



Die Seele stärken: Hilfe im Alter

Ein LWL-Ratgeber für psychisch kranke ältere Menschen

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Impressum

Die Seele stärken: Hilfe im Alter
Ein LWL-Ratgeber für psychisch kranke ältere Menschen

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
LWL-Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und
LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
48133 Münster
Tel.: 0251 591-4406
Fax: 0251 591-5405
oeffentlichkeitsarbeit@lwl.org
www.lwl-psychiatrieverbund.de

Text, Koordination und Redaktion:

Dr. Gaby Bruchmann, Hildegard Büttel, Petra Dlugosch, Dr. Tilmann Fey,
Stephan A. Heuschen, Walburga Körting, Dr. Markus Müller-Küppers,
Thomas Profazi, Dr. Bernhard Sibum, Frank Tafertshofer, Michaela Thier

Bildnachweis:

Ralf Emmerich, Münster: S. 7 (r.)
Fotolia: S. 92, 111
Gettyimages: Titel
istockphoto: S. 69, 70, 72, 75
LWL: S. 37, 59, 91, 105
LWL-Klinik Münster: S. 8, 53, 108
Gregor Schläger, Hamburg: S. 12, 14, 15, 23, 24, 26, 29, 30, 32, 35, 38,
40, 43, 44, 46, 48, 49, 60, 64, 66, 78, 80, 83, 84, 86, 89, 96, 99, 107
Ralf Spangenberg, Münster: S. 7 (l.)
Stephan Wieland, Düsseldorf: S. 63, 95

Gestaltung: Oktober Kommunikationsdesign, Bochum

Druck: Druckerei Lonnemann GmbH, Selm

5. Auflage, unveränderter Nachdruck der 4. Auflage von 2010

Auflage: 5.000 Exemplare

© 2010 LWL

Die Seele stärken: Hilfe im Alter

Ein LWL-Ratgeber für psychisch kranke ältere Menschen



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Inhalt

04	Vorwort
08	Überzeugen Es ist viel Geduld nötig
12	Gerontopsychiatrie Hilfen für die Seele
16	Die Gerontopsychiatrie im Überblick Netzwerk für die Seele
20	Fragen und Antworten Zwölf häufig gestellte Fragen
24	Depressionen Die Geschichte von Anne Sch., 76
30	Symptome
32	Therapie
34	Wissenswertes
36	Informationen
38	Demenz Die Geschichte von Helga W., 78
44	Symptome
48	Therapie
52	Wissenswertes
56	Informationen
60	Hilfestellung
62	Gedächtnistraining

64	Sucht	
	Die Geschichte von Gerda H., 73	
70	Symptome	
72	Therapie	
74	Wissenswertes	
76	Informationen	
78	Psychotische Störungen	
	Die Geschichte von Ursula R., 73	
84	Symptome	
86	Therapie	
88	Wissenswertes	
90	Informationen	
92	Vorbeugen	
	Das Tandem Körper und Seele	
96	Stationsalltag in der Pflege	
	Das Beispiel in der LWL-Klinik Paderborn	
106	Pflege	
	Das oberste Ziel: Altern in Würde	
110	Medikamente	
	Medikamente sind wichtig	
112	Adressen	
	Die LWL-Kliniken und LWL-Pflegezentren	



Liebe Leserin, lieber Leser!

Es ist eine erfreuliche Tatsache: **Die Menschen werden immer älter.** Mit steigender Lebenserwartung wächst aber auch das Risiko von Gebrechen und Erkrankungen, die Körper und Seele befallen können.

Gerade bei älteren Menschen wird allzu oft übersehen, dass nicht nur der Körper krank werden kann. Depressionen oder Demenzen – wie etwa die Alzheimer-Krankheit – gehören inzwischen zu den häufigsten Alterserkrankungen weltweit. Neben der Altersheilkunde (Geriatric) zur Behandlung körperlicher Krankheiten kümmert sich die Alterspsychiatrie (Gerontopsychiatrie) speziell um psychische Erkrankungen bei Menschen im höheren und hohen Alter.

Etwa fünf Prozent der über 65-Jährigen in Deutschland leiden unter behandlungsbedürftigen Depressionen, die mit einem hohen Selbsttötungsrisiko verbunden sein können. Rund eine Million Menschen sind zudem von einer Demenz-Erkrankung betroffen. Davon haben die meisten die gefürchtete Alzheimer-Krankheit, die im fortgeschrittenen Stadium auch für Angehörige und Pflegende zu einer starken Belastung wird.

*„Alt werden ist wie auf einen Berg steigen.
Je höher man kommt, desto mehr Kräfte sind verbraucht,
aber umso weiter sieht man.“* Ingmar Bergman, Regisseur

Ältere Menschen leiden zudem verstärkt unter Ängsten als Folge von Krankheit, Isolation oder Vereinsamung. Oft soll ihnen der Griff zur Flasche oder zu starken Beruhigungsmitteln bei der Bewältigung von Angstzuständen, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit helfen. Vor allem Depressionen und Demenzen werden immer noch allzu schnell als typische altersbedingte Verschleißerscheinungen

abgetan und zum Tabu erklärt. Der Volksmund spricht von „Verkal-
kung“, „Verrücktheit“, „Lamentieren“ oder „Tüddeligkeit“, **wenn die
Psyche im Alter krank ist.**

Manchmal werden diese Krankheiten auch einfach nicht oder zu
spät erkannt, weil die typischen Warnsignale nicht richtig gedeutet
werden. Viele Patientinnen und Patienten erhalten dadurch nie eine
fachgerechte Behandlung. Sie werden in ein Heim eingewiesen, ob-
wohl ihnen auch „vor Ort“ wirksam geholfen werden kann.

Altern ist kein plötzlich eintretender Zustand, sondern ein **dauerhaf-
ter Prozess**, der das ganze Leben fortschreitet. In jedem Lebensab-
schnitt können körperliche und psychische Erkrankungen auftreten.

*Oftmals werden seelische Krankheiten auch einfach nicht
oder zu spät erkannt, weil die typischen Warnsignale
nicht richtig gedeutet werden.*

Speziell Patientinnen und Patienten etwa ab dem 60. Lebensjahr
hat die **Gerontopsychiatrie** im Blick. Sie bietet inzwischen vielfäl-
tige therapeutische Angebote und Hilfen an. Dazu zählen auch die
gerontopsychiatrischen Einrichtungen im LWL-PsychiatrieVerbund
Westfalen. Eine von ihnen, die LWL-Klinik Münster, blickt mit einem
Projekt in die Zukunft: Die Klinik kooperiert im Rahmen des Zent-
rums für Altersmedizin mit der Abteilung Geriatrie des Ev. Kranken-
hauses Johannesstift Münster, unter anderem durch Konsiliardienst,
gemeinsame Fortbildungen. Unter einem Dach soll die kombinierte
Behandlung körperlicher und seelischer Erkrankungen angeboten
werden. Der Landschaftsverband stimmt alle Behandlungsange-
bote einschließlich der medikamentösen Therapie auch auf die
geschlechtstypischen Unterschiede der Patientinnen und Patienten
und ihres Umfeldes ab. Die individuellen Biografien und Bedürfnisse
von Frauen und Männern stehen dabei im Mittelpunkt.

Berücksichtigt werden von der Gerontopsychiatrie vor allem die im Alter veränderten Bedürfnisse, Belastbarkeiten und Lebensperspektiven ebenso wie die vielfach vorhandenen körperlichen Krankheiten. Behandlung und Pflege sind **ganzheitlich ausgerichtet** und umfassen psychische, körperliche und soziale Aspekte. Hierzu gehört auch die Einbeziehung der Angehörigen sowie die Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Ziel ist es, die Gesundheit der Betroffenen zu fördern und Fähigkeiten, die durch eine Erkrankung beeinträchtigt sind, teilweise oder ganz wiederherzustellen.



Dr. Wolfgang Kirsch

LWL-Direktor



Helga Schuhmann-Wessolek

LWL-Krankenhausdezernentin

Es ist viel Geduld nötig

Überzeugungsarbeit – Vorsorgemöglichkeiten – Betreuungsrecht

Wenn sich ältere Familienmitglieder plötzlich oder allmählich seltsam verhalten und der Verdacht einer seelischen Erkrankung besteht, sind die Angehörigen in der **Verantwortung**. Es wäre ein Fehler, psychische Veränderungen leichtfertig zu übersehen und sie schick-salhaft einfach auf das Alter zu schieben. Möglicherweise steckt dahinter eine Erkrankung, die behandelt werden muss und kann.

Es ist nicht immer einfach, psychisch kranke Menschen von der Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung zu überzeugen. Zum Umgang mit psychisch kranken Menschen gehört vor allem eines: **sehr viel Geduld**.

Die Hausärztin oder der Hausarzt können Menschen mit seelischen Erkrankungen meistens am besten zu einer Behandlung motivieren.



Zunächst empfiehlt sich ein Gespräch der Angehörigen mit der Hausärztin oder dem Hausarzt, um sich selbst ein erstes Bild zu machen, um welche Krankheit es sich handeln könnte und welche Fachärztin oder welcher Facharzt weiterhelfen kann. Danach beginnt die **Überzeugungsarbeit** beim erkrankten Menschen selbst. Je nach Persönlichkeit sollten Menschen mit einer psychischen Erkrankung jedoch nicht immer direkt mit dem konkreten Verdacht einer seelischen Störung konfrontiert werden. Manche werten das vielleicht als persönlichen Angriff und wehren den Versuch der Hilfe ab. Andere wiederum sind offen für klare Worte. Schwer depressive Menschen sind nahezu nicht mehr in der Lage, für sich Entscheidungen zu fällen. Ihnen fehlt aufgrund ihrer Erkrankung häufig die Fähigkeit zum Handeln; sie wollen, können aber nicht, und nicht umgekehrt.

Hilfreich ist es dann, auf die vorhandene körperliche Erschöpfung oder auf Beschwerden einzugehen, über die die oder der Kranke selbst seit Längerem klagt. Damit lässt sich dann ein Arztbesuch leichter begründen. Familienmitglieder mit einer beginnenden Demenz sind leichter zu motivieren, wenn ihnen klargemacht wird, dass sie Medikamente und Behandlungen bekommen, nach denen sie sich dann besser fühlen werden.

Wenn alle Überzeugungsarbeit versagt

Es kann jedoch der Fall eintreten, dass die geduldigste Überzeugungsarbeit nichts mehr nützt. Besteht zum Beispiel bei einer an Depressionen erkrankten Frau oder einem wahnhaft erkrankten Mann Selbsttötungsgefahr, muss sie oder er in jedem Fall umgehend in eine psychiatrische Fachklinik eingewiesen werden.

Ein an Demenz erkrankter Mensch kann im Verlauf der Krankheit an den Punkt kommen, an dem er bestimmte Lebensentscheidungen nicht mehr eigenverantwortlich treffen kann. Das 1992 eingeführte

Betreuungsrecht sieht vor, dass Menschen, die wegen einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten nicht mehr selbstständig regeln können, eine vom Vormundschaftsgericht bestellte rechtliche Betreuerin/einen rechtlichen Betreuer zur Seite gestellt bekommen.

Es kann jedoch der Fall eintreten, dass auch die geduldigste Überzeugungsarbeit nichts mehr nützt.

Diese/dieser vertritt dann die Betroffenen in dem ihr/ihm übertragenen Wirkungsbereich wie bei der Wohnungssuche, bei Behördengängen oder bei Arztterminen. Dabei hat die Betreuerin/der Betreuer Rücksicht auf die Wünsche und das Wohl der Betroffenen zu nehmen, da diese im Zentrum der rechtlichen Betreuung stehen und – anders als im früher geltenden Recht der Vormundschaften – nicht entmündigt werden. Bei der Auswahl der Betreuerin/des Betreuers wird das zuständige Vormundschaftsgericht bemüht sein, in einem persönlichen Gespräch die Vorstellungen der Betroffenen zu ermitteln. Ob eine Betreuung erforderlich ist, ermittelt eine Sachverständige/ein Sachverständiger. Spätestens nach sieben Jahren muss das Vormundschaftsgericht entscheiden, ob die Betreuung verlängert oder beendet werden soll.

Alternativen zur Betreuung bieten nach bestehendem Recht die Vorsorge in Form der **Vorsorgevollmacht** und die **Betreuungsverfügung**. Mit der **Vorsorgevollmacht** wird festgelegt, wer gegebenenfalls zukünftig stellvertretend für die Betroffenen handeln soll. Sie gibt jedem Menschen die Möglichkeit, rechtzeitig zu entscheiden, wer bevollmächtigt werden soll – zum Beispiel eine Angehörige oder ein Freund – und welche Angelegenheiten die oder der Bevollmächtigte regeln soll. Da die Vorsorgevollmacht der oder dem Bevollmächtigten unter Umständen weitreichende Befugnisse erteilt, ist das Vertrauen in die bevollmächtigte Person wichtigste Voraussetzung. Ein Widerruf der Vorsorgevollmacht ist möglich.

In der **Betreuungsverfügung** wird bestimmt, wer – falls es nötig sein sollte – vom Vormundschaftsgericht als Betreuerin/Betreuer eingesetzt werden soll. Zudem können in der Betreuungsverfügung bereits „in guten Tagen“ Ausführungen zur späteren Lebensgestaltung getroffen werden. Die Anordnungen der Betreuungsverfügung binden das Vormundschaftsgericht allerdings nur so weit, als das Wohl des betreuten Menschen hierdurch nicht gefährdet wird. Um sicherzustellen, dass die Vorsorgevollmacht oder die Betreuungsverfügung „im Fall des Falles“ auch beachtet wird, sollte sie schriftlich abgefasst werden.

Auch wenn man hofft, dass einem in schwierigen Lebenssituationen die Angehörigen oder Freundinnen und Freunde hilfreich zur Seite stehen: Eine wirksame rechtliche Vertretung ist nur dann möglich, wenn eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung vorliegt oder eine rechtliche Betreuerin/ein rechtlicher Betreuer bestellt worden ist. Ehefrauen, Ehemänner oder Kinder dürfen nicht automatisch als Vertretung der Betroffenen auftreten und rechtsverbindliche Erklärungen für sie abgeben. Wenn es keine Angehörigen, Freundinnen oder Freunde gibt, die die Aufgaben einer Betreuerin/eines Betreuers oder einer/eines Bevollmächtigten übernehmen können, stehen den Betroffenen professionelle Helferinnen und Helfer (freiberufliche Betreuerinnen und Betreuer, Beschäftigte von Betreuungsvereinen oder Betreuungsbehörden) zur Seite. Bei den anerkannten Betreuungsvereinen und kommunalen Betreuungsbehörden erhalten Betroffene umfangreiche Informationen zu den Themen rechtliche Betreuung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.

Ein Adressverzeichnis der Betreuungsvereine und Betreuungsbehörden ist erhältlich bei:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen,
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
Landesbetreuungsamt
Daniela Wolff, 48133 Münster
Tel.: 0251 591-5807, daniela.wolff@lwl.org

Fachkrankenschwester Natalie Scherer (l.) weiß, dass es sich über körperliche Beschwerden leichter reden lässt, als über die Sorge, dass im Kopf nicht mehr alles richtig sein könnte.



Hilfen für die Seele

Gerontopsychiatrie kümmert sich um Menschen über 60

Ab wann ist der Mensch alt? Biologisch gibt es darauf keine eindeutige Antwort. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gilt als alt, wer das **65. Lebensjahr** vollendet hat. Dieser Richtwert wird grob auch für die Gerontopsychiatrie angewendet. Immer dann, wenn sich bei Menschen etwa ab dem 60. Lebensjahr psychische Erkrankungen zeigen, ist sie zuständig. Gerade in diesem Alter ändern sich die Lebensthemen, die Kinder sind aus dem Haus, das Rentnerin- oder Rentnerdasein beginnt, unbearbeitete Kriegstraumatisierungen können wieder hochkommen.

Die Gerontopsychiatrie ist zugleich eine **Fachrichtung mit Zukunft**. Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung wächst stetig, ebenso steigt die durchschnittliche Lebenserwartung. 1950 waren in Deutschland etwa 25 von 100 Erwachsenen älter als 60 Jahre. 2020 werden es bereits mehr als 33 von 100 sein.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko körperlicher Erkrankungen. Daneben mehren sich bei alternden Menschen, die zudem oft soziale, finanzielle und alltägliche Einschränkungen erleben müssen, psychische Leiden sowie Demenz-Erkrankungen. Die Gerontopsychiatrie erforscht, diagnostiziert und behandelt in erster Linie die seelischen Erkrankungen von Menschen im höheren oder hohen Lebensalter. Es besteht eine enge Verbindung zur Altersheilkunde

Älteren Menschen soll auf breiter Basis geholfen werden, mit dem Leben im Alter in weitgehender Selbstbestimmung umgehen zu können oder die Eigenverantwortung zurückzugewinnen.

(Geriatric), zu anderen medizinischen Disziplinen und zu den Einrichtungen der Altenhilfe.

Die Gerontopsychiatrie ist eine Querschnittsaufgabe, die älteren und alten Menschen **in einem weit gespannten Netz** hilft, ihre gesundheitliche, körperliche, psychische und soziale Stabilität lange zu erhalten oder nach Krankheiten die Kontrolle über ihr Leben so weit wie eben möglich zurückzugewinnen.

Dabei spielt es keine Rolle, ob die Erkrankung bereits seit Längerem besteht oder erst mit fortschreitendem Alter eingetreten ist. Die gerontopsychiatrische Versorgung umfasst die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten mit ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten.

Viele Patientinnen und Patienten kommen beim entspannenden Malen von Mandalas zum ersten Mal mit künstlerischen Ausdrucksformen in Berührung.





Gedanken malen, kreativ sein – für viele Patientinnen und Patienten eine neue Erfahrung.

In diesem Zusammenwirken spielen auch die Angehörigen eine wichtige Rolle, die möglichst eng in das therapeutische Konzept eingebunden werden, für die es zudem neben Einzelgesprächen und Beratung auch **eigene Gruppenangebote** gibt.

Immerhin werden rund 90 Prozent der psychisch erkrankten Menschen und etwa 70 Prozent der Demenz-Patientinnen und Demenz-Patienten zu Hause oder in der Familie betreut und gepflegt. Oberstes Ziel ist es nicht allein, die Erkrankungen zu heilen oder zu lindern. Älteren Menschen soll auf breiter Basis geholfen werden, mit dem Leben im Alter in weitgehender **Selbstbestimmung** umgehen zu können oder die **Eigenverantwortung** zurückzugewinnen. Diese ganzheitliche Aufgabe stellt die Gerontopsychiatrie in den Mittelpunkt ihrer Arbeit. Die lückenlose Betreuung reicht über die Grenzen von Fachgebieten, Diensten und Institutionen hinweg. Im Bereich des LWL geschieht dies mit einem medizinischen und pflegerischen Angebot, das dezentral und wohnortnah organisiert und mit weiteren Anbietern vernetzt ist.

Gerontopsychiatrie

Die drei Wortteile dieser medizinischen Fachrichtung leiten sich aus dem Griechischen her:

Geron heißt übersetzt alter Mensch.

Psyche ist die Seele.

Iatros ist der Arzt.

Netzwerk für die Seele

Die Gerontopsychiatrie im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Die Gerontopsychiatrie ist fester Bestandteil in der Angebotspalette des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen. Die Fachabteilungen seiner Kliniken, die speziell ältere Menschen mit geistigen oder seelischen Erkrankungen behandeln und pflegen, unterhält der LWL an elf Standorten (*Adressverzeichnis siehe Seiten 112 bis 115*).

Enge Verbindungen bestehen zu den sieben LWL-Pflegezentren. So können die Patientinnen und Patienten wohnortnah behandelt und gepflegt werden.

Darüber hinaus gibt es zahlreiche Kooperationen. Zu nennen sind zunächst die jeweils vor Ort niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen in Praxen und Mediziner an Allgemeinkrankenhäusern. Gerade sie stellen oft die erste Verdachtsdiagnose auf eine seelische Erkrankung und überweisen ihre Patientinnen und Patienten an die zuständige Fachklinik, zum Beispiel des LWL.

Da ältere und alte Menschen oft auch körperliche Krankheiten haben, gibt es enge Kontakte zur Geriatrie – also zu Fachärzten und Fachärztinnen aus der Allgemeinmedizin, der Inneren, der Psychiatrie und Neurologie.

Viele ältere Menschen sind auf die Hilfe zu Hause angewiesen. In die Arbeit der Gerontopsychiatrie sind deshalb ambulante Betreuungs- und Pflegedienste ebenso einbezogen wie physiotherapeutische Dienste (*Erläuterungen siehe Seite 19*).

So können die Patientinnen und Patienten wohnortnah behandelt und gepflegt werden.

Darüber hinaus bestehen Kooperationen mit Altenheimen und Altenwohneinrichtungen, Pflegeheimen und sozialpsychiatrischen Diensten. Für den Austausch von Angehörigen oder ehemals psychisch kranken Menschen untereinander stehen Selbsthilfegruppen sowie Seelsorgerinnen und Seelsorger zur Verfügung.

Wie das gerontopsychiatrische Netz gewebt ist, veranschaulicht das Schema auf Seite 18.

Wege und Anlaufstellen ...

... für die Behandlung seelisch kranker älterer Menschen



Ambulant Betreutes Wohnen Behinderte Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung nicht ohne Betreuung leben können, erhalten ambulant Hilfe. Das Betreuungspersonal kommt in der Regel mehrmals pro Woche, um die behinderten Menschen in den verschiedensten Bereichen des Lebens zu unterstützen.

Ambulante Pflegedienste erbringen Leistungen für pflegebedürftige Menschen sowohl nach dem Pflegeversicherungsgesetz als auch nach den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sind aufsuchend tätig, d.h. sie pflegen die Menschen in ihrer häuslichen Umgebung.

Altenheime Das traditionelle Altenheim bietet ein selbst zu möblierendes Zimmer, Vollverpflegung, hauswirtschaftliche Versorgung, leichte Pflege und Rufbereitschaft im Haus.

Demenz-Servicezentren Angehörige, die an Demenz erkrankte, altersverwirrte Menschen oft jahrelang zu Hause betreuen und pflegen, brauchen fachliche Beratung und emotionale Unterstützung. Die bekommen sie in den acht neuen Demenz-Servicezentren in Nordrhein-Westfalen, die als Modellprojekt vom „Kuratorium Deutsche Altershilfe“ entwickelt wurden und ab 2005 von Landesregierung und Pflegekassen über drei Jahre gefördert werden.

Geriatric oder Altersheilkunde ist die Lehre von den Krankheiten des alten Menschen. Dies betrifft vor allem Probleme aus den Bereichen der Inneren Medizin, Orthopädie oder Neurologie.

Gesetzliche Betreuung Vom Vormundschaftsgericht für Menschen eingerichtet, die ihre eigenen Angelegenheiten nicht oder nicht vollständig erledigen können. Institutsambulanzen ergänzen das ambulante Behandlungsangebot für Patientinnen und Patienten mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen. Krankenhausaufenthalte sollen so vermieden oder verkürzt werden.

Kurzzeitpflege können psychisch erkrankte Menschen für vier Wochen im Jahr in Anspruch nehmen, wenn vorübergehende häusliche Pflege nicht möglich ist oder nach einem Krankenhausaufenthalt.

Pflegezentren In Pflegezentren werden die verschiedenen Bausteine pflegerischer Versorgung (stationäre Pflege, Kurzzeit-, Tages-, Nacht- und ambulante Pflege) aus einer Hand angeboten.

Pflegeheime sind vollstationäre Einrichtungen im Sinn des Pflegeversicherungsgesetzes, in denen pflegebedürftige Menschen rund um die Uhr betreut und gepflegt werden.

Physiotherapeutische Dienste behandeln Erkrankungen nach ärztlicher Anordnung mit naturgegebenen Mitteln wie Wasser, Wärme, Licht, Luft. Dazu zählen z.B. Bewegungstherapien, Atemtherapien, Heilmassagen, Reflexzonentherapien, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapien, alle elektro-, thermo-, photo-, hydrotherapeutischen Maßnahmen oder die Heilbehandlung durch Bäder.

Seelsorge Gesprächs- und Beratungsangebot von Kirchengemeinden, um Menschen in Not und Krisen beizustehen.

Selbsthilfegruppen Dort treffen sich Menschen, die ein ähnliches Schicksal teilen. Der gegenseitige Austausch macht Mut und eröffnet neue Perspektiven.

Sozialpsychiatrische Dienste sind in der Regel bei den Gesundheitsämtern angesiedelt und versorgen ambulant vor allem chronisch psychisch kranke Menschen. Die Dienste unterstützen bei der Bewältigung des Alltags und helfen bei Krisen. Tages- oder Nachtpflege kann zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege dienen. Die pflegebedürftigen Menschen werden tagsüber oder nachts in einer Pflegeeinrichtung gepflegt und verbringen die Wochenenden zu Hause.

Tageskliniken Die „Kliniken ohne Betten“ bieten Menschen in seelischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit, tagsüber eine regelmäßige Behandlung in Anspruch zu nehmen und die Abende und Wochenenden zu Hause zu verbringen.

Wohneinrichtungen Menschen, die nicht selbstständig oder mit ambulanter Betreuung in einer eigenen Wohnung leben können, finden ihr Zuhause in einer stationären Wohneinrichtung. In einem Wohnheim ist rund um die Uhr für Betreuung gesorgt.

Wohnverbünde Unter dem Dach der LWL-Wohnverbünde werden Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens, ambulanter Tagesstrukturen, stationären Einzelwohnens, Trainingswohnens bis hin zu vollstationären Wohneinrichtungen einschließlich Kurzzeitwohnen angeboten.

Zwölf häufig gestellte Fragen

... vor der Aufnahme in eine gerontopsychiatrische Klinik

Wer ist die erste Anlaufstelle bei einer seelischen Erkrankung?

In der Regel sind die Hausärztinnen oder Hausärzte die Vertrauenspersonen, die einen Menschen über Jahre hinweg am besten kennen gelernt haben. Sie sind bei einer seelischen Störung ebenso die richtige erste Adresse, um zu entscheiden, welche Behandlung infrage kommt und welche weiteren Maßnahmen, ambulant oder stationär, ergriffen werden müssen.

Wie geht es nach dem Besuch der Hausärztin oder des Hausarztes weiter?

Soll ein psychisch krankes Familienmitglied aufgrund der Diagnose stationär behandelt werden, stellen die Hausärztin/der Hausarzt oder die Fachärztin/der Facharzt schriftlich eine Einweisung ins Krankenhaus aus – zum Beispiel in eine der LWL-Kliniken –, die bei der Aufnahme vorgelegt wird.

Wo bietet der LWL gerontopsychiatrische Behandlungen stationär an?

Alle elf erwachsenenpsychiatrischen Fachkrankenhäuser des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen bieten spezielle gerontopsychiatrische Behandlungen an. Zu finden sind sie in den LWLKliniken in Bochum, Dortmund, Gütersloh, Hemer, Herten, Lengerich, Lippstadt, Marsberg, Münster, Paderborn und Warstein.

Die Adressen sind auf den Seiten 112 bis 115 aufgelistet.

Wer kann eine gerontopsychiatrische Behandlung in Anspruch nehmen?

In Deutschland gibt es das Recht der freien Krankenhauswahl. Das heißt, dass sich jeder Mensch unabhängig von seinem Wohnort an jede Klinik mit dem Wunsch nach einer stationären, ambulanten oder tagesklinischen Behandlung wenden kann.

Ist ein ausführliches Vorgespräch nötig?

Vorgespräche sind im Prinzip immer sinnvoll. Sie sind in allen LWL-Kliniken unverbindlich möglich – das gilt auch für deren Fachabteilungen für Gerontopsychiatrie.

Werden auch ambulante Behandlungen angeboten?

Zu den Fachabteilungen für Gerontopsychiatrie gehören eigene Ambulanzen und Tageskliniken für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige. In den Institutsambulanzen werden vor allem die Patientinnen und Patienten behandelt, die aufgrund der Schwere ihres Krankheitsbildes in einer „normalen“ Nervenarztpraxis nicht behandelbar sind. Die Behandlung erfolgt auf Basis einer Überweisung oder der Krankenversichertenkarte. Psychisch kranke Menschen, die in Heimen für Seniorinnen und Senioren leben, werden dort „vor Ort“ von den Fachleuten des LWL betreut.

Schwerpunkte der ambulanten Arbeit sind die Vor- und die Nachsorge zur Vermeidung oder Verkürzung von stationären Aufenthalten. Außerdem gibt es ambulante Gedächtnissprechstunden (Memory-Kliniken) zur Diagnostik und Beratung im Zusammenhang mit Gedächtnisstörungen oder Demenz-Erkrankungen. Spezialität in Dortmund: In der gerontopsychiatrischen Ambulanz wurden zwei Gruppen für eine tiefenpsychologisch orientierte Therapie zur Behandlung von Depressionen eingerichtet.

Entstehen Kosten bei einer vollstationären Behandlung?

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass alle gesetzlich Versicherten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus neben dem von den Kassen vergüteten Tagespflegesatz einen Pflichtbeitrag leisten müssen. Seit 2004 liegt dieser Beitrag bei 10 Euro pro Kalendertag. Die Zahlungen müssen für maximal 28 Behandlungstage im Jahr geleistet werden. Es entstehen bei einem längeren stationären Aufenthalt also höchstens 280 Euro zusätzliche Kosten für die Patientin oder den Patienten.

Was ist mitzubringen?

Zunächst das Formular der Hausärztin/des Hausarztes oder der Fachärztin/des Facharztes für die Einweisung ins Krankenhaus sowie – falls vorhanden – Vorbefunde, Arztberichte oder Aufnahmen des Kopfes von einem Computer-Tomographen (CCT) oder von einem Magnet-Resonanz-Tomographen (MRT). Außerdem eigene bequeme Alltagskleidung, Unter- und Nachtwäsche, Schuhe, eventuell Brillen und Hörgeräte.

Was bedeutet der Begriff Pflichtversorgung?

Jede psychiatrische Klinik ist verpflichtet, in ihrem räumlichen Zuständigkeitsbereich Patientinnen und Patienten aufzunehmen, die zur akuten Behandlung bei Eigen- oder Fremdgefährdung zwangseingewiesen werden oder die sich in klinische Therapie begeben müssen. Wer sich freiwillig einer Therapie unterziehen möchte, hat außerdem einen Rechtsanspruch auf Aufnahme.

Dauert die stationäre Behandlung sehr lange?

Entgegen der weitverbreiteten Meinung sind die Patientinnen und Patienten nur kurze Zeit in stationärer Behandlung. Die vollstationäre Behandlung dauert etwa vier Wochen. Sie kann sich reduzieren, wenn im Anschluss eine tagesklinische oder ambulante Behandlung möglich ist.



Im Beratungsgespräch verliert die Patientin ihre Unsicherheit vor der stationären Behandlung.

Ist Besuch möglich?

Auch in der Gerontopsychiatrie ist Besuch möglich und sogar erwünscht. Die Besuchszeiten sind von den einzelnen Kliniken geregelt und können dort erfragt werden.

Wie ist Kontakt nach Hause möglich?

Je nach Erkrankung und gesundheitlichem Zustand der Patientin oder des Patienten ist es möglich, den Klinikaufenthalt für eine Belastungserprobung oder einen Besuch zu Hause kurzfristig zu unterbrechen – meistens über das Wochenende und nach Absprache mit den Ärztinnen und Ärzten. Daneben besteht Gelegenheit zu Spaziergängen – nach Absprache auch außerhalb des Klinikgeländes – und selbstverständlich auch zu Telefonaten.



*„Die permanenten Widersprüche
im Leben haben mich regelrecht
krank gemacht.“*

Depressionen

Die Geschichte von Anne Sch., 76



Endlich sagen können: Das ist mein Leben

Ein Kampf für mehr Selbstwertgefühl

Anne Sch. fühlt sich hin und hergerissen, wenn sie an ihr bisheriges Leben zurückdenkt. Sie erzählt von ihrem „schlechten Elternhaus“ bei Magdeburg und davon, dass sie es dennoch zur Klassenbesten gebracht hat. Auch ihre Berufstätigkeit sieht sie zwiespältig. Sie stand zwar in gehobener Position, konnte sich gegenüber ihren Kolleginnen und Kollegen allerdings nie behaupten. Die permanenten Widersprüche im Leben haben sich auf dem Boden der **konfliktreichen Kindheit** der 76-Jährigen entwickelt und sie „regelrecht krank gemacht“. Nach jahrelangen Therapien hat sie ihre schweren Depressionen inzwischen ansatzweise überwunden.

„Die permanenten Widersprüche im Leben haben mich regelrecht krank gemacht.“

Wie bei den meisten Patientinnen und Patienten mit einer neurotischen Störung* reicht die Ursache der Erkrankung weit in die Kindheit zurück. Bei Anne Sch. war es das von Anfang an gestörte Verhältnis zu ihrer Mutter. „Ich habe nie ein Lob von ihr bekommen, nie eine Umarmung oder einen Kuss.“ Der ständige Krach zwischen Mutter und Tochter hat zudem „mein ganzes Leben beeinflusst“. Vor allem aber das bedrückende Gefühl, nicht geliebt worden zu sein, sitzt tief – ein Manko, das sich später auch auf sie als Mutter übertrug.

* Menschen mit neurotischen Störungen haben oft frühere Erlebnisse und Konflikte nicht verarbeitet und entwickeln deshalb Ängste, Hemmungen und Zwangsvorstellungen oder fühlen sich entfremdet.

Obwohl sie keinen Beruf erlernt hatte, bekam die junge Frau ihr Leben und ihre Berufstätigkeit ganz gut in den Griff. Zusammen mit ihrer damals sieben Jahre alten Tochter kehrte sie 1954 der damaligen DDR den Rücken und zog zu ihrem Mann nach Dortmund. Aber auch an ihrer Arbeitsstelle bei einem großen Kaufhauskonzern lief bald nicht mehr alles problemlos für Anne Sch.. Bei ihren Vorgesetzten genoss sie zwar Vertrauen und Respekt. Aber von ihren Kolleginnen und Kollegen wurde ihre Autorität nicht anerkannt. „Ich konnte mich nicht einmal durchsetzen, ich wurde nur gequält.“ Ihre Abwehrreaktion darauf war eine gewisse zur Schau getragene Hochnäsigkeit, die die Probleme mit ihrem Umfeld nur noch schlimmer werden ließ. Sie weinte schon in dieser Zeit sehr viel, wenn sie allein war. Die berufliche und seelische Belastung wurde ihr schließlich zu viel. Im gerade für aufkommende Depressionen kritischen Alter von 43 Jahren erkrankte sie erstmals schwer und musste sich ärztlich behandeln lassen. Mit dem Tod ihres Mannes und Vaters der gemeinsamen Tochter verschlimmerten sich die Leiden noch mehr: „Danach wurde ich immer kränker. **Ich wurde todkrank.**“ Die Depressionen verstärkten sich. Die Last des Lebens drückte ihr derart auf die Seele, dass Selbstmordgedanken zu ständigen Begleitern wurden.

*„Ich habe von meiner Mutter nie ein Lob bekommen,
nie eine Umarmung oder einen Kuss.“*

„Ich habe jeden Tag daran gedacht, mir das Leben zu nehmen.“ Zudem fühlte sie sich und ihre Krankheit von niemandem so recht verstanden. Ärztinnen und Ärzte laborierten ihrer Ansicht nach nur an den körperlichen Folgen der Depressionen. Ihre Kolleginnen und Kollegen hielten sie schlichtweg für eine „Heulsuse“, die ihre Gefühle nicht im Griff hat. Damit nicht genug: In den folgenden Jahren verlor sie zwei weitere Lebensgefährten durch Tod.



Anne Sch. gewann in der Therapie ihren Lebensmut zurück.

Zudem bereitete Anne Sch. das Älterwerden zunehmende Probleme. Die stets auf ein äußerlich korrektes Auftreten bedachte Frau konnte sich nur sehr schwer mit altersbedingten Veränderungen ihres Körpers abfinden. Hinzu kam das Handicap einer Gehbehinderung. Das Ideal, jung, gut aussehend und begehrenswert zu sein, zerbröckelte – wie bei vielen, die das **Klischee ewiger Jugendlichkeit** nach außen verkörpern wollen und das Selbstwertgefühl dabei über Jahre hinweg vernachlässigen. „Ich hatte immer Chancen bei Männern, aber nicht immer Glück mit ihnen.“ Anne Sch. verbrachte die folgenden Jahre mehrfach stationär in psychiatrischen Spezialkliniken und 1995 zunächst in einer geschlossenen Station der LWL-Klinik Dortmund. Seit 1998 gibt es dort zusätzlich das Angebot einer ambulanten **Gruppenpsychotherapie**, das sie regelmäßig wahrnimmt und das ihr bei ihrer „seelischen Arbeit“ geholfen hat. Ihrem Leben ein Ende zu setzen, diesen Wunsch hat sie endgültig überwinden können. Auch mit dem Alleinsein kommt sie jetzt gut zurecht. Und das Verhältnis zu ihrer Tochter konnte sie ebenfalls zum Positiven wenden. Geheilt sind ihre Depressionen zwar nicht. Aber dank der regelmäßigen Gruppengespräche kann sie sich nun leichter öffnen, über ihr Leben nachdenken und unbelasteter darüber erzählen. Denn eins hat Anne Sch. für sich erkannt: „Endlich kann ich sagen, das ist mein Leben. Das habe ich vorher nicht gekonnt, das so zu sehen.“

Viel mehr als schlechte Laune

Depressionen sind schwere Erkrankungen der Seele

Depressionen sind so alt wie die Menschheit. Sie haben unzählige Gesichter und zählen zugleich zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass in westlichen Industrienationen bis zu **zehn Prozent der Bevölkerung** einmal oder mehrfach daran erkranken. Aufgrund ihres Alters, zunehmender körperlicher Gebrechen, ihrer sozialen oder familiären Situation neigen ältere Menschen stärker zu Depressionen – Frauen doppelt so häufig wie Männer.

Mit schlechter Laune, normalen Stimmungsschwankungen oder einfacher Niedergeschlagenheit allein lassen sich Depressionen nicht

Depressive Menschen fühlen sich oft kraftlos, wehrlos, einsam und traurig.



erklären. Sie sind ernst zu nehmende Erkrankungen der Seele und des ganzen Menschen. Begleitet werden sie von seelischen und auch körperlichen Beschwerden ohne eindeutigen somatischen Befund. Depressionen werden häufig nicht oder sehr spät diagnostiziert.

Grundsymptome von Depressionen sind **Freud- und Hoffnungslosigkeit**, das Gefühl innerer Leere, traurige Verstimmungen, nachlassendes Selbstwertgefühl oder ein Mangel an Perspektive. Körperlich zeigen sich Depressionen etwa in Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Störungen im Magen- und Darmbereich, Schmerzen in der Herzgegend, Potenz- oder Libidoverlust.

Mit schlechter Laune, Stimmungsschwankungen oder Niedergeschlagenheit allein lassen sich Depressionen nicht erklären.

Depressionen können lebensbedrohlich werden. Sie sind **der größte Risikofaktor für eine Selbsttötung**. Jährlich nehmen sich in Deutschland rund 11.000 Menschen das Leben, etwa die Hälfte litt zuvor unter Depressionen. Rund 100.000 versuchen pro Jahr, aus dem Leben zu gehen. Etwa 40 Prozent aller Selbsttötungen werden von Menschen über 60 Jahre verübt. Dabei ist die Zahl der männlichen Selbsttötungsopfer mehr als doppelt so hoch wie die der weiblichen, vor allem im höheren Lebensalter.

Besonders häufig mit Depressionen verbunden sind Angstzustände, die bis zu Panikattacken reichen. Wen die Angst packt, der geht dabei zumeist von nachvollziehbaren Befürchtungen aus: vor Krankheit, vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, der Partnerin oder des Partners oder der finanziellen Sicherheit. Es kann aber auch das Gefühl entstehen, zu versagen oder unerwünscht zu sein. Diese Ängste können sich bis ins Wahnhafte steigern. **Gesteigerte Angst engt ein**, lähmt und macht Körper und Seele krank.



Wer depressiv ist, braucht Aufmunterung und Ansporn zu Aktivitäten.

Keine kurzfristigen Erfolge

Behandlung mit Medikamenten und Psychotherapie

Bei leichten Depressionen genügt meistens eine **ambulante Gesprächspsychotherapie**, bei schwereren Krankheitsbildern kann eine teilstationäre oder stationäre Behandlung notwendig werden. Bei schwereren Depressionen werden sowohl Medikamente als auch unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren eingesetzt. Die Wahl der Medikamente und Therapieformen hängt von der Schwere der Depressionen, von der Person und vom Alter der oder des Erkrankten ab – nicht immer eine leichte Entscheidung, weil kein Schicksal einem anderen gleicht. Die Erkrankten und ihre Angehörigen müssen sich darauf einstellen, dass es sich bei der Behandlung von Depressionen oft um einen langfristigen Prozess handelt – vielleicht über mehrere Jahre hinweg, eventuell sogar für den Rest des Lebens. **Kurzfristige Erfolge deuten meistens noch nicht auf**

Heilung hin, sondern eher auf eine Linderung oder vorübergehende Besserung. Die Rückfallquote bei mittleren oder schweren Depressionen ist nach wie vor hoch, dennoch gibt es langfristig gute Heilungschancen bei Depressionen.

Über den Einsatz von Antidepressiva – Medikamenten zur Aufhellung der Stimmung und zur Beruhigung – entscheiden die Hausärztin/der Hausarzt oder die Nervenärztin/der Nervenarzt gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten. Dabei kommen inzwischen Präparate mit **geringen Nebenwirkungen** zum Einsatz, die vor allem auch von älteren Menschen im Zusammenwirken mit anderen Medikamenten gut vertragen werden. Gerade bei Frauen, die häufig anders auf Psychopharmaka ansprechen als Männer, müssen die Medikamente sehr sorgfältig verordnet werden, auch im Hinblick auf Wechselwirkungen mit anderen Arzneien. Ziel der psychotherapeutischen Verfahren ist es zunächst, den Patientinnen und Patienten ihre inneren Konflikte verständlich zu machen. Im zweiten Schritt geht es darum, ihre negativen Gedanken in der Therapie zu verändern, die **Selbstheilungskräfte** zu stärken und die Betroffenen zu einem eigenen Beitrag zum Gelingen der Therapie zu ermutigen. Neben psychotherapeutischen Einzelgesprächen existieren tiefenpsychologisch fundierte Gruppenangebote ebenso wie Bewegungs-, Musik- und Kunsttherapien, Autogenes Training zur Entspannung von Seele und Körper oder die Lichttherapie gegen die sogenannte Winterdepression. Hilfreich kann außerdem eine Behandlung durch Schlafentzug sein, die in der Regel in einer Klinik angeboten wird.* Kein Tag einer oder eines Depressiven sollte ohne Aktivitäten bleiben, wenn das auch bei schwersten Depressionen nicht immer möglich sein wird. Bewegung und Beschäftigung spielen eine wichtige Rolle in der Behandlung. Am Anfang ist dies oftmals jedoch nicht ohne Aufmunterung und Begleitung durch Angehörige zu erreichen.

* Die einzelnen Therapieformen werden etwas ausführlicher dargestellt in der 2007 erschienenen Broschüre des LWL: „Wenn das Altern krank macht. Überblick über die LWL-Kliniken und ihre gerontopsychiatrischen Angebote. Infos für Fachleute“, S. 12 ff.

Gut zu wissen

Was bedeutet das Wort „Depression“?

Depression bedeutet dem Sinn nach Niedergeschlagenheit. Es kommt vom lateinischen Wort deprimere, übersetzt: niederdrücken.

Sind Depressionen Krankheiten der Seele?

Ja. Sie können erkannt und behandelt werden. Leider werden Depressionen oft nicht oder erst spät erkannt – gerade bei älteren Menschen.

Was sind die Anzeichen von Depressionen?

Wenn ein Mensch sich plötzlich nicht mehr freuen kann und ihm jegliche Hoffnung abhanden kommt, kann das ein Anzeichen für Depressionen sein. Innere Leere macht sich breit, er fühlt sich traurig, gedrückt und zieht sich resigniert zurück. Grübeln ersetzt das Nachdenken, Selbstzweifel verhindern Entspannung und Erholung. Alarmierend wird es, wenn Selbsttötungsgedanken hinzukommen.

Wer stellt die Diagnose Depression?

Depressionen sind eine Volkskrankheit, aber sicher feststellen kann sie nur eine Fachärztin oder ein Facharzt. Vorher müssen zunächst von anderen Ärztinnen und Ärzten alle körperlichen Ursachen ausgeschlossen werden, die ähnliche Krankheitsbilder zeigen können – etwa Fehlfunktionen der Schilddrüse. Symptome körperlicher und seelischer Erkrankungen sind sich oft deshalb ähnlich, weil das Gehirn nur begrenzt Krankheitsbilder „zur Verfügung“ hat.

Muss man Selbsttötungsgedanken ernst nehmen?

Grundsätzlich immer. Letztlich weiß niemand genau, ob jemand nur leichtfertig sagt: „Dann werfe ich mich vor die Bahn!“, oder ob sie oder er ernsthaft die Absicht dazu hat. Nahezu alle Menschen, die sich selbst töten wollen, kündigen ihre Bereitschaft zu diesem äußersten Schritt an. Warnungen gibt es immer.

Wie geht man als Laie mit depressiv erkrankten Menschen um?

Es gilt der Leitsatz: **Die Depressiven wollen, aber sie können nicht** – und nicht umgekehrt. Depressiv erkrankte Menschen brauchen also Hilfe, aber keine überflüssigen Ratschläge. Sie müssen ermutigt werden, wieder Dinge zu tun, die ihnen vor Beginn der Depression wichtig waren. Depressive brauchen vor allem Hoffnung auf Besserung und – wie alle – Lob und Unterstützung.

Lassen sich Depressionen heilen?

Mehr als 80 Prozent der Depressionen lassen sich heilen – in der Regel nehmen die Symptome im Verlauf einer erfolgreichen Therapie deutlich ab.

Die Geborgenheit in der Gruppe der Tagesklinik füllt die innere Leere aus.



Kontaktadressen

Kompetenznetz Depression

Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Sprecher des Kompetenznetzes Depression, Suizidalität
Universität Leipzig
Semmelweisstr. 10, 04103 Leipzig
Tel.: 0341 9724-530
Fax: 0341 9724-539
presse@kompetenznetz-depression.de
www.kompetenznetz-depression.de

Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.

Klinik für Psychiatrie Universität Leipzig
www.buendnis-depression.de

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

LWL-Klinik Dortmund

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatische Medizin
Akademisches Lehrkrankenhaus und Universitätsklinik für
Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
der Ruhr-Universität Bochum

Petra Dlugosch

Chefärztin der Abteilung Gerontopsychiatrie
Marsbruchstr. 179
44287 Dortmund
Tel.: 0231 4503-01
petra.dlugosch@wkp-lwl.org
www.lwl-psychiatrie-dortmund.de



Petra Dlugosch,
Chefärztin der Abteilung Gerontopsychiatrie
an der LWL-Klinik Dortmund

Ratschläge

„Viele Suizide bei alten Menschen könnten bei rechtzeitiger Behandlung der Depression vermieden werden. Rund 80 Prozent aller Depressionen sind gut behandelbar. Doch es wird immer noch zu häufig verkannt, dass sich hinter vermeintlich rein körperlichen Beschwerden wie Herzdruck, Schwindel und Verdauungsbeschwerden oder auch hinter einer Abhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten eine Depression verbergen kann. Symptome wie Antriebslosigkeit oder Isolation werden von der Umgebung der Betroffenen fälschlicherweise als ‚normale Alterserscheinungen‘ abgetan. Depressive Menschen ziehen sich meist innerlich zurück und sind für Hilfsangebote nur schwer zu erreichen. Bei manchen depressiv Erkrankten hellt sich die Stimmung im Tagesverlauf auf. In solchen Momenten ist es leichter, ihnen Angebote zu machen, die einen Wohlfühleffekt erzielen, wie Bäder, Spiele, Singen oder Malen. Dabei können die Betroffenen langsam und vorsichtig neue Kontakte knüpfen und verloren gegangene Interessen und Bindungen neu entdecken.“

Weitere gerontopsychiatrische Kontaktadressen des LWL stehen auf den Seiten 112 bis 115.



„Der stets pedantisch und penibel geführte Haushalt glich einem gewaltigen Chaos.“

Demenz

Die Geschichte von Helga W., 78



Ein Opfer der Ignoranz

Alzheimer-Krankheit wurde von der Umwelt nicht ernst genommen

An ihren verstorbenen Ehemann und ihren Sohn erinnert sich Helga W. längst nicht mehr. Die 78-Jährige ist im fortgeschrittenen Stadium an der Alzheimer-Demenz erkrankt und lebt inzwischen in einem Pflegeheim in Ostwestfalen. Obwohl im Allgemeinen die meisten Alzheimer-Patientinnen und -Patienten in der Familie betreut werden, fällten Sohn und Schwiegertochter im Fall Helga W. diese Entscheidung bewusst. „Drei kleine Kinder und eine kranke Großmutter, das hätten wir zu Hause nicht geschafft“, sagt Schwiegertochter Miriam W.*

„Meine Schwiegermutter vergaß immer häufiger Dinge und wurde zunehmend tüddelig.“

Die Diagnose Alzheimer traf die junge Familie nicht aus heiterem Himmel. Bereits vor acht Jahren zeigten sich erste Vorboten, die Miriam W. aufmerksam werden ließen: „Meine Schwiegermutter vergaß immer häufiger wichtige Dinge und wurde zunehmend tüddelig.“ Der große Schock kam später, als das junge Paar nach längerer Zeit die Eltern wieder in ihrem Haus besuchte. Der stets pedantisch und penibel geführte Haushalt glich einem gewaltigen Chaos. Wäsche, Wertgegenstände und wichtige Papiere lagen überall verstreut herum. Die hygienischen Zustände waren unerträglich geworden. Das Schlimmste aber war, „dass mein Schwiegervater halb verhungert und verdurstet vor seinem Schreibtisch kauerte.“ Seine Frau hatte es nicht mehr geschafft, ihren pflegebedürftigen Mann mit dem Nötigsten zu versorgen.

* Name geändert

Für Miriam W. war das die endgültige Bestätigung ihrer Befürchtungen: Ihre Schwiegermutter brauchte fachärztliche Hilfe. Doch alle Bemühungen der 36-Jährigen und ihres Mannes scheiterten an der Ignoranz, mit der der Alzheimer-Krankheit heute noch oft begegnet wird.

Bekannte sowie Nachbarinnen und Nachbarn redeten Helga W. immer wieder ein, sie sei überhaupt nicht krank. Ihre Kinder wollten sie abschieben, um sich an ihrem Haus und ihren Ersparnissen zu bereichern. Helga W. fühlte sich bestätigt und in ihrem zusätzlichen Verfolgungswahn bestärkt. Im Streit um ein Auto verklagte die Mutter sogar ihren eigenen Sohn und übertrug ihrem Rechtsanwalt mit einer Versorgungsvollmacht die Entscheidungsgewalt über ihr weiteres Schicksal. „Sie hatte sich in die Hände eines Fremden begeben, der bis zuletzt keinen Finger für sie gerührt hat.“ Sohn und Schwiebertochter waren damit zunächst vollständig die Hände gebunden, für die demenzkranke Mutter die richtigen Hilfsangebote zu suchen. Sie ließen nicht locker, versuchten auf dem Rechtsweg Unterstützung zu bekommen. Zwei Mal lehnte ein Gericht es ab, ihnen das Betreuungsrecht zu übertragen. „Auch die Ärztinnen und Ärzte und der Anwalt waren nicht kooperativ.“ Es gingen wertvolle Jahre verloren, weil Helga W. eine fachkundige Behandlung versagt blieb. Darin sieht Miriam W. den Hauptgrund, warum sich der Zustand ihrer Schwiegermutter schließlich „katastrophal verschlechtert hat“.

*„Der stets pedantisch und penibel geführte Haushalt
glich einem gewaltigen Chaos.“*

Die immer noch unbehandelte Krankheit schritt ungehindert fort. Helga W. verwarhlte immer mehr, nahm falsche oder gar keine Medikamente, magerte sichtlich ab und wurde von alten Kriegserinnerungen gepeinigt. Als sie nachts hilflos und verwirrt vor einem Supermarkt von der Polizei aufgegriffen wurde, gab der Anwalt

schließlich seinen Widerstand auf und übertrug die Versorgungsvollmacht an ihre Kinder. Sie konnte endlich zur Behandlung in die gerontopsychiatrische Abteilung der LWL-Klinik Warstein eingeliefert werden. „Hier fanden wir sehr viel Unterstützung von den Ärztinnen und Ärzten und den Beschäftigten. Meiner Schwiegermutter ist das sehr gut bekommen.“ Miriam W. nimmt seither außerdem in Warstein regelmäßig das Angebot einer Selbsthilfegruppe für Angehörige von Alzheimer-Erkrankten wahr: „Ohne diese Gruppe hätte ich nichts mehr machen können. Hier bekomme ich Hilfen bei allen Problemen.“ Solche Angebote für Angehörige von Alzheimer-Patientinnen und -Patienten kann sie „nur bestens empfehlen“. Denn der Umgang mit der Krankheit „ist hammerhart und stellt jede und jeden vor immer neue, unerwartete Herausforderungen“. In ihrem Heim fühlt sich Helga W. inzwischen wohl. Sie scheint ihr Leben so weit wie möglich zu genießen, besucht als gläubige Katholikin regelmäßig die Gottesdienste und geht mit den Belastungen jetzt ganz gut um. Vor allem ist sie dank richtiger medizinischer Behandlung und guter fachlicher Betreuung endlich zur Ruhe gekommen.

Je früher fachkundige Hilfe gewährt wird, um so länger kann die Demenz-Erkrankung hinausgezögert werden.





In Deutschland leiden derzeit rund eine Million Menschen an einer Demenz.

Auch das Gehirn kann krank werden

Demenz führt zu schleichendem geistigen Verfall

Alzheimer – dieser Begriff wird am häufigsten mit dem Altern in Verbindung gebracht. Es haftet ihm das weitverbreitete Vorurteil an, unabänderlicher Schicksalsschlag für Menschen im höheren oder hohen Alter zu sein.

Die Alzheimer-Krankheit gehört zu den Demenz-Erkrankungen, die das Gehirn an unterschiedlichen Stellen befallen können. Eine Demenz ist durch das lang anhaltende Vorliegen bestimmter psychischer Symptome wie insbesondere Gedächtnisstörungen gekennzeichnet und kann von einer Reihe von Erkrankungen, vor allem des

Gehirns, hervorgerufen werden. Rund zwei Drittel aller Demenzen beruhen auf der Alzheimerschen Erkrankung. Daneben gibt es die sogenannten vaskulären Demenzen, also Erkrankungen der Gefäße im Gehirn, sowie die Lewy-Körper-Erkrankung, die durch den Einschluss von Eiweißkörpern in den Nervenzellen an der Hirnrinde verursacht wird. Etwa je zehn Prozent der Patientinnen und Patienten leiden an diesen Demenzformen.

Die Alzheimer-Krankheit ist eine schwere organische Hirnerkrankung. Sie geht mit der Einlagerung sogenannter Amyloid-Plaques zwischen und Neurofibrillen in den Nervenzellen einher. Zunächst nimmt die Erinnerungsleistung der Betroffenen ab. Es fällt ihnen zunehmend schwerer, sich etwas zu merken, sich zu orientieren, Gegenstände zu erkennen und die unterschiedlichen alltäglichen Informationen richtig zu verarbeiten. Auch die Sprache ist betroffen, weil den kranken Menschen oft die richtigen Wörter fehlen. Die geistigen Fähigkeiten gehen also schleichend verloren, die Verwirrtheit der Patientinnen und Patienten wird chronisch und unumkehrbar.

Im Frühstadium der Alzheimer-Krankheit ist zunächst das Kurzzeitgedächtnis betroffen. Die Vergesslichkeit nimmt zu, das Denken bereitet zunehmend Schwierigkeiten. Im mittleren Stadium finden sich die Erkrankten ohne fremde Hilfe nur noch sehr schwer im Leben und im Alltag zurecht. Selbst in vertrauter Umgebung kennen sie sich kaum noch aus.

Im späten Stadium geht nichts mehr ohne Hilfe anderer. Die Sprache der Erkrankten beschränkt sich auf wenige Wörter. Hinzu kommen oft Krampfanfälle oder Schluckbeschwerden. Frühe Warnzeichen können sein: zunehmende Vergesslichkeit, wachsende Probleme bei gewohnten Tätigkeiten, Sprach- und Orientierungsprobleme oder Einschränkungen des abstrakten Denkens, etwa im Umgang mit Zahlen. Wichtig ist eine frühe Diagnose, um rechtzeitig vorhandene

Behandlungsangebote zu nutzen. Gedächtnisambulanzen in den LWL-Kliniken (*Adressverzeichnis Seite 112 bis 115*) bieten zeitgemäße Diagnosemöglichkeiten an (*siehe auch die Übung Seite 62*). Wenn die Diagnose Demenz eindeutig ist, lässt sich ein individueller Plan erarbeiten, um damit weiter durchs Leben zu gehen.

Wichtig ist eine frühe Diagnose, um rechtzeitig vorhandene Angebote zu nutzen.

Das Parkinson-Syndrom fällt nicht in den Bereich der Gerontopsychiatrie, sondern in den der Altersneurologie, so lange nicht Depressionen oder Demenz-Symptome hinzukommen.



Exkurs: Parkinson-Syndrom

Wie äußert sich die Krankheit?

Das Parkinson-Syndrom, auch „**Schüttel-Lähmung**“ genannt, ist vor allem eine Störung der Beweglichkeit.

In bestimmten Hirnregionen gehen Zellen zugrunde. Dadurch werden die Bewegungen des Körpers zunehmend unharmonisch gesteuert. Die Bewegungsabläufe verlangsamen sich, die Muskeln spannen sich an oder werden steif, Arme und Beine zittern auch in Ruhestellung. Den Kranken fällt es immer schwerer, sich gerade zu halten. Ihre Mimik wirkt maskenhaft. Die Stimme wird monotoner und leiser.

Eine Diagnose der Erkrankung ist durch eine Nervenärztin/ einen Nervenarzt gut möglich, und eine medikamentöse Behandlung ist insbesondere anfangs erfolgreich.

Eine Reihe anderer Hirnabbau-Erkrankungen ruft ähnliche Symptome hervor und ist von der Parkinson-Erkrankung zu unterscheiden. Oft leiden an Parkinson erkrankte Menschen auch an Depressionen und im Verlauf der Krankheit an Demenz-Symptomen. Dann ist eine psychiatrische Behandlung notwendig.

Das Leben erleichtern

Der Verlauf der Krankheit lässt sich verlangsamen

Eine wirksame Behandlung zur Heilung von Demenz-Erkrankungen – wie Alzheimer – gibt es bei den meisten Formen der Erkrankung nicht. Die Medizin verfügt trotz aller Anstrengungen der Forschung bisher über keine Heilmittel. Dieser Umstand darf jedoch nicht zu der Fehleinschätzung führen, dass gegen den langsam fortschreitenden körperlichen und geistigen Verfall einer oder eines Demenz-Kranken nichts getan werden könne. Auch wenn es keine Chance auf Heilung gibt, der Verlauf einer Demenz-Erkrankung lässt sich aufhalten oder wenigstens verzögern. **Und es gibt Möglichkeiten, die Lebensqualität betroffener Menschen zu steigern.**

Demenzkranken Menschen brauchen eine Umgebung, in der sie aufgehoben sind.





Ziel der Therapie ist es, die Alltagsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu erhalten.

Durch den Einsatz von Medikamenten sowie durch ein Bündel an nichtmedikamentösen Therapien gelingt es heute, die geistigen Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten und ihre Lebensqualität so lange wie möglich zu erhalten. Medikamente können das Fortschreiten der Erkrankung heute um rund zwei Jahre verzögern. Psychopharmaka wirken zudem lindernd gegen Angstzustände, Depressionen oder andere Störungen des Erlebens und Verhaltens.

Eine wirksame Behandlung zur Heilung von Demenz-Erkrankungen wie Alzheimer gibt es bisher nicht, doch es bestehen Möglichkeiten, die Krankheit zu verzögern und die Lebensqualität betroffener Menschen zu verbessern.

Aber auch mit Therapien, die ohne den Einsatz von Medikamenten auskommen, ist es möglich, den Geist anfangs aktiver zu halten und den späteren Abbau zu verlangsamen. Im Zentrum von Therapien und Pflege steht zudem immer, den Patientinnen und Patienten das Gefühl von Zuwendung und Geborgenheit zu geben, ihren Geist anzuregen und mit Geduld auf sie einzugehen. Angehörige und Pflegenden befinden sich dabei stets auf dem schmalen Grat zwischen Unter- und Überforderung der Erkrankten. Unterforderung führt rasch in die Teilnahmslosigkeit, Überforderung dagegen zu Frust und Aggression.

Was kann man tun?

Einige der wichtigen Therapien sind:

Verhaltenstraining

Die Patientinnen und Patienten trainieren – vor allem im frühen und mittleren Stadium – den zunehmend schwierigeren Umgang mit alltäglichen Situationen. Damit soll so lange wie möglich die größtmögliche Selbstständigkeit erhalten bleiben – etwa bei der Körperpflege oder beim Anziehen.

Kognitives Training

Durch Sprachspiele oder andere Übungen wird versucht, die Funktion des Gedächtnisses zu unterstützen und dadurch den Zustand der/des Erkrankten zu verbessern. Dieses Training eignet sich überwiegend für die früheren und mittleren Stadien einer Demenz.

Realitäts-Orientierungs-Training

Diese Therapie wendet sich an Patientinnen und Patienten in allen Verlaufsstadien der Erkrankung. Sie erhalten zu jeder sich bietenden Gelegenheit Informationen zu Person, Zeit und Ort. Außerdem werden sogenannte „Realitätsanker“ benannt, etwa akustische oder optische Orientierungshilfen.

Erinnerungstherapie

Bei Demenz-Erkrankungen leidet das Langzeitgedächtnis zuletzt. Durch das Ansehen alter Fotos oder das Anhören von Lieblingsmelodien werden angenehme, länger zurückliegende Erinnerungen und damit die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten geweckt.

Musik- und Kunsttherapie

Sie zielen – wie die Erinnerungstherapie – vor allem auf die Gemütslage der Patientinnen und Patienten ab, fördern aber auch ihre Kreativität. Durch Malen oder Zeichnen sowie den Einsatz einfacher Instrumente können psychische Belastungen abgebaut und Kontakte zu Mitmenschen aufgebaut werden.

Selbsterhaltungstherapie

Mit ihr werden im Wesentlichen krankheitsbedingte seelische Verletzungen und Persönlichkeitsveränderungen bekämpft. Selbstsicherheit, die eigene Identität und die Persönlichkeit werden gefördert.

Physiotherapie

Bei der Physiotherapie werden Wasser, Luft, Wärme und Kälte sowie Bewegung und elektrischer Strom zur Heilung körperlicher Beschwerden eingesetzt.

Körperliche Aktivitäten

Auch wenn die Demenz-Patientinnen und -Patienten müde, antriebsarm oder unwillig erscheinen, körperliche Aktivitäten wirken sich positiv auf den gesamten Organismus aus. Sie sind zudem angst- und depressionslösend. Spaziergänge am Tag, aber auch andere angepasste Betätigungen wie Schwimmen oder Radfahren sind geeignet.

Validation – auf Deutsch: Gültigkeitserklärung, Bestätigung

Die Validation ist eine Umgangs- und Kommunikationsform mit Demenz-Kranken. Dabei werden die Patientinnen und Patienten in ihren Gefühlen und Aussagen ernst genommen, auch wenn sie mit der Realität nicht übereinstimmen. Damit werden das Vertrauen gestärkt und der Pflegealltag erleichtert.

Die Diagnose Demenz bedeutet auch für Angehörige und Pflegende von Erkrankten zahlreiche Umstellungen und Belastungen. Da mehr als zwei Drittel der Demenz-Patientinnen und -Patienten in der Familie betreut werden, sollten sich gerade die Angehörigen eingehend mit der Krankheit, ihren zum Teil sehr unterschiedlichen Erscheinungsformen und mit den verschiedenen Therapien vertraut machen. In **Selbsthilfegruppen** können sie dabei wichtige zusätzliche Unterstützung finden. Was auch zu berücksichtigen ist: Im Rahmen der gerontopsychiatrischen Behandlung befinden sich die Patientinnen und Patienten unter Gleichgesinnten. Die Gemeinschaft sorgt für hohe gegenseitige Akzeptanz.

Gut zu wissen

Was bedeutet das Wort „Demenz“?

Das lateinische Wort „mens“ lässt sich mit Verstand oder Geist übersetzen, die Vorsilbe „de“ bedeutet so viel wie: weg, herab, herunter.

Was versteht man unter „Demenz“?

Heutzutage versteht man unter einer „Demenz“ eine Erkrankung des Gehirns, die mit typischen Symptomen – vor allem Gedächtnisstörungen, aber auch anderen Störungen des Denkens und Fühlens – einhergeht.

Wie häufig sind Demenz-Erkrankungen?

Die Häufigkeit der Demenzerkrankungen steigt mit zunehmendem Lebensalter. In Deutschland leiden derzeit rund eine Million Menschen an einer Demenz. Nach der vom Robert Koch-Institut herausgegebenen Gesundheitsberichterstattung des Bundes könnte sich die Zahl der Demenzkranken bei unveränderter Prävention bis zum Jahr 2020 auf etwa 1,4 Millionen erhöhen.



Eine überschaubare Umgebung, helles Licht, ein geregelter Tagesablauf und vertraute Arbeiten helfen Menschen, die an Demenz erkrankt sind.

Erkranken auch junge Menschen an Demenz?

Nur bei wenigen Menschen unter 60 Jahren treten Demenz-Erkrankungen auf. Umso alarmierender sind deshalb Demenz-Symptome bei Jüngeren.

Wie stellt eine Ärztin oder ein Arzt eine Demenz fest?

Zunächst ist eine genaue Untersuchung des Körpers sowie des Blutes erforderlich. Zudem kommen das Denken und Fühlen auf den Prüfstand. Durch psychologische Tests werden das Gedächtnis, das Denkvermögen und das praktische Geschick geprüft. Es kann außerdem sinnvoll sein, die Gehirnströme aufzuzeichnen. Darüber hinaus sollte das Gehirn mithilfe eines Computer- oder Kernspintomographen untersucht werden. Die genauen Einzelheiten kann man mit der Fachärztin oder dem Facharzt besprechen.

Diagnose Demenz – woran wird die Krankheit erkannt?

Die Diagnose einer Demenz setzt voraus, dass neben Fehlleistungen des Gedächtnisses mindestens eine weitere Störung im Denk- oder Urteilsvermögen existiert. Solche Beeinträchtigungen sind etwa: Störungen der Sprache, der räumlichen und zeitlichen Orientierung oder der Geschicklichkeit. Hinzu können Stimmungsschwankungen, Rückzugstendenzen oder Wesensveränderungen kommen.

Die Ärztin oder der Arzt kann im Verlauf der Untersuchungen im Allgemeinen feststellen, ob die Beschwerden der oder des Kranken Anzeichen für die Demenz sind, ob sie auf andere psychische Probleme hinweisen oder ob sie Folgen des Alters sind.

Ist Vergesslichkeit bereits ein Zeichen für eine Demenz?

Viele Menschen sind zeitlebens vergesslich. Eine Demenz umfasst eine Reihe von Problemen und zeigt sich nicht alleine in Vergesslichkeit. Allerdings ist eine zunehmende Vergesslichkeit ein Alarmzeichen, das fachärztlich untersucht werden sollte.

Ist eine Demenz-Erkrankung vererblich?

Es gibt durchaus erbliche Demenz-Erkrankungen, größtenteils sind sie jedoch nicht vererblich. Bei der Alzheimer-Erkrankung gibt es eine geringe Anzahl erblicher Fälle.

Wo sind Demenz-Kranke und Alzheimer-Patientinnen und -Patienten am besten versorgt?

Das hängt vom Grad der Erkrankung und vom sozialen Umfeld der oder des Kranken ab. Rund 70 Prozent leben in ihren Familien, die zum Teil Unterstützung durch ambulante Pflegedienste bekommen. Daneben bestehen Möglichkeiten zum Besuch von Tageseinrichtungen oder zur Aufnahme in Einrichtungen der Kurzzeitpflege. Wenn die häusliche Pflege nicht mehr möglich ist, wird die Unterbringung in einem Pflegeheim erforderlich. Zeitweilige stationäre Behandlungen in der Gerontopsychiatrie sind bei schweren Störungen des Erlebens und Verhaltens sinnvoll.

Gibt es finanzielle Hilfen für die häusliche Pflege?

Bei einer körperlichen, geistigen, seelischen Krankheit oder Behinderung können Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Die Höhe richtet sich nach der Einstufung in eine der drei Pflegestufen. Kranke „mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ – also auch Demenz-Erkrankte – können zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und erhalten zu deren Finanzierung einen zusätzlichen Betrag von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr. Wer Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen will, muss bei der Pflegekasse einen Antrag stellen.

Worauf sollten pflegende Angehörige achten?

Auf die oder den Kranken und auf sich selbst. Zunächst sollte man die Krankheit Demenz nicht als Tabu leugnen, sondern sich über ihren Verlauf ausreichend informieren. Wichtig ist es, die Kranken, ihr verändertes Verhalten und ihre Äußerungen zu verstehen. Hilfestellungen bieten dabei Selbsthilfegruppen (*siehe auch Kontakte Seite 56 bis 58*).

Kann man einer Demenz-Erkrankung vorbeugen?

Eine Garantie durch vorbeugende Maßnahmen gibt es nicht. Wer Herz und Blutgefäße gesund hält, Sport treibt – insbesondere im Freien – und sich überwiegend nach der sogenannten „Mittelmeerdiät“ ernährt, verbessert die Chancen, nicht zu erkranken. Zur „Mittelmeerdiät“ zählen viel Fisch, Gemüse, Obst, ungesättigte Fettsäuren, wenig rotes Fleisch, wenig gesättigte Fettsäuren und ein mäßiger Rotweinkonsum. Außerdem gilt: nicht rauchen und nur mäßig Alkohol trinken. Die besten Schutzfaktoren sind gelungene soziale Kontakte, stetes Lernen, Intelligenz und Bildung. Geistig anregend sind Brettspiele wie Schach, Kartenspiele, Kreuzworträtsel, Tanzen, Singen und Musik machen.

Kontaktadressen

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

LWL-Klinik Marsberg
Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik
Dr. Markus Müller-Küppers, stellv. Ärztlicher Direktor
Weist 45, 34431 Marsberg
Tel.: 02992 601-1000
markus-mueller-kueppers@wkp-lwl.org

Alzheimer-Angehörigen-Initiative e.V.

Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin
Tel.: 030 47378995
aai@alzheimerforum.de
www.alzheimerforum.de

BAGA Bundesarbeitsgemeinschaft für Alten- und Angehörigenberatungsstellen

Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen
Ulrich Mildeberger
Heidbergstr. 28, 22846 Norderstedt
Tel.: 040 5288383-0
aber@schleswig-holstein.de
www.baga.de

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Friedrichstr. 236, 10969 Berlin
Tel.: 030 2593795-0
Alzheimer-Tel.: 01803 171017 (9 Cent/Min.)
info@deutsche-alzheimer.de
www.deutsche-alzheimer.de

**Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e.V.**

Friedrichstr. 28, 35392 Gießen

Tel.: 0641 9945612

dagshg@gmx.de, juergen.matzat@psycho.med.unigiessen.de

www.dag-shg.de

**Deutsche Expertengruppe
Dementenbetreuung e.V.**

info@demenz-ded.de

www. demenz-ded.de

**Deutsche Gesellschaft für
Geriatric e.V. (DGG)**

Kampstr. 7, 30629 Hannover

Tel.: 0511 581584

info@gerikomm.de

www.dggeriatrie.de

**Demenz-Servicezentrum
für die Region Dortmund**

Hoher Wall 5-7, 44122 Dortmund

Tel.: 0231 5025694

demenzservicezentrum@dortmund.de

www. demenzservicezentrum.dortmund.de

**Demenz-Servicezentrum NRW
für die Region Münsterland**

Wilhelmstr. 5, 59227 Ahlen

Tel.: 02382 409-0

info@alzheimer-warendorf.de

www.ahlen.de/alzheimer

**Demenz-Servicezentrum
für die Region Ostwestfalen-Lippe**

Detmolder Str. 280, 33605 Bielefeld

Tel.: 0521 9216-0

demenz-service@awo-owl.de

demenz-service-owl.de

Demenz-Servicezentrum Ruhr

Universitätsstr. 77, 44789 Bochum

Tel.: 0234 3377772

info@alzheimer-bochum.de

www.alzheimer-bochum.de

Deutsches Grünes Kreuz e.V.

Im Kilian, Schuhmarkt 4, 35037 Marburg

Tel.: 06421 2930

dgk@kilian.de

www.altern-in-wuerde.de

Alzheimer Forschung Initiative e.V.

Grabenstr. 5, 40213 Düsseldorf

Tel.: 0211 8620660 und 0800 2004001 (gebührenfrei)

info@alzheimer-forschung.de

www.alzheimer-forschung.de

**Koordinierungsstelle der Landesinitiative
Demenz Service NRW**

An der Pauluskirche 3, 50677 Köln

Tel.: 0221 931847-27

info@kda.de

www.demenz-service-nrw.de



*Dr. Markus Müller-Küppers,
stellv. Ärztlicher Direktor
an der LWL-Klinik Marsberg*

Ratschläge

Demenzkranken Menschen können oft im Spätstadium der Erkrankung soziale Konventionen nicht mehr einhalten. Sie haben dann zum Beispiel veränderte Essgewohnheiten. Gegebenenfalls sollten sie so essen dürfen, wie sie es wollen, auch mal mit den Fingern oder vom Boden. Hinzu kommt, dass sie ihren Geruchssinn verlieren und normale Speisen ihren Appetit nicht mehr anregen. Die Speisen sollten direkt in ihrem Wohnbereich zubereitet werden, damit sie den Geruch vom Kochen, Braten und Backen so lange wie möglich direkt wahrnehmen können. Gedächtnis-training bringt Menschen, die an Demenz erkrankt sind, wenig und sollte daher nur zur Anregung und Steigerung des Wohlbefindens eingesetzt werden. Für Angehörige ist es wichtig, viel über die Erkrankung zu wissen und auch etwas für sich selbst zu tun. Dabei können Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen unterstützen.

Weitere gerontopsychiatrische Kontaktadressen des LWL stehen auf den Seiten 112 bis 115.



Die Pflege eines an Alzheimer erkrankten Ehepartners erfordert ungeheure Kraft. Umso wichtiger ist es, dass Familienmitglieder und Freunde Unterstützung anbieten.

Wie kann man helfen?

Wenn die Ehefrau an Alzheimer erkrankt, bricht das Leben des Partners zusammen. Ein pflegender Ehemann antwortet, wie Angehörige und Freunde helfen können:

- 01.** Akzeptiere meine Gefühle.
- 02.** Frag mich nach der Krankheit und wie ich damit umgehe.
Darüber zu sprechen hilft mir, mit dieser furchtbaren Situation fertig zu werden.
- 03.** Ruf mich an – ich sage dir, wenn ich gerade nicht frei sprechen kann (ich freue mich in jedem Fall darüber, dass du anrufst). Versuch es dann trotzdem wieder – zeitweise sind Anrufe für mich die einzige Ablenkung.

04. Biete an, mit uns auszugehen. Es ist viel leichter auszugehen, wenn zwei Personen da sind, die ihr helfen können – besonders wenn eine weibliche Person ihr auf der Toilette behilflich sein kann!
05. Sprich mit ihr und scheue dich nicht, sie zu berühren. Auch wenn sie manchmal nicht versteht, was du sagst, reagiert sie – genauso wie ein Kind – auf ein Lächeln und freundliche Worte.
06. Kommt nur in kleinen Gruppen und bleibt nicht zu lange – gesellige Runden ermüden sie schnell.
07. Glaub mir bitte, dass ihr Zustand wirklich so schlecht ist, wie ich ihn beschreibe, auch wenn sie manchmal einen besseren Eindruck macht. Wenn du glaubst, dass ich übertreibe, verbringe mal einen ganzen Tag und eine ganze Nacht bei uns.
08. Kritisiere meine Bemühungen bitte nicht. Erfahrung ist meistens der beste Lehrmeister, und ich habe selber oft genug Zweifel an meiner Fähigkeit, sie weiter pflegen zu können.
09. Unterstütze mich dabei, freundliche, sensible Helfer zu finden – für die Pflege zu Hause und irgendwann einmal im Pflegeheim. Ich kann mir noch nicht vorstellen, dass das auf uns zukommt. Du kannst mir dabei helfen, ein gutes Heim zu finden – und mit der schweren Entscheidung fertig zu werden, wenn es so weit ist.
10. Behandle uns bitte als Ehepaar. Ich weiß, dass ich sie als Partnerin verloren habe, aber wir sind immer noch verheiratet – und auch unser 50. Hochzeitstag ist es wert, gefeiert zu werden.
11. Meinen Humor habe ich nicht verloren. Wenn ich dir die Absurditäten unseres Lebens erzähle, nimm bitte keinen Anstoß daran – wenn wir nicht mehr darüber lachen können, wird es für uns unerträglich.

Spurenlesen

Eine Übung aus einer Gedächtnissprechstunde

Haben Sie ein gutes Gedächtnis? Können Sie schnell denken und sich gut orientieren? Manchmal führt Stress zu Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen und schlechter Orientierung. Doch auch das Gehirn kann ernsthaft krank werden. Damit das nicht so schnell passiert, muss der Geist wie der Körper ständig aktiviert werden. Wirksam ist regelmäßiges Gedächtnistraining, am besten zehn Minuten täglich. Neben vielen anderen Techniken ist dazu die folgende Übung zu empfehlen, die in den Gedächtnissprechstunden der LWL-Kliniken zum Einsatz kommt.

„Spurenlesen“ – finden Sie heraus, in welchem System oder in welcher Reihenfolge die Buchstaben der folgenden Wörter zu lesen sind. Dann entdecken Sie zwölf Begriffe – gleichzeitig Hinweise auf Tipps, wie Sie fit bleiben (*mehr dazu auf den Seiten 55 und 92 bis 95*).

01.
SZIGA
PAERNG

02.
MTEEEIA
ITLMRDET

03.
KUZRTETL
REWORASE

04.
AIVAE
KTITT

05.
SWIEN
CHMM

06.
GTERBT
ARNAEI

07.
TINGSAN
RAINPL

08.
SNANG
AUGA

09.
GNAIK
YMST

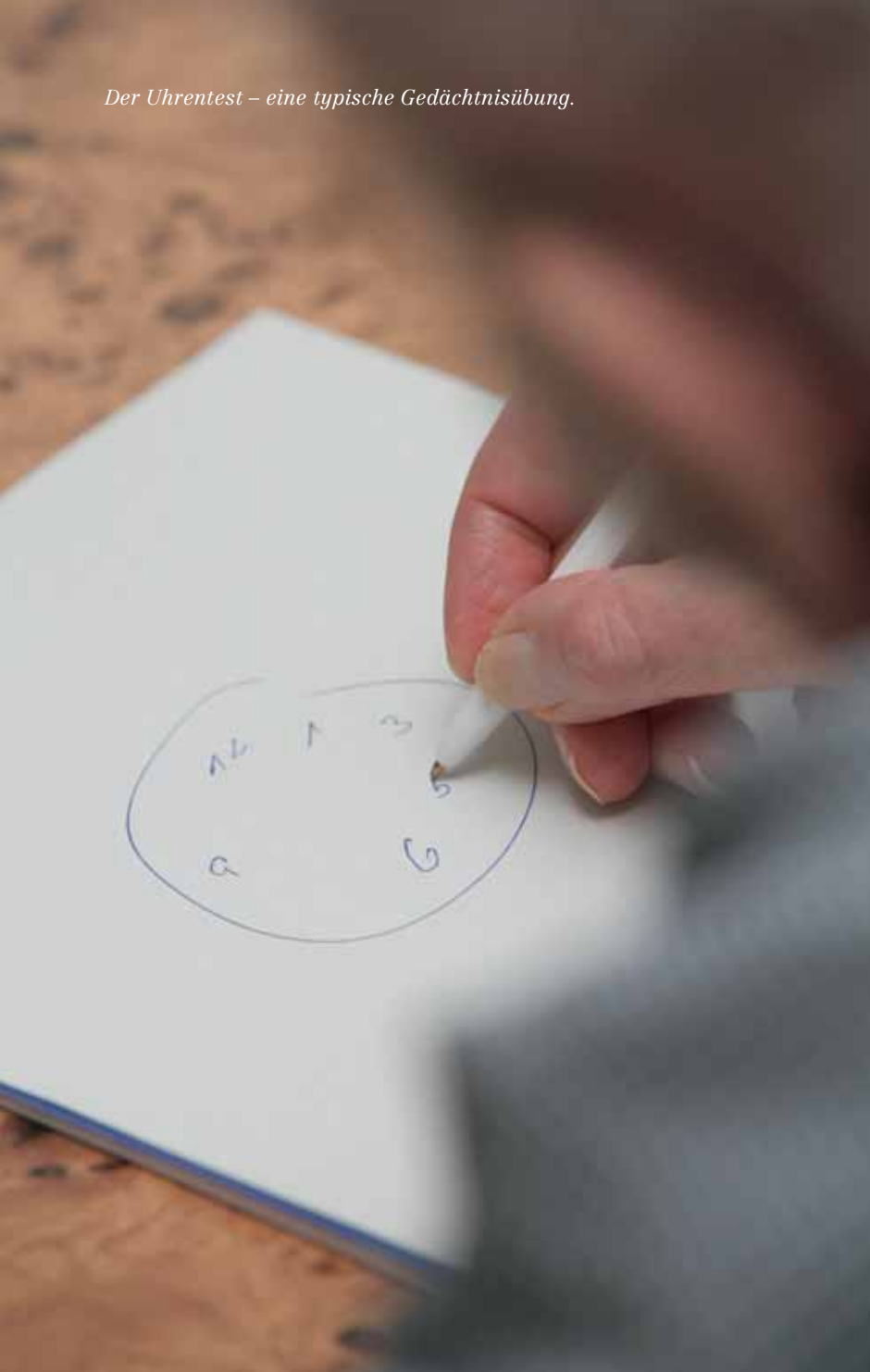
10.
GIROGNG
EHNJGI

11.
HFNUN
OFUNG

12.
SHEEI
ICRHT

01 Spaziergang; 02 Mittelmeerdiät; 03 Kreuzworträtsel; 04 Aktivität; 05 Schwimmen; 06 Gartenarbeit; 07 Trainingsplan; 08 Saunagang; 09 Gymnastik; 10 Gehirnjogging; 11 Hoffnung; 12 Sicherheit

Der Uhrentest – eine typische Gedächtnisübung.





*„Ich griff zur Flasche,
damit es mir besser ging
und das Zittern aufhörte.“*

Sucht

Die Geschichte von Gerda H., 73*



„Da bin ich trunksüchtig geworden!“

Drei Erfolge gegen den Teufelskreis von Alkohol und Tabletten

Gerda H.* ist trockene Alkoholikerin. Seit 20 Jahren hat die heute 73-Jährige keinen Tropfen mehr getrunken. Der Weg zu einem Leben ohne Sucht war dennoch steinig. Zwei Entzüge brachten sie zwar weg vom Alkohol. Doch nach dem Tod ihres Mannes griff sie zu oft zu einem Schlafmittel. Mithilfe ihrer Familie und von Freundinnen und Freunden gelang es ihr drei Mal, den Teufelskreis der Sucht zu verlassen. „Heute bin ich so weit wieder in Ordnung“, sagt sie. „Und ich bete zu Gott, dass mir das nicht noch einmal passiert.“

„Ich griff zur Flasche, damit es mir besser ging und das Zittern aufhörte“

Alkohol spielte im Leben des Unternehmer-Ehepaars aus Münster lange eine Rolle. Gerda H. und ihr Mann hatten oft Besuch. Es wurde geredet, gelacht und gerne viel getrunken. Der Alkohol gehörte vor allem in den 60er und 70er Jahren wie selbstverständlich zum Alltag dazu. Er war immer und überall im Haus verfügbar. „Da bin ich trunksüchtig geworden“, ab wann genau, das weiß die Mutter von drei Kindern und zehnfache Großmutter heute nicht mehr.

Tag und Nacht musste die „Spiegelalkoholikerin“ zur Flasche greifen, „damit es mir besser ging und das Zittern aufhörte“. Immer, wenn der Alkoholgehalt im Blut unter einen bestimmten Spiegel sank, musste Nachschub her: „Bier, Wein, Korn – ich habe getrunken, was ich bekommen konnte.“ Nach ein paar Gläsern ging es ihr dann

* Name geändert

wieder besser. Nachts konnte sie schlafen, tagsüber klappte die Hausarbeit. Aber eben nur, wenn der Pegel stimmte.

Ihrer Familie und ihren Freundinnen und Freunden blieb nicht verborgen, dass Gerda H.s Verhältnis zum Alkohol äußerst kritische Ausmaße angenommen hatte. Sie drängten sie immer stärker, medizinische Hilfe zu suchen. 1978 machte sie schließlich den ersten Entzug in Dortmund. Zunächst mit Erfolg. Zusammen mit ihrem Mann besuchte sie regelmäßig eine Selbsthilfegruppe, sie engagierte sich karitativ und lebte ohne Alkohol.

*„Bier, Wein, Korn – ich habe getrunken,
was ich bekommen konnte.“*

Warum es in den 80er Jahren plötzlich zum Rückfall kam, ist Gerda H. nach wie vor unerklärlich. „Es war der klassische Fall. Erst habe ich ein Glas Wein getrunken, dann ein bisschen mehr.“ Es dauerte nur gut eine Woche, bis sie wieder die gleiche Menge trank wie vor dem Entzug. „Das Zeug kann man sich doch überall beschaffen, zur Not an jeder Tankstelle.“ Sie konnte sich zwar selbst nicht mehr im Spiegel ansehen, aber sie griff doch wieder regelmäßig zum Glas. Bis 1985.

Es folgte der zweite Entzug. Wieder wurde Gerda H. dabei von ihrer Familie und den Freundinnen und Freunden gestützt. „Sie waren so toll und hielten fest zu mir.“ Die folgenden 16 Jahre waren eine insgesamt gute Zeit für die Ehefrau und Mutter, die sich weiterhin kirchlich und für ein Frauenprojekt engagierte. Ihr Leben war erfüllt und ohne erkennbare Gefahren für eine erneute Suchtkarriere. Mit dem Tod ihres Mannes änderte sich das schlagartig. Es fehlte nicht nur der Lebenspartner, die Kinder hatten das Haus verlassen: „Plötzlich war ich alleine im Haus. Ich kann aber nicht gut alleine sein.“ In ihrem bis dahin erfüllten Leben klappten plötzlich erhebliche Lücken. Einsamkeit machte sich breit, die Unruhe wuchs, die

Nächte verbrachte sie oft schlaflos. Um wenigstens Schlaf zu finden, griff sie zu Tabletten, die sie in höheren Dosierungen über lange Zeit nahm. Langsam rutschte sie wieder in eine Abhängigkeit, diesmal von einem Medikament, das sich zudem überall unbemerkt einnehmen ließ. Hätte Gerda H. unter ärztlicher Kontrolle gestanden, wäre ihr der erneute Rückfall in eine Sucht vielleicht erspart geblieben. Sie fand jedoch einen Apotheker, „der mir das Zeug ohne Rezept verkauft hat – jede Menge, so viel ich wollte.“ Nach ungefähr drei Jahren wuchs jedoch ihr Leidensdruck. Die Erfahrungen mit zwei Suchterkrankungen brachten sie dazu, selbst die Reißleine zu ziehen und sich erneut professionelle Hilfe zu suchen. Sie wandte sich an die LWL-Klinik Münster, wo sie Hilfe bekam. Auf einen vier Monate dauernden stationären Aufenthalt dort folgten Besuche in der LWL-Tagesklinik, „wo ich mich richtig gut aufgehoben gefühlt habe“.

Auch die Medikamentenabhängigkeit hat Gerda H. erfolgreich überwunden. Darüber ist sie sehr glücklich, vor allem aber darüber, „dass ich jetzt einfach wieder ohne Medikamente schlafen kann“.

Alkoholismus ist nach Nikotin die häufigste Sucht in unserer Kultur.





Verdacht auf Sucht? Das Tabuthema sollten Angehörige bei einer günstigen Gelegenheit ansprechen.

Schnaps oder Pille

Alter und Lebenserfahrung schützen nicht vor der Sucht

Auch ältere Menschen greifen manchmal kräftig zur Flasche oder zu Beruhigungsmitteln, wenn große Sorgen sie plagen oder sie für kurze Zeit vor unerträglichen Lebensumständen fliehen wollen. Die Abhängigkeiten von Alkohol und Medikamenten sind für den größten Teil der Suchtfälle im höheren Alter verantwortlich.

Ältere Frauen mit einer Alkoholabhängigkeit trinken in der Regel weniger als Männer im höheren Alter. Überhaupt scheuen Frauen eher, eine Alkoholfahne zu haben und an Gewicht zuzunehmen. Sie tendieren deshalb mehr **zu süchtig machenden Beruhigungsmitteln**, weil sie unauffälliger einzunehmen und leichter zu transportieren sind.

Alkoholabhängige im höheren Lebensalter lassen sich grob in zwei Gruppen einteilen: Personen, die bereits vor, und solche, die erst nach dem 60. Lebensjahr mit dem regelmäßigen Trinken begonnen haben.

Ungefähr zwei Drittel der Abhängigen haben weit vor der dritten Lebensphase mit dem regelmäßigen Alkoholkonsum angefangen. Ihnen werden insgesamt schlechtere Behandlungschancen prognostiziert. Rentenschock, eigene Krankheiten, Vereinsamung oder Depressionen sind häufig die Gründe für starken Alkoholkonsum, der in späteren Lebensjahren einsetzt. Auch der **Verlust der Partnerin oder des Partners** kann Ältere in die Alkoholsucht treiben. Für diese Abhängigen sind die Aussichten einer positiven Behandlung deutlich besser.

Bis zu 15 Prozent der Bevölkerung nehmen nach Schätzungen gelegentlich, rund zwei Prozent regelmäßig **Benzodiazepine** – Medikamente zur Behandlung von Stress, Angst- und Unruhezuständen sowie zum besseren Einschlafen. Im Alter liegen die Zahlen erheblich höher.

Ungefähr zwei Drittel der Abhängigen haben weit vor der dritten Lebensphase mit dem regelmäßigen Alkoholkonsum angefangen.

Die Beruhigungsmittel haben, anders als Alkohol, bei höheren Dosierungen keine sichtbaren körperlichen Auswirkungen wie Lallen beim Sprechen oder Torkeln beim Gehen. Ihre regelmäßige Einnahme kann daher von den Abhängigen sehr leicht verborgen oder sogar geheim gehalten werden. Außerdem entwickeln Medikamentenabhängige **kaum ein schlechtes Gewissen** wegen ihrer Sucht, da die Präparate verschreibungs- und apothekenpflichtig sind.

Für ein Leben ohne Sucht

Alkohol- und Tablettenmissbrauch können behandelt werden

Sucht ist eine Krankheit und kann behandelt werden. Der Weg aus der Abhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten in ein suchtfreies Leben vollzieht sich in zwei Schritten: **Entgiftung** und **Entwöhnung**.

Die **Entgiftung** bedeutet körperlichen Entzug des Suchtmittels. Bei **Alkoholabhängigen** wird sie in der Regel stationär in einem Krankenhaus vorgenommen. Da der Alkoholentzug abrupt erfolgt, kann es zu körperlichen Beschwerden und psychischen Begleiterscheinungen kommen: Unruhe, starkes Schwitzen, Bluthochdruck oder Schlafstörungen werden medikamentös behandelt.

Vereinsamung, Krankheiten, Depressionen oder Rentenschock können vor allem ältere Männer in die Alkoholsucht treiben.



Manchmal kommt es auch zu epileptischen Anfällen oder zum Ausfall des „Arbeitsgedächtnisses“. Die Entgiftung dauert in der Regel einige Tage.

Bei einer **Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln** (Benzodiazepine) ist die Entgiftung im Allgemeinen mit weniger Nebenwirkungen verbunden. Es kann gelegentlich reichen, nach dem eingehenden Gespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt zu Hause die Medikamentenmenge schrittweise zu reduzieren. Da die Substanzen im Blut einen gleichmäßigen Spiegel der Wirkstoffe aufbauen, braucht die Entgiftung mehr Zeit – bei älteren Menschen mindestens drei Mal so lange wie bei jüngeren. Der Entzugsprozess kann sich deshalb über mehrere Monate bis zu einem Jahr hinziehen. Der körperliche Entzug alleine reicht allerdings nicht.

Die **Entwöhnung** soll auch eine psychische Abkehr vom Suchtmittel bewirken. Unter psychologischer Begleitung oder in Gesprächsgruppen werden zunächst die Ursachen der Abhängigkeit aufgedeckt und bearbeitet.

Ein weiteres Ziel ist, den Konsum zu regulieren und die Abstinenz als Ausdruck eines erfüllten, zufriedenen Lebens zu empfinden. Wichtig ist außerdem, nach dem Wegfall der Droge das Leben mit neuen, sinnstiftenden Inhalten zu füllen. Auf diesem Weg sind Rückfälle keine Katastrophe, so lange ihre Gründe anschließend erkannt und verarbeitet werden. Für Menschen, die erst im höheren Alter suchtkrank geworden sind, bestehen bessere Erfolgsaussichten einer Entzugstherapie als für solche, die bereits seit langer Zeit abhängig sind.

Gut zu wissen

Bin ich Alkoholikerin oder Alkoholiker, wenn ich regelmäßig trinke?

Nicht unbedingt. Es gibt soziale Trinkerinnen und Trinker, die Alkohol nur in Maßen zu sich nehmen und wissen, wann sie aufhören müssen. Problemtrinkerinnen und Problemtrinker greifen regelmäßig zur Flasche, um Sorgen und Stress zu entfliehen. Sie können in Gesellschaft nicht ohne Alkohol lustig sein und verharmlosen ihr Trinken. Alkoholikerinnen und Alkoholiker verlieren die Kontrolle über den Konsum. Sie trinken oft den ganzen Tag über, versuchen aber, dies vor anderen zu verbergen und legen sich Getränkevorräte an.

Vertragen ältere Menschen genau so viel Alkohol wie junge?

Nein. Bei gleicher Menge Alkohol ist der Spiegel im Blut von älteren Menschen höher. Der Abbau vollzieht sich zudem langsamer als bei Jüngeren. Deshalb reagieren Ältere empfindlicher auf Alkohol. Sie sind also auch schneller betrunken.

Geht der Konsum von Suchtmitteln im Alter zurück?

Nach aktuellen Untersuchungen betreiben zehn bis 20 Prozent der Männer und fünf bis zehn Prozent der Frauen über 60 Jahre Alkoholmissbrauch. Zwei bis drei Prozent der Männer und knapp ein Prozent der Frauen in dieser Altersgruppe sind alkoholabhängig. Im Alter steigt der Bedarf an Medikamenten, damit also auch die Gefahr des Missbrauchs. Illegale Drogen sind zurzeit für ältere Menschen noch kein Thema.

Wie hoch sind die Erfolgsaussichten eines Entzugs?

Die Chancen auf einen erfolgreichen Entzug werden vielfach unterschätzt. Ein halbes Jahr nach einer Therapie sind noch rund 65 Prozent alkoholabstinenter, nach 18 Monaten zwischen 50 und 60 Prozent. Im Alter sind viele Menschen zudem oft konsequenter

in ihren Einstellungen. Das erhöht die Chancen auf bessere Ergebnisse. Für den Medikamentenentzug gilt – anders als beim Alkohol: Nicht schlagartig, sondern schrittweise absetzen.

Gibt es Anzeichen für die Abhängigkeit von Medikamenten?

Mögliche Hinweise sind sozialer Rückzug, Antriebs- und Interesselosigkeit, Depressivität und Schlafstörungen. Die geistige Leistungskraft lässt nach, der Gang wird unsicher, es kommt zu Verletzungen oder Blutergüssen. Weitere Zeichen können Inkontinenz, Mangelernährung und Gewichtsverlust sein.

Bei Alkohol- und Beruhigungsmittelsucht ist es erst einmal wichtig, Problembewusstsein zu vermitteln.



Kontaktadressen

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

LWL-Klinik Münster

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik – Innere Medizin

Kooperationspartner der Universität Bielefeld

Dr. Tilman Fey

Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie

Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30, 48147 Münster

Tel.: 0251 91 555-0 oder -2400

t.fey @wkp-lwl.org

www.lwl-klinik-muenster.de

Kreuzbund e.V.

Bundesgeschäftsstelle

Münsterstr. 25, 59065 Hamm

Tel.: 02381 67272-0

info@kreuzbund.de

www.kreuzbund.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.

Westenwall 4, 59065 Hamm

Tel.: 02381 9015-0

info@dhs.de

www.dhs.de



*Dr. Tilman Fey,
Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie
an der LWL-Klinik Münster*

Ratschläge

Als Ziel der Suchttherapie wurde früher nur die Abstinenz gesehen. Abstinenz ist aber oft nicht zu erreichen. Und nichts ist schlimmer in der Suchttherapie, als sich unrealistische Ziele zu setzen. Das führt nur zu Frust und Enttäuschung auf beiden Seiten, bei Patienten und Therapeuten. Die Ziele müssen erreichbar sein, Etappenziele. Damit gewinnt die Patientin/der Patient allmählich die Überzeugung, wieder selbst über das Geschehen bestimmen zu können. Zwischen der totalen Abstinenz und der Kapitulation, dem Weitermachen wie bisher, gibt es verschiedene Zwischenschritte. Die Reduzierung der Alkohol- bzw. Tabletten-dosis, die Konsumstabilisierung sind auch bereits ein Erfolg! Alten Menschen gegenüber wird oft eine schicksalsergebene Haltung an den Tag gelegt, wenn es um Suchtprobleme geht: „Der ist doch schon so alt, was schadet es ihm da noch, wenn er trinkt oder Tabletten nimmt.“ Doch ganz klar: Es schadet, der regelmäßige Suchtmittelkonsum kann die Gesundheit und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Hier fehlt oft das Problembewusstsein – bei den Betroffenen selbst, aber auch bei Familienangehörigen und Ärztinnen und Ärzten.

Weitere gerontopsychiatrische Kontaktadressen des LWL stehen auf den Seiten 112 bis 115.



*„Die panische Angst,
vor Zuhörerinnen und Zuhörern
zu musizieren, war für mich
unerträglich.“*

Psychotische Störungen

Die Geschichte von Ursula R., 73



*Altenpflegerin Tatjana Heilmann (hinten) hilft Ursula R.,
sich zu entspannen.*

Weggelaufen auf der Suche nach sich selbst

Das glückliche Ende einer lebenslangen Odyssee

Sie ist angekommen. Die 72-jährige Ursula R. hat nach einer Jahrzehnte dauernden Odyssee endlich die Muße zu sagen: „Mir ist das Leben angenehm.“ Seit ihrer Jugend war sie getrieben von Wahnvorstellungen, permanentem Leistungsdruck und Versagensängsten. Ihren Lebenstraum hat sie schließlich in Paderborn gefunden.

Der Anfang ihres von Psychosen* geprägten Lebens, das 1932 in Potsdam begann, liegt für Ursula R. auch heute noch weitgehend im Dunkeln. Ihr Vater habe sich ihr zwar „immer wieder zu erkennen gegeben“, sagt sie. Aber sie stellt auch fest, dass sie aus ihrer Kindheit und Jugend ein Geheimnis gemacht hat: „Das ging so weit, dass ich sagte, man braucht gar nicht zu wissen, wer ich bin.“ Heute möchte sie wegen ihres persönlichen Schicksals nicht in Vergessenheit geraten und bleibt ihrem lebenslangen Gebet treu: „Herr, erbarme dich!“

Schon in jungen Jahren zeigten sich erste Anzeichen eines Verfolgungswahns. Immer wieder glaubte das Mädchen, von Lehrkräften und Mitschülerinnen und Mitschülern erniedrigt zu werden. „Du bist ja gar kein richtiger Mensch“, warf man ihr wegen ihrer jüdischen Abstammung vor. Überall sei sie zurückgestellt und nach der Ideologie des Nationalsozialismus sogar als „unwertes Leben“ eingestuft worden, sagt sie rückblickend. Für Ursula R. entstand früh der Eindruck, sich massiv gegen Widerstände und Ungerechtigkeit

* Eine Psychose ist eine starke Beeinträchtigung des Denkens, Fühlens und Handelns. Oft sind die Kontaktfähigkeit und die Einschätzung der Realität gestört. Die betroffenen Menschen erleben ihre Umwelt in veränderter Weise.

behaupten zu müssen. „**Es wurde ein harter Lebenskampf**“, dem ihre Seele jedoch nicht gewachsen war.

Die Schule abzuschließen, „das erschien mir zunächst als der große Rettungsanker“. Doch bereits mit zwölf Jahren zeigten sich die ersten Vorboten des mächtigen Schattens, der sich immer wieder über ihr Leben legte. Mitten in einem Schulaufsatz verstand sie plötzlich nicht mehr, was sie gerade selbst zu Papier gebracht hatte. Es entwickelten sich Wahnvorstellungen, ausgelöst durch das Empfinden, durch Lieblosigkeiten anderer abgedrängt zu werden.

„Die panische Angst, vor Zuhörerinnen und Zuhörern zu musizieren, war für mich unerträglich.“

Ursula R. meisterte das Abitur im ehemaligen Westteil von Berlin und ging Mitte der 50er Jahre zum Studium nach Münster. Der LWL sicherte ihr einen Studentinnen-Wohnheimplatz, der Allgemeine Studenten-Ausschuss (AstA) finanzierte zwölf Semester Germanistik und Geografie. Zum Ende des Studiums nahte die Staatsarbeit, die für die Studentin plötzlich zur unüberwindlichen Hemmschwelle wurde. Die Angst, zu versagen, wuchs sich zum Gedächtnisverlust und zu einer massiven Schreibblockade aus.

„Dabei dachte ich, ich hätte mein Leben im Griff.“

Der zweite Rettungsanker, um sich im Leben Halt zu verschaffen, verfehlte sein Ziel. Ursula R. brach das Studium ebenso ab wie zuvor schon das Geigespielen. Die panische Angst, vor Zuhörerinnen und Zuhörern zu musizieren, „war für mich unerträglich“. Sie begab sich in psychiatrische Behandlung. Doch das Gefühl von permanenter Überforderung blieb. Eine Stelle als Bibliothekarin in Köln trat sie gar nicht erst an. Mit der Arbeit als Hausangestellte im Westerwald war sie bald unzufrieden. Hinzu kamen weitere Wahnvorstellungen und immer neue Aufenthalte in Nervenkliniken. Was sie in Deutschland nicht fand, suchte sie nun in der Schweiz – eine

gefestigte Existenz. Dort arbeitete sie sechs Jahre als Köchin, bis die psychischen Probleme sie erneut einholten. Wieder lief sie davon, zurück nach Deutschland. Dort griff man sie ohne Wohnsitz auf und lieferte sie in Düren stationär ein. „Dabei dachte ich, ich hätte mein Leben im Griff.“ Ihr Weg führte sie schließlich in die LWL-Klinik Paderborn, wo Ursula R. es sich zum Ziel setzte, „die Ärztinnen und Ärzte davon zu überzeugen, dass ich wieder stark bin“.

1987 initiierte sie ihr eigenes Projekt: die Zeitung „Unsere Brücke“. Zusammen mit vier Mitstreiterinnen und Mitstreitern verfasst sie Artikel, bereitet sich anhand von Literatur intensiv darauf vor. Ihre „Brücke“, die in der LWL-Klinik Paderborn verbreitet wird, ist für Ursula R. mehr als bloße Beschäftigung: „Es ist so, als ob sich mein Lebenstraum erfüllt hat.“ Ursula R. ist endlich zur Ruhe gekommen. Sie muss nicht mehr stationär behandelt werden und fühlt sich seitdem wohl in ihrer adrett geordneten kleinen Wohnung auf dem Klinikgelände. Neben der Literatur ist sie bekennender Fan von Fernsehkrimis. Sie erledigt ihre Einkäufe oder Bankgeschäfte, fühlt sich selbstständig und zieht nach einem schweren Weg mit einem Lächeln das Fazit: „Ich bin jetzt sehr, sehr glücklich.“

Ursula R. lebt jetzt in einer eigenen Wohnung auf dem Klinikgelände.





Angebote wie Seniorentanz helfen gegen sozialen Rückzug.

Wenn man sich gequält und verfolgt fühlt

Wahn entsteht oft in jungen Jahren

Psychotische Störungen haben zahlreiche Ursachen und eine Vielzahl von Symptomen. Psychosen sind schwere Erkrankungen, die meistens im **frühen Erwachsenenalter** entstehen und sich im Laufe des Lebens schubweise wiederholen können.

Die häufigste und schwerwiegendste psychotische Störung ist die Schizophrenie. Der Begriff stammt aus dem Griechischen und heißt so viel wie „Spaltungsirresein“. Unter Schizophrenie versteht man die Zersplitterung der Persönlichkeit. Denken, Fühlen und Handeln bilden keine Einheit mehr und sind gewissermaßen aufgespalten. Kennzeichnend für eine psychotische Störung ist, dass die Betrof-

fenen weitaus mehr Wahrnehmungen im Kopf haben als gesunde Menschen. Steigt die Menge der Wahrnehmungen, werden Seele und Geist durch die permanente Reizüberflutung krank.

Die Erkrankten nehmen ihre Umwelt einerseits so wahr wie andere Menschen auch. Andererseits erleben sie daneben gleichzeitig noch **eine weitere Realität**, die für Gesunde schwer nachvollziehbar ist und beunruhigend wirkt. Etwa ein Drittel der Erkrankungen verläuft chronisch. Das Krankheitsbild wird in allen Lebensabschnitten von sogenannten Plus- oder Minus-Symptomen bestimmt. Zu den Plus-Symptomen zählen Halluzinationen. Die Betroffenen hören nicht vorhandene Stimmen. Wahnhaft glauben manche sogar, **dass ihre Gedanken oder ihr Wille von außen fremdbestimmt sind**. Diese Wahnvorstellungen können bizarre Formen annehmen, wenn sich die Erkrankten etwa von Außerirdischen oder als Opfer von Verschwörungen verfolgt fühlen. Dieser Wahn kann zur Selbsttötung führen.

*Etwa ein Prozent der Menschen erleidet
im Laufe des Lebens Wahnvorstellungen.*

Anderen gehen Lebensenergie und Dynamik verloren. Minus-Symptome sind die Verarmung der Sprache, verminderte geistige Aktivitäten, Rückzug ins Private oder Störungen des Gemüts- und Gefühlslebens. Es vollzieht sich mitunter ein völliger **„Knick in der Lebenslinie“**.

Bei älteren Menschen kommt es äußerst selten zu Neuerkrankungen. Sie haben die Symptome in der Regel aus früheren Lebensabschnitten „mitgenommen“. Im höheren Alter treten vermehrt Wahnstörungen auf. Ältere Menschen neigen zu einem landläufig als „Altersstarrsinn“ bezeichneten Verhalten, fühlen sich ohne tatsächlichen Grund bedroht oder glauben, das Opfer von Diebstahl oder Intrigen zu sein.

Den richtigen Zugang finden

Medikamente und Psychotherapie gegen psychotische Störungen

Symptome einer Schizophrenie sind heute leichter zu behandeln als in der Vergangenheit. Fast immer werden inzwischen **deutlich besser verträgliche Medikamente** parallel zu psychotherapeutischen Maßnahmen eingesetzt. Bei älteren Patientinnen und Patienten wird zudem untersucht, ob zusätzlich körperliche oder Erkrankungen des Gehirns aufgetreten sind. Manchmal helfen bereits Brillen oder Hörgeräte, um Seh- oder Hörstörungen auszugleichen, die ebenfalls Ursachen einer Wahnerkrankung sein können. Gegen Halluzinationen und Wahnvorstellungen werden in der Regel sogenannte Neuroleptika eingesetzt. Diese Medikamente lindern die

Entspannungsverfahren wie die „Progressive Muskelentspannung nach Jacobson“ können nach einer akuten psychotischen Störung den Umgang mit Gefühlen erleichtern.



Krankheitssymptome oder drängen sie in den Hintergrund. Bisweilen werden den Patientinnen und Patienten auch Mittel gegeben, die gegen Depressionen helfen.

Ziel der medikamentösen Behandlung ist es, in der akuten Krankheitsphase **Reizüberflutungen** zu dämpfen, Ängste abzubauen und damit den Dialog zwischen den Kranken und ihrer Umgebung wieder zu verbessern. Nach dem Abklingen akuter Symptome fällt es dann leichter, mit einer psychotherapeutischen Behandlung zu beginnen.

Bei **wahnhaften Störungen älterer Menschen** können ebenfalls – unter ärztlicher Aufsicht – Medikamente und eine psychotherapeutische Behandlung erfolgreich eingesetzt werden. Ebenso wichtig ist es jedoch, dass Angehörige oder betreuende Personen angemessen mit den wahnhaft veränderten Menschen umgehen. Die Patientinnen und Patienten sollten trotz ihrer anderen Sichtweise **ernst genommen** und nicht um jeden Preis vom Gegenteil ihres Wahns überzeugt werden. Ihre Angst und ihr Misstrauen lassen sich durch eine offene, klare, distanzierte und einfühlsame Kommunikation verringern. Das heißt, den Erkrankten weder kritisch oder feindselig noch übermäßig beschützend oder einengend zu begegnen.

Zusätzlich sollten zusammen mit der Patientin oder dem Patienten konkrete, auf den Alltag bezogene Ziele vereinbart werden, die ihr oder ihm helfen, aus eigenen noch vorhandenen Kräften und Fähigkeiten zu schöpfen. Die Hilfe einer Fachärztin oder eines Facharztes in Anspruch zu nehmen, sollte von Angehörigen oder Betreuerinnen und Betreuern zwar in jedem Fall angestrebt, aber **keinesfalls erzwungen** werden.

Symptome einer Schizophrenie sind heute leichter zu behandeln als in der Vergangenheit.

Gut zu wissen

Was ist bei Schizophrenie zu berücksichtigen?

Es gibt nicht die eine schizophrene Psychose, sondern ein ganzes Spektrum solcher Erkrankungen. Jede hat ihre Besonderheiten. Das macht den Umgang mit Erkrankten mitunter schwierig und erfordert viel Geduld sowie Einfühlungsvermögen.

Wie häufig sind solche Psychosen?

Etwa ein Prozent der Menschen erleidet im Verlauf des Lebens eine schizophrene Psychose. Ein Unterschied zwischen Frauen und Männern besteht dabei nicht. Meistens beginnt die Krankheit zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Im Alter entsteht sie dagegen selten. Dafür kommt es im Alter eher zu isolierten Wahnvorstellungen ohne sonstige Symptome einer Schizophrenie.

Was ist eine Wahnvorstellung?

Wahn ist eine von den Betroffenen entwickelte feste Überzeugung, die keiner Beweise bedarf und die durch Argumente nicht zu erschüttern ist. Sie bauen sich eine Wirklichkeit auf, die mit der Realität und der Sichtweise der Mitmenschen nichts mehr zu tun hat, und isolieren sich darin. Häufig kommen Verfolgungswahn, eingebildete Krankheiten (Hypochondrie) und Eifersucht vor oder übersteigerte Angst vor Verbrechen.

Wie reagieren Angehörige darauf?

Wenn eine Wahnkrankheit nicht erkannt ist, löst sie bei Mitmenschen und Angehörigen oft Unverständnis oder Verärgerung aus. Sie fühlen sich beleidigt, falsch beschuldigt oder durch Undank enttäuscht und meinen, ihr Gegenüber „spinnt“. Das führt häufig zum Rückzug und damit zu noch stärkerer Isolation der Erkrankten, die sich zudem in ihrem Wahn oft zusätzlich bestätigt sehen.

Wie sind die Heilungschancen bei Schizophrenien?

Sie sind besser als früher angenommen. Etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten, die einmal im Leben eine solche Erkrankung erlebt haben, kann geheilt werden. Ein weiteres Drittel erlebt immer wieder behandlungsfähige Schübe. Bei den Übrigen wird die Schizophrenie chronisch und führt zu erheblichen Einschränkungen des Lebens.

Typische Zitate:

„Die Nachbarschaft hat sich gegen mich verschworen.“

„Mein Sohn bestiehlt mich.“

„Jemand vergiftet mein Essen.“

„Die Krankenschwestern gehören zu einer geheimen Organisation.“

„Ich werde verarmen und muss verhungern.“

Der Therapieplan bietet Orientierung.



Kontaktadressen

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

LWL-Klinik Paderborn

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster,

Kooperationspartner der Universität Bielefeld

Dr. Bernhard Sibus

Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie/Soziotherapie

Agathastr. 1, 33098 Paderborn

Tel.: 05251 295-0

bernhard.sibus@wkp-lwl.org

www.lwl-klinik-paderborn.de

Kompetenznetz Schizophrenie

Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf

Tel.: 0211 922-2770

info@kompetenznetz-schizophrenie.de

www.kns.kompetenznetz-schizophrenie.de

Psychiatrienetz Aktion Psychisch Kranke e.V.

www.psychiatrie.de

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit von Angst bis Zwang

c/o Prof. Dr. med. Volker Faust

Zentrum für Psychiatrie – Die Weissenau

Abt. Psychiatrie I der Universität Ulm

88214 Ravensburg

www.psychosoziale-gesundheit.net



*Dr. Bernhard Sibum,
Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie/
Soziotherapie an der LWL-Klinik Paderborn*

Ratschläge

„Wahnphänomene sind falsche Überzeugungen, die gewöhnlich mit einer Fehldeutung von Wahrnehmungen oder Erfahrungen einher gehen. So glaubt jemand zum Beispiel beim Verfolgungswahn, er werde gequält, verfolgt, betrogen oder der Lächerlichkeit preisgegeben. Im Fall des Beziehungswahns glauben die Betroffenen, bestimmte Gesten, Kommentare, Ausschnitte aus Büchern, Zeitungen, Liedtexten oder andere Hinweise aus der Umgebung seien speziell auf sie gemünzt. Beim Verarmungswahn haben die betroffenen Menschen unbegründete Angst, ihr Lebensunterhalt sei bedroht. Ihre Handlungen wirken oft bizarr, so tragen sie ständig große Mengen von Lebensmitteln mit sich, aus Angst, vergiftet zu werden, oder sie sprechen laut mit nicht anwesenden Personen. Beziehungen zu führen ist nicht leicht. Am schwierigsten aber sind Beziehungen zu Menschen, die sich nicht mehr an die Verhaltensregeln der Erwachsenenwelt halten können, die von Normen abweichen und die den Ausdruck ihrer Freuden, Ängste, Fantasien, Bösartigkeiten und Gelüste – die wir alle haben – nicht mehr kontrollieren können.“

Weitere gerontopsychiatrische Kontaktadressen des LWL stehen auf den Seiten 112 bis 115.



Die Gesundheit im Alter wird vom Verhalten während des gesamten Lebens beeinflusst. Deshalb ist es von Vorteil, schon frühzeitig achtsam mit sich umzugehen.

Das Tandem Körper und Seele

Seelische Erkrankungen im Alter: Vorbeugung und Früherkennung

Körper und Seele sind eine Einheit. Das zeigt sich leider auch in vielen Krankheiten, die zunächst mit körperlichen Symptomen beginnen. Sie können aber auch **ernste Anzeichen** für psychische oder geistige Ursachen sein. Faktoren wie Stress, Angst, unterdrückte Gefühle, Einsamkeit oder nicht verarbeitete Trauer stehen häufig in direktem Zusammenhang mit Erkrankungen des Körpers. Deshalb ist es wichtig, durch Vorbeugung frühzeitig das „Tandem“ Körper und Seele bis ins Alter gleichermaßen vital und gesund zu halten.

Regelmäßige **körperliche Aktivitäten an frischer Luft** wirken sich positiv auf den ganzen Menschen aus. Spaziergänge im Grünen,

Fahrradfahren, Schwimmen oder Gartenarbeit halten Muskulatur und Kreislauf ebenso fit wie Wechselduschen, Kneippsche Güsse oder Saunagänge. Wer zum Beispiel auf einem Bein stehend die Schnürsenkel an den Schuhen zubindet, trainiert bis ins Alter seinen Gleichgewichtssinn. Zusätzliche Gymnastik ist ebenfalls gut für die Koordination der Bewegungen sowie für die Nerven. Aber auch das Gehirn wird insgesamt besser versorgt. Sonnen- und Tageslicht wirken sich **positiv auf die Grundstimmung aus**.

Es ist wichtig, durch Vorbeugung frühzeitig das „Tandem“ Körper und Seele bis ins Alter gleichermaßen vital und gesund zu halten.

Die Ernährung sollte gesund, abwechslungsreich und ausgeglichen sein. Entsprechende Ernährungsratgeber gibt es zahlreich. Genussmittel wie Alkohol und Koffein sind nicht tabu, sollten aber mit Vorsicht und in Maßen genossen werden, weil sie schnell zu Giften für den Organismus werden. Ratsam ist, auf das Rauchen zu verzichten. Im Zeitalter des wachsenden Körperbewusstseins werden Seele und Denken allzu oft vernachlässigt. Die geistigen Leistungen aktiv zu halten ist ebenso wichtig wie die des Körpers. Es gibt zahlreiche Quiz- und Gedächtnisspiele oder Kreuzworträtsel, die sich bestens als **Heimtraining für das Denken** eignen.

Für die Seele dagegen ist es hilfreich, sie nicht mit unnötigem „Ballast“ zu erdrücken. Offene Gespräche über Sorgen und Probleme in der Familie, mit Freundinnen und Freunden, Bekannten oder Kolleginnen und Kollegen helfen, den Druck seelischer Belastungen zu Hause oder am Arbeitsplatz zu vermindern. **In jedem Fall ist es falsch, Probleme, Groll oder Enttäuschungen „in sich hinein-zufressen“**. Auch ernsthafte Beziehungsprobleme dürfen kein Tabu sein und müssen auf den Tisch, um der Seele Luft zu verschaffen.

Trennung und Tod gehören zu den schwersten psychischen Erlebnissen, vor allem mit zunehmendem Alter. Es ist wichtig, den damit verbundenen Schmerz nicht zu verdrängen, sondern als etwas Normales zu akzeptieren, zu verarbeiten und darüber zu reden. „Für was ich Worte habe, darüber bin ich schon hinweg“, sagte Hippokrates.

Nicht jede schlechte Laune deutet gleich auf eine Depression hin, nicht jede Vergesslichkeit ist schon ein Anzeichen für eine beginnende Demenz. Dennoch ist es ratsam, neben körperlichen auch geistige und seelische Veränderungen im Auge zu behalten und **frühzeitig mit der Hausärztin oder dem Hausarzt** darüber zu sprechen. Je früher Erkrankungen von Seele oder Geist erkannt werden, um so erfolgversprechender verlaufen die Behandlungen.

Früherkennung ist nicht nur bei körperlichen Erkrankungen von großer Bedeutung. Mit psychologischen Tests etwa lassen sich geistige und seelische Prozesse genauer messen. Eingehende ärztliche Untersuchungen helfen dabei, Fehlfunktionen des Körpers als Ursache für ein Krankheitssymptom zu finden oder auszuschließen. Mithilfe von Computer oder Kernspintomographen können Fachärztinnen und Fachärzte das Gehirn näher unter die Lupe nehmen, Tumore oder andere Veränderungen entdecken.

Wenn der **Verdacht** einer beginnenden Demenz oder Alzheimer-Krankheit besteht, sollte man sich an eine der **Gedächtnissprechstunden** oder **Memory-Kliniken**, zum Beispiel in einer der LWL-Kliniken, wenden (*Adressverzeichnis Seite 112 bis 115*). Neben ausführlichen körperlichen werden spezielle neurologische, psychiatrische und testpsychologische Untersuchungen ebenso angeboten wie umfassende Aufklärungs- und Beratungsgespräche. Sollte die Diagnose Demenz eindeutig sein, wird dort zusammen mit der oder dem Erkrankten und den Angehörigen ein individueller Plan erarbeitet, um damit das Leben zu erleichtern.

*Gedächtnissprechstunden oder Memory-Kliniken
schaffen Klarheit über die Erkrankung.*





Stationsalltag in der Pflege

Das Beispiel in der LWL-Klinik Paderborn

Satt und sauber – das reicht nicht!

Moderne gerontopsychiatrische Pflege muss weit mehr anbieten

Neben der medizinischen und therapeutischen Betreuung wird in den Behandlungszentren des LWL großer Wert auf die gerontopsychiatrische Pflege älterer Menschen mit seelischen Erkrankungen gelegt. Anonyme und unpersönliche Krankenhäuser gibt es in den stationären Angeboten ebenso wenig wie den veralteten Grundsatz: „Hauptsache satt und sauber.“

Im Mittelpunkt moderner gerontopsychiatrischer Pflege stehen die **individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten**, selbstverständlich ihre Erkrankung, aber vor allem auch ihre Interessen, Gewohnheiten oder Hobbys. In der LWL-Klinik Paderborn verbringen Patientinnen und Patienten ihren stationären Aufenthalt nach der Devise: „Mein Therapieplan! Meine Krankenschwester! Meine Pflege!“

Alle Patientinnen und Patienten bekommen in einem persönlichen Gespräch einen individuellen Therapieplan, in dem zugleich der Wochenablauf festgelegt wird.

Der Alltag auf der **offenen gerontopsychiatrischen Station** in Paderborn ist nicht monoton, sondern abwechslungs- und erlebnisreich. In den Zimmern halten sich die Patientinnen und Patienten nur zum Schlafen auf. Etwa 12 speziell ausgebildete Pflegekräfte sowie weitere externe Therapeutinnen und Therapeuten stehen für die umfangreichen Tagesprogramme zur Verfügung. Hinzu kommen regelmäßige Einzel- und Gruppensitzungen von Medizinerinnen und Psychologen.

Alle 18 Patientinnen und Patienten bekommen in einem persönlichen Gespräch einen **individuellen Therapieplan**, in dem zugleich der Wochenablauf festgelegt wird. Einmal pro Woche kommt der Therapieplan jeder Patientin oder jedes Patienten erneut auf den Prüfstand. Außerdem können sich die Kranken mit Wünschen und Fragen an eine ihnen genannte Bezugspflegekraft wenden, die sie während des gesamten Aufenthalts begleitet und berät. Dadurch entstehen Sicherheit und Geborgenheit.

Wer Zeit hat, hilft mit bei den Vorbereitungen für die gemeinsamen Mahlzeiten im Tagesraum. Hier bilden sich trotz manchmal vorheriger Scheu Freundschaften. Das gemeinsame Schicksal verbindet.



Pflegerischer Stationsalltag der offenen gerontopsychiatrischen Station in der LWL-Klinik Paderborn

07:00 – 08:00 Uhr

Wecken und Hygienetraining

08:00 – 08:15 Uhr

Die Patientinnen und Patienten treffen sich mit einer Pflegekraft zur Morgenrunde, besprechen den Tag oder erfahren die neuesten Nachrichten aus der Zeitung.

08:15 – 09:00 Uhr

Das Frühstück wird von den Patientinnen und Patienten zusammen mit den Pflegekräften vorbereitet, serviert und gemeinsam eingenommen.

09:00 – 12:00 Uhr

Die Vormittage bieten von Montag bis Sonntag Raum für vielfältige Angebote – wie etwa: Depressionsbewältigung, Bewegungstherapie, **Biografiegruppe, Seniorentanz, Krankheits- und Medikamentenlehre, Genusstraining**, Marktbesuche, Soziotherapie, Rückenschule, Ergotherapie. Parallel dazu finden einmal wöchentlich zwischen 10:30 und 12:00 Uhr die Einzelvisite (dienstags) und zwischen 10:30 und 12:30 Uhr die Gruppensuche (freitags) statt. Samstags und sonntags besteht zudem Gelegenheit zu individueller Freizeitgestaltung, zu Besuchen Angehöriger oder zur Teilnahme an einem Gottesdienst.

12:00 – 12:30 Uhr

Das Mittagessen und der Küchendienst werden ebenfalls wieder von Patientinnen und Patienten sowie Pflegekräften gemeinsam gestaltet.

12:30 – 13:45 Uhr

Zeit für die Mittagsruhe

12:45 – 13:45 Uhr

Jeden Mittwoch: Schwimmen im Rahmen der Bewegungstherapie

13:45 – 14:30 Uhr

Ergo- oder Bewegungstherapie, aber auch Gelegenheit zu individueller Freizeitgestaltung

14:30 – 15:00 Uhr

Gemeinsam gestaltete Kaffeepause

15:00 – 16:30 Uhr

Teil zwei des täglichen Gruppen- und Therapieangebots – wie etwa: Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Backgruppe, **Sinnesgruppe, Humorgruppe**, regelmäßige Besuche von Museen oder beispielsweise einer Bibliothek

16:00 – 18:00 Uhr

Individuelle Freizeit, Besuche

18:00 – 18:45 Uhr

Gemeinsam gestaltetes Abendessen

18:45 – 21:00

Abendspaziergang oder z.B. Besuch eines Seelsorgers

21:00 Uhr

Bei einer gemeinsamen Teestunde klingt der Tag aus.

Auf anderen Stationen besteht zudem die Möglichkeit der Teilnahme an der **Musiktherapie** sowie am **Snoezelen** (gesprochen: Snuseln).

* Die markierten Angebote sind auf den folgenden Seiten erläutert.

Was bedeutet ...

Biografiegruppe

Die Biografiegruppe geht ein auf die persönlichen Erinnerungen der Patientinnen und Patienten, die ihr Leben bestimmt haben. Das können Kriegserlebnisse ebenso sein wie Sportereignisse, Unglücke oder bestimmte Bräuche. Alle Teilnehmenden können ihre persönlichen Erfahrungen und Teile ihrer Lebensgeschichte mitteilen. Das Sprechen über sich selbst ist ein Entlastungsgespräch, bei dem sich die Betroffenen Dinge bewusst machen, die zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit beigetragen haben.

Seniorentanz

Es werden Standardtänze ebenso angeboten wie gymnastische Sitztänze. Das Tanzen steigert das körperliche und seelische Wohlbefinden, es regt die Konzentration und die Merkfähigkeit an und wirkt sich positiv auf das körperliche und seelische Wohlbefinden aus.

Krankheits- und Medikamentenlehre

Therapeutinnen und Therapeuten erklären den Patientinnen und Patienten die Krankheitsbilder und die Wirkungen von Medikamenten in allgemein verständlichen Worten. Dieses Angebot dient der Aufklärung über psychiatrische Erkrankungen und hilft den Kranken zu verstehen, was mit ihnen los ist.

Genusstraining

Die „kleine Schule des Genießens“ übt das bewusste Wahrnehmen und Genießen über die Sinne. Es werden Duftöle gerochen oder Stoffe ertastet, um Erinnerungen wachzurufen. Der Duft von Orangen lässt zum Beispiel an Weihnachten denken, ein Seidenschal auf der Haut weckt vielleicht vergessene positive Gefühle. Höhepunkte des Genusstrainings sind Besuche in einem chinesischen Restaurant.

Sinnesgruppe

Autogenes Training schickt die Patientinnen und Patienten auf Traumreisen. Begleitete Fantasien, Musik und Düfte entspannen, führen zu einer besseren Körperwahrnehmung und fördern den Umgang mit Gefühlen.

Humorgruppe

Lachen ist gesund, hebt die Stimmung und weckt Optimismus. Patientinnen und Patienten, die schon auf dem Weg der Besserung sind, erzählen sich Witze, Anekdoten oder heitere Geschichten. Gemeinsam sehen sie sich Videos von Heinz Erhardt oder Jürgen von Manger an. Hier steht der Spaß im Mittelpunkt.

Musiktherapie

Das Singen von Volksliedern kann Erinnerungen wecken und das Langzeitgedächtnis stärken. Damit trägt die Musiktherapie gleichzeitig zur Erinnerungs- und Biografiearbeit bei. Altbekanntes spricht die Seele an und kann die Patientin oder den Patienten kurzzeitig oder dauerhaft positiv verändern.

Snoezelen (Snuseln)

In einem angenehm gestalteten Raum wird Wohlbefinden durch unterschiedliche Reize ausgelöst. Das Snoezelen spricht die Sinne an und entspannt. Hier gibt es Wassersäulen für die optische Wahrnehmung, Aromazerstäuber für die Geruchswahrnehmung, ein Wasserbett für den Bewegungssinn, eine farbig beleuchtete Spiegelkugel für die Wahrnehmung von Farben und Bewegung, Igelbälle und Federn für die körperliche Wahrnehmung.

Kontaktadressen

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

LWL-Klinik Paderborn

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster

Kooperationspartner der Universität Bielefeld

Walburga Körting

Pflegerische Abteilungsleiterin Gerontopsychiatrie

Agathastr. 1, 33098 Paderborn

Tel.: 05251 295-0

walburga.koerting@wkp-lwl.org

www.psychiatrie-paderborn.de



Walburga Körting,
Pflegerische Abteilungsleiterin Gerontopsychiatrie
an der LWL-Klinik Paderborn

Ratschläge

„Pflegende Angehörige mit ihren extremen körperlichen und seelischen Belastungen brauchen fast immer genauso dringend Hilfe wie die Kranken selbst. Doch immer noch nehmen viele Angehörige keine Unterstützung in Anspruch, sei es aus Scham, sei es aus Unkenntnis über Hilfsangebote. Viele Pflegenden müssen erst regelrecht trainieren, ihren Kranken auch einmal loszulassen, ihn zeitweise anderen anzuvertrauen. Selbsthilfegruppen helfen Familien, sich vom übermächtigen Druck der Dauer-Besorgnis zu lösen und Entlastung etwa durch einen Pflegedienst oder engagierte Freiwillige zu finden. Die Kranken reagieren sehr positiv auf jede Form emotionaler Zuwendung. Schon das schlichte Streicheln der Hand oder ein freundlicher oder liebevoller Tonfall können enorm beruhigend wirken. Ähnlich wie Kinder lassen sich auch demenzkranke Menschen durch Gefühlsregungen anderer leicht anstecken. Weil die Patientinnen und Patienten durch den Verlust ihrer Kurzzeit-Erinnerung in ihre frühe Vergangenheit zurückkehren, können gerade Düfte, die sie von früher kennen, sie besonders friedlich und gut gelaunt stimmen. So hat der Geruch von Bohnenkaffee in der Kriegs- und Nachkriegsgeneration eine ganz besondere Bedeutung.“

Weitere gerontopsychiatrische Kontaktadressen des LWL stehen auf den Seiten 112 bis 115.

Das oberste Ziel: Altern in Würde

Professionelle Angebote für die Pflege – zu Hause oder stationär

Die Diagnose einer geistig-seelischen Erkrankung – vor allem einer Alzheimer-Demenz – **verändert das Leben der Betroffenen schlagartig**, nicht nur das der erkrankten älteren Menschen, sondern auch das der Angehörigen oder nahe stehenden Verwandten. In vielen Fällen beginnt dann nicht nur die Suche nach einer fachgerechten medizinischen Behandlung. Oft ist damit auch unmittelbar die Frage verknüpft, welche Form der Pflege kurz-, mittel- und langfristig die beste für die Patientin oder den Patienten ist.

Gerade die Pflege demenzkranker Menschen fordert Angehörigen eine Menge Kraft und Geduld ab.

Zum Altern in Würde gehört ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden oder im Kreis der Familie. Wird ein Familienmitglied im Alter krank oder pflegebedürftig, kommen auf die Angehörigen mitunter große zusätzliche und bislang ungewohnte Belastungen und Herausforderungen zu. Gerade die Pflege von Demenz-Erkrankten fordert ihnen eine Menge Kraft und Geduld ab. Dennoch leben in Deutschland die meisten Demenz-Kranken in ihren eigenen vier Wänden oder Familien. Insbesondere weibliche Angehörige übernehmen häusliche Pflegeaufgaben bis hin zu Risiken für die eigene Gesundheit. Sie bedürfen daher – wie alle pflegenden Angehörigen – dringend der Entlastung, Unterstützung und Beratung durch professionelle und andere Hilfen.

Für den Fall, dass die Pflege demenzkranker oder gerontopsychiatrisch veränderter Menschen zu Hause übernommen werden kann,



Zahlreiche Pflegeangebote bieten Menschen, die nicht mehr allein zurecht kommen, Unterstützung.

gibt es zahlreiche Hilfsangebote, die diese Aufgabe erleichtern. Einerseits bieten Beratungsstellen und Angehörigengruppen die Möglichkeit der Information und des Austauschs mit anderen Betroffenen. Aber auch für den Pflegealltag gibt es konkrete und **professionelle Unterstützung**, die den Angehörigen Erleichterungen bieten und Möglichkeiten geben, eine Pause einzulegen und neue Kräfte zu sammeln.

Der LWL bietet zum Beispiel im Rahmen seines PsychiatrieVerbundes Westfalen unterschiedliche, zumeist wohnortnahe gerontopsychiatrische Pflegeangebote: Das eigene Zuhause ist der Ausgangspunkt für die **ambulante psychiatrische Pflege**. Der pflegebedürftige Mensch ist in diesem Fall nicht auf eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung angewiesen. Die Pflegeteams des LWL leisten

zu Hause – neben der medizinischen Versorgung – Hilfe bei den alltäglichen Dingen des Lebens. Auch die Beratung der Familienangehörigen gehört zum Leistungsspektrum.

Das Gleiche gilt für die **Tagespflege**, die speziell für ältere Menschen mit geistig-seelischen Erkrankungen bereits in Gütersloh und Warstein und in Kürze auch in Dortmund angeboten wird und weiter ausgebaut werden soll. Mit der Tagespflege des LWL wird den Betroffenen ermöglicht, von Montag bis Freitag tagsüber qualifizierte Pflege in Anspruch zu nehmen, am Abend und an Wochenenden jedoch wieder in ihr gewohntes Zuhause zurückzukehren.

Der Pflegedienst berät darüber, wie viel Pflege nötig ist.



Die **Kurzzeitpflege** ist vor allem dann ein hilfreiches Angebot, wenn pflegende Angehörige selbst krank werden, einen Urlaub planen oder sich für ein Wochenende eine Auszeit nehmen wollen. Für einige Wochen besteht die Möglichkeit, ein pflege- und betreuungsbedürftiges Familienmitglied einer Einrichtung des LWL rund um die Uhr zur Pflege anzuvertrauen.

Es kann dann irgendwann der Fall eintreten, dass die Pflege zu Hause zu beschwerlich oder unmöglich wird, weil die Angehörigen die Belastungen nicht mehr tragen können. Dann bietet sich als Alternative die **stationäre Pflege und Betreuung**. In den sieben Pflegezentren des LWL-Psychiatrie-Verbundes Westfalen finden rund 600 pflegebedürftige Menschen ein Zuhause, die Tag und Nacht Betreuung benötigen. Die individuelle Lebenssituation und die Lebensgeschichte des zu betreuenden Menschen stehen in der Pflege im Mittelpunkt. Hinzu kommt das gerontopsychiatrische Fachwissen in medizinischer Versorgung und pflegerischer Betreuung.

Wohngruppen für Demenz-Kranke sind die neuesten Projekte des LWL. In dieser Alternative zur Heimunterbringung wohnen die pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen in einer gemeinsamen Wohnung zur Miete, in der sie in einer familiären Atmosphäre mit bestmöglicher Versorgung leben können. Sie werden von ambulanten Pflegediensten, Angehörigen und ehrenamtlichen Kräften versorgt und betreut.

Weitere Infos und Kontakt:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen,
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
Margarete Weber
48133 Münster
Tel.: 0251 591-3786, margarete.weber@lwl.org

Medikamente sind wichtig

Neue Präparate werden sehr viel besser vertragen

Es muss offen gesagt werden: **Medikamente** sind aus dem psychiatrischen Alltag nicht wegzudenken. Allerdings nie losgelöst, sondern immer in Kombination mit Psychotherapie und begleitenden Maßnahmen, die den Patientinnen und Patienten eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft oder eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft ermöglichen sollen. Zur Verfügung stehen überwiegend Medikamente einer „neuen Generation“, die gerade **von älteren Menschen gut vertragen** werden, die häufig mehrere Arzneimittel gegen unterschiedliche Krankheiten einnehmen müssen.

Unter dem Begriff **Psychopharmaka** werden solche Medikamente zusammengefasst, die die Aktivitäten im zentralen Nervensystem beeinflussen oder auf psychische Funktionen wirken. Inzwischen gängige **Antidepressiva** (z.B. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer – SSRI) sind vor allem für ältere Menschen gut verträglich und werden daher auch in der Gerontopsychiatrie eingesetzt. Es gibt deutlich weniger Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Sie sind angstlösend und stimmungsaufhellend, aber auch aktivierend und können nicht abhängig machen.

Die wichtigsten Psychopharmaka sind:

Antidepressiva gegen Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen, aber auch gegen Schmerz- und Schlafstörungen

Neuroleptika (Antipsychotika) gegen psychotische Störungen wie Schizophrenie, Wahn, aber auch gegen psychotische Unruhe oder Schlafstörungen

Anxiolytika, Tranquilizer und Sedativa wirken angstlösend und schlaffördernd

Antidementiva zur Linderung und Verzögerung der Demenz-Erkrankung



Der Einsatz von Medikamenten wird sorgfältig individuell abgewogen.

Zur Verfügung stehen überwiegend Medikamente einer „neuen Generation“.

Die **Neuroleptika** wirken sich beruhigend und antipsychotisch aus. Für eine Behandlung von Psychosen sind sie unverzichtbar. Die Gefahr einer Abhängigkeit besteht nicht. Allerdings sollte ihr Einsatz bei älteren Menschen sorgfältig erwogen werden.

Je nach Wirkstoff und Dosierung dienen **Anxiolytika, Tranquilizer und Sedativa** zur Behandlung von Angststörungen und Spannungszuständen. Sie sollten nur begrenzt eingesetzt werden, da die Gefahr einer Abhängigkeit – insbesondere bei den sogenannten Benzodiazepinen und verwandten Stoffen – sowie schleichender Vergiftung durch langsameren Abbau im Alter besteht.

Antidementiva können eine Demenz-Erkrankung nicht aufhalten, doch sie lindern deren Symptome und helfen dabei, den Abbauprozess des Gehirns um ein bis zwei Jahre hinauszuzögern.

Die LWL-Kliniken und LWL-Pflegezentren

Wer sich über ein gerontopsychiatrisches Angebot in der Nähe informieren will, findet hier die Ansprechpersonen in den LWL-Kliniken und LWL-Pflegezentren.

Behandlungsangebote

LWL-Universitätsklinik Bochum

Psychiatrie – Psychotherapie –

Psychosomatik – Präventivmedizin

Klinik der Ruhr Universität Bochum

Dr. Rainer Wolf

Oberarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie

Alexandrinenstr. 1, 44791 Bochum

Tel.: 0234 5077-0

rainer.wolf@wkp-lwl.org

www.lwl-klinik-bochum.de

LWL-Klinik Dortmund

Psychiatrie – Psychotherapie –

Psychosomatische Medizin

Petra Dlugosch

Chefärztin der Abteilung Gerontopsychiatrie

Marsbruchstr. 179, 44287 Dortmund

Tel.: 0231 4503-01

petra.dlugosch@wkp-lwl.org

www.lwl-klinik-dortmund.de

LWL-Tagesklinik Dortmund

Gerontopsychiatrisches Zentrum

Barbara Reiter

Schimmelstr. 15, 44309 Dortmund

Tel.: 0231 399580-31

barbara.reiter@wkp-lwl.org

LWL-Tagesklinik Bergkamen

Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Erich-Ollenhauer-Str. 7, 59192 Bergkamen

Tel.: 02307 21081-0

LWL-Institutsambulanz Dortmund

Gerontopsychiatrische Ambulanz

Petra Dlugosch

Marsbruchstr. 179, 44287 Dortmund

Tel.: 0231 4503-2641

petra.dlugosch@wkp-lwl.org

LWL-Klinik Gütersloh

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik –

Neurologie – Innere Medizin

Bernd Meißnest

Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie

Hermann-Simon-Str. 7, 33334 Gütersloh

Tel.: 05241 502-360

bernd.meissnest@wkp-lwl.org

www.lwl-klinik-guetersloh.de

LWL-Tagesklinik Gütersloh

Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Am Bachschemm 5, 33330 Gütersloh

Tel.: 05241 222956-0

LWL-Institutsambulanz Gütersloh

Gerontopsychiatrische Ambulanz

Hermann-Simon-Str. 3, 33334 Gütersloh

Tel.: 05241 9209-0

LWL-Klinik Hemer

Hans-Prinzhorn-Klinik

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

Volker Wippermann

Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie/

Gerontoneuropsychiatrie

Frönsberger Str. 71, 58675 Hemer

Tel.: 02372 861-0

volker.wippermann@wkp-lwl.org

www.lwl-klinik-hemer.de

LWL-Tagesklinik Iserlohn

Gerontopsychiatrisches Zentrum

Hardtstr. 47, 58644 Iserlohn

Tel.: 02371 9556-0

LWL-Institutsambulanz Iserlohn

Gerontopsychiatrisches Zentrum

Hardtstr. 47, 58644 Iserlohn

Tel.: 02371 9556-0

LWL-Klinik Herten

Psychiatrie – Psychotherapie –

Psychosomatische Medizin

Dr. Luc Turmes

Ärztlicher Direktor

Im Schloßpark 20, 45699 Herten

Tel.: 02366 802-0

www.lwl-klinik-herten.de

LWL-Tagesklinik Herten

Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Im Schloßpark 20, 45699 Herten

Tel.: 02366 802-0

LWL-Institutsambulanz Herten

Gerontopsychiatrische Ambulanz

Im Schloßpark 20, 45699 Herten

Tel.: 02366 802-325 (Anrufbeantworter)

LWL-Tagesklinik Dorsten

Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik

Das Angebot umfasst auch die Behandlung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen.

Clemens-August-Str. 49, 46282 Dorsten

Tel.: 02362 796060

LWL-Klinik Lengerich

Psychiatrie – Psychotherapie –

Psychosomatik – Neurologie

Dr. Susanne Biermann

Chefärztin der Abteilung Gerontopsychiatrie

Parkallee 10, 49525 Lengerich

Tel.: 05481 12-0

susanne.biermann@wkp-lwl.org

www.lwl-klinik-lengerich.de

Auf den spezialisierten gerontopsychiatrischen Stationen (insbesondere der Depressionsstation) erfolgt eine integrierte tagesklinische Behandlung. Das Angebot der allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik Steinfurt-Borghorst umfasst auch die Behandlung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen.

LWL-Klinik Lengerich

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Rheine

Hörstkamp 12, 48431 Rheine

Tel.: 05481 12-0

Betriebsstätte der LWL-Klinik Lengerich

Das Angebot der psychiatrischen Abteilung der LWL-Klinik Lengerich am Jakobi Krankenhaus Rheine umfasst auch die Behandlung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen.

Tel.: Sekretariat Rheine 05971 91279-100

Tel.: Ambulanz Rheine 05971 91279-110

LWL-Klinik Lippstadt

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

Dr. Matthias Weinrich

Oberarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie

Im Hofholz 6, 59556 Lippstadt

Tel.: 02945 981-01

matthias.weinrich@lwl.org

www.lwl-klinik-lippstadt.de

Das Angebot der allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik Lippstadt umfasst auch die Behandlung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen.

LWL-Klinik Marsberg

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

Dr. Markus Müller-Küppers

Leitender Oberarzt

der Abteilung Gerontoneuropsychiatrie

Weist 45, 34431 Marsberg

Tel.: 02992 601-1000

markus.mueller-kueppers@wkp-lwl.org

www.lwl-klinik-marsberg.de

Das Angebot der allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik Marsberg umfasst auch die Behandlung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen.

LWL-Klinik Münster

Psychiatrie – Psychotherapie –

Psychosomatik – Innere Medizin

Dr. Tilman Fey

Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie

Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30, 48147 Münster

Tel.: 0251 91555-2400 oder 91555-0

t.fey@wkp-lwl.org

www.lwl-klinik-muenster.de

LWL-Tagesklinik Münster

Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Dr. Tilman Fey

Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30, 48147 Münster

Tel.: 0251 91 555-2427

LWL-Institutsambulanz

Gerontopsychiatrische Ambulanz

Dr. Tilman Fey

Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30, 48147 Münster

Tel.: 0251 91 555-2433

Memory-Clinic-Münster

Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30, 48147 Münster

Dr. Jutta Stueber

Tel.: 0251 91555-2402

LWL-Klinik Paderborn

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

Dr. Bernhard Sibum

Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie/

Soziotherapie

Agathastr. 1, 33098 Paderborn

Tel.: 05251 295-0

bernhard.sibum@wkp-lwl.org

www.lwl-klinik-paderborn.de

LWL-Tagesklinik Paderborn

Gerontopsychiatrisches Zentrum

Dr. Bernhard Sibum

Mallinckrodtstr. 22, 33098 Paderborn

Tel.: 05251 160 9218

bernhard.sibum@wkp-lwl.org

LWL-Institutsambulanz Paderborn

Gerontopsychiatrisches Zentrum

Dr. Bernhard Sibum

Mallinckrodtstr. 22, 33098 Paderborn

Tel.: 05251 160 9210

bernhard.sibum@wkp-lwl.org

LWL-Klinik Warstein

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

Gregorios Giometzis

Oberarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie

Franz-Hegemann-Str. 23, 59581 Warstein

Tel.: 02902 82-0

gregorios.giometzis@wkp-lwl.org

www.lwl-klinik-warstein.de

Pflegeangebote

LWL-Pflegezentrum Dortmund

Stationäre Pflege – Tagespflege

Sigrun Hüther

Leiterin des Pflegezentrums

Marsbruchstr. 179, 44287 Dortmund

Tel.: 0231 4503-5400

sigrun.huether@wkp-lwl.org

www.lwl-pflegezentrum-dortmund.de

LWL-Pflegezentrum Gütersloh

Stationäre Pflege – Kurzzeitpflege – Tagespflege

Ambulante Pflege

Anja Sambale

Leiterin des Pflegezentrums

Hermann-Simon-Str. 7, 33334 Gütersloh

Tel.: 05241 502-2208

anja.sambale@wkp-lwl.org

www.lwl-pflegezentrum-guetersloh.de

LWL-Pflegezentrum Lengerich

Stationäre Pflege – Ambulante Pflege

Eva Brinkmann

Leiterin des Pflegezentrums

Parkallee 10, 49525 Lengerich

Tel.: 05481 12-0

eva.brinkmann@wkp-lwl.org

www.lwl-pflegezentrum-lengerich.de

LWL-Pflegezentrum Lippstadt

Stationäre Pflege – Kurzzeitpflege

Iris Abel

Leiterin des Pflegezentrums

Apfelallee 20, 59556 Lippstadt

Tel.: 02945 981-4004

iris.abel@wkp-lwl.org

www.lwl-pflegezentrum-lippstadt.de

LWL-Pflegezentrum Marsberg

Stationäre Pflege – Ambulante Pflege

Eyk Schröder

Leiter des Pflegezentrums

Weist 45, 34431 Marsberg

Tel.: 02992 601-4461

eyk.schroeder@wkp-lwl.org

www.lwl-pflegezentrum-marsberg.de

LWL-Pflegezentrum Münster

Stationäre Pflege

Eva Brinkmann

Leiterin des Pflegezentrums

Kinderhauser Straße 92, 48147 Münster

Tel.: 0251 91555-4000

eva.brinkmann@wkp-lwl.org

www.lwl-pflegezentrum-muenster.de

LWL-Pflegezentrum Warstein

Lebens- und Wohngemeinschaften Lindenstraße

Stationäre Pflege – Kurzzeitpflege – Tagespflege

Kunigunde Hundt

Leiterin des Pflegezentrums

Lindenstr. 4a, 59581 Warstein

Tel.: 02902 82-4000

kunigunde.hundt@wkp-lwl.org

www.lwl-pflegezentrum-warstein.de

Weitere Einrichtungen des

LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen sind unter

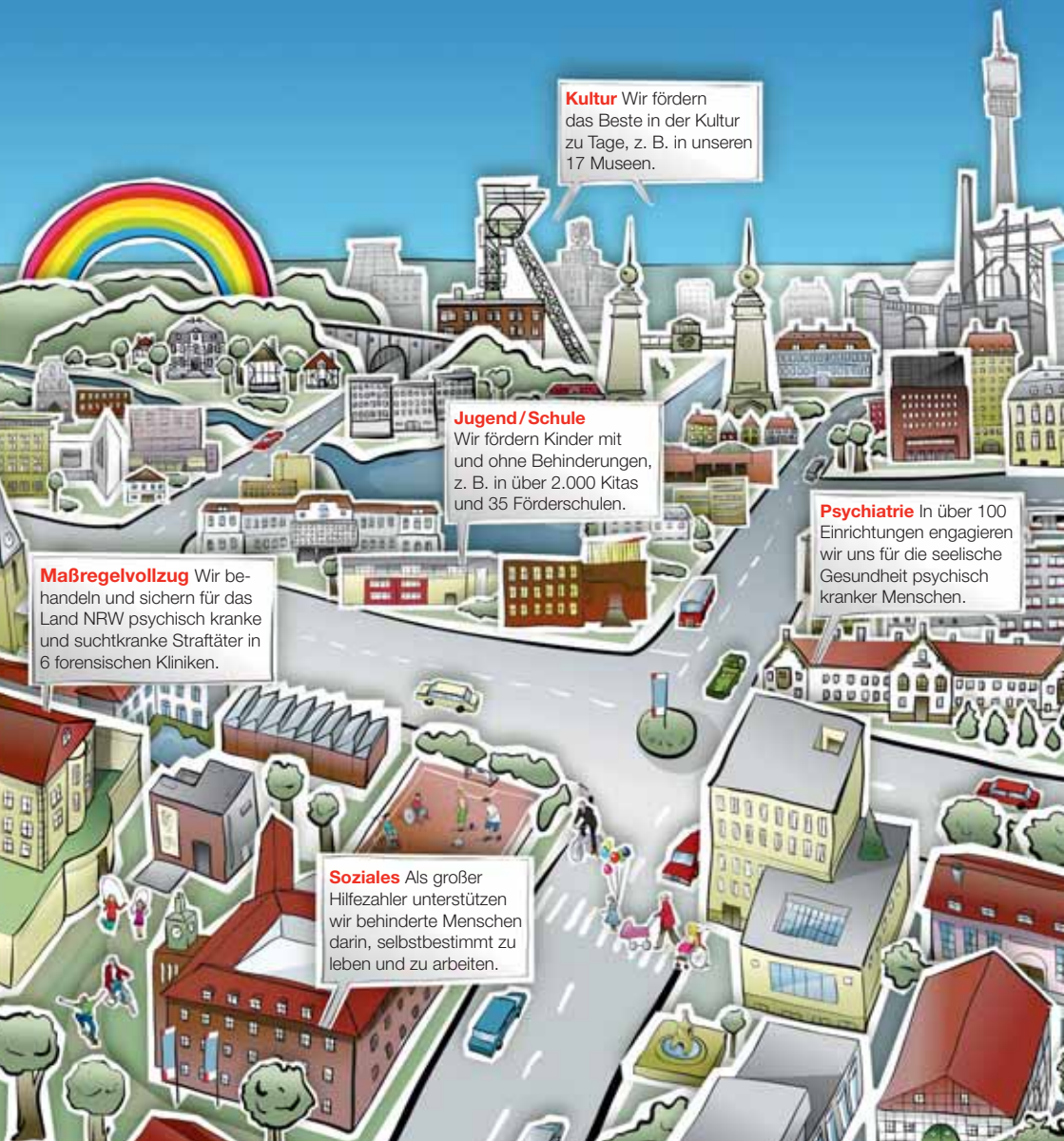
www.lwl-psychiatrieverbund.de

zu finden.

Weitere LWL-Tageskliniken sind in Planung.

Sie sind in der Broschüre „Wenn das Altern krank macht. Überblick über die LWL-Kliniken und ihre gerontopsychiatrischen Angebote – Infos für Fachleute“ aufgeführt.

Wir unternehmen Gutes.



Kultur Wir fördern das Beste in der Kultur zu Tage, z. B. in unseren 17 Museen.

Jugend / Schule Wir fördern Kinder mit und ohne Behinderungen, z. B. in über 2.000 Kitas und 35 Förderschulen.

Maßregelvollzug Wir behandeln und sichern für das Land NRW psychisch kranke und suchtkranke Straftäter in 6 forensischen Kliniken.

Psychiatrie In über 100 Einrichtungen engagieren wir uns für die seelische Gesundheit psychisch kranker Menschen.

Soziales Als großer Hilfezahler unterstützen wir behinderte Menschen darin, selbstbestimmt zu leben und zu arbeiten.





Stark für die seelische Gesundheit

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ist der gemeinnützige Gesundheitsdienstleister des LWL, des Kommunalverbandes der 18 Kreise und 9 kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe. Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen leistet einen entscheidenden Beitrag zur seelischen Gesundheit der Menschen in Westfalen-Lippe.

■ **über 100 Einrichtungen im Verbund:**

Krankenhäuser, Tageskliniken
und Institutsambulanzen,
Rehabilitationseinrichtungen, Wohnverbünde
und Pflegezentren,
Akademien für Gesundheitsberufe,
Institute für Forschung und Lehre

■ **ca. 9.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**
aus allen Berufen des Gesundheitswesens

■ **ca. 150.000 behandelte und betreute
Menschen** im Jahr

Wir arbeiten für Sie in den Kreisen Borken,
Coesfeld, Gütersloh, Höxter, Lippe, Paderborn,
Recklinghausen, Soest, Steinfurt, Unna, dem
Hochsauerlandkreis und dem Märkischen
Kreis sowie in den kreisfreien Städten Bochum,
Dortmund, Hamm, Herne und Münster.