellt sich auch das Team immer wieder neu zusammen.



Ø 13 Std. / Woche

PFLEGEN ANGEHÖRIGE
EINE*N DEMENZER-
KRANKTE*N



5:3 Prozent

FRAUEN PFLEGEN
HÄUFIGER MENSCHEN
MIT DEMENZ
ALS MÄNNER

Die Erkrankung verstehen

Ziel des gemeinsamen Austauschs ist es, die Angehörigen über demenzielle Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf das Leben aller Beteiligten aufzuklären. „Wenn die Menschen uns aufsuchen, sind sie sehr häufig schon überfordert. In erster Linie geht es dann um emotionale Entlastung“, so Barkouni. Dabei spielt auch das Verständnis für die Erkrankung eine zentrale Rolle. „Veränderte Verhaltensmuster verstehen und sich in die andere Person hineinversetzen. Die neue Realität anerkennen. Das ist so wichtig“, ergänzt Gade. Menschen mit Demenz neigen zum Beispiel dazu, sich auszuziehen. Plötzlich läuft die Ehefrau oder der Partner im Unterhemd umher. Was unkonventionell erscheint, ist für die Erkrankten jedoch normal. „Das muss man verstehen und auch ein Stück weit aushalten. Doch genau das ist oft schwierig und führt häufig zu Streit“, so Gade. Seit Jahren begegnen ihm immer wieder die gleichen Probleme Angehöriger: Vor allem fehlendes Grundwissen – sei es im medizinischen oder pflegerischen Bereich – führt schnell zu Überforderung. Außerdem sind die Menschen häufig von der Situation überrascht oder verleugnen sie, weil sie eben auch einen geliebten Menschen verlieren.

Unterstützung annehmen

Hinzu kommen Schuldgefühle: Kann ich meinen Vater in die Psychiatrie bringen? Ist das nicht falsch? Sollte ich mich nicht um ihn kümmern? Warum passiert das nur mir so? In dieser Situation hilft es den Betroffenen sehr, sich in einer Gruppe austauschen zu können. „Zu sehen, dass es den anderen ähnlich geht, nimmt den Angehörigen unglaublich viel Druck“, sagt Gade. Sich Netzwerke zu schaffen, um Stress vorzubeugen und um mit erkrankten Angehörigen besser klarzukommen, ist immens wichtig. „Denn man schafft es oft allein nicht“, so Gade. „Es hilft, die Arbeit aufzuteilen, Verwandte und Freunde ins Boot zu holen.“ Darüber hinaus ist es wichtig, sich früh genug um professionelle Hilfe zu kümmern, haushaltsnahe Dienstleistungen sowie Hilfsmittel zu beantragen. Ist ein Pflegegrad vorhanden, können Angehörige auch eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen.

Auf Station gelten andere Regeln

Die Angehörigenberatung ist auch ein Forum, um über die Arbeit auf Station aufzuklären: Wie sieht der Alltag aus? Welche Aufgaben fallen an? Wie setzt sich die Gruppe zusammen, wie ist die Gruppendynamik? „Angehörige beschweren sich oft



^ Regelmäßiger Austausch mit Menschen, die in einer ähnlichen Situation leben, entlastet viele Angehörige. Er hilft ihnen dabei, den Alltag besser zu bewältigen und gibt ihnen Energie.

über die Situation auf der Station, die für sie nicht immer direkt nachvollziehbar ist“, sagt Barkouni. Doch auf einer Station, auf der 20 Demenzerkrankte zusammenleben, gelten andere Regeln. In den meisten Fällen sorgt ein Gespräch für gegenseitiges Verständnis. „Schließlich tun wir alles, um unsere Patient*innen zu unterstützen“, so Barkouni.

Darüber hinaus können und sollen Angehörige mitbestimmen, wie die Arbeit auf Station gestaltet wird. Diese Zusammenarbeit ist für das Stationsteam unerlässlich. „Wir arbeiten viel mit der Biografie unserer Patient*innen, da sind wir auf Informationen und Gespräche mit Angehörigen angewiesen“, erklärt Barkouni. Gade ergänzt: „Natürlich ist es auch wichtig, zu erfahren, welche Lebensmittel jemand mag und welche Hose die Liebingshose ist. Das erleichtert unsere Arbeit enorm.“ Beide sind sich einig, dass Angebote wie die Angehörigenberatung, die über die Pflege hinausgehen und Hilfestellungen für alle Beteiligten geben, immer wichtiger werden. Der demografische Wandel macht sich auch hier bemerkbar, und demenzielle Erkrankungen gehören mittlerweile zu den Volkskrankheiten.



Angehörigenberatung in den LVR-Kliniken

Wenn Familienmitglieder psychisch erkranken, sind ihre Angehörigen meist mit betroffen. Sie leiden unter Schuldgefühlen, sind unsicher und emotional sehr belastet. Manchmal kommen finanzielle Sorgen hinzu oder Angst, den Alltag nun allein bewältigen zu müssen. Werden Angehörige dann noch pflegebedürftig, weil sie etwa an Demenz erkrankt sind, ist das nicht nur körperlich anstrengend, sondern auch psychisch. Viele Angehörige denken zunächst: Das schaffe ich schon. Doch wenn die Situation länger andauert, kommt irgendwann der Punkt, an dem sie es nicht mehr allein schaffen. Alle LVR-Kliniken bieten Angehörigen psychisch Erkrankter und Pflegebedürftiger Unterstützung an: In regelmäßig stattfindenden Gesprächskreisen können sich Betroffene austauschen und gegenseitig unterstützen.



2

Der LVR- Klinikverbund

Was wir anbieten – was unsere Kliniken auszeichnet



Wir behandeln unsere Patient*innen wertschätzend und respektvoll.
Wir arbeiten eng mit Angehörigen und anderen wichtigen Bezugspersonen zusammen und versuchen stationäre und teilstationäre Aufenthalte zu vermeiden.

Ein starkes Netzwerk – innovativ, leistungsfähig und wohnortnah

Der LVR-Klinikverbund im Porträt

Der Landschaftsverband Rheinland ist Träger neun psychiatrischer Kliniken mit Standorten im gesamten Rheinland: Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Essen, Köln, Langenfeld, Mönchengladbach und Viersen sowie einer Klinik für Orthopädie ebenfalls am Standort Viersen. Die Kliniken in Essen, Köln und Düsseldorf engagieren sich darüber hinaus in der universitären Forschung und Lehre.

Gemeinsam im Verbund

2009 haben sich die zehn Fachkliniken zum LVR-Klinikverbund zusammengeschlossen. Gesteuert wird der Verbund vom LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen in Köln, das für die strategische Unternehmensentwicklung des LVR-Klinikverbundes zuständig ist. Weitere Einrichtungen des Dezernats sind die LVR-Krankenhauszentralwäscherei sowie das LVR-Institut für Forschung und Bildung (IFuB), das sich zum Ziel gesetzt hat, akademische Forschung und Weiterbildung der Mitarbeitenden noch mehr miteinander zu verzahnen. Als Verbund in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft ist der LVR-Klinikverbund den Menschen im Rheinland in besonderer Weise verpflichtet. Im Mittelpunkt seiner Arbeit stehen Menschen mit seelischen Erkrankungen. Ziel ist es, ihnen die volle gesellschaftliche Teilhabe und Zugang zur gesamten Umwelt zu ermöglichen, Diskriminierung und Stigmatisierung abzubauen sowie Chancengleichheit zu schaffen: indem ihre Autonomie und Unabhängigkeit geachtet und gestärkt wird und sie in alle Prozesse eingebunden werden – von der Mitbestimmung über individuelle Behandlungsmöglichkeiten bis hin zur Einbindung in die Beratung der Verbundsteuerung.

Vielfalt achten und leben

Alle Aktivitäten orientieren sich dabei am Menschenbild der UN-Behindertenrechtskonvention, mit Chancengleichheit und Gleichberechtigung. Dieses bildet den Rahmen für die über-

Die Mission des LVR-Klinikverbundes



Wir behandeln psychisch und psychosomatisch erkrankte Menschen im Rheinland. Wir bieten qualitativ hochwertige und innovative Behandlungsformen, die auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen zugeschnitten sind. Wir setzen uns für die Entstigmatisierung und das Recht auf Selbstbestimmung psychisch Erkrankter ein.

geordnete Strategie und das alltägliche Handeln im LVR-Klinikverbund. Die Konvention formuliert die allgemeinen Menschenrechte konkret aus der Perspektive von Menschen mit Behinderung. Damit markiert sie einen Paradigmenwechsel: Eine Beeinträchtigung wird nicht als Defizit angesehen, sondern als Teil der Vielfalt menschlichen Lebens. Zu Menschen mit Behinderung zählen laut UN-BRK auch Personen, „die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben“, die sie an einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. Sie haben die gleichen Rechte wie Menschen ohne Behinderung und dürfen nicht durch Sondergesetze diskriminiert werden.

Aktionsplan als Grundlage des strategischen Vorgehens

Der LVR-Aktionsplan „Gemeinsam in Vielfalt“ bildet die Grundlage, nach der die UN-BRK im LVR umgesetzt wird. Er ist damit zentraler Bestandteil bei allen Entscheidungen und Prozessen. Hilfestellung bieten dabei sieben Handlungsfelder (Arbeit und Beschäftigung, Bewusstseinsbildung, Bildung und Erziehung, Kultur und Freizeit, Psychiatrie und Gesundheit, Verwaltung und Organisation, Wohnen und Sozialraum) sowie zwölf Ziel-

richtungen. Konkrete Maßnahmen im Handlungsfeld Psychiatrie und Gesundheit sind zum Beispiel der Einsatz von Genesungsbegleiter*innen, forensische Fachtagungen sowie die Reduzierung von freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der psychiatrischen Behandlung. Die Einhaltung der Zielrichtung wird jährlich überprüft.

Umfassende Versorgung und hohe Behandlungsqualität

Um seinem Anspruch gerecht zu werden, setzt der LVR-Klinikverbund – mit mehr als 12.000 Mitarbeiter*innen – auf qualifiziertes und motiviertes Personal sowie auf eine sozialräumliche und regional kluge Vernetzung seiner Kliniken. Diese überregionale Organisationsform bietet große Vorteile: systematischer Transfer von Erfahrung und Wissen, Erschließung von Synergien und Wirtschaftlichkeitsreserven, Vernetzung und Zusammenarbeit, gemeinsame Entwicklung von Angeboten und Verfahren sowie ein gemeinsames Qualitätsmanagement. Alle LVR-Kliniken arbeiten einrichtungsübergreifend zusammen, nutzen

die Erkenntnisse der neuesten universitären Forschung und teilen ihr Wissen. Sie stehen für eine hohe Behandlungsqualität auf allen Fachgebieten und in allen Bereichen:

- Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
- Neurologie (Neurologie, Kinderneurologie und Sprachheilbehandlung)
- Orthopädie
- Abteilungen für Forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug) zur Behandlung schuldunfähiger und vermindert schuldfähiger Straftäter*innen
- Abteilungen für soziale Rehabilitation zur Betreuung von chronisch psychisch erkrankten und psychisch behinderten Menschen sowie
- Angebote der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen oder Abhängigkeitserkrankungen

Behandlungsangebote des LVR-Klinikverbundes

	Bedburg-Hau	Bonn	Düren	Düsseldorf	Essen	Köln	Langenfeld	Mönchengladbach	Viersen
Allgemeine Psychiatrie (AP)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Gerontopsychiatrie (GER)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Abhängigkeitserkrankungen (SU)	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Psychosomatische Medizin (PM)	●			●	●	●	●	●	●
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (KJPPP)	●	●		●	●				●
Jugendhilfe									●
Neurologie	●	●		●					
Kinderneurologie		●							
Sprachheilbehandlung		●							
Maßregelvollzug	●	●	●	●	●	●	●		●
Medizinische Rehabilitation	●						●		●
Soziale Rehabilitation	●		●	●		●	●	●	●
Orthopädie									●



^ Das Medikamentenmanagement stellt hohe Anforderungen an sichere Prozesse. Um die Verschreibung, Dosierung und Gabe von Medikamenten so sicher wie möglich zu gestalten, arbeiten die LVR-Kliniken mit einem weit ausgereiften, digital unterstützten Medikationsprozess. Bis 2025 soll dieser noch weiter ausgebaut werden.

Digitale Zukunft gestalten

Am 23. Oktober 2020 beschloss der Bundestag das Krankenhauszukunftsgesetz, KHZG. Das Finanzierungsprogramm ermöglicht es Krankenhäusern, in Digitalisierungsprojekte und IT-Sicherheit zu investieren, und löst einen Digitalisierungsschub in deutschen Kliniken aus – auch in denen des LVR-Klinikverbundes. Dabei spielen technische Ausstattung der Kliniken, IT-Systeme und Strukturen zwar eine wichtige Rolle, die übergeordnete Frage ist aber: Wie kann Digitalisierung einen konkreten Beitrag zur optimalen Versorgung der Patient*innen leisten? Etwa das digitale Medikamentenmanagement, das die Sicherheit der Patient*innen erhöht, oder die digitale Dokumentation, die Mitarbeiter*innen entlastet. Anwendungen, wie das digitale Patient*innen-Portal Curamenta, ermöglichen User*innen ein selbstbestimmteres Handeln, um ihre seelische Gesundheit aufrechtzuerhalten und die eigene Behandlung mitzugestalten. Digitale Lösungen tragen auch dazu bei, die Beschäftigten im Klinikalltag zu entlasten und Ressourcen besser zu nutzen – ein wichtiger Aspekt angesichts des sich zuspitzenden Fachkräftemangels. Mit diesen und weiteren Projekten hat sich der LVR-Klinikverbund auf den Weg gemacht, die digitale Zukunft der Kliniken zu gestalten.



Das Krankenhauszukunftsgesetz

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) vom 23.10.2020 verfolgt der Bundesgesetzgeber das Ziel, den „digitalen Reifegrad“ von Kliniken zu erhöhen, um

- die Selbstbestimmung der Patient*innen zu verbessern,
- die Versorgungsqualität sicherzustellen,
- neue Perspektiven für die Mitarbeitenden zu schaffen sowie
- das Gesundheitswesen zukunftsfähig zu gestalten.

Gefördert werden Projekte zur Digitalisierung der klinikinternen Ablauforganisation, Dokumentation und Kommunikation sowie Telemedizin. Auch werden Investitionen in die Informations- und Cybersicherheit der Krankenhäuser finanziert. Zu diesem Zweck wurde unter anderem die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) geändert und eine „Richtlinie zur Förderung von Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patientinnen und Patienten“ am 30.11.2020 veröffentlicht.

Patient*innenzentriert, wohnnah und sektorenübergreifend

_Gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur im LVR-Klinikverbund

Wie sieht die gerontopsychiatrische Versorgung im LVR-Klinikverbund aus, welche Angebote gibt es, wie werden die Kliniken ihre Versorgungsstrukturen ausbauen und weiterentwickeln?

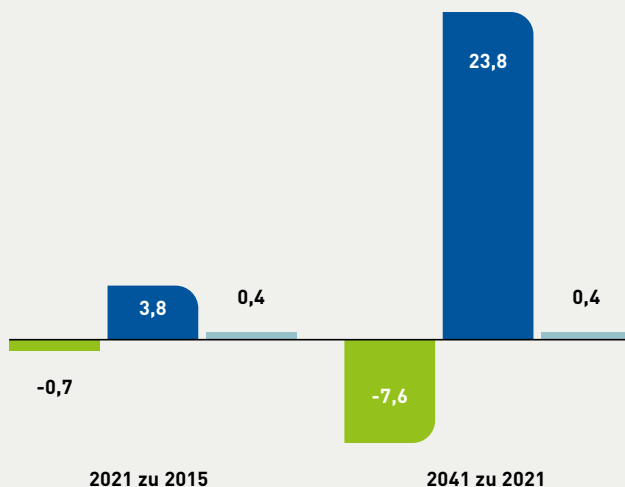
Gemäß der Daten zur Bevölkerungsfortschreibung von IT.NRW nahm zwischen 2015 und 2021 die erwachsene Bevölkerung in NRW um 0,4 Prozent zu. Die Anzahl der 18- bis 64-Jährigen sank um 0,7 Prozent, die ab 65-Jährigen legten um 2,8 Prozent zu. Von 2021 bis 2041 ist, basierend auf Daten zur Bevölkerungsvorausberechnung von IT.NRW (Basisvariante), mit einem weiteren Anstieg der Erwachsenen um 0,4 Prozent zu rechnen. Die Gruppe der 18- bis 64-Jährigen wird sich um rund 8 Prozent verringern, die der 65-Jährigen und Älteren um rund 24 Prozent zulegen. Bis 2041 wird letztere in NRW auf 31,4 Prozent

anwachsen. Heruntergebrochen auf das künftige Pflichtversorgungsgebiet der LVR-Kliniken lassen sich aus diesen Daten – bei gleichen Randbedingungen – folgende Annahmen ableiten:

- Der Gesamtbedarf im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie bleibt in den nächsten 20 Jahren relativ unverändert.
- Bis 2041 wird der gerontopsychiatrische Kapazitätsbedarf um rund 21 Prozent in diesen Abteilungen steigen.
- Ab Mitte der 2030er-Jahre nehmen Hochbetagte in gerontopsychiatrischen Abteilungen zu. Große Veränderungen wird es auf dem Land geben. Verschiebungen des Renteneintrittsalters oder lebensphasenangepasste Behandlung, die hier nicht berücksichtigt sind, können die Annahmen beeinflussen. Die Bevölkerungsprognose ist nur ein Teil des Gesamtszenarios.

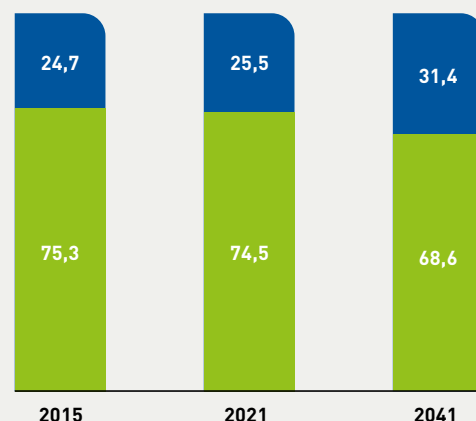
Alternde Gesellschaft in Nordrhein-Westfalen

Veränderung in den Altersgruppen in Prozent



18 bis unter 65 ab 65 ab 18 insgesamt

Anteile in den Altersgruppen in Prozent



Krankheitsbilder

Während bei den unter 65-Jährigen die Affektiven Störungen (F3), Schizophrenie/Psychose (F2) und vor allem die Abhängigkeitserkrankungen (F1) vollstationär in den Hauptdiagnosen führend sind, verändert sich dies in den höheren Altersklassen deutlich. Die Gruppe der organischen einschließlich symptomatischen psychischen Störungen inkl. Alzheimer (F0/G30) ergänzt das Spektrum zunehmend und macht ab ca. 80 Jahren bereits 50 Prozent der Hauptdiagnosen aus. Einen Großteil der anderen psychiatrischen Diagnosen machen zu diesem Zeitpunkt noch die Affektiven Störungen aus. Ab ca. 85 Jahren beläuft sich der Anteil der F0/G30 auf rund 80 Prozent aller psychiatrischer Hauptdiagnosen dieser Altersgruppe.

Pflichtversorgungsgebiete der LVR-Kliniken

Die LVR-Kliniken versorgen in ihren Pflichtversorgungsgebieten (PVG) im Bereich der psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen rund 3,7 Millionen Einwohner*innen (EW) ab 18 Jahren¹. Davon sind verbundweit rund 25 Prozent 65 Jahre und älter. Insgesamt werden im Klinikverbund aktuell 608 Betten, 233 Plätze und viele ambulante Angebote für gerontopsychiatrische Patient*innen bereitgehalten.

Pflichtversorgung und demografische Entwicklung

Alle Kliniken des LVR-Klinikverbundes haben gerontopsychiatrische Abteilungen, in denen psychiatrische Erkrankungen bei Menschen in höheren Lebensabschnitten behandelt werden. Die Kliniken haben dazu unterschiedliche Strukturen und Angebote etabliert.

Während die Kliniken in Bonn, Düren, Düsseldorf, Köln, Langenfeld und Viersen reine gerontopsychiatrische Abteilungen führen, werden die Kapazitäten der drei Kliniken mit den kleinsten Pflichtversorgungsgebieten in Bedburg-Hau, Essen und Mönchengladbach gemeinsam mit Angeboten der Allgemeinpsychiatrie geführt. Alle Kliniken – bis auf die LVR-Klinik Bedburg-Hau – verfügen über dezentrale Behandlungsmöglichkeiten für Patient*innen in höherem Lebensalter. Die LVR-Klinik Bedburg-Hau ist jedoch bestrebt, auch für die Patient*innen im Südkreis Kleve ein entsprechendes Angebot zu schaffen. In den Ambulanzen der Abteilung Erwachsenenpsychiatrie III in Geldern und Kleve finden ältere Menschen aber auch jetzt schon dezentral kompetente Hilfe. Auch die Kliniken

Langenfeld und Düren halten mit dem GPZ Solingen und dem Therapiezentrum Bergheim dezentrale Angebote für gerontopsychiatrische Patient*innen bereit. Diese Angebote sind organisatorisch den jeweiligen Abteilungen der Allgemeinpsychiatrie zugeordnet.

Darüber hinaus hat sich mit DynaLIVE in der LVR-Klinik Bonn bereits ein sektorenübergreifendes Angebot erfolgreich etabliert, und die LVR-Klinik Mönchengladbach führt erste gerontopsychiatrische Fälle im Rahmen stationsäquivalenter Behandlung (StäB). Mit der Dürener Dependance in Bergheim konnte in 2017 ein neues wohnortnahes Angebot im Rhein-Erft-Kreis geschaffen werden, welches allgemeinpsychiatrische und gerontopsychiatrische Patient*innen behandelt.

Weiterentwicklung der Versorgung

Um die Versorgung älterer Menschen kontinuierlich zu verbessern, investiert der LVR-Klinikverbund in die Modernisierung seiner Gebäude, treibt Vernetzung und Kooperationen voran, qualifiziert Personal und baut seine Angebote aus.

Baumaßnahmen

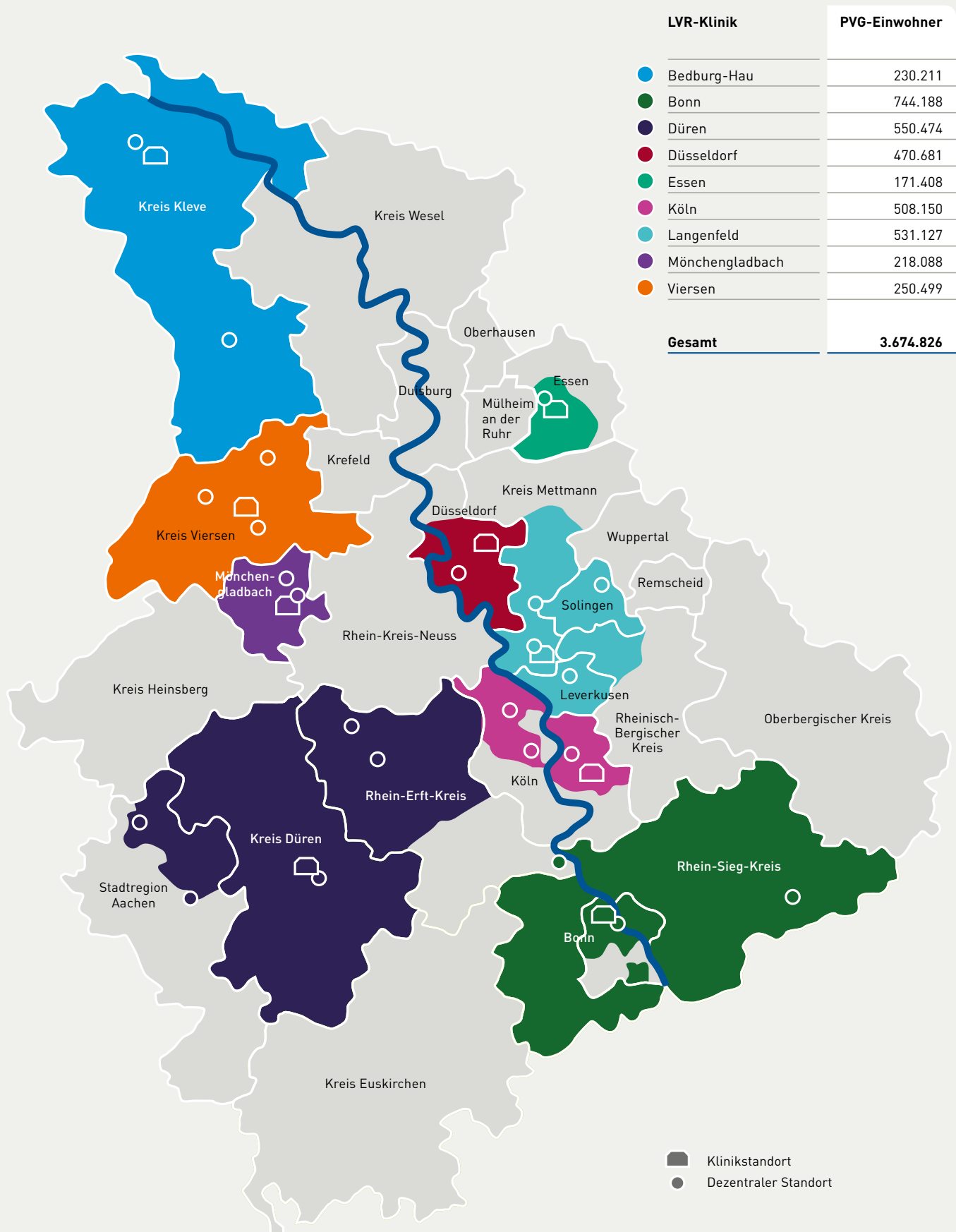
In den letzten fünf Jahren hat der LVR-Klinikverbund verschiedene Baumaßnahmen sowie baulichen Standardverbesserungen realisiert. Etwa im Hinblick auf Barrierefreiheit, Komfort der Zimmer (Zweibettzimmer-Standard), Sanitärausstattung oder der Einrichtung von „Bewegungsparcours“.

Konkrete Beispiele aus den Kliniken:

- **Bedburg-Hau:** 2020 Zusammenführung ambulanter, teilstationärer und stationärer gerontopsychiatrischer Behandlungsangebote in einem Neubau
- **Düsseldorf:** 2021 Umzug der Gerontopsychiatrischen Abteilung mit allen vier Stationen in das neue Diagnostik-, Therapie- und Forschungszentrum
- **Mönchengladbach:** Anpassung der Station für Menschen mit demenziellen Erkrankungen an deren Bedürfnisse im Zuge des Umbaus von Haus B
- **Viersen:** 2022 Umzug der beiden gerontopsychiatrischen Stationen in den Neubau Haus 12 und Inbetriebnahme einer weiteren gerontopsychiatrischen Station

¹ Basierend auf Einwohnerzahlen 2021 von IT.NRW

Pflichtversorgungsgebiet 2022 PP / PM



Aufbau von Dependancen und dezentralen Tageskliniken:

- **Düren:** 2017 Eröffnung des „Therapiezentrum Schoellerstraße“ in Zusammenarbeit mit dem rheinischen Blindenfürsorgeverein mit gerontopsychiatrischer Tagesklinik und Ambulanz; Eröffnung des Therapiezentrum in Bergheim für allgemeinspsychiatrische und gerontopsychiatrische Patient*innen
- **Langenfeld:** 2019 Umzug des tagesklinischen Angebots der gerontopsychiatrischen Abteilungen und Ambulanz in einen Neubau in der Langenfelder Innenstadt

Vernetzung und Kooperation

Patient*innenzentrierte, integrierte Behandlung erfordert eine enge Verzahnung der Fachdisziplinen Neurologie, Innere Medizin, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Und zwar in altersmedizinischen Zentren und in Kooperation mit somatischen Krankenhäusern.

Drei konkrete Beispiele aus den Kliniken:

- **LVR-Klinik Düren:** disziplinenübergreifende Versorgung im Rahmen des Projektes „Zentrum für Altersmedizin“.
- **LVR-Klinikum Essen:** Optimierung der Behandlungsprozesse im Gerontopsychiatrischen Zentrum durch direkte Kontaktaufnahme der Hauptbehandler*innen mit den anderen Einrichtungen, sektoren-, disziplinen- und regionenübergreifend.
- **LVR-Klinik Viersen:** Planung einer Kooperation mit dem St. Irmgardis-Krankenhaus in Viersen-Süchteln.

Weiterhin werden sektorenübergreifende Behandlungsangebote (einschließlich dezentraler Angebote), welche sich nach den Bedürfnissen der Patient*innen ausrichten, kontinuierlich optimiert. Ambulante Leistungen durch die Institutsambulanzen werden weiter ausgebaut, insbesondere aufgrund steigender Nachfrage durch Heim- und Pflegeeinrichtungen, die sich an der Lebenswirklichkeit vor Ort orientiert.

Alle gerontopsychiatrischen Abteilungen sind in ein regionales Netzwerk eingebettet, welches sich an den Strukturen und Erfordernissen der jeweiligen Kliniken orientiert und je nach Anforderung kontinuierlich angepasst und erweitert wird.

Qualifiziertes Personal

Vor dem Hintergrund zunehmender Komplexität im Gesundheitswesen und wachsendem Fachkräftemangel gewinnen Personalgewinnung, -entwicklung und -bindung an Bedeutung. Insgesamt erlangen interdisziplinäre Schulungs- und Fortbildungsangebote für Mitarbeitende an Bedeutung. Dies gerade in Bezug auf Fortbildungsmaßnahmen, die alle Professionen in den Behandlungsteams betreffen, wie zum Beispiel das Thema Gewaltvermeidung, Milieugestaltung oder fachlich-inhaltliche Ausrichtung der zukünftigen therapeutischen Arbeit. Einige Mitarbeitende im Pflege- und Erziehungsdienst haben eine Qualifikation als Deeskalationstrainer*innen erworben, um berufsgruppenübergreifende Schulungen in den Kliniken anzubieten. Weitere Zusatzqualifikationen sind Wundmanagement, Stomatherapie oder Pain-Nurse oder beziehen sich auf Themen wie Hygiene, Pflegetrainer*innen (Familiale Pflege) und unterschiedliche therapeutische Maßnahmen wie Gruppenangebote (wie Ohrakupunktur, Kinästhetik, progressive Muskelentspannung, Aromatherapie). Seit vielen Jahren setzt sich der LVR für den Einsatz von akademisierten Pflegefachkräften in der Patient*innenversorgung ein.

Im medizinischen Bereich arbeiten Fachärzt*innen mit unterschiedlichen Schwerpunkten: Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Geriatrie. Alle LVR-Kliniken bieten vielfältige Möglichkeiten der fachärztlichen Weiterbildung in verschiedenen medizinischen Fachgebieten und Schwerpunkten.

Zusammenfassend wird in allen Abteilungen der gerontopsychiatrischen Versorgung im LVR-Klinikverbund das Personal als eine wichtige und besondere Ressource gesehen und behandelt.

Bestehende und zukünftige Herausforderungen

- Die **Altersgruppe der Hochbetagten** nimmt zu, die einen deutlich erhöhten Pflegebedarf haben – etwa aufgrund von zum Teil schweren somatischen Begleiterkrankungen. Das macht den Ausbau bzw. die Entwicklung von altersmedizinischen Kooperationen umso wichtiger.
- **Personalgewinnung und -bindung** wird immer wichtiger, um die qualitativ hochwertige Behandlung aufrechtzuerhalten und im Rahmen der Qualitätsentwicklung weiter auszubauen. Die Konzentration von psychisch schwer und multimorbid erkrankten Patient*innen in der stationären Behandlung durch Zuweisungen aus somatischen und geriatrischen Krankenhäusern sowie Pflegeeinrichtungen ist eine besondere und komplexe Aufgabe.



21,5 Prozent

ANSTIEG AMBULANTER
PATIENT*INNEN 65PLUS
VON 2013 BIS 2019

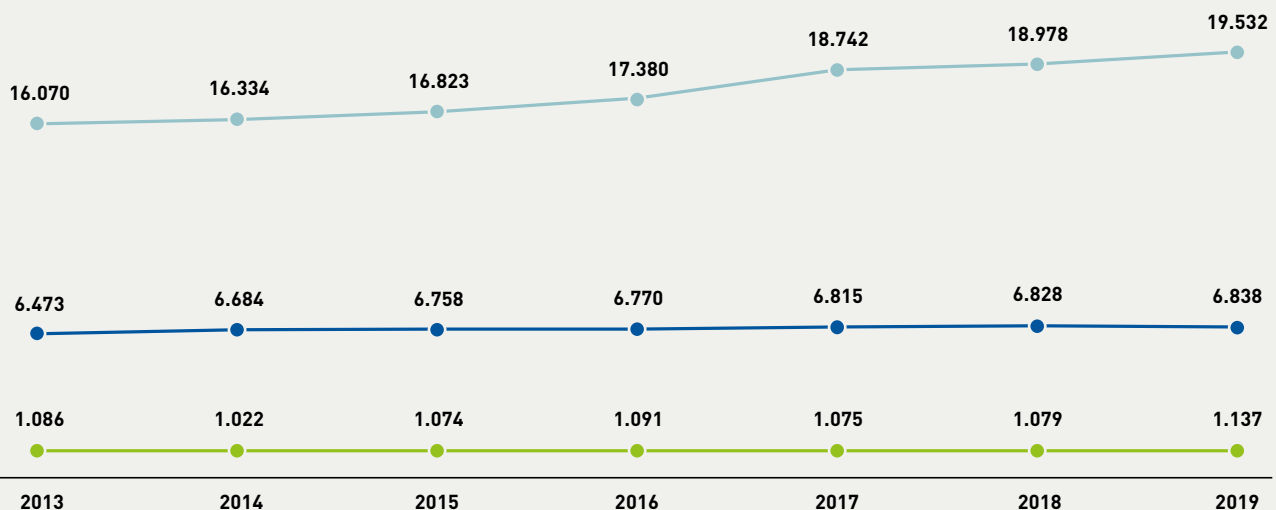
- Die **Angehörigenarbeit** ist in den LVR-Kliniken seit vielen Jahren etabliert. Während der Corona-Pandemie war sie allerdings erheblich beeinträchtigt. Mittlerweile werden die verschiedenen Angebote wie Beratungsgespräche, Angehörigenvisite oder Selbsthilfegruppen wieder ausgeweitet.
- Weitere **Vernetzung und Kooperationen**, sowohl intern mit verschiedenen Fachdisziplinen als auch mit externen Leistungserbringern, zur Sicherstellung einer ganzheitlichen Behandlung von Patient*innen und zur Unterstützung der Angehörigen.
- **Trialogische Kommunikationsstrukturen**: Zur Überwindung von Systemgrenzen und zur Stärkung von Bedürfnisorientierung und Personenzentrierung bedarf es gelingender Kommunikation und Verständigung zwischen Menschen mit Psychiatrieerfahrung, Angehörigen, professionellen und ehrenamtlichen Helfer*innen.
- **Inklusion, Barrierefreiheit, Sozialraumorientierung**: Entsprechend der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention muss die Versorgungsstruktur barrierefrei zugänglich sein. Die Ausgestaltung der Hilfen soll den betroffenen Menschen ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben in ihren gewohnten sozialen Bezügen erlauben.

- **Ausbau von ambulanten und neuen aufsuchenden Behandlungsformen**, welche sich an den Bedürfnissen der Patient*innen und deren Angehörigen orientieren. In der gerontopsychiatrischen Krankenhausbehandlung sind vorrangig Ansätze des Home-Treatment und in den psychiatrischen Institutsambulanzen aufsuchende Behandlungs- und Pflegeangebote zu entwickeln.

Die gerontopsychiatrischen Abteilungen der LVR-Kliniken verfügen bereits über ein breites, auf die Bedürfnisse von gerontopsychiatrischen Patient*innen zugeschnittenes Versorgungsangebot sowie darüberhinausgehende Entwicklungsideen und konkrete Planungen, um den künftigen Herausforderungen gerecht zu werden.

Steigende Zahl der Patient*innen ab 65 Jahren im LVR-Klinikverbund

● ambulant (Patient*innen) ● vollstationär (Fälle) ● teilstationär (Fälle)





Zehn Häuser, ein Prinzip.

Im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns steht der Mensch – mit seinen individuellen Bedürfnissen, seinem Recht auf Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft.



6.260

GESAMTZAHL
BETTEN UND PLÄTZE



60.956

VOLLSTATIONÄRE
KHG-FÄLLE



12.092

MITARBEITER*INNEN



23

STÄDTE UND KREISE



843,3 Mio. €

UMSATZ

* Stand 2021

Die LVR-Kliniken im Überblick

1 LVR-Klinik Bedburg-Hau

Bahnstraße 6 . 47551 Bedburg-Hau
T +49 (0)2821 81-0
lvr-klinik-bedburg-hau@lvr.de
➔ www.klinik-bedburg-hau.lvr.de

Vorstand

Stephan Lahr | Kaufm. Direktor/Vorstandsvorsitzender
Anita Tönnesen-Schlack | Ärztliche Direktorin KHB
Manfred Adomat | Ärztlicher Direktor Forensik
Carsten Schmatz | Pflegedirektor KHB
Volker Horn | Pflegedirektor Forensik

2 LVR-Klinik Bonn

Kaiser-Karl-Ring 20 . 53111 Bonn
T +49 (0)228 551-1
klinik-bonn@lvr.de
➔ www.klinik-bonn.lvr.de

Vorstand

Klaus-Werner Szesik | Kaufm. Direktor/
Vorstandsvorsitzender
Prof. Dr. Markus Banger | Ärztlicher Direktor
Elvira Lange | Pflegedirektorin

3 LVR-Klinik Düren

Meckerstraße 15 . 52353 Düren
T +49 (0)2421 40-0
klinik-dueren@lvr.de
➔ www.klinik-dueren.lvr.de

Vorstand

Frank Menzel | Kaufm. Direktor/
Vorstandsvorsitzender
Dr. Martine Grümmer | Ärztliche Direktorin
Kurt Königs | Pflegedirektor

4 LVR-Klinikum Düsseldorf

Bergische Landstraße 2
40629 Düsseldorf
T +49 (0)211 922-0
klinikum-duesseldorf@lvr.de
➔ www.klinikum-duesseldorf.lvr.de

Vorstand

Dr. Peter Enders | Kaufm. Direktor/
Vorstandsvorsitzender
Prof. Dr. Tillmann Supprian |
Ärztlicher Direktor
Christine Krings | Pflegedirektorin

5 LVR-Klinikum Essen

Virchowstraße 174 . 45147 Essen
T +49 (0)201 7227-0
F +49 (0)201 7227-301
klinikum-essen@lvr.de
➔ www.klinikum-essen.lvr.de

Vorstand

Jane E. Splett | Kaufm. Direktorin/Vorstandsvorsitzende
Prof. Dr. Martin Teufel | Ärztlicher Direktor
Christiane Frenkel | Pflegedirektorin

6

LVR-Klinik Köln

Wilhelm-Griesinger-Straße 23
 51109 Köln
 T +49 (0)221 8993-0
 klinik-koeln@lvr.de
 ↗ www.klinik-koeln.lvr.de

Vorstand

Jörg Schürmanns | Kaufm. Direktor/
 Vorstandsvorsitzender
 Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank |
 Ärztliche Direktorin
 Frank Allisat | Pflegedirektor

7

LVR-Klinik Langenfeld

Kölner Straße 82 . 40764 Langenfeld
 T +49 (0)2173 102-0
 klinik-langenfeld@lvr.de
 ↗ www.klinik-langenfeld.lvr.de

Vorstand

Stefan Thewes | Kaufm. Direktor
 Jutta Muysers | Ärztliche Direktorin
 Silke Ludowisy-Dehl | Pflegedirektorin

8

LVR-Klinik Mönchengladbach

Heinrich-Pesch-Straße 39 - 41
 41239 Mönchengladbach
 T +49 (0)2166 618-0
 klinik-mg@lvr.de
 ↗ www.klinik-moenchengladbach.lvr.de

Vorstand

Dorothee Enbergs | Kaufm. Direktorin/
 Vorstandsvorsitzende
 Dr. Stephan Rinckens | Ärztlicher Direktor
 Jochen Möller | Pflegedirektor

9

LVR-Klinik Viersen

Johannisstraße 70 . 41749 Viersen
 T +49 (0)2162 96-31
 klinik-viersen@lvr.de
 ↗ www.klinik-viersen.lvr.de

Vorstand

Dorothee Enbergs | Kaufm. Direktorin/
 Vorstandsvorsitzende
 Dr. Ralph Marggraf | Ärztlicher Direktor
 Jörg Mielke | Pflegedirektor

10

LVR-Klinik für Orthopädie Viersen

Horionstraße 2 . 41749 Viersen
 T +49 (0)2162 966-0
 orthopaedie.viersen@lvr.de
 ↗ www.orthopaedie-viersen.lvr.de

Vorstand

Dorothee Enbergs | Kaufm. Direktorin/
 Vorstandsvorsitzende
 Dr. Jochen Neßler | Ärztlicher Direktor
 Irmgard van Haeff | Pflegedirektorin

Behandlungsmöglichkeiten – stationär, teilstationär und ambulant

_Gerontopsychiatrische Angebote der LVR-Kliniken

Diagnostik und Behandlung älterer Menschen unterscheidet sich von der jüngerer. Betroffene und Angehörige müssen sich etwa mit steigendem Pflegebedarf auseinandersetzen, und bei der medikamentösen Therapie gilt es, auch auf körperliche Erkrankungen und Begleitmedikation zu achten.

Die Abteilungen für Gerontopsychiatrie der LVR-Kliniken bieten differenzierte Diagnostik und umfassende Behandlungsangebote für psychisch erkrankte ältere Menschen. Im Fokus stehen affektive Erkrankungen, Psychosen und Demenzerkrankungen. Behandelt wird ambulant, teil- oder vollstationär und in enger Kooperation mit Angehörigen, Einrichtungen der Altenhilfe, Niedergelassenen und Krankenhäusern.

Gerontopsychiatrische Stationen

Gerontopsychiatrische Stationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, zum Beispiel demenzielle Erkrankungen, bieten differentialdiagnostische Abklärung und soweit möglich Behandlung der zugrunde liegenden Ursachen. Ziel ist es, Orientierung, alltagspraktische Fähigkeiten sowie Beweglichkeit und Mobilität der Patient*innen zu fördern.

Gerontopsychiatrische Tageskliniken

Tageskliniken richten sich an psychisch erkrankte ältere Menschen, die intensivere Behandlung brauchen, als dies ambulant möglich wäre. Tagsüber nehmen sie an individuellen Therapieprogrammen teil, die Abende und Wochenenden verbringen sie in ihrem heimischen Umfeld. Ziel ist es, die Patient*innen zu befähigen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Gerontopsychiatrische Ambulanzen

Hier werden ältere Patient*innen mit fortschreitenden Hirnleistungsstörungen, depressiven und anderweitigen psychischen Erkrankungen behandelt. Ziel ist es, stationäre und

teilstationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Universitäre Einrichtungen, wie die Ambulanz des LVR-Klinikums Düsseldorf, nehmen an, zum Teil internationalen, multizentrischen Studien teil.

Gedächtnisambulanzen

Die Demenz vom Alzheimer-Typ beginnt meist schleichend und mit diskreten Symptomen, die zunächst nicht als Erkrankung erkannt werden. Viele Betroffene bemerken ihre Defizite nicht selbst. Meistens sind es die Angehörigen, die Verdacht schöpfen. Mit einer frühzeitigen Diagnose kann auch früh mit der Behandlung begonnen werden. Betroffene können dann noch selbst darüber entscheiden, wie es weitergehen soll.

Familiale Pflege

Initialpflegekurse informieren Angehörige über die Krankheitsbilder Demenz und Depression und zum täglichen Umgang mit demenziell und depressiv Erkrankten. Geschulte Trainer*innen beraten Angehörige in individuellen Trainingseinheiten, die sowohl in der Klinik als auch bei Bedarf zu Hause stattfinden können.

Angehörigenselbsthilfegruppe

In regelmäßigen Gesprächskreisen tauschen sich Angehörige über Probleme aus, die im Zusammenleben mit psychisch erkrankten Menschen entstehen. Sie erhalten Unterstützung und erfahren, wie andere Betroffene mit der Situation umgehen.

Kooperationen und Aufklärung

Viele Krankenhäuser haben das Ziel, die Zusammenarbeit zu verstärken, ärztliches und pflegerisches Fachwissen mehr zu vernetzen und alle Beteiligten anzuregen, Alltagsroutinen zu überdenken, um so Patient*innen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen anders wahrnehmen und behandeln zu können.

1 LVR-Klinik Bedburg-Hau

Gerontopsychiatrisches Zentrum

Föhrenbachklinik

- Ambulanz, Tagesklinik mit 15 Plätzen
- Station 42.2: offen geführte Station mit 19 Betten
- Station 56.1: geschützt geführte Station mit 19 Betten
- Station 56.2: geschützt geführte Station mit 19 Betten

Ambulanz und Gedächtnissprechstunde

Ein multiprofessionelles Team bietet Behandlung für ältere chronisch psychisch kranke bzw. schwer- und mehrfach erkrankte Menschen. Durch eine intensive ambulante Therapie soll stationäre Behandlung vermieden bzw. verkürzt werden.

Tagesklinik

Die Tagesklinik bietet umfassende Diagnostik und Behandlung aller psychiatrischen Erkrankungen bei älteren Menschen. Die Patient*innen bleiben zu Hause und werden tagsüber in der Klinik behandelt. Behandlungserfolge können im häuslichen Umfeld erprobt und erlernte Interventionen umgesetzt werden. Voraussetzung ist eine gesicherte häusliche Situation mit einem Netz an sozialer Bindung und Unterstützung.

Stationen

Auf den Stationen erfolgt Diagnostik und Behandlung von Patient*innen mit psychiatrischen Erkrankungen im Alter, von Menschen mit geistigen Behinderungen und mit akuten psychiatrischen Krankheitsbildern.

Weitere Angebote

- Familiäre Pflege
- Sturzprophylaxe
- Informationsveranstaltungen zum Thema Demenzerkrankungen
- Gedächtnissprechstunde
- Sozialdienstberatung
- Ambulante Psychiatrische Pflege



^ Der Neubau Föhrenbachklinik der LVR-Klinik Bedburg-Hau mit dem Zentrum für Altersmedizin

Spezielle Angebote

Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung

Zum Gerontopsychiatrischen Zentrum gehört zusätzlich das Medizinische Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) in Bedburg-Hau. Das multiprofessionelle Team des MZEB ist auf die Diagnostik und Behandlung psychiatrisch erkrankter Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen spezialisiert. Es werden Erwachsene mit mentaler Beeinträchtigung sowie Mehrfachbehinderung behandelt, die aufgrund von Schwere, Art und Komplexität ihrer Erkrankung einer besonderen und individuellen ambulanten Behandlung bedürfen.

Kontakt

Gerontopsychiatrisches Zentrum in der Föhrenbachklinik
Grüner Winkel 2a, 47551 Bedburg-Hau
T +49 (0)2821 81-2201
➤ www.klinik-bedburg-hau.lvr.de

LVR-Klinik Bonn

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Bonn

Abteilung Gerontopsychiatrie

Stationäre Behandlung

- zwei geschützte Stationen mit je 20 Betten
- drei offene Stationen mit je 20 Betten

Gerontopsychiatrisches Zentrum

Behandlungszentrum St. Johannes Hospital

- Tagesklinik mit 18 Plätzen, Ambulanz, Gedächtnisambulanz

Weitere Angebote

- Familiäre Pflege
- Gedächtnisambulanz
- Case-Management für sorgende Angehörige psychisch Erkrankter in Krisen
- Offene Gruppen für Angehörige von Menschen mit Demenz/ Frontotemporaler Demenz
- Schulung für Angehörige von Menschen mit Demenz

▼ Gerontopsychiatrisches Zentrum im St. Johannes Hospital



- Therapiegruppe für Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung (MCI)
- Therapiegruppe für Menschen mit leichter Demenz – Kognitive Stimulationstherapie

Spezielle Angebote

Modellprojekt DynaLIVE – „Dynamische, lebensnahe und integrative Versorgung“. Patient*innen erhalten individuelle psychiatrische Behandlungen ohne stationären Aufenthalt. Es finden Termine mit Einzel-, Bewegungs- oder Gruppentherapie statt. Die Behandlung kann so besser in den Alltag integriert werden.

Psychiatrische Pflegeüberleitung – Fachpflegerische Begleitung nach der stationären Behandlung ins häusliche Umfeld.

CBASP – Chronische Depressionen erfolgreich behandeln: Therapiegruppe für Menschen mit chronischer Depression im Alter.

Kooperationen

Demenzfachberatung der Stadt Bonn

Anlaufstelle für Menschen mit Demenz, Angehörige von Erkrankten, für Nachbarn, Freunde und Betreuende.

Vernetzung in Qualitätszirkeln

Demenznetz Rhein-Sieg-Kreis, Arbeitskreis Demenz

Kontakt

Abteilung Gerontopsychiatrie und Psychotherapie
Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn
T +49 (0)228 551-2204
➤ www.klinik-bonn.lvr.de

Behandlungszentrum St. Johannes Hospital
Kölnstraße 54, 53111 Bonn
T +49 (0)228 701-7202



^ Das Therapiezentrum Schoellerstraße in Düren mit gerontopsychiatrischer Tagesklinik und Ambulanz

Abteilung Gerontopsychiatrie

Stationäre Behandlung

In Haus 9a befindet sich eine offen geführte psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatisch ausgerichtete Station. In den Häusern 12 und 13 sind geschlossen geführte Stationen untergebracht mit großzügig angelegter Gartenanlage, die den Aufenthalt im Freien niedrigschwellig ermöglicht. Nach sorgfältiger medizinischer Abklärung werden ärztliche und psychologische Therapie, Einzel-, Paar- und Gruppengespräche angeboten. Psychotherapeutisch bedeutet ein integratives Vorgehen, in dem Elemente der Tiefenpsychologie, der Verhaltenstherapie und der systemischen Herangehensweise kombiniert werden. Es erfolgt eine individuelle Psychopharmakotherapie im erforderlichen Umfang.

Therapiezentrum Schoellerstraße

Die Tagesklinik mit 20 Plätzen und die Ambulanz der Abteilung für Gerontopsychiatrie befinden sich in einem Neubau an der Schoellerstraße in Düren.

Therapiezentrum Bergheim

Neben allgemeinspsychiatrischen Behandlungsplätzen gibt es auch tagesklinische Plätze sowie stationäre Betten für gerontopsychiatrische Patient*innen, sowohl im offenen als auch im geschlossenen Bereich.

Weitere Angebote

- Einzel-, Gruppen- und Familiengespräche
- Ergo-, Physio-, Bewegungs- und Musiktherapie
- Entspannungsverfahren wie progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Snoezelen
- Hirnleistungstraining
- Förderung und Training der Alltagskompetenz
- Ohrakupunktur
- Lichttherapie
- Angehörigenberatung
- Familiäre Pflege
- Außenaktivitäten

Kontakt

Therapiezentrum Schoellerstraße
Schoellerstraße 28, 52351 Düren
T +49 (0)2421 4955-203/204

Therapiezentrum Bergheim
Klosterstraße 2a, 50126 Bergheim
T +49 (0)2271-9848-1011

Abteilung für Gerontopsychiatrie
Meckerstraße 15, 52353 Düren
T +49 (0)2421 40-2669
➔ www.klinik-dueren.lvr.de



LVR-Klinikum Düsseldorf

Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Abteilung Gerontopsychiatrie

Teilstationäre und ambulante Behandlung

- im Tagesklinik- und Ambulanzzentrum (TAZ)
am Universitätsklinikum Düsseldorf

Stationäre Behandlung im Diagnostik-, Therapie- und Forschungszentrum (DTFZ)

- Station B 3: offene, gerontopsychiatrisch-psychotherapeutische Station. Schwerpunkt: depressive Patient*innen. Konzeptionell ausgerichtet auf die interpersonelle Psychotherapie
- Station A3: offen geführt mit Schwerpunkt psychosomatische Störungen, insbesondere somatoforme Schmerzstörungen
- Station C3: geschlossene Schwerpunktstation für Psychosen im höheren Lebensalter
- Station D3: geschlossene Schwerpunktstation für Demenzerkrankungen

Weitere Angebote

- Familiäre Pflege
- Gedächtnisambulanz
- Selbsthilfegruppe für Angehörige von Demenzerkrankten

Kooperationen

Im Demenznetz Düsseldorf werden ergänzende niedrigschwellige Hilfen für Menschen mit Demenz im Stadtgebiet entwickelt und implementiert. Das Netzwerk ist in eine Gesamtversorgungsstrategie der Stadt Düsseldorf und der Träger eingebunden. Die Vorhaben werden inhaltlich durch den Steuerkreis Demenznetz Düsseldorf entwickelt und gesteuert, die Zusammenarbeit ist in Kooperationsverträgen geregelt.



^ Blick auf das DTFZ mit der Abteilung für Gerontopsychiatrie

Forschungsprojekte

- Forschungsgruppe Suizidprävention im höheren Lebensalter
- Forschungsgruppe Frühdiagnostik bei Demenzerkrankungen
- Forschungsgruppe Gerontologie & Delinquenz
- Experimentelle Gerontopsychiatrie

Kontakt

Abteilung für Gerontopsychiatrie im Diagnostik-, Therapie- und Forschungszentrum (DTFZ)
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
T +49 (0)211 922-0
➔ www.klinikum-duesseldorf.lvr.de

Tagesklinik- und Ambulanzzentrum (TAZ)
am Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
T +49 (0)211 922-3570

Gerontopsychiatrisches Zentrum

Ambulanz und Gedächtnissprechstunde

Die gerontopsychiatrische Ambulanz bietet eingehende diagnostische Abklärungen und Behandlungen von Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Psychiatrie und Psychotherapie bei Patient*innen über 65 Jahre. Die Gedächtnissprechstunde widmet sich der spezifischen Diagnostik von Gedächtnisstörungen bei dem Verdacht auf neurodegenerative und demenzielle Erkrankungen.

Tagesklinik

Die Tagesklinik für Erwachsene 2 weist einen gerontopsychiatrischen Schwerpunkt auf und richtet sich an Patient*innen in der zweiten Lebenshälfte.

Stationäre Behandlung

Auf der gerontopsychiatrischen Schwerpunktstation P2 werden Patient*innen über 65 Jahre mit allgemeinspsychiatrischen Erkrankungen behandelt sowie Patient*innen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen auch unter 65 Jahren. Die Behandlung erfolgt nach leitlinienorientierten Verfahren und wird durch psycho-, ergo-, bewegungs- und musiktherapeutische Interventionen sowie Alltagsressourcen fördernde Aktivitäten begleitet.



Spezielle Angebote

Aufsuchende Heimversorgung

Die aufsuchende Heimversorgung bietet gerontopsychiatrische Diagnostik und Therapie für ältere Patient*innen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben und etwa aufgrund von Multimorbidität oder eingeschränkter Mobilität nicht eigenständig eine Arztpraxis oder Ambulanz aufsuchen können. Sie bleiben in ihrer gewohnten Umgebung, dadurch werden Stress, Ängste und belastende stationäre Behandlungen vermieden.

Gerontopsychiatrische Beratung

In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Essen bietet die Klinik ab 2023 eine gerontopsychiatrische Beratung für Betroffene und Angehörige an, die bei Bedarf auch aufsuchend tätig wird. In diesem Rahmen kann auch eine Koordination und Vermittlung in spezifische Angebote erfolgen, die sich an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen orientieren.

Kooperationen

Arbeitskreis Gerontopsychiatrie

Das Gerontopsychiatrische Zentrum beteiligt sich aktiv am Arbeitskreis Gerontopsychiatrie, der von der Stadt Essen koordiniert wird und zweimal pro Jahr zusammenkommt. Der Arbeitskreis dient dem regelmäßigen Austausch und der Vernetzung aller an der gerontopsychiatrischen Versorgung beteiligten medizinischen, pflegerischen und sozialen Einrichtungen.

Kontakt

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Virchowstraße 174, 45147 Essen
T +49 (0)201 7227-0
➤ www.klinikum-essen.lvr.de

< Die gerontopsychiatrische Station im Haupthaus des LVR-Klinikum Essen an der Virchowstraße.

LVR-Klinik Köln

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln



^ Gerontopsychiatrisches Zentrum in Köln-Chorweiler

Gerontopsychiatrische Zentren

- **Mülheim:** Tagesklinik, Ambulanz, Gedächtnissprechstunde, Sprechstunde in türkischer Sprache, Fachberatung für früherkrankte Menschen mit Demenz, Beratungsstelle
- **Chorweiler:** Tagesklinik, Ambulanz, Gedächtnissprechstunde, Beratungsstelle
- **Bilderstöckchen:** Ambulanz und Beratungsstelle

Abteilung Gerontopsychiatrie

Merheim: Stationen, Ambulanz, Gedächtnissprechstunde

- Station 51: geschützte Station mit 20 Betten mit integriertem Intensivpflegebereich
- Station 52: fakultativ geschlossene Station mit 20 Betten für akut psychiatrisch Erkrankte
- Station 53: offene Station mit 20 Betten, praktiziert integratives ressourcen- und lösungsorientiertes Behandlungskonzept
- Station 54: offene Station mit 20 Betten, Schwerpunkt Depressionen im Alter

Weitere Angebote

- Selbsthilfegruppe für Menschen mit früher Demenz/ mit frontotemporaler Demenz
- Familiäre Pflege
- Rehabilitationssport für psychisch erkrankte Ältere
- Gesprächskreis für Angehörige
- Angehörigenvisiten auf den Stationen
- Schulungen für pflegende Angehörige
- Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Kooperationen

Deutsche Sporthochschule Köln

Die Programme der Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie in Bewegung“ werden störungsspezifisch in allen Bereichen angeboten.

Kontakt

Casemanagement Gerontopsychiatrie
T +49 (0)221 8993-802, Mo. – Fr. 8:00 bis 16:30 Uhr

Abteilung für Gerontopsychiatrie
Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 51109 Köln
T +49 (0)221 8993-356 und -202
➔ www.klinik-koeln.lvr.de

GPZ Mülheim
Adamsstraße 12, 51063 Köln
T +49 (0)221 60608-500, -507, -521

GPZ Chorweiler
Merianstraße 108, 50765 Köln
T +49 (0)221 78990-420, -444

Ambulanz und Beratungsstelle Bilderstöckchen
Rottweiler Straße 3, 50739 Köln
T +49 (0)221 170708-700

Gerontopsychiatrische Zentren

- **Langenfeld:** Tagesklinik, Ambulanz, Gedächtnissprechstunde; zuständig für Bürger*innen der Städte: Langenfeld, Mettmann, Hilden, Haan, Erkrath, Monheim, Leverkusen, Leichlingen und Burscheid
- **Behandlungszentrum Solingen**
Allgemeinpsychiatrische und gerontopsychiatrische Tagesklinik und Ambulanz; zuständig für die Bürger*innen der Stadt Solingen

Abteilung Gerontopsychiatrie

Stationäre Behandlung

- Station 16: geschlossene Aufnahme- und Behandlungsstation für Demenzkranke leichteren Schweregrades
- Station 17: geschlossene Aufnahme- und Behandlungsstation für Demenzkranke schwereren Ausprägungsgrades

▼ Gerontopsychiatrisches Zentrum (Tagesklinik und Ambulanz) der Abteilung Gerontopsychiatrie in der Lessingstraße



- Station 18: fakultativ geschlossene Aufnahme- und Behandlungsstation für Menschen ohne kognitive Störung
- Station 19: offene Aufnahme- und Behandlungsstation für Menschen ohne kognitive Störung

Weitere Angebote

- Gedächtnissprechstunde in Langenfeld
- Gerontopsychiatrische Sprechstunde in Hilden
- Gesprächsgruppe für Angehörige von Demenzerkrankten in Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Kreis Mettmann e.V. – Selbsthilfe Demenz, im GPZ Langenfeld
- Gerontopsychiatrische Beratung in Kooperation mit den Kommunen des Versorgungsgebietes
- Familiäre Pflege – Beratung und individuelle Anleitung von pflegenden Angehörigen im Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung

Kontakt

Abteilung Gerontopsychiatrie & Neurologie
Kölner Straße 82, 40764 Langenfeld
T +49 (0)2173 102-2081

Gerontopsychiatrisches Zentrum Langenfeld
Lessingstraße 1a, 40764 Langenfeld
Tagesklinik: T +49 (0)2173 9135-5
Ambulanz: T +49 (0)2173 9135-69
➤ www.klinik-langenfeld.lvr.de

Behandlungszentrum Solingen
Frankenstr. 31a, 42653 Solingen
T +49 (0)212 380848-60

LVR-Klinik Mönchengladbach

Gerontopsychiatrisches Zentrum

Ambulanz

Psychiatrische Behandlung von Patient*innen im höheren Lebensalter, die mit der allgemeinen ambulanten Versorgung nicht erreichbar sind. Ziel ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer und teilstationärer Behandlungen sowie die ausführliche Beratung und Diagnostik. Behandelt werden ältere Mitbürger*innen mit fortschreitenden Hirnleistungsstörungen, depressiven Erkrankungen und anderweitigen psychischen Erkrankungen. Die gerontopsychiatrische Ambulanz leistet fachliche Unterstützung für alle an der Behandlung und Betreuung psychisch erkrankter älterer Menschen Beteiligten.

Tagesklinisches Angebot

Das Tagesklinische Zentrum Gartenstraße bietet die psychiatrische Behandlung von Patient*innen im höheren Erwachsenenalter an. Die Behandlung findet tagsüber statt. Am Nachmittag kehren die Patient*innen in ihre vertraute Umgebung nach Hause zurück.

▼ Die gerontopsychiatrische Station mit Demenzgarten im kernsanierten Haus B



Stationäre Behandlung

Station A3 ist eine allgemeinpsychiatrische, offene Aufnahme-Station mit 18 Betten, Altersschwerpunkt der Patient*innen ab 60 Jahre. Behandelt werden alle psychiatrischen Krankheitsbilder mit Ausnahme fortgeschrittener demenzieller Erkrankungen. Behandlungsschwerpunkte sind die in diesem Lebensabschnitt vergleichsweise häufigen depressiven Erkrankungen.

Station B2 ist eine gerontopsychiatrische Station mit 20 Betten, Schwerpunkt demenzielle Erkrankungen. Neben differential-diagnostischer Abklärung und, soweit möglich, der Behandlung zugrunde liegender Ursachen, zielt die Behandlung darauf, Orientierung, alltagspraktische Fähigkeiten, Beweglichkeit und Mobilität zu fördern.

Weitere Angebote

- Familiäre Pflege
- Angehörigenselbsthilfegruppen
- Information, Schulung, Begleitung und Entlastung pflegender Angehöriger

Kooperationen

Demenzgespräche

Die Krankenhäuser der Stadt Mönchengladbach haben das Ziel, die Zusammenarbeit zum Thema Demenz zu verstärken, ärztliches und pflegerisches Fachwissen zu vernetzen und alle Beteiligten anzuregen, Alltagsroutinen zu überdenken, um Patient*innen mit Demenz anders wahrnehmen und behandeln zu können. Hierzu gibt es regelmäßige Fachveranstaltungen.

Kontakt

Gerontopsychiatrisches Zentrum
Heinrich-Pesch-Straße 39-41, 41239 Mönchengladbach
T +49 (0)2166 618-2307
➤ www.klinik-moenchengladbach.lvr.de

9 LVR-Klinik Viersen

Gerontopsychiatrisches Zentrum

Gerontopsychiatrisches Zentrum Viersen

- Tagesklinik, Ambulanz, Gedächtnissprechstunde, Beratungsstelle, Fachberatung für früherkrankte Menschen mit Demenz; Behandlungsschwerpunkte sind Depressionen, Psychotische Störungen und Ängste, Störungen des Gedächtnisses und des Verhaltens, die im Rahmen von beginnenden demenziellen Erkrankungen auftreten können.

Abteilung Gerontopsychiatrie

Stationäre Behandlung

- Station G1: Behandlung von affektiven und psychotischen Erkrankungen im fortgeschrittenen Lebensalter sowie die Mitbehandlung von Komorbiditäten aus anderen medizinischen Fachbereichen
- Station G2: Behandlung von demenziellen Erkrankungen im fortgeschrittenen Lebensalter sowie die Mitbehandlung von Komorbiditäten aus anderen medizinischen Fachbereichen
- Station G3: Behandlung von affektiven Erkrankungen ab dem 58. Lebensalter

Weitere Angebote

- Informationsveranstaltungen rund um das Thema Demenzerkrankungen
- Betreuungsangebot für Demenzerkrankte (Demenz Cafés in Viersen, Tönisvorst und Kempen)
- Familiäre Pflege
- Rehabilitationssport für psychisch erkrankte ältere Menschen
- Gesprächskreis für pflegende Angehörige
- Angehörigenvisiten im stationären Bereich
- Gruppenangebote



^ Das Gerontopsychiatrische Zentrum, inklusive Tagesklinik, in Viersen

Kooperationen

Demenz Netzwerk Viersen

Ziel ist es, die Versorgungssituation für Menschen mit Demenz und deren Angehörige zu verbessern. Es gilt, die Öffentlichkeit zu sensibilisieren und im Umgang zu qualifizieren.

Kontakt

Abteilung für Gerontopsychiatrie
Johannisstraße 70, 41749 Viersen
T +49 (0)2162 96-31
➤ www.klinik-viersen.lvr.de

Gerontopsychiatrisches Zentrum
Oberrahser Straße 2, 41748 Viersen
T +49 (0)2162 89748-110



Laut Prognosen werden im Jahr 2025 mehr als 25 Prozent der Einwohner*innen Nordrhein-Westfalens über 65 Jahre alt sein. Eine enorme Herausforderung für das gesamte Gesundheitswesen.



3

Daten und Anhang

Wie der LVR-Klinikverbund aufgestellt ist.



Rahmenbedingungen bleiben schwierig, Ergebnisse weiterhin positiv

Die Lage bei Finanzen und Personal

Das Jahr 2021 war weiterhin durch die COVID-19-Pandemie geprägt. Wie für das Gesundheitssystem als Ganzes, so war das Jahr 2021 auch für den LVR-Klinikverbund nicht einfach.

Dennoch konnten wir als LVR-Klinikverbund in den letzten Jahren ein positives Ergebnis erwirtschaften und mit notwendigen Investitionen unsere LVR-Kliniken für die zukünftigen Herausforderungen vorbereiten.

In den Jahren 2020 und 2021 haben staatliche Kompensationszahlungen, die im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie bewilligt wurden, zur wirtschaftlichen Stabilisierung des LVR-Klinikverbundes beigetragen.



6,9 Mio. €

ANSTIEG BEI
ANLAGEVERMÖGEN



32,7 Mio. €

ANSTIEG BEI
UMSATZERLÖSEN

Bewegung bei Anlage- und Umlaufvermögen

Das Anlagevermögen im LVR-Klinikverbund ist im Vergleich zum Jahr 2020 von 683,3 Mio. Euro auf 690,2 Mio. Euro um 6,9 Mio. Euro (+ 1,0 Prozent) angestiegen. Dies liegt vor allem an erfolgreich beendeten Baumaßnahmen.

Das Umlaufvermögen stieg um 28,1 Mio. Euro (+ 8,6 Prozent) auf 353,2 Mio. Euro. Ein wichtiger Faktor bei den Bewegungen des Umlaufvermögens ist die Entwicklung der Forderungen gegen die Kostenträger. Ausstehende Budgetvereinbarungen, zunehmende Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst (MD) und technische Probleme in der komplexen Abrechnung nach dem leistungsorientierten PEPP-System können zu einem Anstieg der Forderungen führen.

Die Rückstellungen haben sich im Vergleich zum Vorjahr um rund 14,4 Mio. Euro (+ 6,4 Prozent) erhöht. Diese Position beinhaltet auch die Pensionsrückstellungen.

Die Verbindlichkeiten sanken von 295,7 Mio. Euro um 42,8 Mio. Euro (- 14,5 Prozent) auf rund 252,9 Mio. Euro.

Gestiegene Umsatzerlöse

In 2021 stiegen die Umsatzerlöse im Vergleich zum Vorjahr von 874,7 Mio. Euro auf 907,4 Mio. Euro. Dies entspricht einer Steigerung von 32,7 Mio. Euro (+ 3,7 Prozent). Wesentlicher Treiber für diesen Anstieg sind gestiegene Fallzahlen im Bereich der Bundespflegesatzverordnung und eine anhaltend sehr hohe Belegung im Bereich Maßregelvollzug. Zusätzlich wird mehr Personal zur Behandlung der Patient*innen eingesetzt, was durch steigende Erlöse refinanziert wird. Auch die anderen Bereiche konnten leichte Umsatzzuwächse verzeichnen, lediglich die sonstigen Umsatzerlöse gingen im Vergleich zum Vorjahr zurück.

Bilanz, Umsatzerlöse und Personalaufwand des LVR-Klinikverbundes

Verkürzte Bilanz	2021		2020	
	TEUR	%	TEUR	%
Anlagevermögen	690.204	66,0	683.342	67,6
Umlaufvermögen	353.186	33,8	325.124	32,2
Rechnungsabgrenzungsposten	2.202	0,2	2.387	0,2
Summe Aktiva	1.045.593	100,0	1.010.853	100,0
Eigenkapital	138.135	13,2	131.126	13,0
Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung	413.981	39,6	357.820	35,4
Rückstellungen	240.406	23,0	226.036	22,4
Verbindlichkeiten	252.931	24,2	295.655	29,2
Rechnungsabgrenzungsposten	140	0,0	217	0,0
Summe Passiva	1.045.593	100,0	1.010.854	100,0

Umsatzerlöse	2021		2020	
	TEUR	%	TEUR	%
BPflV	486.649	53,6	473.526	54,1
Maßregelvollzug	200.380	22,1	179.196	20,5
KHEntgG	35.690	3,9	32.352	3,7
Orthopädie	19.853	2,2	18.696	2,1
Soziale Rehabilitation	28.807	3,2	28.205	3,2
Ambulanz	48.961	5,4	47.002	5,4
Sonstiges	87.059	9,6	95.691	10,9
Summe	907.399	100,0	874.668	100,0

Personalaufwand (in TEUR)	2017	2018	2019	2020	2021
Personalaufwand	528.281	553.624	588.534	612.527	632.097
Vollkräfte	7.684,6	7.820,8	8.063,9	8.180,1	8.348,7
Personalaufwandsentwicklung (gegenüber Vorjahr)	1,7 %	4,8 %	6,3 %	4,1 %	3,2 %

Personalaufwandsentwicklung

Wir als LVR-Klinikverbund wachsen verbundweit – und das zeigt sich gut an der Anzahl unserer Vollzeitkräfte. Sie nahm im Zeitraum 2017 bis 2021 von 7.684,6 auf 8.348,7 Vollkräfte zu. Dies entspricht einem Zuwachs von 664,1 Vollkräften (+ 8,6 Prozent) in fünf Jahren. Entsprechend stieg auch der Personalaufwand im betrachteten Zeitraum von 528,3 Mio. Euro im Jahr 2017 auf rund 632,1 Mio. Euro im Jahr 2021. Dies entspricht einem Anstieg in Höhe von rund 103,8 Mio. Euro (+ 19,6 Prozent). Die Anstiege bei den Vollzeitkräften und beim Personalaufwand passen zu den steigenden Fallzahlen in unserem LVR-Klinikverbund sowie zur höheren Personalausstattung in der Behandlung und Versorgung. Trotz verbesserter Personalausstattung bleibt es eine kaum lösbare Aufgabe, die Personalmindestvorgabe an jedem Standort, in jedem Quartal und in jeder Berufsgruppe zuverlässig einzuhalten und damit die notwendige Behandlung sanktionsfrei erbringen zu können. Angesichts zunehmender Schwierigkeiten, Fachkräfte zu gewinnen und langfristig zu binden, muss der Fachkräftemangel als eines der größten Risiken für die Zukunft bewertet werden.



8,6 Prozent

MEHR VOLLZEITKRÄFTE



103,8 Mio. €

MEHR AN
AUFWENDUNGEN
FÜR PERSONAL

Krankenhäuser müssen sich wirtschaftlich weiterentwickeln können, um zukunftsfähig zu sein. Doch die Rahmenbedingungen sind ungünstig:

1

Die Erhöhung der Krankenhausbudgets wird begrenzt durch die sogenannte **Veränderungsrate**, die sich an den Einnahmen der Krankenkassen orientiert. Auftretende Kostensteigerungen werden durch diese Budgetdeckelung in der Regel nicht vollständig aufgefangen.

2

Investitionen werden im Rahmen der dualen Finanzierung durch die Bundesländer finanziert. Die Förderung in Nordrhein-Westfalen ist im Bundesvergleich sehr gering. Erforderliche Aufwendungen für den Erhalt und die notwendige Neuerrichtung von Gebäuden werden nicht gedeckt.

3

Seit Anfang 2020 gibt es teilweise massive Beeinträchtigung des Leistungs- / Belegungsgeschehens durch die **Corona-Pandemie** und durch die damit einhergehenden Regelungen. Der Ausgleich der coronabedingten Mindererlöse wirkt nur anteilig – es verbleibt ein Verlust in den Krankenhäusern.

4

Der bereits im Jahr 2021 einsetzende **Anstieg der allgemeinen Inflation und der Energiepreise** lässt die Kosten steigen – auch vor dem Hintergrund der unter Punkt 1 genannten Faktoren.

5

Die jährlich steigenden verbindlichen **Vorgaben zum Personaleinsatz** durch die PPP-RL und der zunehmende Fachkräftemangel schränken die Leistungsmöglichkeit der Kliniken wesentlich ein.

Zukunftsfähig aufgestellt

Neue Herausforderungen bringen nicht nur in den Kliniken neue Aufgaben mit sich, sondern verlangen auch nach mehr qualifiziertem Personal in der Verwaltung. Viele der zurzeit angemieteten Gebäude in Köln-Deutz sind nicht mehr optimal, daher entschloss sich die politische Vertretung des Landschaftsverbandes zu einem Neubau. Anstelle des alten LVR-Hauses entsteht ein barrierefreies, digitalisiertes und nachhaltiges Gebäude. Ein Großteil der Dachflächen wird begrünt, und im Inneren wird es eine durchdachte Gebäudedigitalisierung sowie ein aktivitätsbasiertes Raumkonzept geben.



Behandlung in der forensischen Psychiatrie – modern und präventiv ausgerichtet

_Daten und Fakten der forensischen Behandlungsbereiche

Wenn ein psychisch erkrankter Mensch eine Straftat begeht, kann ein Gericht eine forensische Unterbringung anordnen: entweder in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) mit spezialisierten Abteilungen des Maßregelvollzugs (MRV) oder – im Fall von suchtkranken Täter*innen – in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). Voraussetzung: Das Gericht sieht die Gefahr, dass der psychisch erkrankte Mensch aufgrund seiner Erkrankung weitere Straftaten begehen wird und für die Allgemeinheit gefährlich ist. Der MRV ist eine staatliche Aufgabe, die das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) im Rheinland der Direktorin des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) als untere staatliche MRV-Behörde übertragen hat.

Eine auf das individuelle Risikoprofil ausgerichtete Behandlung soll helfen, die zum Zeitpunkt der Verurteilung festgestellte „Allgemeinegefährlichkeit“ so weit zu reduzieren, dass es nach der Entlassung zu keiner weiteren Straftat kommt. Eine Behandlung in der forensischen Psychiatrie orientiert sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften. Sie wird ergänzt durch die Leitlinien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

NRW (etwa mit Vorgaben, unter welchen Bedingungen Lockerungen beim Maß der Freiheitsentziehungen zu gewähren sind). Psychisch erkrankte Menschen, die eine Straftat begangen haben, werden im Rheinland überwiegend in den forensischen Fachabteilungen der LVR-Kliniken Bedburg-Hau, Düren, Essen, Köln, Langenfeld und Viersen sowie in Schwerpunktstationen der LVR-Klinikstandorte in Bonn und Düsseldorf behandelt. Aktuell sind das rund 1.800 Personen, davon werden rund 1.470 stationär betreut. Insbesondere die Unterbringungen in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) wie auch die einstweiligen Unterbringungen (gemäß § 126a StPO) vor der gerichtlichen Hauptverhandlung haben in den letzten Jahren zugenommen. Im Durchschnitt sind Patient*innen etwa 10 Jahre im psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) untergebracht, in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) etwa zwei Jahre.

Hauptdiagnose Schizophrenie und wahnhafte Störungen

Die meisten Menschen, die in der forensischen Psychiatrie behandelt werden, haben ihre Straftat im Zustand einer akuten psychotischen Erkrankung begangen. Bei ca. 50 Prozent der gemäß § 63 StGB oder § 64 StGB forensisch untergebrachten Menschen wurde als Hauptdiagnose eine Schizophrenie oder wahnhafte Störung gestellt, teilweise einhergehend mit der Nebendiagnose einer Suchterkrankung. Weitere Hauptdiagnosen sind Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie Intelligenzminderung und Suchterkrankungen.

Zu einer Unterbringung in der forensischen Psychiatrie führen verschiedene Straftaten. Die häufigsten Straftaten der im LVR untergebrachten psychisch erkrankten Menschen waren Gewalt- und Sexualstraftaten, aber auch Brandstiftung, Raub und Erpressung sowie Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz.

< Der MRV ist besonders gesichert: zum Schutz der Gesellschaft, bis Straftäter*innen wieder eingegliedert werden können.



Der LVR steht für eine moderne deliktrückfallpräventiv ausgerichtete Behandlung in der forensischen Psychiatrie. Dafür werden struktur-, prozess- und ergebnisorientierte Maßnahmen kontinuierlich evaluiert und weiterentwickelt: baulich-technisch, organisatorisch-personell und behandlungsbezogen.

So prüft und etabliert der LVR, neben dem Einsatz von Erfahrungsexpert*innen, die Partizipationsmöglichkeiten von Patient*innen auch im MRV. Etwa mit Patient*innenbefragungen und -vertretungen oder Angeboten, die den Dialog von Patient*innen, Bezugspersonen und Mitarbeitenden fördern. An verschiedenen Standorten werden Maßnahmen eingeführt, die

explizit die aktive Mitgestaltung und Mitbestimmung der untergebrachten Person fördern – immer unter Berücksichtigung ihrer Kompetenzen. Das Projekt „Qualitätssicherung im Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen“ arbeitet seit 2019 gezielt daran, mithilfe einer angepassten Personalausstattung und damit einer intensivierten Behandlung die Verweildauern so positiv zu beeinflussen, dass Entlassungen früher als bisher möglich sind und sich gleichzeitig die Prognose hinsichtlich zukünftiger Straftaten verbessert. Das gilt insbesondere für die nach § 63 StGB untergebrachten Patient*innen. Über alle Fragen und Belange des Maßregelvollzugs informiert der LVR die Öffentlichkeit mit größtmöglicher Offenheit und Transparenz.

Diagnosen und Delikte der untergebrachten Personen im Maßregelvollzug 2021

Hauptdiagnose	§§ 63, 64 StGB	§ 126a StPO	Sonstige	Gesamt	%
Schizophrenie, wahnhafte Störungen	873	72	2	947	54,22
Persönlichkeitsstörungen	193	5	0	198	11,33
Hirnorganische Störung / Intelligenzminderung	130	8	0	138	7,89
Störung der Sexualpräferenz	13	0	0	13	0,74
Suchterkrankungen	398	4	2	404	23,13
andere	41	5	1	47	2,69
Gesamt	1.648	94	5	1.747	100

Hauptdelikte	§§ 63, 64 StGB	§ 126a StPO	Sonstige	Gesamt	%
Straftat gegen das Leben (Mord, Totschlag)	300	17	0	317	18,15
Brandstiftung	151	13	0	164	9,38
Sexualdelikte zum Nachteil von Kindern	126	2	1	129	7,38
Sonstige Sexualdelikte	132	2	2	136	7,79
Körperverletzung	472	39	1	512	29,31
Raub, Erpressung	173	10	0	183	10,47
Straftat gegen die persönliche Freiheit	29	1	0	30	1,72
Eigentumsdelikt	106	3	0	109	6,24
Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz	138	0	1	139	7,96
sonstiges	21	7	0	28	1,60
Gesamt	1.648	94	5	1.747	100

Abkürzungsverzeichnis

A	L
AP _Allgemeine Psychiatrie	LVR _Landschaftsverband Rheinland
B	LWL _Landschaftsverband Westfalen-Lippe
BpflV _Bundespfllegesatzverordnung	M
BVerfG _Bundesverfassungsgericht	MCI _Mild Cognitive Impairment
BVerfGE _Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts	MRV _Maßregelvollzug
C	MZEB _Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen
CBASP _Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy	N
CCT _Craniale Computertomographie	NJW _Neue juristische Wochenschrift (Zeitschrift)
D	P
DGPPN _Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	PEPP _Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik
DTFZ _Diagnostik-, Therapie- und Forschungszentrum	PM _Psychosomatische Medizin
DynaLive _Dynamische Lebensnahe Integrierte Versorgung	PMR _Progressive Muskelentspannung
E	PP _Psychiatrie und Psychotherapie
EEG _Elektroenzephalogramm	PsychKG _Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
EKG _Elektrokardiogramm	PVG _Pflichtversorgungsgebiet
EKT _Elektrokrampftherapie	S
G	SGB _Sozialgesetzbuch
GER _Gerontopsychiatrie	SIM _Sprach- und Integrationsmittler*innen
GERODIG _Gerontopsychiatrie und Digitalisierung	SU _Abhängigkeitserkrankungen
GerHaRD _Gerontopsychiatrische Hausbesuche und Rat in Düsseldorf	SUL _Stationsunabhängige Krankenhausleistungen
GPZ _Gerontopsychiatrisches Zentrum	T
H	TAZ _Tagesklinik und Ambulanzzentrum
HPH _Heilpädagogische Hilfen	TK _Tagesklinik
I	TMS _Transkranielle Magnetstimulation
ICD _International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems	U
IFUB _Institut für Forschung und Bildung	UN-BRK_UN -Behindertenrechtskonvention
IVF _Institut für Versorgungsforschung	W
K	WHO _World Health Organization
KHEntgG _Krankenhausentgeltgesetz	Z
KHG _Krankenhausfinanzierungsgesetz	ZNN _Zentrum für Neurologie und Neuropsychiatrie
KHZG _Krankenhauszukunftsgesetz	
KJPPP _Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik	
KJPP _Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	

Quellenverzeichnis

Einführung

S. 8 – 13: Psychisch gesund im Alter – den Jahren mehr Leben geben

Häufigste Diagnosen im Alter ab 65 Jahren nach ICD 10

↗ https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/psyche/psych_erkrankungen_erwachsene/index.html

Meinungen zu Depression

↗ <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/deutschland-barometer/2019>

Ambulante Behandlungshäufigkeit Demenz

↗ https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/psyche/demenz/index.html

Lebenserwartung / Bevölkerungsentwicklung NRW

↗ <https://www.it.nrw/suche?volltext=lebenserwartung>

↗ <https://www.it.nrw/suche?volltext=bev%C3%B6lkerungsvorausberechnung%20nrw>

Lebenszufriedenheit, Forschende des Deutschen Zentrums für Altersfragen

↗ https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-25079-9_4

Zitat Prof. Dr. Ursula Staudinger

↗ <https://www.ursulastaudinger.com/wp-content/uploads/2021/07/In-den-Himmel-mo%C3%88chte-man-nicht-wachsen.pdf>

Zahlen Diagnosen NRW

↗ https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/psyche/psych_erkrankungen_erwachsene/index.html

↗ <https://www.aekno.de/aerzte/rheinisches-aerzteblatt/ausgabe/artikel/2019/04-2019/psychische-erkrankungen-im-alter-mehr-kooperation-fuer-eine-bessere-versorgung>

Wohnsituation von Senioren

↗ <https://www.mags.nrw/altenbericht>

Belastung pflegender Angehöriger

↗ <https://www.zeit.de/gesellschaft/2020-09/haeusliche-pflege-angehoerige-belastung-altenpflege-krankenpflege-aok-pflegereport-2020>
↗ <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-63107-2.pdf>

Situation Hochaltriger

↗ <https://ceres.uni-koeln.de/forschung/nrw80/studienueberblick#c7365>

Einsamkeit während der Corona-Pandemie

↗ https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/DZAAktuell_Einsamkeit_in_der_Corona-Pandemie.pdf

Rubrikentrenner

S. 14: Frühe Hilfen und Diagnostik

↗ <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/risikofaktoren/alter>
↗ https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

S. 28: Behandlungskonzepte und Therapien

↗ https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2019/BAGSO_Ratgeber_Wenn_die_Seele_krank_ist.pdf
↗ https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/files?download_page=0&product_id=633&files=download/pdf/lpp-nrw-pdf-1_von_landespsychiatrieplan-nrw-vom_mags_2734.pdf
↗ https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPTV_Report_Psychotherapie_2021.pdf

S. 42: Wohnortnahe Vernetzung und Digitalisierung

↗ <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94232/bd28f6c579dd17de215ce75d12979ea6/lokale-allianzen-fuer-menschen-mit-demenz-data.pdf>
↗ <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/private-haushalte-einkommen-und-konsum/329906/internetnutzung/>
↗ <https://alterskompetenz.info/so-nutzen-aeltere-menschen-digitale-technologien/>

Beiträge

Literatur kann bei den Verfasser*innen der Beiträge angefragt werden.

Impressum

Herausgeber

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Klinikverbund und
Verbund Heilpädagogischer Hilfen
Hermann-Pünder-Straße 1
50679 Köln

Projektleitung

Brigitte Lohmanns

Layout und Grafik

sitzgruppe Meyer Rath Uphaus GbR
Grafenberger Allee 82
40237 Düsseldorf
www.sitzgruppe.de

Druck

Druckerei des Landschaftsverbandes
Rheinland, Dr.-Simons-Str. 2, 50679 Köln

Redaktion

S. 8: Myrto-Christina Athanassiou
S. 15: Martine Grümmer
S. 18: Mario Kressel
S. 20: Gerthild Stiens
S. 24: Thekla Hartert-Raulf/
Sylvia Hufnagel/Sandra Verhülsdonk
S. 29: Peter Häussermann
S. 33: Rolf Tüschien/Kai-Uwe-Kühn/
Roswitha Kuriata/Gerthild Stiens
S. 35: Tim Fleiner/Rieke Trumpf/
René Depiereux/Peter Häussermann
S. 38: Immanuel Baar/Mechthild Pott
S. 40: Timm Strotmann-Tack
S. 43: Martine Grümmer
S. 46: Timm Strotmann-Tack
S. 48: Patrick Roser
S. 50: Ioanna Kapsimali/Barbara Höft/
Tillmann Supprian
S. 52: Harald Zäske/Barbara Höft
S. 55: Klara Barkouni/Rolf Gade
S. 60: Brigitte Lohmanns
S. 63: Immanuel Baar/Heidi Crede
S. 84: Peter Kreacsik
S. 88: Pascal Timmermann

Fotos

Titel: © Westend61/Ekaterina Yakunina
S. 1, S. 2: © Heike Fischer/LVR
S. 3: © Guido Schiefer/LVR
S. 6: © picture alliance/Westend61/HalfPoint
S. 10: © plainpicture/Martin Barraud
S. 12: © AdobeStock/Gerhard Seybert
S. 16: © picture alliance/Westend61/
Josep Rovirosa
S. 18: © Maya Claussen/LVR
S. 19: © Foto privat
S. 21: © iStock.com/NoSystem image
S. 22: © iStock.com/Gligatron
S. 23: © Mathias Jung/LVR
S. 25: © Volker Uerlings/Medienhaus Aachen
S. 26: © Silke Freyaldenhoven/LVR
S. 29: A. Kaschirina/LVR-ZMB
S. 30: © AdobeStock/peterschreiber.media
S. 32: © AdobeStock/RFBSP
S. 34: © photocase/Edyta Pawlowska
S. 36, S. 37: © Mathias Jung/LVR
S. 39: © AdobeStock/pattilabelle
S. 40: © iStock.com/FG Trade
S. 44: © iStock.com/fotografixx
S. 46: © iStock.com/LaraBelova
S. 49: © iStock.com/SeventyFour
S. 50: © photocase/Addictive Stock
S. 52: © photocase/Southworks Creative LTD
S. 53: © picture alliance/imageBROKER/
Thomas Born; © Fresh Minder
S. 54: © photocase/Addictive Stock
S. 55: © photocase/Edyta Pawlowska
S. 57: © picture alliance/Westend61/
Fotoagentur WESTEND61
S. 58: © picture alliance/Westend61/
Uwe Umstätter
S. 62: © photocase/davidpereiras
S. 73: © Maria Ebberts/LVR
S. 74: © Mathias Jung/LVR
S. 75: © Thomas Hax-Schoppenhorst/LVR
S. 76: © Andre Pfennig/LVR
S. 77: © Mathias Jung/LVR
S. 78: © Mathias Jung/LVR
S. 79: © LVR-Klinik Langenfeld/LVR
S. 80: © Mathias Jung/LVR

S. 81: © Beatrix Wolters/LVR
S. 82: © plainpicture/DEEPOL/
Marc Romanelli
S. 87: © kadawittfeldarchitektur
S. 88: © Mathias Jung/LVR

Fragen und Anregungen, Literaturhinweise

Brigitte Lohmanns
brigitte.lohmanns@lvr.de
Telefon: 0221 809-6754

1. Auflage
Köln, Februar 2023

Der LVR-Psychiatrie-Report steht auch als
PDF-Dokument zum Download bereit:
www.klinikverbund.lvr.de/psychiatriereport

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen

– Horion-Haus –

Hermann-Pünder-Straße 1, 50679 Köln

www.kliniken-hph.lvr.de



Qualität für Menschen