

Vorlage-Nr. 14/1103

öffentlich

Datum: 23.02.2016
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Herr Kaiser

Gesundheitsausschuss **29.04.2016** zur Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in den LVR-Kliniken

Kenntnisnahme:

Die Berichte zur Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in den LVR-Kliniken werden gemäß Vorlage Nr. 14/1103 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

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

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Aktionsplanes für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming. nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (lfd. 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

Wenzel-Jankowski

Zusammenfassung:

In der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 22.01.2016 wurde gebeten, die Berichte zur Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in den LVR-Kliniken im nächsten Gesundheitsausschuss zur Kenntnis zu geben.

Der Auftrag zur Erstellung strategischer Versorgungskonzepte für die Fachabteilungen Gerontopsychiatrie wurde in die Zielvereinbarungen 2014 mit den LVR-Klinikvorständen aufgenommen.

Die Bewertung der regionalen Versorgungssituationen (Regionalanalyse) durch die dualen Leitungen der gerontopsychiatrischen Fachabteilungen der LVR-Kliniken nach Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken (SWOT-Analyse) mit Blick auf die strategische Weiterentwicklung, bilden die standortspezifischen Ausgangslagen in der Versorgung psychiatrisch-alterkrankter Menschen in den Kliniken und ihren Versorgungsgebieten. Bei der Betrachtung der Leistungs- und Strukturdaten wurde deutlich, dass die zukünftige Nachfrage nach Angeboten in der gerontopsychiatrischen Versorgung wesentlich durch die demografische Entwicklung und den Wandel der Anforderungen an einer patientenzentrierten Behandlung bestimmt wird.

Im Ergebnis der Regionalanalysen ist festzustellen, dass die LVR-Kliniken ein sehr differenziertes Angebots- und Leistungsspektrum aufweisen (Stärken/Chancen), womit die unterschiedlichen Bedarfe einer patientenzentrierten und sektorübergreifenden Gestaltung der Behandlungsprozesse unter Einbeziehung der Angehörigen bzw. des jeweiligen Lebensumfeldes sowie verbindliche Kooperationen berücksichtigt werden. Mit den Analysen (Schwächen/Risiken) konnten alle infrastrukturellen und personellen Optimierungsbedarfe identifiziert werden, die in den Strategien zur zukünftigen Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung entsprechende Berücksichtigung finden.

Auf Grundlage der Regionalanalysen, orientiert an einem LVR-Rahmenkonzept der gerontopsychiatrischen Versorgung wurden in den Kliniken strategische Versorgungskonzepte entwickelt und in einem gemeinsamen Abstimmungsprozess mit den LVR-Klinikvorständen und der Verbundzentrale konsentiert und freigegeben.

Der Bearbeitungs- und Diskussionsprozess im Projekt „Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung“ macht deutlich, welche Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede sich aus den standortspezifischen Bedingungen ergeben.

Die LVR-Kliniken sind mit ihrem gegenwärtigen Angebot gut auf die zukünftigen Herausforderungen vorbereitet. Ihre strategischen Versorgungskonzepte weisen fundierte Perspektiven für die Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung auf, die den demographischen Herausforderungen und fachlichen Anforderungen in Zukunft mit einer guten Versorgungsqualität gerecht werden.

Die mit dieser Vorlage dargestellten übergreifenden Ergebnisse beschreiben zentrale Aussagen der strategischen Versorgungskonzepte der gerontopsychiatrischen Fachabteilungen der LVR-Kliniken.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1103:

Inhalt

1. Auftrag	3
2. Projektstruktur und -verlauf	3
2.1 Regionalanalysen	3
2.2 Strategische Versorgungskonzepte	5
3. LVR-Rahmenkonzept der gerontopsychiatrischen Versorgung	5
4. Die demografische Entwicklung als Herausforderung	7
5. Die gerontopsychiatrische Versorgung im LVR-Klinikverbund	9
5.1 Angebotsstrukturen	9
5.2 Inanspruchnahme	11
6. Strategische Versorgungskonzepte der LVR-Kliniken.....	13

1. Auftrag

In der Sitzung des Gesundheitsausschuss am 22.01.2016 wurde gebeten die Berichte zur Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in den LVR-Kliniken dem Gesundheitsausschuss zuzuleiten.

Der Landschaftsausschuss hat in seiner Sitzung vom 06.12.2013 gemäß Antrag Nr. 13/268 folgenden empfehlenden Beschluss gefasst: „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, patientenzentrierten und sektorübergreifenden 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.“

2. Projektstruktur und -verlauf

Die Verwaltung berichtet im Folgenden über die Umsetzung des Auftrags „Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung im LVR-Klinikverbund“. Ergebnisse des Umsetzungsprozesses in Form eines Verbundprojektes sind:

1. Eine Analyse der gegenwärtigen Versorgungssituation sowie
2. die Erstellung von neun strategischen Versorgungskonzepten der gerontopsychiatrischen Fachabteilungen der LVR-Kliniken.

Der Auftrag „Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung“ wurde in die Zielvereinbarungen 2014 mit den Klinikvorständen (KV) aufgenommen.

Zur Bearbeitung wurde im Verbund eine Arbeitsgruppe unter Leitung der Verbundzentrale gebildet, zusammengesetzt aus den für die gerontopsychiatrische Versorgung verantwortlichen Ärzten/Ärztinnen und den verantwortlichen Pflegedienstleiterinnen und -leitern der LVR-Kliniken.

2.1 Regionalanalysen

Die LVR-Kliniken erstellten in einer Regionalanalyse eine Bewertung ihrer standortspezifischen Ausgangslagen in der Versorgung psychiatrisch-alterkrankter Menschen in den Kliniken und ihren Versorgungsgebieten.

Kern der Regionalanalyse bildete eine SWOT-Analyse mit Bewertung der regionalen Versorgungssituation nach Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken mit Blick auf die strategische Weiterentwicklung.

Die Regionalanalysen der LVR-Kliniken wurden durch die Verbundzentrale ausgewertet und in einem Workshop am 23.05.2014 durch die LVR-Kliniken vorgestellt.

Es kann festgestellt werden, dass die LVR-Kliniken aktuell bereits eine differenzierte spezialisierte Leistungs- und Versorgungsstruktur aufweisen (Stärken/Chancen):

- Die LVR-Kliniken Bedburg-Hau, Düren, Düsseldorf, Essen, Köln, Mönchengladbach, Viersen, betreiben störungsspezifische Stationen oder Tageskliniken für Demenzkranke.

- Die LVR-Kliniken Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Köln, Langenfeld, Viersen und Mönchengladbach wirken aktiv in regionalen Netzwerken Demenz bzw. Gerontopsychiatrischen Versorgungsverbänden mit.
- Alle neun LVR-Kliniken praktizieren störungsspezifische Behandlungsprogramme an denen Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Stationsunterbringung oder ihrem Behandlungsstatus teilnehmen, die voll-, teilstationär und ambulant erbracht werden.
- Alle neun LVR-Kliniken betreiben Gerontopsychiatrische Tageskliniken.
- Die LVR-Kliniken Bonn, Düren, Düsseldorf, Essen, Langenfeld, Mönchengladbach und Viersen waren bzw. sind an einem LVR-Programm zur Förderung von Gerontopsychiatrischen Zentren (GPZ) beteiligt.
- Die LVR-Kliniken Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Köln, Langenfeld und Viersen betreiben altersspezifische Spezialambulanzen, davon sechs mit Gedächtnissprechstunden bzw. Memory Kliniken.
- Alle neun LVR-Kliniken unterstützen Betroffene und ihren Familien durch Familiäre Pflege (Begleitung und Kompetenzförderung von pflegenden Ehepartnern und Angehörigen im Übergang vom Krankenhaus in die poststationäre Versorgung).
- In den fünf LVR-Kliniken Bonn, Düsseldorf, Köln, Langenfeld, Viersen sind Selbsthilfegruppen für Angehörige von Demenz-Patienten installiert.
- Eine Selbsthilfegruppe für Demenzkranke (leichteren bis allenfalls mittleren Schweregrades) wird in der LVR-Klinik Langenfeld betrieben.
- Die Ausgestaltung der Kooperationen ist von den unterschiedlichen regionalen Versorgungsbedingungen abhängig und variiert. Seit zwei Jahren besteht eine gute Zusammenarbeit mit regionalen Kooperations- und Netzwerkpartnern. Die gute Zusammenarbeit ist häufig nicht vertraglich geregelt, das Bestreben liegt hier in der Gestaltung von Kooperationsverträgen.

Schwächen/Risiken bestehen insbesondere in:

- Bereichen der baulichen und personellen Infrastruktur-Bedingungen,
- Regional unterschiedliche Konkurrenzsituationen durch andere Leistungsanbieter,
- Schnittstellenproblemen in der Versorgung von Demenzkranken über System- und Berufsgruppen-Grenzen und zwischen stationärer und ambulanter Versorgung insbesondere im Hinblick auf Kooperationen mit niedergelassenen (Haus-) Ärztinnen und Ärzten,
- der Konzentration von psychisch schwer und multimorbid erkrankten Patientinnen und Patienten in der stationären Behandlung durch Zuweisungen insbesondere aus somatischen und geriatrischen Krankenhäusern sowie Pflegeeinrichtungen.

In allen LVR-Kliniken kommen zudem die durch das „Kompetenznetz Demenz“ empfohlenen nicht-medikamentösen Therapien zum Einsatz und bieten einen angemessenen Rahmen für eine ressourcenfördernde und -erhaltende Behandlung.

Dies sind:

- Erinnerungsarbeit
- Ergotherapie
- Milieuthherapie
- Validation
- Selbst-Erhaltungstherapie
- Kunsttherapie/Musiktherapie
- Verhaltenstherapie
- Basale Stimulation
- Gedächtnistraining

2.2 Strategische Versorgungskonzepte

Auf Grundlage der Regionalanalysen und des Auftrags wurde durch die Verbundzentrale eine einheitliche Struktur für die „strategischen Versorgungskonzepte“ entworfen und mit den LVR-Kliniken abgestimmt.

Die von den dualen Leitungen der gerontopsychiatrischen Abteilungen und Fachbereiche entwickelten strategischen Versorgungskonzepte beschreiben - unter Berücksichtigung des Krankenhausplan NRW - die zukünftige Planung und Ausrichtung der gerontopsychiatrischen Versorgung der LVR-Klinken.

In einem Projektworkshop am 23.01.2015 erfolgte schließlich die Vorstellung der Konzepte im Plenum der Gesamtprojektbeteiligten. Zentrale Botschaften, Schwerpunkte und Kernaussagen im Sinne eines LVR-Rahmenkonzeptes der Gerontopsychiatrischen Versorgung (**s. Kapitel 3**) wurden verabredet.

Die strategischen Versorgungskonzepte sind in Kapitel 6 dieser Vorlage beschrieben.

3. LVR-Rahmenkonzept der gerontopsychiatrischen Versorgung

Menschen durchlaufen in ihrem Leben verschiedene Lebensphasen (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, Alter usw.), so dass allgemein verbindliche und überschneidungsfreie Lebensphasen und -abschnitte nicht schematisch zuordenbar sind. Die Gründe hierfür sind nicht nur die individuellen Unterschiede, sondern auch die Tatsache, dass biologisches, kalendarisches, psychisch-intellektuelles und soziales Alter deutlich voneinander abweichen und unterschiedliche Behandlungsoptionen erfordern. Im Klinikalltag ist deshalb die eindeutige Zuordnung der Patientinnen und Patienten in einen subjektiv geeigneten Behandlungsbereich notwendig, aber nicht immer eindeutig und einfach umzusetzen. Häufig werden aktive ältere Personen auch in der Allgemeinen Psychiatrie behandelt, wohingegen multimorbide immobile jüngere Patientinnen und Patienten häufig der Gerontopsychiatrie zugeordnet werden.

Gerontopsychiatrie hat sich also auf personenzentrierte, eher den Lebensabschnitt als das Lebensalter berührende Lebensthemen einzustellen. Diesem individualisierten Behandlungsbedarf gilt es zukünftig mit angemessenen Versorgungskonzepten zu begegnen.

Auf der Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und versorgungspolitischer Empfehlungen aus Literatur und Diskussionen der Fachöffentlichkeit lassen sich folgende Anforderungen für ein LVR-Rahmenkonzept der gerontopsychiatrischen Versorgung im LVR-Klinikverbund ableiten:

- Früherkennung: In der Diagnostik sind in besonderer Weise Maßnahmen zu unterstützen, die geeignet sind, ein frühzeitiges Erkennen von Gefährdungen zu ermöglichen und vorbeugend das Auftreten gerontopsychiatrischer Erkrankungen zu verhindern. Dazu gehören Information, frühe Beratung, rechtzeitige Diagnostik und unkomplizierter Zugang zu den Angeboten.
- Durchlässigkeit der Setting-Grenzen: Die Versorgung von psychisch kranken alten Menschen darf nicht allein vor der Alternative "ambulant oder stationär" stehen. Vielmehr sind individuell auswählbare Möglichkeiten anzubieten, so dass weiche Übergänge zwischen den verschiedenen Hilfearten – Behandlung, Pflege, Beratung u.a. – über Kostenträger-, Einrichtungs- und Professionsgrenzen hinweg mit einer Durchlässigkeit in alle Richtungen geschaffen werden.
- Personenzentrierung: Bei der Behandlung älterer Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen sind körperliche Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) sehr häufig. Zur besseren Bewältigung der Wechselwirkungen psychischer und körperlicher Erkrankungen bedarf es einer personenzentrierten Ausrichtung der Angebotsstrukturen und Versorgungsprozesse durch multidisziplinäre und multiprofessionelle Einrichtungen, Diensten und Teams zwischen den Disziplinen der Gerontopsychiatrie, der somatischen Medizin bzw. der Geriatrie.
- Verbesserung des Übergangs an den Schnittstellen der Versorgung: Qualitativ gute Behandlungsleistungen und -ergebnisse, mit hohen Kosten in den Krankenhäuser erbracht, verpuffen, wenn die Versorgungskontinuität durch die Unterbrechung einer qualifizierten psychiatrischen und somatischen Behandlung und Pflege nicht weitergeführt oder gar abgebrochen wird. Erforderlich ist eine konsequente, personenbezogene Vernetzung der Hilfen, die Abstimmung und Gestaltung von sektoren- und einrichtungsübergreifenden Überleitungsprozessen über verbindliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den unterschiedlichen Leistungsanbietern. Die Kooperation mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist hierbei besonders zu beachten.
- Mobilisierung und Stärkung familiärer Ressourcen: Es bedarf des Ausbaus von Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen sowie von Dienstleistungen wie Beratung, Schulung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen.
- 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 (Quartier) erlauben. In der gerontopsychiatrischen Krankenhausbehandlung sind vorrangig Ansätze des Home-Treatment und in den Psychiatrischen Institutsambulanzen aufsuchende Behandlungs- und Pflegeangebote zu entwickeln. Die ehrenamtlichen Hilfen sollen ausgebaut und durch Anleitung, Unterstützung, Begleitung und Anerkennung der ehrenamtlich Tätigen gestärkt werden.
- Qualifizierung von Personal: Die Diagnostik und Behandlung gerontopsychiatrischer Erkrankungen fordert nicht nur besondere psychiatrische und psycho-

therapeutische Kompetenzen, sondern auch profunde Kenntnisse in der somatischen Medizin, der Geriatrie und der Gerontologie. Um eine Erhöhung der Versorgungsqualität zu erzielen sind im Rahmen der Personalentwicklung ein Wissenserhalt und eine kontinuierliche Kompetenzerweiterung bei allen in der Gerontopsychiatrie Tätigen erforderlich.

- 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 Helferinnen und Helfern.

Diese fachlichen und versorgungspolitische Anforderungen im Zusammenhang mit den erwartbaren demografischen Herausforderungen wurden in vier Zieldimensionen zur Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung gebündelt, wie sie bereits im politischen Antrag Eingang gefunden haben.

Die dort formulierten Zielorientierungen:

1. Patientenzentrierte, integrierte Erbringung von somatischen, geriatrischen, psychiatrischen und psychosozialen Behandlungs-, Pflege- und Versorgungsleistungen,
2. Patientenzentrierte, sektorenübergreifende Gestaltung der Behandlungsprozesse,
3. Einbeziehung des Lebensumfeldes und der Angehörigen,
4. Optimierung der Vernetzung und Kooperation,

strukturieren die im Anhang befindlichen strategischen Versorgungskonzepte der LVR-Kliniken, die dort ihre jeweiligen Umsetzungsstände und Perspektiven der Zielerreichung darlegen.

4. Die demografische Entwicklung als Herausforderung

Die zukünftige Nachfrage nach Leistungen in der gerontopsychiatrischen Versorgung wird zu einem guten Teil durch die demografische Entwicklung bestimmt.

Abbildung 1 verdeutlicht die demografischen Veränderungen für Nordrhein-Westfalen (NRW). Dabei handelt es sich um eigene Berechnungen anhand der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnungen.

Abb.: 1 Demografische Entwicklung NRW, 2011 -2030

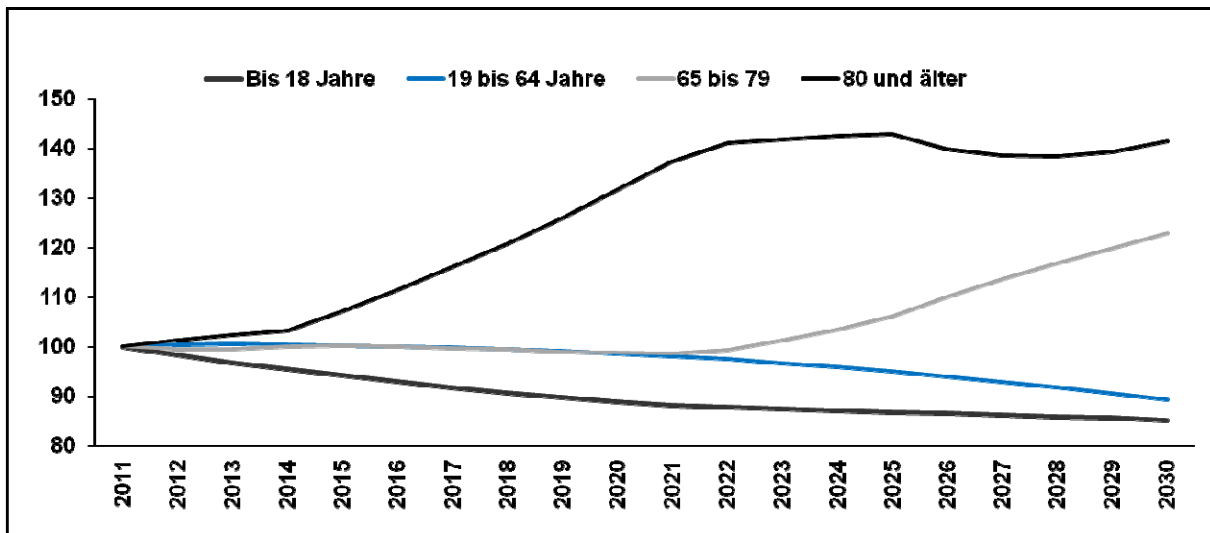
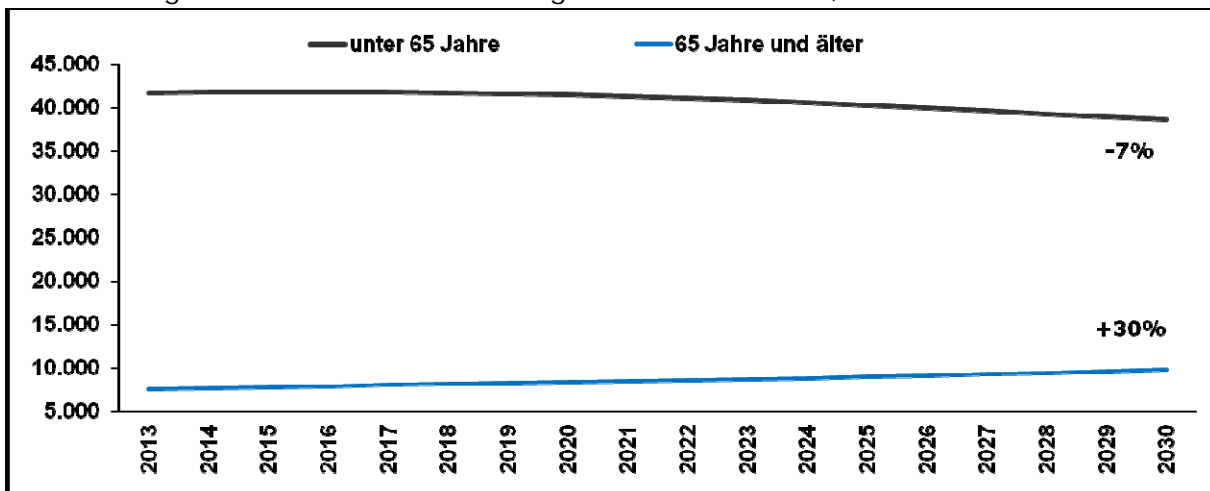


Abbildung 2 zeigt, dass für die gesamten LVR-Kliniken bei den 65-jährigen und Älteren bis 2030 mit einem Anstieg von rund 30% zu rechnen ist, während die Zahl der Behandlungsfälle der unter 65-jährigen um rund 8% - von 41700 auf 38600 Fälle - zurückgehen wird. Das bedeutet, dass die Anzahl der Behandlungsfälle im gerontopsychiatrischen Bereich von rund 7.500 auf über 9.800 in 2030 steigen wird.

Abb.: 2 Prognose der Fallzahlentwicklung < 65 / ab 65 Jahre, LVR-Kliniken

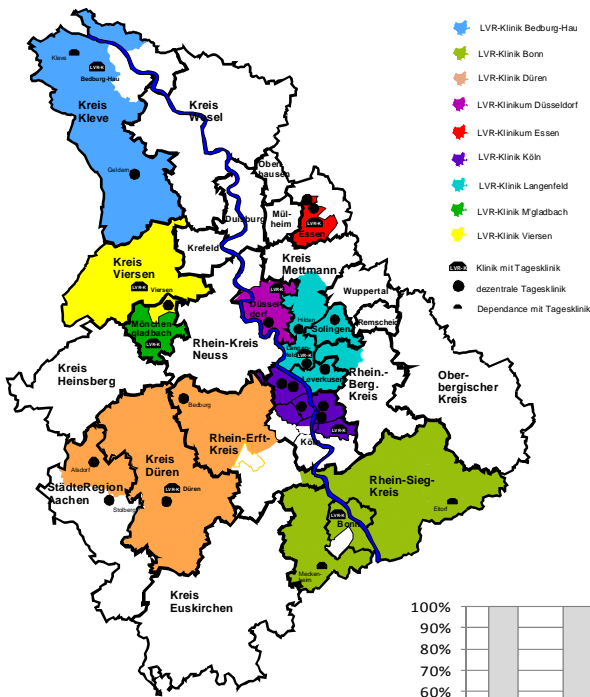


Es handelt sich dabei um ein statistisches Modell, das lediglich den Status-quo bis 2030 fortschreibt und einen Trend aufzeigt, keine exakten Werte. So wird bspw. keine Aussage dazu gemacht, ob das individuelle Erkrankungsrisiko mit einer gerontopsychiatrischen Indikation in Zukunft steigen oder sinken wird. Sofern z.B. das individuelle Erkrankungsrisiko und/oder die Inanspruchnahme zukünftig steigen sollten, wären die hier erwarteten Fallzahlen zu niedrig angesetzt.

5. Die gerontopsychiatrische Versorgung im LVR-Klinikverbund

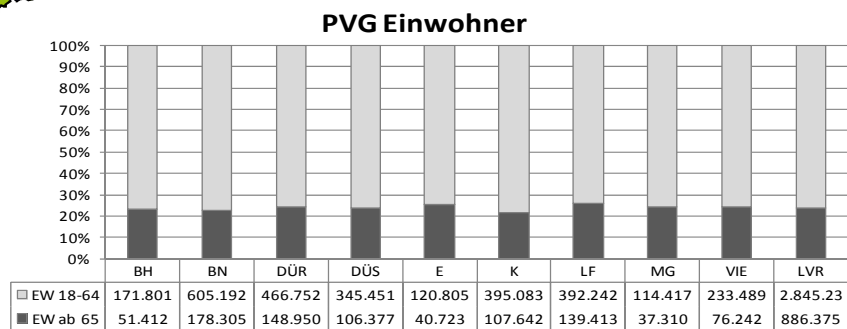
5.1 Angebotsstrukturen

Abb.: 4 Pflichtversorgungsgebiete (PVG)



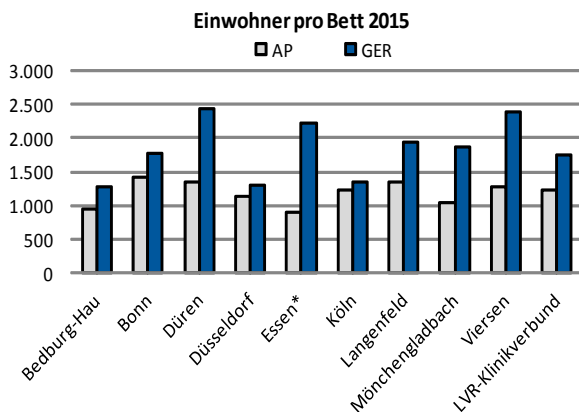
Die Pflichtversorgungsgebiete des LVR-Klinikverbundes (**Abbildung 4**) umfassen in der Erwachsenenpsychiatrie sieben Kreise, sieben Kreisfreie Städte und eine Städtereion im Rheinland¹. Die LVR-Kliniken sind derzeit für die psychiatrische Versorgung von rund 3,7 Mio. Einwohnern (EW) über 18 Jahren im Rheinland zuständig. Hiervon sind rund 900 Tsd Einwohner 65 Jahre und älter, was einem Anteil von 24% an der erwachsenen Bevölkerung entspricht (**Abbildung 5**).

Abb.: 5 Einwohner der PVG nach Altersklassen

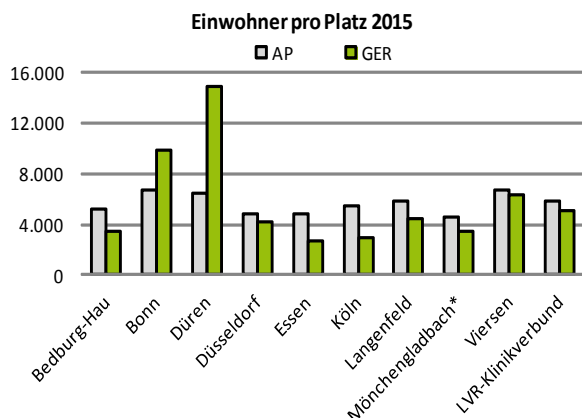


Ein Indikator für die Ausstattung der Versorgungsgebiete mit vollstationären Betten und teilstationären Plätzen in der Gerontopsychiatrie wird in **Abbildung 6** dargestellt. Die Werte bewegen sich zwischen ca. 2.500 EW / Bett (Düren) und ca. 1.350 EW / Bett (Düsseldorf), im teilstationären Bereich zwischen ca. 15.000 EW/Platz (Düren) und ca. 3.000 EW/Platz (Essen)

Abb.: 6



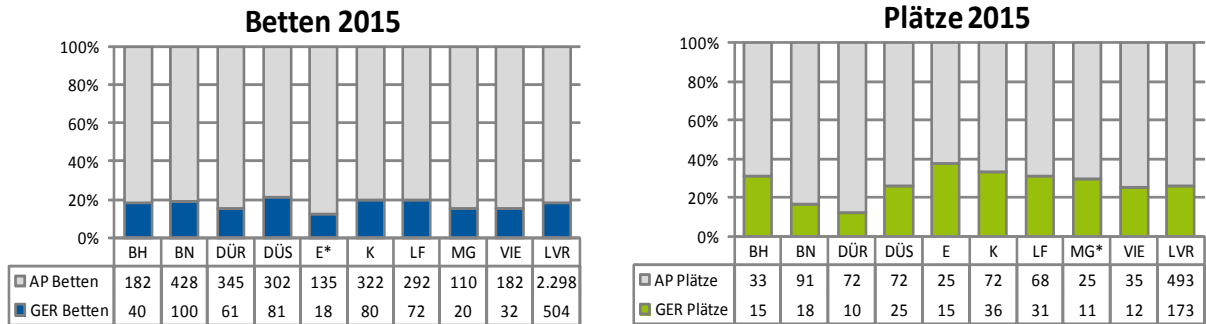
* keine reinen GER-Betten, daher mit Faktor 0,3 berücksichtigt



* keine reinen GER-Plätze, daher mit Faktor 0,3 berücksichtigt

Für die Erwachsenenpsychiatrie (PP) werden im Verbund derzeit insgesamt 2.802 Betten und 666 Plätze vorgehalten. Rund 504 Betten und 173 Plätze stehen dabei der gerontopsychiatrischen Versorgung (GER) zur Verfügung (**Abbildung 7**). Das entspricht einem Anteil von 20% an der Gesamtkapazität, 18% an den Betten und 26% an den tagesklinischen Plätzen.

Abb.: 7

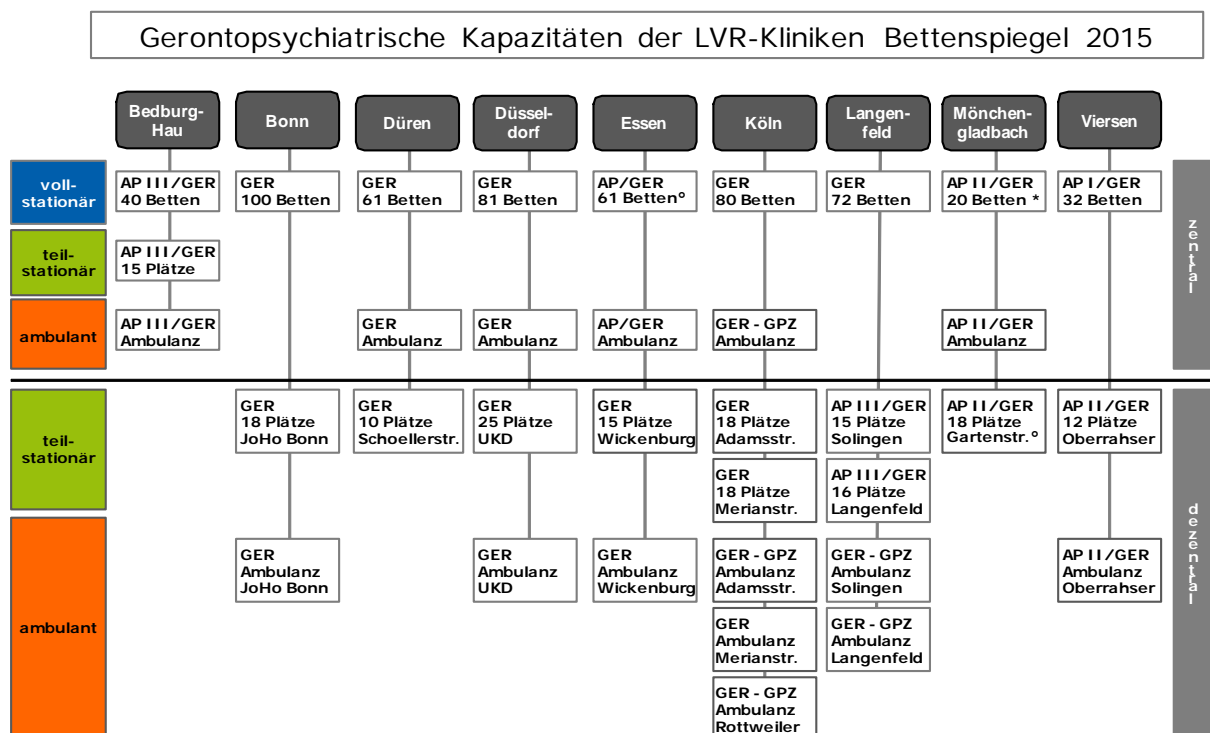


* keine reinen GER-Betten, daher mit Faktor 0,3 berücksichtigt

* keine reinen GER-Plätzen, daher mit Faktor 0,3 berücksichtigt

Die anschließende **Abbildung 8** veranschaulicht die gesamte Angebotsstruktur Gerontopsychiatrie der LVR-Kliniken (voll-, teilstationär, ambulant) in ihrer Standortverteilung (zentral, dezentral).

Abb.: 8



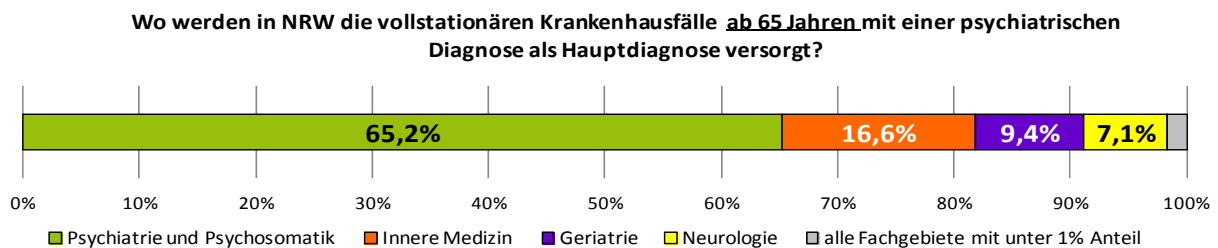
* Weitere 18 Betten in der API/SU werden ebenfalls zu großen Teilen von den GER-Patienten genutzt

° Es handelt sich um keine reinen gerontopsychiatrischen Betten/Plätze

5.2 Inanspruchnahme

Zunächst stellt sich die Frage, in welchen Krankenhäusern ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen stationär behandelt werden. Die Diagnosestatistik NRW aus dem Jahre 2012 (Daten aus 2013 liegen noch nicht vor) zeigt, dass immerhin rund 65% aller Fälle ab 65 Jahren mit einer psychiatrischen Diagnose als Hauptdiagnose in Krankenhäusern der Psychiatrie oder Psychosomatik behandelt wurden. Rund 17% wurden in Abteilungen der Inneren Medizin, 9% in der Geriatrie und 7% in der Neurologie behandelt (**Abbildung 9**).

Abb.: 9

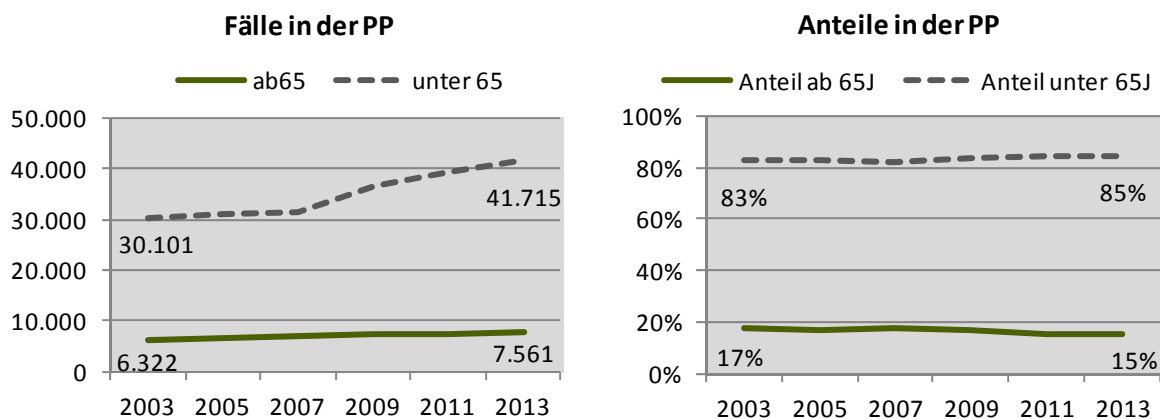


Nach der Diagnosestatistik NRW für 2012 haben die LVR-Kliniken 6.304 ältere Menschen (ab 65 Jahre) aus ihren Pflichtversorgungsgebieten mit den Hauptdiagnosen ICD-F (Psychische Störungen) oder ICD-G30 (Alzheimer-Krankheit) vollstationär versorgt. Damit erreichen sie 50,4 % aller in Krankenhäusern behandelten älteren Menschen mit diesen Krankheitsbildern in ihren Pflichtversorgungsgebieten.

Von der Diagnosestatistik des Landes 2012 führt nun die Betrachtung in die Leistungsdaten der LVR-Kliniken 2013.

Im 10 Jahresrückblick (**Abbildung 10**) zeigt sich im LVR-Klinikverbund ein Anstieg der Fälle der ab 65-Jährigen um 20%, bei den unter 65-Jährigen in der Erwachsenenpsychiatrie um 39%. Dieser hohe Fallzahlsteigerung erklärt den Rückgang des relativen Teils der Älteren von 17% im Jahr 2003 auf 15% im Jahr 2013 trotz der Fallzahlsteigerung von 6.322 auf 7.561. Der demographische Wandel scheint gegenwärtig noch nicht so eingetreten zu sein, dass er in den LVR-Kliniken bereits sichtbar wäre. Folgt man der Bevölkerungsprognose unter Kapitel 2, so dürften künftig jedoch Anpassungen in der Erwachsenenpsychiatrie und deren Subdisziplinen erforderlich werden.

Abb.: 10



Im LVR-Klinikverbund wurden in der Erwachsenenpsychiatrie im Jahr 2013 insgesamt 49.276 Fälle stationär behandelt, wovon 43.521 Fälle vollstationär und 5.755 teilstationär versorgt wurden. Davon waren 7.561 Fälle 65 Jahre und älter, 38,4% Männer und 61,6% Frauen. Von ihnen wurden 1.086 tagesklinisch (27,8% Männer/72,2% Frauen) und 6.475 vollstationär (40,2% Männer/59,8% Frauen) behandelt (**Abbildungen 11 und 12**).

Abb.: 11

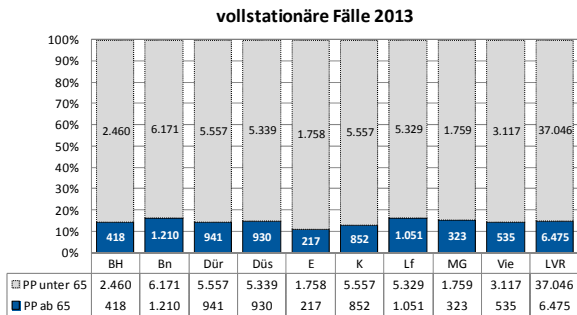
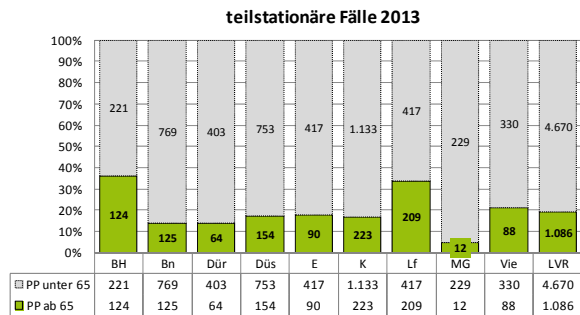


Abb.: 12



Ambulant wurden im Klinikverbund im selben Jahr 67.620 Patientinnen und Patienten behandelt. 18.412 Patientinnen und Patienten (27,2%) waren 65 Jahre und älter (**Abbildung 13**), davon 32,6% Männer und 67,4% Frauen.

Abb.: 13

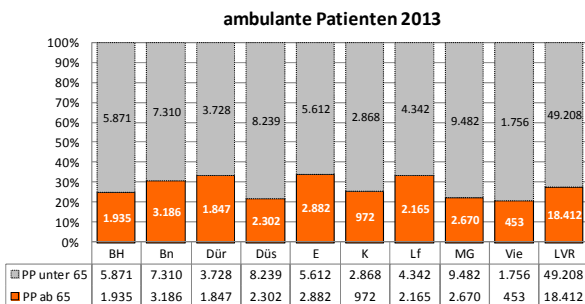
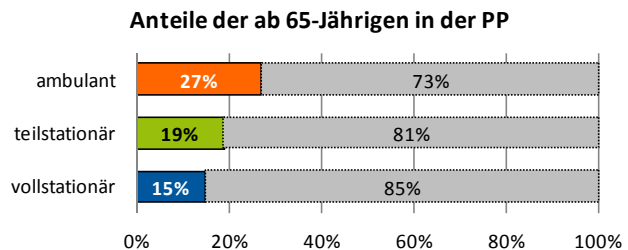


Abb.: 14



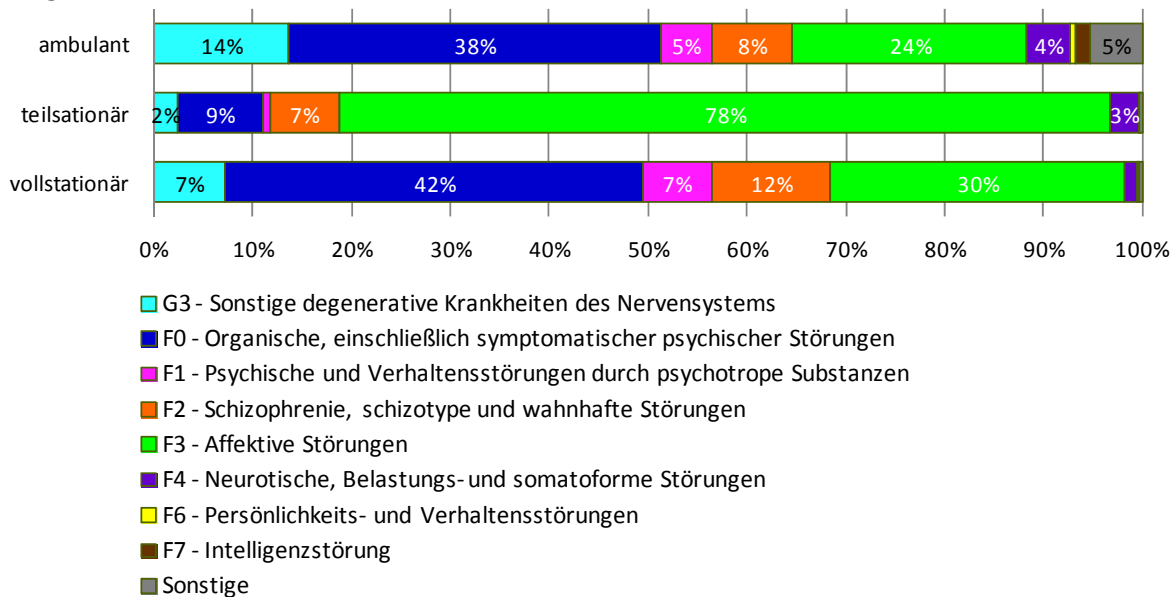
Der Anteil der ab 65-Jährigen im LVR-Klinikverbund lag vollstationär 2013 bei 15%, teilstationär bei 19% und ambulant bei 27% (**Abbildung 14**).

Während sich im vollstationären und ambulanten Bereich ähnliche Verteilungen bei den ICD-10-Diagnosen abbilden, welche vor allem von den organisch bedingten psychischen Störungen (G3 und FO) und den Affektiven Störungen (F3) dominiert werden, wird das Bild im tagesklinischen Bereich mit 78% deutlich durch die Affektiven Störungen beherrscht (**Abbildung 15**).

Die Anteile sind seit 2003 relativ unverändert geblieben. Lediglich im tagesklinischen Bereich sind die F3-Diagnosen in 2013 um 10% höher als noch zehn Jahre zuvor.

Abb.: 15

Diagnoseanteile 2013



6. Strategische Versorgungskonzepte der LVR-Kliniken

Das LVR-Rahmenkonzept (Kapitel 3) und die daraus abgeleiteten Zieldimensionen zur Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung bilden den gemeinsamen Rahmen für die klinikspezifischen, strategischen Versorgungskonzepte.

Dabei zeigt sich ein Spektrum an klinikübergreifenden, inhaltlichen Schwerpunktsetzungen, Vorgehensweisen und Maßnahmen:

- Verbesserung der **räumlichen Ausstattungen und baulichen Bedingungen** im Hinblick auf Barrierefreiheit, Komfort der Zimmer (Zweibettzimmer-Standard), Sanitärausstattung, "Bewegungsparcours", etc.
- Verbesserung der wohnortnahen Behandlung durch weitere Dezentralisierung der Angebote; **Aufbau von Dependancen und dezentralen Tageskliniken** in den Versorgungsgebieten der LVR-Kliniken Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf (DTFZ), Langenfeld, Mönchengladbach, Viersen
- Verbesserung der patientenzentrierten, integrierten Behandlung: Enge Verzahnung der Fachdisziplinen Neurologie, Innere Medizin, Geriatrie und Gerontopsychiatrie durch die **Einrichtung von Zentren für Altersmedizin** in Kooperation mit somatischen Krankenhäusern in Bedburg-Hau, Köln, Mönchengladbach, Düren, Viersen
- Verbesserung der patientenzentrierten, integrierten Behandlung: Enge Verzahnung der Fachdisziplinen Neurologie, Innere Medizin, Geriatrie und Gerontopsychiatrie durch **Konsiliar- und Liaisondienste** über spezielle Kooperationsvereinbarungen mit somatischen Krankenhäusern in Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Essen, Köln, Langenfeld, Viersen

- Ausbau der **ambulanten Leistungen durch die Institutsambulanzen**, insbesondere aufgrund steigender Nachfrage durch Heim- und Pflegeeinrichtungen.
- **Strategien zur Personalgewinnung und -entwicklung**: Interdisziplinäre Ausbildungs-, Schulungs- und Fortbildungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Tagungsveranstaltungen für komplementäre Kooperationspartner und niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sind verbundweit angeboten.
- Weitere Ausdifferenzierung von **störungsspezifischen Behandlungsangeboten**, insbesondere für Demenzerkrankungen, Affektive Störungen, chronisch rezidivierende psychische Erkrankungen und Angebote für Patientinnen und Patienten mit einer Doppeldiagnose zur spezialisierten Delirbehandlung sowie zur multimodalen Schmerztherapie
- Adaptierte **Psychotherapie für ältere Menschen** unter Berücksichtigung neurobiologischer Erkenntnisse nach CBASP² und IPT³ (LVR-Kliniken Bonn, Düren, Köln).
- Weiterentwicklung der bislang bewährten **Strategien zur Patientensicherheit** ohne Zwangsmaßnahmen (verbundweit) in Abstimmung mit dem LVR internen Arbeitskreis.

Einen besonderen Schwerpunkt in der fachlichen Diskussion bildeten Ideen, Konzepte und Maßnahmen zur Verzahnung der Fachdisziplinen Neurologie, Innere Medizin, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Dabei ist aufgrund der unterschiedlichen regionalen Bedingungen nicht in allen Versorgungsgebieten die Schaffung von medizinischen Alterszentren möglich. Andere innovative Wege der Gestaltung von integrierten Behandlungsangeboten erfordern zukünftig weitere Anstrengungen. Das Fachforum Gerontopsychiatrie regt hierzu die Einrichtung eines Förderprogramms zur Entwicklung und Erprobung integrierter, multidisziplinärer Behandlungsmodelle durch den LVR an.

Herr Dr. Rinckens (LVR-Klinik Mönchengladbach), Frau Dr. Grümmer (LVR-Klinik Düren) und Herr Prof. Supprian (LVR-Klinikum Düsseldorf) werden hierzu einen Konzeptentwurf erstellen.

Konzepte, die spezifisch auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgelegt sind werden von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, von verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften und von der Alzheimer Gesellschaft Nordrhein Westfalen empfohlen.

Die LVR Kliniken setzten viele dieser Anforderungen bereits jetzt um und planen, durch modellhafte Erprobungen von innovativen Maßnahmen sich auf die demographischen Änderungen einzustellen.

Bewährte oder in Erprobung befindliche Maßnahmen/Modelle, die diese Entwicklung belegen, werden nachfolgend benannt:

- Durchführung von **Ethik-Konsilen**⁴, die für alle Beteiligten ein hilfreiches Instrument/einen Orientierungsrahmen für die besonderen Bedarfe der Patientinnen und Patienten darstellen (LVR-Klinik Bonn)

² Cognitive Behavioral Analysis System Psychotherapy = US-amerikanisches Akronym für eine spezialisierte Art der Psychotherapie bei länger bestehenden depressiven Erkrankungen mit nachgewiesener Wirksamkeit

³ Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) psychologisches Verfahren, dessen Wirksamkeit bei affektiven Störungen nachgewiesen wurde. Der Ansatz wurde speziell auf die Behandlung akuter unipolar depressiver Episoden zugeschnitten.

- Ein spezielles **Interventionsprogramm nach Suizidversuchen** (SUVENA = Suizid-Versuchs-Nachsorge) steht kurz vor dem Abschluss, die Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse wird vorbereitet (LVR-Klinikum Düsseldorf)
- Gerontopsychiatrisch-spezifische kultursensible Angebote: **„Psychoedukation bei Demenz** - Implementierung von Schulungsreihen für türkisch- und russischsprechende Migrantinnen und Migranten“ in der LVR-Klinik Köln
- **„Gerontopsychiatrie in Bewegung“** ein spezielles Programm zur körperliche Aktivierung der Patienten in der voll- und teilstationären gerontopsychiatrischen Versorgung der LVR-Klinik Köln. Basierend auf der Kooperation zwischen dem Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln wird multiprofessionell zielgerichtet körperliche Aktivität für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten zum Erhaltung von Mobilität gefördert.
- Im LVR-Klinikum Düsseldorf wurde zur Evaluation möglicher Interventionsmöglichkeiten in der Gerontopsychiatrie das Modell **„Gerontopsychiatrische Hausbesuche und Rat in Düsseldorf“** (GerHaRD)⁵ initiiert. Dabei zeigt sich, dass aufsuchende gerontopsychiatrische Fachdienste geeignete Instrumente sind, um für alleinstehende ältere Menschen optimale Hilfestrukturen zu etablieren und stationäre Aufnahmen abzuwenden.
- Im Jahr 2014 wurde in den Abteilungen für Gerontopsychiatrie des LVR-Klinikverbunds das Modellprogramm **„Familiale Pflege“** installiert, welches den Übergang von Patienten und Patientinnen nach einer stationären Behandlung in die häusliche Versorgung und Pflege unterstützt. Die Organisation dieses Modellprogramms erfolgt durch die Universität Bielefeld, finanziert wird es von der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK Nord-West.
- Im LVR-Klinikum Düsseldorf wurden **„Betreuungsgruppen zur Entlastung pflegender Angehöriger in trägerübergreifenden Einrichtungen“** (BEAtE) installiert. Die Betreuungsgruppen finden regelmäßig wöchentlich stadtweit an 20 Standorten, statt. BEAtE ist als niedrigschwelliges Angebot nach §45b SGB XI anerkannt.
- **„Demenz-Café, Vergissmeinnicht“** ist ein Kooperationsangebot als Treffpunkt für Menschen mit Demenz und deren Angehörige zum Austausch, gelegentlichen Themennachmittagen und niederschwelligem Kontakt zur gerontopsychiatrischen Beratung (Beispiel: LVR-Klinik Viersen).
- **„Nacht-Café's“** als Betreuungs- und Kontaktangebot für Patientinnen und Patienten, die Ein- oder Durchschlafstörungen aufweisen und ein betreutes Abendprogramm - an dem bei Bedarf auch Angehörige teilnehmen können - erhalten (Düren, Köln, Langenfeld).
- **Selbsthilfegruppen für Demenzkranke** (leichtere bis mittlere Schweregrade) werden bereits in den LVR-Kliniken Köln [Planungsphase], Langenfeld und Viersen vorgehalten.

⁴ Regelmäßige berufsgruppenübergreifende unter Einbezug der wichtigen sozialen Bezugsperson des Betroffenen stattfindende Besprechungen mit außenstehenden ambulanten Versorgern, Heimpersonal, ambulanten Behandlern, der Ombudsperson und dem Pfarrer

⁵ Gerontopsychiatrie Hausbesuche und Rat in Düsseldorf (GerHaRD) Projekt für Menschen mit Demenz und fehlender Krankheitswahrnehmung sowie daraus resultierender Ablehnung von Hilfen. Im Rahmen eines Modellprojektes gibt es die Möglichkeit zu umfassender Beratung im Rahmen eines Hausbesuches mit dem Ziel der Etablierung von demenzspezifischer Diagnostik und Behandlung und Integration in das bestehende Hilfsangebot im Quartier.

Der Bearbeitungs- und Diskussionsprozess im Projekt „Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung“ hat allen Beteiligten einen intensiven Austausch über bewährte Praxis und zukunftsweisende Konzepte ermöglicht. Es wurde deutlich, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede sich aus den standortspezifischen Bedingungen ergeben. Die LVR-Kliniken sind mit ihrem gegenwärtigen Angebot gut auf die zukünftigen Herausforderungen vorbereitet. Ihre Strategischen Versorgungskonzepte weisen fundierte Perspektiven für die Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung auf, die den demographischen Herausforderungen (Kapitel 4) und fachlichen Anforderungen (Kapitel 3) in Zukunft mit einer guten Versorgungsqualität gerecht werden.

Darüber hinaus fließen offene Fragen, Themen und Ergebnisse aus den Diskussionen der Workshops und der Projektarbeit zur weiteren Bearbeitung in das LVR-Fachforum Gerontopsychiatrie ein.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i