

Wissenschaftliches Programm

Donnerstag, den 18. Juni 2009

- 08.30 – 10.00 Uhr **Eröffnungs-Plenum »Die Zukunft der Demenz«**
Auditorium A Alexander Kurz, München
- 10.15 – 11.45 Uhr **A1: Demenzscreening**
Auditorium A **Mini-Mental-State _ Ein Screening in vielen Versionen**
Andreas Kaiser, Salzburg (A)
DemTect
Pasquale Calabrese, Basel
TFDD
Brigitte Grass-Kapanke, Krefeld
Der SKT
Hartmut Lehfeld, Nürnberg
Neue Screeningverfahren
Friedel Reischies, Berlin
- Auditorium B **B1: Bipolare Erkrankungen**
Epidemiologie bipolarer Störungen im Alter und Zusammenhang mit der Entwicklung dementieller Syndrome
Andrea Pfennig, Dresden
Therapeutische Strategien bei älteren bipolaren Patienten
Johanna Sasse, Dresden
Besonderheiten in den Versorgungsbedürfnissen älterer Patienten mit bipolaren Störungen
Jana Herrmann, Dresden
ADHS im Alter – eine Diagnose in der Gerontopsychiatrie
Tillmann Supprian, Düsseldorf
- Seminarraum 5 **C1: Impulse für eine bessere ambulante Versorgung/I**
Quartier-/Stadtteilbezogene Versorgung älterer psychisch kranker Menschen
Bernd Meißnest, Gütersloh
Teilnahme am Leuchtturmprojekt Demenz und die Bedeutung für die ambulante fachärztliche Versorgung
Jens Bohlken, Berlin
Versuch einer Nutzenbewertung der Behandlung in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik
Tilman Wetterling, Berlin
Wege zu einer besseren gerontopsychiatrischen Versorgung – Ergebnisse eines Modellprojekts im Regionalverband Saarbrücken
Rosa Adelinde Fehrenbach, Saarbrücken
- 12.00 – 13.30 Uhr **A2: Nichtmedikamentöse Verfahren bei Demenzen**
Auditorium A **Die KORDIAL-Studie aus dem Leuchtturmprojekt Demenz des BMG**
Angelika Thöne-Otto, Leipzig
Motorische Bewegung als Prävention der Demenz
Nicola Theresa Lautenschlager, Melbourne (AU)
Projekt Tandem: Trainingsangebote zur Kommunikation in der Betreuung demenzkranker Menschen
Julia Haberstroh, Frankfurt
- Auditorium B **B2: Die Organspende: Eine Frage des Alters?**
Hirntoddiagnostik: Rationale und Hintergründe?
Stephan A. Brandt, Berlin
Ist es medizinisch sinnvoll, sich auch um den älteren Organspender zu bemühen?
Claus Wesslau, Berlin

Old for Old: Erfahrungen bei der Transplantation in Berlin
Petra Reinke, Berlin

Seminarraum 5

C2: Konfliktfelder der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung

Kooperative gerontopsychiatrische Versorgung im Netzverbund
Frank Bergmann, Aachen

Spezifische Pharmakotherapie gerontopsychiatrischer Patienten: »Off-Label« Anwendung und andere Konfliktfelder
Gereon Nelles, Köln

Zukünftige Versorgungskonzepte aus Sicht der DGGPP: »Wie können vertragsärztliche und klinische Versorgungsangebote sinnvoll koordiniert werden?«
Hans Gutzmann, Berlin

14.30 – 15.15 Uhr

Postersession

15.15 – 16.45 Uhr

A3: Demenzen – update 2009/I

Auditorium A

Alzheimer-Krankheit und Alzheimer-Demenz
Michael Heneka, Bonn

Parkinson-Demenz und Demenz mit Lewy-Körperchen – Grundlagen und Klinik
Dag Aarsland, London (UK)

Parkinson-Demenz und Demenz mit Lewy-Körperchen – Therapien
Lutz M. Drach, Schwerin

Auditorium B

B3: Versorgung psychisch kranker älterer MigrantInnen in Deutschland

Transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie und Aspekte der seelischen Gesundheit psychisch kranker älterer MigrantInnen
Meryam Schouler-Ocak, Berlin

Psychische Störungen in alternden Migranten: Prävalenz von Depression bei Migranten erster Generation in Europa und Deutschland
Marion Christina Aichberger, Berlin

Versorgungsaspekte
Derya Wrobel, Berlin

Demenzdiagnostik bei Patienten mit Migrationshintergrund
Friedel Reischies, Berlin

Seminarraum 5

C3: Ärztliche Versorgung in Heimen

Hausärztliche Versorgung in Heimen
Bernd Zimmer, Wuppertal

Psychiatrische Versorgung in Heimen
Manfred Koller, Göttingen

Gerontopsychiatrische Betreuung von Heimbewohnern durch eine Psychiatrische Institutsambulanz – eine Bedarfsanalyse im Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf
Volker Dahling, Berlin

17.00 – 18.30 Uhr

A4: Früherkennung der Demenz

Auditorium A

Aktuelles zur Bildgebung
Vjera Holthoff, Dresden

Aktuelles zur Liquordiagnostik
Jens Wiltfang, Essen

Aktuelles zur Neuropsychologie
Georg Adler, Mannheim

Auditorium B

B4: Vertrags- und Versorgungssysteme

Integrierte Versorgung – Status Quo und Perspektiven
Ralph Lägél, Neuss

Hausarzt/Hausarztzentrierte Versorgung – Wie geht es nach §73b weiter?
John N. Weatherly, Berlin; K. Meyer-Lutterloh

Rabatt(Verträge) – Wo sehen wir die Endlichkeit – Und was kommt dann?

Rainer Seiler, Ulm

Jenseits von Sektoren, Säulen und Segmenten – Demenzversorgung neu denken

Susanne Schäfer-Walkmann, Stuttgart

Seminarraum 5

C4: Gerontopsychiatrische Therapien in der GKV am Beispiel Demenz

Demenz: Dynamik in der Grundlagenforschung und Stagnation in der Versorgung?

Heiner Melchinger, Hannover

Der Stand des medizinischen Wissens

Hans Gutzmann, Berlin

Die Entscheidungsfindung des GBA

Rainer Hess, Siegburg

Freitag, den 19. Juni 2009

08.30 – 10.00 Uhr

A5: Nicht-mnestische kognitive Defizite bei Demenzpatienten

Auditorium A

Handlungsplanung und Handlungskontrolle bei Demenz – von der Aktiviertheit zur Reizbewertung

Pasquale Calabrese, Basel (CH)

Das Set-Shifting Paradigma in der Demenz(früh)diagnostik

Sabine Engel, Roland Rupprecht, Erlangen

Der »Line Orientation Test« zur Bestimmung visuospatialer Störungen bei unterschiedlichen Demenzen und Schweregraden

Klaus-Christian Steinwachs, Nürnberg

Zeiterleben und Altern

Richard Mahlberg, Erlangen

Die Entwicklung von speed-Leistungen im Demenzverlauf

Hartmut Lehfeld, Nürnberg

Auditorium B

B5: Psychosomatische und psychotherapeutische Therapien

Qualitätssicherung durch gerontopsychiatrische Fallarbeit

Wilhelm Stuhlmann, Düsseldorf

»Wenn's in der Beziehung schmerzt« – Paartherapie in der zweiten Lebenshälfte

Bernadette Ruhwinkel, CH-Winterthur

Charakteristika und Wirksamkeit einer stationären gerontopsychosomatischen Behandlung

Sabine Geyer, Bad-Staffelstein

Stationäre gerontopsychosomatische Rehabilitation: Therapieerfolg und seine Prädiktoren

Simon Forstmeier, Zürich (CH)

Seminarraum 5

C5: Impulse für eine bessere ambulante Versorgung/II

»Türöffner« – Was können konsiliarische Hausbesuche zur Integration von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit beitragen?

Barbara Höft, Düsseldorf

Netzwerkarbeit in der Gerontopsychiatrie – Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis?

Meike Lezius, Nürnberg

Ambulante Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten durch die Institutsambulanz

Tomas Müller-Thomsen, Uelzen

10.15 – 11.45 Uhr

A6: Umsetzung von Forschung in Praxis

Auditorium A

Biomarkergestützte Diagnostik bei Demenzen – Liquor/Plasma

Jens Wiltfang, Essen

Biomarkergestützte Diagnostik bei Demenzen – Neuroimaging

Stefan Teipel, Rostock

Inflammation bei Alzheimer-Erkrankung – therapeutische Perspektiven

Michael Hüll, Freiburg

Neue Therapieansätze der Alzheimer-Erkrankung

Anja Schneider, Göttingen

- Auditorium B **B6: Late-life depression**
Kognition
 Friedel Reischies, Berlin
Anpassungsstörungen im Alter
 Simon Forstmeier, CH-Zürich
Zusammenhänge zwischen körperlicher Morbidität und Depression im Alter
 Georg Adler, Mannheim
- Seminarraum 5 **C6: Antipsychotika im Alter und bei Demenz – Wirksamkeit und Risiken**
Risiken von Antipsychotika
 Dirk K. Wolter, Wasserburg am Inn
Wirksamkeit von Antipsychotika bei Demenzkranken?
 Manfred Koller, Göttingen
Antipsychotika und Polypharmazie
 Gabriel Eckermann, Kaufbeuren
- 12.00 – 13.30 Uhr
 Auditorium A **A7: S-3 Leitlinie Demenz**
 Diagnostik-Modul
 Frank Jessen, Bonn
Modul zu Prävention und MCI
 Lutz Frölich, Mannheim
Modul Medikamentöse Therapie
 Richard Dodel, Marburg
Modul Nichtmedikamentöse Therapie
 Michael Hüll, Freiburg
- Auditorium B **B7: Depression aktuell**
Altern als narzisstische Krise und Depression – Ein psychodynamischer Zugang
 Meinolf Peters, Bad Hersfeld
Wie sich depressive Symptome im Alter auf das Realisieren von Vorsätzen auswirken
 Matthias Kliegel, Dresden
Antidepressive Therapie bei Multimorbidität: Spannungsfeld zwischen Polypharmazie, Kosten- und Leidensdruck
 Daniel Kopf, Heidelberg
- Seminarraum 5 **C7: Palliative Behandlung/Sterbebegleitung**
Palliativmedizin und Gerontopsychiatrie – Herausforderungen und Stand des Wissens
 Klaus Maria Perrar, Merzenich
Charta für schwerstkranke und sterbende Menschen – aktuelle Entwicklungen und Perspektiven für die Versorgung psychisch kranker alter Menschen
 Birgit Weihrauch, Berlin
Schmerz und Demenz Teil 1: Diagnostik und Erfassung
 Erika Sirsch, Witten
Schmerz und Demenz Teil 2: Therapie
 Heidrun Golla, Köln
- 15.15 – 16.45 Uhr
 Auditorium A **A8: Aktuelle Forschungsergebnisse zum guten Altern: In memoriam Margret Baltes**
Kurze Einführung in die Forschungsarbeiten von Margret Baltes
 Susanne Zank, Siegen
Altersbilder und Gesundheit: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey
 Clemens Tesch-Römer, Berlin
Selbständigkeit und Unselbständigkeit im höheren Lebensalter: Was uns das Denken und die Befunde von Margret Baltes heute geben können
 Hans-Werner Wahl, Heidelberg
Zum Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis: Fortbildungsangebote für professionell Pflegende
 Susanne Zank, Siegen

- Auditorium B **B8: Humor in Therapie und Pflege**
 Seminarraum 5 **C8: Suizidalität im Alter ...**
 ... in der Allgemeinbevölkerung
Yvonne Lembach, Mannheim
 ... in der psychiatrischen Klinik
 Tilman Wetterling, Berlin
 ... in der internistischen Klinik
 Uwe Sperling, Mannheim
Präventive Aspekte der Suizidalität im höheren Lebensalter
 Claus Wächtler, Hamburg
- 17.00 – 18.30 Uhr **A9: Angehörige und Betroffene im Fokus**
 Auditorium A **Allein lebende Demenzkranke – Schulung einer Kommune**
 Saskia Weiß, Berlin
Demenzranke im Krankenhaus
 Sabine Jansen, Berlin
Zur Rolle von Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht bei Demenz
 Bärbel Schönhof, Bochum
- Auditorium B **B9: Schnittstelle Gerontopsychiatrie/Geriatrie – Delir und Delirbehandlung**
Delir aus geriatrisch-internistischer Sicht
 Manfred Gogol, Copenbrügge
Delir in der Anästhesie
 Simone Gurlit, Münster
Delir in der Gerontopsychiatrie
 Tilman Fey, Münster
Interdisziplinäres Zentrum für Altersmedizin
 Bernd Meißnest, Gütersloh
- Seminarraum 5 **C9: Die personelle Situation der Fachkliniken**
Die Psych-PV und ihre Weiterentwicklungen
 Heinrich Kunze, Merxhausen
Die Perspektiven für Fachkrankenhäuser
 Iris Hauth, Berlin
Die Situation einer Klinik
 Rolf D. Hirsch, Bonn
Die Sicht des Arbeitskreises Gerontopsychiatrie der Bundesdirektorenkonferenz
 Manfred Koller, Göttingen

Samstag, den 20. Juni 2009

- 09.00–10.30 Uhr **A10: Demenzen – Update 2009/II**
 Auditorium A **Vaskuläre Demenzen**
 Martin Dichgans, Hans Förstl; München
Frontotemporale Demenzen
 Bernd Ibach, Neuss
Alkohol-assoziierte Demenzen
 Dirk K. Wolter, Wasserburg am Inn
- Auditorium B **B10: Facetten zur Betroffenenperspektive bei Demenzerkrankungen**
Individuelle und gesellschaftliche Verantwortung für die Lebensqualität demenzkranker Menschen
 Peter Schwitzer, Berlin

Zur Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Daniela Sulmann, Berlin

Desiderata aus neuen Forschungsergebnissen über Betroffene mit Demenz im Frühstadium

Doris Sowarka, Berlin

Lass Dich auf meine Zeit ein! – Aufbauschulung zur zeitlichen Synchronisation der Interaktionen von Helferinnen (nach Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz) und Menschen mit Demenz

Eva-Maria Neumann, Cottbus

Seminarraum 5

C10: Psychotherapie im Alter**Der Körper in der Psychotherapie im Alter**

Christiane Schrader, Dreieich

Endlichkeit in der Psychotherapie im Alter

Peter Bäurle, Aadorf (CH)

Stationäre und tagesklinische Behandlung über 60-Jähriger in einem Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Roland Vandieken, Bad Honnef

10.45 – 12.15 Uhr

Auditorium A

A11: Europäische Perspektiven – Migration der Professionellen**Als deutscher Gerontopsychiater in Norwegen**

Uwe Ehrt, Stavanger (N)

Als deutscher Pflegeexperte in Spanien

Stefan Biel, Barcelona (E)

Als deutscher Gerontopsychiater in England

Reinhard Heun, Derby (UK)

Auditorium B

B11: Unterstützung von Angehörigen Demenzkranker**Angehörigenbelastung bei Demenzpatienten und Heimeinweisung: Ergebnisse aus einer Berliner Schwerpunktpraxis**

Jens Bohlken, Berlin

Zwischen Psychoedukation und support group – Seminare für Angehörige demenziell erkrankter Menschen

Barbara Lischka, Nürnberg

Menschenwürdiger Umgang mit demenzbedingtem Fehlverhalten

Barbara Romero, Bad Aibling

Sozialtherapeutische Tandemgruppen: Eine qualitative Evaluationsstudie von Versorgungsstrukturen in der frühen Krankheitsphase – Leuchtturmprojekt Demenz. Gefördert durch das BMG

Mechthild Niemann-Mirmehdi, Berlin

Seminarraum 5

C11: Von der Grundlagenforschung in die Versorgung – Young Scientists**Multimodale Bildgebung zur Demenzdiagnostik**

Igor Yakushev, Mainz

Neurophysiologie des Lernens über die Lebensspanne

Thomas Mell, Berlin

Effektivität einer optimierten Ergotherapie bei Demenz im häuslichen Setting

Luisa Jurjanz, Dresden

Neurobiologie des gerontopsychiatrischen Assessments

Peter Häussermann, Kiel

12.30–13.30 Uhr

Abschluss-Plenum: Europäische Perspektiven – Heimärzte in den Niederlanden

Abstracts

Vorträge

PARKINSON-DEMENZ UND DEMENZ MIT LEWY-KÖRPERCHEN – GRUNDLAGEN UND KLINIK

Dag Aarsland

Wolfson Centre for Age Related Diseases, University of London, London (UK)

Dementia with Lewy bodies (DLB) and Dementia associated with Parkinson's disease (PDD) represent 15–20% of the total dementia population, and share many clinical and pathological features. The clinical profile is characterised by symmetrical parkinsonism with a predominance of postural instability and gait disorders, a cognitive profile characterised by attentional, executive, and visuospatial impairment, fluctuating consciousness, and visual hallucinations. The clinical course of DLB is more severe compared to other forms of dementia, with higher mortality, more impaired quality of life, and higher costs. Management is difficult. There is little empirical evidence, and a high risk for adverse drug reactions. A very high cumulative prevalence of dementia in PD has been shown in two independent long-term cohorts. Although dementia usually occurs 10 years or more after onset of PD, mild cognitive impairment occurs even in early PD, and is associated with a shorter time to dementia. Emerging evidence from pathology, as well as in-vivo studies using novel techniques within genetics, imaging and cerebrospinal fluid research, indicates that alpha-synuclein aggregation, as well as disturbances of other candidate proteins, are associated with dementia in PD. Randomised trials suggest that rivastigmine can improve symptoms in both DLB and PDD, and a recent trial suggests that memantine is effective as well.

AKTUELLES ZUR NEUROPSYCHOLOGIE

Georg Adler

Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit, Mannheim

Die neuropsychologische Untersuchung liefert die diagnostisch konstitutiven Befunde für das Demenzsyndrom. Die Bedeutung neuropsychologischer Befunde für die Früherkennung der Alzheimer-Demenz ist jedoch noch begrenzt, unter anderem durch die verbreitete Praxis, fragmentarische Screeningtests als Diagnostika anzusehen und einzusetzen. Prinzipielle Einschränkungen für die Anwendung neuropsychologischer Verfahren zur Früherkennung der Alzheimer-Demenz liegen in Besonderheiten des Krankheitsprozesses. So lässt, bedingt durch die hohe Kompensationsfähigkeit des Gehirns, die kognitive Leistungsfähigkeit erst dann deutlich nach, wenn die neurobiologischen Veränderungen schon erheblich fortgeschritten sind. Andere Probleme liegen in methodischen Unzulänglichkeiten der neuropsychologischen Untersuchungsverfahren, die grundsätzlich behebbar sind. Wenig ist über die Variabilität und den längerfristigen Verlauf der Untersuchungsbefunde neuropsychologischer Untersuchungsverfahren bei älteren Probanden bekannt. Diese Verfahren sind auch im Allgemeinen nicht bildungsnormiert. Eine aktuelle Entwicklung geht hin zu adaptiven computergestützten Untersuchungsverfahren wie dem Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitsstest (MAT), die eine umfassende und für den Patienten nicht zu belastende neuropsychologische Untersuchung mit vertretbarem Zeitaufwand ermöglichen.

ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN KÖRPERLICHER MORBIDITÄT UND DEPRESSION IM ALTER

Georg Adler

Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit, Mannheim

Körperliche Komorbidität führt bei älteren depressiven Patienten zu großen diagnostischen und therapeutischen Problemen. So gibt es eine erhebliche Überlappung zwischen den Symptomen körperlicher Erkrankungen und denen depressiver Störungen. Symptome wie Abgeschlagenheit, Erschöpfbarkeit, Schlafstörungen oder Appetitlosigkeit lassen sich häufig ursächlich nicht eindeutig der körperlichen oder der psychischen Sphäre zuordnen. Dies gilt insbesondere, da körperliche Morbidität ein Belastungsfaktor ist, der häufig in engem Zusammenhang mit der Entwicklung depressiver Störungen im Alter steht. Andererseits führen aber auch Depressionen zu einem ungünstigeren Verlauf von körperlichen Erkrankungen, z.B. zu einer erhöhten Sterblichkeit bei kardiovaskulären Erkrankungen. Die diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten und Konsequenzen, die sich aus dieser Situation ergeben, werden dargestellt und erörtert.

PSYCHISCHE STÖRUNGEN IN ALTERNDEN MIGRANTEN: PRÄVALENZ VON DEPRESSION BEI MIGRANTEN ERSTER GENERATION IN EUROPA UND DEUTSCHLAND

Marion Christina Aichberger, M. Schouler-Ocak, M. Busch,

A. Heinz, M. A. Rapp

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund: Die Zahl der älteren Menschen mit Migrationshintergrund wächst und stellt neue Anforderungen an die europäischen Gesundheitssysteme. Insbesondere sind die Gesundheitsrisiken von der nun alternden Migrantenpopulation von Bedeutung, da diese häufig durch das Gesundheitssystem schwer erreichbar sind. So zeigen Untersuchungen, dass ältere Migranten ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Erkrankungen, insbesondere Depression, aufweisen. Zu den Problemen und Schwierigkeiten des Migrationprozesses treten mit zunehmenden Lebensjahren auch die spezifische Probleme des Alterns, wodurch alternde Migranten zusätzlichen Belastungen und damit folglich oft verbundenen psychische Beschwerden ausgesetzt sind.

Ziel: Untersuchung der Prävalenzraten für Depression bei älteren Migranten (>50) im Vergleich zu älteren Menschen ohne Migrationshintergrund aus Daten einer länderübergreifenden Querschnittsstudie in 11 Ländern Europas (SHARE).

Methodik: Die untersuchten Daten stammen aus dem 'Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)', einer länderübergreifenden Studie zu Gesundheit, sozioökonomischem Status und Familiennetzwerken von Menschen >50 (<http://www.share-project.org/>). Die Analyse umfasst 11 europäische Länder – Dänemark, Schweden, Österreich, Frankreich, Deutschland, Schweiz, Belgien, Niederlande, Spanien, Italien und Griechenland (n=27.388). Das Vorliegen einer Depression wurde mit der EURO-D Skala geprüft und die Prävalenzraten mit Konfidenzintervallen bei Migranten und Nicht-Migranten, sowie Odds Ratios (OR) mit Konfidenzintervallen bestimmt. Weiterhin wurden die Effekte von Migration für das deutsche Sample getrennt berechnet.

Ergebnisse: Es wurde bei Migranten >50 eine höhere Prävalenz von Depression als bei >50jährigen ohne Migrationshintergrund

gefunden. Die höchsten Prävalenzen insgesamt zeigten sich in Südeuropa, wobei die OR für Depression bei Migranten in den nordeuropäischen Ländern am höchsten war. Die unterschiedlichen Prävalenzen bei Migranten und Nicht-Migranten konnten nicht durch andere Variablen erklärt werden. Für die in Deutschland lebenden Migranten (n=549) fand sich eine OR von 1,68 (95% CI 1,33–2,10), die Prävalenzrate lag bei 14,2%.

Diskussion: Unseren Ergebnissen zufolge zeigen sich bei älteren Migranten höhere Prävalenzen von Depression als bei älteren Menschen ohne Migrationshintergrund, wobei die geographische Varianz groß ist.

ENDLICHKEIT IN DER PSYCHOTHERAPIE IM ALTER

Peter Bäurle

Chefarzt ViaNova, Klinik Aadorf, Aadorf (CH)

Das Thema »Endlichkeit« in fand in der Psychotherapie, ebenso wie andere Zumutungen des Alters, lange Zeit wenig Beachtung. Eine der Gründe dafür war, dass sich die etablierende Psychotherapie eher mit den Entwicklungsmöglichkeiten beschäftigen wollte. In der Schweiz gewinnt die Thematik unter dem Einfluss von Sterbehilfeorganisationen im Hinblick auf die Psychodynamik von Sterbewünschen eine neue Aktualität. Ein weiterer Aspekt ist, dass die haltgebende Funktion von Religion bezüglich Jenseitsvorstellungen zunehmend in Frage gestellt wird, ohne dass Alternativen gefunden werden können.

ALS DEUTSCHER PFLEGEEXPERTE IN SPANIEN

Stephan Biel

Direktor tioman & partners, Barcelona (E)

Der demografische Wandel in Europa und die veränderte Lebensspanne bringt neue Bewegung in Europa mit sich. Die Öffnung der Grenzen und die Möglichkeit des Grenzlosen Überschreitens ermöglicht es den Bürgern, neue europäische Perspektiven zu entwickeln und wahrzunehmen. Diese könne beruflicher oder privater Natur sein. Die EU hat es ermöglicht, aufgrund einer Vereinbarung, uns beruflich in anderen Ländern der EU frei niederzulassen. Der neue »Bologna-Prozess« ist ein weiterer Schritt zur Angleichung im professionellen Berufsleben. Was aber ist die Motivation der Migration von professionellen? Und was sind die Perspektiven? In den meisten Fällen wird als Grund für die Migration der Lohn, die schlechten Arbeitsbedingungen vor Ort angegeben, oder später bei der Rückkehr nach Deutschland bessere Aussichten auf einen attraktiveren Arbeitsplatz zu finden. Weitere Motive sind, sich neuen Möglichkeiten und Herausforderungen zu stellen oder bereits erworbene Erfahrungen aus Deutschland zu »exportieren«. In meinem Falle möchte ich dies am Beispiel Spanien deutlich machen.

Die demographische Entwicklung ist weiterhin ein Thema, das die Politik und die Privatwirtschaft bewegt. Spanien, das Land mit der rasantesten Altersentwicklung innerhalb Europas, muss sich nicht nur um die eigene Bevölkerung bemühen (17% der Bevölkerung sind 65 Jahre und älter). Zusätzlich zur eigenen Altersklientel ist ein stetiger Zuwachs von Rentnern aus Nordeuropa zu verzeichnen; rund 500.000 Deutsche im Alter von über 60 Jahren haben Spanien bereits als Altersdomizil gewählt, Tendenz steigend. Der Bedarf an altersgerechten Wohn- und Pflegeangeboten jeder Kategorie wächst sprunghaft und somit auch die Chance einer neuen beruflichen Perspektive im Pflegesektor. Der Wanderstrom der Menschen eröffnet neue Perspektiven, sowohl für das Land selbst, in welches der Bürger emigriert, Beispiel »Florida Europas – Spanien«, als auch für diejenigen die hier eine neue berufliche Herausforderung sehen. Dabei ist es sicherlich für Pflegefachkräfte

nicht unbedingt einfach, sich diesen Anforderungen anzupassen, gerade jetzt im Bezug auf den neuen Bologna-Prozess.

Der Pflegemarkt in Spanien befindet sich aufgrund einer stufenweise eingeführten Pflegegesetzgebung geradezu in einer Neufassung, ähnlich wie wir es in Deutschland bei der Einführung der Pflegeversicherung erlebt haben. Dies führt zu neuen Herausforderungen im Pflegewissenschaftlichen mit sozialgerontologischem Hintergrundwissen. Eine Neuausrichtung und eine Konsolidierung des Marktes steht an, neue Dienstleistungssektoren rund um die Senioren und Pflegebedürftigen entwickeln sich (Seniorenressorts im Süden, Deutsche Betreiber bauen Senioreneinrichtungen, Forschung und Entwicklung [AAL, FP7], etc.)

Krankenschwestern werden händeringend gesucht, da es an Fachkräften mangelt. Erfahrungen aus Deutschland sind willkommen, obgleich das Arbeitsfeld im Bereich Pflege nicht mit dem deutschen zu vergleichen ist. Der Bologna-Prozess wird für die Pflegefachkräfte aus Deutschland eine neue Dimension erhalten. Das bisherige duale Ausbildungssystem wird ab 2010 Schwierigkeiten in der Anerkennung haben, da Pflege ab dann vier Jahre an der Uni mit einem Bachelor of Art abschließt. Es heißt daher sich zu rüsten, um auf die neuen Herausforderungen die »mir« und auch der Gesellschaft bevorstehen, vorbereitet zu sein.

Meine nun 7½jährige Tätigkeit als selbständiger Berater und Sachverständiger in Spanien mit Schwerpunkt »Seniorenbetreuung« hat mir gezeigt, dass auch pflegerisches Wissen aus Deutschland Perspektiven hat. Mein erlerntes Pflegewissen aus Deutschland wurde positiv in Spanien aufgenommen, was mich dennoch über die Jahre hinweg nicht abgehalten hat, kontinuierlich Neues hinzuzulernen um mich evtl. Veränderungen schnell anzupassen.

Literatur

1. James Buchan. Policy Brief. Health Systems and Policy Analysis, How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply? http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_ePB_10.pdf
2. James Buchan. Health worker migration in Europe: assessing the policy options. *Eurohealth* 2007; 13(1): 6-8.
3. Europäische Next-Studie. http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/index_dt.htm
4. Maureen Lenhart, August Österle. Migration von Pflegekräften: österreichische und europäische Trends und Perspektiven. *Österreichische Pflegezeitschrift* 2007; 12: 8-11.
5. Regina Berger-Schmitt. Betreuung und Pflege alter Menschen in den Ländern der europäischen Union. Perspektiven zur Rolle familiärer Netzwerke. http://www.gesis.org/fileadmin/upload/institut/wiss_arbeitsbereiche/soz_indikatoren/Publikationen/Berger-Schmitt_2003.pdf
6. WHO-Bericht auf Ministerkonferenz ruft zu gemeinsamem Handeln zur Steuerung der Migration von Gesundheitsfachkräften auf. Tallinn/Kopenhagen, 24. Juni 2008. http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2008/20080624_14?language=german

TEILNAHME AM LEUCHTTURMPROJEKT DEMENZ UND DIE BEDEUTUNG FÜR DIE AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Jens Bohlken

Niedergelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Berlin

Im Frühjahr 2008 wurden im Rahmen des vom Bundesministeriums für Gesundheit geförderten »Leuchtturmprojekt Demenz« aus 106 Anträgen 29 Projekte ausgewählt, die bis Anfang 2010 mit einem Volumen von rund 13 Millionen Euro gefördert werden. Bei einigen wenigen Projekten sind auch niedergelassene neuropsychiatrische Fachärzte beteiligt.

Aus der Sicht des niedergelassenen Facharztes wird in dem Vortrag die Studienteilnahme einer Berliner Schwerpunktpraxis für Demenzen an zwei Teilprojekten (KORDIAL und WHEDA) dargestellt. Es wird auf die besonderen Aspekte der Rekrutierung der

Patienten und Angehörigen unter Praxisbedingungen eingegangen. Erste Erfahrungen mit der Evaluation der zwei verschiedenen Therapiemethoden werden berichtet.

Das Projekt KORDIAL (Projektleitung: Prof. A. Kurz, München) bietet die Möglichkeit, Patienten mit frühen Demenzen mit einer kognitiv-verhaltenstherapeutische und ressourcenorientierte Therapie zu behandeln. Im Projekt WHEDA (Projektleitung: Prof. M. Hill, Freiburg) steht bei leicht bis moderat Erkrankten der ergotherapeutische Hausbesuch im Mittelpunkt.

Es wird gezeigt, dass die Durchführung derartiger Therapien auch im Rahmen einer Schwerpunktpraxis möglich ist. Durch die Teilnahme von unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen an beiden Studien sind vergleichende Aussagen über die Versorgung durch universitäre Gedächtnissprechstunden, ambulante geriatrische Einrichtungen und niedergelassene Facharztpraxen möglich.

Bei einem erfolgreichen Ausgang dieser beiden Studien werden für die ambulante Versorgung von Demenzkranken zwei manualisierte, stadienspezifische, nicht-medikamentöse Therapiebausteine vorliegen. Mögliche Wege der praktischen Einführung derartiger Therapien in die Versorgungswirklichkeit werden aufgezeigt und diskutiert.

ANGEHÖRIGENBELASTUNG BEI DEMENZPATIENTEN UND HEIMEINWEISUNG: ERGEBNISSE AUS EINER BERLINER SCHWERPUNKT-PRAXIS

Jens Bohlken¹, Uwe Konerding², Thomas Kohlmann³
¹Niedergelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Berlin; ²Institut für Community Medicine, Universität Greifswald; ³Institut für Community Medicine, Universität Greifswald

Zielsetzung/Fragestellung: Die Verzögerung der Heimeinweisung gilt als ein wesentlicher Endpunkt der ambulanten Behandlung von Demenzkranken. Therapieziel ist in der Regel der Aufschub oder die Vermeidung der Heimeinweisung. Wesentlich für die Heimeinweisung sind das Fortschreiten der Erkrankung und das Erreichen eines Stadiums, in welchem die Angehörigen der Pflegebelastung nicht mehr gewachsen sind. Neben dem klinischen Eindruck, den der Arzt in seiner Anamnese und Befunderhebung gewinnen kann, gibt es Messinstrumente, um den Belastungsgrad der Pflegenden zu erfassen. Im Vortrag wird eine Studie über den Zusammenhang zwischen diesen Belastungsmaßen und der Heimeinweisung in den folgenden 12 Monaten vorgestellt.

Materialien/Methoden: Im Frühjahr 2008 wurden 60 Angehörigen von Demenzpatienten einer Berliner Schwerpunktpraxis drei unterschiedliche Belastungsfragebögen (subjektives Belastungserleben) vorgelegt. Außerdem wurde die Belastung der Angehörigen vom behandelnden Arzt eingeschätzt (objektive Belastung). Aufgrund der Daten zum subjektiven Belastungserleben und zur objektiven Belastung wurden die Angehörigen in vier Kategorien eingeteilt: a) geringes subjektives Belastungserleben und geringe objektive Belastung, b) hohes subjektives Belastungserleben und geringe objektive Belastung, c) geringes subjektives Belastungserleben und hohe objektive Belastung und d) hohes subjektives Belastungserleben und hohe objektive Belastung. Es wird untersucht, ob die dazugehörigen Demenzpatienten in einem Zeitraum von 12 Monaten in ein Heim eingewiesen wurden oder nicht.

Ergebnisse: Der Beobachtungszeitraum ist im März 2009 abgeschlossen. Beim gegenwärtigen Stand der Auswertung deutet sich aber an, dass in der Kategorie d, also hohes subjektives Belastungserleben und hohe objektive Belastung, die meisten Heimeinweisungen vorgenommen werden. Zwischen den anderen drei Kategorien zeichnen sich dagegen kaum wesentliche Unterschiede ab.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Studie zeigt, wie unter Praxisbedingungen mit einfachen Belastungsmaßen jene Patienten erfasst werden, die ein hohes Heimeinweisungsrisiko aufweisen. Die therapeutische Relevanz der Ergebnisse wird abschließend dargestellt.

HIRNTODDIAGNOSTIK: RATIONALE UND HINTERGRÜNDE?

Stephan A. Brandt
 Neurologie, Charité, Berlin

Die Auseinandersetzung des Neurologen mit dem Thema Tod ist in den vergangenen 50 Jahren insbesondere von der Hirntod-Debatte geprägt. Diese betrifft nicht nur die Definition des Todes, sondern reflektiert auch unser heutiges Menschenbild. Sie ist durch die Verflechtung medizinischer, ethischer, religiöser und philosophischer Betrachtungsweisen gekennzeichnet. Die 1968 von einer Kommission der Harvard Medical School aus Ärzten und Vertretern von Geisteswissenschaften zusammengestellten diagnostischen Kriterien waren ein wichtiger Bezugspunkt für weitere Arbeiten ärztlicher Gremien sowie juristische und ethische Stellungnahmen [1]. Schon vorher hatte die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie die diagnostischen Anforderungen und die Bedeutung des Hirntods klargestellt. In Deutschland gelten die »Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes« [2], die in ihrer dritten Fortschreibung vom Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer 1997 mit Ergänzungen gemäß dem Transplantationsgesetz herausgegeben wurden und als Leitlinien ärztlichen Handelns verbindlich sind. Der Begriff Hirntod beschreibt hier den Zustand des irreversiblen Erlöschens der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms bei einer durch kontrollierte Beatmung künstlich noch aufrechterhaltenen Herz-Kreislauffunktion. Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt. Die mit der Hirntodfeststellung betrauten Ärzte haben hier die Aufgabe, die Glaubhaftigkeit ärztlichen Handelns transparent und unabhängig von Fragen später vielleicht möglicher Organübertragungen zu vertreten. Der Hirntod und seine Bedeutung als sicheres Todeszeichen verdeutlichen somit beispielhaft die Aufgabe des Arztes und die Begrenzung seiner Kompetenz: Der Tod ist als biologisches Lebensende des Menschen Gegenstand der naturwissenschaftlichen Medizin.

Literatur

1. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School. A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. JAMA 1968; 205: 337-340.
2. Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, Dritte Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz (TPG). Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 30.

GERONTOPSYCHIATRISCHE BETREUUNG VON HEIMBEWOHNERN DURCH EINE PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ – EINE BEDARFSANALYSE IM BERLINER BEZIRK MARZAHN-HELLERSDORF

Volker Dahling
 Berlin

Demographischer Wandel und Veränderungen in der Versorgung durch Angehörige lassen in den nächsten Jahren eine deutliche Zunahme der Betreuung Pflegebedürftiger in Heimen erwarten. Bereits 2005 sind mit der Veröffentlichung der SÄVIP-Studie von Hallauer et al. gravierende Defizite in der fachärztlichen Betreuung von Heimbewohnern benannt worden: Trotzdem bei den Ursachen für den Eintritt ins Pflegeheim gerontopsychiatrische Krankheitsbilder, allen voran die Demenzerkrankungen, an erster Stelle stehen und mit einer Prävalenz von deutlich über 50% bei

Heimbewohnern vorkommen, werden bundesweit nur etwa 1/3 der Heimbewohner fachärztlich durch Psychiater, Nervenärzte oder Neurologen erreicht. Eine Betreuung durch gerontopsychiatrisch erfahrene Kollegen, wie sie aufgrund der spezifischen und oft sehr komplexen Problematik seit langem gefordert wird, dürfte noch deutlich seltener erfolgen.

In diesem Kontext möchte der Beitrag die Arbeit einer Psychiatrischen Institutsambulanz in Berlin darstellen. Dabei sollen Stärken und Schwächen, Möglichkeiten und aktuelle Hemmnisse dieser Versorgungsform diskutiert werden.

Am Beispiel des Berliner Bezirkes Marzahn-Hellersdorf werden Versorgungssituation und Besonderheiten in der Entwicklung der Altersstruktur aufgezeigt.

Anhand eigener Daten soll dargestellt werden, wer alterspsychiatrisch durch unsere PIA behandelt wird, wie oft psychiatrische und welche somatischen Komorbiditäten vorliegen, ob und in welchem Ausmaß die Mobilität eingeschränkt ist oder sensorische Behinderungen vorliegen und wie hoch der Pflegebedarf ist.

Die durch unsere Einrichtung betreuten Heimbewohner mit gerontopsychiatrischer Diagnose sind in der Regel chronisch und schwer krank, multimorbid und erheblich pflegebedürftig.

Es werden sowohl die Kriterien für die PIA-Behandlung als auch die nach speziell gerontopsychiatrischer Behandlung erfüllt.

Dabei darf sich diese keinesfalls in einer sicheren Pharmakotherapie erschöpfen, es muss vielmehr eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen, Pflegepersonal und anderen Therapierichtungen erfolgen, um dem Betroffenen ein günstiges Milieu zu schaffen und vorhandene Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten. Aufgrund der Verschränkung gerontopsychiatrischer Problematik mit oft multipler somatischer Komorbidität ist darüber hinaus in besonderem Maß eine fachübergreifende Zusammenarbeit gefordert, um eine optimale und schonende Behandlung zu gewährleisten.

Unsere Einrichtung kann eine solche Betreuung gewährleisten, jedoch werden aktuell Kostenübernahmen für PIA-Behandlung, insbesondere bei Heimbewohnern, von einzelnen Krankenkassen in großem Umfang abgelehnt. Alternativen sind nicht in Sicht.

Angesichts der dargestellten Entwicklungen stellt sich dringender denn je die Frage, wie und durch wen eine zumindest in unserem Bezirk wahrnehmbare zunehmende alterspsychiatrische Unterversorgung von Heimbewohnern aufgefangen werden kann.

VASKULÄRE DEMENZEN

Martin Dichgans

Neurologische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München

Vascular Dementia (VaD) is the second most frequent cause of dementia following Alzheimer's disease. Mixed pathologies are common but the interaction between AD and vascular pathology is not recognized by current diagnostic systems. Diagnostic criteria for VaD vary and there is no uniform classification system of VaD, which is heterogeneous both in terms of underlying vascular causes and dementia mechanisms (e.g. strategic infarcts vs. multi-infarct dementia). Early stages of vascular cognitive impairment (VCI) are still poorly defined. The impact of ischemic lesions and cognition depends on multiple lesion variables (location, volume, depth, type of lesion) and the interaction between single lesions. Multimodal approaches are needed to explore these interactions and the role of brain atrophy. Validation of imaging endpoints and other surrogate markers for use in long term preventive trials remains another challenge. There is reason to believe that aggressive treatment of elevated arterial blood pressure will reduce the load of ischemic lesions and rate of cognitive decline. However, trials in VCI are still in their infancy. CADASIL has emerged as a model for pure subcortical ischemic vascular dementia (SIVD).

A recent randomized trial showed no treatment effect of donepezil on overall cognition as assessed by the V-ADAS-cog (primary end-point). However, significant improvements were noted on various executive function tests which are typical for SIVD. These results illustrate the importance of focusing on aetiological subgroups of VaD. They further emphasize the need to develop targeted neuropsychological test batteries for use in VCI. Recently proposed standards for identifying and describing patients with VCI mark an important step toward a better understanding of VaD and earlier stages of VCI.

MODUL MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Richard Dodel

Neurologische Klinik, Philipps-Universität Marburg

Die pharmakologische Therapie der Alzheimer-Demenz ist stadienabhängig und setzt sich zusammen aus der Behandlung der Kernsymptomatik der Demenz (u.a. kognitive Störungen, Beeinträchtigung der Alltagsfähigkeiten) und einer Behandlung von nicht-kognitiven Verhaltensänderungen (z.B. Depression, Apathie, Wahn, Halluzinationen). Die gegenwärtig zugelassenen Medikamente mit Nachweis einer Wirksamkeit zur Behandlung der Kernsymptomatik der Demenz sind die Acetylcholinesterasehemmer und der nicht-kompetitive NMDA-Antagonist Memantin. Es handelt sich prinzipiell um symptomatische Behandlungen, die Veränderungen der Neurotransmission bei der Alzheimer-Krankheit regulieren sollen. Einzelne Hinweise auf eine Beeinflussung der neuropathologischen Krankheitsprogression dieser Medikamente sind nicht ausreichend, um den Medikamenten einen Effekt zuzusprechen, der über eine symptomatische Therapie hinausgeht. Krankheitsmodifizierende Medikamente, die den pathologischen Krankheitsverlauf verzögern, sind in der Entwicklung, jedoch liegen zur Zeit keine überzeugenden Wirksamkeitsnachweise dieser Substanzen bei Patienten mit Alzheimer-Demenz vor. Acetylcholinesterasehemmer sind für die Behandlung von Fähigkeit zur Verrichtung von Alltagsaktivitäten und beeinträchtigter kognitiver Funktionen bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz wirksam. Es sollte die höchste verträgliche Dosis angestrebt werden.

Der nicht-kompetitive NMDA-Antagonist Memantin ist wirksam bei Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz und eine Behandlung ist zu empfehlen. Bei leichtgradiger AD ist die Wirksamkeit von Memantin nicht ausreichend belegt. Eine generelle Behandlung von Patienten mit leichter AD mit Memantin wird zur Zeit nicht empfohlen.

Es liegen derzeit keine ausreichenden Daten für Ginkgo-Präparate vor. Das IQWiG kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass die Ergebnislage bzgl. der Wirksamkeit und des potentiellen Nutzen von Ginkgo Biloba zu heterogen ist, um eine klare Schlussfolgerung zu erlauben.

Es gibt derzeit keine Evidenz für eine wirksame Pharmakotherapie von MCI in Bezug auf die Verzögerung einer Demenz. Die methodischen Schwierigkeiten bei Studien zu nicht-pharmakologischen Therapien sind bei Patienten mit MCI durch die Unschärfe des MCI-Konstruktes noch verstärkt, so dass sich bei der aktuellen Literaturlage keine Empfehlungen ableiten lassen.

PARKINSON-DEMENZ UND DEMENZ MIT LEWY-KÖRPERCHEN-THERAPIEN

Lutz M. Drach

Klinik für Alterspsychiatrie, C. F. Flemming-Klinik,
Helios-Kliniken-Schwerin

Parkinson-Demenz (PDD) und Demenz mit Lewy Körperchen haben nicht nur neuropathologisch und neurochemisch, sondern auch therapeutisch viele Gemeinsamkeiten.

Die Behandlung kognitiver und nicht-kognitiver psychiatrischer sowie motorischer Symptome bei beiden ist häufig schwierig, da eine Behandlung der motorischen Symptome häufig die psychiatrischen verschlechtert und umgekehrt. Die kognitiven Einbußen beider Erkrankungen wie auch ein Teil der nicht-kognitiven Symptome sind überwiegend die Folge eines kortikalen Mangels an Acetylcholin und einer Behandlung mit Cholinesterasehemmern (CHE-H) zugänglich, wobei die Datenbasis schmaler ist als für den Einsatz der CHE-H bei der Alzheimer-Demenz. Die breiteste Datenbasis besteht hier bei Rivastigmin, das für PDD zugelassen ist. Die Daten für den Einsatz von Memantin sind widersprüchlich. Während in einer kleinen placebokontrollierten russischen Studie eine gute Wirksamkeit und Verträglichkeit bei DLB beschrieben wird, sprechen mehrere Fallserien für vermehrtes Auftreten psychotischer Symptome bei DLB, aber auch für eine Verbesserung motorischer Parkinson-Symptome.

Bei beiden Erkrankungen kommt es gehäuft zu psychotischen Symptomen, aber klassische und viele sogenannte »atypische« Neuroleptika werden wegen massiver Nebenwirkungen nicht toleriert. Clozapin ist als Leponex® für psychotische Symptome bei M. Parkinson zugelassen und wird aufgrund einer publizierten Fallserie auch als ultima ratio zur Behandlung psychotischer Symptome bei der Demenz mit Lewy-Körperchen empfohlen.

Wegen der besonderen Risiken einer Clozapin-Behandlung ist das in dieser Indikation nicht zugelassene Quetiapin als verträgliche, aber wahrscheinlich weniger wirksame Alternative zu nennen. Auch für den Einsatz »atypischer« Neuroleptika bei PDD und DLB ist die verfügbare Datenbasis sehr schmal.

Sowohl PDD- wie DLB-Patienten leiden häufiger an affektiven Symptomen wie Depressionen oder Angst. Hier sind nach den vorliegenden Daten derzeit SSRI-Antidepressiva oder Moclobemid Mittel der ersten Wahl. Tri- und Tetrazyklika sind wegen der Verschlechterung der Kognition bis hin zum Delir bei PDD und DLB kontraindiziert.

Der Einsatz von Dopaminagonisten geht bei beiden Erkrankungen mit einer erhöhten Rate psychotischer Symptome einher und sollte ebenso wie höher dosierte Levodopa-Behandlung bei DLB vermieden werden.

ANTIPSYCHOTIKA UND POLYPHARMAZIE

Gabriel Eckermann

Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Stationäre Patienten erhalten im Mittel 3,5 Medikamente, Alterspatienten werden durchschnittlich mit fünf Pharmaka behandelt, zusätzlich ist die in ihrem vollen Ausmaß nicht bekannte Selbstmedikation (u. a. Johanniskraut, Ginkgo biloba, pflanzliche Diuretika) sehr hoch.

Die als gefährlich eingestuften Arzneimittelkombinationen werden auf 7–8% geschätzt, d. h. ca. jeder 15. Kombinationspatient ist betroffen (in diese Schätzung sind jedoch die zum Teil sehr großen Interaktionsprobleme, die durch die o. g. Selbstmedikation entstehen, überhaupt nicht eingegangen; dies ist angesichts der angeführten großen Dunkelziffer der Selbstmedikation auch sehr schwierig.)

Arzneimittelinteraktionen lassen sich prinzipiell in pharmakodynamische und pharmakokinetische Wechselwirkungen einteilen. Pharmakodynamische Wechselwirkungen können entstehen, wenn zwei oder mehr Substanzen am gleichen Rezeptor oder an miteinander verbundenen oder rückgekoppelten Rezeptorsystemen oder Regelkreisen aktiv sind.

So haben sich bei einer Patientin die anticholinergen Wirkungen von Amitriptylin (Saroten®) mit den anticholinergen Wirkungen von Olanzapin (Zyprexa®) zu einem anticholinergen UAW-Ereignis (UAW = Unerwünschte Arzneimittel-Wirkung) aufsummiert, nämlich zu einer schweren Miktionsstörung. Die Einzelsubstanzen zeigten für sich allein keine anticholinergen Störungen.

Pharmakokinetische Interaktionen entstehen, wenn ein Medikament die Absorption, die Verteilung in den Kompartimenten, den Metabolismus oder die Exkretion eines anderen Medikamentes so verändert, dass dessen Konzentration erhöht oder gesenkt und damit seine effektive Konzentration am Wirkort verändert wird.

Bei pharmakokinetischen Interaktionen können bei den jeweils beteiligten Substanzen zwar übliche Dosierungen vorliegen, die Plasmakonzentrationen und damit die effektiven Konzentrationen am Wirkort aber haben sich in klinisch bedeutsamer oder gar (bis hin zur Intoxikation oder auch mit durch Induktion bis zur Unwirksamkeit reduzierten Spiegel) gefährlicher Weise verändert.

Die wichtigsten pharmakokinetischen Wechselwirkungen finden auf der Ebene der Metabolisierung statt. Hier spielen das Cytochrom-P450-System, vor allem die hepatischen Enzyme, aber auch arzneimittelmetabolisierende Enzyme in der Darmmukosa eine zentrale Rolle. Mit einigen Informationen über dieses System und den Eigenschaften seiner Isoenzyme lassen sich viele alltagsrelevante Wechselwirkungen vorab abschätzen.

So ist ein u. U. sehr problematischer Inhibitionseffekt bei der Kombination von Fluoxetin (z. B. Fluctin®) zu beobachten, da Fluoxetin mehrere Abbaurouten des Cytochromsystems effektiv hemmt (CYP2D6, CYP3A4 und CYP2C19). Zusätzlich und gleichsam »erschwerend« kommt die lange Halbwertszeit von Fluoxetin von ca. 15 Tagen hinzu (Fluoxetin zusammen mit dem pharmakologisch aktiven Metaboliten Norfluoxetin). Dies kann auch noch nach Absetzen von Fluoxetin an den betroffenen Abbaurouten zu wochenlangen Hemmeffekten führen mit der Folge, dass die Elimination vieler Medikamente aus dem psychiatrischen und internistischen Bereich erheblich beeinträchtigt ist. Es resultieren überhöhte, evtl. toxische Spiegel der Komedikation.

Ein weiterer Punkt betrifft einen relevanten Teil der Patienten, nämlich die klinischen Aspekte der pharmakogenetischen Veränderungen von Metabolisierungssystemen, sog. Polymorphismen.

Es werden Grundlagen der Wechselwirkungspharmakologie, klinische Beispiele von Kombinationen von Antipsychotika mit weiteren Psychopharmaka, aber auch mit internistischer Medikation wie Antikoagulantien, Antibiotika, Antikonzeptiva (z. T. mit Messung der Blutspiegel, Therapeutisches Drug Monitoring, TDM) vorgestellt. Die pharmakodynamischen und pharmakokinetischen Interaktionsmechanismen werden diskutiert.

Schließlich wird noch eine aktuelle elektronische Interaktionsdatenbank vorgestellt, die insbesondere für Ärzte, die häufiger mit Psychopharmaka arbeiten, von Interesse ist. Die Online-Datenbank hat die Adresse: www.psiac.de

»Psiac« steht für »Interaktionscomputer in der Psychiatrie«. Die Datenbank enthält derzeit ca. 7.000 Paarungen von Psychopharmaka mit Psychopharmaka und von Psychopharmaka mit einer Vielzahl von internistischen und allgemeinmedizinischen Substanzen.

ALS DEUTSCHER GERONTOPSYCHIATER IN NORWEGEN

Uwe Ehrst

Oberarzt, Universitätskrankenhaus Stavanger, Norwegen

Hauptsächlich aus persönlichen Gründen, aber auch mit pessimistischen Zukunftserwartungen für das deutsche Krankenhaus als Institution bin ich im Jahre 2002 mit meiner Familie nach Norwegen ausgewandert. Meine Erwartungen an das norwegische Gesundheitswesen waren zu diesem Zeitpunkt eher diffus. Norwegen war mir bis dahin hauptsächlich als Reiseziel vertraut. Während dieses Vortrages sollen Unterschiede zwischen deutscher und norwegischer Gerontopsychiatrie gekennzeichnet werden. Die Bewertung derselben erfolgt dabei in erster Linie aus persönlicher und weniger aus gesundheitspolitischer Sicht.

DAS SET-SHIFTING PARADIGMA IN DER DEMENZ(FRÜH)DIAGNOSTIK

Sabine Engel, Roland Rupprecht

Institut für Psychogerontologie, Gedächtniszentrum Erlangen, FAU Erlangen-Nürnberg

Unbeeinträchtigte »shifting-Leistungen« zeigen sich im schnellen, flexiblen und zielgenauen Wechseln der gerichteten Aufmerksamkeit auf verschiedene Target-Reize. Voraussetzung für diese »shifting-Leistungen« ist somit die Aufmerksamkeitskontrolle, eine kognitive Basisdomäne, die neben Abrufflüchtigkeit (»fluency«), Planen, Arbeitsgedächtnis und Inhibition zu den Teilfunktionen der exekutiven Funktionen gezählt wird (Welsh & Pennington, 1988). Dass es schon bei beginnenden Demenzerkrankungen nicht nur zu Störungen beim Einspeichern neuer Informationen in das episodische Gedächtnis kommt, sondern auch zu Beeinträchtigungen der Exekutivfunktionen, konnte schon in älteren Forschungsarbeiten aufgezeigt werden (z.B. Galasko et al., 1990; Rubin et al., 1993; Masure et al., 1994).

Die exekutive Funktion des Wechsels zwischen zwei Kategorien wird üblicherweise mithilfe des Trail Making Tests A und B (TMT; Army Individual Test Battery, 1944) erhoben. Vor allem im Vergleich der beiden Subtests A und B zeigt sich, dass Menschen mit einer beginnenden Demenz bereits deutliche Leistungseinbußen in dieser Shifting-Leistung haben (Arbuthnott & Frank, 2000; Giovagnoli et al., 1996).

Zu den Exekutivfunktionen zählt auch die Teilleistung der semantischen Wortflüssigkeit (»semantic verbal fluency«). Eine klassische Aufgabe zur Messung der semantischen Wortflüssigkeit stellt beispielsweise die sog. »Tier-Aufgabe« dar, bei es die Leistung darin besteht, innerhalb einer Minute so viele Tiere wie möglich zu nennen. Auch diese Funktion ist bereits im Frühstadium einer Demenzerkrankung deutlich herabgesetzt (Gomez, White, 2006). Da semantische Wortflüssigkeit aber nicht nur die Struktur des semantischen Gedächtnisses repräsentiert, sondern auch Ergebnis einer Vielzahl von exekutiven Teilleistungen ist, wie z.B. Verarbeitungsgeschwindigkeit, strategisches Abrufen, und Aufmerksamkeitskontrolle, ist es nach wie vor ungeklärt, ob Beeinträchtigung bei Demenzkranken durch eine Störung der exekutiven Abrufstrategie hervorgerufen wird, oder eher von einer Zerstörung des semantischen Speichers (Henry, Crawford, Phillips, 2003).

Wird die »semantic verbal fluency«-Aufgabe nun dahingehend abgewandelt, in einer Minute immer abwechselnd Wörter aus zwei unterschiedlichen semantischen Kategorien abzurufen (z.B. aus den Kategorien »Kleidung« und »Nahrungsmittel«: KN-Wörter-Test), wird dadurch zusätzlich ein »set shifting«-Aspekt in den Bereich der semantischen Wortflüssigkeit eingeführt (Kalbe et al., 2008). Diese Fähigkeit wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit »concept shifting« genannt.

Aus den Patienten des Gedächtniszentrums Erlangen wurde eine Substichprobe von n=39 Frauen und 27 Männern (Alter: 30–86 Jahre, MW=69.36, s=10.56; MMST: 19–30 Punkte, MW=27.72, s=2.43) zusätzlich zum neuropsychologischen Standarduntersuchungsprogramm mit dem KN-Wörtertest untersucht. Erste Ergebnisse zeigen, dass das »concept-shifting-paradigma« für die Frühdiagnostik von demenziellen Erkrankungen geeignet zu sein scheint. Die Ergebnisse im KN-Wörter-Test (Anzahl von korrekten Wechseln zwischen den beiden semantischen Kategorien) korrelieren hochsignifikant sowohl mit dem MMST-Gesamtwert ($r=.58$, $p<.001$) als auch mit den Subscores »Orientierung« ($r=.42$, $p<.001$) und »Erinnerung« ($r=.50$, $p<.001$). Des Weiteren zeigt sich ein ebenfalls hoch signifikanter ($p<.001$) Mittelwertunterschied im KN-Wörter-Test zwischen den n=25 MCI-Patienten (MW=16.2; s=4.53) und den n=35 Patienten mit eindeutig diagnostizierter, leicht bis maximal mittelschwerer Demenz (MW=11.0; s=4.77).

WEGE ZU EINER BESSEREN GERONTOPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG – ERGEBNISSE EINES MODELLPROJEKTS IM REGIONALVERBAND SAARBRÜCKENRosa Adelinde Fehrenbach¹, Herbert Buchholz¹, Karl Groß¹, Volker Nowinski¹, Roswitha Kempter¹, Wolfram Köhler², Sabine Kirchen-Peters³¹Gerontopsychiatrische Klinik der SHG-Kliniken Sonnenberg, Saarbrücken; ²Gerontopsychiatrische Klinik Sonnenberg, Saarbrücken, ³ISO-Institut, Saarbrücken)

Die gerontopsychiatrische Klinik der SHG-Kliniken Sonnenberg, Saarbrücken führt seit Oktober 2004 ein Modellprojekt zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung im Regionalverband Saarbrücken (ca. 360.000 Einwohner) durch. Die Modellmaßnahmen beziehen sich sowohl auf ambulante PatientInnen als auch auf Heimbewohner/innen. Aufbauend auf einem gerontopsychiatrischen Assessment werden gerontopsychiatrische Komplexleistungen im multiprofessionellen Team angeboten. Im Projektverlauf wurde eine Angebotsstruktur aufgebaut, die zu einer Verbesserung der Versorgung geführt hat. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung durch das ISO-Institut geben einen fundierten Einblick in die Struktur und Funktionsweise eines multiprofessionellen Beratungsdienstes für gerontopsychiatrisch Erkrankte, darunter vorwiegend Demenzkranke. Zudem kann gezeigt werden, dass durch die multiprofessionelle Beratung und Begleitung nicht nur die demenzkranken PatientInnen, die Angehörigen und die professionellen Pflegekräfte profitieren, sondern dass durch Vermeidung frühzeitiger Heimunterbringungen und unnötiger Krankenhauseinweisungen auch Kosten gespart werden können.

DELIR IN DER GERONTOPSYCHIATRIE

Tilman Fey

Abteilung Gerontopsychiatrie, LWL-Klinik Münster

Das Delir im Alter gehört zu den häufigen und auch häufig übersehenen Syndromen. Gleichwohl stellt das Delir eine der führenden Aufnahmeindikationen und Behandlungsdiagnosen in der Gerontopsychiatrie dar. Die hohe Zahl der Behandlungen von Delirpatienten in der Gerontopsychiatrie erklärt sich u.a. durch die mit der demographischen Entwicklung einhergehenden, zunehmenden Multimorbidität der eingewiesenen Patienten, der hiermit in einem mittelbaren Zusammenhang stehenden Polypharmakotherapie sowie oftmals durch den Verlegungsdruck der mit dem DRG-System arbeitenden somatischen Abteilungen. Die Ursachen des Delirs sind vielfältig, neben den wichtigsten prädisponierenden Faktoren Multimorbidität, Alter und Demenz

besteht oftmals ein auslösender Zusammenhang mit internistischen Erkrankungen und chirurgischen Eingriffen. Insofern ist auch in der Gerontopsychiatrie in einem nicht unerheblichem Ausmaß internistisches Wissen und die Nutzung apparativer und laborchemischer Diagnostik unverzichtbar.

Die pathophysiologische Endstrecke des Delirs besteht in einer zentralen cholinerg/dopaminergen Imbalance, deren klinische Symptomausprägung, zumal beim hyperaktiven Subtyp des Delirs, rasch den Gerontopsychiater auf den Plan ruft. Die Aufgabe der Behandlung des Delirs sollte aber, wo immer möglich, interdisziplinär gelöst werden.

Grundsätzlich ist die Behandlung des Delirs auf einen ursächlichen Ansatz auszurichten, vorausgesetzt, eine Ursache ist klar zu identifizieren, was im klinischen Alltag oftmals nicht ohne Weiteres möglich ist. Darüber hinaus sind eine Reihe von Basismaßnahmen bekannt, die sowohl zur Prophylaxe des Delirs wirksam sind als auch als Grundvoraussetzung jeder Delirtherapie fungieren.

ANPASSUNGSSTÖRUNGEN IM ALTER

*Simon Forstmeier, Birgit Wagner, Andreas Maercker
Psychopathologie und Klinische Intervention, Universität Zürich*

Zielsetzung/Fragestellung: Menschen im höheren Lebensalter erleben häufig eine Reihe von kritischen Lebensereignissen, die zu psychischen Beeinträchtigungen führen können. Ziel der Studie ist, ein Risikofaktorenmodell in einer Stichprobe älterer Menschen zu überprüfen.

Materialien/Methoden: In einer Stichprobe von 150 Personen zwischen 65 und 95 Jahren (M=76, 68% weiblich), die alle mindestens ein kritisches Lebensereignis erlebt hatten, wurde das Vorhandensein von Anpassungsstörungen geprüft. Zu den untersuchten Risikofaktoren gehören ereignisbezogene Faktoren (Anzahl, Dauer), Vulnerabilitätsfaktoren (z.B. kognitive Neigungen, Hilfsbedürftigkeit), die initiale Reaktion (Bewertung des Ereignisses, dysfunktionale Bewältigungsversuche), Variablen der Anpassungsfähigkeit sowie der sozialen Unterstützung.

Ergebnisse: In logistischen Regressionsanalysen erwiesen sich der Vulnerabilitätsfaktor Intrusionsneigung, das initiale Gefühl der Bedrohung wichtiger Aspekte des Selbst, ein niedriger Kohärenzsinn sowie mangelnde soziale Anerkennung für das Erlebte als wichtigste Prädiktoren einer Anpassungsstörung nach einem kritischen Lebensereignis. Ereignisbezogene Faktoren scheinen keine Rolle zu spielen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Intrusionsneigung als zentraler Mechanismus von Stress-Reaktions-Störungen konnte in dieser Studie bestätigt werden. In der Behandlung von Anpassungsstörungen im Alter sollten Anpassungsfähigkeit (Kohärenzsinn) und soziale Unterstützung (Anerkennung für das Erlebte) gefördert werden.

STATIONÄRE GERONTOPSYCHOSOMATISCHE REHABILITATION: THERAPIEERFOLG UND SEINE PRÄDIKTOREN

*Simon Forstmeier¹, Maya Caviezel-Pecelj², Heinz Rüdell³
¹Psychopathologie und Klinische Intervention, Universität Zürich; ²Universität Zürich; ³Psychosomatische Fachklinik St. Franziska Stift, Bad Kreuznach*

Zielsetzung/Fragestellung: Mit der Alterung unserer Gesellschaft geht einher, dass in psychosomatischen Kliniken vermehrt ältere Patienten behandelt werden. Die Frage nach der Wirksamkeit der etablierten Behandlungskonzepte wird dadurch ebenso aufgeworfen wie die Frage, inwiefern für diese Patientengruppe spezielle Konzepte entwickelt werden müssen.

Materialien/Methoden: In einer Stichprobe von 1.030 Patienten zwischen 55 und 85 Jahren, die zwischen 2002 und 2008 in der Psychosomatischen Fachklinik St. Franziska-Stift, Bad Kreuznach, behandelt wurden, wurde der Therapieerfolg hinsichtlich Depressivität (ADS, SCL-14), körperlichen Beschwerden (GBB, SCL-14), phobischer Angst (SCL-14) und Lebensqualität (SF-8) untersucht. Als Prädiktoren wurden etablierte Variablen (z.B. Multimorbidität, Therapieform Verhaltenstherapie vs. Psychoanalyse, Rentenwunsch, Therapiemotivation) und für diese Altersgruppe wichtige, aber wenig untersuchte Variablen (z.B. Selbstmotivierung, Selbstregulation, Religiosität) erhoben.

Ergebnisse: Derzeit werden die Daten aufbereitet, im Vortrag werden die Ergebnisse präsentiert. Multiple hierarchische Regressionsanalysen für die Prädiktoranalysen sowie Varianzanalysen für Vergleiche zwischen Störungs- und Altersgruppen (55–64, 65–74, 75+) werden durchgeführt.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse werden einen Schluss ermöglichen, welche Faktoren für jüngere vs. ältere Alte jeweils den Therapieerfolg vorhersagen. Ein Fokus soll auf den selbstregulativen Fertigkeiten liegen, die ein älterer Mensch zur Anpassung an körperliche, soziale und kognitive Veränderungen einsetzt. Schließlich werden Ansätze zur Förderung von Selbstregulation in der Alterspsychosomatik vorgestellt.

CHARAKTERISTIKA UND WIRKSAMKEIT EINER GERONTOPSYCHOSOMATISCHEN REHABILITATION

Sabine Geyer¹, Susanne Daiber², Elisabeth Rauh³

¹Klinikum Staffelstein, Schön Kliniken, Bad Staffelstein;

²Klinikum Staffelstein, Geriatrische Klinik, Bad Staffelstein;

³Klinikum Staffelstein, Psychosomatische Klinik, Bad Staffelstein

Zielsetzung/Fragestellung: Aufgrund des demographischen Wandels ist eine stetige Zunahme von älteren Patienten, bei denen neben geriatrischen Syndromen auch psychosomatische Krankheitsbilder bestehen, zu verzeichnen. Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, wurde im Klinikum Staffelstein im Jahr 2008 im Rahmen eines Pilotprojektes eine Spezialabteilung Gerontopsychosomatik eingerichtet, in der Patienten ab dem 65. Lebensjahr mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen nach einem integrativen verhaltensmedizinischen Ansatz behandelt werden. Zudem ist aufgrund der Multimorbidität im Alter eine intensive organmedizinische Behandlung basierend auf geriatrischer Fachkompetenz entscheidend.

Ziele des Pilotprojektes Gerontopsychosomatik waren, durch die Nutzung der bestehenden Synergien innerhalb des Klinikums Staffelstein eine optimale Behandlung von älteren Patienten in der dritten Lebensphase mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen in einem altershomogenen Therapiekonzept zu ermöglichen und eine Evaluation der gerontopsychosomatischen Behandlung durchzuführen.

Materialien/Methoden: Die Datenerhebung erfolgte in einem Prä-Post-Design mit einer Katamnese von sechs Monaten. Es wurden neben sozioökonomischen Variablen verschiedene Dimensionen der allgemeinen Psychopathologie und das Ausmaß der Depressivität mit standardisierten Syndromskalen (z.B. BDI) erhoben. Zur Charakterisierung des gerontopsychosomatischen Patienten wurde zudem standardmäßig ein Geriatrisches Assessment (MMSE, GDS) durchgeführt. Die Stichprobe umfasst n=28 Patienten mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von fünf Wochen.

Ergebnisse: 83% der behandelten Patienten (Durchschnittsalter: 72,6 Jahre) waren weiblich, durchschnittlich lagen 6 organmedizinische Erkrankungen pro Patient vor. Die Auswertung der psychischen Hauptdiagnose ergab, dass bei 71% der Patienten (n=20) eine affektive Störung diagnostiziert wurde. Als häufigste

Belastungsfaktoren konnten der Tod bzw. die Pflege eines Angehörigen (n=20) eruiert werden.

Hinsichtlich der störungsspezifischen Werte konnte eine deutliche Reduktion der Depressionssymptomatik (BDI) zum Zeitpunkt der Entlassung mit einer Effektstärke von $d=1,06$ erzielt werden. Die Daten für die Katamnese werden bis Ende Mai 2009 erhoben.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse belegen eine sehr gute Wirksamkeit der gerontopsychosomatischen Behandlung. Das erreichte Qualitätsniveau stellt somit eine solide Basis dar, die aber Ausgangspunkt für weitere innovative Ergänzungen der stationären gerontopsychosomatischen Behandlung sein muss. Vor dem Hintergrund des erschwerten Zugangs älterer Menschen zu psychotherapeutischen Angeboten leistet die Spezialabteilung Gerontopsychosomatik des Klinikums Staffelnstein einen erheblichen Beitrag zu einem wichtigen, aber häufig in seiner Bedeutung für die Lebensqualität der Älteren unterschätzten Bereich.

DELIR AUS GERIATRISCH-INTERNISTISCHER SICHT

Manfred Gogol

Klinik für Geriatrie, Krankenhaus Lindenbrunn, Copenbrügge

Delir ist ein schwerwiegender und potentiell lebensbedrohlicher Symptomenkomplex und tritt im höheren Lebensalter häufig auf – unabhängig vom Setting. Delire bei alten Menschen werden abhängig vom Auftreten und Co-Faktoren unterschiedlich wahrgenommen, unterschiedlich diagnostiziert, es wird unterschiedlich nach zugrundeliegenden Auslösern gesucht und unterschiedlich behandelt.

Für die akutmedizinischen Versorgungseinrichtungen ist von besonderer Bedeutung, dass Delire als Symptome häufig sekundär im ambulanten Setting oder nach stationärer Aufnahme in der Klinik auftreten. Zugrundeliegende Erkrankungen sind häufig Infektionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Verschlechterung einer Herzinsuffizienz, TIA/Schlaganfall), primäre oder sekundäre Veränderungen der Homöostase (Wasser- und Elektrolythaushalt). Diese auslösenden Faktoren müssen diagnostiziert und möglichst frühzeitig adäquat behandelt werden. Die symptomatische Therapie beschränkt sich häufig zu Unrecht auf die Gabe von zentralwirksamen Medikamenten und berücksichtigt zu wenig die angemessene Strukturierung der Settingfaktoren.

SCHMERZ UND DEMENZ/TEIL2: THERAPIE

Heidrun Golla

Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln

Im Anschluss an die Diagnostik und Erfassung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz wird deren patientenorientierte Schmerzbehandlung vorgestellt, die nämlich bislang bei Menschen mit Demenz nicht konsequent genug erfolgt. Zur Schmerzbehandlung stehen medikamentöse und nicht medikamentöse Behandlungsformen zur Verfügung. Der Schwerpunkt des Vortrages wird auf der medikamentösen Behandlung und deren Besonderheiten bei alten Menschen und Menschen mit Demenz liegen.

DELIR IN DER ANÄSTHESIE

Simone Gurlit

St. Franziskus Hospital, Münster

Muss sich ein älterer, kognitiv eingeschränkter Patient einer Operation unterziehen (sei es nun geplant oder notfallmäßig), so ist eine auf ihn und seine besonderen Bedürfnisse abgestimmte Behandlung unverzichtbar.

Eine optimierte chirurgische Versorgung berücksichtigt z.B. das Zeitfenster zwischen Ereignis/Trauma und operativer Sanierung.

Für Frakturen hat eine belastungsstabile Versorgung entscheidenden Einfluss auf die weitere Lebensqualität des Patienten.

Eine angemessene Narkoseführung beinhaltet neben der Wahl des adäquaten Narkoseverfahrens (Regionalanästhesie oder Vollnarkose) auch den Verzicht auf bestimmte, sonst gern genutzte Medikamentengruppen wie bspw. Benzodiazepine. Eine Anämie sollte zügig korrigiert werden, ein engmaschiges Blutdruckmonitoring ist unverzichtbar.

Die soziale Betreuung dieser Patientengruppe stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten – unter den derzeit vorherrschenden Bedingungen in Akutkrankenhäusern sind diese nur schwer zu erfüllen. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojektes im St. Franziskus-Hospital Münster ein spezielles interdisziplinäres Therapiekonzept etabliert, das hier vorgestellt werden soll. Das Projekt zeigt, dass nach Analyse der spezifischen Risiken für diese Patienten durchaus mit vertretbarem Aufwand das Delirrisiko signifikant gesenkt werden kann und somit eine Verbesserung des stationären Aufenthaltes und eine Linderung des Leidens zu erreichen sind; als Konsequenz wurde die Betreuung nach Ablauf der Projektförderung in die Regelversorgung des Krankenhauses überführt.

PROJEKT TANDEM: TRAININGSANGEBOTE ZUR KOMMUNIKATION IN DER BETREUUNG DEMENZKRANKER MENSCHEN

Julia Haberstroh, Katharina Neumeyer, Judith Franzmann,

Katharina Krause, Johannes Pantel

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M., AG Gerontopsychiatrie

Zielsetzung/Fragestellung: Eine Demenz mindert nicht nur die Lebensqualität des erkrankten Menschen selbst, sondern belastet auch ganz erheblich die familiär und professionell Pflegenden. Zur Bewältigung der entstehenden Einschränkungen spielt Kommunikation für alle in die Pflege beteiligten Personen eine entscheidende Rolle. Kommunikation und soziale Aktivitäten üben den entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität von demenzkranken Menschen aus. Um das Wohlbefinden demenzkranker Menschen zu fördern, müssen daher unbedingt die Beziehungen zu anderen Menschen und der Kontakt mit der sozialen Umwelt aufrechterhalten werden. Gleichzeitig fühlen sich sowohl familiär als auch professionell Pflegenden insbesondere durch die nachlassende Kommunikationsfähigkeit des betreuten demenzkranken Menschen belastet. Eine der wichtigsten Copingstrategien zur Bewältigung dieser Belastungen ist die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung. Ziel des Projekts Tandem ist es, durch Trainingsmaßnahmen für Pflegepersonen die Grundlage zu schaffen, um die Kommunikation mit demenzkranken Menschen aufrechtzuerhalten und soziale Unterstützung für Pflegepersonen zu ermöglichen. Hierdurch sollen die Lebensqualität demenzkranker Menschen gesteigert und Beanspruchungen von Pflegepersonen reduziert werden.

Materialien/Methoden: In den Trainingsmaßnahmen des Projekts Tandem erwerben familiäre und professionelle Pflegepersonen umfassende Kompetenzen der Kommunikation in der Betreuung demenzkranker Menschen. Hierbei wird zum einen die Kommunikation mit demenzkranken Menschen unterstützt. Die Teilnehmer werden darin trainiert, wie sie die Kommunikation mit demenzkranken Menschen aufrechterhalten können, in dem sie vorhandene Stärken gezielt fördern und Schwächen umgehen. Zum Anderen wird die Kommunikation mit anderen Pflegepersonen – Angehörigen sowie professionell Pflegenden – durch Trainingsmaßnahmen (z.B. zu kollegialer Beratung oder Initiierung

einer Selbsthilfegruppe) unterstützt. Grundgedanke hierbei ist es, dass der Demenz nur effektiv begegnet werden kann, wenn zusammengearbeitet wird und familiär sowie professionell Pflegenden ihr Wissen und ihre Erfahrungen teilen und sich gegenseitig unterstützen.

Ergebnisse: Die Wirksamkeit der Trainingsmaßnahmen des Projekts Tandem wurde bereits in mehreren kontrollierten Trainingsstudien überprüft. In längsschnittlichen und prozessualen Analysen konnte unter anderem nachgewiesen werden, dass die Trainings des Projekts Tandem die psychische Beanspruchung der familiär und professionell Pflegenden reduzieren sowie die Lebensqualität der betreuten demenzkranken Menschen steigern.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Insgesamt verdeutlichen die Befunde der Trainingsstudien des Projekts Tandem die Notwendigkeit der Einbeziehung der Pflegepersonen in Interventionsprogramme für demenzkranke Menschen sowie die Bedeutung der Kommunikationskompetenz für das Wohlbefinden der demenzkranken Menschen und deren Pflegepersonen.

NEUROBIOLOGIE DES GERONTOPSYCHIATRISCHEN ASSESSMENTS

Peter Häussermann¹, R. Perneckzy²

¹Kiel, ²München

Hintergrund: Das gerontopsychiatrische Assessment spielt eine wichtige Rolle für die Beurteilung des aktuellen Funktionsniveaus älterer Menschen. Kernaspekte umfassen zum einen die Beurteilung der Fähigkeit, komplexe (instrumentelle) Aktivitäten des täglichen Lebens zu bewältigen, zum anderen auch einfache und schnell durchführbare Demenzscreening-Tests. Eine systematische Anwendung und Auswertung gerontopsychiatrischer Assessment-Instrumente bei Patienten mit Lewy Körper-Erkrankungen sowie die Analyse von neuroanatomischen Korrelaten bei bestehenden Defiziten existieren derzeit nach unserem Wissen nicht.

Methoden: Es wurden insgesamt 54 Patienten (19 Patienten mit Morbus Parkinson, 14 mit Parkinson-assoziiierter Demenz und 21 mit Lewy-Körper-Demenz) einem ausführlichen gerontopsychiatrischen Assessment unterworfen. Daneben erhielten alle Patienten eine strukturelle (zerebrale Kernspintomographie) und funktionelle Bildgebung (18F-Fluorodesoxyglukose Positronen-Emissions-Tomographie, 18F-FDG-PET) des Gehirns. Die Zahl der Ausbildungsjahre wurde zur Schätzung der kognitiven Reservekapazität erfasst. Die statistische voxelbasierte Analyse der PET-Daten erfolgte standardisiert unter MATLAB mit dem Programm SPM.

Ergebnisse: Alltagsbewältigung: Hier fanden wir eine Verminderung des zerebralen Glukoseverbrauchs in weiten Arealen präfrontal, temporoparietal und okzipital. Diese Bereiche sind bekanntermaßen durch neuropathologische Veränderungen bei allen drei Erkrankungen betroffen. Bei Patienten mit hoher geschätzter kognitiver Reserve war der Zusammenhang zwischen metabolischem Defizit und Alltagsbeeinträchtigung schwächer als bei Patienten mit niedriger Reserve. Außerdem hatten Patienten mit hoher Reserve bei gleichem Grad der Alltagsbeeinträchtigung stärker ausgeprägte metabolische Defizite.

Uhrentest: Hier fanden sich Areale des posterior-temporoparietalen Kortex sowie des dorsalen prämotorischen Kortex, die signifikant mit dem Testergebnis korrelierten.

Diskussion: Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die hier vorgestellten Arbeiten zum gerontopsychiatrischen Assessment belegen, dass üblicherweise bei Patienten mit Lewy-Körper-Erkrankungen verwendete Beurteilungsinstrumente tatsächlich mit Einschränkungen der synaptischen Aktivität assoziiert sind. Außerdem zeigen die Studien, dass eine hohe kognitive Reservekapazität nicht nur hilft die normale kognitive Leistungsfähigkeit

länger aufrechtzuerhalten, sondern auch den Alltag länger in üblicher Weise zu bewältigen.

ALS DEUTSCHER GERONTOPSYCHIATER IN ENGLAND

Reinhard Heun

Derby City General Hospital, UK – Derby

Das englische und deutsche Gesundheitssystem zeigen zahlreiche Unterschiede, die für den Alltag eines Gerontopsychiaters äußerst relevant sind. Im Vergleich zur deutschen Psychiatrie ist die englische Psychiatrie mehr auf die gemeindenahe Versorgung, multiprofessionelles Zusammenarbeiten, die Orientierung an Richtlinien und das Lernen am Einzelfall orientiert. Letzteres zeigt sich an einer extrem komplexen Legislation (Mental Health Act, Mental Capacity Act, Deprivation of Liberty Safeguards), die sowohl dem Einzelfall als auch europäischen Vorgaben gerecht zu werden versucht. Psychiatrische Versorgung findet fast ausschließlich im steuerfinanzierten nationalen Gesundheitssystem (NHS) statt. Es gibt keine niedergelassenen Nervenärzte oder Psychiater, jedoch eine Qualifizierung zum Gerontopsychiater als Alternative zur Ausbildung zum Allgemeinpsychiater. Der Autor wird von seiner mehrjährigen Erfahrungen als Psychiater und Gerontopsychiater im NHS und an der Universität Birmingham berichten.

»TÜRÖFFNER« – WAS KÖNNEN KONSILIARISCHE HAUSBESUCHE ZUR INTEGRATION VON MENSCHEN MIT DEMENZ IN DER HÄUSLICHKEIT BEITRAGEN?

Barbara Höft

LVR-Klinikum/Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Zielsetzung/Fragestellung: Demenzkranke mit geringem Krankheitsgefühl und/oder fehlender Krankheitseinsicht und ihre betreuenden Angehörigen bleiben nicht selten von niedrigschwelligen ambulanten Hilfeangeboten ausgeschlossen, weil die Patienten die Angebote (Beratungsstellen, Betreuungsgruppen) aufsuchen müssen.

Materialien/Methoden: Konsiliarische Hausbesuche durch ein Tandem aus Gerontopsychiater und Leitung eines Betreuungsangebotes im Quartier wurden als Teilprojekt des Demenznetzes Düsseldorf (Modellprojekt der Landesinitiative Demenz-Service NRW) möglich.

Ergebnisse: Im Vortrag erfolgt die Darstellung der Klientel (z. B. PPB, Hilfebedarf) und der eingeleiteten Maßnahmen einschließlich der Evaluation nach ½ Jahr nach Hausbesuch (die Auswertung der Daten geschieht zur Zeit).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Eine (erneute) Einbindung in die hausärztliche Versorgung wird möglich. Eine Beratung und Psychoedukation schaffen Entlastung für die Angehörigen und Sicherheit für die Gesamtfamilie. Die Inanspruchnahme ambulanter Hilfen wird unterstützt und hilft, den Verbleib in der Häuslichkeit zu sichern.

AKTUELLES ZUR BILDGEBUNG

Vjera Holthoff

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden

Die Darstellung des Gehirns ist durch die strukturelle und funktionelle Bildgebung in vivo möglich geworden. Aktuelle Studien untersuchen den Stellenwert von PET und MRT in der Frühdiagnostik der Demenz vom Alzheimerertyp. Es liegen große Studien zur Messung des regionalen Hirnstoffwechsels mit PET vor und neuere Methoden ermöglichen die Darstellung von Amyloidpla-

ques oder Neurofibrillen. Aktuelle MRT-Studien messen die Konnektivität oder regionale Hirnvolumina, besonders im Hippocampus. Die Untersuchungen sowie ihre Relevanz für den klinischen Alltag werden zusammenfassend vorgestellt.

INFLAMMATION BEI DER ALZHEIMER-ERKRANKUNG – THERAPEUTISCHE PERSPEKTIVEN

Michael Hüll

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg

Neben Amyloidablagerungen und Neurofibrillenpathologie finden sich regelhaft als drittes Element aktivierte Mikrogliazellen bei der Alzheimer-Demenz. Die Art dieser »Aktivierung« der Mikroglia sowie ihre Rolle in der Krankheitsdynamik ist bisher aber nur unzureichend verstanden. Aktivierten Mikrogliazellen werden sowohl destruktive, wie zum Beispiel die Ausschüttung neurotoxischer Substanzen als auch protektive Eigenschaften zugeschrieben. Eine Differenzierung dieser unterschiedlichen Formen von »Aktivierungszuständen« ist bisher in neuropathologischen Untersuchungen nicht möglich.

Nicht-steroidale Antiphlogistika können diese Aktivierungszustände in vielfältigem Maße beeinflussen. Bereits in der klinischen Erprobung befindliche aktive und passive Impfstrategien dirigieren die mikrogliale Aktivität hin zu einer Phagozytose der Amyloidpeptide. Aufgrund der zweiseitigen Wirkungsweise von Mikrogliazellen, destruktiv oder protektiv, wird die weitere klinische Entwicklung von Sicherheitsaspekten geprägt sein.

MODUL NICHTMEDIKAMENTÖSE THERAPIEN

Michael Hüll

Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg

Nichtmedikamentöse Therapiebausteine gehören zur guten Behandlungspraxis bei der Alzheimer-Demenz. So stimmen alle Leitlinien überein, dass eine Beratung, Betreuung und Schulung von Angehörigen obligater Bestandteil einer Demenzbehandlung ist. Trotz der breitgefächerten Untersuchungen zu verschiedenen Formen von Angehörigenberatung ist selbst für diese noch relativ häufig untersuchte Intervention aufgrund der Qualität der Studien kein definitiver Konsens vorhanden, welches Vorgehen am besten ist. Für andere Therapiebausteine wie kognitive Übungsverfahren, Ergotherapie, Physiotherapie, Kunsttherapie und Musiktherapie liegen keine oder nur einzelne gute Studien oder mehrere mangelbehaftete Studien vor. Bis auf wenige Einzelstudien liegen die Effekte nichtmedikamentöser Therapien im eher im schwachen Bereich. Aufgrund der geringen Evidenzbasis (keine wirkliche Metaanalyse möglich, Evidenzstärke maximal IIa bis IIb) und der niedrigen Effektstärken werden die in Entwicklung stehenden Leitlinien keinen hohen Empfehlungsgrad für einzelne Therapiebausteine aussprechen können. Eine studiengestützte Evaluation dieser Therapien ist aber nur bei einer adäquaten Förderung der Forschung möglich, die im methodischen Bereich bereits deutlich die Kluft zur Forschung zum Einsatz von Pharmaka reduzieren konnte.

DEMENZKRANKE IM KRANKENHAUS

Sabine Jansen

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin

Für Demenzkranke ist der Aufenthalt in einem Krankenhaus oftmals eine Katastrophe. Wenn ein Bruch oder eine innere Erkrankung die Aufnahme in ein Krankenhaus notwendig machen, verstärken die ungewohnte, unruhige Umgebung und eventuell die Nachwirkungen einer Narkose oftmals Gedächtnisprobleme

und Desorientierung. Die Patienten sind unsicher und verängstigt, verstehen nicht, was man von ihnen will und können sich nicht mitteilen. Sie nehmen ab, weil sie nicht genug essen, laufen verwirrt durch die Flure, und vereinzelt kam es bereits zu Todesfällen, weil die Patienten nicht rechtzeitig aufgefunden wurden. Das Personal kann häufig mit den Verhaltensweisen und Bedürfnissen dieser Patienten nicht umgehen, weiß oft nicht einmal, dass eine Demenz vorliegt. Angehörige versuchen diese Unsicherheit oft durch ihre Anwesenheit zu mildern und das Krankenhauspersonal über die Situation ihres Kranken, seine Eigenarten, Defizite und vorhandenen Ressourcen zu informieren. Wo nicht ein Rooming-in möglich ist, können Angehörige nicht rund um die Uhr bei den Kranken bleiben. Informationen, die einer Pflegekraft gegeben wurde, werden meistens nicht übermittelt.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat deshalb einen »Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus« entwickelt, in dem Angehörige wichtige Informationen notieren können und der in die Pflegedokumentation abgeheftet werden kann. Neben der Vorstellung dieses Projekts werden weitere Ideen zum Umgang mit Demenzkranken im Krankenhaus vorgestellt.

EFFEKTIVITÄT EINER OPTIMISIERTEN ERGOTHERAPIE BEI DEMENZ IM HÄUSLICHEN SETTING

Luisa Jurjanz¹, Vjera Holthoff¹, Matthias Schützwohl¹, Thomas Reuster¹, Thomas W. Kallert², Matthias Riepe³

¹Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum C.G. Carus der Technischen Universität Dresden, ²Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Park-Krankenhaus Leipzig-Südost; ³Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm und Bezirkskrankenhaus Günzburg

Hintergrund: Neben einer fortschreitenden Beeinträchtigung von Gedächtnisfunktionen ist der zunehmende Verlust der Selbständigkeit im Alltag ein zentrales Merkmal demenzieller Erkrankungen. Obwohl der überwiegende Anteil der an Demenz erkrankten Menschen derzeit zu Hause gepflegt wird, stehen in Deutschland bislang keine gesicherten Empfehlungen für individuelle Behandlungskonzepte im häuslichen Umfeld zur Verfügung. Im Bereich der nichtmedikamentösen Behandlungsoptionen lassen derzeit insbesondere ergotherapeutische Interventionen positive Effekte in Bezug auf die Alltagskompetenz der Betroffenen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit pflegender Angehöriger erkennen. Allerdings liegen für den deutschen Sprachraum bislang keine randomisierten kontrollierten Studien zum Wirksamkeitsnachweis von ergotherapeutischen Programmen bei der Demenzbehandlung vor.

Ziel und Methode: Unter Verwendung eines randomisierten kontrollierten Designs (RCT) wird die Wirksamkeit einer ergotherapeutisch-medikamentösen Kombinationsbehandlung bei Patienten mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz untersucht. Alle Patienten erhalten eine leitlinienorientierte pharmakotherapeutische Behandlung (DGN, DGPPN). Die Interventionsgruppe erhält zusätzlich ein im häuslichen Umfeld stattfindendes und an den Bedürfnissen des Betroffenen ausgerichtetes ergotherapeutisches Behandlungsprogramm über einen Zeitraum von sechs Wochen. Das ERGODEM-Projekt ist als multizentrische Studie mit vier Messzeitpunkten angelegt. Es ist geplant, insgesamt 200 Patienten sowie jeweils einen pflegenden Angehörigen an einem der drei Projektzentren (Dresden, Leipzig, Günzburg) zu untersuchen.

Erwartete Resultate: Wenige bislang vorliegende Studien verweisen auf einen positiven Effekt der ergotherapeutischen Intervention bei der Demenzbehandlung. Demnach erwarten wir einen Unter-

schied zwischen beiden Untersuchungsgruppen dahingehend, dass die trainierten Aktivitäten des täglichen Lebens bei Patienten mit ergotherapeutischer Zusatzintervention im Vergleich zur Kontrollgruppe länger eigenständig bewältigt werden können oder sich günstigstenfalls sogar verbessern. Dies kann sich weiterführend ebenfalls positiv auf das Belastungserleben der Angehörigen auswirken. Bei Nachweis eines solchen Therapieeffektes erfolgt die Veröffentlichung der Behandlungsstrategie als standardisiertes und evaluiertes Therapieprogramm (Manual). Dabei besteht das ausdrückliche Interesse des DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.), die Verbreitung der ergotherapeutischen Interventionsmethode zu fördern.

MINI-MENTAL-STATE – EIN SCREENING IN VIELEN VERSIONEN

Andreas Kaiser

Universitätsinstitut für Klinische Psychologie, Christian Doppler Klinik, Salzburg

Im Vortrag werden fünf verschiedene Versionen der Mini-Mental-State-Examination dargestellt, die alle auf der Grundlage des Originals von *Folstein* erstellt wurden, sich jedoch deutlich voneinander unterscheiden und zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, unabhängig davon, ob das Screening von erfahrenen Untersuchern durchgeführt wird oder nicht. Es werden Aufgabenunterschiede sowie Instruktionsunterschiede und Unterschiede in der Punktevergabe aufgezeigt. Anhand einer tabellarischen Gegenüberstellung der verschiedenen »neueren« MMS-Versionen werden deutliche Abweichungen veranschaulicht, welche vor allem in Bezug auf die Vergleichbarkeit der MMS-Scores bei Studien Fragen aufwerfen. Es wird weiter eine eigene Untersuchung vorgestellt, welche hoch signifikante Punkteunterschiede zwischen den Aufgaben »Wort rückwärts« und »Reihenrechnen« bei den Frauen nachweisen konnte.

WIE SICH DEPRESSIVE SYMPTOME IM ALTER AUF DAS REALISIEREN VON VORSÄTZEN AUSWIRKEN

Matthias Kliegel

Professur für Entwicklungspsychologie, Technische Universität Dresden

Das Realisieren von Absichten und Vorsätzen ist eine zentrale Herausforderung für die Alltagsbewältigung über die gesamte Lebensspanne.

Für die Bewältigung dieser Alltagsherausforderung sind sowohl motivationale als auch kognitive Prozesse grundlegend. Das Referat wird einen Überblick über aktuelle Ergebnisse aus der Literatur und der eigenen Forschung zum Einfluss des Lebensalters und depressiver Symptome auf die Realisierung von Absichten geben. Es wird hierbei auch differenziert, inwiefern subjektive und objektive Maße konvergieren. In der Diskussion werden neben konzeptionellen Schlussfolgerungen auch Leitlinien für mögliche Interventionen diskutiert.

PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG IN HEIMEN

Manfred Koller

Asklepios Fachklinikum Göttingen

Vorgestellt wird an praktischen Beispielen ein im Raum Göttingen praktiziertes Modell, in dem Fachärztinnen und Fachärzte des regional pflichtversorgenden Psychiatrischen Fachkrankenhauses Beratungstätigkeit auf Honorarbasis in gerontopsychiatrisch orientierten Heimen vornehmen.

Diese Tätigkeit reicht von Konzeptdiskussionen mit der Heimleitung, Fortbildung des Personals, regelmäßigen Fallbesprechungen

mit den pflegenden Heimmitarbeitern, Durchsicht der Medikamentenpläne mit »Absetzvisiten«, Beratung zur Abwendung oder ggf. auch Anwendung von Fixiermaßnahmen bis hin zu regelmäßigen Gesprächen mit den interessierten Heimbewohnern oder auch deren Angehörigen.

Aus diesen meistens in zwei- bis vierwöchigem Turnus stattfindenden Besuchen in der Einrichtung heraus entstehen Empfehlungen für die behandelnden Hausärzte, die diese nicht selten auch telefonisch oder vor Ort mit den Fachärztinnen und Fachärzten diskutieren. In diesem Zusammenhang werden nicht selten auch ethische Fragestellungen diskutiert. Dadurch entsteht ein konstruktives und kollegiales Miteinander, das das gegenseitige Verstehen fördert.

Die Begegnung mit »Heimpatienten« über viele Jahre verändert den Blick des ansonsten klinisch tätigen Psychiaters, der nun Lebensumfeld und Langzeitverläufe besser einzuschätzen vermag und dabei vielleicht auch eher eine hausärztliche Betrachtungsweise nachvollziehen kann.

Erwartungen an Allgemeinmediziner in der Heimbetreuung sollen formuliert, Erwartungen der Allgemeinmediziner an die heimbetreuenden Psychiater gehört und alternative Versorgungsmodelle diskutiert werden.

WIRKSAMKEIT VON ANTIPSYCHOTIKA BEI DEMENZKRANKEN?

Manfred Koller

Asklepios Fachklinikum Göttingen

Wenn zur Behandlung einer Verhaltensstörung bei Demenz keine wirksamen Modifikationen der Lebenssituation möglich sind, ggf. vorhandene Fehlmedikationen korrigiert, somatische Ursachen ausgeschlossen und nicht-pharmakologische Möglichkeiten ausgeschöpft sind, sind pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen. Im Wesentlichen werden Antidementiva, Antidepressiva, Antikonvulsiva, Benzodiazepinen und Neuroleptika verhaltensmodifizierende Effekte zugeschrieben.

Wann und bei wem diese Substanzen indiziert sind, wird teilweise kontrovers diskutiert. Von den atypischen Neuroleptika ist lediglich das Risperidon für die Indikation schwere anhaltende Aggressivität mit Selbst- bzw. Fremdgefährdung als Kurzbehandlung zugelassen. Andere Neuroleptika, Antikonvulsiva sowie viele Antidepressiva werden bei älteren Menschen mit Demenz im Rahmen eines »off label use« eingesetzt. Das verlangt eine besonders sorgfältige Begründung für deren Einsatz und die Aufklärung der Betroffenen oder deren Betreuer über den Einsatz der Medikamente im Rahmen eines Heilversuchs.

Die Risiken von Neuroleptika insbesondere in Hinsicht auf vasculäre und kardiale Komplikationen einschließlich Erhöhung der Mortalitätsrate verlangen eine genaue Abwägung des Nutzens der Medikation gegen ihre Risiken. Hier befinden wir uns in einem therapeutischen Dilemma.

Bei Demenzkranken existiert in der Regel keine Dauerindikation für eine Neuroleptikatherapie. »Start low – go slow« empfiehlt sich beim Einsatz von Neuroleptika, die Gabe sollte so kurzzeitig wie möglich erfolgen. Absetzversuche sind indiziert und führen kaum zur Verschlechterung der psychopathologischen Situation, verringern aber das Mortalitätsrisiko, wie neuere Studien zeigen. Ein Cochrane Review zum Einsatz von Haloperidol zur Behandlung von agitiertem Verhalten bei Patienten mit Demenz erbrachte keinen Hinweis für die Wirksamkeit von Haloperidol gegenüber Placebo.

Andererseits fanden sich Hinweise für eine Abnahme von aggressivem Verhalten in über fünf RCTs. RCTs, die den Einsatz von Antipsychotika bei Psychosen oder Agitation assoziiert mit einer Demenz überprüften, weisen auf einen mäßigen Effekt bzgl. der

Symptomreduktion gegenüber Placebo hin. Eine Catic-Studie bei ambulanten Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in üblichen Betreuungssituationen zeigte ebenfalls, dass sich einige klinische Symptome wie z.B. Ärger, Aggression und Wahnvorstellungen unter der Therapie besserten, ohne allerdings die Pflegebedürftigkeit oder die Lebensqualität zu verbessern.

Die Kosten neuroleptischer Behandlung werden bereits mit einer Placebobehandlung verglichen. Für den Einsatz von Neuroleptika bei einer FTD existieren keine überzeugenden Wirksamkeitsbelege.

DIE SICHT DES ARBEITSKREISES GERONTOPSYCHIATRIE DER BUNDES-DIREKTORENKONFERENZ

Manfred Koller

Asklepios Fachklinikum Göttingen

Gerontopsychiatrische Behandlungseinheiten der in der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie vertretenen Kliniken weisen z.T. deutliche Unterschiede in der dort behandelten Patientenstruktur auf. Insbesondere Gerontopsychiatrien, die in der Nähe zu somatischen Krankenhäusern liegen, weisen einen zunehmend größeren Teil von multimorbiden und auch somatisch mitzubehandelnden Patienten im Sinne einer Geriatriisierung der Gerontopsychiatrie auf. Eine Berliner Untersuchung aus mehreren Kliniken (*Wetterling et al. 2008*) zeigte einen durchschnittlichen Anteil von ca. 2,9 behandlungsrelevanten somatischen Begleitdiagnosen in der Gerontopsychiatrie. In einer Station der Asklepios-Fachklinik Göttingen hatte ca. 1/6 der Patienten 6 bis 7 behandlungsrelevante Begleitdiagnosen aufzuweisen. Die demographische Entwicklung, aber auch die Einführung der DRGs in der somatischen Medizin mögen dazu beigetragen haben.

Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) entstand nun zu einer Zeit, als in den gerontopsychiatrischen Bereichen überwiegend ausdiagnostizierte Langzeiterkrankte und Patienten mit hohem pflegerischem Versorgungsbedarf behandelt wurden. Das wird auch durch die in der PsychPV zu Grunde gelegten durchschnittlichen Verweildauern von 45 Tagen für die Kategorie G1, von 21 Tagen für die Kategorie G2 und gar 140 Tagen für die Kategorie G6 abgebildet. Heute sind im Durchschnitt Gesamtverweildauern um die drei Wochen üblich. Die erforderlichen Aufwände für die dort tätigen Ärzte werden nicht mehr adäquat abgebildet, zum einen wegen der kürzeren Verweildauern, zum anderen wegen des erheblichen Anteil auch an somatischer Diagnostik und Therapie, die dort zu leisten sind. Bei den G2-Fällen ist nicht länger zu akzeptieren, dass hier Psychologen gar nicht zu Einsatz kommen sollten. Eine Umfrage an 28 Kliniken des Arbeitskreises aus dem Herbst 2007 zeigte, dass durchschnittlich von einer Arzt- bzw. Psychologenvollstelle 9,5 Betten zu versorgen waren, wobei es zwischen den einzelnen Kliniken Unterschiede von 6,4 bis zu 12,4 Betten pro Arzt gab. Es wird bei der Relativgewichtung der gerontopsychiatrischen Behandlungskategorien darauf ankommen, die in der bisherigen PsychPV festgelegten zu niedrigen Aufwände für Ärzte und Psychologen in der Gerontopsychiatrie nicht fortzuschreiben, sondern den tatsächlichen Gegebenheiten angemessen zu adaptieren.

ANTIDEPRESSIVE THERAPIE BEI MULTIMORBITÄT: SPANNUNGSFELD ZWISCHEN POLYPHARMAZIE, KOSTEN- UND LEIDENSDRUCK

Daniel Kopf

Bethanien-Krankenhaus, Geriatriisches Zentrum am Klinikum der Universität Heidelberg

Zielsetzung/Fragestellung: Depression tritt im Alter besonders häufig bei Patienten mit schweren oder multiplen internisti-

schen Erkrankungen auf, z.B. nach Schlaganfall, nach einem kardiovaskulären Ereignis oder bei Diabetikern. Die Behandlung der somatischen Erkrankungen steht meist im Vordergrund, die Behandlung der Depression unterbleibt vielfach aus verschiedenen Gründen: Die Diagnose wird nicht gestellt; die Bedeutung der Depression für Lebensqualität, Morbidität und Mortalität wird unterschätzt; es bestehen Bedenken über die Sicherheit von Antidepressiva und Interaktionen bei multimorbiden Patienten; nicht-medikamentöse Behandlungsstrategien sind nicht ausreichend verfügbar.

Materialien/Methoden: Anhand von Daten aus der Literatur und eigenen klinischen Studien wird die Sicherheit von Antidepressiva bezüglich kardiovaskulärer Ereignisse bei internistisch kranken Patienten und bezüglich Lipid- und Glukosestoffwechsel untersucht. Schließlich werden erste Erfahrungen zur Integration von psychopharmakologischen, psycho- und soziotherapeutischen Ansätzen in einer geriatrischen Klinik vorgestellt.

Ergebnisse: Daten aus randomisierten kontrollierten Studien sowohl an Patienten nach Schlaganfall als auch nach Myokardinfarkt zeigen, dass die Therapie mit einem SSRI auch bei multimorbiden Patienten wirksam und sicher ist – es besteht ein Trend zu geringerer Mortalität bei Behandlung. Wichtige Kenngrößen des Lipidstoffwechsels, insbesondere die LDL/HDL-Cholesteroll-Ratio sowie die Insulinresistenz besserten sich statistisch signifikant in einer eigenen, prospektiven Studie bei Patienten, die unter einer antidepressiven Therapie eine Remission einer mittelschweren depressiven Episode erreichten, nicht jedoch bei Non-Respondern. Die Behandlung nicht akut suizidaler, depressiver Patienten mit verhaltenstherapeutisch orientierter Gruppentherapie und soziotherapeutischen Verfahren lässt sich bei Patienten mit internistischer Hauptdiagnose – mit Einschränkungen – im Setting einer geriatrischen Klinik durchführen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Multimorbide Patienten profitieren bei hoher Therapiesicherheit von medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapieansätzen der Depression.

INTEGRIERTE VERSORGUNG – STATUS QOU UND PERSPEKTIVEN

Ralph Lägell

Manager Gesundheitswesen, Health Care Relations, Janssen-Cilag GmbH, Neuss

Die Dynamisierung der Integrierten Versorgung durch das GMG 2004 hatte deutliche Anreize für die Entwicklung neuer Versorgungsangebote geschaffen. Gesetzliche Änderungen in 2007 (VÄG, GKV-WVG usw.) eröffneten zusätzliche strukturelle Möglichkeiten.

Auf welche Resultate können wir nach nunmehr fünf Jahren zurückblicken? Welche Chancen wurden insbesondere für die Gerontopsychiatrie genutzt? Welche Entwicklungen können wir für die Zukunft erwarten?

Der Vortrag wird eine kurze Bestandsaufnahme vornehmen, die Perspektiven aufzeigen und erfolgreiche Beispiele für neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie vorstellen.

MOTORISCHE BEWEGUNG ALS PRÄVENTION DER DEMENZ

Nicola T. Lautenschlager

Academic Unit for Psychiatry of Old Age, St Vincent's Health, Department of Psychiatry, The University of Melbourne; WA Centre for Health & Ageing and School of Psychiatry and Clinical Neurosciences, The University of Western Australia

Hintergrund: Körperliche Bewegung wird zunehmend als potentiell beschützender Faktor im Rahmen der Demenzprävention

diskutiert. Es herrscht jedoch noch ein Mangel an kontrollierten klinischen Studien.

Methodik: »The Fitness for the Ageing Brain Study« (FABS) Studie war ein »randomized controlled trial« (RCT) und wurde in Perth, Westaustralien, durchgeführt. Die Teilnehmer waren 50 Jahre und älter, frei von Demenz und hatten subjektive Gedächtnisbeschwerden (SGB) oder Leichte Kognitive Störungen (LKS). Unsere Hypothese war, dass Teilnahme an einem individualisierten körperlichen Betätigungsprogramm über 24 Wochen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe einen signifikanten Effekt auf die kognitive Leistungsfähigkeit, gemessen mit dem ADAS-cog, bewirken würde. Die Teilnehmer führten das Programm zu Hause aus, benutzten ein Manual, Tagebuch und einen Schrittzähler und erhielten motivierende Telefonanrufe und Rundbriefe. Folgeuntersuchungen fanden nach 6, 12 und 18 Monaten statt.

Ergebnisse: 170 Teilnehmer wurden randomisiert, 102 davon hatten als Diagnose LKS. Gehen war die häufigste Form der körperlichen Betätigung im Rahmen des Programms. Studienabbrüche in beiden Gruppen waren selten und die Akzeptanz des Programms war hoch. Nach 6 Monaten, aber auch nach 12 und 18 Monaten, produzierte die aktive Gruppe signifikant bessere ADAS-cog Werte als die Kontrollgruppe. Dies traf für Teilnehmer mit SGB und LKS zu.

Zusammenfassung: Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass ältere Personen mit SGB und LKS ein individuelles körperliches Betätigungsprogramm durchführen und kognitiv davon profitieren können. Eine definitive Aussage über den zugrundeliegenden Mechanismus ist nicht möglich. Weitere Multicenterstudien mit älteren Teilnehmern sind nötig mit dem Versuch, diese positiven Ergebnisse zu replizieren. Regelmäßige körperliche Betätigung könnte eine wichtige Rolle spielen in zukünftigen Demenzpräventionsprogrammen.

DIE ENTWICKLUNG VON SPEED-LEISTUNGEN IM DEMENZVERLAUF

Hartmut Lehfeld

Klinikum Nürnberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Nürnberg

Fragestellung: Bei der Verlaufsbeurteilung von MCI- und Demenzpatienten erweisen sich geschwindigkeitsabhängige Testaufgaben in vielen Einzelfällen als mindestens ebenso veränderungssensitiv wie Gedächtnistests. In der vorliegenden Untersuchung wurden deshalb zwei psychometrische Testinstrumente hinsichtlich der Veränderungssensitivität der enthaltenen Aufgaben miteinander verglichen.

Methodik: Aus der Gedächtnissprechstunde des Klinikums Nürnberg lagen 1-Jahres-Verlaufsdaten über 47 MCI- und 106 Demenzpatienten (vor allem AD, VD und Mischtypen, Schweregrad leicht bis mittel) vor. Die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten war mit den acht Aufgaben der Standardversion der CERAD-Testbatterie und dem SKT untersucht worden. Die Auswertung erfolgte anhand der für die Testinterpretation relevanten Kennwerte (CERAD: z-transformierte Rohwerte; SKT: Subscores für Gedächtnis und Aufmerksamkeit im Sinne der Verarbeitungsgeschwindigkeit). Anhand von t-Tests für verbundene Stichproben wurden die Messwert-Veränderungen über die Zeit getrennt für MCI- und Demenzpatienten auf statistische Signifikanz geprüft. Weiterhin wurden die Ausgangsleistungen der nach einem Jahr als progredient beurteilten Patienten mit denen der als stabilisiert eingeschätzten Patienten verglichen.

Ergebnisse: Bei den MCI-Patienten war nach einem Jahr lediglich in den Aufmerksamkeitsaufgaben des SKT ein signifikantes Nachlassen der Testleistungen zu beobachten ($p < .05$). Bei den Demenzpatienten fanden sich eine Reihe von statistisch bedeut-

samen Veränderungen ($p < .01$), wobei die Testwertveränderungen in den SKT-Speed-Aufgaben statistisch denen in den Gedächtnisaufgaben der Untersuchungsbatterie zumindest gleichkamen. Weiterhin zeigte sich, dass bei Demenzpatienten, die nach einem Jahr im klinischen Globalurteil als progredient beurteilt wurden, bereits beim Erstkontakt eine kognitive Verlangsamung bestand, die sich im SKT-Aufmerksamkeitsscore und in der verbalen Flüssigkeitsaufgabe der CERAD-Batterie zeigte. Hinsichtlich anderer Variablen wie Alter, Bildung, Demenzschweregrad, globalem kognitivem Niveau gemäß MMSE oder Gedächtnisleistungen in SKT oder CERAD waren keine Differenzen zu verzeichnen.

Diskussion: Dieser Befund, der einer Replikation bedarf, ist vor allem vor dem Hintergrund neuropsychologischer Untersuchungen von kognitiv gesunden Probanden interessant, bei denen leichte Einbußen insbesondere der Aufmerksamkeit als Prädiktoren einer späteren Demenzerkrankung identifiziert wurden (*Twamley et al. 2006*). Insgesamt legen die Untersuchungsergebnisse eine stärkere Beachtung nicht-mnestischer Leistungen bei der Diagnose und Verlaufsbeurteilung von Demenzpatienten nahe.

DER SKT

Hartmut Lehfeld

Klinikum Nürnberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Nürnberg

Der SKT ist ein 1977 publizierter, 1989 und 2001 überarbeiteter Kurztest zur Erfassung von Störungen des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit. Mit insgesamt neun Subtests prüft das Verfahren Gedächtnis und Aufmerksamkeit im Sinne der Verarbeitungsgeschwindigkeit. Da die Bearbeitungszeit für jeden Subtest auf maximal 60 Sekunden beschränkt ist, nimmt die Testdurchführung in der Regel 10–15 Minuten in Anspruch. Für Verlaufsuntersuchungen liegt der SKT in fünf Parallelformen A bis E vor.

Der Einsatz des SKT ist nicht auf den Bereich demenzieller Erkrankungen beschränkt; dennoch fand das Verfahren in den letzten Jahren vorwiegend bei der Schweregradbestimmung und Verlaufsbeurteilung kognitiver Defizite im Rahmen der Einzelfalldiagnostik oder von klinischen Studien zum Wirksamkeitsnachweis von Antidementiva Verwendung. Während der SKT bis 1990 vor allem im deutschsprachigen Raum eingesetzt wurde, wurden in den letzten 15 Jahren vermehrt auch Untersuchungen mit übersetzten Versionen durchgeführt (z.B. England, Griechenland, Russland, Chile, Brasilien, Mexiko, Korea).

Die mit der Testüberarbeitung von 2001 geschaffene Möglichkeit zur separaten Analyse der Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen eröffnet zu neuen Perspektiven für differentialdiagnostische Fragestellungen: So konnten beispielsweise bei depressiven Patienten akzentuierte Aufmerksamkeitsstörungen im Sinne einer Verlangsamung nachgewiesen werden, während Demenzpatienten erwartungsgemäß prominente Gedächtnisdefizite zeigen. Zum anderen legen Daten aus der Nürnberger Gedächtnissprechstunde nahe, dass Defizite der Verarbeitungsgeschwindigkeit in den Aufmerksamkeitsaufgaben des SKT bei Demenzpatienten Indikatoren eines erhöhten Risikos für eine Progredienz der Symptomatik innerhalb eines Jahres darstellen.

SUIZIDALITÄT IN DER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG

Yvonne Lembach

Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit, Mannheim

Die Suizidrate unterliegt sowohl in Deutschland als auch in den meisten anderen Industrienationen dem sog. »ungarischen Muster«, d.h. das Risiko, durch Suizid zu sterben, nimmt mit dem Alter zu. Etwa 30% aller Suizidenten sind über 65 Jahre alt, obwohl ihr Anteil

an der Gesamtbevölkerung nur etwa 15% beträgt. Insbesondere Männer über 75 Jahren sind von einer hohen Suizidrate betroffen. Neben der hohen Prävalenz psychischer, insbesondere depressiver Erkrankungen im Alter leiden ältere Menschen häufig an schweren körperlichen Erkrankungen, die vor allem in Zusammenhang mit starken Schmerzen, einem chronischen Verlauf und einer geringen Heilungschance das Suizidrisiko erhöhen.

Darüber hinaus sind ältere Menschen häufig bestimmten psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt, die mit einem erhöhten Suizidrisiko im Alter einhergehen. Nach eigenen Untersuchungen, bei denen die vollendeten Suizide der Jahre 2006 und 2007 im Saarland ausgewertet wurden, waren knapp 40% der Suizidenten über 65 Jahren im Vorfeld ihres Suizides von alterstypischen Belastungen wie dem Tod oder einer schweren Krankheit des Lebenspartners, dem Umzug in ein Pflegeheim, der Aussicht auf den zunehmenden Verlust der eigenen Selbstständigkeit oder von Krankheitsängsten betroffen. Finanzielle Probleme, ein niedriger Lebensstandard sowie familiäre oder partnerschaftliche Konflikte scheinen hingegen bei der Entwicklung von Suizidalität im Alter kaum noch eine Rolle zu spielen.

Entsprechend der Besonderheiten bei Suiziden älterer Menschen erfordert auch die Prävention von Alterssuiziden spezifische Maßnahmen. Probleme bestehen hierbei u. a. in der relativ hohen gesellschaftlichen Akzeptanz von Alterssuiziden und der geringen Inanspruchnahme professioneller Krisendienste durch ältere Menschen. Im Rahmen der Prävention kommt daher dem Hausarzt eine besondere Bedeutung zu, den die meisten älteren Suizidenten vor der Tat noch einmal aufsuchen.

NETZWERKARBEIT IN DER GERONTOPSYCHIATRIE – SCHNITTSTELLE ZWISCHEN FORSCHUNG UND PRAXIS?

Meike Lezius

Angehörigenberatung e.V., Nürnberg

Zielsetzung: Die Aufgabe der Gerontopsychiatrische Fachkoordination (GeFa) Mittelfranken ist die Koordination und Vernetzung von Beratungsstellen, Einrichtungen und Diensten mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt in einer Region mit 12 Kommunen und Landkreisen mit insgesamt über 1,7 Mio. Einwohnern – auf regionaler und überregionaler Ebene.

Ziel ist darüber hinaus die Verbesserung der Versorgungssituation gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen durch Auf- und Ausbau des Angebotes in den Bereichen Beratung, Betreuung und Pflege.

Methodik: Voraussetzung für eine koordinative Tätigkeit war die Durchführung von Bestandsaufnahmen in sämtlichen Städten und Landkreisen (2001–2005), der modellhafte Versuch, ambulante Pflegedienste als Case Manager einzusetzen (Projekt »Ambulantes Gerontopsychiatrisches Fallmanagement«, 2006–2008) sowie Fortbildungen, Fach- und Konzeptberatungen für MitarbeiterInnen der Alten- und Gesundheitshilfe sowie politische Entscheidungsträger anzubieten.

Ergebnisse:

- Ergebnisse der Bestandsaufnahmen
- Erste Ergebnisse des Projektes
- Erstellung einer internetgestützten Datenbank, eines Wegweisers Gerontopsychiatrie mit sämtlichen Anbietern der Region
- Aufbau von Vernetzungsstrukturen (Arbeitskreise, Foren, Kampagnen, Fachtagungen) und Fortbildungsreihen
- Konzeptentwicklung für neue Angebote der Eingliederungshilfe

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Versorgungsforschung ist als Basis für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit in der Gerontopsychiatrie unerlässlich.

ZWISCHEN PSYCHOEDUKATION UND SUPPORT GROUP – SEMINARE FÜR ANGEHÖRIGE DEMENZIELL ERKRANKTER MENSCHEN

Barbara Lischka

Angehörigenberatung e.V., Fachberatung für pflegende Angehörige und Demenzberatung, Nürnberg

Zielsetzung/Fragestellung: Die emotionale Belastung von Angehörigen demenziell erkrankter Menschen soll verringert und ihre Handlungskompetenz in Bezug auf die Demenz soll gestärkt werden. Inwiefern sind psychoedukative Seminare hierbei eine sinnvolle und notwendige Ergänzung zu Beratung und Gesprächsgruppen?

Materialien/Methoden: Die psychoedukativen Seminare der Angehörigenberatung e.V. für Angehörige demenziell erkrankter Menschen verbinden Information (über Krankheitsbild, Diagnose und Therapie, Bedürfnisse demenzkranker Menschen, angepasste Kommunikation, Umgang mit konflikträchtigen Situationen etc.) mit Austausch in der Gruppe und dem Bezug auf die eigene Lebenssituation.

Ergebnisse:

Die Seminarteilnehmer

- erfahren einen hohen Grad emotionaler Entlastung,
- werden unterstützt und gestärkt in der psychischen Verarbeitung der demenziellen Erkrankung des Partners/eines Familienmitglieds.
- werden befähigt, ihr Kommunikations- und Rollenverhalten gegenüber der demenzerkrankten Person dem Krankheitsbild anzupassen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Seminare sind ein wichtiger Baustein in der Begleitung von Angehörigen demenziell erkrankter Menschen.

INTERDISZIPLINÄRES ZENTRUM FÜR ALTERSMEDIZIN

Bernd Meißnest

Abteilung Gerontopsychiatrie, LWL-Klinik Gütersloh

Die LWL-Klinik Gütersloh hält als psychiatrisches Fachkrankenhaus seit den 60er Jahren zudem drei somatische Abteilungen (Abteilung für Neurologie, Abteilung für Innere Medizin und Abteilung für Psychosomatik) vor. Die Zahl der älteren somatisch und psychiatrisch Erkrankten ist aus u. a. epidemiologischen Gründen in den letzten Jahren stetig gestiegen. Um diesem veränderten Bedarf auch in der stationären Versorgung gerecht zu werden, wurde an der LWL-Klinik zunächst im Rahmen einer Pilotphase eine interdisziplinäre Station geschaffen für dieses multimorbide somatisch und psychiatrisch erkranktes Klientel. Mit der weiteren Einführung einer zentralen, interdisziplinären Aufnahme und einem nun laufenden Gebäudeumbau werden die Strukturen für ein Zentrum für Altersmedizin realisiert, in dem dann der ältere Patient von den unterschiedlichen Disziplinen diagnostiziert und therapiert wird, ohne dass Verlegungen erforderlich sind.

QUARTIERS- UND STADTEILBEZOGENE VERSORGUNG ÄLTERER PSYCHISCH KRANKER MENSCHEN

Bernd Meißnest

Abteilung Gerontopsychiatrie, LWL-Klinik Gütersloh

Über viele Jahre ist im Kreis Gütersloh durch intensive Zusammenarbeit und Schaffung notwendiger Gremienlandschaft ein ambulantes Versorgungsnetz für die Betreuung älterer psychisch kranker Menschen entstanden. Hierzu gehören die ambulanten somatischen und psychiatrischen Hilfen (Pflege und Betreuung), die Beratungsangebote, die Begegnungsangebote, Tages-, Kurzzeit- und stationäre Pflegeangebote. Durch die enge Kooperation

und Koordinationsarbeit der Kommunen mit dem Kreis gelingt es, die Angebotsstruktur stadtteil- und quartiersbezogen zu betrachten und weiterzuentwickeln in Anlehnung an u.a. skandinavische Modelle.

DEMENZ: DYNAMIK IN DER GRUNDLAGENFORSCHUNG UND STAGNATION IN DER VERSORGUNG?

Heiner Melchinger

Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung, Klinik für Medizinische Rehabilitation und Geriatrie, Hannover

Zielsetzung/Fragestellung: Verbesserung von Früherkennung und Therapie demenzieller Erkrankungen durch Hausärzte war/ist ein zentrales Ziel der zahlreichen Forschungsprogramme zu Demenzen. Wurde dieses Ziel erreicht? Welche Barrieren stehen einer leitliniengerechten Behandlung von Demenzkranken entgegen?

Materialien/Methoden: Synopsen von neueren empirischen Arbeiten aus der Versorgungsforschung (Interviewstudien, Befragungsstudien, Analysen von statistischen Daten)

Ergebnisse: Die Versorgung von Demenzkranken ist nach wie vor durch erhebliche Defizite gekennzeichnet. Einer leitliniengerechten Behandlung von Demenzkranken stehen auf hausärztlicher Seite vielfältige Barrieren gegenüber. Herkömmliche Fortbildungsveranstaltungen zur Demenz sind nur bedingt tauglich, um Veränderungen des Behandlungsverhaltens zu erreichen. Die Zersplitterung der Versorgung auf unterschiedliche Kostenträger wirkt sich in der Versorgung von Demenzkranken besonders nachteilig aus.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Benötigt werden flächendeckende, regional organisierte und produktneutrale Fortbildungsangebote für Hausärzte, in denen ansetzend an die Erörterung von Behandlungsbarrieren praxistaugliche Diagnostik- und Behandlungskompetenzen vermittelt werden. In der Fortbildung sollten nicht-medikamentösen Behandlungsansätzen/-formen stärkere Beachtung gewidmet werden. Es muss erreicht werden, dass Hausärzte das Spektrum der regional vorhandenen Hilfeangebote für Demenzkranke/Angehörige kennen und bedarfsgerechte flankierende Hilfen systematisch in das ärztliche Behandlungsprogramm einbinden.

BELOHNUNGSASSOZIIERTES LERNEN ÜBER DIE LEBENSSPANNE

Thomas Mell^{1,2}, J. Wrase¹, F. Schlagenhaut¹, A. Beck¹, S.

Schulte^{1,2}, J. Gallinat¹, A. Heinz¹, M. A. Rapp^{1,2}

¹Charité Campus Mitte, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin; ²Gerontopsychiatrisches Zentrum, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin

Relevante Handlungsfolgen beeinflussen zukünftiges Verhalten beim Menschen. Hier zeigen sich über die Lebensspanne Unterschiede in der Salienz von Handlungsfolgen, aber auch in der Bedeutung von Gewinnen und Verlusten für adaptives Verhalten. Behavioral und mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (fMRT) konnten im Vergleich zu jungen Erwachsenen Unterschiede im Belohnungsassoziationslernen sowie unterschiedliche striatale Aktivitätsmuster bei der Verarbeitung von Belohnungsreizen im hohen Lebensalter nachgewiesen werden. Theoretische Modelle der Entwicklungspsychologie betonen jedoch Veränderungen in der Motivationsstruktur und im adaptiven Verhalten bereits für die Lebensmitte. Mittels fMRT untersuchten wir die Gehirnaktivität bei der Verarbeitung von Belohnungsreizen bei jungen (20–30 Jahre) und mittelalten (45–55 Jahre) gesunden Erwachsenen. Bei Belohnung, im Vergleich zu einer neutralen Kontrollbedingung, zeigte sich sowohl bei jungen als auch bei

mittelalten Erwachsenen eine striatale Aktivierung. Diese Aktivierung auf Belohnungsreize war jedoch bei den mittelalten Erwachsenen im Vergleich zu den jungen Erwachsenen reduziert. Darüber hinaus war die striatale Aktivität mit selbstberichteter Bedeutsamkeit der Belohnungsreize assoziiert. Unsere Befunde weisen darauf hin, dass die Verarbeitung von Belohnungsreizen bereits im mittleren Lebensalter eine Veränderung erfährt, die mit neurophysiologischen Veränderungen einhergeht. Insbesondere die Salienz von Belohnungsreizen könnte mit dem Alter abnehmen oder zumindest auf selektive Reize verschoben sein.

AMBULANTE VERSORGUNG GERONTOPSYCHIATRISCHER PATIENTEN DURCH DIE INSTITUTSAMBULANZ

Tomas Müller-Thomsen¹, Felix Wedegärtner²

¹Psychiatrische Klinik Uelzen; ²Medizinische Hochschule Hannover

Zielsetzung/Fragestellung:

- Untersuchung des Krankheitsspektrums und der Krankheitschwere von älteren Patienten, die durch eine Institutsambulanz behandelt werden.
- Untersuchung von Unterscheidungsmerkmalen von zu Hause bzw. im Heim lebenden Patienten hinsichtlich des Ausmaßes der Psychopathologie und der Kontaktfrequenz durch die Behandler.

Materialien/Methoden: Es wurden alle Patienten im Alter von =65 Jahren einer großen Krankenkasse, die im letzten Quartal 2006 durch unsere PIA behandelt wurden hinsichtlich der Fragestellung untersucht. Das Ausmaß der Störung wurde für alle Patienten durch den CGI ermittelt. Darüber hinaus erfolgte eine Einstufung durch Skalen störungsspezifisch: MMSE und NPI bei Patienten mit Demenz, GDS-15 und/oder MADRS bei Patienten mit depressiven Störungen und PANSS bei Patienten mit psychotischen Störungen.

Ergebnisse: Von insgesamt 711 Patienten, die im 4. Quartal 2006 durch unsere PIA behandelt wurden, waren 311 Patienten Mitglieder einer großen Krankenkasse, hiervon waren 131 =65 Jahre alt (42%). 79% lebten in einem Heim, 63% hatten eine rechtliche Betreuung. 62% hatten eine F0-, 5% eine F1-, 11% eine F2-; 18% eine F3- und 4% eine andere Störung als Erstdiagnose. Der CGI war bei 96% =5; bei 54% war der MMSE = 10; der NPI war bei 76% =15; in der GDS-15 hatten von 35 29=5 und 17=10 Punkte. In der MADRS hatten von 58 51=12 und 39=24 Punkte. In der PANSS hatten 93% 100 oder mehr Punkte. Patienten, die im Heim lebten war signifikant stärker gestört und hatten im Durchschnitt 4,2, die zu Hause Lebenden 3,6 Kontakte im Quartal (ANOVA F=1,37; p=0,24).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: In dem untersuchten Kollektiv ist das Ausmaß der Gestörtheit unabhängig von der Diagnose hoch. Erwartungsgemäß waren im Heim lebende Patienten psychopathologisch stärker beeinträchtigt.

Zur Diskussion: Die Betreuung von Patienten in Pflegeeinrichtungen durch Institutsambulanzen kann sinnvoll sein, um stationäre Behandlungen zu vermeiden, und wird notwendig, wenn eine Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte nicht in ausreichendem Maß erfolgen kann.

SPEZIFISCHER PHARMAKOTHERAPIE GERONTOPSYCHIATRISCHER PATIENTEN: »OFF-LABEL« ANWENDUNG UND ANDERE KONFLIKTFELDER

Gereon Nelles

Facharzt für Neurologie, Köln

Grundsätzlich dürfen in Deutschland Medikamente zu Lasten der Krankenkassen nur zur Behandlung derjenigen Erkrankungen

eingesetzt werden, für die ein Hersteller die arzneimittelrechtliche Zulassung erwirkt hat. In Neurologie und Psychiatrie hat es in den vergangenen Jahren einen deutlichen Zuwachs an Erkenntnissen zur Arzneimittelwirksamkeit aus qualitativ hochwertigen Studien gegeben. In vielen Fällen werden diese Ergebnisse aber nicht auf die behördlichen Zulassungen übertragen. Der zulassungsüberschreitende Einsatz von Arzneimitteln hat für Neurologen und Psychiater aber weitreichende Konsequenzen: Die kassenärztlichen Vereinigungen können den verschreibenden Arzt für eine Off-Label-Verordnung in Regress nehmen und die Kosten der Verordnung in voller Höhe zurückfordern. Zudem können sich haftungsrechtliche Konsequenzen ergeben. Hintergrund der Rechtssprechung zur Off-Label Anwendung ist vorrangig die Ausgabenbegrenzung der Arzneimittelkosten. Allerdings ist im Fach Neurologie/Psychiatrie (aber auch in anderen Disziplinen wie Onkologie oder Kinderheilkunde) die Off-Label-Anwendung von Arzneimitteln unverzichtbar. Eine nachhaltige Einschränkung der medikamentösen Therapiemöglichkeiten – trotz wissenschaftlicher Evidenz – betrifft z. B. die Behandlung von Kopfschmerzen, Spastik, MS und den Einsatz von retardiertem Methylphenidat sowie atypischer Neuroleptika. Eine Expertengruppe zum Off-Label im Fachbereich Neurologie/Psychiatrie erarbeitet derzeit im Auftrag des gemeinsamen Bundesausschusses Bewertungen und Empfehlungen zur Anwendung von Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Indikationsbereichs.

Ein weiteres Konfliktfeld ergibt sich durch die Liste der Analogpräparate (Me-too-Liste). In Europa entfiel nur ein kleiner Teil von 29% der Neuzulassungen auf echte Innovationen. Aus Sicht der kassenärztlichen Vereinigungen haben Analogpräparate daher einen erheblichen Anteil an den steigenden Arzneimittelkosten. Sobald das Richtgrößenvolumen einer Praxis überschritten ist, erfolgt ein Honorarabzug, wenn zu viele Me-too-Präparate verordnet wurden. Insbesondere für Spezialsprechstunden ist die Me-too-Liste eine schwerwiegende Einschränkung der Verordnungsfreiheit. Gleiches gilt auch für neurologisch-psychiatrische Praxen mit einem hohen Anteil an Verordnungen für atypische Neuroleptika. Atypika sind den konventionellen Neuroleptika weder in ihrem Rezeptorprofil noch in ihrer neurobiologischen Auswirkung analog. Gegenwärtig führt der Berufsverband Deutscher Nervenärzte intensive Verhandlungen mit den kassenärztlichen Vereinigungen, um insbesondere die Atypika-Verschreibung und die Behandlung von neuropathischen Schmerzen mit Pregabalin durch eine Korrektur der Me-too-Liste zu erleichtern.

»LASS DICH AUF MEINE ZEIT EIN!« – AUFBAUSCHULUNG ZUR ZEITLICHEN SYNCHRONISATION DER INTERAKTIONEN VON HELFERINNEN (NACH PFLEGELEISTUNGS-ERGÄNZUNGSGESETZ) UND MENSCHEN MIT DEMENZ

*Eva Maria Neumann
Fachhochschule Lausitz, Cottbus*

Aufgrund des überproportionalen Anstiegs des hochaltrigen Bevölkerungsanteils bei gleichzeitigem Schrumpfen der Gesamtbevölkerung bis 2050 fallen künftig mehr Betreuungsleistungen für Menschen mit Demenz an. Ehrenamtliche bzw. semiprofessionelle Angebote werden damit weiter an Bedeutung gewinnen.

Die ca. einwöchige Grundschulung ehrenamtlicher HelferInnen ist nur eine erste Einführung in das komplexe Feld; Aufbauschulungen müssen spezielle Kompetenzen vermitteln.

Aufbauend auf einem Grundlagenforschungsprojekt zur zeitlichen (De-)Synchronisation der Interaktion zwischen Menschen mit Demenz und ihren HelferInnen wird derzeit eine Aufbauschulung erprobt, für die »Eigenzeiten« Demenzkranker zu sensibilisieren.

PALLIATIVMEDIZIN UND GERONTOPSYCHIATRIE – HERAUSFORDERUNGEN UND STAND DES WISSENS

*Klaus Maria Perrar
Merzenich*

Der Vortrag wird die internationale Forschungslage und deren Ergebnisse darstellen sowie prinzipielle Herausforderungen in der hospizlichen und palliativen Begleitung von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase skizzieren.

ALTERN ALS NARZISSTISCHE KRISE UND DEPRESSION – EIN PSYCHODYNAMISCHER ZUGANG

*Meinolf Peters
Klinik am Hainberg, Bad Hersfeld*

Das Alter ist in der Vergangenheit vielfach als narzisstische Kränkung oder narzisstische Krise beschrieben worden. Diese klinisch plausible These soll in dem Vortrag unter psychoanalytischen Strukturgesichtspunkten näher beleuchtet werden, wobei insbesondere die Instanz des Ich-Ideals näher beleuchtet wird. Schon früh wurden in der Psychoanalyse Überlegungen über den Zusammenhang von Ich-Ideal und Depression angestellt, diese Überlegungen sollen hier aufgegriffen und auf das Alter bezogen werden. Damit kann ein psychodynamisches Verständnis mancher depressiver Erkrankungen Älterer gefunden werden, das auch therapeutische Zugangsmöglichkeiten eröffnet.

EPIDEMIOLOGIE BIPOLARER STÖRUNGEN IM ALTER UND ZUSAMMENHANG MIT DER ENTWICKLUNG DEMENZIELLER SYNDROME

*Andrea Pfennig
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität
Dresden*

Zielsetzung/Fragestellung: Bipolare Störungen sind schwerwiegende, oftmals ein Leben lang andauernde Erkrankungen. Die Schwere scheint mit dem Alter der Patienten nicht zu-, jedoch leider auch nicht abzunehmen. Die häufig vorliegende Komorbidität mit anderen psychiatrischen und mit somatischen Erkrankungen kompliziert die bei bipolaren Störungen ohnehin nicht ganz einfache optimale Versorgung der älteren Patienten. Zudem mehrten sich Hinweise auf ein mehrfach erhöhtes Risiko für demenzielle Erkrankungen bei Patienten mit bipolaren Störungen gegenüber der Allgemeinbevölkerung, welches differentialdiagnostische Bedeutung erlangen und Langzeit-therapeutische Strategien beeinflussen sollte.

Materialien/Methoden: Die aktuelle Evidenzlage zur Häufigkeit bipolarer Störungen im Alter und von mit ihr assoziierten klinischen Charakteristika wird präsentiert. Der Einfluss dieser Daten auf zukünftige Versorgungsstrategien und potentielle neuroprotektive Therapieansätze werden diskutiert.

MENSCHENWÜRDIGER UMGANG MIT DEMENZBEDINGTEM FEHLVERHALTEN

*Barbara Romero
Alzheimer Therapiezentrum der Neurologischen Klinik Bad Aibling*

Zielsetzung/Fragestellung: Optimierung des Umgangs von betreuenden Angehörigen mit demenzbedingtem Fehlverhalten.

Materialien/Methoden: Es werden anhand von Fallbeispielen psychoedukative Techniken demonstriert, die zum familienorientierten Rehabilitationsprogramm des Alzheimer Therapiezentrums (ATZ) Bad Aibling gehören.

Ergebnisse: Die vorliegenden Studienergebnisse belegen, dass Teilnahme von Familien (Demenzkranken und betreuenden Angehörigen) am Rehabilitationsprogramm im ATZ Bad Aibling zur Reduktion von neuropsychiatrischen Symptomen bei den Kranken und Depressivität und Belastungsgefühl bei den Angehörigen führt. Anhand von Fallbeispielen lässt sich zeigen, wie komplexe Interventionen zur Veränderung (Optimierung) des Umgangs mit Fehlverhalten beitragen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Ein angemessener, würdiger Umgang mit demenzbedingtem Fehlverhalten stellt für Betreuer eine Herausforderung dar. Es fehlen Studien, die eine entsprechende Anpassung des Verhaltens bei Angehörigen untersuchen würden. Wir zeigen Beispiele erfolgreicher Interventionen aus der klinischen Praxis.

»WENN'S IN DER BEZIEHUNG SCHMERZT« – PAARTHERAPIE IN DER ZWEITEN LEBENSHÄLFTE

Bernadette Ruhwinkel

Psychotherapiestation für ältere Menschen in der Klinik Schlosstal ipw, Winterthur

Längst sind auch Partnerschaften nach der Silberhochzeit nicht mehr sicher.

Über die Grenzen und Möglichkeiten der Paartherapie in der zweiten Lebenshälfte, die spezielle Beziehungsdynamik im Alterungsprozess sowie die besonderen Herausforderung der sich Therapeuten gegenüber sehen, wenn sie Paartherapie für ältere Menschen anbieten, soll in diesem Vortrag reflektiert werden. Dabei wird ein Fokus die schwierige Identitätsentwicklung in diesem Lebensabschnitt sein, welche zwar stärker intrapsychisch, aber nicht weniger komplex als die adoleszente Entwicklung ablaufen kann. Die Sensibilität der Therapeuten für diese schwierigen Entwicklungsaufgaben ist eine wichtige Voraussetzung um Paare in diesem Lebensabschnitt sinnvoll zu unterstützen. Am Beispiel einer Paartherapie wird ein solcher möglicher Entwicklungsprozess beleuchtet.

JENSEITS VON SEKTOREN, SÄULEN UND SEGMENTEN – DEMENZVERSORGUNG NEU DENKEN

Susanne Schäfer-Walkmann¹, Dorothee Deterding²

¹Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart, Institut für angewandte Sozialwissenschaften, Steinbeis Innovation gGmbH an der DHBW Stuttgart; ²IfaS, Stuttgart

Zielsetzung/Fragestellung: Das Modellvorhaben »Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern« (IDOB) hat zum Ziel, in den Modellregionen München-Ost (städtische Region) und Berchtesgadener Land (ländliche Region) eine am individuellen Versorgungsbedarf der Demenzkranken ausgerichtete engmaschige und aufeinander abgestimmte Versorgung durch einen Versorgungsverbund aufzubauen, weiterzuentwickeln und diesen Prozess zu evaluieren. Bei positiven Evaluationsergebnissen ist die langfristige Sicherung der vernetzten Versorgungsstrukturen im Versorgungssystem im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung für Menschen mit demenziellen Erkrankungen beabsichtigt.

Die Laufzeit der Modellerprobung beträgt 23 Monate (01.04.2008–28.02.2010). Projektpartner sind: Isar-Amper-Klinikum gGmbH, Inn-Salzach-Klinikum gGmbH, Kliniken des Bezirks Oberbayern – Kommunalunternehmen, Managementholding gGmbH, Projektverein gGmbH; hinzu kommen Kooperationspartner in der Demenzversorgung.

Materialien/Methoden: Das Evaluationsvorhaben ist als gesundheitsökonomische Implementierungsstudie angelegt. Die wissenschaftliche Begleitforschung ist darauf ausgerichtet, durch eine

Kombination quantitativer und qualitativer sozialwissenschaftlicher Datenerhebungsmethoden belastbare Ergebnisse zu gewinnen, die Erkenntnisse über Erfolge in der integrierten Versorgung Demenzkranker, Veränderungen in der Versorgungsqualität, förderliche und hemmende Transferparameter, Stadt-Land-Unterschiede sowie die Kostenstruktur liefern.

Zwischenergebnisse

Begünstigende Transferparameter:

- Eine Integrierte Demenzversorgung wie IDOB setzt an vorhandenen Versorgungsstrukturen an und entwickelt regionale Versorgungsstrukturen weiter.
- IDOB schließt eine zentrale Versorgungslücke in der Demenzversorgung: die fehlenden aufsuchenden Hilfen.
- Auf der individuellen Ebene ist zumindest bei Behandlungsbeginn ein professionelles Case-Management die Schlüsselvariable!
- Finanzielle Ressourcen sind für den Erfolg des Verbundaufbaus und die Inanspruchnahme von Angeboten entscheidend.
- Auf der strukturellen Ebene ist das Verbundmanagement die Schlüsselvariable.

Hemmende Transferparameter:

- Als problematisch erweist sich in beiden Modellregionen, dass die VerbundärztInnen aufgrund ihrer Anbindung an die psychiatrischen Kliniken und die Tätigkeit in der Institutsambulanz von den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen als Konkurrenz gesehen werden.
- In beiden Modellregionen haben sich fehlende Fahrdienste bzw. die fehlende Übernahme dieser Kosten als Hemmnis für eine Inanspruchnahme von Dienstleistungen herausgestellt.
- Eine Besonderheit von IDOB ist die Verbindung von Case- und Verbundmanagement in Personalunion. Dabei wurde die Komplexität der Aufgaben deutlich unterschätzt.
- In diesem Zusammenhang ist ebenfalls offensichtlich, dass die zu versorgende PatientInnenmenge von 100 DemenzpatientInnen pro Modellregion von einer Person nicht leistbar ist.
- Die Vereinigung von Case- und Verbundmanagement in einer Person, wie es bei IDOB der Fall ist, verlangt ein hohes Maß unterschiedlichster Kompetenzen. Die Funktion des Case-Managements wird in verschiedenen Ausbildungsgängen curricular bearbeitet. Was fehlt, sind Qualifizierungsmöglichkeiten für ein professionelles Verbundmanagement bzw. weitergehend für eine professionelle Versorgungsgestaltung.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Gerade im Falle schwieriger gesundheitlicher Versorgungslagen, wie sie eine Demenzerkrankung darstellt, zeigen sich allzu deutlich die Grenzen von Marktlogiken und die Brüchigkeit des Gesundheitssystems. Das »Leuchtturmprojekt Demenz« – Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern führt eindringlich die Vielschichtigkeit und Komplexität moderner Versorgungsproblematiken vor Augen: Soziale Hilfe und Unterstützung ist nur dann zielgerichtet und wirkungsvoll, wenn sie sowohl die individuelle Lebenslage und den Unterstützungsbedarf berücksichtigt als auch die entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten im System auszuloten vermag und darüber hinaus in regionalen Versorgungsstrukturen vernetzt ist.

Demenzversorgung integriert denken bedeutet zunächst, in einem wettbewerblich strukturierten Gesundheitswesen Position für die PatientInnen zu beziehen und mitzuhelfen, wirkende Mechanismen aufzudecken, um dann in einem nächsten Schritt an den Schnittstellen und Sektorengrenzen zu vermitteln und praktikable Wege für eine konstruktive Zusammenarbeit aufzuzeigen. Hierfür ist IDOB ein Referenzmodell erster Güte, da in ganz unterschiedlichen Modellregionen dieser Schritt hin zu einer konzertierten Zusammenarbeit im Versorgungsverbund gewagt wird.

Die Stärke der Modellerprobung liegt in der Verstärkung der konzeptionellen Elemente auf allen Ebenen: in der hochwertigen

medizinischen und psychosozialen Begleitung der PatientInnen und deren Angehörigen in einer schwierigen Lebenssituation ebenso wie in der kontinuierlichen Netzwerkkonfiguration und einer strukturellen Verankerung im Gemeinwesen. Um diese Versorgungsnotwendigkeiten auch in einem realistischen Finanzierungsmodell abzubilden, bedarf es einer konzertierten Zusammenarbeit unterschiedlicher Kosten- und Leistungsträger (Krankenkassen, Pflegekassen, Bezirk, Kommune).

NEUE THERAPIEANSÄTZE DER ALZHEIMER-ERKRANKUNG

Anja Schneider

Gedächtnisambulanz, Universitätsmedizin Göttingen

Die Alzheimer-Erkrankung ist histopathologisch durch Proteinaggregate gekennzeichnet. Die extrazellulären amyloiden Plaques und intrazellulären paarigen helikalen Filamente entstehen durch Aggregation des Amyloid- β Peptids bzw. des Tau-Proteins. Insbesondere die Produktion und Aggregation von Amyloid- β wird mit dem fortschreitenden Verlust von Nervenzellen in Verbindung gebracht. Therapeutisch wird deshalb versucht, Entstehung und Aggregation des Amyloid- β zu verhindern. Amyloid- β entsteht nach Spaltung des Amyloid-Vorläufer-Proteins APP durch die beiden Enzyme α - und β -Sekretase. Die β -Sekretase schneidet APP in Kompartimenten innerhalb der Zelle, die durch konventionelle Hemmstoffe kaum erreichbar sind. Wir haben deshalb Inhibitoren der β -Sekretase mit einem Lipidanker gekoppelt, der dazu führt, dass sich der Inhibitor in Cholesterin- und Sphingolipid-reichen Membrandomänen an der Zelloberfläche anreichert. Von dort wird er in diejenigen Kompartimente der Zelle transportiert, in denen die toxische Spaltung von APP durch β -Sekretase erfolgt. Hemmstoffe mit Lipidanker zeigen sich in Tiermodellen gegenüber dem ungekoppelten Inhibitor um ein Vielfaches überlegen. Die Herstellung von Pharmaka mit Zielsignalen ist ein neuartiger Ansatz, der therapeutische Perspektiven auch über die Alzheimer-Erkrankung hinaus eröffnet.

Weitere experimentelle Therapieverfahren der Alzheimer-Erkrankung, wie β -Sekretase-Inhibitoren, Statine, NSAIDs und Immunotherapie, werden diskutiert.

ZUR ROLLE VON PATIENTENVERFÜGUNG UND BETREUNGSVOLL-MACHT BEI DEMENZ

Bärbel Schönhof

Rechtsanwaltskanzlei Schönhof, Bochum

Zielsetzung/Fragestellung: Die Demenzerkrankung bringt es mit sich, dass die Betroffenen ihr Leben mit fortschreitender Krankheit immer weniger überblicken und eigenständig regeln können. Der Verlauf der Krankheit, die damit verbundene psychische und physische Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen führt häufig dazu, dass der Gedanke, dass eine Demenzerkrankung einschneidende juristische Auswirkungen haben kann, gar nicht aufkommt oder gleich wieder verdrängt wird, nach dem Motto: »Darum müssen wir uns auch irgendwann einmal kümmern«. In vielen Fällen ist es dann jedoch zu spät.

Rechtzeitige rechtliche Vorsorge bedingt die größtmögliche Wahrung der Selbstbestimmung bei Demenzerkrankungen. Die Instrumente der Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung geben die Möglichkeit, auch mit einer Demenzerkrankung ein Leben nach eigenen Vorstellungen, ohne Fremdbestimmung, möglichst lang führen zu können. Der Vortrag wird diese Möglichkeiten erläutern, jedoch auch auf die rechtliche Problematik der Wirksamkeit dieser Verfügungen bei Demenzerkrankungen eingehen.

TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE UND ASPEKTE DER SEELISCHEN GESUNDHEIT PSYCHISCH KRANKER ÄLTERER MIGRANTINNEN

Meryam Schouler-Ocak, Marion Aichberger, Michael A. Rapp,

Andreas Heinz

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Zum ersten Mal wurden »Personen mit Migrationshintergrund« vom Statistischen Bundesamt 2006 in dem Mikrozensus 2005 erfasst, in der sogenannten »kleinen Volkszählung«, in der ein genaueres Bild der Vielfalt der Bevölkerung in Deutschland wiedergegeben und die ungenauen »Ausländerstatistiken« abgelöst wurden. Dem Mikrozensus zufolge lebten 2005 rund 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Deren Anteil an der Gesamtbevölkerung ist mit knapp 19% fast doppelt so hoch wie der Anteil der bisher erfassten Ausländer, die 9% der Gesamtbevölkerung ausmachen. Zudem wird berichtet, dass insgesamt ca. 200 verschiedene Ethnien und wesentlich mehr Menschen aus verschiedenen kulturellen Kontexten mit unterschiedlichen Erklärungsmodellen und Behandlungserwartungen bezüglich Krankheiten in Deutschland leben. Über 2,6 Mio Menschen mit Migrationshintergrund sind bereits über 55 Jahre alt und tauchen zunehmend auch im Bereich der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie auf. Diese bilden keine homogene, sondern eine sehr heterogene Gruppe dar, auf die sich einzustellen gilt. Im Beitrag soll ein Überblick zur Transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie und Aspekte der seelischen Gesundheit psychisch kranker älterer Menschen mit Migrationshintergrund gegeben werden.

DER KÖRPER IN DER PSYCHOTHERAPIE IM ALTER

Christiane Schrader

Dreieich

Körper und Körperlichkeit werden in der Psychotherapie z.Z. generell stärker in den Blick genommen. Auch in der Psychotherapie im Alter führt diese Perspektive weit über die Berücksichtigung der häufig anzutreffenden »Multimorbidität« hinaus. Vielfältige psychische Funktionen der Körperlichkeit und körperlicher Symptome werden aus der Sicht der psychoanalytischen Praxis skizziert, und es wird beispielhaft ausgeführt, wie auch im Alter das körperliche Ich in der therapeutischen Beziehung in Szene gesetzt wird.

INDIVIDUELLE UND GESELLSCHAFTLICHE VERANTWORTUNG FÜR DIE LEBENSQUALITÄT DEMENZKRANKER MENSCHEN

Klaus-Peter Schwitzer

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Der Sechste Altenbericht der Bundesregierung beschäftigt sich mit dem Thema »Altersbilder in der Gesellschaft«. Inhaltlich knüpft er an den Vierten wie auch an den Fünften Altenbericht an und führt diese in spezifischer Hinsicht weiter. Während im Vierten Altenbericht »Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen« die Verletzlichkeit des Alters im Vordergrund stand, wurden im Fünften Altenbericht die Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft thematisiert. Werden die Themen des Vierten und des Fünften Altenberichts zusammen betrachtet, so wird die Notwendigkeit einer differenzierten Sicht auf das Alter deutlich. Dabei wird davon ausgegangen, dass Menschen in allen Lebensabschnitten, also auch im hohen Lebensalter als handelnde Personen anzusehen sind, die ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben anstreben. Diese grundsätzliche Über-

zeugung gilt auch für demenziell erkrankte ältere Menschen, wobei hier die Unterstützung und Begleitung in Abhängigkeit von den Kompetenzen der betroffenen Personen gestaltet werden muss. Präventive, kurative, pflegerische und psychosoziale Interventionen können eine Minimierung von Risiken im Alter bewirken und Elemente für ein gutes Leben im Alter bereitstellen. Dazu bedarf es aber eines solidarischen gesellschaftlichen Klimas und verlässlicher gesellschaftlicher Rahmenbedingungen: Nicht allein die individuelle Verantwortung für Lebensqualität im hohen Alter ist gefordert, sondern auch gesellschaftliche und staatliche Daseinsvorsorge.

RABATT(VERTRÄGE) – WO SEHEN WIR DIE ENDLICHKEIT – UND WAS KOMMT DANN?

Rainer Seiler

Vertriebsleiter ratiopharm GmbH, Ulm

Das deutsche Gesundheitssystem gehört weltweit sowohl zu den leistungsfähigsten als auch teuersten. Eine Effizienzsteigerung in der Gesundheitsversorgung hat angesichts der Demographie, des medizinischen Fortschritts und der prognostizierten Kostenentwicklung höchste Priorität. Dabei sind vor allem die Überwindung der Sektoren und professionelles Schnittstellenmanagement wirksame Hebel zur Verbesserung der vielfach beschriebenen Schwachstellen im deutschen Gesundheitswesen. Es ist daher an der Zeit, konkrete Ideen zur Verbesserung der Schnittstelle ambulant-stationär, für fach- und berufsfeldübergreifende Kommunikation und Koordination oder zur Optimierung der Chronikerversorgung in neuen Versorgungsmodellen umzusetzen.

Die Finanzierung der erhöhten Versorgungsqualität wird in integrierten Versorgungssystemen zu einem großen Teil durch Einsparungen zum Beispiel durch Reduktion von Folgeerkrankungen oder Komplikationen und durch eine rationale Arzneimitteltherapie gewährleistet. Rabattverträge nach §130a SGB V bieten pharmazeutischen Unternehmen konkrete Möglichkeiten zur Kooperation mit innovativen Versorgungsmodellen. Neben dem Effizienzpotenzial durch einen abgestimmten, an Leitlinien orientierten Einsatz von Arzneimitteln können die Rabatte der Rabattvertragspartner Spielraum für die Vergütung der Leistungserbringer ermöglichen.

Bedauerlicherweise sind Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern bislang fast ausschließlich auf reine Kostensenkung reduziert. Es geht dabei kaum um die notwendige Versorgungsoptimierung. Rabattverträge sind allerdings nur dann sinnvoll, wenn sie die Versorgungsqualität für die Patienten insbesondere im Bereich der Medikationssicherheit und Therapietreue verbessert wird.

Die derzeit praktizierten Wirkstoffausschreibungen werden diesem Anspruch nicht gerecht. Sie erzielen lediglich für die Krankenkassen einen kurzfristigen ökonomischen Vorteil. Dieser darf allerdings nicht zu Lasten der Versorgungsqualität der Patienten gehen. Für die Arzneimittelindustrie, insbesondere für die deutschen Generikaunternehmen, führen Ausschreibungen auf Wirkstoffebene, die allein auf den niedrigsten Preis abzielen, zu einem noch nie dagewesenen Unterbietungs- und Verdrängungswettbewerb. Teilweise erhalten Unternehmen nur dann Zuschläge, wenn sie Preise im Bereich der Grenzkosten oder sogar darunter bieten.

SCHMERZ UND DEMENZ/TEIL 1: DIAGNOSTIK UND ERFASSUNG

Erika Sirsch

Private Universität Witten/Herdecke

Bei der Schmerzerfassung und -einschätzung gilt die Empfehlung, dass die Selbstauskunft Vorrang vor der Fremdeinschätzung hat.

Bei Menschen mit Demenz stößt dieses Vorgehen allerdings oft an seine Grenzen, eine Fremdeinschätzung von Schmerz erfordert eine systematische Beobachtung und Interpretation der erfassten Informationen. Der Vortrag skizziert das interdisziplinäre Vorgehen zur Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz und zeigt Handlungsansätze auf.

Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen zeigen oft Verhaltensweisen, die z.B. als herausforderndes Verhalten der Demenz geschuldet sind, aber ihren Ursprung in nicht ausreichend erkannten und damit nicht suffizient behandelten Schmerzzuständen haben (Zwakhalen et al. 2006). Schmerz kann nur dann ausreichend therapiert werden, wenn er zuvor erfasst wurde. Menschen die ihrer Situation nicht selber Ausdruck verleihen können, brauchen ein »Gegenüber«, das ihnen den Schmerz zugesteht und ihr Verhalten ggf. als Schmerzäußerung interpretiert. Personen ohne Demenz erhalten, im Vergleich zu den Personen mit Demenz, z.B. nach einer Oberschenkelhalsfraktur die dreifache Dosis an Morphinäquivalenten (Morrison & Siu, 2000). In den letzten Jahren sind mehrere Schmerzeinschätzungsinstrumente zur Fremdeinschätzung bei Menschen mit Demenz veröffentlicht worden (Basler et al., 2006; Fischer, 2007). Deren Einsatz erfordert allerdings fachliche Expertise. So muss der Entscheidung für eine Fremd- oder Selbsteinschätzung von Schmerz ein Screening zur kognitiven Situation vorausgehen.

DESIDERATA AUS NEUEN FORSCHUNGSERGEBNISSEN ÜBER BETROFFENE MIT DEMENZ IM FRÜHSTADIUM

Doris Sowarka

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Medizinische Fortschritte bei der Früherkennung von Demenzen und sozialwissenschaftliche Erkenntnisse aus qualitativen Studien zur Krankheitsbewältigung von Betroffenen erfordern neue Sichtweisen über die bedarfsorientierte Unterstützung in den Anfangs- und Frühstadien. Der Erkenntnisstand aus qualitativen Studien zeigt hierzu, dass Betroffene im Frühstadium bei der Bewältigung ihrer krankheitsbedingten Probleme mehr Stärken zeigen als bislang angenommen. Dieser Wissensstand spielt in der öffentlichen Berichterstattung bislang keine Rolle, so dass die pessimistischen Krankheitsportraits von Demenzerkrankungen mit negativen Auswirkungen für die Betroffenen überdauern.

SUIZIDALITÄT IM ALTER IN DER INTERNISTISCHEN KLINIK

Uwe Sperling

IV. Medizinische Universitätsklinik mit Schwerpunkt Geriatrie, Universitätsmedizin Mannheim

Bei einem nennenswerten Teil alter Menschen erfährt der Lebenswille, wie mehrere repräsentative Studien belegt haben, Beeinträchtigungen. Wie häufig und in welchem Grad kommen Todeswünsche in der internistischen Klinik vor? Was sind Charakteristika Betroffener und nicht Betroffener? Wie unterscheiden sich unterschiedliche Grade der Suizidalität in Bezug auf ihren jeweiligen Kontext, in dem sie auftreten? Wie stabil oder veränderlich sind suizidale Äußerungen, und welche Zusammenhänge spielen dabei eine Rolle?

Innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten erfolgte ein Screening von 138 Patienten einer geriatrischen Akutklinik. Anschließend wurden mit 37 Personen, von denen 16 der Fall- und 21 der Kontrollgruppe zugewiesen wurden, jeweils zwei eingehende Interviews im Abstand von einer Woche durchgeführt. Suizidalität wurde in fünf Dimensionen von Gedanken, dass das Leben nicht lebenswert ist, bis hin zum Suizidversuch operationalisiert. Soziodemographische, psychosoziale und medizinische Variablen wurden erhoben.

36% der Befragten berichteten Todeswünsche, Suizidgedanken, -pläne oder -versuche im vergangenen halben Jahr. Am häufigsten waren der Wunsch, tot zu sein, und das Erleben des Lebens als nicht lebenswert. In der Fallgruppe spielten einerseits erhöhte Depressivität, Verdacht auf kognitive Beeinträchtigungen und schlechtere Gesundheit eine Rolle, andererseits das subjektive Erleben von geringer Hoffnung, weniger Zufriedenheit, stärkerer Belastung und des Gefühls, anderen zu Last zu fallen. Die Fallgruppe berichtete fast ausnahmslos, dass sie den Tod als befriedigenden Zustand ansieht. Die suizidalen Äußerungen erwiesen sich bei der Hälfte der Befragten im Zeitraum von einer Woche als stabil oder nahmen weiter zu, bei der anderen Hälfte gingen sie zurück. Die Assoziation mit unterschiedlichen Kontextvariablen ermöglicht es, Hinweise für das bessere Erkennen einer suizidalen Problematik und differenzierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung abzuleiten.

LINE ORIENTATION TEST ZUR BESTIMMUNG VISUOSPATIALER STÖRUNGEN BEI UNTERSCHIEDLICHEN DEMENZEN UND SCHWEREGRADEN

K. C. Steinwachs

Institut für Psychogerontologie Universität Erlangen Nürnberg – Praxis Nürnberg

Für die Diagnose einer Demenz werden neben der Gedächtnisstörung weitere nicht mnestiche kognitive Störungen gefordert. Die gebräuchlichen Screening-Instrumente stellen daher eine Kombination aus Merk- und Gedächtnistests und Tests zur Erfassung räumlich-konstruktiver Störungen dar. Im klinischen Alltag gelangt meist der MMST in Kombination mit dem Uhrentest zum Einsatz.

Beide Tests verlangen von dem Patienten die Fähigkeit, räumliche Figuren abzuzeichnen oder eine Uhr aus der Erinnerung zeichnen zu können.

Der Uhrentest (UZT) kann aufgrund sehr unterschiedlicher neuropsychologischer Störungen verändert sein. Dabei sind die räumlich-konstruktiven Störungen schwerer zu trennen von Störungen der Exekutivfunktion. Gerade bei der Demenz vom Alzheimer Typ finden sich in der Bildgebung frühe Veränderungen in der parietookzipitalen Übergangszone des Kortex. Dieser Ort ist für die Funktion visuospatialer und konstruktiver Funktionen verantwortlich. In der folgenden Untersuchung wurde der Linienorientierungstest aus der Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status RBANS (*Randolph*, 1998) bei unterschiedlichen Demenzformen und Schweregraden als Screeninginstrument angewendet. Der Line Orientation Test besteht aus 10 Items und dauert 5 Minuten. Das Verfahren bietet sich daher als Kurztest an. Bei diesem Test hat der Patient zu den zwei Linien, die einen unterschiedlichen Winkel bilden, die jeweils richtigen beiden Linien aus 13 weiteren Linien auszuwählen, die fächerförmig in einem Halbkreis zur Auswahl angeboten werden. Es bedarf keiner zeichnerischen Fähigkeiten, um den Test bewältigen zu können. Dieser Test wurde bei 48 Patienten mit unterschiedlichen Demenzformen und Schweregraden der Demenz eingesetzt. Die ersten statistischen Auswertungsergebnisse werden präsentiert. Bereits leicht kognitiv beeinträchtigte Patienten zeigen Auffälligkeiten. Der Test wird zur Zeit in klinischen Prüfungen zum Nachweis der Wirksamkeit neuer Antidementiva eingesetzt.

QUALITÄTSSICHERUNG DURCH GERONTOPSYCHIATRISCHE FALLARBEIT

Wilhelm Stuhlmann

Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW, Gerontopsychiater, Erkrath

Studien belegen, dass Pflegende in der gerontopsychiatrischen Versorgung, Betreuung und Pflege einen erhöhten Informationsbedarf haben und deshalb auf einen effizienten Informationsfluss angewiesen sind. Traditionelle Übergaben oder Besprechungen erscheinen hier oft nicht ausreichend in Struktur und Umfang, um dies sicherzustellen. Die Einführung von gerontopsychiatrischen Fallbesprechungen ist auch erforderlich, um den aktuellen Qualitätskriterien des GKV-Spitzenverbandes vom November 2008 zu entsprechen.

So kann sichergestellt werden, dass alle Bezugspersonen den gerontopsychiatrisch veränderten Bewohner gleich verstehen und einschätzen. Ebenso geht es um die Abstimmung von Umgangsstrategien im Alltag und bei Krisensituationen. Gerontopsychiatrische Fallbesprechungen unterstützen wesentlich eine differenzierte Pflegeplanung.

Im Vortrag werden die Grundlagen von Fallbesprechungen, die Methodik, der Ablauf, die Entwicklung von Lösungsstrategien und die Probleme deren Umsetzung in den Pflegealltag (Pflegeplanung) diskutiert.

ZUR CHARTA DER RECHTE HILFE- UND PFLEGEBEDÜRFTIGER MENSCHEN

Daniela Sulmann

Leitstelle Altenpflege im DZA, Berlin

Mit der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, kurz »Pflege-Charta«, liegt ein Rechkatalog vor, in dem bestehende Rechte, beispielsweise das Recht auf Selbstbestimmung und Fürsorge, Privatheit, Beratung, Kommunikation und Teilhabe konkretisiert werden. Artikel 1 gibt z. B. Anhaltspunkte, wie sich das Recht auf Selbstbestimmung auch für Menschen mit einer Demenz zu zeigen hat.

Mit der Charta soll die Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen verbessert und ihre Position als Verbraucherinnen und Verbraucher gestärkt werden. Sowohl ihnen als auch den Akteuren im Bereich Pflege soll sie ein Maß für die Beurteilung der Qualität der Hilfe- und Pflegeleistungen sein.

In Institutionen wird die Charta mittlerweile eingesetzt, um eine wertorientierte Qualitätsentwicklung voranzubringen, auch hat die Charta Eingang in Gesetze gefunden, und sie dient als normative Grundlage für die Bewertung von Ergebnisqualität. Nun gilt es, die Charta vermehrt auch bei den Bürgerinnen und Bürgern bekannt zu machen.

ADHS IM ALTER – EINE DIAGNOSE IN DER GERONTOPSYCHIATRIE?

Tillmann Supprian

Abt. Gerontopsychiatrie, LVR-Klinikum Düsseldorf

Zielsetzung/Fragestellung: Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bleiben bei einem hohen Anteil von Menschen über das Kindes- und Jugendalter hinaus bestehen und rechtfertigen die Diagnose eines ADHS im Erwachsenenalter. Typisch für das ADHS im Erwachsenenalter ist eine Rückbildung der motorischen Hyperaktivität bei Persistenz der Aufmerksamkeitsstörung sowie deutlicher hervortretende affektive Symptome und desorganisiertes Verhalten. Die pathoplastischen Effekte des Alterns sind weitgehend unverstanden. Der Übertritt von Kindheit und Jugend ins Erwachsenenalter führt bei

ca. 40% der Betroffenen zu einer Konsolidierung einer ADHS-Symptomatik. Das Älterwerden geht hier also möglicherweise mit einem Reifungsprozess einher, der sich positiv auf die ADHS-Symptomatik auswirkt. Es ist aber unklar, welchen Einfluss die weitere Alterung nach dem Fortbestehen der ADHS-Symptomatik in das Erwachsenenalter hat. Es gibt Gründe anzunehmen, dass die ADHS-Symptomatik bis in das hohe Alter erhalten bleiben kann. In der Gerontopsychiatrie spielt die Diagnose eines ADHS bislang keine nennenswerte Rolle. Es ist aber davon auszugehen, dass auch im gerontopsychiatrischen Patientenspektrum Menschen mit einer persistierenden ADHS-Symptomatik anzutreffen sind. Nur wird wahrscheinlich nicht gezielt daraufhin untersucht und spontan werden typische Symptome und anamnestic Hinweise von den Betroffenen nicht vorgebracht. Zur Zeit der Kindheit von Menschen, die heute in gerontopsychiatrischen Einrichtungen behandelt werden, war die ADHS als spezifisches Störungsbild nicht bekannt, und es herrschten völlig andere pädagogische sowie soziokulturelle Rahmenbedingungen als heute.

Materialien/Methoden: In einer ersten explorativen Untersuchung werden die Probanden über die Seniorenbegegnungsstätten der Stadt Düsseldorf (sog. »Zentren plus«) kontaktiert. Es werden ca. 200 Menschen im Alter >60 Jahre untersucht. Einschlussvoraussetzung ist ein MMST >26 Punkte. Nach einem kurzen freien Interview zur Erfassung biographischer Daten erfolgt das Wender-Rheimherr-Interview, die Bearbeitung der WURS-k und des ADHS-SB.

Ergebnisse: Obwohl die Untersuchung noch nicht abgeschlossen werden konnte, steht schon jetzt fest, dass auch in einer Population von Menschen >60 Jahre typische ADHS-Patienten identifiziert werden können. Vermutlich wird sich im Vergleich zu jüngeren Populationen ein höherer Anteil von weiblichen Betroffenen finden. Dieses liegt einerseits sicher an der gewählten Stichprobe, die eindeutig einen höheren Anteil weiblicher Besucher in den Begegnungsstätten zeigte. Andererseits ist die höhere Gesamtmortalität männlicher Individuen zu berücksichtigen, die zu einer Verschiebung des Geschlechterverhältnisses im hohen Alter führt. Darüber hinaus ist zu fragen, ob die Mortalität von männlichen ADHS-Patienten (Risikoverhalten und Unfälle, Komplikationen bei komorbiden Abhängigkeitserkrankungen usw.) diese Geschlechtsunterschiede der Prävalenz im hohen Alter noch verstärkt.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter sollte auch in der Gerontopsychiatrie Berücksichtigung finden und rechtfertigt eine gezielte Exploration nach ADHS-typischer Symptomatik im Kindes- und Jugendalter. Es ist davon auszugehen, dass sich in Kollektiven von älteren Patienten mit Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und affektiven Erkrankungen Menschen finden, bei denen sich retrospektiv eine in das Erwachsenenalter persistierende ADHS-Symptomatik identifizieren lässt.

BIOMARKER GESTÜTZTE DIAGNOSTIK BEI DEMENZEN – NEUROIMAGING

Stefan Teipel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität
Rostock

Bildgebende Verfahren haben bereits heute eine große Bedeutung bei der Diagnose und Differentialdiagnose demenzieller Syndrome durch den Ausschluss sekundärer Demenzursachen. Darüber hinaus erlaubt die kraniale Bildgebung die Darstellung von spezifischen Positivmarkern, die eine frühe Diagnose sowie die Abgrenzung verschiedener Demenzerkrankungen unterstützen können. Diese Positivmarker sind bisher kaum in der breiten klinischen Versorgung etabliert, finden aber heute bereits Anwen-

dung in klinischen Studien und im Rahmen der Diagnostik an universitären Zentren.

Am breitesten verfügbar, neben der kranialen CT-Untersuchung, ist die kraniale strukturelle MRT, deren diagnostische Aussagekraft durch die Anwendung einfacher semiquantitativer Skalen verbessert werden kann. Darüber hinaus stehen manuelle und automatisierte volumetrische Verfahren zur Verfügung, die bei klinischen Risikopersonen die Genauigkeit der Vorhersage der Konversion in ein demenzielles Syndrom bei Alzheimerkrankheit über die neuropsychologische Testung hinaus deutlich erhöhen können. Die manuelle Volumetrie des Hippocampus wird derzeit in nationalen und internationalen multizentrischen Netzwerkstudien auf ihre Praxistauglichkeit hin untersucht, technisch komplexere, in der Anwendung aber weniger aufwendige automatisierte Auswerteverfahren verlassen derzeit das experimentelle Anwendungsstadium an einzelnen Expertenzentren und werden in naher Zukunft auch multizentrisch evaluiert werden. Eine besondere Rolle spielen hierbei neue multivariate Klassifikationsverfahren, z. B. auf der Basis selbstlernender neuronaler Netzwerke.

Mit dem neuartigen MRT-basierten Verfahren des Diffusionstensorimaging (DTI) lässt sich am Lebenden die Beeinträchtigung der Integrität neuronaler Fasersysteme im Gehirn darstellen. Erste Studien haben begonnen, dieses neue Verfahren auf seine diagnostische Wertigkeit bei Demenzerkrankungen hin zu untersuchen. Eine endgültige Beurteilung dieses Verfahrens als diagnostischer Marker ist derzeit aber noch nicht möglich. Von Seiten der funktionellen Bildgebung gilt seit langem die Positronenemissionstomographie (PET) mit 18Fluordeoxyglukose (FDG) als Goldstandard der In-vivo-Diagnostik. Nachteil dieses Verfahrens sind die hohen Kosten und die eingeschränkte Verfügbarkeit. Durch die Entwicklung neuartiger PET-Marker, die die Darstellung von alzheimer-typischen Amyloidplaques beim lebenden Menschen erlauben, wird der Stellenwert der PET als Frühdiagnostikmarker weiter zunehmen. Derzeit sind die Amyloidmarker aber noch nicht für die klinische Anwendung in der Routinediagnostik verfügbar.

In der Zusammenschau gibt es eine Reihe struktureller und funktioneller bildgebender Verfahren, die die Frühdiagnose und die Differenzialdiagnose demenzieller Syndrome verbessern können und somit Grundlage für eine frühere und bessere Behandlung der Patienten bieten. Wesentliches Kriterium der Beurteilung muss dabei immer der zusätzliche Nutzen sein, den das bildgebende Verfahren über eine differenzierte klinische und neuropsychologische Diagnostik hinaus beitragen kann.

ALTERSBILDER UND GESUNDHEIT: BEFUNDE AUS DEM DEUTSCHEN ALTERSSURVEY

Clemens Tesch-Römer, Susanne Wurm

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Ältere Menschen neigen nicht selten dazu, Symptome und körperliche Einschränkungen nicht auf Krankheiten zurückzuführen, sondern auf ihr Alter. Altersbilder, also Vorstellungen vom Älterwerden und Altsein, können erhebliche Konsequenzen für älter werdende Menschen haben. In diesem Beitrag wird danach gefragt, wie Altersbilder die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Menschen in der zweiten Lebenshälfte beeinflussen. Es werden Ergebnisse aus dem Alterssurvey (DEAS) berichtet, einer bundesweit repräsentativen Befragung von Personen im Alter zwischen 40 und 97 Jahren. Bislang wurden drei Erhebungswellen durchgeführt (1996, 2002, 2008). Längsschnittliche Analysen aus den ersten beiden Wellen (n=1.524) zeigen, dass eine positive Sicht auf das Älterwerden der gesundheitlichen Entwicklung zuträglich ist und das Gesundheitsverhalten positiv beeinflusst. Diese Befunde werden mit Blick auf die Arbeiten von Margret Baltes diskutiert.

DIE KORDIAL-STUDIE AUS DEM LEUCHTTURMPROJEKT DEMENZ DES BMG – EVALUATION EINES NEUROPSYCHOLOGISCH-VERHALTENS-THERAPEUTISCHEN BEHANDLUNGSKONZEPTS FÜR FRÜHE ALZHEIMERPATIENTEN UND IHRE ANGEHÖRIGEN

A. Thöne-Otto¹, K. Werheid², B. Cramer³, L. Frölich⁴, H. Gertz⁵, C. Knorr⁴, A. Kurz³

¹Universitätsklinikum Leipzig, Tagesklinik für kognitive Neurologie; ²Institut für Psychologie, Humboldt-Universität, Berlin; ³Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, TU München; ⁴Abteilung Gerontopsychiatrie, Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim; ⁵Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Humboldt-Universität, Berlin

Hintergrund: Zwar wird die Diagnose »Alzheimer-Demenz« immer früher gestellt, nicht-medikamentöse Therapieangebote, für die möglichen Folgen der Erkrankung wie Depression, sozialer Rückzug und erhöhte Angehörigenbelastung fehlen jedoch weitgehend. Im Rahmen der KORDIAL-Studie wird ein manualisiertes, neuropsychologisch-verhaltenstherapeutisches Programm in einer vom Gesundheitsministerium finanzierten multizentrischen randomisierten Kontrollgruppenstudie an 200 Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz (MMSE = 21) evaluiert und mit der derzeit üblichen Standardbehandlung verglichen.

Methode: Nach dem »best available evidence«-Prinzip wurden aus Neuropsychologie und Verhaltenstherapie Methoden zusammengefügt, für die in der Literatur die beste Evidenz vorliegt. Therapiebausteine sind die Einführung von Alltagsroutinen und Gedächtnishilfen, der Aufbau angenehmer Aktivitäten, Biographiearbeit zur Selbsterhaltung sowie die Verbesserung der Kommunikation zwischen Patienten und Angehörigen.

Zielgrößen der Therapieevaluation sind die Funktionsfähigkeit im Alltag, Stimmung, Lebensqualität und andere nicht-kognitive Symptome. Erste Ergebnisse zeigen eine hohe Akzeptanz bei Patienten und Angehörigen.

STATIONÄRE UND TAGESKLINISCHE BEHANDLUNG ÜBER 60JÄHRIGER IN EINEM KRANKENHAUS FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE

Roland Vandieken

Rhein-Klinik, Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Bad Honnef

Die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen ist eine gesundheitspolitische Aufgabe, deren jahrzehntelange Vernachlässigung angesichts der Alterspyramide ein drängendes Problem geworden ist. Der Bedarf an psychotherapeutisch-psychosomatischer Versorgung der über 60jährigen wird auf etwa 10% geschätzt (Hirsch, 1999). Wahrscheinlich dürfte er eher höher liegen. Aber nur ein Bruchteil dieser Altersgruppe findet sich in den psychotherapeutischen Praxen (0,3–1%) und Krankenhäusern (ca. 6%) (Heuft, 2000; Maercker, 2003). In der Zwischenzeit haben sich jedoch einige Schwerpunktzentren zur Behandlung von Störungen im Prozess des Alterns entwickelt.

»Nehmen Sie mal was zur Beruhigung, für's Herz, für den Magen, die Nerven etc.« reicht nicht mehr: Die über 65jährigen bekommen etwa die Hälfte der insgesamt verordneten Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie ein Drittel der Tranquilizer und ein Drittel aller verordneten Antidepressiva (Radebold, 1992) – an diesem Befund dürfte sich in der Zwischenzeit wenig geändert haben. Psychopharmaka gehören zu den im Alter am meisten verordneten Medikamenten. Nach den Daten der Berliner Altersstudie von Mayer und Baltes ist bei mindestens 24% aller Älteren diese Medikation nicht angemessen verordnet. Dazu trägt auch bei, dass es gerade in der Gruppe der über 60jährigen immer wieder

zu Fehldiagnosen kommt, z.B. wegen der oft unterschwelligen Symptomatik bei Depressionen (Kipp et al., 2005), die wegen der begleitenden körperlichen Beschwerden häufig über Jahre im somatischen Medizinbetrieb mit hohen Kosten fehlbehandelt werden und so mit allen psycho-somatischen Folgen chronifizieren. D.h., hier besteht eine relevante Versorgungsaufgabe für die psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Die folgende Arbeit stellt unser stationäres Behandlungsangebot und Erfahrungen in der Behandlung von »älteren« Patienten in einer allgemein-psychosomatischen Abteilung mit dem Schwerpunkt von »Störungen im Alterungsprozess« in der Rhein-Klinik Bad Honnef vor.

PRÄVENTIVE ASPEKTE DER SUIZIDALITÄT IM HÖHEREN LEBENSALTER

Claus Wächtler

V. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie – Gerontopsychiatrie, Asklepios-Klinik Nord Ochsenzoll, Hamburg

Suizidalität im Alter ist multifaktoriell bedingt. Präventive Maßnahmen müssen den komplexen Entstehungsbedingungen Rechnung tragen und berücksichtigen, dass ältere Menschen nur selten psychosoziale Hilfe aufsuchen und ihre Suizidhandlungen entschlossen durchführen. Näher eingegangen werden soll darauf, dass präventive Maßnahmen darauf abzielen, körperliche Erkrankungen bestmöglich zu behandeln, psychische Erkrankungen und insbesondere Depressionen nach bestem Standard zu therapieren und die Auseinandersetzung mit schwerwiegenden Lebensereignissen zu stärken. Auch sollten Ältere ermuntert werden, Hilfe zu suchen. Hausärzte sollten geschult werden. Beratungs- und Behandlungsangebote sollten niedrigschwellig erreichbar, wenn möglich aufsuchend sein. Die Behandler sollten sich besser vernetzen. Die Gesellschaft sollte ältere Menschen besser integrieren.

SELBSTÄNDIGKEIT UND UNSELBSTÄNDIGKEIT IM HÖHEREN LEBENSALTER: WAS WIR DURCH DAS DENKEN UND DIE BEFUNDE VON MARGRET M. BALTES HEUTE LERNEN KÖNNEN

Hans-Werner Wahl

Universität Heidelberg

Selbständigkeit bzw. Autonomie und Unselbständigkeit bzw. Abhängigkeit gehören zu den grundlegenden Konzepten einer (interdisziplinär orientierten) Altersforschung. Sie sind, und bleiben wohl auch, ebenso grundlegend für individuelles und gesellschaftliches Altern. Gleichzeitig bedürfen diese Konzepte einer andauernden Reflexion und einer immer wieder neuen Schärfung, bisweilen auch Revidierung, hinsichtlich ihres theoretischen Verständnisses und des Forschungszugangs. Dies hat beispielsweise zu tun mit neuen Forschungseinsichten (z.B. immer deutlichere Sicht einer multifaktoriellen Sichtweise von Selbständigkeit und Unselbständigkeit), neuen gesellschaftlichen Problemstellungen (z.B. Demenzerkrankungen), sich verändernden Kohorten (z.B. immer größer werdende Gruppen von bis ins höchste Alter relativ wenig beeinträchtigten Älteren), gesellschaftlich-kulturellen Erwartungen (z.B. Selbständigkeit im Sinne gesellschaftlichen Engagements einbringen) und technologischen Entwicklungen (z.B. Technik als Kompensation und »neue« Form von Selbständigkeit selbst bei schwerwiegenden Einbußen). Unter Einbezug eines interaktionalen Verständnisses von Selbständigkeit und Unselbständigkeit, das vor allem in den Forschungsarbeiten von Margret Baltes theoretisch und empirisch umgesetzt wurde, wird im ersten Teil des Vortrags der Versuch unternommen, die heute vorherrschenden Einsichten zu diesen Konzepten zu resümieren. Ergänzt wird dies im zweiten Teil des Vortrags anhand von ausge-

wählten empirischen Befunden, wobei auch eigene Forschungsarbeiten (z. B. aus dem Bereich des Umgangs mit chronischen Seheinbußen) einbezogen werden. Im dritten Teil des Vortrags erfolgt ein Rückbezug auf die Forschungsarbeiten von *Margret Baltes* (vor allem ihre späten Arbeiten und Ergebnisse zu Alltagskompetenz) und auf theoretische Ansätze, wie dem von ihr und *Paul B. Baltes* entwickelten Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation.

HAUSARZT-/HAUSARZTZENTRIERTE VERSORGUNG – WIE GEHT ES NACH § 73B WEITER?

*John N. Weatherly, K. Meyer-Lutterloh
Berlin*

Die hausärztliche Versorgung hat sich in den letzten Jahren erheblich verändert. Der solitär arbeitende Hausarzt sieht sich durch RLV und Scheinzahlbegrenzung zunehmend in einer ökonomisch nicht mehr zu tolerierenden Situation.

Sind Verträge nach § 73 b SGB V und MVZ's bzw. Arztverbände/-netze hierauf die richtige Antwort? Ist das die Strategie der Zukunft? Was geschieht mit der Hausärztliche Versorgung in der Fläche? Diese und ähnliche Fragen werden im Rahmen des Workshops bearbeitet.

CHARTA FÜR SCHWERSTKRANKE UND STERBENDE MENSCHEN – AKTUELLE ENTWICKLUNGEN UND PERSPEKTIVEN FÜR DIE VERSORGUNG PSYCHISCH KRANKER ALTER MENSCHEN

*Birgit Weihrauch
Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV), Berlin*

In der Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen hat es in den vergangenen rund 25 Jahren in Deutschland durch die Hospizbewegung und die Entwicklung der Palliativmedizin große Fortschritte gegeben. Viele Betroffene und ihre Angehörigen werden aber auch heute nicht erreicht. Nach wie vor sind es vor allem Krebspatienten, die palliativ versorgt werden. Im Hinblick auf andere Diagnosegruppen und vor allem bezogen auf die Versorgung alter Menschen, die zuhause oder in Pflegeeinrichtungen betreut werden – und das gilt in besonderer Weise auch für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten – gibt es großen Entwicklungsbedarf. Mit der Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im Rahmen der letzten Gesundheitsreform wird eine große Chance eröffnet, vor allem die ambulante Versorgung flächendeckend auszubauen und die Netzwerke zu intensivieren. Menschen mit psychischen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen sind ausdrücklich einbezogen; ebenso hat der Gesetzgeber die SAPV wie auch die hospizliche Begleitung ausdrücklich für Pflegeeinrichtungen vorgesehen. Die Herausforderungen an Gesundheitssystem und Gesellschaft bei der Betreuung schwerstkranker Menschen sind groß. Gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Bundesärztekammer hat der Deutsche Hospiz- und Palliativverband daher die Initiative zur Entwicklung einer Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen ergriffen. Ziel ist, den Dialog zu fördern, Perspektiven für die Zukunft aufzuzeigen und Ziele für gemeinsames Handeln zu vereinbaren. In einem breiten Konsensusprozess sollen gesellschaftliche und ethische Fragestellungen, die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, Fragen der Forschung, der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die internationale Dimension erörtert und erste Ergebnisse bis zum Sommer 2010 vorgelegt werden. Die Bedeutung, gerade auch für alte und an Demenz erkrankte Menschen soll aufgezeigt werden.

ALLEIN LEBENDE DEMENZKRANKE – SCHULUNG EINER KOMMUNE

*Saskia Weiß, Ute Hauser, Helga Schneider-Schelte
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin*

Bereits heute leben viele Menschen mit Demenz allein, und ihre Zahl wird in Zukunft noch steigen: Zum einen wird es immer mehr hochaltrige Menschen und damit einhergehend immer mehr Demenzkranke geben. Zum anderen nimmt die Zahl der Ein-Personenhaushalte mit dem Alter zu. Gegenwärtig leben schon 60% der über 80jährigen allein.

Bislang sind Versorgungs- und Unterstützungssysteme für die Gruppe der allein lebenden Demenzkranken in der Regel nicht ausreichend vorhanden oder aufgrund einer ungenügenden Berücksichtigung der besonderen Situation allein lebender Demenzkranker nicht geeignet. Daher besteht dringender Handlungsbedarf, um die Versorgung allein lebender Menschen mit Demenz zu verbessern!

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. hat sich deshalb zur Durchführung des Projektes »Allein lebende Demenzkranke – Schulung eine Kommune« entschlossen. Dieses wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert und hat eine Laufzeit von drei Jahren (Januar 2007–Dezember 2009).

Im Rahmen des Projektes

- führen wir Interviews mit allein lebenden Demenzkranken, um deren Wünsche und Bedürfnisse, aber auch Ängste und den Unterstützungsbedarf zu analysieren,
- erarbeiten und erproben wir Schulungsmaterialien für verschiedene Zielgruppen (Polizei, Feuerwehr, Bank, Nachbarschaft, Einzelhandel), um die Öffentlichkeit zu sensibilisieren,
- entwickeln wir ein Handbuch zur Unterstützung interessierter Gemeinden.

Der Vortrag wird zunächst die wichtigsten Ergebnisse der Interviews erläutern. Im Anschluss werden die Schulungsmaterialien sowie deren Erprobung in verschiedenen Kommunen Deutschlands skizziert. Ein Ausblick auf das zu erarbeitende Handbuch wird die Projektvorstellung abrunden.

IST ES MEDIZINISCH SINNVOLL, SICH AUCH UM DEN ÄLTEREN ORGANSPENDER ZU BEMÜHEN?

*Claus Wesslau
Geschäftsführender Arzt der Deutschen Stiftung Organtransplantation, Organspenderegion Nord-Ost, Berlin*

Die Organtransplantation ist heute weltweit ein etabliertes Verfahren zur Behandlung von Patienten mit terminalem Organversagen. Zunehmende Erfahrung, Optimierung des intraoperativen Managements, Verbesserung der Organkonservierung, aber vor allen Dingen die Einführung wirksamer Immunsuppressiva haben die Transplantationsergebnisse erheblich verbessert und die Mortalität sowie die Komplikationen unmittelbar nach Transplantation deutlich gesenkt.

Diese Erfolge trugen nicht nur dazu bei, die Bereitschaft der Patienten zur Transplantation zu fördern, sondern führten auch zur Liberalisierung bisher geltender Ausschlusskriterien. Höheres Lebensalter und bestehende Risikofaktoren sind heute in der Regel keine Kontraindikationen für die Organverpflanzung. Beides führte zu einer weiteren Zunahme der auf die Transplantation wartenden Patienten und hat die Diskrepanz zwischen dem Organangebot und dem -bedarf vergrößert.

Hauptursache ist der Mangel an Spenderorganen, an dem sich auch durch die Einführung erweiterter Spenderkriterien und durch die Akzeptanz »suboptimaler« Organe leider nur wenig geändert hat. Etwa 50% der auf die Transplantation wartenden Patienten sind

älter als 55 Jahre und mehr als 700 Patienten, die sich in Deutschland auf der Nierentransplantationswarteliste befinden, sind älter als 65 Jahre. Trotz intensiver Aufklärung der Bevölkerung wissen nach wie vor 90% der im Akutfall befragten Angehörigen nicht, wie sich der Verstorbene zu Lebzeiten entschieden hat. 50% entscheiden sich für und 50% gegen die Organspende.

Bei der Abfassung der Patientenverfügung sollte deshalb auch an die Organ- und Gewebespende gedacht werden, Die Zustimmung zur Organspende ist nicht nur die Voraussetzung, um die umfassende organbezogene Diagnostik durchführen zu können, sondern für viele ältere Empfänger die einzige Chance, zeitgerecht ein Organ zu erhalten.

VERSUCH EINER NUTZENBEWERTUNG DER BEHANDLUNG IN EINER GERONTOPSYCHIATRISCHEN TAGESKLINIK

Tilman Wetterling

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Hellersdorf, Berlin

Obwohl es in der Bundesrepublik mittlerweile eine Reihe von Tageskliniken mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt gibt und angesichts der demographischen Entwicklung mit einer Zunahme älterer Menschen nach neuen Therapieformen für gerontopsychiatrische Patienten gesucht wird, fehlen Untersuchungen zur Nutzenbewertung von gerontopsychiatrischen Tageskliniken weitgehend.

In dieser prospektiven Studie (Teil der GEPSY-B Studie) wurden alle über 65jährigen Patienten erfasst, die in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik des Vivantes Klinikum (Versorgungsgebiet 250.000 Einwohner) innerhalb von drei Jahren aufgenommen worden waren. 307 Aufnahmen konnten ausgewertet werden. Davon litt der größte Teil der suizidalen Patienten an depressiven Störungen. In den meisten Fällen lag eine poststationäre teilstationäre Behandlung vor. Die stationäre Liegedauer konnte nur gering verkürzt werden. Auch die Wiederaufnahmerate war bei den tagesklinisch Behandelten etwas geringer.

SUIZIDALITÄT IM ALTER IN DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK

Tilman Wetterling

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Hellersdorf, Berlin

Viele Untersuchungen zeigen, dass ältere Menschen, insbesondere ältere Männer, die höchste Suizidrate von allen Altersgruppen haben. Lebensmüdigkeit oder ein Todeswunsch und Suizidgedanken werden von vielen älteren Menschen geäußert. Meist leiden diese Menschen unter psychiatrischen Erkrankungen. Obwohl viele Patienten wegen Suizidalität in psychiatrischen Kliniken stationär aufgenommen werden, liegen nur wenigen Studien zu dieser Thematik, insbesondere bei älteren Patienten, vor.

In dieser prospektiven Studie (Teil der GEPSY-B Studie) wurden alle über 65jährigen Patienten erfasst, die in der psychiatrischen Klinik des Vivantes Klinikum (Versorgungsgebiet 250.000 Einwohner) innerhalb von drei Jahren stationär aufgenommen worden waren. 1.273 Aufnahmen konnten ausgewertet werden. Davon erfolgten 14,5% wegen Suizidalität (Angabe von Suizidgedanken bzw. Lebensüberdruß) und 3,6% nach einem Suizidversuch. Diese Patienten werden genauer charakterisiert. Der überwiegende Teil der suizidalen Patienten wies depressive Störungen auf, obwohl in der gesamten Stichprobe demente Patienten deutlich überwogen.

AKTUELLES ZUR LIQUORDIAGNOSTIK

Jens Wiltfang

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen

Für zukünftige kausal-orientierte Therapieansätze der Alzheimer-Demenz (AD), wie A β -Immunsierung oder β / γ -Sekretasehemmerstoffe, gewinnt eine möglichst frühzeitige und exakte Diagnosestellung zunehmend an Bedeutung. Neben den bildgebenden Verfahren kann hier die Liquor-gestützte neurochemische Demenzdiagnostik (Liquor-NDD) gerade in Frühstadien der AD die diagnostische Sensitivität und Spezifität signifikant verbessern. International ausreichend validiert sind in diesem Zusammenhang die Liquorbiomarker Gesamt-Tau (+), phosphorylierte Tauproteine (phospho-Tau [+], z.B. phospho-Tau181) und das β -Amyloidpeptid 1-42 (A β 1-42 [-]). Dabei ist der relative Bezug von A β 1-42 auf A β 1-40 (Quotient A β 42/A β 40 [-]) der alleinigen Bestimmung von A β 1-42 überlegen. Die diagnostische Güte dieser Biomarker liegt bei ihrer kombinierten Bestimmung bei einer Spezifität und Sensitivität von 80–90%. In 2009 wird die Liquor-NDD Eingang in die nationalen Leitlinien der DGPPN/DGLN zur verbesserten Diagnostik von Frühformen der AD nehmen.

Im Zusammenhang mit ersten kausal-orientierten Behandlungsansätzen ist eine präklinische Diagnostik der drohenden Alzheimer-Demenz wünschenswert, da der neurodegenerative Prozess der Alzheimerkrankheit bereits jahrelang subklinisch im Hintergrund verläuft, bevor die Patienten in das Prodromalstadium der leichten kognitiven Störung (»mild cognitive impairment«, MCI) und schließlich in das Demenzstadium eintreten.

In diesem Zusammenhang konnten Hansson et al. (Lancet Neurology, 2006) zeigen, dass bei Patienten mit MCI (n=137) typische Veränderungen der Biomarker Gesamt-Tau (+), phospho-Tau (+) und A β 1-42 (-) im Liquor bereits 4–6 Jahre vor Beginn der Demenz eine drohende Alzheimer-Demenz anzeigen können. Dabei konnte durch die kombinierte Bestimmung von phospho-Tau181 und A β 1-42 die Entwicklung einer AD mit einer Sensitivität von 95% (Spezifität 87%) vorausgesagt werden. Eine gleichwertige Genauigkeit der Vorhersage war mit der kombinierten Bestimmung von A β 1-42 und A β 1-40 (A β 1-42/A β 1-40) möglich. Sowohl in der Liquor- als auch zunehmend in der Blut-basierten neurochemischen Demenzdiagnostik zeigt sich eine Überlegenheit einer multiparametrischen Demenzdiagnostik. Innovative Demenzbiomarker zeichnen sich zur Zeit auch für Frontotemporale Demenzen und die Demenz mit Lewy-Körperchen ab.

BIOMARKERGESTÜTZTE DIAGNOSTIK BEI DEMENZEN – LIQUOR-PLASMA

Jens Wiltfang

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Essen

Innerhalb der Liquor-basierten neurochemischen Demenzdiagnostik (Liquor-NDD) sind zwischenzeitlich auf S3-Niveau diagnostischer Leitlinien die Liquorbiomarker Gesamt-Tau (+), phosphorylierte Tauproteine (phospho-Tau (+), z.B. phospho-Tau181) und das β -Amyloidpeptid 1-42 (A β 1-42 [-]) validiert. Dabei ist der relative Bezug von A β 1-42 auf A β 1-40 (Quotient A β 42/A β 40 [-]) der alleinigen Bestimmung von A β 1-42 überlegen. Die diagnostische Güte dieser Biomarker liegt bei ihrer kombinierten Bestimmung bei einer Spezifität und Sensitivität von 80–90%. In 2009 wird die Liquor-NDD Eingang in die nationalen Leitlinien der DGPPN/DGLN zur verbesserten Diagnostik von Frühformen der AD nehmen.

Es besteht aber weiterhin ein hoher Bedarf für zusätzliche Demenzbiomarker zur verbesserten Abgrenzung der Alzheimer-Demenz von Frühformen anderer primär-neurodegenerativer Demenzerkrankungen. Gleichfalls fehlen neurochemische Demenzbiomarker zur Vorhersage von »therapy response«, zur Verlaufsprädiktion und zum »monitoring« von medikamentösen Behandlungsansätzen. Auch besteht ein hoher Bedarf, erste Blutassays für die Frühdiagnostik der Alzheimer-Demenz zu entwickeln. Hier gibt es allerdings vielversprechende neue diagnostische Ansätze, die bei Integration in hochsensitive Multiplexassays (Demenzbiochips) in wenigen Jahren eine Blut-basierte neurochemische Demenzdiagnostik (Blut-NDD) ermöglichen sollten. Allgemein besteht ein hoher Bedarf, die Qualitätskontrolle der CSF-NDD zu verbessern, da diese zwischenzeitlich europaweit zunehmend Einzug in die klinisch-neurochemische Labordiagnostik nimmt. In diesem Zusammenhang sollen erste europaweite Ringversuche und Initiativen zur verbesserten Qualitätskontrolle vorgestellt werden.

ANTIPSYCHOTIKA IM ALTER UND BEI DEMENZ – WIRKSAMKEIT UND RISIKEN

Dirk K. Wolter

Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg am Inn

Antipsychotika werden häufig zur Behandlung von herausforderndem Verhalten bei Demenz eingesetzt. Antipsychotika der zweiten Generation spielen dabei mittlerweile eine größere Rolle als die älteren Substanzen. Der nur mäßigen Wirksamkeit stehen schwerwiegende Risiken gegenüber: So ist unter allen Antipsychotika die Mortalität insgesamt erhöht, aber auch das Risiko für plötzlichen Herztod, Schlaganfallereignisse oder venöse Thrombosen. Die Unterschiede zwischen Antipsychotika der ersten und der zweiten Generation sind dabei gering: Hochpotente Antipsychotika der ersten Generation führen häufiger zu extrapyramidal-motorischen Symptomen, unter Antipsychotika der zweiten Generation ist das allgemeine Mortalitätsrisiko wahrscheinlich etwas geringer, andererseits wahrscheinlich venöse Thrombosen und metabolische Nebenwirkungen häufiger. Für die übrigen Nebenwirkungen bestehen keine gesicherten Unterschiede. Angesichts der großen Heterogenität der Antipsychotika erscheint der Nutzen einer pauschalen Aufteilung in Antipsychotika der ersten und zweiten Generation fragwürdig. Für die Auswahl einer Substanz sind substanzspezifische Nebenwirkungen, Dosierung, Aufdosierungsgeschwindigkeit sowie Beachtung von Komorbidität, Kontraindikationen und Arzneimittelinteraktionen in Relation zum individuellen Patienten erheblich wichtiger als die Wahl nach bloßer pauschaler Zuordnung zu einer dieser beiden Gruppen. Am wichtigsten ist aber, dass Antipsychotika nur bei klarer Indikation zur Anwendung kommen!

Literatur

1. D. K. Wolter. Risiken von Antipsychotika im Alter, speziell bei Demenzen. Eine Übersicht. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 22: 17-56.

ALKOHOL-ASSOZIIERTE DEMENZEN

Dirk K. Wolter

Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg am Inn

Alkoholmissbrauch kann in vielfältiger Weise zu kognitiven Defiziten beitragen, die von diskreten Beeinträchtigungen bis zu schweren demenziellen Syndromen reichen und zumindest partiell reversibel, aber auch dauerhaft sein können. Dauerhafte kognitive Defizite allein aufgrund einer unmittelbaren neurotoxischen Wirkung des Äthanols sind sehr selten; sie sind meist mit neurologischen oder internistischen Alkoholfolgekrankheiten assoziiert

bzw. der Alkohol wirkt als Kofaktor. Die neurobiologischen Korrelate sind nicht sehr spezifisch. Verschiedene pathogenetische Mechanismen werden diskutiert, die aus der Perspektive der Neurogenese besser verständlich werden. Eine besondere Rolle spielt das Korsakow-Syndrom, wobei überkommene Vorstellungen zum Wernicke-Korsakow-Komplex wahrscheinlich revidiert werden müssen.

Nur Alkoholmissbrauch erhöht das Demenzrisiko, während moderater Alkoholkonsum mit einem gegenüber Abstinenz verminderten Risiko einhergeht.

Der Terminus »Alkohol-assoziierte kognitive Beeinträchtigungen« (»alcohol-related cognitive impairment«) erscheint als übergeordnete Bezeichnung zweckmäßig. Gesicherte Erkenntnisse über symptomatische Therapiemöglichkeiten liegen nicht vor.

MULTIMODALES IMAGING DES HIPPOCAMPUS BEI FRÜHER ALZHEIMER-DEMENTZ

Igor Yakushev¹, Ingrid Schermuly¹, Markus Lorscheider¹, Hans-Georg Buchholz², Juliane Albrecht¹, Alexander Hammers³,

Mathias Schreckenberger², Alex Gerhard⁴, Andreas Fellgiebel¹

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg Universität Mainz; ²Klinik für Nuklearmedizin, Universitätsmedizin Mainz; ³Division of Neurosciences and Mental Health, MRC Clinical Sciences Centre, Imperial College, London, UK; ⁴Wolfson Molecular Imaging Centre, The University of Manchester, Manchester, UK

Zielsetzung/Fragestellung: Strukturelle sowie funktionelle Auffälligkeiten des Hippocampus konnten im Frühstadium der Alzheimer-Demenz (AD) mittels verschiedener Bildgebungsverfahren konsistent nachgewiesen werden. Funktionelle Magnetresonanztomographie (MRT)-Studien sowie neuroanatomische Untersuchungen legen eine funktionelle Einteilung des Hippocampus entlang der longitudinalen Achse nahe, in welcher dem Hippocampus-Kopf eine entscheidende Rolle bezüglich der Gedächtnisbildung zukommt. Ziel der vorliegenden Studie war es daher, unter Berücksichtigung der einzelnen Hippocampus-Regionen den Zusammenhang zwischen verschiedenen strukturellen und funktionellen Bildgebungsmarkern der hippocampalen Integrität und Gedächtnisleistungen in früher AD zu erfassen.

Materialien/Methoden: 20 Patienten mit früher AD (MMST 24.5 ± 2.9; M ± SD) wurden mit Hilfe von struktureller MRT, Diffusions-Tensor-Bildgebung (DTI) und Positronen-Emissions-Tomographie (PET) untersucht. Neben globalen und regionalen Hippocampusvolumina und Diffusivität wurde der Glukosemetabolismus quantifiziert. Die Patientengruppe setzte sich aus 11 Patienten mit früher AD und 9 Patienten mit Mild Cognitive Impairment (MCI) vom amnestischen Typ, welche einen »AD-typischen« FDG-Befund aufwiesen, zusammen. Es konnte wiederholt gezeigt werden, dass diese Patienten innerhalb von 1–2 Jahren in eine AD konvertieren [1, 2]. Regions-of-Interest (ROI) wurden manuell bilateral in den Kopf (HK) und Schwanz (HS) sowie den gesamten Hippocampus platziert. Daneben wurde eine Partialvolumenkorrektur der PET-Daten unter Berücksichtigung von Spill-in und -out Effekten durchgeführt. Korrelationen zwischen den ROI-Messwerten der einzelnen Bildgebungsmodalitäten sowie zwischen ROI-Messwerten und Gedächtnisleistung wurden durchgeführt. Abschließend wurden stufenweise Regressionsanalysen für Gedächtnisleistungen als abhängige Variable und für ROI-Messwerte als unabhängige Variable berechnet.

Ergebnisse: In der Gesamtgruppe zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen verzögertem verbalen Abruf und Mittlerer Diffusivität (MD) des linken HK ($r = -.64$, $p = 0.003$) sowie dem Volumen des linken HS ($r = -0.61$, $p = 0.006$). Für die Subgruppe

der MCI-Patienten erreichte hingegen keine Korrelation statistische Signifikanz. In der Regressionsanalyse zeigte sich, dass die MD-Werte des linken HK den einzigen Prädiktor für Gedächtnisleistungen darstellten und insgesamt 30,6% der Varianz erklären konnten ($p=0.007$). Der Glukosemetabolismus korrelierte signifikant mit MD-Werten des linken HK ($r = -0.48$, $p=0.038$). Nach Beschränkung der Auswertung auf Patienten mit MCI zeigte sich diese Korrelation hoch signifikant ($r = -0.90$, $p=0.003$).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Das Hauptergebnis der vorliegenden Untersuchung ist die inverse Korrelation zwischen verbaler Gedächtnisleistung und Diffusivität des linken HK. Obwohl die Gedächtnisleistung ebenfalls mit dem Volumen des linken HS assoziiert war, zeigte sich unter den drei angewendeten Bildgebungsmodalitäten ausschließlich die Diffusivität des linken HK als Prädiktor der verbalen Gedächtnisdefizite in früher AD. Die Korrelation zwischen linker HK Diffusivität und Glukosemetabolismus, welche verstärkt in der Subgruppe der MCI Patienten detektiert werden konnte, weist auf eine enge Verbindung zwischen DTI- und PET-Messungen als Frühmarker unspezifischen Gewebeschaadens hin. Der fehlende Zusammenhang zwischen hippocampalem Metabolismus und Gedächtnisleistungen ist überraschend, jedoch konsistent mit einer kürzlich publizierten Studie [3].

Literatur

1. Chételat et al. *Neurology* 2003; 60: 1374-7.
2. Mosconi et al. *Neurology* 2004; 63: 2332-40.
3. Walhovd et al. in Druck. *Neuroimage*.

ZUM TRANSFER VON FORSCHUNGSERGEBNISSEN IN DIE PRAXIS: FORTBILDUNGSANGEBOTE FÜR PROFESSIONELL PFLEGENDE

Susanne Zank

Lehrstuhl Für Klinische Psychologie, Universität Siegen

Im Rahmen der Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger demenziell Erkrankter (LEANDER) ist es gelungen, ein Instrument zur Messung von Angehörigenbelastung zu entwickeln, das aufgrund seiner Reliabilität, Validität und Veränderungssensitivität zur Evaluation von Entlastungsangeboten für die Pflegenden geeignet ist (Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz BIZA-D).

Eine Modifikation dieses Instruments soll Einrichtungen der ambulanten und teilstationären Altenpflege in die Lage versetzen, Angehörige zu identifizieren, die in Bezug auf Depressivität und Gewalt ein erhöhtes Risiko aufweisen. Des Weiteren sollen die Einrichtungen befähigt werden, die Effektivität der eigenen Arbeit bzgl. der Entlastung pflegender Angehöriger einzuschätzen. Im Rahmen eines Fortbildungsprogramms wurde die Handhabung dieses Evaluationsinstrumentes an etwa 100 Einrichtungen vermittelt. In diesem Beitrag werden das Instrumentarium, Risiko- und Verlaufparameter, das entsprechende Fortbildungsprogramm und Erfahrungen mit der Fortbildung vorgestellt. Diese Arbeit wurde finanziert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Poster

ANZAHL DER KOMEDIKATIONEN AM THERAPIEBEGINN BEI AMBULANT BEHANDELTEN PATIENTEN MIT DEMENZ VOM ALZHEIMER TYP

Georg Adler¹, Youku Ko-Inoshishi¹, Peter Franz², Holger Marschner², Christel Müller², Fritjof Reinhard², Jörg Schulz²
¹Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG), Mannheim; ²Berlin

Hintergrund: Zahlreiche pharmakologische Eigenschaften (z. B. Enzymhemmung, Selektivität für AChE-Isoformen, Plasma-Halbwertszeiten, Metabolismus, Toleranzentwicklung) der Cholinesterase-Hemmer der zweiten Generation (Donepezil, Rivastigmin, Galantamin) haben einen Einfluss auf die Sicherheit in der Therapie der verschiedenen Demenzen. Ein wichtiger Faktor für die Sicherheit der Demenzmedikation ist das Interaktionspotential durch die bereits zu Therapiebeginn vorliegende Komedikation der häufig multimorbiden Alzheimer-Patienten.

Ziel der Untersuchung: Durch eine Erhebung im niedergelassenen Facharztbereich sollte geklärt werden, wieviele verschiedene Medikamente Alzheimer-Patienten bereits vor dem Beginn einer Demenztherapie einnehmen.

Methode: In sechs Facharztpraxen wurden die Daten von 80 Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz vom Alzheimer-Typ (MMST zwischen 10 und 26 Punkten) erhoben.

Ergebnisse: Nur ein Patient von 80 Befragten nahm vor Beginn der Demenztherapie keine Medikamente ein. 19% der Patienten hatten 1–2 Medikamente, 67% der Befragten hatten 3–5 Medikamente, 10% der Befragten hatten 6–8 Medikamente, 3% der Befragten hatten sogar 9–10 Medikamente, kein Patient hatte mehr als 10 Medikamente zu Beginn der Demenztherapie.

Im Durchschnitt nahm jeder Befragte zu Beginn der Demenztherapie 4,01 Medikamente ein.

Schlussfolgerung: Da ab einer Anzahl von mehr als drei Medikamenten (in unserer Erhebung 80% der Befragten) nicht mehr vorausgesagt werden kann, wann und wieviel der jeweiligen Substanzen welches Kompartiment erreicht, sollten die unterschiedlichen pharmakologischen Eigenschaften der verschiedenen Cholinesterase-Hemmer bei der Therapieentscheidung von multimorbiden Alzheimer-Patienten besondere Berücksichtigung finden. Dabei ist insbesondere auf CYP450 Interaktionen zu achten. Bei einer Anzahl von bis zu drei Medikamenten kann das Interaktionspotential durch Nutzung entsprechender Datenbanken (z. B. Cytochrome P450 Drug-Interactions, J. Osterheld, G. Ecker-mann) hilfreich sein.

ERWARTUNGEN VON DEMENZPATIENTEN UND ANGEHÖRIGEN AN EINE DEMENZTHERAPIE MIT TRANSDERMALER APPLIKATIONSFORM

Georg Adler¹, Youku Ko-Inoshishi¹, Peter Franz², Holger Marschner², Christel Müller², Fritjof Reinhard², Jörg Schulz²
¹Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG), Mannheim; ²Berlin

Hintergrund: Bis 2008 standen zur Therapie der Alzheimer-Demenz mit Cholinesterase-Hemmern nur orale Applikationsformen zur Verfügung (Tacrin seit 1993, Donepezil seit 1997, Rivastigmin seit 1998, Galantamin seit 2000). Seit Ende 2007 hat sich das Spektrum um eine transdermale Applikationsform, das Exelon®-Pflaster erweitert.

Ziel der Untersuchung: In einer strukturierten Befragung sollte geklärt werden, wie oft bei Demenzpatienten im niedergelassenen Facharztbereich bisher bereits in anderen Krankheitsindikationen

eine transdermale Applikationsform zur Anwendung gekommen war. Weiterhin sollte erhoben werden, welche Darreichungsform (oral vs. transdermal) Demenzpatienten und ihre Angehörigen für die Therapie der Alzheimer-Demenz bevorzugen.

Methode: 81 Alzheimer-Patienten mit der Diagnose einer leichten und mittelschweren Demenz vom Alzheimer Typ (MMST zwischen 10 und 26 Punkten) wurden in sieben Facharztpraxen in Form einer strukturierten Erhebung befragt.

Ergebnisse: Von den 81 befragten Demenzpatienten waren 13 schon einmal mit einer transdermalen Medikation behandelt worden. Für 67 Patienten war die Applikation des Medikaments in Form eines Pflasters neu. Bei einem Patient lagen keine Informationen vor.

Bei der Befragung zur Notwendigkeit von Überzeugungsarbeit bei der Anwendung des Exelon®-Pflasters vs. bei der oralen Einnahme des Medikaments glaubten 22 von 81 befragten Angehörigen, dass bei dem Pflaster keine Überzeugungsarbeit notwendig sei, wohingegen dies nur 16 für die Einnahme der Kapsel annahmen. Die Angehörigen von 31 der 81 Patienten nahmen an, dass sie meistens oder immer die orale Einnahme unterstützen müssten, wohingegen dies nur 11 für die transdermale Applikationsform annahmen. Dementsprechend waren die Daten zur Einfachheit der Anwendung. Hier gaben 61 der 81 Befragten an, dass sie die Pflasterapplikation als sehr einfach oder einfach ansahen. Dies war bei der oralen Applikation nur bei 36 der Befragten der Fall. Als sehr schwierig wurde die Einnahme des Medikaments in 14 Fällen bei der oralen Gabe eingestuft, wohingegen keiner der Befragten dies für das Pflaster angab.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der strukturierten Befragung zeigen die positiven Erwartungen der Patienten und Angehörigen hinsichtlich einer transdermalen Medikamentengabe, obwohl sie bislang wenig Erfahrung mit dieser Applikationsform hatten. Weiterhin bestätigen die Ergebnisse die Daten sowohl aus Befragungen bei der transdermalen Therapie bei chronischem Schmerz (66% der Patienten bevorzugten die transdermale Therapie) als auch bei der Alzheimer-Demenz (72% der Angehörigen bevorzugten die transdermale Therapie). Dies lässt vermuten, dass die orale Applikationsform in der Therapie der Alzheimer'schen Demenz weiter an Bedeutung verliert und durch die transdermale Applikationsform ersetzt wird.

ETABLIERUNG EINES INTEGRATIVEN ÄRZTLICH-PFLEGERISCHEN AUFNAHMEPROZEDERES IN DER GERONTOPSYCHIATRIE

Björn Ahl, Frank-Gerald Bernhard Pajonk, Martin Haut, Stefan Pilz
 Gerontopsychiatrie, Klinik Dr. Fontheim, Liebenburg

Zielsetzung/Fragestellung: Im Rahmen der konzeptionellen und räumlichen Neugestaltung des gerontopsychiatrischen Zentrums (GPZ) an der Klinik Dr. Fontheim wurde das bisherige – getrennt nach Berufsgruppen durchgeführte und dokumentierte – Aufnahmeverfahren in diesem Bereich als ineffektiv betrachtet. Ziel der multiprofessionell besetzten Arbeitsgruppe war es, eine einheitliche Dokumentation und Kommunikation sowohl pflegerischer als auch ärztlicher Prozesse zu etablieren, um die stationäre gerontopsychiatrische Therapie möglichst pfadgesteuert durchführen zu können. Fernziel soll eine nahtlose Überführung dieser Art Dokumentation in eine elektronische Patientenakte (EPA) sein.

Materialien/Methoden: Das bisherige Aufnahmeprozedere von der Anmeldung eines Patienten durch seinen Haus- oder Facharzt bis zum Tag der stationären Aufnahme wurde analysiert und in Bezug zu der während des Gesamtverlaufs zur Verfügung stehenden Information und/oder der Beschaffung derselben gesetzt. Bestehende dafür zur Verfügung stehende Dokumente wurden

hinsichtlich ihrer »Doppeldokumentation« durchgearbeitet und komplett neu konzipiert.

Ergebnisse: Die in der Telefonzentrale eingehenden Anmeldungen und Anfragen externer Einweiser für gerontopsychiatrische Patienten werden an die gerontopsychiatrische Ambulanz unseres medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) vermittelt, dort telefonisch fachkundig bearbeitet sowie dokumentiert und gemäß ihrer Dringlichkeit und/oder Diagnose an den pflegerischen bzw. ärztlichen Leiter des GPZ weitergeleitet. Innerhalb des gleichen, spätestens des nächsten Werktages wird telefonisch der erste Kontakt mit dem Patienten, seiner Angehörigen oder der zuweisenden Einrichtung aufgenommen und bereits ein Großteil der bei Aufnahme relevanten Stammdaten oder Informationen über Vorbefunde, Medikation oder den Verlauf gesammelt. Auch juristisch unklare Behandlungsgrundlagen können so im Vorfeld schon besprochen werden. Entscheidend ist aber, dass bereits eine verbindliche Beziehungsaufnahme zum Patienten (und/oder seinem Umfeld) aufgenommen werden kann, so dass die eigentliche stationäre Aufnahme in einer (geronto-)psychiatrischen viel vorurteilsfreier und vertrauter erfolgt.

Die prästationäre Dokumentation erleichtert dem aufnehmenden Team – gleichermaßen ärztlich wie pflegerisch besetzt – das gerontopsychiatrische Assessment, man kann in den gemeinsam genutzten Aufnahmebögen jeweils die »Lücken« mit Information füllen, die dann für alle gleichermaßen zugänglich ist, ebenfalls für andere, z. B. Sozialdienst, Ergo- und Physiotherapie etc.). Gesteuert und überwacht wird der gesamte Prozess durch den Case-Manager. **Zusammenfassung/Schlussfolgerung:** In Hinblick auf die Optimierung gerontopsychiatrischer Aufnahmeprozesse als Grundlage für eine pfadgestützte Therapie ist auch vor dem Hintergrund immer knapper werdender Ressourcen ein integratives Aufnahme- und Behandlungskonzept etabliert worden, welches sich in mittlerer Zukunft auch bei Einführung einer EPA hilfreich erweisen würde.

PRÄDIKTION DER WIRKSAMKEIT VON RIVASTIGMIN BEI PATIENTEN MIT PARKINSON-DEMENZ

Miriam Bektas¹, Yvonne Lembach¹, Georg Adler¹, Youku Ko-Inoshishi¹, F. Tracik²

¹Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG), Mannheim; ²Novartis GmbH, Nürnberg

Hintergrund: Rivastigmin, ein pseudo-irreversibler Hemmer der Acetylcholinesterase, hat sich als wirksam bei der Behandlung der Parkinson-Demenz (PD) erwiesen. Das cholinerge Defizit ist bei der PD stärker ausgeprägt als bei der Alzheimer-Demenz (AD). Auf neuropsychologischer Ebene entsprechen dem cholinergen Defizit am ehesten Störungen von Aufmerksamkeit und Kurzzeitgedächtnis und das Auftreten von visuellen Halluzinationen. Auf elektrophysiologischer Ebene wird das cholinerge Defizit durch eine Erhöhung der Theta-Aktivität im EEG abgebildet. Bei Patienten mit AD hat sich gezeigt, dass eine Abnahme der Theta-Aktivität im EEG nach zweiwöchiger Behandlung mit Rivastigmin eine gute längerfristige Wirksamkeit dieses Medikaments prädiiziert. Daher kann erwartet werden, dass sich die therapeutische Wirksamkeit von Rivastigmin bei Patienten mit PD auch durch klinische Anzeichen des cholinergen Defizits und durch die Abnahme einer erhöhten Theta-Aktivität im EEG prädiizieren lässt.

Methodik: Im Rahmen der RIVAPARK-Studie untersuchen wir die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Indikatoren eines cholinergen Defizits und der therapeutischen Wirksamkeit von Rivastigmin bei 150 ambulant behandelten Patienten mit PD. Diese Indikatoren des cholinergen Defizits, insbesondere Störungen der Aufmerksamkeit und des Kurzzeitgedächtnisses, visuelle Hallu-

zinationen und EEG-Theta-Aktivität werden vor Behandlungsbeginn und nach zweiwöchiger Behandlung mit Rivastigmin untersucht. Das Behandlungsergebnis wird sechs und zwölf Monate nach Behandlungsbeginn erhoben. Als Behandlungserfolg wird eine Verbesserung oder Stabilisierung von kognitiver Leistungsfähigkeit und Alltagsfunktion verstanden.

Ergebnisse: Bislang wurden Daten von 20 Patienten mit PD ausgewertet. Es handelt sich um 12 Männer und 8 Frauen im Alter zwischen 64 und 83 Jahren (Mittel: 76,0 Jahre). Die Mini Mental State-Scores lagen zwischen 15 und 27 (Mittel: 23,9). Nach zweiwöchiger Behandlung mit Rivastigmin zeigten sich signifikante Verbesserungen bei der Untersuchung der Aufmerksamkeitsleistung (Alterskonzentrationstest, AKT) und im verbalen Kurzzeitgedächtnis und die Theta-Leistung im EEG hatte abgenommen.

Schlussfolgerungen: Bereits unter kurzfristiger Behandlung mit Rivastigmin zeigen sich neuropsychologische und elektrophysiologische Veränderungen, die wahrscheinlich in Zusammenhang mit der cholinergen Wirkung von Rivastigmin stehen. Es ist zu erwarten, dass diese Parameter für eine Prädiktion der Wirksamkeit von Rivastigmin geeignet sind.

AUSWIRKUNGEN EINES VISUELL-SPATIALEN GEDÄCHTNISTRAININGS AUF GEDÄCHTNISLEISTUNG, LEBENSQUALITÄT UND ALLTAGSFUNKTIONEN VON ALZHEIMER-PATIENTEN

Miriam Bektas, Yvonne Lembach, Georg Adler

Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG), Mannheim

Zielsetzung/Fragestellung: Ob Gedächtnistraining für Alzheimer-Patienten nützlich ist, wird kontrovers diskutiert. Einerseits wird durch die krankheitsbedingten organischen Veränderungen das Potential für eine Leistungssteigerung durch Trainingsmaßnahmen als gering eingeschätzt, andererseits wird befürchtet, dass eine intensive Beschäftigung mit den Leistungsdefiziten sich ungünstig auf Stimmung und Lebensqualität der Patienten auswirkt. Dem gegenüber steht das starke Bedürfnis von Patienten und Angehörigen, gegen die Erkrankung selbst etwas zu tun, das über die Einnahme von Medikamenten hinausgeht.

In einer Voruntersuchung bei stationär gepflegten Demenzpatienten konnte nach kurzer Behandlungsdauer die Gedächtnisleistung in einer trainierten Aufgabe verbessert und die Lebensqualität der Patienten gesteigert werden. Diese Voruntersuchung diente als Vorlage zur Konzeption eines visuell-spatialen Gedächtnistrainings. Ziel ist den Nutzen des visuell-spatialen Gedächtnistrainings (VSG) im Vergleich zur Erinnerungstherapie (ET) in einer kontrollierten prospektiven Studie zu untersuchen.

Diese Untersuchung wird mit der freundlichen Unterstützung der Karin-Nolte Stiftung, des Deutschen Roten Kreuzes und der Alzheimer-Gesellschaft Rheinland-Pfalz durchgeführt.

Materialien/Methoden: Über die Selbsthilfegruppen der Alzheimer-Gesellschaft Rheinland-Pfalz werden Betroffene von dem Projekt informiert und in die Studie eingeschlossen.

Mit den Teilnehmern wird in Gruppen von drei bis vier Patient-Betreuer-Paaren ein Einführungskurs in visuell-spatialen Gedächtnistraining (VSG) oder in Erinnerungstherapie (ET) von insgesamt sechs Stunden in wöchentlichem Abstand durchgeführt. Die Patient-Betreuer-Paare führen das VSG oder die ET von Beginn an auch in der häuslichen Umgebung durch, wobei empfohlen wird die Intervention zwei- bis dreimal in der Woche zu wiederholen. Die Betreuer werden gebeten, über die Durchführung der Interventionen Protokoll zu führen. Auf diese Weise wird erfasst, wie oft die Intervention durchgeführt wird und eine mögliche Leistungssteigerung wird für den Betreuer sichtbar. Abhängige Variablen sind u.a. die Leistung in der visuell-spatialen Gedäch-

nisaufgabe (VSG-L), Lebenszufriedenheit (ABS, Affect Balance Scale) und die Alltagsfunktion (ADCS-ADL). Die Nachuntersuchung findet in der häuslichen Umgebung der Patienten in ein- bis zwei monatlichen Abständen nach Trainingsbeginn statt.

Ergebnisse: Die Erhebung der Daten beginnt im April 2009. In diesem Rahmen werden Konzeption des Gedächtnistrainings und des Untersuchungsdesigns vorgestellt.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Anhand dieser Untersuchung soll der Einfluss des VSG auf Gedächtnisleistungen der Alzheimer-Demenz Patienten und auf deren Lebenszufriedenheit sowie ihrer pflegenden Angehörigen untersucht werden.

KOMMUNIKATION UND DEPRESSIVITÄT BEI PAAREN MIT DEMENZ

Melanie Braun, Katharina Mura, Melanie Peter-Wight, Rainer Hornung, Urte Scholz

Psychologisches Institut, Fachgruppe Sozial- und Gesundheitspsychologie, Zürich/ Schweiz

Zielsetzung/Fragestellung: Aufgrund der hohen Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen sind immer mehr Personen mit der Aufgabe konfrontiert, den an Demenz leidenden Partner zu pflegen. Depressive Störungen sind häufige psychische Reaktionen belasteter pflegender Ehepartner. Aktuelle und vergangene Forschung mit gesunden Paaren zeigt, dass eine hohe dyadische Kommunikationsqualität psychische Gesundheit prädiziert. Bei Paaren, die von einer Demenzpflegesituation betroffen sind, ist ein zunehmender Verlust der Kommunikationsfähigkeit des Patienten und demzufolge eine Veränderung der Paarkommunikation zu erwarten. Diese Studie fokussiert den Zusammenhang zwischen Kommunikation und Depressivität betroffener Paare.

Materialien/Methoden: An dieser explorativen Längsschnittstudie nahmen 37 Paare, bei denen der Ehemann von Demenz betroffen ist, teil. Der besseren Integration der Dyadenperspektive dienten subjektive und objektive Methoden: Bei beiden Partnern wurde das Vorhandensein depressiver Symptome und weitere Selbstberichtsdaten, sowie die Qualität der Paarkommunikation erfasst. Es kamen nicht sequentielle und sequentielle Analysen zur Identifikation möglicher Zusammenhänge zwischen Depressivität und Kommunikation zur Anwendung.

Ergebnisse: Die pflegenden Partnerinnen berichteten signifikant mehr depressive Symptome und eine niedrigere Beziehungszufriedenheit als der Demenzerkrankte. Zwischen der dyadischen Kommunikationsqualität und der Depressivität der Frauen zeigten sich signifikante negative Korrelationen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Befunde verdeutlichen die Relevanz der Paarkommunikation für die psychische Gesundheit betroffener Dyaden.

DIE SEVERE IMPAIRMENT BATTERY (SIB) ALS VALIDES NEURO-PSYCHOLOGISCHES TESTINSTRUMENT BEI FORTGESCHRITTENEN DEMENZEN

Pasquale Calabrese¹, Pamela Hirzmann², Jürgen Rieke², Markus Stöcklin¹, Wolfgang Janetzky³, Iris-Katharina Penner¹

¹Abteilung für Allgemeine Psychologie und Methodologie, Universität Basel; ²CogNet, Gießen; ³Lundbeck GmbH, Hamburg

Hintergrund: Die SIB (Severe Impairment Battery) ist eine nach psychometrischen Kriterien entwickelte Skala zur Erfassung kognitiver und verhaltensrelevanter Funktionen bei Patienten mit schwerer Demenz. Hierbei orientiert sich das Aufgabeninventar an den Dimensionen soziale Interaktion, Gedächtnis, Orientierung, Sprache, Aufmerksamkeit, Praxis, visuokonstruktive und konstruktive Fähigkeiten.

Neben der Originalversion der SIB liegt eine Kurzversion vor, die 26 Aufgaben umfasst. Das Ziel der vorliegenden Studie ist die Validierung einer deutschsprachigen Fassung der Kurzversion an einer Stichprobe von 130 Patienten.

Methode: Es wurden insgesamt 130 Patienten mit der Diagnose Demenz vom Alzheimer-Typ (ICD 10) untersucht. Bei allen Patienten lagen sowohl klinische als auch neuroradiologische Befunde vor. Neben der Erhebung der Alltagskompetenz (IADL und ADL) wurde zur Ermittlung der Konstruktvalidität der MMST und der NOSGER durchgeführt. Die depressive Symptomatik wurde mit Hilfe der GDS erhoben.

Einschlusskriterien waren neben der Diagnose der Demenz vom Alzheimer-Typ ein MMST-Wert von weniger als 16 Punkten, ein ausreichendes Hör- und Sehvermögen sowie keine erheblichen motorischen Einschränkungen. Interrater- und Retest-Reliabilität wurden anhand von jeweils 40 Patienten überprüft. Das Retest-Intervall lag bei einer Woche.

Ergebnisse: Anhand von Korrelationsindizes konnte u. a. eine gute Übereinstimmung zwischen MMST-Werten und SIB-Gesamtscore (Spearman r_s 0,552, $p=0,000$) i. S. einer guten Konstruktvalidität festgestellt werden. Die ebenfalls hohen Korrelationen zwischen den Wiederholungsmessungen (Spearman r_s 0,994, $p=0,000$) sowie die gute Übereinstimmung der Bewertung zwischen den Ratern (Spearman r_s 0,884, $p=0,000$) legen eine hohe Retest- bzw. Interraterreliabilität nahe.

Diskussion: Die vorliegenden, an einer deutschen Stichprobe erhobenen Daten bestätigen die deutschsprachige Kurzversion der SIB als valides Testinstrument, welches die Möglichkeit bietet, auch bei fortgeschrittenen Demenzen differenziertere Aussagen bzgl. Sprache, motorischer Fähigkeiten und Gedächtnisfunktionen der Patienten treffen zu können. Insbesondere im institutionalisierten Setting kann die SIB als objektives Testverfahren dienen, um residuale Kompetenzen zu erfassen und die Lebensqualität der Demenzerkrankten in Form von sozialen und kognitiven Ressourcen zu erheben.

DIE OASE – EIN KONZEPT FÜR »HERAUSFORDERNDES VERHALTEN«

Bernd Ebe, Volker Bretschneider, Frank Schwärzler, Gerhard Längle
Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, JZP-Südwürttemberg, Zwiefalten

Zielsetzung/Fragestellung: Demenziell Erkrankte sind häufig durch ein zuviel oder zuwenig an Reizen, die auf sie einströmen so stark überfordert, dass es zu einer Mangel- oder Fehlverarbeitung im Bereich der Wahrnehmung kommt. Dies äußert sich z. B. durch Angstzustände, Unruhe oder Aggression, dem »herausfordernden Verhalten« und bringen betreuende Institutionen häufig an den Rand der Überforderung. Ziel der Oase ist eine nichtmedikamentöse und wirksame Intervention anzubieten, die dem Patienten ohne Zwang ermöglicht, sich durch die Vermittlung und Förderung von unmittelbaren Sinneseindrücken zu entspannen und angenehme Gefühle zu erleben.

Materialien/Methoden: Im Poster wird die Implementierung des Snoezelen-Konzepts für die Gerontopsychiatrie vorgestellt, die Anwendung der Aromapflege und das Konzept der 10-Minuten Aktivierung. Das Therapiekonzept Ruheoase ist primär biographie- und ressourcen-orientiert und individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt.

Ergebnisse: Seit der Einführung des Konzepts Oase ist auf unserer Station die Notwendigkeit von Fixierungen zurückgegangen. Insbesondere auf die schwierige Patientengruppe der »Rufer« kann erfolgreich eingegangen werden. Die Oase erlaubt dem Personal einen menschenwürdigeren Umgang auch mit herausfordernden Patienten. Sie regt die Pflegenden an, dem Patienten eine individuelle und angemessene Lösung anzubieten und führt zu einem

Zugewinn an pflegerischer Patientenbetreuungs-kompetenz. Das Konzept Oase wird modellhaft wahrgenommen und von Hospitanten in weitere Einrichtungen getragen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Das Oase-Konzept ist in unserer Erfahrung ein wirksames pflegerisches Therapieangebot, das das Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten deutlich erweitert, wo medikamentöse Behandlungsstrategien an Grenzen kommen. Es führt zu einer deutlichen Senkung des stationären Stressniveaus für herausfordernde Patienten und ebenso für Mitpatienten, wie das Personal und dient damit der Burn-Out-Prophylaxe. Darüber hinaus ist es mit verhältnismäßig geringen Mitteln in Krankenhäusern und Pflegeheimen umsetzbar.

NATURHEILKUNDLICHE VERFAHREN IN DER BEHANDLUNG ÄLTERER DEPRESSIVER MENSCHEN

Johannes Hänn, Elke Müller, Frank Schwärzler, Gerhard Längle
Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, ZfP-Südwestfalen, Ziefalten

Zielsetzung/Fragestellung: Ältere depressive Menschen weisen in ihrer Biographie ein sehr leistungsorientiertes und bedürfnisreduziertes Erleben auf. Oft ist wenig Bewusstsein für Selbstheilungskräfte, jedoch eine hohe Medikamentenorientierung spürbar.

Materialien/Methoden: Das Konzept der Depressionsstation für Ältere Bühlhof in Ziefalten hält zur modernen, (zeitgemäßen) Medikation und differenziertem psychotherapeutischem Angebot eine Auswahl an naturheilkundlichen Verfahren bereit, die den älteren depressiven Menschen mehr in Kontakt zu seinem eigenen Körper und zu sich selbst bringen.

- Ordnungstherapie Tanztee
- Aromapflege Musiktherapie
- Entspannende Verfahren Bewegungstherapie, Walkgruppe
- Wickel und Auflagen

Ergebnisse: Erwiesen sind deutliche Erfolge bei Kompetenzerwerb beim Team, bei Patienten werden Ein- und Durchschlafstörungen verbessert und somatischer Beschwerden gelindert. Ordnungstherapie als Tagesstrukturierung hilft bei der Bewältigung des Alltags.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Dieser ganzheitliche Ansatz bewirkt eine verbesserte Wahrnehmung für psychische und körperliche Bedürfnisse und Zugang für die eigene Körperlichkeit

KOSTENEFFektivITÄT VON DONEPEZIL IN DER BEHANDLUNG VON ALZHEIMER-DEMENTZ: MODELLIERUNGSSTUDIE FÜR DEUTSCHLAND

Susanne Hartz¹, Denis Getsios², Sunning Tao², Grant MacLaine³
¹United BioSource Corporation, Health Economics, London, UK; ²United BioSource Corporation, Bethesda, MD USA; ³Eisai Europe Limited, London, UK

Zielsetzung/Fragestellung: Bisherige gesundheitsökonomische Studien haben das Voranschreiten der Alzheimer-Demenz (AD) meist allein auf Basis kognitiver Fähigkeiten, einer einzigen globalen Messgröße oder der Verschlechterung bis zur vollständigen Pflegebedürftigkeit modelliert. Diese Simulation verwendet eine Kombination von korrelierten Werten kognitiver Funktion, Verhalten und alltagspraktischen Fähigkeiten. Darauf basierend wird im Rahmen einer entscheidungsanalytischen Modellierung die Kosteneffektivität von Donepezil versus Memantin bzw. keiner medikamentösen Behandlung in Deutschland geschätzt.

Materialien/Methoden: Individuelle Patientendaten aus acht randomisierten klinischen Studien sowie aus einem anschließenden Register über sieben Jahre liefern die Längsschnittdaten zu kognitiven Veränderungen (MMSE), Verhalten (NPI) und alltagspraktischen Fähigkeiten (ADL, IADL). Ein Discrete

Event Simulation Modell wurde entwickelt, um drei identische Patientengruppen zu vergleichen, die entweder mit Donepezil 10 mg, Memantin 20 mg oder nicht medikamentös behandelt wurden. Die Anpassung der Patientenstruktur sowie der Kostendaten erfolgte anhand entsprechender Quellen für Deutschland. Kosten und Effekte wurden mit 3 % diskontiert. Der Zeithorizont beträgt 10 Jahre, um alle eventuellen Behandlungseffekte über den gesamten Krankheitsverlauf zu erfassen.

Ergebnisse: Über den Zeithorizont der Studie hinweg konnten durch die Behandlung von Patienten mit leichter bis mittelschwerer AD (MMSE 10–26) mit Donepezil im Vergleich zu keiner medikamentösen Behandlung mittlere Kosteneinsparungen pro Patient in Höhe von 6.994 € aus der Sozialversicherungs-Perspektive bzw. 9.827 € aus der gesamtgesellschaftlichen Perspektive erzielt werden. Gleichzeitig wurden 0,13 QALYs pro Patient und 0,01 QALYs pro Pflegeperson gewonnen. Im Vergleich mit Memantin bei Patienten mit moderater einschließlich mittelschwerer AD (MMSE 10–19) können immer noch signifikante Einsparungen in Höhe von 1.760 € aus der Sozialversicherungs- und 2.567 € aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive erzielt werden. Für Patienten, die mit Donepezil behandelt werden, ergibt sich gegenüber einer Behandlung mit Memantin ein – wenn auch geringer – QALY-Gewinn von 0,01.

In univariaten Sensitivitätsanalysen blieb Donepezil dominant bei der Variation zahlreicher Parameter, unter anderem bei der Reduzierung des Behandlungseffekts, des Effekts des Krankheitsschweregrads auf Pflegezeit und Patientennutzen sowie der Pflegekosten um jeweils 25 %. Auch bei Betrachtung über einen Zeithorizont von nur fünf Jahren bleibt Donepezil dominant. In probabilistischen Sensitivitätsanalysen ist Donepezil gegenüber Memantin in über 90 % der Replikationen unter beiden Perspektiven dominant. Im Vergleich zu keiner medikamentösen Behandlung dominiert Donepezil in allen Replikationen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass der Einsatz von Donepezil bei der Behandlung von Patienten mit AD in Deutschland äußerst kosteneffektiv ist. Durch die Therapie mit Donepezil können nicht nur deutliche Behandlungseffekte, sondern auch erhebliche Einsparungen erzielt werden. Die Robustheit dieser Ergebnisse wird durch weitreichende Sensitivitätsanalysen bestätigt.

EVALUATION EINER VERNETZUNG IN DER VERSORGUNG DEMENZKRANKER MENSCHEN UND IHRER ANGEHÖRIGEN IM KREIS METTMANN

Leonore Köhler¹, Verena Leve², Marion Menke², Manuela Kraft¹, Brigitte Rehling¹, Dominique Moisl¹
¹Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS e.V.), Frankfurt a. M.; ²Institut für Gerontologie an der TU Dortmund

Zielsetzung/Fragestellung: Gegenstand der Untersuchung ist ein Modellprojekt in NRW, welches sich zum Ziel gesetzt hat, ein Netzwerk zur Entwicklung gemeinwesenorientierter, dezentraler Beratungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen auszubauen. Zum Ende der Projektphase wird eine Fremdevaluation durchgeführt mit der Frage, welche Faktoren sich für die Vernetzung als förderlich erwiesen, wo Hemmnisse und Barrieren auftreten können und welche Auswirkungen das Projekt auf die Versorgung der betroffenen Menschen zeitigt.

Materialien/Methoden: Die Evaluation ist multimethodal angelegt mit einer Verbindung quantitativer und qualitativer Verfahren. In den drei Bewertungsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden die Perspektiven der unterschiedlichen Akteursgruppen im Versorgungsfeld zusammengeführt: Projekt-

mitarbeiterInnen, MitarbeiterInnen beteiligter Dienstleister, Kommunen und Vereine, Ehrenamtliche, pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz. Die gewählten Methoden umfassen Dokumentenanalysen, Fokusgruppen, Experteninterviews, Nutzerbefragungen und eine standardisierte schriftliche Befragung von MitarbeiterInnen zu zwei Zeitpunkten. Der regionale Ansatz des Projektes ermöglicht eine kontrastierende Betrachtung der verschiedenen Städte des Kreises.

Ergebnisse: Aus dem Vernetzungsprojekt sind regionale wie auch themenbezogene Subnetzwerke entstanden, die ihrerseits ineinander greifen. Innerhalb der Gesamtstruktur hat jede Kommune im Kreis ihre individuelle Lösung gefunden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass insbesondere die Adaption des Konzepts, das Management des Netzwerks, die Integration gewachsener Strukturen und die Öffentlichkeitsarbeit wichtige Komponenten für die Ausgestaltung und das Gelingen der Vernetzung sowie ihre Nachhaltigkeit darstellen. Es wurden zahlreiche gemeinsame Aktivitäten des Netzwerkes realisiert, eine Vielzahl neuer Angebote im Bereich niedrigschwellige Betreuung und Beratung sind entstanden.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: In unserer alltäglichen Lebenswirklichkeit sind Tabuisierung der Demenz und Barrieren in der Inanspruchnahme von Hilfen noch eine verbreitete Realität. Die Vernetzung der Akteure in der Demenzversorgung kann einen Beitrag leisten, diese abzubauen und Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen besser im Gemeinwesen zu inkludieren.

SOZIALE KOMPETENZ IN DER STATIONÄREN BETREUUNG DEMENZKRANKER MENSCHEN: IST SIE MESSBAR? IST SIE TRAINIERBAR?

Katharina Krause, Judith Franzmann, Julia Haberstroh, Johannes Pantel

Klinik für Psychiatrie der JWG-Universität, AG Gerontopsychiatrie, Frankfurt

Zielsetzung/Fragestellung: Mangelnde berufliche Qualifizierung, insbesondere im Umgang mit Demenzpatienten, stellt einen großen Belastungsfaktor in der stationären Altenpflege dar. Das Projekt TanDem im Pflegeheim (Trainingsangebote zum Thema Demenz) zielt darauf ab, spezifische soziale Kompetenzen von Pflegekräften in der stationären Betreuung demenzkranker Menschen zu stärken.

Materialien/Methoden: Im Rahmen einer Trainingsstudie wurden in drei Alten(pflege)heimen Fortbildungen zu den Themen »Kommunikation mit demenzkranken Menschen«, »Kommunikation mit Angehörigen von Bewohnern« und »Kommunikation mit Kollegen« durchgeführt. Zur Evaluation der Trainings wurde ein bestehendes Instrument zur Erfassung beruflicher Handlungskompetenzen in der Altenpflege erweitert, für die Anforderungen in der Betreuung demenzkranker Menschen spezifiziert und im Zuge einer Onlinebefragung validiert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Evaluation weisen auf die Effektivität der Trainingsmaßnahmen für deutsche Muttersprachler hin. Weiterhin zeigte sich, dass insbesondere hoch intrinsisch motivierte und stark beanspruchte Pflegekräfte von der Trainings teilnahme profitierten.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Zur objektiveren Erfassung der sozialen Kompetenz von Pflegekräften in der Betreuung demenzkranker Menschen wird ein nicht-sprachliches Erhebungsinstrument benötigt. Derzeit wird in der Arbeitsgruppe ein Beobachtungsverfahren entwickelt, das standardisierte Rollenspiele zur Grundlage hat. Zudem wird aktuell eine Kurzversion des Fragebogens zur Erfassung der sozialen Kompetenz in der Betreuung demenzkranker Menschen im Rahmen einer Onlinebefragung validiert.

PFLEGENDE ANGEHÖRIGE VON DEMENZIELL ERKRANKTEN TÜRKISCHEN MIGRANTEN/INNEN IHRE BELASTUNGEN UND IHRE ERWARTUNGEN

Filiz Küçük

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin

Die Autorin hat sich im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie, die Untersuchung der Situation erwachsener Kinder mit türkischem Migrationshintergrund, die einen Angehörigen mit einer demenziellen Erkrankung pflegen, zur Aufgabe gemacht und insgesamt sechs qualitative Interviews mit dieser Klientel geführt. Ein Aspekt der Gesamtstudie bezog sich dabei auf ihre Belastungen und ihre Erwartungen an die Beratungspraxis.

Die Aussagen der Interviews zu den Konsequenzen der innerfamiliären Pflege zeigen, dass Schuldgefühle, fehlende Anerkennung im bzw. fehlende Unterstützung durch das familiäre Umfeld als psychische Belastungen empfunden werden. Hinzu kommen soziale Isolation und eine starke Reduzierung des persönlichen Zeitkontingents.

Hinsichtlich des Beratungsbedarfs und der Erwartungen an bestehende und zukünftige Beratungsstellen für Angehörige von Demenzkranken mit türkischem Migrationshintergrund äußern die Interviewpartner/innen, dass mehr Beratungsstellen – vor allem in Wohngebieten mit einer hohen Anzahl türkischer Migranten/innen – entstehen sollten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen seien. Die Berater/innen sollten sich Zeit nehmen, über türkische Sprachkenntnisse, kulturelle und beraterische Kompetenzen verfügen sowie ein umfassendes Fachwissen in Bezug auf demenzielle Erkrankungen und Versorgungsmöglichkeiten besitzen. Überhaupt sollte das Thema »Demenz« mittels der türkischen Massenmedien in das öffentliche Interesse gerückt werden. Gleichzeitig wünschen sich die Befragten einen Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Tagesstätten und Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit gut ausgebildetem und türkischsprachigem Personal. Derartige Hilfen und Unterstützungsangebote würde die Mehrzahl der Befragten gerne in Anspruch nehmen.

Als Konsequenz dessen sollte die kulturelle Vielfalt in Deutschland sehr viel mehr berücksichtigt und dem Abbau von Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationshintergrund begegnet werden. Eine interkulturelle Öffnung der Beratungs- und Gesundheitseinrichtungen wäre ein – vielleicht sogar der – wichtigste Schritt.

HAUSARZTBASIERTES MODELLPROJEKT DEMENZVERSORGUNG IN RHEINLAND-PFALZ (START MODEM)

Nina Laux¹, Susanne Hilgert², Ingeborg Germann², Heiner Melchinger³, Andreas Fellgiebel¹

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität Mainz; ²Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., Mainz; ³Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Sozialpsychiatrie und Psychotherapie

Zielsetzung/Fragestellung: Die Zunahme der Demenzerkrankungen bei fehlender kurativer Therapie stellt eine der großen Herausforderungen von Gesundheitssystem und Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten dar. Obwohl evidenzbasierte Diagnostik und Behandlungsstrategien existieren, sind eine leitliniengetreue Diagnostik und Therapie sowie die wirksame Vernetzung von früher medizinischer Therapie mit psychosozialer Unterstützung der betroffenen Familien oft nur an Spezialzentren realisiert.

Ziel des Hausarztbasierten Modellprojekts Demenzversorgung (start modem) ist die Verbesserung der medizinischen und psychosozialen Frühversorgung demenziell Erkrankter und deren Angehöriger durch eine frühe Diagnostik beim Hausarzt und eine zeitnahe psychosoziale Beratung. Die Studie untersucht pragma-

tische und kurzfristig realisierbare Lösungsmöglichkeiten unter Einbeziehung etablierter Versorgungsstrukturen.

Fragestellungen:

Phase 1: Wie sind Akzeptanz, Adhärenz und Qualität der implementierten leitliniengerechten Diagnostik und Therapie?

Phase 2: Wie ist die Effektivität der frühen individuellen psychosozialen Beratung von demenziell Erkrankten und deren Angehörigen?

Materialien/Methoden: Prospektive, multizentrische, kontrollierte, randomisierte Studie (Leuchtturmprojekt, gefördert durch das BMG) mit Test/Retest-Design (Laufzeit: zwei Jahre; der erste Patient wurde im Juli 08 eingeschlossen).

Insgesamt nehmen in drei Regionen in Rheinland-Pfalz 97 Hausärzte, drei Facharztzentren und neun Beratungs- und Koordinierungsstellen/Pflegestützpunkte teil.

Ergebnisse: Viele Hausärzte wurden bzgl. Demenzdiagnostik und -therapie sensibilisiert und geschult und nehmen aktiv an der Studie teil. Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungs- und Koordinierungsstellen/Pflegestützpunkte wurden demenzspezifisch geschult und zeigen ein starkes Engagement für Demenzerkrankte und deren Familien.

Bis zum 31. März 2009 wurden insgesamt 143 Patienten und ihre Angehörigen von 46 Hausärzten in die Studie eingeschlossen, bei 74 von ihnen hat sich der Demenzverdacht bestätigt. Die Rekrutierungsphase endet im Juli, die letzten Follow-Up-Tests werden im Dezember durchgeführt.

Die vorläufigen Ergebnisse der psychologischen Untersuchungen weisen auf einen Zusammenhang zwischen neuropsychiatrischen Symptomen beim Patienten (die bereits in frühen Stadien auftreten können) und Depressivität und Lebensqualität beim Angehörigen hin, was die Bedeutung einer frühzeitigen psychosozialen Beratung betont. Bis zum Kongress werden wir auch erste Ergebnisse der Follow-Up-Untersuchungen präsentieren, d. h. Aussagen über die Effektivität der Beratung treffen können.

Vorläufige Schlussfolgerung: Die Motivation der beteiligten Hausärzte hinsichtlich der Frühdiagnostik von Demenzerkrankungen ist überwiegend sehr hoch - und Patienten und Angehörige schätzen das erweiterte Praxisangebot ihres Hausarztes. Die Vernetzung zwischen Beratungsstellen und Hausarztpraxen verbessert sich während der Studie zunehmend, was auch den Patienten zugute kommt, die nicht an der Studie teilnehmen können.

Insbesondere über die psychosoziale Beratung durch die Beratungs- und Koordinierungsstellen/Pflegestützpunkte erhalten wir zahlreiche positive Rückmeldungen (von Hausärzten, Patienten und Angehörigen). Die betroffenen Familien berichten unter anderem von verbesserter Kommunikation mit dem Demenzkranken oder von konkret eingeleiteten Hilfen.

EVIDENT: EVALUATION VERNETZTER VERSORGUNGSSTRUKTUREN FÜR DEMENZKRANKE UND IHRE ANGEHÖRIGEN: ERMITTLUNG DES INNOVATIONSPOTENZIALS UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DEN TRANSFER

Verena Leve¹, Monika Reichert², Anja Ehlers², Monika Goldmann³, Marion Menke¹, Bärbel Meschkutat³, Kerstin Müller³
¹Institut für Gerontologie an der TU Dortmund; ²Soziale Gerontologie und Lebenslauforschung, TU Dortmund; ³Sozialforschungsstelle Dortmund, Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der TU Dortmund

Zielsetzung/Fragestellung: Die Versorgung demenziell Erkrankter und die Unterstützung ihrer pflegenden Angehörigen gehören gerade mit Blick auf den demografischen Wandel zu den großen gesellschaftlichen und politischen Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund wird im Rahmen des EVIDENT-Projektes

die Arbeitsweise von sechs Versorgungsnetzwerken in Nordrhein-Westfalen untersucht. Diese Netzwerke streben umfassende Kommunikation und Kooperation zwischen den unterschiedlichsten Ebenen und Bestandteilen der Demenzversorgung an. Eingeschlossen sind ärztliche und pflegerische Angebote, Beratungs- und Schulungsangebote sowie Unterstützung durch ehrenamtliche Dienste, Haushaltsdienste und Selbsthilfegruppen. Die zentrale Fragestellung des Forschungsprojektes ist, ob diese Vernetzung zur Entlastung der pflegenden Angehörigen und zum Wohlbefinden der demenziell Erkrankten beiträgt. Im Rahmen des Projektes werden Handlungsempfehlungen für die beteiligten Netzwerke erarbeitet sowie als Quintessenz Handreichungen für den Transfer über diese Verbünde hinaus entwickelt.

Materialien/Methoden: Das Projekt stützt sich auf Fallstudien der beteiligten Netzwerke, auf Leitfadeninterviews mit Expertinnen und Experten, auf eine Angehörigenbefragung sowie auf eine Literaturrecherche zu innovativen Konzepten der Demenzversorgung.

Ergebnisse: Da das Projekt Anfang 2010 endet, werden Zwischenergebnisse präsentiert. Sie geben Einblick in die Komplexität der untersuchten Netzwerke, in die institutionellen und finanziellen Rahmenbedingungen der vernetzten Versorgung und das hohe Engagement der beteiligten Akteurinnen und Akteure. Ferner werden Ergebnisse aus der Angehörigenbefragung zur Inanspruchnahme und Bewertung der Entlastungsangebote vorgestellt.

VITAL – MEHR ALS EIN ASSESSMENT

Kathrin Ott, Volker Bretschneider, Frank Schwärzler, Gerhard Längle

Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, ZfP-Südwürttemberg, Zwiefalten

Zielsetzung/Fragestellung: Auf alterspsychiatrischen Stationen mit vorwiegend demenziell erkrankten Patienten orientiert sich das Versorgungsangebot häufig an den fortgeschritten demenziell erkrankten Patienten. Patienten auf einem höheren Leistungsniveau finden selten ein ihren Ressourcen angemessenes Angebot vor. Zumeist wird in der ärztlichen und pflegerischen Einschätzung ein Schwerpunkt auf intellektuelle Leistungsdefizite gesetzt. Dabei wird außer acht gelassen, dass alltagsrelevante Einschränkungen am stärksten durch den Rückgang sozialer Interaktionsfähigkeit begründet sind. Zu diesem Zweck haben wir VITAL (ein Versorgungs- und Interaktionstraining zur Verbesserung der Alltagskompetenzen und lebenspraktischen Fähigkeiten) entwickelt.

Materialien/Methoden: Einzel- und Gruppenarbeit

Ergebnisse: Patienten fühlen sich in Gruppen mit erkrankten Menschen auf vergleichbarem Leistungsstand wohler.

Die Therapierationale ist den Angehörigen intuitiv vermittelbar. Aussagen hinsichtlich des für den Betroffenen notwendigen Hilfsbedarfs haben eine hohe prognostische Aussagekraft.

Innerhalb des psychiatrischen Behandlungsteams entsteht ein kontinuierlicher Zuwachs an gerontopsychiatrischer Kompetenz, die als positive Teamentwicklung wahrgenommen wird und eine wichtige Rolle in der Burn-Out-Prophylaxe spielt.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: VITAL ist ein für in ihrem Funktionsniveau nur leicht – mittelgradig eingeschränkte Patienten mit demenziellen Erkrankungen ein wertvolles Therapieangebot, weil es an bestehenden Fähigkeiten anknüpft und diese stabilisiert und verbessert. Auch zu diagnostischen Zwecken stellt es eine sehr wertvolle Hilfe dar, weil es im relevanten Funktionsalltag eine Einschätzung der Fähigkeiten und Hilfsbedürftigkeiten von Patienten erlaubt. Darin stellt es eine wertvolle Ergänzung zu etablierten strukturierten vorwiegend neuropsychologisch orientierten Assessments dar.

INTEGRATIVE ALTERSPSYCHIATRISCHE VERSORGUNG – EINE MODELLEINRICHTUNG IM ZÜRCHER OBERLAND

Ivanka Radman

Clienia Schloessli AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Oetwil am See, Zürich

Die Struktur unserer Bevölkerung ist einem markanten Wandel unterworfen. Mehr Menschen erreichen ein hohes Alter und der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt. Epidemiologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass ca. 30% älterer Menschen an einer leichten bis schweren psychischen Störung leiden, ca. 12–15% sind psychiatrisch und psychotherapeutisch behandlungsbedürftig. Unter diesen Aspekten wächst die Verantwortung der Gesellschaft, älteren, oft multimorbiden Patienten eine fachkundige und patientenorientierte Diagnostik und Therapie anzubieten. Der alterspsychiatrische Bereich der Clienia-Gruppe bietet ein differenziertes Angebot an Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege. Dabei wird modellhaft die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung im Zürcher Oberland (260.000 Einwohner) von einem Dienstleister erbracht, »Hilfe aus einer Hand«. Mit der umfassenden Neuorganisation konnte eine gemeindenahere, gut koordinierte Netzversorgung entwickelt werden. Im Zentrum steht eine individuelle, der Problematik der Alterspatienten gerecht werdende Behandlung, die interdisziplinär erbracht wird. Innovativ sind die störungsspezifischen, modularartig gestalteten Therapieangebote, die in allen drei Bereichen (ambulant, teilstationäre und stationär) angeboten werden. Unter dem Einbezug der regionalen Ressourcen in das integrative Behandlungsmodell konnten die therapeutische Konstanz und die Behandlungsqualität deutlich verbessert werden.

IST DIE PFLEGEPERSONALSITUATION – LT. PSYCHPV – AUF EINER GERONTOPSYCHIATRISCHEN STATION AUSREICHEND, UM DEMENTE MENSCHEN WÜRDIG ZU PFLEGEN UND ZU BETREUEN?

Eckehard Schlauß

Gerontopsychiatrie, EDKE Krankenhaus Herzberge Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Ist die PsychPV geeignet den Pflege- und Betreuungsbedarf in der Gerontopsychiatrie korrekt abzubilden? Wie erfolgt die Umsetzung der PsychPV-Fragen zu den Minutenwerten und zur BpflVO? Es soll die Fragen aufgeworfen werden, ob DRG's in der Psychiatrie sinnvoll wären, oder ob eine reformierte PsychPV nicht eine gute und bewährte Institution ist?

Materialien/Methoden: Es werden empirische Daten zur Ermittlung des Pflegebedarfs, und davon abgeleitet des Pflegepersonalbedarfes, entsprechend der PsychPV im Vergleich mit der Leistungserfassung in der Pflege (LEP) dargestellt. Diese Daten wurden im Rahmen meiner Untersuchung ermittelt. Die Verfahren zur Personalbedarfsermittlung in der Psychiatrie (PsychPV) und das LEP-Verfahren werden nur zum Verständnis kurz erläutert, und es wird die Frage aufgeworfen, ob diese Instrumentarien geeignet sind den tatsächlichen Pflegebedarf abzubilden.

Ergebnisse: Pflegepersonalmangel

Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden insbesondere unter dem Gesichtspunkt der psychosozialen Betreuung der dementen Menschen betrachtet.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung:

Folgende Thesen sollen zur Diskussion gestellt werden:

1. Ist die PsychPV reformierbar, oder sollten DRG's eingeführt werden?
2. Wieviel darf die Pflege und Betreuung dementer Menschen kosten – wieviel sind die dementen Menschen der Gesellschaft wert?
3. Welche Kriterien sollten zur Personalbedarfsermittlung herangezogen werden, und sind diese wissenschaftlich ermittelt worden?

WAS ERWARTEN PATIENTEN UND ANGEHÖRIGE VOM BESUCH EINER GEDÄCHTNISSPRECHSTUNDE?

Nina Strößenreuther¹, Hartmut Lehfeld²

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Nürnberg;

²Gedächtnissprechstunde, Nürnberg

Zielsetzung/Fragestellung: Im Rahmen des Qualitätsmanagements führte die Gedächtnissprechstunde des Klinikums Nürnberg eine Kundenbefragung durch, in deren Mittelpunkt die Erwartungen und der Informationsgewinn standen, die mit dem Besuch der Einrichtung verbunden waren.

Materialien/Methoden: Über einen Zeitraum von drei Monaten wurden 81 Patienten und 80 begleitende Angehörige anhand eines eigens für diesen Zweck entwickelten, anonymen Fragebogens befragt. Zu beurteilen waren dabei die Zufriedenheit mit Untersuchungsablauf und -dauer, der Qualität der Ergebnisrückmeldung sowie dem Informationsgewinn.

Ergebnisse: Der zeitliche Umfang der Untersuchung (ca. 1,5 Stunden) und der Befundbesprechung (ca. 15 Minuten) stießen sowohl bei den Patienten als auch deren Angehörigen auf breite Akzeptanz. Drei Viertel der Befragten gaben an, sich durch den Besuch umfassend informiert zu fühlen, 18% wünschten jedoch weitergehende Informationen. Insgesamt 96% aller Befragten sahen für Gedächtnissprechstunden einen festen Platz im Gesundheitssystem.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Nach den Ergebnissen der Kundenbefragung zeigten sich diese zum überwiegenden Teil sehr zufrieden mit dem Besuch der Gedächtnissprechstunde. Gleichzeitig wurde deutlich, dass von dem Termin nicht nur die diagnostische Abklärung und medizinisch-neuropsychologische Informationen erwartet werden, sondern darüber hinaus die Einleitung oder Vermittlung konkreter Therapie- und Hilfsmaßnahmen.

NORMALDRUCKHYDROZEPHALUS: EINE BEHANDELBARE UND DOCH WENIG ERKANNTEN DEMENZFORM

Franziskos Xepapadacos, Achim Haug, Ivana Radman

Clienia Schloessli AG, Oetwil am See – Zürich

Zielsetzung/Fragestellung: Wir berichten über eine 79jährige Patientin, die uns aus einem somatischen Spital wegen zunehmender Selbstversorgungsdefizite, Verwahrlosungstendenz sowie intermittierender Halluzinationen zur weiteren Behandlung in unsere psychiatrische Klinik eingewiesen wurde. Die dortige somatische, laborchemische und kardiologische Diagnostik fiel soweit unauffällig aus. Eine kraniale Computertomographie zeigte eine generalisierte Hirnatrophie mit konsekutiver Ventrikelerweiterung sowie Hinweise für kleinere, alte ischämische Veränderungen.

Materialien/Methoden: Bei Eintritt in unsere Klinik imponierte ein demenzielles Syndrom mit vollständiger zeitlicher, örtlicher und situativer Desorientiertheit, starken Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie ausgeprägten mnestischen Defiziten. Des Weiteren bestanden eine gedrückte Grundstimmung, verminderter Antrieb und psychomotorische Verlangsamung. Neurologisch auffällig war ein kleinschrittiger, deutlich unsicherer Gang mit Drehschwierigkeiten wie auch fehlender Mitbewegung der Arme. Zusätzlich fiel eine Harninkontinenz auf. Die psychometrischen Tests (MMSE, Uhren-Test, DemTect, GDS) ergaben mittelschwer bis schwer eingeschränkte kognitive Leistungen.

Ergebnisse: Unsere Beurteilung der kranialen Computertomographie ergab eine deutliche Erweiterung der inneren im Vergleich zu den unwesentlich erweiterten äußeren Liquorräumen, balloniertere Seiten- und dritter Ventrikel und somit eine eindeutige Liquorresorptionsstörung. In Zusammenschau mit der klinischen Trias Gangstörung, Harninkontinenz und Demenz erhoben wir die Verdachtsdiagnose eines Normaldruckhydrozephalus und führten

einen Liquorablassversuch durch. Schon 4h nach der Punktion zeigte sich eine signifikante und 24h später eine weitere hochsignifikante Verbesserung der Gehstrecke, des Gangbildes, des Gangtempos und der Gangflüssigkeit.

Bereits wenige Wochen nach erfolgreicher Implantation eines VP-Shunts kam es zu einer subjektiven wie auch objektiven Verbesserung der Kognition, einem deutlich sichereren Gang ohne Fallneigung sowie einer vollständigen Remission der Harninkontinenz.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Der vorliegende Fall soll auf die diagnostischen Schwierigkeiten und Kriterien sowie die klinische und therapeutische Relevanz dieses behandelbaren demenziellen Syndroms aufmerksam machen, welches oft undiagnostiziert bleibt.

Referenten

- Aarsland, Dag
Wolfson Centre for Age Related Diseases University of London
WC2R 2LS, UK – London
- Adler, Georg, Prof. Dr. med.
Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG)
Friedrichsplatz 12, 68165 Mannheim
- Ahl, Björn, Dr. med.
Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim
Lindenstraße 15, 38704 Liebenburg
- Aichberger, Marion, Dr.
St. Hedwig-Krankenhaus, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin
- Bäurle, Peter, Dr. med.
Psychiatrische Klinik Münsterlingen
Kanton Turgau, CH-8596 Münsterlingen
- Bektas, Miriam, Diplom-Psychologin
Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG)
Friedrichsplatz 12, 68165 Mannheim
- Bergmann, Frank, Dr. med.
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie
Theaterplatz 17, 52062 Aachen
- Beske, Fritz, Prof. Dr. med.
Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel
Weimarer Str. 8, 24106 Kiel
- Biel, Stephan
tioman & partners
Comte d'Urgell 20, Atc. 2º, E-08011 Barcelona
- Bohlken, Jens, Dr. med. Dipl. Soz.
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Klosterstr. 34, 13581 Berlin
- Brandt, Stephan A., Prof. Dr. med.
Neurologie Charité Campus Mitte
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
- Braun, Melanie
Psychologisches Institut
Fachgruppe Sozial- und Gesundheitspsychologie
Binzmühlestr. 14/Box 14, CH-8050 Zürich
- Calabrese, Pasquale, PD Dr.
Universität Basel, Institut für Psychologie
Abteilung für Allgemeine Psychologie und Methodologie
Missionsstrasse 60/62, CH-4055 Basel
- Dahling, Volker, Dr. med.
Vivantes Klinikum Hellersdorf
Brebacher Weg 15, 12683 Berlin
- Dichgans, Martin, Prof. Dr. med.
Klinikum der Universität, Neurologische Klinik und Poliklinik
Marchioninstr. 15, 83177 München
- Dodel, Richard, Prof. Dr. med.
Neurologische Klinik
Universitätsklinikum Giessen u. Marburg GmbH
Rudolf-Bultmannstr. 8, 35039 Marburg
- Drach, Lutz M., Dr. med.,
C.F. Flemming-Klinik Helios-Kliniken-Schwerin
Wismarsche Str. 393, 19049 Schwerin
- Ebe, Bernd
ZfP Südwürttemberg
Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie
Hauptstr. 9, 88529 Zwiefalten
- Eckermann, Gabriel, Dr.
Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren
Kemnater Str. 16, 87600 Kaufbeuren
- Ehrt, Uwe, Dr. med.
Universitätskrankenhaus Stavanger
Armauer Hansens vei 20, N-4011 Stavanger
- Engel, Sabine, Prof. Dr.
Institut für Psychogerontologie, Gedächtnis-Zentrum
Nägelsbachstr. 25, 91052 Erlangen
- Fehrenbach, Rosa Adelinde, Dr. med.
SHG-Kliniken Sonnenberg, Gerontopsychiatrische Klinik
Sonnenbergstraße 10, 66119 Saarbrücken
- Fey, Tilman, Dr. med.
LWL-Klinik Münster
Friedrich-Wilhelm-Str. 30, 48161 Münster
- Förstl, Hans, Prof. Dr. med.
Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität
München
Ismaninger Str. 22, 81675 München
- Forstmeier, Simon, Dr. rer. nat.
Universität Zürich Psychopathologie und Klinische Intervention
Binzmühlestr. 14/17, CH-8050 Zürich
- Frölich, Lutz, Prof. Dr. med.
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Abt. f. Gerontopsychiatrie
J 5, 68159 Mannheim
- Geyer, Sabine, Dipl.-Psych.
Klinikum Staffelfeld Schön Kliniken
Spezialabteilung Gerontopsychosomatik
Am Kurpark 11, 96231 Bad Staffelfeld
- Gogol, Manfred, Dr. med.
Krankenhaus Lindenbrunn, Klinik für Geriatrie
Lindenbrunn 1, 31863 Coppenbrügge
- Golla, Heidrun, Dr. med.
Zentrum für Pallativmedizin, Uniklinik Köln
Kerpener Str. 62, 50924 Köln
- Grass-Kapanke, Brigitte, Dr.
Krankenhaus Maria-Hilf GmbH Krefeld
Oberdießemer Str. 136, 47805 Krefeld
- Gurlit, Simone, Dr. med.
St. Franziskus-Hospital Münster
Hohenzollernring 72, 48155 Münster
- Gutzmann, Hans, Prof. Dr. med.
Krankenhaus Hedwigshöhe, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Höhensteig 1, 15526 Berlin

- Haberstroh, Julia, Dr. rer. nat.
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der
J. W. Goethe Universität
Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt
- Hänn, Johannes
ZfP-Südwestfalen
Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie
Hauptstr. 9, 88529 Zwiefalten
- Hartz, Susanne
United BioSource Corporation, Health Economics
20, Bloomsbury Square, UK-London WC1A 2NS
- Haupt, Martin, PD Dr. med.
Schwerpunktpraxis Hirnleistungsstörungen
Hohenzollernstr. 1-5, 40211 Düsseldorf
- Häussermann, Peter, Dr. med.
Universitätsklinik für Psychiatrie
Niemannsweg 147, 24105 Kiel
- Hauth, Iris, Dr. med.
St. Joseph-Krankenhaus Weissensee
Zentrum für Neurologie, Psychiatrie Psychotherapie
Gartenstr. 1, 13088 Berlin
- Heneka, Michael, Prof. Dr.
Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn
- Herrmann, Jana
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
- Hess, Rainer, Dr. jur.
Gemeinsamer Bundesausschuss
Auf dem Seidenberg 3a, 53721 Siegburg
- Heun, Reinhard, Prof.
Derby City General Hospital
Uttoxeter Road, UK-Derby DE22 3NE
- Hewer, Walter, PD Dr. med.
Vinzenz von Paul Hospital gGmbH
Schwenninger Str. 55, 78628 Rottweil
- Hirsch, Rolf D., Prof. Dr. phil. Dr. med.
Abt. f. Gerontopsychiatrie, Rheinische Kliniken Bonn
Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn
- Höft, Barbara, Dr. med. Dipl. Psych.
LVR-Klinikum
Psychiatrische Klinik der Heinrich Heine Universität Düsseldorf
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
- Holthoff, Vjera, Prof. Dr.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
- Hüll, Michael, Prof. Dr. med.
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie u. der Sektion Geronto-
psychiatrie u. Neuropsychologie, Universitätsklinikum Freiburg
Lehener Str. 88, 79106 Freiburg
- Ibach, Bernd, Dr. med.
Janssen Cilag GmbH, Med. Fachbereich ZNF
Raiffeisenstr. 8, 41470 Neuss
- Jansen, Sabine
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin
- Jessen, Frank, PD Dr. med.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität
Bonn
Sigmund-Freund-Str. 25, 53127 Bonn
- Jurjanz, Luisa, Dipl.-Psych.
Universitätsklinikum C.G. Carus der TH Dresden
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
- Kaiser, Andreas, Mag.
Universitätsinstitut für Klinische Psychologie
Christian Doppler Klinik
Ignaz-Harrer-Str. 79, A-5020 Salzburg
- Kliegel, Matthias, Prof. Dr.
Professur für Entwicklungspsychologie, TU Dresden
Zellescher Weg 17, 01069 Dresden
- Köhler, Leonore
Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS)
Zeilweg 42, 60439 Frankfurt
- Koller, Manfred, Dr. med.
Asklepios Fachklinikum Göttingen
Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen
- Kopf, Daniel, PD Dr. med.
Bethanien – Krankenhaus, Geriatriisches Zentrum am Klinikum der Uni-
versität Heidelberg
Rohrbacher Str. 149, 69126 Heidelberg
- Kortus, Rainer
Zentrum für Psychiatrie Winnenden, Abt. f. Gerontopsychiatrie
Schlossstr. 50, 71364 Winnenden
- Krause, Katharina, Dipl.-Psych.
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, AG Geron-
topsychiatrie
Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt
- Kunczik, Thomas, Dr. rer. nat.
Taubenweg 3, 51674 Wiehl
- Kunze, Heinrich, Prof. Dr. med. habil.
Aktion Psychisch Kranke e.V.
Oppelner Str. 130, 53119 Bonn
- Küçük, Filiz, Dipl.-Pflegerin
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Aristotelessteig 2, 10318 Berlin
- Kurz, Alexander, Prof. Dr. med.
Psychiatrische Klinik und Poliklinik, der TU München
Ismaninger Str. 22, 81675 München
- Lägel, Ralph
Janssen-Cilag GmbH, Manager Gesundheitswesen
Health Care Relations
Johnson & Johnson Platz 1, 41470 Neuss
- Lautenschlager, Nicola, Prof. Dr.
Normanly House, St. George's Hospital
283 Cotham Road, A-3101 Kew Victoria
- Laux, Nina, Dipl. Päd., M.Sc. (Geront.)
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz

Lehfeld, Hartmut, Dr.
Klinikum Nürnberg Nord
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg

Lembach, Yvonne
Institut für Studien zur psychischen Gesundheit (ISPG)
Friedrichsplatz 12, 68165 Mannheim

Leve, Verena, Diplom Sozial-Gerontologin
Institut für Gerontologie an der TU Dortmund
Evinger Platz 13, 44339 Dortmund

Lezius, Meike, Dipl. Gerontol.
Angehörigenberatung e.V. Nürnberg
Gerontopsychiatrische Fachkoordination (GeFa)
Adam-Klein-Str. 6, 90429 Nürnberg

Lischka, Barbara, Dipl. Soz. Päd.
Angehörigenberatung e.V. Fachberatung für pflegende Angehörige und
Demenzberatung
Adam-Klein-Str. 6, 90429 Nürnberg

Mahlberg, Richard, Dr. med.
Klinik am Europakanal
Klinik für Psychiatrie, Sucht, Psychotherapie und Psychosomatik
Am Europakanal 71, 91056 Erlangen

Maier, Wolfgang, Prof. Dr. med.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
Universität Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn

Meißnest, Bernd, Dr.
Abteilung Gerontopsychiatrie, LWL-Klinik Gütersloh
Hermann-Simon-Str. 7, 33334 Gütersloh

Melchinger, Heiner, Dr.
Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung
Klinik für Medizinische Rehabilitation und Geriatrie
Schweemannstr. 19, 30559 Hannover

Mell, Thomas,
Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im
St. Hedwig-Krankenhaus
Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin

Meyer-Lutterloh, K., Dr.
Newsstand Gemeinnützige Gesellschaft für Beratung, Bildung & Con-
gressmanagement mbH
Genterstr. 63, 13353 Berlin

Müller-Thomsen, Tomas, Dr. med.
Psychiatrische Klinik Uelzen, AB Gerontopsychiatrie und
Ambulanz
An den Zehn Eichen 50, 29525 Uelzen

Nelles, Gereon, PD Dr. med.
Facharzt für Neurologie
Haselnußhof 1, 50767 Köln

Neumann, Eva-Maria, Prof. Dr.,
Fachhochschule Lausitz, Fachbereich Sozialwesen
Lipezker Str. 47, 03048 Cottbus

Niemann-Mirmehdi, Mechthild, Dipl. Soz. Päd.
Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im
St. Hedwig Krankenhaus

Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin
Niße, Klaus, Dr. med.
Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Gerontopsychiatrisches Zentrum
Kemnater Str. 16, 87600 Kaufbeuren

Ott, Kathrin
ZfP Südwürttemberg, Abteilung für Alterspsychiatrie und Alters-
psychotherapie
Hauptstr. 9, 88529 Zwiefalten

Perrar, Klaus Maria, Dr. med.
Zum Mühlendriesch 24, 52399 Merzenich

Peters, Meinolf, Dr. phil.
Klinik am Hainberg
Ludwig-Braun-Str. 32, 36271 Bad Hersfeld

Pfennig, Andrea, Dr. med.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Radman, Ivanka, Dr. med.
Clenia Schloessli AG Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Schloesslistr. 8, CH-8618 Oetwil am See

Rapp, Michael, Dr. phil. Dr. med.
Gerontopsychiatrisches Zentrum, Psychiatrische Universitätsklinik der
Charité im St. Hedwig-Krankenhaus
Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin

Reinke, Petra, Prof. Dr.
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik m. S. Neph-
rologie und internistische Intensivtherapie
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Reischies, Friedel, Prof. Dr. med.
Charité, UMB GPVA
Eschenallee 3, 14050 Berlin

Romero, Barbara, Dr. phil.
Alzheimer Therapiezentrum der Neurologischen Klinik Bad Aibling
Kolbermoorerstr. 72, 83043 Bad Aibling

Ruhwinkel, Bernadette, Dr. med.
Klinik Schlosstal ipw
Wieshofstr. 102, CH-8408 Winterthur

Rupprecht, Roland, Dr.
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Institut für Psychogerontologie
Nägelsbachstr. 25, 91052 Erlangen

Sasse, Johanna, Dr. med.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

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

Schlauß, Eckehard, Dipl.-Gerontologe
EDKE Krankenhaus Herzberge Berlin Gerontopsychiatrie
Mellenseestr. 62, 10319 Berlin

Schneider, Frank, Prof. Dr. med. Dr. rer. Soc.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitäts-
sklinikum Aachen
Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

- Schneider, Anja, Dr. med.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
- Schönhof, Bärbel
Rechtsanwältin
Frielinghausstr. 8, 44803 Bochum
- Schouler-Ocak, Meryam, Dr.
St. Hedwig-Krankenhaus, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)
Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin
- Schrader, Christiane, Dipl.-Psych.
In de Rohwiesen 29, 63303 Dreieich
- Schwitzer, Klaus-Peter, Dr. sc. phil. habil.
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2, 12101 Berlin
- Seiler, Rainer,
ratiopharm GmbH
Graf-Arco-Str. 3, 89079 Ulm
- Sirsch, Erika, ,
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke
Stockumer Straße 10, 58453 Witten
- Sowarka, Doris, Dr.
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2, 12101 Berlin
- Sperling, Uwe, Dr.
Universitätsklinikum Mannheim
Theodor-Kutzer-Ufer 1-3, 68167 Mannheim
- Steinwachs, Klaus-Christian, PD Dr. med.
Praxis für Neurologie und Psychiatrie
Karolinenstr. 57, 90402 Nürnberg
- Strößenreuther, Nina, Dipl. Psych.
Klinikum Nürnberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Gedächtnissprechstunde
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg
- Stuhlmann, Wilhelm, Dr. med. Dipl. Psych.
Landesverband der Alzheimer-Gesellschaften NRW
Rathelbecker Weg 3D, 40699 Erkrath
- Sulmann, Daniela
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2, 12101 Berlin
- Supprian, Tillmann, Priv.-Doz. Dr. med.
LVR Klinikum Düsseldorf Abt. Gerontopsychiatrie
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
- Teipel, Stefan, Prof. Dr. med.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für
Nervenheilkunde
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock
- Teising, Martin, Prof. Dr. phil.
FH Frankfurt FB 04
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt
- Tenter, Jochen, Dr med.
Zentrum für Psychiatrie, Die Weissenau, Abt. Gerontopsychiatrie
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg
- Tesch-Römer, Clemens, Dipl.-Psych.
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2, 12101 Berlin
- Thöne-Otto, Angelika, Dr.
Universität Leipzig, Psychologische Institute
Seeburgstr. 14-20, 04103 Leipzig
- Vandiekien, Roland, Dr. med.
Rhein-Klinik
Luisenstr. 3, 53604 Bad Honnef
- Wächtler, Claus, Dr. med.
Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll,
V. Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie – Gerontopsychiatrie
Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg
- Wahl, Hans-Werner, Prof. Dr.
Psychologisches Institut, Universität Heidelberg
Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg
- Weatherly, John N., Dr.
Newsstand Gemeinnützige Gesellschaft für Beratung, Bildung & Con-
gressmanagement mbH
Genterstr. 63, 13353 Berlin
- Wehrauch, Birgit, Dr.
Geschäftsstelle DHPV e.V.
Aachener Str. 5, 10713 Berlin
- Weiß, Saskia
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin
- Wesslau, Claus, Dr.
Deutsche Stiftung Organtransplantation, Organisationszentrale
Saatwinkler Damm 11-12, 13627 Berlin
- Wetterling, Tilman, Prof. Dr.
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Vivantes Klinikum Hellersdorf
Myslowitzer Str. 45, 12621 Berlin
- Wiltfang, Jens, Prof. Dr. med.
LVR – Klinikum Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Virchowstr. 174, 45147 Essen
- Wolter, Dirk K., Dr.
Inn-Salzach-Klinikum gemeinnützige GmbH
Gabersee Haus 7, 83512 Wasserburg am Inn
- Wrobel, Derya
IDEM-Informationszentrum für dementiell und psychisch erkrankte
Migranten sowie geistig behinderte Migranten und ihre Angehörigen
Rubensstr. 84, 12157 Berlin
- Xepapadakos, Franziskos, Dr. med.
Clienia Schloessli AG
Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Schloesslistr. 8, CH-8618 Oetwil am See
- Yakushev, Igor
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg Uni
Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz
- Zank, Susanne, Prof. Dr.
Universität Siegen, Lehrstuhl für Klinische Psychologie
Adolf-Reichwein-Str. 2, 57068 Siegen
- Zimmer, Bernd,
Arzt für Allgemeinmedizin -Rehabilitationswesen-
Nevigeser Str. 139, 42113 Wuppertal

Notizen

NEUROGERIATRIE

Supplement 1/2009

ISSN 1613-0146 | 6. Jahrgang | Juni 2009

Verlag

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

Redaktion

Dr. Katrin Wolf (Chefredaktion),
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: Dagmar Fernholz
dagmar.fernholz@hippocampus.de
Anzeigen: Ute Weihrauch
ute.weihrauch@hippocampus.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom
1.1.2009

Herstellung

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

Erscheinungsweise

NeuroGeriatric erscheint zweimonatlich
€ 112,- jährlich im Abonnement
€ 28,- Einzelheft
€ 7,50 jährlich Versas(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
Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Allgemeine Hinweise

Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentli-
chung erwirbt der Verlag vom Autor alle Rechte,
insbesondere das Recht der weiteren Vervielfäl-
tigung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe foto-
mechanischer oder anderer Verfahren. Die Zeit-
schrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen

Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrück-
lich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, be-
darf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des
Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfäl-
tigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikro-
verfilmungen und die Einspeicherung und Verar-
beitung in elektronischen Systemen.

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

Regularly listed in PSYINDEX, MEDIKAT, CCMed

© 2009 HIPPOCAMPUS VERLAG