

Interdisziplinäre Zeitschrift für die Nervenheilkunde des Alters

NEUROGERIATRIE

Akutmedizin | Rehabilitation | Prävention



XII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)

Gerontopsychiatrie 2015 –
Multiprofessionell
Denken und Handeln!

Essen, 04. – 06. März 2015

Wissenschaftliches Programm
Abstracts der Vorträge und Poster





Maria-Dorothea Heidler

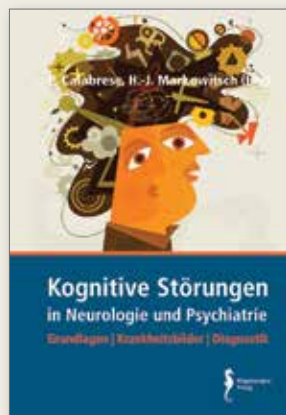
DAS ARBEITSGEDÄCHTNIS

**Ein Überblick für Sprachtherapeuten,
Linguisten und Pädagogen**

Hippocampus Verlag,
Bad Honnef 2013
broschiert, 252 S., € 34,95
ISBN 978-3-936817-91-1

Das Arbeitsgedächtnis als Fähigkeit, mehrere aktuell relevante Informationen in einem abrufbaren Zustand zu halten, ist die Basis nahezu aller komplexen geistigen Prozesse. Da es eine Schlüsselrolle bei Fähigkeiten wie Sprachverarbeitung, Kopfrechnen oder Problemlösen spielt, wurden in den letzten Jahren zahlreiche Hypothesen aufgestellt, um die Funktionsweise dieses „arbeitenden Gedächtnisses“ zu erklären. Viele dieser Theorien werden hier dargestellt – unter ihnen das mittlerweile klassische Mehrkomponentenmodell von Baddeley & Hitch und seine Weiterentwicklungen in den letzten vierzig Jahren. Aber auch alternative Modelle werden vorgestellt, die das Arbeitsgedächtnis entweder im Hinblick auf seine Struktur oder seine Funktion zu beschreiben versuchen. Im Fokus des Buches steht das verbale Arbeitsgedächtnis – Zielgruppe sind daher alle Therapeuten und Pädagogen, die sich mit der Theorie, Diagnostik und Therapie von Sprachverarbeitung beschäftigen. Ihnen wird ein umfassender Überblick zu normalen und gestörten Arbeitsgedächtnisfunktionen im Kindes- und Erwachsenenalter, zu den Auswirkungen eines gestörten Arbeitsgedächtnisses auf Sprachverarbeitungsprozesse sowie zu den Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten gegeben.

Bestellung im Buchhandel oder unter www.hippocampus.de



P. Calabrese, H. Markowitsch (Hg.)

Kognitive Störungen in Neurologie und Psychiatrie

Grundlagen | Krankheitsbilder | Diagnostik

Hippocampus Verlag,
Bad Honnef 2013
broschiert, 252 S., € 39,95
ISBN 978-3-936817-93-5

Fast alle neuropsychiatrischen Erkrankungen gehen auch mit neurokognitiven Störungen einher, also Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins, des Gedächtnisses, des komplexen räumlichen Sehens, der Sprache oder von Exekutivfunktionen wie Problemlösen, Planen und Verhaltenssteuerung. Im vorliegenden Buch beschreiben ausgewiesene Experten aus verschiedenen Fachrichtungen in jeweils einzelnen Kapiteln die kognitive Symptomatik bei neurologischen (Demenz, Multiple Sklerose, Epilepsie, Schädelhirntrauma, Schlaganfall und Restless Legs Syndrom) sowie psychiatrischen Krankheitsbildern (Schizophrenie, ADHS, affektiven Störungen, Alkoholsucht, Angst- und Zwangsstörungen, dissoziativen Störungen, Schlafstörungen). Dabei wird besonders auch auf die Diagnostik neuropsychologischer Störungen bei den einzelnen Erkrankungen eingegangen. Jeweils eigene Kapitel sind den modernen bildgebenden Verfahren wie Magnetresonanztomographie und Positronenemissionstomographie gewidmet, die sowohl in der strukturellen als auch in der funktionellen Diagnostik kognitiver Störungen zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Bestellung im Buchhandel oder unter www.hippocampus.de



Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Lebenserwartung steigt in Deutschland um 5–6 Stunden pro Tag. Der Demographische Wandel ist ein ausnehmend dynamisches Geschehen, das nicht zuletzt die Psychiatrie berührt. Er ist zudem auch bereits in den Kliniken und Einrichtungen spürbar: Es fehlt an Personal, gerade für die wachsende Zahl älterer Patienten. Doch das, was wir zurzeit erleben, ist nur ein Wetterleuchten im Vergleich zu dem, was schon in wenigen Jahren auf uns zukommen wird. Das Statistische Bundesamt rechnet für 2025 mit etwa 152.000 fehlenden Pflegekräften, PriceWaterhouseCoopers bis 2030 mit 950.000 fehlenden Fachkräften in Gesundheit und Pflege insgesamt. Parallel dazu verändert sich der wichtigste Pflegedienst in unserem Land, die Familie. Die individuelle Mobilität steigt, die Zahl der Einpersonenhaushalte nimmt zu. Verschärft wird diese Entwicklung durch den starken Geburtenrückgang. Damit fehlen nicht nur Einzahler in die Sozialsysteme, es können sich auch immer weniger Jüngere um die älteren Pflegebedürftigen kümmern. Allein die Zahl der Demenzkranken wird sich bis 2050 mehr als verdoppeln. Wer versorgt diese Patienten dann medizinisch und pflegerisch?

Darauf brauchen wir eine Antwort. Dafür müssen kluge und auf Fakten basierende Lösungen gefunden werden. Nach dem Konsensus-Statement der Weltgesundheitsorganisation und des Weltverbands der Psychiater ist eine kompetente Gerontopsychiatrie und -psychotherapie angesichts dieser Entwicklung unverzichtbar und nicht durch andere Fachgebiete, etwa die Geriatrie, oder die allgemeinpsychiatrische Kompetenz zu ersetzen. Seit Jahrzehnten liebevoll gepflegte Vorurteile über die Segnungen einer altersblinden psychiatrischen Versorgung werden es nicht richten.

Ohne gerontopsychiatrische Kompetenzen ist die Zukunft nicht zu bewältigen. Zu diesen zählen neben der erfahrungsbasierten Expertise hinsichtlich evidenzbasierter therapeutischer pharmakologischer und nichtpharmakologischer Interventionen ebenso die Fähigkeit, (Alltags-)Kompetenz verlässlich einzuschätzen. Unverzichtbar ist das Wissen um die Erfassung und ätiologische Zuordnung kognitiver Einbußen ebenso wie die Kompetenz bei der systemischen Bewertung familiärer Interaktionen. Ohne die Expertise hinsichtlich der Gestaltung multiprofessioneller Teams ist eine kompetente gerontopsychiatrische Versorgung ebenso wenig denkbar wie ohne die Expertise bei der Bewertung der vielfältigen rechtlichen Fragestellungen. Nicht zuletzt sollten uns gute Kenntnisse der jüngeren deutschen Geschichte auszeichnen, um individuellen biographischen Besonderheiten ebenso gerecht werden zu können wie Kohorteneffekten.

Viele dieser Kompetenzen sind nicht exklusiv bei der Gerontopsychiatrie zu verorten, in ihrer Summe stellen sie allerdings ein Alleinstellungsmerkmal dar. Dies besonders angesichts des Umstands, dass der »gerontopsychiatrische Regelfall« oft alle diese Fähigkeiten in ihrer Summe erfordert.

Was in den USA und Kanada, in Australien und Neuseeland, in Großbritannien und Irland, in Norwegen und der

Schweiz, um nur einige Länder mit gerontopsychiatrischen Schwerpunkten zu nennen, zum Teil seit Jahrzehnten akzeptiert ist und sich bewährt

hat, sollte auch in Deutschland endlich Wirklichkeit werden. Hier warten wir noch immer auf nachhaltige Unterstützung durch unsere Muttergesellschaft DGPPN. Wir möchten der Sorge entgegentreten, dass ein Schwerpunkt Gerontopsychiatrie eine Zersplitterung des Mutterfachs Psychiatrie bedeuten würde. Wir sind vielmehr der Auffassung, dass durch eine solche Schwerpunktbildung eine Abwehr der Erosion unserer Kernbereiche durch Nachbarfächer besser gelingen könnte. Gerade die Geriater brauchen nach aller Erfahrung gerontopsychiatrische Spezialisten als kollegiales Gegenüber – und nicht so sehr Allgemeinpsychiater mit nur geringer gerontopsychiatrischer Kompetenz.

Gelebte Fachkompetenz im multiprofessionellen Team wird sich als ein Weg erweisen, die vielfältigen medizinischen und pflegerischen Herausforderungen der Zukunft einer alternden Gesellschaft zu meistern. Mit großer Sorge betrachten wir deshalb die von der großen Koalition geplante Einführung der sogenannten generalistischen Pflegeausbildung, die die Abschaffung von Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege in ihrer bisherigen Form vorsieht. Dieses Vorhaben ist umso unverständlicher, als Deutschland mit dem Altenpflegeberuf und seinen differenzierten Curricula schon vor Jahren ein Modell geschaffen hatte, das inzwischen weltweit von Fachleuten als vorbildlich angesehen wird.

Auf der anderen Seite brauchen wir neben den speziellen sozialpflegerischen Kompetenzen der Altenpflege die erprobte Fachkompetenz der Krankenpflege. Ein Pflegegeneralist, der wie bisher drei Jahre ausgebildet wird, sich allerdings in dieser Zeit Kompetenzen in allen drei bisher getrennten Ausbildungsberufen aneignen soll, kann zwangsläufig auch nicht annähernd die jetzt im einzelnen Berufsfeld geforderten Kenntnisse und Erfahrungen erwerben. Aus unserer Sicht werden alle – Krankenhäuser, Heime und besonders die Patienten – verlieren, wenn die generalistische Pflegeausbildung umgesetzt werden sollte.

Der XII. Kongress der DGGPP unter dem Motto »Gerontopsychiatrie 2015: Multiprofessionell Denken und Handeln!« belegt ein weiteres Mal mit seinem breiten Themenspektrum, dass die Gerontopsychiatrie im Austausch mit und Respekt vor den anderen Professionen allein in der Zusammenarbeit eine Chance zur Lösung der anstehenden Probleme sieht.



Hans Gutzmann

Prof. Dr. Hans Gutzmann
Präsident der DGGPP

Wissenschaftliches Programm

Donnerstag, den 05. März 2015

- 08.30 – 9.15 Uhr **Plenum 1 »Herausforderung multiprofessionelle regionale Versorgung für Menschen mit Demenz: neue Qualifikationen, neue Arbeitsteilung«**
Wolfgang Hoffmann, Greifswald
- 09.30 – 11.00 Uhr **DEM1: Fahreignung im Alter und bei beginnender Demenz**
- Verpflichtende Fahreignungsuntersuchungen für ältere Autofahrer?
Europäische Regelungen im Vergleich**
Sonja Haustein, DK-Kopenhagen
- Fahreignung älterer Autofahrer – Möglichkeiten und Grenzen der Kompensation**
Michael Falkenstein, Dortmund/Bochum
- Psychopharmaka und Fahrtüchtigkeit im Alter**
Alexander Brunnauer, Wasserburg a. Inn
- Beratung zur Fahreignung in der Gedächtnissprechstunde –
Erfahrungen mit strukturiertem, individualisiertem Konsensusprozess**
Stefan Spannhorst, Bielefeld
- VERS1: Interdisziplinarität konkret**
- Interdisziplinarität konkret – Der Demenzkoordinator im Allgemeinkrankenhaus**
Bernd Meißnest, Gütersloh
- Prävention und Behandlung älterer Patienten mit Delir auf chirurgischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus –
ist eine gerontopsychiatrische Liaisonpflege hilfreich?**
Torsten Kratz, Berlin
- Stationäre Entgiftung von Alkohol in der gerontopsychiatrischen Klinik**
Andreas Raether, Winnenden
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Zentrum für Altersmedizin (ZAM) des LWL-Klinikum Gütersloh**
Bernd Meißnest, Gütersloh
- VARIA1: Psychotherapie im Alter**
- »Alte Wunden« – Zum Umgang mit wunden Punkten in der Psychotherapie**
Petra Dykieriek, Freiburg
- Transkulturelle gerontopsychiatrische Ambulanz**
Ahmad Bransi, Detmold
- Chancen und Visionen für ältere Menschen – Systemische Impulse für Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie**
Thomas Friedrich-Hett, Herten
- 11.15 – 12.45 Uhr **DEM2: Demenz-Update: Krankheitsmodifizierende Therapien**
- Beta-Amyloid-orientierte Therapien der Alzheimer-Demenz**
Timo Grimmer, München
- Tau-Protein-orientierte Therapien der Alzheimer-Demenz**
Georg Adler, Mannheim

VERS2: Versorgungsgestaltung durch Soziale Arbeit**Den Alltag meistern: Herausforderungen annehmen!**

Susanne Schäfer-Walkmann, Stuttgart

Der neue Pflegebegriff und seine Bedeutung für die Versorgung Demenzkranker

Waltraud Hannes, Stuttgart

Initiativen in der Pflegeberatung. Fachliche Ausgestaltung und Weiterentwicklung in einer Kranken- und Pflegekasse

Katrín Török, Stuttgart

Qualitätssteigerung durch maßgeschneiderte Dokumentation: Evidenzbasierte Versorgungs- und Hilfeplanung im Sozialen Dienst einer Krankenkasse

Alessa Peitz, Stuttgart

Den Alltag meistern: Potenzial entfalten!

Susanne Schäfer-Walkmann, Stuttgart

VARIA2: Depression im Alter**Therapeutische Optionen bei Depression**

Vjera Holthoff-Detto, Berlin

Botulinumtoxin – Ein neuer Wirkstoff in der Behandlung der Depression

M. Axel Wollmer, Hamburg

Depression und Suizidalität im Alter – therapeutische und präventive Aspekte

Claus Wächtler, Hamburg

14,30 – 16.00 Uhr

DEM3: Demenz – Erwartungen (nicht nur) an das Gesundheits- und Pflegesystem**Demenz – was kann die Politik und was können wir alle tun?**

Sabine Jansen, Berlin

Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Winfried Teschauer, Berlin

Mit Demenz im Pflegeheim

Heike von Lützu-Hohlbein, München

VERS3: Aktuelle Konzepte gerontopsychiatrischer Versorgung**Brennpunkte außerstationäre Gerontopsychiatrie: das Grazer gerontopsychiatrische Modell**

Günter Klug, A-Graz

»Wirken« Versorgungsnetzwerke? – Ein Beitrag zur Hypothesenbildung

Ralf Ihl, Krefeld

Nachhaltigkeit sichern in Demenznetzwerken – das Düsseldorfer Modell

Barbara Höft, Düsseldorf

Telemedizin in der gerontopsychiatrischen Behandlung: aktuelle Übersicht

Vjera Holthoff-Detto, Berlin

VARIA3: Palliativmedizin**Todeswunsch in der Palliativmedizin**

Raymond Volz, Köln

»Dignity Therapy« – Zur Steigerung des Würdeempfindens bei Palliativpatienten

Sandra Mai, Mainz

Selbstbestimmung am Lebensende von Menschen mit Demenz – eine medizinische Perspektive

Jakov Gather, Bochum

16.15–17.45 Uhr

DEM4: Therapie neu denken**Tagesstrukturierende körperliche Aktivierung in der klinischen gerontopsychiatrischen Demenzversorgung – das Trainingskarussell: Trainingsprogramm und erste RCT-Ergebnisse**

Tim Fleiner, Köln

»Man kann so schön in Erinnerungen schwelgen ...«**Zur Wirkung des Musikhörens auf das emotionale Erleben Demenzbetroffener**

Karsten Kiewitt, Potsdam

TiDe – Theater in der Pflege von Menschen mit Demenz

Stefanie Seeling, Lingen

Entlastung und Entwicklung bei Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen durch Musiktherapie

Inga Auch-Johannes, Hamburg

Bewegung in der Gerontopsychiatrie – Was hilft wie und warum?

Michael Rapp, Potsdam

VERS4: Sucht im Alter**Elderly-Therapiestudie zur Behandlung von älteren Personen mit Alkoholkonsumstörungen**

Gerhard Bühringer, Dresden/München

Von der herkömmlichen Suchtbehandlung zur gerontosuchtmedizinischen Rehabilitation

Dieter Geyer, Bad Fredeburg

Die Entwicklung eines manualisierten Pflegekonzeptes zur Betreuung von älteren Konsumenten illegaler Drogen in der stationären Altenpflege

Ulrike Kuhn, Köln

Alterspezifische Qualifizierte Akutbehandlung (Station AQUA)

Bodo Lieb, Hagen

VARIA4: Schlaf im Alter**Veränderungen mit dem Alter**

Hans Gutzmann, Berlin

Depression und Schlaf – Schlaf und Depression

Claus Wächtler, Hamburg

Demenz

Martin Haupt, Düsseldorf

Schlaf und Schlafstörungen im höheren Lebensalter

Helmut Frohnhofen, Essen

Freitag, den 06. März 2015

08.30 – 09.15 Uhr **Plenum 2 »Zur Bedeutung zeitgeschichtlicher Prägung für die Gerontopsychiatrie und Psychotherapie heute«**

Hartmut Radebold, Kassel

09.30 – 11.00 Uhr **DEM5: Delirprophylaxe**

Delirepidemiologie im Krankenhaus: Inzidenz, Prävalenz und Konsequenzen einer validen Diagnostik?

Stefan Kreisel, Bielefeld

Ist eine medikamentöse Delirprophylaxe möglich?

Lutz M. Drach, Schwerin

Nicht-medikamentöse Delirprophylaxe

Christine Thomas, Stuttgart

VERS5: Ambient Assisted Living

Ethische Aspekte von Telemedizin und technischen Assistenzsystemen

Arne Manzeschke, München

Multiparametersensorik für die Überwachung multimorbider Patienten

Harald Mathis, Hamm-Lippstadt

NeuroCare – Ganzheitliches Konzept zur Unterstützung und Entlastung von ambulanten Pflegekräften und Angehörigen bei der Betreuung von kognitiv beeinträchtigten Senioren

Sven Unkauf, Stuttgart

VARIA5: Werdenfelser Weg

Werdenfelser Weg: Eine Initiative zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen in stationären Einrichtungen

Claudia Krieger, Gummersbach

Der Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen nach dem Konzept Werdenfelser Weg

Thordis Treichel, Remscheid

Der Werdenfelser Weg aus der Sicht eines Gerontopsychiaters

Beate Baumgarte, Gummersbach

11.15 – 12.45 Uhr **DEM6: Psychopharmaka bei Demenzen**

Das Mortalitätsrisiko konventioneller Antipsychotika bei älteren Patienten: ein systematischer Review von randomisierten und Beobachtungsstudien

Hendrika J. Luijendijk, NL-Groningen

Medikamentöse Alternativen zu Antipsychotika bei Demenzkranken

Lutz M. Drach, Schwerin

EPCentCare – Effekte personenzentrierter Pflege und Versorgung auf die Verschreibungshäufigkeit von Antipsychotika in Pflegeheimen

Horst Christian Vollmar, Witten/Herdecke und Düsseldorf

VERS6: DemNet-D – Multizentrische interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland

Die hohe Kunst der Steuerung von Demenznetzwerken in Deutschland

Susanne Schäfer-Walkmann, Stuttgart

Regionale Demenznetzwerke in Deutschland –

Medizinische, pharmazeutische und nicht- medizinische Versorgung in Netzwerkstrukturen

Markus Wübbeler, Greifswald

Regionale Demenznetzwerke in Deutschland – Lebensqualität und Soziale Inklusion von NutzerInnen
Karin Wolf-Ostermann, Bremen

Versorgungsarrangements und Belastung von Hauptpflegepersonen von Menschen mit Demenz in Demenznetzwerken in Deutschland

Franziska Laporte Uribe, Witten

Diskussion: Multiprofessionell Denken und Handeln in Demenznetzwerken

Hans Gutzmann, Berlin

VARIA6: Geriatrie und Gerontopsychiatrie

Multimedikation

Dag Schütz, Essen

Neuropsychiatrische Störungen beim primären Hyperparathyreoidismus

Rainer Wirth, Borken

Empfehlungen der Schweizer Fachgesellschaften zur Behandlung neuropsychiatrischer Begleitsymptome der Demenz (BPSD)

Egemen Savaskan, CH-Zürich

Elektrolytstörungen bei stationär behandelten gerontopsychiatrischen Patienten

Walter Hewer, Göppingen

14.30 – 16.00 Uhr

DEM7: Schmerzbehandlung in Altersmedizin und Gerontopsychiatrie

Schmerzphysiotherapie im Alter und bei Menschen mit Demenz

Marjan Laekeman, Witten/Herdecke

Medikamentöse Schmerztherapie im Alter – Update Nicht-Opioid-Analgetika

Heinrich Burkhardt, Mannheim

Medikamentöse Schmerztherapie im Alter – Update Opioid-Analgetika

Matthias Schuler, Mannheim

VERS7: Der Altenpflegeberuf – Chance für den demografischen Wandel

Herausforderung Pflege

Mona Frommelt, München

AltenpflegerInnen in kommunalen Versorgungsstrukturen

Bernhild Birkenbeil, Mönchengladbach

Werden alle verlieren? Auswirkungen durch eine Generalisierung der Pflegeausbildung

Ursula Kriesten, Gummersbach

VARIA7: Aktuelle Rechtsfragen

Patientenverfügungen von Menschen mit Demenz –

Chancen und Herausforderungen ihrer klinischen Umsetzung aus ethischer Perspektive

Jakov Gather, Bochum

Das Schlichtungsverfahren in der Schlichtungsstelle der Norddeutschen Ärztekammern – Prinzipien der Arzthaftungsproblematik

Manfred Koller, Göttingen

Selbstbestimmt sterben?

Matthias Koller, Göttingen

Abstracts

Vorträge

TAU-PROTEIN-ORIENTIERTE THERAPIEN DER ALZHEIMER-DEMENZ

Georg Adler

Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG), Mannheim

Die physiologische Funktion des Tau-Proteins besteht in erster Linie in der Stabilisierung der Neurotubuli. Hyperphosphoryliertes, unlösliches, fibrilläres Tau-Protein stellt den Hauptbestandteil der Alzheimer-Fibrillen dar. Die Hyperphosphorylierung des Tau-Proteins wird bei der Alzheimer-Krankheit durch die toxische Wirkung des Beta-Amyloid angestoßen. Darüber hinaus findet auch eine transneurone Ausbreitung der Tau-Oligomerisierung statt. Außer bei der Alzheimer-Krankheit spielt das Tau-Protein auch bei anderen neurodegenerativen Erkrankungen eine wesentliche Rolle, z. B. bei einem Teil der frontotemporalen Lobärdegenerationen oder der kortikobasalen Degeneration. Mögliche Wirkprinzipien bei der Behandlung der Tau-Pathologie sind (1) Ersatz der Funktion des Tau-Proteins bei der Stabilisierung der Mikrotubuli, z. B. durch Paclitaxel, (2) Verminderung der Phosphorylierung des Tau-Proteins durch Hemmung der Tau-Kinasen und Aktivierung der Tau-Phosphatasen, (3) Hemmung der Oligomerisation und Fibrillenbildung von Tau, z. B. durch Methylenblau, (4) Abbau der Tau-Aggregate, z. B. durch Aktivierung lysosomaler Enzyme. Die Tau-Protein-orientierten Therapieprinzipien und Substanzen sind noch nicht so weit entwickelt wie die Beta-Amyloid-orientierten Therapien. Am nächsten einer möglichen Anwendung erscheint derzeit die Hemmung der Tau-Fibrillenbildung durch Methylenblau bzw. Leuko-Methylenchlorid.

ENTLASTUNG UND ENTWICKLUNG BEI MENSCHEN MIT DEMENZ UND IHREN PFLEGENDE ANGEHÖRIGEN DURCH MUSIKTHERAPIE

Inga Auch-Johannes

pflegen & wohnen, spezielle Dementenstation, Hamburg

1. Zielsetzung/Fragestellung: Menschen mit (fortgeschrittener) Demenz zeigen häufig herausforderndes Verhalten und reagieren auf Kontaktangebote oft in wenigen, eingefahrenen Beziehungsmustern.

Wie kann mit musiktherapeutischen Interventionen Beziehungsqualität bei Menschen mit Demenz entwickelt werden? Wie können psychopathologische Symptome wie Affektlabilität, Aggression, Apathie etc. verringert und die Lebensqualität dieser Personengruppe gesteigert werden?

Auch pflegende Angehörige sind physisch und psychisch extrem belastet (care giver burden) Wie können sie in einer Angehörigengruppe mit nonverbalem Kommunikationstraining zu einer positiveren Sichtweise auf den Erkrankten gelangen und dabei ihre affektive Befindlichkeit verbessern?

2. Materialien/Methoden: Erfahrungen aus dem Forschungsprojekt »Klangbrücken« (Praxisforschungsprojekt 2008–2010 am Masterstudiengang der Fachhochschule Frankfurt/Main und dem Universitätsklinikum Frankfurt am Main): Ausgewählte Szenen aus Videoanalysen einzelnmusiktherapeutischer Behandlungen von einem Jahr Dauer in der häuslichen Versorgung. Ergebnisse aus Interviews mit Patienten zu Erlebnissen und Erfahrungen mit der häuslichen Musiktherapie und mit der

Angehörigengruppe. In der Angehörigengruppe wurde neben einem Gesprächsteil ein Musikteil angeleitet, in dem persönliche Erfahrungen mit der musikalischen Improvisation gemacht wurden.

3. Ergebnisse: Musiktherapeutische Behandlung erweist sich als hilfreiches Kommunikationsmittel in der Gerontopsychiatrie (hier: Demenz). Die PatientInnen zeigten sich zufriedener und entlastet. Die positive Wirkung ist nach der Behandlung teilweise noch über den ganzen Tag anhaltend. Sie kann zu verbesserten Fähigkeiten beim Greifen, Schlucken oder Sprechen führen und kann Medikamentengaben zur Beruhigung reduzieren. Menschen mit Demenz können durch Musiktherapie festgefahrene Beziehungsmuster aufweichen und (wieder) andere beleben, was zu größeren Kontaktmöglichkeiten führt.

In einer Angehörigengruppe mit musiktherapeutischen Mitteln erfahren Angehörige neben Rat und Tipps u.a. Aufgehobensein, Vertrauen, Freude, Kreativität, Selbstausdruck und Selbstbewusstsein. Eine positivere Sichtweise mit manchmal völlig neu entdeckten Aspekten führt zu neuen, kreativen Umgangsweisen mit dem erkrankten Angehörigen. und damit zu größerer Entlastung. Ebenso wirken persönliches Wachstum und gefestigtes Selbstbewusstsein psychisch entlastend.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Musiktherapie kann bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz psychopathologische Symptome verringern, die Beziehungsfähigkeit entwickeln und zu mehr Lebensqualität führen.

Auch Nicht-MusiktherapeutInnen können z. B. in der Pflege angeleitet werden, ein musikalisches Klima zu schaffen und gezielt einzusetzen.

Pflegende Angehörige können eine positivere Sichtweise auf den Erkrankten erlangen und psychische Entlastung sowie persönliches Wachstum erfahren.

Angehörigengruppen für (nicht pflegende) Angehörige sollen im Rahmen der niedrigschwelligen Leistungen in den Häusern eines Hamburger Pflegeanbieters eingerichtet werden.

DER WERDENFELSER WEG AUS DER SICHT EINES GERONTOPSYCHIATERS

Beate Baumgarte

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik II, KKH Gummersbach-Marienheide, Klinikum Oberberg, Gummersbach

Es werden die Auswirkungen dargestellt, die die Durchführung des Werdenfelser Wegs sowohl innerhalb der gerontopsychiatrischen Klinik, aber auch in der psychiatrischen Versorgung der diversen Alten- und Pflegeheime über die Pia in der Region hat.

ALTENPFLEGERINNEN IN KOMMUNALEN VERSORGUNGSSTRUKTUREN

Bernhild Birkenbeil

BKSB – Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V.
Geschäftsbereichsleitung der Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH

Die Entwicklung altersgerechter Quartiere und der Ausbau sozialraumorientierter Angebots- und Versorgungsstrukturen wird die große Herausforderung der Kommunen für die kommenden Jahre sein.

Die eigenständige Altenpflege ist trotz des Zuwachses an krankpflegerischen Anforderungen primär immer noch ein sozialpflegerischer Beruf. Und dies ist entgegen der derzeitigen Diskussion kein Malus. Das Agieren in vernetzten Pflege- und Betreuungssettings, umfassende geriatrische und gerontopsychiatrische pflegerische Handlungskompetenz sowie die Bereitschaft, alte Menschen in und mit ihrem Umfeld bis zum Tod zu begleiten, sind für die professionelle Altenpflege grundlegend. Die Beibehaltung eines eigenständigen Altenpflegeberufes und dessen Stärkung sind aus Sicht des BKSB eine wesentliche Voraussetzung, um die Aufgaben der demographischen Entwicklung kommunal meistern zu können.

TRANSKULTURELLE GERONTOPSYCHIATRISCHE AMBULANZ

Ahmad Bransi

gpz Gemeindepsychiatrisches Zentrum GmbH, Detmold

In Deutschland zählt der Anteil der älteren Menschen mit Migrationshintergrund zu den am schnellsten wachsenden Bevölkerungsgruppen. Mit dieser demographischen Entwicklung steigt die Relevanz der gesundheitlichen und hier speziell der psychiatrischen Versorgung dieser Menschen. Isolation, Depression, Demenz sind nur Teilaspekte. Trotzdem wird das medizinische und pflegerische Versorgungssystem seltener von dieser Patientengruppe genutzt als von Patienten ohne Migrationsgeschichte. Gründe hierfür sind migrationsspezifische und soziokulturelle Aspekte wie unterschiedliche Alterungs-, Krankheits- und Gesundheitsbilder, aber auch sprachliche Barrieren und fehlende Informationen über vorhandene Angebote sowie Sinn und Zweck dieser Angebote. In der transkulturellen Sprechstunde im Gemeindepsychiatrischen Zentrum in Detmold wurde der Versuch unternommen, ein kultursensibles Angebot für diese Menschen zu etablieren. Erfahrungen und Fallbeispiele sollen hier geschildert werden.

PSYCHOPHARMAKA UND FAHRTÜCHTIGKEIT IM ALTER

Alexander Brunbauer

Abt. Neuropsychologie, kbo-Inn-Salzach-Klinikum Wasserburg am Inn

Die individuelle Mobilität nimmt in modernen Gesellschaften einen zentralen Stellenwert ein und wird als wichtig für den Erhalt von Unabhängigkeit angesehen. Hinzu kommt, dass der demographische Wandel dazu führt, dass der Anteil älterer Verkehrsteilnehmer, absolut und relativ, immer größer wird. Fragen der Verkehrssicherheit unter Arzneimittelbehandlung gewinnen somit immer mehr an Bedeutung. Psychopharmaka gehören zu den meist verordneten Medikamenten. Dem gegenüber steht ein Mangel an Patientenstudien, die der Frage der Fahrtüchtigkeit unter pharmakologischer Behandlung systematisch nachgegangen sind. Unter den potenziell verkehrsbeeinträchtigenden Psychopharmaka stehen Tranquilizer und Hypnotika aufgrund ihrer sedierender Wirkung an erster Stelle. Akuteffekte von insbesondere sedierenden Antidepressiva können das Unfallrisiko erhöhen. Nach Abklingen der Symptomatik sind mit Antidepressiva behandelte Patienten in der Regel wieder fahrtüchtig. Neuere atypische Neuroleptika scheinen hinsichtlich der Effekte auf Vigilanz und Psychomotorik Vorteile gegenüber konventionellen Neuroleptika aufzuweisen. Generell gilt, dass die Verkehrssicherheit eines unter suffizienter psychopharmakologischer Medikation zum Teil remittierten Patienten günstiger einzuschätzen ist als die eines unbehandelten. Die klinische Datenlage zur Verkehrssicherheit unter Psychopharmaka wird vorgestellt und Faktoren, die einen Einfluss hierauf nehmen können, werden diskutiert.

ELDERLY-THERAPIESTUDIE ZUR BEHANDLUNG VON ÄLTEREN PERSONEN MIT ALKOHOLKONSUMSTÖRUNGEN

Gerhard Bühringer, Silke Behrendt, Barbara Braun, Janina Hergert, Anne Kohlmann

Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Dresden

Die Lebenserwartung in Deutschland ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen, ältere Personen stellen einen höheren Anteil an der Gesamtbevölkerung dar, und verschiedene neuere Untersuchungen weisen auf eine erhebliche Alkoholproblematik in dieser Gruppe hin. Demgegenüber ist das Suchthilfesystem nicht auf diese Klientel ausreichend eingestellt, es fehlen altersgemäße Behandlungskonzepte.

Seit 2014 führen wir eine multizentrische, randomisierte Therapiestudie mit Standorten in Dänemark, Deutschland und in den USA durch. Erprobt werden zwei ambulante, medikamentenfreie Behandlungsprogramme auf verhaltenstherapeutischer Grundlage für die Altersgruppe ab 60 Jahre.

Der Beitrag gibt einen Überblick über den Umfang der Problematik bei älteren Personen, beschreibt das Studiendesign und die Therapieprogramme und stellt erste Ergebnisse zur Charakteristika der Klientel vor.

MEDIKAMENTÖSE SCHMERZTHERAPIE IM ALTER – UPDATE NICHT-OPIOID-ANALGETIKA

Heinrich Burkhardt,

Klinische Geriatrie, Universitätsmedizin Mannheim

Nicht-Opioid-Analgetika, darunter die nichtsteroidalen Antiphlogistika, zählen zu den verordnungsstärksten Medikamenten insgesamt, und viele davon können auch ohne ärztliche Verordnung erworben werden (over the counter). Daher muss mit einer erheblichen Dunkelziffer gerechnet werden, was die Anwendung dieser Medikamente anbelangt. Allerdings ist auch insbesondere bei den NSAID die Rate der ausgelösten unerwünschten Wirkungen hoch und insbesondere bei älteren Patienten von erheblicher klinischer Relevanz. Der Vortrag gibt einen aktuellen Überblick über verfügbare Medikamente und die damit verbundenen Risiken in Abhängigkeit geriatrischer Kategorien. Er versucht weitere Strategien aufzuzeigen, wie die Risiken in der Anwendung von Nicht-Opioid-Analgetikazu minimiert werden können.

IST EINE MEDIKAMENTÖSE DELIRPROPHYLAXE MÖGLICH?

Lutz M. Drach

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

Angesichts der erheblichen gesundheitlichen Folgen von Delirien, sowohl was die Kognition als auch die Prognose körperlicher Erkrankungen angeht, ist eine Delirprophylaxe im Krankenhaus geboten. Wenn es eine wirksame medikamentöse Delirprophylaxe gäbe, müssten die Prozesse im Krankenhaus, die ja bekanntermaßen erhebliches »Beharrungsvermögen« besitzen, nicht verändert werden. In dem angekündigten Vortrag wird ein Überblick über die Literatur zur medikamentösen Delirprophylaxe gegeben.

MEDIKAMENTÖSE ALTERNATIVEN ZU ANTIPSYCHOTIKA BEI DEMENZKRANKEN

Lutz M. Drach

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

Die Auswahl von Arzneimitteln für Ältere sollte in einem hohen Maß auch die unerwünschten Wirkungen berücksichtigen. Die

Behandlung der nicht-kognitiven Störungen von Demenzpatienten mit Antipsychotika ist mit erheblichen Nebenwirkungen und Risiken verbunden. Alternative Behandlungen sind verfügbar, insbesondere Cholinesterasehemmer, Memantin, SSRIs, MAO-Hemmer, Trazodon, Tiaprid, verschiedene Antikonvulsiva und Melatonin. Indikationen, Wirksamkeit und Nebenwirkungen dieser Medikamente bei der Behandlung der Verhaltensstörungen von Demenzpatienten werden dargestellt.

»ALTE WUNDEN« – ZUM UMGANG MIT WUNDEN PUNKTEN IN DER PSYCHOTHERAPIE

Petra Dykierek

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Freiburg

Evidenzbasierte Psychotherapieverfahren wie die Interpersonelle Psychotherapie oder die Kognitive Verhaltenstherapie fokussieren auch bei älteren Menschen häufig auf das »Hier und Jetzt«. Im stationären Kontext werden biographische Besonderheiten und »Brüche« oft vernachlässigt bzw. mit Patienten aktiv vermieden, da man nach »vorne schauen« und nicht »alles wieder aufwühlen« möchte. Unerledigte Dinge (wie z.B. lang zurückliegende Kränkungen, verpasste Lebenschancen oder begangene Fehler) können jedoch den Therapieerfolg blockieren. Eine Klärung »alter Wunden« ist indiziert, wenn es darum geht, Widerstände und Blockaden abzubauen, sich mit dem Schicksal bzw. der Biographie auszusöhnen oder die Grenzen von Veränderbarkeit zu akzeptieren. In dem Vortrag werden folgende Interventionen vorgestellt: Self-Compassion Therapie (Paul Gilbert), Emotionsfokussierte Therapie (Leslie Greenberg), Existenzielle Ansätze (Noyen und Heidenreich) sowie Lebensrückblicktherapie (Maercker und Forstmeier). Die theoretischen Annahmen diese Ansätze werden kurz erläutert, das Vorgehen anhand von Fallbeispielen illustriert.

FAHREIGNUNG ÄLTERER AUTOFÄHRER – MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER KOMPENSATION

Michael Falkenstein^{1,2}, Melanie Karthaus¹

¹Leibniz Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund (IfADo)

²Institut für Arbeiten, Lernen, Altern (ALA), Bochum

Mit zunehmendem Alter treten verschiedene sensorische und kognitive Funktionsvermindernungen auf, die für das Fahren relevant sind. Neben eingeschränkten visuellen Funktionen, z. B. beim peripheren Sehen, zeigen viele Ältere Einschränkungen bei fluiden kognitiven Funktionen. Für den Fahrkontext bedeutsam sind hierbei vor allem die gezielte Aufmerksamkeits-Steuerung und Suche, Abschirmung gegen Ablenkung, Hemmung automatischer Reaktionstendenzen und Mehrfachfähigkeit. Dennoch zeigen die meisten älteren Autofahrer in Standard-Fahrsituationen keine besonderen Auffälligkeiten, was vermutlich auf den Einsatz von Kompensationsstrategien zurückzuführen ist. Schwierigkeiten sind vor allem in den Verkehrssituationen zu erwarten, in denen unter Zeitdruck und oft unvorhersehbar Entscheidungen gefällt werden müssen, wie z. B. an komplexen Kreuzungen oder beim Linksabbiegen. Kompensationsprozesse können zum einen auf der Makro-Ebene stattfinden, wie z. B. das Vermeiden von Strecken mit kritischen Knotenpunkten oder das langsamere Fahren. Solche Strategien sind jedoch nicht immer optimal, da sie die eigene Bewegungsfreiheit einschränken bzw. andere Verkehrsteilnehmer irritieren können. Auf der Mikro-Ebene lassen sich Kompensationsstrategien durch die Messung von Hirnaktivität (Elektroenzephalogramm, EEG) sichtbar machen, was bisher meist im Laborsetting oder im Fahrsimulator erfolgt,

aber technisch z.T. auch beim realen Fahren möglich ist. Zu diesen Kompensationsstrategien Älterer auf der Mikro-Ebene gehört u.a. die höhere Aufmerksamkeit und stärkere Vorbereitung auf relevante Reize. Gleichwohl zeigen Laboruntersuchungen und Hirnstrom-Messungen, dass Ältere irrelevante Informationen nur unzureichend unterdrücken können, obwohl sie verstärkte Anstrengungen zur deren Hemmung unternehmen. Ablenkzirkel führen bei Älteren z. B. dazu, dass sie verspätet oder gar nicht auf kurz darauf folgende wichtige Reize reagieren. Es ist bisher unklar, inwieweit sich solche nicht einfach kompensierbaren Funktionsdefizite durch ein Training im komplexen Realverkehr, durch ein Simulatortraining oder durch ein spezifisches Funktionstraining am PC abbildern lassen, so dass hier weiterer Forschungsbedarf besteht.

TAGESSTRUKTURIERENDE KÖRPERLICHE AKTIVIERUNG IN DER KLINISCHEN GERONTOPSYCHIATRISCHEN DEMENZVERSORGUNG – DAS TRAININGSKARUSSELL: TRAININGSPROGRAMM UND ERSTE RCT-ERGEBNISSE

Tim Fleiner^{1,2}, Wiebren Zijlstra¹, Peter Häussermann²

¹Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, Deutsche Sporthochschule Köln

²Abt. für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, LVR-Klinik Köln

1. Zielsetzung/Fragestellung: Beobachtungsstudien und Übersichtsarbeiten beschreiben einen direkten Zusammenhang zwischen körperlicher Inaktivität und einem gesteigerten agitierten Verhalten bei Demenzpatienten. Den damit verbundenen Forderungen nach strukturierter körperlicher Aktivierung in der klinischen Demenzversorgung kommt ein neues Trainingsprogramm nach – das Trainingskarussell.

2. Materialien/Methoden: Im Rahmen der klinischen gerontopsychiatrischen Demenzversorgung wurde den Patienten der LVR-Klinik Köln dreimal pro Woche die Teilnahme an einem tagesstrukturierenden Trainingsprogramm angeboten – innerhalb eines Trainingstages folgten jeweils viermal auf 30 Minuten körperliche Aktivierung eine Ruhephase von einer Stunde. Ein Pilotprojekt (n=16) prüfte die Machbarkeit im Stationsalltag und von Patientenseite. Eine aktuell durchgeführte randomisierte kontrollierte Studie (n=40) untersucht die Effekte auf Verhaltenssymptome (Neuropsychiatric Inventory, Cohen-Mansfield-Agitation-Inventary, Clinical Global Impression of Change), die Bedarfsmedikation, das Bewegungsverhalten (Bewegungssensoren), die Tagesstruktur (Cortisol-Tagesprofile) und neuroprotektive Wirkmechanismen (Brain-Derived Neurotrophic Factor).

3. Ergebnisse: Den Patienten des Pilotprojektes konnten durch Überschneidungen im Stationsalltag 84,6% (SD=9,2) der geplanten Trainingseinheiten angeboten werden. Davon nahmen diese an 68,1% (SD=35,0) teil, was ca. 135 Minuten pro Woche zielgerichteter körperlicher Aktivität entspricht. Elf Patienten nahmen an 182 Minuten pro Woche (SD=44,0) und fünf Patienten an 43 Minuten pro Woche teil (SD=35,0). Neben den Ergebnissen zur Machbarkeit werden erste RCT-Ergebnisse zu Verhaltenssymptomen, Bedarfsmedikation, Bewegungsverhalten und Tagesstruktur im Rahmen des geplanten Vortrages vorgestellt.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die körperliche Aktivierung stellt ein Kernelement der klinischen gerontopsychiatrischen Demenzversorgung dar. Durch die tagesstrukturierende Aktivierung kann ein hohes Maß an zielgerichteter körperlicher Aktivität erreicht werden – genausoviel, wie für Patienten ohne kognitive Einschränkung empfohlen wird. Zu erwartende Effekte auf Verhaltenssymptome und Pflegebelastung tragen zu einer wichtigen Weiterentwicklung der aktuellen Versorgungssituation dieser Patienten bei.

CHANCEN UND VISIONEN FÜR ÄLTERE MENSCHEN – SYSTEMISCHE IMPULSE FÜR GERONTOPSYCHIATRIE UND ALTERSPSYCHOTHERAPIE

Thomas Friedrich-Hett

Systemische Therapie und Beratung (viisa, SG) und Psychotherapie (HPG), Herten

Das Leben im Alter ist voll ungeahnter Möglichkeiten und Potenziale! Ergebnisse aus internationaler Forschung wie auch klinische Erfahrungen zeigen vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten älterer Menschen. Sie bilden eine gute Basis, auf der positive Altersperspektiven entwickelt werden können. Viele Ressourcen und positive Wirklichkeiten sind indes wenig bekannt, negative Vorstellungen vom Alter dagegen weit verbreitet.

So sind ältere Menschen in klinischen, psychotherapeutischen und beraterischen Arbeitsbereichen eher wenig beliebt und bevorzugte KlientInnen. Sie gelten häufig trotz anderslautender Forschungsergebnisse als weniger anpassungs- und veränderungsfähig, als anspruchlich, multimorbid und kognitiv bereits eingeschränkt. Aus systemischer Sicht werden hier soziale Konstruktionen sichtbar, die dringend einer Auflösung bedürfen. Neue Altersbilder können hier wichtige Impulse bieten.

SCHLAF UND SCHLAFSTÖRUNGEN IM HÖHEREN LEBENSALTER

Helmut Frohnhofen

Klinik für Geriatrie und Zentrum für Altersmedizin, Kliniken-Essen-Mitte

Schlafstörungen gehören mit zu den häufigsten Anlässen für einen Besuch beim Hausarzt. Gerade ältere Menschen sind oft betroffen. Von einer bedeutsamen Schlafstörung wird dann gesprochen, wenn Ein- oder Durchschlafstörungen an wenigstens drei Tagen in der Woche auftreten und über einen Zeitraum von wenigstens einen Monat andauern. Die Schlafstörung wird als schwer bezeichnet, wenn zusätzlich die Befindlichkeit und die Leistungsfähigkeit am Tage beeinträchtigt sind.

Stehen bei jungen Menschen Einschlafstörungen im Vordergrund, so überwiegen bei älteren Menschen Durchschlafstörungen und Früherwachen. Schlafstörungen sind aber keine unausweichliche Konsequenz des Alterns. Es ist wichtig, die normalen Veränderungen des Schlafes im Alter von Veränderungen mit Krankheitswert abzugrenzen. Viele ältere Menschen profitieren allein schon von einer solchen Aufklärung mit Korrektur einer unrealistischen Erwartungshaltung an das eigene Schlafvermögen.

Ältere Menschen haben einen leichteren Schlaf und wachen mehrmals in der Nacht auf. Die gesamte Schlafzeit während einer 24-Stunden-Periode verändert sich aber nach dem Erwachsenwerden über die Lebensspanne nicht mehr wesentlich. Untersuchungen bei alten Menschen zeigen, dass Faktoren wie Gesundheitsstatus sowie situative und soziale Gegebenheiten eng mit dem Auftreten der Schlafstörungen zusammenhängen. Durch eine gründliche Befragung gelingt es oft, Ursachen für eine Schlafstörung aufzudecken.

Therapeutisch haben sich Schlafhygiene und verhaltenstherapeutische Verfahren auch bei älteren Menschen als wirksam erwiesen und sollten einer Therapie mit Hypnotika vorgezogen werden.

HERAUSFORDERUNG PFLEGE

Mona Frommelt

Hans-Weinberger-Akademie der AWO e. V., München

Im Vortrag werden die wesentlichen Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit zum Fachkräftemangel in der Langzeitpflege vorgetragen. Diese fokus-

sieren auf ein Berufsgruppenkonzept, das in der Pflege zwischen »Cure« und »Care« differenziert. Hiermit wird veranschaulicht, wie der Deprofessionalisierung der Pflege begegnet werden kann und sie sich gleichzeitig als gesamtgesellschaftliche Aufgabe profiliert. Grundlegend ist das Verständnis der Pflege als interaktive Arbeit. Von der Durchsetzung dieses Paradigmas, als Gegenpol zur Herstellungsarbeit, wird abhängen, wie und in welchem Maße sich die notwendigen Rahmenbedingungen, sowohl für die Akut- als auch für die Langzeitpflege, entwickeln werden. Ebenso bedeutsam wird die Ausprägung mediativer Kompetenzen für die damit verbundene Führungsqualität und die Aufgaben im Bereich des Case Managements für die Pflege sein. Diese vielfachen Herausforderungen können von der Pflege als Entwicklungschancen genutzt werden.

PATIENTENVERFÜGUNGEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ – CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN IHRER KLINISCHEN UMSETZUNG AUS ETHISCHER PERSPEKTIVE

Jakov Gather^{1,2}, Jochen Vollmann¹

¹*Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum*

²*Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, Ruhr-Universität Bochum*

1. Zielsetzung/Fragestellung: Patientenverfügungen stellen in Deutschland ein gesetzlich verankertes Instrument dar, mit dessen Hilfe Patientinnen und Patienten im Voraus Behandlungswünsche für Situationen festlegen können, in denen sie krankheitsbedingt über keine Selbstbestimmungsfähigkeit mehr verfügen. Angesichts der Tatsache, dass im Rahmen eines fortschreitenden demenziellen Prozesses die Selbstbestimmungsfähigkeit durch die kognitiven Defizite zunehmend eingeschränkt wird, sind Patientenverfügungen bei Menschen mit Demenz dazu geeignet, die Selbstbestimmung auch in späten Stadien der Erkrankung zu fördern.

2. Materialien/Methoden: Im Rahmen einer ethischen Analyse werden zunächst grundlegende normative Voraussetzungen von Patientenverfügungen (Selbstbestimmungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Abfassung, Anwendbarkeit auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation etc.) erörtert. In einem zweiten Teil werden anhand paradigmatischer klinischer Fälle Chancen und Herausforderungen ihrer klinischen Umsetzung diskutiert.

3. Ergebnisse: Sofern die ethischen und rechtlichen Voraussetzungen für die Gültigkeit von Patientenverfügungen im konkreten Fall erfüllt sind, bieten sie demenzkranken Menschen die Möglichkeit, rechtlich bindend Entscheidungen für Krankheitsphasen zu treffen, in denen sie über keine Selbstbestimmungsfähigkeit mehr verfügen. Herausforderungen bei der klinischen Umsetzung ergeben sich unter anderem dann, wenn Betroffene durch nicht-selbstbestimmte (»natürliche«) Willensäußerungen ihrem vorausverfügten selbstbestimmten Willen zu widersprechen scheinen oder sich die in der Patientenverfügung gemachten Angaben nicht eindeutig auf die aktuelle Behandlungssituation anwenden lassen.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Aus ethischer Perspektive beinhalten Patientenverfügungen die Chance, auch in fortgeschrittenen Demenzstadien die Selbstbestimmung der betroffenen Menschen zu respektieren. Aus diesem Grund sollten sie in der Beratung und Versorgung von Menschen mit beginnender Demenz verstärkt thematisiert und implementiert werden. Dabei sollten auch potentielle Widersprüche mit späteren »natürlichen« Willensäußerungen oder Probleme bei der Anwendung in nicht klar geregelten klinischen Situationen diskutiert werden, um durch entsprechende inhaltliche und prozedurale Festlegun-

gen vorausschauend das Risiko zukünftiger ethischer Konfliktsituationen minimieren zu können.

SELBSTBESTIMMUNG AM LEBENSENDE VON MENSCHEN MIT DEMENZ – EINE MEDIZINETHISCHE PERSPEKTIVE

Jakov Gather^{1,2}

¹Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

²Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, Ruhr-Universität Bochum

Demenzkrankungen gehen mit einem zunehmenden Verlust der Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensführung einher. Die Vorstellung, eines Tages möglicherweise selbst an einer Demenz zu erkranken, löst nicht zuletzt deshalb bei vielen Menschen starkes Unbehagen und Ängste aus. Aus medizinethischer Perspektive sind Maßnahmen zur Förderung der Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz in allen Krankheitsstadien von hoher Bedeutung.

Im ersten Teil des Vortrags sollen mit Patientenverfügungen und dem sog. »advance care planning«, einem umfassenderen Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung, Instrumente vorgestellt werden, die Patienten die Möglichkeit geben, vor dem Verlust ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit Behandlungswünsche auch für späte Krankheitsstadien zu formulieren. Es wird dafür argumentiert, dass Vorausverfügungen geeignete Mittel darstellen, um ein möglichst selbstbestimmtes Leben und Sterben von Menschen mit Demenz zu fördern.

Im zweiten Teil des Vortrags soll darauf eingegangen werden, dass es auch bei optimaler Ausnutzung aller Möglichkeiten zur gesundheitlichen Vorausplanung Demenzpatienten geben wird, die den selbstbestimmten Entschluss fassen, ihr Leben vorzeitig und vor dem Verlust ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit durch Selbsttötung zu beenden, und dabei ggf. ihren Arzt um Unterstützung bitten. Nach der Darstellung von aktuellen nationalen und internationalen empirischen Daten zur ärztlich assistierten Selbsttötung von Menschen mit Demenz werden abschließend ethische Argumente für und gegen eine ärztliche Unterstützung der Selbsttötung von Demenzpatienten diskutiert.

VON DER HERKÖMMLICHEN SUCHTBEHANDLUNG ZUR GERONTOSUCHTMEDIZINISCHEN REHABILITATION

Dieter Geyer, Carsten Fortmann

Therapie- und Rehabilitationszentrum für Abhängigkeitserkrankungen, Fachklinik Fredeburg

1. Zielsetzung/Fragestellung: Darstellung einer bedarfsangepassten Weiterentwicklung der Rehabilitation im stationären Setting im Hinblick auf die spezifischen Anforderungen Suchtkrankter im höheren und hohen Lebensalter (70+)

2. Materialien/Methoden/Ergebnisse: Auf der Basis von Informationen aus der klinischen Beobachtung, flankiert durch ausgewählt erhobene Daten (Barthel-Index, Hirnleistungsdiagnostik, ggf. RMK-Daten) wird skizziert, mit welchen spezifischen Anforderungen eine Einrichtung der stationären Suchtrehabilitation im Hinblick auf die Patientensubgruppe 70+ konfrontiert wird und welche spezifische Erweiterung von Behandlungsansätzen und -strategien sich daraus ergeben. Dabei soll im Besonderen auf die somato- und psychotherapeutischen Spezifika sowie auf spezifische Aspekte der Förderung sozialer Integration und auf Anforderungen in neuropsychologischer Hinsicht eingegangen werden.

3. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Neben einer Reflexion des Ist-Zustands verfolgen wir auf der Basis klinischer Expertise im

Bereich der Rehabilitation älterer Suchtkrankter das Ziel, Perspektiven der Weiterentwicklung hin zu einer besseren Integration geeigneter gerontopsychiatrischer und geriatrischer Behandlungsansätze in die stationäre Rehabilitation älterer Suchtkrankter aufzuzeigen.

BETA-AMYLOID-ORIENTIERTE THERAPIEN DER ALZHEIMER-DEMENZ

Timo Grimmer

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

Erstmals richten sich neue Verfahren zur Behandlung der Alzheimer-Krankheit gegen die Pathophysiologie. Besonders die β -Amyloid 1-42-Ablagerungen stehen dabei im Fokus. Hintergrund dafür ist die Amyloid-Theorie, die bisher am besten untersuchte Hypothese zur Entstehung der Alzheimer-Krankheit. Sie beschreibt ein Ungleichgewicht zwischen Produktion und Abbau des β -Amyloid 1-42, mit der Folge der Ablagerung dieses Peptids im Gehirn, als ein frühes und ursächliches Ereignis im Krankheitsprozess. Im Weiteren stoßen die β -Amyloid-Ablagerungen weitere pathologische Veränderungen wie die Hyperphosphorylierung von Tau, den Verlust von Synapsen und schließlich den Neuronen-Verlust an.

Neue therapeutische Ansätze zielen darauf ab, das Ungleichgewicht zwischen Produktion und Abbau von β -Amyloid günstig zu verändern. Am weitesten fortgeschritten in der klinischen Entwicklung sind passive Immunisierungen, bei denen die Betroffenen monoklonale Antikörper gegen β -Amyloid erhalten. Die Ergebnisse von klinischen Phase II und Phase III-Studien lassen hoffen, dass damit erstmals eine Verzögerung des Fortschreitens der Pathologie erreicht werden könnte, so dass sich der Krankheitsverlauf der Patienten verlangsamt.

Darüber hinaus werden Verfahren zur Reduktion der β -Amyloid-Produktion, der Verhinderung besonders toxischer β -Amyloid-Species, der Amyloid-Aggregation, des Amyloid-Abtransports und des Amyloid-Abbaus in klinischen Prüfungen erprobt.

SCHLAF: VERÄNDERUNGEN MIT DEM ALTER

Hans Gutzmann

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP), Berlin

Der Schlaf gilt als ein wesentlicher Faktor für das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität, Schlafstörungen sind andererseits assoziiert mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität. Ein normaler Schlaf ist somit eine notwendige Voraussetzung für den Erhalt der normalen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und der Gesundheit. Das Lebensalter stellt die größte Einflussgröße auf den Schlaf dar. So machen die relativen Anteile von Wachen und Schlafen, ebenso wie die Anteile von REM- und NREM-Schlaf an der Gesamtschlafzeit eine charakteristische Altersentwicklung durch. Insgesamt sinkt im Laufe des Lebens nicht nur die Gesamtschlafzeit ab, sondern es wird auch der relative Anteil des SWS-Schlafs (Slow Wave Sleep, Stadium 3 und 4) zugunsten der Phasen leichten Schlafs (Stadium 1 und 2) erheblich kürzer. Wie bei anderen Funktionen auch geht der Alterungsprozess mit einer deutlichen Zunahme der interindividuellen Variabilität von Schlafparametern einher. Über 50% aller Erwachsenen über 65 Jahre klagen über mindestens ein chronisches Schlafproblem. Geschildert werden Einschlafschwierigkeiten und ein häufigeres Früherwachen, verlängerte nächtliche Wachphasen und eine insgesamt verminderte Schlafqualität. Zwischen Frauen und Männern bestehen ausgeprägte Unterschiede des Schlafes; Frauen berichten häufiger von

subjektiven Ein- und Durchschlafstörungen, während Männer häufiger objektivierbare Durchschlafstörungen und schlafbezogene Atemstörungen aufweisen. Ob ältere Menschen weniger Schlaf brauchen, oder ob sie vielmehr nicht den Schlaf erfahren, dessen sie tatsächlich bedürfen, ist nicht unstrittig. Es gibt keinen Goldstandard für eine angemessene Schlafqualität im Alter, Maßstab sind die erlebte Schlafqualität und die Konsequenzen für die Alltagsaktivitäten.

SCHLAF IM ALTER: DEMENZ

Martin Haupt

Schwerpunktpraxis Hirnleistungsstörungen, Düsseldorf

Beeinträchtigungen des Schlafes sind häufige Begleiterscheinungen im Verlauf einer Demenzerkrankung. Schlafstörungen können bereits im Stadium der Leichten Kognitiven Störung auftreten, nehmen dann meist mit ansteigendem Schweregrad der Demenz zu. Sie äußern sich in leichteren Stadien häufig in gestörtem Einschlafen und Durchschlafen, in späteren Stadien in einer Veränderung des gesamten zirkadianen Rhythmus. Schlafstörungen sind bei Demenz in der Regel nicht isoliert zu betrachten, sondern erfordern in der Diagnostik die Einordnung in eine bestimmte Konstellation von Verhaltenssymptomen, etwa mit Unruhezuständen und Agitiertheit oder Angst. Die Architektur des Schlafes bei Demenz zeigt unter anderem Charakteristika, wie eine aufgehobene Rhythmik, vermehrte Schlaffragmentierung, reduzierten REM-Schlafanteil und eine Verminderung von Tiefschlaf mit Absinken der Gesamtschlafzeit mit den daraus resultierenden Folgen für die Befindlichkeit des Kranken am Tage.

In der Behandlung sind nichtmedikamentöse Maßnahmen, wie Tagesstrukturierung, aktivierende Beschäftigung, ausreichenden Flüssigkeitszufuhr, Schlafhygiene am Abend, und medikamentöse Behandlung nach Erfordernis miteinander zu verbinden. Die bereits verordnete Medikation ist auf schlafbeeinträchtigende pharmakologische Wirkungen zu prüfen.

VERPFLICHTENDE FAHREIGNUNGSUNTERSUCHUNGEN FÜR ÄLTERE AUTOFÄHRER? EUROPÄISCHE REGELUNGEN IM VERGLEICH

Sonja Haustein¹, Anu Siren²

¹Technical University of Denmark, Department of Transport, Kgs. Lyngby, Dänemark

²The Danish National Centre for Social Research, Kopenhagen, Dänemark

In der Gedächtnissprechstunde unserer Psychiatrischen Institutsambulanz Bielefeld-Bethel wurde in einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe ein strukturiertes, individualisiertes Verfahren zur Beurteilung der Fahreignung bei kognitiven Einschränkungen erarbeitet. Dieses verbindet die Objektivität einer Risikofaktorenliste mit der Individualität eines einzelfallbezogenen Konsensverfahrens vor der Beratung der Patienten. In diesem wird berufsgruppenübergreifend eine klare Beratungsempfehlung erarbeitet – nicht nur wie bisher bzgl. der Ursache der kognitiven Einschränkungen, sondern zusätzlich neu speziell zum Thema Fahreignung.

Die Risikofaktorenliste lehnt sich an eine Publikation der Schweizer Memory Clinics aus 2012 an [Mosimann et al., Konsensempfehlungen zur Beurteilung der medizinischen Mindestanforderungen für Fahreignung bei kognitiver Beeinträchtigung, Praxis 2012; 101(7): 451-464]. Sie wurde nach aktueller Literatur und eigenen Erfahrungen modifiziert. Risiken für die Verkehrsteilnahme lassen sich somit objektivieren und visualisieren. Um darüber hinaus dem Einzelfall vor entsprechender

Beratung Rechnung zu tragen, setzt sich die multiprofessionelle Konsensrunde zum Ziel, die Befunde aus Risikofaktorenliste, umfassender neuropsychologischer Testung, (Fahr-)anamnese, psychopathologischem Befund und ggf. zerebraler Bildgebung einzubeziehen. Auf diesem Wege erfolgt eine Beratungsempfehlung nach mehrstufiger Skala zwischen den Empfehlungen »Fahreignung gegeben« und »Fahreignung nicht gegeben«. Die Empfehlungen der Konsensrunde werden derzeit im Rahmen einer psychologischen Bachelorarbeit anhand des »Corporal Test« validiert, der in Verkehrsinstituten als gesetzlich zugelassener Fahreignungs-Computertest Anwendung findet. Erste Ergebnisse weisen auf eine hohe Spezifität und Sensitivität des Konsensverfahrens hin.

Im Vortrag werden die alltagspraktischen Aspekte bei der Anwendung des Beratungsverfahrens dargestellt, das mit aktuellen Modifikationen seit 2013 genutzt wird und aus unserer Sicht für Gedächtnissprechstunden insgesamt zeitökonomisch und effektiv ist. Es besteht Interesse an einer offenen Diskussion über die Vor- und Nachteile unseres Vorgehens, das weiter optimiert werden soll.

ELEKTROLYTSTÖRUNGEN BEI STATIONÄR BEHANDELTEN GERONTOPSYCHIATRISCHEN PATIENTEN

Walter Hewer

Klinik für Gerontopsychiatrie, Klinikum Christophsbad, Göppingen

Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts sind bei gerontopsychiatrischen Patienten verbreitet. Nach eigenen Erhebungen sind bei 10 % und mehr stationär behandelter Kranker Normabweichungen von Serum-Natrium, -Kalium und -Kalzium nachweisbar. Diese fallen meist im sog. Routinelabor auf, wobei grenzwertige, leichte und mittelschwere Abnormitäten überwiegen und schwere nicht ungewöhnlich sind. Krankheitsverläufe, bei denen die zur Aufnahme führenden psychopathologischen Symptome (mit)verursacht werden, sind nicht selten (Beispiele: Delir bei Hyponatriämie; affektive Störung bei Hyperkalzämie in Folge eines primären Hyperparathyreoidismus). Häufiger sind jedoch die Situationen, in denen auffällige Elektrolytwerte Ausdruck behandlungsrelevanter somatischer Begleiterkrankungen sind (Beispiele: leichte Hyperkaliämie unter Behandlung mit einem ACE-Hemmer, Hyponatriämie/-kaliämie bedingt durch Diuretika-behandlung). Im Mittelpunkt des Vortrags steht die Gewichtung der diagnostisch und therapeutisch relevanten Aspekte der genannten metabolischen Störungen im Alltag einer gerontopsychiatrischen Klinik.

HERAUSFORDERUNG MULTIPROFESSIONELLE REGIONALE VERSORGUNG FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ: NEUE QUALIFIKATIONEN, NEUE ARBEITSTEILUNG

Wolfgang Hoffmann

Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, Ernst-Moritz-Armdt-Universität Greifswald

In vielen ländlichen Regionen ist die wohnortnahe Grundversorgung bereits heute problematisch. Die hausärztliche Versorgung wird in vielen Fällen durch ein Netzwerk von Zweigpraxen aufrechterhalten, Facharztpraxen und Krankenhäuser befinden sich nur in größeren Orten. Innovative, flexible und regional organisierte Versorgungskonzepte sind hier notwendig, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Aufgaben und Kompetenzen müssen zwischen den Gesundheitsberufen und über Sektorengrenzen hinweg übernommen werden, z. B. auf der Basis von Delegationskonzepten, Telemedizin und einer besseren Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor.

In Deutschland sind derzeit mehr als eine Million Menschen von Demenz betroffen. Die adäquate Diagnostik und bedarfsgerechte medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz (MmD) erfordern die Entwicklung und Implementation von innovativen Versorgungskonzepten. Diese sollten vermehrt multiprofessionell ausgerichtet sein und wohnortnah, integriert und koordiniert erfolgen. Dieser Prozess schließt in der Folge auch die Neuverteilung von Tätigkeiten zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren ein.

Bei demenziell Erkrankten führt das Fortschreiten der Demenzerkrankung häufig zu einem steigenden pflegerischen Versorgungsbedarf, so dass der pflegerischen Profession besondere Aufgaben in der Betreuung der MmD sowie der Unterstützung des (pflegenden) Umfeldes zukommen. Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE e.V.), Rostock/Greifswald hat ein Konzept zum Dementia Care Management (DCM) entwickelt. Dieses Konzept beinhaltet einen subsidiären Versorgungsansatz für MmD und deren Angehörige, in dem eine enge Kooperation zwischen Dementia Care Managern, Hausärzten, Apothekern und weiteren Leistungserbringern in der Region stattfindet. Auf der Basis einer umfassenden Baseline-Untersuchung wird der Versorgungsbedarf festgestellt, in Kooperation mit dem behandelnden Hausarzt wird die Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Beteiligten festgelegt.

Für die Dementia Care Manager wurde eine passgenaue Qualifikation für Pflegekräfte entwickelt, abgestimmt auf die tatsächlichen Aufgaben.

Die Vision einer regionalen Versorgung ist, dass alle beteiligten Akteure gemeinsam die Gesamtheit der notwendigen Leistungen erbringen. In der Praxis bedeutet das die Organisation und Absicherung einer arbeitsteiligen Kooperation idealerweise aller relevanten Leistungserbringer einer Region zur koordinierten Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

NACHHALTIGKEIT SICHERN IN DEMENZNETZWERKEN – DAS DÜSSELDORFER MODELL

Barbara Höft

Institutsambulanz Gerontopsychiatrie, LVR-Klinikum/Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität, Universitätsklinikum Düsseldorf

Das Demenznetz Düsseldorf startete – für die ersten drei Jahre gefördert mit Mitteln der Landesinitiative Demenz-Service NRW – zum 01.05. 2004.

Die Basis bildet die Kooperation der großen örtlichen Wohlfahrtsverbände mit dem Amt für Soziale Sicherung und Integration der Landeshauptstadt (Demenzservicezentrum für die Region Düsseldorf), der Alzheimer-Gesellschaft Düsseldorf & Kreis Mettmann e.V. und der Institutsambulanz Gerontopsychiatrie des LVR-Klinikums/Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität.

Die Regeln der Kooperation wurden schriftlich niedergelegt und regelmäßige Treffen auf zwei Ebenen (Arbeits- und Steuerkreisebene) vereinbart. Standards für die einzelnen Unterstützungsangebote wurden erarbeitet und gemeinsam die Schulung der ehrenamtlichen Helfer organisiert.

Zentrale Charakteristikum des Netzwerkes (»Knoten des Netzes«) sind die Betreuungsgruppen im Quartier.

Es wurde nicht nur ein konkretes Entlastungsangebot geschaffen, im Verlauf wurden die Betreuungsgruppen darüber hinaus zu Keimzellen für die Entwicklung weiterer, differenzierter Angebote wie z. B. den Einsatz von ehrenamtlichen Helfern in der Einzelbetreuung in der Häuslichkeit (DAfürDicH) oder ein Angebot zur Bewegungsförderung nach dem Prinzip »fit für 100«.

Aktuell bestehen 34 Gruppen stadtweit mit 250–280 Gästen wöchentlich.

Anhand der inzwischen 10jährigen Düsseldorfer Erfahrungen werden Kernelemente für eine nachhaltige Netzwerkarbeit und -steuerung dargestellt und diskutiert.

THERAPEUTISCHE OPTIONEN BEI DEPRESSION

Vjera Holthoff-Detto

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin

Die behandlungsbedürftige Depression des alten Menschen ist die häufigste psychische Störung im höheren Lebensalter. Ziel des Vortrags ist es, die unterschiedlichen und häufigsten Symptomprofile und die Therapie der Depression im höheren Lebensalter zusammenzufassen. Die antidepressive Pharmakotherapie beinhaltet die Akutbehandlung sowie die Planung der Phasenprophylaxe. Darüber hinaus gewinnt auch die Elektroheilkraftbehandlung im höheren Lebensalter an Bedeutung. Der nachgewiesene und nachhaltige Effekt auf die Depressivität und den Funktionsstatus beim älteren Menschen durch die Anwendung von kognitiv behavioralen Behandlungsstrategien wie der Problem Solving Therapy zeigt, dass das Erkennen und Fördern der individuellen Ressourcen und der Selbstständigkeit bei älteren depressiv Erkrankten von zentraler Bedeutung für die klinische Behandlungsplanung ist. Demenz – was kann die Politik und was können wir alle tun?

TELEMEDIZIN IN DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN BEHANDLUNG: AKTUELLE ÜBERSICHT

Vjera Holthoff-Detto

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin

Aktuelle Ergebnisse aus der Telemedizin bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen im Alter sind ermutigend. Sie könnten zukünftig dann an Bedeutung gewinnen, wenn die Immobilität behandlungsbedürftiger Patienten den Zugang zur Behandlung verhindert oder Patienten in einer versorgungsschwachen Region in Bezug auf gerontopsychiatrische und gerontopsychotherapeutische Behandlung leben. Eine aktuelle Studie konnte erfolgreich eine internetgestützte, spezialisierte psychotherapeutische Intervention in der komplexen Behandlung traumatisierter alter Menschen nachweisen. Eine weitere Studie demonstrierte den Effekt von einer 12-wöchigen Problemlöse-Therapie im Vergleich beider Settings (Angesicht-zu-Angesicht und Videokonferenz) bei älteren depressiv Erkrankten, die sich durch Immobilität und Armut auszeichneten. Neben einem vergleichbaren klinisch signifikanten Effekt auf die Depression und den Grad der Behinderung zeigte sich auch eine sehr gute Behandlungadhärenz in der telemedizinischen Gruppe. Die aktuellen Ergebnisse werden in diesem Vortrag zusammengefasst.

»WIRKEN« VERSORGUNGSNETZWERKE? – EIN BEITRAG ZUR HYPOTHESENENTWICKLUNG

Ralf Ihl, Katrin Krahn, Nadine Cujaj

Alexianer Demenzforschungszentrum Krefeld und Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Die Forschung zu Versorgungsnetzwerken steckt noch in den Kinderschuhen. Beispielhaft können folgende Aussagen als Beleg dafür angeführt werden:

- Es fehlt schon an einer hinreichenden und allgemein akzeptierten Definition des Begriffes Netzwerk.
- Wer was, wann, wie und wie oft macht, ist für Versorgungsnetzwerke nicht hinreichend beschrieben.
- Eine methodische Vorgabe zum Design von Untersuchungen zu Versorgungsnetzwerken, zu Methoden der Auswertung, zur Bewertung von Ergebnissen, zu Änderungskonsequenzen und zur Umsetzung neuer Erkenntnisse fehlt.
- Für eine Beurteilung der Wirksamkeit von »Versorgungsnetzwerken« reicht das Wissen zu Versorgungsnetzwerken nicht aus.
- Es bedarf auch einer Beschreibung der Personengruppe, die versorgt werden soll, und des Bedarfs.
- Für die Bezeichnung »Versorgungsnetzwerk« gilt es darüber hinaus, eine zugehörige Region zu benennen und die Anzahl der zu Versorgenden zu bestimmen.

Gelingt es, Versorgungsnetzwerke so klarer zu definieren, ergeben sich Qualitätsmerkmale wie

- der Versorgungsgrad, berechnet als tatsächlich versorgte Menschen im Verhältnis zur Gesamtzahl der zu Versorgenden,
- der erfüllte Versorgungsumfang. Hierzu ist das Spektrum sinnvoller Versorgungsangebote zu beschreiben,
- eine definierter Zielerreichungsgrad
- oder die Zufriedenheit der Nutzer.

Gerade die letzteren können auch als Beispiele für Wirksamkeitsparameter angesehen werden. Hier wird eine Versorgungsnetzwerkbeschreibung und eine Untersuchung zur Wirksamkeit vorgestellt. Die Ergebnisse führen zu Vorschlägen zur Implementierung und Prüfbarkeit von Netzwerken.

DEMENZ – WAS KANN DIE POLITIK UND WAS KÖNNEN WIR ALLE TUN?

Sabine Jansen

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (DALzG), Berlin

Menschen mit Demenz leben in sehr unterschiedlichen Umgebungen und befinden sich in verschiedenen Krankheitsstadien. Von daher brauchen sie und ihre Angehörigen Unterstützung zu Beginn, wenn ein selbstständiges Leben noch weitgehend möglich ist. Sie brauchen aber auch ein professionelles Unterstützungssystem dort, wo Pflege notwendig ist und die Begleitung durch Angehörige an ihre Grenzen stößt. Dafür muss die Politik die Rahmenbedingungen schaffen, z. B. durch die Pflegegesetzgebung.

Mit der Nationalen Allianz für Menschen mit Demenz haben sich Ministerien unter Federführung der Ministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie Gesundheit und die beteiligten Verbände – darunter die DALzG und die DGGPP – viel vorgenommen, um in gemeinsamer Anstrengung die Situation für die zur Zeit bei uns lebenden Demenzkranken zu verbessern. Die Agenda der Allianz umfasst neben den Bereichen Wissenschaft und Forschung, der Gestaltung des Unterstützungs- und Versorgungssystems auch die Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Familien sowie die gesellschaftliche Verantwortung. In über 150 Maßnahmen soll in diesen Handlungsfeldern in den nächsten Jahren gearbeitet werden. Das kann nur gelingen, wenn alle sich beteiligen.

»MAN KANN SO SCHÖN IN ERINNERUNGEN SCHWELGEN ...« ZUR WIRKUNG DES MUSIKHÖRENS AUF DAS EMOTIONALE ERLEBEN DEMENTZBETROFFENER

Karsten Kiewitt

AGUS/GADAT Bildungsgruppe (Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe), Potsdam/Neuruppin

1. Zielsetzung/Fragestellung: Dem vorzustellenden Forschungsprojekt lagen folgende Hypothesen zugrunde:

- Das Hören biographisch relevanter Musik aktiviert positive/negative Emotionen, Erinnerungen und Interaktionsprozesse dementierender Personen im mittleren Erkrankungsstadium.
- Die Ausprägung des durch das Hören biographisch bedeutungsvoller Musik angeregten emotionalen Erlebens ist individuell unterschiedlich.
- Das emotionale Ausdrucksverhalten des dementiell erkrankten Menschen beim Hören von Musik kann Aufschluss über die biographische Bedeutung geben, die die jeweils gehörte Musik für ihn hat.

2. Materialien/Methoden: Zur Durchführung und Auswertung der Studie wurde eine Methodenkombination genutzt:

- Qualitative Erhebung mit sechs Probanden eines stationären Pflegeheims (Videografierung von Sitzungen, in denen mit ausgewählten Probanden nach einer festgelegten Struktur Musik gehört wurde.)
- Qualitative und quantitative Auswertung: Transkription der Videosequenzen, Auswertung mit qualitativer Datensoftware (MAXQDA), Berechnungen in SPSS, Dialogische Introspektion.

3. Ergebnisse: Die Hypothesen wurden bestätigt. Darüber hinaus ergaben sich folgende Hinweise: Biographische Relevanz von Musik ist unterschiedlich intensiv ausgeprägt; biographische Relevanz von Musik ist immer individuell, allgemeingültige Aussagen zur biographischen Bedeutung von Musik sind daher nicht möglich; auch negativ emotional erlebte Musik kann bei Demenzbetroffenen im mittleren Stadium soziale Interaktion anregen.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Das Hören biographisch bedeutsamer Musik aktiviert Emotionen, Erinnerungen und soziale Interaktion und unterstützt damit das Wohlbefinden und die Lebensqualität Demenzbetroffener. Zur Einschätzung der biographischen Relevanz von Musik ist von den Fachkräften eine individualmusikalische Perspektive einzunehmen. Darüber hinaus kann in einem geschützten Rahmen Musik eingesetzt werden, deren biographische Relevanz für Betroffene den Fachkräften unbekannt ist. Um das emotionale Erleben differenziert einzuschätzen, ist eine gezielte Beobachtung und Analyse des Ausdrucksverhaltens der Betroffenen notwendig. Mit Musik arbeitende Fachkräfte benötigen ein interdisziplinäres Kompetenzspektrum.

DAS SCHLICHTUNGSVERFAHREN IN DER SCHLICHTUNGSSTELLE DER NORDDEUTSCHEN ÄRZTEKAMMERN – PRINZIPIEN DER ARZTHAFTUNGSPROBLEMATIK

Manfred Koller

Asklepios Fachklinikum Göttingen

Ein Schlichtungsverfahren kann in mehr als 90 Prozent der Fälle einen aufwändigen Arzthaftungsprozess vor einem Gericht vermeiden helfen.

Der Ablauf eines Schlichtungsverfahrens unter der Maßgabe der Transparenz für alle am Verfahren Beteiligten wird dargestellt. Begriffe wie Behandlungsfehler, Befunderhebungsmangel, Schaden als Fehlerfolge oder unabhängig davon etc. und Beweislastumkehr werden an Beispielen aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebiet erläutert.

Es geht dabei auch um Aspekte dessen, was man aus Behandlungsfehlern lernen kann, wie man mit einem Fehler umgehen sollte, wie man das haftungsrechtliche Denken besser nachvollziehen kann und wie die Dokumentation gestaltet sein sollte.

SELBSTBESTIMMT STERBEN?

Matthias Koller

Landgericht Göttingen

Lebensschutz und Tötungsverbot zählen zu den Grundbeständen von Moral und Recht. Das deutsche Strafgesetzbuch verbietet deshalb auch die Tötung auf Verlangen. Demgegenüber sollen die Selbsttötung und die Beihilfe dazu (jedenfalls bislang und grundsätzlich) straflos sein. Für den »Zwischenbereich« haben Rechtsprechung und Rechtswissenschaft eine ganze Reihe von Einzellösungen entwickelt, die unter Stichworten wie indirekte, aktive und passive Sterbehilfe, Behandlungsabbruch und assistierter Suizid, Tötung durch Unterlassen und unterlassene Hilfeleistung verhandelt werden. Jede Einzellösung wird höchst kontrovers diskutiert. Einigkeit besteht letztlich nur darüber, dass es dogmatisch zwingende Herleitungen nicht gibt und jede Lösung maßgeblich durch außerrechtliche Wertungen beeinflusst ist. Dementsprechend findet sich auch international eine Vielzahl von sowohl im Grundsätzlichen als auch in den Einzelheiten divergenten Lösungen, nicht zuletzt auch, soweit es die Rolle der Ärzte betrifft.

Befürworter eines liberalen Umgangs mit der Sterbehilfe betonen besonders den Gedanken der Selbstbestimmung, die fester »Partner« des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit und selbst ein Grund- und Menschenrecht ist. Bei näherem Zusehen indessen bietet auch dieser Gedanke keine durchgängig verlässliche Entscheidungshilfe. Welche Schwierigkeiten die Feststellung der Selbstbestimmung bereiten kann, wird zum Beispiel im Umgang mit Menschen mit Demenz deutlich: Gilt noch, was sie vor Jahren schriftlich verfügt haben? Und wie sind aktuelle Lebens- oder Sterbenswünsche zu bewerten? Sind diese Wünsche überhaupt rechtlich beachtlich? Und: Welchen aktuellen Äußerungen kann überhaupt ein solcher Erklärungsgehalt beigelegt werden?

Vor diesem Hintergrund sind die in der aktuellen rechtspolitischen Diskussion vertretenen Positionen und Konzepte zu bewerten. Die Frage erscheint erlaubt, ob es überhaupt schon hinreichende tatsächliche Grundlagen gibt, um diese Positionen und Konzepte zu fundieren.

PRÄVENTION UND BEHANDLUNG ÄLTERER PATIENTEN MIT DELIR AUF CHIRURGISCHEN STATIONEN IM ALLGEMEINKRANKENHAUS – IST EINE GERONTOPSYCHIATRISCHE LIAISONPFLEGE HILFREICH?

Torsten Kratz¹, Manuel Heinrich², Eckehard Schlauß², Albert Diefenbacher²

¹Funktionsbereich Gerontopsychiatrie/Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, KEH Berlin

²Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, KEH Berlin

1. Zielsetzung/Fragestellung: Delirien sind häufige psychiatrische Symptome im Allgemeinkrankenhaus, sie sind häufige Komplikationen älterer Patienten in der stationären Behandlung und mit erhöhter Verweildauer, erhöhten Kosten, erhöhtem Pflegeaufwand und dem Risiko einer Heimeinweisung verbunden. Insbesondere postoperativ treten Delirien bei älteren und kognitiv eingeschränkten Patienten auf.

2. Materialien/Methoden: Es wurde in einer offenen monozentrischen Studie auf zwei chirurgischen Stationen eines Allgemeinkrankenhauses die Häufigkeit des Auftretens von postoperativen

Delirien erhoben. Nach Abschluss dieser Prävalenzphase wurde auf eine der beiden chirurgischen Stationen durch einen geschulten Delirpfleger eine nach dem Hospital Elder Life Program (HELP) angelehnte Intervention eine Prävention postoperativer Delirien durchgeführt. Die zweite Station blieb weiterhin Kontrollstation.

3. Ergebnisse: 20,8% der Patienten, die keine spezifische Intervention erhielten, bildeten ein postoperatives Delir aus. Durch ein konsequentes präoperatives Screening und die Anwendung einfacher Interventionen durch einen speziell geschulten Pfleger (Delirpfleger) konnte das postoperative Delir auf 4,9% reduziert werden. Insbesondere die Maßnahmen Validation, Schlafverbesserung, kognitive Aktivierung, Frühmobilisation, Verbesserung der Sensorik und Verbesserung des Ernährungszustandes kamen dabei zum Tragen. Als wichtige Prädiktoren für ein postoperatives Delir zeigten sich der Mini-Mental-Status-Test, das Alter sowie das Vorliegen einer präoperativen Infektion.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Durch die Etablierung eines Delirpflegers und die Anwendung einfacher pflegerischer Maßnahmen präoperativ, die postoperative Begleitung sowie kognitive Aktivierung führt bei älteren und kognitiv eingeschränkten Patienten zur deutlichen Reduktion des Risikos der Ausbildung eines postoperativen Delirs.

DELIR-EPIDEMIOLOGIE IM KRANKENHAUS: INZIDENZ, PRÄVALENZ UND KONSEQUENZEN EINER VALIDEN DIAGNOSTIK?

Stefan Kreisel

Abteilung für Gerontopsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Das Delir epidemiologisch »dingfest« zu machen, scheitert an verschiedenen Fallstricken. Die Definition als »Syndrom« und nicht an objektiven Kriterien führt dazu, dass eine präzise Erfassung zwangsläufig schwierig, wenn nicht gar unmöglich ist. Andererseits ist eine allgemeingültige und -verständliche Klassifikation – sozusagen eine »Sprachregelung« – die Voraussetzung dafür, dass eine effektive Prävention, eine möglichst zielgerichtete Therapie und auch ein breites Wissen über Auslöser und Konsequenzen des Delirs im Krankenhaus etabliert werden kann. Leider sind wir noch nicht so weit.

In diesen Vortrag sollen folgende Punkte angesprochen werden: Es wird eine Übersicht über die Delirinzidenz und -prävalenz im Krankenhaus gegeben und diese auf ihre »Validität« hin diskutiert. Es soll dabei auch auf die Frage »Screening-Instrumente« versus »Diagnosestellung« eingegangen werden – in Anbetracht sich ändernder Diagnosekriterien (i. e. DSM-5). Es werden Daten zu einer großen Deutschen Krankenhausvollerhebung zum Thema Delir/kognitive Einschränkungen vorgestellt und an diesem Beispiel erörtert, inwiefern sich die Delirprävention im Krankenhaus »lohnt«.

WERDENFELSER WEG: EINE INITIATIVE ZUR VERMEIDUNG FREIHEITSENTZIEHENDER MASSNAHMEN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN

Claudia Krieger

Amtsgericht Gummersbach

Werdenfelser Weg – das ist der Name eines Projekts, das sich zum Ziel gesetzt hat, freiheitsentziehende Maßnahmen in stationären Einrichtungen zu vermeiden. Ins Leben gerufen wurde das Projekt im Jahr 2008 durch Herrn Dr. Kirsch, Betreuungsrichter des Amtsgerichts Garmisch-Partenkirchen. Auch in Nordrhein-Westfalen wie im gesamten Bundesgebiet gehen mittlerweile viele Gerichte diesen Weg.

Der Werdenfeller Weg ist ein verfahrensrechtlicher Ansatz im Rahmen des geltenden Betreuungsrechts, den Gedanken der Vermeidung von Fixierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen wie Bauchgurten, Bettgittern, Vorsatztischen pp. in Einrichtungen zu stärken. Grundidee ist, dass im Rahmen des betreuungsgerichtlichen Genehmigungsverfahrens pflegeerfahrene Verfahrenspfleger eingesetzt werden.

Über die rechtlichen und medizinischen Aspekte sowie über alternative Maßnahmen soll dieser Vortrag informieren.

WERDEN ALLE VERLIEREN? AUSWIRKUNGEN DURCH EINE GENERALISIERUNG DER PFLEGEAUSBILDUNG

Ursula Kriesten

Akademie Gesundheitswirtschaft und Senioren (AGewiS) des
Oberbergischen Kreises, Gummersbach
AAA-Deutschland (Arbeitskreis Ausbildungsplatz Altenpflege)

Die politisch geplante Zusammenlegung der Pflegeberufe der Gesundheits- und Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege zu einer generalisierten Ausbildung wird Folgen für beteiligte Personen und Systeme haben. Die Befürworter der Generalisierung der Pflegeberufe versprechen sich eine bessere Verwertbarkeit der Pflegegeneralisten in die verschiedenen Beschäftigungsfelder. Experten der Altenhilfebranche jedoch wissen: Eine Zusammenlegung der drei Berufe hätte für die pflegerische Versorgung und Betreuung, insbesondere für die Altenhilfebranche und die gerontopsychiatrisch betroffenen Menschen, drastische Auswirkungen. Im Vortrag erläutert Ursula Kriesten potenzielle soziale und ökonomische Auswirkungen für Pflegeunternehmen, Ausbildungsstätten, Auszubildende, Kommunen, sowie für Senioren. Zudem werden anhand des prospektiven Kompetenzoutcomes Auswirkungen erläutert, die de-professionalisierend wirken.

DIE ENTWICKLUNG EINES MANUALISIERTEN PFLEGEKONZEPTES ZUR BETREUUNG VON ÄLTEREN KONSUMENTEN ILLEGALER DROGEN IN DER STATIONÄREN ALTENPFLEGE

Ulrike Kuhn¹, Tanja Hoff², Michael Isfort², Karsten Keller²

¹Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung

²Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.

Kurzinhalt: Ziel dieses Beitrages ist es, pflegerische Konzepte und Vorgehensweisen im Umgang mit Substanzkonsum (und dabei insbesondere illegalem Drogenkonsum) älterer Pflegebedürftiger vorzustellen und zu diskutieren.

1. Zielsetzung/Fragestellung: Die derzeitige Praxis in der Versorgung und Betreuung älterer Menschen mit einer Suchtproblematik wird bisher selten sowohl theoretisch als auch konzeptionell begründet und fundiert. Zudem gibt es bisher nur wenige pflegerische Einrichtungskonzepte, die Substanzkonsumstörungen (wie riskanten und/oder abhängigen Konsum von Alkohol, Medikamenten, Tabak und/oder illegalen Drogen) thematisieren (Kuhn 2013). Auf dem Hintergrund der zukünftigen Anforderungen im Themenfeld Sucht im Alter in der Pflege zielt das SILQUA-Projekt SANOPSA auf die Unterstützung der ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen bei der Konzeptfindung bzw. -weiterentwicklung für die Zielgruppe Älterer mit Substanzkonsumproblemen.

2. Materialien/Methoden: Hierzu wurden auf Basis von qualitativen Experten- und Klienteninterviews sowie einer kriteriengeleiteten Analyse vorhandener Vorgehensweisen und Konzepte,

unter Einbezug sucht- und pflegewissenschaftlicher Expertise, Pflegehandlungsempfehlungen (legale Substanzen) und ein manualisiertes Pflegekonzept (illegale Substanzen) entwickelt und in der Praxis erprobt. Zur Verbreitung dieser Konzepte (und auch bereits vorhandener Vorgehensweisen, Pflege- und Handlungskonzepte) wurde ein »Open-Access«-Modell in Form einer Online-Plattform (www.sanopsa.de) entwickelt und evaluiert.

3. Ergebnisse: In diesem Beitrag wird das entwickelte manualisierte Pflegekonzept (illegale Substanzen) dargestellt und mit dem Plenum diskutiert. Dieses Pflegemanual enthält neun Module ab stationärer Aufnahme des älteren Suchterkrankten. Es werden spezifische Pflegesituationen des Alltags aufgegriffen und der Einsatz gezielter Maßnahmen empfohlen. Zudem wurden für professionell Pflegenden Schulungs- und Fortbildungsmaterialien entwickelt.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Es hat sich gezeigt, dass eine disziplin- und settingübergreifende Vernetzung der Akteure (Altenpflege und Suchthilfe) systematisch aufgearbeitetes Wissen zum Suchtverhalten älterer Menschen hervorbringen und Interventionsansätze für die Betreuung dieser Personen aufzeigen kann. In Hinblick auf die Verbesserung der Versorgung, Betreuung und Lebensqualität von älteren Menschen mit Substanzkonsumstörungen müssen die Konzepte unter Einbezug von Wissenschafts- und Praxisexperten fortlaufend diskursiv weiterentwickelt werden.

SCHMERZPHYSIOTHERAPIE IM ALTER UND BEI MENSCHEN MIT DEMENZ

Marjan Laekeman

Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V.
(DZNE), Standort Witten

Ältere Menschen leiden oft unter chronischen Schmerzen, die mit körperlichen, psychischen und sozialen Einschränkungen einhergehen [1]. Physiotherapie kann einen wertvollen Beitrag zur Wiedererlangung von Mobilität, Lebensqualität und Selbstständigkeit leisten.

Dieser Kongressbeitrag beleuchtet die Möglichkeiten der Schmerzphysiotherapie bei älteren Menschen. Insbesondere bei Menschen mit Demenz bildet Bewegung eine wichtige Möglichkeit zur Kognitions- und Stimmungsverbesserung.

Es wird ein Überblick über Ressourcen und Barrieren auf Seiten der Betroffenen und der Therapeuten geboten. Anhand der Evidenz aus der Literatur werden Empfehlungen für das Schmerzmanagement dargestellt.

1. Verenso. Richtlijn Pijn. Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen. Deel 1 Samenvatting, aanbevelingen, indicatoren en medicatietabellen. Arnhem: Rikken Print 2011.

VERSORGUNGSARRANGEMENTS UND BELASTUNG VON HAUPTPFLEGEPERSONEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ IN DEMENZNETZWERKEN IN DEUTSCHLAND

Franziska Laporte Uribe¹, Bernhard Holle²

¹Arbeitsgruppe Implementierungs- und Disseminationsforschung,
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V.

(DZNE) Standort Witten

²Arbeitsgruppe Versorgungsstrukturen, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) Standort Witten

1. Zielsetzung/Fragestellung: Die Unterstützung pflegender Angehöriger und von Menschen mit Demenz in ihrer eigenen Häuslichkeit ist ein wichtiges Ziel für die Arbeit von Demenznetzwerken.

Die Frage danach, wie dies in der praktischen Umsetzung gelingt und organisiert wird, stellt einen thematischen Schwerpunkt des Projektes DemNet-D dar. Ergebnisse der Analyse in Bezug auf Versorgungsarrangements und die Belastung Pfleger in Demenznetzwerken werden in diesem Beitrag präsentiert.

2. Materialien/Methoden: Als Teil der multizentrischen, multi-professionellen und multivariaten Follow-Up-Studie DemNet-D wurden qualitative und quantitative Interviews in 13 deutschen Demenznetzwerken durchgeführt. Dabei wurden Daten u. a. mit dem Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung (BIZA-D) sowie dem Instrument zur Erfassung von Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz (D-IVA) erhoben.

3. Ergebnisse: Analysen zeigten, dass von den 560 Pflegenden mit einem Altersdurchschnitt von 63,9 Jahren (SD \pm 12,9) 74,3% weiblich und 536 informell Pflegende waren. Mehr als jeder fünfte Teilnehmer mit Demenz (21,4%) lebte allein im eigenen Haushalt. Die objektive Belastung war in Bezug auf die Unterstützung bei erweiterten Betreuungsaufgaben (z. B. Einkaufen, Behördengänge) am höchsten ausgeprägt (11,1/16,0; SD 4,8). Ambulante Pflegedienste und Tagesgruppen gehörten zu den am häufigsten genutzten formellen Unterstützungsangeboten (39,0%; 29,5%).

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Zum ersten Mal stehen umfassende Daten zu nutzerbezogenen Outcomes in Demenznetzwerken in Deutschland zur Verfügung. Damit sind Hinweise zur Funktionalität und Qualitätssicherung von bestehenden und geplanten Demenznetzwerken möglich.

ALTERSPEZIFISCHE QUALIFIZIERTE AKUTBEHANDLUNG (STATION AQUA)

Bodo Lieb

Suchtbehandlungszentrum, Ev. Krankenhaus Elsey in Hohenlimburg gGmbH, Hagen

In Deutschland hat sich die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Suchtkranker (Synonym Qualifizierte Entzugsbehandlung) als wichtige Eingangstherapieform in die Behandlungskette substanzbezogener Störungsbilder etabliert [1].

Nachdem in den Bereich der Postakutbehandlung schon seit längerem soziodemographisch differenzierende Therapieangebote Eingang gefunden haben (z. B. Alters-, Geschlechts- oder Milieuspezifische Entwöhnungsbehandlungen), galt in der Akutbehandlung bislang unverändert das Primat der Substanzspezifität als Differentialindikator (z. B. Qualifizierter Alkoholzug vs. Qualifizierter Opiatzug). Aus den positiven Erfahrungen der Entwöhnungskliniken [2] deutet sich aber auch in der Krankenhausbehandlung ein Paradigmenwechsel an. So sind in den letzten Jahren mit einigem Erfolg Stationen für die Entzugsbehandlung von Adoleszenten bzw. jungen Erwachsenen mit differierenden Konsummustern etabliert worden. So bietet z. B. das Suchtbehandlungszentrum am Ev. KHS Elsey in Hagen seit 2011 mit der Spezialstation »Achterbahn« eine substanzspezifische qualifizierte Entgiftung für Adoleszente an, die stark nachgefragt wird [3].

Im Bereich der suchtkranken Älteren dagegen sind Therapieangebote im Allgemeinen rar [4], eine Spezialstation für eine altersspezifische qualifizierte Akutbehandlung ist uns aus dem deutschen Sprachraum bislang gar nicht bekannt.

Diese Lücke wollen wir mit der sich im Aufbau befindlichen Station »AQUA« schließen helfen. Im Vortrag sollen die zugrundeliegenden Evidenzdaten, der Entwicklungsprozess, das Konzept und das spezifische Therapieangebot einer Spezialstation für die qualifizierte Akutbehandlung suchtkranker Älterer dargelegt werden.

1. Schmidt LG, Gastpar M, Falkai P & Gäbel W. Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag 2006.
2. Geyer D, Penzek C. Wirkfaktoren in der stationären Rehabilitation älterer Alkoholabhängiger. In: Fachverband Sucht e.V (Hrsg) Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung, Geesthacht, Neuland 2007: 305-316
3. http://www.diakonie-sw.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/elsey_achterbahn_14.pdf
4. Lieb B, Rosien M, Bonnet U, Scherbaum N. Alkohol-bezogene Störungen im Alter. Fortschr Neurol Psychiatr 2008; 76: 75-85.

DAS MORTALITÄTSRISIKO KONVENTIONELLER ANTIPSYCHOTIKA BEI ÄLTEREN PATIENTEN: EIN SYSTEMATISCHER REVIEW VON RANDOMISIERTEN UND BEOBACHTUNGSSTUDIEN

Hendrika J. Luijendijk, T. A. Hulshof, N. C. de Bruin, S. U. Zuidema, R. W. J. G. Ostelo, A. H. E. Koolman
University Medical Center Groningen (UMCG), NL-Groningen

Introduction: Numerous cohort studies have found an association between conventional antipsychotics and an increased risk of mortality in elderly patients. Consequently, health authorities have warned against the use of these antipsychotics in patients with dementia. However, terminal illness may have confounded the observational findings. The aim of this study was (1) to critically appraise the results and methods of cohort studies, and (2) to estimate the mortality risk of conventional antipsychotics in randomized placebo-controlled trials.

Methods: Studies were sought in 1) electronic databases; Pubmed, Embase and Cinahl, 2) references of published reviews and meta-analyses, and 3) online trial registers. Cohort studies needed to investigate the mortality risk of new elderly users of conventional antipsychotics. Trials had to compare a conventional antipsychotic to placebo in elderly patients with dementia or (a high risk of) delirium. We abstracted the results from the individual studies and assessed the quality of the methods. We calculated the pooled risk difference (RD) for the trials.

Results: The search yielded 19 cohort studies. Sicker and older patients received conventional antipsychotics more often than new antipsychotics. The risk of dying was especially high in the first month of use, and when haloperidol was administered per injection or in high dosages. Terminal illness was not measured and adjusted for adequately in any study. We also included 17 trials which included n=2387. Fourteen trials had been performed among patients with dementia, and three were delirium prevention trials. The percentage of deaths for conventional antipsychotics (1.4%) was not higher than that of placebo (1.3%) (RD 0.1%; 95% CI -1.0% to 1.2%).

Conclusions: The observational studies that investigated the mortality risk in elderly user of conventional antipsychotics did not adjust for terminal illness. In trials, conventional antipsychotics were not associated with a higher risk of mortality in patients with dementia or high risk of delirium. These results strongly question the validity of the observational findings on which the warning against conventional antipsychotics was based.

MIT DEMENZ IM PFLEGEHEIM

Heike von Lützu-Hohlbein

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (DALZG), Berlin

Selbstständig wohnen in einer ganz normalen Wohnung bis zum Lebensende, das wünschen sich die meisten Menschen. Fortschreitende Demenz und zusätzliche körperlichen Erkrankungen wie auch der Zusammenbruch der ambulanten Versorgung kön-

nen diesem Wunsch ein Ende bereiten. Ist ein Pflegeheim eine Alternative? Welche Fragen stellen sich und wo findet man eine Antwort oder Hilfestellung?

Durch die besser ausgebauten ambulanten Hilfen und die relative Gesundheit der alten Menschen ist das Umzugsalter in ein Pflegeheim immer weiter gestiegen, die Verweildauer kürzer geworden. Damit ändert sich die Struktur der erforderlichen Versorgung, die auch durch den weiter steigenden Anteil demenzkranker Bewohner bestimmt wird.

Die Wünsche an eine stationäre Versorgung und die realistischen Möglichkeiten sind in Einklang zu bringen. Das tägliche Leben in einem Pflegeheim sieht anders aus als zu Hause. Der Tagesablauf ist häufig durch die Arbeitsstruktur des Pflegepersonals vorgegeben, nicht durch den individuellen Rhythmus des einzelnen Bewohners. Trotzdem sollte den Bewohnern Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich sein. Angehörigenarbeit wie auch die Öffnung der Einrichtung in das kommunale Umfeld sind wichtige gelingende Bereiche. Die medizinische Versorgung im Heim muss organisiert werden. Auch die Finanzierung muss gesichert sein.

Gut geschultes Personal und die Umsetzung des Demenz-Wissens in allen Hierarchiestufen sind notwendige Voraussetzungen, damit ein Leben in Würde bis zum Schluss die oberste Maxime sein kann.

»DIGNITY THERAPY« – ZUR STEIGERUNG DES WÜRDEEMPFINDENS BEI PALLIATIVPATIENTEN

Sandra Mai

Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin der
Universitätsmedizin Mainz

Das Würdegefühl von Patienten wird durch Veränderungen im Selbstbild beeinflusst. Behandler haben dabei einen großen Einfluss auf das Würdegefühl der Patienten. Durch Kenntnis der Faktoren, die Einfluss auf die Patientenwürde haben, können diese in der täglichen würde-orientierten Behandlung berücksichtigt werden. Darüber hinaus steht mit der Würdetherapie eine Kurzintervention zur Stärkung der Würde und somit der Linderung existentiellen Leids am Ende des Lebens zur Verfügung. Würdetherapie ist eine Form der Biographiearbeit, die sich durch drei Faktoren auszeichnet: 1.) Generativität, durch die Erstellung eines überdauernden Dokuments für Bezugspersonen der Patienten, 2.) Herausarbeitung der Essenz der Persönlichkeit des Patienten und 3.) wertschätzende und würdigende Grundhaltung der Behandler. Der positive Einfluss der Würdetherapie auf Depression, Angst, das Würdeempfinden und die Lebensqualität konnte seit 2002 in zahlreichen international hochrangig publizierten Studien belegt werden.

ETHISCHE ASPEKTE VON TELEMEDIZIN UND TECHNISCHEN ASSISTENZSYSTEMEN

Arne Manzeschke

Institut Technik · Theologie · Naturwissenschaften an der LMU
München

Diagnostik und Therapie, aber auch Prävention und Rehabilitation finden zunehmend auf der Basis elektronisch erhobener und verarbeiteter Daten der Patienten/Klienten statt. Die Verfügbarkeit dieser Daten zu jeder Zeit an jedem Ort für jedermann (ubiquitous computing) bildet die technologische Basis neuerer medizinischer und pflegerischer Handlungs- und Behandlungsmöglichkeiten, bei denen auch über Distanzen hinweg agiert werden kann. Zweifelsohne kann diese Technik dem Menschen in gewissen Situationen zu mehr Sicherheit, Frei-

heit oder auch Selbstbestimmung verhelfen. Mit diesen neuen Handlungsmöglichkeiten ergeben sich aber auch eine Vielzahl ethischer Fragen, die sich mit problematischen Aspekten dieser Veränderungen auseinandersetzen müssen. Diese lassen sich grob in solche der Individualität, der Sozialität und der Mensch-Maschine-Interaktion gliedern. Auf der individuellen Ebene werden die elektronischen Daten, welche zum Teil permanent, zum Teil ambient erhoben werden, die Selbstwahrnehmung der Person verändern bzw. die Wahrnehmung dieser Person durch andere sehr stark auf die Daten und ihre algorithmisch verarbeiteten Ableitungen fokussieren. Auch könnten sich hieraus neue Selbsttechnologien ergeben. Auf der Ebene der Sozialität werden sich unter Umständen, verbunden mit diesen Selbsttechnologien, neue bzw. schärfer abbildbare Rechtspflichten zur gesunden Lebensführung ergeben; Formen der Fürsorge werden sich ändern durch die technischen Systeme, welche Kommunikation und Nähe unterstützen bzw. simulieren. Auf der Ebene der Mensch-Maschine-Interaktion schließlich deuten sich Fragen nach Konvergenzen (Maschinen werden menschenähnlicher, Menschen werden maschinenähnlicher) an und solche nach der Mächtigkeit von Expertensystemen, welche (gesundheitsbezogene) Entscheidungen vorstrukturieren und Empfehlungen abgeben, die leicht in Normierungen umschlagen könnten.

Der Vortrag liefert eine kurze und fokussierte Tour d'Horizon der aktuellen Entwicklungen und skizziert auf dieser Grundlage zentrale ethische und anthropologische Fragestellungen.

MULTIPARAMETERSENSORIK FÜR DIE ÜBERWACHUNG MULTIMORBIDER PATIENTEN

Harald Mathis', Gustavo Aragon, Fouad Bitti

'Fraunhofer Institut, Hochschule Hamm-Lippstadt

Demenzielle Erkrankungen in Verbindung mit Komorbiditäten haben in der Vergangenheit zugenommen und werden perspektivisch deutlich anwachsen. Daraus resultieren völlig neue Anforderungen an die Entwicklung und Umsetzung einer personalisierten Pflege und medizinischen Betreuung. Entscheidend hierbei ist es, die Betreuung der jeweiligen Situation des Patienten anzupassen und dem Grundbedürfnis nach einem möglichst langen Verbleib im häuslichen Umfeld gerecht zu werden, gleichzeitig aber auch Risiken und Trends in der gesundheitlichen Entwicklung rechtzeitig zu erkennen, um adäquat intervenieren zu können. Ein solcher Ansatz verlangt die Implementierung eines IT-gestützten Monitoringsystems, das die Kommunikation mit allen am Prozess beteiligten Akteuren gewährleistet.

Die Hauptzielstellungen bestehen darin, Tendenzen klinisch relevanter Veränderungen frühzeitig zu erkennen, Therapieergebnisse zu validieren und ad-hoc auf Stress Einfluss nehmen zu können. Dafür wird ein Unterstützungssystem für demente Patienten mit zahlreichen Komorbiditäten entwickelt. Dabei sollen unterschiedliche Morbiditäts- und Multimorbiditätsgrade berücksichtigt werden.

Das Unterstützungssystem soll aus folgenden fünf Komponenten bestehen:

1. Die *Raumsensorik*, die eine Überwachung der Aktivitäten in der Wohnung oder der Pflegereinrichtung ermöglicht und kombiniert wird mit einer Sturzdetektion und das Eintreten in sogenannte Risikozonen (Bad, Küche, Treppenhaus) meldet.
2. Die *Patientensensorik*, die ein Messen der Vitalparameter und ausgewählter Blutmarker (z. B. kardiovaskuläre Marker, Glukose) erlaubt. Dabei werden die Werte an die betreuende medizinische Einrichtung (Krankenhaus, Hausarzt) übermittelt und täglich ein Feedback gegeben. Dieses System verfügt auch

- über eine Alarmfunktion für Notfälle. Ferner soll eine Stressüberwachung stattfinden, die gepaart werden kann mit dem Feststellen des momentanen Aufenthaltsortes des Patienten.
3. Ein *Kommunikationssystem*, das es erlaubt, zwischen dem multimorbiden Menschen, den Angehörigen, dem Pflegedienst oder der medizinischen Einrichtung jederzeit eine Kommunikation herzustellen. Dieses System stellt auch eine Notruf funktion bereit und erlaubt das Einbinden externer medizinischer Expertise (Telemedizin).
 4. Die unterstützende *Hausautomation*, die über Aktoren lebenserleichternde und -sichernde Funktionen bereitstellt. Dazu gehören z. B. das automatische Bedienen der Rollläden, die Überwachung des Herdes oder Kühlschranks, die Lichtsteuerung und andere.
 5. Das *Biofeedback*, das in einer interaktiven Form zwischen Kommunikationszentrale, Raumklima und zu betreuender Person positives Feedback aktiviert, um die betreffende Person aktiv zu schützen, ihr Wohlbefinden zu erhöhen und sie zu stabilisieren. Das System sollte in zwei Szenarien umgesetzt werden:
 - *Szenario I*: Der alte Mensch in der eigenen Wohnung, der dort unterstützt und überwacht verbleiben kann, bis ein Übergang in eine Pflegeeinrichtung unumgänglich ist. Die Multimorbidität ist dabei – wenigstens zu Beginn – weniger stark ausgeprägt. Mit einer Zunahme der Multimorbidität wird gerechnet.
 - *Szenario II*: Der alte, multimorbide Mensch befindet sich in der Pflegeeinrichtung und muss vor allem hinsichtlich der Vitalparameter, der Blutwerte und der Sturzwahrscheinlichkeit stärker überwacht werden. Medizinischer Rat ist häufiger notwendig und kann auch über das Telemedizinische Modul eingeholt werden.

INTERDISZIPLINARITÄT KONKRET – DER DEMENZKOORDINATOR IM ALLGEMEINKRANKENHAUS

Bernd Meißnest

Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, LWL Klinikum Gütersloh

Die Zahl der gerontopsychiatrisch auffälligen Patientinnen und Patienten im Allgemeinkrankenhaus liegt heute bei fast 30%. Gerade an Demenz erkrankte Menschen sind bei einer Behandlung im somatischen Krankenhaus mit den hochstrukturierten Prozessen und Therapien überfordert. Hier ist gerontopsychiatrische Kompetenz notwendig zur Koordination und Begleitung der somatischen Behandlung.

Das Klinikum Gütersloh und die Klinik für Gerontopsychiatrie des LWL Klinikums Gütersloh haben sich zusammengeschlossen, um die Versorgung Demenzerkrankter Menschen im somatischen Krankenhaus zu verbessern. Ein Demenzkoordinator ist in der Klinik für Gerontopsychiatrie angestellt und arbeitet durchgehend im Klinikum Gütersloh. Er wirkt dort auf drei Ebenen:

1. *Patientenebene*: Er schult Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Aufnahme und der Station, mit Hilfe eines Screeningverfahrens Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu identifizieren. Anschließend werden geplante Behandlungsschritte den Bedürfnissen des z. B. demenzerkrankten Patienten angepasst.
2. *Mitarbeiterenebene*: Er schult im Rahmen von Kurzfortbildungen Pflege-, Ärzte- und Therapeutenteams im Umgang mit Demenzerkrankten.
3. *Strukturebene*: Er entwickelt gemeinsam mit Mitarbeitern des Klinikums »demenzfreundliche« Prozesse und Strukturen und schafft Orientierungshilfen für demenzerkrankte Menschen.

Der Demenzkoordinator arbeitet eng mit dem Team der Gerontopsychiatrie zusammen und kann auf unterschiedliche Kompetenzen innerhalb des Teams zurückgreifen. Gemeinsam mit dem Demenzcoach im Klinikum, der Ehrenamtliche für die Begleitung von Demenzerkrankten schult, entwickelt der Demenzkoordinator das Klinikum Gütersloh als somatisches Krankenhaus mit 13 Disziplinen und 478 Betten zu einem demenzfreundlichen Krankenhaus.

Das Projekt des Demenzkoordinators wird gefördert von der Bürgerstiftung der Stadt Gütersloh.

INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT IM ZENTRUM FÜR ALTERSMEDIZIN (ZAM) DES LWL-KLINIKUM GÜTERSLOH

Bernd Meißnest

Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, LWL Klinikum Gütersloh

Der ältere, multimorbide Patient zeigt oft gleichzeitig psychische und physische behandlungsbedürftige Erkrankungen. Eine fächerübergreifende Zuständigkeit ist in der hochspezialisierten Krankenhausstruktur selten, und i. d. R. wird der Patient dann von der einen Disziplin zur anderen weitergeleitet. Dies entspricht nicht den Bedürfnissen des Betroffenen.

Im Jahre 2005 hat sich das LWL-Klinikum mit seinen psychiatrischen und somatischen Disziplinen auf den Weg gemacht und auf einer Pilotstation ein Zentrum für Altersmedizin mit zehn internistischen, zehn neurologischen und zehn gerontopsychiatrischen Betten eingerichtet. Über drei Jahre wurde versucht, interdisziplinär die Patienten zu behandeln, ohne dass die Patienten verlegt werden, wenn sich die Behandlungsschwerpunkte ändern.

Das Ergebnis der drei Jahre war so überzeugend, dass das Zentrum auf drei Ebenen ausgeweitet wurde. Es erfolgte eine Anpassung der baulichen Struktur an die Bedürfnisse der älteren Menschen mit Essensraum, Therapieräumen auf der Station, hellen freundlichen Fluren, Patientenzimmern mit Bad etc. Auf jeder Ebene kann sich der nicht orientierte Patient in einer Carrestruktur bewegen, ohne verloren zu gehen.

Seit 2008 besteht nun die ausgebaute Struktur des Zentrums für Altersmedizin, in dem nun interdisziplinär und gemeinschaftlich der Patient behandelt wird. Dieser Prozess der Zusammenarbeit ist gut evaluiert und zeigt, dass die Zufriedenheit bei den Patienten, den Angehörigen, den Einweisern und den Mitarbeitern gestiegen ist. Das ZAM hat sich gut etabliert und ist aus der Versorgungslandschaft des Kreises Gütersloh nicht mehr wegzudenken.

In dem Vortrag werden die Entwicklung des ZAMs und die Vor- und Nachteile der interdisziplinären Zusammenarbeit dargestellt.

QUALITÄTSSTEIGERUNG DURCH MASSGESCHNEIDERTE DOKUMENTATION: EVIDENZBASIERTE VERSORGUNGS- UND HILFEPLANUNG IM SOZIALEN DIENST EINER KRANKENKASSE

Alessa Peitz, Maren Häussermann, Susanne Schäfer-Walkmann

Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS), Fakultät Sozialwesen, DHBW Stuttgart

1. Zielsetzung/Fragestellung: Das Spannungsfeld von Anspruch und Wirklichkeit einer evidenzbasierten Versorgungs- und Hilfeplanung ist bezeichnend für ein kooperatives Forschungsprojekt von IfaS Stuttgart und Mitarbeitenden des Sozialen Dienstes einer Krankenkasse. Im Zusammenhang mit der Neukonzeptionierung des Sozialen Dienstes ist u. a. das gesamte Dokumentationsinstrumentarium der Sozialen Arbeit auf den Prüfstand gestellt und gemeinsam ein neuer Versorgungs- bzw. Hilfeplan entwickelt

worden, der zwischenzeitlich landesweit eingesetzt wird. Der Soziale Dienst der Krankenkasse erbringt wichtige Leistungen in unterschiedlichen Handlungsfeldern mit dem vorrangigen Ziel, stabile Gesamtversorgungslagen bei Versicherten mit anhaltendem Leistungsbedarf herzustellen. Das Forschungsprojekt hat die Aufgabe, ein einheitliches Dokumentationsinstrumentarium für die sozialarbeiterische Versorgungs- und Hilfeplanung zu entwickeln und zu validieren, welches die Systematik des ICF aufgreift und die disziplinären Bezüge zur Sozialarbeitswissenschaft herstellt. Gleichzeitig sollen sämtliche Teile möglichst anwendungsfreundlich sein und trotzdem differenziert die Leistungen der Sozialen Arbeit in der Steuerung von komplexen Versorgungsarrangements adäquat abbilden und außerdem mit der unternehmensspezifischen Leistungsdatenerfassung kompatibel sein.

2. Materialien/Methoden: Das Instrumentarium beinhaltet eine systematische sozialpädagogische Situationsanalyse, ein Instrument zur Zielformulierung und Maßnahmenplanung sowie ein Evaluationsinstrument der Ziele.

Die Entwicklung und Einführung des neuen Dokumentationsinstrumentariums erfolgt sukzessive, wobei der flächendeckenden Einführung jeweils eine Testphase vorangestellt wird, um eine Validierung des neuen Instrumentariums vorzunehmen. Dazu werden Mitarbeitende des Sozialen Dienstes aller Bezirksdirektionen für die Testung rekrutiert, die auf das entwickelte Testinstrumentarium geschult werden und es anschließend unter Echtzeitbedingungen im Arbeitsalltag bei allen KlientInnen anwenden. Die fortlaufende formative Evaluation des Instruments während der Testphase besteht aus teilstandardisierten, telefonischen Befragungen der RaterInnen zu verschiedenen Zeitpunkten, qualitativen und quantitativen Fallanalysen und Gruppendiskussionen. Dabei geht es vor allem um fachliche Einschätzungen, Praktikabilität, Dokumentationsqualität und Funktionalität des Versorgungsplans/Hilfeplans. Der standardisierte Datenfluss lässt notwendige Adaptionen bereits während der Testphase zu, sodass nach Abschluss der Testphase zeitnah das validierte Erhebungsinstrument vorliegt.

3. Ergebnisse: In der Summe ist es gelungen, die Komplexität des Leistungsspektrums der Sozialen Arbeit handlungsfeldübergreifend abzubilden und theoretisch-disziplinär zu verankern. Neben standardisierten Feldern leiten kategorisierte Freitextfelder die Anwender durch das Dokumentationsinstrumentarium.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Weitere Erkenntnisse sind: 1.) Wichtig ist eine gute Schulung derjenigen, die mit dem Instrumentarium arbeiten sollen. Dabei geht es nicht nur um die rein instrumentelle Anwendung, sondern auch um die theoretisch-disziplinäre Verortung. 2.) Widerstände gegen neue Dokumentationsverfahren sind die Regel. In der Anwendungspraxis spielt jedoch der Faktor Routine eine nicht zu unterschätzende Rolle. 3.) Durch maßgeschneiderte Dokumentation steigert sich die Versorgungsqualität. Außerdem erhöht sich die Zufriedenheit der Mitarbeitenden, wenn die erbrachten Leistungen fachlich dokumentiert werden.

STATIONÄRE ENTGIFTUNG VON ALKOHOL IN DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN KLINIK

Andreas Raether, Karin Ademmer

Bereich Gerontopsychiatrie, Klinikum Schloss Winnenden

1. Zielsetzung/Fragestellung: Darstellung der Durchführung der stationären Entgiftung alkoholintoxizierter Patienten auf einer gerontopsychiatrischen Akutstation

2. Materialien/Methoden: Anhand der internen Leitlinie der Klinik für Alterspsychiatrie und -psychotherapie soll dargestellt werden, welche Schritte zu beachten sind.

3. Ergebnisse: Eine stationäre Entgiftung älterer und alter Menschen von Alkohol erfordert andere Vorsichtsmaßnahmen als die Entgiftung bei jüngeren Menschen.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Unsere interne Leitlinie stellt einen Versuch dar, eine altersgemäße und dabei sichere stationäre Entgiftung von alkoholintoxizierten älteren Menschen durchzuführen.

BEWEGUNG IN DER GERONTOPSYCHIATRIE – WAS HilFT WIE UND WARUM?

Michael Rapp

Department Sport- und Gesundheitswissenschaften, Sozial- und Präventivmedizin, Universität Potsdam

1. Zielsetzung/Fragestellung: Seit Jahrzehnten sind bewegungs- und ergotherapeutische Interventionen in der Gerontopsychiatrie klinisch implementiert. Der Grad der Evidenz, Spezifika der Interventionen und ihre zugrundeliegenden Mechanismen werden jedoch selten bei Indikation und Durchführung berücksichtigt. Zudem sind präventive Interventionen bei gesunden älteren Menschen aus der gerontopsychiatrischen Versorgung heraus wenig implementiert.

2. Materialien/Methoden: Anhand von Metaanalysen untersuchen wir die Evidenz, mögliche Wirkmechanismen und Spezifika bei ergo- und bewegungstherapeutischen Interventionen bei Depression, Demenz und zur Prävention psychischer Erkrankungen im Alter.

3. Ergebnisse: Bewegungs- und ergotherapeutische Interventionen sind bei psychisch kranken älteren Menschen evidenzbasiert; unterschiedliche Aspekte der Bewegungstherapie hinsichtlich Intensität und Art der Interventionen sind bei Demenz und Depression unterschiedlich wirksam. Für die Prävention psychischer Erkrankungen im Alter ist Bewegung breit wirksam – differenzielle Wirksamkeitsnachweise bezüglich einzelner Krankheitsbilder stehen hier jedoch aus.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Bewegungs- und ergotherapeutische Interventionen sind in der Gerontopsychiatrie sinnvoll; die Befunde legen jedoch nahe, dass eine differenzielle Indikation und Therapie die Wirksamkeit erhöhen kann. Das Potential präventiver Interventionen in der Gerontopsychiatrie wird diskutiert.

EMPFEHLUNGEN DER SCHWEIZER FACHGESELLSCHAFTEN ZUR BEHANDLUNG NEUROPSYCHIATRISCHER BEGLEITSYMPTOME DER DEMENZ (BPSD)

Egemen Savaskan

Klinik für Alterspsychiatrie, Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Im Vortrag werden neue Empfehlungen der Schweizer Fachgesellschaften zur Behandlung neuropsychiatrischer Begleitsymptome der Demenz (BPSD) vorgestellt. Diese sind neben den kognitiven Beeinträchtigungen mit schwerwiegenden Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen verbunden. Ziel der Therapieempfehlungen ist es, eine auf Evidenz und klinischer Erfahrung basierende Hilfestellung aufzuzeigen. Eine kritische Bestandsaufnahme der Pharmakotherapie und die systematische Abbildung der psychosozialen und pflegerischen Interventionsmöglichkeiten sind ein wichtiges Anliegen der Empfehlungen.

DIE HOHE KUNST DER STEUERUNG VON DEMENZNETZWERKEN IN DEUTSCHLAND

Susanne Schäfer-Walkmann, Franziska Traub, Alessa Peitz
Zentrum für kooperative Forschung, Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS), Fakultät Sozialwesen, Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW), Stuttgart

1. Zielsetzung/Fragestellung: Regionale Demenzversorgung durch ein Demenznetzwerk ist eine komplexe Aufgabe, die in einem vielpoligen Spannungsfeld aus sich ausdifferenzierenden Lebens- und Bedarfslagen der Klientel, Markt- und Wettbewerbsorientierung, kommunal und staatlich gesetzten Rahmenbedingungen sowie der notwendigen sozialräumlichen Verankerung und einer zivilgesellschaftlichen Rückbindung stattfindet. Typisch für Netzwerkstrukturen sind vielfältige Verflechtungen und zahlreiche Interdependenzen: Netzwerke richten sich strategisch nach innen und nach außen aus, um auf Störungen reagieren zu können, handlungsfähig zu bleiben und das eigene Überleben dauerhaft abzusichern. Erfolgreiche Demenznetzwerke reagieren auf diese Anforderungen mit Prozessen der Hybridisierung bzw. mit der Ausbildung von organisationaler Governance. Das vom IfaS in Stuttgart verantwortete Teilprojekt analysiert im Rahmen der DemNet-D Studie entsprechende Governance-Strukturen innerhalb der untersuchten Demenznetzwerke.

2. Materialien/Methoden: Eine Analyse des komplexen Gegenstandes führte zu einer Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden. Im Rahmen der qualitativen Netzwerkanalysen wurden explorative, persönliche, problemzentrierte Einzelinterviews mit den Netzwerkverantwortlichen anhand eines semi-strukturierten Interviewleitfadens geführt. Zudem erfolgte eine umfangreiche strukturierte Inhaltsanalyse der von den Netzwerken bereitgestellten Dokumentationsmaterialien. Den dritten Baustein bilden Gruppendiskussionen mit Schlüsselpersonen der jeweiligen Netzwerke, die mithilfe der Grounded Theory ausgewertet werden. Den analytischen ebenso wie den theoretischen Rahmen hierfür bildet der Governance-Ansatz. Das methodische Vorgehen zur Auswertung und Interpretation von Governance-Strukturen in Demenznetzwerken orientiert sich an der typenbildenden Inhaltsanalyse, die eine methodisch kontrollierte Typenbildung ermöglicht.

3. Ergebnisse: Aus den bislang erhobenen Primärdaten wurde für den Untersuchungsgegenstand Governance inzwischen eine Reihe von Variablen abgeleitet, die für die Typenbildung grundlegend sind. Diese Variablen sind einerseits theoretisch definiert, andererseits mit Fundstellen aus dem qualitativen Material gesättigt. So konnten folgende, die Governance-Strukturen von Demenznetzwerken charakterisierende Variablen generiert werden: Netzwerkorganisation, Sektorenbezug, Hybridität und Interaktion mit Stakeholdern. Diese Variablen werden jeweils durch drei bzw. vier spezifische Unterkategorien weiter ausdifferenziert. Im nächsten Schritt der Prototypengenerierung konnten für jede Unterkategorie Ausprägungen definiert werden. Ausgehend von dieser netzwerkspezifischen Typisierung lassen sich im weiteren Procedere vier generalisierte Governance-Typen von Demenznetzwerken bilden.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Mithilfe dieser Netzwerkanalyse kann der Forschungsgegenstand »Governance« unter Fokussierung auf relevante Teilaspekte des Phänomens »Demenznetzwerk« erfasst werden.

Die hohe Kunst der Steuerung von Demenznetzwerken besteht darin, die passende Governance-Strategie für das Netzwerk zu entwickeln und zu verstetigen:

1. Stakeholder-orientierte Netzwerke erreichen ihre Ziele durch systematische Identifikation, Aktivierung und Einbindung relevanter, externer Anspruchsgruppen.
2. Der Organisations-orientierte Netzwerktyp zeichnet sich durch eine äußerst formelle interne Steuerung der Netzwerkgeschichte aus und etabliert eine definierte Steuerungszentrale.
3. Hybride Netzwerke sind äußerst flexibel, sie können ihre Strategie sehr schnell an sich ändernde Rahmen- und Umweltbedingungen anpassen.
4. Auftragsbezogene Netzwerke sind primär kundenorientiert und verfolgen ihre gesundheitsbezogenen Ziele (Versorgungsziele, Aufklärungsziele) konsequent und zielstrebig.

MEDIKAMENTÖSE SCHMERZTHERAPIE IM ALTER – UPDATE OPIOID-ANALGETIKA

Matthias Schuler

Klinik für Geriatrie, Diakonissenkrankenhaus Mannheim

Opioide können segensreich für die Therapie von Schmerzen und Atemnot auch bei Älteren sein. Die rasante Zunahme der Verordnungen in den vergangenen 20 Jahren in Deutschland ist auch bei gebrechlichen Älteren zu sehen. Dabei spielten die Argumente »Unterversorgung« und »fehlende Organtoxizität« eine entscheidende Rolle. Keinesfalls sind diese Medikamente ungefährlich. Neben den bekannten unerwünschten Wirkungen wie Obstipation, Übelkeit, Erbrechen, Atemdepression und Abhängigkeit spielen im Alter die kognitiven Probleme, das Delir oder der Sturz eine zentrale Rolle. Vergleichende Studien zur Wirksamkeit bei Älteren (75+ Jahre) existieren nicht. Aus den placebokontrollierten Studien mit Schmerzpatienten im mittleren Lebensalter kann man sehen, dass bis zu 50% der Studienteilnehmer das geplante Therapieende (meist weniger als drei Monate) überwiegend wegen des Auftretens von unerwünschten Wirkungen in der Verumgruppe nicht erreichten. Die aktuell erschiene Leitlinie zur »Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-Tumorschmerzen« gibt wichtige Hinweise zum Einsatz von Opioiden. Der Vortrag wird den »Segen« und die »Probleme« einer Opioidtherapie im Kontext von Hochaltrigkeit und Multimorbidität diskutieren.

MULTIMEDIKATION

Dag Schütz

Klinik für Geriatrie/Altersmedizin, Evangelisches Krankenhaus Essen-Werden

Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung ist ein zentrales Anliegen unseres Gesundheitssystems. Systematische Versorgungssysteme wie Disease-Management-Programme, Qualitätsindikatoren und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften sollen die hohe Qualität sicherstellen. Tagtäglich muss sich die ärztliche Behandlungsfreiheit an den Vorgaben messen und behaupten. Eine als kritisch zu beurteilende Konsequenz der Qualitätssicherungsmaßnahmen ist besonders bei den alten, multimorbiden, chronisch kranken Patienten festzustellen: Multimedikation. Die Multimedikation ist definiert als die Einnahme von fünf oder mehr Wirkstoffen pro Tag. Folge dessen ist eine Vielzahl problematischer Aspekte bezüglich der Patientengesundheit, aber auch der weiteren ärztlichen Behandlung: Potentiell inadäquate Medikamente, unerwünschte Arzneimittelereignisse, steigende Wechselwirkung und nicht zuletzt eine Veränderung der Patientenadhärenz. Unter dem beschriebenen Qualitätsdruck gestaltet sich eine Reduktion der Medikamentenmenge schwierig. Vor der Entscheidung einer Medikations-

anpassung oder -reduktion müssen wichtige Aspekte durch den behandelnden Arzt geklärt werden:

- Patientenwunsch und Behandlungsziele
- Definition des Stellenwerts der einzelnen Krankheit, sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten
- Übersicht potentieller inadäquater Medikationskonstellationen
- Aufklärung des Patienten über mögliche Risiken der folgenden Behandlungsschritte

Besonders für den niedergelassenen Arzt resultiert hieraus eine Herausforderung, die nur durch Strukturvernetzung gelöst werden kann.

TiDe – THEATER IN DER PFLEGE VON MENSCHEN MIT DEMENZ

Stefanie Seeling, Rahel Kurpat, Lisa Gödecker

Studiengang Pflege dual (B.Sc.), Institut für duale Studiengänge, Fakultät Management, Kultur und Technik, Hochschule Osnabrück, Lingen (Ems)

1. Zielsetzung/Fragestellung: Es wird von einer Zunahme von derzeit 1,4 Millionen auf drei Millionen Menschen mit Demenz (im Jahr 2050) und einem gleichzeitigen Rückgang der Gesamtbevölkerung auf 69 Millionen Menschen ausgegangen (Müller-Hergl, 2013).

In der vollstationären Versorgung leiden 50–80% der Heimbewohner an psychischen Störungen, die meist durch verschiedene Formen der Demenz verursacht werden (Schaeffer & Büscher, 2009). Das heißt die vollstationäre Versorgung muss sich auf die Bewältigung chronischer bzw. schwerpunktmäßig psychischer Erkrankungen einstellen.

Diese Hintergründe aufgreifend, wurden bereits erste Ansatzpunkte für ein innovatives Behandlungskonzept entwickelt, in dem pflegerische mit theaterpädagogischen Aspekte verknüpft werden, um die Versorgung und die Lebensqualität der Menschen mit Demenz zu verbessern

Das Projekt »TiDe« beschäftigt sich mit der Entwicklung und Umsetzung eines Konzeptes zur Einbindung theaterpädagogischer Mittel in die Pflege bei Menschen mit Demenz. Das Ziel sollte ein Erhalt bzw. eine Steigerung der Lebensqualität sein.

2. Materialien/Methoden: Es soll eine Cluster-randomisierte Studie durchgeführt werden. Es erfolgt die Bestimmung der Lebensqualität der Menschen zum Einzug und nach sechs Monaten im neuen Wohnbereich, gemessen am QUALIDEM (Dichter, 2013). Weitere Messgrößen wie z.B. der MMST zur Verlaufskontrolle werden mit hinzugezogen.

BERATUNG ZUR FAHREIGNUNG IN DER GEDÄCHTNISPRECHSTUNDE – ERFahrungen mit STRUKTURIERTEM, INDIVIDUALISIERTEM KONSENSUSPROZESS

Stefan Spannhorst

Abteilung Gerontopsychiatrie, Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Ev. Krankenhaus Bielefeld

In der Gedächtnissprechstunde unserer Psychiatrischen Institutsambulanz Bielefeld-Bethel wurde in einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe ein strukturiertes, individualisiertes Verfahren zur Beurteilung der Fahreignung bei kognitiven Einschränkungen erarbeitet. Dieses verbindet die Objektivität einer Risikofaktorenliste mit der Individualität eines einzelfallbezogenen Konsensverfahrens vor der Beratung der Patienten. In diesem wird berufsgruppenübergreifend eine klare Beratungsempfehlung erarbeitet – nicht nur wie bisher bzgl. der Ursache der kognitiven

Einschränkungen, sondern zusätzlich neu speziell zum Thema Fahreignung.

Die Risikofaktorenliste lehnt sich an eine Publikation der Schweizer Memory Clinics aus 2012 an (Mosimann et al., Konsensusempfehlungen zur Beurteilung der medizinischen Mindestanforderungen für Fahreignung bei kognitiver Beeinträchtigung, Praxis 2012; 101(7): 451–464). Sie wurde nach aktueller Literatur und eigenen Erfahrungen modifiziert. Risiken für die Verkehrsteilnahme lassen sich somit objektivieren und visualisieren. Um darüber hinaus dem Einzelfall vor entsprechender Beratung Rechnung zu tragen, setzt sich die multiprofessionelle Konsensrunde zum Ziel, die Befunde aus Risikofaktorenliste, umfassender neuropsychologischer Testung, (Fahr-)Anamnese, Psychopathologischem Befund und ggf. zerebraler Bildgebung einzubeziehen. Auf diesem Wege erfolgt eine Beratungsempfehlung nach mehrstufiger Skala zwischen den Empfehlungen »Fahreignung gegeben« und »Fahreignung nicht gegeben«. Die Empfehlungen der Konsensrunde werden derzeit im Rahmen einer psychologischen Bachelorarbeit anhand des »Corporal Test« validiert, der in Verkehrsinstituten als gesetzlich zugelassener Fahreignungs-Computertest Anwendung findet. Erste Ergebnisse weisen auf eine hohe Spezifität und Sensitivität des Konsensverfahrens hin.

Im Vortrag werden die alltagspraktischen Aspekte bei der Anwendung des Beratungsverfahrens dargestellt, das mit aktuellen Modifikationen seit 2013 genutzt wird und aus unserer Sicht für Gedächtnissprechstunden insgesamt zeitökonomisch und effektiv ist. Es besteht Interesse an einer offenen Diskussion über die Vor- und Nachteile unseres Vorgehens, das weiter optimiert werden soll.

MENSCHEN MIT DEMENZ IM KRANKENHAUS

Winfried Teschauer

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (DALZG), Berlin

»Das Krankenhaus ist für Demenzkranke der denkbar schlechteste Aufenthaltsort!« heißt es in einer Presseerklärung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie vom letzten Herbst. Diese berechnete Einschätzung beschreibt einen Zustand der durchaus verändert werden kann und muss. Die wesentlichen Schritte zu einem demenzsensiblen Krankenhaus sind gut umrissen: Die größte Bedeutung haben Schulungen des gesamten Personals, vor allem aber der Mitarbeiter der Pflege und der Ärzte. Die Schulungen sollen nicht nur die üblichen Fakten zur Demenz enthalten, sondern ermöglichen auf die Perspektive des demenzkranken Patienten einzugehen.

Aus diesem Ansatz entsteht in der Regel eine Haltungsänderung gegenüber Demenzkranken und es entwickeln sich demenzsensible Projekte, wie Beschäftigungsangebote, gemeinsamer Mittagstisch, Helferkreise Ehrenamtlicher, die Einbindung Angehöriger und die Übertragung von Elementen der Milieugestaltung aus der Altenhilfe.

Es hat sich gezeigt, dass insbesondere die demenzspezifischen Verhaltensweisen zu großem Problemen beim (Pflege-)Personal führen. Das Konzept des Herausforderndes Verhaltens und die damit verbundenen Umgangsregeln sind können zum großen Teil aus der Altenpflege übernommen werden.

Bundesweit sind eine Reihe von Modellprojekten mit teilweise sehr guten Erfolgen etabliert worden. Noch ausstehend ist die Übertragung der dort gewonnenen Erkenntnisse in die Breite der Krankenhauslandschaft.

NICHT-MEDIKAMENTÖSE DELIRPROPHYLAXE

Christine Thomas

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere im Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart

Bis zu einem Drittel der Delirien im Alter gelten als vermeidbar. Verschiedene nicht-medikamentöse Vorgehensweisen sind hierfür propagiert worden. Für eine effiziente Anwendung müssen allerdings frühzeitig die Risikopatienten identifiziert werden. Zur Delirprävention sind dann zum einen ärztlich-konsiliarische Maßnahmen, häufig aber auch pflegerische Handlungsänderung, Veränderungen der strukturellen Abläufe und eine enge interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit notwendig. Im Vortrag werden verschiedene Resikioscreenings sowie evidenzbasierte Modelle zur Delirvermeidung vorgestellt: Das am breitesten einsetzbare Hospital-Elder-Life-Programm von Sharon Inouye mit seinen Adaptationen »Prevention of Delirium POD« (John Young, NHS, GB) und »help+ – ein Plus für ältere Patienten« (C. Thomas, Bielefeld/Stuttgart), das pflegebasierte Basler Delir-Demenz-Programm (W. Hasemann) und spezifische Delirvermeidungsprogramme wie »Der alte Mensch im OP« (S. Gurlit, Münster), die Empfehlungen des AK Alterstraumatologie der Dt. Gesellschaft für Unfallchirurgie etc. Neben der Abwägung von Aufwand und Effekt soll auch eine Bewertung einzelner Maßnahmen, der Probleme der Umsetzung und der Nachhaltigkeit angesprochen werden.

INITIATIVEN IN DER PFLEGEBERATUNG. FACHLICHE AUSGESTALTUNG UND WEITERENTWICKLUNG IN EINER KRANKEN- UND PFLEGEKASSE

Katrin Török

AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung, Rehabilitation und Sozialer Dienst, Stuttgart

1. Grundsätzliches: Die AOK Baden-Württemberg setzt sich zum Ziel, mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI eine stabile Gesamtversorgungssituation für ihre Versicherten zu erreichen. Demzufolge ist »Pflegeberatung« mehr als Aufklärung und Beratung etwa über Leistungsansprüche. Im Modellprojekt VerSA (Versorgungsgestaltung durch Soziale Arbeit) war die Fragestellung danach leitend, wie ein Beratungsangebot für geriatrische SchlaganfallpatientInnen ausgestaltet sein muss, um eine stabile Gesamtversorgungssituation für die Zielgruppe in der Häuslichkeit sicherzustellen.

2. Forschungsprojekt »Versorgungsgestaltung durch Soziale Arbeit (VerSA): Über einen Zeitraum von drei Jahren (2011–2013) wurden in zwei Modellregionen in Baden-Württemberg ältere SchlaganfallpatientInnen durch Mitarbeiterinnen des Sozialen Dienstes (Sozialpädagoginnen (BA) der AOK Baden-Württemberg engmaschig begleitet. Im Rahmen der Studie wurde bestätigt, dass ein Schlaganfall für betroffene Personen ein einschneidendes Erlebnis darstellt. Als Folge des Schlaganfalls können sich Einschränkungen auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene ergeben. Die veränderte Lebenssituation erfordert es von Betroffenen und deren Angehörigen, neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Hierzu braucht es die Unterstützung von außen. Diese Unterstützung scheint für die betroffene Person besonders dann hilfreich zu sein, wenn sie darin angeleitet wird, den Blick auf eigene Ressourcen zu lenken und die eigenen Gestaltungsspielräume zu erkennen und zu nutzen. Hilfen und Unterstützungen werden vor allem dann angenommen und als entlastend erlebt, wenn sie – der subjektiven Bewertung zufolge – dazu dienen, ein »gutes Leben« zu führen. Dies gilt für formelle und informelle Hilfen gleichermaßen.

3. Schlussfolgerungen für die Ausgestaltung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI: Die Erkenntnisse aus VerSA lassen sich übertragen auf weitere Patientengruppen, die sich aufgrund ihrer Erkrankung in schwierigen Lebenssituationen befinden. Die Ergebnisse machen deutlich, dass es in einer alternden Gesellschaft – wie bereits bekannt – eine Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen braucht. Ebenso zentral ist jedoch eine inhaltliche Diskussion um die Ausgestaltung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten.

Die Forschungsergebnisse aus VerSA dienen dazu, das Beratungsverständnis der Mitarbeiterinnen des Sozialen Dienstes zu schärfen und wurden in die Beratungspraxis der PflegeberaterInnen der AOK Baden-Württemberg übernommen.

DER UMGANG MIT FREIHEITSENTZIEHENDEN MASSNAHMEN NACH DEM KONZEPT WERDENFELSER WEG

Thordis Treichel

Betreuungsbüro, Remscheid

Die Präsentation beinhaltet:

Die Auswirkungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen, Bestandteile des Konzeptes »Werdenfelser Weg«, Rolle und Tätigkeit des Verfahrenspflegers, Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Alternativen.

EPCENTCARE – EFFEKTE PERSONENZENTRIERTER PFLEGE UND VERSORGUNG AUF DIE VERSCHREIBUNGSHÄUFIGKEIT VON ANTIPSYCHOTIKA IN PFLEGEHEIMEN

Horst Christian Vollmar^{3,4}, Christin Richter⁴, Almuth Berg¹, Steffen Fleischer⁵, Sascha Köpke², Katrin Balzer², Eva-Maria Fick², Susanne Löscher³, Andreas Sönnichsen², Eva Mann⁵, Susanne Löscher³, Gabriele Meyer¹

¹Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

²Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck

³Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Fakultät für Gesundheit, Universität Witten/Herdecke

⁴Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

⁵Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

Zielsetzung: Bis zu 90% der Pflegeheimbewohner mit Demenz zeigen herausfordernde Verhaltensweisen wie Apathie, Depression und Angstzustände. In Deutschland und vielen anderen Ländern werden Antipsychotika als präferierte Therapieoption eingesetzt. Zwei Drittel der Antipsychotika werden zu lange und ohne regelmäßige Überprüfung ihrer Indikation verordnet. Die Nebenwirkungen der Antipsychotika sind erheblich. Apathie und Schwindel sind die Folge, das Sturz- und Schlaganfallrisiko sowie die Sterblichkeit sind erhöht. Zur Reduktion von Antipsychotika bei Pflegeheimbewohnern mit Demenz haben Training und Unterstützung der involvierten Professionellen positive Effekte gezeigt.

Gegenstand des Vorhabens ist deshalb die Untersuchung der Wirksamkeit und Sicherheit eines in Großbritannien bereits erfolgreich getesteten Programmes zu einem personenzentrierten Versorgungsansatz. Es wird überprüft, ob das an das deutsche Gesundheitssystem angepasste Edukationsprogramm zu einer relevanten Reduktion der Verschreibungshäufigkeit von Antipsychotika bei Pflegeheimbewohnern führt. Eine klinisch relevante Senkung des Anteils von Pflegeheimbewohnern mit Antipsychotika von ca. 26% auf 13% wird erwartet.

Methoden: Die Untersuchung ist als Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie mit einer Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe konzipiert. Beide Studiengruppen erhalten eine systematische Sichtung der Medikation mit Rückmeldung an den verschreibenden Arzt (optimierte Standardversorgung). In der Interventionsgruppe werden zusätzlich ausgewählte Mitarbeiter der Einrichtungen für eine Tätigkeit als Experten für personenzentrierte Altenpflege (EPA) geschult und kontinuierlich angeleitet. Die Studie soll in insgesamt 36 Pflegeheimen aus Ost-, West- und Norddeutschland durchgeführt werden.

Als primäre Zielgröße wird der Anteil der Bewohner mit mindestens einer antipsychotischen Medikation nach zwölf Monaten erhoben. Als sekundäre Endpunkte werden die Lebensqualität, agitierte Verhaltensweisen, Dosis der Antipsychotika in Chlorpromazin-Äquivalenten, Verschreibungshäufigkeit anderer psychotroper Medikamente und Sicherheitsparameter wie Stürze, sturzbedingte Folgen sowie mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen erfasst.

Darüber hinaus erfolgen eine Kosten- und Prozessevaluation.

TODESWUNSCH IN DER PALLIATIVMEDIZIN

Raymond Voltz

Palliativzentrum, Universitätsklinik Köln

Derzeit wird »Ärztlich Assistierte Suizid« in der Öffentlichkeit und Politik intensiv diskutiert. Dabei wird oft auf die konkrete Situation der Betroffenen recht undifferenziert eingegangen. Was bedeutet ein Todeswunsch bei Menschen mit schwerer körperlicher Erkrankung? Ist das, was wir zum »klassischen Suizid« wissen, für diese Lebenssituation passen? Ist ein solcher Todeswunsch Ausdruck einer klinischen Depression oder gar Teil der normalen psychologischen Reaktion? Wie hängen Todeswunsch und Lebenswille zusammen? Wie sollten wir auf derartige Gesprächsinhalte bei Palliativpatienten reagieren?

DEPRESSION UND SUIZIDALITÄT IM ALTER – THERAPEUTISCHE UND PRÄVENTIVE ASPEKTE

Claus Wächtler

Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DAGPP), Hamburg

Depression und Suizid sind insbesondere im Alter häufig. Depression und Suizidalität werden aber gerade im Alter zu selten beachtet. So wird die hohe Suizidrate alter Männer vor allem darauf zurückgeführt, dass die »Männer-Depression« gerade im Alter häufig nicht erkannt bzw. nicht (adäquat) behandelt wird. Aber auch die Sorgen und Ängste älterer Menschen vor dem Sterben und insbesondere vor Abhängigkeit und Alleingelassenheit führen zu Verzweiflung und dem Wunsch nach Sterbehilfe und Suizidassistenten. Dabei kann vielen dieser Menschen pflegerisch und schmerz-, psycho- und milieuthérapeutisch geholfen werden. Anhand von Kasuistiken sollen einige Aspekte besprochen werden.

DEPRESSION UND SCHLAF – SCHLAF UND DEPRESSION

Claus Wächtler

Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DAGPP), Hamburg

Schlafstörungen bei älteren Menschen sind häufig. Oft handelt es sich dabei um ein Symptom der Depression. Schlafstörungen können aber auch einer Depression lange vorausgehen oder sie überdauern, obwohl die depressive Kernsymptomatik erfolgreich behandelt wurde. Berichtet werden soll über Schlafstörungen als Symptom einer Altersdepression, Schlafstörung als möglichem

Risikofaktor für Depression und Suizidalität, differentialdiagnostische Überlegungen und das methodische Repertoire differentialtherapeutischen Vorgehens.

NEUROPSYCHIATRISCHE STÖRUNGEN BEIM PRIMÄREN HYPERPARATHYREOIDISMUS

Rainer Wirth

Klinik für Geriatrie, St. Marien-Hospital Borken

Der primäre Hyperparathyreoidismus (pHPT) ist eine relativ seltene Erkrankung der Nebenschilddrüsen, deren Prävalenz mit dem Alter jedoch deutlich ansteigt. Der pHPT ist gekennzeichnet durch eine Entkopplung der Feedback-Regulation von Parathormon und Serum-Calcium, welche durch eine autonome Parathormonbildung der Nebenschilddrüse bedingt ist.

Neben dem häufig zufälligen laborchemischen Befund einer Hypercalcämie stehen beim jüngeren Patienten renale, gastrointestinale und ossäre Manifestationen ganz im Vordergrund der Symptomatik. Obwohl neuropsychiatrische Symptome auch bei jüngeren Patienten beschrieben sind, steigt deren Prävalenz und Bedeutung erst mit dem Alter der Patienten deutlich an, sie werden hier quasi zum Leitsymptom der Erkrankung. Die neuropsychiatrischen Symptome des pHPT können sich insbesondere beim alten Patienten sehr heterogen und vielschichtig manifestieren. Sowohl depressive Erkrankungen als auch dementielle und delirante Syndrome wurden vielfach beschrieben.

Diese Heterogenität führt zu einer besonderen differentialdiagnostischen Relevanz und Herausforderung in Geriatrie und Gerontopsychiatrie allein dadurch, dass bei einer gleichzeitig vorliegenden Hypalbuminämie eine Hypercalcämie maskiert wird und diese Erkrankung hierdurch häufig verspätet oder überhaupt nicht erkannt und behandelt wird.

Die Therapie der pHPT sollte weiterhin eine primär chirurgische sein. Jedoch bietet die medikamentöse Therapie mit dem Calcimimetikum Cinacalcet gerade beim hochbetagten Patienten und in diagnostisch unsicheren Situationen inzwischen eine wertvolle Alternative.

REGIONALE DEMENZNETZWERKE IN DEUTSCHLAND – LEBENSQUALITÄT UND SOZIALE INKLUSION VON NUTZERINNEN

Karin Wolf-Ostermann, Johannes Gräske, Saskia Meyer, Annika Schmidt

Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen

1. Zielsetzung/Fragestellung: Menschen mit Demenz (MmD) werden überwiegend in der eigenen Häuslichkeit zumeist unter Beteiligung von Familienangehörigen und/oder ambulanten Pflegediensten versorgt. Um die Versorgung in der gewohnten häuslichen Umgebung zu gewährleisten und eine Vernetzung der verschiedenen Unterstützungsangebote zu befördern, haben sich regionale Demenznetzwerke in Deutschland gebildet. Während für stationäre Versorgungssituationen bereits zahlreiche Studien vorliegen, die die versorgte Klientel beschreiben und auch Versorgungsergebnisse analysieren, ist dies im Bereich einer integrierten ambulanten Versorgung kaum der Fall. Im Rahmen der DemNet-D-Studie werden Versorgungsverläufe und Versorgungsergebnisse von MmD analysiert, die im ambulanten Bereich eine vernetzte Versorgung durch regionale Demenznetzwerke erfahren.

2. Materialien/Methoden: Die Daten wurden im Rahmen der längsschnittlichen, bundesweiten DemNet-D-Studie (2012–2015) mittels persönlicher Interviews mit MmD und deren Angehörigen im häuslichen Setting erhoben. Einschlusskriterien waren eine nicht stationäre Unterbringung und die Versorgung durch eines

der 13 teilnehmenden Netzwerke. Hauptzielkriterien sind die empfundene Lebensqualität (QoL-AD) sowie die soziale Inklusion (SACA). Zudem wurden soziodemografische Daten, die Demenzschwere (FAST), herausforderndes Verhalten (CMAI), Depression (GDS) sowie Alltagsfähigkeiten (IADL) und die Inanspruchnahme netzwerkbezogener Leistungen erfasst. Die Datenanalyse erfolgte mittels multivariater Kovarianzanalysen (ANCOVA) sowie Multilevel-Analysen.

3. Ergebnisse: Es wurden bundesweit 560 MmD in die Studie eingeschlossen. Die MmD (weiblich: 58,3%; durchschnittlich 79,7 Jahre alt) weisen einen hohen von Angehörigen berichteten Demenzschweregrad auf (FAST Median 6). Die Studienteilnehmer/innen wohnen überwiegend (60,2%) mit Angehörigen zusammen in einem Haushalt. Rund drei Viertel der MmD (75,4%) zeigen mindestens eine herausfordernde Verhaltensweise (CMAI) und deutlich eingeschränkte Alltagsfähigkeiten (IADL 2,0). 34,5% der MmD weisen leichte bis schwere Symptome einer Depression (GDS) auf. Die Lebensqualität (QoL-AD 28,6) und ebenso das Akzeptanzgefühl der MmD in der Gemeinschaft (SACA 24,4) liegen im moderaten bis guten Bereich. MmD mit geringerem Demenzschweregrad zeigen dabei sowohl eine höhere Lebensqualität als auch eine bessere soziale Inklusion (jeweils ANCOVA $p < 0,005$).

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen erstmals Charakteristika und Versorgungsergebnisse von MmD auf, welche auf eine vernetzte Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zurückgreifen, und beschreiben Versorgungsverläufe über ein Jahr. Die Ergebnisse ermöglichen es zudem, Versorgungsergebnisse von MmD in der eigenen Häuslichkeit besser einzuschätzen und fundiert zu diskutieren.

BOTULINUMTOXIN – EIN NEUER WIRKSTOFF IN DER BEHANDLUNG DER DEPRESSION

Marc Axel Wollmer¹, Tillmann Krüger²

¹Klinik für Gerontopsychiatrie, Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll, Hamburg

²Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover

1. Zielsetzung/Fragestellung: Die muscoli corrugatores supercilii sind wesentlich am Ausdruck von negativen Emotionen wie Angst, Ärger und Traurigkeit beteiligt. Da Mimik Emotionen nicht nur ausdrücken, sondern über eine »facial feedback«-Schleife auch aufrechterhalten und verstärken kann, haben wir uns gefragt, ob eine Unterbrechung dieser Rückkopplung in der Behandlung der Depression genutzt werden kann.

2. Materialien/Methoden: Dazu haben wir in randomisierten, kontrollierten Studien untersucht, ob die einmalige Injektion von Botulinumtoxin (29–40 E Onabotulinumtoxin A) in der Glabella-region, die zu einer etwa drei Monate anhaltenden Lähmung der muscoli corrugatores supercilii führt, die Symptome einer unipolaren depressiven Episode, gemessen an etablierten Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen, lindern kann. Wir haben die Ergebnisse mehrerer kleiner Studien zusammengeführt (n=134) und gemeinsam ausgewertet.

3. Ergebnisse: Drei bisher publizierte randomisierte, kontrollierte Studien zeigen einheitlich, dass sich bei den Teilnehmenden in den Botulinumtoxin-Gruppen im Vergleich mit denen in den Placebo-Gruppen die Symptome der Depression rasch, ausgeprägt und anhaltend bessern. Dieser Effekt zeigt sich auch in der zusammenfassenden Analyse der drei Studien auf höherem Signifikanz-Niveau ($p < 0,0001$). Die Behandlung erweist sich sowohl als Monotherapie als auch als adjunktive Therapie als wirksam und ist nebenwirkungsarm.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Wenn sich die Ergebnisse der bisherigen Studien auch in weiteren Studien bestätigen, könnte die Injektion von Botulinumtoxin in Zukunft einen neuen Ansatz in der Behandlung der Depression darstellen.

REGIONALE DEMENZNETZWERKE IN DEUTSCHLAND – MEDIZINISCHE, PHARMAZEUTISCHE UND NICHT-MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN NETZWERKSTRUKTUREN

Markus Wübbeler¹, Jochen René Thyrian¹, Bernhard Michalowsky¹, Wolfgang Hoffmann², Bernhard Holle³, Susanne Schäfer-Walkmann⁴, Karin Wolf-Ostermann⁵

¹Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Rostock/Greifswald

²Institut für Community Medicine, Greifswald

³Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten

⁴Institut für angewandte Sozialwissenschaften, Stuttgart

⁵FB 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen

1. Zielsetzung/Fragestellung: Demenznetzwerke bilden einen ambulanten sowie multidisziplinär ausgerichteten Versorgungsansatz, der durch die regionale Vernetzung bereits bestehender Gesundheitsakteure für eine moderne und effektive Demenzversorgung steht. Bislang ist wenig darüber bekannt, wie sich gesundheitsrelevante Leistungen in dieser Struktur abbilden und ob Nutzer assoziiert nach Netzwerkstrukturen sowie soziodemografisch-klinischen Parametern unterschiedlich versorgt sind.

2. Materialien/Methoden: In 13 teilnehmenden Netzwerken wurden insgesamt 560 MmD und ihre Bezugspersonen befragt. Für die Fragestellungen wurden Versorgungsdaten zur Inanspruchnahme medizinischer und nicht-medizinischer Leistungen (u.a. Arztbesuche, therapeutische Dienstleistungen, Hilfsmittel) und patientenbezogene Parameter (u.a. Komorbiditäten, soziodemografische Daten) erhoben. Die Daten werden mithilfe deskriptiver und multipler Regressionsverfahren analysiert.

3. Ergebnisse: Nutzer von Demenznetzwerken erreichen vorläufigen Analysen zufolge eine hohe Quote paralleler Versorgung durch den Hausarzt (>90%) und einen Facharzt für Neurologie/Psychiatrie (>70%). Mehr als die Hälfte der Nutzer wurde mit einem Antidementivum (>50%) versorgt. Zudem ist der Einsatz nicht-ärztlicher Therapien wie Physiotherapie (ca. 25%) und Ergotherapie (<20%), sowie die Unterstützung der häuslichen Versorgungssituation u.a. mit Mobilitätshilfen (ca. 60%), bei diesen Nutzern verbreitet. Die medizinische Assoziation von Netzwerken zeigt sich als signifikanter Einflussfaktor auf diese Nutzungsparameter. Die Versorgung mit einem Antidementivum ist in medizinisch assoziierten Netzwerken (OR >3) signifikant wahrscheinlicher als in Netzwerken, die nicht-medizinisch assoziiert sind. Soziodemografische Merkmale weisen in der Gruppe der Gesamtnutzer ebenfalls auf Versorgungsparameter hin. Frauen konsultieren im Bereich der spezialisierten Neurologischen/Psychiatrischen Versorgung (OR <0,7) signifikant weniger wahrscheinlich einen Facharzt als männliche Nutzer eines Demenznetzwerkes.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Im Vergleich zu relevanten Vergleichspopulationen erreichen Nutzer von Demenznetzwerken in Deutschland höhere Quoten im Bereich der medizinischen, pharmazeutischen und nicht-medizinischen Demenzversorgung. Langfristig bleibt zu klären, ob sich Demenznetzwerke auf wichtige Parameter wie Institutionalisierungsraten auswirken. Die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass Nutzer von Demenznetzwerken häufiger Teil interdisziplinärer Versorgung sind und damit Netzwerke zentrale Forderungen u. a. der WHO adressieren.

Poster

KOGNITIVE LEISTUNGSFÄHIGKEIT BEI PATIENTEN MIT CHRONISCHER SPONTANER URTIKARIA

Georg Adler, Yvonne Lembach, Nadja Baumgart
 Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG), Mannheim

Die chronische Urtikaria, eine Hauterkrankung mit Quaddelbildung und Gefäßödem, hat eine Lebenszeitprävalenz von etwa 8–10%. Sie betrifft knapp 1% der über-65-Jährigen und ist bei ihnen häufiger als bei jüngeren Patienten mit einer chronischen atopischen Dermatitis verbunden.

Die Behandlung der ersten Wahl besteht in der hochdosierten Gabe von Antihistaminika. Die Gabe von Antihistaminika kann – insbesondere bei älteren Patienten – zu Sedierung und zu kognitiven Beeinträchtigungen führen.

Vor diesem Hintergrund soll in einer Querschnittsuntersuchung, die in dermatologischen Facharztpraxen durchgeführt wird, bei ambulant behandelten Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria (CSU) die kognitive Leistungsfähigkeit mit dem computergestützten Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitstest (MAT) untersucht werden. Die Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistung der Patienten wird zu verschiedenen Parametern der Erkrankung und ihrer Behandlung in Bezug gesetzt. Das Untersuchungsdesign und erste Befunde werden dargestellt.

COMPUTERGESTÜTZTE ERFASSUNG DER GEDÄCHTNISLEISTUNG BEI PATIENTEN MIT LEICHTER ALZHEIMER-DEMENZ

Georg Adler, Yvonne Lembach, Nadja Baumgart
 Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG), Mannheim

1. Zielsetzung/Fragestellung: Die frühe Diagnostik der Alzheimer-Demenz (AD) gewinnt zunehmend an Bedeutung. Geringfügige Gedächtnisstörungen, wie sie zu Beginn einer AD auftreten, werden mit den üblicherweise eingesetzten Screening-Verfahren wie dem Mini Mental Status Test (MMST) oder dem DemTect häufig nicht erfasst. Vor diesem Hintergrund wurde der computergestützte Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitstest (MAT) entwickelt und evaluiert.

2. Materialien/Methoden: Mit dem MAT werden insbesondere das Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis für episodisches Material, die selektive Daueraufmerksamkeit und die exekutiven Funktionen untersucht. Die Untersuchungen wurden bei einer Gruppe von 33 Personen im Alter von 58 bis 81 Jahren (mittleres Alter: 69,1; s: 8,9) durchgeführt. Die Personen, bei denen eine AD festgestellt wurde, wurden mit den übrigen Personen hinsichtlich der MAT-Befunde verglichen.

3. Ergebnisse: Der Gruppenvergleich zwischen Personen ohne kognitive Beeinträchtigung und denen mit leichter AD ergab beim episodischen Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis einen hochsignifikanten ($p < 0,001$; t-Test für unabhängige Stichproben), bei der Aufmerksamkeitsleistung einen signifikanten ($p < 0,05$) und bei den exekutiven Funktionen einen tendenziellen Unterschied ($p < 0,10$) zuungunsten der AD-Patienten.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Anhand der Testleistung im MAT können Personen ohne kognitive Beeinträchtigung und solche mit leichter AD gut differenziert werden. Insbesondere die Befunde bei episodischem Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis erwiesen sich als geeignete Indikatoren zur Früherkennung der AD.

VERTEILUNG DES APOLIPOPROTEIN E-GENOTYPS BEIM GEDÄCHTNISSCREENING

Georg Adler, Jana Binder, Yvonne Lembach
 Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG), Mannheim

1. Zielsetzung/Fragestellung: Im Rahmen eines laufenden Projekts zum Screening auf Gedächtnisstörungen bei Probanden im Alter von über 55 Jahren werden die kognitive Leistungsfähigkeit und verschiedene Risikofaktoren für Gedächtnisstörungen, u.a. der Apolipoprotein E-Genotyp untersucht.

2. Materialien/Methoden: Die Probanden wurden durch öffentliche Bekanntmachung des Projekts für die Untersuchung gewonnen. Die kognitive Leistungsfähigkeit wurde mit den Verfahren SIDAM, ADAS-cog und dem computergestützten Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitstest (MAT) untersucht; die Alltagsfunktion wurde mit dem Disability Assessment for Dementia (DAD) erhoben. Erforderlichenfalls wurden zur diagnostischen Klärung weitere Untersuchungsverfahren durchgeführt. Bislang wurden 46 Personen (20 Frauen, 26 Männer) mit einem mittleren Alter von 70,4 Jahren (s: 9,1 Jahre) untersucht. Sie konnten durch die Untersuchung den diagnostischen Kategorien »keine kognitive Beeinträchtigung« (n=24), »leichte kognitive Beeinträchtigung« (n=12) und »leichte Alzheimer-Demenz« (n=10) zugeordnet werden.

3. Ergebnisse: Bei den Personen ohne kognitive Beeinträchtigung waren 3 von 24 (12,5%) hetero- oder homozygot für das ϵ_4 -Allel des Apolipoprotein E. Bei den Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung waren es 6 von 12 (50%), bei den Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz 4 von 10 (40%).

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Häufigkeit des ϵ_4 -Allels bei den Personen ohne kognitive Beeinträchtigung, die sich untersuchen ließen, entspricht der Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung. Hingegen zeigt sich bei den Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung und den Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz eine deutliche Häufung des ϵ_4 -Allels.

»LEBEN MIT DEMENZ«

Doris Bockermann, Gesa Lühring
 Projektkoordination Leben mit Demenz, Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW e. V., Düsseldorf

1. Zielsetzung/Fragestellung

Ziel:

Untersuchung der Projektentwicklung und Zielgruppenakzeptanz des Projektes »Leben mit Demenz«.

Fragestellung:

1. Wie hat sich das Projekt von 2010–2014 entwickelt?
2. Wie schätzen Teilnehmer das Gruppenpflegekursangebot in seinem reinen Bezug auf das »Leben mit Demenz« ein?

2. Materialien/Methoden:

Datenbankerfassung / (teil)standardisierter Fragebogen / quantitative Methode

3. Ergebnisse:

Zu Frage 1: Das modulare Kursangebot mit einem Umfang von fünf Kurseinheiten à 90 Minuten wurde, ergänzt durch Vorträge/Workshops zum Thema »Demenz«, im Untersuchungszeitraum kontinuierlich ausgebaut und verzeichnet einen steten Anstieg der Teilnehmerzahlen.

Zu Frage 2: Die Schulungskurse haben die Erwartungen der Teilnehmer in hohem Maße erfüllt. Die Teilnehmer gaben größtenteils an, umfassend zum Krankheitsbild, Entlastungsmöglichkeiten, Pflegeversicherung, Umgang mit Betroffenen informiert worden zu sein. Es kann eine hohe Referenzzufriedenheit verzeichnet werden. Es wurde angegeben, durch das Schulungs-

angebot die Erkrankung besser zu verstehen, sich mit anderen Betroffenen austauschen zu können, die eigenen Bedürfnisse in der Pflegesituation erkannt zu haben, die Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung besser zu verstehen und insgesamt das Gefühl zu haben, die Pflegesituation nach dem Kurs besser bewältigen zu können.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung:

Die im Untersuchungszeitraum stetige Zunahme der Teilnehmerzahlen lässt den Rückschluss zu, dass das Projekt »Leben mit Demenz« gut angenommen wird und sich im Einzugsgebiet Rheinland etabliert hat.

Angehörige und Interessierte haben durch das Schulungskonzept »Leben mit Demenz« Zugang zum Thema Demenz bekommen und konnten mehr Verständnis für Demenzkranke entwickeln sowie Kenntnisse über die Erkrankung Demenz, Verhaltensformen der Erkrankung, den Umgang mit Menschen mit Demenz, rechtliche und finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige gewinnen.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Gruppenpflegerkurse mit ihrem reinen Bezug auf das »Leben mit Demenz« eine sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Angeboten zu vielen anderen Themen darstellen, indem sie dazu beitragen, die Situation für pflegende Angehörige zu erleichtern und ein besseres Verständnis in Bezug auf die Veränderungen des erkrankten Menschen wecken.

SUBSTANCE ABUSE AND DEPENDENCE IN THE ELDERLY: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN A GERMAN GENERAL HOSPITAL

Johanna Cristina Coßmann, Udo Bonnet

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel

Aim of Study: Since prospective studies on the prevalence of disorders due to psychoactive substance use in late life apparently are extremely rare, this study intends to gain further information on the problem.

Methods: A cohort of 400 inpatients of 65 years and older ($M = 75.45 \pm 6.4$ years; 63% females) in an urban general hospital were examined as to current and overcome diseases of addiction in a prospective study with a cross-sectional design. A well tested structured clinical interview (SKID-I), which is based on DSM-IV-TR, was applied.

Results: Whereas no case of current abuse could be found, 31% of the sample was currently dependent. This applied to non-prescription substances (nicotine 10.3%, alcohol 3%, as well as to drugs available on prescription only [opioid analgesics 10.3%, sedatives 8.5%]). 6% of the sample was dependent on non-opioid analgesics, which did not differ fundamentally from dependence on psychotropic substances with regard to formation of physical and psychological symptoms. At the time of data collection 66.7% (alcohol), 24.4% (nicotine), 9.8% (opioid analgesics), 8.3% (non-opioid analgesics) and 5.9% (sedatives) suffered from a severe form of dependence on the respective drugs. Illegal drugs did not play a role yet.

Conclusions: Dependence on psychoactive substances poses a major problem for elderly hospital patients. The training of professionals and relatives aiming at the creation of help networks has to be improved. The same goes for general addiction aids for seniors, who should be motivated to use them.

»GERONTOPSYCHIATRIE IN BEWEGUNG« – EIN MULTIPROFESSIONELLES PROGRAMM ZUR KÖRPERLICHEN AKTIVIERUNG IN DER LVR-KLINIK KÖLN: BEWEGUNGSGERONTOLOGISCHER HINTERGRUND UND AUSBLICK

Tim Fleiner

Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, Deutsche Sporthochschule Köln

Abt. für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, LVR-Klinik Köln

1. Zielsetzung: Im Rahmen der »Gerontopsychiatrie in Bewegung« legt die LVR-Klinik Köln in Kooperation mit dem Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln einen Schwerpunkt auf die körperliche Aktivierung der Patienten in der voll- und teilstationären gerontopsychiatrischen Versorgung. Das Ziel, 150 Min pro Woche an zielgerichteter körperlicher Aktivität je Patient zu erreichen, stellt einen zentralen Bestandteil dieses multiprofessionellen Programmes dar. Neben der Strukturierung der Angebote zur allgemeinen und spezifischen körperlichen Aktivierung steht die Entwicklung und Implementierung von Assessment-Instrumenten zur Planung und Evaluation von Maßnahmen im Vordergrund.

2. Umsetzung: Die Umsetzung der »Gerontopsychiatrie in Bewegung« geschieht im multiprofessionellen Team der voll- und teilstationären sowie ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung. Diese Projektgruppen schaffen eine Behandlungsstruktur, die körperliche Aktivierung entsprechend der Eingangsuntersuchung, der Behandlungsziele und wiederkehrenden Evaluationen zulässt. Einen zentralen Aspekt stellt der Einsatz eines eigen-entwickelten Mobilitäts- und Aktivitäts-Assessments dar, bestehend aus Untersuchungen zur funktionellen Leistungsfähigkeit und dem Einsatz von Bewegungssensoren. Die entsprechende Maßnahmenplanung und -durchführung geschieht im multiprofessionellen therapeutischen Team. Neben einer strukturierten Hilfsmittelversorgung und spezifischen Trainingseinheiten mit den Hilfsmitteln werden multi- und interdisziplinäre therapeutische Angebote weiterentwickelt und in den Behandlungsprozess eingebunden. Die mit dieser Konzeption einhergehenden Abläufe werden zur Dokumentation, Evaluation und Kommunikation in das klinikinterne Informationssystem implementiert.

3. Ergebnisse: Erste Ergebnisse der Implementierung und der aktuellen Stand der Evaluation werden im Rahmen des Vortrages vorgestellt.

4. Schlussfolgerung und Ausblick: Die Entwicklung zu einer »Gerontopsychiatrie in Bewegung« steht im Einklang mit der Forderung nach mehr körperlicher Aktivierung in der medizinischen Versorgung (Initiative for Exercise is Medicine) und dem kommenden DNQP-Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Demnach ist ein sportlicher Ruck durch die Gesundheitsversorgung überfällig – besonders die gerontopsychiatrische Versorgung kann hiervon nachhaltig profitieren. Dazu bietet die LVR-Klinik Köln einen Musteransatz.

ERNÄHRUNGSINTERVENTIONEN FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ. EINE UMBRELLA-REVIEW VON SYSTEMATISCHEN ÜBERSICHTSARBEITEN

Max Herke¹, Astrid Fink¹, Marion, Burckhardt², Stefan Watzke³, Tobias Wustmann³

¹Institut für Medizinische Soziologie, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg

²Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, MLU Halle-W.

³Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Halle, S.

1. Zielsetzung/Fragestellung: Ernährungsinterventionen bei Patienten mit Demenz zur Verbesserung des Ernährungszustandes sowie der kognitiven Leistungsfähigkeit sind bereits Gegenstand zahlreicher systematischer Übersichtsarbeiten. Ziel dieser Umbrella-Review ist es, diese Übersichtsarbeiten aus randomisierten, kontrollierten Studien zu erfassen und die Ergebnisse systematisch für multiprofessionelle Teams aufzuarbeiten.

2. Materialien/Methoden: Eingeschlossen werden systematischen Übersichtsarbeiten die folgenden Mindestanforderungen entsprechen: Einschlusskriterien im o. g. Zielbereich mit Angabe von patientenrelevanten Zielgrößen, Suchstrategie, Studiendesigns und Verzerrungspotenzial. Systematische Recherche in den Datenbanken PubMed, Health Evidence, DARE, HTA, Cochrane Database of Systematic Reviews. Die Auswahl der Literatur und deren Bewertung erfolgt durch zwei Autoren unabhängig voneinander mit einem etablierten Instrument (AMSTAR). Die Ergebnisse werden tabellarisch, narrativ und mit GRADEproGDT für die Nutzer zusammengefasst. Das Reviewprotokoll ist registriert unter »<http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO>«.

3. Erwartete Ergebnisse: Erwartet wird eine übersichtliche Darstellung der bereits breiten Erkenntnisse zur Wirkung von Ernährungsinterventionen auf die kognitive Leistungsfähigkeit und den Ernährungszustand bei Personen mit Demenz. Abgebildet werden u. A. die Wirkungen von Supplementen (z. B. Vitamin-B-Komplex, Vitamin E, Omega-3-Fettsäuren usw.), aber auch die Einflussnahme auf die Umgebungs- und Kontextfaktoren wie z. B. die Darreichungsform der Mahlzeiten.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Bedeutung der Ergebnisse wird deutlich, wenn die aktuelle und prognostizierte Prävalenz von Demenz in Betracht gezogen wird. Praktikable und wirksame Maßnahmen werden identifiziert und für die verschiedenen Berufsgruppen dargestellt.

Die Zusammenfassung der gesamten Evidenz aus systematischen Übersichtsarbeiten zu randomisierten kontrollierten Studien erlaubt dem Nutzer im Gesundheitswesen einen umfassenden Überblick über die Wirksamkeit verschiedener Interventionen zur Verbesserung des Ernährungszustandes und der kognitiven Leitungsfähigkeit.

SITUATION DEMENZBETROFFENER PAARE IN STADT UND LAND. ERGEBNISSE AUS ZWEI INTERVENTIONSSTUDIEN

Andreas Häusler¹, Michael Rapp¹, Johanna Nordheim², Kerstin Krause-Köhler¹, Mechthild Niemann-Mirmehd³

¹Department Sport- und Gesundheitswissenschaften, Sozial- und Präventivmedizin, Universität Potsdam

²Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin

³Psychiatrische Klinik der Charité-Universitätsmedizin Berlin

1. Zielsetzung/Fragestellung: Um die gemeinsamen Ressourcen zu stärken und Selbstständigkeit zu erhalten, wurde ein Trainings- und Beratungsprogramm für Menschen mit beginnender bis mittelschwerer Demenz und ihre Partner in zwei Versorgungsregionen durchgeführt. Berliner und Brandenburger Teilnehmer

zweier Studien (DYADEM und DYADEM-Brandenburg) werden hinsichtlich ihrer unterschiedlichen Charakteristika und Versorgungssituationen sowie wohnortsensibler Voraussetzungen für psychosoziale Therapieansätze verglichen.

2. Materialien/Methoden: Über unterschiedlichste Versorgungs- und Beratungseinrichtungen wurden Paare rekrutiert, von denen ein Partner an einer Demenz litt. Die Paare erhielten im häuslichen Rahmen ein Unterstützungsangebot mit paar- und sozialtherapeutischen Aspekten im Umfang von neun Sitzungen (davon zwei telefonisch) über einen Zeitraum von zehn bis zwölf Wochen. Eine Kontrollgruppe erhielt eine einzelne, einstündige Beratungssitzung. Die Intervention wurde von einer Vorab- sowie zwei Follow-up-Datenerhebungen flankiert.

3. Ergebnisse: In die Berliner Studie wurden 82 Paare mit einem mittleren Alter von 73 (Angehörige) bzw. 75 Jahren (Patienten) eingeschlossen. Die Ausgangssituation der pflegenden Partner ist durch höheres Stressempfinden sowie einer niedrigeren Beziehungsqualität und -ausgewogenheit geprägt als bei deren demenz-erkrankten Partnern. Die Follow-up-Untersuchungen zeigten u. a. einen geringeren kognitiven Abbau bei Patienten in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe. Langfristig schätzen pflegende Partner ein, durch die Intervention besser zur Bewältigung krankheitsassoziierter Probleme in der Lage zu sein. Erste Follow-up-Ergebnisse der einjährigen Brandenburger Interventionsstudie sind zum Jahresende 2014 zu erwarten.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Es zeigen sich unterschiedliche Versorgungsrealitäten demenzbetroffener Paare in Stadt und Land. Während die Inanspruchnahme von Hilfsmöglichkeiten in städtischen Siedlungsgebieten bereits frühzeitiger erfolgt, wird im ländlichen Gebiet häufig erst auf externe Hilfen zurückgegriffen, wenn demenziellen Erkrankungen bereits weiter fortgeschritten sind und eine starke Belastung der pflegenden Angehörigen zu verzeichnen ist. Dies stellt eine besondere Herausforderung für die Konzeption von Interventionsmöglichkeiten bei Frühbetroffenen in ländlichen Versorgungsgebieten dar.

FEHLENDE KORRELATION ZWISCHEN FUKTIONELLER BILDGEBUNG (PET/SPECT) UND NEUROPATHOLOGISCHEN BEFUNDEN (BRAAK-STADIEN) IN FRÜHSTADIEN DER ALZHEIMER-DEMENTZ

Tilmann Kirchner

Institut für Nuklearmedizin, Sana-Klinikum Offenbach

1. Zielsetzung/Fragestellung: Neurofibrilläre Tangles bzw. neurofibrilläre Plaques gelten als ursächlich in der Entstehung des M. Alzheimer und anderer neurodegenerative Erkrankungen. In der vorliegenden Arbeit vergleicht der Autor das zeitlich/räumliche Ausbreitungsmuster der neuropathologischen Veränderungen (Braak-Stadien) mit den funktionellen Befunden in PET und SPECT.

2. Materialien/Methoden: Selektive Literaturrecherche (PubMed) und Vergleich grundlegender Arbeiten aus den Gebieten Neuropathologie (Braak 1992) und Nuklearmedizin (Minoshima 1997).

3. Ergebnisse: Insbesondere in den frühen Krankheitsstadien imponiert eine auffallend deutliche Diskrepanz zwischen dem Verteilungs- und weiteren Ausbreitungsmuster neuropathologischer Veränderungen (entorhinaler/transentorhinaler Cortex) und den entsprechenden ersten Befunden in der funktionellen Bildgebung (posteriores Cingulum, Praecuneus)

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Sieht man die Ergebnisse der funktionellen Bildgebung als maßgeblich an, stellt sich aus den vorliegenden Befunden heraus erneut die Frage, ob die neuropathologischen Veränderungen nicht nur als Epiphänomene angesehen werden müssen – mit weitreichenden Folgen für Krankheitsverständnis und Grundlagenforschung.

KÖRPERLICHE BEGLEITERKRANKUNGEN BEI HOCHBETAGTEN GERONTOPSYCHIATRISCHEN PATIENTEN

Markus Müller-Küppers, Bianca Linnemann, Christina Schwarzer, Michael Lautenbach, Astrid Schmidt
Bereich Gerontoneuropsychiatrie, LWL-Klinik Marsberg

1. Zielsetzung/Fragestellung: Üblicherweise wird mit Blick auf die demographische Entwicklung, einer steigenden Lebenserwartung und einer zunehmenden Anzahl Hochbetagter diese mit einer zunehmenden somatischen Komorbidität in Verbindung gebracht. Diese Erwartung ruft die Forderung hervor, mit angemessenen Konzepten bei der Versorgung hochbetagter psychiatrischer Patienten zu reagieren.

2. Materialien/Methoden: N=214 im Jahr 2012 stationär behandelte gerontopsychiatrische Pat. wurden in die Altersgruppen <80 (n=111) und >78 (n=103) aufgeteilt. Wir untersuchten Anzahl und Ausprägung der somatischen Nebendiagnosen (ND) in beiden Altersgruppen in Abhängigkeit von der psychiatrischen Hauptdiagnose (HD) sowie der Entlassgründe (Entlassung in Pflegeeinrichtung, regulär beendet, Verlegung in anderes Krankenhaus).

3. Ergebnisse: Die Pat. >79 Jahre wiesen mit 203 ND gegenüber der Gruppe <80 Jahre mit 136 ND eine höhere Anzahl somatischer ND auf. Dies ging vor allem auf Pat. mit der psychiatrischen HD Delir bei Demenz (F05.1) und gemischte Demenzen (F00.2, G30.8) zurück. Dagegen wiesen in der weiteren diagnosebezogenen Auswertung die Patienten mit organisch affektiven (F06.3) bzw. schizophrenen Psychosen (F20.0) sowie rezidivierende depressiven Episoden ohne psychotische Symptome (F33.2) in der höheren Altersgruppe eine deutlich geringere Anzahl somatischer ND auf. Die Entlassgründe zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den untersuchten Altersgruppen.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Hohes Lebensalter geht nicht generell mit steigender somatischer Komorbidität einher. Dies gilt zwar für delirante Syndrome im Rahmen von Demenzen, jedoch ist bei depressiven Episoden und Schizophrenien in unserem Kollektiv die jüngere Altersgruppe mit höherer somatischer Komorbidität assoziiert. Entsprechend der Differenzierung nach der psychiatrischen HD kann ein pauschaler Anstieg körperlicher Begleiterkrankungen mit zunehmendem Lebensalter somit nicht unterstellt werden und rechtfertigt auch keine ungünstige Entlassprognose. Die Ergebnisse unterstreichen den Stellenwert einer eigenständigen, über geriatrisch ausgelegte Behandlungskonzepte hinausgehenden psychiatrischen Therapie psychischer Störungen im hoch/höchstbetagten Lebensalter.

PRÄVENTIVES ONLINE-GEDÄCHTNISTRAINING IN GRUPPEN FÜR SENIOREN

Rebekka Peller, Julie L. O'Sullivan, Marten Haesner, Anika Steinert, Elisabeth Steinhagen-Thiessen
Forschungsgruppe Geriatrie der Charité Universitätsmedizin, Berlin

1. Zielsetzung/Fragestellung: Aufgrund des altersbedingten Abbaus der kognitiven Leistungsfähigkeit kann es im höheren Lebensalter zu Funktionseinschränkungen im Alltag kommen. Interventionen, die auf den Erhalt und die Förderung des geistigen Funktionsniveaus abzielen, gewinnen daher zunehmend an Bedeutung. Computerbasiertes kognitives Training bietet eine Möglichkeit, um einem altersbedingten Fähigkeitsverlust entgegenzuwirken und leistet somit einen entscheidenden Beitrag zum Erhalt der Selbstständigkeit und Erhöhung der Lebensqualität im Alter (Hertzog et al., 2009; Schröder & Pantel, 2011). Aus diesem Grund wurde im Rahmen des vorgestellten Projekts »LeVer – Lernen gegen das Vergessen« ein Programm für ein

virtuelles Gedächtnistraining in Gruppen für Senioren entwickelt und umgesetzt. Ziel war es zu untersuchen, wie ein durch Videokommunikation gestütztes Online-Gedächtnistraining in Gruppen von Senioren bewertet wird. Weiterhin wurde erfasst, ob die Teilnehmer durch dieses Projekt eine für sie neue Art der Kommunikation kennengelernt haben und diese weiterhin nutzen wollen.

2. Materialien/Methoden: Das virtuelle Gruppentraining war eingebunden in eine altersgerecht konzipierte, internetbasierte Plattform für kognitives Training und wurde über ein kostenloses Open Source System für Videokonferenzen mit bis zu vier Teilnehmern pro Sitzung realisiert. Im Rahmen der ca. 20–30-minütigen Sitzungen wurden psychoedukative Inhalte vermittelt, die Gedächtnisstrategien und ihren Hintergrund beinhalteten, sowie alltagsnahe Übungen durchgeführt, die die gelernten Inhalte vertiefen sollten. Das Gruppentraining war inhaltlich in vier Module unterteilt; jeder Teilnehmer nahm jeweils ein Mal pro Modul teil. Die Sitzungsinhalte wurden auf der Basis in der Fachliteratur beschriebener Gedächtnistrainings- und Gedächtnistherapiemanuale und -beschreibungen zusammengestellt (Finauer 2009; Oswald & Rödel, 1995; Schloffer, 2010). Von den 40 Senioren, die die Plattform nutzten, nahmen N=20 Probanden (11 w, 9 m); an allen vier Sitzungen des Gruppentrainings teil. N=18 Probanden (9 w, 9 m); Alter 62–77 Jahre (M=69,56; SD=3,99) füllten nach Abschluss des Gruppentrainings einen eigens entwickelten Evaluationsfragebogen aus, der anonym und online in ca. fünf bis zehn Minuten beantwortet werden konnte. In diesem wurde die subjektive Einschätzung der Teilnehmer zu den Inhalten und zur Gestaltung des Gruppentrainings mit insgesamt 43 Aussagen auf einer vierstufigen Likert-Skala erfragt.

3. Ergebnisse: Das Gruppentraining wurde von den Teilnehmern insgesamt als positive Erfahrung bewertet (16 von 18 TeilnehmernInnen). Die Art der Kommunikation über Video war für 14 Teilnehmer neu und 14 Probanden empfanden diese Art der Kommunikation als angenehm. 14 der 18 TeilnehmerInnen, die den Evaluationsfragebogen ausfüllten, würden das Gruppentraining weiterempfehlen.

In den Antworten auf die offenen Fragen im Evaluationsfragebogen wurden die Größe der Gruppen, die Inhalte des Trainings und die durchgeführten Übungen als positiv herausgestellt. Geäußerte Kritikpunkte bezogen sich nahezu ausschließlich auf technische Probleme, die vor und während der Gruppensitzungen auftraten, wie beispielsweise der Ausfall von Bild und Ton oder das Abbrechen der Internetverbindungen.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: In dieser Studie wurde Online-Gedächtnistraining in Gruppen für Senioren via Videokommunikation als eine von den Teilnehmern subjektiv als sinnvoll und positiv wahrgenommene Methode zur Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit bestätigt.

Die Teilnehmer, die das Training nicht bis zum Ende durchführten, taten dies aus zeitlichen und vor allem technischen Problemen.

Da diese Art von Training sehr kostengünstig und gut zugänglich ist, weil es im jeweiligen häuslichen Umfeld stattfinden kann, bietet es eine attraktive Alternative zu konventionellem »face-to-face«-Training.

Die technischen Probleme lagen nahezu ausschließlich an der Qualität der Internetverbindungen. Eine Schulung zum Umgang mit den technischen Geräten und begleitender technischer Support sind nötig, um die TeilnehmerInnen während des Gruppentrainings zu betreuen.

Aufgrund der kleinen Anzahl von Probanden sind weitere Evaluationsstudien in diesem Bereich ratsam.

VIERTAUSEND THERAPIEN SPÄTER: EIN BLICK AUF DIE BISHERIGEN EKTS BEI ÄLTEREN UND ALTEN MENSCHEN IM KLINIKUM SCHLOSS WINNENDEN

Andreas Raether, Rainer Kortus, Wolfgang Semmler, Gunter Härtig, Thomas Schlipf, Peter Kaiser, Karin Ademmer
Klinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Schloss Winnenden

- 1. Zielsetzung/Fragestellung:** Anlässlich der 4000. Elektrokrampftherapie (EKT) in unserer Klinik war Gegenstand der Untersuchung, anhand mehrerer Parameter Unterschiede bei der EKT von älteren im Vergleich zu jüngeren Menschen herauszuarbeiten.
- 2. Materialien/Methoden:** Verglichen wurden unter anderem Alter, Geräteparameter, Narkoseparameter, Dauer der Behandlung, Therapieerfolg, Nebenwirkungen, Begleitmedikation.
- 3. Zusammenfassung/Schlussfolgerung:** Die EKT bei älteren und alten Menschen weist einige Unterschiede im Vergleich zur Behandlung jüngerer Menschen auf. Auch ist die EKT eine effektive und sehr nebenwirkungsarme Behandlung von schweren depressiven Störungsbildern, insbesondere nach unzureichender Wirkung der vorausgegangenen pharmakologischen Behandlung auch in unserer Klinik.

MULTIPROFESSIONELLE, SET-BASIERTE PSYCHOSOZIALE BEHANDLUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ IN DER AKUTEN GERONTOPSYCHIATRIE

Barbara Romero, Eckehard Schlauß
Bereich Gerontopsychiatrie, Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH), Berlin

- 1. Zielsetzung/Fragestellung:** Im Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge (KEH) in Berlin wird das im Rehabilitationsbereich etablierte Konzept der Selbsterhaltungstherapie (SET) erstmalig auf einer gerontopsychiatrischen Akutstation implementiert und von dem multiprofessionellen Team umgesetzt. Dabei sollen Erfahrungen gewonnen werden, wie die Integration der Betreuer und die verstärkte Berücksichtigung der nachhaltigen Therapieziele unter den Bedingungen einer akutpsychiatrischen Station optimiert werden können.
- 2. Materialien/Methoden:** Die Implementierung der SET erfolgt in der Zusammenarbeit des multidisziplinären Therapeutenteams mit Dr. Barbara Romero, Autorin des Konzeptes. Das Projekt ist für den Zeitrahmen von Juli 2014 bis Januar 2015 geplant. Im Rahmen der Implementierung werden Schritte unternommen, um
 1. die Zielsetzung der kurzfristigen psychosozialen Interventionen der beteiligten Berufsgruppen nach Erreichbarkeit und Relevanz zu überprüfen und ggf. Schwerpunkte zu verändern,
 2. Maßnahmen, die der Nachhaltigkeit der Behandlung dienen (z. B. Angehörigenberatung, Nachsorge) zu erweitern und
 3. die multidisziplinäre Zusammenarbeit verstärkt zu unterstützen (u. a. Informationsfluss und Aufgabenverteilung zu verbessern).
- 3. Ergebnisse:** Wir werden von ersten Erfahrungen zu dem derzeit noch laufenden Implementierungs-Projekt berichten. Von besonderem Interesse werden Erfahrungen aus den folgenden Bereichen sein:
 1. Inwieweit gelingt es, während der stationären Behandlung mit den Patienten und/oder den Angehörigen bzw. Betreuenden eine individuelle Versorgungs- und Alltagsplanung zu erarbeiten?
 2. Inwieweit gelingt eine optimale Integration des sozialen Umfeldes in die stationäre Behandlung, die der Stabilisierung

der Kooperationsbereitschaft und damit der Nachhaltigkeit der Wirkung der Behandlung dient?

3. Inwieweit gelingt es, die multidisziplinäre Arbeit mit gezielten Maßnahmen zu unterstützen?
- 4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung:** Psychosoziale Behandlungsstandards bei Patienten mit Demenz sind erst in der Entwicklung. Für diese Gruppe von Patienten müssen die allgemeinen Therapieziele und Aufgaben der beteiligten Berufsgruppen reflektiert und konsequent an die Zielgruppe angepasst werden: An Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung, die die Abhängigkeit von der Umwelt deutlich und zunehmend verstärkt. Das KEH verfolgt in allen Fachabteilungen aktiv das Ziel, die Bedürfnisse der Kranken mit (Nebendiagnose) Demenz zu berücksichtigen. Darüber hinaus sollen spezielle Behandlungskonzepte für Menschen mit Demenz etabliert werden (Diagnose Demenz als Indikation für spezifische nachhaltige medizinische und psychosoziale Behandlung). Erfahrungen, die mit der Implementierung der SET – eines spezifischen therapeutischen Angebotes für Demenzkranke – in der Gerontopsychiatrie zu gewinnen sind, werden auch in anderen Abteilungen von Bedeutung sein können. Ein demenzsensibles Krankenhaus soll nicht nur bei Betroffenen die Belastungen, die mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind, reduzieren, sondern auch und gerade nachhaltige psychosoziale Interventionen initiieren und sichern.

SYMBOLVERARBEITUNG BEI ALZHEIMER-DEMENTZ UND DEPRESSION

Max Töpfer¹, Stefan Kreisel², Sebastian Bödecker², Eva Bauer³, Thomas Beblo², Martin Driessen², Hans Markowitsch⁴, Gebhard Sammer³

¹Abteilung für Gerontopsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
²Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
³Arbeitsgruppe Kognitive Neurowissenschaften am Zentrum für Psychiatrie Gießen
⁴Universität Bielefeld

- 1. Zielsetzung/Fragestellung:** Patienten mit Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) zeigen häufig Orientierungsdefizite. Als Möglichkeit der Kompensation können Schilder oder Symbole genutzt werden. Hier hat sich gezeigt, dass durch die Verwendung von sehr konkreten Symbolen die Orientierungsfähigkeit verbessert werden kann, weswegen diese z. B. in Pflegeeinrichtungen eine breitere Anwendung finden. Es bleibt aber unklar, warum Patienten mit einer Alzheimerdemenz von konkreten Symbolen deutlicher profitieren als von anderen Symbolen. Auch wäre es denkbar, dass konkrete Symbole für andere Patientengruppen nützlich sein könnten.
- 2. Materialien/Methoden:** Im Rahmen der Studie bearbeiteten 30 gesunde Kontrollprobanden, 30 DAT-Patienten und 30 Patienten mit majorer Depression (MDD) den Symbol-Verarbeitungstest (SVT). Der SVT beinhaltet vier unterschiedliche Symbolkategorien und erfordert jeweils die semantische Zuordnung eines von vier Auswahlbildern zu einem Zielbild. Der Einfluss der vier unterschiedlichen Symbolkategorien auf die SVT-Leistungen der drei Experimentalgruppen wurde mit einer 4 x 3 Varianzanalyse mit Messwiederholung untersucht. Post-hoc-Vergleiche dienten der Aufdeckung spezifischer Gruppenunterschiede.
- 3. Ergebnisse:** Die Ergebnisse der Varianzanalyse zeigten signifikante Haupteffekte (Gruppe, Itemkategorie) sowie einen signifikanten Interaktionseffekt (Gruppe x Itemkategorie). Gesunde zeigten insgesamt die besten Leistungen und DAT-Patienten die schlechtesten Leistungen. Alle Gruppen zeigten die besten

Leistungen bei konkreten Symbolen und die schlechtesten Leistungen bei Symbolen mit visuell-ablenkenden Elementen. DAT-Patienten zeigten bei letzteren zudem einen disproportionalen Leistungseinbruch.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Studie sprechen für die Wirksamkeit konkreter Symbole über verschiedene Patientengruppen hinweg. Ablenkende oder abstrakte Symbole sollten hingegen vor allem bei DAT-Patienten vermieden werden.

ANOSOGNOSIE BEI DEMENZ – HERAUSFORDERUNG IM AMBULANTEN SETTING

Sandra Verhülsdonk¹, Barbara Höft², Christian Lange-Asschenfeldt², Florence Hellen², Tillmann Supprian²

¹Institutsambulanz Gerontopsychiatrie, LVR-Klinikum/Kliniken der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

²Abt. Gerontopsychiatrie, LVR-Klinikum/Kliniken der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

1. Zielsetzung/Fragestellung: Anosognosie ist als Symptom demenzieller Erkrankungen ist im klinischen Alltag häufig und beschreibt die fehlende Wahrnehmung krankheitsbezogener Defizite. Es existieren nur wenig konkrete Angaben zur Prävalenz. Der überwiegende Anteil der zu diesem Thema durchgeführten Studien stützt die Annahme, dass Anosognosie schon im frühen Krankheitsstadium zu finden ist, dabei mit dem Krankheitsverlauf zunimmt und negativ mit den kognitiven Leistungen (MMSE) korreliert. Sicher ist, dass eine gestörte Krankheitswahrnehmung eine erhöhte Angehörigenbelastung nach sich zieht. Da es konsequent oft an Compliance hinsichtlich diagnostischer wie auch therapeutischer Maßnahmen mangelt, ist das Thema für die medizinische Versorgung von großer Bedeutung.

Ziel der Erhebung ist die Gewinnung von Angaben zur Prävalenz speziell im ambulanten Setting. Aktuelle Fragestellungen nehmen u.a. den Zusammenhang mit dem Schweregrad der Erkrankung und dem Unterstützungsbedarf in den Fokus

2. Materialien/Methoden: In der Institutsambulanz Gerontopsychiatrie des LVR-Klinikums Düsseldorf/Kliniken der Heinrich-Heine-Universität wurde über den Zeitraum eines Jahres (2013) die Krankheitswahrnehmung bei 58 Neupatienten mit der Diagnose einer Alzheimer-Demenz (Foo.1/Foo.2) in der Gedächtnissprechstunde mittels eines validierten Instruments (Clinical Insight Rating Scale) erfasst und mit Parametern zur Beschreibung des kognitiven und affektiven Status, des Krankheitsstadiums sowie der Alltagskompetenz korreliert.

3. Ergebnisse: Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass bei 89,7% der Erstvorstellungen mit der Diagnose Demenz eine Störung der Krankheitswahrnehmung vorlag. Bei 45,6% dieser Patienten war diese erheblich gestört bzw. gänzlich fehlend. Am häufigsten betroffen war neben der Wahrnehmung kognitiver Defizite das Bewusstsein für das Fortschreiten der Erkrankung.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Schon jetzt wird die Relevanz des Themas im klinischen Alltag einer Gedächtnissprechstunde deutlich: Anosognosie stellt einen wesentlichen Faktor bei der Planung von Therapien wie auch der Installation von Hilfen dar.

Der Einfluss von Strategien der Krankheitsbewältigung (z.B. Repressives Coping) ist in diesem Kontext zu diskutieren. Ein spezifischer Beratungsbedarf (z.B. Umgang mit ablehnenden Verhaltensweisen) seitens der Angehörigen ist zu berücksichtigen.

RASCH PROGREDIENTE DEMENZ MIT WESENSÄNDERUNG UND VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN ALS ERSTSYPMTOMATIK BEI KORTIKOBASALER DEGENERATION

Franziskos Xepapadacos¹, Martin Ekkehard Keck^{1,2}

¹Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Clenia Schöllsli AG, Schweiz

²Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

1. Zielsetzung/Fragestellung: Bei der kortikobasalen Degeneration (CBD) handelt es sich um eine seltene, sporadische, neurodegenerative Erkrankung, die typischerweise um das 60. Lebensjahr schleichend beginnt und klinisch mit asymmetrischen, motorischen Störungen im Sinne eines rigid-akinetischen Syndroms, Dystonien, Myoklonien und einer Gliedapraxie, dem alien-hand (oder auch alien-limb-)Phänomen mit Utilisationsverhalten einer Hand und/oder eines Beines einhergeht. Im Verlauf der Erkrankung treten üblicherweise Sprach- und Sprechstörungen auf und es entwickelt sich eine Demenz.

2. Materialien/Methoden: Wir berichten über einen 69-jährigen Patienten, der wegen eines seit wenigen Wochen bestehenden und rasch progredienten dementiellen Syndroms mit Verwirrtheit, Wesensänderung, Gereiztheit und teilweise auftretender Aggressivität mit dem Verdacht einer frontotemporalen Demenz in unsere psychiatrische Privatklinik per Fürsorgerischer Unterbringung (FU) eingewiesen wurde. Klinisch imponierte ein fluktuierendes Zustandsbild mit Orientierungs-, Auffassungs-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, mnestischen Störungen (insb. episodisches Gedächtnis), formalen Denkstörungen mit Verlangsamung, Sprunghaftigkeit und Inkohärenz, dysthymen bis deprimierten Affekt, reduzierter emotionaler Schwingungsfähigkeit, Hilflosigkeit- und Insuffizienzgefühlen sowie starken Anspannungszuständen, Impulskontroll- und bizarren Verhaltensstörungen mit Verlust sozialer Normen, teilweise Apathie und psychomotorischen »Blockaden«, bei denen sich der Patient über mehrere Stunden nicht adäquat mitteilen oder kommunizieren konnte. Der neurologische Untersuchungsbefund war zu diesem Zeitpunkt, bis auf eine leichte Gangunsicherheit, unauffällig, insbesondere bestanden kein Rigor, Dystonie, Myoklonie, Aphasie oder unwillkürliche Bewegungen.

3. Ergebnisse: Durch die initial durchgeführte Diagnostik mittels cCT (bei Schrittmacher konnte keine MRT durchgeführt werden), EEG und ausführlicher laborchemischer Diagnostik inkl. Untersuchung des Liquor cerebrospinalis konnten infektiöse, stoffwechselbedingte, paraneoplastische und entzündliche Ursachen ausgeschlossen werden. Die zerebrale Bildgebung zeigte erweiterte Liquorräume und eine frontotemporale Gehirnatrophie. Die neuropsychologische Untersuchung ergab eine reduzierte Impulskontrolle, verminderte kognitive Flexibilität, verminderte Leistungen im episodischen Gedächtnis bei erhaltener Visuo-konstruktion. In Zusammenschau der Befunde mit den oben genannten kognitiven Defiziten, den Verhaltensauffälligkeiten mit Enthemmung, teilweise Apathie und Aggression, der Bildgebung, dem rasch progredientem Verlauf sowie der im Verlauf beobachteten verminderten Spontansprache gingen wir zunächst auch von einer Demenz im Rahmen einer frontotemporalen Lobärdegeneration (am ehesten frontotemporale Demenz oder progrediente Aphasie) aus.

Erst nach Wiederaufnahme des Patienten in unsere Klinik nach zwei Monaten zeigten sich neurologische Auffälligkeiten mit Gang- und Standataxie, Sprachstörung sowie dystone, teils choreatiforme und unwillkürliche Bewegungen des rechten Armes, geringer des rechten Beines, die der Patient nicht kontrollieren konnte und welche ihm fremd erschienen, im Sinne eines alien-

limb-Phänomens. Die anschließend durchgeführte FDG-PET zeigte eine pathologische Minderanreicherung asymmetrisch rechts-betont v.a. im Bereich des Thalamus, Striatum, parietalen, temporalen und frontalen Kortex sowie eine Erweiterung der inneren Liquorräume, was angesichts der im Vorfeld erhobenen Befunde sowie des klinischen Verlaufes letztlich die Diagnose einer kortikobasalen Degeneration bestätigte.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Der vorliegende Fall veranschaulicht die oftmals herausfordernde diagnostische Einordnung atypischer dementieller Syndrome am Beispiel der CBD, insbesondere im Fall, wenn die Demenz und die entsprechenden Verhaltensauffälligkeiten der typischen neurologischen Symptomatik vorausgehen. Zudem werden sowohl die nosologische Zuordnung der Tauopathie CBD zu den atypischen Parkinson-Syndromen wie auch ihre klinische Verwandtschaft zu den frontotemporalen Demenzen gemäß Literatur diskutiert.

Referenten und Erstautoren

Adler, Georg, Prof. Dr. med.
Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG)
Friedrichsplatz 12, 68165 Mannheim

Auch-Johannes, Inga
Musiktherapeutin, M. A. (music therapy)
Praxis für Musiktherapie und Coaching
Pritzwalker Str. 13, 21423 Winsen (Luhe)

Baumgarte, Beate, Dr. med.
KKH Gummersbach-Marienheide
Klinik für Psychiatrie II
Wilhelm-Breckow-Allee 20, 51643 Gummersbach

Birkenbeil, Bernhild, Dipl.-Päd.
Altenheime der Stadt Mönchengladbach GmbH
Königstrasse 151, 41236 Mönchengladbach

Bockermann, Doris
Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW e. V.
Projektkoordination Leben mit Demenz
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf

Bransi, Ahmad, Dr.
gpz Gemeindepneurologisches Zentrum GmbH
Schlabrendorff Weg 26, 32756 Detmold

Brunnauer, Alexander, Dr.
kbo-Inn-Salzach-Klinikum Wasserburg am Inn
Abteilungsleiter Neuropsychologie
Gabersee Haus 13, 83512 Wasserburg am Inn

Bühringer, Gerhard, Prof. Dr.
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Chemnitzer Straße 46, 01187 Dresden

Burkhardt, Heinrich, PD Dr. med.
Universitätsklinikum Mannheim
IV. Medizinische Klinik
Theodor-Kutzer-Ufer 1-3, 68167 Mannheim

Coßmann, Johanna-Christina, Psychologin, M. Sc.
Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel

Drach, Lutz M., Dr. med.
Klinik für Alterspsychiatrie
Helios-Kliniken-Schwerin, Carl-Friedrich-Flemming-Klinik
Wismarsche Straße 393, 19049 Schwerin

Dykierek, Petra, Dr. phil., Dipl.-Psych.
Psychologische Psychotherapeutin, Dozentin und Supervisorin
für Verhaltenstherapie
Universitätsklinikum Freiburg

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstrasse 5, 79104 Freiburg

Falkenstein, Michael, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Dipl.-Ing.
TU Dortmund
Leibniz Institut für Arbeitsforschung (IfAdo)
Ardeystr.67, 44139 Dortmund

Fleiner, Tim J., Sport- und Bewegungsgerontologe (M.A.)
LVR-Klinik Köln
Abt. für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 51109 Köln

Friedrich-Hett, Thomas
Psychologische Privatpraxis Thomas Friedrich-Hett
Wigstr. 8, 45239 Essen

Frohnhofen, Helmut, Dr. med.
Kliniken Essen Mitte
Klinik für Geriatrie und Zentrum für Altersmedizin
Am Deimelsberg 34a, 45276 Essen

Frommelt, Mona
Hans-Weinberger-Akademie der AWO
Industriestraße 31, 81245 München

Gather, Jakov, Dr. med., M. A.
Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin und
Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin
Malakowturm - Markstr. 258a, 44799 Bochum

Geyer, Dieter, Dr. med.
Fachklinik Fredeburg
Therapie- und Rehabilitationszentrum für
Abhängigkeitserkrankungen
Zu den drei Buchen 1, 57392 Schmallenberg - Bad Fredeburg

Grimmer, Timo, PD Dr. med.
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ismaninger Str. 22, 81675 München

Gutzmann, Hans, Prof. Dr. med
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und
-psychotherapie e. V.
Postfach 1366, 51657 Wiehl

Hannes, Waltraud, Dr.
MDK Baden-Württemberg
Fachbereich Pflege
Ahornweg 2, 77933 Lahr

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

Häusler, Andreas, Dipl.-Psych.
Universität Potsdam
Department Sport- und Gesundheitswissenschaften,
Sozial- und Präventivmedizin
Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam

Haustein, Sonja (Senior Researcher)
Technical University of Denmark
Department of Transport
Bygningstorvet 116B, DK - 2800 Kgs. Lyngby

Herke, Max
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Medizinische Fakultät
Institut für Medizinische Soziologie
Magdeburger Str. 08, 06097 Halle, Saale

Hewer, Walter, Prof. Dr. med.
Klinikum Christophsbad
Klinik für Gerontopsychiatrie
Faurndauer Str. 6–28, 73035 Göppingen

Hoffmann, Wolfgang, Prof. Dr.
Institut für Community Medicine
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
Universitätsmedizin Greifswald
Ellernholzstr. 1–2, 17487 Greifswald

Höft, Barbara, Dr. med. Dipl. Psych.
Institutsambulanz Gerontopsychiatrie
LVR-Klinikum – Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf

Holthoff-Detto, Vjera, Prof. Dr. med. habil.
Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe
Psychiatrie und Psychotherapie
Höhensteig 1, 12526 Berlin

Ihl, Ralf, Prof. Dr. med.
Krankenhaus Maria-Hilf GmbH Krefeld
Klinik für Gerontopsychiatrie
Oberdießemer Str. 136, 47803 Krefeld

Jansen, Sabine
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin

Kiewitt, Karsten, Dr. phil.
AGUS/GADAT Bildungsgruppe
(Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe)
Brünhildestr. 12, 14542 Werder

Kirchner, Tilman, Dr. med.
Sana-Klinikum Offenbach
Institut für Nuklearmedizin
Starkenburgring 66, 63069 Offenbach am Main

Klug, Günter, Dr.
Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit
Psychosozialer Dienst Graz
Hasnerplatz 4, A - 8010 Graz

Koller, Manfred, Dr. med.
Asklepios Fachklinikum Göttingen
Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen

Koller, Matthias
Landgericht Göttingen
Berliner Str. 4, 37073 Göttingen

Kratz, Torsten, Prof. Dr. med.
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)
Abt. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik
Funktionsbereich Gerontopsychiatrie
Herzbergstr. 79, 10365 Berlin

Kreisel, Stefan, Dr. med.
Ev. Krankenhaus Bielefeld
Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie Bethel
Abteilung Gerontopsychiatrie
Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld

Krieger, Claudia
Amtsgericht Gummersbach
Moltkestraße 6, 51643 Gummersbach

Kriesten, Ursula
Akademie Gesundheitswirtschaft und Senioren AGewiS
Oberbergischer Kreis
Amt für Weiterbildung und Studium
Steinmüllerallee 11, 51643 Gummersbach

Kuhn, Ulrike, Dr. rer. med., Dipl.-Soz.
Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
Wörthstr. 10, 50668 Köln

Laekerman, Marjan, MSc.
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V.
(DZNE), Universität Witten/Herdecke
Postfach 62 50, 58453 Witten

Laporte Uribe, Franziska, PhD in Health Sc.
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V.
(DZNE), Standort Witten
Arbeitsgruppe Implementierungs- und Disseminationsforschung
Stockumer Str. 12, 58453 Witten

Lieb, Bodo, Dr. med.
Ev. Krankenhaus Elsey in Hohenlimburg gGmbH
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
Suchtbehandlungszentrum
Iserlohner Str. 43, 58119 Hagen

Luijendijk, Hendrika J.
University Medical Center Groningen
Hanzeplein 1, Groningen 9713 GZ NL

Lützu-Hohlbein, Heike von
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin

Mai, Sandra, Dipl.-Psych.
Interdisziplinäre Abteilung für Palliativmedizin
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz

Manzeschke, Arne, PD Dr. theol. habil.
Institut Technik-Theologie-Naturwissenschaften an der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Katharina-von-Bora-Straße 11, 80333 München

Mathis, Harald, Prof. Dr.
Fraunhofer-Anwendungszentrum SYMILA
Hochschule Hamm-Lippstadt
Marker Allee 76 – 78, 59063 Hamm

Meißnest, Bernd
Westfälische Klinik Gütersloh
Abt. Gerontopsychiatrie
Hermann-Simon-Str. 7, 33334 Gütersloh

Müller-Küppers, Markus, Dr. med.
LWL-Klinik
Bereich Gerontoneuropsychiatrie
Weist 45, 34431 Marsberg

Peitz, Alessa, Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin B. A.
DHBW Stuttgart, Fakultät Sozialwesen
Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS)
Rotebühlstraße 131, 70197 Stuttgart

Peller, Rebekka, cand. psych.
Forschungsgruppe Geriatrie der Charité
Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin

Raether, Andreas
Klinikum Schloss Winnenden
Klinik für Alterspsychiatrie und -psychotherapie
Schlossstr., 71364 Winnenden

Rapp, Michael, Prof. Dr. Dr.
Universität Potsdam
Department Sport- und Gesundheitswissenschaften, Sozial-
und Präventivmedizin
Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam

Romero, Barbara, Dipl.-Psych., Dr. phil.
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH)
Gerontopsychiatrie
Herzbergstr. 79, 10365 Berlin

Savaskan, Egemen, Prof. Dr. med.
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Alterspsychiatrie
Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach
Minervastrasse 145, CH - 8032 Zürich

Schäfer-Walkmann, Susanne, Prof. Dr.
Duale Hochschule Baden-Württemberg, Fakultät Sozialwesen
Herdweg 29/31, 70174 Stuttgart

Schuler, Matthias, PD Dr. med.
Diakonissenkrankenhaus Mannheim
Klinik für Geriatrie
Speyerer Straße 91, 68163 Mannheim

Schütz, Dag, Dr. med.
Evangelisches Krankenhaus Essen-Werden
Klinik für Geriatrie
Zentrum für Altersmedizin
Pattbergstraße 1-3, 45239 Essen

Seeling, Stefanie, Prof.
Hochschule Osnabrück
Fakultät Management, Kultur und Technik
Institut für duale Studiengänge, Studiengang Pflege dual (B.Sc.)
Kaiserstr. 10c, 49809 Lingen

Spannhorst, Stefan, Dr.
Ev. Krankenhaus Bielefeld
Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie Bethel
Abteilung Gerontopsychiatrie
Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld

Teschauer, Winfried
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin

Thomas, Christine, PD Dr. med.
Klinikum Stuttgart
Krankenhaus Bad Cannstatt
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere
Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart

Töpper, Max, Dipl.-Psych., Dr. rer.nat.
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Abteilung für Gerontopsychiatrie
Bethesda Weg 12, 33617 Bielefeld

Török, Katrin, M. A. Soziale Arbeit
AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung
Rehabilitation und Sozialer Dienst
Presselstr. 19, 70191 Stuttgart

Treichel, Thordis
Betreuungsbüro Thordis Treichel
Am Stadtwald 55, 42897 Remscheid

Unkauf, Sven
Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg
Falkertstr. 29, 70176 Stuttgart

Verhülsdonk, Sandra, MSc Gerontologie
LVR-Klinikum Düsseldorf/Kliniken der Heinrich-Heine-
Universität
Institutsambulanz Gerontopsychiatrie
Moorenstr.5, Gebäude 14.99, 40225 Düsseldorf

IMPRESSUM

NEUROGERIATRIE

Sonderdruck aus 1/2015

ISSN 1613-0146 | 12. Jahrgang | März 2015

Verlag

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

Redaktion

Dr. Brigitte Bülau, Dagmar Fernholz
Artikel, die mit den Namen oder den Initialen der
Verfasser gekennzeichnet sind, geben nicht unbe-
dingt die Meinung der Schriftleitung wieder.

Marketing

Sonderproduktionen und Anzeigen:
Dagmar Fernholz
dagmar.fernholz@hippocampus.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 12.

Herstellung

Satz und Layout: Hippocampus Verlag
Titelfoto: Elke Brochhagen, Stadt Essen
Druck: TZ Verlag & Print GmbH, Roßdorf

Erscheinungsweise

NeuroGeriatric erscheint 4-mal jährlich
€ 96,- jährlich im Abonnement
€ 28,- Einzelheft
€ 7,50 jährlich Versand (Inland)
Das Abonnement verlängert sich automatisch um
ein weiteres Jahr, wenn es nicht bis zum 30.9. des
Vorjahres abbestellt wird.
Information: Sylvia Reuter
sylvia.reuter@hippocampus.de
Bestellungen oder Rückfragen nimmt jede Buch-
handlung oder der Verlag entgegen.

Allgemeine Hinweise

Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentlichung
erwirbt der Verlag vom Autor alle Rechte, insbeson-
dere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu ge-
werblichen 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 elektro-
nischen Systemen.

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

Regularly listed in PSYINDEX, MEDIKAT, CCMed

© 2015 HIPPOCAMPUS VERLAG

Vollmar, Horst Christian, PD Dr., MPH
Universität Witten/Herdecke
Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten

Voltz, Raymond, Prof. Dr. med.
Universität zu Köln, Medizinische Fakultät
Zentrum Innere Medizin - Palliativmedizin
Joseph-Stelzmann-Str. 20, 50931 Köln

Wächtler, Claus, Dr. med.
Droste-Hülshoff-Str.11, 22609 Hamburg

Wirth, Rainer, PD Dr. med.
St. Marien-Hospital Borken
Klinik für Geriatrie
Am Boltenhof 7, 46325 Borken

Wolf-Ostermann, Karin, Prof. Dr.
Universität Bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Abteilung 7 Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung
Postfach 330440, 28344 Bremen

Wollmer, M. Axel, PD Dr. med.
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinik für Gerontopsychiatrie
Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg

Wübbeler, Markus, B. A., M. Sc.
Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Community Medicine
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health
Ellernholzstr. 1–2, 17487
Greifswald

Xepapadakos, Franziskos, Dr. med.
Clenia Schlössli AG
Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Schlösslistrasse 8, CH - 8618 Oetwil am See

NEUROGERIATRIE

Der wachsende Anteil an Betagten und Hochbetagten in unserer Gesellschaft führt zu einer Zunahme altersassoziierter Erkrankungen, insbesondere neurologischer Krankheitsbilder, die häufiger im höheren Lebensalter auftreten. Für eine adäquate Behandlung sind sowohl neurologisches und psychiatrisches Fachwissen als auch profunde geriatrische Kenntnisse von großer Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund soll die Zeitschrift NEUROGERIATRIE noch bestehende interdisziplinäre Lücken schließen und als Meinungs- und Diskussionsforum zur Verfügung stehen. Dabei werden nicht nur akutmedizinische Aspekte, sondern auch rehabilitative und präventive Themen diskutiert, um den ganzheitlichen Anspruch der (Neuro-)Geriatric zu unterstreichen.

Die Zeitschrift wendet sich vor allem an geriatrisch tätige Neurologen, Psychiater, Nervenärzte, Internisten, Allgemeinmediziner und klinische Psychologen. Wissenschaftlich arbeitende Kolleginnen und Kollegen aus diesen Disziplinen sind herzlich dazu eingeladen, Manuskripte zu neurologischen oder psychiatrischen Fragestellungen in der Altersmedizin zur Publikation einzureichen, die sich inhaltlich an klinisch-alltagspraktischen Fragestellungen und Erfordernissen orientieren.

Review: Alle Artikel in der Zeitschrift NeuroGeriatric unterliegen einem Reviewprozess.

Erklärung von Helsinki: Manuskripte, die Ergebnisse von Studien mit Patienten enthalten, müssen den ethischen Standards der Erklärung von Helsinki entsprechen.

Listung: Die Zeitschrift ist in Psyndex, Medikat und CCMed regelmäßig gelistet und zur Aufnahme in weitere Verzeichnisse angemeldet.

Hinweise für Autoren: Die Richtlinien für Ihre Veröffentlichung in NEUROGERIATRIE finden Sie unter www.hippocampus.de/Autorenhinweise.12343.html.

Die Manuskripte (vorzugsweisen per E-Mail) senden Sie bitte wahlweise an:

PD Dr. Herbert F. Durwen, Klinik für Akutgeriatric, St. Martinus Krankenhaus, Gladbacher Str. 26, 40219 Düsseldorf, H.Durwen@martinus-duesseldorf.de

Prof. Dr. Pasquale Calabrese, Psychologische Fakultät, Abt. für Molekulare und Kognitive Neurowissenschaften, Birmannsgasse 8, CH-4055 Basel, pasquale.calabrese@unibas.ch

und in Kopie an den Verlag: Dr. Brigitte Bülau, brigitte.buelau@hippocampus.de
Für Fragen stehen wir Ihnen unter der Tel.-Nr. 0 22 24/91 94 81 gerne zur Verfügung.



Bestellung per Fax: +49 (0) 22 24-91 94 82 oder per E-Mail: verlag@hippocampus.de

**Ja, ich abonniere die Zeitschrift
NEUROGERIATRIE**

€ 96,- Jahresabonnement (4 Ausgaben)

**Ja, ich bestelle 1 Heft NEUROGERIATRIE als
kostenloses Probeabonnement**

Das Probeabonnement geht automatisch in ein reguläres Abonnement über, wenn es nicht nach Erhalt des Heftes ausdrücklich gekündigt wird.

Hippocampus Verlag

PF 1368

53583 Bad Honnef

www.hippocampus.de

Name des Bestellers _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Datum/Unterschrift **X** _____

Ich kann diese Bestellung innerhalb von 10 Tagen beim Hippocampus Verlag, Bismarckstr. 8, 53604 Bad Honnef widerrufen.

Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.



Psychisch kranke Ältere leiden häufig auch an körperlichen Gesundheitsstörungen. Körperliche und psychische Erkrankungen beeinflussen sich wechselseitig ungünstig. Diese Multimorbidität der Erkrankten stellt deshalb ganz besondere Anforderungen an die sie behandelnden Ärzte und Pfleger.

Vor dem Hintergrund des heute schon bestehenden und in Zukunft weiter zunehmenden Bedarfes an gerontopsychiatrischem Fachwissen, hat es sich die Akademie zur Aufgabe gemacht, möglichst vielen Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen aber auch professionell Pflegenden, qualitätsgesichert, unabhängig und dezentral den Zugang zur Gerontopsychiatrie zu erleichtern.

Die Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. vermittelt genau jene theoretischen aber auch praktischen Lehrinhalte, die zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Die Akademie ist eine unabhängige multiprofessionelle Fort- und Weiterbildungseinrichtung und allein dem Wohl der Patienten und dem Stand der Wissenschaft verpflichtet.

Die DAGPP e.V. unterstützt damit die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) als medizinische Fachgesellschaft in ihrer Arbeit. Ihre Mitglieder und Lehrbeauftragten sind Gerontopsychiater mit einem großen praktischen Erfahrungsschatz. Die Akademie bietet unter anderem folgende Kurse an:

Zertifikat "Gerontopsychiatrische Grundversorgung"

ist gedacht für Ärzte, die alte Menschen behandeln und sich unabhängig von ihrer ärztlichen Weiterbildung ein zusätzliches solides gerontopsychiatrisches Grundwissen aneignen oder auf den neuesten Stand bringen wollen.

Zertifikat „Gerontopsychiatrie für Soziale Berufe“

in Kooperation mit der Dualen-Hochschule Baden-Württemberg in Stuttgart entwickelt, wendet es sich an Diplom SozialarbeiterInnen / SozialpädagogInnen, Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit sowie weitere soziale Berufsgruppen.

Zertifikat "Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik"

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) vergeben gemeinsam an ihre Mitglieder auf Antrag das Zertifikat "Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik".

Mehr Informationen über die Zertifikate und weitere Kursangebote z.B. **Kompaktkurs für Hausärzte** und **Weiterbildungen für Professionell Pflegende** finden Sie auf der Webseite:

www.dagpp.de

Vorstand:

Prof. Dr. Dr. R. D. Hirsch, Bonn
Prof. Dr. G. Adler, Mannheim

Dr. C. Wächtler, Hamburg
Dr. R. Fehrenbach, Saarbrücken

Dr. B. Grass-Kapanke, Krefeld
Dr. R. Schaub, Weinsberg

Dr. L. M. Drach, Schwerin

Geschäftsstelle

DAGPP e.V.. Postfach 1366, 51657 Wiehl. Tel.: 02262/797683