

Therapie im Übergang – flexible Hilfe zwischen Struktur und Selbständigkeit

s

Agenda

- Verdacht & Erstbeurteilung in der Ambulanz
- Diagnostik im Interesse Dritter: Schweigepflicht
- Einwilligungsfähigkeit & Stellvertretung
- Nicht freiwillige Behandlung (BGB/NPsychKG)
- Teilstationär vs. stationär bei kognitiver Einschränkung
- SPDi/PIA & Schnittstellen
- Somatik vs. Psychiatrie: Fehleinstellungen
- Palliativmedizin & Delir

Verdacht in der Ambulanz – Standard

- Anamnese
- Fremdanamnese (mit Einwilligung), Medikationsliste/Wechselwirkungen
- Akute Eigen-/Fremdgefährdung vs. mittelbare Eigen- oder Fremdgefährdung vs. Behandlungsbedürftigkeit
- Testpsychologische Quantifizierung, Screening, etc: GDS-15, DIA-S, MADRS, HAM-D, PHQ-2, GAD-2, 4AT (Delir)
- Differenzialdiagnostik: Demenz, Delir, Depression, handlungsrelevante produktiv psychotische Symptomatik, Somatik

Vor allem Gesundheit

Schweigepflicht & Dritte

- §203 StGB: Patientengeheimnis – Weitergabe nur mit (mutmaßlicher) Einwilligung
- BÄK-Hinweise: Rechtsgrundlage, Umfang & Zweck dokumentieren
- Datenschutz (DSGVO): Erforderlichkeit/Verhältnismäßigkeit, Zweckbindung
- Gefahrenabwehr/Meldepflichten beachten

§203 StGB (Patientengeheimnis); BÄK Hinweise Schweigepflicht/Datenschutz.

Einwilligungsfähigkeit bei Demenz (BÄK - S2k 2024)

- Beurteilen: Verstehen, Bewerten, Abwägen, Mitteilen
- MacCAT-T (deutsch validiert) als strukturiertes Tool
- bei fehlender Fähigkeit: Vertreter (Vollmacht/Betreuung), Patientenwille beachten
- regelmäßige Re-Evaluation & Dokumentation

AWMF 108-001 (S2k Einwilligung bei Demenz, 2024); DGPPN/DGN S3 Demenzen (2023/2025); BÄK 2019.

Vor allem Gesundheit

Nicht freiwillige Behandlung – Kernpunkte

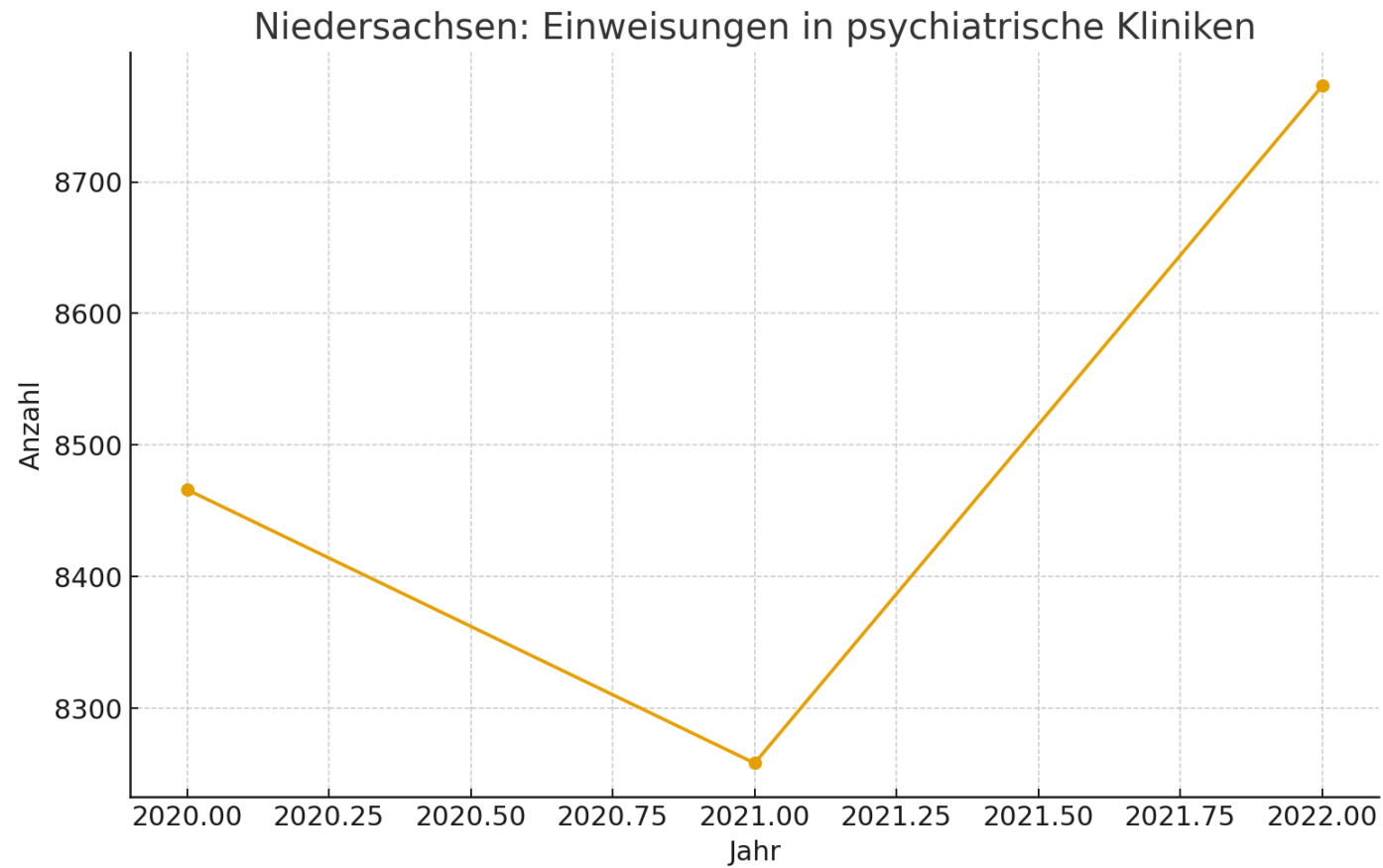
- BGB (§§ 1832/1906): enge Voraussetzungen, richterliche Genehmigung
- Betreuungsrechtsreform seit 01.01.2023 stärkt Patientenrechte
- Aktuelle Rechtsprechung präzisiert Anwendungsschwellen (BVerfG 26.11.2024)
- Verhältnismäßigkeit, ultima ratio, engmaschige Kontrolle

NPsychKG Niedersachsen (akt. 10.07.2025); MS Niedersachsen.

NPpsychKG Niedersachsen – Unterbringung

- Voraussetzung: erhebliche Selbst-/Fremdgefährdung infolge psychischer Krankheit
- Ablauf: ärztliches Zeugnis → Gericht → zeitnahe Überprüfung
- SPDi als kommunale Hilfe/Koordination; Hilfe statt Strafe
- Rechte: Aufklärung, Beschwerde, Behandlung nach Fachstandard

Unterbringungen/Einweisungen (NDS 2020–2022)



Landespsychiatriebericht NDS (Meldung 29.02.2024).

Destatis Presse 05.03.2025.

PIA & KSVPsych-RL

- PIA: Versorgung für schwere/komplexe Fälle, Ziel: Aufnahme vermeiden
- KSVPsych-RL (seit 2021): berufsgruppenübergreifende, koordinierte Versorgung
- Kooperation mit Hausärzten, Pflege, Eingliederungshilfe, SPD

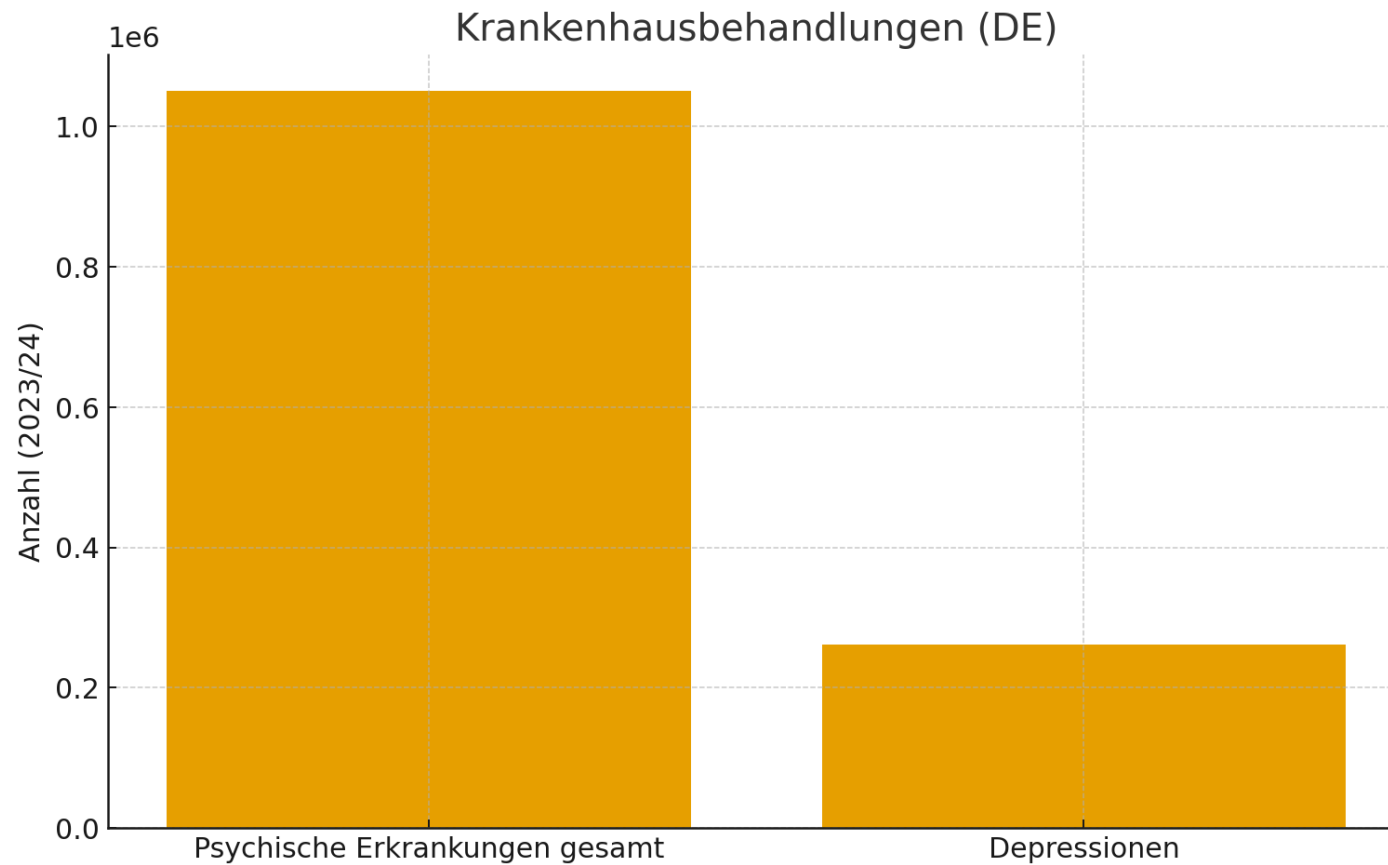
Teilstationär vs. stationär (Leitplanken)

- Tagesklinik geeignet bei Mobilität/Anbindung, strukturierter Tagesplan
- Schwere kognitive Einschränkung: oft Überforderung stationär/teilstationär → StäB/PIA
- „Grenzgänger“ zwischen teilstationär/stationär – wechselnde Belastbarkeit, fluktuierende Kognition/neuropsychiatrische Symptome
- Teilstationär als Übergangsrahmen – Stabilisierung nach stationärer Behandlung oder Rückfallprophylaxe

Tagesklinik – Indikationen/Alternativen

- Depression/Angst, leichte kognitive Störung: ja – mit Netz/Transport
- Fortgeschrittene Demenz mit neuropsychiatrischen Symptome/Delir: nein → StäB/Home-Treatment/PIA/GPV
- enge Kooperation mit Pflege, Angehörigen, Hausarzt

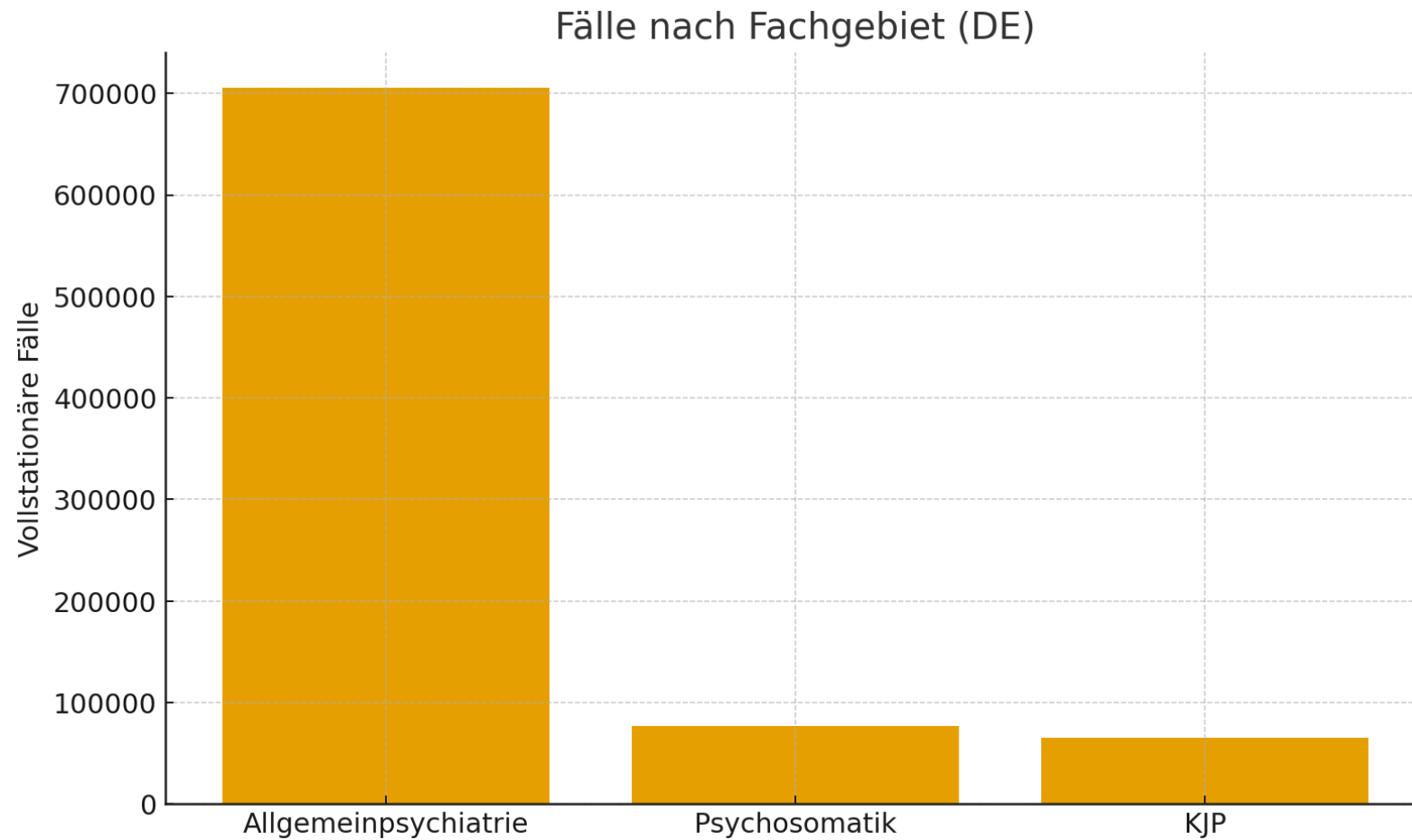
Stationäre Behandlungen (DE)



Destatis Krankenhäuser (Abruf 11.08.2025).

Destatis PM 05.03.2025: 1,05 Mio. psychische Behandlungen; 261 200 Depressionen.

Grunddaten Fachgebiete (DE)



Destatis Krankenhäuser (Abruf 11.08.2025).

SPDi – Rolle an Schnittstellen

- niedrigschwellig, Krisenhilfe, Koordination, aufsuchend
- Regionaler Sozialpsychiatrischer Plan (z. B. Hannover 2025) als Steuerungsinstrument
- KPIs: Erreichungsquote, Verweildauer in Maßnahmen, Übergabe in Behandlung
- CAVE: schwer somatisch Erkrankten mit sekundären psychischen Symptome – unklare Zuständigkeit – SPDi als Koordinator

Somatik vs. Psychiatrie – Fehleinstellungen

- Delir, Hypoxie, Hypo-/Hyperglykämie, Infekt, Elektrolytestörungen, Stürze, Schmerzen: somatisch zuerst
- Implementieren: 4AT, Basislabor, EKG, Vitalparameter; Medikamentenreview
- multiprofessionelle Beurteilung
- Pfade mit Notaufnahme/KV-Bereitschaft: Rückkopplung in 24–48 h

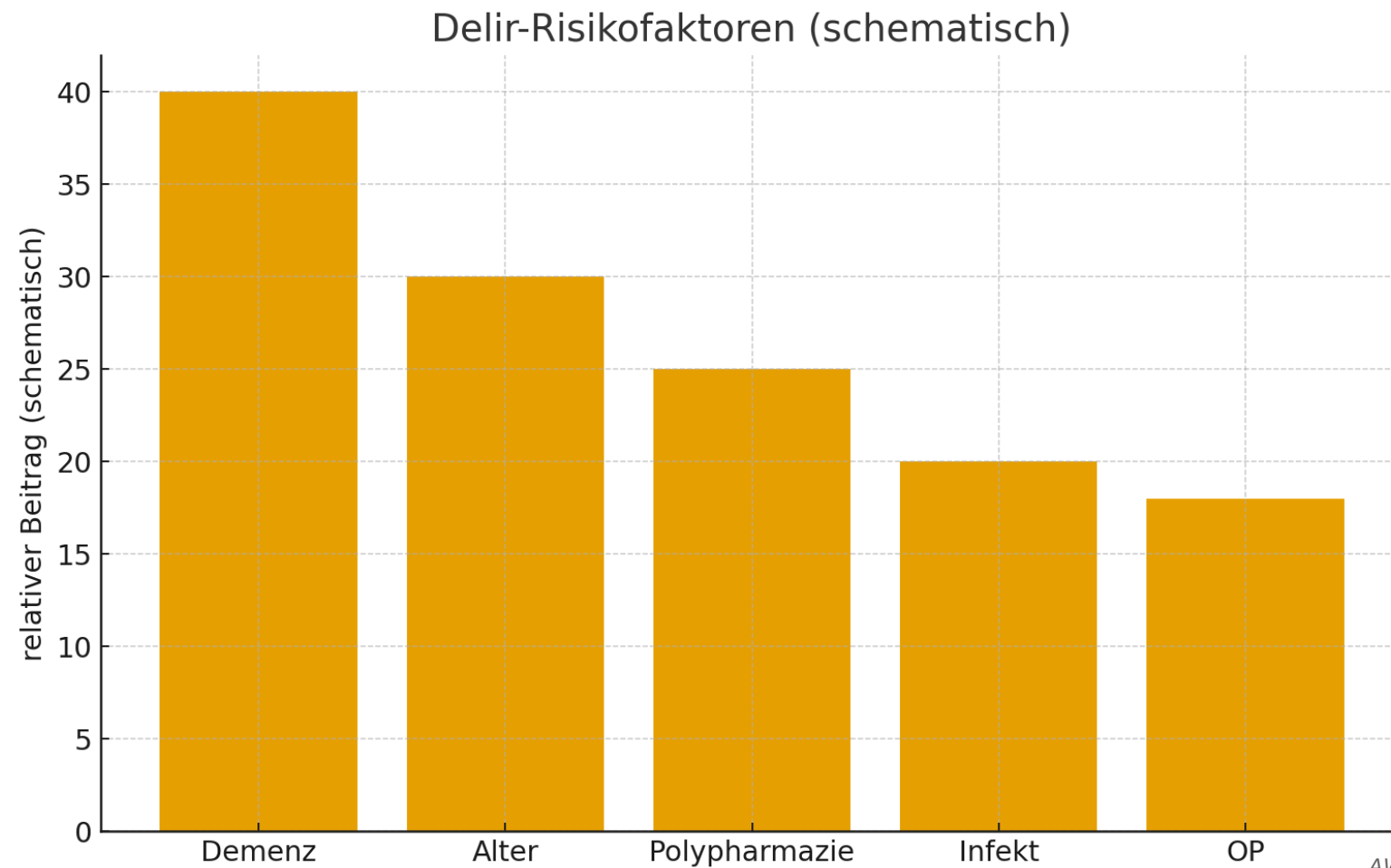
AWMF 109-001; DGN 030-006 (2022); DAS 001-012 (2025).

Delir – Leitlinienüberblick

- S3 Delir (AWMF 109-001): Prävention/Diagnostik/Therapie; 4AT empfohlen
- DGN S1 Delir (2022): Letalität >30 %, dringliche Therapie
- DAS S3 Intensivmedizin (2025): Delirmanagement (übertragbare Prinzipien)

S2k Palliativ Neurologie (2023); SOP Delir Palliativ (2023).

Delir-Risikoprofil

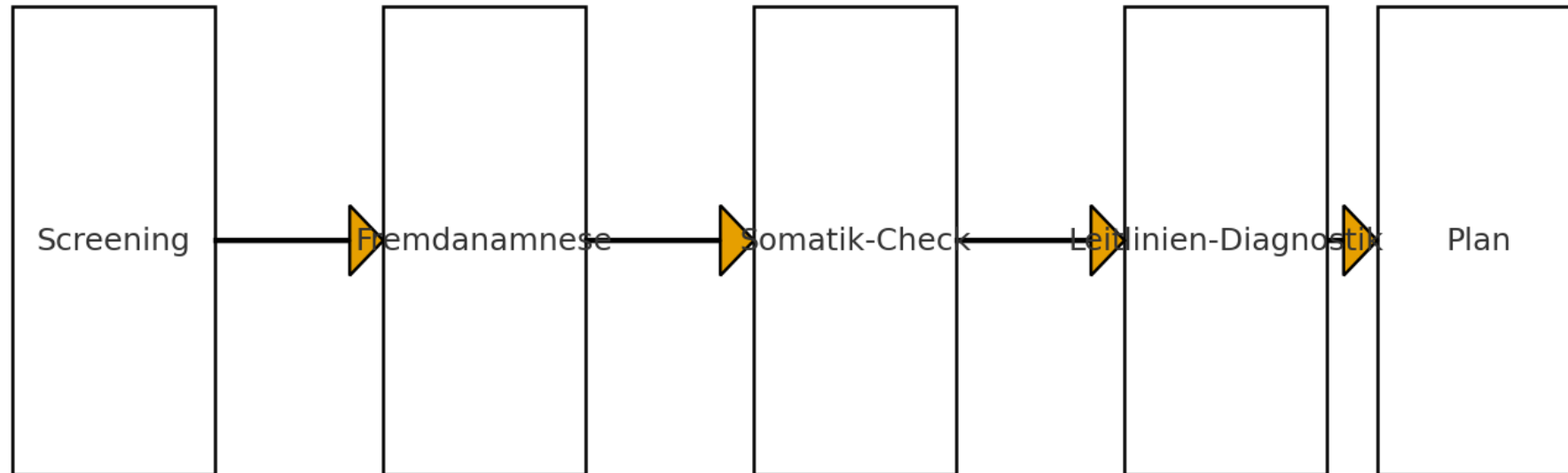


AWMF 109-001; DGN 030-006. Werte beispielhaft – lokal ersetzen.

Präfinale hyperaktive Delirien im häuslichem Umfeld

- Auftreten im terminalen Krankheitsverlauf mit ausgeprägter psychomotorischer Unruhe, Angst und Desorientierung
- multifaktorielle Ursachen: metabolische Entgleisung, Schmerz, Hypoxie, infekte, Medikamentenwirkungen/-nebenwirkungen
- nicht-medikamentös priorisieren (Umgebung, Reorientierung, Angehörige)
- Therapieziele: Symptomkontrolle und Sedierung zur Leidenslinderung und Wahrung der Würde

Standardisierter Diagnostikpfad



Psychische Störungen im Alter – Versorgung im häuslichen Umfeld

- Zunehmender Anteil älterer Menschen mit Depression, Demenz, Angst oder psychotischen Symptomen
- Wunsch nach Verbleib im häuslichen Umfeld trotz psychischer Erkrankung
- Herausforderungen: Multimorbidität, Einsamkeit, Pflegebelastung, eingeschränkter Zugang zu Versorgung
- Ziel: Stabilisierung und Lebensqualitätssicherung durch aufsuchende und koordinierte Behandlung

Vor allem Gesundheit

Strukturen und Akteure in der gemeindenahen Versorgung

- Hausärzt:innen als erste Anlaufstelle und Koordinator:innen
- SPDi / Sozialpsychiatrische Dienste: Krisenintervention, sozialpsychiatrische Beratung, Koordination
- PIA / Gerontopsychiatrische Ambulanzen: psychiatrisch-medikamentöse Behandlung und Nachsorge
- Pflegedienste & Angehörige: zentrale Rolle bei Früherkennung und Stabilisierung
- KSVPsych-Richtlinie als Rahmen für koordinierte sektorenübergreifende Versorgung

Therapeutische Ansätze im häuslichen Umfeld

- Medizinisch-psychiatrische Behandlung: medikamentöse Einstellung, Monitoring, Krisenintervention
- Psychotherapeutische & psychosoziale Unterstützung: Aktivierung, Tagesstruktur, Angehörigenberatung
- Nicht-pharmakologische Maßnahmen: Reizreduktion, Orientierungshilfen, Bewegung, soziale Teilhabe
- Aufsuchende Dienste / Home Treatment: z. B. StäB-Teams (stationsäquivalente Behandlung)
- Ziel: Vermeidung stationärer Aufenthalte, Förderung von Autonomie und Sicherheit

Grenzen der häuslichen gerontopsychiatrischen Versorgung

- hoher Koordinationsbedarf zwischen Medizin, Pflege, Sozialarbeit und Angehörigen
- „Grenzgänger“-Patient:innen: schwankende Belastbarkeit, häufige Übergänge zwischen teilstationär und stationär
- Delir und kognitive Fluktuationen als besondere Risikoaspekte im häuslichen Umfeld
- Bedarf an integrierten Versorgungsmodellen, Case Management und digitaler Unterstützung

Quellen (Auszug)

- AWMF: S3 Demenz (2025), S3 Delir (109-001), S2k Palliativ Neurologie (2023)
- NVL Unipolare Depression (07/2023)
- §203 StGB; BGB §§1832/1906; Betreuungsrechtsreform 2023; BVerfG 26.11.2024
- NPsychKG Nds. (aktualisiert 2025); G-BA PPP-RL (2024), KSVPsych-RL (2021/24)
- Destatis (2025), Landespsychiatriebericht NDS (2022/24), Sozialpsychiatrischer Plan Region Hannover (2025)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

