



27. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen.

Versorgung von älteren Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen.

14. Dezember 2018

Präambel

Demenz und andere psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter stellen die gesundheitliche Versorgung vor große Herausforderungen. Es ist davon auszugehen, dass gut zehn Prozent der älteren Menschen an einer Demenz erkrankt sind sowie 20 Prozent an einer weiteren psychischen Erkrankung leiden. In einer Gesellschaft des langen Lebens wird die Zahl der Betroffenen weiter zunehmen¹. Neben den verschiedenen Formen der Demenzen gehören depressive Erkrankungen, Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen und somatoforme Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Nicht zuletzt aufgrund des höheren Lebensalters besteht auch eine höhere somatische Komorbidität, und es liegen komplexere Krankheitsbilder vor, die bei fortschreitendem Verlauf mit Pflegebedürftigkeit und einem umfangreicheren Versorgungsbedarf einhergehen.

Ältere Menschen und ihre Angehörigen benötigen Hilfen und Unterstützung in der Bewältigung dieser besonderen Lebenssituation. Die individuelle Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Ressource. Um die Versorgungsstrukturen sowie Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, sind innovative Lösungswege erforderlich. Das Zusammenwirken von allen hieran beteiligten Akteuren ist von entscheidender Bedeutung für gelingende Hilfen. Die Einbindung von Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen als selbstbestimmende Personen in Entscheidungen des Behandlungsprozesses und der Gestaltung von Hilfeleistungen ist sicherzustellen. Die LGK sieht soziale Teilhabe und die Einbindung Betroffener sowie ihrer Angehörigen in Entscheidungen zur Versorgung als einen wesentlichen Schlüssel für eine bedarfsgerechte Hilfestruktur.

Die Landesgesundheitskonferenz hat zum Ziel, relevante gesundheitspolitische Themen mit den maßgeblichen Akteuren der gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen vertieft zu diskutieren und konkrete Empfehlungen zu vereinbaren. Dabei baut die diesjährige Erklärung auf die bereits in 2007 und 2008 verabschiedeten Entschließungen „*Gesund im Alter – Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft an das Gesundheitswesen*“ und „*Gesund im Alter – neue Wege in der Versorgung*“ der Landesgesundheitskonferenz NRW auf.

¹ Vgl. hierzu „Factsheets Landesgesundheitsberichterstattung“, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), 2018 https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/psyche/demenz/index.html, https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/psyche/psych_erkrankungen_erwachsene/index.html.

1. Gesundheitsförderliche und barrierefreie Lebenswelten schaffen

Es besteht die gesellschaftliche Verantwortung, die Bedürfnisse von älteren Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen wahrzunehmen und diese in der Gesundheitsförderung sowie in der Gestaltung ihrer Lebenswelt zu berücksichtigen. Für Selbstbestimmung und Teilhabe sind die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen sowie noch bestehende Stigmata abzubauen.

Zwei Drittel der älteren Menschen in Deutschland leben seit ihrer Geburt oder seit über 40 Jahren an ihrem Wohnort. In ihrer eigenen Häuslichkeit wollen 67 % der 65- bis 85-Jährigen verbleiben, auch wenn sie sich nicht mehr selbst versorgen können². Im vertrauten Umfeld zu leben, spielt gerade für den Erhalt der Selbständigkeit von älteren Menschen mit psychischen, motorischen oder Sinnesbeeinträchtigungen, aber insbesondere auch bei Demenz, eine wichtige Rolle.

Furcht vor Demenz ist mit 61 % bei Menschen ab 70 Jahren besonders stark ausgeprägt, zugleich weisen 64 % der älteren Menschen eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf³. Verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollten auf Lebenswelten ausgerichtet sein, wie den Stadtteil, die Nachbarschaft, ein Seniorenzentrum oder eine Einrichtung der Altenhilfe⁴. Die passgenaue Gestaltung einer altengerechten Infrastruktur mit ortsnahen Hilfsangeboten kann zu einer selbständigeren Lebensführung beitragen, beispielsweise mittels Wohn- und Pflegeberatung, einer altengerechten Gesundheitsversorgung, ambulanter und stationärer Pflege, niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlassungsangeboten oder haushaltsnahen Dienstleistungen. Der unmittelbar erreichbare Nahraum, in dem das tägliche Leben stattfindet, soziale Kontakte gepflegt und Integrationsprozesse gefördert werden, ist dafür der zentrale Interventionsrahmen. Die Partner der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Nordrhein-Westfalen (LRV NRW) unterstützen dies gemeinsam mit der am LZG.NRW angesiedelten Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC)⁵.

² Generali Deutschland AG (Hrsg.) 2017: Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben. Springer Verlag

³ „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2018 (<https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>)

⁴ Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) wurde im Jahr 2015 die Erhaltung der Gesundheit in den Lebenswelten in den Mittelpunkt gerückt (ein Fokus liegt dabei auf der Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen).

⁵ https://www.praeventionskonzept.nrw.de/praeventionsgesetz_nrw/umsetzung/index.html

Um gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen und zu erhalten, sollten Kreise, Städte und Gemeinden in ihrer auf diese Problematik bezogenen Arbeit weiter unterstützt werden.

Das zielorientierte Zusammenwirken engagierter Akteure aus Haupt- und Ehrenamt, z. B. in der Nachbarschaftshilfe, ist erforderlich, um bestehende Strukturen an die Bedürfnisse der Menschen anzupassen und so einen barrierefreien Zugang zu Mobilität, Dienstleistungs-, Freizeit- und Kulturangeboten zu ermöglichen. Barrieren sind nicht nur baulich oder materiell gegeben, sie können auch sozialer Art sein. Krankheitsbedingte Ängste, Antriebsschwäche oder negative Reaktionen auf eigenes Verhalten erschweren Teilhabe. Insbesondere für Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigungen sind Barrieren schwer zu überwinden. Eine barrierefreie und altengerechte Umgebung ermöglicht Selbständigkeit im Alltag.

In den vergangenen Jahren wurde mehr Informationsarbeit über Demenz und andere psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung geleistet. Nichtsdestotrotz sind diese weiterhin mit einem Stigma belegt und Miss- und Unverständnisse erschweren den Umgang miteinander. Aufklärung und Sensibilisierung der Gesellschaft sind wichtig für Teilhabe und den Umgang mit Betroffenen. Je mehr die Gesellschaft über psychische Erkrankungen im Allgemeinen und Demenz im Besonderen weiß, desto eher wird Verständnis für diese Erkrankungen gefördert.

Hierzu fördern das Land Nordrhein-Westfalen und die Landesverbände der Pflegekassen seit 2004 die Landesinitiative Demenz-Service. Diese besteht aktuell aus zwölf Demenz-Servicezentren, einem Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Migrationsgeschichte, einer Informations- und Koordinierungsstelle und einem Dialog- und Transferzentrum an der Universität Witten-Herdecke. Das Thema Demenz hat durch die gute Arbeit der Landesinitiative eine stetig wachsende Aufarbeitung und gesellschaftliche Aufmerksamkeit erfahren.

Selbsthilfe ist Ausdruck von Selbstbestimmung und unterstützt Partizipation von Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen. Die strukturellen Rahmenbedingungen sind im Hinblick auf ältere Menschen weiterzuentwickeln und die Möglichkeiten der Selbsthilfe zu nutzen.

Im Zentrum der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe bei Demenz und anderen psychischen Erkrankungen steht die Kompetenz der Betroffenen und ihrer Angehöriger. Aus der Betroffenheit heraus sind diese „Expertinnen und Experten in eigener Sa-

che“ bei der ressourcenorientierten Krankheitsbewältigung sowie bei der Vertretung der eigenen Interessen im politischen Raum und in der Öffentlichkeit. Sie sind wichtige Impulsgeber für Verbesserungen der Versorgungsqualität. Selbsthilfe bietet für Betroffene und Angehörige gegenseitiges Verständnis und Vertrauen, Gemeinschaft, Hilfe bei der Krankheitsbewältigung und Wissenszuwachs.

Teil des Selbsthilfegedankens ist es, die Partizipation der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Gestaltung ihrer jeweiligen Lebenswelten, aber auch der professionellen Hilfen zu gewährleisten. Ca. 800 Selbsthilfegruppen sind in Nordrhein-Westfalen bei psychischen Erkrankungen aktiv, davon geschätzt 150 bei Demenz⁶. In Selbsthilfegruppen tauschen sich die Teilnehmenden indikationsbezogen aus und unterstützen sich dadurch gegenseitig bei der Bewältigung ihrer Lebenssituation. Selbsthilfe leistet darüber hinaus sinnvolle Hilfestellung, u. a. in Fragen der Rehabilitations- und Teilhabemöglichkeiten. Diese Expertise bringt die Selbsthilfe als eigene Qualität in das Gesundheitswesen ein und schafft damit ihrerseits die Voraussetzung für soziale und politische Partizipation sowie eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung.

Handlungsempfehlungen und Maßnahmen

- Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit wird 2019 die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter mit Informations- und Beratungsangeboten aufgreifen.
- Die Kommunen, die Wohlfahrtsverbände und andere Akteure mit lebensweltbezogenen Gestaltungsmöglichkeiten nutzen diese gezielt zur verstärkten Förderung der psychischen Gesundheit.
- Die Akteure in Nordrhein-Westfalen unterstützen den Ausbau der landesweiten Prävention von Alkohol- und Medikamentenmissbrauch im Alter. Das Modul „Stark bleiben – Für ein Leben ohne Sucht“ im Rahmen der Landeskampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“ wird um eine lebensweltbezogene Komponente ergänzt und ausgebaut⁷.

⁶ Es handelt sich bei der Anzahl von 150 Selbsthilfegruppen Demenz in NRW um eine Schätzung, die mittels Hochrechnung vorgenommen wurde, basierend auf der Studie „Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern“ im Auftrag des LZG.NRW (2017). Differenzierte belastbare Daten liegen aufgrund der Vielfalt struktureller Gegebenheiten und Formen der Selbsthilfe Demenz NRW nicht vor. Die Alzheimer Gesellschaft NRW geht davon aus, dass die reale Zahl noch höher liegt.

⁷ siehe Anhang „Stark bleiben – Für ein Leben ohne Sucht“.

- LZG.NRW wird Initiativen ergreifen, um Erfahrungen aus Modellen guter Praxis zur Förderung demenzfreundlicher und barrierefreier Lebenswelten, der Entlastung pflegender Angehöriger und erprobte niedrigschwellige Ansätze Akteuren vor Ort leichter zugänglich zu machen.
- Die Selbsthilfe ist als wichtige Säule des Gesundheitswesens bei der Versorgung von Betroffenen und ihren Angehörigen zu stärken und zur Gestaltung ihrer Lebenswelt miteinzubeziehen. Akteure des Gesundheitswesens beziehen bestehende Selbsthilfestrukturen ein und unterstützen deren Weiterentwicklung. Im Zuge des Präventionsgesetzes (PrävG) sind hierfür strukturelle und inhaltliche Rahmenbedingungen geschaffen und verbessert worden, die für die Einbeziehung der Selbsthilfe für Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen zu nutzen sind.
- Die Landesregierung beabsichtigt gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen als Mitfinanziers eine inhaltliche Weiterentwicklung der bisherigen Demenz-Servicezentren. Dabei werden aktuelle Entwicklungen, wie z. B. bei Leistungsangeboten nach § 45a SGB XI, mit einbezogen. Die bisherigen Verantwortlichen insbesondere der Demenz-Servicezentren sind in den Weiterentwicklungsprozess einbezogen, der intensiv und konstruktiv voranschreitet. Er soll 2019 abgeschlossen sein. Das eigene Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Hörschädigungen erhält bereits eine laufende Förderung bis ins Jahr 2021.
- Zwölf bisherige Demenzservice-Zentren sollen inhaltlich weiterentwickelt werden zu zwölf regionalen Servicestellen Pflege und Alter im Sinne der Anerkennungs- und Förderungsverordnung (AnFöVO). Hierdurch sollen die Kompetenz und die Struktur der Landesinitiative Demenz-Service, von der bisher durch demenzielle Erkrankungen betroffene Menschen profitierten, zukünftig auch anderen durch Pflege- und Betreuungssituationen betroffene Menschen und Institutionen, die hier tätig sind, zu gute kommen.

2. Selbstbestimmung und Partizipation in der gesundheitlichen Versorgung ermöglichen

Ältere Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankten haben ein Recht auf Selbstbestimmung. Dieses Recht und die daraus resultierenden Unterstützungsaufgaben müssen von betreuenden Personen und dem Ge-

sundheitssystem berücksichtigt werden, auch wenn es sie vor hohe Anforderungen stellt.

Das Recht auf Selbstbestimmung ist ein zentrales Grundrecht und Voraussetzung für die Verwirklichung von gesellschaftlicher Teilhabe und Partizipation für ältere Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen – auch wenn die Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist. Je nach Stadium und Symptomatik liegen bei Demenzen unterschiedliche Ausprägungen von Selbstbestimmungsfähigkeit vor⁸. Auch andere psychische Erkrankungen können Einschränkungen der Selbstbestimmungsfähigkeit zur Folge haben.

Umso wichtiger ist es, die Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei älteren Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen wahrzunehmen, zu achten und zu fördern⁹. Welche Art der Assistenz dabei notwendig ist, sollte danach bemessen sein, welche Selbstständigkeits- und Selbstbestimmungsanteile noch vorhanden sind bzw. aktiviert werden können¹⁰. Bei krankheitsbedingt weitgehenden Einschränkungen der Selbstbestimmungs- und Handlungsfähigkeit können auch ersetzende Entscheidungen (rechtliche Stellvertretung) notwendig sein. Vorsorgevollmachten und die rechtliche Betreuung nach §§ 1906 ff. BGB ermöglichen bei der unterstützten oder stellvertretenden Entscheidung eine individuell ausgerichtete Hilfestellung¹¹.

Bei den Betroffenen, die nicht mehr einwilligungsfähig sind oder ihre Wünsche nicht mehr vermitteln können, ist die Entscheidung für oder gegen oft tief eingreifende medizinische Maßnahmen besonders schwierig. Mit einer Patientenverfügung ist es möglich, schon im Vorfeld Anweisungen darüber zu geben, ob und in welcher Form im Fall der späteren Entscheidungsunfähigkeit unter bestimmten Umständen ärztliche Maßnahmen vorgenommen werden sollen. Eine besonders sorgfältige Abwägung ist erforderlich, wenn frühere Willensbekundungen nicht mit den aktuellen Willensbekundungen eines einwilligungsunfähigen Patienten („natürlicher Wille“) übereinstimmen¹².

⁸ Deutscher Ethikrat, 2012, S. 56 f.

⁹ Für das Patientenwohl im Krankenhaus hat der Deutsche Ethikrat Empfehlungen veröffentlicht: Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2016). Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. Berlin.

¹⁰ Vgl. Deutscher Ethikrat 2012 S. 50

¹¹ Mit einer Betreuungsverfügung lässt sich beeinflussen, welche Personen vom Amtsgericht mit der rechtlichen Betreuung betraut werden und wie die eigenen Angelegenheiten geregelt werden sollen.

¹² Siehe Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis unter http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlungen_BAeK-ZEKO_Vorsorgevollmacht_Patientenverfuegung_19082013I.pdf und Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 19 | 11. Mai 2018, Seite A 952 ff. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=197953>

Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen können bei krankheitsbedingt fehlender Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit sowie selbst- und/oder fremdgefährdendem Verhalten als Ultima Ratio¹³ von Zwangsmaßnahmen betroffen sein. So kann es im Zuge des sogenannten herausfordernden Verhaltens, wie z. B. Hinlauftendenzen, Aggression und Apathie, zu Maßnahmen gegen den Willen des betroffenen Menschen kommen. Mit diesen Maßnahmen können für die Betroffenen belastende und zum Teil traumatische Erfahrungen verbunden sein. Der Umgang mit selbst- und/oder fremdgefährdendem bzw. herausforderndem Verhalten und die mögliche Anwendung von Zwang stellt hohe Anforderungen (Verlust gemeinsamer Lebenswirklichkeit, Rollenverständnis, psychische Belastung, rechtliche Rahmenbedingungen¹⁴) an professionell und privat Pflegende. Gerade die pflegenden Angehörigen kommen oft an ihre Belastungsgrenzen, insbesondere als Betroffene von Gewalt. Wissen über den Verlauf von Demenz und anderen psychischen Erkrankungen und mögliche Hilfe- und Schutzmaßnahmen sowie Strategien zum Umgang mit Gewaltsituationen (Deeskalation, Reflexion) sind wichtige Kompetenzen.

Das patientenorientierte Zusammenwirken von Kliniken, Arzt- und Psychotherapiepraxen, Sozialpsychiatrischen Diensten, Pflege- und Eingliederungshilfeangeboten, Angehörigen, Betreuerinnen und Betreuern, Verfahrenspflegenden, Richterschaft, medizinischen Sachverständigen sowie zivilgesellschaftlichen Bereichen wie Besuchsdienste und Selbsthilfeangebote ist für die Vermeidung von Schutz- bzw. Zwangsmaßnahmen von entscheidender Bedeutung.

Pflegende Angehörige leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung von Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen. Sie sollten im Behandlungsprozess auf Augenhöhe eingebunden werden.

Aktuell werden mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld durch Angehörige versorgt (meist Verwandte, aber auch Freunde oder Nachbarn als „Kümmerer“). Dies geht oft mit sozialen, gesundheitlichen und finanziellen Belastungen einher. Die Angehörigen, die sich um weit mehr als die Pflege kümmern, werden zunehmend älter. Ihre Leistung muss eine höhere gesellschaftliche und politische Wertschätzung erfahren.

¹³ Nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) und der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind Zwangsmaßnahmen nur als Ultima Ratio möglich, wenn zuvor mildere Mittel ohne Erfolg blieben.

¹⁴ Als rechtlicher Rahmen ist das PsychKG NRW, das Betreuungsrecht nach §§ 1906 ff. BGB und das Wohn- und Teilhabegesetz NRW bindend.

Oft vernachlässigen sie in der Sorge um die erkrankte Person ihre eigenen Bedürfnisse (Vernachlässigung sozialer Kontakte, Verlust der eigenen Identität in der pflegerischen Rolle) und finden in der Regel wenig Zeit, sich über die Erkrankung, Verlaufsformen, Unterstützungs- oder Hilfeangebote zu informieren. Dadurch wächst die Gefahr von pflegebedingten Überforderungen und damit verbundenen psychischen und somatischen Belastungen. Beratung und gesundheitsförderliche Angebote können Betroffene und Pflegende entlasten, zur Verbesserung der Pflegequalität beitragen und den längeren Verbleib der Betroffenen in ihrem vertrauten Umfeld ermöglichen. Eine umfassendere und wirksame Unterstützung der Angehörigen ist geboten, z. B. durch zeitnahen Erhalt eines Therapieplatzes, Gesundheitsfürsorge und soziale Unterstützung.

Beratungs- und Unterstützungsangebote für Betroffene und Angehörige vor Ort müssen sich an den individuellen Bedarfen orientieren.

Information und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen finden dort statt, wo auch die Untersuchung und Versorgung erfolgt (Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Praxen für psychologische Psychotherapie, Apotheken u. a.). In Nordrhein-Westfalen gibt es darüber hinaus eine Vielzahl von psychosozialen Beratungsstellen und andere Anlaufstellen, die Möglichkeiten zur Aufklärung, Beratung oder Information bieten¹⁵. Diese Angebote leisten einen wichtigen Beitrag zur Stärkung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung von Patientinnen und Patienten sowie zur Unterstützung von Familien, Angehörigen und weiteren sich kümmernden Personen. Für die Gruppe der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen sind dies in erster Linie die Pflegestützpunkte sowie die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Qualifizierte Pflegeberaterinnen und -berater der Pflegekassen sowie Pflegestützpunkte informieren rund um das Thema Pflege, darunter auch über passgenaue Beratungsangebote zu Demenz und anderen psychischen Erkrankungen oder zum Thema Wohnen.

Bei der Ausgestaltung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten sind die individuellen Barrieren zur Inanspruchnahme zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere auch für Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Bei ihnen liegt eine

¹⁵ Die Landesgesundheitskonferenz hat bereits im Jahr 2015 verabredet, diese Angebote noch stärker bekannt zu machen und zu vernetzen.

höhere Prävalenz psychischer Störungen vor als bei Menschen mit hohem Status¹⁶. Zudem können Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen von weiteren Beeinträchtigungen wie etwa geistige, körperliche und Sinnesbeeinträchtigungen betroffen sein. Ihre Bedarfslagen sind entsprechend komplexer, was bei Information und Beratung grundlegend Berücksichtigung finden muss.

Kulturspezifische Angebote sind bisher in Nordrhein-Westfalen nur wenige vorhanden. Demenz und andere psychische Erkrankungen sind in einigen Kulturkreisen ein tabuisiertes Thema. Kultursensibilität und Sprachmittlung erleichtern den Hilfezugang und sind möglichst in die Hilfeangebote zu integrieren¹⁷.

Handlungsempfehlungen und Maßnahmen

- Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen haben ein uneingeschränktes Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung. Die Einrichtungen und die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen achten ihre Selbstbestimmung und fördern eine Arbeitsweise, die ihre Selbstbestimmungsmöglichkeiten auslotet und stärkt. Dabei orientieren sie sich an den nationalen und internationalen Vorgaben und Leitlinien (wie Pflege-Charta, Nationale Versorgungsleitlinien, AWMF-Leitlinien, Empfehlungen der Bundesärztekammer, UN-Behindertenrechtskonvention).
- Im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention ist die thematische Auseinandersetzung u. a. mit Risikofaktoren und Indikatoren von herausforderndem Verhalten als Leitungsaufgabe in Behandlung und Pflege wahrzunehmen sowie als Inhalt von fachlicher Unterstützung für das Personal in allen beteiligten Einrichtungen und die zuhause Pflegenden anzubieten.
- Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) wird den im Rahmen der Landespsychiatrieplanung eingeleiteten strukturierten Dialog zur autonomiefördernden Psychiatrie unter Einbezug von Behandlung, Eingliederungshilfe und Pflege fortsetzen. Zudem hat das MAGS eine Erhöhung des Ansatzes zur Förderung der Betreuungsvereine um 1,6 Mio. € sowie 2018 um weitere

¹⁶ Vgl. „Bericht zu der beteiligungsorientierten Phase im Rahmen der Erstellung des Landespsychiatrieplans NRW“, S. 24 (<https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/bericht-zu-der-beteiligungsorientierten-phase-im-rahmen-der-erstellung-des-landespsychiatrieplans-nrw/2667>)

¹⁷ siehe Anhang „Leben mit Demenz“ Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW e.V.

700.000 € auf aktuell 5 Mio. € vorgenommen und wird die Förderrichtlinie weiterentwickeln¹⁸.

- Das Ministerium der Justiz (MJ) informiert die Bürgerinnen und Bürger in Form von Broschüren und Expertensprechstunden über Vorsorgemöglichkeiten.
- Die Mitglieder der LGK, insbesondere die Ärztekammern und Pflegeorganisationen, informieren über Maßnahmen zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Zwangsmaßnahmen sowie die Möglichkeit der Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.
- Ansätze zur Vermeidung von Fixierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen sollten gestärkt werden (Sensibilisierung, Schulung, Zusammenarbeit von beteiligten Akteuren)¹⁹.
- Die Akteure im Gesundheitswesen fördern zudem eine Haltung „auf Augenhöhe“ der professionell Tätigen gegenüber Angehörigen, Freunden und anderen Bezugspersonen („Kümmerer“) und beziehen deren Kompetenzen in ihr Handeln ein.
- Die Beteiligung von Angehörigen bei Patientenaufnahmen, Behandlungsplanungen, Terminfindung, Entwicklungen von Zukunftsperspektiven und Entlassungsvorbereitungen ist sowohl in Kliniken und Wohnheimen als auch in Arztpraxen und Einrichtungen der Altenhilfe unverzichtbar und stellt ein multiprofessionelles Qualitätsmerkmal dar.
- Die Informations- und Beratungsangebote zu Demenz und anderen psychischen Erkrankungen tragen zur gesellschaftlichen Akzeptanz und Entstigmatisierung bei. Sie sind besser bekannt zu machen und wo erforderlich weiterzuentwickeln.
- Die Mitglieder der LGK unterstützen im Rahmen ihrer Möglichkeiten Foren und Netzwerke, die (pflegenden) Angehörigen die Möglichkeit zum Erfahrungs- und Informationsaustausch sowie zur Reflexion geben.
- Der vom Inklusionsbeirat NRW 2013 eingesetzte Fachbeirat Gesundheit wird sich mit den spezifischen Bedarfen älterer Menschen mit Behinderung in der gesundheitlichen Versorgung befassen, die an Demenz und anderen psychischen Erkrankungen leiden.

¹⁸ Betreuungsvereine beraten und unterstützen ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer und informieren über Vorsorgemöglichkeiten. Zurzeit existieren in Nordrhein-Westfalen rund 170 Betreuungsvereine.

¹⁹ Siehe hierzu bspw. <http://werdenfelser-weg-original.de/>

3. Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht gestalten

Eine frühzeitige Erkennung und Diagnostik psychischer Erkrankungen bei älteren Patientinnen und Patienten ist Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung.

Für ältere Menschen sind Hausärztinnen und -ärzte in der Regel die erste Anlaufstelle ihrer medizinischen Versorgung. Auf Grund der oft langjährigen personellen Kontinuität in der hausärztlichen Behandlung können Anzeichen von Demenz und anderen psychischen Erkrankungen frühzeitig erkannt werden. Bei älteren Menschen stellt die Differentialdiagnostik psychischer Störungen und ihre Abgrenzung zur Demenz wegen damit einhergehender Veränderungen kognitiver Funktionen (sei es im Rahmen normaler Altersprozesse, wegen psychischer Erkrankung oder dementieller Entwicklung) eine besondere Herausforderung dar. Um die Verdachtsdiagnose zu sichern, können weitere Untersuchungen sinnvoll sein. Hierzu sollen Patientinnen und Patienten zeitnah an die entsprechenden Fachärztinnen und -ärzte (z. B. Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin) überwiesen werden, ggf. auch unter Einbeziehung einer neuropsychologischen Diagnostik. Bei Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung ist es wichtig, eine durch Behandlung reversible Störung von einer chronisch fortschreitenden Demenzerkrankung abzugrenzen und die Betroffenen einer entsprechenden Behandlung zuzuführen. Hierbei ist der aktuelle Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Vielerorts sind dafür auch spezielle Gedächtnisambulanzen („memory clinic“) etabliert worden.

Psychische und insbesondere auch Suchterkrankungen älterer Menschen werden vom privaten Umfeld und vom professionellen Hilfesystem häufig nur unzureichend wahrgenommen. Tabuisierung und Verharmlosung erschweren das Erkennen einer Suchtproblematik bzw. einer psychischen Erkrankung, die oftmals zusätzlich durch andere alterstypische Beeinträchtigungen überlagert werden. Eine Diagnose kann mit weitreichenden Konsequenzen für die Betroffenen verbunden sein (z. B. der Ausgrenzung im sozialen Umfeld). Insbesondere bei beginnenden kognitiven Störungen ist jedoch auch an einen riskanten, schädlichen oder abhängigen Konsum von Alkohol und/oder Schlaf- und Beruhigungsmitteln zu denken²⁰. Suizidgefährdung bei psychisch kranken älteren Menschen ist rechtzeitig zu erkennen und es gilt, darauf adäquat zu reagieren. Dabei kommt der Sensibilisierung der Öffentlichkeit und

²⁰ Insbesondere Benzodiazepine oder Z-Substanzen; Vgl. hierzu S3-Leitlinie alkoholbezogene Störungen.

der Qualifikation der im Gesundheitswesen Beschäftigten eine wichtige Bedeutung zu.

Besonders erschwert ist zudem das Erkennen im Alter auftretender psychischer Beeinträchtigungen bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung. Aus Sicht der Diagnostizierenden stellt die Differentialdiagnostik von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung einerseits und zusätzlich dazu auftretenden psychischen und Verhaltensstörungen andererseits ein Kernproblem dar. Aus Patientensicht wiederum fällt es Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen oft schwer, weitere Gesundheitsprobleme und Beeinträchtigungen zu artikulieren. Insbesondere sieht sich diese Personengruppe immer noch mit Barrieren zu den Angeboten des Gesundheitswesens konfrontiert: mangelnde Zugänglichkeit ambulanter sowie stationärer medizinischer Versorgung, behinderungsbedingte Kommunikationsschwierigkeiten und Unsicherheiten im Umgang mit behinderten Patienten auf Seiten aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten sowie mangelndes Wissen über behinderungsspezifische Gesundheitsrisiken und Krankheitsverläufe.

Die Herausforderungen des demografischen Wandels in einer sich verändernden Gesellschaft erfordern eine kontinuierliche Überprüfung und ggf. Fortschreibung von Behandlungskonzepten. Die Versorgung älterer Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen erfolgt im Rahmen eines gestuften Versorgungsmanagements. Teilhabe- und Pflegeleistungen werden soweit möglich integriert erbracht.

Bei Vorliegen einer Demenz ist das Ziel, die kognitive Leistungsfähigkeit und selbstständige Lebensführung möglichst lange zu erhalten. Mit dem Fortschreiten der Symptome sind ggf. weitere medizinische und therapeutische Maßnahmen notwendig. Entscheidend sind eine kontinuierliche Behandlung und der Einbezug von Teilhabe- und Pflegeleistungen. Auch bei anderen psychischen Erkrankungen gibt es chronische Verläufe, in vielen Fällen ist jedoch eine erfolgreiche Behandlung möglich.

Die dafür notwendige berufs- und fachgruppenübergreifende Zusammenarbeit und das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V kann je nach Ausgangssituation und konkretem Behandlungsbedarf in der Klinik oder ambulant unterschiedlich organisiert werden. Im ambulanten Sektor werden aktuell noch modellbezogen verschiedene Möglichkeiten zur Übernahme einer dafür notwendigen koordinierenden

Funktion für Patientinnen und Patienten erprobt²¹. Im klinischen Bereich liegen bereits erprobte, regionale Organisationsmodelle mit klarer Zuordnung der Koordinationsfunktion vor²². Diese und weitere Ergebnisse erfolgreicher Modellprojekte können Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung der Versorgung liefern.

Aufsuchende Behandlung im häuslichen, vertrauten Umfeld kann für ältere Menschen den Zugang erleichtern und die Wirksamkeit erhöhen. Dies geschieht durch die in der ambulanten Versorgung Tätigen, teils auch im Rahmen besonderer Versorgungsverträge, sowie künftig ergänzend auch durch stationsäquivalente Leistungen nach § 115d SGB V. Sofern die Regelversorgung nicht in Anspruch genommen werden kann, können die Sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter den Zugang zu spezifischen Hilfen, wie fachärztliche Sprechstunden, erleichtern.

Maßnahmen zur Krisenintervention und zur Begleitung der Angehörigen sollten Bestandteil der Behandlung sein. Unerlässlich ist, unabhängig von der Organisationsform, eine integrierte Hilfeplanung sicherzustellen. Die Hilfen sollten lebensweltorientiert, bedarfsgerecht und integriert (Personenzentrierung) erbracht werden.

In der jüngeren Vergangenheit haben sich für die geriatrische Versorgung wesentliche Neuerungen ergeben, die nun in die Fläche zu bringen sind. Dies gilt insbesondere für niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte in Bezug auf das geriatrische Assessment, aber auch für Geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V. Zudem werden Modelle in Bezug auf Entlass- und Case-Management aktuell erprobt, deren Ergebnisse bei der Gestaltung der Versorgung zu berücksichtigen sind²³.

Psychotherapie ist bei älteren Menschen bedarfsgerecht einzusetzen.

Psychotherapie, darunter auch Suchttherapie, kann erfolgreich bei älteren Menschen eingesetzt werden. Auch bei Menschen mit kognitiven Einbußen ist Psychotherapie zur Reduktion der belastenden psychischen Symptomatik (etwa Depressionen oder Angstzuständen) hilfreich. Ältere Menschen nehmen dieses Angebot unterproportional in Anspruch²⁴. Mögliche Erklärungen hierfür könnten fehlende aufsuchende The-

²¹ Siehe Anhang „Projekt zur Verbesserung der neurologisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung (NPPV)“.

²² Siehe Anhang „Zentrum für Altersmedizin Gütersloh“ und „Netzwerk Gerontopsychiatrie Krefeld“.

²³ Siehe Anhang „Verbesserung der geriatrischen Versorgung – Modellprojekte des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V“.

²⁴ So nehmen etwa im 4. Quartal 2015 in Nordrhein-Westfalen 212.000 Menschen zwischen 20 und 59 Jahren psychotherapeutischer Leistungen (ärztliche und psychologische Psychotherapie) in Anspruch, aber nur 32.000 Menschen ab 60 Jahren (vgl. „Bericht zu der beteiligungsorientierten Phase im Rahmen der Erstellung des Landespsychiatrieplans NRW“).

rapiemöglichkeiten, Wartezeiten oder Schwellenängste bzw. eine grundsätzlich ablehnende Haltung sein. Die an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten sind für den Bedarf und die Wirksamkeit zu sensibilisieren. Um einen steigenden Behandlungsbedarf sachgerecht decken zu können, ist zu prüfen, ob eine kleinräumig ausgerichtete Bedarfsplanung und Versorgung sinnvoll umgesetzt werden kann. Eine Reduzierung von Wartezeiten²⁵ darf durch Nutzung der bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichteten Terminservicestellen erwartet werden. Auch bieten die veränderten Psychotherapierichtlinien hier wesentliche Ansatzpunkte für eine Flexibilisierung der Versorgung. Zugleich gilt es den gesetzlichen Auftrag zur Überprüfung der geltenden Bedarfsplanungsrichtlinie auf Bundesebene insbesondere für den Bereich der Psychotherapie zeitnah abzuschließen und als notwendig erkannte Anpassungen vorzunehmen.

Um ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen bedarfsgerecht und angebotsübergreifend zu versorgen, ist der Aufbau tragfähiger Kooperationsstrukturen notwendig. Für Patientinnen und Patienten, die auf Grund ihres Krankheitsverlaufs eine komplexe Behandlung und Betreuung benötigen, sollten Leistungen im Rahmen eines Gesamtkonzeptes unter Beteiligung der Betroffenen erbracht werden. Die Kompetenzen der Gerontopsychiatrie können nach Entscheidung der Akteure vor Ort in bereits bestehende geriatrische Versorgungsverbände mit dem Ziel eines gemeinsamen Verbundes eingebracht werden.

Für die Versorgung älterer Menschen mit psychischen Störungen ist ein Zusammenwirken von Medizin, Pflege, Pharmazie, Sozialarbeit, Psycho- sowie Physio- und Ergotherapie erforderlich. Diese bestimmen und steuern den Bedarf an Versorgung und sichern die Qualität. In lokalen gerontopsychiatrischen Netzwerken bzw. Zentren²⁶ können die Bausteine Tagesklinik, Tagespflege, Beratung, Ambulante Pflege und gerontopsychiatrische Sprechstunde ohne lange Wege an einem Ort genutzt werden.

²⁵ BPTK-Studie https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf

²⁶ Gerontopsychiatrische Zentren (GPZ) stellen keine Zentren zur Wahrnehmung besonderer Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG dar. Das Konzept der GPZ ermöglicht es älteren Menschen und ihren Angehörigen, ambulante Diagnostik und Therapie, teilstationäre Behandlungsangebote, gerontopsychiatrische Beratung sowie ambulante Hilfs- und Entlastungsangebote an einem Ort zu finden. Es ist damit vielmehr ein lokales regionales Netzwerk zur Erbringung besonderer Behandlungs- und Beratungsleistungen. Organisatorischer und räumlicher Zusammenhang werden durch Kliniken unterschiedlicher Trägerschaft häufig in Kooperation mit Städten und Kreisen gewährleistet.

Eine enge Verzahnung der bestehenden Vernetzungsstrukturen im psychiatrischen Bereich mit den im Krankenhausplan 2015 vorgegebenen geriatrischen Versorgungsverbänden ist weiter anzustreben. Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik setzen ihren Schwerpunkt im psychischen Bereich, die Geriatrie im somatischen Bereich²⁷. Eine enge Kooperation beider Disziplinen ist aufgrund häufig bestehender Komorbiditäten geboten. Dies kann eine gegenseitige Konsiliar- und Liaisontätigkeit beinhalten. Die Umsetzung der Kooperationen muss stets die Konstellationen vor Ort berücksichtigen und alle themenbezogenen Akteure einschließen. Tragfähige Kooperationsstrukturen sollten nach Möglichkeit die ambulanten und stationäre Alten- und Pflegeeinrichtungen einbeziehen. Dies betrifft die hausärztliche, psychotherapeutische und gerontopsychiatrische Versorgung und die fachärztliche somatische Versorgung, wie z. B. auch die zahnärztliche Versorgung²⁸.

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen benötigen in der stationären Versorgung zusätzliche Orientierungshilfen. Viele Krankenhäuser haben bereits mit der Anpassung von Abläufen reagiert, um Betroffene vor weiteren körperlichen und psychischen Belastungen zu schützen. Gleiches gilt für die stationäre Altenhilfe.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen, (ggf. bis dato unbekannt) kognitiven Einschränkungen oder Demenz sowie für die mit der Versorgung beauftragten Personen stellt der Aufenthalt in einem Krankenhaus eine Herausforderung dar. Diese Herausforderung betrifft genauso die Angehörigen.

Spätestens in der Notaufnahme muss abgewogen werden, ob eine vollstationäre Behandlung zwingend notwendig ist. Betroffene benötigen oftmals mehr Zeit, gezielte Hilfestellungen und eine individuellere Betreuung, um sich im System Krankenhaus zurechtzufinden. Desorientierung und Angst, bspw. vor bevorstehenden diagnostischen Maßnahmen, können neben der körperlichen Belastung auch zu erheblichen psychischen Belastungen führen. Insbesondere im perioperativen Umfeld der chirurgischen und intensivmedizinischen Abteilungen besteht für die beschriebene Patientengruppe ein hohes Risiko zusätzlicher Morbidität und Mortalität.

²⁷ Siehe Landespsychiatrieplan NRW, S. 18
(<https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/staatskanzlei/landespsychiatrieplan-nrw/2666>)

²⁸ Siehe Anhang „Zahnärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen“.

Viele Krankenhäuser haben begonnen, sich mit unterschiedlichen, vielversprechenden Maßnahmen diesen Herausforderungen zu stellen²⁹. Dazu gehören Veränderungen der Abläufe – wie eine besondere Operationsplanung und insbesondere perioperative Begleitung –, Milieugestaltung, interdisziplinäre und professionsübergreifende Schulungen, frühzeitige Identifikation von Risikogruppen sowie Fortentwicklung von Pharmakotherapie und Schmerzmanagement. Weitere Schritte sind notwendig. Die Beteiligung der Klinikleitung kann hierbei essentiell hilfreich sein. Veränderungen des gewohnten Tagesrhythmus und Umfelds sowie Verlegungen sind möglichst auf ein Mindestmaß zu reduzieren.

Die Benennung von Expertinnen und Experten für Demenz, die z. B. aus den Bereichen Pflege, Sozialdienst oder ärztlicher Dienst rekrutiert werden können, können in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen schnittstellenübergreifend für die Patientengruppe sensibilisieren und Bewusstsein für die Relevanz des Themas Demenz für alle Funktionsbereiche schaffen.

Auch nach der Entlassung aus einer stationären Behandlung müssen die besonderen Bedarfe dieser Patientengruppe berücksichtigt werden. In Nordrhein-Westfalen erfolgt dies im Zusammenwirken aller Fachgebiete und Versorgungsebenen, die für die Versorgung älterer Menschen Verantwortung tragen. Patientenorientierte Pflegesysteme, wie das Bezugspflegesystem oder das Primary Nursing System, erleichtern bei stationären Aufenthalten in Krankenhäusern und Einrichtungen der Pflege und Altenhilfe den Umgang mit Demenzsymptomen und ermöglichen den Patientinnen und Patienten Vertrauen und ein Gefühl von Sicherheit aufzubauen.

Durch die Implementierung anerkannter Pflegemodelle und -theorien gewinnen beruflich Pflegende unabhängig von Erstausbildung, Institutionen und Versorgungsformen ein gemeinsames Pflegeverständnis. Gerade Patientinnen und Patienten mit einer Demenz profitieren von einer sowohl in Krankenpflege als auch Altenhilfe einheitlichen Dokumentation, die lebenslang weiterentwickelte Selbstpflegefähigkeiten und entstandene Pflegebedarfe umfasst. Angesichts des zunehmenden Wegfalls familiärer Betreuungsstrukturen gewinnt auch der Ansatz der Prävention durch professionell Pflegende an Bedeutung, der bislang noch wenig erforscht ist. Es gilt, die Möglichkeiten des Präventionsgesetzes zu nutzen und zielgerichtet aussagekräftige

²⁹ Im Anhang sind hierzu einige Beispiele bereits erfolgter Aktivitäten oder Projekte angeführt.

Erkenntnisse über die Wirkungsweise von Präventionsmaßnahmen bei dieser Personengruppe zu gewinnen³⁰.

Polypharmazie stellt bei älteren Patientinnen und Patienten die Regel dar. Der Medikationsplan ist ein wichtiges Instrument zur Transparenz und Kontrolle der Arzneimitteltherapiesicherheit, in dessen Aktualisierung alle Versorgenden einbezogen werden sollten.

Ältere Patientinnen und Patienten mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen weisen häufig noch zusätzliche körperliche Erkrankungen auf. Hieraus resultiert in vielen Fällen eine Polymedikation³¹. Zur Sicherstellung der Arzneimitteltherapiesicherheit benötigen an der Versorgung beteiligte Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, aber auch Patientinnen und Patienten bzw. ihre Angehörigen einen Überblick über die Gesamtmedikation. Hierbei spielen auch Arzneimittel eine wichtige Rolle, die zusätzlich ohne Rezept in der Apotheke erworben und eingenommen werden. Eine entsprechende Übersicht über verordnete Präparate, Wirkstoffe, Dosierungen und Einnahmezeiten bietet allen an der Versorgung Beteiligten sowie Betroffenen der bundeseinheitliche Medikationsplan³². Insbesondere stationäre Pflegeeinrichtungen sollten in die regelmäßige Aktualisierung des Medikationsplans einbezogen werden. In enger Zusammenarbeit mit den Apotheken obliegt diesen die rechtzeitige Bereitstellung der erforderlichen Medikation.

Daneben stellt die Durchführung einer Medikationsanalyse eine weitere Verbesserungsmöglichkeit der Arzneimitteltherapiesicherheit bei Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen dar. Durch unterstützende Maßnahmen (z. B. Schulung, Einnahme- und Absetzhinweise, Wochendosetten) kann die Therapietreue sowie das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten verbessert werden.

Für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Apothekerinnen und Apotheker sowie weitere an der Therapie beteiligte Berufsgruppen ist zudem eine regelmäßige Fortbildung hinsichtlich einer leitliniengerechten Medikation in Wirkung und Notwendigkeit für den älter werdenden Organismus geboten. Instrumentarien wie z. B. die PRISCUS-

³⁰ Zur Gestaltung von Prävention für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nicht mehr in der eigenen Häuslichkeit wohnen, enthält der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ Empfehlungen für Maßnahmen zu körperlicher Aktivität, Training kognitiver Ressourcen sowie zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit und Prävention von Gewalt.

Siehe hierzu Anhang Projekt „gesa Pflege, Gesundheitsförderung für stationäre Pflegeeinrichtungen“, S. 4
³¹ Siehe hierzu 21. Entschießung der Landesgesundheitskonferenz 2012 „Arzneimitteltherapiesicherheit als elementarer Baustein einer guten und sicheren gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger“, https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/21._landesgesundheitskonferenz_nrw.pdf

³² Festgeschrieben im "Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)"

Liste³³ und andere können bei der Auswahl des geeigneten Präparates helfen. Doch auch die Bewertung einer Leitlinienempfehlung für das jeweilige Krankheitsbild durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt muss in ihrer Anwendung die individuellen Besonderheiten der Patientinnen und Patienten berücksichtigen, wie z. B. Alter, Multimorbidität, Polypharmazie und Lebenssituation.

Handlungsempfehlungen und Maßnahmen

- Die Heilberufskammern berücksichtigen die Themen Demenz und andere psychische Erkrankungen einschließlich der für die Versorgung relevanten Aspekte und die Erfordernisse einer professionsübergreifenden Zusammenarbeit in ihrer Fort- und Weiterbildung.
- Pflegeüberleitungsbriefe können eine regelhafte Weitergabe pflegerischer Anteile aus stationären Krankenhausaufenthalten an nachsorgende Sozialstationen sowie an Pflege- und Behinderteneinrichtungen sichern. Die Aktivitäten im Rahmen des Entlassmanagements und die Implementierung der Instrumente in Krankenhäusern und Einrichtungen der Pflege und Altenhilfe in Nordrhein-Westfalen sollten unterstützt werden.
- Die Weiterentwicklung des Versorgungsmanagements sollte insbesondere in Bezug auf die Schnittstelle klinische und ambulante Regelversorgung forciert werden. Fachveranstaltungen und Implementationsprojekte wären hier hilfreich. Vorliegende Erfahrungen aus regionalen Modellprojekten³⁴ sollten insbesondere in Bezug auf Demenz einbezogen werden. Das MAGS wird Fördermöglichkeiten prüfen.
- Aufsuchende Behandlungsangebote dort, wo Menschen leben, sollten im ambulanten Sektor und vom Krankenhaus aus (stationsäquivalente Behandlung gem. § 115d SGB V) patienten- und bedarfsorientiert gestaltet werden. Dazu sollten Kooperationskonzepte mit verbindlichen Behandlungsteams oder -netzen weiterentwickelt werden, so dass aufeinander abgestimmte Maßnahmen multiprofessioneller therapeutischer Teams selbstverständlich werden.
- Gerontopsychiatrische Leistungen können bereits jetzt über Kooperationen regional Bestandteil der Versorgung sein. Im Rahmen neu entstehender geriatrischer

³³ Im Rahmen des Projektverbunds PRISCUS, der sich mit der Gesundheit und Gesundheitsversorgung alter Menschen befasst, haben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler eine Liste mit all jenen Medikamenten erstellt, die für ältere Menschen potenziell ungeeignet sind.

³⁴ Siehe Anhang „Projekt zur Verbesserung der neurologisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung (NPPV)“, „Zentrum für Altersmedizin Gütersloh“ und „Netzwerk Gerontopsychiatrie Krefeld“

Versorgungsverbände sollte ebenfalls ein geriatrisch-gerontopsychiatrischer Verbund geschaffen werden. Das MAGS wird diesen Prozess begleiten und im Dialog mit den Beteiligten unterstützen.

- Gezieltere Informationen über Nutzen und Möglichkeiten psychotherapeutischer Angebote für ältere Menschen sollten den Betroffenen, den Kliniken, der Ärzteschaft und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verfügung stehen.
- Der öffentliche Gesundheitsdienst berät niederschwellig ältere Menschen mit Demenz und psychischen Erkrankungen. Die Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollten Angebote zu Ausbau oder Anpassung im Hinblick auf die besonderen Bedarfe überprüfen.
- Das Hilfesystem für Suchtkranke wird für den barrierefreien Zugang älterer Personen stärker sensibilisiert und qualifiziert. Aufsuchende Hilfeangebote können dabei ein Baustein sein. Zugleich sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenhilfe und Pflege geschult werden, alkohol- und medikamentenbezogene Störungen älterer Personen wahrzunehmen sowie bedarfsgerechte Hilfeangebote zu vermitteln.
- Ausgehend vom Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) sollten suizidpräventive Maßnahmen und ein Ausbau niederschwelliger Hilfsangebote für suizidgefährdete ältere Menschen weiterentwickelt werden.
- Die regionalen „Bündnisse gegen Depression“ sind zu fördern und können durch Aufklärungsarbeit einen wichtigen Beitrag in der primären Suizidprävention leisten.
- Die Kompetenz der Apothekerschaft für Verbesserungsmöglichkeiten der Arzneimitteltherapiesicherheit bei Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen ist weiter zu optimieren. Die Apothekerkammern werden hier die Fortbildung u. a. auch zur Durchführung der Medikationsanalyse entsprechend stärken.
- Einrichtungen im Gesundheitswesen, insbesondere Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenhilfe, sollten Orientierungshilfen und Barrierefreiheit weiterentwickeln. Die begonnenen Aktivitäten zur Beratung der (Weiter-)Entwicklung von krankenhausspezifischen Demenzkonzepten und Netzwerkstrukturen sowie die Fortführung des interprofessionellen Diskurs und kollegialen Dialogs wird das MAGS weiter unterstützen.

Landesinitiative „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“

Zur flankierenden Umsetzung der Entschließung vereinbart die LGK, die Ausschreibung zum Wettbewerb "Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen" im Jahr 2019 unter das Schwerpunktthema „Versorgung von älteren Menschen mit Demenz und anderen psychischen Erkrankungen“ zu stellen.

Die Landesinitiative „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“ zeigt neue Ansätze der gesundheitlichen Versorgung auf, macht sie medial bekannt und vergibt Preisgelder. Herausragende Projekte werden mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnet. Dadurch werden positive Effekte für die Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen ausgelöst. Vielversprechende Projekte regen zur Nachahmung an und fördern zugleich die Entwicklung neuer, kreativer Ideen sowie die Netzwerkbildung der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen.



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Fax 0211 855-3211
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw