

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es beginnt sich herumzusprechen: Bei der Gerontopsychiatrie handelt es sich nicht nur um eine möglicherweise recht interessante, aber angesichts größerer Herausforderungen doch wohl eher zu vernachlässigende Petitesse der Psychiatrie. Es geht vielmehr um die Zukunft des drittgrößten Fachs, das die Medizin zu bieten hat. Altern wird in unseren Tagen zum ersten Mal zum Massenphänomen. Weil die Lebenserwartung gerontopsychiatrischer Patienten steigen und die Mortalität jüngerer psychisch Kranker sinken wird, dürfte die Zahl der psychisch kranken Älteren in den nächsten 30 Jahren um fast 300% zunehmen.

Spätestens zu diesem nicht mehr fernen Zeitpunkt wird sich die Diskussion über das Pro und Contra einer separierten psychiatrischen Versorgung Älterer umkehren. Spätestens dann dürften Stimmen immer lauter werden, die Schutzräume für jüngere psychisch Kranke reklamieren, da man denen die gerontopsychiatrisch geprägte Umgebung integriert arbeitender Stationen nicht mehr zumuten könne.

Vorsorge zu treffen für dieses demographische und epidemiologische Szenario heißt, sich darüber klar zu werden, dass wir in einem alternden Land alt werden, in dem weitgehend darüber Konsens besteht, dass besonders das höhere Alter kein sonderlich begrüßenswerter Lebensabschnitt ist. Solange Altern im öffentlichen Bewusstsein vermeintlich immer nur die anderen betrifft, wird sich das Dilemma nicht lösen lassen.

Denjenigen unter den Fachkolleginnen und -kollegen, die sich gerontopsychiatrischen Fragen bisher eher aus der Distanz gewidmet haben, sei somit nahegelegt, sich umzustellen: Babyboomer, tua res agitur!

Um für das Altern Mut zu machen und auch um dem Alter fachlich den aversiven Charakter zu nehmen, steht der 8. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie unter dem Motto »**Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter – Ressourcen, Kompetenzen, Behandlungsstrategien**«.

Es werden zukunftsweisende Methoden und Perspektiven für die Behandlung und Versorgung seelisch kranker älterer Menschen dargestellt und diskutiert. Der Ansatz ist ganzheitlich und interdisziplinär; auf die somatischen, sozialen, ökonomischen und poli-

tischen Determinanten der Lebensqualität im Alter wird eingehend Bezug genommen. Um das Spektrum der Tagung abzustecken, seien einige Themenbereiche genannt:

- Determinanten von seelischer Gesundheit und Lebensqualität im Alter
- Interventionsgerontologie
- Psychotherapie von Depressionen im Alter
- Entwicklungslinien der gerontopsychiatrischen Versorgung
- Wohnformen im Alter
- juristische Probleme bei dementen Patienten

In einer Zeit, in der in der Gesundheitsfürsorge zunehmend nach Kostengesichtspunkten geplant und gehandelt wird, ist es aus Sicht der DGGPP umso mehr geboten, an ethische Standards zu erinnern und diese wieder in den Mittelpunkt der Diskussion zu stellen.

Mit ethischen Fragen, die niemand, der sich der Zukunft verantwortlich fühlt, außer Acht lassen darf, wird sich das Abschlussplenum am Samstag, den 17.02.2007 befassen.

Unter dem Motto »**2030 kommt näher – Allokationsethik und die Zukunft**« nimmt es auf die Sendung »2030 – Aufstand der Alten« Bezug. Hier hat das ZDF ein Thema medienwirksam in die Öffentlichkeit gebracht, auf das die DGGPP seit ihrer Gründung 1992 unermüdlich hinweist: Den demographischen Wandel und seine Auswirkungen auf psychisch kranke Ältere.

Hanfried Helmchen, bis Herbst 1999 Direktor der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin, ist Mitglied in nationalen und internationalen Ethikkommissionen und Autor zahlreicher Veröffentlichungen zu ethischen Fragen. Er eröffnet das Plenum mit einem Grundsatzreferat zu »Antidementiva in Allokationsethischer Perspektive«.

Anschließend wird *Eckart Fiedler*, Arzt, bis 2006 Vorstandsvorsitzender der Barmer-Ersatzkasse und intimer Kenner der Gesundheits- und Sozialpolitischen Landschaft, aufzeigen, welche Auswirkungen der von der großen Koalition beschlossene Gesundheitsfond für das System, die Versicherten und – am Beispiel der Demenzkranken – insbesondere für psychisch chronisch kranke ältere Menschen haben wird.



Prof. Dr. Hans Gutzmann
Präsident der DGGPP

Wissenschaftliches Programm

Donnerstag, den 15. Februar 2007

- 09.00 – 10.00 Uhr
Raum O 163 **Plenum – Versorgung von Depression im Alter**
Susanne Zank, Siegen
- 10.15 – 11.45 Uhr
Raum O 169 **A1: Suizidalität Älterer – Entstehungsbedingungen und therapeutische Ansätze**
Suizidalität Älterer – Entstehungsbedingungen und therapeutische Ansätze
Claus Wächtler, Hamburg, Martin Teising, Frankfurt
- Raum O 163 **B1: Demenz mit Lewy-Körperchen (state of the art)**
Warum neue diagnostische Kriterien für Demenz mit Lewy-Körperchen?
Lutz M. Drach, Schwerin
Erfahrungen mit der Behandlung psychotischer Symptome bei Demenz mit Lewy-Körperchen
Lutz M. Drach, Schwerin
Behandlung von Parkinson-Symptomen bei Lewy-Körper-Demenz – Erfahrungen im gerontopsychiatrischen Versorgungsalltag
Annette Richert, Berlin
Diagnostik und Klinik der Parkinson-Demenz
Claudia Trenkwalder, Kassel
- Raum O 148 **C1: Versorgungsformen, Migranten**
Psychiatrische Liaisonstätigkeit im Allgemeinkrankenhaus – ein Überblick
Albert Diefenbacher, Berlin
Akutversorgung Demenzkranker im Allgemeinkrankenhaus – Krankheitsbezogenes Kompetenznetz
Sabine Kirchen-Peters, Saarbrücken
Gerontopsychiatrisch-geriatrische Versorgung in der Versorgungsregion Kassel
Burkhard Struwe, Merxhausen
Beratung und Behandlung psychisch kranker älterer türkischer Migrantinnen und Migranten
Johannes Johannsen, Köln
- 12.00 – 13.30 Uhr
Raum O 169 **A2: Psychologische Resilienzforschung**
Resilienz – Eigenschaft, Phänomen, Konstellation oder Chimäre?
Werner Greve, Hildesheim
Resilienz als Ressource im mittleren und höheren Erwachsenenalter
Elmar Brähler, Leipzig
Wenn die Einschlüge häufiger werden: Zur Pufferwirkung sozialer Unterstützung und Persönlichkeitsfaktoren bei kritischen Ereignissen im Alter
Andrea Schicker, Marina Schmitt, Heidelberg
Die Bedeutung distaler und proximaler Lebensereignisse und protektiver Faktoren für den Verlauf depressiver Störungen im mittleren Erwachsenenalter
Elke Voss, Marina Schmitt, Heidelberg
Coping und Resilienz bei krisenhaft wahrgenommenen Situationen – alterspsychiatrische Implikationen interkultureller Forschung
Peter Kaiser, Winnenden
- Raum O 163 **B2: Verwirrheitszustände – Differentialdiagnose / Akutbehandlung / Prognose**
Verwirrheitszustände in Gerontopsychiatrie und Allgemeinkrankenhaus
Hans Förstl, München
Serum-anticholinerge Aktivität und Elektroenzephalographie
Christine Thomas, Bielefeld
Identifikation von Risikopersonen und Langzeitprognose des Delirs
Horst Bickel, München

- Raum O 148 **C2: Sucht im Alter**
Schlaf- und Beruhigungsmittel im Alter – wann und wie absetzen?
Dirk K. Wolter, Münster
Suchtkranke in Heimen
Ulrich Kastner, Bonn
Spezifische Ansätze der Rehabilitation älterer Suchtkranker
Dieter Geyer, Fredeburg
- 13.30 – 15.00 Uhr **Lunchsymposium der Firma Novartis**
Demenztherapie – Neues zur Anwendung und Forschung
- 14.30 – 15.15 Uhr **Postersession**
- 15.15 – 16.45 Uhr
Raum O 169 **A3: Depression und körperliche Morbidität**
Wechselwirkung Diabetes – Depression
Daniel Kopf, Mannheim
Assessment der Poststroke Depression – eine Übersicht
Beate Lindemann, Stuttgart
Multimodale Gruppentherapie bei älteren depressiven Patienten
Johannes Kipp, Kassel
Depressionsbehandlung mit Johanniskraut – Umgang mit Wechselwirkungen
Tilman Heinrich, Heidelberg
- Raum O 163 **B3: Juristische Probleme bei Demenzpatienten**
Fixierungen bei Demenzkranken – notwendig oder verzichtbar?
Doris Bredthauer, Frankfurt
Verbrechen oder Fürsorge – Die ärztliche Behandlung gegen den Willen des Patienten
Volker Lindemann, Bochum
PEG bei Demenz?
Mathias H.-D. Pfisterer, Heidelberg
- Raum O 148 **C3: Wohnformen im Alter**
Einführung in die Thematik: »Wohnen und Gesundheit im Alter – ein ›neues‹ Konzept?«
Hans-Werner Wahl, Frank Oswald, Heidelberg
Besitzt Wohnen Auswirkungen auf die funktionelle Gesundheit älterer Menschen? – Ergebnisse einer Literaturanalyse
Hans-Werner Wahl, Heidelberg
Facetten des Erlebens von Wohnen im sehr hohen Alter – Bezüge zu gesundem Altern?
Frank Oswald, Heidelberg
Gesund Älterwerden im gewohnten Umfeld – Eine Frage der Angebote oder der Mobilität?
Christoph Rott, Heidelberg
Wohnen im Stadtteil – Soziale Partizipation als Beitrag zur Gesundheitsprävention im Dritten und Vierten Alter
Roswitha Lemme, Heidelberg
- 17.00 – 18.30 Uhr
Raum O 169 **A4: Neurobiologie**
Zerebrovaskuläre Befunde bei Depression nach koronarer Herzerkrankung
Michael Rapp, Berlin
Neuritische Plaques und Neurofibrillenbündel sind bei Demenz vom Alzheimer-Typ mit Depression vermehrt
Michael Rapp, Berlin
Major Depression im Alter: regional spezifische Veränderungen im Corpus callosum unterscheiden Menschen mit frühem und spätem Krankheitsbeginn
Martina Ballmaier, Berlin
Strategien zur optimalen Versorgung depressiv Erkrankter
Ulrich Hegerl, Leipzig

- Raum O 163 **B4: Angehörigenunterstützung**
Laienhilfe zur Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzzkranken: Ergebnisse eines Modellprojekts in Göttingen und Überlegungen zur Nachhaltigkeit
Gabriela Stoppe, Basel
Unterschiede in der Bindung betreuender und nicht-betreuender erwachsener Kinder Demenzzkranker
Gerthild Stiens, Göttingen
Reduktion der Depressivität bei Angehörigen von Demenzzkranken und Inanspruchnahme externer Hilfen: Wirksamkeit eines integrativen Interventionsprogramms
Barbara Romero, Bad Aibling
Barrierefrei – »Beratungsstelle für Seelische Gesundheit im Alter«
Mechthild Niemann-Mirmehdi, Berlin
- Raum O 148 **C4: Vernachlässigte Aspekte (Humor, Sexualität, Internet)**
Humor – ein vernachlässigtes Medikament in der Altersmedizin
Rolf D. Hirsch, Bonn
Jeder alte Mensch ein Künstler
Stefan Schröder, Bochum
Daseinsthematische Begleitung zur Förderung der Individualität, Personalität und Sozialität von Menschen mit Demenz: Konzept und theoretisch fundierte Anwendung
Sonja Ehret, Heidelberg
Verwendung alternativer Heilverfahren bei Patienten mit Demenz oder leichter kognitiver Einschränkung
Julia Landin, Mannheim
- 18.30 – 20.00 Uhr **DGGPP-Mitgliederversammlung**
Raum O 169
- 20.00 Uhr **Öffentlicher Vortrag**
Raum O 163 **Schützen Rotwein und Laufen vor der Alzheimer-Krankheit?**
Wolf D. Oswald, Nürnberg

Freitag, den 16. Februar 2007

- 9.00 – 10.00 Uhr **Plenum – Pflege Demenzzkranker mit herausforderndem Verhalten**
Raum O 163 *Sabine Bartholomeycik, Witten*
- 10.15 – 11.45 Uhr **A5: Depression – Freie Vorträge**
Raum O 169 **Prävention depressiver Erkrankungen im Alter durch körperliche Aktivität**
Jacques-Emmanuel Schäfer, Tübingen
Religiöse Deutungspraxis und Depression
Sonja Wittmis, Bielefeld
Wo findet eigentlich gerontopsychiatrische Behandlung statt? Ein Stadt-Land-Vergleich
Tomas Müller-Thomsen, Lüneburg
Ergebnisse kontinuierlicher integrierter gerontopsychiatrischer Behandlung
Erika Blitz, Hannover
- Raum O 163 **B5: Angehörigenarbeit**
Situation von nicht-professionellen Pflegepersonen Demenzzkranker in Deutschland: Ergebnisse einer Bevölkerungsstudie
Martina Schäufole, Mannheim
Lobbyarbeit – ein Muss für Demenzzkranke und ihre pflegenden Angehörigen!
Sylvia Kern, Stuttgart
Bedürfnisse und Bedarf der Angehörigen Demenz-Kranker
Johannes Wancata, Wien
Optimale Behandlung und Unterstützung für Demenzzkranke und ihre Angehörigen – gibt es das ?
Johannes Johannsen, Köln

- Raum O 148 **C5: Künftige Versorgungsstrukturen für Menschen mit einer Demenz**
Die Arbeit der Demenz-Service-Zentren in NRW
Stefan Kleinstück, Köln
Die künftige Rolle des Hausarztes bei der Versorgung von Menschen mit einer Demenz
Bernd Zimmer, Wuppertal
Die künftige Rolle des niedergelassenen Nervenarztes bei der Versorgung von Menschen mit einer Demenz
Jens Bohlken, Berlin
Die Versorgung von demenzkranken Heimbewohnern durch eine psychiatrische Institutsambulanz
Barbara Höft, Düsseldorf
- 12.00 – 13.30 Uhr
Raum O 169 **A6: Psychotherapie der Depression im Alter (VT, IPT)**
Kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung bei depressiven Störungen im Alter im tagesklinischen Rahmen
Carmen Morawetz, Tübingen
Kurz- und längerfristige Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei depressiven älteren Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen
Sabine Welz, Tübingen
Psychotherapeutische Interventionen bei Altersdepressionen: Das VEDIA-Programm
Jochen Stien, Mannheim
Interpersonelle Psychotherapie zur Behandlung von Altersdepressionen
Petra Dykieriek, Freiburg
- Raum O 163 **B6: Dementenbetreuung in verschiedenen Wohnformen**
Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Einrichtungen der Altenhilfe
Siegfried Weyerer, Martina Schäufele, Mannheim
Wohngruppenmilieus für Demenzkranke – Qualitätseffekte auf Stimmung und soziales Verhalten
Jürgen Dettbarn-Reggentin, Berlin
Erfahrungen der Dementenbetreuung zwischen Integration und Spezialisierung
Martin Hamborg, Kiel
Geronto-psychologischer Konsiliar-Liaisondienst im Seniorenheim: Konzept und Evaluation
Anton-Rupert Laireiter, Salzburg
- Raum O 148 **C6: Depression – Parkinson – Demenz: Ko-Morbidität und Differentialtherapie**
Depression (Serotonin)
Hans Förstl, München
Parkinson (Dopamin)
Jörg B. Schulz, Göttingen
Demenz (Glutamat)
Andreas Fellgiebel, Mainz
- 13.30 – 15.00 Uhr **Lunchsymposium der Firma Pfizer/Eisai**
HALT geben bei Alzheimer Demenz
Lunchsymposium der Firma Wyeth
DEPRESSION – mit Sicherheit Therapieren
- 15.15 – 16.45 Uhr
Raum O 169 **A7: Psychotherapie (analytisch, systemisch)**
Systemische Therapie bei Depressionen im Alter
Johannes Johannsen, Köln
Psychoanalytische Aspekte der Behandlung von Altersdepressionen
Johannes Kipp, Kassel
- Raum O 163 **B7: Demenzpatienten im somatischen Krankenhaus**
Der alte Mensch im OP – Das »Geriatric-Team« am St. Franziskus-Hospital
Simone Gurlit, Münster
Verbesserung der Versorgung Demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus
Susanne Angerhausen, Wuppertal
Pharmazeutische Betreuung im stationären Bereich der Gerontopsychiatrie/Geriatrie
Sebastian Baum, Münster

Raum O 148

C7: Freie Vorträge**Menschen mit Demenz in der Pflegeversicherung***Uwe Brucker, Essen***Korrelationen der Eingruppierung des MDK in Pflegestufen bei demenzkranken Heimbewohnern zu ärztlichen Feststellungen des Schweregrades anhand von kognitiven und ADL-Skalen sowie den Verhaltensauffälligkeiten nach NPI***Johannes Hallauer, Schwerin***Das Modellprojekt »Beratung von Angehörigen und Heimen«, ein Ansatz zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung im Stadtverband Saarbrücken***Rosa Adelinde Fehrenbach, Saarbrücken***Was bestimmt die Gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQOL) bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen?***Carolin Knorr, Mannheim***Landesinitiative Demenz-Service NRW***Klaus Besselmann, Köln*

17.00 – 18.30 Uhr

Raum O 169

A8: Soziale Aktivierung**Soziale Aktivierung in der Tagesklinik für Alterspsychiatrie in Schwerin***Brigitte Terner, Lutz M. Drach, Schwerin***Das soziale Netz des älteren Patienten neu weben – zur Rolle der sozialen Aktivierung in der Gerontopsychiatrie***Brigitte Terner, Lutz M. Drach, Schwerin***Außenaktivität (Sozialtraining) der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik Saarbrücken***Herbert Buchholz, Saarbrücken***Sozialtraining in der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik der Westfälischen Klinik Münster/Westfalen***Sabine Laackman, Münster***Aktivierung – Sozialpädagogische Interventionen in der Arbeit mit depressiven alten Menschen – Erfahrungswerte aus der Arbeit in einer teilstationären gerontopsychiatrischen Tagesklinik***Antonia Scheib, Mannheim*

Raum O 163

B8: Nichtkognitive Störungen bei Demenzpatienten**Nichtkognitive Symptome bei Demenzen***Martin Haupt, Düsseldorf***Verhaltensstörungen im Verlauf der Frontotemporalen Demenz***Robert Perneczky, München***Therapie nicht-kognitiver Störungen mit Neuroleptika***Bernd Ibach, Neuss*

Raum O 148

C8: Schnittstellen mit der Geriatrie**Akuterkrankte Patienten mit Demenz im Krankenhaus – eine Herausforderung***Tania Zieschang, Heidelberg***Delir bei Demenz – Diagnostische Möglichkeiten und Fallstricke***Christine Thomas, Bielefeld***Wieviel Pflege benötigen Patienten in der stationären Gerontopsychiatrie? – Gesamterhebung einer gerontopsychiatrischen Versorgungsabteilung***Rüdiger Noelle, Bielefeld***Gerontopsychiatrische Patienten mit ausgeprägter somatischer Komorbidität: Behandlung in der Gerontopsychiatrie oder im Allgemeinkrankenhaus?***Walter Hewer, Rottweil*

20.30 Uhr

Abendveranstaltung (Bootshaus)**Verleihung der Posterpreise**

Samstag, den 17. Februar 2007

09.00 – 10.30 Uhr

A9: Zusammenhang von Angst und Trauma

Raum O 169

Einführung*Johannes Kipp, Kassel***Angstanfälle im Alter – ein Durchbruch alter Traumata***Christoph Herda, Kassel***Traumatisierungen in früheren Lebensphasen und Angst im Alter***Bertram von der Stein, Köln***»Geh ins Zentrum der Angst, dort wirst Du Ruhe finden.«****Psychoedukation zum Thema »Angst bei älteren Menschen«***Peter Bäuerle, Münsterlingen*

Raum O 163

B9: Memory-Kliniken/Früherkennung**Einführung und nonverbale Tests***Friedel Reischies, Berlin***Leichte kognitive Beeinträchtigung: Eine diagnostische Entität***Elfie Wiedemann, Heidelberg***Entwicklung eines Qualitätsstandards: Eine Initiative von Demenzambulanzen aus NRW***Brigitte Grass-Kapanke, Düsseldorf***Störungen des autobiographischen Gedächtnisses bei leichter kognitiver Beeinträchtigung und beginnender Alzheimer-Demenz***Ulrich Seidl, Heidelberg***Der Block-Suppressions-Test: Sensitivität bei der Frühdiagnose der senilen Demenz vom Alzheimer-Typ***Max Töpfer, Bielefeld*

Raum O 148

C9: Kompetenznetz Demenzen**Neue Befunde des Kompetenznetzes Demenzen zur MR-Spektroskopie***Frank Jessen, Bonn***Antidementive Kombinationstherapie bei leichter kognitiver Störung und Alzheimer Demenz***Oliver Peters, Berlin*

10.45 – 12.15 Uhr

Plenum – 2030 kommt näher – Allokationsethik und die Zukunft

Raum O 163

Das ZDF hat mit der Sendung »2030 – Aufstand der Alten« ein Thema medienwirksam in die Öffentlichkeit gebracht, auf das die DGGPP seit ihrer Gründung 1992 unermüdlich hinweist: Den demographischen Wandel und seine Auswirkungen auf psychisch kranke Ältere.

»Der demographische Wandel ist eines der drängendsten Probleme der Gegenwart. Im Jahr 2030 wird jeder dritte Deutsche älter als 60 Jahre alt sein. Immer weniger »Junge« müssen dann immer mehr »Alte« versorgen, einem Rentner wird nur noch etwa ein Erwerbstätiger gegenüberstehen. Die Folgen – da sind sich die meisten Wissenschaftler einig – könnten katastrophal sein: Die junge Generation ist überfordert und nicht mehr bereit, für das Millionenheer der Rentner zu bezahlen. Der Generationenvertrag steht vor der Auflösung, das gesamte Pflegesystem wird in Frage gestellt und die Rationierung medizinischer Leistungen scheint unausweichlich.« (ZDF).

Hanfried Helmchen, bis Herbst 1999 Direktor der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin, ist Mitglied in nationalen und internationalen Ethikkommissionen und Autor zahlreicher Veröffentlichungen zu ethischen Fragen. Er eröffnet das Plenum mit einem Grundsatzreferat zu »Antidementiva in Allokationsethischer Perspektive«.

Anschließend wird *Eckart Fiedler*, Arzt, bis 2006 Vorstandsvorsitzender der Barmer-Ersatzkasse und intimer Kenner der Gesundheits- und Sozialpolitischen Landschaft, aufzeigen, welche Auswirkungen der von der großen Koalition beschlossene Gesundheitsfond für das System, die Versicherten und – am Beispiel der Demenzkranken – insbesondere für psychisch chronisch kranke ältere Menschen haben wird.

Abstracts

Vorträge

VERBESSERUNG DER VERSORGUNG DEMENZKRANKER ÄLTERER MENSCHEN IM KRANKENHAUS

Susanne Angerhausen

Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH, Wuppertal

Im Rahmen des Projektes »Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus« werden in vier Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen modellhaft patientenorientierte Strategien des Umgangs mit demenzkranken Menschen im Krankenhaus entwickelt und erprobt, um die klinische Versorgung dieser Patientengruppe nachhaltig zu verbessern.

In den beteiligten Krankenhäusern wurden acht Handlungsfelder von der Aufnahme bis zur Entlassung ermittelt und konkrete Teilprojekte entwickelt. Dazu gehören u. a. die Verbesserung des Informationsmanagements bei der Aufnahme, die Qualifizierung des Personals, die Einbindung der Angehörigen, die Anpassung des Versorgungssettings an die Bedarfe der Patienten sowie die Verbesserung des Entlassungsmanagements.

In der Präsentation werden zunächst die Kernprobleme der Versorgung demenzkranker Menschen im Krankenhaus erörtert. Im zweiten Teil werden dann die in den Krankenhäusern eingeführten Maßnahmen beschrieben. Im abschließenden dritten Teil werden einige der Ergebnisse und Probleme in der Umsetzung des Projektes diskutiert.

»GEH INS ZENTRUM DER ANGST, DORT WIRST DU RUHE FINDEN.« PSYCHOEDUKATION ZUM THEMA »ANGST BEI ÄLTEREN MENSCHEN«

Peter Bäurle

Psych. Klinik Münsterlingen

Die Kombination von Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie mit der Wissensvermittlung über das Krankheitsbild (Psychoedukation) hat sich mit einer multimodalen Lernmethode im klinischen Alltag bewährt. Atmosphäre, Stimmung, Interaktion, vielseitige Wiederholungsmöglichkeiten, bildhafte, einfache Sprache, Geschichten und Metaphern sind wesentlich für die Erinnerung und Anwendung des vermittelten Wissens in Krisensituationen.

MAJOR DEPRESSION IM ALTER: REGIONAL SPEZIFISCHE VERÄNDERUNGEN IM CORPUS CALLOSUM UNTERSCHIEDEN MENSCHEN MIT FRÜHEM UND SPÄTEM KRANKHEITSBEGINN

Martina Ballmaier^{1,3}, Anand Kumar², Andreas Heinz¹, Arthur W. Toga³

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte (CCM), Berlin, ²Department of Psychiatry and Biobehaviour, University of California at Los Angeles, USA, ³Laboratory of NeuroImaging, Department of Neurology, University of California at Los Angeles, USA

Obwohl es in der Literatur erste Hinweise für strukturelle Veränderungen im Corpus callosum (CC) bei älteren Menschen mit Major Depression gibt, bleibt die Frage nach regional spezifischen Anomalien wie auch dem möglichen Einfluss des Alters bei Beginn der Erkrankung ungeklärt.

In der vorliegenden Studie haben wir 24 Patienten mit frühem Krankheitsbeginn, 22 Menschen mit spätem Krankheitsbeginn (nach dem 60. Lebensjahr) und 34 Kontrollpersonen mit struktu-

reller Bildgebung untersucht und eine neu entwickelte computerisierte Methode »mesh-based geometrical modeling« angewandt, um feinste regionale Unterschiede in der Dichte des CC zu ermitteln und auf hochauflösenden statistischen »Mappen« darzustellen. Zusätzlich wurde auch eine traditionelle volumetrische Analyse durchgeführt.

Für den globalen Gruppeneffekt zeigten depressive Patienten im Vergleich zu den Kontrollpersonen eine signifikante Ausdünnung im Genu (vorderen Segment) des CC wie auch im Splenium (hinteres Segment). Zudem ergaben sich bei Patienten mit frühem Krankheitsbeginn eine sich auf den Genu beschränkende deutliche Reduktion der Dichte im CC, bei Patienten mit spätem Krankheitsbeginn eine Schmälerung im Genu wie auch im Splenium. Interessanterweise konnte im direkten Vergleich zwischen den beiden Patientengruppen eine signifikante Verringerung der Dichte im Splenium bei Patienten mit spätem Krankheitsbeginn beobachtet werden. Darüber hinaus korrelierten die beobachteten strukturellen Veränderungen bei Patienten mit spätem Krankheitsbeginn deutlich mit Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen.

Basierend auf diesen Ergebnissen können umschriebene morphologische Veränderungen im CC helfen, neurobiologische Marker für Risikoprofile – basierend auf dem Krankheitsbeginn – zu charakterisieren und gezielte Wege zur Überprüfung der Wirksamkeit von Therapieansätzen bei älteren Menschen mit Depressionen zu entwickeln.

PFLEGE DEMENZKRANKER MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN

Sabine Bartholomeyczik

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft, Witten

Ziel: Vorgestellt wird ein Projekt, in dem im Auftrag des BMG ein Qualitätsinstrument für die Pflege von Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhaltensweisen entwickelt wurde. Durchgeführt wurde das Projekt in einer Kooperation des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke mit der KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe.

Methoden: Kernbestandteile des Vorgehens sind eine internationale Literaturrecherche und -analyse, die in einer Runde aus zehn ExpertInnen unterschiedlicher Disziplinen eingegrenzt und bewertet wurde. Die Ergebnisse der Literaturanalyse wurden praxisorientiert in sieben Empfehlungen umgesetzt, deren Wortlaut in der Expertenrunde konsentiert wurde. Ein fachöffentlicher Diskurs mit Konsentierung schloss sich an.

Ergebnisse: Bei der Erarbeitung der Empfehlungen wurden verschiedene Feststellungen getroffen:

- Die gleiche Verhaltensweise kann unterschiedliche Gründe und Anlässe haben, derselbe Grund und Anlass kann unterschiedliche Verhaltensweisen hervorrufen.
- Jedes Verhalten hat einen Grund, der prinzipiell auch gefunden werden kann.
- Zum Umgang mit den Verhaltensweisen in der Pflege ist in der Interaktion anzusetzen: Das wichtigste Interventionselement ist die Beziehungsgestaltung.

Die Empfehlungen beschäftigen sich nach einem Expertenkonsens mit pflegerischen Maßnahmen, die in Deutschland bekannt, aber sehr unterschiedlich (oder gar nicht) angewandt werden:

- Verstehende Diagnostik mit Unterstützung durch die Nutzung von Assessmentinstrumenten, Fallbesprechungen und der Anwendung des NDB-Modells,

- das Validieren,
- die Erinnerungspflege,
- verschiedene sehr körpernahe Maßnahmen wie Berührung, Basale Stimulation und Snoezelen,
- die Bewegungsförderung.
- Eine letzte Empfehlung befasst sich mit akuten psychiatrischen Krisen.

Die Empfehlungen haben nur dann eine Chance der Umsetzung, wenn Grundlagen in der Einrichtung erfüllt sind:

- ein gemeinsames Pflegeverständnis im ganzen Haus mit dem Kernelement Beziehungsgestaltung,
- ein Management, das die Rahmenempfehlungen stützt und über die entsprechenden Fachkenntnisse verfügt,
- eine Organisation, die sich an den Menschen mit Demenz orientiert, weil diese Menschen sich nicht an der Organisation orientieren können.

Schlussfolgerung: Die nächsten Schritte müssen Implementierungsprojekte umfassen, die wissenschaftlich evaluiert werden. Einige Empfehlungen benötigen eine Konkretisierung durch Expertenstandards. Da die Literaturanalyse erbracht hat, dass die Forschungslage zu diesem Thema auch international wenige gute Studien enthält und in Deutschland erst in Ansätzen beginnt, ist hier weitere Forschung dringend erforderlich.

Literatur:

1. Halek M & Bartholomeyczik S: Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Schlütersche, Hannover 2006
2. Die Rahmenempfehlungen mit ausführlichen Begründungen werden voraussichtlich im Februar 2007 erscheinen.

PHARMAZEUTISCHE BETREUUNG VON STATIONÄREN DEMENZPATIENTEN IN GERIATRIE UND GERONTOPSYCHIATRIE

Sebastian Baum¹, P. Kalvari², A. Schürmann³, D. Wolter⁴, G. Hempel¹

¹Westfälische Wilhelms-Universität, Institut für pharmazeutische und medizinische Chemie – Klinische Pharmazie, ²Evangelisches Krankenhaus Johannesstift, Abteilung für Geriatrie und Frührehabilitation, ³Evangelisches Krankenhaus Johannesstift, Abteilung für innere Medizin, ⁴Westfälische Klinik Münster, Abteilung für Gerontopsychiatrie

Bei der medikamentösen Behandlung von Patienten in der Gerontopsychiatrie haben neben der Hauptdiagnose die Nebendiagnosen bzw. die dafür eingesetzten Medikamente einen Einfluss auf die Therapie. In diesem Zusammenhang ist es Aufgabe des behandelnden Arztes, zu beurteilen, ob Symptome von Krankheiten, die behandelt werden, oder von den eingesetzten Medikamenten in Form von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) oder Arzneimittelinteraktionen (IA) herrühren. Ziel dieses Projektes ist es, zu zeigen, in welchem Umfang ein Apotheker durch Kontrolle der Pharmakotherapie zur Erkennung und Vermeidung von UAWs bzw. IAs beiträgt. Derzeit sind Daten von 274 Patienten geprüft und ausgewertet worden. Bei 17,2% der Patienten kam es zu 72 Interventionen, von denen 70,8% akzeptiert wurden und zu einer Veränderung der Pharmakotherapie führten. Gründe waren Kombination von potentiell QT-Intervall-verlängernden Substanzen, arzneimittelbedingte Veränderungen der Kalium-Plasma-Konzentration sowie IAs aufgrund von Cytochrom-P450-Induktion bzw. -Inhibition bei gleichzeitiger Gabe von Substraten des jeweiligen Enzymsystems. Es hat sich gezeigt, dass die Einbindung eines Apothekers in der Ausarbeitung der Therapie in dieser Patienten-Gruppe die Anwendung von nicht-psychiatrischen Medikamenten verbessert.

LANDESINITIATIVE DEMENZ-SERVICE NRW

Klaus Besselmann

Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Um Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sowie ihre professionellen Helferinnen und Helfer zu unterstützen, wurde in Nordrhein-Westfalen die Landesinitiative Demenz-Service NRW als eine gemeinsame Plattform gegründet, in deren Zentrum die Verbesserung der häuslichen Versorgung demenziell Erkrankter und die Unterstützung der sie pflegenden Angehörigen steht. Durch die Initiative sollen Erfahrungsaustausch und Vernetzung von Initiativen, Modellprojekten und Angeboten gefördert und zur Enttabuisierung von Demenz beigetragen werden.

Die Landesinitiative wird finanziell getragen vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, der Stiftung Wohlfahrtspflege und den Pflegekassen. Die Koordinierung erfolgt durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Die Landesinitiative besteht aus mehreren Bausteinen: acht Demenz-Servicezentren, 68 Modellprojekten, dem »Dialogzentrum Demenz« (Universität Witten/Herdecke), 35 Wohnberatungsstellen, niedrigschwellige Betreuungsangeboten sowie einer wissenschaftlichen Begleitung. Vorgestellt werden Ziele und Arbeitsansätze der Landesinitiative, insbesondere die Demenz-Servicezentren, hier am praktischen Beispiel der Arbeit des Demenz-Servicezentrums für die Region Köln und das südl. Rheinland.

ERGEBNISSE KONTINUIERLICHER INTEGRIERTER GERONTOPSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG

Erika Blitz

Klinikum Wahrenndorff, Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Hannover

Ziel des Beitrages ist es, zu zeigen, dass eine kontinuierliche ambulante gerontopsychiatrische Behandlung sowohl zu einer Reduktion depressiver Symptome führt als auch die Häufigkeit und Dauer vollstationärer Behandlung verringert. An der Studie nahmen 25 Patienten teil, welche seit mindestens sechs Monaten an den Gruppenangeboten der Psychiatrischen Institutsambulanz des Klinikums Wahrenndorff teilnahmen.

Es erfolgten Mittelwertvergleiche bezüglich der Variablen BDI-Score und durchschnittliche Anzahl der Krankenhaustage pro Jahr zu jeweils zwei Messzeitpunkten mittels T-Tests bei gepaarten Stichproben.

Der Mittelwertvergleich zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen den Messzeitpunkten hinsichtlich des BDI-Scores (M1 = 18.67, SD1 = 20.4; M2 = 14.08, SD2 = 2.76; t = 2.43, p ≤ .05). Der Unterschied bezüglich der Anzahl der Behandlungstagen pro Jahr zu den Testzeitpunkten ist hoch signifikant (M1 = 60.09, SD1 = 48.21; M2 = 1.68, SD2 = 1.16; t = 6.19, p ≤ .0001).

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine konsequente und kontinuierliche ambulante Behandlung sowohl die Ausprägung der klinischen Symptomatik als auch die Dauer von vollstationären Aufenthalten deutlich reduzieren kann.

DIE KÜNFTIGE ROLLE DES NIEDERGELASSENEN NERVENARZTES BEI DER VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT EINER DEMENZ

Jens Bohlken

Demenz-Referat im BVDN, Berlin

Angesichts einer sich immer wieder verändernden Gesundheitspolitik ist es nicht einfach, Prognosen über die Zukunft des niedergelassenen Nervenarztes im Bereich der Versorgung Demenzkranker zu stellen. Wenn man jedoch die spärlichen empirischen Daten zum Diagnose- und Therapieverhalten von Nervenärzten und Hausärzten betrachtet, scheinen niedergelassene Nervenärzte

gegenwärtig doch eine bedeutsame Funktion im Versorgungssystem zu haben. Auch in modernen Therapieleitlinien kommt der neurologischen und psychiatrischen Kompetenz eine besondere Bedeutung zu. Die Diskussion über das DGPPN-Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Demenz weist jedoch auf einen nicht unerheblichen Einigungsbedarf hinsichtlich der Aufgaben und Schnittstellen der beteiligten Arztgruppen hin. Es ist deshalb in Zukunft nicht mit einer einzigen typischen Rolle des niedergelassenen Nervenarztes in der Demenzversorgung zu rechnen, sondern eher mit einer regional differenzierten Typologie unterschiedlicher nervenärztlicher Tätigkeiten.

RESILIENZ ALS RESSOURCE IM MITTLEREN UND HÖHEREN ERWACHSENENALTER

*Elmar Brähler, Thomas Gunzelmann, Oliver Decker
Universität Leipzig*

Psychische Beschwerden bestimmen in erheblichem Maße das Morbiditätsgeschehen im mittleren und höheren Lebensalter. Trotz des zunehmenden Risikos für körperliche und psychosoziale Belastungssituationen im höheren Lebensalter ist aber keine eindeutige Korrelation zwischen Alter und psychischen Beschwerden festzustellen. Dies verweist auf die Bedeutung psychischer Ressourcen. Im Rahmen einer repräsentativen Befragung der Allgemeinbevölkerung wurde für Personen ab 40 Jahren (N = 3.800) Resilienz als protektiver Faktor gegenüber depressiven Beschwerden und Angst im mittleren und höheren Lebensalter untersucht. Das Lebensalter hat nur keinen praktisch bedeutsamen Effekt auf das Ausmaß der Resilienz. Bei höher ausgeprägter Resilienz sind psychische Beschwerden geringer ausgeprägt.

FIXIERUNGEN BEI DEMENZKRANKEN – NOTWENDIG ODER VERZICHTBAR?

*Doris Bredthauer
Fachhochschule Frankfurt/Main, Soziale Arbeit und Gesundheit (FB4), Frankfurt*

Fixierungen und andere bewegungseinschränkende Maßnahmen gehören zu den umstrittensten Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit Sturzgefährdung und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Demenz. Dennoch gehören sie in der Gerontopsychiatrie und in Altenpflegeheimen zu den alltäglichen Maßnahmen.

Derzeit werden ca. 5–10% der Heimbewohner in Deutschland gurtfixiert (Klie 2003). Berücksichtigt man auch andere Formen von Bewegungseinschränkung (z. B. Bettgitter), sind sogar 25–41% von Menschen in Pflegeheimen und Krankenhäusern betroffen (Bredthauer et al. 2005, Hirsch et al. 1997, Klie u. Pfundstein 2004). Fixierungen und andere Mittel der Bewegungseinschränkung sind freiheitsentziehende Maßnahmen und bedeuten einen fundamentalen Eingriff in das Grundrecht des Menschen auf persönliche Freiheit. Trotz der Häufigkeit des Problems wird die Thematik nach wie vor sowohl in der Fachwelt als auch in der Öffentlichkeit weitgehend tabuisiert.

Hochrisikogruppe für Fixierungen sind ältere Menschen mit Demenz (> 80%), Pflegebedürftigkeit, Mobilitätseinschränkungen und fordernden Verhaltensweisen (Bredthauer et al. 2005, Evans 2002). Die Pflegenden sehen sich in dem Dilemma, den zu Betreuenden einerseits vor sturzbedingten Verletzungen schützen (»Fürsorgepflicht«) und andererseits dessen Autonomie und Mobilität fördern zu wollen (sollen). Insofern stellt sich die Frage nach der Wirksamkeit von Fixierungen.

Nach aktuellem Stand des Wissens gibt es keine Studie weltweit, die einen positiven Effekt von Fixierungen belegt. Im Gegenteil

sind erhebliche »Nebenwirkungen« belegt: Psychischer Stress, Lazerationen, Strangulation bei Befreiungsversuchen, aber auch indirekte Folgen (Immobilisation, medizinische Komplikationen) mit Verschlechterung von Allgemeinzustand und Lebensqualität bis hin zum Tod. Bisherige Beobachtungsstudien zeigen, dass Fixierungen erfolgreich reduziert werden konnten, ohne dass es zu vermehrten sturzbedingten Verletzungen gekommen wäre (Evans 2002, Neufeld 1995). Die vom BMFSFJ und der Robert Bosch Stiftung geförderte »ReduFix«-Studie ist die weltweit erste randomisiert kontrollierte Studie, die eine evidenzbasierte Aussage zur Effektivität alternativer Interventionen zulässt. Sie wurde in Kooperation mit dem Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart, der Kontaktstelle für Praxisorientierte Forschung e. V. an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg und der Bethesda Geriatrischen Klinik Ulm durchgeführt. Das Konzept und erste Ergebnisse werden vorgestellt.

MENSCHEN MIT DEMENZ IN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Uwe Brucker

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), Pflegerische Versorgung, Essen

Die somatisch geprägte Legaldefinition von Pflegebedürftigkeit in § 14 Abs. 4 SGB XI steht seit Einführung der Pflegeversicherung in der Kritik, Menschen mit Demenz, insbesondere zu Beginn ihrer Erkrankung, leistungsrechtlich zu diskriminieren.

Der Pflegebedarf dieser Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz findet bisher nur im Rahmen des verrichtungsbezogenen Pflegebedarfs Berücksichtigung. Menschen mit einer Demenz werden von den Kriterien der Pflegeversicherung erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit erfasst, wenn nämlich die hirnorganischen Funktionsstörungen zu einem verrichtungsbezogenen Hilfebedarf geführt haben. Die für diesen Personenkreis typischen kognitiv-psychischen Einbußen führen zu einem spezifischen Pflegebedarf wie zum Beispiel bei Kommunikations- und Beziehungsaufbau sowie bei Sicherheitsaspekten und speziellen Formen der Betreuung. Dieser demenzspezifische pflegerische Bedarf schlägt sich bislang in den von der Pflegeversicherung beschriebenen Leistungsvoraussetzungen nicht nieder.

Eine angemessene Lösung dieses zunehmenden Problems könnte in der seit Jahren in Fachkreisen und in jüngster Zeit auch in politischen Parteien diskutierten Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs des SGB XI liegen. Die Berücksichtigung des nicht verrichtungsbezogenen Hilfebedarfs von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz würde dann wohl auch zu einer Abkehr von der bisherigen Begutachtungssystematik führen. Pflegezeitorientierungswerte eignen sich nicht zur Abbildung dieser speziellen Pflege- und Betreuungsformen. Mögliche Alternativen zum bisherigen Verfahren sollen in diesem Beitrag thematisiert werden.

AUSSENAKTIVITÄT (SOZIALTRAINING) DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN TAGESKLINIK SAARBRÜCKEN

Herbert Buchholz

SHG-Kliniken Sonnenberg, Gerontopsychiatrische Tagesklinik, Saarbrücken

Kombinierter Patienten- und Ehemaligenstammtisch unter dem Motto »Kaffeeklatsch im Café Klatsch – gemeinsam ist besser als einsam«

Seit ca. 10 Jahren findet dieser Café-Stammtisch mittwochs von 15 bis 16 Uhr in einer öffentlichen, gemeinnützigen Einrichtung im Zentrum von Saarbrücken statt. Diese Einrichtung wurde gewählt, weil sie sehr zentral liegt, sehr zivile Preise hat und eine sehr

familiäre Atmosphäre bietet. I. d. R. fahren 2–6 der insgesamt 12 Patienten von der in einem Saarbrücker Randgebiet gelegenen TK mit dem Linienbus und der Straßenbahn dorthin (Wegzeit fast eine Stunde). Eine Mitarbeiterin begleitet die Patienten auf dem Hinweg und nimmt an der Kaffeerrunde teil. Dies hilft, möglichst viele, auch ängstlich-selbstunsichere Patienten zur Teilnahme zu motivieren. Außerdem dient die Mitarbeiterin im Café als kommunikatives Bindeglied zwischen den aktuellen und den ehemaligen Patienten (meist 4–6 Personen), die sich normalerweise nicht kennen und Hemmungen haben, aufeinander zuzugehen. Durch die Anwesenheit der Mitarbeiterin kommen mehr Ehemalige, diese scheinen hauptsächlich daran interessiert zu sein, über ihre Teilnahme an dieser Veranstaltung Kontakt zur TK zu halten. Um 16 Uhr ist Therapieschluss im Café, die Patienten müssen ihren Heimweg in eigener Verantwortung und mit eigenen Mitteln bewältigen. Die an diesem Nachmittag in der Tagesklinik zurückbleibenden Patienten haben kein alternatives Therapieprogramm, sondern werden im Sinne eines Realitätstrainings angehalten, sich selbst zu beschäftigen.

WOHNGRUPPENMILIEUS FÜR DEMENZKRANKE – QUALITÄTSEFFEKTE AUF STIMMUNG UND SOZIALES VERHALTEN

Jürgen Dettbarn-Reggentin
ISGOS GbR, Berlin

Die Betreuung Demenzkranker in Wohngruppen gilt als eine mögliche Alternative zur bisherigen stationären wie auch ambulanten Versorgung. In einer Vergleichsstudie zwischen demenziell erkrankten Bewohnern von segregativ zusammengesetzten Wohngruppen in drei stationären Einrichtungen sowie einer entsprechenden Anzahl von Bewohnern in einer herkömmlichen stationären Betreuung wurden die Effekte milieutherapeutisch orientierter Wohngruppenversorgung im Längsschnitt zu drei Erhebungszeitpunkten untersucht. In dieser Darstellung werden die Effekte des Wohngruppenmilieus auf das Sozialverhalten sowie die Stimmung der Bewohner in ihren Verläufen vorgestellt. In die Studie waren 27 Bewohner aus drei Wohngruppen und 33 Bewohner der Vergleichsgruppen mit mittelschwerer und schwerer Demenz (MMSE < 18) einbezogen. Zum Einsatz kamen standardisierte Erhebungsverfahren wie MMSE, Barthel-Index, NOSGER, BGP, GDP, CMAI (mod.). Die Untersuchung wurde in der Zeit von 1/2001 bis 10/2003 durchgeführt und durch das vormalige Ministerium für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert.

WARUM NEUE DIAGNOSTISCHE KRITERIEN FÜR DEMENZ MIT LEWY-KÖRPERCHEN?

Lutz M. Drach
HELIOS-Kliniken Schwerin, Carl-Friedrich-Flemming-Klinik

Die von McKeith et al. 1996 publizierten klinischen Diagnosekriterien (Konsensus-Kriterien) für Demenz mit Lewy-Körperchen (DLB) zeigten eine sehr hohe Spezifität, aber nur eine vergleichsweise niedrige Sensitivität bezogen auf den neuropathologischen Befund.

Seit der Publikation der Konsensus-Kriterien wurde deutlich, dass in diesen Diagnosekriterien nicht erwähnte Symptome, nämlich REM-Schlaf assoziierte Verhaltensstörungen und Depressionen, bei DLB-Patienten häufig sind. Darüber hinaus ergab sich aus neuen technischen Untersuchungsmethoden wie PET/SPECT mit Liganden gegen den Dopamintransporter und MIBG-Myocardszintigraphie und der Neubewertung der EEG-Diagnostik Handlungsbedarf.

Deshalb wurden neue Konsensus-Kriterien publiziert (McKeith et al. 2005), die insbesondere das Problem der zu geringen Sensitivität überwinden sollen.

ERFAHRUNGEN MIT DER BEHANDLUNG PSYCHOTISCHER SYMPTOME BEI DEMENZ MIT LEWY-KÖRPERCHEN

Lutz M. Drach
HELIOS-Kliniken Schwerin, Carl-Friedrich-Flemming-Klinik

Bei einer Demenz mit Lewy-Körperchen (DLB) kommt es im Verlauf der Erkrankung so häufig zu Wahn und vorwiegend optischen Halluzinationen, dass diese Symptome Teil der internationalen klinischen Diagnosekriterien geworden sind (McKeith et al. 1996, 2005).

Bei einer Behandlung dieser Symptomatik mit konventionellen, hoch- und niederpotenten Neuroleptika kommt es sehr häufig zu schweren Nebenwirkungen, die nicht selten den Tod der Patienten zur Folge haben (McKeith et al. 1992). Die am besten untersuchte Alternative ist die Behandlung dieser nicht-kognitiven Symptome mit Cholinesterasehemmern (McKeith et al. 2000, Lancot et al. 2000, Edwards et al. 2004). Clozapin langsam eindosiert und in niedrigen Dosen ist ebenso wie bei Psychosen im Verlauf eines M. Parkinson auch in dieser Indikation bei der DLB wirksam (Fernandez et al. 1999), erfordert aber besondere Vorsichtsmaßnahmen (EKG, EEG und regelmäßige Blutbildkontrollen). Von der Anwendung von Risperidon bei DLB rät der Hersteller ab. Die publizierten Erfahrungen mit Olanzapin sind widersprüchlich. Quetiapin ist nach der Literatur wirksam bei psychotischen Symptomen und aggressivem Verhalten bei DLB (Takahashi et al. 2003). Wir werden unsere Erfahrungen bei der Behandlung psychotischer Symptome bei DLB darstellen und mit der Literatur vergleichen.

INTERPERSONELLE PSYCHOTHERAPIE ZUR BEHANDLUNG VON ALTERSDEPRESSIONEN

Petra Dykieriek
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Freiburg

Die IPT-Late Life (LL) wurde von E. Frank (1989) ursprünglich für ambulante unipolar Depressive und damit für weniger multitorbide Alterspatienten konzipiert. Die Wirksamkeit dieser Altersmodifikation konnte sowohl für die Akut- als auch Erhaltungstherapie für »jüngere Alte« (59+) nachgewiesen werden (Reynolds et al. 1999). Für ältere Depressive (70+) zeigte sich in einer neueren Studie der gleichen Arbeitsgruppe hingegen kein Wirksamkeitsnachweis (Reynolds et al. 2006). Die Ergebnisse dieser Studie werden im Hinblick auf mögliche Behandlungsoptionen im höheren Lebensalter diskutiert. In diesem Kontext wird ein stationäres IPT-Behandlungskonzept vorgestellt, welches am Freiburger Universitätsklinikum (Abtl. für Psychiatrie und Psychotherapie) entwickelt wurde. Dieses umfasst die Implementierung von Gruppenangeboten, die Intensivierung von Psychoedukation und Symptommangement sowie die Einbeziehung des Pflegepersonals und des Sozialdienstes in den therapeutischen Prozess. Die Ergebnisse einer Pilotstudie werden präsentiert.

DASEINSTHEMATISCHE BEGLEITUNG ZUR FÖRDERUNG DER INDIVIDUALITÄT, PERSONALITÄT UND SOZIALITÄT VON MENSCHEN MIT DEMENZ: KONZEPT UND THEORETISCH FUNDIERTE ANWENDUNG

Sonja Ehret
Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie

In der vorliegenden Studie wird aufgezeigt, wie es gelingen kann, demenzkranke Menschen zu verstehen, wenn man ihre kognitiven,

motivationalen, emotionalen und aktionalen Konstruktionsprozesse nachvollzieht. Grundlegend ist eine »Ideale Gesprächssphäre«, in der sich individuelle Welten entfalten können. Eine methodisch exakte Abbildung ihrer Inhalte gelingt mit der Heidelberger Strukturlegetechnik.

Aufbauend auf *Hans Thomaes* Persönlichkeitstheorie und einer methodischen Erweiterung durch *Norbert Groebens* Subjektive Theorien wurde die daseinsthematische Begleitung konzipiert und eine kontrollierte Interventionsstudie durchgeführt. Über einen Zeitraum von vier Wochen begleiten geschulte Ehrenamtliche im Dritten Lebensalter demenzkranke Heimbewohner nach einem individuellen Interventionsplan, der sich an der daseinsthematischen Strukturierung der Studienteilnehmer orientiert. In ersten Ergebnissen kann ein (hoch) signifikanter Interaktionseffekt Zeit x Gruppe in der NPI-Skala festgestellt werden, wobei bei der Reduzierung psychopathologischer Symptome die Abnahme der Angst hervortritt. Im qualitativen Teil der Studie werden Konstanz und Veränderung der Daseinsthemen und Daseinstechniken in ihren spezifischen Dominanzverhältnissen abgebildet.

DAS MODELLPROJEKT »BERATUNG VON ANGEHÖRIGEN UND HEIMEN«, EIN ANSATZ ZUR VERBESSERUNG DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IM STADTVERBAND SAARBRÜCKEN

Rosa Adelinde Fehrenbach, Herbert Buchholz, Karl Groß, Volker Nowinski, Roswitha Kempter, Wolfram Köhler, Sabine Kirchen-Peters (ISO-Institut, Saarbrücken)

SHG-Klinik Sonnenberg, Abteilung Gerontopsychiatrie, Saarbrücken

Die gerontopsychiatrische Klinik der SHG-Kliniken Sonnenberg, Saarbrücken unterhält seit Oktober 2004 ein Modellprojekt zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung im Stadtverband Saarbrücken (ca. 360.000 Einwohner). Psychisch kranke ältere Menschen sollen frühzeitig in ihrem vertrauten Lebensumfeld die notwendigen Hilfen erhalten. Die betreuenden Angehörigen werden von einem multiprofessionellen Team beraten und unterstützt. Dadurch sollen die Angehörigen entlastet und ein längerer Verbleib der Betroffenen in ihrer häuslichen Umgebung ermöglicht werden. In fünf ausgewählten Heimeinrichtungen soll durch fallbezogene Beratung, Supervision und Fortbildung die gerontopsychiatrische Versorgungsqualität verbessert werden. Die Beratung der Angehörigen und Heime erfolgt in Kooperation mit den behandelnden Ärzten und den regionalen Versorgungseinrichtungen. Die wissenschaftliche Begleitung durch das ISO-Institut Saarbrücken umfasst eine Struktur-, Prozess- und Wirkungsanalyse. Erste Auswertungen der Modellarbeit zeigen positive Auswirkungen auf die Betroffenen und eine Entlastung der Pflegenden.

SPEZIFISCHE ANSÄTZE DER REHABILITATION ÄLTERER SUCHTKRANKER

Dieter Geyer

Fachklinik Fredeburg

Suchterkrankungen des höheren Lebensalters gewinnen im Rahmen der demographischen Entwicklung größere Bedeutung. Das Ausmaß und die mit ihm verbundenen Folgen des Altersalkoholismus wurden lange Zeit unterschätzt. Dabei sind alkoholbezogene Störungen in höherem Alter schon heute keineswegs selten. 26% der Männer und 8% der Frauen über 60 Jahre weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf, und bei 400.000 Frauen und Männern dieser Altersgruppe muss von einem schädigenden Konsum oder einer Abhängigkeit ausgegangen werden. Vergleichsweise häufiger als in jüngeren Lebensjahren ist der abhängige Konsum von Medikamenten, vor allem von Benzodiazepinen und Analgetika.

Das führende Rehabilitationsziel Älterer ist die Wiedergewinnung oder der Erhalt der Unabhängigkeit und die Verbesserung der Teilhabe an den gesellschaftlichen Vollzügen. Bei Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Patientengruppe und der Anwendung spezifisch strukturierter Behandlungsmodule lassen sich erfreulich gute Behandlungsergebnisse erzielen.

Der Beitrag gibt einen Überblick über diese spezifischen Behandlungsansätze in der ambulanten und stationären Rehabilitation älterer Suchtkranker. Die Besonderheiten der Symptomatik, der therapeutischen Beziehungsgestaltung und die typischen Therapie-schwerpunkte werden herausgearbeitet. Objektive und subjektive Behandlungsergebnisse werden dargelegt.

ENTWICKLUNG EINES QUALITÄTSSTANDARDS: EINE INITIATIVE VON DEMENZAMBULANZEN AUS NRW

Brigitte Grass-Kapanke, Pasquale Calabrese

Rheinische Kliniken Düsseldorf, Klinik der Heinrich-Heine-Universität

Gedächtnissprechstunden, Memory Clinics u.ä. vermitteln durch ihre Namensgebung eine besondere Kompetenz in der Diagnostik und Behandlung von Demenzen. Jedoch werden diese Namen von der jeweiligen Institution gewählt, ein objektiver Anhaltspunkt für die Qualität der betreffenden Ambulanzen ist hiermit nicht verbunden, da keine verbindlichen Kriterien einzuhalten sind.

In NRW hat sich ein Verbund von Gedächtnisambulanzen zusammengefunden. Diese Gruppe von Ambulanzen ist hinsichtlich ihrer Anbindung (Psychiatrie, Geriatrie, Neurologie), ihrer Größe (Fallzahlen pro Quartal) und dem Spektrum möglicher diagnostischer Zusatzuntersuchungen heterogen. Die grundlegenden Ziele dieses Verbundes sind:

- die Herausstellung der Bedeutung multidisziplinärer Zusammenarbeit in der Diagnostik und Behandlung von Demenzen,
- die Ausbildung eines funktionierenden Netzwerkes kooperierender Spezialambulanzen durch regelmäßige Treffen,
- Weiterentwicklung und Sicherung des strukturellen Qualitätsstandards der beteiligten Zentren durch regelmäßigen Austausch und durch Fortbildungen innerhalb des Netzwerkes.

In einem ersten Schritt wurden dazu mögliche Kriterien für die Qualität einer spezifizierten Ambulanz gesammelt und diskutiert. Es folgte mittels eines Fragebogens die Erfassung des Ist-Zustandes der beteiligten Zentren. Diese Daten bilden die Grundlage für die zukünftigen Treffen, in denen jeweils ein Qualitätsaspekt ausführlich diskutiert wird. Ziel ist eine Sicherung der Qualitätsstandards aller beteiligten Zentren durch den regelmäßigen Austausch, gezielte Fortbildungen und die Möglichkeit, innerhalb des Netzwerkes schwierige Fälle an besonders spezialisierte Ambulanzen zu überweisen.

RESILIENZ – EIGENSCHAFT, PHÄNOMEN, KONSTELLATION ODER CHIMÄRE?

Werner Greve

Universität Hildesheim

Das Konzept der Resilienz hat nach einer zögerlichen Vorgeschichte in der zurückliegenden Dekade eine verblüffende Konjunktur entfaltet. Dazu hat vor allem die Ausweitung des – zunächst auf Schutzbedingungen in der Kindheit fokussierten – Konzeptes auf die Lebensspannenpsychologie und insbesondere das höhere und hohe Erwachsenenalter beigetragen. Allerdings hat die allgemeine Rede von Resilienz der Klarheit der Idee nicht unbedingt geholfen. So gibt es Ansätze, die Resilienz als Eigenschaft einer Person betrachten (durch die sie vor widrigen Entwicklungsbedingungen geschützt sei), andere sprechen von (Resilienz-)Konstellationen,

die diese Funktion haben. Es gibt aber auch Texte, die mit Resilienz lediglich das Phänomen der Nichtbetroffenheit von widrigen Umständen meinen, das dann – etwa durch Bewältigungsressourcen – zu erklären sei. Und natürlich gibt es auch Stimmen, die das Konzept als inhaltsleeren Modebegriff kritisieren. Unklar ist auch, wie das Verhältnis von Schutz- und Vulnerabilitätsfaktoren konzipiert werden kann, wie zirkuläre Argumentationen vermieden und konkrete empirische Hypothesen abgeleitet werden können, die ohne dieses Konzept nicht hätten gewonnen werden können. Der Beitrag wird für die theoretische und empirische Fruchtbarkeit eines Resilienzkonzeptes werben, das den genannten Problemen hinreichend Rechnung tragen will.

DER ALTE MENSCH IM OP – DAS »GERIATRIE-TEAM« AM ST. FRANZISKUS-HOSPITAL

Simone Gurlit

St. Franziskus-Hospital, Abteilung Anästhesie, Münster

Anlässlich häufiger langwieriger postoperativer Delirien bei alten Patienten (jährlich über 800 Operationen bei Pat. über 80 Jahre) wurden aus Modellmitteln des BMG zwei Pflegestellen für ein Projekt »Maßnahmen zur Verhinderung eines postoperativen Altersdelirs« geschaffen. Die hierfür besonders qualifizierten Pflegekräfte betreuen die delirgefährdeten Patienten vor, während und nach dem Eingriff. Die Identifikation von delirfördernden Faktoren in Krankenhausmilieu und -abläufen gehört ebenso zum Konzept wie kognitives Screening gefährdeter Patienten. Im prä/post-Vergleich konnte die durchschnittliche Delirhäufigkeit um gut die Hälfte gesenkt werden. Das letztendlich auch ökonomisch erfolgreiche Projekt wird deshalb auch nach Auslaufen der Modellförderung vom Krankenhaus dauerhaft fortgeführt. Der Vortrag stellt Konzept, Arbeitsweise und Ergebnisse vor.

KORRELATIONEN DER EINGRUPPIERUNG DES MDK IN PFLGESTUFEN BEI DEMENZKRANKEN HEIMBEWOHNERN ZU ÄRZTLICHEN FESTSTELLUNGEN DES SCHWEREGRADES ANHAND VON KOGNITIVEN UND ADL-SKALEN SOWIE DEN VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN NACH NPI

Johannes Hallauer

Abteilungsleiter Gesundheit, Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V, Rostock

In der Krefelder Heimstudie wurden 641 Heimbewohner in 19 von 21 Heimen der Stadt Krefeld fachärztlich auf neurologisch-psychiatrische Erkrankungen untersucht. Dabei wurden die Kognition und die Aktivitäten des täglichen Lebens sowie Verhaltensauffälligkeiten und die Belastung des Pflegepersonals mittels MMST, Uhrentest, ADL, Barthel, CGI, GDS und NPI gemessen. Diese Befunde wurden zu den Einstufungen in die Pflegeversicherung durch den MDK in Korrelation gebracht. Während Kognitions- und ADL-Ergebnisse hochgradig mit der Pflegeversicherungseinstufung korrelieren, werden Verhaltensauffälligkeiten und die Belastung der Pflegenden nicht in der Einstufung abgebildet.

ERFAHRUNGEN DER DEMENTENBETREUUNG ZWISCHEN INTEGRATION UND SPEZIALISIERUNG

Martin Hamborg

Kieler Servicehäuser der AWO und DED (Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.), Kiel

Die DED (demenz-ded.de) bündelt aktuelles Erfahrungswissen aus der Arbeit mit Demenzkranken. So leistet der Referent als QMB, Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor einen Beitrag dazu, dass Demenzkranke bis zum Lebensende in ihrer

Wohnung verbleiben, die Voraussetzung dafür sind hohe Anforderungen an das integrative Konzept, Strategien der De-Eskalation und eine Wohnkultur, die sich in einem Satz auf den Punkt bringen lässt: »Wenn Sie hier bis zum Lebensende wohnen möchten, darf das auch Ihr demenzkranker Nachbar«.

Auf der anderen Seite haben sich segregative Versorgungsformen bewährt: Herausfordernde Verhaltensweisen bei Demenzkranken werden in homogenen Gruppen nach milieuthérapeutischen Konzepten aufgefangen.

Im zweiten Teil werden Empfehlungen aus den Erfahrungen des Hamburger Programms abgeleitet und in das Hamburger Positionspapier zur besonderen Dementenbetreuung aufgenommen.

Zukunftsperspektiven eröffnen die Ergebnisse eines Praxis-Forschungs-Praxis-Projektes: Mit »best practise«-Einrichtungen der DED wurde ein Qualitätsmanagementsystem für die spezialisierte Dementenbetreuung entwickelt, erprobt und 2006 der Fachöffentlichkeit präsentiert.

NICHTKOGNITIVE SYMPTOME BEI DEMENZEN

Martin Haupt

Psychiatrie/Psychotherapie, Schwerpunkt Hirnleistungsstörungen im Neuro-Centrum Düsseldorf

Zu den klinisch-diagnostischen Kriterien für das Vorliegen eines Demenzsyndroms gehören neben den kognitiven die nichtkognitiven Symptome. Hierbei werden Antriebsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens genannt, gleichwohl umfasst das Spektrum dieser Symptome eine große Zahl weiterer Auffälligkeiten in Stimmung und Verhalten. Die Ursachen für das Aufkommen der nichtkognitiven Symptome sind vielfältig. Sie beziehen sich auf neuropathologische Veränderungen im Zuge des Demenzprozesses, psychologische Reaktionsmuster des Kranken im Verlauf des individuellen Krankheitsmanagements und auf komorbide somatische Erkrankungen.

Im Verlauf einer Demenzerkrankung treten bei jedem Kranken bestimmte nichtkognitive Symptome auf, am häufigsten finden sich Störungen des Antriebs im Sinne einer Apathie oder Agitiertheit, ferner affektive Symptome, aggressives Verhalten und psychotische Störungen. Das Vorkommen der meisten dieser Symptome ist an bestimmte Schweregradstadien der Demenz gekoppelt. So kommen depressive, ängstliche und Antriebsstörungen häufig in den frühen Stadien, psychotische Symptome, aggressives Verhalten, Unruhezustände und Schlafstörungen mit Beeinträchtigungen des Tag-Nacht-Rhythmus eher in den späteren Stadien vor. Nach den vorliegenden Studienergebnissen sind Störungen des Antriebs, insbesondere Unruhezustände, die am längsten persistierenden nichtkognitiven Symptome; demgegenüber sind Wahnsymptome oder halluzinatorische Erlebnisse in der Regel kurzlebig.

DEPRESSIONSBEHANDLUNG MIT JOHANNISKRAUT – UMGANG MIT WECHSELWIRKUNGEN

Tilman Heinrich

Abteilung Innere Medizin VI, Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Heidelberg

In der Pharmakotherapie der Depression spielen neben den Wirkstoffklassen der trizyklischen Antidepressiva, Monoaminoxidase-Inhibitoren und Serotonin/Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmern zunehmend auch Johanniskraut-Präparate eine Rolle. Johanniskraut (*Hypericum perforatum* L.) scheint insbesondere bei der leichten bis mittelschweren Depression eine mit einem geringeren Risiko unerwünschter Wirkungen behaftete Alternative zu den klassischen synthetischen Medikamenten darzustellen.

Verschiedene Fallberichte und Studien der letzten Jahre haben jedoch auf das Interaktionspotential von Johanniskraut-Zubereitungen aufmerksam gemacht. Insbesondere bei Patienten unter Polymedikation kann die zusätzliche, dem behandelnden Arzt oft nicht mitgeteilte Einnahme dieses frei verkäuflichen Präparates zu unerwarteten Effekten führen. Die diesen Wechselwirkungen zugrundeliegenden pharmakologischen Mechanismen betreffen Arzneimittel-metabolisierende Enzyme (CYP3A4-Monooxygenase) und -transportierende Proteine (z. B. p-Glykoprotein). Das Ausmaß der Induktion durch Johanniskraut ist individuell unterschiedlich und für den einzelnen Patienten in der Regel schlecht vorherzusagen. Sowohl die Dosis als auch die unterschiedliche Zusammensetzung der auf dem Markt befindlichen Johanniskraut-Präparate sind hierbei zusätzlich von Bedeutung. Zu den wichtigen interagierenden Medikamenten gehören Immunsuppressiva, Zytostatika, HIV-Therapeutika, orale Antikoagulantien, einzelne HMG-CoA-Reduktase-Hemmer (z. B. Simvastatin) und Antimykotika (z. B. Voriconazol). Andererseits ist in einer Reihe von Fällen ein Interaktionspotential bestimmter Arzneimittel zwar theoretisch vorhanden, die klinische Relevanz jedoch nicht immer gesichert. Therapeutische Entscheidungen wie etwa Dosisanpassung oder Beibehaltung bzw. Wechsel eines Medikaments bei einer vermuteten Interaktion mit Johanniskraut sind daher von einer sorgfältigen Prüfung des Einzelfalls abhängig.

ANGSTANFÄLLE IM ALTER – EIN DURCHBRUCH ALTER TRAUMATA

Christoph Herda

Klinikum Kassel, Ludwig-Noll-Krankenhaus, Kassel

Bei älteren Menschen, die lange Jahre nicht unter krankhaften Ängsten gelitten haben, können durch die Reduktion der Bewältigungsfähigkeit (Coping) bzw. durch den Wegfall von Anpassungsmechanismen Angststörungen und andere psychische und psychosomatische Störungen auftreten, die mit früheren Traumata zusammenhängen. In den dargestellten Fällen handelt es sich um die Verschüttung nach Bombardierung im Zweiten Weltkrieg. Die Erhebung der biographischen Anamnese ist ausschlaggebend für die weitere Therapie.

GERONTOPSYCHIATRISCHE PATIENTEN MIT AUSGEPRÄGTER SOMATISCHER KOMORBIDITÄT: BEHANDLUNG IN DER GERONTOPSYCHIATRIE ODER IM ALLGEMEINKRANKENHAUS?

Walter Hewer, Hans Walter Stark, Dirk Wolter

Vincentz von Paul Hospital GmbH, Rottweil

Verlegungen aus Allgemeinkrankenhäusern in die Gerontopsychiatrie und umgekehrt wurden in zwei psychiatrischen Kliniken analysiert (Klinik A: Land, Klinik B: Großstadt). 1.005 Patienten wurden in einem Jahr in Klinik A aufgenommen (67,2% Frauen, Alter $76,7 \pm .3$ Jahre, Hauptdiagnosen: organische Störungen 50,5%, affektive Störungen 31,1%, sonstige Erkrankungen 18,4%). 213 Aufnahmen kamen aus anderen Kliniken, 168-mal wurde ins Allgemeinkrankenhaus verlegt (davon 48 klinisch vorbehandelte Patienten). In 19 Fällen kam es zu drei und mehr Hin- und Herverlegungen. Von Verlegungen waren Patienten mit organischen Psychosyndromen und Männer häufiger betroffen. Verlegungen in die Somatik fanden überwiegend akut statt (v. a. kardiovaskuläre/metabolische Störungen, Infektionen). Elektive Verlegungen waren in der Minderzahl. Zum Kongress werden die Daten aus Klinik B (499 Aufnahmen) vorliegen. Bei vorläufiger Auswertung zeigen diese einen ähnlichen Trend. Die Daten belegen den hohen Stellenwert der somatischen Komorbidität in der Gerontopsychiatrie und machen deutlich, dass hier entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten vorzuhalten sind. Sie zeigen

ferner die Notwendigkeit auf, integrierte Versorgungsmodelle von somatischer Medizin und Gerontopsychiatrie zu entwickeln.

HUMOR – EIN VERNACHLÄSSIGTES MEDIKAMENT IN DER ALTERSMEDIZIN

Rolf D. Hirsch

Rheinische Kliniken, Abt. für Gerontopsychiatrie, Bonn

In der Medizin besteht auch heute noch eine gewisse Skepsis, ob Lachen und Humor ein »Medikament« ist. Kann man mit Humor Krankheiten vertreiben? Muss eine medizinische Behandlung nicht »todernst« sein, um ernst genommen zu werden? Spricht auch der Volksmund von »Lachen ist die beste Medizin«, so bedarf es evidenzbasierter und qualitätsorientierter Forschung, um anerkannt zu werden. Der Menschenverstand allein gilt hierbei wenig. Dennoch gibt es in den letzten Jahren auch in der Gerontologie vermehrt Untersuchungen, die belegen, dass eine gezielte Förderung von Lachen und Humor gesundheitsfördernd sein kann, wie z. B. bei Depression und Schmerz. Zudem kann der Sinn für Humor lebenslang gefördert werden.

Aus Untersuchungen geht hervor, dass wir im Gehirn über bestimmte Areale verfügen, die für Lachen, das Verstehen von Witz und Komik zuständig sind. Wir verfügen über ein »Lachkoordinationszentrum«, welches in der hinteren oberen Pons liegt. Aus Untersuchungen geht hervor, dass durch Lachen die Produktion von Cortisol und Adrenalin reduziert werden kann. Ein Zusammenhang zwischen Lachen und Schmerzempfindung sowie Allergieneigung, Herzinfarkttrisiko und vaskulärer Beeinflussung konnten aufgezeigt werden.

Ist Lachen ein eher kurzzeitiges Phänomen, so ist Humor bzw. der Sinn für Humor eine Persönlichkeitseigenschaft, die je nach diesbezüglicher Sozialisation mehr oder weniger ausgeprägt ist. Humor kann als ein zwischenmenschliches Verhalten und Erleben mit motivationalen, emotionalen, kognitiven, sozialen und Verhaltenskomponenten beschrieben werden, wodurch Widerwärtiges und Widersprüchliches, Unergründliches und Unzulängliches im Zusammenleben spielerisch kreierte, erheiternd verstanden, kreativ und selbstbewusst aufgelöst werden. Untersuchungen hierzu wurden z. B. bei depressiven Patienten durchgeführt und positive Effekte nachgewiesen. Durch die Förderung des Sinns für Humor können Angst und Stress reduziert, Selbstunsicherheit und quälende Scham- und Schuldgefühle verringert und Alltagsbelastungen besser bewältigt werden. Hinweise zur Förderung von Aufmerksamkeit, Konzentration, Kommunikation und Kreativität lassen sich darstellen. Experimentell wurde nachgewiesen, dass Heiterkeit schlagartig die Konzentration des Immunglobulin A im Speichel erhöht. Weiter konnte gezeigt werden, dass mit Schwinden der Heiterkeit auch der Immunglobulinspiegel sich wieder verringert und »professionelle Optimisten« von vornherein mehr Immunglobuline aufweisen als andere.

Will man Humor als Medikament einsetzen, so bedarf es einer tragfähigen Beziehung, da humorvoll gemeinte Bemerkungen beim Patienten auch als kränkend empfunden werden können. Auch die Dosis ist individuell zu applizieren. Voraussetzung ist, dass ein Arzt seinen Sinn für Humor entwickelt und fördert. Zu wünschen ist, dass auch in der Behandlung alter Menschen der Humor ernster genommen wird.

DIE VERSORGUNG VON DEMENZKRANKEN HEIMBEWOHNERN DURCH EINE PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ

Barbara Höft

Leitung Institutsambulanz Gerontopsychiatrie, Rheinische Kliniken/Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Die bestmögliche Versorgung von Menschen mit fortgeschrittenen dementiellen Erkrankungen erfordert trotz aller Verbesserungen des ambulanten Betreuungs- und Behandlungsnetzes in bis zu 80% der Fälle im Verlauf den Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung.

Idealerweise entsteht dort ein Individuum-orientierter, multimodaler und stadiengerechter Gesamtbehandlungs- und Pflegeplan unter Einbeziehung der Angehörigen. Die optimierte Behandlung nutzt alle Interventionsmöglichkeiten in enger Kooperation der behandelnden Haus- und Fachärzte sowie der Pflegekräfte.

Die Organisation der ärztlichen Versorgung der Bewohner erfolgt mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung auf der Basis eines gemeinsamen Konzeptes unter Berücksichtigung der rechtlichen Grundlagen mit regelmäßiger Überprüfung und Anpassung an die Erfordernisse.

Das Konzept der Institutsambulanz Gerontopsychiatrie der Rheinischen Kliniken – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, die Erfahrungen bei der Umsetzung und die Perspektiven für die zukünftige Arbeit werden dargestellt.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE NICHT-KOGNITIVER STÖRUNGEN MIT NEUROLEPTIKA BEI DEMENZ

Bernd Ibach

Janssen-Cilag GmbH, Medizinischer Fachbereich ZNS, Neuss

Neuroleptika erfahren eine breite Anwendung zur Behandlung von Aggressionen, Agitation, Schlafstörungen mit nächtlichem Umhergehen, Sundowning, Sinnestäuschungen und anderen nicht-kognitiven Symptomen bei Patienten mit Demenzerkrankungen. In diesem Vortrag werden die weiter unten skizzierten Facetten der Behandlung von nicht-kognitiver Störungen mit Neuroleptika bei Demenz dargestellt.

Die Ergebnisse einer ganzen Reihe von kontrollierten klinischen Studien sind uneinheitlich und weisen auf eine moderate Wirksamkeit dieser Substanzen hin. Unter der Behandlung mit Neuroleptika wurden zerebrovaskuläre Risiken registriert, die zu einer Diskussion um deren Nebenwirkungsprofil führten. Das Nutzen-Risikoprofil, insbesondere von Neuroleptika der zweiten Generation, wurde vor diesem Hintergrund in der internationalen Fachwelt intensiv diskutiert. Diese Substanzen sind wegen ihres günstigeren Wirksamkeitsprofils zur Behandlung von nicht-kognitiven Symptomen bei älteren Menschen mit oder ohne Demenz den älteren Neuroleptika der ersten Generation vorzuziehen.

Vor jeder Therapie mit Neuroleptika ist grundsätzlich eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung durchzuführen. Ältere Patienten haben ein höheres Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen als jüngere. Zur Indikationsstellung gehören die Beschreibung der Zielsymptome und deren Konsequenzen, die Berücksichtigung der Grunderkrankung und von Co-Morbiditäten, die Frage nach ergänzenden Therapiemöglichkeiten, die Beurteilung des medikamentösen Interaktionspotentials und die voraussichtliche Dauer der Behandlung. Das heißt, eine Neuroleptikatherapie muss den individuellen Bedürfnissen des Demenzkranken gerecht werden.

NEUE BEFUNDE DES KOMPETENZNETZES DEMENZEN ZUR MR-SPEKTROSKOPIE

Frank Jessen

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn

Im Rahmen des Kompetenznetzes Demenzen (KND) wurde unter der Beteiligung von vier Kliniken die weltweit größte Multicenterstudie zur Protonen Magnetresonanztomographie (1H-MRS) des medialen Temporallappens (MTL) bei Patienten mit Demenz und leichter kognitiver Störung (mild cognitive impairment, MCI) durchgeführt. Das verwendete Protokoll erlaubt neben der Bildung von Metabolitenquotienten auch die Quantifizierung der Metaboliten N-Acetyl-Aspartat (NAA), Cholin (Cho), Kreatin/Phosphokreatin (Cr) und Myo-Inositol (MI). Aktuelle liegen ca. 250 Querschnittsdatensätze und ca. 150 Verlaufsuntersuchungen vor. In dem Vortrag wird eine Übersicht über die wesentlichen aktuellen Befunde der Querschnittsuntersuchung gegeben, die u. a. auf eine Reduktion des neuronalen Markers NAA bereits im MCI-Stadium hinweisen. Ferner werden Zusammenhänge von Metabolitenkonzentrationen und Daten aus anderen Modulen des KND dargestellt.

OPTIMALE BEHANDLUNG UND UNTERSTÜTZUNG FÜR DEMENZKRANKE UND IHRE ANGEHÖRIGEN – GIBT ES DAS ?

Johannes Johannsen

Rheinische Kliniken, Abteilung Gerontopsychiatrie, Köln

Optimale Behandlung und Unterstützung für Demenzkranke und ihre Angehörigen – ein Erfahrungsbericht aus dem 1. Gerontopsychiatrischen Zentrum in Köln

Um den vertrauten Lebens- und Wohnraum demenzkranker Menschen möglichst lange zu erhalten und gleichzeitig pflegende Angehörige zu entlasten, wurden vom ersten Gerontopsychiatrischen Zentrum in Köln besondere Angebote und Arrangements in der Behandlung und Unterstützung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen entwickelt und etabliert:

1. Einrichtung einer Beratungsstelle für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen
2. Regelmäßige nervenärztliche Behandlung im Zentrum oder zu Hause mit konstanter Einbeziehung der Angehörigen
3. Gesprächskreis pflegender Angehöriger, fakultativ Teilnahme des demenzkranken Menschen am Gesprächskreis oder an einer Ergotherapiegruppe
4. Schulung pflegender Angehöriger
5. Café Offerte: Offenes Angebot für Demenzkranke zur Entlastung ihrer Angehörigen
6. Qualifizierung ehrenamtlicher Helfer zur Unterstützung des demenzkranken Menschen und seiner pflegenden Angehörigen
7. Einbeziehung psychosozialer Institutionen (Pflegedienste, Tagespflegestätten etc.)

Diese Angebote und Arrangements werden vorgestellt.

SYSTEMISCHE THERAPIE BEI DEPRESSIONEN IM ALTER

Johannes Johannsen

Rheinische Kliniken, Abteilung Gerontopsychiatrie, Köln

Zur Behandlung der Depression sind eine Reihe von psychotherapeutischen Strategien gut etabliert und anerkannt – die Verhaltenstherapie, die kognitive Therapie nach A. Beck, die Gesprächspsychotherapie nach Rogers u. s. w. Wie steht es um die systemische Therapie, speziell um die systemische Therapie bei Älteren?

Welche Bedeutung kommt dem Alter mit seinen unterschiedlichen Sichtweisen als wesentlicher Bestimmungsgröße des Kontextes zu? Darüber hinaus sind das veränderte Beziehungsgefüge, die

besondere Bedeutung des Einweisungskontextes, die Einbeziehung mehrerer Generationen, ihre Interaktionsmuster und Normen, allfällige Trennungs- und Verlustsituationen, die Möglichkeit von Siechtum und Tod sowie die Modifikation der konventionellen Vorstellungen von Alterskrankheit zu berücksichtigen.

Welche Modifikationen der systemischen Therapie sind bei älteren depressiv Erkrankten vorzunehmen?

Die systemische Therapie kann durch ihre lösungs- und ressourcenorientierte Sichtweise die Bewältigungsstrategien und das Problemlösungspotential der Familie respektive des Beziehungsgefüges, aus dem der Patient gekommen ist, sowie der Therapeuten erheblich bereichern.

BERATUNG UND BEHANDLUNG PSYCHISCH KRANKER ÄLTERER TÜRKISCHER MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN

Johannes Johannsen

Rheinische Kliniken, Abteilung Gerontopsychiatrie, Köln

Psychisch kranke Migranten, insbesondere ältere Migranten – hier die Gruppe der älteren türkischen Migrantinnen und Migranten in Köln – sowie ihre Angehörigen erfahren nach wie vor zu wenig Beratung, Diagnostik und Behandlung ihrer psychischen Störungen. Im Versorgungsgebiet der Rheinischen Kliniken beträgt der Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung etwa 11 bis 13%, der Anteil der Ausländer an den Aufnahmen in den neun Kliniken des LV Rheinland dagegen nur ca. 3,5%.

In dem Vortrag wird das seit Herbst des Jahres 2005 in Köln angelaufene Migrantenprojekt, insbesondere die Verbesserung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Beratung und Behandlung von älteren, d. h. 60 Jahre und älteren türkischen Migrantinnen und Migranten unter Einbeziehung ihrer Angehörigen dargestellt. Diese Kooperation wird nicht nur im Rahmen der stationären, teilstationären und ambulanten Behandlung in der Klinik in Köln-Merheim und im Gerontopsychiatrischen Zentrum in Köln-Mülheim praktiziert, sondern »vor Ort«, d. h. in Islamischen Zentren in Köln, in Zentren der Migrationshilfe sowie im Rahmen von Hausbesuchen. Die unterschiedlichen Arrangements werden beschrieben.

Dazu werden erste Ergebnisse vorgelegt, einerseits hinsichtlich der behandelten Klientel, andererseits bzgl. des Umfeldes der behandelten Patienten, insbesondere der Angehörigen. Besondere Risikogruppen bzw. Erkrankungen werden aufgezeigt.

COPING UND RESILIENZ BEI KRISENHAFT WAHrgENOMMENEN SITUATIONEN – ALTERSPSYCHIATRISCHE IMPLIKATIONEN INTERKULTURELLER FORSCHUNG

Peter Kaiser

ZJP Winnenden, Klinik für Alterspsychiatrie und -psychotherapie, Winnenden

Erst auf den zweiten Blick erscheinen die beiden Ausgangssituationen vergleichbar: psychische Belastungen für die Bewohner von Langzeitflüchtlingslagern und von Menschen über 65 Jahren in industrialisierten, stratifizierten Ländern. Beide Populationen sehen sich jedoch mit objektiv unterschiedlichen, subjektiv jedoch ähnlich gravierend wahrgenommenen existentiellen Problemen konfrontiert. Sowohl Stressoren sowie diesbezügliches Coping und entsprechende Resilienz als auch Risikofaktoren sollen beschrieben und bezüglich ihrer Übertragbarkeit in den jeweilig anderen soziokulturellen Kontext diskutiert werden. Seelische Gesundheit erscheint ubiquitär unter anderem abhängig vom Rollenverständnis sowie von kulturell determiniertem individuellem und kollektivem Krisenmanagement und der Fähigkeit zur Transzendierung. Die vorgestellten Untersuchungen sollen zeigen: dass

Determinanten seelischer Gesundheit altersspezifisch sein können, dass es möglich und zum Teil auch notwendig ist, sich entsprechende Copingstrategien anzueignen und dass ethnopsychiatrische Vergleiche eine sinnvolle Ergänzung zur standortnahen Forschung bilden.

SUCHTKRANKE IN HEIMEN

Ulrich Kastner

Gerontopsychiatrisches Zentrum Bonn

»Sucht im Alter ist ein Problem, das in der Zukunft erheblich zunehmen wird«. Gilt diese Aussage auch für Alten- und Pflegeheime? Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern spielen der offene Alkoholkonsum oder andere stoffgebundene Süchte bei uns eine eher untergeordnete Rolle. Wird in Frankreich und England von Einrichtungen berichtet, in denen bis zu 40% der Bewohner Abhängigkeiten zeigen, schwanken die Zahlen in Deutschland, abhängig vom Geschlecht, zwischen 1% und 10%.

Der Grund dafür mag in einer Vorselektion von Suchterkrankten bereits vor Aufnahme in die Einrichtung liegen: Konsumenten vom early-onset-Typ werden nicht aufgenommen, und Altenheimbewohner beginnen selten erst in der Einrichtung zu trinken. Ein anderer Grund besteht eventuell darin, dass aktuell noch ausreichend Heimplätze im Bereich der Suchthilfe zur Verfügung stehen.

Trotzdem finden sich in den Einrichtungen neben Patienten mit Alkoholfolgeerkrankungen regelmäßig auch aktiv konsumierende Bewohner. Die Grenzziehung zwischen normalem Konsum und Abhängigkeit ist schwierig, die Einstellungen des Pflegepersonals sind uneinheitlich, und bislang fehlen Konzepte für den Umgang. Die Bewohner »stören« zunächst wenig, dann aber, bei höherem Konsum, erheblich den Alltag. Medikamenten- und Nikotinabhängigkeiten werden kaum seitens der Pflege oder der Ärzte problematisiert.

Unter der Prämisse eines sich verschärfenden Suchtproblems sind Altenhilfeeinrichtungen, aber auch Gerontopsychiater aufgefordert, sich stärker als bisher dieser Klientel zuzuwenden.

LOBBYARBEIT – EIN MUSS FÜR DEMENZKRANKE UND IHRE PFLEGENDE ANGEHÖRIGEN!

Sylvia Kern

Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V., Geschäftsführung, Stuttgart

Demenzkranke sind in weiten Bereichen immer noch Stiefkinder der Gesellschaft. Krankheitsbedingt können sie sich in zunehmendem Maße nicht adäquat selbst artikulieren und vertreten, geschweige denn Forderungen aufstellen und einklagen. Sowohl die diagnostische als auch die medikamentöse Versorgung lassen stark zu wünschen übrig. Auch die bestehenden ambulanten und teil- bzw. vollstationären Versorgungsangebote decken weder qualitativ noch quantitativ den Bedarf ab.

Immerhin zwei Drittel der Demenzkranken werden zu Hause von ihren Angehörigen betreut und versorgt. Deren Alltagssituation ist allerdings meist mindestens ebenso desolat und von wachsender Überforderung und physischen wie psychischen Zerreißen gekennzeichnet. Die Kraft und Zeit, sich für Verbesserungen und Veränderungen einzusetzen, geht im völlig überlasteten »36-Stunden-Tag« unter. Hier greift die Arbeit von Selbsthilfegruppen bzw. -verbänden, die ein breites Unterstützungs- und Entlastungsangebot für pflegende Angehörige aufbauen helfen, begleiten und vernetzen. Der Vortrag stellt exemplarisch und praxisnah konstruktive Lösungsansätze und Schwerpunkte der Arbeit der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. dar.

DER ZUSAMMENHANG VON ANGST UND TRAUMA – EIN SYMPOSIUM DER ZEITSCHRIFT »PSYCHOTHERAPIE IM ALTER«

Johannes Kipp

Klinikum Kassel, Ludwig-Noll-Krankenhaus, Kassel

Die Zeitschrift »Psychotherapie im Alter« publiziert schwerpunktmäßig klinisch orientierte Arbeiten, in denen die Vorgehensweisen der verschiedenen im Alter angewandten Therapiemethoden dargestellt werden.

PSYCHOANALYTISCHE ASPEKTE DER BEHANDLUNG VON ALTERSDEPRESSIONEN

Johannes Kipp, Esther Buck

Klinikum Kassel, Ludwig-Noll-Krankenhaus, Kassel

Depressionen im 3. Lebensalter sind ebenso zu behandeln wie im früheren Erwachsenenalter. Die Übertragungs-/Gegenübertragungs-Beziehung gestaltet sich jedoch dabei meist schwieriger, und die Themen hängen häufig mit den spezifischen Lebensaufgaben im Alter zusammen. Erst im 4. Lebensalter sind wesentliche Modifikationen notwendig, da die körperliche Aktivität und die kognitiven Kompetenzen meist nicht mehr ausreichen, um eine mit Regression einhergehende längerfristige Therapie durchzuführen. Jedoch hat sich in diesem Alter ein psychoanalytisch orientiertes Vorgehen bewährt, bei dem es einerseits um Wunscherfüllung in einer positiven therapeutischen Beziehung und andererseits um die Ermöglichung von Trauerarbeit geht.

Literatur:

1. Kipp J, Buck E, Groß M: Depressionen im dritten und vierten Lebensalter. *Psyche* 2005; 59 (8/9): 944-963

MULTIMODALE GRUPPENTHERAPIE BEI ÄLTEREN DEPRESSIVEN PATIENTEN

Johannes Kipp

Klinikum Kassel, Ludwig-Noll-Krankenhaus, Kassel

In der Regel kommen alle 60–85-jährigen stationären Patienten in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit einer Depressionsdiagnose in dem viermal in der Woche stattfindenden multimodalen Gruppenprogramm zusammen. Geleitet wird die Gruppe alternierend von einem analytischen Gruppentherapeuten, einer Tanztherapeutin und einer Kunsttherapeutin, die jeweils ihre spezifischen Methoden einsetzen. Durch den Einsatz der unterschiedlichen Methoden werden Anfangswiderstände rasch überwunden, und die intensive therapeutische Arbeit erweist sich klinisch als sehr wirksam. In einer regelmäßigen Gruppensupervision werden die Konfliktkonstellationen, Übertragung und Gegenübertragung reflektiert.

Literatur:

1. Kipp J, Groß M: Tägliche Gruppentherapien für ältere Patienten in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. *Gruppenpsychother. Gruppendynamik* 2004; 40: 148-163

AKUTVERSORGUNG DEMENZKRANKER IM ALLGEMEINKRANKENHAUS – KRANKHEITSBEZOGENES KOMPETENZNETZ

Sabine Kirchen-Peters

iso-Institut Saarbrücken

Der Krankenhausaufenthalt entwickelt sich für Menschen mit Demenz häufig zur krisenhaften Situation mit negativen Auswirkungen auf die weiteren Lebensperspektiven. Der Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienst in Kaufbeuren, ein Team aus einem Facharzt, zwei Fachkrankenschwestern für Psychiatrie und einer Ergotherapeutin, hat Wege aufgezeigt, wie die bekannten Negativspiralen außer Kraft gesetzt und gleichzeitig Kosten eingespart werden können.

Durch frühzeitige Diagnostik und Behandlung, durch eine intensive Begleitung der Kranken und der Angehörigen während des Aufenthaltes und durch den kompetenten Aufbau geeigneter Stützsysteme für die poststationäre Versorgung konnte die Lebensqualität der Kranken erhalten oder sogar noch gesteigert werden. Außerdem ist es gelungen, unnötige Heimunterbringungen und Einweisungen in die Psychiatrische Klinik zu vermeiden. Nachdem die regionalen Kostenträger das Projekt nach Modellende in die Regelfinanzierung übernommen haben, wird derzeit versucht, dem erfolgreichen Konzept zu einer breiteren Anwendung zu verhelfen. Dazu sucht man auf Bundesebene nach Möglichkeiten einer einheitlichen Finanzierungsregelung für Gerontopsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste.

Die Relevanz des Themas und die hohe Qualität der Projektarbeit wurden im Rahmen der Vergabe von Forschungspreisen bestätigt. So erreichte der Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung bei der Ausschreibung der Marseille-Kliniken und beim Cäcilia-Schwarz-Preis des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge jeweils den zweiten Platz.

DIE ARBEIT DER DEMENZ-SERVICEZENTREN IN NRW

Stefan Kleinstück

Koordination Demenz-Servicezentrum für die Region Köln und das südliche Rheinland

Seit Mitte 2004 wird, einzigartig in der BRD, über das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und die Pflegekassen, landesweit die Einrichtung von derzeit acht Demenz-Servicezentren gefördert.

Das Aufgabenfeld der Zentren in den jeweiligen Regionen erstreckt sich von der Öffentlichkeitsarbeit zur Enttabuisierung von Demenzerkrankungen über die Information und Beratung Demenzerkrankter und ihrer Angehörigen bis hin zur Erfassung der vorhandenen Hilfeangebote.

Demenz-Servicezentren verstehen sich dabei nicht als Konkurrenzangebot zu Beratungs- und Hilfeangeboten anderer Träger. Kooperation und Kooperationsbereitschaft sind vielmehr eine wesentliche Voraussetzung für die Arbeit. Dieser neue Ansatz soll die vorhandenen Erfahrungen und die Sachkompetenz der unterschiedlichsten Akteure und Institutionen bündeln, erweitern und über den lokalen Wirkungskreis hinaus für die ganze Region und deren verschiedene Akteure – z. B. Mediziner, professionell Pflegenden und betreuende Angehörige – erreichbar und verfügbar machen.

Vorgestellt werden Ergebnisse der bisherigen Arbeit.

WAS BESTIMMT DIE GESUNDHEITSBEZOGENE LEBENSQUALITÄT (HRQOL) BEI MENSCHEN MIT DEMENZ UND IHREN ANGEHÖRIGEN?

Carolin Knorr

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Abteilung Gerontopsychiatrie, Mannheim

Die Outcomekriterien zur Beurteilung von Therapien bei Demenz sind umstritten. Ein patientenrelevantes Therapieziel ist die Verbesserung der Lebensqualität. Ein optimales Messinstrument hierfür ist nicht etabliert. Wir entwickelten auf Basis des englischen DEMQOL zwei Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Demenzkranken und deren Bezugspersonen. Die Fragebögen wurden von der deutschen Alzheimergesellschaft ausgegeben. Es wurden die Antworten von 301 Angehörigen und 179 Patienten ausgewertet.

Die Lebensqualität wurde von 1% als sehr gut, von 50% als gut, von 38% als mäßig und von 11% als schlecht beurteilt. Die Lebensqualität war weder mit dem Alter des Patienten noch mit der Erkrankungsdauer assoziiert, korrelierte aber mit Sorgen über

kognitive Defizite ($p < 0,01$) Gedächtnisdefizite ($p < 0,01$) und Depression ($p < 0,01$).

Die Lebensqualität der Bezugspersonen war mit dem Krankheitsverlauf assoziiert, bei einem schnellen Krankheitsverlauf war die Lebensqualität deutlich vermindert ($p < 0,01$).

Diese Ergebnisse stützen die Hypothese, dass nicht nur Dauer und Schwere der Erkrankung, sondern vor allem ihr Verlauf einen wichtigen Einfluss auf die Lebensqualität hat. Dieser Aspekt sollte bei der Beurteilung von Therapieeffekten berücksichtigt werden.

WECHSELWIRKUNGEN ZWISCHEN DIABETES MELLITUS UND DEPRESSION

Daniel Kopf

Abteilung für Gerontopsychiatrie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Zwischen Diabetes mellitus und Depression bestehen Interaktionen auf verschiedenen Ebenen: Diabetes mellitus erhöht das Risiko, an einer Depression zu erkranken, und umgekehrt. Beide Erkrankungen sind jeweils für sich allein mit einem erhöhten kardiovaskulären Erkrankungsrisiko assoziiert, die Kombination beider Erkrankungen wirkt sich überadditiv auf die kardiovaskuläre Mortalität aus. Dennoch genügt die Behandlung eines Diabetes mellitus bei gleichzeitig an einer Depression erkrankten Patienten in geringerem Umfang den gängigen Behandlungsleitlinien als bei affektiv gesunden Diabetikern, umgekehrt wird die Depression bei Diabetikern seltener leitliniengerecht behandelt. Der Evaluation von Wirksamkeit und Verträglichkeit kommt daher eine hohe Bedeutung zu. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sind in ihrer Wirkung auf die Insulinsensitivität neutral. Gegen trizyklische Substanzen wie Amitriptylin spricht einerseits die Tendenz zur Gewichtszunahme, andererseits bessert Amitriptylin den Hypercortisolismus im Rahmen der Depression und verhält sich daher ebenfalls neutral in Bezug auf die Insulinsensitivität. Neuere Untersuchungen sprechen für eine differentielle Beeinflussung weiterer Hormone, die die Insulinsensitivität beeinflussen, wie z. B. Resistin. Cholesterin-assoziierte Risikofaktoren werden durch die untersuchten Antidepressiva ebenfalls tendenziell günstig beeinflusst. Diabetiker mit komorbider Depression profitieren daher auch bezüglich ihres kardiovaskulären Risikos von antidepressiver Medikation.

SOZIALTRAINING IN DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN TAGESKLINIK DER WESTFÄLISCHEN KLINIK MÜNSTER/WESTFALEN

Sabine Laackman

Gerontopsychiatrische Tagesklinik der WK Münster

Die gerontopsychiatrische TK des WK Münster, »Seniorentagesklinik« genannt, verfügt über 11 Behandlungsplätze für Patienten ab dem 60. Lebensjahr. Aufgenommen werden Patienten mit dem gesamten Spektrum psychischer Störungen, die zu einer autonomen Lebensführung grundsätzlich in der Lage sind. Das Sozialtraining dient dem Ziel, die Kompetenzen, die diese autonome Lebensführung ermöglichen, zu erhalten, sie gegebenenfalls wiederzuerlangen bzw. zu verbessern und damit zur Gesundheit und zu einem Gewinn an Lebensqualität beizutragen. (Wieder)Aufbau und Ausgestaltung des sozialen Netzes werden nach den Fähigkeiten und Vorstellungen der Patienten individuell ausgerichtet.

Autonomie mit eigener Verantwortung und Entscheidungsfreiheit wird als ein entscheidendes Kriterium angesehen, selbst wenn die Entscheidung in einzelnen Fällen dem Behandlungserfolg entgegensteht. Daraus ergibt sich, dass die Patienten Termine in aller Regel ohne professionelle Begleitung wahrnehmen, um Eigenverantwortung und Selbstverfügungsgewalt zu stärken. In Ausnahme-

fällen wird für den Erstkontakt eine professionelle Begleitperson bereitgestellt. Solche Ausnahmen werden z. B. dargestellt durch schwere Antriebsstörungen und Störungen der kognitiv-mnestischen Funktionen.

Als Elemente des Sozialen Netzes werden in Anspruch genommen: Einrichtungen von Kirche und Stadt, eingetragene Vereine und Privatpersonen.

GERONTO-PSYCHOLOGISCHER KONSILIAR-LIAISON-DIENST IM SENIORENHEIM: KONZEPT UND EVALUATION

Anton-Rupert Laireiter

Universität Salzburg, Klinische Psychologie & Psychotherapie, Fachbereich Psychologie, Salzburg

Die Pflege alter Menschen in Seniorenheimen ist für das Personal belastend. Zusätzlich gibt es vielfältigen Betreuungsbedarf für Bewohner von Seniorenheimen außerhalb psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung. In vielen Seniorenheimen werden daher psychologische Dienste eingerichtet, deren Aufgabe die Erstversorgung von Bewohnern mit psychischen Belastungen sowie das Coaching des Pflegepersonals im Umgang mit diesen Personen ist. Eine Alternative dazu ist ein geronto-psychologischer Konsiliar-Liaison-(CL-)Dienst, der aufgaben- und zielbezogen operiert.

Ein derartiger Dienst wurde im größten Seniorenheim der Stadt Salzburg realisiert. In dem Vortrag werden das Konzept und die Inhalte dieses Dienstes sowie dessen Evaluation präsentiert. Zwei klinisch- und geronto-psychologisch ausgebildete Psychologinnen betreuten über zehn Monate die fünf Stationsteams und die ca. 270 BewohnerInnen dieses Heimes, u. a. durch regelmäßig stattfindende Teamsitzungen, Fallbesprechungen, Bewohner-Kurzinterventionen etc.

Die Aktivitäten mündeten u. a. in Veränderungen im Umgang mit den betroffenen Bewohnern, Verbesserungen in der Zuweisung zu Fachärzten und Psychotherapeuten und Verbesserungen auf der BewohnerInnen-Ebene.

VERWENDUNG ALTERNATIVER HEILVERFAHREN BEI PATIENTEN MIT DEMENZ ODER LEICHTER KOGNITIVER EINSCHRÄNKUNG

Julia Landin

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Abteilung Gerontopsychiatrie, Mannheim

Hintergrund: Wir untersuchten Häufigkeit und Art der Verwendung alternativer Therapien bei Demenzpatienten und gesunden Kontrollen.

Methoden: In einer Fragebogenerhebung wurden 77 Patienten einer Gedächtnisambulanz (73,5 Jahre) und 62 Kontrollpersonen untersucht.

Ergebnisse: 36 Patienten (47%), aber nur 11 Kontrollen (18%) gaben an, alternative Therapien wegen Gedächtnisstörungen zu verwenden ($p < 0,001$). Die Verwendung alternativer Verfahren war unabhängig von Berufsausbildung, Krankheitsschwere, Religiosität oder Versichertenstatus ($p > 0,05$). Als häufigste Methode wurden sowohl von den Patienten (72%) als auch den Kontrollpersonen (82%) Vitaminpräparate eingenommen. Nur bei 55% der Patienten ist der behandelnde Arzt über die Verwendung alternativer Therapien informiert. Nur selten wurden mehr als 1.000 EUR pro Jahr für die alternativen Therapien ausgegeben.

Schlussfolgerungen: Die Hälfte der Patienten mit MCI oder Demenz verwenden alternative Heilverfahren. Die Anwendung ist vom Schweregrad der Erkrankung und von sozialen Faktoren unabhängig. Der behandelnde Arzt ist nur bei der Hälfte der

Anwender informiert. Bei der Anamnese sollte nach alternativen Heilverfahren gefragt werden, da einige Präparate pharmakologisch aktiv sind oder mit der Therapie interagieren können.

WOHNEN IM STADTTEIL – SOZIALE PARTIZIPATION ALS BEITRAG ZUR GESUNDHEITSPRÄVENTION IM DRITTEN UND VIERTEN ALTER

*Roswitha Lemme & Christoph Rott
Caritasverband Heidelberg e.V., Seniorenzentrum Ziegelhausen*

Die überwiegend positiven Lebensperspektiven für das Dritte und die weniger guten Lebensmöglichkeiten im Vierten Alter machen auch auf kommunaler Ebene differenzierte Konzepte in Bezug auf soziale Partizipation und Gesundheitsprävention notwendig. Zur Beantwortung der Frage, wie Kommunen dabei vorgehen, wurden halbstrukturierte Interviews mit Schlüsselpersonen aus der Stadtverwaltung von Heidelberg geführt und den Aussagen von Verantwortlichen aus Kumamoto in Japan, dem Land, das seit 20 Jahren die Rekordlebenserwartung hält, gegenübergestellt. Darüber hinaus wurden Erfahrungen aus der Arbeit der Heidelberger Seniorenzentren berücksichtigt. Erkenntnisse über die kommunale Altenarbeit in Kumamoto wurden durch zwei Aufenthalte der Autoren vor Ort gewonnen. Die Interviews und Recherchen machen deutlich, dass Heidelberg sehr stadtteilbezogen die Potentiale des Dritten Alters und die soziale Partizipation fördert, während Kumamoto die Gesundheitsförderung im Vierten Alter im Sinne einer Pflegeprävention betont. In Zukunft werden die Kommunen beide Vorgehensweisen zu integrieren haben, um einen Beitrag zur Gesundheitsprävention sowohl im Dritten als auch im Vierten Alter zu leisten.

ASSESSMENT DER POSTSTROKE DEPRESSION – EINE ÜBERSICHT

*Beate Lindemann, K. Pfeiffer, C. Becker
Klinik für Geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart*

Die Poststroke Depression (PSD) ist die häufigste affektive Störung nach einem Schlaganfall. Ihr Auftreten hat beträchtliche Auswirkungen auf die Mortalität, die stationäre Verweildauer, den Rehabilitationsverlauf und die Lebensqualität. Voraussetzung für den Erfolg der medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapie ist die rechtzeitige Diagnostik. Diese scheint jedoch noch unzureichend zu erfolgen. Als Gründe hierfür werden unter anderem neben der mangelnden Verbreitung im klinischen Alltag die unzureichende Kenntnis über mögliche Screening- und Assessmentinstrumente genannt. Geeignete Instrumente verzichten aufgrund der Komorbidität größtenteils auf somatische Items. Die Auswahl muss sich nach den kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten des Betroffenen richten. Ein Algorithmus für ein im klinischen Alltag praktikables Screening sowie für ein abgestuftes Assessment wird vorgeschlagen. Ein Assessment der PSD im Rahmen von wissenschaftlichen Fragestellungen erfordert die Berücksichtigung zusätzlicher Aspekte, wie z. B. der Änderungssensitivität.

VERBRECHEN ODER FÜRSORGE – DIE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG GEGEN DEN WILLEN DES PATIENTEN

*Volker Lindemann
Vorsitzender des Vormundschaftsgerichtstages e.V., Bochum*

Im Umgang mit Menschen, die in ihrer Willensbildung und/oder Entscheidungsfähigkeit durch eine psychische Krankheit oder eine geistige oder seelische Behinderung beeinträchtigt sind, stößt ärztlich angebotene Hilfe immer wieder auf Ablehnung, die schwer zu akzeptieren ist.

»Jegliche Zwangsbehandlung in der Psychiatrie gegen den Willen eines Betroffenen [ist] ein Verbrechen und [stellt] einen fundamentalen Verstoß gegen das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit [dar]« (Resolution der Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. vom 8.8.2006).

Oder ist die medizinisch indizierte Zwangsbehandlung eines einwilligungsunfähigen Patienten jedenfalls mit Einwilligung eines gesetzlichen Betreuers die gebotene ärztliche Hilfeleistung? Diese und ähnliche Fragen beschäftigen Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Behandlung der genannten Patientengruppe immer wieder. Was die Rechtsordnung an Regeln für ihre Beantwortung bereit hält, soll Gegenstand dieses Referats sein.

KOGNITIV-VERHALTENSTHERAPEUTISCHE GRUPPENBEHANDLUNG BEI DEPRESSIVEN STÖRUNGEN IM ALTER IM TAGESKLINISCHEN RAHMEN

*Carmen Morawetz
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik Wielandshöhe, Tübingen*

Depressive Störungen gehören neben Demenzen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Sie gehen meist mit einem Verlust an Antrieb, Interesselosigkeit und Energiemangel einher. Auf der kognitiven Ebene finden sich zahlreiche negative, ungünstige Gedankenmuster. Beide Symptombereiche bilden Ansatzpunkte der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Depressionsgruppe für Ältere der gerontopsychiatrischen Tagesklinik Tübingen. In verschiedenen Studien konnte die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen bei depressiven Zuständen im Alter gezeigt werden, die entweder als Einzel- oder Gruppenbehandlungen bzw. im ambulanten oder stationären Rahmen durchgeführt wurden. Vorgestellt werden sollen Ergebnisse einer Gruppentherapie im tagesklinischen Setting.

WO FINDET EIGENTLICH GERONTOPSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG STATT? EIN STADT-LAND-VERGLEICH

*Tomas Müller-Thomsen
PK Häcklingen/Uelzen, Ambulanz, Lüneburg*

Vor dem Hintergrund des Abbaus stationärer Betten in den ehemaligen Großkliniken und der Gründung von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind vielerorts keine gerontopsychiatrischen Abteilungen mehr zu finden.

In zwei Kliniken ohne gesonderte gerontopsychiatrische Abteilungen wurde der relative Anteil der über 65-Jährigen in den Jahren von 1997 bis 2005 untersucht. Zum einen war dies die psychiatrische Klinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf, die einen innerstädtischen Versorgungsauftrag erfüllt, und zum anderen die Klinik Häcklingen, die die ländlichen Regionen Uelzen und Lüchow-Dannenberg versorgt. Im Kontrast zur allgemeinen demographischen Verteilung war der Anteil der über 65-Jährigen unterrepräsentiert: 6,73% in Hamburg und 12,98% in Häcklingen.

Bei der Untersuchung des Verlaufs ergaben sich im Stadt-Land-Vergleich Unterschiede: von 1997 bis 2000 waren es in Hamburg noch 7,8%, in den folgenden 5 Jahren waren es noch 5,2%. Im ländlichen Bereich war die Veränderung im Zeitverlauf weniger ausgeprägt und verlief eher in die entgegengesetzte Richtung: 12,4% vs 13,4%.

Neben möglichen lokalen Ursachen für diese Unterschiede wird diskutiert, ob und wo gerontopsychiatrische Behandlung stattfindet.

BARRIEREFREI – »BERATUNGSSTELLE FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT IM ALTER«

Mechthild Niemann-Mirmehdi

Psych. Universitätsklinik der Charité, im St. Hedwig Krankenhaus, Berlin

Beratung und Clearing an dieser Stelle dienen vorwiegend der Prophylaxe, dem frühzeitigen Erkennen und Entgegenwirken von Krisen, Depressionen, Suizidalität, kognitiven Störungen, Demenzen und anderen psychischen Erkrankungen oder Belastungen. Die im Juli 2007 eröffnete Beratungsstelle für Seelische Gesundheit im Alter ist primär für ältere Menschen in eigener Sache gedacht, die (noch) keinen niedergelassenen Nervenarzt oder Psychotherapeuten und ebenso wenig einen Sozial- oder Gesundheitsdienst aufsuchen möchten. Das Bedürfnis der aufsuchenden Klienten nach zunächst vermeintlich »unverbindlicher« Information und Beratung in psychosozialen und medizinischen Fragen impliziert die subjektive Wahrnehmung bereits bestehender Risikofaktoren, das Bedürfnis nach Klärung, die Suche nach Perspektiven und den konkreten Wunsch nach mehr selbst bestimmbarer Lebensqualität im Alter. Die ersten empirischen Ergebnisse lassen wegweisende Ansätze für Erneuerungen in der Praxis gerontopsychiatrischer Versorgung zu.

WIEVIEL PFLEGE BENÖTIGEN PATIENTEN IN DER STATIONÄREN GERONTOPSYCHIATRIE? – GESAMTERHEBUNG EINER GERONTO-PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNGSABTEILUNG

Diakon Rüdiger Noelle

Pflegerische Abteilungsleitung Gerontopsychiatrie, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Der (professionelle) Grundpflegebedarf aus chronischen Krankheitsverläufen bindet zunehmend pflegerische Ressourcen in der stationären Gerontopsychiatrie. Zunehmender Begründungsdruck für Allokationsentscheidungen erfordert reelle Erhebungsinstrumente. Zwei etablierte Herangehensweisen zur Pflegebedarfs-ermittlung (Psych-PV-Einschätzung und Pflegebedarfs-erhebung nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)) werden in einer städtischen Versorgungs-Gerontopsychiatrie (52 B.) gegenübergestellt. Über 18 Monate wurden bei allen Patienten die mittleren Minutenwerte der Pflegestufen (SGBXI) mit den Psych-PV-Pflege-minuten sowie dem Funktionsniveau (Barthel-Index) der Patienten verglichen. Subgruppenanalysen erfolgten nach psychiatrischer Hauptdiagnose (ICD10) sowie Pflegediagnosen (NANDA). Der Grundpflegebedarf (SGBXI) lag i. D. bei 87,19+106 Min/Tag gegenüber 37,8 Min. Psych-PV-Pflege. Besonders diskrepant stellte sich die Differenz auf der Demenzstation dar, wo der SGBXI-Wert >4-fach höher lag (160,8 vs 37,2 Min), doch auch bei Depressiven ergaben sich nach der Grundpflege (33,6 vs 37,2 Min) rechnerisch nur knapp 4 Minuten/Tag für spezifische psychiatrische Pflege.

Im Hinblick auf den Grundpflegebedarf gerontopsychiatrischer Patienten wird der enorme Anpassungsbedarf der Psych-PV an die gerontopsychiatrische Versorgung multimorbider Älterer deutlich.

FACETTEN DES ERLEBENS VON WOHNEN IM SEHR HOHEN ALTER – BEZÜGE ZU GESUNDEM ALTERN?

Frank Oswald

Universität Heidelberg, Psychologisches Institut, Abteilung für Psychologische Altersforschung, Heidelberg

Der Beitrag verfolgt zwei Ziele: Erstens wird ein integratives Modell zur Messung subjektiven Wohnenerlebens im hohen Alter mittels quantitativer Verfahren vorgestellt. Zweitens werden Befunde zum Zusammenhang von Wohnenerleben und Aspekten

»Gesunden Alters« in drei verschiedenen Regionen Europas berichtet und diskutiert. Dazu wurden 1.223 alleinlebende und privatwohnende Personen im Alter von 80–89 Jahren (75% Frauen) aus urbanen Regionen in Schweden, Deutschland und Großbritannien befragt. Befunde aus Faktorenanalysen und SEM verweisen darauf, dass sich für alle Regionen ein Vier-Komponenten-Ansatz zum Wohnenerleben empirisch identifizieren lässt, der die Bereiche Wohnbedeutung, Wohnzufriedenheit, erlebte Nützlichkeit und externale wohnbezogene Kontrollüberzeugung umfasst. Zusammenhangsanalysen erbringen insbesondere enge Bezüge zwischen Wohnbedeutung, erlebter Nützlichkeit und Kontrollüberzeugung einerseits mit Alltagsselbständigkeit sowie Aspekten von Wohlbefinden und geringer Depressivität (GDS) andererseits. Die Befunde machen auch deutlich, wie wichtig eine differenzierte Erfassung der vielfältigen Erlebenskomponenten im Wohnbereich im Hinblick auf Gesundheit im Alter ist.

VERHALTENSSTÖRUNGEN IM VERLAUF DER FRONTOTEMPORALEN DEMENZ

Robert Perneckzy

Klinikum rechts der Isar der TU München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Kognitive Störungen, München

Verhaltensauffälligkeiten sind eines der wesentlichen klinischen Merkmale der frontotemporalen Demenz (FTD), weswegen sie schon Gegenstand vieler Studien waren. Über die Prävalenz und den Schweregrad von Verhaltensstörungen in unterschiedlichen Stadien der FTD liegen jedoch bisher nur wenige Erkenntnisse vor. Vornehmliches Ziel der vorliegenden Studie war es daher, die Prävalenz und die Ausprägung von Verhaltensstörungen bei Patienten mit leicht- bzw. mittel- bis schwergradiger FTD zu untersuchen und Gruppenunterschiede aufzuzeigen. 21 Patienten mit leichtgradiger FTD und 19 Patienten mit mittel- bis schwergradiger FTD wurden einer ausführlichen klinischen Untersuchung unterzogen, die auch die standardisierte Bewertung von Verhaltensauffälligkeiten durch eine nahe Bezugsperson anhand des Neuropsychiatric Inventory umfasste. Verhaltensstörungen waren bei Patienten mit mittel- bis schwergradiger FTD signifikant stärker ausgeprägt als bei Patienten mit leichtgradiger Demenz. Apathie war in beiden Untergruppen das häufigste Symptom (bei 90% der leichtgradig und bei 100% der mittel- bis schwergradig dementen Patienten). Die Prävalenz von Appetit- und Essstörungen lag in der Gruppe der mittel- bis schwergradig Dementen bei knapp 80%. Andere Verhaltensstörungen waren wesentlich seltener zu finden (Prävalenz jeweils unter 50%). Diese Ergebnisse verdeutlichen die ausgeprägte interindividuelle Variabilität von Verhaltensstörungen bei Patienten in allen Stadien der FTD.

ANTIDEMENTIVE KOMBINATIONSTHERAPIE BEI LEICHTER KOGNITIVER STÖRUNG UND ALZHEIMER DEMENZ

Oliver Peters, Lutz Frölich, Isabella Heuser

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin, Berlin

Das Modul »medikamentöse Therapiestudien« des Kompetenznetzes Demenzen hat im Verbund von 13 universitären Gedächtnissprechstunden zwei Therapiestudien initiiert, die sich zum Ziel gesetzt haben, die Wirksamkeit einer Kombinationstherapie bestehend aus Galantamin (Reminyl[®]) und Memantine (Axura[®]) im Vergleich zu einer Monotherapie (nur Galantamin) und Placebo (nur bei leichter kognitiver Störung) zu prüfen.

Die Behandlung von Patienten mit leichter kognitiver Störung bei möglicher Alzheimer Demenz wurde vorzeitig nach einem

geplanten Schema beendet, so dass sowohl die Auswirkung der Auf- als auch der Abdosierung auf die kognitiven Fähigkeiten untersucht werden konnte. Die Rekrutierung von Patienten für die Studie »antidememtive Kombinationstherapie bei Alzheimer Demenz« ist gegenwärtig zu etwa 2/3 erfolgt, so dass bereits erste Aussagen zur Sicherheit der Kombinationstherapie gemacht werden können.

Der Vortrag berichtet über kognitive Effekte der antidementiven Kombinationstherapie von Patienten mit leichter kognitiver Störung sowie über sicherheitsrelevante Aspekte bei der Behandlung von Alzheimer-Patienten.

PEG BEI DEMENZ?

Mathias H.-D. Pfisterer

Bethanien-Krankenhaus, Geriatriisches Zentrum, Heidelberg

Die Möglichkeit der Ernährung über PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) zählt zu den großen Bereicherungen der geriatrischen Medizin.

Häufige Indikationen, die zur Anlage einer PEG führen, sind onkologische und neurologische Erkrankungen, die mit Schluckstörungen oder einem Passagehindernis im Bereich des Pharynx oder des Ösophagus einhergehen. Bei der Entscheidung zur Anlage und Nutzung einer PEG-Sonde ist der Patientenwille als ein übergeordnetes ethisches Primat anzusehen. Daraus ergibt sich in Fällen mit fortgeschrittener Demenz häufig ein ethisches Dilemma. Auf der einen Seite kann die Weiterführung der Ernährung den Leidensweg verlängern, andererseits wird die Einstellung der Ernährung mit Problemen wie Hunger und Durst, Infektionen und Dekubitus in Zusammenhang gebracht. Vor diesem Hintergrund sind unterschiedliche Fragen zu beantworten:

- Wann ist eine PEG sinnvoll?
- Welche Argumente sprechen für und welche gegen die Anlage oder Nutzung einer PEG-Sonde?
- Welche Ergebnisse haben Studien zur Sondenernährung bei fortgeschritten Demenzerkrankten im Hinblick auf Aspirationspneumonien, Dekubitalulcera, Ernährungsstatus, Mortalität und funktionelle Situation ergeben?
- Wie häufig werden PEG-Sonden im internationalen Vergleich eingesetzt?
- Gibt es deutsche Leitlinien, auf die man sich berufen kann?
- Wie kann der Wille oder mutmaßliche Wille des Patienten ergründet werden?

Ziel des Vortrages ist es, diese Fragestellungen zu bearbeiten.

ZEREBROVASKULÄRE BEFUNDE BEI DEPRESSION NACH KORONARER HERZERKRANKUNG

Michael Rapp, David A. Lessman, Cheuk Ying Tang, Robert Paulino, Steven Williams, Karina Davidson für die Coronary Patients Evaluation Study (COPES)

Klinik für Psychiatrie Charité Campus Mitte, Berlin

Depression ist eine häufige Komplikation nach akuter koronarer Herzerkrankung und bringt ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko mit sich. Die neurobiologischen Korrelate dieser Depression, die sich häufig als »subthreshold«-Depression manifestiert, sind unbekannt. Im Alter erstmals auftretende depressive Syndrome sind bei gerontopsychiatrischen Patienten häufig mit zerebrovaskulären Läsionen, spezifisch in der weißen Substanz des Frontallappens, assoziiert. Wir gingen der Frage nach, inwieweit vaskuläre Veränderungen in der weißen Substanz des Frontallappens mit dem Vorhandensein oder Schweregrad depressiver Symptome nach koronarer Herzerkrankung assoziiert sind. Wir untersuchten 12 depressive und 7 nicht-depressive Patien-

ten innerhalb eines Dreimonatszeitraums nach akuter koronarer Herzerkrankung mittels struktureller Magnetresonanztomographie in einem 1,5 Tesla Feld. Deskriptive Daten und Maße der Integrität der weißen Substanz, gemessen mittels Diffusion Tensor Imaging, zeigten vermehrt vaskuläre Läsionen bei Patienten mit »subthreshold«-Depression nach akuter koronarer Herzerkrankung ($p < ,005$). Diese Ergebnisse belegen, dass die Depression nach akuter koronarer Herzerkrankung ein vaskuläres neurobiologisches Korrelat aufweist.

NEURITISCHE PLAQUES UND NEUROFIBRILLENBÜNDEL SIND BEI DEMENZ VOM ALZHEIMER-TYP MIT DEPRESSION VERMEHRT

Michael A. Rapp, Vahram Haroutunian, Mary Sano

Klinik für Psychiatrie Charité Campus Mitte, Berlin

Neuere Ergebnisse zeigen sowohl bei depressiven Episoden im Alter als auch bei Demenz vom Alzheimer-Typ mit Depression vermehrt neuritische Plaques und Neurofibrillenbündel bei älteren Patienten mit affektiven Störungen. Wir berichten von drei Studien, die der Fragestellung nachgehen, inwieweit depressive Morbidität im Alter mit einer Vermehrung der von *Alzheimer* beschriebenen neuropathologischen Veränderungen einhergeht. Neuropathologische Befunde des Consortium to Establish a Registry in Alzheimer's Disease (CERAD)-Ratings wurden in einer Stichprobe von 25 Patienten mit depressiven Episoden, von 102 Patienten mit Demenz vom Alzheimer-Typ mit und ohne depressive Morbidität und in einer unabhängigen Stichprobe von 4.218 Patienten aus der National Alzheimer's Coordinating Center (NACC)-Datenbank als Funktion depressiver Morbidität untersucht.

In Gehirnen von Patienten mit Demenz vom Alzheimer-Typ mit Depression fanden sich, im Vergleich zu Patienten mit Demenz vom Alzheimer-Typ ohne depressive Morbidität, vermehrt neuritische Plaques ($p < ,001$) und Neurofibrillenbündel ($p < ,001$). In Gehirnen von Patienten mit schweren depressiven Episoden, die nicht an einer Demenz litten, fanden sich im Vergleich zu Kontrollen ebenfalls vermehrt neuropathologische Veränderungen ($p < ,05$), die jedoch deutlich geringer waren als in einer Vergleichsstichprobe von Patienten mit Demenz vom Alzheimer-Typ ($p < ,001$). Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass affektive Morbidität im Alter die neuropathologischen Veränderungen bei Demenz vom Alzheimer-Typ verstärkt. Die Untersuchung möglicher zugrundeliegender Mechanismen und möglicher therapeutischer Interventionen erscheint für die Gerontopsychiatrie von zentraler Bedeutung.

Gefördert durch das National Institute on Aging (U01 AG016976 und NIA P01-AG05138).

BEHANDLUNG VON PARKINSON-SYMPTOMEN BEI LEWY-KÖRPER-DEMENZ – ERFahrungen IM GERONTOPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNGSALLTAG

Annette Richert

Funktionsbereich Gerontopsychiatrie, Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin

Die Lewy-Körper-Demenz ist gekennzeichnet durch rezidivierende delirante Episoden ohne exogene Auslösung, Halluzinationen und Wahn, Parkinson-Symptome und früh im Krankheitsverlauf auftretende Stürze multifaktorieller Genese sowie erhöhtes Risiko von Nebenwirkungen bei medikamentöser Behandlung. Patienten mit Lewy-Körper-Demenz haben eine im Vergleich zu anderen Demenzerkrankungen niedrige Lebenserwartung und aufgrund der Ausprägung ihrer Symptome unbehandelt eine besonders niedrige Lebensqualität. Auch für die Angehörigen stellt die

Lewy-Körper-Demenz eine besonders hohe Belastung dar. Trotz der Prävalenz von wahrscheinlich über 10% der Demenzerkrankungen gibt es kaum kontrollierte Studien zur Behandlung, was sicherlich auch der Komplexität und Interaktivität der Symptome geschuldet ist. Entsprechend ist der Evidenzgrad veröffentlichter Behandlungsschemata relativ niedrig. Wie andere behandelnde Kliniken auch haben wir im Lauf der Jahre eigene Behandlungsschemata aufgestellt und auf der Basis eigener Erfahrungen und neuer Erkenntnisse und Entwicklungen weiterentwickelt. Diese Schemata und ihre Ergebnisse werden unter besonderer Berücksichtigung der Behandlung der motorischen Symptome in einer retrospektiven Übersicht dargestellt.

REDUKTION DER DEPRESSIVITÄT BEI ANGEHÖRIGEN VON DEMENZKRANKEN UND INANSPRUCHNAHME EXTERNER HILFEN: WIRKSAMKEIT EINES INTEGRATIVEN INTERVENTIONSPROGRAMMS

Barbara Romero

Neurologische Klinik, Alzheimer Therapiezentrum, Bad Aibling

Um die Ressourcen von betroffenen Familien zu erhalten und zu erweitern, haben sich Programme bewährt, die medizinische Therapie und Rehabilitation für Kranke mit edukativen und psychosozialen Hilfen für Angehörige kombinieren. Eine so konzipierte, vierwöchige Behandlung bietet das Alzheimer Therapiezentrum der Neurologischen Klinik Bad Aibling an. Die jahrelange Aufgabe, einen demenzkranken Angehörigen zu betreuen, stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung von Depressionen und anderen Erkrankungen dar. Zu den Zielen des Interventionsprogramms gehört die Reduktion der Depressivität bei Angehörigen durch verschiedene Formen der Entlastung, unter anderem durch Motivation zur Inanspruchnahme externer Hilfen am Wohnort. Unsere Studie zur Wirksamkeit der Intervention ergab, dass vor der Behandlung 42% der Angehörigen (N=87) erhöhte Werte auf der Allgemeinen Depressionsskala aufwiesen. Der Anteil der depressiven Angehörigen konnte nach der Behandlung signifikant auf 28% reduziert werden. Im Verlauf (ein Jahr follow up) nahm der Anteil der depressiven Angehörigen erneut zu (44%). Analysiert werden Zusammenhänge zwischen der Ausprägung der Depressivität und der Inanspruchnahme von externen Hilfen, wie z. B. Tagesstätten.

GESUND ÄLTERWERDEN IM GEWOHNTEM UMFELD – EINE FRAGE DER ANGEBOTE ODER DER MOBILITÄT?

Christoph Rott, Annette Hieber & Frank Oswald
Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg

Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass die Ausübung von Aktivitäten im gewohnten Umfeld im hohem Alter durch chronische Erkrankungen und funktionale Einschränkungen gefährdet ist. Zur Beantwortung der Frage, wie Gesundheit, Angebotsstruktur und Mobilität interagieren, wurden 232 Personen im Alter von 65–79 Jahren und 160 Personen im Alter von 80–94 Jahren im Darmstädter Stadtteil Arheilgen befragt. Alle wohnten in privaten Haushalten. Die 80–94-Jährigen fühlten sich durch ihre Gesundheit stärker eingeschränkt als die 65–79-Jährigen. Dies zeigte sich insbesondere in der Mobilität. Während 70% der jüngeren Altersgruppe ohne Schwierigkeiten mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen konnten, betrug dieser Anteil bei den Hochaltrigen lediglich 30%. Die räumliche Angebotsstruktur und die Mobilitätseinschränkungen führten dazu, dass über die Hälfte der hochaltrigen Frauen nicht mehr selbständig einkaufen konnten. Sozial- und Stadtplaner werden in Zukunft vermehrt darauf achten müssen, die vorhandenen Kompetenzen und das räumlich Umfeld so aufeinander abzustimmen, dass insbesondere Hochaltrige gesund in ihrem gewohnten Umfeld altern können.

PRÄVENTION DEPRESSIVER ERKRANKUNGEN IM ALTER DURCH KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

Jacques-Emmanuel Schäfer

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen

Die depressive Störung gehört zu den häufigen Erkrankungen älterer Menschen. Darüber hinaus finden sich bei älteren Personen mit rezidivierender depressiver Störung nicht selten eine Insulinresistenz, ein metabolisches Syndrom und Störungen der Glukosetoleranz. Regelmäßige sportliche Übungen, die die Insulinsensitivität bessern, haben zumindest kurzfristig eine ebenso antidepressive Wirkung wie ein Serotoninwiederaufnahmehemmer und waren im Verlauf sogar der Pharmakotherapie überlegen (*Babyak et al., Psychosom Med 2000; 62: 633-638*). Ein günstiger Einfluss von (sekundär-)präventiven Bewegungsprogrammen ist demnach sowohl auf Metabolismus als auch auf depressive Symptome anzunehmen.

Auch nach der Metaanalyse von *Lawlor (BMJ 2001; 322: 763-7)* hat Ausdauersport einen antidepressiven Effekt. Problematisch ist jedoch, dass die meisten der Studien zu klein dimensioniert sind und zudem der Wirkmechanismus unbekannt ist.

In der Tübinger Studie zu Sekundärprävention affektiver Störungen bei Älteren mittels normobarer Oxygenierung oder moderaten Ausdauertrainings (SALOME-Studie) soll an einem größeren Patientenkollektiv mit depressiven Erkrankungen in (Teil-) Remission geprüft werden, ob durch ein Bewegungsprogramm die Rückfallhäufigkeit depressiver Erkrankungen reduziert werden kann.

SITUATION VON NICHT-PROFESSIONELLEN PFLEGERPERSONEN DEMENZERKRANKTER IN DEUTSCHLAND: ERGEBNISSE EINER BEVÖLKERUNGSTUDIE

Martina Schäufole

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Arbeitsgruppe Psychogeriatric, Mannheim

Ziel der vorliegenden Studie war es, erstmals für Deutschland repräsentative Daten zur Situation von Demenzerkrankten und ihren pflegenden Angehörigen bereitzustellen.

Dazu wurden im Rahmen des Forschungsverbunds Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten – MuG III (Föderführung: TNS Infratest Sozialforschung) bundesweit über 60-jährige Personen mit kognitiven Auffälligkeiten (N=306, Durchschnittsalter: 80,2 Jahre, 68,6% Frauen) und/oder deren Hauptpflegerperson (HPP) standardisiert befragt.

Mit zunehmendem Demenzschweregrad stieg der Hilfe- und Pflegebedarf erheblich an und war durchgängig höher als bei den nicht dementen Proband/innen. Die häusliche Betreuung und Pflege wurde fast ausschließlich von Angehörigen getragen, die in 43,3% der Fälle durch professionelle Dienste und Hilfspersonen unterstützt wurden. Mehr als 70% der HPP waren Frauen. Die Belastung der HPP, die maßgeblich die Stabilität des häuslichen Versorgungsarrangements beeinflusste, nahm unter anderem mit dem Vorliegen nicht-kognitiver Symptome und dem Maß der Hilfs- und Beaufsichtigungsbedürftigkeit seitens der Pflegebedürftigen signifikant zu. Die Ergebnisse weisen auf Maßnahmen, durch die pflegende Angehörige von Demenzerkrankten entlastet und unterstützt werden können.

AKTIVIERUNG – SOZIALPÄDAGOGISCHE INTERVENTIONEN IN DER ARBEIT MIT DEPRESSIVEN ALTEN MENSCHEN – ERFAHRUNGSWERTE AUS DER ARBEIT IN EINER TEILSTATIONÄREN GERONTOPSYCHIATRISCHEN TAGESKLINIK

Antonia Scheib, Jochen Stien

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Altentagesklinik, Sozialarbeit, Mannheim

Erfolgreiche aktivierende sozialpädagogische Interventionen in der Arbeit mit depressiven alten Menschen im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung in einer Tagesklinik basieren auf der Berücksichtigung multipler patientenbezogener und infrastruktureller Faktoren. Neben den persönlichen Voraussetzungen zur Umsetzung (körperliche, seelische und geistige Fähigkeiten sowie Einschränkungen, finanzielle Möglichkeiten, Unterstützung von Seiten der Angehörigen) sind die reale Mobilität des Patienten und die tatsächlichen Angebote vor Ort zu berücksichtigen. Ein wichtiger Indikator für das Integrieren von Aktivitäten in den Alltag ist es, dem Patienten durch eigenes Erleben der Angebote und die damit verspürten positiven Gefühle die Wirkung und somit Sinnhaftigkeit der Interventionen zu vermitteln.

Stichworte: Sozialanamnese, konkrete Umsetzung: Reaktivierung und Aktivierung, bestehende Angebote, Finanzierung der Maßnahmen, die Rolle der Angehörigen, Ziel der Intervention

WENN DIE EINSCHLÄGE HÄUFIGER WERDEN: ZUR PUFFERWIRKUNG SOZIALER UNTERSTÜTZUNG UND PERSÖNLICHKEITSAKTIVITÄTEN BEI KRITISCHEN EREIGNISSEN IM ALTER

Andrea Schicker & Marina Schmitt

Universität Heidelberg

Obwohl im höheren Alter vermehrt kritische (Verlust-)Ereignisse auftreten, liegen wenige Studien vor, die die Wirkung dieser Ereignisse auf die psychische Gesundheit untersuchen und dabei den moderierenden Effekt personaler und sozialrelationaler Ressourcen berücksichtigen. Anhand von Daten von N=449 zwischen 1930 und 1932 geborenen Teilnehmern der ersten beiden Messzeitpunkte der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) wurden belastende Ereignisse zwischen T1 und T2, die Punktprävalenz psychischer Störungen zu T2 sowie als Protektionsfaktoren soziale Unterstützungsmaße und Persönlichkeitstraita analysiert. Die Teilnehmer berichteten durchschnittlich fünf kritische Ereignisse, am häufigsten aus den Bereichen Gesundheit, soziales Umfeld und Tod nahestehender Personen. Die Punktprävalenz psychischer Störungen lag bei 6,7%. Die Anzahl kritischer Ereignisse sowie Ereignisse aus den Bereichen Gesundheit und soziales Umfeld zeigen Zusammenhänge mit psychischen Störungen. Die erlebte Qualität sozialer Beziehungen (nicht die Quantität) und Persönlichkeitsfaktoren moderierten den Effekt kritischer Ereignisse auf die psychische Gesundheit. Diskutiert wird die Bedeutung der Befunde für eine gezielte Unterstützung von Resilienzkonstellationen im Alter.

TAGESPFLEGE

NACH 15 JAHREN – VERSORGUNGSMODELL FÜR DIE ZUKUNFT??

Gilbert Schönhoff

VITA e.V., Berlin

Wir, der Verein für Integrative Therapeutische Angebote – VITA e.V. Berlin – möchten über unsere Erfahrungen und Erkenntnisse nach 15 Jahren Geriatrischer und Gerontopsychiatrischer Tagespflegen berichten. Wir beschreiben die personale, räumliche und sachliche Ausstattung sowie die infrastrukturellen Anforderungen

(Öffnungszeiten, Verkehrsanbindung, adressatengerechtes Milieu) für den Betrieb einer Tagespflegeeinrichtung.

Dazu gehen wir auf ein aus unserer Sicht geeignetes Konzept für o. g. Tagespflegeeinrichtungen im Rahmen einer sektorenübergreifenden und integrativen Pflege und Betreuung ein. Die Besucherorientierung ist ein wesentliches Merkmal für qualitative Pflege und Betreuung. Diese wird in Akzenten dargestellt.

Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit allen beteiligten Personen und Einrichtungen ist ein wesentlicher Bestandteil unserer täglichen Arbeit.

Die Anwendung kriteriengeleiteter und pflegfachlicher Instrumente, wie z. B. der Bericht zur Pflegeüberleitung, ist obligat und steht jederzeit im Vordergrund, um die Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche sicherstellen zu können.

Die Zielgruppe der Betroffenen wird beschrieben, und entsprechend dem Hilfebedarf werden Maßnahmen zur Aktivierung und Teilhabe am Leben erklärt. Angehörigenarbeit ist ein Bestandteil der täglichen Arbeit und geschieht prozesshaft von Beginn an.

Im folgenden werden einzelne spezielle beratende und anleitende sowie individuelle Leistungsangebote aufgeführt.

Wir beziehen uns auf Studienergebnisse der Freien Universität Berlin (Frau Zanke) und referieren über positive Effekte (für Besucher und Angehörige) der Inanspruchnahme von Tagespflegen mit dem Ziel, die Betroffenenengruppe so früh wie möglich aktivierend in der Tagespflege (quasi komplementäre Versorgung) zu pflegen und zu betreuen – unter Beteiligung des sozialen Umfeldes.

Im Gegensatz zum gesamtgesellschaftlichen Bedarf beschreiben wir Schwierigkeiten bei der Finanzierung und Kostenbefürwortung sowie aufgrund des geringen Bekanntheitsgrades. Wir versuchen, auf verschiedenen Ebenen mit unterschiedlicher Beteiligung Lösungsansätze zu finden.

Unsere Erkenntnisse und Lösungsvorschläge sind u. a. die Streichung der Anrechnungsvorschrift gem. § 41 Abs. 3 SGB XI, die Intensivierung des Dialoges mit den behandelnden Ärzten und Fachärzten, eine politische Willensbildung, enge und transparente Kooperationen mit Sozialstationen, Spezialisierungen mit zielgruppenspezifischen Angeboten, raschere Entscheidungspraktiken der Kostenbefürworter, stärkere Vernetzung mit allen Beteiligten, speziell auf Krankenhauspersonal (Ärzte und Pflegepersonal) ausgerichtete Schulungen oder womöglich ein eigenes Budget für die Leistungsangebote der Tagespflegen.

JEDER ALTE MENSCH EIN KÜNSTLER

Stefan G. Schröder

Leiter des Tracks Gerontopsychiatrie, Uniklinik Bochum

Zu den vernachlässigten oder sogar ignorierten Themen der Gerontopsychiatrie zählt unseres Erachtens auch die Fähigkeit von älteren Menschen, ihr Leben autonom und kreativ zu gestalten. Joseph Beuys fasst diese Auffassung einer eigenverantwortlichen Lebensgestaltung in die einprägsame Formel »Jeder Mensch ist ein Künstler«. Für Beuys ist jeder Mensch zumindest potentiell der Gestalter seines eigenen Lebens, das hierdurch als Gesamtkunstwerk erscheint. Auch wenn das »Kunstwerk Leben« im höheren Lebensalter keine »weiße Leinwand« mehr darstellt, so gibt es doch jede Menge Gestaltungsspielraum, sofern der ältere Mensch selbst die entsprechende Einstellung dazu einnimmt und die Umwelt (familiär, pflegerisch, therapeutisch, politisch etc.) im Sinne der »Sozialen Plastik« das Ihre dafür tut. Um einen anderen bildenden Künstler als weiteres Beispiel zu bemühen, möge man an die Übermalungen von Arnulf Rainer denken, als ein Beispiel radikaler Vorgehensweise bezüglich bereits komplett fertiger Werke. Eine solche furiose Verneinung des bereits Geschaffenen kann jedoch nicht regelhaft unser therapeutisches Ansinnen sein,

sondern vielmehr eine Transformation des »state-of-the-art«-Lebens mit einer respektvollen Haltung gegenüber den Erfahrungen und Errungenschaften des langen Lebens des Patienten. Allein schon ein neuer Kontext lässt vertraute Inhalte in anderem Licht erscheinen, wie – wiederum an einem Beispiel aus der bildenden Kunst – an den Ready Mades von *Marcel Duchamp* zu sehen. Wenn wir nicht aufhören, unser Leben aktiv zu gestalten, so sind wir vor lebensmüden Gedanken gut geschützt, wovon uns die Berliner Altersstudie überzeugen konnte. »The wish to die in the very old« hängt davon ab, ob die – in diesem Falle – hochbetagte Person noch etwas vorhat, oder aber eben nicht. Als Fazit könnte das beuysianische Motto »Jeder Mensch ein Künstler« in der Gerontopsychotherapie Patienten und Therapeuten gleichermaßen inspirieren.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN BEI ALTERSDEPRESSIONEN: DAS VEDIA-PROGRAMM

Jochen Stien

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Das VEDIA-Programm ist ein Programm zur Verhaltens-Einzelpsychotherapie von Depressionen im Alter und wurde speziell für die psychotherapeutische Einzelbehandlung älterer depressiver Patienten entwickelt. Die Behandlung gliedert sich in 12 Sitzungen (z. B. 2x wöchentlich jeweils 50 Minuten) à 4 Blöcke: 1. Diagnostik, Therapieplanung, Beziehungsaufbau (Sitzung 1–3); 2. symptombezogener Therapieblock (Sitzung 4–7); 3. situationsbezogener Therapieblock (Sitzung 8–11); 4. Abschluss, Evaluation (Sitzung 12). Ein besonderes Merkmal des vorgestellten Therapieprogramms ist die flexible Gestaltung mit der Möglichkeit der Auswahl von zwei (jeweils im symptombezogenen und im situationsbezogenen Therapieblock) aus sechs therapeutischen Bausteinen, die sich auf häufige Symptome bzw. Situationen älterer depressiver Patienten beziehen. Auf diese Weise kann das Programm den verschiedenartigen individuellen Bedürfnissen der Patienten angepasst werden. Der Block A umfasst je nach Patient das Thema Angst oder körperliche Beschwerden oder Inaktivität, im Block B können der Verlust des Partners oder die Veränderung der Wohnsituation oder problematisch erlebte Veränderungen durch das Altern als Baustein ausgewählt werden. Das Programm liegt in manualisierter Form für die praktische Anwendung vor.

UNTERSCHIEDE IN DER BINDUNG BETREUENDER UND NICHT-BETREUENDER ERWACHSENER KINDER DEMENZKRANKER

Gerthild Stiens, V. Linkersdörfer, Gabriela Stoppe

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Göttingen

In dieser Untersuchung sollte der Einfluss der erinnerten frühen Eltern-Kind-Bindung auf die Beziehung erwachsener Kinder zu ihren demenzkranken Eltern bestimmt werden. Neben den Auswirkungen auf das Belastungserleben interessierten hierbei Zusammenhänge mit der Bereitschaft zur Übernahme der Betreuung der Eltern. So wurden für diese Studie nicht nur hauptsächlich betreuende Kinder demenzkranker Eltern befragt, sondern auch deren nicht oder weniger betreuenden Geschwister.

Eingesetzt wurden dazu der Fragebogen zur elterlichen Bindung nach *Parker*, die Louvain-Filiale-Reife-Skala, das Zarit-Burden-Interview, die Symptom-Check-Liste und die NOSGER. Die Untersuchungsstichprobe bestand aus 47 betreuenden erwachsenen Kindern sowie 27 nicht betreuenden Geschwistern.

Es zeigte sich eine Polarisierung der Bindungsstile, die sich vor allem bei den Töchtern nachweisen ließ: optimaler und lieblos-kontrollierender Bindungsstil überwogen. Hauptsächlich

betreuende Kinder erinnerten ihre Eltern als fürsorglicher und weniger kontrollierend und wiesen mehr günstige Bindungsrepräsentationen auf als ihre nicht betreuenden Geschwister. Die frühe Bindung an das später erkrankte Elternteil wurde als besonders positiv erinnert. Das gleichgeschlechtliche Elternteil scheint als Identifikationsobjekt sowohl für die Töchter als auch für die Söhne die größere Rolle zu spielen.

LAIENHILFE ZUR ENTLASTUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER VON DEMENZKRANKEN: ERGEBNISSE EINES MODELLPROJEKTS IN GÖTTINGEN UND ÜBERLEGUNGEN ZUR NACHHALTIGKEIT

Gabriela Stoppe

Universitäre Psychiatrische Kliniken, Allgemeine Psychiatrie, Basel

Eine Reihe von auch internationalen Untersuchungen zeigen auf, dass eine Entlastung von Angehörigen durch Laienhilfe, zum Teil nur wenige Stunden in der Woche, die Pflegebeziehungen verbessern kann und somit zu einer Verbesserung und Stabilisierung der ambulanten Pflege beitragen kann. Auch zeigt die Erfahrung, dass zwar eine ehrenamtliche Tätigkeit angeregt werden kann, jedoch eine gewisse Basisqualifikation für diese Tätigkeit erforderlich ist.

Seitens der Gedächtnissprechstunde in der psychiatrischen Universitätsklinik in Göttingen initiierten wir eine Kooperation mit dem Diakonieverband dergestalt, dass letzterer Indikationsstellung, Vermittlung und Versicherungsschutz übernahm, während die Gedächtnissprechstunde die Organisation der Schulung und die wissenschaftliche Begleitevaluation übernahm. Die Initiative traf auf hohe Resonanz. Von 180 initial Interessierten konnten immerhin 64 die Schulung erfolgreich abschließen. Ein Programm mit 40 Stunden inklusive Kleingruppen und Rollenspielen wurde von keinem der Teilnehmer als zu lang erlebt. Durch die Maßnahme wurden allerdings nur relativ schwer Demenzkranke erreicht, was sich mit den Erfahrungen anderer Hilfsangebote deckt.

SUIZIDALITÄT ÄLTERER – ENTSTEHUNGSBEDINGUNGEN UND THERAPEUTISCHE ANSÄTZE

Claus Wächtler¹, Martin Teising²

¹Klinikum Nord, V. Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie, Hamburg, ²FH Frankfurt FB 04, Frankfurt

Bei insgesamt leicht sinkenden Suizidraten sind tödlich endende suizidale Handlungen im hohen Lebensalter nach wie vor besonders häufig. In der Arbeitsgruppe werden soziale, psychiatrische, körperliche und psychodynamische Faktoren der Suizidalität älterer Menschen besprochen. Dann wird auf psychiatrische und psychotherapeutische Möglichkeiten und Besonderheiten der Krisenintervention eingegangen. Ein Überblick über die Aktivitäten der Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm stellt aktuelle präventive Konzepte vor.

SOZIALE AKTIVIERUNG IN DER TAGESKLINIK FÜR ALTERSPSYCHIATRIE IN SCHWERIN

Brigitte Terner, Lutz M. Drach

HELIOS-Kliniken Schwerin, Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, Klinik für Alterspsychiatrie, Schwerin

Die Tagesklinik für Alterspsychiatrie der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik in Schwerin behandelt ganz überwiegend Patienten mit teilremittierten Depressionen, Angsterkrankungen und somatoformen Störungen, die meist erstmals im Alter psychisch erkrankt sind. Sehr häufig kommen die Patienten nach einer sta-

tionären Vorbehandlung. Die soziale Aktivierung der Patienten ohne therapeutische Begleitung in Einrichtungen der offenen Altenhilfe ist ein Instrument zur Umsetzung der im Gruppensprach erarbeiteten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Strategien. Die Patienten werden mit ihren Ressourcen im Bereich sozialer Kompetenz in Kontakt gebracht, die im Fall der psychischen Ersterkrankung im Alter in fast allen Fällen nach dem Abklingen der akuten Symptomatik wieder vollständig zur Verfügung stehen. Unterstützt wird das Üben im wohnortnahen sozialen Umfeld durch das Erlernen eines Entspannungsverfahrens (Progressive Muskelrelaxation nach *Jacobson*).

Die Soziale Aktivierung erfolgt

- grundsätzlich ohne Begleitung durch therapeutisches Personal und ohne vorausgehendes soziales Kompetenztraining. Wir gehen hier statt von einem Fähigkeitsdefizit von einem durch die psychische Erkrankung zeitweise bestehenden und vom Patienten erlebten sozialen Fertigungsdefizit aus. Es ist hier wichtig, bei psychischen Ersterkrankungen im Alter nicht die häufig geäußerte Selbsteinschätzung der Patienten zu bestätigen, dass sie ihre Fähigkeiten verloren hätten, sondern zu vermitteln, dass es sich nur um eine vorübergehende soziale Einschränkung handelt, die durch Übung wieder geheilt werden kann.
- für die Schweriner Tagesklinikpatienten in offenen Altenhilfeeinrichtungen (Seniorenclubs der öffentlichen Wohlfahrtsverbände, Seniorenvereine, kirchliche Seniorentreffs, Nachbarschaftstreffs),
- im unmittelbaren Wohnumfeld,
- in verkehrstechnisch gut erreichbaren Einrichtungen,
- für die Patienten aus dem weiteren Einzugsbereich der Tagesklinik (bis 50 km) in den offenen Altenhilfeeinrichtungen des Heimatortes, wenn im Heimatort solche Einrichtungen nicht vorhanden bzw. die Seniorenveranstaltungen zu selten sind (z.B. in kleinen Dörfern), im nächstgelegenen größeren Ort (Training der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, z.B. regionaler Buslinien bzw. der Bahnverbindungen von und nach Schwerin).

Dabei wird die soziale Aktivierung im Behandlungsverlauf schrittweise aufgebaut.

Voraussetzung ist die Erfassung der Interessen, gegenwärtigen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen des Patienten sowie der prämorbidem Frequenz und Art von Aktivitäten und Kontakten: Die Planung erfolgt im multiprofessionellen Team entsprechend dem Krankheitsbild. Dabei wird stets von gewohnten zu neuen Aktivitäten und von Angeboten mit niedrigem kommunikativen Aufwand hin zu komplexer strukturierten sozialen Angeboten aktiviert. Wichtig ist die Beachtung der Regel des jeweils möglichen kleinsten Schrittes, um die Patienten nicht zu überfordern. Die ständige Reflexion des Befindens erfolgt vor und nach den Aktivitäten in der täglichen Morgenrunde mit den Pflge-therapeuten und zum Wochenauftritt und -abschluss im Beisein des Arztes, ohne dessen Interesse, Ermutigung und Unterstützung die soziale Aktivierung in der von uns praktizierten Form nicht möglich wäre.

DAS SOZIALE NETZ DES ÄLTEREN PATIENTEN NEU WEBEN – ZUR ROLLE DER SOZIALEN AKTIVIERUNG IN DER GERONTOPSYCHIATRIE

Brigitte Terner, Lutz M. Drach

HELIOS-Kliniken Schwerin, Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, Klinik für Alterspsychiatrie, Schwerin

Aus der Literatur ist bekannt, dass es für die Gesunderhaltung zentral wichtig ist, inwieweit es einer Person gelingt, sich zufriedenstellende Umweltbedingungen zu schaffen und zu erhalten.

Im Verlauf von psychiatrischen Krankheitsepisoden kommt es zu einem Verlust von sozialen Kontakten und Aktivitäten, aber bei der Mehrheit der im Alter erstmalig erkrankten depressiven, somatoform gestörten und Angstpatienten sind die sozialen Fähigkeiten nach Besserung der Symptomatik zwar nicht mehr geübt, aber vorhanden. Die erfolgreiche Wiedereingliederung der Patienten in soziale Aktivitäten außerhalb der Kernfamilie und Partnerschaft verbessert die Prognose der Patienten nach der Entlassung.

Eine Umfrage bei 60 deutschen gerontopsychiatrischen Tageskliniken zeigte, dass zwar die Mehrheit soziale Aktivierungsmaßnahmen durchführte, aber nur insgesamt fünf Tageskliniken regelmäßig ohne Präsenz von therapeutischem Personal und bei Veranstaltungen der offenen Altenhilfe. Die Mehrheit begleitete die Patienten zu den Außenaktivitäten oder aktivierte in sozialpsychiatrischen Institutionen.

DELIR BEI DEMENZ – DIAGNOSTISCHE MÖGLICHKEITEN UND FALLSTRICKE

C. Thomas¹, U. Hestermann², P. Oster², M. Weisbrod³

¹Abt. für Gerontopsychiatrie, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, KA Gilead, Bielefeld und Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg, ²Krankenhaus Bethanien – Geriatriisches Zentrum der Univ. Heidelberg, ³Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg

Die Delirdiagnostik bei dementen Patienten stellt eine klinische Herausforderung dar. Ziel unserer prospektiven geriatrisch-gerontopsychiatrischen Studie war es, die deutsche Form der »Confusion Assessment Method« mit der für das Delir-Screening propagierten anticholinergen Aktivität im Serum (SAA)-EEG in ihrer diagnostischen Aussagekraft zu vergleichen. Hierfür wurden 79 Patienten (84,1+5,9 J; 72,2% w) am dritten Tag nach der Aufnahme untersucht (MMST, CAM, Pflege- und Angehörigenbefragung), 63 Pat. erhielten ein EEG mit verlängerter Aktivierung.

22,8% der Pat. waren delirant (5,1% ohne begleitende Demenz), 50,6% dement, 26,6% kognitiv unauffällig. Die CAM zeigte eine hohe Sensitivität (82%) und Spezifität (96%), im EEG unterschieden sich Delirante (n=12) signifikant während der Aktivierung, nicht aber während des Ruhe-EEGs, hinsichtlich Frequenzstabilität und FIRDA. Gegenüber Dementen (n=27) und Unauffälligen (n=15) fand sich signifikant weniger Amplituden- und Alphasreduktion unter Daueraktivierung. Eine Korrelation des klinischen Befundes, des MMST und der EEG-Parameter mit der SAA fand sich nicht!

Der deutsche CAM stellt eine einfache und valide Screeningmethode zur Delirdiagnostik auch bei dementen Hochbetagten dar. Im EEG ist die Abgrenzung eines Delirs bei Hochbetagten am besten über Aktivierungsdefizite möglich. Die SAA stellt bei Hochbetagten keine diagnostische Hilfe dar.

BILDET DIE ANTICHOLINERGE AKTIVITÄT IM SERUM DAS DELIR-RISIKO IM ALTER AB?

Christine Thomas

Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Heidelberg

Serumanticholinerge Aktivität (SAA) gilt als Maß der »anticholinergie burden« und wird als Delir-Risikomonitoring im Alter propagiert. Ein direkter Bezug zur zerebralen cholinergen Funktion ist nicht nachgewiesen. Das EEG gilt als Goldstandard der Delirdiagnose und reflektiert zentrale Nebenwirkungen anticholinergischer Medikamente.

In einer cross-sektionalen, prospektiven Studie an geriatrischen Hochrisiko-Patienten verglichen wir die okzipitale EEG-Leistung mit SAA, funktionalen und kognitiven Befunden von 61 akuterkrankten Älteren, die durch Expertenkonsens den Gruppen Kognitiv Unauffällige (KU), Demenzkranke (DK) und Delir bei Demenz (D+D) zugeordnet wurden.

Die SAA ergab $10,91 \pm 7,12$ pmol/ml für die Gesamtgruppe und zeigte keinen Bezug zur Delirdiagnose. Die schwersten EEG-Veränderungen fanden sich in D+D mit signifikant unterschiedlichem Leistungsspektrum zu KU und DK. QEEG-Parameter korrelierten mit dem MMSE ($r > ,40$; $p < 0,01$), jedoch nicht mit der SAA. Eine SAA-Korrelation bestand mit dem Barthelindex ($r = -,34$; $p < 0,03$), nicht mit der Kognition.

Mittels quantitativen EEGs konnten wir zeigen, dass SAA bei geriatrischen Krankenhauspatienten nur periphere Aktivität abbildet. Die gemessenen SAA-Werte stehen nicht mit zerebralen Funktionsparametern in Bezug und sind damit Delir-unabhängig.

DER BLOCK-SUPPRESSIONS-TEST: SENSITIVITÄT BEI DER FRÜHDIA-GNOSE DER SENILEN DEMENZ VOM ALZHEIMER-TYP

Max Töpfer, Thomas Beblo, Christine Thomas & Martin Driessen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus, Bielefeld

Die Früherkennung der Alzheimer Demenz (AD) bietet die Gelegenheit, die Lebensqualität der Erkrankten möglichst lange auf hohem Niveau zu halten. Der Neuropsychologie kommt im Rahmen dieser Früherkennung eine entscheidende Rolle zu. Grundüberlegung dieser Studie war, mit einem neu entwickelten Arbeitsgedächtnisverfahren (Block-Suppressions-Test von Beblo et al., 2004) kognitive Defizite schon früher identifizieren zu können als mit herkömmlichen Demenz-Screening-Verfahren wie MMST oder Uhrentest. Die Stichprobe umfasste 13 AD-Patienten im Frühstadium der Erkrankung (MMST = $24,62 \pm 3$) und 13 gesunde Kontrollpersonen ohne Unterschiede hinsichtlich der Variablen Geschlecht (9w/4m in beiden Gruppen), Alter ($78,46 \pm 7,6$ vs $76,38 \pm 7,88$) und Schulbildung ($8,77 \pm 1,3$ Jahre vs $8,77 \pm 1,0$ Jahre). Die AD-Patienten zeigten in allen eingesetzten Verfahren schlechtere Leistungen, nur der BST aber konnte die 13 Patienten und 13 Kontrollpersonen korrekt klassifizieren (Sensitivität und Spezifität = 100% vs MMST: Sensitivität = 85%). Statistisch signifikante Interaktionseffekte beim Vergleich der Merk- und Blockspannen deuten auf ein spezifisches Inhibitionsdefizit im Frühstadium der Erkrankung hin. Die gefundenen Ergebnisse sollen nun an einer größeren Stichprobe verifiziert werden.

DIAGNOSTIK UND KLINIK DER PARKINSON-DEMENZ

Claudia Trenkwalder, Sascha Wenzel, Brit Mollenhauer
Paracelsus-Elena Klinik, Kassel/Dept. of Neurology, Brigham and Women's Hospital, Boston

Die kognitiven Einschränkungen bis hin zur Demenz sind bei Patienten mit M. Parkinson zunehmend wichtig geworden, da durch die Verbesserung der medizinischen Versorgung und die spezifische Therapie der Erkrankung Parkinson-Patienten ein höheres Lebensalter und eine längere Krankheitsdauer erreichen. Bisherige Studien zur Häufigkeit neuropsychiatrischer Komorbiditäten weisen zum Teil beträchtliche Varianzen auf. Eine deutschlandweite Studie zur Prävalenz der Parkinson-Demenz (PDD), die GEPAD-Studie, konnte erstmals Prävalenzschätzungen von demenziellen und depressiven Komplikationen bei Parkinson-

Patienten erheben (Riedel et al. 2006). Es wurden insgesamt 1.326 Patienten beurteilt, wobei kognitive Einschränkungen nach Einschätzung der Ärzte in 40,4% aller Fälle vorlagen. Für dementielle und psychotische Symptome zeigte sich ein deutlicher Anstieg mit dem Lebensalter der Patienten. Neuere Studien zeigen, dass die psychopathologischen Symptome der Parkinson-Demenz und der Lewy-Body-Demenz identische Charakteristika aufweisen und dass optische Halluzinationen und männliches Geschlecht Prädiktoren für die Entwicklung einer PDD sind (Calvin et al. 2006). Veränderungen von möglichen Biomarkern im Liquor wie Tauprotein und beta-Amyloid unterstützen vielfach die Diagnose einer PDD. Neben der klinischen Untersuchung, Screening-Testverfahren wie der Mini-Mental State Examination (MMSE) kommen auch der sog. Uhrentest und der neu entwickelte PANDA-Test zum Einsatz. Bildgebende Untersuchungen wie CCT oder MRT ergänzen die Diagnostik und können zusätzliche vaskuläre Risikofaktoren für eine dementielle Entwicklung erfassen.

Zur Therapie der PDD, diagnostiziert nach DSM-III-Kriterien, ist der erste Cholinesterase-Hemmer, Rivastigmin, in Deutschland zugelassen. Die Wirksamkeit von 3–12 mg Rivastigmin wurde in einer kontrollierten 24-Wochen-Studie bei 433 Patienten mit PDD untersucht (Emre et al. 2004), eine offene Folgestudie über 48 weitere Wochen konnte die Wirksamkeit der Therapie, die mittels der ADAS-cog-Skala untersucht wurde, bestätigen (Poewe et al. 2006). Der Unterschied zwischen mit Rivastigmin behandelten und nicht-behandelten PDD-Patienten war zwar signifikant, betrug jedoch nur zwei Punkte auf der Skala, was einer marginalen Verbesserung der Kognition entspricht.

TRAUMATISIERUNGEN IN FRÜHEREN LEBENSPHASEN UND ANGST IM ALTER

Bertram von der Stein

Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Köln

Ältere Patienten, deren frühe Fixierungen und Traumatisierungen nicht erkannt werden, werden oft fehlbehandelt. Solche Menschen dekomensieren gerade dann, wenn wichtige, Halt gebende Strukturen wegfallen. Oft ist der Tod des Partners Auslöser einer solchen Entwicklung, die wie eine Retraumatisierung wirkt. Für eine differenzierte Diagnostik und Therapie ist es unabdingbar, Konflikte, Konfliktschicksale und Traumatisierungen durch eine sorgfältige biographische Betrachtungsweise in ihrem Gang durch den Lebenszyklus zu würdigen, insbesondere was wichtige biographische Wendepunkte betrifft. Anhand von Fallvignetten werden diese Überlegungen konkretisiert und die behandlungstechnischen Konsequenzen aufgezeigt.

DIE BEDEUTUNG DISTALER UND PROXIMALER LEBENSEREIGNISSE UND PROTEKTIVER FAKTOREN FÜR DEN VERLAUF DEPRESSIVER STÖRUNGEN IM MITTLEREN ERWACHSENENALTER

Elke Voss & Marina Schmitt

Universität Heidelberg

Viele Studien zeigen Zusammenhänge zwischen depressiven Störungen und distalen bzw. proximalen belastenden Lebensereignissen. Bisher fehlen jedoch Untersuchungen, die a) die Wirkung belastender distaler und proximaler Ereignisse gleichzeitig analysieren, b) den Einfluss dieser Ereignisse auf unterschiedliche Verlaufsformen depressiver Störungen untersuchen und c) die Rolle protektiver Faktoren berücksichtigen. Basierend auf Daten von 445 Personen (geb. 1950–52), die an den ersten beiden Messzeitpunkten der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) teilnahmen, werden der Einfluss von distalen und proximalen Lebensereignissen auf den Verlauf von Depressionen

analysiert sowie die Rolle protektiver Faktoren untersucht. Es zeigen sich a) im Vergleich mit der gesunden Kontrollgruppe bei remittierten, chronisch erkrankten und neu erkrankten Personen mehr kritische Lebensereignisse, b) differentielle Einflüsse der Lebensereignisse auf Inzidenz und Verlauf einer Depression und c) protektive Effekte von persönlichen und sozialen Ressourcen auf spezifische Lebensereignisse. Die Notwendigkeit früh einsetzender Präventionsmaßnahmen gerade auch im Hinblick auf die Gestaltung des weiteren Alternsprozesses wird diskutiert.

BESITZT WOHNEN AUSWIRKUNGEN AUF DIE FUNKTIONELLE GESUNDHEIT ÄLTERER MENSCHEN? – ERGEBNISSE EINER LITERATURANALYSE

Hans-Werner Wahl

Universität Heidelberg, Psychologisches Institut, Abteilung für Psychologische Altersforschung, Heidelberg

In der gängigen gerontologischen Literatur wie in der Praxis der Arbeit mit Älteren wird häufig die Beziehung zwischen Merkmalen des Wohnens und der verbliebenen Autonomie, speziell der Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL-IADL) sowie von Sicherheit und Sturzgefahren (hier als funktionelle Gesundheit bezeichnet), als selbstverständlich gegeben und als substanziiell vorausgesetzt. Es finden sich allerdings bislang keine umfassenden Aufbereitungen der verfügbaren empirischen Evidenz neueren Datums. Aus diesem Grunde haben wir Studien aus dem Zeitraum 01/1997 bis 08/2006 identifiziert, wobei zwei Fragen untersucht wurden: (1) Welche Beziehung besteht zwischen Merkmalen des Wohnens und dem Vorliegen von Behinderung (disability) älterer Menschen? (2) Wirkt sich die systematische Verbesserung des Wohnens im Sinne einer Reduktion von vorliegender Behinderung aus? Studien mit Relevanz für Frage (1) zeigen ein gemischtes Bild: Die Evidenz der Rolle von Wohnmerkmalen im Hinblick auf Stürze ist nicht konsistent unterstützend, während Studien zu ADL-IADL eher unterstützend sind. Arbeiten zu Frage (2) erweisen sich eher als unterstützend, wobei sich mehrdimensionale Interventionen (Veränderungen des Wohnens und personbezogene Trainings) relativ konsistent als am wirksamsten darstellen. Insgesamt jedoch liegen angesichts der Bedeutung der Thematik für die Forschung wie die Praxis (einschließlich Prävention) überraschend wenig gute Studien vor.

BEDÜRFNISSE UND BEDARF DER ANGEHÖRIGEN DEMENZKRANKER

Johannes Wancata

Universitätsklinik für Psychiatrie, Wien

Anliegen: Ziel war die Untersuchung der Bedürfnisse der Angehörigen Demenzkranker.

Methode: 45 Angehörige von Demenzkranken wurden mittels des »Carers' Needs Assessment for Dementia« (CNA-D) untersucht. Außerdem wurden das »Camberwell Assessment of Needs for the Elderly« (CANE) und der »General Health Questionnaire« (GHQ-12) verwendet.

Ergebnisse: Die aus der Sicht der Angehörigen am häufigsten benötigten Interventionen waren »Beratung und Unterstützung« (88,9%) und »Experten-geleitete Angehörigen-Runde« (71,1%). Ein ungedeckter Bedarf wurde am häufigsten für »Beratung und Unterstützung« (42,2%) berichtet. Eine Überversorgung wurde nur sehr selten festgestellt. Die Zahl der Probleme der Angehörigen (CNA-D) korrelierte positiv mit Hinweisen auf Angststörungen bzw. Depressionen (GHQ-12), mit der Wohnsituation des Kranken (zu Hause lebend) und mit dem Ausmaß der Zeit, die die Angehörigen mit dem Kranken verbrachten. Negative Korrelationen fanden sich mit dem Ausmaß der für die Patienten aus dem privaten Umfeld oder von professionellen Diensten erhaltenen Hilfen (CANE).

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse weisen auf zahlreiche Defizite in der Versorgung hin. Die Übereinstimmungsvalidität des CNA-D scheint zufriedenstellend.

KURZ- UND LÄNGERFRISTIGE WIRKSAMKEIT PSYCHOLOGISCHER INTERVENTIONEN BEI DEPRESSIVEN ÄLTEREN MENSCHEN MIT UND OHNE KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Sabine Welz

Universität Tübingen

Anhand eines prospektiven, kontrollierten, varianzanalytischen Designs wurde die kurz- und längerfristige Wirksamkeit einer spezifischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention mit einer unspezifischen unterstützenden Intervention verglichen. Jede Intervention wurde als Einzel- und als Gruppentherapie durchgeführt. Behandelt wurden 109 depressive Patienten ab 65 Jahren mit und ohne leichte kognitive Beeinträchtigung. Die Behandlung erfolgte über fünf Monate (15 Sitzungen), die Effekte wurden unmittelbar nach Ende und ein Jahr nach Abschluss der Interventionen über Selbst- und Fremdurteil erfasst. Erwartet wurde eine statistisch und klinisch relevante Reduktion der depressiven Symptomatik in allen vier Untersuchungsbedingungen sowohl kurz- als auch langfristig. Die spezifische Intervention sollte signifikant bessere Ergebnisse erzielen als die unspezifische Intervention, die Gruppentherapie sollte der Einzeltherapie überlegen sein. Ferner wurde erwartet, dass Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung in gleicher Weise von den Interventionen profitieren wie Patienten ohne entsprechende Beeinträchtigung. Eine mögliche parallele Einnahme von Psychopharmaka wurde berücksichtigt.

FREIHEITSEINSCHRÄNKENDE MASSNAHMEN IN EINRICHTUNGEN DER ALTENHILFE: EIN VERGLEICH ZWISCHEN BESONDERER UND TRADITIONELL INTEGRATIVER DEMENTENBETREUUNG

Siegfried Weyerer, Martina Schäufele

Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim

Einleitung: Etwa zwei Drittel der Bewohner in deutschen Altenpflegeheimen leiden an einer Demenz.

Ziele: Es soll untersucht werden, ob bei Demenzkranken in der besonderen stationären Dementenbetreuung seltener freiheitseinschränkende Maßnahmen (Fixierung, Bettgitter) angewendet werden als bei Demenzkranken in traditionellen Altenpflegeheimen.

Methoden: Im Rahmen einer Querschnitts- und Verlaufsstudie wurden 594 Bewohner des Hamburger Modellprogramms (Aufnahmekriterium: verhaltensauffällige, mobile Demenzkranke) untersucht und mit einer traditionell integrativ versorgten Gruppe von demenzkranken Heimbewohnern in Mannheim verglichen.

Ergebnisse: Die Wahrscheinlichkeit einer Fixierung war in traditionellen Einrichtungen um ein Vielfaches (adjustierte Odds Ratio: 4,9; CI: 2,6–9,1) höher als in der besonderen Dementenbetreuung. Als weiterer Risikofaktor erwies sich der Schweregrad einer Demenz. Keinen signifikanten Einfluss auf Fixierungen hatte die Schwere der Verhaltensauffälligkeiten und die Anzahl psychotroper Medikamente. Bei erhaltener Gehfähigkeit war das Fixierungsrisiko demenzkranker Heimbewohner signifikant niedriger.

Folgerungen: Bezüglich der Einschränkung freiheitseinschränkender Maßnahmen und anderer Indikatoren der Lebensqualität zeigten sich signifikante Unterschiede zugunsten des Hamburger Modellprogramms.

LEICHTE KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG: EINE DIAGNOSTISCHE ENTITÄT

*Elfie Wiedemann, P. Schönknecht, S. Jost, J. Pantel
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Sektion für Gerontopsychiatrische Forschung, Heidelberg*

In der jüngeren Vergangenheit wurde eine Differenzierung der Diagnose leichte kognitive Beeinträchtigung (MCI) danach vorgeschlagen, ob ein isoliertes Defizit des Gedächtnisses oder einer anderen kognitiven Domäne existiert (a-MCI/na-MCI single domain) oder ob noch andere Bereiche betroffen sind (a-MCI/na-MCI multiple domain). Die vorliegende Studie untersucht, inwieweit sich diese Konzepte empirisch bestätigen lassen.

159 Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung (AACD), 54 Kontrollen und 25 Patienten mit Major Depression wurden über die Gedächtnisambulanz der Universitätsklinik Heidelberg rekrutiert und mittels CERAD-NP, WMS und TMT neuropsychologisch untersucht. Nach den Ergebnissen einer Faktorenanalyse bildeten die Subtests die Faktoren »verbales« bzw. »figurales episodisches Gedächtnis« sowie »kognitive Flexibilität«, anhand derer die AACD-Patienten in drei Cluster eingeteilt wurden.

Während diese im verbalen Gedächtnis vergleichbare Beeinträchtigungen aufwiesen, fanden sich für die übrigen beiden Faktoren ausgeprägte clusterspezifische Defizite. Nur eine der Untergruppen ließ sich als a-MCI single domain charakterisieren, die verbleibenden Cluster als a-MCI multiple domain. Subgruppen ohne Gedächtnisstörungen (na-MCI) konnten nicht identifiziert werden.

RELIGIÖSE DEUTUNGSPRAXIS UND DEPRESSION

Sonja Wittmiss¹, M. Toepper¹, G. Thomas², M. Driessen¹, C. Thomas¹

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Abt. Gerontopsychiatrie, Bielefeld;
²Lehrstuhl für Systematische Theologie/Ethik > Evangelisch-Theologische Fakultät, Ruhr-Universität Bochum

In einer vom Land NRW geförderten Studie gehen wir dem Zusammenhang zwischen Religiosität und Depression bei älteren Menschen während stationärer Behandlung und im Verlauf nach. Bei 37 Patienten (61–85 J.; MW 72 J.) mit majorer Depression wurden zur Diagnosestellung, Schweregradeinschätzung und Beurteilung der Lebensqualität verschiedene Fremd- und Selbsteinschätzungsskalen eingesetzt. Religiöse Motivation wurde mit dem Münchner Motivationspsychologischen Religiositäts-Inventar, religiöse Handlungs- und Deutungspraxis mit einer von uns übersetzten und an deutsche Verhältnisse adaptierten Form des Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality erfasst.

Religiös stärker motivierte Patienten sind bei stationärer Aufnahme und im Verlauf weniger depressiv als geringer religiös motivierte Patienten. Negatives religiöses Coping geht mit einer stärkeren Depressivität einher. Alle Patienten, unabhängig von ihrer religiösen Motivation, profitieren vergleichbar gut von der stationären Therapie, die Unterschiede bleiben aber bestehen. Soziale Unterstützung hat keinen Einfluss auf die Depressivität.

Bei stationär behandelten, älteren Depressiven zeigte sich somit ein enger Zusammenhang zwischen verschiedenen Dimensionen von religiöser Motivation, Coping und Handlungspraxis.

SCHLAF- UND BERUHIGUNGSMITTEL IM ALTER – WANN UND WIE ABSETZEN?

*Dirk K. Wolter
Westfälische Klinik Münster*

Trotz rückläufiger Verordnungszahlen in den letzten Jahren gehören Schlaf- und Beruhigungsmittel zu den bei alten Menschen am häufigsten verwendeten Medikamenten. Die größte Bedeutung besitzen Benzodiazepine und verwandte Substanzen. Ihr Abhängigkeitspotential wird ebenso kontrovers beurteilt wie die sonstigen Risiken (z. B. kognitive Beeinträchtigungen oder Sturzgefährdung). Nicht selten trifft man auch eine fatalistische Einstellung an, nach der das Suchtproblem im Alter zu vernachlässigen und ein Entzug prinzipiell nicht zumutbar wäre. Der Vortrag erläutert, welche Gesichtspunkte bei einer rationalen Entscheidung für oder wider einen Absetzversuch zu berücksichtigen sind und wie – auch vor dem Hintergrund entsprechender Studien – ein Absetzversuch durchgeführt werden kann.

VERSORGUNG VON DEPRESSIONEN IM ALTER

*Susanne Zank
Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie, Lehrstuhl für klinische Psychologie, Universität Siegen*

Epidemiologische Studien zeigen, dass die Prävalenz von Depressionen im Alter nach ICD oder DSM nicht höher als in anderen Altersgruppen ist, einige Forschungsarbeiten belegen sogar einen Rückgang. Allerdings ist eine erhebliche Prävalenz subdiagnostischer Symptomatik zu verzeichnen, so dass die Lebensqualität von etwa 30% der Älteren über 70 Jahre durch depressive Symptome beeinträchtigt ist. Internationale und (wenige) nationale Studien belegen eine deutliche Unterversorgung der Erkrankten. Dies gilt für die adäquate psychopharmakologische Behandlung und insbesondere für psychotherapeutische Angebote. Den Hausärzten kommt eine Schlüsselrolle in der Versorgung dieser Patienten zu, da ältere Menschen überdurchschnittlich häufig ihre Hausärzte konsultieren. Depressive Erkrankungen werden jedoch oftmals nicht oder zu spät erkannt. In Anbetracht der Bedeutung von depressiven Symptomen für viele Ältere gibt es in Deutschland großen Bedarf an qualifizierten Präventions- und Versorgungsstudien.

AKUTERKRANKE PATIENTEN MIT DEMENZ IM KRANKENHAUS – EINE HERAUSFORDERUNG

*Tania Zieschang
Bethanien Krankenhaus Heidelberg, Geriatriisches Zentrum am Klinikum der Universität Heidelberg*

Hintergrund und Ziel des Vorhabens:

- Insuffiziente Versorgungsstrukturen für Patienten mit Demenz und gleichzeitigen akuten Erkrankungen in Akutkrankenhäusern
- Steigender Versorgungsbedarf dieser Personengruppe im stationären Akutbereich
- Gefahr der Verschlechterung der dementiellen Entwicklung und Ressourcenverlust durch den Krankenhausaufenthalt
- Belastung nicht-dementer Mitpatienten durch störendes Verhalten
- Drehtüreffekte zwischen Gerontopsychiatrie und Akutmedizin
- Nebenwirkungen durch Psychopharmaka-Gebrauch
- Fehlende Pflege- und Betreuungskonzepte
- Kostenneutrale Verbesserung der Versorgungsqualität im Bethanien-Krankenhaus Heidelberg, Modellfunktion für andere Einrichtungen

Material und Methoden:

- Mitarbeiterbefragung zu Belastungen im Umgang mit verhaltensauffälligen Demenzpatienten
- Einrichtung eines geschützten Bereiches für Patienten mit Demenz zur segregativen Betreuung mit tagesstrukturierenden Angeboten
- Ermittlung von Schulungs- und Fortbildungsbedarf durch teilnehmende Beobachtung im Praxisfeld Pflege
- Einführung/Erprobung des angelsächsischen Schulungsprogramms für Pflegefachkräfte nach *Archibald*
- Schulungsangebot für pflegende Angehörige in Kooperation mit der AOK

Ergebnisse:

- Positive Resonanz auf das segregative Versorgungskonzept – Entlastung von Arbeitsabläufen auf den anderen Stationen
- Reduktion von herausforderndem Verhalten
- Senkung der Rate von »plötzlich verschwundenen« Patienten
- Schulungsbedarf: Wahrnehmung der »inneren Lebenswelten« der Demenzpatienten, Sicherung von Zeitressourcen, Austausch mit/Beratung von Angehörigen

Diskussion und Ausblick:

- a) Zukunftsweisender Beitrag zur Verbesserung der Situation von Demenzpatienten
 - b) Erweiterung des Kompetenzprofils der pflegenden Mitarbeiterinnen hinsichtlich der hohen pflegerischen Anforderungen.
- Projektteam: Tania Zieschang, Elke Müller, Ilona Dutzi, Ute Hestermann, Daniel Hüger, Norbert Specht-Leible, Peter Oster

DIE KÜNFTIGE ROLLE DES HAUSARZTES BEI DER VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT EINER DEMENZ

Bernd Zimmer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Klinische Geriatrie, Rehabilitationswesen, Wuppertal

Dementielle Erkrankungen muss man als Hausarzt suchen und finden wollen, wenn eine möglichst frühzeitige Erkennung angestrebt wird.

Zentraler Hinweis auf eine sich abzeichnende Hirnleistungsstörung ist immer eine ungünstige Veränderung der bisherigen persönlichen kognitiven Leistungsfähigkeit und/oder des Verhaltens. Dies zu erkennen ist der Hausarzt in ganz besonderer Weise privilegiert, da er die gelebte Biographie des Patienten regelhaft kennt und über Angehörige zusätzliche Informationen gewinnen kann. Eine systematische Suche nach Demenzerkrankungen durch den Hausarzt ist derzeit im GKV-System nicht vorgesehen. Ganz wesentlich gilt es für den Hausarzt, die unerwünschten Arzneimittelwirkungen der zum Teil durch unkoordinierte Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen sich ergebenden Polytherapie aufzudecken. Für den Einstieg in eine orientierende Testung sind in den letzten Jahren mit dem Uhrenzeichentests, dem DemTect sowie dem TFDD-Verfahren entwickelt worden und werden seit Einführung des »Hausärztlich geriatrischen Basisassessments« zum ersten Mal als Suchprozedur im GKV-Bereich erbringbar. Steht unter Würdigung aller Befunde und vorliegender evtl. stattgehabter konsiliarischer Untersuchungen beim Nervenarzt die Diagnose einer degenerativen Demenz mit den derzeit üblichen Sicherheiten fest, so gilt es aus meiner Sicht, zunächst mit dem Patienten und seinen Angehörigen ein aufklärendes Gespräch über das Vorliegen der Erkrankung zu führen. Die vorsichtige Vermittlung des abschätzbaren Verlaufs und die sich daraus ergebenden Konsequenzen, gerade für die Lebensplanung, können so von Erkrankten z.T. noch aktiv mitentschieden werden.

Gerade bei frühzeitig gestellter Diagnose ist es dem Erkrankten oft selbst noch möglich, Dinge seiner zukünftigen Versorgung selbst

zu regeln, einschließlich der Vermögens- und Pflegeregelungen. Hier sind die Möglichkeiten des Betreuungsrechts und der Vollmachtgebung anzusprechen und ggf. unter Zuhilfenahme juristischer Beratung (Betreuungsstelle bei Gericht, Anwalt, Notar) in die Tat umzusetzen.

Dabei ist wie bei der diagnostischen Prozedur zu überlegen, inwieweit kognitive Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Vigilanz oder die Beeinträchtigung fakultativer Phänomene im Rahmen der Therapievereinbarung wesentlich sind. Dies ist besonders vor dem Hintergrund der geforderten diagnostischen und therapeutischen Überwachung beim Einsatz von Antidementiva wesentlich. Hier können der notwendige Erfolg, aber auch das Ausbleiben desselben über einen Zeitraum von drei bzw. sechs Monaten und das daraus erforderlich werdende deutlich abgeleitet werden, ohne dass es zu einer umfangreichen und in der Hausarztpraxis bei derzeitiger zeitlicher wie auch finanzieller Belastung nicht realisierbaren Standard-Gesamterhebung universitären Zuschnitts kommen muss. Ein routinemäßiges, vollständiges Erfassen der diagnostischen und Verlaufparameter in Quartalsabständen kann in den Hausarztpraxen unter den derzeitigen Bedingungen sicherlich nicht geleistet und auch nicht gefordert werden. Hier ist zu bemerken, dass die in den Forschungseinrichtungen und Memory-Kliniken geleistete Arbeit nicht nur mit Blick auf die möglichst präzise und exakte Beschreibung des Einzelfalles abgestellt werden sollte, sondern es müssen hier, vergleichbar mit der Entwicklung des HBA1 als Grundparameter für die Güte einer Diabeseinstellung, Kriterien einfacher Art entwickelt werden können, die für die Versorgung von über einer Millionen Dementer in Deutschland bei der vom Gesetzgeber geforderten Dokumentation der Therapieerfolge anwendbar sind.

Ebenso kann als Ergebnis der Arbeit dieser Spezialeinrichtungen erwartet werden, dass effiziente Diagnostik- und Therapieprozeduren erarbeitet werden, die im Grundversorgungsbereich mit den Mitteln der GKV flächendeckend anwendbar sind. Nur so wird es möglich, die ausufernde Einrichtung von immer mehr Spezialeinrichtungen zu begrenzen, die nur eine »Inselversorgung« mit intransparenten Kosten ermöglichen. Aus hausärztlicher Sicht ergibt sich derzeit eine geradezu prekäre Situation dahingehend, dass die in Forschungseinrichtungen und Memory-Kliniken evozierten Fallkosten bei flächendeckender Anwendung auf alle Demenzkranken zu einem völligen Kollaps des Gesundheitswesens führen müssten.

Wesentlich ist auch, in der Therapieziel-Vereinbarung festzuhalten, nach welchem Zeitraum und mit welchen Mitteln eine Kontrolle erfolgen soll. Dabei sind aus meiner Sicht die Angaben betreuender Angehöriger oder von Pflegepersonen im Heim mindestens so hochwertig anzusetzen wie Daten durchgeführter Testuntersuchungen.

Nur durch einen gestuften diagnostischen wie therapiebegleitenden Prozess der Teampartner ist ein ressourcenschonendes Arbeiten für die Demenzerkrankten im Sinne einer humanen, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Vorgehensweise im GKV-System realisierbar.

Poster

STURZEREIGNISSE IN DER GERONTOPSYCHIATRIE

Erika Blitz

Klinikum Wahrenndorff, Abteilung: Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Hannover

Sturzereignisse sind in der Gerontopsychiatrie häufige Ereignisse, die mit gravierenden körperlichen und psychischen Folgen einhergehen. Die Sturzrate ist höher als in anderen klinischen Bereichen (Sturzrate: 13,3 bis 25 Stürze pro 1.000 Bettage). Im Rahmen eines Projektes zur Sturzprophylaxe auf den gerontopsychiatrischen Stationen des Klinikums Wahrenndorff führten wir eine systematische Erhebung der Sturzereignisse über acht Monate durch.

Im betrachteten Zeitraum wurden 343 Patienten behandelt, 40,5% Männer, 59,5% Frauen. Im Durchschnitt lag das Alter bei 73,39 Jahren (SD=11,7). Das Behandlungsvolumen belief sich auf 8.783 Bett-Tage. Auf den Stationen wurde ein Sturzrisikoassessment sowie ein Sturzereignisprotokoll durchgeführt. Die Items bezogen sich auf die Variablen: sozio-demographische Daten, interne Sturzrisikofaktoren sowie Umstände des Sturzergebnisses.

Es traten 56 Sturzereignisse bei 33 von insgesamt 343 Patienten auf (9,65%). Die Sturzrate belief sich auf 6,38 Stürze pro 1.000 Bett-Tage. Die gestürzten Patienten unterschieden sich signifikant von den nicht gestürzten Patienten hinsichtlich der Diagnosen sowie des Alters.

Extrinsische und intrinsische Sturfaktoren werden betrachtet sowie die Bedeutung für die Qualitätssicherung im klinischen Alltag diskutiert.

AUSWIRKUNGEN EINES DEMENTENGERECHTEN BETREUUNGSKONZEPTES IM PFLEGEHEIM

Rosa Adelinde Fehrenbach

SHG-Klinik Sonnenberg, Abteilung Gerontopsychiatrie, Saarbrücken

Das Pflegeheim der Barmherzigen Brüder in Kleinblittersdorf eröffnete im November 2005 eine spezielle Dementenabteilung St. Hedwig, in der das räumliche und soziale Milieu auf die Bedürfnisse der Demenzkranken ausgerichtet wurden. In die Abteilung wurden besonders schwierige Bewohner aus dem Altbau und Neuzugänge aufgenommen. Das Heim wird seit Oktober 2004 im Rahmen eines Modellprojektes von Mitarbeitern der gerontopsychiatrischen Klinik der SHG-Klinik Sonnenberg beraten. Anhand verschiedener Parameter wie psychopathologischem Befund, CGI, MMST und Körpergewicht können positive Auswirkungen des Betreuungskonzeptes auf die mittel bis schwer dementen Bewohner nachgewiesen werden. Der Verbrauch von Psychopharmaka ist gesunken. Die Zufriedenheit der Heimmitarbeiter hat sich deutlich verbessert.

LANGZEITBEHANDLUNG (3 JAHRE) MIT GALANTAMIN (GAL) VERZÖGERT DIE SYMPTOMPROGRESSION BEI PATIENTEN MIT ALZHEIMER DEMENZ (AD) – ERGEBNISSE EINER NICHT-INTERVENTIONELLEN STUDIE (GAL-GER-4)

Martin Gerwe,

Janssen-Cilag GmbH, Abteilung Medizin & Forschung, Neuss

Fragestellung: Behandlungseffekte von GAL bei Patienten mit leicht- bis mittelgradiger AD über 3 Jahre.

Methodik: Prospektive, nicht-interventionelle Studie. Insgesamt 159 Patienten wurden eingeschlossen. Dokumentiert wurden

kognitive Funktionen (ADAS-cog) und Verhaltensauffälligkeiten (NPI).

Ergebnisse: Dargestellt sind die Ergebnisse der 75 Patienten (47%; mittl. Alter 70 J.; 55% Frauen), die zu Beginn des dritten Jahres in der Studie verblieben waren. Von diesen beendeten 87% die Untersuchung. Es zeigte sich eine Verbesserung im ADAS-cog um 2,3–3,0 Punkte nach 3–12 Monaten ($p < 0,001$) und um 1,3–1,6 Punkte im NPI ($p < 0,05$). Nach 18–24 Monaten lag der ADAS-cog-Wert auf, nach drei Jahren 2,9 Punkte unterhalb des Ausgangswertes, der NPI-Wert 0,8 Punkte unterhalb des Ausgangswertes. Insgesamt 54 Patienten hatten mindestens ein UE. Häufigste UE waren Schwindel, Erbrechen, Schlafstörungen. Bei drei Patienten wurde ein SUE (Pneumonie, plötzlicher Herztod, Exitus) mit letalem Ausgang ohne möglichen oder wahrscheinlichen Zusammenhang mit GAL dokumentiert.

Diskussion: In dieser offenen Langzeitstudie über drei Jahre zeigt GAL bei den Completern mit leicht- bis mittelgradiger AD eine gute Effektivität und Verträglichkeit. Die Symptomprogredienz lag erheblich unter den Erwartungswerten für den natürlichen Verlauf bei AD.

EFFEKTIVITÄT VON GALANTAMIN (GAL) BEI PATIENTEN MIT ALZHEIMER DEMENZ (AD) UND BEGLEITENDER ZEREBROVASKULÄRER ERKRANKUNG (CVD) – OFFENE EIN-JAHRESSTUDIE DER PHASE IIIB (GAL-GER-5)

Martin Gerwe

Janssen-Cilag GmbH, Abteilung Medizin & Forschung, Neuss

Fragestellung: Effektivität und Verträglichkeit von GAL bei Patienten mit AD+CVD.

Methodik: Offene, prospektive, einarmige Studie. Patienten mit leichter bis mittelschwerer AD+CVD (NINDS-AIREN-Kriterien) wurden über 12 Monate mit GAL (16–24mg/Tag) behandelt. Untersucht wurden kognitive Funktionen mittels Alters-Konzentrations-Test (AKT) und DemTect (ITT, LOCF, Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben).

Ergebnisse: 84 Pat. (mittl. Alter 76 ± 7 Jahre; 58% weibl.) wurden eingeschlossen. 20% der Pat. brachen die Studie aufgrund eines UE vorzeitig ab. Es zeigte sich eine Stabilisation im AKT-Gesamtwert mit $49,0 \pm 6,7$ zu Baseline und $49,2 \pm 6,9$ nach 12 Monaten ($p = 0,7807$). Der DemTect-Wert verbesserte sich signifikant von $7,8 \pm 2,0$ auf $9,4 \pm 3,9$ ($p < 0,0001$). Bei 71% der Patienten zeigte sich ein stabiler oder verbesserter CGI. 47 Pat. hatten mindestens ein UE. Die häufigsten UE $> 5\%$ waren Übelkeit und Erbrechen. Bei 4 Patienten wurde ein schwerwiegendes UE (Herzinsuffizienz, Synkope, Verschlechterung Demenz, Harnverhalt) mit möglichem oder wahrscheinlichem Zusammenhang mit GAL dokumentiert.

Schlussfolgerung: In dieser offenen Studie finden sich Ergebnisse, die bestätigen, dass GAL bei Patienten mit AD+CVD über einen Behandlungszeitraum von 12 Monaten effektiv und gut verträglich ist.

RISPERIDON (RIS) BEI PATIENTEN MIT VERHALTENSSTÖRUNGEN UND PSYCHOTISCHEN SYMPTOMEN IM RAHMEN EINER DEMENZ NACH VORBEHANDLUNG MIT MELPERON – ERGEBNISSE EINER NATURALISTISCHEN STUDIE (RIS-DEM-0002; PRO PATIENT)

Martin Gerwe

Janssen-Cilag GmbH, Abteilung Medizin & Forschung, Neuss

Fragestellung: Effektivität und Verträglichkeit von RIS nach Umstellung von Melperon bei dementen Patienten mit Verhaltensstörungen.

Methodik: AWB mit ambulanten Demenzpatienten mit Aggressivität, psychotischen Symptomen und Verhaltensstörungen, die unter Melperon nicht ausreichend wirksam vorbehandelt waren oder UEs entwickelten und auf RIS eingestellt wurden.

Ergebnisse: Dokumentation von 1.486 Patienten (mittl. Alter 81 J.; 70% Frauen). Umstellungsgründe waren mangelnde Wirksamkeit (71%)/Unverträglichkeit (89%) – davon Tagesmüdigkeit (57%), Gangunsicherheit (48%), kognitive Verschlechterung (45%), Mundtrockenheit (38%), Obstipation (34%), Stürze (24%). Es zeigte sich eine Reduktion dieser Symptome und eine Abnahme der Verhaltensstörungen ($p < 0,0001$) während der 6-wöchigen Behandlung. Die mittlere RIS-Dosis lag bei $1,3 \pm 0,7$ mg/d. Bei 1% der Patienten wurden UEs dokumentiert. Während des Beobachtungszeitraums wurden 3 Todesfälle (Pneumonie, plötzlicher Herztod, Nierenversagen) ohne berichteten Kausalzusammenhang mit RIS dokumentiert.

Schlussfolgerung: Bei mit Melperon vorbehandelten dementen Patienten mit chronischer Aggressivität oder psychotischen Symptomen zeigte sich nach Neueinstellung auf RIS eine erhebliche Verbesserung der klinischen Symptomatik und Reduktion unerwünschter Ereignisse.

RISPERIDON (RIS) BEI HEIMPATIENTEN MIT DEMENZ UND BEGLEITENDEN VERHALTENSSTÖRUNGEN NACH VORBEHANDLUNG MIT KONVENTIONELLEN, NIEDERPOTENTEN NEUROLEPTIKA – ERGEBNISSE EINER NICHT-INTERVENTIONELLEN STUDIE (RIS-BED-401)

Martin Gerwe

Janssen-Cilag GmbH, Abteilung Medizin & Forschung, Neuss

Fragestellung: Effektivität von RIS unter Routinebedingungen bei dementen Heimpatienten bei unzureichender Wirksamkeit und Verträglichkeit von niederpotenten Neuroleptika.

Methodik: Prospektive, nicht-interventionelle Untersuchung. Heimpatienten mit Verhaltensstörungen bei Demenz, die mit niederpotenten Neuroleptika unzureichend vorbehandelt waren, wurden nach Einstellung auf RIS 4 Wochen beobachtet (ITT, LOCF).

Ergebnisse: 102 Patienten [mittl. Alter 82 J.; 72% Frauen; häufigste Vormedikation: Melperon (58%), Pipamperon (21%)] wurden dokumentiert. Hauptgründe für Einstellung auf RIS: fortbestehende chronische Aggressivität (66%), psychotische Symptome (34%), Tagesmüdigkeit (28%), gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus (39%). Nach 4 Wochen signifikante Verbesserung der Verhaltensstörungen (NPI; $p < 0,0001$), der Alltagskompetenz (NOSGER; $p = 0,0001$), des Schlafverhaltens ($p < 0,0001$), 90% der Patienten im CGI-C gebessert. Die mittlere RIS-Dosis lag bei $1,1 \pm 0,4$ mg/d. Bei 5 Pat. wurden UEs dokumentiert, bei 2 davon SUEs (aggressive Dekompensation, Kollaps) ohne Kausalzusammenhang zu RIS.

Schlussfolgerung: RIS verbessert bei mit niederpotenten Neuroleptika vorbehandelten dementen Heimpatienten signifikant Verhaltensstörungen und Alltagskompetenzen und stabilisiert den Schlaf-/Wachrhythmus mit verbessertem Nachtschlaf.

ENTWICKLUNG, DURCHFÜHRUNG UND EVALUATION EINES TRAININGS FÜR ALTENPFLEGER ZUM UMGANG MIT DEMENZKRANKEN IN DER STATIONÄREN PFLEGE

Julia Haberstroh

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Frankfurt und Institut für Psychologie der TU Darmstadt

Zielsetzung: Primäre Zielsetzung: Verbesserung der Handlungskompetenz von Altenpflegern in der stationären Pflege von Demenzkranken. Sekundäre Zielsetzungen: Reduktion der arbeitsbedingten Beanspruchung der Pfleger sowie Steigerung des Wohlbefindens der demenzkranken Bewohner.

Methodik: Kontrollierte Trainingsstudie mit Wartekontrollgruppendesign und Prozesserhebung: In einem 2×2 Versuchsplan wurden die Faktoren »Kommunikationstraining« (ja/nein) und

»Training zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten« (ja/nein) variiert. Zur Erfassung der Zielgrößen wurden ausschließlich Fragebögen (u. a. BHD, NPI) verwendet.

Ergebnisse: In längsschnittlichen Analysen konnte nachgewiesen werden, dass die Kombination beider Trainingsbausteine zu einer signifikanten Zunahme der Handlungskompetenz sowie zu einer signifikanten Reduktion der Beanspruchung der Altenpfleger führt. Darüber hinaus zeigte sich eine signifikante Reduktion von Häufigkeit und Schweregrad verschiedener nicht-kognitiver Symptome von demenzkranken Bewohnern sowie eine signifikante Reduktion des daraus entstehenden Mehraufwands für die Pfleger. Erste prozessuale Analysen weisen darüber hinaus auf eine signifikante Zunahme des Wohlbefindens der demenzkranken Bewohner hin.

INTEGRIERTE GERONTOPSYCHIATRISCHE VERSORGUNG AM BEISPIEL EINES STADTTEILS VON HANNOVER

Matthias Hamann-Roth

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Hannover

Seit dem Jahr 2000 wurden in Hannover im Rahmen eines im wesentlichen von der Bundesregierung aus Mitteln der Pflegeversicherung geförderten Projektes drei Ambulante Gerontopsychiatrische Zentren (AGZ) in Trägerschaft großer gemeinnütziger Träger der Altenhilfe aufgebaut und im Verlauf auch gerontopsychiatrische Pflegemöglichkeiten eröffnet. Ziel war die bessere Versorgung schwer gerontopsychiatrisch Erkrankter, denen die Möglichkeiten der Nutzung ambulanter Leistungen krankheitsbedingt nur deutlich eingeschränkt zur Verfügung stehen. Im Bereich eines der AGZ (Hannover-Linden) kam es zu einer schrittweise enger werdenden Kooperation mit der Praxis des niedergelassenen Referenten; Mittel der Kooperation sind zuerst gemeinsame Hausbesuche, regelmäßige Dienstbesprechungen, Fallkonferenzen und gemeinsame Fortbildungen. Den Patienten konnten so ein umfassendes Casemanagement, eine gerontopsychiatrische Fachpflege (ab 2003) und die Möglichkeiten einer störungsadäquaten fachärztlichen Behandlung in Kooperation mit der hausärztlichen Versorgung zur Verfügung gestellt werden. Seit dem 1.4.2005 wurde das Modell im Rahmen von Integrierten Versorgungsverträgen zwischen verschiedenen Kostenträgern und der Nervenarztpraxis in die Standardversorgung übernommen. Seit Mitte 2006 bieten zwei weitere nervenärztliche Praxen diese Versorgungsform an, so dass sie ab Mitte 2007 für das gesamte Stadtgebiet zur Verfügung stehen wird. Über die Implementation und die Ergebnisse der Integrierten Gerontopsychiatrischen Versorgung (in Hannover-Linden) wird berichtet werden.

DAS EUROCODE PROJEKT – WPN° 9: RISIKOFAKTOREN UND PRÄVENTION

Kathrin Herold

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Abteilung Gerontopsychiatrie, Mannheim

Hintergrund: Im Rahmen eines europäischen Projektes wurde die Datenlage über Risikofaktoren für Demenz als Basis für präventive Strategien analysiert.

Methodik: Mit einer Literaturrecherche (PubMed, MEDLINE) wurden je Risikofaktor die einzelnen Studienabstracts gesichtet. Anhand der Studienqualität [low, medium, high] und des Evidenzniveaus [insufficient, limited, moderate, strong] erfolgte die Bewertung der Risikofaktoren. Soweit möglich wurden die odds ratios für die einzelnen Faktoren mit einbezogen.

Ergebnisse: Gesicherte Risikofaktoren sind hohes Alter, familiäre Belastung, ApoE e4 und Bluthochdruck im mittleren Lebensalter.

In Bezug auf Gesundheitsverhalten und andere viel diskutierte Lifestyle-Faktoren wie Rauchen, Ernährung und Körpergewicht, Bildung, Alkoholkonsum, Fitness oder präventive Medikamente wie Statine, Antiphlogistika oder Östrogene liegen heterogene oder nur spärliche Daten aus Studien unterschiedlicher Qualität vor, die keine sichere Aussage zulassen.

Schlussfolgerungen: Die gesicherten Risikofaktoren sind überwiegend nicht modifizierbar. Die Bedeutung der modifizierbaren potentiellen Risikofaktoren ist aufgrund der Studienlage unsicher und erlaubt keine evidenzbasierten Empfehlungen für eine spezifische präventive Therapie oder Verhaltensänderung.

OFFENE PHASE-IIIB-STUDIE (GAL-DEM-3002) ZUR EFFEKTIVITÄT UND VERTRÄGLICHKEIT DER RETARDFORM VON GALANTAMIN (GAL-PRC) IN DER BEHANDLUNG DER ALZHEIMER DEMENZ (AD)

Bernd Ibach

Janssen-Cilag GmbH, Abteilung Medizin & Forschung, Neuss

Fragestellung: Systematische klinische Erfahrungen mit GAL-PRC mit Fokus auf Kognition und Funktion bei Patienten mit AD über 6 Monate.

Methodik: Offene, prospektive, einarmige Studie. Patienten mit leichter bis mittelschwerer AD wurden mit GAL-PRC behandelt. Primärer Endpunkt war die Responderate (=Anteil Patienten mit ADAS-cog ≤ 0). Ferner wurden Kognition (DemTect), Alltagskompetenzen (NOSGER) und Verhaltensstörungen (NPI) erfasst.

Ergebnisse: 133 Patienten (mittl. Alter 75 ± 8 J.; 68 % weibl.) wurden eingeschlossen. Davon beendeten 71 % die Studie. Der mittlere ADAS-cog-Wert verbesserte sich um $2,9 \pm 7,1$ ($p < 0,0001$), der DemTect um $1,8 \pm 3,2$ Punkte ($p < 0,0001$). Die Responderate lag bei 64%. Im NPI und NOSGER zeigten sich keine signifikante Veränderungen. Bei 64% der Patienten wurde mindestens ein UE, bei 28 Patienten ein UE-bezogener Studienabbruch dokumentiert. Häufigste UE waren Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen. Bei drei Patienten (Synkope, Hypotension, psychomotorische Unruhe) wurde ein SUE mit möglichem Zusammenhang mit GAL-PRC berichtet. Zwei Patienten verstarben ohne berichteten Kausalzusammenhang mit GAL-PRC (plötzlicher Herztod, Nierenversagen).

Schlussfolgerung: Die Effektivität und Verträglichkeit von GAL-PRC war unter offenen klinischen Bedingungen vergleichbar mit den Ergebnissen aus RCTs.

BEDARF UND WIRKUNG VERNETZTER MOBILER GERONTOPSYCHIATRISCHER AMBULANZARBEIT

Michael Klemm, M. Foerster, S. Koch-Stoecker, Christine Thomas
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Den exponentiell ansteigenden psychiatrischen Erkrankungen im Alter begegnete das Evangelische Krankenhaus Bielefeld mit der Einrichtung einer zunächst als Vorschaltambulanz für die Gerontopsychiatrie konzipierten aufsuchenden Ambulanz, dem »Mobilen Team Gerontopsychiatrie«, die seit 2001 auf knapp 1.000 Pat./Quartal angewachsen ist. Ausgebildete Fachärzte betreuten psychisch kranke Ältere und ihre Angehörigen im häuslichen Umfeld. Dies schließt die komplette Organisation notwendiger Diagnostik, die Koordination der Hilfsstrukturen sowie die Regelung und Überwachung medizinischer, Psycho- und Ergotherapie ein. Das aufsuchende Versorgungsmodell wurde 2002 um die psychiatrische Behandlung von Patienten in den Seniorenheimen der Stadt erweitert, 2004 Einrichtung einer Spezialsprechstunde zur differenzierten Gedächtnisdiagnostik, die neben der ausführ-

lichen multiprofessionellen Diagnosestellung auch eingehende Aufklärung, Beratung und therapeutische Begleitung anbietet. In Bielefeld (330.000 E.) werden auf diese Weise derzeit 170 Patienten in der Sprechstunde, 190 im häuslichen Umfeld und 560 in Seniorenheimen behandelt. Hierdurch werden stationäre Behandlungen verkürzt oder vermieden, kann die Selbständigkeit der Betroffenen verbessert sowie der Therapieerfolg durch die gesicherte Nachbetreuung gesteigert werden.

ERHÖHTE HOMOCYSTEINE BEI PATIENTEN MIT MILDER KOGNITIVER BEEINTRÄCHTIGUNG (MKB)

Dimitrios Kountouris

Neurological Diagnostic Center, Athen

Einleitung: Erhöhte Homocysteine-Plasma-Werte gelten als ein Faktor für Arteriosklerose. Wir haben auch untersucht, ob erhöhte Homocysteine-Werte eventuell eine Rolle bei der MKB spielen.

Methode: Wir haben den Homocystein-Plasma-Spiegel und Mini-Mental State Examination (MMSE)-Werte bei 33 Patienten mit MKB und bei 36 gesunden Probanden bestimmt und miteinander verglichen.

Resultate: Die Homocystein-Werte waren bei den MKB-Patienten signifikant erhöht ($p < 0,05$). Die Homocystein-Werte waren analog erhöht zum Schweregrad des klinischen Bildes und der MMSE-Resultate.

Zusammenfassung: Unsere Studie bestätigt, dass Homocystein-Werte ein weiteres Indiz für die Diagnose des Schweregrades der MKB sind.

PINEALISVERKALKUNG UND MELATONIN BEI MORBUS ALZHEIMER

Richard Mahlberg

Charité – Universitätsmedizin Berlin, PUK Charité im SHK, Berlin

Der Grad der Pinealisverkalkung zeigt das Ausmaß eines relativen Melatonin-Defizits an, wie es für die stabilisierende Wirkung von Melatonin auf das zirkadiane System diskutiert wird. Nichtverkalktes Gewebe der Pinealisdüse hingegen korreliert mit der absoluten Produktionsmenge und so mit dem antioxidativen Potential von Melatonin. Störungen des zirkadianen Systems sind ein häufiges klinisches Problem bei Alzheimerdementen. In vitro konnte Melatonin die pathologischen Auswirkungen von beta-Amyloid auf Nervenzellen verzögern.

Computertomographisch untersuchten wir 279 konsekutive Patienten unserer Gedächtnissprechstunde (Alzheimerdemenz: $n = 155$, andere Demenzformen: $n = 25$, leichte kognitive Störung (MCI): $n = 33$, Depression: $n = 66$) und 37 altersgleiche gesunde Probanden. Unverkalktes Pinealisdüsen-Gewebe war bei Patienten mit Alzheimer Demenz in deutlich geringerer Menge vorhanden als bei den Probanden und den übrigen Patientengruppen mit Ausnahme der MCI. In gleicher Weise war der Grad der Pinealisverkalkung bei den Alzheimer-Patienten ausgeprägter.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass sowohl zirkadiane als auch die antioxidativen Funktionen von Melatonin eine Rolle bei der Alzheimer-Pathologie oder bei den klinischen Auswirkungen der Erkrankung spielen könnten.

AUTOBIOGRAPHISCHES GEDÄCHTNIS BEI PATIENTEN MIT LEICHTER KOGNITIVER BEEINTRÄCHTIGUNG: ERGEBNISSE AUS DER FUNKTIONELLEN MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE

Silke Matura

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität, Abteilung Psychiatrie, Frankfurt

Einleitung: Das Mild Cognitive Impairment (MCI) im Alter ist durch einen diskreten Funktionsverlust von höheren Hirnleistungen, insbesondere den Gedächtnisfunktionen, bei noch erhaltener Alltagskompetenz gekennzeichnet.

Methode: Untersucht werden n=13 Patienten mit MCI und 13 gesunde Probanden im Alter zwischen 55 und 80 Jahren. Mit allen Teilnehmern wird das »Bielefelder Autobiographische Gedächtnisinterview« (BAGI) durchgeführt. Mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (Siemens Trio 3T MRT-Scanner) untersuchen wir, inwiefern sich Unterschiede zwischen Gesunden und Erkrankten hinsichtlich der neuronalen Aktivierungsmuster beim Abruf episodischer autobiographischer Erinnerungen finden lassen.

Diskussion / Ergebnisse: Ziel dieser Studie ist es, Unterschiede zwischen MCI-Patienten und gesunden Probanden in den neuronalen Aktivierungsmustern beim Abruf episodischer autobiographischer Erinnerungen zu untersuchen. Das Untersuchungsdesign und erste Ergebnisse der Studie werden auf dem Kongress vorgestellt.

UNTERSUCHUNGEN ZUM CHOLINERGEN DEFIZIT BEI PATIENTEN MIT LEICHTER KOGNITIVER BEEINTRÄCHTIGUNG (MCI): KORRELATIONEN ZWISCHEN BILDGEBUNG (MRT), GENETISCHEN SOWIE PHYSIOLOGISCHEN MARKERN

Kathrin Muth¹, Corinna Haenschel, Silke Matura, Ulrich Pilatus, Paul G. Layer, Konrad Maurer, Johannes Pantel; ¹Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt

Einleitung: Ausgehend vom demenzassoziierten »cholinergen Defizit« und dessen Verbindung mit Einbußen kognitiver Leistungen sollen MCI-Patienten hinsichtlich früh auftretender anatomisch sowie physiologisch korrelierter Veränderungen des cholinergen Transmittersystems untersucht werden.

Methoden: Eingeschlossen sind MCI-Patienten (n=16, Alter Ø: 69 Jahre) und Kontrollprobanden KO (n=20, Alter Ø: 64 Jahre). Die MRT-Untersuchung (3T, Siemens TRIO) beinhaltet die Gesamthirnanatomie sowie eine hochauflösende Sequenz zur Darstellung des basalen Vorderhirns. Zusätzlich wird die Aktivität der Cholinesterasen (AChE, BuChE) im Blut ermittelt und der genetische Status des ApoE-Genotyps bestimmt.

Diskussion / Ergebnisse: Erwartet werden Zusammenhänge zwischen atrophischen Veränderungen im Bereich cholinergere Neurone, reduzierter Cholinesteraseaktivität im Blut sowie der Ausprägung des ApoE-Genotyps. Prospektive Studien sollen im weiteren Aussagen über den Nutzen der Befunde für Frühdiagnostik, differentielle Therapieindikation und Verlaufsmonitoring erlauben.

MR-SPEKTROSKOPISCHE BEFUNDE BEI DER LEICHTEN KOGNITIVEN BEEINTRÄCHTIGUNG IM VERLAUF: SURROGATMARKER EINES FORTSCHREITENDEN KRANKHEITSPROZESSES?

Ulrich Pilatus

Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt, Institut für Neuroradiologie, Frankfurt

Die Magnet Resonanz Spektroskopie (MRS) ist eine nicht-invasive Methode zur Quantifizierung metabolischer Veränderungen des Gehirnstoffwechsels. Einige dieser Metabolite können auch

als Marker für neurodegenerative Erkrankungen (z.B. Morbus Alzheimer) dienen. In dieser Untersuchung sollten MRS-Veränderungen bei der leichten kognitiven Beeinträchtigung (LKB) längsschnittlich analysiert werden.

15 LKB-Probanden und 12 gesunde ältere Kontrollpersonen (AAK) wurden jeweils 2-mal innerhalb von 12 bis 24 Monaten klinisch, neuropsychologisch sowie mittels MRS untersucht. Der Mittelwert des MMSE-Score der LKB-Patienten lag bei Erstuntersuchung bei 26,4 und fiel im Verlauf auf 23,3 ab. Sechs der LKB-Patienten verschlechterten sich im Verlauf deutlich in Richtung Demenz (LKBkonv). Bei der MRS zeigten sich keine Unterschiede bei der Erstuntersuchung, während sich bei der zweiten Untersuchung eine signifikante Erniedrigung von Kreatin und N-Acetylaspartat (NAA) bei LKBkonv ergab. In dieser Gruppe war eine Abnahme des NAA signifikant mit einer Abnahme der kognitiven Leistung korreliert.

Diese Pilotstudie erbrachte somit erste Hinweise, dass mittels MRS gemessene Metaboliten bei der LKB als Surrogatmarker eines fortschreitenden neurodegenerativen Krankheitsprozesses eingesetzt werden können.

BEHANDLUNG VON VERHALTENAUFFÄLLIGKEITEN BEI DEMENZ-ERKRANKTEN

Gabriel Richter

Oberarzt Gerontopsychiatrie, Zentrum für Psychiatrie, Emmendingen

Die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzerkrankten wird, obwohl schon 1996 dafür der Begriff der »behavioural and psychological symptoms in dementia« (BPSD) geprägt wurde und die Häufigkeit auf bis zu 90% geschätzt wird, noch heute in der deutschsprachigen Literatur zu wenig beachtet. Diese BPSD entstehen im Rahmen eines komplexen psychophysischen Geschehens, wobei sich der Patient trotz seiner Erkrankung immer wieder auf neue Situationen einstellen und im Verhalten ändern kann. BPSD werden in der Regel lediglich numerisch aufgezählt, ohne sie zu gliedern. Der erlebnisorientierte Ansatz unserer Klinik erlaubt es jedoch, entsprechend der inneren Reflexionsfähigkeit des Erkrankten für seine dementielle Symptomatik zwischen einem depressiv regressiven oder aggressiv expansiven Verlauf zu unterscheiden. Verhaltensauffällige Demenzerkrankte müssen somatisch abgeklärt werden (z.B. Delir!). Parallel dazu müssen Deeskalations- und Entlastungsmaßnahmen eingeleitet werden. Medikamentös können die Verhaltensauffälligkeiten zunächst durch eine antidementive und im weiteren Verlauf oder bei akuter Symptomatik durch kombinierte Behandlung mit Psychopharmaka gebessert werden.

TAUPROTEIN IN DER DIFFERENTIALDIAGNOSE VON LEICHTER KOGNITIVER BEEINTRÄCHTIGUNG UND ALTERSDEPRESSION

Peter Schönknecht

Psychiatrische Klinik, Sektion gerontopsychiatrische Forschung, Heidelberg

Significantly increased CSF total tau protein levels were found in patients at risk to develop AD indicating its potential as an early marker. Though mild cognitive impairment in preclinical AD often overlaps with depressive symptoms making early diagnosis difficult, to date no CSF marker has been probed to support the differential diagnosis of geriatric major depressive disorder and mild cognitive impairment.

Methods: 81 patients with mild cognitive impairment (aging-associated cognitive decline criteria), 54 patients with geriatric major depressive disorder and 27 cognitively healthy controls were

included. In all participants, CSF levels of total tau protein were determined by ELISA.

Results: CSF total tau levels at baseline distinguished significantly between mild cognitive impairment, geriatric major depressive disorder and controls. Already at baseline converters to AD were characterized by significantly higher total tau and phospho-tau levels compared to any of the other diagnostic groups.

Conclusion: CSF total tau levels distinguish geriatric major depressive disorder from preclinical AD and may predict conversion to AD in the course of disease.

FILIALE REIFE IN DER BETREUUNG DEMENZKRANKER

Gerthild Stiens

Georg-August-Universität Göttingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Göttingen

»Filiale Reife« beschreibt die erfolgreiche Bewältigung einer Entwicklungskrise im mittleren Lebensalter (»filiale Krise«), die durch vermehrte Hilfsbedürftigkeit der Eltern eingeleitet wird und nach der sich im Idealfall eine „reife“, d.h. selbstbewusste, aber zugewandte Beziehung zu den Eltern ausbildet.

Bei 108 Probanden, die ihre demenzerkrankten Eltern betreuen, wurde filiale Reife mithilfe der Louvain Filial Maturity Scale erhoben und die Ausprägung mit den Werten einer unselektierten Stichprobe (*Marcoen* 1993) verglichen. Es wurden Betreuende im Alter von 28–71 Jahren untersucht, die zu 74% Töchter und 26% Söhne waren.

Die Werte der sieben Skalen der Louvain Filial Maturity Scale zeigten keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu denen der nicht-pflegenden Kinder. Abweichungen zeigten sich aber bei den Parametern »filiale Hilfe« mit höheren Werten und »elterliche Wertschätzung« mit niedrigeren Scores. Die Ergebnisse *Marcoens* wurden bestätigt. »Filiale Reife« ist demnach ein stabiles Konzept und sollte weiter auf ihre Relevanz für Pflegebeziehungen untersucht werden.

FILIALE REIFE ALS PRÄDIKTOR FÜR DAS BELASTUNGSERLEBEN ERWACHSENER KINDER VON DEMENZKRANKEN

Gerthild Stiens

Georg-August-Universität Göttingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Göttingen

In dieser Studie wurde untersucht, wie gut sich der Parameter »filiale Reife« als Prädiktor für das Belastungserleben erwachsener pflegender Kinder eignet.

Es wurden 61 erwachsene Kinder demenzkranker älterer Menschen untersucht. Eingesetzt wurden neben der Louvain Filial Maturity Scale zur Bestimmung der filialen Reife das Freiburger Persönlichkeitsinventar, die Symptom Check Liste, die NOSGER und das Zarit Burden Interview sowie der SIDAM und Mini-Mental Status Test zur Einschätzung der Schwere der Demenz.

Die Ausprägung der filialen Reife insgesamt hatte keinen Einfluss auf das Belastungsgefühl der Pflegenden. Eine höhere »elterliche Wertschätzung« reduzierte dieses Gefühl jedoch. Außerdem behielten erwachsene Kinder mit größerem »filialen Verantwortungsgefühl« trotz einem hohen Belastungsgefühl die ambulante Pflege länger aufrecht.

DIE PRAXIS DER KOMPETENZ-UNTERSUCHUNG BEI DEMENZ IN EUROPA: ERGEBNISSE EINER INITIATIVE DES EUROPEAN DEMENTIA CONSENSUS NETWORK (EDCON)

Gabriela Stoppe

Universitäre Psychiatrische Kliniken, Allgemeine Psychiatrie, Basel

Die definitionsgemäß bei Demenzen auftretende Störung der intellektuellen Fähigkeiten interferiert mit einer Reihe von rechtlich relevanten Entscheidungen. Diese umfassen die Regelung von finanziellen Angelegenheiten, das Erstellen von Testamenten, das Einverständnis in Diagnose, Therapie und zum Beispiel Heimeinweisung. Weitere Themen sind die Teilnahme an Forschung, die Erstellung von Vorabverfügungen und die Einschätzung der Fahrtauglichkeit. Empirische Daten sowohl zu Messinstrumenten als auch zu den Auswirkungen einer Rechtspraxis auf die Betroffenen und ihre Angehörigen sind bis heute kaum vorhanden. Gerade in Europa variiert die rechtliche Situation beträchtlich.

Im Rahmen des European Dementia Consensus Network (EDCON) bemühen wir uns um die Herstellung eines Konsenses. Dazu unternahmen wir eine Experten-Befragung. Die Ergebnisse der Antworten aus 17 europäischen Staaten wurden in einer Expertenkonferenz interdisziplinär diskutiert. Die Ergebnisse, sowohl was den Harmonisierungsbedarf als auch die Situation Deutschlands im Vergleich zu anderen europäischen Staaten betrifft, werden im Referat dargestellt.

NATURAL COURSE OF AGING-ASSOCIATED COGNITIVE DECLINE (AACD) IN A LONGITUDINAL POPULATION-BASED STUDY (ILSE): PRELIMINARY RESULTS OF THE THIRD WAVE

Pablo Toro

Universitätsklinik Heidelberg, Abt. Psychiatrie, Heidelberg

Objective: Little is known about prevalence and conversion from mild cognitive impairment (MCI) to dementia of older subjects.

Method: Within the population-based Interdisciplinary Longitudinal Study on Adult Development and Aging (ILSE), neuropsychological functioning was assessed in 500 subjects who were born during 1930 and 1932 in Heidelberg and Leipzig. The participants were carefully screened for physical and mental health in 1994 (t1), 1998 (t2) and are being re-examined since July 2005 (t3). All diagnoses were result of a consensus conference under supervision of senior consultant in old age psychiatry.

Results: Until now, 249 patients (121 females, 128 males) of the cohort have been examined in t3. Mean age was 62.4 ± 2.4 years at baseline, 66.7 ± 1.1 years at t2 and 73.9 ± 0.84 years at t3. At baseline, 13.4% of the subjects fulfilled the AACD criteria. In t2 AACD prevalence rates rose to 23.6% and in t3 to 26.1%. In t3 there were 11 (4.4%) patients who fulfilled the criteria for an Alzheimer's Disease (AD), and one (0.4%) for a Vascular Dementia (VaD).

Conclusions: AACD is a frequent condition in the general population. While AACD prevalence increased in the longitudinal course, a subgroup of the AACD patients developed AD.

DEMENTIA IN A SOMATIC HOSPITAL

Nina Weigelt

Düsseldorf

Objectives: The population of a somatic hospital was investigated concerning the quantity of patients suffering from dementia. Moreover, data was related to the local structure of services.

Methods: Patients had to be aged over 49 years. They did not have to suffer from any other psychiatric disorder and had to be willing to participate in the study protocol. All subjects fulfilling

the inclusion and exclusion criteria were recruited at the Department of Internal Medicine of the Hospital of Porz, Cologne. The inclusion period was from July to September of 2006. For staging of dementia the GDS, Global deterioration scale, was used. The TE4D, Test for the Early Detection of Dementia with Discrimination of Depression, was assessed to measure cognitive function and depressive mood. The social situation of the subjects was assessed with a questionnaire of the »Institut für Wohlfahrtspflege«.

Results: 593 Patients were tested, 174 of them suffered from dementia. Most patients suffering from severe dementia already came to hospital with a dementia diagnosis. 98% of the patients suffering from a beginning dementia had not yet been diagnosed until we tested them. 14 patients suffering from medium to severe dementia knew about their dementia/their relatives knew about it and 9 of them were integrated in the dementia care structures of their region.

Conclusions: The findings of the study are expected to allow an adequate planning of interventions for every grade of dementia in hospitals. We can see that neither every subject suffering from medium to severe dementia was integrated in the dementia care structures of the region nor hardly any patient suffering from beginning dementia. Many of the patients with beginning dementia recognized that they had problems with their memory and had already questioned their physician about it but were told that memory problems were common with people of their age. Thus, the data allow to draw the conclusion that a hospital is an important place to bring patients into a services structure for dementia.

QUANTITATIVES EEG UND KOHÄRENZANALYSEN BEI ALZHEIMER-PATIENTEN

Tina Wildmoser, Stephan Walther, Christoph Mundt, Matthias Weisbrod, Christine Thomas

¹Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinik für allgemeine Psychiatrie, Experimentelle Psychopathologie, Heidelberg

In der Diagnostik der Alzheimer Demenz sind neurophysiologische Untersuchungsmethoden von besonderer Bedeutung, da sie in empfindlicher Weise die neuronale Aktivität reflektieren und zudem nichtinvasiv und kostengünstig sind. Das Ziel dieser retrospektiven Studie ist die Beurteilung von QEEG- und Kohärenzanalysen zur Alzheimer Demenz-Diagnostik. Klinische EEGs von 52 Alzheimer-Patienten (Alter $75,5 \pm 7$ J., MMSE $19,8 \pm 6,3$ P.) und 16 gesunden Kontrollprobanden (Alter $72,4 \pm 7$ J., MMSE $29,4 \pm 0,6$ P.) wurden hinsichtlich Gruppenunterschieden, Schweregrad der Erkrankung und ACHE-Hemmer-Therapie mittels FFT analysiert. In Relation zur Normgruppe zeigt sich bei den Patienten eine signifikante Zunahme der relativen Theta Power und eine Abnahme der kortiko-kortikalen Alpha-Kohärenz entlang des Fasc. longitudinalis bds. Als weitere signifikante Parameter eignen sich die Ratio Alpha/Theta und Alpha/Theta + Delta Power zur Diskrimination. Die Theta Power korreliert mit dem Schweregrad der Erkrankung (MMSE). Ein ACHE-Hemmereffekt macht sich in einer reduzierten Theta Power bemerkbar.

Fazit: QEEG-Parameter bilden den Schweregrad der Alzheimer Demenz ab und eignen sich im Verlauf der Erkrankung zum Therapiemonitoring. Die beidseitige Reduktion der Alpha-Kohärenz weist auf eine Netzwerkstörung hin.

Vorsitzende und Referenten

Adler, Georg, Prof. Dr. med.
ISPG Institut für Studien und Psych. Gesundheit
Friedrichsplatz 12, 68165 Mannheim

Angerhausen, Susanne, Dr. phil.
Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH
Loher Str. 7, 42283 Wuppertal

Bäurle, Peter, Dr. med.
Psych. Klinik Münsterlingen
Kanton Turgau, 8596 Münsterlingen, Schweiz

Ballmaier, Martina, Dr. med.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité – Universitäts-
medizin Berlin, CBF
Eschenallee 3, 14050 Berlin

Bartholomeycik, Sabine, Prof. Dr. rer. pol. habil.
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
Fakultät für Medizin Institut für Pflegewissenschaft
Stockumer Str. 12, 58453 Witten

Baum, Sebastian
Institut für pharmazeutische und medizinische Chemie –
Klinische Pharmazie
Hittorfstraße 58-62, 48149 Münster

Besselmann, Klaus, Dipl. Volkswirt
Kuratorium Deutsche Altershilfe Soziales und Pflege
An der Pauluskirche 3, 50677 Köln

Bickel, Horst, Dr. Dipl. Psych.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Klinikums rechts der Isar
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Blitz, Erika, Dipl. Psych.
Klinikum Warendorff Zentrum für Gerontopsychiatrie
und Psychotherapie
Gartenstraße 19, 30161, Hannover

Bohlken, Jens, Dr. med.
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Psychotherapie Demenz Referat des BVDN
Klosterstr. 34, 13581 Berlin

Brähler, Elmar, Prof. Dr. rer. biol. hum. habil.
Universitätsklinikum Leipzig
Selbst. Abt. für Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie
Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

Bredthauer, Doris, Prof. Dr. med.
Fachhochschule Frankfurt Soziale Arbeit u. Gesundheit
Gleimstr. 3 – Gebäude 10, 60318 Frankfurt/M.

Brucker, Uwe, M.A.
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
(MDS)
Lützwowstrasse 53, 45141 Essen

Buchholz, Herbert, Dipl. Psych.
SHG-Klinik Sonnenberg Gerontopsychiatrie
Sonnenbergstr. 1, 66119 Saarbrücken

Buck, Esther
Ludwig-Noll-Krankenhaus
Denhäuserstr. 156, 34134 Kassel

Dettbarn-Reggentin, Jürgen, Dipl.-Ing.
ISGOS GbR
Knesebeckstr. 89, 10623 Berlin

Diefenbacher, Albert, Prof. Dr. med.
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH
Herzbergstr. 79, 10365 Berlin

Drach, Lutz M., Dr. med.
HELIOS-Kliniken Schwerin Carl-Friedrich-Flemming-Klinik
Wismarsche Str. 393-397, 19055 Schwerin

Dykieriek, Petra, Dr. phil.
Uniklinik Freiburg Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstr. 5, 79104 Freiburg

Ehret, Sonja, Dipl. Gerontologin
Universität Heidelberg, Institut für Gerontologie
Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg

Fehrenbach, Rosa Adelinde, Dr. med.
SHG-Klinik Sonnenberg Gerontopsychiatrie
Sonnenbergstr. 1, 66119 Saarbrücken

Förstl, Hans, Prof. Dr. med.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Klinikums rechts der Isar
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Frölich, Lutz, Prof. Dr. med.
ZI Mannheim, Abt. für Gerontopsychiatrie
J 5, 68159 Mannheim

Gerwe, Martin, Dr. med.
Janssen-Cilag GmbH, Medizinischer Fachbereich ZNS
Raiffeisenstraße 8, 41470 Neuss

Geyer, Dieter, Dr. med.
Fachklinik Fredeburg und Holthäuser Mühle
Zu den drei Buchen 1, 57392 Schmallenberg

Grass-Kapanke, Brigitte, Dr. Psych.
Rheinische Kliniken, Psych. Klinik
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf

Greve, Werner, Prof. Dr. rer. nat.
Universität Hildesheim, Institut für Psychologie
Marienburger Platz 22, 31141 Hildesheim

Gurlit, Simone, Dr. med.
St. Franziskus-Hospital Anästhesie
Hohenzollernring 72, 48145 Münster

Haberstroh, Julia, Dipl. Psych.
Technische Universität Darmstadt, AG Pädagogische Psychologie
Alexanderstraße 10, 64283 Darmstadt

Hallauer, Johannes, PD Dr. med. habil.
Landesamt für Gesundheit und Soziales
Erich-Schlesinger-Straße 35, 18059 Rostock

Hamborg, Martin, Dipl. Psych.
Kieler Servicehäuser der AWO
Vaasastr. 2, 24109 Kiel

Hamann-Roth, Matthias, Dr. med.
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Deisterstraße 13, 30449 Hannover

Haupt, Martin, PD Dr. med.
Schwerpunktpraxis Hirnleistungsstörungen
Hohenzollernstr. 5, 40211 Düsseldorf

Hegerl, Ulrich, Prof. Dr. med.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Universitätsklinikum Leipzig
Johannisallee 20, 04317 Leipzig

Heinrich, Tilman, Dr. rer. nat. Dr. med.
Medizinische Universitätsklinik und Poliklinik
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg

Helmchen, Hanfried, Prof. Dr. med.
Charité – Med. Universität Berlin
Campus Benjamin Franklin
Eschenallee 3, 14050 Berlin

Herda, Christoph, Dr. Dr. med.
Klinikum Kassel Ludwig-Noll-Krankenhaus
Denhäuserstr. 156, 34134 Kassel

Herold, Kathrin, Dipl. Psych.
Abteilung für Gerontopsychiatrie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Universität Heidelberg
J 5, 68159 Mannheim

Hewer, Walter, PD Dr. med.
Vincentz von Paul Hospital GmbH
Schwenninger Str. 55, 78628 Rottweil

Hirsch, Rolf D., Prof. Dr. phil. Dr. med.
Rheinische Kliniken Abt. für Gerontopsychiatrie
Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn

Höft, Barbara, Dr. med.
Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Institutsambulanz
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf

Ibach, Bernd, PD Dr. med.
Janssen-Cilag GmbH, Medizinischer Fachbereich ZNS
Raiffeisenstraße 8, 41470 Neuss

Ihl, Ralf, Prof. Dr. med.
Alexianer Krankenhaus
Kölner Str. 64, 51149 Köln

Jessen, Frank, PD Dr. med.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität
Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

Johannsen, Johannes, Dr. med.
Rheinische Kliniken Köln, Gerontopsychiatrie
Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln

Kaiser, Peter, Dr. Dr. med.
ZfP Winnenden Klinik für Alterspsychiatrie und -psychotherapie
Schlossstr. 5, 71364 Winnenden

Kastner, Ulrich, Dr. med.
Gerontopsychiatrisches Zentrum Bonn
Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn

Kern, Sylvia
Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e.V.
Geschäftsführung
Hohe Straße 18, 70174 Stuttgart

Kipp, Johannes, Dr. med.
Klinikum Kassel Ludwig-Noll-Krankenhaus
Denhäuserstr. 156, 34134 Kassel

Kirchen-Peters, Sabine, Dipl.-Soz.
Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken

Kleinstück, Stefan
Demenz-Servicezentrum für die Region Köln und südl. Rhein-
land
Kölner Str. 64, 51149 Köln

Klemm, Michael, Dr. med.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel
Paulusstr. 21, 33602 Bielefeld

Knorr, Carolin, Dipl. Psych.
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5, 68159 Mannheim

Kopf, Daniel, PD Dr. med.
Internistischer Konsiliardienst und Abt. für Gerontopsych.
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5, 68159 Mannheim

Kountouris, Dimitrios, Prof. Dr.
Neurological Diagnostic Center
115 28, Athens, Greece

Laackmann, Sabine, Dr. med.
Westfälische Klinik Münster
Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30, 48147 Münster

Laireiter, Anton-Rupert, Dr. phil. Ass.-Prof.
Fachbereich Psychologie, Universität Salzburg
Klinische Psychologie & Psychotherapie
Hellbrunnerstraße 34, 5020 Salzburg, Austria

Landin, Julia
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5, 68159 Mannheim

- Lemme, Roswitha
Caritasverband Heidelberg e.V.
Seniorenzentrum Ziegelhausen
Brahmsstr. 6, 69118 Heidelberg
- Lindemann, Beate, Dr. med.
Robert Bosch-Krankenhaus
Auerbachstraße 110, 70376 Stuttgart
- Lindemann, Volker
VGT Vormundschaftsgerichtstag e.V.
Kurt-Schumacher-Platz 9, 44787 Bochum
- Mahlberg, Richard, Dr. med.
Charité – Universitätsmedizin Berlin PUK Charité im SHK
Turmstr. 21, 10559 Berlin
- Matura, Silke, Dipl. Psych.
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität
Heinrich-Hoffmann Str. 10, 60528 Frankfurt am Main
- Morawetz, Carmen, Dipl. Psych. Dr.
Geriatrisches Zentrum am Universitätsklinikum Tübingen
Tagesklinik Wielandshöhe
Stauffenberg Str. 10, 72074 Tübingen
- Müller-Thomsen, Tomas, Dr. med.
PK Häcklingen/Uelzen Ambulanz
Am Wischfeld, 21335 Lüneburg
- Muth, Kathrin, Dipl. Biologin
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des
Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt
- Niemann-Mirmehdi, Mechthild, Dipl. Soz.-Päd.
Psych. Universitätsklinik der Charité
Turmstr. 21, 10559 Berlin
- Nißle, Klaus, Dr. med.
Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren Gerontopsych. Zentrum
Kemnater Str. 16, 87600 Kaufbeuren
- Noelle, Ruediger, Diakon
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel Evangelisches
Krankenhaus Bielefeld
Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld
- Oster, Peter, Prof. Dr. med.
Bethanien Krankenhaus Heidelberg Geriatrisches Zentrum am
Klinikum der Universität
Rohrbacherstr. 149, 69126 Heidelberg
- Oswald, Frank, PD Dr. phil.
Universität Heidelberg Psychologisches Institut
Abteilung für Psychologische Altersforschung
Bergheimer Strasse 20, 69115 Heidelberg
- Oswald, Wolf D., Prof. Dr. med.
Universität Erlangen-Nürnberg Institut für Psychogerontologie
Wallensteinstrasse 61-63, 90431 Nürnberg
- Peters, Oliver, Dr. med.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité – Universitäts-
medizin Berlin, CBF
Eschenallee 3, 14050 Berlin
- Perneczky, Robert, Dr. med.
Klinikum rechts der Isar der TU München
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Kognitive Störungen
Ismaninger Str. 22, 81675 München
- Pfisterer, Mathias H.-D., Dr. med.
Bethanien-Krankenhaus Geriatrisches Zentrum
Rohrbacherstr. 149, 69126 Heidelberg
- Pilatus, Ulrich, Dr. rer. nat.
JW-Goethe Universität Frankfurt
Institut für Neuroradiologie
Schleusenweg 2-16, 60528 Frankfurt
- Rapp, Michael, Dr. med. Dr. phil.
Klinik für Psychiatrie Charité Campus Mitte
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
- Reischies, Friedel M., Prof. Dr. med.
Charité UMB GPVA
Eschenallee 3, 14050 Berlin
- Richert, Annette
Krankenhaus Hedwigshöhe
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Höhensteig 1, 12526 Berlin
- Richter, Gabriel, Dr. med.
Oberarzt Gerontopsychiatrie Zentrum für Psychiatrie
Neubronnstr. 25, 79312 Emmendingen
- Romero, Barbara, Dr. phil.
Neurologische Klinik, Alzheimer Therapiezentrum
Kolbermoorerstr. 72, 83043 Bad Aibling
- Rott, Christoph, Dr. phil.
Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg
Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg
- Schaefer, Jacques-Emmanuel, Dr. med.
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Osianderstr. 24, 72076 Tübingen
- Schäufele, Martina, Dr. sc. hum.
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5, 68159 Mannheim
- Scheib, Antonia, Dipl. Sozialpädagogin
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5, 68159 Mannheim
- Schicker, Andrea, Dipl. Psych.
Abteilung für Psychologische Altersforschung
Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg
- Schmitt, Marina, Dr. phil.
Abteilung für Psychologische Altersforschung
Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg
- Schönhoff, Gilbert
VITA e.V., Berlin Zentrale Verwaltung
Genter Straße 63, 13353 Berlin

Schönknecht, Peter, Dr. med.
Psychiatrische Klinik Sektion gerontopsychiatrische Forschung
Voßstr. 4, 69115 Heidelberg

Schröder, Stefan, PD Dr. med.
Westfälisches Zentrum Bochum
Alexandrinenstr. 1, 44791 Bochum

Seidl, Ulrich, Prof. Dr. med.
Psych. Universitätsklinik Sektion für Gerontopsychiatrie
Voßstr. 4, 69115 Heidelberg

Stien, Jochen, Dipl. Psych.
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5, 68159 Mannheim

Stiens, Gerthild, Dr. med.
Gedächtnisambulanz Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Göttingen
Von-Siebold-Straße 5, 37075 Göttingen

Stoppe, Gabriela, Prof. Dr. med.
Universitäre Psych. Kliniken
Wilhelm-Klein-Str. 27, 4025 Basel, Schweiz

Struwe, Burkhard, Dr. med.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen
Landgraf-Philipp-Str. 9, 34308 Bad Emstal

Supprian, Tillmann, PD Dr. med.
Rheinische Kliniken Psychiatrische Klinik
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf

Teising, Martin, Prof. Dr. phil.
FH Frankfurt FB 04
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt

Tenter, Jochen, Dr. med.
Zentrum für Psychiatrie DIE WEISSENAU
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg

Terner, Brigitte, Dipl. Psych.
HELIOS-Kliniken Schwerin Carl-Friedrich-Flemming-Klinik
Wismarsche Str. 393, 19049 Schwerin

Thomas, Christine, Dr. med.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Bethel Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
Bethesdaeweg 12, 33617 Bielefeld

Töpper, Max, Dipl. Psych.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel Evangelisches
Krankenhaus Bielefeld
Bethesdaeweg 12, 33617 Bielefeld

Toro, Pablo, Dr. med.
Universitätsklinik Heidelberg Psychiatrie
Voßstr. 4, 69115 Heidelberg

Trenkwalder, Claudia, Prof. Dr. med.
Paracelsus-Elena-Klinik
Klinikstr. 16, 34128 Kassel

von der Stein, Bertram, Dr. med.
Facharzt für psychotherapeutische Medizin
Quettinghofstr.10, 50769 Köln

Voss, Elke, Dr. phil.
Abteilung für Psychologische Altersforschung
Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg

Wächtler, Claus, Dr.
Klinikum Nord V, Abt. f. Psychiatrie und Psychotherapie
Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg

Wahl, Hans-Werner, Prof. Dr. phil.
Abteilung für Psychologische Altersforschung
Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg

Wancata, Johannes, Prof. Dr.
Universitätsklinik für Psychiatrie
Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich

Weigelt, Nina
Gustav-Poensgenstr. 19, 40215 Düsseldorf

Weyerer, Siegfried, Prof. Dr. phil.
Zentralinstitut für seelische Gesundheit
J5, 68159 Mannheim

Welz, Sabine, Dipl. Psych.
Universität Tübingen
Christophstr. 2, 72072 Tübingen

Wiedemann, Elfie, Dipl. Psych.
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Sektion für Gerontopsychiatrische Forschung
Voßstr. 4, 69115 Heidelberg

Wildmoser, Tina
Haagweg 7, 67433 Neustadt

Wittmis, Sonja, Dipl. Psych.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel Evangelisches
Krankenhaus Bielefeld
Bethesdaeweg 12, 33617 Bielefeld

Wolfersdorf, Manfred, Prof. Dr. med.
BKH Bayreuth Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Nordring 2, 95445 Bayreuth

Wolter, Dirk K., Dr. med.
Westf. Klinik Münster
Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30, 48147 Münster

Zank, Susanne, Prof. Dr. psych.
Universität Siegen, Lehrstuhl für Klinische Psychologie
Adolf-Reichwein-Str. 2, 57076 Siegen

Zieschang, Tania, Dr. med.
Bethanien Krankenhaus Heidelberg Geriatriisches Zentrum am
Klinikum der Universität
Rohrbacherstr. 149, 69126 Heidelberg

Zimmer, Bernd
Facharzt für Allgemeinmedizin Klinische Geriatrie, Geriatrie,
Rehabilitationswesen
Nevigserstr. 139, 42113 Wuppertal

Interdisziplinäre Zeitschrift für die Nervenheilkunde des Alters

NEUROGERIATRIE

Akutmedizin | Rehabilitation | Prävention

Herausgeber

PD Dr. H. F. Durwen

Klinik für Akutgeriatrie
St. Martinus Krankenhaus
Gladbacher Str. 26
40219 Düsseldorf
H.Durwen@martinus-duesseldorf.de

PD Dr. P. Calabrese

Ruhr Universität Bochum
Knappschaftskrankenhaus
In der Schornau 23-25
44892 Bochum
pasquale.calabrese@ruhr-uni-bochum.de

Editorial Board

H. H. Abholz, Düsseldorf

B. Baumgarte, Gummersbach

P. Bülow, Waldbreitbach

P. Dal-Bianco, Wien

A. Danek, München

J. Fischer, Norderney

H. Förstl, München

J. Fritze, Pulheim

L. Frölich, Mannheim

I. Füsgen, Wuppertal

W. Gehlen, Bochum

G. Goldenberg, München

B. Grubeck-Loebenstein, Innsbruck

H. Gutzmann, Berlin

J. F. Hallauer, Berlin

R. Hardt, Mainz

H. P. Hartung, Düsseldorf

M. Haupt, Düsseldorf

R. D. Hirsch, Bonn

H. Hummelsheim, Leipzig

R. Ihl, Düsseldorf

W. Jost, Wiesbaden

J. Kessler, Köln

J. Klosterkötter, Köln

J. Kohler, Emmendingen

G. Krämer, Zürich

M. Kutzner, Bad Segeberg

D. B. Linke, Bonn †

H. J. Markowitsch, Bielefeld

K. H. Maurer, Frankfurt

K. H. Mauritz, Berlin

A.-K. Meyer, Hamburg

A. Monsch, Basel

W. E. Müller, Frankfurt

W. D. Oswald, Erlangen

H. Reichmann, Dresden

M. Seidel, Bielefeld

J. Staedt, Berlin

H. Staehelin, Basel

Th. Stamm, Heide

H. Stefan, Erlangen

E. Steinhagen-Thiessen, Berlin

C. W. Wallech, Magdeburg

A. Wolf, Ulm

Impressum

NEUROGERIATRIE

ISSN 1613-0146 | 4. Jahrgang | Februar 2007

NeuroGeriatric vermittelt neueste Erkenntnisse zu altersassoziierten neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbildern sowie aktuelles geriatrisches Fachwissen.

Verlag

Hippocampus Verlag KG
PF 13 68, D-53583 Bad Honnef
fon: 02224.919480
fax: 02224.919482
verlag@hippocampus.de
www.hippocampus.de

Schriftleitung

Prof. Dr. P. Bülow, Waldbreitbach

Redaktion

B. Bülow (verantwortlich), Dr. C. Brors, D. Fernholz
Artikel, die mit den Namen oder den Initialen der Verfasser gekennzeichnet sind, geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder.

Marketing

Sonderproduktionen: dagmar.fernholz@hippocampus.de
Anzeigen: anja.pielhau@hippocampus.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 3 vom 1.1.2006

Herstellung

Satz und Layout: Regine Becker
Titelbild: www.photocase.de
Druck: TZ Verlag & Print GmbH, Roßdorf

Erscheinungsweise

NeuroGeriatric erscheint vierteljährlich
€ 96,- jährlich im Abonnement
€ 72,- ermäßigtes Abonnement
€ 28,- Einzelheft
Das Abonnement ist jederzeit kündbar.
Information: sylvia.reuter@hippocampus.de

Allgemeine Hinweise

Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren. Die Zeitschrift sowie alle in ihr ent-

haltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

This journal is regularly listed in PSYINDEX

© 2007 HIPPOCAMPUS VERLAG