

Vorlage Nr. 15/1089

öffentlich

Datum: 24.08.2022
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Herr Baar

Krankenhausausschuss 3	05.09.2022	Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	06.09.2022	Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	07.09.2022	Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	08.09.2022	Kenntnis
Gesundheitsausschuss	09.09.2022	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Gesamtvorlage der aktualisierten Versorgungskonzepte der gerontopsychiatrischen Abteilungen der LVR-Kliniken

Kenntnisnahme:

Der Bericht zu den aktualisierten Versorgungskonzepten der gerontopsychiatrischen Abteilungen der LVR-Kliniken wird gem. Vorlage Nr. 15/1089 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Gleichstellungsplans 2025. ja

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten: Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

Zusammenfassung:

Die Überarbeitung der strategischen Versorgungskonzepte der Abteilungen für Gerontopsychiatrie der LVR-Kliniken beruht auf dem im Gesundheitsausschuss am 22.01.2019 eingereichten Antrag Nr. 14/300. Dieser forderte die Aktualisierung der im Jahr 2015 vorgelegten gerontopsychiatrischen Versorgungskonzepte (vgl. Vorlage Nr. 14/591; 14/592; 14/593; 14/594).

Begründung der Vorlage Nr. 15/1089:

Die Vorlage Nr. 15/1089 gibt einen Überblick über die bestehende Versorgungssituation im Bereich der Gerontopsychiatrie, zu erwartende Anpassungen in den Pflichtversorgungsgebieten und Änderungen durch die demographische Entwicklung (siehe Anlage). Hieraus werden Schlussfolgerungen für die strategische Planung des Klinikverbunds gezogen. Die Versorgungskonzepte der einzelnen Kliniken werden in einem nächsten Schritt in Einzelvorlagen in der kommenden Ausschusssrunde vorgelegt. Einzelne Aspekte daraus werden auch hier berichtet. Es kann an dieser Stelle bereits festgestellt werden, dass die strategischen Versorgungskonzepte der gerontopsychiatrischen Fachabteilungen der LVR-Kliniken eine gute Grundlage für die Weiterentwicklung und zukünftigen Herausforderungen der gerontopsychiatrischen Versorgung bilden.

Bekannte Entwicklungen wie der demographische Wandel, der medizinische Fortschritt sowie die Singularisierung von Haushalten in den Ballungszentren stellen besondere Herausforderungen dar, die eine Anpassung entsprechender Behandlungs- und Versorgungsstrukturen erfordern. Hierbei darf der Fokus jedoch nicht nur auf die direkt Betroffenen gerichtet werden. Mehr denn je ist in der Zukunft das soziale System verstärkt mit einzubeziehen. Dem individuellen Behandlungsbedarf gilt es zukünftig, mit angemessenen Versorgungskonzepten zu begegnen.

Der Krankenhausplan NRW 2022 sieht den Gesamtbedarf der Behandlungskapazitäten im Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie – bis auf einen kleinen Teil tagesklinischer Erweiterung in vereinzelt Regionen - für die Zukunft im Wesentlichen unverändert. Eine Ausweitung der gerontopsychiatrischen Kapazitäten wird daher durch Verschiebungen innerhalb der Gesamtkapazitäten der Erwachsenenpsychiatrie zu realisieren sein.

Bezogen auf das künftige Pflichtversorgungsgebiet der LVR-Kliniken im Gebiet der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie ist auf Basis der Daten der Bevölkerungsvorausberechnung von IT.NRW in den kommenden 20 Jahren mit wenig Veränderung bezüglich der Einwohner*innen ab 18 Jahren insgesamt zu rechnen. Innerhalb der Gruppe der Erwachsenen sind jedoch deutliche Verschiebungen von den 18- bis unter 65-Jährigen hin zu den ab 65-Jährigen zu erwarten. Spätestens ab Mitte der 2030er Jahre wird zudem das Anwachsen der Altersgruppe der Hochbetagten (ab 80 Jahren) die gerontopsychiatrischen Abteilungen vor besondere Herausforderungen stellen. Insgesamt sind dabei die ländlichen Regionen in der Regel stärker als die kreisfreien Städte von diesen Entwicklungen betroffen.

Die zukünftige gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur sowie die Behandlungsinhalte werden hierbei wesentlich durch die demographische Entwicklung, unterschiedliche ausbildungs-, berufsbedingte und kulturell beeinflusste Biographien, zunehmend individuelle Lebenskonzepte, wie auch ein erhöhtes Bewusstsein der Patient*innen über Rechte auf autonome Selbstbestimmung im Behandlungsprozess, gekennzeichnet sein. All das wird zu einem Wandel der Anforderungen an eine patient*innenzentrierte Behandlung führen.

Diese Vorlage gibt einen verbundweiten Überblick über die sich aus der in Umsetzung der Krankenhausplanung NRW 2015 ergebenden Anpassungen der Pflichtversorgungsgebiete sowie aus der Verschiebung der Altersstruktur in der Bevölkerung ergebenden strukturellen Voraussetzungen.

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i



Update 2022

Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgungskonzepte im LVR-Klinikverbund

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Pflichtversorgung und demographische Entwicklung im LVR-Klinikverbund	2
2.1	Pflichtversorgungsgebiete der LVR-Kliniken	2
2.2	Demographische Entwicklung in den Pflichtversorgungsgebieten	3
2.3	Zusammenfassung	9
3.	Die gerontopsychiatrische Versorgung im LVR-Klinikverbund	10
3.1	Angebotsstrukturen	10
3.2	Krankheitsbilder und Inanspruchnahme der Angebote	14
4.	Strategische Versorgungskonzepte der gerontopsychiatrischen Abteilungen der LVR-Kliniken	20
4.1	Realisierte Baumaßnahmen und bauliche Standardverbesserungen	20
4.2	Vernetzung und Kooperation im Sinne einer ganzheitlichen Patient*innenversorgung	21
4.3	Personal- und Qualifikationsstruktur	22
4.4	Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen (Behandlungsangebote)	23
5.	Ausblick	24
	Abkürzungsverzeichnis	27

Abbildungsverzeichnis nach Kapiteln

Abbildung 2-1: Pflichtversorgungsgebiet der LVR-Kliniken 2022	2
Abbildung 2-2: Veränderung der Altersgruppen in NRW 2015 - 2021 - 2041	4
Abbildung 2-3: Einwohnerdifferenzen im Planungs-PVG des LVR-Klinikverbundes 2021 bis 2041; Altersgruppenanteile 2015, aktuell und 2041	5
Abbildung 2-4: Einwohner*innen in den Altersgruppen im PVG IST und Plan 2021 und 2041; Differenz und anteilige Veränderung aktuell zu 2015 und 2041 zu aktuell	5
Abbildung 2-5: prozentuale Einwohnerveränderung in den PVG der LVR-Kliniken 2041 zu aktuell nach Altersgruppen	6
Abbildung 2-6: Einwohnerdifferenz der GER-Altersgruppen im Planungs-PVG des LVR-Klinikverbundes bis 2041	7
Abbildung 2-7: Altersgruppenanteile in den PVG bei den Erwachsenen 2021 und 2041 ...	7
Abbildung 2-8: Einwohnerentwicklung, prozentuale Veränderung und Anteile der GER-Altersgruppen aktuell, Planung und 2041	8
Abbildung 2-9: prozentuale Einwohnerveränderung in den PVG der LVR-Kliniken 2041 zu aktuell nach GER-Altersgruppen	8
Abbildung 3-1: Übersicht der gerontopsychiatrischen Angebote der LVR-Kliniken in 2022 nach Setting und zentral/dezentral	10
Abbildung 3-2: gerontopsychiatrische Betten pro 10.000 PVG-Einwohner*innen im Alter ab 65 Jahren	11
Abbildung 3-3: Anteil vollstationärer GER-Kapazitäten an den PP-Kapazitäten in 2022 ..	12
Abbildung 3-5: Anteil teilstationärer GER-Kapazitäten an den PP-Kapazitäten in 2022 ...	13
Abbildung 3-4: gerontopsychiatrische Plätze pro 10.000 PVG-Einwohner*innen im Alter ab 65 Jahren	13
Abbildung 3-6: Fälle/Patient*innen ab 65 Jahren in den Settings 2013 und 2019	14
Abbildung 3-7: Entwicklung der Patient*innen- bzw. Fallzahlen im Klinikverbund 2013 bis 2019	14
Abbildung 3-8: Anteile der ambulanten Patient*innen im Alter ab 65 in 2019	15
Abbildung 3-9: Anteile der teilstationären Fälle im Alter ab 65 in 2019	15
Abbildung 3-10: Anteile der vollstationären Fälle im Alter ab 65 in 2019	16
Abbildung 3-11: Anteil der vollstationären Fallzahlen im LVR-Klinikverbund 2019 nach Altersjahren	16
Abbildung 3-12: Kumulierte Berechnungstage der vollstationären Fälle 2019 im LVR-Klinikverbund nach Altersjahren	17
Abbildung 3-13: Krankenhausstatistik NRW 2019 - vollstationäre Belegungstage ab 65 Jahren nach Diagnosehauptgruppen	17
Abbildung 3-14: Vergleich der vollstationären Krankenhaushäufigkeiten 2019 bei den ab 65-Jährigen NRW zu ausgewählten Regionen	18

Abbildung 3-15: Anteil von vollstationären Fällen, welche in ausgewählten Regionen in 2019 von psychiatrischen Fachabteilungen erreicht wurden	19
Abbildung 3-16: Anteil der Fälle im LVR-Klinikverbund nach Hauptdiagnosegruppe und Setting 2019	19

1. Einleitung

Der Landschaftsausschuss beschloss in seiner Sitzung vom 06.12.2013:

„Die Verwaltung wird beauftragt, in 2014 eine Konzeption zur Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung durch die Fachabteilungen der LVR-Kliniken vorzulegen. In dem Konzept sollten die Fragestellungen nach einer wohnortnahen, patient*innenzentrierten und sektorenübergreifenden Gestaltung der Behandlungsprozesse, nach einer Einbeziehung der Angehörigen bzw. des jeweiligen Lebensumfeldes sowie nach verbindlichen Kooperationen mit den übrigen Leistungserbringern der geriatrischen Behandlung, Rehabilitation und Pflege besonders betrachtet werden.“ (vgl. Antrag 13/268).

Am 22.11.2019 beschloss der Gesundheitsausschuss, dass die LVR-Kliniken die im Jahr 2015 vorgelegten gerontopsychiatrischen Versorgungskonzepte (vgl. Vorlage 14/591; 14/592; 14/593; 14/594) aktualisieren sollten (vgl. Antrag 14/300). Dies solle unter besonderer Berücksichtigung der anstehenden Krankenhausbedarfsplanung und der Optimierung der Vernetzung in Kooperation mit den somatischen Krankenhäusern und niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen der Region geschehen.

Auf Grundlage der bereits bestehenden Versorgungskonzepte der gerontopsychiatrischen Abteilungen des Klinikverbundes wurden die Konzepte von den dualen Leitungen der gerontopsychiatrischen Abteilungen und Fachbereiche somit aktualisiert. Sie beschreiben - unter Berücksichtigung des Krankenhausplans NRW - die zukünftige Planung und Ausrichtung der gerontopsychiatrischen Versorgung der LVR-Kliniken.

Diese Vorlage fasst die wesentlichen Aspekte der einzelnen Versorgungskonzepte der LVR-Kliniken zusammen und stellt dabei Gemeinsamkeiten und Unterschiede heraus.

Dazu wurde zunächst die demographische Entwicklung in den Pflichtversorgungsgebieten der LVR-Kliniken untersucht. Mitberücksichtigt wurden dabei anstehende Änderungen bei den Pflichtversorgungszuständigkeiten in den Gebieten (Kapitel 2).

Anschließend wird zur Veranschaulichung des Rahmenkonzeptes die gerontopsychiatrische Versorgung im LVR-Klinikverbund genauer betrachtet. Der Fokus wird dabei auf die Angebotsstrukturen sowie die vorliegenden Krankheitsbilder und Inanspruchnahme der Angebote gelegt (Kapitel 3).

Daraus leiten sich die darauffolgenden strategischen Versorgungskonzepte ab. Neben baulichen Maßnahmen und Kooperationen wurden hier auch die Personal- und Qualifikationsstruktur und die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen erörtert (Kapitel 4).

Abschließend erfolgt ein Ausblick unter der Berücksichtigung der absehbaren zukünftigen Herausforderungen (Kapitel 5).

2. Pflichtversorgung und demographische Entwicklung im LVR-Klinikverbund

Die Kapitel 2.1 und 2.2 beschreiben und analysieren die Entwicklungen in den Pflichtversorgungsgebieten der LVR-Kliniken. Dies betrifft zum einen die Veränderungen in den Pflichtversorgungsregionen und zum anderen die demographische Entwicklung in den Altersgruppen. Beides zusammen betrachtet gibt Hinweise auf Herausforderungen der einzelnen Kliniken. Eine Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse findet sich in Kapitel 2.3.

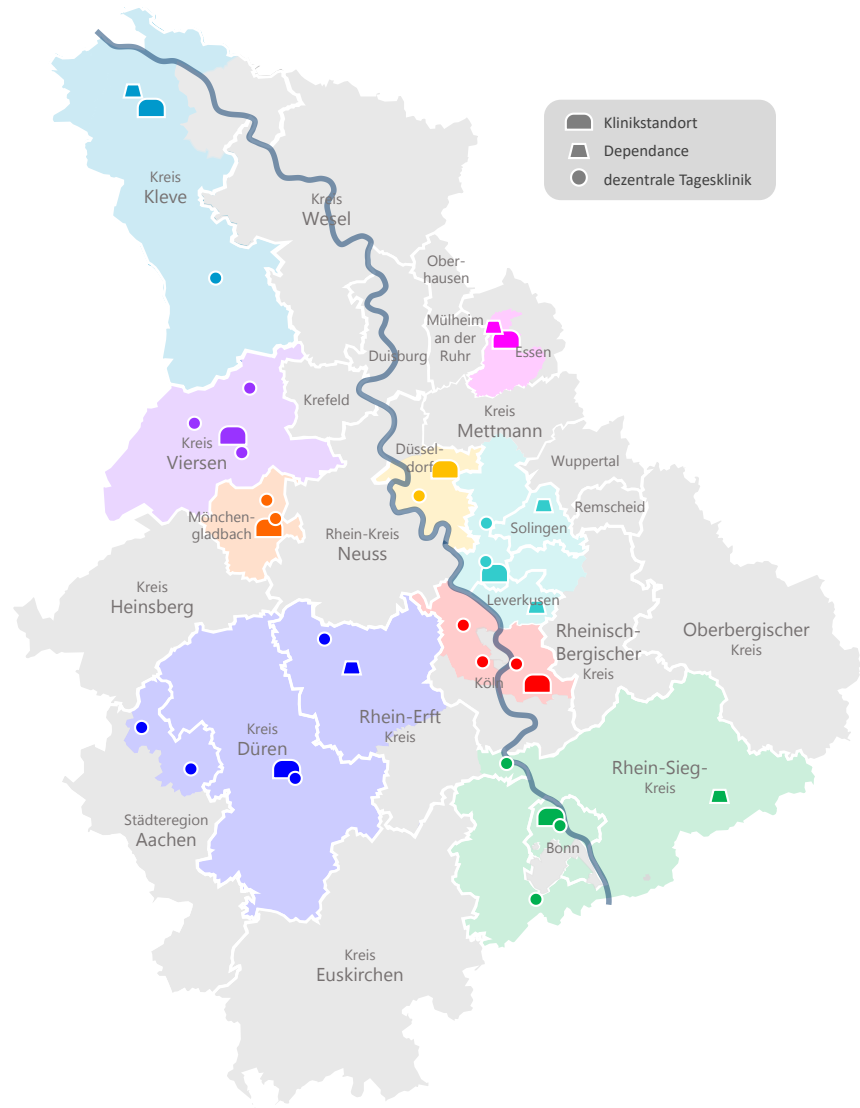
2.1 Pflichtversorgungsgebiete der LVR-Kliniken

Das **Pflichtversorgungsgebiet** (PVG) des LVR-Klinikverbundes umfasst im Bereich der psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen aktuell rund 3,7 Millionen Einwohner*innen (EW) ab 18 Jahren¹. Der Anteil der älteren Erwachsenen ab 65 Jahren beträgt dabei verbundweit im Schnitt 25%.

Seit der Vorlage 14/591 gab es folgende Änderungen im Pflichtversorgungsgebiet des LVR-Klinikverbundes:

- **LVR-Klinik Bonn:** Abgabe der Bonner Stadtteile Ückesdorf, Ippendorf, Friesdorf, Godesberg-Nord, Hochkreuz, Godesberg-Villenviertel, Mehlem, Plittersdorf, und Rüngsdorf an das Universitätsklinikum Bonn (2019/2020)
- **LVR-Klinik Düren:** Abgabe der Gemeinden Herzogenrath und Würselen der Städteregion Aachen an das Universitätsklinikum Aachen (2017)
- **LVR-Klinikum Essen:** Übernahme des Essener Stadtteils Nordviertel aus dem Stadtbezirk 1 vom Philippusstift Essen (2022)

Abbildung 2-1: Pflichtversorgungsgebiet der LVR-Kliniken 2022



¹ Basierend auf Einwohnerzahlen 2021 von IT.NRW

- **LVR-Klinik Köln:** Abgabe der Kölner Stadtteile Riehl und Niehl aus dem Stadtbezirk Nippes an das St. Agatha Krankenhaus (2019)
- **LVR-Klinik Mönchengladbach und Viersen:** Wechsel der PVG-Zuständigkeit für den Norden der Stadt Mönchengladbach von der LVR-Klinik Viersen zur LVR-Klinik Mönchengladbach (2017)

Bis heute hat sich das Gesamt-PVG des Klinikverbundes damit seit 2015 um rund 3% Einwohner*innen im Erwachsenenalter verringert.

Darüber hinaus sind weitere Veränderungen im PVG der LVR-Kliniken beschlossen bzw. in Planung:

- **LVR-Klinik Bonn:** Abgabe der Stadt Troisdorf aus dem Rhein-Sieg-Kreis an die GFO-Kliniken Troisdorf → Nach Umsetzung der hierfür erforderlichen Baumaßnahmen des neuen Trägers
- **LVR-Klinikum Düsseldorf:** Abgabe des Stadtbezirkes 4 der Stadt Düsseldorf an das St. Vinzenz-Krankenhaus → Nach Umsetzung der hierfür erforderlichen Baumaßnahmen des neuen Trägers
- **LVR-Klinik Köln:** *Eventuelle Abgabe der Stadtteile Blumenberg, Chorweiler, Fühligen, Merkenich, Seeberg und Worringen des Stadtbezirks Köln an das St. Agatha Krankenhaus → Diese Planung des St. Agatha Krankenhauses befindet sich noch im Krankenhausplanungsverfahren und steht somit unter dem Vorbehalt eines positiven Bescheides.*

Mit Umsetzung dieser Planung verringert sich das PVG des LVR-Klinikverbundes um weitere 2%.

2.2 Demographische Entwicklung in den Pflichtversorgungsgebieten

Bereits in der Vorlage 14/591 wurde auf den bevorstehenden demographischen Wandel mit seinen Herausforderungen hingewiesen und eine entsprechende Bevölkerungsprognose dargestellt. Mittlerweile stehen dieser mehr als sechs Jahre Realentwicklung gegenüber, weshalb ein differenziertes Update dieser Prognose auf Basis der aktuellen Daten der Bevölkerungsvorausberechnung 2021 bis 2050 von IT.NRW erfolgt². Dargestellt wird ein 20-Jahres-Abschnitt (2021 bis 2041).

Für den hier relevanten Betrachtungszusammenhang wurde der Ausschnitt der erwachsenen Bevölkerung ab 18 Jahren herangezogen und vorrangig in die Altersklassen *18 bis unter 65* und *ab 65* aufgeteilt. Die Altersgrenze ab 65 wird hier als Orientierung für die Altersgruppe der gerontopsychiatrischen Patient*innen herangezogen, auch wenn es z.B. im Rahmen von Lebensphasenmodellen bereits jetzt vereinzelt anders praktiziert wird oder durch die Verschiebung des Renteneintrittsalters künftig diesbezüglich Anpassungen geben kann bzw. wird.

Die Altersgruppe *ab 65* wird an einigen Stellen unterteilt, um die Entwicklung für die ab 80-Jährigen – hier bezeichnet als *Hochbetagte* – noch einmal gesondert betrachten zu können. Sie stellen die gerontopsychiatrischen Abteilungen vor besondere Herausforderungen, weil sie neben den psychiatrischen Krankheitsbildern nicht selten auch schwere oder mehrfache somatische Grund- wie auch Begleiterkrankungen mitbringen.

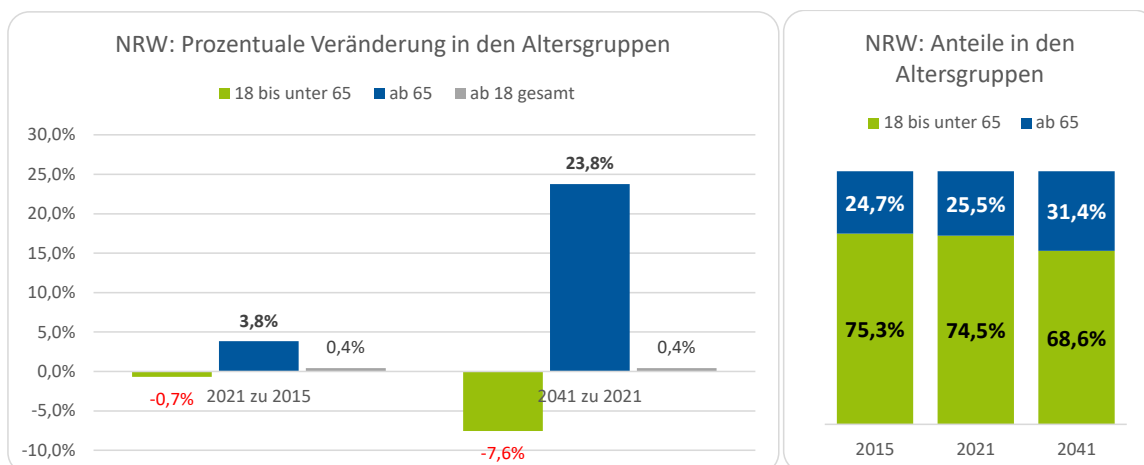
² IT.NRW: [Landesdatenbank NRW Bevölkerungsvorausberechnung 2021 bis 2050](#)

Abkürzungserläuterungen zu den nachfolgenden Diagrammen:

- **PVG-IST₂₁**: Aktuelles PVG (2022er PVG-Regelung) der Klinik basierend auf den Einwohnerdaten von 2021
- **PVG-Plan₂₁**: Planungs-PVG – also PVG nach Umsetzung geplanter PVG-Änderungen – basierend auf den Einwohnerdaten 2021
- **PVG-Plan₄₁**: Planungs-PVG mit den auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung von IT.NRW prognostizierten Daten für das Jahr 2041
- **EW-Differenz aktuell (IST₂₁) zu 2015**: Gibt die Differenz der PVG-Einwohner*innen im aktuellen PVG basierend auf den Einwohnerzahlen 2021 zu denen aus 2015 wieder
- **EW-Differenz Plan₄₁ zu IST₂₁**: Gibt die Differenz der PVG-Einwohner*innen für das Planungs-PVG im Jahr 2041 zu den Einwohner*innen des aktuellen PVG basierend auf den Einwohnerzahlen 2021 wieder. Im Gegensatz zur Darstellung der Bevölkerungsvorausberechnung, welche als Ausgangspunkt das Planungs-PVG zum Zeitpunkt 2021 betrachtet und nur deren Entwicklung bis 2041 berücksichtigt, wird hier gleichzeitig die Information der PVG-Änderung mitverarbeitet und die Veränderung zur IST-Situation sichtbar.
- **Prozentuale EW-Veränderung**: Prozentuale Änderung der PVG-Einwohner*innen im jeweiligen Zeitraum (2015 bis 2021 und 2021 bis 2041)

Zwischen 2015 und 2021 (sechs Jahre) ist die erwachsene Bevölkerung in NRW um 0,4% angestiegen (siehe [Abbildung 2-2](#)). Die Anzahl der 18 bis 64-Jährigen sank um 0,7%, während die ab 65-Jährigen um 2,8% zulegen. Gemäß IT.NRW wird von 2021 bis 2041 (20 Jahre) neuerlich ein Anstieg von nur 0,4% für die Erwachsenen vorausberechnet. Dabei soll sich die Gruppe der 18 bis unter 65-Jährigen um rund 8% verringern, während die Älteren ab 65 um rund 24% im Vergleich zum Basisjahr 2021 zulegen. Es kommt demnach zu einer Verschiebung der stärker besetzten Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen hin zur Altersgruppe der Älteren ab 65 Jahren. Die Gruppe der Älteren, welche in 2021 25,5% an den Erwachsenen in NRW ausmachte, wächst demzufolge auf einen Anteil von 31,4% in 2041 an. Für den LVR-Klinikverbund wurden die Daten gemäß der aktuell gültigen Pflichtversorgungsgebiete (PVG) und der Planungen bzgl. dieser Gebiete aufbereitet³ und in unterschiedlichen Szenarien gegenübergestellt.

Abbildung 2-2: Veränderung der Altersgruppen in NRW 2015 - 2021 - 2041



³ Für die Kreisfreien Städte liegen keine entsprechenden Vorausberechnungen für einzelne Stadtbezirke vor, so dass für die Städte, in welchen der LVR nicht für die gesamte Stadt Pflichtversorger ist (Bonn, Düsseldorf, Essen und Köln), mit Anteilen auf Basis der letzten vorliegenden differenzierten Daten aus 2018 gearbeitet wurde. Gleiches gilt für die Gemeinde Kerpen, für welche die LVR-Klinik Düren nur für einen Teil der Pflichtversorgung zuständig ist.

Abbildung 2-3: Einwohnerdifferenzen im Planungs-PVG des LVR-Klinikverbundes 2021 bis 2041; Altersgruppenanteile 2015, aktuell und 2041

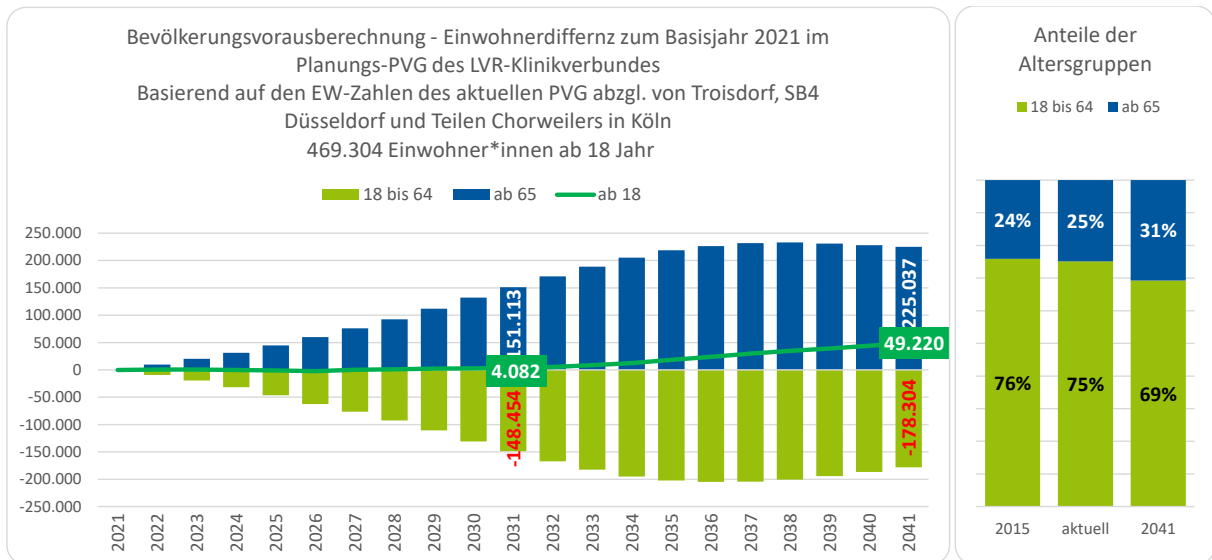
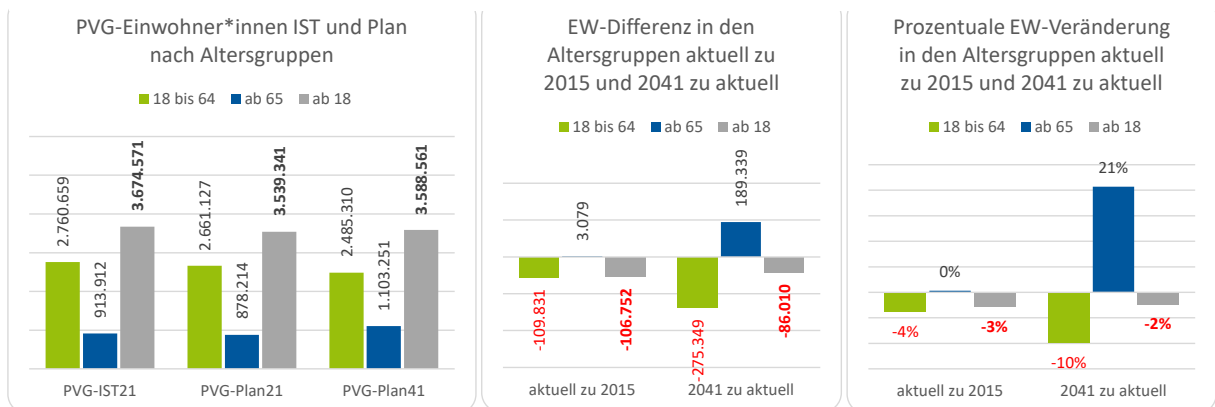


Abbildung 2-4: Einwohner*innen in den Altersgruppen im PVG IST und Plan 2021 und 2041; Differenz und anteilige Veränderung aktuell zu 2015 und 2041 zu aktuell



Auf den Daten basierende Aussagen für den LVR-Klinikverbund:

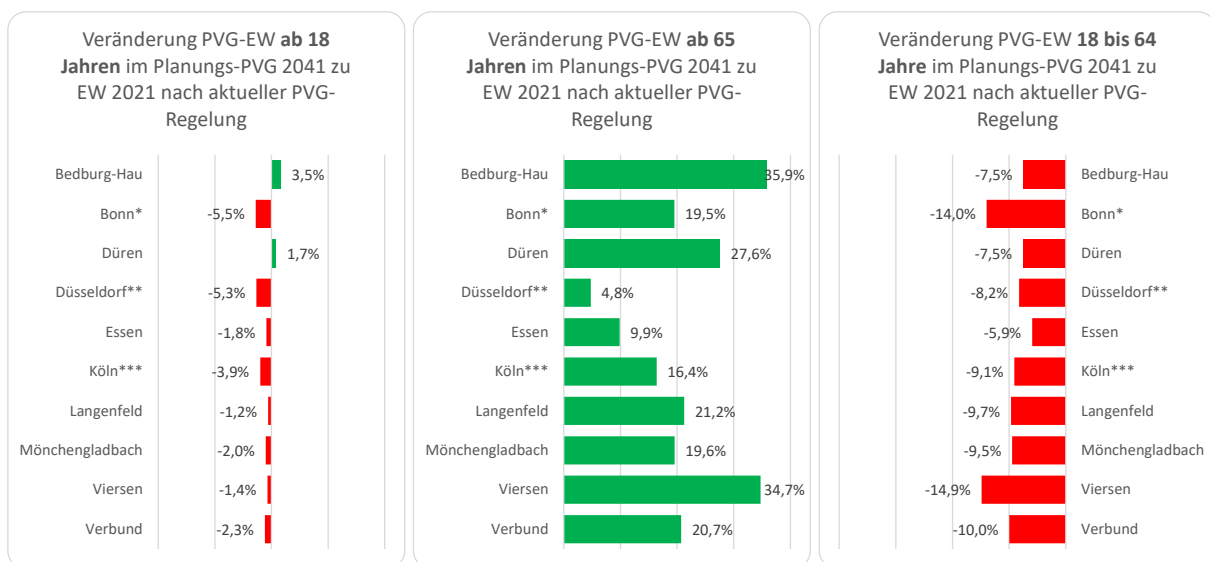
- ⇒ Seit 2015 hat sich das PVG um 106.752 Einwohner*innen ab 18 Jahren (-3%) verringert
- ⇒ Das aktuelle PVG des Verbundes (PVG-IST₂₁) umfasst 3.674.571 Einwohner*innen ab 18 Jahren, davon 913.912 (25%) im Alter ab 65 Jahren
- ⇒ Mit Umsetzung aller Planungen umfasst das PVG noch 3.539.341 Erwachsene (PVG-Plan₂₁) und wird bis 2041 auf 3.588.561 anwachsen (PVG-Plan₄₁) und damit im Ergebnis 2% unter denen des aktuellen PVG (PVG-IST₂₁) bleiben (-86.010)
- ⇒ Für die Altersgruppe der ab 65-Jährigen reduziert sich der für das künftige PVG bis 2041 vorausberechnete Zuwachs von 225.037 Einwohner*innen bei Gegenrechnung der PVG-Verkleinerungen auf einen Zuwachs von 189.339 Einwohner*innen in dieser Altersgruppe im Planungs-PVG
- ⇒ Die Altersgruppe der ab 65-Jährigen an den Erwachsenen insgesamt (ab 18) hat sich seit 2015 bis 2021 von 24% auf 25% erhöht; für 2041 wird ein Anteil von 31% der ab 65-Jährigen im Gesamt-PVG vorausberechnet.

Die zu erwartenden Veränderungen im Planungs-PVG in 2041 im Vergleich zur aktuell gültigen PVG-Regelung auf Basis der Bevölkerungszahlen 2021 gestalten sich dabei für die einzelnen LVR-Kliniken durchaus unterschiedlich und hängen zum einen von der Region ab, zum anderen aber auch von Veränderungen bzgl. der PVG-Zuständigkeit.

Während die Veränderungen insgesamt für alle Einwohner*innen ab 18 Jahren mit einem Rückgang von 5,5% im PVG der LVR-Klinik Bonn bis hin zu einer Zunahme um 3,5% in PVG der LVR-Klinik Bedburg-Hau reicht und relativ moderat scheinen, sind die Veränderungen bei getrennter Betrachtung der Altersgruppen *unter 65* und *ab 65* deutlicher und gegenläufig zueinander (*Abbildung 2-5*).

Die LVR-Kliniken, deren PVG ausschließlich aus ländlichen Kreisen bestehen, erwarten hiernach Steigerungen von rund 28% in Düren bis hin zu 35% bis 36% in Viersen bzw. Bedburg-Hau in der Altersgruppe *ab 65*. Dagegen werden z.B. für das PVG der Kliniken Düsseldorf, Essen und Köln deutlich geringere Zunahmen in der Altersgruppe erwartet. In Bonn, Düsseldorf und Köln ist zu beachten, dass hier die Reduzierungen der Pflichtversorgungsgebiete bereits miteingerechnet ist. Die Prognose für die Einwohnerzahlen der Stadt insgesamt weichen hiervon also ab.

Abbildung 2-5: prozentuale Einwohnerveränderung in den PVG der LVR-Kliniken 2041 zu aktuell nach Altersgruppen



* Abgabe Troisdorf

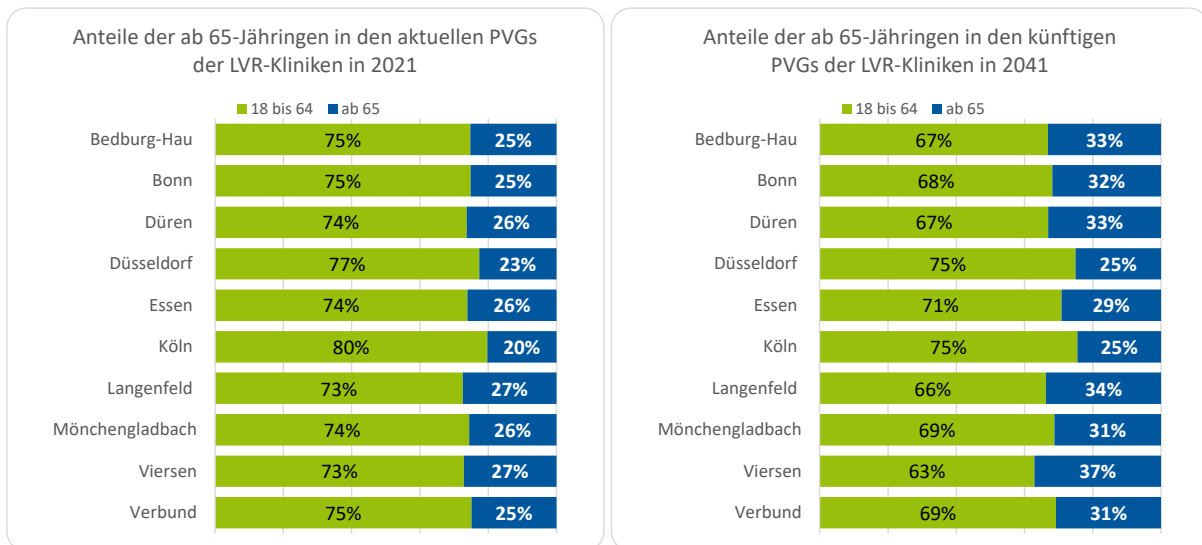
** Abgabe Stadtbezirk 4 Düsseldorf

*** Unter Vorbehalt: Abgabe einiger Stadtteile aus dem Stadtbezirk Chorweiler

Der Zunahme in der Altersgruppe *ab 65* (GER) steht in allen Kliniken die Abnahme der Altersgruppe *unter 65* (AP/SU) gegenüber, was zu der moderaten Gesamtentwicklung führt. Die Abnahmen reichen hier von rund 6% im PVG des LVR-Klinikums Essen bis rund 15% in dem der LVR-Klinik Viersen.

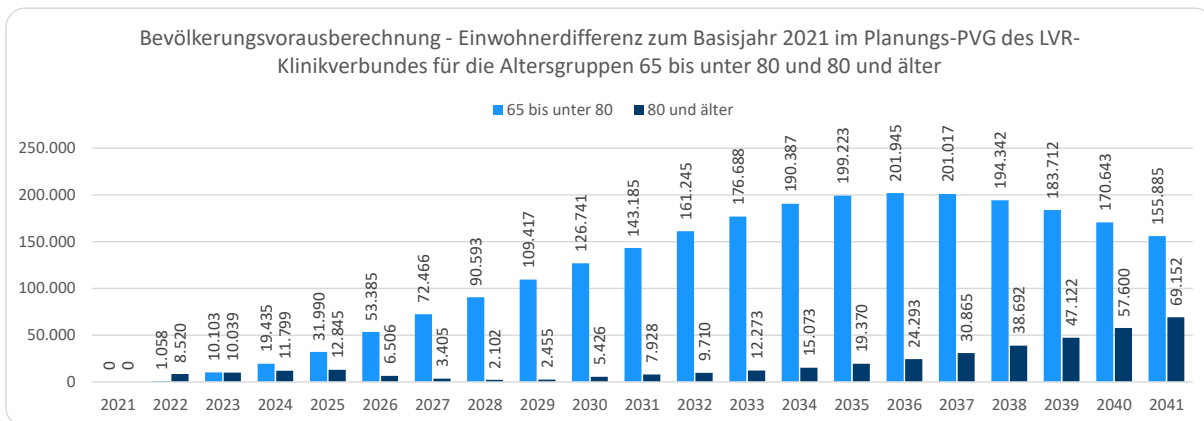
Die Spanne bezüglich der Anteile der Altersgruppe ab 65 Jahren an der erwachsenen Bevölkerung insgesamt reichte in 2021 von 20% in Köln bis 27% in Langenfeld und Viersen. Unter Berücksichtigung der angenommenen Entwicklungen kann 2041 bzgl. dieser Altersgruppe von einer Spannweite von 25% in Düsseldorf und Köln bis 37% in Viersen ausgegangen werden (*Abbildung 2-7*).

Abbildung 2-7: Altersgruppenanteile in den PVG bei den Erwachsenen 2021 und 2041



Mit Blick auf die besonderen Anforderungen bzgl. der Gruppe der Hochbetagten ab 80 Jahren wurden auch diese Bevölkerungszahlen differenziert ausgewertet. Für das Planungs-PVG der LVR-Kliniken wird ab 2026 zunächst ein Rückgang der Hochbetagten im Vergleich zum Basisjahr 2021 erwartet. Ab 2030 wächst das Niveau jedoch stetig an. Die Altersgruppe 65 bis unter 80 nimmt dagegen bis 2036 kontinuierlich zu und läuft ab da der Entwicklung der Hochbetagten entgegen (*Abbildung 2-6*).

Abbildung 2-6: Einwohnerdifferenz der GER-Altersgruppen im Planungs-PVG des LVR-Klinikverbundes bis 2041



Für die Schätzung der zu erwartenden Veränderungen bis 2041, ausgehend von der aktuellen Situation, werden die 2041er Planungszahlen den 2021er IST-Zahlen gegenübergestellt (*Abbildung 2-8*). Danach wird bis 2041 verbundweit einen Anstieg von 22% in der Altersgruppe ab 65 bis unter 80 und 20% bei den Hochbetagten erwartet. Ab Mitte der 30er Jahre wird die Altersgruppe ab 65 ihren Höchstwert erreicht haben und verteilt sich ab da immer stärker hin zu den Hochbetagten. Beide Gruppen der Älteren wachsen im Vergleich zu 2021 deutlich an, doch wird ihr Verhältnis zueinander in

gerontopsychiatrischen 2041wieder dem in 2021 entsprechen. Damit verteilen sich in 2041 die Altersgruppen auf rund 68% ab 65-80 Jahre und 32% ab 80 Jahren.

Abbildung 2-8: Einwohnerentwicklung, prozentuale Veränderung und Anteile der GER-Altersgruppen aktuell, Planung und 2041

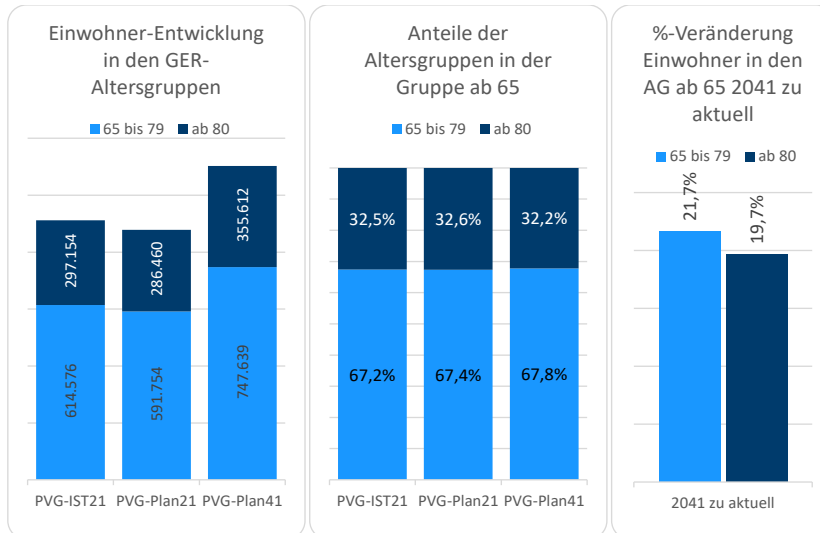
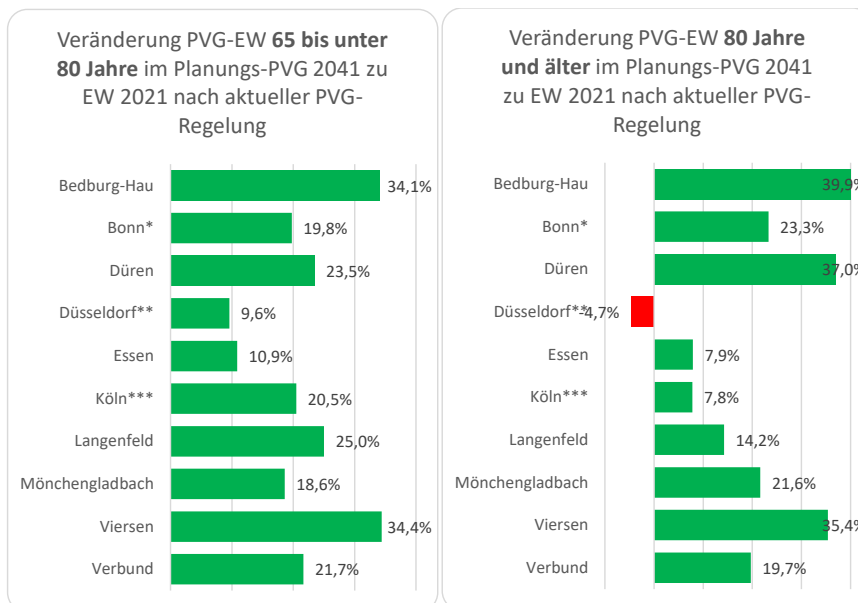


Abbildung 2-9: prozentuale Einwohnerveränderung in den PVG der LVR-Kliniken 2041 zu aktuell nach GER-Altersgruppen



* Abgabe Troisdorf

** Abgabe Stadtbezirk 4 Düsseldorf

*** Unter Vorbehalt: Abgabe einiger Stadtteile aus dem Stadtbezirk Chorweiler

Auch bzgl. der gerontopsychiatrischen Altersgruppen sind die prognostizierten Entwicklungen für die Planungs-PVG der einzelnen Kliniken in 2041 zum aktuellen PVG mit Daten von 2021 sehr unterschiedlich, folgen aber im Wesentlichen der oben beschriebenen Entwicklung der Gesamt-Altersgruppe ab 65 Jahren (*Abbildung 2-9*). Der rote Balken der Düsseldorfer bei den Hochbetagten begründet sich zum einen in einem relativ niedrigen Anteil der ab 65-Jährigen insgesamt in der Stadt Düsseldorf (23% in 2021, 25% in 2041) und zum anderen in der Abgabe des Stadtbezirkes 4.

2.3 Zusammenfassung

Das Pflichtversorgungsgebiet des LVR-Klinikverbundes wird sich mit Umsetzung aller beschlossener und in Planung befindlicher Änderungen um rund 2% verringern. Darin enthalten sind die Teilabgaben der Kliniken Bonn, Düsseldorf und - unter Vorbehalt - Köln. Damit verbunden ist die Verringerung der Einwohner*innenzahl von aktuell rund 3,7 Mio. (davon rund 914.000 ab 65 Jahren) auf rund 3,5 Mio. (davon rund 878.000 ab 65 Jahren) ab 18 Jahren auf Basis der Einwohnerzahlen 2021.

Für den LVR-Klinikverbund scheinen, basierend auf den Daten zur Bevölkerungsvorausberechnung bis 2041 und den in den nächsten Jahren geplanten Umsetzungen zu den Veränderungen der Pflichtversorgungsgebiete - bei Annahme unveränderter Randbedingungen⁴ -, folgende Vorhersagen wahrscheinlich:

- ⇒ Der Gesamtbedarf im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie (PP) bleibt in den nächsten 20 Jahren verbundweit relativ unverändert (-2%)
- ⇒ Ausgehend von der Annahme, dass Patient*innen ab dem 65. Lebensjahr vorrangig in der Gerontopsychiatrie (GER) behandelt werden, kann bis 2041 ein Anstieg des gerontopsychiatrischen Kapazitätsbedarfs um durchschnittlich 21% in diesen Abteilungen angenommen werden
- ⇒ Ausgehend von der Annahme, dass Patient*innen zwischen 18 und 65 Jahren vorrangig in den Abteilungen Allgemeinpsychiatrie (AP) und Abhängigkeitserkrankungen (SU)⁵ behandelt werden, kann bis 2041 für diese Abteilungen ein Rückgang des AP-/SU-Kapazitätsbedarfs um rund 10% erwartet werden.
- ⇒ Ab Mitte der 2030er Jahre nehmen die Hochbetagten in den gerontopsychiatrischen Abteilungen deutlich zu.

Insgesamt bleibt hiernach der Gesamtbedarf für die Psychiatrie und Psychotherapie im Vergleich zu heute relativ unverändert. Allerdings dürften in den LVR-Kliniken bedarfsangepasste Verschiebungen oder Umstrukturierungen der Abteilungen in unterschiedlichem Ausmaß erforderlich werden, wobei die größten Veränderungen in den Kliniken mit ländlichen Versorgungsregionen zu erwarten sind. Einfluss können z.B. auch die Verschiebung des Renteneintrittsalters oder den Lebensphasen angepasste Behandlungsmodelle nehmen, welche in diesen Berechnungen nicht berücksichtigt wurden. Bis spätestens Mitte der 2030er Jahre werden sich die meisten gerontopsychiatrischen Abteilungen darüber hinaus verstärkt den besonderen Anforderungen bei der Versorgung der Hochbetagten gegenübergestellt sehen.

Es sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Bevölkerungsprognose nur ein Baustein des Gesamtszenarios darstellt. Abgesehen davon gibt es eine Vielzahl möglicher anderer Faktoren und regionaler Besonderheiten (z.B. in der Versorgungslandschaft), welche die Kliniken in ihren Konzepten zu anderen Einschätzungen kommen lassen kann, was ausdrücklich nicht als Widerspruch zu den hier dargestellten Szenarien gesehen wird.

⁴ also ohne Berücksichtigung möglicher Auswirkungen alternativer Versorgungsmodelle, bei gleichbleibender Prävalenz, ohne Berücksichtigung anderer möglicher Faktoren wie stärkere Singularisierung von Haushalten, verändertes Migrationsgeschehen, etc.

⁵ Die älteren Patient*innen mit einer Abhängigkeitserkrankung als Hauptdiagnose werden zum Teil unterschiedlich in der AP oder GER behandelt, machen aber bisher insgesamt nur rund 1% der Abhängigkeitserkrankten im Verbund aus und werden hier daher bzgl. einer genaueren Zuordnung vernachlässigt.

3. Die gerontopsychiatrische Versorgung im LVR-Klinikverbund

Im LVR-Klinikverbund halten alle Kliniken gerontopsychiatrische Abteilungen vor, die den Anforderungen von psychiatrischen Erkrankungen bei Menschen in höheren Lebensabschnitten gerecht werden. Die Kliniken haben dazu unterschiedliche Strukturen und Angebote etabliert. In der Folge werden die klinikspezifischen Angebotsstrukturen sowie die Inanspruchnahme abgebildet. Eine Übersicht der verschiedenen Krankheitsbilder veranschaulicht die Diversität bezüglich der Aufgabenstellung in den Abteilungen.

3.1 Angebotsstrukturen

Die LVR-Kliniken halten ihre gerontopsychiatrischen Angebote in unterschiedlichen Abteilungsstrukturen vor. 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.

Abbildung 3-1: Übersicht der gerontopsychiatrischen Angebote der LVR-Kliniken in 2022 nach Setting und zentral/dezentral

	Bedburg-Hau	Bonn	Düren	Düsseldorf	Essen	Köln	Langenfeld	Mönchengladbach	Viersen	
vollstationär	AP/GER 53 Betten ¹	GER 100 Betten	GER 61 Betten	GER 75 Betten	AP/GER 61 Betten ¹	GER 80 Betten	GER 72 Betten	AP/GER 38 Betten	GER 52 Betten	zentral
teilstationär	AP/GER 15 Plätze		GER 20 Plätze ²	GER 3 Plätze ³						
ambulant	AP/GER Ambulanz		GER Ambulanz ²			GER Ambulanz		AP/GER Ambulanz		
sektorenübergreifend		DynaLIVE ⁴						StäB ⁵		
vollstationär			AP - GER 16 Betten TZ Bergheim ⁶							dezentral
teilstationär		GER 18 Plätze JoHo Bonn	AP - GER 8 Plätze TZ Bergheim ⁶	GER 25 Plätze TAZ UKD	AP/GER 15 Plätze Wickenburg	GER 18 Plätze Adamsstr.	AP - GER 15 Plätze Solingen	AP/GER 46 Plätze Gartenstr. ²	GER 16 Plätze Oberrahser	
ambulant	AP ⁷ Ambulanz SBK Kleve	GER Ambulanz JoHo Bonn	AP - GER Ambulanz ⁶ TZ Bergheim	GER Ambulanz TAZ UKD	AP/GER Ambulanz Wickenburg	GER Ambulanz Adamsstr.	AP - GER Ambulanz Solingen		GER Ambulanz Oberrahser	
	AP ⁷ Ambulanz FBK Geldern					GER Ambulanz Merianstr.	GER 16 Plätze LF Lessingstr.	AP 30 Plätze ⁷ Leverkusen		
						GER Ambulanz Rottweiler				

¹ Mischnutzung – die angegebene Kapazitäten werden nicht nur von der GER, sondern auch von anderen Subdisziplinen genutzt

² Nicht direkt am Klinikstandort, aber in unmittelbarer Nähe (Schoellerstr. Düren)

³ Plätze werden integriert auf einer GER-Stationen geführt

⁴ **Dynamische, lebensnahe und integrative Versorgung** (Modellvorhaben nach §64b SGB V)

⁵ **Stationsäquivalente Behandlung** (Versorgung nach §115d SGB V)

⁶ Therapiezentrum Bergheim – Dependence der AP mit insgesamt 64 Betten, 24 Plätzen und Ambulanz zur Versorgung von Patient*innen der AP/GER

⁷ Behandlungszentrum für seelische Gesundheit Leverkusen - Behandlung „Junggelebene Ältere“ mit Affektiven Störungen innerhalb der AP-TK

⁸ Ambulanz der AP, welche auch GER-Patient*innen versorgt

Insgesamt werden im Klinikverbund aktuell 608 Betten, 233 Plätze und viele ambulante Angebote für gerontopsychiatrische Patient*innen bereitgehalten. Hiervon sind 96 Betten und 46 Plätze – im Organigramm mit „Mischnutzung“ gekennzeichnet – nicht ausschließlich für die Gerontopsychiatrie vorgesehen, sondern sowohl für

allgemeinpsychiatrische als auch gerontopsychiatrische Nutzung. Zudem werden 16 Betten und 23 Plätze in AP-Abteilungen geführt.

Alle Kliniken - bis auf die LVR-Klinik Bedburg-Hau - verfügen über dezentrale Behandlungsmöglichkeiten für Patient*innen in höherem Lebensalter. Die für die LVR-Klinik Bedburg-Hau laufenden Planungen bzgl. der Dependance Geldern befindet sich noch im Verhandlungsprozess mit dem Kooperationspartner. In den Ambulanzen der Abteilung EPIII 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 AP zugeordnet.

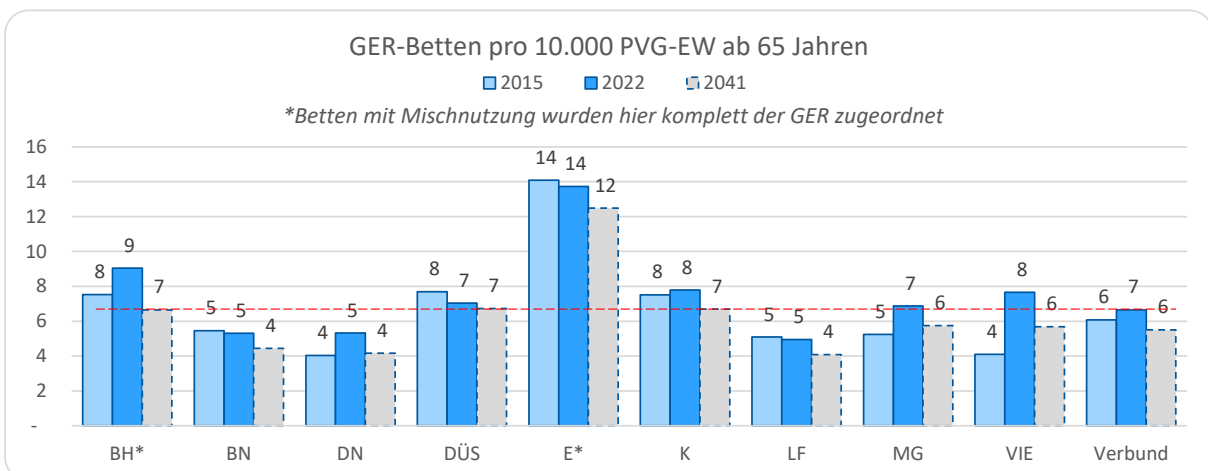
Darüber hinaus hat sich mit DynaLIVE in der LVR-Klinik Bonn bereits ein sektorenübergreifendes Angebot erfolgreich etabliert und die LVR-Klinik Mönchengladbach führt erste gerontopsychiatrische Fälle im Rahmen stationsäquivalenter Behandlung (StäB).

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. In der kürzlich in Betrieb genommenen Langenfelder Dependance Leverkusen wurden ebenfalls erste Überlegungen zur Entwicklung entsprechender Angebote vor Ort angestellt.

Weitere Vorhaben wie die Tagesklinik in Mettmann und die Altersmedizinischen Zentren (AMZ) in Köln und Viersen konnten bislang nicht realisiert werden, werden aber weiterverfolgt und befinden sich zum Teil in weit fortgeschrittenen Stadien der Planung/Umsetzung.

Seit 2015 haben sich in einigen Kliniken die Pflichtversorgungsgebiete, in anderen Kliniken der Abteilungszuschnitt oder die Kapazitäten verändert. Für einen Vergleich zur letzten Vorlage (Nr. 14/591) werden daher die gerontopsychiatrischen Kapazitäten pro 10.000 PVG-Einwohner*innen ab 65 Jahren dargestellt (*Abbildung 3-2*). Zudem floss die im letzten Kapitel entwickelte Prognose für die demographische Entwicklung in den künftigen PVG der Kliniken mit ein um darzustellen, wie sich das Verhältnis bei unveränderter Kapazitätzahl in 2041 darstellen würde. Die rote Linie gibt den Schnitt des Jahres 2022 im Verbund an. Sie dient nur der Orientierung bzgl. der Verhältnisse der Kliniken untereinander und ist nicht als qualitative Aussage zu verstehen.

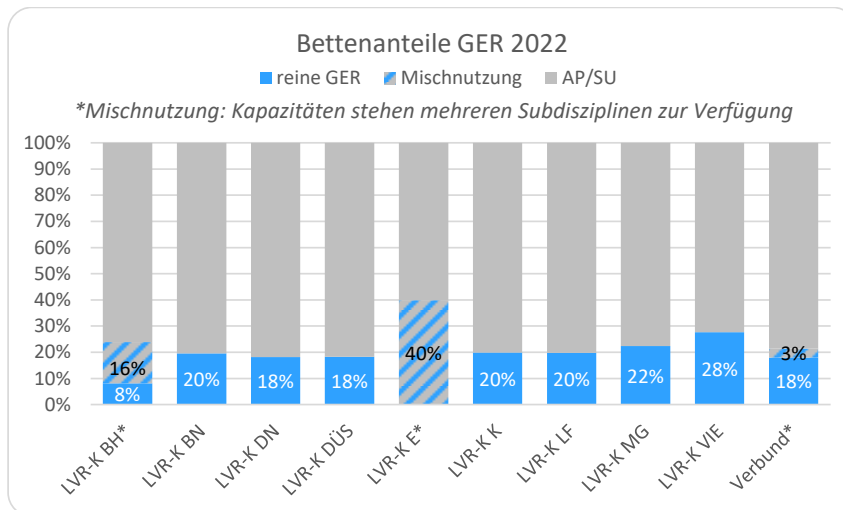
*Abbildung 3-2: gerontopsychiatrische Betten pro 10.000 PVG-Einwohner*innen im Alter ab 65 Jahren*



Im vollstationären Bereich weisen Bedburg-Hau, aber vor allem Essen in 2022 ein hohes Betten-Einwohner-Verhältnis aus. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in Essen alle und in Bedburg-Hau seit 2017 zwei Drittel der gerontopsychiatrischen Betten in Mischnutzung betrieben werden. Diese sind somit – anders als hier für die Rechnung angenommen – keine reinen gerontopsychiatrischen Betten, sondern werden sowohl von der Allgemeinpsychiatrie als auch der Gerontopsychiatrie genutzt.

In Düren konnten mit dem Therapiezentrum Bergheim und in Viersen mit den kürzlich in Betrieb genommenen zusätzlichen 20 Betten erste – in Viersen deutliche – Kapazitätsausweitungen in der Gerontopsychiatrie erzielt werden. Trotzdem scheinen die Kapazitäten der Kliniken Bonn, Düren und Langenfeld noch verhältnismäßig niedrig. Mit Blick auf die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung in den Planungs-PVG kann aber auch für die Kliniken Bedburg-Hau, Mönchengladbach und Viersen perspektivisch ein vollstationärer Umverteilungsbedarf vermutet werden.

Abbildung 3-3: Anteil vollstationärer GER-Kapazitäten an den PP-Kapazitäten in 2022

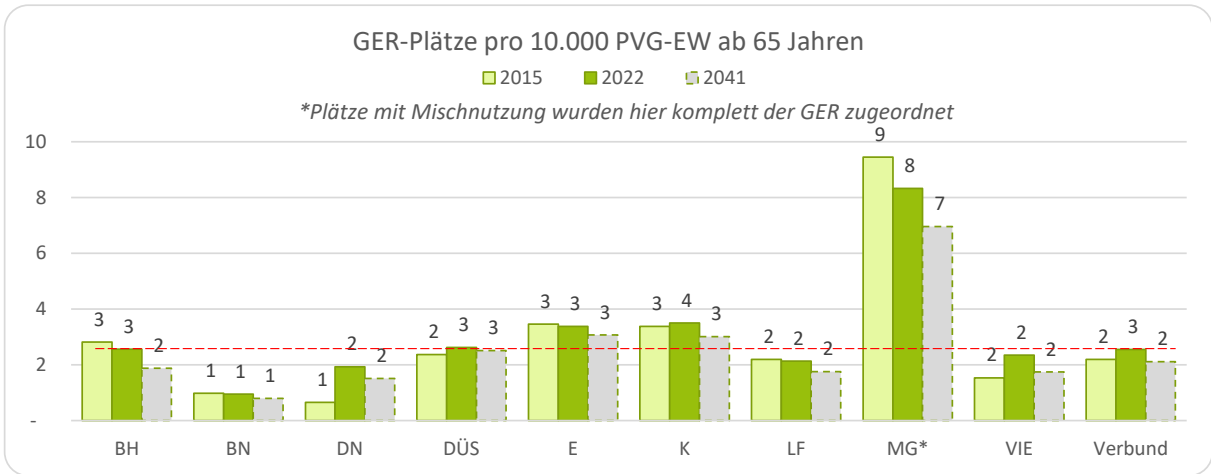


Aktuell werden verbundweit rund 18% bis 21% der vollstationären Kapazitäten der Erwachsenenpsychiatrie für die gerontopsychiatrische Versorgung eingesetzt (*Abbildung 3-3*). Den höchsten Anteil erreicht seit 2022 die LVR-Klinik Viersen.

Bezüglich der vollstationären Kapazitäten werden für die Kliniken Bedburg-Hau und Langenfeld mit den Dependancen Geldern und Leverkusen noch Erweiterungen erwartet. Auch in Viersen werden sich die GER-Kapazitäten nach Umsetzung eines Altersmedizinischen Zentrums am St. Irmgardis-Krankenhaus noch etwas erhöhen.

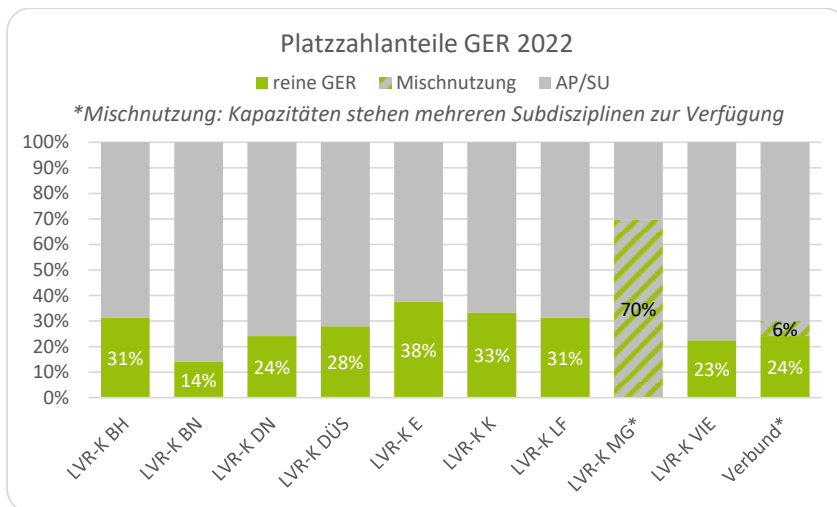
Die Beurteilung der teilstationären Versorgungslage ist deutlich diffuser (*Abbildung 3-4*), da die tagesklinischen Angebote in dieser Altersgruppe nicht überall gleich angenommen und nur für eine kleine Gruppe der Älteren geeignet sind. In einigen Regionen gibt es tagesstrukturierende Maßnahmen oder aufsuchende Angebote anderer Anbieter, die stärker nachgefragt sind und somit den tagesklinischen Bedarf in unseren Kliniken verringern. Eine Aussage zu diesem Bedarf kann daher auf Basis dieser Daten nicht getätigt werden.

Abbildung 3-5: gerontopsychiatrische Plätze pro 10.000 PVG-Einwohner*innen im Alter ab 65 Jahren



Der Anteil gerontopsychiatrischer Plätze an den Tagesklinikplätzen der Erwachsenenpsychiatrie insgesamt liegt in 2022 verbundweit bei 24% bis 30% (Abbildung 3-5). Die vergleichsweise hohen Anteile in Bedburg-Hau und Essen sind auf die im Verhältnis kleinen Pflichtversorgungsgebiete und für Tageskliniken sinnvolle Mindestgrößen zurückzuführen. Bonn hat das größte PVG im Verbund und weist mit 14% den geringsten Anteil gerontopsychiatrischer Plätze aus.

Abbildung 3-4: Anteil teilstationärer GER-Kapazitäten an den PP-Kapazitäten in 2022



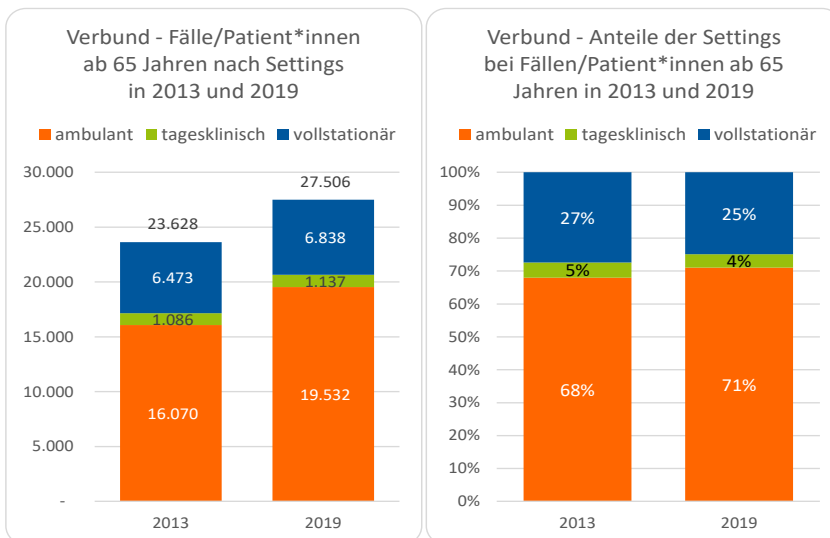
Seit 2017 haben die Kliniken Düren mit dem TZ Bergheim und der Erweiterung der Schoellerstr. und Düsseldorf mit integrierten Plätzen im DTFZ ihre tagesklinischen Kapazitäten erweitert. Der „Ausreißer“ Mönchengladbach geht auf die 46 Plätze der TK Gartenstraße zurück, die zwar fast ausschließlich von der AP genutzt werden, aber prinzipiell für AP- und GER-Nutzung vorgesehen sind. Ein weiterer Ausbau der tagesklinischen Kapazitäten wird zudem perspektivisch für die Klinik Bedburg-Hau mit der Dependence Geldern und die Klinik Langenfeld mit der Dependence Leverkusen und der TK Mettmann erwartet.

3.2 Krankheitsbilder und Inanspruchnahme der Angebote

Im Folgenden wird als aktuellstes Auswertungsjahr das Jahr 2019 verwendet, da die Belegungszahlen ab 2020 durch den pandemischen Einfluss schwer interpretierbar sind.

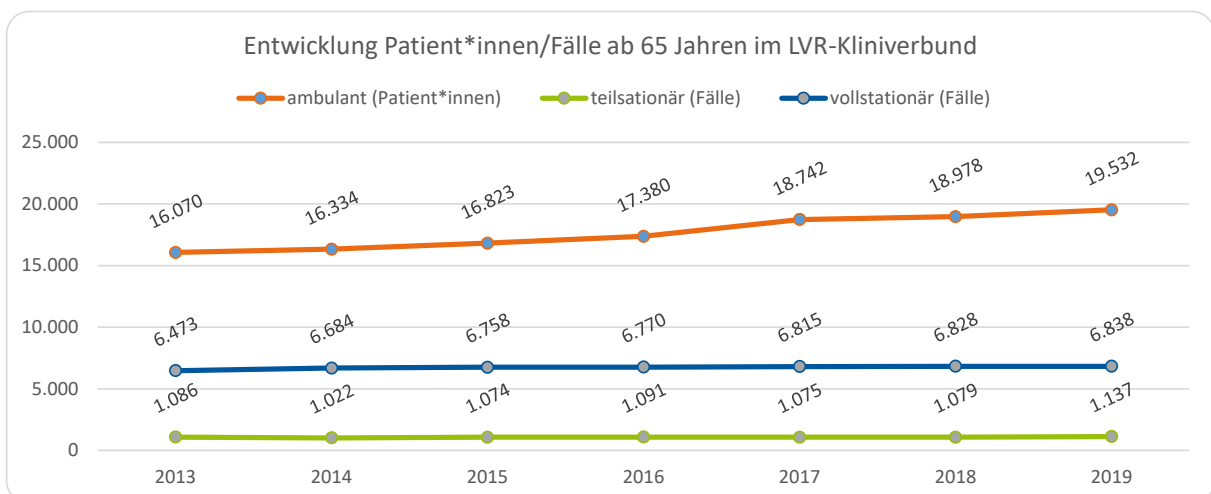
Im Vergleich zum Auswertungsjahr 2013 der Vorlage 14/591 haben sich die Fall- (voll-, teilstationär) bzw. Patient*innenzahlen (ambulant) im LVR-Klinikverbund bis 2019 insgesamt⁶ um rund 17% erhöht (*Abbildung 3-6*). Der größte Zuwachs mit 22% zeigte sich hierbei im ambulanten Bereich. Voll- und teilstationär nahmen die Leistungen um 5% und 6% im Vergleich zu 2013 zu. Der Anteil des vollstationären Leistungsgeschehens machte in 2019 rund 25%, der teilstationäre Sektor 4% und der ambulante 71% aus.

*Abbildung 3-6: Fälle/Patient*innen ab 65 Jahren in den Settings 2013 und 2019*



Die ambulanten Patient*innenzahlen im Alter ab 65 Jahren stiegen von 2013 bis 2019 kontinuierlich und deutlich an (*Abbildung 3-7*). Auch im vollstationären Bereich nahmen die Fallzahlen stetig – wenn auch in deutlich geringerem Umfang – zu. Der teilstationäre Sektor zeigt keine eindeutige Tendenz und schwankte im Betrachtungszeitraum zwischen 1.022 und 1.137 Fällen.

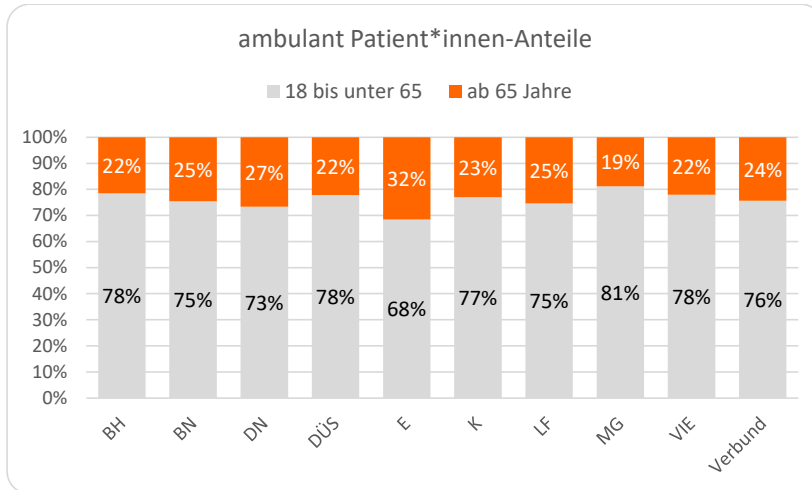
*Abbildung 3-7: Entwicklung der Patient*innen- bzw. Fallzahlen im Klinikverbund 2013 bis 2019*



⁶ Hier wurden voll- und teilstationäre Fallzahlen mit ambulanten Patient*innenzahlen gemeinsam betrachtet. Da es im Wesentlichen um die Darstellung der Veränderung der einzelnen Settings geht, wird die methodische Unkorrektheit hier als vertretbar gewertet.

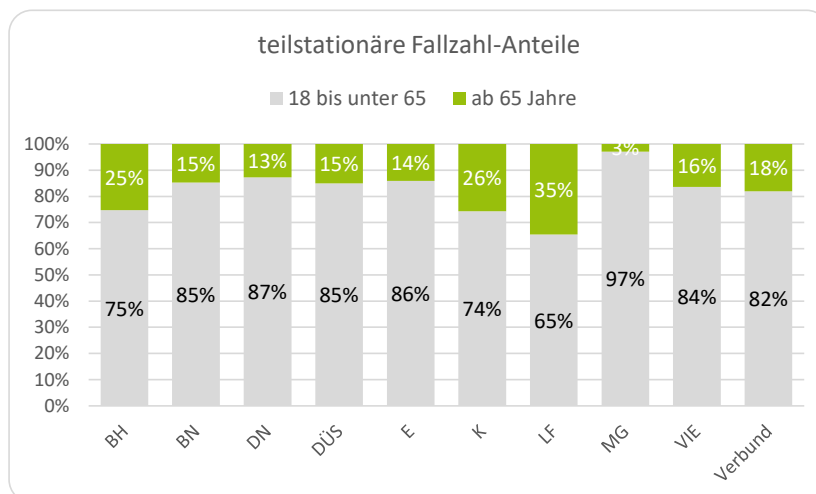
Der Anteil gerontopsychiatrischer Patient*innen an allen Ambulanzpatient*innen der Erwachsenenpsychiatrie variierten von 19% in Mönchengladbach und 32% in Düsseldorf (*Abbildung 3-8*).

*Abbildung 3-8: Anteile der ambulanten Patient*innen im Alter ab 65 in 2019*



Teilstationär waren die Unterschiede mit Mönchengladbach 3% und 35% in Langenfeld noch deutlicher (*Abbildung 3-9*). In Mönchengladbach ist diese geringe Inanspruchnahme des teilstationären Angebotes bereits in 2015 berichtet worden.

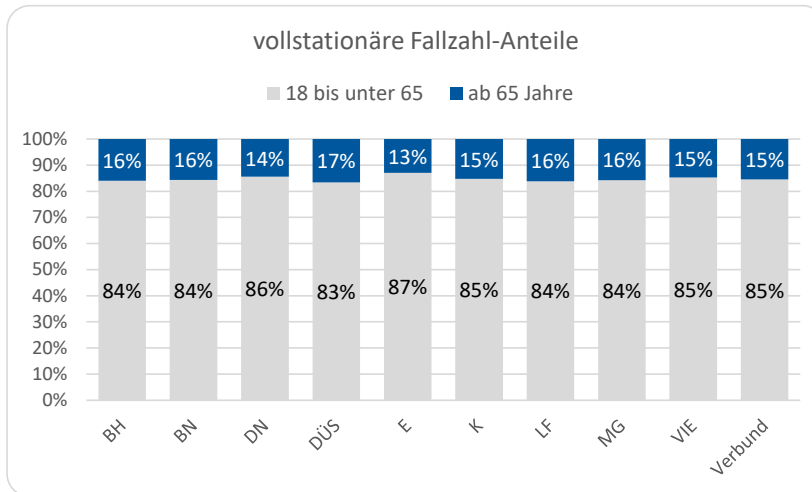
Abbildung 3-9: Anteile der teilstationären Fälle im Alter ab 65 in 2019



In Langenfeld verhält es sich etwas anders. Hier sticht der hohe gerontopsychiatrische Anteil heraus, weil tagesklinische Planungen der AP noch nicht umgesetzt werden konnten (Mettmann), bzw. bis 2019 noch nicht umgesetzt waren (Leverkusen). Die Gerontopsychiatrie ist hier also nicht überrepräsentiert, sondern die Allgemeinpsychiatrie zu diesem Zeitpunkt noch unterrepräsentiert, weshalb das Bild verzerrt wird.

Vollstationär zeichnet sich ein homogeneres Bild. Die Kliniken wiesen in 2019 Anteile von 13% in Köln bis 17% in Düsseldorf auf (*Abbildung 3-10*).

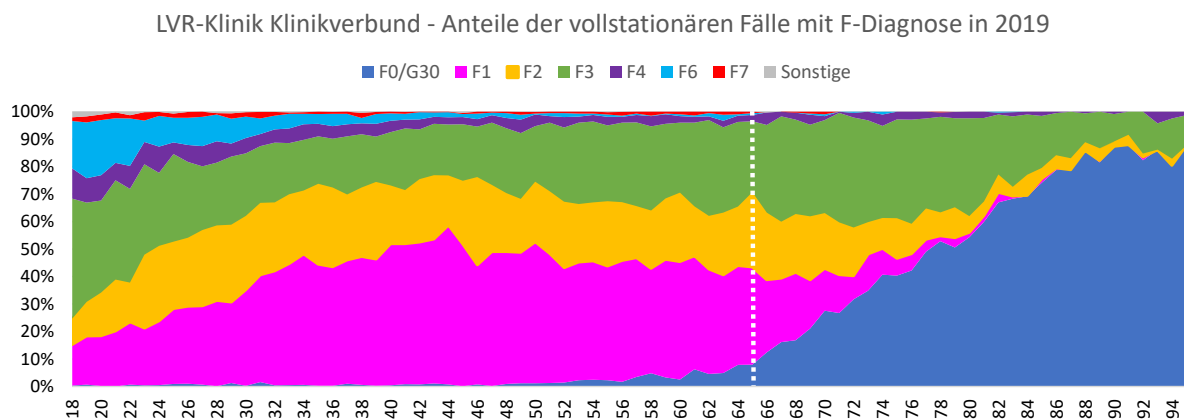
Abbildung 3-10: Anteile der vollstationären Fälle im Alter ab 65 in 2019



Wie sich die Schwerpunkte bzw. die im Vordergrund stehenden Krankheitsbilder in der Psychiatrie im Verlauf des Erwachsenenalters verändern, soll hier anhand vollstationärer Daten der Hauptdiagnosen aus 2019 für den LVR-Klinikverbund illustriert werden. Jede Farbe steht hierbei für eine Diagnosehauptgruppe nach dem ICD10-Klassifikationssystem (*Abbildung 3-11*). Auf der horizontalen Achse sind die Altersjahre abgetragen, wobei nach der 94 alle Fälle in der Gruppe *95 und älter* zusammengefasst wurden.

Während bei den unter 65-Jährigen die Affektiven Störungen (F3, grün), Schizophrenie/Psychose (F2, gelb) und vor allem die Abhängigkeitserkrankungen (F1, pink) 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, dunkelblau) ergänzt das Spektrum zunehmend und macht ab ca. 80 Jahren bereits 50% 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% aller psychiatrischer Hauptdiagnosen dieser Altersgruppe.

Abbildung 3-11: Anteil der vollstationären Fallzahlen im LVR-Klinikverbund 2019 nach Altersjahren



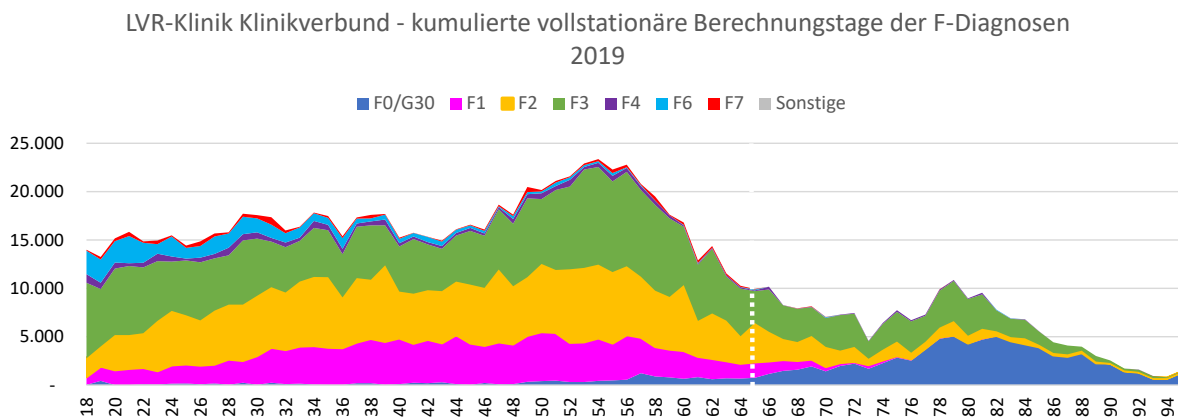
Mindestens bezüglich der Abhängigkeitserkrankungen ist das Bild nicht so eindeutig, wie es sich hier darstellt. Die mit dieser Hauptdiagnose erfassten Fälle im höheren Alter – meist männlich – beziehen sich fast ausschließlich auf Alkohol (F10). Sie werden in weiten Teilen in den Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen behandelt. Allerdings gibt es einen hohen Anteil - hier nicht erkennbarer - F1-Diagnosen in den Nebendiagnosen, die

in der Gerontopsychiatrie behandelt werden. Hier spielen z.B. auch die Medikamentenabhängigkeiten bei den Frauen eine Rolle.

Da die Verweildauern in den einzelnen Diagnosehauptgruppen sich zum Teil deutlich unterscheiden und auch die Altersklassen in Richtung der Älteren deutlich geringer besetzt sind, werden für die oben dargestellten Fälle auch die kumulierten Behandlungstage in den Altersstufen dargestellt, um die Peaks in den Altersstufen sichtbar zu machen (*Abbildung 3-12*).

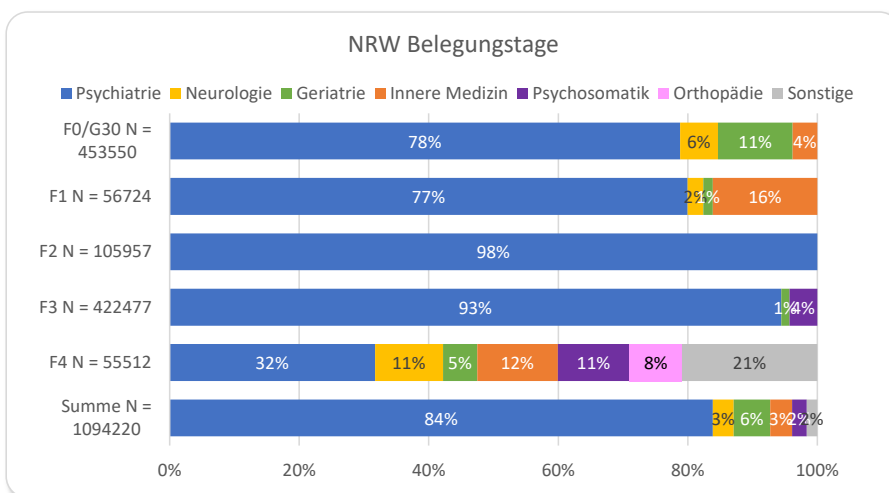
Danach fielen verbundweit 2019 bei den unter 65-Jährigen die meisten Berechnungstage im Alter zwischen 52 und 56 Jahren und bei den Älteren zwischen 78 und 82 Jahren an.

Abbildung 3-12: Kumulierte Berechnungstage der vollstationären Fälle 2019 im LVR-Klinikverbund nach Altersjahren



Für die weitere Betrachtung wird sich im Folgenden auf die in der Gerontopsychiatrie in den Hauptdiagnosen führenden Diagnosegruppen beschränkt.

Abbildung 3-13: Krankenhausstatistik NRW 2019 - vollstationäre Belegungstage ab 65 Jahren nach Diagnosehauptgruppen



Die Krankenhausstatistik NRW 2019 weist für die vollstationären Fälle mit Herkunft aus NRW und F0/G30, F1, F2, F3 oder F4 als Hauptdiagnose in der Altersklasse ab 65 Jahren rund 1,1 Mio. Belegungstage (51.110 Fälle) aus, die zu 84% von psychiatrischen Fachabteilungen geleistet wurden

(*Abbildung 3-13*). Rund 80% der gesamten Belegungstage entfielen in dieser Altersgruppe auf die organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen inkl. Alzheimer (F0/G30) und die Affektiven Störungen (F3). Weitere 10% auf die Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2) und je 5% auf die psychischen oder Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) und die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4).

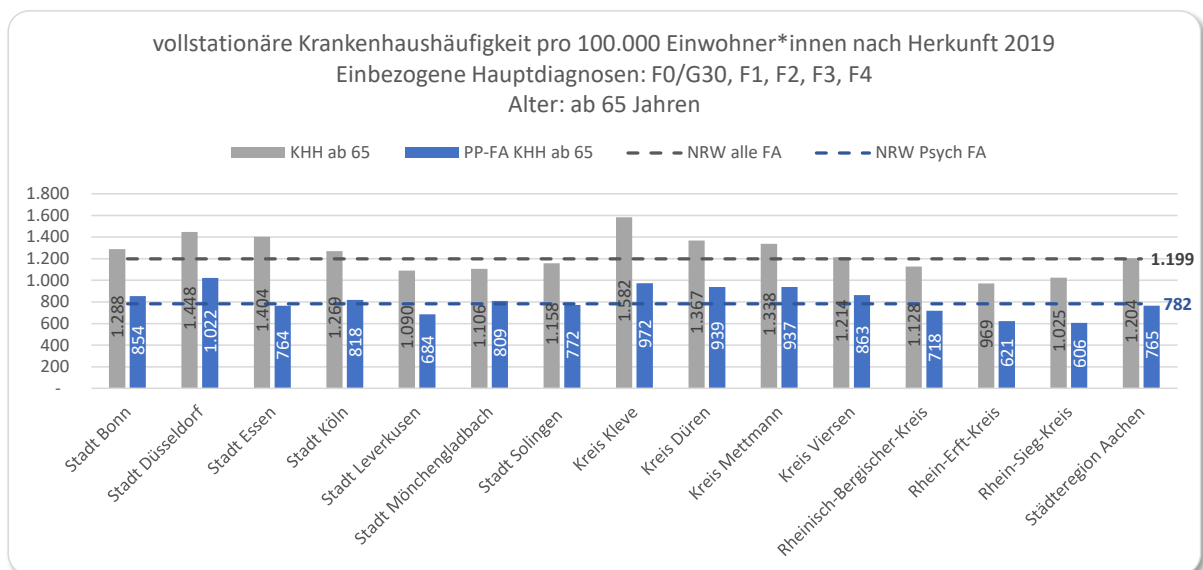
NRW-weit werden dabei in dieser Altersgruppe 98% der Schizophrenien/Psychosen und 93% der Affektiven Störungen von psychiatrischen Fachabteilungen erreicht. Bei einem

Teil der F3- und bei vielen der F4-Diagnosen handelt es sich um Krankheitsbilder, die klassischerweise der Psychosomatischen Medizin zuzuordnen sind, weshalb diese Fachabteilung hier ebenfalls sichtbar wird. Besonders Patient*innen mit einer F4-Hauptdiagnose – zu denen auch die somatoformen Störungen (F45) gehören⁷ – haben dabei häufig einen langen Leidensweg hinter sich, bevor sie den Weg in eine psychiatrische oder psychosomatische Fachabteilung finden, weshalb sich hier hohe Anteile verschiedener Fachabteilungen und eine noch viel buntere Mischung unter den 21% der *Sonstigen* wiederfinden.

Bei den organischen Störungen (F0/G30) treten mit zunehmendem Alter somatische Komorbiditäten in den Vordergrund, weshalb sich diese auch in neurologischen, geriatrischen und Abteilungen für Innere Medizin wiederfinden. Letzteres gilt ebenfalls für die Abhängigkeitserkrankungen (F1), wo es z.B. nach jahrelangem Konsum von Alkohol zu verschiedenen somatischen Folgeerkrankungen kommen kann.

Für die vollstationären Fälle mit Hauptdiagnosen F0/G30, F1, F2, F3 und F4 wurden auf Basis der Krankenhausstatistik 2019 insgesamt die Krankenhaushäufigkeiten (KHH) – das heißt, Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen der hier relevanten Altersgruppe ab 65 Jahre, – für einzelne Kreise und kreisfreie Städte berechnet und mit den entsprechenden Zahlen für ganz NRW verglichen (*Abbildung 3-14*).

Abbildung 3-14: Vergleich der vollstationären Krankenhaushäufigkeiten 2019 bei den ab 65-Jährigen NRW zu ausgewählten Regionen



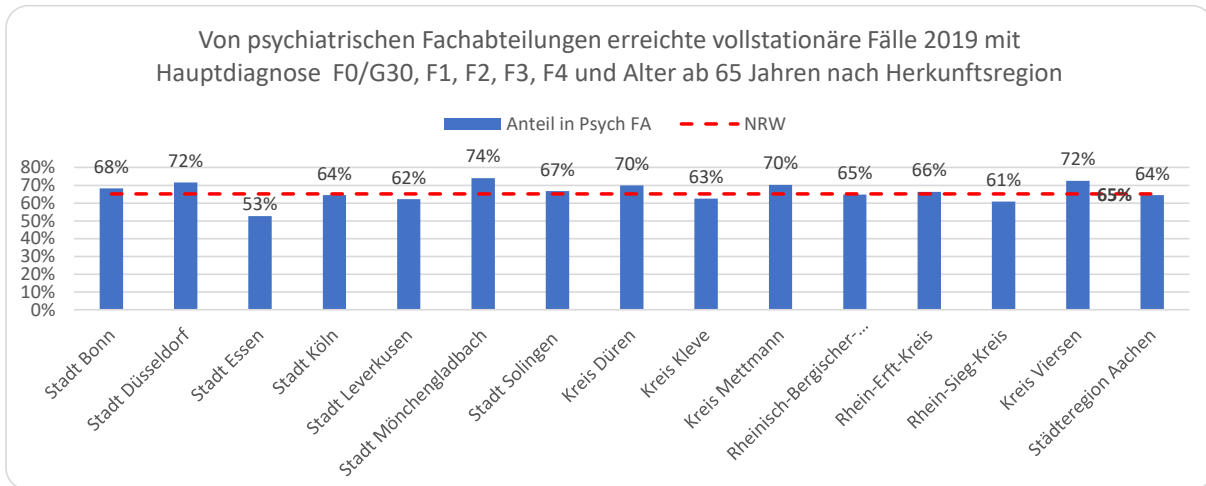
In Grau sind die Häufigkeiten – ungeachtet dessen, in welcher Fachabteilung die Fälle mit Herkunft aus der jeweiligen Region gezählt wurden, – dargestellt. Die gestrichelte graue Linie zeigt dabei den Durchschnittswert für ganz NRW. Danach gibt es Regionen wie die Kreise Kleve, Düren oder Mettmann und die Städte Düsseldorf und Essen, die, bezogen auf die Einwohner*innen und Altersgruppe ab 65, verhältnismäßig viele Fälle zählen, aber auch solche, die deutlich unter dem NRW-Schnitt liegen, wie z.B. der Rhein-Sieg- und der Rhein-Erft-Kreis. Die Unterschiede hierfür können vielfältig sein und lassen sich auf Basis dieser Zahlen allein nicht aufklären. Sie können ein Hinweis auf eine tatsächliche Unterversorgung in dem Gebiet, aber auch auf gut ausgebaute ambulante, aufsuchende Angebote und andere Hilfen in diesen Regionen hindeuten, die einen vollstationären

⁷ Von den gesamten F4-Belegungstagen der betrachteten Altersgruppe entfielen 53% auf die somatoformen Störungen, aber nur 8% der F45-Belegungstage wurden in einer psychosomatischen Fachabteilung erbracht.

Aufenthalt ggfs. ersetzen können. Auch unterschiedliche Kodiergewohnheiten könnten hier die Statistik beeinflussen.

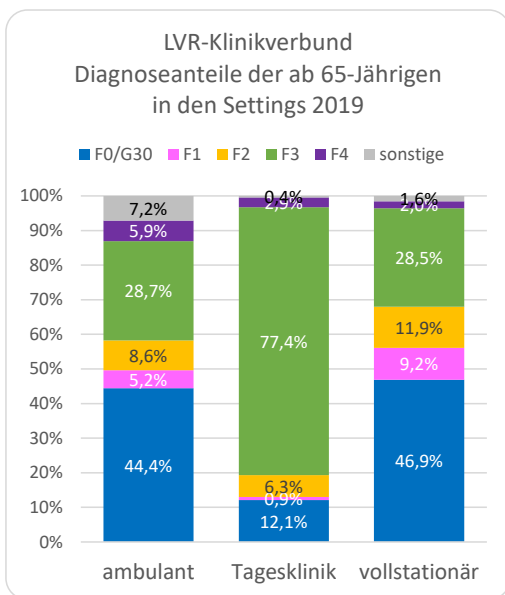
Die blauen Balken geben die Häufigkeit an, mit welcher diese Patient*innengruppe aus der jeweiligen Region in 2019 vollstationär in einer psychiatrischen Fachabteilung behandelt wurden, die gestrichelte blaue Linie wieder den Landesschnitt.

Abbildung 3-15: Anteil von vollstationären Fällen, welche in ausgewählten Regionen in 2019 von psychiatrischen Fachabteilungen erreicht wurden



Aussagekräftiger als die Höhe der grauen Balken an sich scheinen die Abstände der grauen zu den blauen Balken. Der Quotient aus den Werten der blauen und grauen Balken gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit der ein Fall in einer psychiatrischen Fachabteilung versorgt wurde, und somit einen Hinweis darauf, wie gut diese Fälle von den psychiatrischen Fachabteilungen erreicht werden (Abbildung 3-15). Dass dieser Quotient niedriger ausfällt als bei den Belegungstagen weiter oben, liegt daran, dass diese zum Teil nur einen oder wenige Tage in einer fachfremden Fachabteilung verbleiben – sich bei den Berechnungstagen weiter oben also nur wenig auswirken - und dann

Abbildung 3-16: Anteil der Fälle im LVR-Klinikverbund nach Hauptdiagnosegruppe und Setting 2019



später möglicherweise in eine psychiatrische Fachabteilung verlegt werden.

Die Wahrscheinlichkeiten lagen in 2019 für die meisten Regionen, in denen die LVR-Kliniken tätig sind, nah am Landesschnitt von 65%.

Überdurchschnittlich hoch wurden Patient*innen aus Düsseldorf, Mönchengladbach, den Kreisen Mettmann und Viersen erreicht, die Fälle mit Herkunft aus der Stadt Essen dagegen deutlich weniger. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich in Essen für die in dieser Altersgruppe dominierende Hauptdiagnose F0/G30 ein Anteil von rund 40% der Fälle in geriatrischen Fachabteilungen.

Während sich im ambulanten Bereich eine ähnliche Verteilung des Diagnosespektrums findet, zeigt sich im teilstationären Sektor ein ähnliches Bild wie im Bereich der Allgemeinpsychiatrie (Abbildung 3-16). Die F3-Diagnosen sind hier die führenden Diagnosen. In

Teilen lassen sich bei den Älteren auch noch Fälle der F0/G30 mit minderschweren Ausprägungen führen.

4. Strategische Versorgungskonzepte der gerontopsychiatrischen Abteilungen der LVR-Kliniken

Die bisher definierten Zieldimensionen (s. Vorlage 14/591) zur Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung bilden den gemeinsamen Rahmen für die klinikspezifischen, strategischen Versorgungskonzepte.

Dabei zeichnet sich seit 2015 ein Spektrum an folgenden klinikinternen - wie übergreifenden Entwicklungen in inhaltlichen Schwerpunktsetzungen - Vorgehensweisen und Maßnahmen ab.

4.1 Realisierte Baumaßnahmen und bauliche Standardverbesserungen

In der Folge werden Baumaßnahmen sowie die damit einhergehenden baulichen Standardverbesserungen, welche in den letzten fünf Jahre realisiert wurden, dargestellt.

Verbesserung der **räumlichen Ausstattungen und baulichen Bedingungen** im Hinblick auf Barrierefreiheit, Komfort der Zimmer (Zweibettzimmer-Standard), Sanitärausstattung, "Bewegungsparcours", etc.:

- **Bedburg-Hau:** Im Jahr 2020 wurde ein Neubau bezogen, in dem die ambulanten, teilstationären und stationären gerontopsychiatrischen Behandlungsangebote „unter einem Dach“ in einem gerontopsychiatrischen Zentrum bzw. in Kooperation mit der Abteilung Neurologie zu einem Zentrum zusammengeführt wurden.
- **Düsseldorf:** Die Gerontopsychiatrische Abteilung ist im Juni 2021 mit allen vier Stationen in den Klinikneubau, das Diagnose-Therapie-und Forschungszentrum, eingezogen.
- **Mönchengladbach:** Der Umbau des Altbaus (Haus B) wurde genutzt, um auch die Raumstrukturen der Station für die Behandlung von Menschen mit dementiellen Erkrankungen speziell an deren Bedürfnissen auszurichten. Dies erfolgte im Rahmen der Umbauplanung von Haus B in den Jahren 2015 – 2017. Die Station wurde zunächst im Frühjahr 2017 eröffnet. Aufgrund eines Wasserschadens, der sich kurz nach der Sanierung ereignete, musste das Haus freigezogen werden. Hierfür wurden drei Stationen nach Viersen verlagert. Das Haus kann voraussichtlich 2023 wieder in Betrieb genommen werden.
- **Viersen:** Im Juni 2022 wurde eine dritte offen geführte Gerontopsychiatrische Station eröffnet. Darüber hinaus sind die Station G1 und G2 von Haus 13 in den Neubau Haus 12 gezogen.

Verbesserung der wohnortnahen Behandlung durch die weitere Dezentralisierung der Angebote - **Aufbau von Dependancen und dezentralen Tageskliniken** in den Versorgungsgebieten:

- **Düren:** 2017 wurde in der Stadt Düren nahe dem Klinikstandort und dem Krankenhaus Düren gelegen in Zusammenarbeit mit dem rheinischen Blindenfürsorgeverein ein Zentrum für Altersmedizin, genannt „Therapiezentrum Schoellerstraße“, eröffnet (vgl. Vorlage 14/215), welches die Gerontopsychiatrische Tagesklinik sowie die Gerontopsychiatrische Ambulanz beherbergt. In der Tagesklinik können nun 20 Patient*innen behandelt werden (Steigerung um zehn Behandlungsplätze). Die Gerontopsychiatrische Ambulanz ist ebenfalls in diesen Neubau gezogen. Im selben Jahr wurde das Therapiezentrum in Bergheim mit 64 Betten und 24 tagesklinischen Plätzen zur Behandlung von allgemeinspsychiatrischen und gerontopsychiatrischen Patient*innen eröffnet.

- **Langenfeld:** 2019 ist das tagesklinische Angebot der gerontopsychiatrischen Abteilungen der LVR-Klinik Langenfeld sowie der gerontopsychiatrischen Ambulanz von der Kreuzstraße in einen Neubau in der Langenfelder Innenstadt (Lessingsstraße) gezogen.

4.2 Vernetzung und Kooperation im Sinne einer ganzheitlichen Patient*innenversorgung

Verbesserung der patient*innenzentrierten, integrierten Behandlung: Enge Verzahnung der Fachdisziplinen Neurologie, Innere Medizin, Geriatrie und Gerontopsychiatrie durch die **Einrichtung von Altersmedizinischen Zentren** in Kooperation mit somatischen Krankenhäuser.

In der LVR-Klinik in **Düren** wird im Rahmen des Projektes „Zentrum für Altersmedizin“ eine disziplinenübergreifende Versorgung angeboten.

Im Rahmen der Behandlung im Gerontopsychiatrischen Zentrum des LVR-Klinikums **Essen** erfolgt eine Optimierung der Behandlungsprozesse durch direkte Kontaktaufnahme der Haupt-Behandler*innen mit den anderen Einrichtungen. Die Behandlung ist insofern übergreifend, als dass die Sektoren ambulant versus tagesklinisch versus stationär oder aber auch die Grenzen zwischen Fachdisziplinen oder Regionen überbrückt werden.

Die Kooperationsbemühungen der gerontopsychiatrischen Abteilung der LVR-Klinik **Köln** mit der Uni-Klinik Köln sowie den städtischen Kliniken Köln, mit dem Ziel, gemeinsam ein Zentrum für Altersmedizin zu etablieren, waren bislang nicht erfolgreich.

In der LVR-Klinik **Viersen** ist nach wie vor ein AMZ in Kooperation mit dem St. Irmgardis-Krankenhaus in Viersen-Süchteln für ältere Patient*innen in Planung.

Die enge Verzahnung der Fachdisziplinen Neurologie, Innere Medizin, Geriatrie und Gerontopsychiatrie durch **Konsiliar- und Liaisondienste** über spezielle Kooperationsvereinbarungen mit somatischen Krankenhäusern besteht nach wie vor in Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Essen, Köln, Langenfeld und Viersen.

Die **sektorenübergreifenden Behandlungsangebote (einschließlich dezentraler Angebote)**, welche sich nach den Bedürfnissen der Patient*innen ausrichten, werden kontinuierlich optimiert. Nach wie vor wird eine noch intensivere Vernetzung in der Gerontopsychiatrie zwischen vollstationärer, tagesklinischer und ambulanter Behandlung nötig sein und weiterhin von allen Klinikstandorten angestrebt.

Ausbau der **ambulanten Leistungen durch die Institutsambulanzen**, insbesondere aufgrund steigender Nachfrage durch Heim- und Pflegeeinrichtungen, die sich an der Lebenswirklichkeit vor Ort orientiert:

In der LVR-Klinik **Bonn** verfolgt die zielorientierte, an den Bedürfnissen der gerontopsychiatrischen Patient*innen ausgerichtete Behandlung den Grundsatz, die jeweils betroffenen Patient*innen in ihrer Lebenswirklichkeit vor Ort zu erreichen und die jeweilig spezifischen Behandlungsbedürfnisse dann vor Ort, also ambulant, zu realisieren. Dies bedeutet konkret, dass der Idealfall die ambulante Versorgung vor Ort zu Hause in Behandlungskontinuität ermöglicht. In Bezug auf eine an den Patient*innen ausgerichtete Behandlung werden in Bonn auch für die gerontopsychiatrischen Patient*innen **DynaLIVE**-Plätze (vgl. Vorlage 15/281) vorgehalten, welche auch einen aufsuchenden Anteil in der Behandlung vorsehen.

Im LVR-Klinikum **Essen** besteht ein umfangreiches Angebot mit altersspezifischen Spezialambulanzen (Sucht im Alter, Depression im Alter, Zentrum für therapieresistente

Depressionen). Patient*innen, die in Pflegeeinrichtungen leben, werden in den Einrichtungen vor Ort fachpsychiatrisch behandelt.

Auch die gerontopsychiatrische Abteilung der LVR-Klinik in **Mönchengladbach** hat erste Erfahrungen mit aufsuchenden Behandlungsangeboten gemacht. So wurde das Angebot von **StäB** (Stationsäquivalente Behandlung) im geringen Umfang etabliert. Das StäB-Team ist in der Ambulanz angesiedelt und behandelt und versorgt die Patient*innen sowohl zuhause in der eigenen Wohnung als auch in Wohnheimen.

Um eine ganzheitliche Behandlung anzubieten und als relevanter Anbieter in der Region sichtbar zu sein, ist eine entsprechende regionale Vernetzung und der Ausbau **externer Kooperationen** unumgänglich. So sind alle gerontopsychiatrischen Abteilungen 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.

4.3 Personal- und Qualifikationsstruktur

Zukünftig nehmen Strategien zur Personalgewinnung und -entwicklung einen noch höheren Stellenwert ein. Dies geschieht vor dem Hintergrund der zunehmenden Komplexität im Gesundheitswesen sowie dem demographischen Wandel und dem damit einhergehenden Fachkräftemangel.

Im Pflegedienst werden unterschiedliche Qualifikationen vorgehalten, um den unterschiedlichen Aufgaben in Bezug auf die Kernprozesse gerecht zu werden. So werden überwiegend Gesundheits- und Krankenpflegekräfte eingesetzt. Ein weiterer großer Anteil in den gerontopsychiatrischen Abteilungen stellen Altenpflegekräfte dar. Darauf folgt unterstützendes Personal, wie z.B. Krankenpflegehelfer*innen und Pflegehelfer*innen, mit einem eher geringeren Anteil.

Insgesamt erlangen interdisziplinäre Schulungs- und Fortbildungsangebote für Mitarbeitende an Bedeutung. Dies gerade in Bezug auf Fortbildungsmaßnahmen, die alle Professionen in den Behandlungsteams betrifft, wie z.B. das Thema der Gewaltvermeidung, der Milieugestaltung oder der fachlich-inhaltlichen Ausrichtung der zukünftigen therapeutischen Arbeit in den Organisationseinheiten im Rahmen von Klausurtagungen. I.d.R. haben alle pflegerischen Stationsleitungen eine entsprechende Qualifizierungsmaßnahme durchlaufen, um den Erwartungen, die an eine Stationsleitung gestellt werden, zu entsprechen. Darüber hinaus werden in den Abteilungen Mitarbeitende aus dem Pflege- und Erziehungsdienst beschäftigt, welche eine Zusatzqualifikation als Praxisanleiter*in erworben haben. Somit werden die gesetzlichen Anforderungen zur praktischen Anleitung von Pflegefachkräften, die sich in Ausbildung befinden, erfüllt.

Schulungsmaßnahmen, in welchen Know-how zur Deeskalation vermittelt werden, gehören in den LVR-Kliniken zur Basis-Qualifizierung. In einigen gerontopsychiatrischen Organisationseinheiten arbeiten Mitarbeitende im Pflege- und Erziehungsdienst, die eine entsprechende Qualifikation als Deeskalationstrainer*innen erworben haben. Weitere Zusatzqualifikationen beziehen sich auf die Umsetzung der Nationalen Expertenstandards (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, DNQP), wie z.B. die Weiterbildung zur/zum Wundmanager*in, Stomatherapeut*in oder Pain-Nurse. Weitere Qualifikationsmaßnahmen beziehen sich auf Themenfelder wie Hygiene, Pflegetrainer*innen (Familie-Pflege) und unterschiedliche therapeutische Maßnahmen wie

Gruppenangebote (wie z.B. Ohrakupunktur, Kinästhetik, progressive Muskelentspannung, Aromatherapie).

Darüber hinaus werden in den gerontopsychiatrischen Fachabteilungen ebenfalls Pflegekräfte eingesetzt, welche die Fachweiterbildung (Altenpflege und Rehabilitation) absolviert haben. Seit vielen Jahren setzt sich der LVR zudem für den Einsatz von akademisierten Pflegefachkräften in der direkten Patient*innenversorgung ein, sodass in den gerontopsychiatrischen Abteilungen auch Pflegefachkräfte mit entsprechenden Hochschulabschlüssen (u.a. B.A. of Nursing, B.A. Psychiatrische Pflege, B.A. Pflegewissenschaften) zum Einsatz kommen.

Im medizinischen Bereich kommen Fachärzt*innen mit unterschiedlichen Schwerpunkten zum Einsatz (Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Geriatrie). An einigen Standorten sind die Abteilungen auch Teil eines Lehrkrankenhauses mit unterschiedlichen fachlichen Gewichtungen. Daher befinden sich dort Ärzt*innen in einer entsprechenden Weiterbildung (z.T. einhergehend mit einer Rotation durch die unterschiedlichen Fachabteilungen der jeweiligen Kliniken). Vereinzelt werden darüber hinaus geringe Stellenanteile von Internist*innen in den gerontopsychiatrischen Abteilungen vorgehalten.

Weitere Berufsgruppen, die in den gerontopsychiatrischen Fachabteilungen zum Einsatz kommen sind:

- Diplom-Psycholog*innen
- Psychologische Psychotherapeut*innen
- Heilpädagog*innen
- Sozialarbeiter*innen
- Bewegungstherapeut*innen
- Physiotherapeut*innen
- Sportlehrer*innen
- Ergotherapeut*innen
- Kunsttherapeut*innen
- Med. Bademeister*innen
- Arzthelfer*innen / Medizinische Fachangestellte
- Gymnastik- und Tanzpädagog*innen
- Musiktherapeut*innen

Zur gemeinsamen berufsgruppenübergreifenden Weiterbildung, Qualifizierung wie auch Stärkung der Zusammenarbeit werden verbundweit Tagungsveranstaltungen für komplementäre Kooperationspartner und niedergelassene Ärzt*innen angeboten.

Zusammenfassend wird in allen Abteilungen der gerontopsychiatrischen Versorgung im LVR-Klinikverbund das Personal als eine wichtige und besondere Ressource gesehen und behandelt. Den Führungskräften ist diese besondere Verantwortung bewusst. So werden im Rahmen von Mitarbeitendengesprächen individuelle Potenziale und Ressourcen ermittelt, die eine Grundlage darstellen für eine individuelle Personalförderung. Dies vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung im Rahmen der Patient*innenversorgung sowie der Personalbindung und -gewinnung.

4.4 Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen (Behandlungsangebote)

In den letzten Jahren stellten die Pandemie und vereinzelt auch die Folgen der Flutkatastrophe (2021) für die Kliniken eine besondere Herausforderung dar. Vor dem Hintergrund der gültigen Verfügungen und den daraus abgeleiteten Maßnahmen zur

Sicherstellung der Eindämmung des COVID-19-Virus waren die Kliniken und deren Mitarbeitende, im Sinne einer weiterhin qualitativ hochwertigen Patient*innenversorgung, täglich vor Herausforderungen gestellt. Diese bezogen sich auf die erschwerte Durchführung von Therapieangeboten unter Pandemiebedingungen und auf die Personalausfälle, die durch Quarantänebestimmungen unumgänglich waren. So lag der Fokus überwiegend auf der Aufrechterhaltung der bisherigen Angebotsstrukturen. Vereinzelt konnten Angebote vor dem Hintergrund der jeweils geltenden Verfügung oder aufgrund von Personaleinbrüchen nicht mehr sichergestellt werden. Erhebliche Beeinträchtigungen hat die Angehörigenarbeit erfahren. Bedingt durch die teils extrem restriktiven Besucherregelungen im Rahmen der Pandemie konnten Besuche von Patient*innen durch ihre Angehörigen in den Kliniken kaum noch stattfinden. Aktuell sind die verantwortlichen Klinikmitarbeitenden bemüht, die vor der Pandemie bestehenden Angebotsstrukturen zu reaktivieren, um gezielt das soziale System der Patient*innen wieder vermehrt zu fördern und zu stärken. Die Entwicklung der therapeutischen Angebotsstruktur ist den Einzelvorlagen zu entnehmen.

Um den Ansprüchen einer Qualitätsweiterentwicklung gerecht zu werden, wurden vom IFuB (Sparte Forschung) in enger Abstimmung mit den Vertreter*innen der Kliniken Qualitätsindikatoren (QI) identifiziert, welche als Kriterium herangezogen werden, um eine Überprüfung der Entwicklung in der Praxis zu ermöglichen.

Im Sinne der Förderung der Patient*innensicherheit wurde das Risikomanagement in den Kliniken kontinuierlich weiterentwickelt. Darüber hinaus profitieren die gerontopsychiatrischen Abteilungen auch von dem klinikübergreifenden Arbeitskreis Gewalt- und Suizidprävention, der zwei Mal im Jahr zusammenkommt und in verschiedenen Unterarbeitsgruppen ganzjährig Instrumente, Leitlinien und Standards für den klinischen Kontext (fachübergreifend) gemeinsam mit den Vertreter*innen aus den LVR-Kliniken entwickelt und fortlaufend aktualisiert.

5. Ausblick

Mit der Krankenhausplanung NRW 2015 erfuhr die Disziplin der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin (PPPM) eine – zum Teil deutliche – Erweiterung der stationären Kapazitäten. Viele Kliniken, denen zusätzliche Kapazitäten zugesprochen wurden, konnten diese bis heute aber noch nicht oder nur in Teilen umsetzen, weil z.B. keine geeigneten Grundstücke oder Räumlichkeiten gefunden werden konnten, die Finanzierung nicht geklärt werden konnte oder es mit Blick auf Kooperationsprojekte an Planungssicherheit bei den Akteur*innen fehlte. Auch die LVR-Kliniken sind von diesen Entwicklungen betroffen. Für die Gerontopsychiatrie sind hier zum Beispiel die Dependance Geldern, die Tagesklinik Mettmann und die Altersmedizinischen Zentren in Köln und Viersen zu nennen.

Das MAGS kommt zudem im neuen Krankenhausplan NRW 2022 – auf Basis der im Vorfeld durchgeführten Analysen und dem daraus erstellten Gutachten - zu dem Ergebnis, dass der Leistungsbereich PPPM mit der Umsetzung der in den regionalen Planungsverfahren 2015 genehmigten Kapazitäten gut für die Zukunft aufgestellt sei. Ausbaubedarf wird allenfalls für bestimmte Regionen im teilstationären Sektor gesehen und generell bezüglich alternativer Behandlungsformen wie z.B. der **Stationsäquivalenten Behandlung (StäB)**. Hierbei blockieren die hohen strukturellen Anforderungen der Krankenkassen in der Umsetzung der StäB eine verbundweite Ausdehnung des Angebotes. Beispielhaft genannt sei hier die Kontinuität von Erreichbarkeit, auch des

ärztlichen Dienstes, sowie die Tatsache, dass die Quote der Prüfungen durch den MD weitaus höher als in der herkömmlichen stationären Behandlung ausfällt.

Es bedarf daher neben der StäB der Betrachtung aller strategischer Konzepte alternativer Behandlungsmodelle, wie beispielsweise der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V sowie der modellhaften Versorgung nach § 64 b SGB V oder aufsuchender Behandlungsformen aus den Institutsambulanzen heraus. Jede dieser Versorgungsformen wird beispielhaft in der Erwachsenenpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie in einer der LVR-Kliniken erprobt bzw. angewandt (s. Vorlage 15/281 für die Krankenhausausschüsse und den Gesundheitsausschuss im Juni 2021). Die Anwendbarkeit dieser alternativen Behandlungsmodelle auf die Bedürfnisse der Patient*innen der Gerontopsychiatrie wären im Zuge einer konzeptionellen Weiterentwicklung mit zu berücksichtigen.

Bezüglich der vollstationären Kapazitäten teilt die Verwaltung – basierend auf der Untersuchung zu den Pflichtversorgungsgebieten – die Einschätzungen des MAGS, dass die Gesamtkapazitäten der PPPM für die künftige Versorgung der Erwachsenen insgesamt auskömmlich sein sollte. Immer vorausgesetzt, alle noch nicht realisierten SOLL-Kapazitäten können perspektivisch in Betrieb genommen werden. Der stationäre Erweiterungsbedarf in der Gerontopsychiatrie müsste sich demnach durch interne Anpassungen/Verschiebung von Kapazitäten auffangen lassen. Da die demographische Entwicklung nur ein Faktor ist, kann es regionale Besonderheiten – zum Beispiel in der Versorgerstruktur – geben, die in der Gesamtbetrachtung an einzelnen Standorten zu abweichenden Ergebnissen führen.

Weitere zukünftige Herausforderungen werden in folgenden Bereichen gesehen:

- **Anwachsen der Altersgruppe der Hochbetagten:** Mit Anwachsen dieser Altersgruppe wächst die Gruppe derer, welche mit einem deutlich erhöhten Pflegebedarf – basierend auf zum Teil schweren somatischen Begleiterkrankungen – in die gerontopsychiatrischen Abteilungen kommen, was den Ausbau bzw. die Entwicklung von altersmedizinischen Kooperationen umso wichtiger erscheinen lässt.
- **Personalgewinnung sowie –bindung,** um die qualitativ hochwertige Behandlung sowohl aufrecht zu halten als auch im Rahmen der Qualitätsentwicklung weiter auszubauen. Hierbei müssen die Maßstäbe, die sich aus der PPP-RL ableiten, berücksichtigt werden. Weiter stellt die Konzentration von psychisch schwer und multimorbid erkrankten Patient*innen in der stationären Behandlung durch Zuweisungen insbesondere aus somatischen und geriatrischen Krankenhäusern sowie Pflegeeinrichtungen eine besondere und komplexe Aufgabe dar.
- Die **Angehörigenarbeit** ist in den LVR-Kliniken bereits seit vielen Jahren etabliert. Zuletzt haben die pandemischen Bedingungen (COVID 19) diesen Versorgungsbereich erheblich beeinträchtigt. Mit den zunehmenden Erfahrungen, einer generellen Erhöhung der Impfquote in der Allgemeinbevölkerung und den damit einhergehenden Prozessanpassungen im klinischen Kontext wird nun das Angebot für Angehörige wieder zunehmend ausgeweitet. Standortbezogen sind vereinzelt auch die Nachwirkungen der Flut im Ahrtal als relevante Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Dennoch ist die Bedeutung der Angehörigenarbeit in den Kliniken bekannt, weshalb diese Angebote wieder stabilisiert und darüber hinaus noch stärker auf die Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet werden.
- Weitere **Vernetzung**, sowohl intern als auch extern, zur Sicherstellung einer ganzheitlichen Behandlung von Patient*innen und deren Angehörigen. Kooperationen

mit externen Leitungserbringern stellen hierbei u. a. auch eine Grundlage für weitere Planungsvorhaben dar.

- **Entwicklung bzw. Ausbau triologischer 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 orientiert. In der gerontopsychiatrischen Krankenhausbehandlung sind vorrangig Ansätze des Home-Treatment (s.o. StäB, IV-Modelle) 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. Diese werden in den einzelnen strategischen Versorgungskonzepten der Kliniken den jeweiligen Krankenhausausschüssen Ende 2022 vorgestellt und bieten die Basis für die weitere Entwicklung des Bereichs. Eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Angebote setzt jedoch voraus, dass bestimmte Rahmenbedingungen gegeben sind und Ressourcen zur Verfügung stehen. Hier ist insbesondere die erfolgreiche Rekrutierung von qualifiziertem Personal zu nennen, um das sich der LVR bereits intensiv bemüht. Außerdem ist von den Kostenträgern eine stärkere Unterstützung bei der Umsetzung von ambulanten und stationersetzenden Behandlungsangeboten einzufordern.

Abkürzungsverzeichnis

AMZ	Altersmedizinisches Zentrum
AP	Allgemeinpsychiatrie
DTFZ	Diagnose-, Therapie- und Forschungszentrum
DynaLIVE	Dynamische, lebensnahe und integrative Versorgung
EW	Einwohner*innen
GER	Gerontopsychiatrie
IT.NRW	Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen
KHH	Krankenhaushäufigkeit (Fälle/100.000 Einwohner)
PM	Psychosomatische Medizin
PP	Psychiatrie und Psychotherapie (Gesamtheit der Erwachsenenpsychiatrie, welche Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen umfasst)
PPPM	Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin (umfasst PP und PM)
PVG	Pflichtversorgungsgebiet
PVG-IST ₂₁	Pflichtversorgungsgebiet nach aktuell gültiger Regelung auf Basis der Einwohnerzahlen von 2021
PVG-Plan ₂₁	künftiges Pflichtversorgungsgebiet – Planungs-PVG – auf Basis der Einwohnerzahlen von 2021
PVG-Plan ₄₁	künftiges Pflichtversorgungsgebiet – Planungs-PVG – auf Basis der für 2041 prognostizierten Einwohnerzahlen
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
SU	Abhängigkeitserkrankungen
TK	Tagesklinik
TZ	Therapiezentrum