

Interdisziplinäre Zeitschrift für die Nervenheilkunde des Alters

NEUROGERIATRIE

Akutmedizin | Rehabilitation | Prävention



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

**Alterspsychiatrie 2013:
Grenzen überwinden**

Essen, 5. – 7. Juni 2013

Wissenschaftliches Programm
Abstracts der Vorträge und Poster





Maria-Dorothea Heidler

DAS ARBEITSGEDÄCHTNIS

Ein Überblick für Sprachtherapeuten,
Linguisten und Pädagogen

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

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

Bestellung im Buchhandel oder unter www.hippocampus.de



P. Calabrese, H. Markowitsch (Hg.)

Kognitive Störungen in Neurologie und Psychiatrie

Grundlagen | Krankheitsbilder | Diagnostik

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

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

Bestellung im Buchhandel oder unter www.hippocampus.de



NEU

NEU

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auf Grund der demographischen Entwicklung müssen in Zukunft immer mehr ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen von immer weniger jüngeren Menschen versorgt werden. Schon heute fehlen Zehntausende von Pfleger, aber auch Ärzte. Das Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere aber auch die Kommunen, stehen damit vor stetig größer werdenden Herausforderungen in der Versorgung. Zu deren Lösung wird schon heute gerontopsychiatrische Kompetenz in allen Bereichen des Systems benötigt.

Die Frage, was solche Kompetenzen ausmacht, führt nach Auffassung der DGGPP zwingend zu Überlegungen in Richtung einer Spezialisierung. Sicher gehört Gerontopsychiatrie bezüglich basaler Kompetenzen zum Kernbereich des Mutterfachs Psychiatrie. In ihrer differenzierenden Auffächerung auf der Basis des international gewachsenen wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Gewichts verlangt sie allerdings nach einem eigenen Schwerpunkt innerhalb dieses Mutterfachs.

Zu den gerontopsychiatrischen Kernkompetenzen, die die Komplexität gerontopsychiatrischer Aufgabenstellungen beleuchten, zählen:

- die Beachtung der Physiologie des Alterns und seiner Konsequenzen für Pharmakokinetik und -dynamik psychotroper Medikamente ebenso wie die Kompetenz und Erfahrung im Umgang mit gerontopsychotherapeutischen Verfahren;
- die Expertise bei der Erfassung und der ätiologischen Zuordnung kognitiver Einbußen ebenso wie die Kompetenz bei der systemischen Bewertung familiärer Interaktionen;
- die erfahrungsbasierte Expertise hinsichtlich evidenzbasierter therapeutischer pharmakologischer und nichtpharmakologischer Interventionen ebenso wie die Fähigkeit, (Alltags-)Kompetenz verlässlich einzuschätzen;
- die Expertise hinsichtlich der Gestaltung multiprofessioneller Teams ebenso wie die Expertise bei der Bewertung der vielfältigen rechtlichen Fragestellungen;
- nicht zuletzt sollten uns gute Kenntnisse der deutschen Geschichte, mindestens der letzten 80 bis 100 Jahre, auszeichnen, um individuellen biographischen Besonderheiten ebenso gerecht werden zu können wie Kohorteneffekten.

Viele dieser Kompetenzen sind nicht exklusiv bei der Gerontopsychiatrie zu verorten, in ihrer Summe stellen sie allerdings ein Alleinstellungsmerkmal dar. Dies besonders angesichts des Umstands, dass der »gerontopsychiatrische Regelfall« oft alle diese Fähigkeiten in ihrer Summe erfordert. An dieser Stelle soll nur in Parenthese darauf verwiesen werden, dass in der Pflegewissenschaft die gerontopsychiatrische Spezialisierung in den letzten Jahren einen Grad von Selbstverständlichkeit erfahren hat, die unserem Fach als medizinischer Disziplin wohl anstünde.

Für eine genauere Bestimmung der gerontopsychiatrischen Patienten sieht die DGGPP einen Diskussionsvorschlag der Faculty of Old Age Psychiatry

des britischen Royal College of Psychiatrists als sehr hilfreich an, der drei inhaltlich definierte Gruppen ins Auge fasst:

- Patienten jeden Alters, die an einer primären Demenz leiden.
- Patienten, die an einer psychischen Erkrankung leiden und gleichzeitig eine bedeutsame somatische Komorbidität aufweisen, die die psychische Erkrankung kompliziert oder mindestens zu ihr beiträgt. Dies kann auch Patienten jünger als 60 Jahre betreffen.
- Patienten mit psychologischen oder sozialen Problemen, die sich auf den Alterns- (oder ggf. Sterbens-)Prozess beziehen und solche, die sich mit ihren Problemen am besten bei geriatrisch kompetenten aufgehoben fühlen. Dies bezieht sich in der Regel auf Menschen jenseits des 70. Lebensjahres.

Die Gerontopsychiatrie sollte auch bei uns die Diskussion über die Klientel aktiv suchen, um die notwendige Planung angemessener Versorgungsstrukturen zu befördern und gleichzeitig den immer noch zu beobachtenden Aversivreaktionen gegenüber unserem Fach den Stachel zu nehmen. Wir möchten auch der Sorge entgegentreten, dass ein Schwerpunkt Gerontopsychiatrie eine Zersplitterung des Mutterfachs Psychiatrie bedeuten würde. Wir sind vielmehr der Auffassung, dass so eine Abwehr der Erosion unserer Kernbereiche durch Nachbarfächer besser gelingen könnte. Gerade die Geriater brauchen nach aller Erfahrung gerontopsychiatrische Spezialisten als kollegiales Gegenüber und nicht so sehr Allgemeinpsychiater mit nur geringer gerontopsychiatrischer Kompetenz.

Was in den USA und Kanada, in Australien und Neuseeland, in Großbritannien und Irland, in Norwegen und der Schweiz, um nur einige Länder mit gerontopsychiatrischen Schwerpunkten zu nennen, zum Teil seit Jahrzehnten akzeptiert ist und sich bewährt hat, sollte auch in Deutschland endlich Wirklichkeit werden.

Der XI. Kongress der DGGPP unter dem Motto »Alterspsychiatrie 2013: Grenzen überwinden« belegt ein weiteres Mal mit seinem breiten Themenspektrum, dass die Gerontopsychiatrie ein äußerst lebendiges und kreatives Mitglied der Familie der psychiatrischen Subdisziplinen darstellt und bereit ist, im gegenseitigen Austausch die Grenzen in den Köpfen und zwischen den Berufen ebenso zu überwinden wie die im System angelegten. Nur so können die anstehenden Probleme gemeinsam gelöst werden.



Hans Gutzmann

Prof. Dr. Hans Gutzmann
Präsident der DGGPP

Wissenschaftliches Programm

Donnerstag, den 6. Juni 2013

- 9.00 – 10.00 Uhr **Plenum 1 »Die alterspsychotherapeutische Versorgung in Deutschland«**
Rainer Richter, Berlin
- 10.15 – 11.45 Uhr **A1: Demenzen I – Früherkennung**
- Multimodale Bildgebung in der Früherkennung dementieller Erkrankungen**
Alexander Drzezga, Köln
- MRT-Verfahren in der Frühdiagnostik von Demenzen**
Oliver Gruber, Göttingen
- Neurochemische Biomarker zur Demenzfrüherkennung**
Jens Wiltfang, Essen
- Neuropsychologische Früh- und Differentialdiagnostik bei Alzheimer Demenz**
Bernhard Müller, Essen
- B1: Geriatrie und Gerontopsychiatrie**
- Eine interdisziplinäre akutgeriatrische und gerontopsychiatrische Station in einem Universitätsklinikum – Konzept und erste Erfahrungen**
Shirin Meyer, Dresden
- Neurogeriatrie und Gerontopsychiatrie – Gemeinsamkeiten und Spezifika**
Andreas Jacobs, Bonn
- Erhalt der Mobilität bei Menschen mit Demenz – Möglichkeiten und Grenzen**
Tania Zieschang, Heidelberg
- Wechselwirkungen zwischen Lungenerkrankungen und kognitiven Störungen bei Alterspatienten**
Helmut Frohnhofen, Essen
- C1: Spezielle Alterspsychotherapie**
- Psychotherapie Älterer – Auf dem Weg zu neuen Ufern**
Meinolf Peters, Marburg
- 12.00 – 13.30 Uhr **A2: Demenzen II – Neue Therapien**
- We make Alzheimer's history: Immunisierung als Therapieoption**
Richard Dodel, Marburg
- Simvastatin und Souvenaid: Stellenwert von Substanzen mit pleiotropem Wirkprofil**
Lutz Frölich, Mannheim
- Therapie vor Demenz: Aktuelle Konzepte zur Biomarker-basierten Frühbehandlung**
Frank Jessen, Bonn
- B2: Gerontopsychiatrie & Soziale Arbeit**
- Gerontopsychiatrie und Sozialpädagogik**
Birgit Hein, Stuttgart
- Versorgungsgestaltung durch Soziale Arbeit (VerSA)**
Conny Kuhne, Stuttgart
- Schamkompetenz als Grundlage professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Demenz**
Dorothee Deterding, Schwaikheim

Steuerung von Demenznetzwerken: Eine sozialarbeitswissenschaftliche Konzeption auf der Grundlage des Governance-Ansatzes
Susanne Schäfer-Walkmann, Stuttgart

C2: Einsamkeit im Alter

Einsamkeitsgefühle: Psychosoziale Variable des Alleinlebens im Alter?
Brigitte Terner, Schwerin

Einsamkeit im Alter – Gesundheitsrisiko und therapeutische Herausforderung
Lutz M. Drach, Schwerin

Therapeutische Hilfen bei später Entwurzelung
Bertram von der Stein, Köln

Zur Dynamik von Vereinsamung und Kontaktsuche im Alter
Johannes Kipp, Kassel

15.15 – 16.45 Uhr

A3: Demenzkranke im Krankenhaus

Aus der Sicht der Sozialwissenschaft
Sabine Kirchen-Peters, Saarbrücken

Aus der Sicht der Klinik
Rolf R. Diehl, Essen
W. Hofmann, Münster

Aus der Sicht der Pflege
Susanne Johannes, Essen

B3: Weiterentwicklung der Altenpflege

Altenpflege in Deutschland
Christina Kaleve, Krefeld

AltenpflegerInnen: Ideal für die Gerontopsychiatrie?
Jochen Tenter, Ravensburg

Die Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege
Birgit Hoppe, Berlin

Gemeinsam Impulse geben: Vor Ort vernetzen
Ursula Kriesten, Gummersbach

C3: Depression

Klinische Vielfalt der Altersdepression: Diagnostische und therapeutische Aspekte
Michael Rapp, Brandenburg

»Lohnt das noch?« – Psychotherapie der Altersdepression
Claus Wächtler, Hamburg

Humor als Heilfaktor bei der Behandlung alter Menschen mit Depression
Rolf D. Hirsch, Bonn

17.00 – 18.30 Uhr

A4: Psychopharmaka bei Demenz

Polypharmazie mit Psychopharmaka bei Demenz
Bernd Ibach, CH-Münsterlingen

Psychopharmaka und somatische Multimedikation bei Demenz
Michael Rapp, Brandenburg

Antidepressiva bei Demenz
Lutz M. Drach, Schwerin

B4: Innovative Versorgungsprojekte

Psychotherapie der Depression im Seniorenheim – Eine Initiative zur Förderung klinisch-alterpsychologischer Interventionen in Grenzsituationen des Alters

Eva-Marie Kessler, Heidelberg

Versorgungsforschung am Beispiel der Medikamentenverordnung in Essener Seniorenheimen

Jens Benninghoff, Essen

Gemeinsam statt einsam – regionale Versorgung im DemenzNetz Aachen

Andreas Theilig, Aachen

»Urbane Räume für ein gesundes Alter« – Stadträume für mehr Lebensqualität für Senioren und Menschen mit Demenz

Sonia Teimann, Essen

C4: Psychotherapie abseits des Mainstreams

Nutzen systemischer Therapie in der Gerontopsychiatrie

Beate Baumgarte, Gummersbach

DYADEM – Paarintervention bei Demenz

Michael Rapp, Brandenburg

»Alleine würde ich nie kommen«. Stationäre Psychotherapie bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken unter Mitaufnahme der dementiell Erkrankten

Synan Al-Hashimy, Ratzeburg

D4: Varia I

eHealth als Mittel der Angehörigenunterstützung und des »medical decision support« bei Demenz: das EU-Projekt eHealthMonitor

Wiebke Kleebach, Hemer

Sandra Schaller, Erlangen

BeWiTa – Motorische Aktivierung von Menschen mit Gedächtniseinbußen in der Gruppe

Gudrun Ulbrecht, Erlangen

Kognitive Assistenz zur Unterstützung sozialer Integration bei Alzheimer-Krankheit

Philipp Koldrack, Rostock

Postoperatives Delirium bei älteren Menschen: Ergebnisse einer empirischen Studie

Ekkehard Schlauß, Berlin

Koordination der Versorgung älterer Menschen in der Hausarztpraxis: Studien auf der Basis des IMPACT-Programmes

Frederike Bjerregaard, Freiburg

Freitag, den 7. Juni 2013

9.00 – 10.00 Uhr **Plenum 2 »Wie unsere Nachbarn mit der Herausforderung Demenz umgehen«**

Heike von Lüttau-Hohlbein, Berlin

10.15 – 11.45 Uhr **A5: Delir**

Prävalenzerhebung des Delirs in einem großen Deutschen Allgemeinkrankenhaus – Probleme und Konsequenzen

Christine Thomas, Bielefeld

Umgang mit Delir in der Unfallchirurgie

Sarwiga Riem, Karlsruhe

Delirdiagnostik in der akuten Phase des Schlaganfalls

Ewa Cieplńska-Legge, Bielefeld

Management von Delirien bei Parkinson-Patienten

Lutz M. Drach, Schwerin

Altenheimbewohnern vor und nach Versorgungsbeginn durch die Psychiatrische Institutsambulanz des LVR-Klinikums Essen, Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen, die Versorgungssituation analysiert.

Methodik: Die Medikation wird durch ein webbasiertes Medikamenteninteraktionsprogramm (mediQ) in verschiedene Interaktions-Risiko-Stufen (1–4) analysiert. Zudem soll die fünfstufige Klassifikation des Interaktions-Risikos (IRis) für Psychopharmaka nach Benkert Berücksichtigung finden. Es soll ferner untersucht werden, wie häufig Medikamente verordnet werden, die auf der PRISCUS-Liste für potentiell inadäquate Präparate für ältere Menschen aufgeführt sind.

KOORDINATION DER VERSORGUNG ÄLTERER MENSCHEN IN DER HAUSARZTPRAXIS: STUDIEN AUF DER BASIS DES IMPACT-PROGRAMMES

Frederike Bjerregaard¹, Miriam Köpke¹, Martin Härter², Michael Hüll¹

¹Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg (ZGGF)

²Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg

Zielsetzung/Fragestellung: Kann die Behandlung älterer Menschen mit Depression in der Primärversorgung durch die Implementierung eines Therapiebegleiters in Deutschland verbessert werden? Diese Fragestellung soll zunächst anhand der Darstellung aktueller Studienergebnisse aus den USA, aus Holland und aus Großbritannien diskutiert werden. Darüber hinaus wird von dem aktuellen Stand einer laufenden Studie (German Impact) berichtet, die den Nachweis führen soll, dass eine Begleitung von älteren Menschen mit Depression durch eine speziell geschulte Person (Therapiebegleiter, in Zusammenarbeit mit einem beratenden Psychiater/Psychotherapeuten) im Sinne einer Therapieunterstützung zusätzlich zur üblichen Behandlung der Depression durch den Hausarzt auch in Deutschland wirksamer ist als die Behandlung durch den Hausarzt ohne Therapiebegleiter (»treatment as usual«).

Materialien/Methoden: In der bizenrischen, cluster-randomisierten kontrollierten Studie (C–RCT) sollen insgesamt 300 Patienten mit einer Depression in 60 Hausarztpraxen in Freiburg und Hamburg rekrutiert werden. Als primäre Zielvariable wird der PHQ–9 erhoben. In der Interventionsgruppe führen geschulte Therapiebegleiterinnen verhaltenstherapeutische Methoden wie die Aktivierung oder die Problemlösetechnik nach dem »stepped care«-Prinzip durch.

Ergebnisse: In den USA konnte durch die Implementierung des Impact-Modells bei 45 % der IMPACT-Patienten eine Symptomreduktion um 50 % erreicht werden, ebenso sanken die Krankheitskosten. Auch in Holland stellte sich in der Interventionsgruppe ein positiver Therapieeffekt ein.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die aktuelle Studienlage zeigt die Überlegenheit der Versorgung älterer Patienten mit Depressionen nach dem »collaborative care«-Prinzip. Die Übertragbarkeit dieser positiven Therapieeffekte auf die Primärversorgung in Deutschland soll mit German Impact überprüft werden.

PRÄDIKTION DES INSTITUTIONALISIERUNGSRISIKOS VON DEMENZ-PATIENTEN IN AKUTPSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG: STELLENWERT DES GERIATRISCHEN ASSESSMENTS

Jelena Bodatsch, Peter Häussermann

LVR Klinik Köln, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Köln

Zielsetzung/Fragestellung: Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, Parameter zu bestimmen, die bei stationär aufgenommenen Demenzpatienten die frühzeitige Identifikation von Per-

sonen mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen Übergang von häuslicher in institutionalisierte Pflege erlauben.

Materialien/Methoden: Aus einem Kollektiv der im Zeitraum vom 01.07.2010 bis zum 22.03.2011 aus der gerontopsychiatrischen Abteilung der LVR-Klinik Köln entlassenen Patienten (N=561) wurden N=141 Personen für die vorliegende Untersuchung ausgewählt. Die Auswahlkriterien waren Aufnahme aus der Häuslichkeit, Demenzdiagnose und bekannter Outcome (Häuslichkeit/Heim) zum Zeitpunkt der Erhebung.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 51,8 % nach Entlassung aus der stationären Behandlung in ein Pflegeheim aufgenommen, 48,2 % konnten in die Häuslichkeit zurückkehren.

Bezüglich der untersuchten Variablen Alter, Geschlecht, Demenztyp, Vorhandensein einer pflegenden Person, kognitiver Status, Hautzustand, Mobilität, Alltagskompetenz, Ernährungsstatus, Affektivität, delirante Symptomatik bei Aufnahme, Vitamin B₁₂-Spiegel, Hydratationszustand und Infektionsstatus wurde nur für die Pflegestufe als Einzelparameter eine hinreichende prädiktive Güte gefunden. Zwar waren auch Alter, Demenztyp, MMST und Serum-Natrium signifikant, indes erreichte keine dieser Variablen eine AUC von >0,7 bzw. eine Genauigkeit der Klassifikation von mehr als 63,2 % (MMST).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Bei der Untersuchung der Einzelfaktoren konnte somit – in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen – für die Pflegestufe als Korrelat für die Alltagskompetenz und Pflegebedürftigkeit sowie für die zeitliche Inanspruchnahme der Pflege (caregiving hours) als Einzelparameter ein prädiktiver Wert festgestellt werden.

DER EINFLUSS DER EIGENEN PARADIGMEN AUF DIE THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNGEN ZU MENSCHEN MIT DEMENZ MIT BEISPIELEN AUS DER ANTHROPOSOPHISCHEN KUNSTTHERAPIE

Christiane Bonhage, Birgit Lindemann

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, geschützte Station, Institutsambulanz

Zielsetzung/Fragestellung: Reflexion der Sinnfrage bei therapeutischen Interventionen für Menschen mit Demenz, der Einfluss der Paradigmen des Therapeuten, seines eigenen Bildes vom Menschen auf den therapeutischen Kontakt, Beispiele aus der anthroposophischen Kunsttherapie.

Ergebnisse: Wenn wir die Vorstellung, dass alles Seelische und Geistige im Menschen letztlich ein Epiphänomen der Materie ist, weiter denken, geraten wir in Bezug auf die Frage, was den Menschen ausmacht, wenn sein Gehirn immer weniger funktionsfähig ist, in ethische Dilemmata, aus denen wir uns mit psychotherapeutischen Methoden wie z.B. Validierungstechniken retten, letztlich zumeist auf dem Boden unserer christlich-abendländischen Tradition. In einem Paradigma, in dem es die individuelle Person des Menschen als eigene, ja die anderen mitgestaltende Kategorie im biopsychosozialen Modell gibt, ist die Begegnung mit dem Gegenüber auf Augenhöhe von Person zu Person, unabhängig von ihren aktuellen psychischen und kognitiven Fähigkeiten selbstverständlicher und weniger mühsam. Zu einer individuellen Entwicklung darf dann der Aufbau und Wiederabbau von Fähigkeiten dazugehören, ohne dass damit die Person in Frage gestellt wird. In der Kunst besteht die Möglichkeit zu seelischem Erleben, das nicht kognitiven Gesetzmäßigkeiten folgen muss. Dabei unterstützen Raumeskünste und Zeitkünste unterschiedliche emotionale und kognitive Bereiche.

DEMENZPRÄVENTION AUS INTERNISTISCH-GERIATRISCHER SICHT*Heinrich Burkhardt**IV. Med. Klinik – Geriatrisches Zentrum, Universitätsmedizin Mannheim*

Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen aus dem internistischen Feld haben ein erhöhtes Risiko für das Entwickeln einer Demenzerkrankung. Dazu gehören vor allen Dingen Diabetes und Hypertonus, aber auch HIV, Vitamin-Mangelzustände und Schilddrüsenerkrankungen. Bei einigen Erkrankungen geht es darum, diese als Differentialdiagnosen zu erkennen und einer gezielten Behandlung zuzuführen, bei anderen wie z. B. dem Diabetes und dem Hypertonus stellt sich die Frage, inwiefern durch die Stringenz in der Beeinflussung und Kontrolle bestimmter Krankheitsaspekte hier eine präventive Wirkung erzielt werden kann. Der Vortrag versucht, dieses heterogene Beziehungsgeflecht zu strukturieren und einen aktuellen Überblick über Datenlage und Präventionsoptionen zu geben.

DELIRDIAGNOSTIK IN DER AKUTEN PHASE DES SCHLAGANFALLS*Ewa Cieplinska-Legge, Christine Thomas, Stefan Kreisel**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld*

Zielsetzung/Fragestellung: Die Prävalenz für das Auftreten eines Delirs bei Patienten mit einem akuten Schlaganfall wird in der Literatur zwischen 13–48% angegeben. Der Grund für die Diskrepanz und widersprüchlichen Ergebnisse sind die Schwierigkeiten, die bei der Diagnostik des Delirs bei Patienten mit neurologischen Syndromen auftreten. Die Standardinstrumente, die zur Diagnostik auch unter ICU-Bedingungen verwendet werden, bewähren sich beispielsweise bei Patienten mit Aphasie und Sprachapraxie oder visuellen Neglect nicht. Wir testen in der Studie »post-stroke Delir« die von uns entwickelte neuropsychologische Testbatterie, die die objektive Beurteilung des logischen Denkens, des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit und der Orientierung auf dem nonverbalen Wege ermöglicht.

Materialien/Methoden: Alle Patienten mit einem Schlaganfall, die auf die Stroke Unit des EvKB aufgenommen werden, werden konsekutiv eingeschlossen. Bei allen Patienten erfolgt eine tägliche psychiatrische Untersuchung. Es werden CAM, ICDS-C sowie RASS angewendet. Die Delir-Diagnose wird nach ICD-10- und DSM-IV-Kriterien gestellt. Jeder Patient wird zusätzlich mit einer nonverbalen Testbatterie untersucht.

Ergebnisse: Hierbei werden wir die Daten der ersten 120 aufgenommenen Patienten präsentieren. Wir ermitteln die Prävalenz des Delirs auf der Stroke Unit im EvKB und diskutieren die in der klinischen Praxis aufgetretenen diagnostischen Schwierigkeiten. Wir hoffen, dass unsere Testbatterie bei den diagnostisch schwierigen Patienten weiterführende Erkenntnisse liefert.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Delir ist eine häufige Komplikation in der akuten Phase des Schlaganfalls. Das Delir wird gerade bei neurologischen Patienten oft übersehen, da man die neuropsychologischen Veränderungen als direkte Folge der akuten Gehirnschädigung deutet und weitere mögliche Delirursachen dann übersieht. Die Weiterentwicklung und Modifizierung von Instrumenten, die auch bei neurologischen Syndromen zur Diagnostik beitragen, ist daher essentiell. Delir-Patienten mit Schlaganfall haben schlechteren Outcome als Patienten ohne Delir. Aus diesem Grund ist die Frühdiagnostik und Behandlung wichtig.

SCHAMKOMPETENZ ALS GRUNDLAGE PROFESSIONELLEN HANDELNS IN DER SOZIALEN ARBEIT MIT MENSCHEN MIT DEMENZ*Dorothee-Tamara Deterding**Schwaikheim*

Demenzielle Entwicklungen stellen sowohl die Betroffenen und Angehörigen als auch professionell Unterstützende immer wieder vor Herausforderungen, die auch das emotionale Erleben aller Beteiligten und die Bewältigung dieser Emotionen betreffen. Die Bedeutung von Schamgefühlen in der Demenzversorgung wird jedoch bislang weder in Theorie noch Praxis systematisch betrachtet.

In der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Demenz wird die bedürfnisorientierte Beziehungsarbeit als Grundlage professionellen Handelns verstanden. Die Schamkompetenz der Fachkräfte der Sozialen Arbeit ist daher Grundlage eines verstehenden, begründeten und angemessenen Umgangs mit dem Schamerleben von Menschen mit Demenz und Angehörigen und dem eigenen Schamerleben der Professionellen. Unter Bezugnahme auf qualitative, leitfadengestützte Interviews mit Fachkräften der Sozialen Arbeit werden im Vortrag einige zentrale Thesen zur Relevanz einer Berücksichtigung von Schamgefühlen in der Demenzversorgung präsentiert.

DEMENZKRANKE IM KRANKENHAUS: AUS DER SICHT DER KLINIK*Rolf R. Diehl**Alfried Krupp Krankenhaus, Essen*

Demenzkranke haben ein besonders hohes Risiko, im Krankenhaus in einen akuten Verwirrheitszustand (Delir) zu geraten. Delire verschlechtern dtl. die Prognose akuter Erkrankungen und hinterlassen oft eine dauerhaft verschlechterte Demenz.

Bei älteren Krankenhauspatienten sollten deshalb möglichst bei Aufnahme Demenzerkrankungen bekannt sein, damit delirpräventive Maßnahmen greifen können.

Der großzügige Einsatz von Demenzscreenings (MMST und/oder DemTect) sowie von Delirtests (z. B. Confusion Assessment Method, CAM) durch einen speziellen Dienst im Krankenhaus (z. B. studentische Hilfskräfte) hilft, Risikopatienten und bereits ins Delir gefallene Patienten rasch zu identifizieren.

Die medizinische Delirbehandlung (z. B. Infektherapie), die Vermeidung anticholinergischer Medikamente, die strikte Vermeidung von perioperativen Benzodiazepinen bei älteren Patienten, die Vermeidung von Isolation und von Verlust an Tagesstruktur sowie die Ermöglichung von Vertrautheit (z. B. häufige Besuche) sind oft ausreichend zur Delirprävention oder -therapie. Bei agitierten Deliren können erfahrene Demenzschwestern den Patienten oft vor Zwangsmaßnahmen bewahren, bisweilen ist der Einsatz von Neuroleptika aber unvermeidlich.

Solche delirpräventiven/-therapeutischen Maßnahmen steigern die Wahrscheinlichkeit, dass die Patienten aus dem Krankenhaus wieder nach Hause zurückkehren können und helfen, die erheblichen Folgekosten von Krankenhausdeliren (z. B. Pflegeheim) zu vermeiden. Gleichwohl lassen sich die delirprophylaktischen Maßnahmen der Krankenhäuser bislang abrechnungstechnisch nicht angemessen im DRG-System abbilden.

EINSAMKEIT IM ALTER – GESUNDHEITSRISIKO UND THERAPEUTISCHE HERAUSFORDERUNG*Lutz M. Drach**Klinik für Alterspsychiatrie, Helios-Kliniken Schwerin*

Einsamkeit ist ein unangenehmes Gefühl, das aus der Diskrepanz zwischen den ersehnten und aktuell vorhandenen Beziehungen

des Individuums entsteht, und muss von sozialer Isolation, aber auch von psychischen Störungen wie z. B. Depression abgegrenzt werden. Neben Einsamkeit als kürzer dauerndes, reaktiv verursachtes Gefühl (state), kann sie einen Persönlichkeitszug mit der lebenslangen Bereitschaft (trait) darstellen. Die Kategorie »Einsamkeit« hat noch keinen festen Platz in der klinischen Diagnostik gefunden und wird in ICD-10 oder DSM-IV nicht erwähnt. Das Assessment kann mit Hilfe der UCLA Loneliness Scale (deutsch: Hamburger Einsamkeitsskala, HES) erfolgen, für klinische Zwecke ist meist die schlichte Frage nach Einsamkeit ausreichend. Obwohl entgegen dem Altersstereotyp die meisten Älteren nicht einsam sind, ist Einsamkeit insbesondere bei alleinstehenden älteren Männern und Hochaltrigen beiderlei Geschlechts häufig und mindert die Lebensqualität erheblich. Einsamkeit verkürzt die Lebenserwartung, erhöht das Risiko von Behinderung und führt wahrscheinlich zu erhöhter Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Soziale Isolation und Einsamkeit sind bei Älteren Risikofaktoren für Depressionen, Demenz und wahrscheinlich auch für Wahn- und Angststörungen. Dabei ist insbesondere die starke Assoziation mit dem Auftreten von Depressionen und ihrer schlechteren Prognose gut belegt. Deshalb sind sowohl eine primäre Prävention bei besonders vulnerablen Personen als auch die gruppenpsychotherapeutisch unterstützte soziale Aktivierung von psychisch kranken Älteren notwendig.

ANTIDEPRESSIVA BEI DEMENZ

Lutz M. Drach

Klinik für Alterspsychiatrie, Helios-Kliniken Schwerin

Bei Demenzkranken werden Antidepressiva wie SSRI, Mirtazapin, Moclobemid oder Trazodon gegen Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Zwang, Schlafstörungen, Appetitstörungen oder Agitation eingesetzt. Seitdem durch die Arzneimittelüberwachung gehäuft Warnungen über erhöhte Sterblichkeit und ein erhöhtes Schlaganfallsrisiko für Demenzkranke unter Therapie mit Antipsychotika herausgegeben werden und Zweifel an ihrer längerfristigen Wirksamkeit bestehen, werden vermehrt Antidepressiva eingesetzt. Auch wegen der vermuteten besseren Verträglichkeit von SSRI-Antidepressiva (Coupland et al. 2011) nimmt deren Einsatz zu.

Für Enttäuschung sorgte die HTA-SADD-Studie, die keine Überlegenheit von Sertralin und Mirtazapin gegenüber Placebo bei der Behandlung von Depressionen bei Alzheimer-Patienten fand (Banerjee et al. 2011). Allerdings erhielten Patienten und Angehörige hier ein umfangreiches Paket von psychosozialer Unterstützung, das auch in der deutschen Regelversorgung nicht üblich ist, so dass ein »Deckeneffekt« vermutet wird. Das Befinden der pflegenden Angehörigen dagegen war in der HTA-SADD-Studie unter Mirtazapin (für die Patienten) deutlich besser (Romeo et al. 2013)! Ältere randomisierte, kontrollierte Studien mit Moclobemid (Roth et al. 1996) und Fluoxetin (Petracca et al. 2001) zeigten eine Wirksamkeit gegen Depressionen bei Demenzkranken.

Überwiegend werden Antidepressiva bei Demenzkranken aber in anderen Indikationen eingesetzt. Für die SSRI-Antidepressiva Citalopram, Escitalopram und Sertralin sprechen zahlreiche Studien für eine Wirksamkeit gegen Angst, Reizbarkeit und Unruhe von Demenzkranken. Mirtazapin wirkt gegen den häufigen Gewichtsverlust Demenzkranker (Segers & Surquin 2012). MAO-Hemmer wie u.a. Moclobemid scheinen Kognition und Verhaltensauffälligkeiten von Patienten mit frontotemporaler Demenz zu bessern (Adler et al. 2003). Trazodon zeigte in einer placebokontrollierten Studie eine gute Wirkung auf Reizbarkeit, Unruhe, Depression und Essstörungen bei Patienten mit fronto-

temporaler Demenz (Lebert et al. 2004). Fallserien sprechen auch für eine Wirksamkeit der SSRI Sertralin, Paroxetin und Fluoxetin in dieser Indikation.

Neben der Empfehlung für Trazodon als Hypnotikum für Demenzkranke in britischen und US-amerikanischen Leitlinien sprechen die Ergebnisse einer naturalistischen prospektiven Beobachtungsstudie für eine überlegene Wirkung gegen Reizbarkeit im Vergleich zu allen anderen geprüften Therapien (Loupez-Pousa et al. 2008).

MANAGEMENT VON DELIRIEN BEI PARKINSON-PATIENTEN

Lutz M. Drach

Klinik für Alterspsychiatrie, Helios-Kliniken Schwerin

Parkinson-Patienten haben ein erhöhtes Risiko, ein Delir zu erleiden. Dies ist einerseits die Folge eines cholinergen Defizits infolge Zelluntergang im Ncl. basalis Meynert, andererseits Folge der Antiparkinsonika-Medikation. Besonders gefährdet sind Patienten mit Parkinson-Demenz oder »cognitive impairment in Parkinson's disease falling short of dementia« (CIND-PD), der Vorstufe der Parkinson-Demenz. Dabei müssen neben der motorischen und vegetativen Symptomatik andere Auffälligkeiten von Parkinson-Patienten berücksichtigt werden wie z. B. Depressionen, Angststörungen, Störungen der Impulskontrolle oder Schlafstörungen. Auch die körperliche Komorbidität und Multimedikation der meist älteren Patienten spielen eine wichtige Rolle. Ein Leitfaden für die Lösung dieser oft komplexen klinischen Probleme soll diskutiert werden.

MULTIMODALE BILDGEBUNG IN DER FRÜHERKENNUNG DEMENTIELLER ERKRANKUNGEN

Alexander Drzezga

Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin, Universität zu Köln

Zielsetzung/Fragestellung: Es wird heute davon ausgegangen, dass mögliche kausale Therapieansätze der Demenzerkrankungen in frühen Stadien eingeleitet werden müssten, um irreversible neuronale Schäden zu verhindern. Die frühe Diagnose der assoziierten Neuropathologien ist jedoch problematisch, da diese nur eine geringe und späte Korrelation mit der klinischen Symptomatik aufweisen. Gängige Erkrankungsmodelle machen für die neurodegenerativen Erkrankungen eine Kaskade von unterschiedlichen pathophysiologischen Prozessen verantwortlich. Als ein frühes und möglicherweise kausales Phänomen wird dabei die Aggregation bestimmter Proteine im Gehirn betrachtet. Dazu zählen z. B. bei der Alzheimer-Demenz die Amyloid-Plaque-Ablagerungen. Diese Ablagerungs-Pathologien beginnen offenbar viele Jahre vor dem Auftreten der ersten klinischen Symptome, andere typische Phänomene der Neurodegeneration wie synaptische Dysfunktion und Nervenzellverlust (Atrophie) erscheinen sukzessiv erst im weiteren Verlauf.

Materialien/Methoden: In der Detektion dieser Pathologien in vivo kann die Neurobildgebung eine wesentlich Rolle spielen. Die strukturelle MRT-Bildgebung erfasst dabei die eher später im Erkrankungsverlauf auftretende Atrophie als Maß des Nervenzellverlustes. Die 18F-FDG-PET und die funktionelle MRT erlauben dagegen Aussagen über die neuronale Dysfunktion und funktionelle Konnektivität des Gehirns, d. h. über frühere Veränderungen. Ganz neue Methoden der molekularen Bildgebung (Amyloid-PET) ermöglichen nun sogar die Diagnostik der Amyloid-Ablagerung im Gehirn.

Ergebnisse: Eine Vielzahl von Studien belegt mittlerweile den wissenschaftlichen und klinischen Nutzen der Verfahren der Neurobildgebung in der Untersuchung pathophysiologischer

Zusammenhänge wie auch in der verbesserten Frühdiagnostik, der verlässlicheren Differentialdiagnostik und des quantitativen Therapiemonitorings bei den Demenzerkrankungen. Den einzelnen bildgebenden Verfahren kommt dabei komplementäre Bedeutung zu, so dass eine sinnvolle Kombination oft den maximalen Aufschluss ermöglicht. In diesem Zusammenhang könnte besonders auch die vor kurzem vorgestellte integrierte PET-/MR-Technologie eine wichtige Rolle spielen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Mittels moderner Verfahren der Neurobildgebung kann eine verlässlichere und frühere Diagnostik der neurodegenerativen Erkrankungen im gering- oder asymptomatischen Stadium möglich werden. Zudem könnte besonders die multimodale Anwendung der Bildgebung das Verständnis der pathophysiologischen Interaktion verschiedener Neuropathologien vertiefen.

SENSIBILISIERUNG UND QUALIFIZIERUNG VON FACHKRÄFTEN IN DER ALTEN- UND SUCHTHILFE – DIE MODELLPROJEKTE DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT ZU SUCHT IM ALTER

Sandra Dybowski

Referentin im Bundesministerium für Gesundheit, Referat Sucht und Drogen, Bonn

Zielsetzung/Fragestellung: Suchterkrankungen können Menschen jeden Alters treffen. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird es in Deutschland mehr Menschen mit Suchterkrankungen im fortgeschrittenen Alter geben. Damit Suchtberatung, Suchthilfe und Altenhilfe sich frühzeitig auf die langfristigen Entwicklungen einstellen, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereits 2010 mit der Förderung von acht Modellprojekten zu »Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe« begonnen. Zentraler Baustein der Modellprojekte ist die Förderung einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen Alten- und Suchthilfe, die auf gegenseitigem Voneinander-Lernen und einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Fachkräften aufbaut.

Methode: Im Rahmen der Projekte wurden z.B. bedarfsgerechte Fortbildungen für Fachkräfte der Alten- und Suchthilfe und Curricula für die Ausbildung konzipiert und erprobt. Für die tägliche Arbeit wurden Strukturen zur gegenseitigen Beratung geschaffen und gemeinsame Fallbesprechungen durchgeführt. Detaillierte Informationen zu den einzelnen Projekten sind unter www.unabhaengig-im-alter.de einsehbar.

Ergebnisse: Mit den Projekten hat eine Qualifizierung der Fachkräfte vor Ort stattgefunden. Darüber hinaus wurde das Thema in der Öffentlichkeit stärker in das Bewusstsein gerückt. Um die gewonnenen Erkenntnisse weiter nutzen zu können, ist eine Verstärkung der Ansätze vor Ort und eine breitere Implementierung der Präventionsansätze notwendig. Daher hat sich das BMG entschlossen, in 2013 eine zweite Förderphase anzuschließen. Ziel dieser Förderphase ist die dauerhafte Implementierung der bisher erprobten Ansätze und die Bündelung der Ergebnisse über die sieben Standorte hinweg.

Schlussfolgerung: Eine Zusammenarbeit von Alten- und Suchthilfe bringt beiden Hilfesystemen Vorteile. Für eine gelingende Kooperation sind die unterschiedlichen Kulturen und Ziele der jeweiligen Hilfesysteme zu berücksichtigen.

DAS SAARBRÜCKER MODELL – 5-JAHRES-BILANZ DER ZUSAMMENARBEIT DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN KLINIK UND DER REHABILITATIONSKLINIK FÜR ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

Rosa Adelinde Fehrenbach¹, Hans Neustädter²

¹SHG-Klinik Sonnenberg, ²Rehabilitationsklinik Tiefental, Saarbrücken

Zielsetzung/Fragestellung: Suchterkrankungen im Alter finden immer noch wenig Beachtung. Über lange Zeit wurden auch in Saarbrücken nur einzelne Patienten der gerontopsychiatrischen Klinik zur Entwöhnungsbehandlung vermittelt. Einzelne, sehr erfolgreiche Therapien haben die verantwortlichen Chefarzte der beiden Einrichtungen veranlasst, die Zusammenarbeit zu intensivieren. Seit 2007 wurden in beiden Einrichtungen vermehrt Anstrengungen unternommen, die Behandlung älterer Suchtpatienten zu optimieren. Mittels Mitarbeiterschulung, einer Fachtagung mit den Kostenträgern und inhaltlichen und strukturellen Veränderungen in beiden Einrichtungen wurde die Motivationsarbeit bei Suchtpatienten verbessert und die Rate der Patienten, die in stationärer Entwöhnung vermittelt wurden deutlich erhöht.

Materialien/Methoden: Im Zeitraum von 2008 bis 2012 wurden insgesamt 71 Patienten aus der Gerontopsychiatrie in die Fachklinik Tiefental vermittelt. Ausgewertet werden soziodemographische Daten, Suchtdiagnosen, psychiatrische und somatische Komorbidität sowie die Behandlungsergebnisse der Rehabilitation. Außerdem werden die Entwicklungen in beiden Einrichtungen und in der Zusammenarbeit dargestellt.

Ergebnisse: Die Vermittlungsrate konnte von 6 Patienten im Jahr 2008 auf 24 Patienten 2012 gesteigert werden. Das Durchschnittsalter lag bei 67,5 J. (48–84 J., SD 4,7). Der Frauenanteil lag mit 41% vergleichsweise hoch (durchschnittlicher Frauenanteil über alle Patientengruppen in der Rehabilitationsklinik 32%). Die inhaltlichen und strukturellen Veränderungen bestanden in einer Sensibilisierung der Mitarbeiter für die Bedürfnisse der älteren Patienten. In der Fachklinik wurde ein behindertengerechter Neubau mit Einzelzimmern erstellt, das Therapieprogramm wurde an die besonderen Anforderungen Älterer adaptiert. In der Klinik erfolgt die Motivationsarbeit durch Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte ab der Aufnahme. Das Programm der Suchtgruppe wurde angepasst. Durch eine enge Zusammenarbeit mit den Kostenträgern konnte die Rate der Bewilligungen der Entwöhnungsmaßnahmen maßgeblich gesteigert werden. Auf Grund positiver Ergebnisse haben die Kostenträger inzwischen die Bewilligungszeiträume für das Saarbrücker Modell deutlich verlängert (von anfangs 2–3 Wochen auf inzwischen 6–8 Wochen). Die Rehabilitationsklinik stellt kurzfristig Plätze zur Verfügung, so dass in der Regel ein direkter Übergang aus der Klinik in die Entwöhnungseinrichtung erfolgen kann. Es erfolgt eine direkte Übergabe und Austausch durch die Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtung. Die Klinik erhält Rückmeldung über den Rehabilitationserfolg.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Durch die enge Zusammenarbeit beider Einrichtungen und die Rückmeldung des Therapieerfolgs konnte die Versorgung suchtkrankter Älterer deutlich verbessert werden. Mittlerweile wird bei allen Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen die Indikation für eine Entwöhnungsbehandlung überprüft. Dabei konnte der Indikationsbereich auf Patienten mit ausgeprägten psychiatrischen und körperlichen Beeinträchtigungen ausgeweitet werden. Die Daten zeigen, dass durch eine intensivierte Motivationstherapie die Rate der Patienten, die sich zu einer Entwöhnungsbehandlung entschließen, gesteigert werden kann. Die Auswertung zeigt auch, dass die Therapieerfolge älterer Patienten mit den Ergeb-

nissen von unter 60-Jährigen vergleichbar sind und damit diese besonderen Anstrengungen rechtfertigen. Therapieerfolge zeigen sich insbesondere in einer hohen Rate erfolgreicher Therapiebeendigung, der Verbesserung der Lebensqualität und Vermeidung von Heimeinweisung.

WENN VERSUNKENE ERINNERUNGEN LEBENDIG WERDEN – WIE AKTIVES MUSIZIEREN DIE LEBENSQUALITÄT DEMENTER MENSCHEN UND IHRER ANGEHÖRIGEN DEUTLICH STEIGERT

Anke Feierabend

Geigerin, Kalligraphin, Kunsttherapeutin, Referentin, Schneverdingen

Zielsetzung/Fragestellung: Die Alzheimer- und Demenzforschung sucht intensiv nach Wegen, die neben der Pharmakotherapie und anderen Therapieformen die Lebensqualität der Betroffenen wie auch ihrer Angehörigen steigern.

Die von Anke Feierabend geschaffene, bereits seit dreieinhalb Jahren bewährte musikalische Unterrichtsmethode (Anke Feierabend-Methode®) für Demenzkranke bietet einen solchen Weg.

Wie kam es zur Entwicklung dieser Unterrichtsmethode? Welche Voraussetzungen müssen Schüler und Lehrer mitbringen? Wie funktioniert dieser ungewöhnliche Unterricht? Welche Wirkungen hat er auf den dementen Schüler und seine Angehörigen? Weshalb sind die daraus resultierenden Erkenntnisse so wichtig? Aktives Musizieren weckt ganz offensichtlich verschüttete Erinnerungen dementer Menschen in ungewöhnlich hohem Maße und führt sogar zu unerwarteten Lernprozessen.

Materialien/Methoden: Konfrontiert mit der Aufgabe, eine demente Frau auf der Violine zu unterrichten, stellte sich Anke Feierabend vor einigen Jahren dieser Herausforderung wie auch der Frage, ob ein solcher Unterricht überhaupt möglich ist. Gewöhnlicher Instrumentalunterricht stößt bei dementen Menschen sofort an seine Grenzen. So war die Entwicklung einer neuen Unterrichtsmethode notwendig.

Der demente Schüler muss musikalische Vorkenntnisse besitzen, zumindest Liederkenntnisse, und für instrumentale Arbeit auch grundlegende Kenntnisse im Spiel eines Instruments.

Für einen erfolgreichen Unterricht sind neben großer Empathie auch fundierte Instrumentalkenntnisse wie auch besondere musikalische Flexibilität des Unterrichtenden erforderlich. Biographiearbeit sowie steter Austausch mit den Angehörigen ist wünschenswert und hilfreich.

Anke Feierabend nutzt in ihrem Unterricht die über die Musik erreichbaren, normalerweise ungenutzten Potenziale im sonst so hilflosen dementen Menschen. Indem sie im Zusammenspiel mit dem Kranken dessen versunkene musikalische Erinnerungen ans Licht befördert, erhält dieser die Möglichkeit, sich in beglückender Weise musikalisch auszudrücken – sehr zu seiner eigenen Freude und Wertschätzung wie auch der seiner Angehörigen.

Ergebnisse: In Verbindung mit dem aktiven Musizieren und den damit verbundenen Bewegungsabläufen werden versunkene Erinnerungen im Demenzkranken lebendig. Der Kranke gerät in die Rolle dessen, der etwas kann, und vermag sogar andere Menschen damit zu beglücken.

Die Familie erhält die Möglichkeit, ihren sonst so hilfsbedürftigen Kranken mit anderen Augen zu sehen. Dies erleichtert ihr einen achtungs- und respektvollen Umgang mit ihm.

Die Erfahrung, dass ihm etwas zugetraut wird, ist für den dementen Schüler überaus beglückend. Er erfährt Augenblicke glücklicher Selbstwahrnehmung und überrascht sein Umfeld immer wieder mit unerwarteten Lernprozessen. Dass dies möglich ist, ist eine völlig neue Erkenntnis.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: In den versunkenen Erinnerungen dementer Menschen schlummert ein bislang ungenutztes Potenzial, das mit Hilfe von aktivem Musizieren geweckt und sinnvoll genutzt werden kann. Es verschafft den Kranken die sonst nicht mehr vorhandene Möglichkeit, sich bereichernd für ihre Umwelt auszudrücken und sich selbst dabei als wertvoll wahrzunehmen. Dies führt zu einer deutlichen Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen wie ihrer Angehörigen.

Die neue Erkenntnis, dass Demenzkranke noch lernen können, ja, sich sogar gerne fördern lassen, lässt aufhorchen. Vermutlich spielt dabei das Zusammenspiel der vielfältigen starken positiven Emotionen des Demenzkranken beim aktiven Musizieren eine entscheidende Rolle.

Diese Erkenntnisse machen zudem deutlich, wie elementar wichtig die Beschäftigung mit Musik in der Kindheit und Jugend auch für spätere Lebensjahre ist – gerade im Hinblick auf das Krankheitsbild der Demenz. Namhafte Hirnforscher wie Gerald Hüther haben schon lange die salutogenetische Wirkung von Musik auf das Gehirn erkannt. Dennoch wird ihr tatsächliches Potenzial offenbar unterschätzt.

Das von Anke Feierabend beschriebene konkrete Beispiel erhebt keinen Anspruch auf Wissenschaftlichkeit, gibt jedoch große Hoffnung auf einen Weg, dessen Erforschung und Nutzung zum Wohle von Demenzpatienten und ihrer Angehörigen lohnenswert scheint.

WECHSELWIRKUNGEN ZWISCHEN KOGNITIVEN STÖRUNGEN UND LUNGENERKRANKUNGEN

Helmut Frohnhofer

Kliniken Essen Mitte, Essen

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und die gestörte Hirnleistung sind häufige Erkrankungen im höheren Lebensalter. Dabei wird die COPD zunehmend als eine Multisystemerkrankung mit Auswirkungen auf die Hirnleistung verstanden. Querschnittsstudien und Kohortenstudien zeigen, dass Patienten mit COPD signifikant häufiger eine Hirnleistungsstörung entwickeln als Kontrollen ohne COPD.

Die Pathomechanismen für diese Zusammenhänge sind vielfältig und umfassen toxische Effekte des inhalativen Zigarettenrauchens, einen mit der COPD assoziierten chronisch entzündlichen Status sowie eine Hypoxämie und Hyperkapnie infolge einer weit fortgeschrittenen COPD.

Andererseits leiden auch ältere Patienten mit Demenz an einer COPD. Durch die COPD kann die Hirnleistung dieser Patienten zusätzlich beeinträchtigt werden. Die Erkennung, Diagnostik und Behandlung einer COPD bei Menschen mit Demenz stellt eine große Herausforderung dar. Mögliche Lösungswege werden aufgezeigt.

DIE STATIONÄRE VERSORGUNG VON DEPRESSIONEN IM ALTER

Frank Godemann¹, Claus Wolff-Menzler², Florian Seemüller³

¹Alexianer St. Joseph Krankenhaus, Berlin

²Universitätsklinik Göttingen

³Universitätsklinik München

Zielsetzung/Fragestellung: Weist die Versorgung älterer depressiver Patienten in der stationären Behandlung Besonderheiten auf?

Materialien/Methoden: In Daten aus 35 Kliniken, >5000 Patienten F32 und 33 >64 Jahre, >22 000 >65; Anteil psychotherapeutischer Behandlung, Angaben zur Behandlungsintensität, Anteil tagesklinischer Behandlung etc. Grundlage sind die Daten des Projektes »Versorgungsrelevante Indikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik (»VIPP«) der DGPPN.

Ergebnisse: Eine Auswahl: Ältere Patienten mit Depressionen werden kürzer behandelt, kommen häufiger wieder in die Klinik zurück, erhalten weniger ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, finden sich seltener in Tageskliniken.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Es gibt noch viel zu tun! Der Weg zu einer gerechten Ressourcenverteilung ist noch weit. Das neue Entgeltsystem könnte die Chancengleichheit fördern, da Menschen mit Depressionen im Alter höhere Tagesrelativgewichte erhalten (und damit später auch höhere Erlöse).

SICHER LEBEN IM ALTER? GEWALTERFAHRUNGEN UND GEWALTPRÄVENTION IM HÖHEREN LEBENSALTER

Thomas Görgen

Deutsche Hochschule der Polizei, Münster

Im Allgemeinen sind ältere Menschen sowohl offiziellen Kriminalstatistiken als auch den Ergebnissen von Dunkelfeldstudien zufolge in geringerem Maße als jüngere Erwachsene von Kriminalität und Gewalt betroffen. Der Beitrag stellt kriminologische Befunde zur Sicherheitslage im Alter und zu spezifischen Gefährdungsbereichen im Leben hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen dar. Unter besonderer Bezugnahme auf das durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Aktionsprogramm »Sicher leben im Alter« werden Ansätze und Perspektiven der Gewaltprävention diskutiert.

GEWALTPRÄVENTION DURCH BILDUNG

Katharina Gröning

Universität Bielefeld

Die repräsentative Studie des KFN zur Gewalt gegen Ältere von 2009 unterscheidet vier Typen von Gewalt, wobei die nicht beabsichtigte Schädigung sowohl qualitativ als auch quantitativ eine wichtige Rolle spielt. Angehörige handeln auf Grund ihres alltäglichen Wissens und ihrer Praxis vielfach zum Nachteil der ihnen anvertrauten Pflegebedürftigen. Sie erkennen krankheitsbedingte Einschränkungen nicht und deuten die Verhaltensweisen von Pflegebedürftigen auf der Beziehungsebene als gegen sie gerichtet oder sie betrachten den Angehörigen nun auch als Pflegefall und erwarten neue Eigenschaften wie Dankbarkeit und Anpassung, die jedoch nur Ergebnis von komplexen Lernprozessen sein können. Bildung und reflexives Wissen hat dementsprechend eine Schlüsselstellung. Gleichzeitig ist das Bildungsverständnis in der »späten Familie« eher bescheiden und vom Horizont der alltäglichen Verrichtung oder der Assistenz für professionelle Dienste geprägt. Der Vortrag nimmt die Dimensionen der Forschung und der Bildungstheorie auf und erläutert die Perspektiven eines gewaltpräventiven Bildungsbegriffes. Berücksichtigt werden dabei Dimensionen der Scham, der Biographie und der somatischen Kultur in einer Familie.

MRT-VERFAHREN IN DER FRÜHDIAGNOSTIK VON DEMENZEN

Oliver Gruber

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen

Insbesondere strukturelle MRT-Verfahren haben in der Diagnostik von Demenzen traditionell einen hohen Stellenwert. Im Hinblick auf eine valide Frühdiagnostik von Demenzen, insbesondere der Alzheimer-Demenz, hat sich in den letzten Jahren die Positronen-Emissions-Tomographie durch die Entwicklung Amyloid-bindender Tracer wieder hervorgetan. Aber auch die Entwicklung von MRT-Verfahren schreitet weiter voran, insbesondere im Bereich der funktionellen und molekularen

Bildgebung. In diesem Vortrag werden neueste Beispiele für die Entwicklung moderner MRT-Verfahren zur Frühdiagnostik von Demenzen vorgestellt. Biomarker aus der multimodalen MRT-Bildgebung werden dabei beispielsweise mit Liquormarkern, neuropsychologischen Markern sowie EEG-Markern kombiniert, um mittels multivariater Mustererkennungsverfahren den Übergang von Mild Cognitive Impairment zu einer manifesten Alzheimer-Demenz möglichst gut vorherzusagen zu können. Neben der klassischen strukturellen MR-Bildgebung kommen hierbei zunehmend auch funktionelle MR-Biomarker, Marker zur funktionellen Konnektivität von Gehirnregionen sowie MR-spektroskopische und andere quantitative MR-Verfahren zum Einsatz. Auch hinsichtlich der In-vivo-Visualisierung von Amyloid-Plaques bietet die moderne MR-Bildgebung alternative Ansätze. Aufgrund der Vorteile der MRT-Bildgebung hinsichtlich Kosten, Patientensicherheit und auch räumlicher Auflösung pathologischer Gehirnprozesse ist davon auszugehen, dass diese Verfahren auch zukünftig einen hohen Stellenwert in der Frühdiagnostik von Demenzen haben werden.

GERONTOPSYCHIATRIE UND SOZIALPÄDAGOGIK

Birgit Hein

Duale Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart, Fakultät Sozialwesen, Stuttgart

In der Versorgung alter Menschen mit psychischen Problemen arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen und Professionen zusammen. Die Soziale Arbeit ist hierbei eine vergleichsweise junge Profession im Feld der Gerontopsychiatrie. Gleichzeitig bringt die Soziale Arbeit hier eigene disziplinäre Perspektiven ein – ein »sozialpädagogischer Blick« eröffnet eine Klärung der Fragen nach einer angemessenen Versorgung der gerontopsychiatrischen Klientel.

AUCH DAS NOCH: GERONTOPSYCHIATRIE – TO GO!

Matthias Heißler

Psychiatrische Abteilung, Johanniter-Krankenhaus Geesthacht

Statt stationärer Behandlung im Krankenhaus Behandlung zu Hause durch ein mobiles Kriseninterventions-Team, statt Übersiedlung in ein Heim Leben und Wohnen in einer Haushaltsgemeinschaft im Viertel mit 24-Stunden-Assistenz – solche und ähnliche Projekte lassen sich jetzt nach § 64 b mit den Krankenkassen als Regionales Budget im Kontext eines Modellprojektes statt PEPP verabreden, zum Beispiel für den Kreis Herzogtum Lauenburg für 8 Jahre.

HUMOR ALS HEILFAKTOR BEI DER BEHANDLUNG ALTER MENSCHEN MIT DEPRESSION

Rolf D. Hirsch, Bonn

Vielfältig sind die heutigen Behandlungskonzeptionen für psychisch kranke alte Menschen. Kaum ein Konzept knüpft jedoch an dem gesunden Anteil des Kranken an, an seinen Kompetenzen und Ressourcen. Das Leid und die Scham alter Menschen, die unter Einbußen verschiedenster Art leiden, treibt sie in Einsamkeit, Verzweiflung und Depression. Die Möglichkeit, den Sinn für Humor im Rahmen einer multimodalen Behandlung systematisch bei diesen Patienten zu fördern, um besser mit alltäglichen Missgeschicken umgehen zu können, wird derzeit noch zu skeptisch gesehen. Der Einfluss der positiven Psychologie auf den Gesundungsprozess alter Menschen ist bisher, wenn überhaupt, nur ein Randthema in der Gerontopsychiatrie. Allerdings haben sich Psychotherapeuten schon seit langem mit dem Einfluss von

Humor in der Therapie auseinandergesetzt (Titze & Eschenröder 2000). Zum Thema »Heiterkeit und Humor im Alter« gibt es die Monographie von Hirsch et al. (2001) mit wissenschaftlichen und praxisorientierten Beiträgen zu diesem Themenbereich. Besteht auch Konsens, dass eine Psychotherapie ohne Einbeziehung von Humor und dessen Förderung beschwerlich ist, so gibt es hierzu derzeit wenig wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse.

Empirische Untersuchungen, inwieweit Humor als Therapie genutzt werden kann, sind sehr spärlich. Untersuchungen mit alten Menschen im deutschsprachigen Raum gibt es – außer der erwähnten – nicht, in der internationalen Literatur nur ansatzweise. Es wurde daher, aufbauend auf einer Studie aus dem Jahr 2001 (Kranzhoff & Hirsch 2001) eine weitere, differenziertere empirische Untersuchung durchgeführt, um Effekte einer »Humorgruppe« mittels Skalen und Testverfahren zu messen. Unter Mitarbeit von K. Junglas, B. Konradt und M. F. Jonitz wurde die Untersuchung und die Gruppensitzungen (zweimal wöchentlich je 60 Minuten) durchgeführt. Einbezogen wurden gruppenspezifische Aspekte, Musik, Tanz und Rollenspiel sowie clowneske Requisiten. Probanden waren Patienten einer gerontopsychiatrischen Abteilung mit einem depressiven Syndrom nach ICD-10. Verglichen wurden die Ergebnisse zwischen Experimentalgruppe (N=52) und Kontrollgruppe (N=38).

Durchgeführt wurde eine teilstrukturierte Humorgruppe als ein Baustein innerhalb eines Behandlungskonzeptes: Die Gruppensitzung beginnt meist mit Fragen nach der Befindlichkeit, einer gerade erlebten heiteren oder komischen Situation auf der Station. Manchmal begrüßen sich die Teilnehmer gegenseitig mit vielen Gesten oder loben sich gegenseitig (»Hat Sie heute schon jemand gelobt?«, »Haben Sie heute schon jemand gelobt?«, »Dann machen wir das hier!«). Anschließend wird eine heitere (manchmal auch kritische) Situation, die geschildert worden war, oder heitere erlebte Geschichten von früher im Rollenspiel vorgeführt. Gefragt wurde dann nach Missgeschicken, beschämenden Erlebnissen u. a. Nach dem Erzählen werden diese häufig erst nachgespielt, manchmal dann noch übertrieben, provokativ oder absurd. Gezielt werden Alternativen erarbeitet und gespielt. Geübt wurde z. B. auch, wer am besten grübeln oder am lautesten jammern kann, wer sich am meisten krank fühlt u. a. Die Bewertungen (1–6) finden durch die Teilnehmer statt. Groteske Aufgaben werden verteilt wie z. B. »Was würden Sie tun, wenn Sie 1 Mio. im Lotto gewinnen«, »wenn Sie noch einmal 14 Jahre alt wären«, oder »Wenn Sie ein Clown wären, wie würden Sie das machen«, »Wie bringen Sie andere zum Lachen?«, »Was würden Sie als Arzt vorschlagen« usw. Alle vorgeschlagenen und durchgeführten Interventionen werden reflektiert. Beendet wird die Gruppensitzung häufig mit einer »Witzrunde« (erzählt oder aus einem Witzbuch vorgelesen) und einer »Hausaufgabe«, die sich aus der Gruppensitzung ergibt (z. B. Anekdote, Witz zu einem bestimmten Thema beim nächsten Mal mitbringen, auf komische Situationen achten und aufschreiben).

Für die Untersuchung wurden zu zwei Messzeitpunkten (Prä- und Post-Therapie) Geriatriische Depressions-Skala, SF-12, Fragebogen zum Gesundheitszustand, State-Trait-Heiterkeits-Inventar in Kurzform, Satisfaction with Life Scale (SWLS), Resilienzskala in Kurzform, zwei Skalen des Beck Depressioninventars (BDI-II) und Demect eingesetzt. Zusätzlich wurden noch einige skalierte Fragen zur Gruppe und zum Humor gestellt.

Bereits für die Gesamtstichprobe konnten deutliche Veränderungen nur für die Teilnehmer der Humorgruppe beschrieben werden. Verbesserungen zeigten sich in steigender Resilienz (Widerstandsfähigkeit) und Lebensqualität der Patienten. Eine genauere Untersuchung der Subgruppen mit mindestens mittelschwerer bis schwerer depressiver Symptomatik erwies noch deutlichere

Effekte der Humorthherapie. Bei diesen schwer depressiven Patienten verbesserten sich weitere depressionsrelevante Merkmale: Heiterkeit und Lebenszufriedenheit nahmen zu, während die Zustandsvariablen Ernst und schlechte Laune abnahmen. Diese Veränderungen zeigten sich bei der Kontrollgruppe mit nur allgemeinen therapeutischen Maßnahmen nicht. Die Lebendigkeit, Fröhlichkeit und Ausgelassenheit während der Stunden kann kaum in Worte gefasst werden. Sie muss erlebt werden.

Gestützt auf unsere Untersuchungen (es folgte eine weitere mit ähnlicher Thematik), dem Verlauf der Gruppenstunden und den vielfältigen Erlebnissen bei und nach den Humorgruppenstunden vertreten wir die Ansicht, dass in jeder gerontopsychiatrisch/psychotherapeutischen Einrichtung eine Humorgruppe eingeführt werden sollte. Alte Menschen können ihren Sinn für Humor vermehren und ihn gesundheitsorientiert einsetzen und damit ihre Lebensqualität deutlich verbessern.

Literatur

1. Hirsch, R.D., Bruder, J., Radebold, H. (Hg.): Heiterkeit und Humor im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 2, Stuttgart: Kohlhammer.
2. Kranzhoff, E.U., Hirsch, R.D. (2001): Humor in der Gerontopsychiatrischen Klinik: Ergebnisse einer therapiebegleitenden Studie. In: Hirsch, R.D., Bruder, J., Radebold, H. (Hg.): Heiterkeit und Humor im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 2, Stuttgart: Kohlhammer, S. 139–162.
3. Titze, M., Eschenröder, Chr. T. (2000): Therapeutischer Humor. Frankfurt a.M.: Fischer.

FESSELUNGEN MÜSSEN NICHT SEIN: ALTERNATIVEN GIBT ES GENUG!

Rolf D. Hirsch
Bonn

Ärzte und Pflegekräfte geraten im Alltagsstress leicht in die Versuchung, eine kritische Situation kurzfristig mit Fesselung eines Patienten/Bewohners zu bewältigen. Doch lassen Fesselungen (Fixierungen) auf eine eher gedankenlose und rein »sich absichernde« Handlungsweise schließen. Sie als notwendiges, »alternativloses« Alltagsphänomen in Klinik- und Alteinrichtungen zu sehen oder gar als therapeutische Maßnahme zu bezeichnen, ist kritisch zu hinterfragen. In der Regel gibt es genügend Möglichkeiten und Konzepte, diese Maßnahmen zu vermeiden. Sie lösen Leid, Not, Hilflosigkeit sowie Verzweiflung aus und können erhebliche gesundheitsschädliche Folgen bis zum Tod bei den Patienten/Bewohnern haben (Berzlanovich et al. 2012).

Leitlinien (AWMF 2010) und evidenzbasierte Vorgaben zum Umgang mit Zwang und Gewalt sind notwendig und sinnvoll für Schulungen, Sensibilisierung und Problemdarstellung, helfen aber in der Praxis erst dann etwas, wenn sie lebendig, kreativ sowie »menschenorientiert« umgesetzt werden. Spezifische Leitlinien, welche die Besonderheiten alter Menschen berücksichtigen, gibt es derzeit allerdings nicht. Hilfreich sind die »Rahmeneempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der Altenhilfe« (BMG 2008).

Wenige Untersuchungen gibt es zur Häufigkeit und zu den Ursachen von Fesselungen. Aus einer älteren – aber immer noch aktuellen – Untersuchung von 27 gerontopsychiatrischen Abteilungen geht hervor, dass in 25% der Fälle wenigstens eine bewegungseinschränkende Maßnahme durchgeführt wurde (Hirsch & Kranzhoff 1996). Fixiert wurde hauptsächlich »vorsorglich« wegen Sturzgefahr (48,2%), Schwindel/Gangunsicherheit u. ä. (27,8%) sowie quälender/rastloser Unruhe/Agitiertheit (15,7%). Aus einer Längsschnitt-Untersuchung in Hamburger Pflegeheimen wird berichtet, dass bei 40% der Bewohner innerhalb eines Jahres eine freiheitsentziehende Maßnahme durchgeführt wurde (Meyer

& Köpke 2008). Festgestellt wurde, dass nur bei ca. 54 % eine rechtlich gültige Genehmigung vorlag. Bei allen diesbezüglichen Untersuchungen fällt die sehr große Spannweite zwischen den Einrichtungen auf.

Ein wichtiger Schritt ist es, dass Mitarbeiter nicht nur an einer Supervision bzw. Fallbesprechung und ethischen Konsilien teilnehmen, sondern auch deeskalierende Maßnahmen erlernen. Dies geschieht am ehesten in einem Deeskalationstraining (Wesuls et al. 2008), welches in wenigen Einrichtungen schon standardmäßig eingeführt ist. Erlernt werden kann: frühzeitig und angemessen zu reagieren, eine sensible Einschätzung der Situation, die Beachtung von Sicherheitsaspekten, das Überprüfen des eigenen Auftretens («Opferhaltung» – «Machthaltung»), ein respektvoller, empathischer, anständiger und würdevoller Umgang, eigene Wut, Ärger, Aggression und Hilflosigkeit zu spüren und zu bewältigen sowie die Vermeidung von Machtkämpfen. Zur Vermeidung von Fesselungen bedarf es eines mehrdimensionalen Konzeptes, welches von allen Mitarbeitern getragen werden muss. Entscheidend ist, dass die Institutionsleitung Fesselungen ächtet. Folgende Aspekte sind einzubeziehen:

- Schulung der Mitarbeiter wie: Problematisierung von Fixierungen (Fesselungen), rechtliche Vorschriften, Selbsterfahrung mit Fixierung, Problematisierung von Medikamenten einschl. Psychopharmaka, eigene Gefühle bei bisherigen Fixierungen von Patienten, Schulung von professioneller Fixierung, Besprechung von Situationen, in denen bisher fixiert wurde und Erarbeitung von Alternativen unter Einbeziehung der Besonderheiten des einzelnen Patienten (Hilfsmittel: Rollenspiel), Wille des Patienten in Strategien einbeziehen, mögliche Provozierung durch Mitarbeiter ansprechen, Professioneller Umgang mit Fixiermittel, Dokumentation und Evaluation;
- Trainings: zur Deeskalation, Sturzprophylaxe und Mobilisation;
- Hilfsmittel: höhenverstellbare Betten, Hüftprotektoren, Stoppersocken, Intelligentes Licht, barrierefreie Station, Haltegriffe im Flur, ausreichende Lichtverhältnisse;
- Krankengymnastik und Bewegungstherapie;
- Kontinuierliche Fallbesprechung: wöchentliche Besprechung im Team/Klinik von Fixierungen und deren Problematisierung, psychologische Intervention bei aktueller Fixierung von Patient/Bewohner und Team;
- Umgang mit Fixiermittel: nach jeder Fixierung Entfernung der Fixiermittel aus dem Raum;
- Unterstützende Maßnahmen wie Ergo-, Tanz- und Musiktherapie, Spaziergänge, Lauftraining mit Einzelpatienten, Einbeziehung von Angehörigen und rechtlichen Betreuern.

Diese Themenbereiche sollten in Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen Eingang finden. Kontinuierliche Schulungen während der Berufsausübung sind notwendig, um eine Sensibilisierung sowie ein Problembewusstsein aufrechtzuerhalten und der Gleichgültigkeit entgegenzuarbeiten.

Gewalt – hierunter zählen die Fesselungen – beginnt im Kopf! Es geht um eine grundsätzliche Einstellungsveränderung. Fesselungen sollten in der Gerontopsychiatrie nur eine extreme Ausnahme sein. In Pflegeheimen sind sie, wie sich gezeigt hat, überflüssig.

Literatur

1. AWMF AWMF (2010): Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie, Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychoatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde S2, www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-022.htm (aufgesucht: 02. 04. 2013).

2. Berzlanovich, A.M., Schöpfer, J., Keil, W. (2012): Todesfälle bei Gurtfixierungen. Deutsches Ärzteblatt 109 (3): 27–32.
 3. BMG (2008): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. BMG: Berlin.
 4. Hirsch R.D., Kranzhoft E.U. (1996): Bewegungseinschränkende Maßnahmen in der Gerontopsychiatrie. Teil I u. Teil II. Krankenhauspsychiatrie 7, 99–104 u. 155–161.
 5. Meyer G., Köpke S. (2008): Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie. In Schaeffer D., Behrens J. & Görres St (Hg.) Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Juventa: Weinheim München, 333–349.
 6. Wesuls, R., Heinzmann, Th., Brinker, L (2008): Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa). www.prodema-online.de.

HINDERNISSE BEI DER IMPLEMENTATION ERGOTHERAPEUTISCHER BEHANDLUNGSPROGRAMME IN DEUTSCHLAND

Michael Hüll¹, Sebastian Voigt-Radloff²

¹Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Uniklinik Freiburg

²Zentrum für Geriatrie und Cochrane Zentrum, Freiburg

Zielsetzung/Fragestellung: Ergotherapeutische Interventionen bei Menschen mit Demenz wurden in verschiedenen Ländern mit Erfolg erprobt. Die Übertragbarkeit über Ländergrenzen hinweg ist jedoch nicht einfach zu erzielen.

Materialien/Methoden: Im Rahmen einer multizentrischen Studie wurde eine niederländische Intervention im deutschen Versorgungssystem erprobt. Neben den Ergebnissen auf Teilnehmer-ebene wurde auch eine Prozessanalyse durchgeführt.

Ergebnisse: Die positiven Effekte ließen sich in der deutschen Studie nicht in dem erwarteten Maße wiederholen. Sowohl Änderungen in der Zusammensetzung der Teilnehmer als auch mangelnde Praxis der Therapeuten können dabei ausschlaggebend gewesen sein.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Vor der Übertragung von nichtmedikamentösen Interventionen aus anderen Ländern müssen in Deutschland verstärkt Pilotstudien und Implementationsstudien durchgeführt werden. Eine weitere Professionalisierung der Gesundheitsberufe kann die Qualifikationsbasis dafür verbessern.

PATIENTEN MIT DEMENZ IM KRANKENHAUS

Susanne Johannes

Alfried Krupp Krankenhaus Essen

Zielsetzung/Fragestellung: Patienten mit Demenz in der Akutklinik – sind wir als Krankenhaus darauf vorbereitet?

Ergebnisse: Menschen mit Demenz haben besondere Bedürfnisse, besonders wenn sie mit dieser Nebendiagnose ins Krankenhaus kommen. Diese Bedürfnisse müssen beachtet werden, sonst entstehen gravierende Nebenwirkungen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Kliniken müssen sich auf diese Klientel einstellen, und es besteht dringender Schulungs- und Weiterbildungsbedarf.

ENTWICKLUNG UND EVALUATION EINES INTERNETBASIERTEN SCHULUNGSPROGRAMMS FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE DEMENZ-ERKRANKTER PERSONEN

Benjamin Jonas¹, Peter Tossmann¹, Claudia Wendel²

¹Delphi Gesellschaft, Berlin

²Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal

Ziel/Fragestellung: Die Versorgung demenzerkrankter Menschen in der häuslichen Umgebung ist mit hohen psychischen Belastungen für die pflegenden Angehörigen verbunden. Psychosoziale Bera-

tungsangebote für diese Zielgruppe sind insbesondere in strukturschwachen Regionen jedoch rar und oft nur schwer in den Pflegealltag zu integrieren. Vor diesem Hintergrund wird momentan ein videogestütztes Online-Schulungsprogramm entwickelt, das zum Ziel hat, die Selbstwirksamkeitserwartung der pflegenden Angehörigen zu erweitern und ihre psychische Gesundheit zu verbessern. Das internetbasierte Gruppenangebot wird von psychologischen Fachkräften geleitet und hat eine Länge von 10 Sitzungen à 90 Minuten.

Materialien/Methoden: Nach erfolgreichem Abschluss der Usability-Testung wird die Wirksamkeit des Programms im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) mit Wartekontrollgruppensign und Nachbefragungen nach 3, 6 und 12 Monaten überprüft. Die Studie startet im August 2013 und wird in die Website des Schulungsprogramms integriert. Wir erwarten, dass die psychische Belastung der pflegenden Angehörigen infolge der Programmteilnahme signifikant sinkt und die Lebensqualität sowie die pflegebezogene Selbstwirksamkeitserwartung signifikant steigen.

Zusammenfassung: Nach unserem Wissen handelt es sich hierbei um die erste gruppenbasierte Intervention für pflegende Angehörige demenzerkrankter Personen im deutschsprachigen Raum, die in Echtzeitkommunikation über das Internet umgesetzt wird. Im Rahmen des Vortrags werden das Studiendesign und die Untersuchungshypothesen erläutert sowie erste Einblicke in das Schulungsprogramm gegeben.

ALTENPFLEGE IN DEUTSCHLAND

Christina Kaleve

Altenpflegerin, Bundesvorsitzende des Deutschen Berufsverbandes für Altenpflege e. V., Krefeld

Die medizinische und pflegerische Forschung und Praxis fordern für die über 65-jährigen eine genau auf diese Altersgruppe und ihre emotionalen, sozialen und medizinischen Bedürfnisse sowie die noch vorhandenen Ressourcen ausgerichtete Behandlung und Pflege. Genauso wie Kinder in körperlicher, geistiger und sozialer Entwicklung besondere Anforderungen an die sie versorgenden und behandelnden Ärzte und professionell Pflegenden stellen, ist dies auch bei Älteren der Fall. Die Medizin trägt diesem Umstand mit der zunehmenden Ausrichtung, z. B. in der Inneren Medizin zum Geriater und in der Psychiatrie zum Gerontopsychiater, an den Notwendigkeiten einer Versorgung Älterer Rechnung.

Die Altenpflege und die Altenpflegeausbildung in Deutschland haben sich diesen Anforderungen schon vor Jahrzehnten gestellt und ein Berufsbild entwickelt, das inzwischen auch in den europäischen Nachbarstaaten als vorbildhaft gilt. So hat Schweden eine dreijährige Altenpflegeausbildung eingeführt.

Ende der fünfziger Jahre wurden die ersten Altenpfleger in Deutschland ausgebildet. Am 01.12.1974 gründeten staatlich anerkannte Altenpfleger den Deutschen Berufsverband für Altenpflege (DBVA). Er ist der einzige Verband, der sich ausschließlich für die Belange der in der Altenpflege Tätigen einsetzt.

Am 2. März 2012 legte die Bund-Länder-Arbeitsgruppe »Weiterentwicklung der Pflegeberufe« die Eckpunkte vor. Folgende grundlegende Weichenstellungen werden vorgeschlagen:

- 1) Es wird ein neues Pflegeberufegesetz geschaffen, das das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz ablöst.
- 2) Die Altenpflegeausbildung, die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung werden zu einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung zusammengeführt.

Der DBVA lehnt diese Vorschläge ab und hat mit Schulen, Leitungskräften, Trägern, der DGGPP und anderen das Bündnis für Altenpflege gegründet: www.buendnis-altenpflege.de.

MIT MUSIK GEHT VIELES BESSER – MUSIK(THERAPIE) IN DEN PHASEN DER DEMENZ

Silke Kammer

Musik auf Rädern – ambulante Musiktherapie, Bad Nauheim

Zielsetzung/Fragestellung: »Musik ist immer gut« – dieser Standpunkt entspricht nur der halben Wahrheit. Musik wirkt und gilt als der Königsweg im Umgang und Kontakt mit demenziell Erkrankten. Doch wie setze ich Musik richtig ein? Und kann ich es auch als unmusikalisch geschulter Mensch? Was ist zu beachten? Wie schaffe ich es, auch in der Pflege in meiner knapp bemessenen Zeit die Musik einzubauen? Wann brauche ich einen Musiktherapeuten?

Materialien/Methoden: Durch den richtigen Umgang mit Musik und der richtigen Kombination aus rezeptivem und aktivem Arbeiten, sprich Musik hören und machen, wird der demenziell Erkrankte in seinem Erleben gestärkt. Musik als biologische Sprache des Gehirns wirkt ein Leben lang, durch ihre Struktur wird sie als gleichwertig wichtig wie verbale Sprache vom Gehirn gespeichert. Dies ist der Grund, warum die alten Lieder beim rückwärtigen Gedächtnisabbau bei Demenz wieder so stark in den Vordergrund rücken. Dadurch, dass beim Hören von Musik – egal ob vom Band oder selbst gemacht, sprich z. B. gesungen – das limbische System und damit Emotionen aktiviert werden, ist ein sorgsamer Umgang mit diesem Medium unabdingbar. Ebenso gehört eine ausführliche Biographiearbeit zum Hintergrund. Konkrete Methoden sind also Singen, Musik hören, Musik machen und Musik spüren in der Klangtherapie bei später Demenz.

Ergebnisse: Validierend und durch die kommunikative, nonverbale Wirkung von Musik können Menschen in allen Phasen der Demenz erreicht werden. Allerdings gibt es je nach Stadium der Demenz Feinheiten zu beachten. Bei einer beginnenden Demenz etwa ist zur Vermeidung negativer Rückkopplung eher die rezeptive Arbeit, in einer späteren Phase zur Kommunikationsstärkung oder Wiederherstellung von Gefühlen eher die aktive Musiktherapie als Methode anzuwenden. Auch im Pflegealltag ist die Musik in Kurzbegegnungen anwendbar und so in die AEDLs integrierbar, z. B. hilft das Lied »Zeigt her eure Füßchen« durch den Rhythmus, leichter die Füße auf die Trittbretter des Rollstuhls zu heben. Wissenschaftliche Studien beweisen die Wirkung von Musiktherapie und Musik: Insbesondere Depressivität, Depression und Agitiertheit werden signifikant verringert.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: In diesem Vortrag werden die Besonderheiten der Anwendung von Musik in den verschiedenen Phasen der Demenz dargestellt. Das Eingangsstatement »Musik ist immer gut« wird aus verschiedenen Sichtweisen beleuchtet und in Relation gesetzt. Ebenso gibt es Tipps und Hinweise zur Anwendung der Musik im Pflegealltag und wann man professionellen Rat einholen sollte. So eingesetzt, kann Musik den demenziell Erkrankten in seinem Dasein stärken, sein Selbstbewusstsein steigern und die Kommunikationsbereitschaft und -fähigkeit erhöhen. Es soll ebenso die Angst vor dem Einsatz der Musik genommen werden, auch wenn der Pfegende bzw. die Kontaktperson sich als gänzlich unmusikalisch bezeichnet.

ZUR DYNAMIK VON VEREINSAMUNG UND KONTAKTSUCHE IM ALTER

Johannes Kipp
Kassel

Im Alter werden Beziehungen häufig brüchig, auch Paarbeziehungen sind selten für die »Ewigkeit« geschaffen. Gründe dafür sind das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben, körperliche Einschränkungen, Erkrankungen und Todesfälle, Vorstellungen von sozialen Normen und nicht zuletzt altersbedingte Rollenveränderungen, die oft mit Kränkungen einhergehen und zum Rückzug führen. An Fallbeispielen soll hier aufgezeigt werden, wie mit den Schwierigkeiten, Kontakte zu bewahren und neue Beziehungen zu knüpfen, umgegangen werden kann. Psychotherapie, insbesondere Gruppenpsychotherapie, kann hierbei hilfreich sein.

DEMENZKRANKE IM KRANKENHAUS AUS SICHT DER SOZIALWISSENSCHAFT

Sabine Kirchen-Peters
iso-Institut Saarbrücken

Krankenhausaufenthalte sind für Demenzkranke häufig mit Risiken verbunden, die nicht aus ihrer somatischen Grunderkrankung, sondern aus den Begleiterscheinungen der Demenz resultieren. Trotz wachsender Fallzahlen haben die meisten Akutkrankenhäuser noch keine demenzfreundlichen Strukturen und Prozesse aufgebaut, und es stellt sich die Frage, warum dies so ist.

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat das iso-Institut, Saarbrücken, im Rahmen einer Forschungsförderung damit beauftragt zu überprüfen, warum sich die zu diesem Thema an verschiedenen Standorten durchgeführten Modellprojekte – trotz der positiven Erfahrungen und überzeugenden Erfolge – noch nicht in der Versorgungsbreite niederschlagen konnten. In dem Vortrag werden die ermittelten Implementationsbarrieren auf individueller, arbeitsorganisatorischer und betriebswirtschaftlicher Ebene dargestellt. Auf der Basis der Befunde über die vorliegenden Barrieren werden Ansatzpunkte für den Aufbau demenzfreundlicher Krankenhäuser aufgezeigt.

IST DAS ALTENHEIM EIN AUSLAUFMODELL? ALTENGERECHTE QUARTIERSENTWICKLUNG AM BEISPIEL NRW

Hans-Peter Knips
Landesbeauftragter des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)

Der Vortragende spricht über die Vorhaben des Landes NRW, auf die erkennbare demographische Entwicklung eine zukunftsichere Antwort zu geben.

Die bestehenden Strukturen in der Altenpflege können nicht erhalten werden, sie sind nicht bezahlbar. In der Industrie und Landwirtschaft werden durch steigende Produktivität immer weniger Arbeitskräfte benötigt. Diese Möglichkeit gibt es im Pflegebereich nicht. Pflegepersonal fehlt schon heute, ein Pflegepersonal droht.

Der Pflegebereich ist seit 2003 Ländersache. In der Bundesrepublik gibt es 16 Heimgesetze, eine Vereinheitlichung ist dringend notwendig. Betreuung bis zur Pflege kann nur ortsnahe organisiert werden. Altersgerechtes Leben in vertrauter Umgebung muss ortsnahe, also von den Kommunen, organisiert werden.

Neben baulichen Voraussetzungen wie barrierefreiem Wohnen oder dem Zugang zum öffentlichen Verkehr sind auch Einkaufsmöglichkeiten oder der Arzt und Apothekerbesuch zu bedenken. Nicht zuletzt gehören auch soziale Kontakte zur Voraussetzung, um möglichst lange selbstständig leben zu können. Wohnge-

meinschaften zwischen Alt und Jung und auch zwischen Alten verschiedener Hilfsbedürftigkeit sollen gefördert und organisiert werden. Es ist im Prinzip die Abkehr von großen Häusern. Wichtig ist, dass Senioren Eigeninitiativen entwickeln. Nur so ist es möglich, verträgliche Beziehungen in einem passenden Umfeld zu entwickeln.

DAS BELASTUNGSERLEBEN PFLEGENDER ANGEHÖRIGER IN EINEM INTERDISZIPLINÄREM DEMENZNETZWERK

Leonore Köhler¹, Jochen Renè Thyrian², Claudia Meinke²,
Wolfgang Hoffmann²

¹Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Rostock/Greifswald

²Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health, Institut für Community Medicine (ICM), Greifswald

Zielsetzung/Fragestellung: Die Belastung von pflegenden Angehörigen wird bei der Sorge für Menschen mit Demenz als besonders hoch festgestellt. Den stärksten Einfluss hat die Ausprägung der Krankheitssymptome. Therapeutische Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und kognitiver Leistung sowie Milderung von Verhaltensänderungen stellen somit einen Ansatzpunkt für die Entlastung der Angehörigen dar. Überprüft werden soll, ob ein entsprechendes Management von Demenzpatienten in einem interdisziplinären regionalen Netzwerk messbare Wirkung auch auf das Belastungsempfinden pflegender Angehöriger zeigt.

Materialien/Methoden: Es wurde eine cluster-randomisierte, prospektive und kontrollierte Studie mit Patienten von Hausarztpraxen und Pflegediensten durchgeführt. Entsprechend deren Status als Vollmitglied oder assoziiertes Mitglied im Netzwerk wurden Patienten ab 55 Jahre, selbstständig lebend und mit einem DemTect-Wert <9 der Interventionsgruppe (n=117) oder der »care as usual«-Gruppe (n=118) zugewiesen. Zu zwei Zeitpunkten wurden mittels eines standardisierten Fragebogens Daten erhoben zur Inanspruchnahme medizinisch-pflegerischer Leistungen, demenzspezifischer Medikation und Lebensqualität des Patienten. Parallel wurden pflegende Angehörige mit dem BIZA-D zu ihrer Belastung und Lebensqualität befragt. Zur Bestimmung von Zeit- und Interventionseffekten wurden multiple ANCOVAs durchgeführt.

Ergebnisse: Von 285 positiv gescreenten Patienten willigten 235 in die Studienteilnahme ein. Parallel konnten 160 pflegende Angehörige zu beiden Zeitpunkten befragt werden. In beiden Gruppen nahm der durchschnittliche zeitliche Pflegeaufwand zu, jedoch nur in der Kontrollgruppe in signifikantem Ausmaß (im Mittel um 4,2 h/Woche; p<0,001). Die Inanspruchnahme von entlastenden Angeboten blieb in beiden Gruppen marginal. Ebenso war die Einschätzung erhaltener Unterstützung in beiden Gruppen über die Zeit konstant. Eine Haltung, die Pflegesituation im Griff zu haben, unterlag im Mittel weder in der Interventions- noch in der Vergleichsgruppe einer Änderung. Ein signifikanter Zuwachs fand sich in beiden Gruppen in der Einstellung persönlicher Reifung (F=33,2; p<0,001). Eine statistisch signifikant geringere Belastung durch desorientiertes Verhalten (p=0,046) und Depressivität der Angehörigen mit Demenz (p=0,049) wird über die Zeit berichtet.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Netzwerk-Richtlinien führen zu Steigerungen in der fachärztlichen Betreuung und demenzspezifischen Medikation. In der Studie sind geringe Veränderungen in der Bewältigung der Pflegeherausforderungen messbar, die jedoch nicht mit der Intervention assoziiert sind. Zielgenauere und multimodale Interventionen für die Angehörigen sind notwendig. Doch auch eine angemessene Beobach-

tungszeit für die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen ist zu bedenken.

PSYCHOSOZIALE INTERVENTIONEN FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ IN STATIONÄREN PFLEGEHEIMEN: IMPLEMENTIERUNG UND UMSETZUNG EMPFOHLENER KONZEPTE

*Kerstin Köhler, Rebecca Palm, Christian Schwab, Bernhard Holle
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE),
Wittem*

Zielsetzung/Fragestellung: Bereits heute bildet die Gruppe der Menschen mit Demenz den größten Teil der Bewohner in der stationären Altenhilfe. Darauf reagieren Einrichtungen durch eine Erweiterung somatisch orientierter Pflege hin zu einer personenzentrierten Betreuungskultur, die die spezifischen Bedürfnisse von Bewohnern mit Demenz in den Mittelpunkt rückt. Demenzspezifische psychosoziale Interventionen werden international und national zur Umsetzung empfohlen, entsprechende wissenschaftliche Publikationen hierzu liegen vor. Bisher ist jedoch weitgehend unbekannt, welchen Umsetzungsgrad psychosoziale Interventionen in der deutschen Versorgungspraxis haben. Diese Frage beantwortet dieser Vortrag in Bezug auf die Interventionskonzepte Validation, Biographiearbeit, multisensorische Stimulation und Bewegungsförderung. Darüber hinaus wird dargestellt, ob sich Angebot und Nutzung entsprechender Interventionen in Bezug auf die Demenzschwere der Bewohner unterscheiden.

Materialien/Methoden: Analysiert werden Daten des Projekts DemenzMonitor, einer quantitativen Longitudinalstudie im Mehrebenen-Design. Der DemenzMonitor erfasst mit einem eigens entwickelten Instrument Daten auf Einrichtungs-, Wohnbereichs- und Bewohnerebene. An der Piloterhebung im Mai 2012 nahmen 47 Pflegeheime mit 99 Wohnbereichen und 1.689 Bewohnern teil. Die Demenzschwere der Bewohner wurde mit der Dementia Screening Scale (DSS) erfasst. Die Datenauswertung erfolgt deskriptiv, auf Signifikanzen wird mit dem Chi-Square-Test geprüft.

Ergebnisse: Eine konzeptionelle Verankerung der genannten Interventionen in stationären Pflegeheimen zeigt sich selten bis sehr häufig (25% Snoezelen, 95% Biographiearbeit). Während die Biographie bei Bewohnern in allen Stadien einer Demenzerkrankung fast gleich häufig erhoben (94,4%) wird, variiert das Angebot von Validation und multisensorischer Stimulation demenzschweregradabhängig erheblich. Validiert werden 30,2% der Bewohner ohne Demenz, 58,6% mit leichter bis mittelschwerer Demenz und 79,2% mit schwerer Demenz. Die konkrete Umsetzung erfolgt in allen drei Gruppen überwiegend (96,3%) im Rahmen einer validierenden Grundhaltung der Mitarbeiter im Pfltag. Die Spanne der Durchführung von Maßnahmen der multisensorischen Stimulation bei Menschen mit Demenz ist groß (29,2% ohne Demenz, 45,3% mit leichter bis mittlerer Demenz, 71,2% mit schwerer Demenz). Die abgefragten Ausdifferenzierungen der Interventionen aus dem Bereich der multisensorischen Stimulation werden sehr unterschiedlich häufig eingesetzt (10,3% Snoezelen, 79,9% Musik hören). In Bezug auf Bewegungsförderung nutzen Bewohner ohne und mit leichter bis mittlerer Demenz (78,5%, 79,2%) geringfügig häufiger entsprechende Angebote als Bewohner mit schwerer Demenz (71,7%). Auch die Dauer der Bewegungseinheiten folgt diesem Muster. Keine Bewegungseinheit von mehr als 30 Minuten in der vergangenen Woche absolvierten 32,5% der Bewohner ohne Demenz, 40% mit leichter bis mittlerer Demenz und 54,9% der Bewohner mit schwerer Demenz.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Insgesamt werden empfohlene psychosoziale Interventionen in der stationären Altenhilfe in Deutschland auf breiter Ebene umgesetzt. Die Erhebung biographiebezogener Informationen hat sich unabhängig vom kognitiven Status als Interventionsansatz für alle Bewohner etabliert. In Bezug auf die geringere Inanspruchnahme von Angeboten der Bewegungsförderung durch Bewohner mit schwerer Demenz liegt ein Zusammenhang mit der Pflegeabhängigkeit der Bewohner nahe, der noch weiter untersucht werden sollte. Validation und multisensorische Stimulation werden gezielt insbesondere Bewohnern mit zunehmendem Demenzschweregrad angeboten. Sie scheinen demnach von Praktikern als besonders demenzspezifisch wahrgenommen zu werden. In der konkreten Umsetzung prägen niedrigschwellige Ausprägungsformen einer Intervention das Angebot (z. B. Validation im Alltag statt in Einzel- und Gruppensitzungen, Musik hören statt Snoezelen). Dies weist darauf hin, in zukünftigen Interventionsstudien einen Schwerpunkt auf die Prüfung der Praktikabilität von psychosozialen Interventionen im jeweiligen Setting zu legen.

KOGNITIVE ASSISTENZ ZUR UNTERSTÜTZUNG SOZIALER INTEGRATION BEI ALZHEIMER-KRANKHEIT

*Philipp Koldrack, Maik Luplow, Thomas Kirste, Stefan Teipel
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)
Rostock/Greifswald*

Zielsetzung/Fragestellung: Ein sozial aktiver Lebensstil kann im Alter einen bedeutenden Schutzfaktor gegenüber der Alzheimer-Demenz (AD) darstellen oder das Voranschreiten einer bestehenden Erkrankung verzögern. Wir erörtern die Fragestellung, wie Menschen mit AD in dem Wunsch nach sozialer Integration durch technische Hilfsmittel optimal unterstützt werden können.

Materialien/Methoden: Wir entwickeln ein allgemeines Konzept kognitiver Assistenz und begründen die besondere Bedeutung der Unterstützung des Menschen im Bereich Mobilität im öffentlichen Raum für den Aspekt sozialer Integration. Der Stand der Technik auf diesem Gebiet wird anwendungsorientiert, anhand konkreter Systeme aus Handel und Wissenschaft, dargelegt.

Ergebnisse: Assistenz für Mobilität bei AD ist ein Balanceakt zwischen Autonomie und Sicherheit. Je nachdem stellen Systeme mehr oder weniger Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten des Nutzers und bieten entsprechend weitreichendere oder engere Möglichkeiten sozialer Interaktion.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Optimale Assistenz erfordert ein dynamisches Anwendungskonzept, welches dem fortschreitenden Verlauf der Erkrankung gerecht wird, um dem Nutzer zu jedem Zeitpunkt ein maximales Maß an Autonomie zu ermöglichen. Der Entwicklungsprozess sollte Individuen der Zielgruppe in verschiedenen Stadien der Erkrankung und mit diverser Komorbidität eng einbeziehen, damit Anpassbarkeit bereits tief im Entwurf verankert wird.

DEESKALATIONS-MANAGEMENT IN DER GERONTOPSYCHIATRIE

*Rainer Kortus
Klinikum Schloss Winnenden, Zentrum für Psychiatrie und
Neurologie, Winnenden*

Im Klinikum Schloss Winnenden (Zentrum für Psychiatrie und Neurologie, Winnenden) wird seit 8 Jahren zur Verminderung von Aggressionen, Eskalation und Verletzungen von Personal und Patienten das patentierte Präventionskonzept ProDeMa® angewendet. Fünf leitende Pflegedienstmitarbeiter aus dem Bereich der Pflegedienstleitung und der Stationsleitung ließen sich zu

Trainern dieses Präventionskonzeptes ausbilden und schulten dann in regelmäßigen Einführungs- und Aufbaukursen über jeweils drei Tage die Mitarbeiter in Gruppen von 15 – 20 Mitarbeitern. Ein großer Teil der Ausgebildeten kam aus der Pflege, die ja am direktesten und unmittelbarsten den Gewalt- und Gefahrensituationen ausgesetzt ist. Darüber hinaus ließen sich Ärzte und Ärztinnen schulen, aber auch Mitarbeiter aus den verschiedenen Bereichen der Spezialtherapien. Mit regelmäßigen jährlichen Wiederholungskursen und monatlichen Updates ist gesichert, dass über die Hälfte der behandelnden und pflegenden Mitarbeiter ein ProDeMa-Training durchlaufen hat.

Das Konzept hat folgende Schwerpunkte (siehe auch Präsentation im Internet):

- Verhinderung (Verminderung) der Entstehung von aggressiven Verhaltensweisen von Patienten, Bewohnern und Klienten;
- Verhinderung von Eskalation durch professionelle Grundhaltungen im Umgang mit Aggressionen und durch spezialisierte verbale Deeskalationstechniken;
- Verhinderung von Verletzungen von Personal und Patienten bei An- oder Übergriffen durch verletzungsfreie Abwehr- und Fluchttechniken sowie verletzungsfreie Immobilisations- und Fixierungstechniken.

Die Schulung und die Anwendung dieser Arbeitsweise hat in unserem Hause dazu geführt, dass für die betroffenen Mitarbeiter wesentlich mehr Sicherheit herrscht und konflikthafte Situationen zunehmend von den deeskalierenden Mitarbeitern entschärft werden können und durch Nachbesprechungen die Ergebnisse gefestigt werden.

Das Konzept sieht sieben Deeskalationsstufen vor, die in den Kursen gelehrt werden:

- Deeskalationsstufe I bearbeitet die Entstehung der Verhinderung von Gewalt und Aggression durch Erkennen und Verändern aggressionsauslösender Umgebungsbedingungen und Reize wie hierarchische Umgangsformen, rigide Stationsregeln, nicht Ernstnehmen von Bedürfnissen etc. (»institutionelle Gewalt«);
- Deeskalationsstufe II widmet sich der Veränderung der Bewertungsprozesse aggressiver Verhaltensweisen, indem Wahrnehmungsarten und Bewertungssysteme der Betreuer dargestellt und reflektiert werden und die eigenen Umgangsmöglichkeiten mit heftigen Emotionen erarbeitet werden;
- Deeskalationsstufe III bearbeitet das Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen: Verschiedene Auslöser und Motive für aggressives Verhalten werden dargestellt und die damit zusammenhängenden Bedürfnisse und Gefühle erarbeitet, über die wir Kontakt aufnehmen mit dem erregten Patienten, ihn verstehen und ihm helfen können, um eine weitere Eskalation zu verhindern;
- Deeskalationsstufe IV erarbeitet kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten/Betreuten (Sekundärprävention): Es werden Kommunikation und Gesprächsführung mit hochgespannten Patienten trainiert, um akute Krisensituationen verbal zu deeskalieren, indem wir mit einem klärenden, entlastenden und lösungsorientierten Gespräch die innere Not des Patienten annehmen;
- Deeskalationsstufe V: Patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken. Bei diesem Baustein werden Techniken und Griffe zur körperschonenden und verletzungsfreien Abwehr gelehrt, um brachialer Aggression schonend zu begegnen und die Unfallrisiken zu reduzieren;

- Deeskalationsstufe VI: Patientenschonende Begleit-, Halte-, Immobilisations- und Fixierungstechniken: Hier werden Immobilisations- und Fixierungssituationen im Team geübt, die ggf. bei sehr verwirrten und kooperationsunfähigen Patienten angewendet werden müssen, möglichst ohne Verletzungen aller Beteiligten;
- Deeskalationsstufe VII beinhaltet die präventiven Möglichkeiten nach aggressiven Vorfällen (Tertiärprävention) und besteht in der Anleitung zur Nachbesprechung von aggressiven Vorfällen mit dem Patienten, Mitarbeitern oder im Team mit dem Ziel der Absprache für zukünftige Situationen und ggf. besserer Koordination. Auch die Berücksichtigung posttraumatischer Belastungssymptome gehört dazu.

Die Grundlagen des Deeskalationstrainings treffen zwar auch für die Alterspsychiatrie zu, jedoch sind die Deeskalationsstufen nur bedingt auf alterspsychiatrische Patienten anwendbar. Insbesondere beim Umgang mit den relativ häufigen Krankheitsbildern Demenzen und deliranter Störungen haben wir daher Wege gesucht, dieses Deeskalationskonzept für unsere alten Patienten zu adaptieren.

Eine sehr erfahrene Mitarbeiterin (Antje Schindler) aus der Alten- und Krankenpflege hat sich der Aufgabe gewidmet, ein Schulungsprogramm in Anlehnung an das ProDeMa®-Projekt, aber im Hinblick auf unsere typische Altersklientel zu entwickeln. Unter Zugrundelegung der Materialien des Instituts für professionelles Deeskalationsmanagement von Frau Ingeborg Thumer-Dierolf (Leitung Dipl.-Psych. Ralf Wesuls) hat sie die einzelnen Stufen aus Sicht der Alterspsychiatrie beschrieben, entsprechende Beispiele dargestellt und Lösungen erarbeitet und das Ganze in einem Curriculum gestaltet, welches seither zur Schulung unserer Mitarbeiter in der Alterspsychiatrie genutzt wird. Inzwischen wurde ein weiterer Trainer für diese Spezialisierung ausgebildet, weitere Ausbildungen sind geplant.

Das Wertvolle dieser inhaltlichen Anpassung liegt darin, dass typische Behandlungs- und Krisensituationen aus der Alterspsychiatrie und der Demenzarbeit beispielhaft herausgearbeitet und ebenso die daraus folgenden möglichen Gesprächs- und Handlungsempfehlungen dargestellt werden.

Ein wichtiger Gesichtspunkt bei dieser altersorientierten Spezifizierung findet sich in den »Kontaktreflexionen« von Garry Proudy, die hier ebenfalls dargestellt und eingearbeitet werden. Bei Menschen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, wie z. B. dementen Menschen, solchen mit geistigen Behinderungen oder chronischen Psychiatriepatienten, gilt es, den Kontakt auf andere Art herzustellen. Vier Kontaktreflexionen sollen helfen, den Kontakt zum Kranken zu ermöglichen:

- Situationsreflektion: das Ansprechen der Situationen;
- Gesichtsausdrucksreflektion: das Ansprechen des Gesichtsausdrucks;
- Körperhaltungsreflektion: Ansprechen/Wiedergabe der Körperhaltung;
- Wortwiederholungsreflektion: Wort-für-Wort-Wiederholungen.

Unter Berücksichtigung der Wahrnehmung bei diesen Kontaktreflexionen erhalten wir ggf. einen leichteren Zugang zur Erlebnisweise des Patienten, können dann besser auf ihn eingehen und ihn in die Situation bringen, zu seiner Umwelt oder zu sich selber in Kontakt zu kommen. Auf diesem Weg lassen sich ebenfalls kritische Situationen bewältigen und lässt sich mehr Sicherheit herstellen.

Die Schulung und Anwendung dieses Konzepts ist ein Unterfangen, das nur über einen längeren Zeitraum von mehreren Jahren

mit regelmäßigen Schulungen, Auffrischungswiederholungen und sorgsamer Anwendung erfolgreich genutzt werden kann.

In unserer Klinik hat sich die Kommunikation bei krisenhaften Zuständen insbesondere auf den geschützten Stationen in der Alterspsychiatrie sehr bewährt, und gefährliche Zuspitzungen sind inzwischen sehr selten. Voraussetzungen dafür sind allerdings eine genügende Anzahl ausgebildeter Mitarbeiter auf der Station sowie die regelmäßige Bewusstmachung durch Auffrischungseinheiten, die wir im Rahmen unserer abteilungsbezogenen innerbetrieblichen Fortbildung stundenweise anbieten. Bei Interesse an diesem Programm nehmen Sie bitte Kontakt auf mit Antje Schindler über a.schindler@zfp-winnenden.de.

Ein weiterer Mitarbeiter (Michael Brendler, Altenpfleger, Station A3), der sich aktuell zum ProDeMa®-Trainer für Gerontopsychiatrie ausbilden lässt, hat einen Leitfaden zur Hilfe und Unterstützung für Mitarbeiter nach traumatisierenden Ereignissen entwickelt. Kontaktaufnahme möglich unter m.brendler@zfp-winnenden.de.

BEDARFE IM ALTER – HERAUSFORDERUNGEN FÜR KOMMUNE UND ALTENPFLEGEAUSBILDUNG

GEMEINSAM IMPULSE GEBEN: VOR ORT VERNETZEN

Ursula Kriesten

Akademie Gesundheitswirtschaft und Senioren Oberbergischer Kreis, Gummersbach

Zielsetzung/Fragestellung: Weiterentwicklung und Vernetzung der Altenpflegeausbildung zur Gestaltung und Umsetzung einer kommunalen Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen.

Frage: Welchen Beitrag kann eine zukunftsfähige, weiterentwickelte Altenpflegeausbildung leisten, um die regionalen altersdemographischen Herausforderungen sozialräumlich und lebenspraktisch zu bewältigen?

Ergebnisse:

- Alterspflegebedürftigkeit erfordert kommunale und regionale Infrastruktur;
- Altenpflegeausbildung richtet sich sozialräumlich aus;
- Altenpflege ermöglicht Leben und Sterben, wo ich hingehöre;
- Altenpflege entwickelt sich zur gerontologischen Pflege;
- Altenpflege, Soziale Verwaltung und Wirtschaftsförderungen vernetzen sich zur Schaffung von zukunftsfähigen Infrastrukturen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Altenpflege und Altenpflegeausbildung bereitet sich auf den größten Hilfebedarf aller Zeiten vor, indem sie sich u. a. sozialräumlich orientiert und in interdisziplinären Teams vernetzt.

VERSORGUNGSGESTALTUNG DURCH SOZIALE ARBEIT (VERSA)

Conny Kuhne, Susanne Schäfer-Walkmann, Birgit Hein, Dorothee-Tamara Deterding

Institut für angewandte Sozialwissenschaften an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart, Fakultät Sozialwesen, Stuttgart

Das kooperative Forschungsvorhaben, Versorgungsgestaltung durch Soziale Arbeit – VerSA – geht der Frage nach, wie innerhalb der Rahmenbedingungen des Sozialdienstes der AOK-Baden-Württemberg eine Unterstützungsleistung in der Versorgungsgestaltung der von Schlaganfall betroffenen geriatrischen Personen und ihren Angehörigen in der Häuslichkeit konzipiert sein muss. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Kernkompetenzen Sozialer Arbeit grundlegend sind, um eine Versorgungsleistung auszugestalten, die

1. an der Lebenswelt und dem Alltag der betroffenen Menschen ansetzt und
2. die Ressourcen innerhalb der Lebenswelt der Betroffenen erkennt und nutzt, ohne die Möglichkeiten und Potentiale eines »gelingenderen Alltags« und (Wiederherstellung des) Subjektstatus aus dem Blick zu verlieren.

Ziel dabei ist es, eine stabile Gesamtversorgungssituation zu schaffen, die Teilhabe ermöglicht und einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit sichert.

Wenngleich somatisch ausgerichtet, spielen im häuslichen Setting bei der Zielgruppe gerontopsychiatrische Erkrankungen eine zunehmende Rolle und verändern die häusliche Versorgungssituation maßgeblich.

Innerhalb des kooperativen Forschungsprojektes lassen sich folgende erkenntnisleitende Fragestellungen festhalten:

- A. Wie kann und soll eine Versorgungsgestaltung durch den Sozialdienst einer Krankenkasse aufgebaut und ausgestaltet werden; welche (strukturellen wie auch personalen) Rahmenbedingungen sind hierfür notwendig, wo liegen Chancen und Risiken innerhalb des spezifischen Systems Krankenkasse?
- B. Wie gestaltet sich eine häusliche stabile Gesamtversorgung bei von Schlaganfall betroffenen geriatrischen Personen und ihren Angehörigen, die einen (längerfristigen) Verbleib in der Lebenswelt der Betroffenen auch nach Schlaganfall sichert?

Zur Beantwortung dieser Fragen wird ein Methodenset entwickelt, in dem qualitative und quantitative Erhebungsverfahren zum Tragen kommen und die unterschiedlichen Perspektiven sowohl der Adressatinnen als auch der Professionellen deutlich werden lässt. Anhand der daraus gewonnen Ergebnisse lassen sich Handlungsempfehlungen für eine Implementierung und Verortung Sozialer Arbeit und einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgungsleistung durch den Sozialdienst der AOK-Baden-Württemberg und damit innerhalb des Sektors der Gesundheitswissenschaften ableiten.

WAS BEDEUTET WISSENSTRANSFER FÜR DEMENZNETZWERKE IN DEUTSCHLAND?

Franziska Laporte Uribe¹, Steffen, Heinrich¹, Christine Riesner¹, Ramona Birnbach², Bernhard Holle¹

¹Arbeitsgruppe Implementierungs- und Disseminationsforschung, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten

²Universität Vechta

Zielsetzung/Fragestellung: Die Vermittlung und Weitergabe von evidenzbasiertem und handlungsrelevantem Wissen stellt für die Arbeit von Demenznetzwerken ein wichtiges Qualitätskriterium dar. Die Frage danach, wie dies in der praktischen Umsetzung gelingt und organisiert wird, stellt einen thematischen Schwerpunkt des Projektes DemNet-D dar. Der Beitrag beleuchtet, wie der Themenkomplex »Wissenstransfer« für die geplante wissenschaftliche Untersuchung operationalisiert und im Rahmen der qualitativen Datenanalyse analysiert wurde. Der Beitrag liefert somit eine theoretische Verortung dieses Themenfeldes als Aufgabe von Dienstleistern im Gesundheitswesen.

Materialien/Methoden: Für die geplante Datenerhebung wurde das Konzept »Wissenstransfer« im Hinblick auf seine Bedeutung und Umsetzung in Demenznetzwerken operationalisiert. Die auf Grundlage dieser Operationalisierung durchgeführte qualitative Befragung berücksichtigte Themenfelder, die literaturbasiert entwickelt wurden. Im September 2012 wurden die Leiter von

13 deutschen Demenznetzwerken in strukturierten leitfadengestützten Interviews zum Thema Wissenstransfer befragt. In einem zweiten Schritt wurden im Frühjahr 2013 Gruppeninterviews mit bis zu 5 weiteren Schlüsselpersonen aus jedem der Netzwerke geführt.

Ergebnisse: Die theoretisch fundierte Operationalisierung des Bereiches »Wissenstransfer« stellte inhaltlich einen Rahmen für die qualitative Datenerhebung dar. Methodisch konnte hierdurch in den Interviews der Fokus auf die Umsetzung der Wissensweitergabe in den Demenznetzwerken gelegt werden. Auf Grundlage der sich anschließenden Analyse wird es möglich, Maßnahmen zu beschreiben, die der Dissemination und Implementierung von Wissen in den beteiligten Demenznetzwerken dienen. Darüber hinaus können Vergleiche zwischen den Netzwerken Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen Netzwerkstrukturen und Wissenstransfer geben.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Aus den zu erwartenden Ergebnissen werden sich Empfehlungen ableiten lassen, wie die Translation von evidenzbasiertem und handlungsrelevantem Wissen im Themenfeld Demenz innerhalb von Netzwerken gewährleistet werden kann.

1-JAHRES-VERLAUFSDATEN VON DEMENZPATIENTEN MIT UND OHNE DEPRESSIVE BEGLEITSYMPТОМАТИК

Hartmut Lehfeld¹, Zhongyin Liu², Frieder R. Lang³, Günter Niklewski²

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Gedächtnissprechstunde

²Klinikum Nürnberg

³Institut für Psychogerontologie, Nürnberg

Zielsetzung/Fragestellung: Im Rahmen einer Masterarbeit im Studiengang Gerontologie wurde zum einen der Frage nachgegangen, wie sich das Vorliegen einer depressiven Begleitsymptomatik auf den Verlauf einer Demenz innerhalb eines Jahres auswirkt. Zum anderen wurden über diesen Zeitraum Veränderungen der depressiven Symptomatik bei antidepressiv behandelten und unbehandelten Demenzpatienten erfasst.

Materialien/Methoden: 90 Demenzpatienten der Gedächtnissprechstunde des Klinikums Nürnberg wurden in drei Gruppen zu je 30 Patienten aufgeteilt: (1) Demenz ohne depressive Begleitsymptomatik, (2) Demenz mit behandelter depressiver Begleitsymptomatik, (3) Demenz mit unbehandelter depressiver Begleitsymptomatik. Der Schweregrad der Demenz wurde mit SKT, CERAD und der Bayer-ADL-Skala beurteilt. Zur depressiven Begleitsymptomatik lagen Selbst- und Fremdbeurteilungen vor (GDS-K, NPI). Für alle Patienten waren 1-Jahres-Verlaufsdaten verfügbar.

Ergebnisse: Bei vergleichbarem Demenzschweregrad bei Erstuntersuchung (66% der Fälle leichte Demenz, 34% mittelschwere Demenz) war in keiner der drei Gruppen unter antidementiver Therapie ein signifikantes Nachlassen ($p < 0,01$) der kognitiven Leistungsfähigkeit innerhalb des Untersuchungszeitraums zu verzeichnen. Lediglich für Demenzpatienten mit unbehandelter depressiver Symptomatik wurde von den Angehörigen eine signifikante Abnahme der Alltagskompetenz mitgeteilt ($p < 0,000$). Die depressive Symptomatik stellte sich in der behandelten wie in der unbehandelten Gruppe nach einem Jahr eigen- wie fremdanamnestic als unverändert dar.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Patienten einer Gedächtnissprechstunde können unter antidementiver Behandlung über den Zeitraum eines Jahres kognitiv stabil gehalten werden. Dieses Ergebnis ist unabhängig vom Vorliegen einer depressiven

Begleitsymptomatik. Eine antidepressive medikamentöse Therapie führt in diesem Zeitraum zu keiner Veränderung der selbst- oder fremdbeurteilten depressiven Symptomatik.

DEMENTZPRÄVENTION – PROTEKTIVE EFFEKTE VON KÖRPERLICHER UND GEISTIGER AKTIVITÄT

Yvonne Lembach

Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit, Mannheim

Wird ein körperlich aktiver und geistig anregender Lebensstil im Alter tatsächlich belohnt?

Immer mehr Studien weisen darauf hin, dass durch körperliche Aktivität die Aufrechterhaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alter begünstigt und das Demenzrisiko reduziert werden kann. Prospektive Studien betonen hierbei den Stellenwert körperlicher Betätigung bereits im mittleren Lebensalter – allerdings ist die Aufnahme sportlicher Aktivität selbst im höheren Alter noch sinnvoll, wie einige kontrollierte Interventionsstudien zeigen.

Auch ein geistig aktives Leben scheint sich protektiv auf die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter auszuwirken. In diesem Kontext hat das Konzept der »kognitiven Reservekapazität« an Bedeutung gewonnen, das plausibel macht, warum es keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Grad der Hirnschädigung und der klinischen Symptomatik bei Demenz gibt – so sind Personen mit höherer Schulbildung, fordernden beruflichen Aufgaben und einem geistig aktiven Lebensstil gegen demenzielle Abbauprozesse eher geschützt bzw. können diese länger kompensieren. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass sich geistige Aktivität, insbesondere in Form eines gezielten kognitiven Trainings, auch im fortgeschrittenen Alter und bei Demenz noch lohnen kann.

Die Ergebnisse zu den Effekten körperlicher und geistiger Aktivität sind jedoch nicht immer einheitlich und werden meist durch methodische Probleme in ihrer Aussagekraft relativiert. Welche Empfehlungen lassen sich letztlich für die Demenzprävention ableiten?

AAL AUS SICHT DER DEMENZKRANKEN UND IHRER ANGEHÖRIGEN

Heike von Lützu-Hohlbein

Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Mit Blick auf die vorhandenen AAL-Produkte wird dargestellt, welche Möglichkeiten zur Unterstützung von Menschen mit Demenz heute existieren, aber auch welche Probleme es beim Einsatz gibt, welche Hemmschwellen für den Demenzkranken und seine Angehörigen zu überwinden sind und welche Unterstützung gebraucht wird.

Materialien/Methoden: Auf Grund der geringen Anzahl von Studien kann man meist nur auf Einzelerfahrungen zurückgreifen.

Ergebnisse: Der Einsatz von Technik muss angepasst an die persönliche Situation sein. Nicht jedes AAL-Produkt ist für Demenzkranke geeignet, die Benutzerschnittstelle spielt eine entscheidende Rolle. Beim Einsatz müssen das Stadium der Krankheit, die mögliche Unterstützung durch die Pflegenden und das Wohnumfeld berücksichtigt werden.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Jede Form von Technikeinsatz bei Demenz braucht am Ende der Prozesskette immer die menschliche Intervention. Das Ortungsgerät zum Beispiel hilft ,den Menschen mit Demenz zu finden, der Betreuer muss den Menschen in seiner Angst und Verlassenheit auffangen und ihn nach Hause begleiten. Die Beschäftigung mit dem demenzgerechten Computerspiel macht Freude, aber der Betreuer ist gefordert anzuregen und zu helfen und bei Überforderung einzugreifen. Ohne menschliche Zuwendung kann der Einsatz von

Technik nicht gelingen. Der Einsatz ist immer krankheits- und lebensphasen-abhängig zu betrachten. Die Nutzung von unterstützender Technik entscheidet, ob sie geeignet oder sinnvoll ist. Technik setzt Verständnis voraus, eine Eigenschaft, die mit den kognitiven Verlusten mit dem Fortschreiten der Demenz auch immer weniger wird. Wenn sie aber einfach in der Funktion und Bedienung angeboten wird, ist sinnvolle und unverkrampfte Nutzung eine Hilfe bei der Versorgung von Demenzkranken.

ALT WERDEN IM QUARTIER – EINE AUFGABE DER KOMMUNE?!

Bernd Meißner

Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie LWL Klinikum Gütersloh

In den letzten 15 Jahren entstand im Kreis Gütersloh ein dichtes Netz an ambulanten Hilfen, Tagespflegen und ambulanten Hausgemeinschaften, die es mittlerweile ermöglichen, ältere pflege- und betreuungsbedürftige Bürgerinnen und Bürger des Kreises in ihrem Quartier bis zum Tode zu versorgen. Sehr engagiert gestalten in den einzelnen Kommunen im Kreis die Bürger die Versorgungslandschaft mit für »ihre Alten«. In dem Vortrag wird diese Entwicklung vorgestellt und verdeutlicht, wie innovativ kommunale Verantwortung gelebt werden kann.

STABILISIERUNG VON ALLTAGSFERTIGKEITEN BEI DEMENZERKRANKUNGEN MITTELS HÄUSLICHER ERGOTHERAPIE: ERGODEM-STUDIE

Shirin Meyer¹, Luisa Jurjanz², Kira Marschner², Antje Gerner², Matthias Schützholtz², Thomas Reuster³, Thomas Kallert⁴, Thomas Becker⁵, Vjera Holthoff³

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinikum Dresden

²Uniklinik Dresden

³Städtisches Klinikum Görlitz

⁴Park-Krankenhaus Leipzig

⁵Uniklinik Ulm (Bezirkskrankenhaus Günzburg)

Zielsetzung/Fragestellung: Bei Demenzerkrankungen kommt es neben kognitiven Einbußen zu einem fortschreitenden Verlust der Selbstständigkeit im Alltag, was insbesondere auch für die Angehörigen eine Belastung darstellt. Neben der als Behandlungsstandard geltenden Pharmakotherapie mit Antidementia gewinnen nicht-pharmakologische Behandlungsmaßnahmen zunehmend an Bedeutung. Insbesondere ergotherapeutische Interventionen lassen in frühen und mittleren Krankheitsstadien positive Effekte hinsichtlich der Alltagskompetenz sowie Lebensqualität erkennen, allerdings liegen in Deutschland bislang keine ausreichend evidenter Empfehlungen vor.

Ziel/Methoden: Ziel der ERGODEM-Studie war die Evaluation einer klientenzentrierten häuslichen Ergotherapie bei leicht bis mittelgradig demenziell erkrankten Patienten und ihren Angehörigen. Es handelt sich um eine multizentrische (Dresden, Leipzig, Günzburg), randomisierte und kontrollierte Studie (RCT-Design). Insgesamt wurden 160 Patienten (Alter = 55 Jahre) in die Studie eingeschlossen und bei Indikation entsprechend der Leitlinien (DGN, DGPPN) pharmakotherapeutisch behandelt. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich zweimal wöchentlich ein individuelles, an den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten ausgerichtetes ergotherapeutisches Behandlungsprogramm über einen Zeitraum von 6 Wochen, welches im häuslichen Setting und unter Einbeziehung des pflegenden Angehörigen stattfand. Die Patienten wurden an vier Erhebungszeitpunkten untersucht (vor Randomisierung sowie 9, 19 und 31 Wochen danach). Neben der Bewältigung von Alltagsaufgaben als primärer Outcome-Variable interessierten die kognitive Leistungsfähigkeit, Aspekte der Lebenszufriedenheit,

das Belastungserleben seitens der pflegenden Angehörigen sowie die Behandlungskosten.

Ergebnisse: Während sich die Leistungen in der Kontrollgruppe im Studienverlauf kontinuierlich verschlechterten, konnten die Alltagsfertigkeiten der ergotherapeutisch behandelten Patienten bis zu drei Monate nach Ablauf der Ergotherapie stabil gehalten werden und waren auch nach 6 Monaten noch signifikant besser erhalten als in der Kontrollgruppe ($p < 0,0001$). Ein signifikanter Treatment-Effekt fand sich auch für die sekundären Outcome-Parameter NPI Verhaltensauffälligkeiten ($p = 0,0081$) und NPI Angehörigenbelastung ($p = 0,0138$).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Es konnte ein positiver Effekt der ergotherapeutischen Behandlung auf den Erkrankungsverlauf an einer Stichprobe von $N = 160$ Patienten nachgewiesen werden. Insgesamt legen unsere Ergebnisse nahe, die Ergotherapie im häuslichen Umfeld als nichtpharmakologische Therapie demenzieller Erkrankungen fest in die ärztliche Therapieplanung zu integrieren.

BETREUUNGSKONZEPT VON STERBENDEN – DER LIVERPOOL CARE PATHWAY (LCP)

Thomas Montag

Nationale Koordinierungsstelle des Liverpool Care Pathway

Deutschland am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln

Die Betreuung und Begleitung sterbender alter Menschen und ihrer Angehörigen gehört zunehmend zum Versorgungsauftrag in den Einrichtungen des Gesundheitswesens bzw. der stationären Altenhilfe. Nur ein geringer Anteil der Sterbenden wird auf Grund besonders komplexer und schwieriger Problemlagen von spezialisierten multiprofessionellen Teams betreut. Für Einrichtungen und Teams, deren primärer Betreuungsauftrag nicht die Palliativversorgung ist, stellt die Betreuung, Behandlung und Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen eine anspruchsvolle, komplexe und nicht selten auch schwierige Aufgabe dar. Aspekte, die dabei besonderer Beachtung bedürfen, sind die Kommunikation innerhalb des Betreuungsteams, zwischen den betreuenden Personen, den Patienten und Angehörigen sowie eine angemessene medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Begleitung. Hilfreich kann dabei ein möglichst strukturiertes Vorgehen sein, das für die zu erwartenden Aufgaben ein größtmögliches Maß an Sicherheit für alle Beteiligten gewährleistet. Wesentliche Ziele für die Betreuung in der Sterbephase sind die Beachtung und Umsetzung des Patientenwillens, die Berücksichtigung der Wünsche der Angehörigen sowie die Leidenslinderung. Zur Erreichung dieser Ziele steht der »Liverpool Care Pathway« als ein bewährtes Konzept zur Verfügung.

STAATLICHE SCHUTZPFLICHTEN GEGENÜBER PFLEGEBEDÜRFTIGEN MENSCHEN: ERFOLGSAUSSICHTEN EINER VERFASSUNGSBESCHWERDE

Susanne Moritz

Regensburg

Schon seit mehreren Jahren steht die Pflege – und insbesondere die Reformbedürftigkeit der Pflegeversicherung – in Deutschland in der öffentlichen Debatte. Angesichts der schon aktuell vorhandenen Probleme ist aufgrund der prognostizierten demographischen Entwicklung eine Verschärfung der Lage zu erwarten. Allen Verantwortlichen ist die Notwendigkeit einer nachhaltigen Reform der Pflegeversicherung bewusst. Die Regierungen der letzten Jahre konnten sich jeweils nur auf die Durchführung geringfügiger Reformen einigen, die eine grundlegende Neuausrichtung des Systems der Pflegeversicherung nicht zu bewirken vermochten. Eine nachhaltige

Reform scheint umso dringlicher, als in den Medien gehäuft von menschenunwürdigen und untragbaren Zuständen in den Pflegeheimen berichtet wird. Geschildert werden neben einer völlig unzureichenden pflegerischen Versorgung der Heimbewohner auch erhebliche Gewaltanwendungen gegenüber den Pflegebedürftigen.

Unter Berücksichtigung dieser Missstände führen die Untersuchung der Ursachen und eine anschließende Würdigung in verfassungsrechtlicher und verfassungsprozessrechtlicher Hinsicht zu folgenden Ergebnissen:

- I. Das Vorhandensein von mitunter gravierende Ausmaße annehmenden Missständen in einer Vielzahl von stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland ist empirisch belegbar. Die Lebensbedingungen vieler Menschen in den Pflegeheimen sind lebensunwert; der Pflegezustand sowie die Pflegequalität sind zu einem erheblichen Teil mangelhaft. Darüber hinaus lässt sich eine regelmäßige Anwendung von Gewalt gegenüber den Pflegebedürftigen nachweisen.
- II. Die Ursachen hierfür liegen in erster Linie in den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflege. Die Finanznot der Pflegekassen steuert in weitem Ausmaß unmittelbar und mittelbar Qualität und Umfang der Pflegeleistungen. Folge ist die geringe Vergütung der Pflegeheime, deren defizitäre Personalausstattung und schlechte Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal. Systematische Fehlanreize verschärfen die mangelhafte pflegerische und medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen zusätzlich. Die unzulängliche Kontrolle der Pflegeeinrichtungen stärkt die Aufrechterhaltung dieser Pflegepraxis. Die Behebung dieser systematischen Ursachen ist zuvörderst Sache des Gesetzgebers.
- III. Die belegbaren Missstände in den Pflegeheimen verletzen die Grundrechte der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen. Zwar erfolgt die Pflege der Menschen in den Pflegeeinrichtungen regelmäßig durch private Dritte; eine Zurechenbarkeit dieser Grundrechtsverletzungen an den Staat ergibt sich aber aus dessen Schutzpflichten, die ihm gegenüber den Pflegebedürftigen obliegen und die er durch seine Untätigkeit verletzt.
- IV. Sofern die Regierung weiterhin untätig bleibt, ist eine Verbesserung der Zustände in den Pflegeheimen nicht zu erwarten. Eine aussichtsreiche Möglichkeit, um der menschenunwürdigen Situation abzuwehren, stellt ein Vorgehen vor dem Bundesverfassungsgericht gegen gesetzgeberisches Unterlassen dar. Angesichts der hohen Wertigkeit der betroffenen Grundrechte und der bereits eingetretenen Verletzung derselben scheint ein Eingreifen des Bundesverfassungsgerichts auch unter funktionell-rechtlichen Aspekten legitim. Dabei erweist sich ein Vorgehen mittels Verfassungsbeschwerde als erfolgversprechend. In Anlehnung an die bisherige Schutzpflichten-Rechtsprechung und aufgrund einer Analyse inhaltlich vergleichbarer Urteile scheint eine Ausweitung der Schutzpflichtendogmatik auf den Fall der Pflegebedürftigen nicht unwahrscheinlich. Denkbare Entscheidungsinhalt ist die Verfassungswidrigerklärung gesetzgeberischen Unterlassens in Verbindung mit einem für den Gesetzgeber verpflichtenden, inhaltlich detaillierten Handlungsauftrag unter Anordnung von Übergangsrecht. Die Möglichkeit der Klageerhebung steht, unter Annahme einer generellen Beschwerdebefugnis, sowohl den aktuell betroffenen Heimbewohnern als auch allen potentiell künftig Betroffenen offen.

ANGEHÖRIGE VON MENSCHEN MIT DEMENZ: WO ENDET BERATUNG UND WO BEGINNT THERAPIE?

*Tomas Müller-Thomsen
Hamburg*

Zielsetzung/Fragestellung: Es soll der Frage nachgegangen werden, ob es möglich ist Kriterien zu entwickeln, die es Beratungsstellen erleichtern, Angehörige von Menschen/Personen mit Demenz (PWD) zu identifizieren, die psychotherapeutischer Behandlung bedürfen.

Materialien/Methoden: Es wurde eine Literaturrecherche bei Pub-Med mit den Schlagwörtern »psychotherapy« AND »family« OR »relatives« AND »dementia« OR »alzheimer disease« OR »alzheimer« AND »disease« OR »alzheimer disease« durchgeführt.

Ergebnisse: Die Recherche ergab 362 Treffer, 205 davon für den Zeitraum von 1998 bis 2013. Abgesehen von einer Einzelfallstudie, die sich mit den psychotherapeutisch begleiteten Entscheidungsprozessen eines Angehörigen in der Begleitung eines Menschen mit Demenz auseinandersetzt, waren die Zielvariablen in den Studien: Lebensqualität von Betroffenen und/oder Angehörigen sowie kognitive und Verhaltensvariablen bei den Betroffenen. Mit der Frage der Indikationsstellung setzte sich keine Studie auseinander.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Angehörige von PWD leiden häufig an psychiatrisch-psychotherapeutisch relevanten Störungen, finden aber selten in entsprechende Behandlung. Ob dies an krankheitsimmanenten Faktoren (sowohl des Angehörigen als auch der PWD) oder am Versorgungssystem liegt, soll diskutiert werden. Vor dem Hintergrund einer zuspitzenden Diskussion um Ausmaß und Indikation psychotherapeutischer Behandlungen bedarf es dringend weiterer Studien, die die Indikation zur Psychotherapie bei psychiatrisch erkrankten Angehörigen von PWD untersuchen.

EINE EINFACHE MÖGLICHKEIT ZUR ERFASSUNG DES SOMATISCHEN PFLEGEAUFWANDS IN DER GERONTOPSYCHIATRIE FÜR DAS NEUE ENTGELTSYSTEM IN PSYCHIATRISCHEN UND PSYCHOSOMATISCHEN EINRICHTUNGEN

*Rüdiger Noelle
Diakon, Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld*

Zielsetzung/Fragestellung: Ziel der vorzustellenden Untersuchung ist es, Informationen darüber zu erhalten, inwieweit vorhandene Routinedaten eine qualitative wie quantitative Darstellung der Selbstpflegefähigkeit im Rahmen von stationärer akut-gerontopsychiatrischer Krankenbehandlung erlauben.

Materialien/Methoden: Es wurden 1.429 Behandlungsverläufe aus drei stationären Behandlungsbereichen einer Gerontopsychiatrie (Depressions-, Demenz- und Psychosebehandlung) der Jahre 2006 – 2009 ausgewertet.

Ergebnisse: Dabei konnte gezeigt werden, dass der Langzeitpflegebedarf, der zu einem erheblichen Teil auch während der stationären Behandlung erhalten bleibt, seitens der Psychiatriepersonalverordnung geringer eingeschätzt wird als in der Pflegeversicherung. Die Diskrepanzen zwischen den zugestandenen Zeiten für die grundpflegerische Versorgung zwischen SGB XI und PsychPV ergeben beispielsweise im Bereich der Demenzkrankenbehandlung einen etwa 3,5-fach höheren Pflegeaufwand nach der Pflegeversicherung gegenüber der Psychiatriepersonalverordnung.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V. (BfLK) hat im Netzwerk-Entgelt einen Vorschlag auf Basis der dargestellten Ergebnisse bei der »Task Force Entgelt« der DGPPN erfolgreich eingebracht.

Die Ergebnisse wurden als Möglichkeit identifiziert, den somatischen Pflegeaufwand angemessen abzubilden. Da dieser häufig in der Gerontopsychiatrie anfällt und die Menschen mit hohem Pflegebedarf häufig schon eine Pflegestufe nach SGB XI haben, stehen hiermit schon attestierte Pflegeminuten zur Verfügung.

KÖNNEN ALZHEIMER-PATIENTINNEN LERNEN?

Alexander Nowak¹, Robby Schönfeld^{1,2}, Karoline Stingelet¹, Sara Lena Weinhold¹, Paul Christian Baier¹, Bernd Leplow², Robert Göder¹, Peter Häussermann^{1,3}

¹UKSH, Zentrum für Integrative Psychiatrie – ZIP gGmbH, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Kiel

²Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Psychologie, Halle (Saale)

³LVR-Klinik, Abteilung Gerontopsychiatrie, Köln

Fragestellung: Die gängigen neuropsychologischen Testbatterien rekurren zur Diagnose einer beginnenden Alzheimer-Krankheit (AD) im Wesentlichen auf die bestehenden Störungen der deklarativen Gedächtnisbildung. Eine differenzierte Betrachtung der Lernkapazitäten im Alter und bei der AD zeigt, dass es neuropsychologische Domänen gibt, in denen ältere Menschen und auch Alzheimer-Patienten ein Lernpotential aufweisen.

Methoden: In unserer Studie wurden Patienten mit leichter AD mit einer alters- und geschlechtsgematchten Kontrollgruppe kognitiv gesunder Probanden verglichen. Beide Gruppen wurden klinisch, neuropsychologisch und neuroradiologisch untersucht. Dabei wurde insbesondere die deklarative Gedächtnisleistung mittels mehrerer verbaler und nonverbaler Verfahren differenziert getestet.

Ergebnisse: Die Patienten im Frühstadium einer AD können eine Wortliste sowie Wortpaare in mehreren Durchgängen lernen. Dabei unterscheidet sich die Form der Lernkurve nicht wesentlich von der Form der Lernkurve älterer gesunder Probanden. Allerdings liegt die absolute Zahl der von Alzheimer-Patienten wiedererinnerten Wörter unter den Kontrollen. Im verzögerten Abruf profitieren die Alzheimer-Patienten von sogenannten »Cues«. Die Ortsgedächtnisleistung in einem virtuellen Morris Water Maze (VWM) zeigt bei den Alzheimer-Patienten erhebliche Defizite. Eine gut ausgeprägte kognitive Reservekapazität hilft jedoch, die Ortsgedächtnisleistung bei der AD längere Zeit zu erhalten.

Schlussfolgerung: Eine differenzierte Betrachtung der Lernpotentiale zeigt, dass bei leichter AD bestimmte Lernleistungen möglich sind. Eine gut ausgeprägte kognitive Reservekapazität ist hierbei ein protektiver Faktor und moderiert die Lernleistung. Diese Ergebnisse können helfen, den eher defizitorientierten Blick auf die Lernfähigkeit bei der AD zu verändern und stärker eine kompetenzorientierte Betrachtungsweise zu etablieren.

PSYCHOTHERAPIE ÄLTERER – AUF DEM WEG ZU NEUEN UFERN

Meinolf Peters

Psychologischer Psychotherapeut/Psychoanalytiker, Marburg

Die Psychotherapie Älterer wird in der ambulanten und stationären Versorgung immer bedeutsamer; so zeigen neuere Erhebungen einen Anstieg der Behandlungszahlen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umso wichtiger wird es, auch die wissenschaftlichen Grundlagen weiterzuentwickeln.

In dem Vortrag wird es weniger um eine Einführung in die Psychotherapie des Alters als vielmehr darum gehen, neuere Entwicklungen darzustellen, die das eigenständige – und zwar schulenunabhängige – Profil der Psychotherapie Älterer deutlicher erkennen lassen.

Zum einen werden neuere theoretische Entwicklungen in der Gerontopsychologie vorgestellt, zum anderen Ergebnisse einer Studie, in der Psychotherapeuten nach ihren Erfahrungen in der Behandlung Älterer befragt wurden. Dabei wird eine veränderte Einstellung von Psychotherapeuten zu älteren Patienten deutlich, aber auch Modifikationen im therapeutischen Stil sowie thematische Schwerpunkte, die in der Behandlung Älterer in den Vordergrund rücken.

Die Ergebnisse tragen zu einer besseren wissenschaftlichen Einbindung der Psychotherapie Älterer bei, lassen aber auch nach wie vor bestehende Defizite und die Notwendigkeit weiterer Entwicklungen erkennen.

PERSPEKTIVEN DER ERGOTHERAPIE IN DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG

Andreas Pfeiffer

Deutscher Verband der Ergotherapeuten, Düsseldorf

In den vergangenen Jahren profitiert die deutsche Ergotherapie durch ihre zunehmende Akademisierung. Ergotherapeuten erhalten so verstärkt Zugang zu internationalem Wissen und evidenzbasierten Therapieprogrammen. Dies eröffnet auch für die Ergotherapie in der Gerontopsychiatrie im deutschsprachigen Raum viele neue Möglichkeiten, die mit Hilfe von Ansätzen der Versorgungsforschung weiter gestärkt und ausgebaut werden müssen.

Im Vortrag werden diese Perspektiven anhand folgender Fragen beleuchtet:

- Welche Ziele und Inhalte kann Ergotherapie in der Gerontopsychiatrie haben?
- Welche Entwicklungen sind bereits erkennbar? Welche Versorgungsangebote bietet sie Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen und ihren Alltagsbegleitern?
- Welche Rahmenbedingungen sind für eine angemessene Versorgung erforderlich?

DYADEM – PAARINTERVENTION BEI DEMENZ

Michael Rapp¹, Andreas Häussler², Kerstin Krause-Köhler², Anna Iffelburg², Mechthild Niemann-Mirmehdi², Johanna Nordheim²

¹Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, ASKLEPIOS Fachkliniken Brandenburg GmbH

²Charité Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Die Studie untersucht ein Trainings- und Beratungsprogramm für Menschen mit beginnender bis mittelschwerer Demenz und ihre Partner. Das Angebot erfolgt im häuslichen Rahmen und beinhaltet paartherapeutische und sozialtherapeutische Aspekte, mit dem Schwerpunkt der beiderseitigen Ressourcenstärkung und des Autonomieerhalts angesichts der Demenzerkrankung.

Materialien/Methoden: In der ersten Projektphase wurde ein Interventionsmanual im Umfang von 9 Sitzungen, durchzuführen über 10 bis 12 Wochen, erstellt. Eine ausführliche Krankheitsaufklärung sowie das Trainieren eines demenzgerechten Kommunikationsstils, der Aufbau von Aktivitäten, eine Stärkung des sozialen Netzwerks, eine Einführung in Problemlösestrategien, die Förderung der Alltagskompetenz sowie das Trainieren von Stressbewältigungsstrategien sind hier als inhaltliche Schwerpunkte zu nennen. Die etwa zweistündigen Sitzungstermine vor Ort enthalten dabei einerseits (psycho-)edukative Elemente, andererseits aber auch praktische Übungen (z.B. Rollenspiele, Entspannungsverfahren) und alltagspraktische Hilfen im Wohnumfeld des Paares, während die beiden etwa halbstündigen Telefon-Termine der Festigung der Inhalte dienen.

Ergebnisse: Ein Prätest sowie erste Erfahrungen mit der Intervention zeigen, dass das Trainings- und Beratungsprogramm positiv angenommen wird. Es werden das Interventionsmanual sowie Daten zur Ausgangssituation (Baseline-Assessment) innerhalb der Stichprobe vorgestellt.

Erste Ergebnisse deuten auf eine Zunahme der Lebensqualität bei Angehörigen und Patienten hin ($p < 0,05$).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Frühe Paarinterventionen bei Demenzkranken sind als komplexe psychosoziale Intervention wahrscheinlich zumindest hinsichtlich einer Verbesserung der Lebensqualität effektiv.

UMGANG MIT DELIR IN DER UNFALLCHIRURGIE

Sarwiga Riem

Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Zentrum für Alters-traumatologie DIN EN ISO 9001:2008, Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe

Unfallchirurgen nehmen den Umgang mit verwirrten Patienten als Problem wahr, wie eine kleine qualitative Befragung zeigte. In der Alterstraumatologie ist als Tracer-Diagnose die hüftgelenksnahe Femurfraktur anerkannt. Nach stattgehabter Fraktur ist das Delir im Alter sehr häufig, wobei eine Abgrenzung in der Notaufnahme und in der perioperativen Phase sich schwierig gestaltet, da eine der Erkrankungen Delir, Depression und Demenz oder Mischformen in bis zu 59 % nach koxalen Frakturen auftreten. Die Prävalenz der Diagnose Demenz zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme wird mit 27,9 % angegeben. Mit 29 % zeigte dies auch eine multizentrische Machbarkeitsstudie der AG Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie an 228 Patienten ab 70 Jahren (mittleres Alter 84,0 Jahre). Allerdings wiesen nur 24 % keine kognitive Einschränkung auf (MMSE 27–30), nur in 57 % war sicher keine Depression vorhanden (GDS 0–4). Innerhalb der ersten postoperativen Tage wurde der CAM in 213 Fällen ausgefüllt und erscheint damit praktikabel. Ein postoperatives Delir wurde explizit in 29 % dokumentiert. Interdisziplinäre Interventionsprogramme sollen signifikant die Häufigkeit, die Schwere und die Dauer des perioperativen Delirs nach koxaler Femurfraktur senken, insbesondere bei Patienten ohne prätraumatische Beeinträchtigung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und ohne vorbestehende Demenz. Zur Vermeidung und Behandlung des folgensweren Delirs wurde ein Musterstandard zur Delirprävention und -therapie von der interdisziplinären AG Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie bzw. Unfallchirurgie entwickelt und wird zunehmend in Zentren für Alterstraumatologie umgesetzt.

DER ERZÄHLSALON – EINE VERANSTALTUNGSFORM FÜR DIE GRUNDBEDÜRFNISSE DES ALTERS: ERZÄHLEN UND ERINNERN

Katrin Rohnstock

Rohnstock Biografien, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: »Das täglich Brot des Alters ist das Erinnern«, heißt es. Diesem Grundbedürfnis wird in den Strukturen des Alterslebens kaum Raum und Aufmerksamkeit zugestanden. Doch wer sich erinnert, lebt zweimal, fühlt sich lebendig und glücklich – unabhängig davon, ob dem Erinnerten positive oder belastende Erlebnisse zugrunde liegen. Wer die Möglichkeit hat, seine Erinnerungen mitzuteilen – wer Aufmerksamkeit durch einen Zuhörer erfährt –, kann belastende, schwerwiegende Erlebnisse auf Dauer sogar verarbeiten. Auch Hochbetagte und Demente können sich erinnern und erzählen. Jede archaische Kultur kennt Rituale, die Alten durch Zuhören in die Gemeinschaft zu integrieren, ihnen dadurch Wertschätzung entgegenzubringen und zugleich von

ihren Erfahrungen zu profitieren. Um die in unserer Gesellschaft fehlenden Rituale zu ersetzen, hat Rohnstock Biografien den Erzählalon entwickelt – eine mit wenig Aufwand verbundene Veranstaltungsform, die Menschen einlädt, beieinander zu sitzen und sich gegenseitig ihre Geschichten zu erzählen. Erzählalons finden in Nachbarschaftszentren, Seniorenresidenzen, Alten- und Pflegeheimen und auf der geriatrischen Station des Krankenhauses Berlin-Prenzlauer Berg statt, moderiert von ausgebildeten Salonnières. Für eine bundesweite Pflegeheim-Kette wurden Pfleger zu Salonnières ausgebildet. Durch die Erzählalons lernen Menschen einander kennen. So fungiert die Veranstaltungsform auch als Mittel gegen Vereinsamung. Denn: Wer seine Geschichte erzählt, erobert die Herzen der Zuhörer.

Materialien/Methoden: Bis zu zwölf Menschen sitzen beieinander und werden von der Salonnière eingeladen, ihre Erinnerungen zu einem Thema zu erzählen. Die Themenfindung beruht auf den Erfahrungen, die Rohnstock Biografien beim lebensgeschichtlichen Erzählen zum Schreiben von Autobiographien gemacht hat. Die Firma schreibt professionell – im Auftrag anderer – Autobiographien. Bisher hat sie mehr als 250 Lebensgeschichten aufgeschrieben und in Bücher gebracht. Beliebte Themen sind: »Wie ich mein erstes Geld verdiente«; »Meine ersten eigenen vier Wände«; »Mein erster Kuss«; »Mein schönster Frühling«; »Mein schwerster Winter« ...

Die Salonnière fragt, wer beginnen möchte. Reihum erzählen die Teilnehmer ihre Geschichten. Dabei entscheidet jeder selbst, wann er bereit ist, seinen eigenen Beitrag zu leisten. Erfahrungsgemäß taut während des Erzählalons auch der Verschlossenste auf. Falls ein Erzähler den roten Faden verliert oder keinen Schluss findet, hilft ihm die Salonnière weiter, um die Geduld der anderen nicht unnötig zu strapazieren. Eine Geschichte sollte nicht länger als fünf bis zehn Minuten dauern. Sonst verlieren die Zuhörer die Aufmerksamkeit und es entsteht Unruhe und Unmut. Aus diesem Grund sollte ein Erzählalon nicht länger als zwei Stunden dauern. Der Erzählalon hat sich in unterschiedlichsten Konstellationen bewährt. Er kann ebenso gut mit Angehörigen, Kindern und Enkeln durchgeführt werden.

Ergebnisse: Die Teilnehmer des Erzählalons verlassen den Salon meist angeregt und zufrieden, oft sogar glücklich. Nicht nur, weil sie endlich einmal erzählen konnten, sondern weil ihnen jemand zuhörte. Sie sind dankbar dafür, dass sich jemand für ihre Geschichte interessiert. Sie empfinden das Zuhören als Achtung vor ihrem Leben. Geachtet zu werden und Anerkennung zu erfahren, macht sie froh. Gerade auch Demente und Depressive.

Da die heute Hochbetagten und Dementen oft der Kriegs- bzw. der Kriegskindergeneration entstammen, werden die Themen oft zum Anlass genommen, um traumatisierende Erlebnisse loszuwerden. Denn gerade bei diesen Generationen steckt der Krieg tief in den Knochen und es gibt ein großes Bedürfnis, darüber zu erzählen, um sich von der Last des Leidens zu befreien.

Das Erzählen regt ihren Geist und ihre Gefühle an: Sie durchleben noch einmal, was ihnen vor langer Zeit geschehen ist. Das oftmals diffus Erinnerte zu verbalisieren, ist eine große psychische Leistung und zugleich ein ausgezeichnetes Gedächtnistraining – weit wirkungsvoller als alle Zahlenspiele, die keine Verbindung zu den eigenen Emotionen herzustellen imstande sind. Oftmals ist bei Dementen durch die Animation zum Erzählen eine spürbare Stimmungsaufhellung zu beobachten. Auch auf den Stations- oder Heimalltag wirkt sich der Erzählalon positiv aus, weil die Patienten ausgeglichener, ja oft sogar fröhlich sind. Und den am Erzählalon beteiligten Pflegekräften wird auf diese Art und Weise die Angst vor den Emotionen alter Menschen genommen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Der Erzählalon ist eine effiziente Veranstaltungsform, um zwei elementare Bedürfnisse alter Menschen zu befriedigen: Erinnern und Erzählen. Finden sie regelmäßig statt, sind die Alten ausgeglichen und glücklich – was in den meisten Fällen zugleich zur Verbesserung ihres physischen Zustands führt. Erinnerungen zu erzählen ist das beste Gedächtnistraining, das es gibt. Regelmäßig durchgeführte Erzählalons sind deshalb eine zuverlässige Gewähr, die Lebensqualität alter und dementer Menschen anzuheben und das Klima zwischen Personal und Betreuten deutlich zu verbessern.

DEMNET-D – MULTIZENTRISCHE, INTERDISZIPLINÄRE EVALUATIONSTUDIE VON DEMENZNETZWERKEN IN DEUTSCHLAND

Susanne Schäfer-Walkmann¹, Karin Wolf-Ostermann², Johannes Gräse², Wolfgang Hoffmann³, Bernhard Holle³, Jochen René Thyrian³

¹Duale Hochschule Baden-Württemberg, Stuttgart, Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) an der DHBW Stuttgart, Fakultät Sozialwesen

²Alice Salomon Hochschule Berlin, Germany

³Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Rostock/Greifswald, Germany

Die Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen mit Demenz erfolgt in Deutschland vorwiegend in der eigenen Häuslichkeit bzw. der Familie. Das ambulante Versorgungssystem ist allerdings auf die unterschiedlichsten Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen nur unzureichend eingestellt. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels werden deshalb zunehmend neue Modelle der Versorgung interessant, wie z. B. regionale Netzwerke, in denen verschiedene Berufsgruppen und Institutionen zusammenarbeiten, um Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu helfen (Demenznetzwerke).

Um die Erfolgsfaktoren regionaler Demenznetzwerke zu bestimmen und damit zur ihrer dauerhaften Einrichtung beizutragen, haben sich die Wissenschaftler aus Berlin, Rostock/Greifswald, Stuttgart und Witten zu dem Forschungsverbund »DemNet-D: multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland« zusammengeschlossen. Gemeinsam führen sie die gleichnamige Studie mit 13 regionalen Netzwerken durch, die sich sowohl geographisch (Stadt/Land, Nord/West/Ost) als auch von der Struktur her (Versorgung, Verbund) unterscheiden. Das Hauptziel der Studie ist die multidimensionale, multidisziplinäre Evaluation regionaler Demenznetzwerke zur Bestimmung von Determinanten erfolgreicher Netzwerke unter angemessener Beachtung unterschiedlicher Rahmenbedingungen und unterschiedlicher Formen der Kooperation. Das DemNet-D-Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden (a) die von den Netzwerken betreuten Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, (b) die Akteure in den Netzwerken und (c) die Netzwerkverantwortlichen schriftlich und mündlich befragt. Dies erfolgt in Kooperation mit den Netzwerken zwei Mal im Abstand von zwölf Monaten. Es ist geplant, pro Netzwerk je 55 Menschen mit Demenz und deren Angehörige für die Studie zu gewinnen und pro Netzwerk mind. sieben Akteure zu befragen.

Der Forschungsverbund möchte herausfinden, welche Netzwerkstrukturen unter welchen Bedingungen was bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen bewirken. Folgende Fragestellungen sind daher für die Studie leitend:

- Welche Angebote werden von den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen genutzt?
- Wie gestaltet sich das Leben mit Demenz bzw. mit einem an Demenz erkrankten Menschen und in welchen unterschiedlichen Lebensbereichen ist weitere Unterstützung notwendig?

- Wie wirken sich unterschiedliche Arten der Netzwerke auf die MmD und ihre Angehörigen aus?
- Wie und warum arbeiten die Demenznetze erfolgreich?

Dafür werden umfangreiche Informationen über z. B. die Lebensqualität, die Krankheit, Hilfen im Alltag, Stress, medizinische Versorgung, Belastung sowie soziale Isolation der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen erfragt. Ebenso werden die Organisationsstrukturen (z. B. Anzahl der Kooperationspartner, Vernetzungsgrad, Organisationsform, Weitergabe von spezifischem Wissen) und gesundheitsökonomische Aspekte (Kostenträger, Finanzierungsstruktur) in den Netzwerken untersucht. Aufgrund dieser Daten kann beschrieben werden, welche Maßnahmen von Demenznetzwerken bei den Betroffenen ankommen, wie sie diese bewerten und ob es Möglichkeiten gibt, diese Hilfen auszubauen bzw. effektiver zu gestalten.

Mit diesen Ergebnissen sollen evidenzbasierte, passgenaue und praxisrelevante Hilfestellungen zur Verbesserung von bestehenden bzw. zum Aufbau von neuen Demenznetzwerken geliefert werden. Diese Empfehlungen werden u. a. durch einen Expertenworkshop mit Entscheidungsträgern und Leistungserbringern, Diskussionen mit kooperierenden Demenznetzwerken und der Veröffentlichung eines Handbuchs im Sinne eines »Werkzeugkastens Demenz« der Öffentlichkeit und anderen interessierten Demenznetzwerken zugänglich gemacht.

STEUERUNG VON DEMENZNETZWERKEN: EINE SOZIALARBEITSWISSENSCHAFTLICHE KONZEPTION AUF DER GRUNDLAGE DES GOVERNANCE-ANSATZES

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

Der Evaluationsverbund »DemNet-D: multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland« befasst sich mit den Versorgungsergebnissen, der Versorgungssituation sowie der Kooperations- und Netzwerkstruktur von regionalen Netzwerken für Menschen mit Demenz. Im Fokus der multidimensionalen, multidisziplinären Evaluation steht dabei die Bestimmung von Determinanten erfolgreicher Netzwerke unter Beachtung heterogener Rahmenbedingungen und unterschiedlicher Formen der Kooperation. Mittels einer vergleichenden Evaluation etablierter Netzwerke sollen Erkenntnisse darüber generiert werden, welche Netzwerkstrukturen unter welchen Bedingungen zu welchen patienten- und angehörigenbezogenen Ergebnissen führen.

Regionale Demenzversorgung durch ein Netzwerk ist eine komplexe Aufgabe. Typisch für Netzwerkstrukturen sind daher vielfältige Verflechtungen und zahlreiche Interdependenzen. Eine systematische Zusammenarbeit in einem Demenznetzwerk impliziert weitreichende Überlegungen einer strategischen Ausrichtung nach innen und nach außen, um das eigene Bestehen dauerhaft abzusichern und handlungsfähig zu bleiben. Erfolgreiche Demenznetzwerke reagieren auf diese Anforderungen mit Prozessen der Hybridisierung bzw. mit der Ausbildung von organisationaler Governance. Das Stuttgarter Teilprojekt analysiert Netzwerkstrukturen und -prozesse und untersucht Fragen in Bezug auf Wirkung und Outcome innerhalb der Demenznetzwerke. Im Vergleich wird herausgearbeitet, welche Gemeinsamkeiten, aber auch welche Unterschiede in den Strukturen funktionierender Netzwerke (mit prinzipiell gleichem Versorgungsauftrag) bestehen. Fragen der Steuerung (Governance) werden auf der Grundlage qualitativer Datenanalysen beantwortet.

In diesem Zusammenhang sind folgende Fragestellungen erkenntnisleitend:

1. Wie lässt sich das kollektiv zu bewältigende sachliche Feld (Zielsetzung/Versorgungsauftrag) beschreiben?
2. Wie sind die Demenznetzwerke formal organisiert?
3. Wie gelingt es nach innen, hemmende Konkurrenzbeziehungen in förderliche Kooperationsbeziehungen umzuwandeln?
4. Wie gelingt es den Netzwerken nach außen, mit relevanten Stakeholdern im Interesse der Versorgungsziele zu interagieren?
5. Wie stellen die Netzwerkpartner zwischen sich (nach innen) und anderen (nach außen) kommunikative Verbindungen her?

Die Analyse von Governance erfolgreich operierender Demenznetzwerke ermöglicht es, tragfähige Modelle von Koordination, Kooperation und Vernetzung zu beschreiben, die zum Teil neue Organisationsformen und Steuerungsinstrumente in der Gesundheitsversorgung abbilden. Grundlage dieser Analyse sind verschiedene qualitative Erhebungsmethoden. Einen besonderen Schwerpunkt bilden hierbei die Gruppendiskussionen mit Vertretern aus verschiedenen, entlang des Governance-Ansatzes definierten Sektoren der Netzwerke

EHEALTH ALS MITTEL DER ANGEHÖRIGENUNTERSTÜTZUNG UND DES »MEDICAL DECISION SUPPORT« BEI DEMENZ: DAS EU-Projekt EHEALTHMONITOR

Sandra Schaller, Peter L. Kolominsky-Rabas
Interdisziplinäres Zentrum für Health Technology Assessment (HTA) und Public Health (IZPH) der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Zielsetzung/Fragestellung: Aufgrund der zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft ist eine steigende Prävalenz von Demenzerkrankungen zu verzeichnen. Mit zunehmender Krankheitschwere sind Demenzpatienten insbesondere auf Unterstützung im familiären bzw. professionellen Umfeld angewiesen. Die Einbeziehung von pflegenden Angehörigen sowohl für die unmittelbare Alltagsversorgung als auch für rechtliche, finanzielle sowie medizinische Angelegenheiten (shared decision making) erhält zunehmende Bedeutung. Für die Erhaltung bzw. Steigerung der Lebensqualität von Patienten und Angehörigen spielen Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige deshalb eine essentielle Rolle.

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Internetzugangs sowie der hohen Verfügbarkeit von digitalen Informationen existiert ein hohes Potential für »eHealth«-Unterstützungsangebote. Während der Erfolg von eHealth-Maßnahmen und Telemedizin bei anderen Krankheitsbildern wie z.B. Schlaganfall und Herz-Kreislauf-erkrankungen bereits bestätigt wird, findet ihre Anwendung bei neurodegenerativen Erkrankungen wie Demenz heutzutage eine geringe Verbreitung. Aktuelle Studien weisen jedoch explizit auf die existierende Bedeutung des Internets als Informationsquelle von Angehörigen von Demenzpatienten hin.

Das Ziel des interdisziplinären EU-Projektes »eHealthMonitor« ist eine Individualisierung von eHealth-Angeboten, um spezifische Kompetenzen und Wissen zu steigern sowie am medizinischen Entscheidungsprozess aktiv mitzuwirken. Der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Patient/Angehörigem und Arzt wird dabei als »shared decision making« (SDM) bezeichnet. Zugleich sollen durch die Maßnahme Qualität und Akzeptanz von elektronischen Gesundheitsangeboten für Prävention, Unterstützung und Behandlung erhöht werden.

Materialien/Methoden: Im Rahmen des Projektes werden pflegenden Angehörigen durch ein sogenanntes »Personal eHealth Knowledge Space«-Internetportal krankheitsspezifische sowie

individuelle, situationspezifische Informationen zur Verfügung gestellt. Informationen können dabei Links auf Webseiten, PDFs, Videos aber auch regionale und lokale Netzwerke bzw. Anlaufstellen sein. Ziel ist ein Wissens- und Kompetenzzuwachs, insbesondere in der individuellen Situation des Nutzers. Neben dem Erhalten von Informationen spielt das aktive Berichten über Krankheitsverlauf (Symptome, Kognition, Nebeneffekte von Medikamenten) eine wichtige Rolle. In einem elektronischen »Tagebuch« werden die Aspekte notiert. Per E-Mail oder SMS können die Nutzer an den Eintrag erinnert werden. Insbesondere pflegenden Angehörigen kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. Die eingetragenen Informationen können vom zuständigen Arzt mit Zustimmung von Patient und Angehörigen eingesehen und analysiert werden. Über das Portal kann der Arzt Empfehlungen geben oder den Patienten ggf. einbestellen. Der Angehörige verfügt über essentielle Informationen und wird somit aktiv in den Prozess der medizinischen Entscheidungsfindung integriert.

Literatur

1. Vgl. Krüger-Brand (2013): Telemedizin: Bayern treibt Ausbau voran; Dtsch Arztebl 2013; 110 (12): A-541/B-483/C-483. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/135918/Telemedizin-Bayern-treibt-Ausbau-voran?src=search>.
2. Vgl. Gräbel et al. (2009): Das Internet als Informationsquelle für pflegende Angehörige eines Demenzpatienten, Psychiatrische Praxis 2009 (36): 115–118.
3. Hayden et al. (2012): The use of Internet technology for psychoeducation and support with dementia caregivers, Psychol Serv 2012, 9 (2): 215–218.
4. Chiu, Eysenbach (2011): Theorizing the health service usage behavior of family caregivers: a qualitative study of an internet-based intervention, Int J Med Inform. 2011 Nov;80(11):754–764.
5. Lenz et al. (2012): Entscheidungshilfen für Patienten. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109(22–23): 401–8; DOI: 10.3238/arztebl.2012.0401
6. Unter »Mockups« wird in diesem Zusammenhang eine Visualisierung der modellierten Prozesse auf Papier verstanden; welche dem Layout einer Webseite entspricht. Für jeden Prozessschritt wird hierfür eine Webversion (vorerst Papier) erstellt, welche anschließend von den technischen Partner in die Realität umgesetzt werden kann.

POSTOPERATIVES DELIRIUM BEI ÄLTEREN MENSCHEN: ERGEBNISSE EINER EMPIRISCHEN STUDIE

Ekkehard Schlauf, Torsten Kratz, Albert Diefenbacher, Björn Kruse

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Etablierung eines clinical pathway durch Liaisonpflege im Rahmen der Prävention und Behandlung älterer Patienten mit Delir auf chirurgischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus. Das Delir bei älteren Patienten im Allgemeinkrankenhaus ist ein Problem, das häufig in der täglichen klinischen Praxis auftritt. Wir wollten wissen, ob die Anwendung nichtpharmakologischer Interventionen durch qualifiziertes Pflegepersonal (Delirspezialisten) zu einer Verringerung der Inzidenz von postoperativen Delirien führt.

Materialien/Methoden: 2-Jahres-Studie (2011–2012) mit einer 1-Jahr-Nicht-Interventionsphase: »Prävalenz-Phase«, in der wir die Häufigkeit des Delirs auf zwei chirurgischen Stationen dokumentiert haben, gefolgt durch eine 1-Jahr-Interventionsphase auf einer der beiden chirurgischen Stationen. Die andere chirurgische Station war Kontrollstation.

Die Interventionen, die verwendet wurden, waren nichtpharmakologische, wie z.B. beschrieben im Hospital Elder Life Program [HELP].

Ergebnisse: Die Daten-Analyse zeigt eine Frequenz des Delirs auf beiden chirurgischen Stationen von 20% in der »Prävalenzphase«. Während der »Interventionsphase« blieb die Frequenz des

Delirs auf der Kontrollstation bei 20 %, während auf der Interventionsstation das Delir auf eine Frequenz von 5 % sank.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Unsere Daten zeigen, dass nichtpharmakologische Interventionen zu einer signifikanten Reduktion der Inzidenz des Delirs führen. Der Einsatz von Delirspezialisten und die Implementierung von clinical pathways auf einer chirurgischen Station senkt das postoperative/stationäre Delirrisiko.

Es werden mögliche Interventionen beispielhaft diskutiert, die sowohl präventiv als auch therapeutisch durchgeführt werden können. Der Erfolg dieser intervenierenden Studie wurde durch das chirurgische Pflegepersonal erkannt. D.h. auch nach der Studie erfolgte eine Umsetzung einiger Strategien durch das Pflegepersonal der Interventionsstation.

Die Ergebnisse der Studie führten zu einer entsprechenden Nachfrage, so dass ein ähnliches Programm/Vorgehen entsprechend modifiziert auf den anderen somatischen Stationen des Krankenhauses implementiert wird.

PSYCHOEDUKATION AUF DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN DEPRESSIONSSTATION

Ulrich Schmid-Furstoss

Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel

Zielsetzung/Fragestellung: Patienten auf der Depressionsstation erleben sich häufig der Erkrankung hilflos ausgeliefert. Durch Psychoedukation haben sie die Möglichkeit, sich selbst und die Mitpatienten in den Erscheinungsformen der Erkrankung besser zu verstehen, und sie können lernen, welche medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Dadurch können sie eine aktive und verantwortungsvolle Rolle im Umgang mit ihrer Erkrankung einnehmen.

Materialien/Methoden: Die Psychoedukation über fünf Sitzungen zu den Themen: 1. Symptome, 2. Ursachen der Depression, 3. medikamentöse und 4. nichtmedikamentöse Behandlungsformen und 5. Schlaf werden in Auszügen vorgestellt.

Ergebnisse: Bericht über die Erfahrung mit der Gruppe in den letzten zwei Jahren.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Ich plädiere für Psychoedukation als festen Bestandteil der Therapie auf Depressionsstationen in der Gerontopsychiatrie und bin gespannt auf den kollegialen Austausch zu diesem Thema.

BEDÜRFNISSE VON MENSCHEN MIT SCHWERER DEMENZ AM LEBENSENDE

Holger Schmidt

Dipl. Gesundheitsökonom, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln

Über die Bedürfnisse von schwer Demenzkranken, insbesondere in ihrer letzten Lebensphase, und über ihre palliative Versorgung in der Bundesrepublik ist bisher wenig bekannt und wissenschaftlich erfasst. Zu dieser Fragestellung wird am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln ein Forschungsprojekt durchgeführt. Zielsetzung der durch das BMFSFJ geförderten qualitativ-explorativen Studie ist die Identifikation solcher Bedürfnisse durch die Analyse der letzten Lebensphase von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Die Forschungsergebnisse dienen als Grundlage für die Entwicklung eines Kriterienkataloges, der es in der Praxis ermöglichen soll, Interventionen und Behandlungsmaßnahmen bedürfnisgerecht auszurichten. Der Vortrag stellt das Projekt und die methodische Umsetzung vor und gibt einen Einblick in erste Forschungsergebnisse.

SELBSTVERANTWORTETE WOHNGEMEINSCHAFTEN – BÜRGERSCHAFTLICHE MODELLE

Monika Schneider

Agentur für Wohnkonzepte, Köln

In den vergangenen Jahren sind viele Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz entstanden. Die wenigsten sind dabei wirklich in die Trägerschaft der Mieter, vertreten durch ihre Angehörigen, übergegangen. Es fehlen verlässliche Rahmenbedingungen wie transparente Finanzierungsstrukturen, Beratungsstellen für Angehörige und Wohnungsunternehmen, die bei der Projektentwicklung und dem Abschluss der Verträge die Selbstverantwortung implementieren. Dabei erwächst gerade aus verantwortungsbereiten Angehörigen dieser Wohnform eine weitere Ressource. Eine wichtige Rolle bei der Förderung derartiger Wohnkonzepte spielen die Kommunen. Sie können die Rahmenbedingungen für selbstverantwortete Wohngemeinschaften legen. In dem Vortrag werden erfolgreiche Modelle und Erfahrungen von selbstverantworteten Wohngemeinschaften und deren Rahmenbedingungen dargestellt.

DIE ERFASSUNG UND BEHANDLUNG VON SCHMERZEN BEI DEMENZKRANKEN – WAS SOLLTEN WIR WISSEN? WAS KÖNNEN WIR TUN?

Matthias Schuler

Klinik für Geriatrie, Diakoniekrankenhaus Mannheim

Menschen auch mit fortgeschrittener Demenz können in erheblichem Umfang durch Schmerzen in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sein. Diese drei Probleme: Schmerz, Lebensqualität und Demenz sind erst im vergangenen Jahrzehnt stärker in den Fokus der wissenschaftlichen, aber auch der klinischen Aufmerksamkeit gerückt.

Wir haben inzwischen einige Werkzeuge, die uns helfen, Schmerzen wie auch Lebensqualität selbst bei nicht mehr verbal kommunikativen Menschen zu messen. Erste Erkenntnisse beschreiben den Zusammenhang zwischen Schmerz und Funktion in der erwähnten Gruppe. Selbst wenn Menschen nicht mehr über ihren Schmerz sprechen können, scheinen viele an Demenz Erkrankte auf Schmerzreize negativ zu reagieren, was man anhand von Verhalten/(Verhaltensveränderung) auch objektivieren kann. Auf dieser Basis sind auch einige Behandlungsstrategien geprüft, auf deren Grundlage wir heute Schmerztherapie durchführen können.

»URBANE RÄUME FÜR EIN GESUNDES ALTER« – STADTRÄUME FÜR MEHR LEBENSQUALITÄT FÜR SENIOREN UND MENSCHEN MIT DEMENZ

Sonia Teimann

»Alten- und demenzfreundliche Stadträume«, ARUS-Modellvorhaben der Universität Duisburg-Essen, Profilschwerpunkt »Urbane Systeme«, Institut für Stadtplanung und Städtebau, Essen

Zielsetzung/Fragestellung: Die zu überprüfende interdisziplinäre Hypothese lautet: Bauliche kompensatorische Architektur gilt als Intervention bei altersspezifischer Abnahme von Gedächtnisfunktionsleistungen. Das primäre Ziel ist es, mit Hilfe des Ansatzes von Sensotektur einen Kriterienkatalog mit Handlungsempfehlungen für die demenzfreundliche Raumplanung zu erstellen; für eine zukünftige Anwendung innerhalb der kommunalen Raumplanung, des Pflegeheimbaus und des Wohnquartiersmanagements für das Alter. Das sekundäre Ziel ist die Lebensqualitätssteigerung von Personen mit Demenz in

stationären und ambulanten Einrichtungen, innerhalb von Siedlungsstrukturen und im öffentlichen Raum.

Materialien/Methoden:

Durchführung: 60 Probanden mit klinisch diagnostizierter Demenz nehmen während einer Interventionsphase von 6 Monaten an einem milieuthérapeutischen Programm auf einem speziell entwickelten Außengelände teil.

Untersuchungsparameter: Neuropsychiatrische Fragebogentestungen: Allgemeine motivationale Konstitution und psychische Befindlichkeit in Bezug auf Mobilität und Aufenthaltsdauer im Freien.

Stadtplanerische Untersuchungen: Verhaltensbeobachtungen im Raum mittels Video-Monitoring und Abruf der Gedächtnisleistung in Bezug auf Aktivitätsmuster und -richtungen im Raum.

Ergebnisse: Projektzeitraum: 2011 bis 2013; Evaluierungszeitraum 3.–9. 2013.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Studienauswertung; steht noch aus. Zwischenstand:

- hohe Teilnahmebereitschaft der Probanden sowie Angehörigen;
- hohes Engagement der Mitarbeiter;
- effizientes Schnittstellenmanagement innerhalb der universitären und außeruniversitären Arbeits- und Studiengruppen.

ALTEPFLERINNEN: IDEAL FÜR DIE GERONTOPSYCHIATRIE?

Jochen Tenter

Zentrum für Psychiatrie, Die Weissenau, Abt. Gerontopsychiatrie, Ravensburg

Die Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie der Bundesdirektorenkonferenz (BDK e.V.) hat auf Initiative der DGGPP 2012 eine Online-Umfrage zum Einsatz von Altenpflegern in der Alterspsychiatrie gemacht. Von angeschriebenen 60 Abteilungen für Alterspsychiatrie haben 26 Abteilungen geantwortet.

Knapp 90% aller Abteilungen beschäftigen Altenpfleger. Bei rund 75% der Abteilungen sind 10–20% des Pflegepersonals Altenpfleger.

Die fachliche Qualifikation von examinierten Altenpflegern wird von über 90% als sehr gut und gut bewertet. Für die gerontopsychiatrische Pflege werden sie auch zu über 90% für sehr gut und gut geeignet eingeschätzt. Tendenziell wird überlegt, mehr Altenpfleger einzustellen. Die geplante generalisierte Ausbildung wird kritisch gesehen.

Eine Anfang 2013 vorgenommene eigene Mitarbeiterbefragung ergab als Voraussetzungen für einen gelingenden Einsatz von Altenpflegern in der Alterspsychiatrie:

- eine gute Ausbildung mit sicheren Kenntnissen der Fachstandards;
- die Bereitschaft, sich oft und schnell auf neue Patienten einzustellen;
- eine Weiterbildung in einem spezifischen Verfahren oder besser Haltung in der Begegnung mit Demenzpatienten. Besser ist die Schulung eines Teams, die Kontinuität in der Art der Kommunikation über die Schichten hinweg ermöglicht;
- die Erkenntnis, dass nicht alle psychisch Kranken verwirrt sind: an Psychose Erkrankte, Depressive, Menschen in (suizidalen) Krisen, mit Angst oder Zwängen nicht vergessen;
- In der Zukunft werden ambulant-stationäre Übergangsformen der Betreuung häufiger, die Vielfalt steigt. Also müssen auch wir uns immer neu einstellen auf die sich wandelnden Strukturen;
- und immer wieder Selbstkritik, z. B. aktuell vor lauter Sicht auf die Strukturen nicht die einzelnen Personen und ihre Angehörigen aus den Augen verlieren.

EINSAMKEITSGEFÜHLE: PSYCHOSOZIALE VARIABLE DES ALLEINLEBENS IM ALTER?

Brigitte Terner

Schwerin

Alleinleben und Verluste auf wertgeschätzten Lebens- und Beziehungsfeldern werden häufig als besondere Risikofaktoren für die Entwicklung von Einsamkeits-, Vereinsamungs- und Verlassenheitsgefühlen älterer Menschen angesehen.

Einleitend sollen dazu die Ergebnisse einer anonymen Befragung von Hausarztpatienten und ambulant oder teilstationär/stationär psychiatrisch behandelten Patienten ab dem 60. Lebensjahr zu äußeren Lebensumständen/sozialen Kontakten und dem Auftreten von Einsamkeitsgefühlen – auch unter genderspezifischem Gesichtspunkt – vorgestellt werden.

EINSATZ EINES INTERVENTIONSPROGRAMMS ZUR STEIGERUNG KOGNITIV-STIMULIERENDER FREIZEITAKTIVITÄTEN BEI ÄLTEREN TÜRKISCHEN MIGRANTEN

Valentina Antonia Tesky, Nervin Hermann, Johannes Pantel

Institut für Allgemeinmedizin, Arbeitsbereich Altersmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Zielsetzung/Fragestellung: Aufgrund des demographischen Wandels erhöht sich stetig die Anzahl von Menschen mit Demenz. Hiervon sind auch die in Deutschland lebenden Migranten betroffen. In Deutschland repräsentieren Migranten mehr als zwölf Prozent der Bevölkerung; der Großteil sind Menschen aus der Türkei. Demenzielle Erkrankungen verlaufen chronisch und sind überwiegend nicht heilbar. Insofern sind Präventionsmaßnahmen sehr bedeutsam. Ein Schutzfaktor gegen Demenz stellt das Ausüben von kognitiv-stimulierenden Freizeitaktivitäten dar. Ziel der Pilotstudie war es zu überprüfen, ob ältere türkische Migranten ebenfalls von dem für deutschstämmige Senioren bereits evaluierten Gruppenprogramm AKTIVA profitieren können, welches für die Prävention von kognitiven Leistungseinbußen durch eine Steigerung von kognitiv-stimulierenden Aktivitäten entwickelt wurde.

Es handelt sich um eine Pilotstudie im Rahmen einer umfangreichen kontrollierten Trainingsstudie mit Prä-Post-Follow-up-Messung mit 15 Teilnehmern (13 Frauen, 60,2 Jahre +5,4). Das Interventionsprogramm besteht aus acht 2-stündigen Trainingssitzungen im wöchentlichen Abstand. Nach einer 16-wöchigen Erprobungsphase, in der die Teilnehmer die Trainingsinhalte selbstständig umsetzen sollten, folgen noch zwei Auffrischungssitzungen.

Ergebnisse: Die Probanden der türkischen Teilstichprobe zeigten signifikante Interventionseffekte u. a. im Bereich der kognitiven Leistungsfähigkeit (FMMST = 3,93*, FADAS-Kog = 4,49*, FTMT A = 4,94*), die sich aber von den Trainingseffekten der deutschstämmigen Stichprobe unterscheiden.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Das AKTIVA-Programm kann auch in der türkischen Migrantenpopulation angewendet werden. Bei der Trainingsdurchführung sind allerdings die speziellen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe zu berücksichtigen. Insbesondere sind Maßnahmen zur Vertrauensbildung und zur Stärkung der Teilnahmemotivation durchzuführen. Der Einsatz muttersprachlicher Gruppenleiter ist ebenfalls unerlässlich.

GEMEINSAM STATT EINSAM – REGIONALE VERSORGUNG IM DEMENZNETZ AACHEN

Andreas Theilig

Alexianer Krankenhaus Aachen

Das DemenzNetz Städteregion Aachen entstand im Jahre 2006 aus einer gemeinsamen Initiative des Alexianer Krankenhauses

Aachen und der Arbeitsgemeinschaft Aachener Hausärzte. Von 2008–2010 wurde das DemenzNetz im Rahmen der Leuchtturmprojekte Demenz durch das BMG gefördert. Seit 2010 besteht eine Förderung als Modellprojekt nach §45c SGB XI durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter und die Landesverbände der Pflegekassen NRW.

Das DemenzNetz Aachen beschäftigt derzeit 7 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon 4 Case-Manager (2 Sozialarbeiterinnen, 2 Pflegekräfte), eine Ärztin, eine Psychologin und eine Sekretariatskraft. 340 Patienten/Familien sind durch die Aachener Haus- und Fachärzte in das Projekt eingeschrieben worden. Seit Mai 2012 ist das DemenzNetz e.V. als gemeinnütziger bürgerschaftlicher Verein eingetragen, bislang sind neben der Städteregion Aachen rund 50 Institutionen und Verbände (z. B. Alzheimergesellschaft, DemenzService Zentrum, Haus- und Facharztverbände, Ärztekammer, Wohlfahrtsverbände) als Kooperationspartner eingetragen. Zielsetzungen DemenzNetz Aachen:

- Aufbau eines sektorenübergreifenden regionalen Informations- und Versorgungsnetzwerkes mit dem Ziel einer Zusammenführung bestehender medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Behandlungs- und Versorgungsangebote für Demenzkranke und deren Angehörige in der Städteregion Aachen;
- Identifizierung von Faktoren, die einer effizienten Vernetzung demenzspezifischer Behandlungs- und Versorgungsangebote entgegenstehen und Entwicklung von Lösungsansätzen zur Überwindung dieser Faktoren;
- Weiterentwicklung von regelversorgungsfähigen Konzepten einer bedarfsgerechten Versorgung von Demenzkranken unter spezieller Berücksichtigung der strukturellen Besonderheiten der neu entstandenen Gebietskörperschaft Städteregion Aachen;
- Erprobung eines personenzentrierten, aufsuchenden Case-Managements als Instrument zur Erhaltung einer stabilen häuslichen Versorgung Betroffener insbesondere durch Entlastung pflegender Angehöriger.

Zur Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen werden zunächst Datensammlungen durchgeführt und dann regelmäßige Experten-Foren zu den entsprechenden Schwerpunktthemen einberufen, in denen die erhobenen Daten diskutiert und bewertet werden. Hieraus werden Empfehlungen zur Weiterentwicklung bestimmter regionaler Versorgungsstrukturen erarbeitet. Im Rahmen dieses regionalen Verbundmanagements fanden bislang Foren zu den Themen Information und Beratung, ambulante ärztliche Versorgung, Krankenhausversorgung, ambulante pflegerische Versorgung, Tagespflege und niedrigschwellige Betreuung statt.

Die Case-Manager betreuen, nach Einschreibung der Patienten durch den Haus- oder Facharzt, je ca. 80 Familien. Die Case-Manager führen eine Versorgungsanalyse durch und erarbeiten dann gemeinsam mit den Familien individuelle Versorgungspläne. Die Umsetzung aller Maßnahmen erfolgt ebenfalls durch die Case-Manager. Im Vergleich zu einer unbetreuten Vergleichsgruppe konnte die Zahl der Krankenhausbehandlungstage und der Heimeinweisungen durch diese Maßnahmen um ca. 40% verringert werden.

Evaluation (in Kooperation mit der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln/Aachen):

- Analyse regionaler Versorgungsstrukturen einschließlich deren Einzugs- und Versorgungscharakteristik, Erreichbarkeit und demenzspezifischer Ausrichtung;
- Analyse der Leistungs- und Kosteneffizienz eines aufsuchenden Case-Managements im »Echtbetrieb«;

- Belastungsanalyse versorgender Angehöriger in der Begleitung durch Einzelfall-Case-Management;
- Delphi-Befragung mit Experteninterviews zur Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen.

ERSTE PUNKTPRÄVALENZERHEBUNG DES ALTERSDELIRS IN EINEM GROSSEN DEUTSCHEN ALLGEMEINKRANKENHAUS – PROBLEME UND KONSEQUENZEN

Christine Thomas, M. Guhra, E. Cieplinska-Legge, S. Kreisel
Ev. Krankenhaus Bielefeld

Einleitung: Das Altersdelir wird häufig als »Durchgangssyndrom« bagatellisiert – oder überhaupt nicht diagnostiziert bzw. als Demenz verkannt. Dabei zeigte eine erst kürzlich publizierte Metaanalyse, dass das hazard ratio für Mortalität nach stattgehabtem Altersdelir nach einer Krankenhausbehandlung bei 1,95 (95% CI: 1,51–2,52) liegt (Witlox J. 2010); die Aufenthaltsdauer und Kosten sind ebenfalls deutlich erhöht.

Die Punktprävalenz zum Zeitpunkt der Aufnahme in ein Krankenhaus beträgt auf internistischen Abteilungen zwischen 10 und 31% (Siddiqi N. 2006). Unfallchirurgische Patienten sind in 30–70% der Fälle betroffen, und in der Palliativmedizin werden bis zu 80% Delirien berichtet. Diese Angaben stammen allerdings durchweg aus Studien, die konsekutive Einweisungen (häufig mit nur geringen Fallzahlen) untersuchten und die die weniger rigide DSM-IV-Klassifikation verwenden. Es bleibt unklar, ob diese Angaben auch für das deutsche Gesundheitssystem, das sich nach der ICD-10-Klassifikation richtet, gelten können – und ob diese Delirrate für das jeweilige Krankenhaus repräsentativ ist, da Sampling-Methoden nicht angewandt wurden.

Methodik: Über einen Zeitraum von fünf Monaten wurden ca. 10% aller Patienten (> 70 Jahre), die zur Aufnahme in das Evangelische Krankenhaus Bielefeld kamen und die nicht an einer überwachungsrechtlichen Erkrankung litten, durch vorher geschulte »Screener« (Krankenschwestern und -helferinnen) am Tag nach der Aufnahme und dann weitere zwei Mal im Verlauf von einer Woche mittels der Confusion Assessment Method (CAM) auf das Vorliegen eines Delirs untersucht. Die Diagnose wurde dann von einem Facharzt nach den Diagnoseklassifikationen, ICDL-checklistengestützt, validiert. Patienten wurden zufällig ausgewählt, nach Fachabteilungen stratifiziert, proportional der Anzahl ihrer Aufnahmen. Die Punktprävalenz wurde unter Berücksichtigung des Sampling-Designs errechnet.

Resultate: Die Punktprävalenz für das Altersdelir betrug 13,25% nach der DSM-IV-Klassifikation (95% CI 9,14–17,36) und 7,3% (95% CI: 4,5–11,1) für das ICD-10-Delir. Die Fehlerwahrscheinlichkeit bei gegebenem Sampling-Design ergab 2,9% (95% Konfidenzniveau). Allerdings waren weniger als 2/3 der ICD-10-Delirien letztendlich in den Akten kodiert worden, obwohl aus ethischen Gründen ein hinweisender Kurveneintrag erfolgt war. Die Übereinstimmung der CAM-Screenings mit den Facharzt Diagnosen stieg im Verlauf der Studie deutlich an, zunächst lag die Sensitivität nur bei 50% (bei hoher Spezifität).

Diskussion: Offensichtlich zeigt sich eine geringere Delirwahrscheinlichkeit im Setting eines deutschen Krankenhauses der Maximalversorgung (jedoch nach a priori Ausschluss überwachungsrechtlicher Patienten) als in der Literatur für die internistischen Abteilungen angegeben; möglicherweise ist dies jedoch auch der – adäquateren – Sampling-Methode geschuldet. Die Prävalenz nach den ICD-10-Kriterien ist deutlich geringer. Dennoch bleibt eine erhebliche diagnostische – und finanzielle Lücke, die durch multiprofessionelle Schulung geschlossen werden muss. Eine eingehende Schulung mit Praxisphase erscheint notwendig, wenn das CAM-Screening zur primären Erkennung des Delirs eingesetzt werden soll.

Literatur

1. Witlox J. et al. (2010) Delirium in elderly patients and the risk of post-discharge mortality, institutionalization, and dementia. A meta-analysis. *JAMA*. 304:443–451
2. Siddiqi N. et al. (2006) Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age and Ageing*. 35:350–364

NEURALE VERÄNDERUNGEN DER IMPULSKONTROLLE IM ALTER

Oliver Tüscher, K. Lieb, A. Fellgiebel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Gedächtnisambulanz, Universitätsmedizin Mainz

Zielsetzung/Fragestellung: Impulskontrolle als Exekutivfunktion ist essentiell für das individuelle Verhalten und soziale Miteinander im alltäglichen Leben. Reaktionsinhibition als eine Komponente der Impulskontrolle ist die Fähigkeit, inadäquate Reaktionsstendenzen zu unterdrücken. Wie sich Altersphänomene der Hirnveränderung wie Frontalisierung und Bilateralisierung auf Netzwerke der Impulskontrolle auswirken, ist für das Verständnis von Verhaltenssymptomen wie Disinhibition oder Aggression zentral.

Materialien/Methoden: Simon-, Go/Nogo- und Stop-Signal-Task wurden mittels funktioneller Magnetresonanztomographie (3T TIM-Trio), Alterseffekte durch lineare Regressionen in 49 gesunden Probanden im Alter von 20 bis 77 Jahren untersucht.

Ergebnisse: Mit zunehmender Aufgabenschwierigkeit zeigten sich von einer Mehraktivierung des Inhibitionsnetzwerkes über eine verstärkte Bilateralisierung bis hin zu einem Aktivitätseinbruch unterschiedliche Alterseffekte.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Bei zunehmenden inhibitorischen Anforderungen setzten im Alter initial neurale Kompensationsmechanismen (Mehraktivierung & Bilateralisierung), bevor sowohl die Verhaltens- als auch neuronale Leistung einbrechen. Die Bedeutung dieser Befunde für Theorien des gesunden Alterns (CRUNCH/STAC, Park and Reuter-Lorenz, 2009) und die Ausbildung von Verhaltenssymptomen bei neurodegenerativen Erkrankungen werden in diesem Beitrag diskutiert (Sebastian et al. *Neurobiol Aging* in press).

BEWITA – MOTORISCHE AKTIVIERUNG VON MENSCHEN MIT GEDÄCHTNISEINBUSSEN IN DER GRUPPE

Guðrun Ulbrecht

Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung, Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen

Zielsetzung/Fragestellung: Untersucht werden sollte a) die Veränderung von Motorik und Kognition der Betroffenen sowie die Lebensqualität der Angehörigen in einer Prä-Post-Analyse; b) Merkmale der Personen, die von der Aktivierung profitieren; c) die Langzeiterfahrung nach Beendigung des Projekts (Nachhaltigkeit).

Materialien/Methoden: Es wurden vier verschiedene Förderangebote (Sportpädagogisch angeleitetes Bewegungstraining, Kegeln, sensomotorisches Training mit elektronischen Sportspielen [Wii] oder Tanzen) in Nürnberger Seniorenzentren mit 34 zuhause lebenden Betroffenen inkl. Angehörigen durchgeführt. Ein Betreuersteam (Therapeutin und Helferin) setzte die Angebote über einen Zeitraum von 5 Monaten jeweils 1 Std. pro Woche um. Untersuchungen zur Kognition, Motorik und Lebensqualität fanden jeweils zu Beginn der Studie und nach 5 Monaten statt.

Ergebnis: Durchschnittlich kam es zu keinen signifikanten Veränderungen der Ergebnisvariablen. Weibliche Betroffene sowie Angehörige, die nicht mit dem Betroffenen zusammenleben bzw. eine schlechtere physische Lebensqualität aufweisen, profitieren

am meisten. Im Anschluss der Studie kam es zu einer Weiterführung von 5 der insgesamt 6 BeWiTa-Gruppen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Sozialpsychologische Angebote wie BeWiTa erreichen Betroffene mit geringen kognitiven Einschränkungen. Eine Weiterführung auch in Selbsthilfegruppen kann erreicht werden.

GERONTOPSYCHIATRISCHE HAUSBESUCHE BEI ANOSOGNOSIE UND DEMENZ – EVALUATION DURCH BEFRAGUNG DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN

Sandra Verhülsdonk, Barbara Höft, Tillmann Supprian

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

Zielsetzung/Fragestellung: Anosognosie ist ein häufiges Symptom demenzieller Erkrankungen und bezeichnet die eingeschränkte oder fehlende Wahrnehmung krankheitsbedingter Defizite. In der Folge wird eine ärztliche Diagnostik und Therapie ebenso wie die Nutzung anderer Hilfen abgelehnt, was Angehörige wie professionell Helfende vor eine besondere Herausforderung stellt. Das Modellprojekt »Gerontopsychiatrische Hausbesuche und Rat in Düsseldorf« (GerHaRD) hat das Ziel, demenziell erkrankte Menschen mit fehlender Krankheitswahrnehmung in das kommunale Hilfesystem einzubinden und so den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit längst möglich zu sichern.

Materialien/Methoden: Die Hausbesuche (HB) finden auf Initiative von Angehörigen oder Bekannten/Nachbarn statt, die einen Hilfebedarf – bei gleichzeitiger Ablehnung von Hilfen durch den Betroffenen – wahrnehmen. Durchgeführt wird der Hausbesuch von einem Tandem, bestehend aus einer Fachärztin der Institutsambulanz Gerontopsychiatrie und dem/der jeweiligen Demenznetzkoordinator/in aus dem Quartier. Es erfolgt eine erste diagnostische Einschätzung sowie eine umfassende Beratung zu bestehenden Behandlungsmöglichkeiten und Unterstützungsangeboten im Stadtbezirk. Im Anschluss erfolgt – das Einverständnis des Betroffenen vorausgesetzt – eine schriftliche Empfehlung an den Hausarzt. Diese umfasst den psychopathologischen Befund, eine Beschreibung des Hilfebedarfs mit Blick auf die Leistungen aus dem SGB IX, die epikritische Bewertung und eine therapeutische Empfehlung. Eine Evaluation mittels Telefoninterview 12 Monate nach dem Hausbesuch ist vorgesehen.

Ergebnisse: Bislang erreichten GerHaRD 58 Anfragen, in deren Folge 39 Hausbesuche stattfanden. 20 dieser Hausbesuche werden aktuell evaluiert. Neben der aktuellen Versorgungssituation werden der körperliche und psychische Zustand des Betroffenen erfragt. Ferner wird erhoben, welche (der empfohlenen) Maßnahmen umgesetzt wurden und inwiefern der Hausbesuch insgesamt als hilfreich/entlastend empfunden wurde.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Gegenstand des Vortrags ist eine Darstellung des Phänomens der Anosognosie sowie die Auswirkungen auf die ambulante Versorgung. Vor diesem Hintergrund wird das Modellprojekt GerHaRD vorgestellt. Erste Ergebnisse der Evaluation werden mit Blick auf mögliche Implikationen für die Praxis ebenso wie für die Entwicklung weiterer Angebote kritisch diskutiert.

»LOHNT DAS NOCH?« – PSYCHOTHERAPIE DER ALTERSDEPRESSION

Claus Wächtler

Hamburg

Depressionen im Alter sind häufig. Sie schränken die Lebensfreude ein, mindern die Selbstständigkeit und sind lebensgefährlich durch Wechselwirkungen mit körperlichen Erkran-

kungen und als Risikofaktor für Suizid. Noch häufiger als bei Jüngeren werden Depressionen im Alter nicht erkannt und unzureichend behandelt. Gerade die Depressionen Älterer sind durch drohende oder eingetretene psychosoziale Belastungen ausgelöst. Dennoch findet Psychotherapie bei Älteren mit Depression fast nicht statt. Dabei weisen klinische Erfahrung, Einzelfallberichte und (wenige) kontrollierte Studien darauf hin, dass Psychotherapie im Alter und speziell bei Depressionen möglich und erfolgreich ist – zumindest bis zum Alter von 75 Jahren. Psychotherapie im Alter bedarf spezieller Erfahrung, insbesondere was die Beziehungsgestaltung des jüngeren Therapeuten zum älteren Patienten betrifft. Besonders in der Psychotherapie mit älteren Patienten haben sich empathisch-wertschätzende Grundhaltung (bedeutsam gerade für den an seinem Selbstwert zweifelnden, hoffnungslosen depressiven Patienten, das Interesse an biographisch-historischen Ereignissen (Kriegserlebnisse), »Containerfunktion« und Fokussierung sowie die Kooperation mit einem somatisch erfahrenen Kollegen bewährt. Die Psychotherapie im Alter sollte noch mehr erforscht und gelehrt werden. Darüber hinaus ist zu hoffen, dass immer mehr Psychotherapeuten auch älteren Menschen mit Depression eine Behandlung anbieten und dass ältere Patienten in größerem Umfang als bisher dieses Angebot suchen und annehmen.

ALTERSGERECHTE ASSISTENZSYSTEME: TECHNISCHE MÖGLICHKEITEN ZUR UNTERSTÜTZUNG ALTER UND HOCHBETAGTER MENSCHEN

Karsten Weber

Lehrstuhl für Allgemeine Technikwissenschaften,
Brandenburgische Technische Universität Cottbus

Zielsetzung/Fragestellung: Der demographische Wandel ist in Deutschland und vielen anderen Ländern durch eine dreifache Alterung der Bevölkerung gekennzeichnet: 1.) Der Anteil alter Menschen nimmt relativ zur Bevölkerung zu, 2.) steigt die Zahl alter Menschen auch absolut und 3.) erreichen diese alten Menschen ein immer höheres Lebensalter (vgl. Weber & Haug 2005). So positiv insbesondere der letztgenannte Punkt ist, stellt diese Entwicklung die betroffenen Gesellschaften vor erhebliche Herausforderungen, da bspw. ein steigender Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung finanziell und organisatorisch gedeckt werden muss. Ein Aspekt des demografischen Wandels ist weiterhin, »dass der Anteil an pflegebedürftigen Personen wächst, die alleine leben und sich zu Hause auf kein oder nur ein labiles Versorgungsnetzwerk stützen können« (Depner et al. 2010: 33): Noch werden in Deutschland ca. 2/3 aller pflegebedürftigen alten Menschen zuhause versorgt, doch es besteht die Befürchtung – wie in dem Zitat ausgedrückt –, dass dies in Zukunft nicht mehr möglich sein wird. Dafür gibt es viele Ursachen: Fehlende Arbeitskräfte für die Pflege, eine (zumindest regional) sich ausdünnende Versorgungsinfrastruktur, Aufbrechen der sozialen Netze usw.

Da es erklärtes Ziel der Bundesregierung ist, älteren und hochbetagten Menschen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben und auch einen Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen, müssen mittel- bis langfristig neue Konzepte der Pflege- und Gesundheitsversorgung entwickelt werden. Der im §3 SGB XI enthaltene Grundsatz »ambulant vor stationär« fordert ebenfalls, einen längeren Verbleib alter und hochbetagter Menschen in ihrer eigenen Wohnung oder in ihrem eigenen Haus zu fördern. Da familiäre, nachbarschaftliche und zivilgesellschaftliche Strukturen selbst durch den demographischen Wandel negativ betroffen sein werden, muss hierbei der Schwerpunkt auf im Kern kommerzielle Angebote gelegt werden, die durch die potenziellen

Nutzerinnen und Nutzer finanzierbar sind. Diese ergänzen Angehörige und zivilgesellschaftliche Strukturen, auf deren Funktion angesichts der sich wandelnden Bevölkerungsstruktur nicht voll gesetzt werden kann, zumal die Nachbarschaften häufig von Menschen im gleichen Alter oder aber durch große Anonymität geprägt sind.

Daher wird verstärkt darauf gesetzt, die durch Personen erbrachte Pflege- und Gesundheitsversorgung durch technische Assistenzsysteme zu ergänzen oder auch vollständig zu ersetzen. Die Bundesregierung hat dafür bspw. im Rahmen des AAL-Förderprogramms des BMBF eine Reihe von Projekten zur Entwicklung entsprechender Systeme bis zum Prototypenstadium mit erheblichen Mitteln unterstützt.

Auf Basis eines durch das BMBF geförderten Evaluationsprojekts sollen solche Systeme im Kontext des Lebensvollzugs alter und hochbetagter Menschen vorgestellt und bezüglich ihrer Funktionen und Zielsetzungen im Grundsatz erklärt werden. Hierzu werden im Beitrag Szenarien verwendet, die wichtige Aspekte des täglichen Lebens berücksichtigen.

Materialien/Methoden: Literaturstudien für die technischen Systeme, Fokusgruppen und leitfadengestützte Interviews für die Abfrage von Chancen, Risiken und Herausforderungen des Einsatzes solcher Systeme.

Ergebnisse: Eine genauere Betrachtung der technischen Assistenzsysteme selbst und die Befragung von Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Pflege- und Gesundheitsversorgung (Anwender, Entwickler, Dienstleister) zeigen, dass a) erhebliche Informationsdefizite bei allen tatsächlich oder potenziell betroffenen Stakeholdern zu konstatieren sind, b) dass gerade in Hinblick auf ökonomische Fragen eine technische Unterstützung der Pflege- und Gesundheitsversorgung notwendig erscheint, aber noch weitgehend unklar ist, wie diese finanziert werden könnte, c) dass darüber hinaus zahlreiche normative Konflikte durch den Einsatz von technischen Assistenzsystemen entstehen können.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Ähnlich wie die technischen Assistenzsysteme selbst befinden sich die Einsatzszenarien, die Geschäftsmodelle und die normativen Überlegungen zur Gestaltung normativer Konfliktsituationen im Prototypenstadium. Viele Systeme demonstrieren, was im Prinzip technisch machbar ist, aber nicht, was ökonomisch realistisch möglich und normativ akzeptabel ist.

NEUROCHEMISCHE BIOMARKER ZUR DEMENZFRÜHERKENNUNG

Jens Wiltfang

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Essen,
Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen

- I. Die Entwicklung erster kausal orientierter Therapieansätze (u. a. aktive/passive A β -Immunsierung, beta/gamma-Sekretasehemmstoffe) für die Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT) unterstreicht die Bedeutung einer frühzeitigen und exakten Positvdiagnostik. Da die zugrundeliegende Alzheimer-Krankheit der klinischen Manifestation dementieller Symptome um Jahre vorausgeht, sind kausale Therapieansätze in der präklinischen Phase der Erkrankung besonders vielversprechend.
- II. Die krankheitsspezifischen Erhöhungen von Tau und seinen phosphorylierten Formen (p-tau) sowie erniedrigte A β ₁₋₄₂-Konzentration im Liquor bei DAT wurden bereits in zahlreichen unabhängigen Studien bei insgesamt mehreren tausend Patienten repliziert und erreichten Sensitivitäten und Spezifitäten von 80 – 90%.
- III./IV. Kürzlich wurden die Liquorkonzentrationen dieser Biomarker als supportives Merkmal in die revidierten klinischen Kriterien für die DAT aufgenommen. Die Neurochemische

Demenzdiagnostik (NDD) zeigte inzwischen auch einen prädiktiven Wert für die Diagnose einer DAT im Stadium der Leichten Kognitiven Störung (Mild Cognitive Impairment, MCI). Durch Bestimmung der Biomarker p-tau und Aβ₁₋₄₂ konnte die Entwicklung einer DAT bei MCI-Patienten mit hoher Sensitivität (95%) und Spezifität (87%) bereits 4 – 6 Jahre vor Beginn der Demenz angezeigt werden. Ebenso konnten wir in einer eigenen Studie zeigen, dass die optimalen Cut-off-Werte dieser Biomarker für die Diagnose einer beginnenden DAT und einer MCI mit DAT-typischen Befunden in der klinischen, neuropsychologischen und neuroradiologischen Untersuchung identisch sind. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die typischen Biomarkerkonstellationen für eine DAT bereits weit vor dem klinischen Beginn der Demenz vorliegen und damit eine präklinische Diagnose unterstützen können.

Im Sinne einer exakten Differentialdiagnose der Frühstadien anderer Demenzen notwendig, konnten wir durch den Einsatz eines speziellen gelelektrophoretischen Verfahrens (Aβ-SDS-PAGE/Immunoblot) kürzlich jeweils krankheitsspezifische Muster der Aβ-Peptide im Liquor für die drei häufigsten neurodegenerativen Demenzen (DAT, Demenz mit Lewy-Körperchen (DLK) und Frontotemporale Demenz (FTD)) zeigen. Dabei waren selektive Erniedrigungen von Aβ₁₋₄₂ bei AD und Aβ₁₋₃₈ bei FTD sowie eine Erhöhung von oxidiertem Aβ₁₋₄₀ bei DLK im Liquor die herausragenden Merkmale. Eine erste Validierung dieser potentiellen Biomarker an Liquorproben von über 300 Patienten, darunter DAT (n=71), FTD (n=36) und DLK (n=32), zeigte für Aβ₁₋₃₈ und Aβ₁₋₄₂ diagnostische Sensitivitäten und Spezifitäten von über 85%. Durch die Erhöhung von Aβ_{1-40(ox)} bei DLK konnte eine diagnostische Sensitivität von 88% bei einer Spezifität von 73% erreicht werden.

ALKOHOL- UND BENZODIAZEPINKONSUM IM ALTER – ERGEBNISSE AUS DEM INTERREG-Projekt ALTER UND SUCHT

Friedrich Martin Wurst¹, Isabella Kunz², Monika Dreher¹, Verena Schmid², Siegfried Lang², Rainer Hoffmann², Volker Auwärter³, Michel Yegles⁴, Anton Kühberger⁵, Anton Kühberger⁵
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Christian Doppler Klinik Salzburg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität
²Caritas Zentrum, Bad Reichenhall

³Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Freiburg,

⁴Laboratoire National de Santé – Toxicologie, Université du Luxembourg

⁵Fachbereich Psychologie, Universität Salzburg

Zielsetzung/Fragestellung: Bisher ist wenig über den Konsum von Alkohol, Medikamenten, Tabak und illegalen Drogen bei älteren Menschen bekannt. Ziel des INTERREG-Projektes Alter und Sucht war es, mehr über das Konsumverhalten von Suchtmitteln bei älteren Menschen in Erfahrung zu bringen.

Materialien/Methoden: Im Projektgebiet (Bundesland Salzburg sowie die Landkreise Berchtesgadener Land und Traunstein) wurden Befragungen in Hausarztpraxen, Seniorenheimen (SH) und Krankenhäusern (KH) durchgeführt. Den Patienten und Seniorenheimbewohnern (SHB) wurde zusätzlich Harn und Haare abgenommen, um den Konsum von Alkohol und Benzodiazepinen zu objektivieren.

Ergebnisse: Nach Einschätzung der Hausärzte haben 10% der Patienten über 60 Jahren ein Suchtproblem. In den SH gehen die Pflegedienstleitungen von etwas mehr als 6% aus. In den KH wird die Zahl auf 30% geschätzt. Im Vordergrund stehen v.a. Rauchen, schädlicher Gebrauch von Alkohol, Benzodiazepinen und Analgetika. Laut Selbstausskunft der befragten SHB liegt der Anteil

der auffälligen Alkoholkonsumenten bei knapp 6%, der Anteil der SHB mit einem auffälligen Medikamentenkonsum bei knapp 42% und der Anteil an Rauchern bei knapp 6%. Die Analysen der Biomarker konnten bei 4,9% der SHB einen chronisch-exzessiven und bei 6,4% einen moderaten Konsum feststellen. Somit trinken mehr als 11% über den Empfehlungen des National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Benzodiazepin-positiv waren laut Laboranalysen 34,2% der SHB. In den KH war die Problematik im Schnitt größer als in den SH. Laut Selbstausskunft der Patienten liegt hier der Anteil der auffälligen Alkoholkonsumenten bei 10,6%, der Anteil der Patienten mit einem auffälligen Medikamentenkonsum bei knapp 24% und der Anteil an Rauchern bei knapp 5%. Die Analysen der Biomarker konnten bei 13,4% der Patienten einen chronisch-exzessiven und bei 17,1% einen moderaten Konsum feststellen. Der Anteil der Patienten, die über den Empfehlungen des NIAAA trinken, liegt somit bei über 30%. Benzodiazepin-positiv waren laut Laboranalysen 28,6% der Patienten. Bei Personen mit auffälligen Werten fanden sich sowohl im SH als auch im KH mehr Verhaltensauffälligkeiten und psychische Symptome.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Suchtprobleme im Alter sind keine Seltenheit. Eine Sensibilisierung von Betroffenen, Ärzten, Pflegenden und Angehörigen ist wichtig, um diese Probleme nicht zu übersehen. Es müssen aber auch erst Verfahren verbessert und entwickelt werden, die Suchtprobleme im Alter geeignet erheben und altersspezifische Therapie- und Behandlungsprogramme entwickelt werden.

Dieses Projekt wurde aus Mitteln des europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) kofinanziert.

ERHALT DER MOBILITÄT BEI MENSCHEN MIT DEMENZ – MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN

Tania Zieschang

AGAPLESION BETHANIEN KRANKENHAUS HEIDELBERG, Geriatrisches Zentrum der Universität Heidelberg

Zielsetzung/Fragestellung: Für ältere Menschen ohne Demenz existiert eine sehr gute Evidenz, dass ein körperliches Training sicher und effektiv ist und einen weitreichenden gesundheitlichen Benefit hat. Untersuchungen bei Menschen mit Demenz sind widersprüchlich, und die Aussagekraft ist durch methodische Mängel der Studien eingeschränkt.

Materialien/Methoden: RCT mit 122 geriatrischen Patienten mit leicht- bis mittelgradiger Demenz: Interventionsgruppe (IG): 2x2h über 12 Wochen, intensives, progressives Kraft-, Funktions- und Balancetraining. Kontrollgruppe (KG): 2x1h über 12 Wochen, »Hockergymnastik« im Sitzen. Vor Beginn und direkt nach Abschluss des Trainings sowie 3 und 9 Monate nach der Trainingsphase erfolgte eine standardisierte Messung von Kraft, Funktion, Gang, kognitiver und psychosozialer Faktoren.

Ergebnisse: Im Gruppenvergleich zeigte sich eine erhebliche Zunahme von Kraft und funktioneller Leistungsfähigkeit nach der Intervention (relative Veränderung Maximalkraft Beinpresse: IG: +51,5 ± 41,5 vs. KG -1,0 ± 28,9 kg, p < 0,001; relative Veränderung five chair-rise: IG: -25,9 ± 15,1 vs. KG: +11,3 ± 60,4 sec). Bei den funktionellen Trainingseffekten konnten selbst nach 9 Monaten ohne Training noch signifikante, klinisch relevante Gruppenunterschiede nachgewiesen werden (relative Veränderung im five chair-rise: IG: -8,54 ± 22,57 vs. KG: +10,70 ± 54,89 sec, p = 0,014).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Ein intensives körperliches Training ist bei Menschen mit leicht- bis mittelgradiger Demenz durchführbar, sicher und effektiv. Barrieren zur Teilnahme an Trainingsangeboten und Rehabilitationsmaßnahmen sollten für dieses Patientenkollektiv reduziert werden.

Poster

OBJEKTIVE STÖRUNGEN VON GEDÄCHTNIS UND AUFMERKSAMKEIT BEI PERSONEN MIT SUBJEKTIVEN GEDÄCHTNISSTÖRUNGEN UND NORMALEM MINI MENTAL STATE SCORE

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

Hintergrund: Mit dem computergestützten Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitstest (MAT) steht ein alltagstauglicher, standardisierter Leistungstest zur Verfügung, der für die Diagnostik der leichten Demenz validiert wurde. In dieser Erhebung wurde der MAT bei Patienten mit subjektiven Gedächtnisstörungen (subjective memory impairment, SMI) untersucht, bei denen der Mini Mental State (MMS) einen Normalbefund mit Werten zwischen 28 und 30 ergeben hatte.

Methode: Bei einer Gruppe von 40 über 50-jährigen Personen mit SMI, die unser Institut zur Abklärung aufsuchten, wurden die Vorgeschichte im Hinblick auf die Entwicklung von Gedächtnisstörungen und mögliche Risikofaktoren für Demenzerkrankungen mit einem standardisierten Interview erhoben. Dann wurden neben einer körperlichen Untersuchung eine Reihe von laborchemischen Untersuchungen und kognitiven Leistungstests durchgeführt, u. a. der MMS und der MAT. In dieser Auswertung werden bei Patienten mit normalem MMS die mit dem MAT erfassten Veränderungen des episodischen Arbeits- und Kurzzeitgedächtnisses sowie der Aufmerksamkeitsleistung im Vergleich mit einer alters-, geschlechts- und bildungsangepassten Kontrollgruppe untersucht.

Ergebnisse: Bei 8 Personen mit SMI zeigte sich im episodischen Kurzzeitgedächtnis eine Testleistung, die mehr als 1,5 SD unter dem Mittelwert der Kontrollpersonen lag. Bei den zwei am stärksten beeinträchtigten Patienten war die Störung des Kurzzeitgedächtnisses von einer Verminderung der Aufmerksamkeitsleistung begleitet. Im Unterschied zu den Kontrollen zeigten sich bei den SMI-Personen eine negative Korrelation der Aufmerksamkeitsleistung mit dem Lebensalter und eine negative Korrelation zwischen episodischem Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis.

Diskussion: Von den Patienten mit SMI und normalem MMS ließ sich mit dem MAT bei 20% eine Beeinträchtigung des episodischen Kurzzeitgedächtnisses nachweisen. Die negative Korrelation der Aufmerksamkeitsleistung mit dem Lebensalter in dieser Personengruppe (im Gegensatz zu den gesunden Probanden) könnte auf pathologische Alterungsprozesse hinweisen. Eine negative Korrelation zwischen der Leistung im Arbeitsgedächtnis und der im Kurzzeitgedächtnis kann als Ausdruck vermehrter Inanspruchnahme von Arbeitsgedächtnis und Aufmerksamkeit bei leichter Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses interpretiert werden.

SERVICE DESIGN FÜR SOZIALE INNOVATIONEN – EIN GEMEINSCHAFTLICHER UND KLIENTENZENTRIERTER INNOVATIONSPROZESS

Martin Beyerle, Jan Schröder, Daniela Beyerle
minds & makers – Agentur für Service Design und Soziale Innovationen

Zielsetzung/Fragestellung: Welcher Innovationsansatz eignet sich besonders, um neuartige und klientenorientierte Versorgungskonzepte zu entwickeln, die Menschen mit Demenz im ländlichen Raum das Leben in ihrem vertrauten Umfeld weiter ermöglichen?

Materialien/Methoden:

- Qualitative Zielgruppenforschung;
- Stakeholder-Involvierung;
- Co-Creation – gemeinsame Gestaltung mit Klienten, Angehörigen, Pflegepersonal;
- Interdisziplinäres Arbeiten;
- Testing/Prototyping.

Ergebnisse:

- Einbindung von Klienten, Angehörigen, Nachbarn, Pflegepersonal, Experten in die Entwicklung eines Gesamtkonzeptes, welches die Wahrscheinlichkeit eines wirkungsvollen Gesamtkonzeptes erhöht und eine Kultur der gegenseitigen Unterstützung im ländlichen Raum fördert;
- Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, Menschen mit Demenz das Leben in ihrem vertrauten Umfeld weiter ermöglichen zu können.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Service Design eignet sich durch seine partizipative und interdisziplinäre Arbeitsweise als Innovationsansatz, um neuartige und klientenorientierte Versorgungskonzepte im ländlichen Raum zu entwickeln, die Menschen mit Demenz im ländlichen Raum das Leben in ihrem vertrauten Umfeld weiter ermöglichen.

FUNKTIONELLE KOMPETENZ, POSITIVER AFFEKT SENSORISCH BEEINTRÄCHTIGTER UND SENSORISCH UNBEEINTRÄCHTIGTER SEHR ALTER PERSONEN IN EINEN ZEITRAUM VON VIER JAHREN: DIE ROLLE DER ASSIMILATIVEN UND AKKOMMODATIVEN SELBSTREGULATION

Philipp Manuel Drapaniotis¹, Hans-Werner Wahl¹, Vera Heyl²,
Katharina Hager¹, Anna Sawall¹, Oliver K. Schilling¹

¹Universität Heidelberg, Psychologisches Institut, Abteilung für Psychologische Altersforschung

²Institut für Sonderpädagogik, Pädagogische Hochschule Heidelberg, Heidelberg

Zielsetzung/Fragestellung: Bisherige Untersuchungen berichten einen robusten positiven Wirkzusammenhang von Alltagskompetenz (AK) auf positiven Affekt (PA). Aktuelle Befunde deuten jedoch auch eine umgekehrte Kausalrichtung zwischen AK und PA an. Insbesondere über lange Zeitintervalle hinweg könnte ein hoher PA zur Aufrechterhaltung der AK beitragen. Zudem könnten in längsschnittlicher Betrachtung von AK und PA sowohl assimilative als auch akkommodative Selbstregulationstendenzen eine wichtige Rolle spielen. Diesbezügliche Erkenntnisse stammen jedoch meist aus querschnittlichen Untersuchungen mit sensorisch minimal beeinträchtigten älteren Personen des dritten Lebensalters.

Materialien/Methoden: Die vorliegende Studie überprüft, basierend auf dem Projekt SENSO-AGE, die Kausalrichtung zwischen PA und AK in einer funktionell heterogenen Stichprobe von 168 hochaltrigen Personen, die durchschnittlich nach vier Jahren zum zweiten Mal untersucht wurden (Durchschnittsalter zu t₂: 85,68 Jahre; nur im Privathaushalt lebende Personen ohne eine kognitive Beeinträchtigung zu t₁ und t₂). AK mit einer Skala zur Messung der außerhäuslichen funktionellen Kompetenz in ADL/IADL, PA wurde mit dem Positive And Negative Affect Schedule (PANAS) sowie Assimilation und Akkommodation durch die Brandstädter'schen Skalen hartnäckige Zielverfolgung (HZV) und flexible Zielanpassung (FZA) erfasst.

Ergebnisse: Mittels einer »cross lagged panel«-Analyse bestätigte sich deutlich die in der bisherigen Forschung berichtete Auswirkung der AK auf den PA. Für die umgekehrte Wirkrichtung ließen sich keine Hinweise finden. HZV ging eher mit PA einher, hingegen lediglich FZA mit AK.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass Interventionen, die sowohl auf die AK als auch auf Selbstregulation abzielen, zur Aufrechterhaltung einer positiven Stimmung – auch bei sensorisch beeinträchtigten Menschen – im sehr hohen Alter beitragen können und somit indirekt die Auftretenswahrscheinlichkeit einer depressiven Symptomatik begrenzen können.

DER »BEWEGTE FLUR« DER LVR-KLINIK KÖLN – GEZIELTE KÖRPERLICHE AKTIVIERUNG IN DER VOLL- UND TEILSTATIONÄREN GERONTOPSYCHIATRIE

Tim Fleiner

LVR-Klinik Köln für Gerontopsychiatrie; Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie

Zielsetzung/Fragestellung: Ziel ist es, einen Anreiz zur selbstständigen zielgerichteten körperlichen Aktivierung von Patienten der Gerontopsychiatrie zu geben – unabhängig von Anwesenheit durch Sporttherapeut oder Physiotherapeut.

Materialien/Methoden: Implementierung eines bewegten Flures an zwei gerontopsychiatrischen Tageskliniken und einer gerontopsychiatrischen Klinik: 6 Plakate mit Übungen für Patienten der Gerontopsychiatrie; 1 Einführungsplakat – passende Didaktik und Darstellung durch Bildmaterial. Sicherheitsaspekte/Hinweise auf Einführungspapier.

Ergebnisse: Die öffentlichkeitswirksame Einführung des bewegten Flures führte zu Offenheit und Weiterverbreitung seitens des Personals. Die Patienten nehmen das Angebot gut an und werden bei Fragen durch das Pflegepersonal vor Ort unterstützt.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die reibungslose Implementierung und ersten positiven Ergebnisse weisen auf eine gute Machbarkeit eines bewegten Flures hin. Dem Wunsch seitens der Patienten nach einem passenden Heimprogramm wird nachgegangen. Die Übungen werden in Flyer oder Leporello-Form zusammengestellt. Eine Erweiterung auf den stationären Bereich ist geplant.

ERGODEM – EFFEKTIVITÄT EINER INDIVIDUELLEN ERGOTHERAPIE IM HÄUSLICHEN SETTING BEI DEMENZPATIENTEN

Antje Gerner¹, Kira Marschner¹, Shirin Meyer¹, Luisa Jurjanz¹, Matthias Schützwohl¹, Thomas Reuster², Thomas Kallert³, Thomas Becker³, Vjera Holthoff³

¹Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

²Städtisches Klinikum Görlitz

³Park-Krankenhaus Leipzig

⁴Bezirkskrankenhaus Günzburg

Zielsetzung/Fragestellung: Demenzerkrankungen stellen Betroffene und deren pflegende Angehörige vor immense Herausforderungen im Alltag. Aufgrund des individuell verschiedenen Ansprechens auf die als Behandlungsstandard geltende Pharmakotherapie mit Antidementiva gewinnen nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten zunehmend an Bedeutung. Insbesondere ergotherapeutische Interventionen lassen hierbei positive Effekte hinsichtlich der Alltagsaktivitäten erkennen. Die ERGODEM-Studie verfolgte das Ziel der Evaluation einer klientenzentrierten Ergotherapie im häuslichen Setting bei Patienten mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz.

Materialien/Methoden: In die multizentrische Studie (Dresden, Leipzig, Günzburg) im RCT-Design wurden insgesamt 160 Patienten eingeschlossen und bei Indikation entsprechend der Leitlinien (DGN & DGPPN) pharmakotherapeutisch behandelt. Zusätzlich erhielt die Interventionsgruppe eine individualisierte, an

den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten ausgerichtete ergotherapeutische Behandlung auf der Grundlage des Canadian Model of Occupational Performance (CMOP; CAOT, 1997) über einen Zeitraum von sechs Wochen (12 Einheiten) und unter Einbeziehung des pflegenden Angehörigen. Die Studienteilnehmer wurden an vier Erhebungszeitpunkten untersucht – mit der letzten Nacherhebung sechs Monate nach Interventionsende bzw. einem korrespondierenden Zeitraum in der Kontrollgruppe. Die »intention to treat«-basierten Auswertungen erfolgten in einem mehrfaktoriellen linearen Modell mit autoregressiver Kovarianzstruktur für korrelierte Beobachtungen unter Einschluss der Designfaktoren, des jeweiligen Ausgangswertes sowie Wechselwirkungstermen.

Ergebnisse: Hinsichtlich der Alltagsaktivitäten (ADCS-ADL) ergab sich ein signifikanter Interaktionseffekt ($p < 0,0001$), der auf die positive Wirksamkeit der zusätzlich zur leitliniengerechten Behandlung implementierten ergotherapeutischen Intervention weist. Die Alltagskompetenz zeigte in der Interventionsgruppe bis zu drei Monate nach Beendigung der ergotherapeutischen Behandlung einen stabilen Verlauf und unterschied sich auch sechs Monate nach Therapieende signifikant von der Kontrollgruppe. Auch im Hinblick auf das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten (NPI) ergab sich ein signifikanter Interaktionseffekt ($p = 0,0004$). Die Patienten der Interventionsgruppe wiesen bis zu drei Monate nach Beendigung der häuslichen Ergotherapie ein signifikant geringeres Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten als die Patienten in der Kontrollgruppe auf. Nach weiteren drei Monaten glichen sich die zwei Gruppen wieder an.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Insgesamt weisen die Ergebnisse einen positiven Effekt der ergotherapeutischen Intervention bei demenziell erkrankten Menschen nach. Entsprechend der aufgezeigten Wirksamkeit sollte die individuelle Ergotherapie im häuslichen Umfeld als fester nichtpharmakologischer Bestandteil in die Therapieplanung von Demenzpatienten aufgenommen werden.

DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN LIQUOR-MARKERN UND KOGNITION BEI PATIENTEN MIT DEMENZ VOM ALZHEIMER-TYP

Michael Guhra, Christine Thomas, Stefan Kreisel, Sebastian Bödeker, Max Toepper

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

Zielsetzung/Fragestellung: Die Frühdiagnostik der Demenz bei Alzheimer-Krankheit (DAT) beinhaltet unterschiedliche Bausteine. Neben Anamnese und bildgebender Diagnostik gehören eine ausführliche neuropsychologische Testung und – zumindest in unsicheren Fällen – eine demenzspezifische Liquor-Diagnostik zum Repertoire. Letztere bedarf einer Lumbalpunktion, also einer invasiven Diagnostik, die zumeist mit einem stationären Aufenthalt verbunden ist. In dieser Studie wird daher der Frage nachgegangen, inwieweit bestimmte kognitive Leistungen die Ausprägung bestimmter Liquor-Marker und damit die Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden DAT vorhersagen können.

Materialien/Methoden: Zu diesem Zweck wurden die Liquor- und neuropsychologischen Daten von DAT-Patienten retrospektiv analysiert, die sich in den vergangenen drei Jahren in der Gedächtnissprechstunde des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld in ambulanter Behandlung befanden. Die neuropsychologische Testbatterie bestand aus Teilen der CERAD, dem VLMT und einer Auswahl von Untertests aus gängigen Demenz-Screening-Instrumenten. Die demenzspezifische Liquordiagnostik beinhaltete Gesamt-TAU, Phospho-TAU und Amyloid β_{1-42} .

Ergebnisse: Es fanden sich signifikante Korrelationen zwischen der Anzahl falsch-positiver Antworten bei der Wiedererkennungsaufgabe des VLMTs und der Gesamt-TAU-Konzentration sowie zwischen dem Untertest Zahlen Umwandeln aus dem DemTect und der Amyloid β_{1-42} -Konzentration.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass pathologische Veränderungen im medialen Temporallappen am Beginn der Erkrankung – repräsentiert durch eine erhöhte Gesamt-TAU-Konzentration – zu episodischen Gedächtnisdefiziten führen, während Amyloidplaques bereits früh im Verlauf der DAT ubiquitär zu finden und daher eher mit globalen (hier frontalen) kognitiven Defiziten assoziiert sind. Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der aktuellen Theorien zum zeitlichen Verlauf der DAT und ihrer Biomarker diskutiert.

DEUTSCHE ADAPTION DER RESSOURCES TO ENHANCE ALZHEIMER'S CAREGIVER HEALTH - DeREACH

Stephanie Heinrich¹, Martin Berwig¹, Hermann-Josef Gertz¹, Elmar Brähler²

¹Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Leipzig

²Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

Zielsetzung/Fragestellung: Die Versorgung eines Menschen mit Demenz ist mit enormen persönlichen Einschränkungen verbunden, weshalb pflegende Angehörige von demenzkranken Menschen ein höheres Belastungsniveau als Pflegende von körperlich gebrechlichen, älteren Personen zeigen. In den USA wurden daher in einem sehr umfassenden Programm Interventionen zur Unterstützung pflegender Angehöriger von demenziell erkrankten Menschen erprobt und evaluiert: Resources to Enhance Alzheimer's Caregiver Health (REACH II). Trotz seiner Vorzüge und nachgewiesenen Effektivität ist das REACH-Programm bisher im deutschsprachigen Raum nicht zur Anwendung gebracht worden. Ziel der Untersuchung ist die Adaption des REACH-Verfahrens und Implementierung sowie Evaluation in Leipzig.

Materialien/Methoden: Die Untersuchung ist als randomisierte, kontrollierte Studie angelegt. Die Effektivität des adaptierten Programms soll anhand der Belastung der pflegenden Angehörigen nachgewiesen werden (Zarit Burden Interview).

Vorgehen: Die Intervention DeREACH beinhaltet 12 Sitzungen, 9 werden als Hausbesuch und 3 telefonisch durchgeführt. Zu Interventionsbeginn erfolgt eine individuelle Risikobewertung der pflegenden Angehörigen in den Bereichen Depression, Belastung, Selbstfürsorge und Gesundheitsverhalten, herausfordernde Verhaltensweisen des Erkrankten, soziale Unterstützung und Sicherheit. Auf der Grundlage der Risikobewertung werden die jeweiligen Behandlungsstrategien in den Sitzungen ausgewählt. In die Untersuchung eingeschlossen werden 154 pflegende Angehörige demenziell erkrankter Menschen und randomisiert einer Interventions- und Kontrollgruppe zugeteilt.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Es ist davon auszugehen, dass durch die Implementierung im Vergleich zur Regelversorgung die Belastung der pflegenden Angehörigen gesenkt wird. Positive Effekte werden außerdem in Bezug auf Depressivität und Somatisierung sowie gesundheitsbezogene Lebensqualität und soziale Unterstützung der pflegenden Angehörigen erwartet.

SUIZIDVERSUCHSNACHSORGE BEI ÄLTEREN MENSCHEN – DAS SUVENA-Projekt

Ines Kirchberg, Lena Schröder, Tillmann Supprian

Abteilung Gerontopsychiatrie, LVR Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Zielsetzung/Fragestellung: In der Studie werden gerontopsychiatrische Patienten, die nach einem Suizidversuch im LVR Klinikum Düsseldorf stationär behandelt werden, nach ihrer Entlassung aus der stationären/teilstationären Behandlung in Form einer psychologischen »Nachsorge« weiter betreut.

Ziel der Studie ist es herauszufinden, ob sich Änderungen an den Lebensumständen der Patienten nach dem SV einstellen und wie sich die subjektive Befindlichkeit in einem längeren Zeitraum nach dem SV entwickelt. Insbesondere interessiert uns die Verarbeitung des SV in der Interaktion mit Angehörigen, sofern diese vorhanden sind. Des Weiteren stellt sich die Frage, in welcher Form eine Weiterbehandlung im Anschluss an den stationären Aufenthalt stattfindet und ob die Patienten subjektiv von niedrigfrequenten Kontakten zu den zuvor stationär behandelnden Psychologen profitieren.

Materialien/Methoden: Patienten, die nach einem SV in der Abt. f. Gerontopsychiatrie des LVR-Klinikums Düsseldorf aufgenommen werden, nehmen nach Aufklärung und Einwilligung neben der Regelbehandlung an einer diagnostischen Untersuchung (BDI-II, MADRS; MILVA; MMST) teil. Nach der Entlassung werden drei Nachsorgespräche (nach 6 Wochen, 6 Monaten und 12 Monaten) mit dem Bezugstherapeuten geführt. In diesen Gesprächen sollen das aktuelle Befinden, Kontakt zu professioneller Hilfe, die Lebensumstände und Veränderungen sowie die Verarbeitung des SV auf Seiten der Angehörigen eruiert werden. Zusätzlich werden die testdiagnostischen Untersuchungen erneut abgenommen.

Ergebnisse: Nach Ablauf der 12 Monate soll anhand der durchgeführten Testungen untersucht werden, ob es zwischen Vor- und Nachmessung signifikante Unterschiede gibt. Es soll herausgefunden werden, welche Einflussfaktoren Effekte (z. B. Wohnraumveränderung, Aufbau von Aktivitäten, Kontaktaufbau) auf die Stimmung haben. Ferner soll untersucht werden, ob die Patienten subjektiv von den Nachsorgegesprächen und der damit verbundenen Anbindung an ein Hilfenetz profitieren. Die Studie befindet sich noch in der Einschussphase, bisher liegen noch keine endgültigen Ergebnisse vor.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Das Nachsorgeprojekt für Patienten nach einem SV könnte weiter ausgebaut werden und standardisiert für Patienten nach einem SV angeboten werden. Hierdurch könnte das Risiko eines erneuten SV minimiert werden. Das Projekt stellt somit eine Maßnahme der Tertiärprävention dar. Nach Identifizierung möglicher positiver Einflussfaktoren auf die Stimmung von Patienten könnte in Zukunft außerdem versucht werden, diese Faktoren gezielt in Behandlungskonzepten von Patienten nach einem SV zu integrieren.

BESTANDSAUFNAHME ZU VERSORGUNGSDEFIZITEN UND VERSORGUNGSMANAGEMENTPROGRAMMEN BEI ALZHEIMER-DEMENTZ IN DEUTSCHLAND

Lasse Korff, Lennart Weegen, Sarah Mostardt, Sonja Ivancevic, Jürgen Wasem, Anke Walendzik

Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Essen

Zielsetzung/Fragestellung: Die Versorgung chronisch Kranker im deutschen Gesundheitswesen gilt als defizitär. Angesichts von Über-, Unter- und Fehlversorgung werden hier noch Effizienzreserven gesehen, die es zu heben gilt. Der Gesetzgeber hat in den

letzten 20 Jahren mit der Einführung von neuen Versorgungsformen sukzessive für Kostenträger und Leistungserbringer die Möglichkeit geschaffen, die Versorgung, insbesondere chronisch Kranker, im Rahmen von Versorgungsmanagementprogrammen zu verbessern. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels wird eine starke Zunahme an Demenzerkrankungen prognostiziert. Während derzeit ca. 1,1 Mio. Demenzerkrankte in Deutschland leben, wird die Anzahl auf voraussichtlich 2,6 Mio. Erkrankte im Jahr 2050 steigen. Die Alzheimer-Demenz stellt dabei die häufigste Form bei Demenzerkrankungen dar. Vor diesem Hintergrund ist es Ziel der Studie, für die Indikation Alzheimer-Demenz zu untersuchen, welche Defizite in der Versorgung betroffener Personen bestehen und inwieweit Versorgungsmanagementprogramme existieren, die solche Versorgungsdefizite adressieren.

Materialien/Methoden: Eingang wurde eine systematische Literaturrecherche zu Versorgungsdefiziten und Versorgungsmanagementprogrammen für die Indikation Alzheimer-Demenz in den medizinischen Datenbanken Embase und Scopus durchgeführt. Diese Suche wurde anschließend um eine teilsystematische Literaturrecherche im Internet ergänzt. Ferner wurden die Existenz und die inhaltliche Ausgestaltung von Versorgungsmanagementprogrammen bei den 40 größten gesetzlichen Krankenkassen (Versichertenabdeckung >90%) mittels eines standardisierten Fragebogens abgefragt. Derzeit werden Experteninterviews zu Versorgungsdefiziten mit Vertretern von Leistungserbringerverbänden, medizinischen Fachgesellschaften und Krankenkassen sowie mit Patientenvertretern und weiteren Entscheidungsträgern des Gesundheitswesens durchgeführt. Die Auswertung der empirischen Analysen wird in anonymisierter Form erfolgen.

Ergebnisse: Bisher liegen die Ergebnisse der systematischen und teilsystematischen Literaturrecherchen vor. Bei der Indikation Alzheimer-Demenz fanden sich u. a. Defizite struktureller Art. In diesem Kontext ist z. B. ein Mangel an speziellen Einrichtungen für Diagnose und Therapie (Gedächtnisambulanzen/Memory Clinics) erkennbar. Zudem besteht ein Defizit in der vielfach verspätet gestellten Diagnose. Geriatriische und gerontopsychiatrische Wissenslücken beim Hausarzt führen dazu, dass dieses Erkrankungsbild bei einer Vielzahl an Demenzerkrankten übersehen wird. Bei der Alzheimer-Demenz wird im therapeutischen Bereich einerseits der unzureichende Einsatz spezifischer Arzneimittel, andererseits aber auch ein hohes Verschreibungsvolumen von Arzneimitteln ohne nachgewiesene Wirksamkeit bemängelt. Psychiatrische und neurologische Begleiterkrankungen werden vielfach inadäquat therapiert. Pflegeheime, in denen eine Vielzahl an Demenzerkrankten lebt, sind für deren Bedürfnisse häufig nicht angemessen eingerichtet. Derzeit erfolgt die Auswertung der Fragebögen, deren Rücklaufquote bei 67,5% liegt. Die Durchführung der Experteninterviews soll Ende Mai 2013 abgeschlossen sein.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Für die Indikation Alzheimer-Demenz werden in der Literatur zahlreiche Versorgungsdefizite genannt, sowohl struktureller Art als auch hinsichtlich Diagnose, Therapie und Pflege. Mittels der Experteninterviews soll nun zum einen überprüft werden, ob diese Defizite von den an der Versorgung Beteiligten in dieser Form bestätigt werden können, zum anderen soll diese empirische Datenerhebung zeigen, ob weitere Versorgungsdefizite existieren. Die Befragung der Krankenkassen zum Vorhandensein und zur Ausgestaltung von demenzspezifischen Versorgungsprogrammen soll einen aktuellen Überblick darüber geben, inwieweit sich die gesetzlichen Kostenträger den identifizierten Problemen annehmen.

ERGODEM – DER EFFEKT EINER KLIENTENZENTRIERTEN HÄUSLICHEN ERGOTHERAPIE BEI DEMENZERKRANKTEN AUF DAS BELASTUNGSERLEBEN UND DIE LEBENSQUALITÄT IHRER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN

Kira Marschner¹, Antje Gerner¹, Shirin Meyer¹, Luisa Jurjanz¹, Matthias Schützwohl¹, Thomas Reuster², Thomas Kallert³, Thomas Becker⁴, Vjera Holthoff¹

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

²Städtisches Klinikum Görlitz

³Park-Krankenhaus Leipzig

⁴Bezirkskrankenhaus Günzburg

Zielsetzung/Fragestellung: Obwohl der überwiegende Anteil der Demenzpatienten zu Hause gepflegt wird und die internationale Studienlage auf die Effektivität individualisierter ergotherapeutischer Interventionsansätze für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen hinweist, stehen in Deutschland bislang keine evidenzbasierten Empfehlungen für individualisierte Behandlungskonzepte im häuslichen Setting zur Verfügung. Vor dem Hintergrund der außergewöhnlichen Belastungen, mit denen Angehörige durch die Pflege eines demenzerkrankten Familienmitglieds konfrontiert sind, wird die Fragestellung untersucht, welchen Einfluss die für Patienten effektive ERGODEM-Intervention auf das Belastungserleben und die Lebensqualität ihrer pflegenden Angehörigen hat.

Materialien/Methoden: Die multizentrische ERGODEM-Studie (Dresden, Leipzig, Günzburg) untersuchte mit einem randomisiert-kontrollierten Untersuchungsdesign die Wirksamkeit einer optimierten Ergotherapie im häuslichen Setting bei Demenzerkrankten unter Einbeziehung ihrer pflegenden Angehörigen im Vergleich zu einer TAU-Behandlung (treatment-as-usual). 160 Patienten mit einer leicht- bis mittelgradigen Demenzerkrankung und ihre pflegenden Angehörigen wurden in die Studie eingeschlossen und zu insgesamt vier Erhebungszeitpunkten untersucht. Alle Patienten wurden entsprechend der S3-Leitlinien pharmakotherapeutisch behandelt. Darüber hinaus erhielt die Interventionsgruppe unter Einbeziehung der pflegenden Angehörigen über einen Zeitraum von sechs Wochen eine individualisierte, an den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten ausgerichtete ergotherapeutische Behandlung auf der Grundlage des Canadian Model of Occupational Performance (CMOP; CAOT, 1997).

Die Auswertungen basieren auf einer Intention-to-treat-Analyse und erfolgen in einem mehrfaktoriellen linearen Modell mit autoregressiver Kovarianzstruktur für korrelierte Beobachtungen unter Einschluss der Designfaktoren, des jeweiligen Ausgangswertes sowie von Wechselwirkungstermen.

Ergebnisse: Für das durch Verhaltensauffälligkeiten der Demenzpatienten ausgelöste Belastungserleben pflegender Angehöriger (NPI) ergab sich ein signifikanter Treatment x Zeit-Interaktionseffekt ($p=0,0077$). Nach Ende der Intervention berichteten die Angehörigen der Interventionsgruppe eine statistisch signifikant geringere Belastung aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten als die Angehörigen der TAU-Gruppe ($p=0,0138$). Im weiteren Studienverlauf stieg die Angehörigenbelastung jedoch wieder an und unterschied sich dann weder signifikant vom Ausgangswert vor Interventionsbeginn noch im Vergleich zur TAU-Gruppe. Weiterhin zeigte sich ein signifikanter Treatment x Zeit-Interaktionseffekt auf der Skala »persönliche Weiterentwicklung« des BIZA-D ($p=0,0213$). Nach Ende der Intervention berichteten die Angehörigen der Interventionsgruppe eine signifikant höhere »persönliche Weiterentwicklung« als die Angehörigen der TAU-Gruppe ($p=0,01$). Im Vergleich zum

Ausgangswert blieb der Effekt innerhalb der ET-Gruppe bis zum 6-Monats-Follow-up stabil. Für die im Rahmen der ERGO-DEM-Studie erhobenen Skalen zur Lebensqualität pflegender Angehöriger von Demenzkranken (DQoL; QoL-AD) fanden sich demgegenüber keine signifikanten Effekte durch die Intervention.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der ERGO-DEM-Studie zeigen sowohl auf Patienten- als auch auf Angehörigenebene signifikante positive Effekte. Demnach sollte eine klientenzentrierte häusliche Ergotherapie als ergänzendes Therapieverfahren in die multiprofessionelle Behandlung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen integriert werden.

SILEXAN IST SICHER BEI EINGESCHRÄNKTER NIERENFUNKTION

Christian de Mey¹, Angelika Dienel²

¹Applied Clinical Pharmacology Services, Mainz-Castel

²Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Karlsruhe

Zielsetzung/Fragestellung: Silexan hat sich in klinischen Studien als wirksam bei der Behandlung von subsyndromalen Angststörungen erwiesen und ist in Deutschland für die Behandlung von Unruhezuständen bei ängstlicher Verstimmung zugelassen. In einer klinischen Studie gemäß geltenden Richtlinien wurde der Einfluss von schwerer Niereninsuffizienz auf pharmakokinetische Parameter und die Verträglichkeit von Silexan untersucht.

Methoden: In einer offenen, kontrollierten, monozentrischen Studie erhielten 12 Probanden (6 Frauen und 6 Männer) mit einem schweren Funktionsverlust der Niere (Kreatinin-Clearance von <30 ml/min/1,73m²) sowie 12 in Alter, Geschlecht und BMI vergleichbare gesunde Probanden (Kreatinin-Clearance von >90 ml/min/1,73m²) eine Einzeldosis von 80mg Silexan. Es wurde Blut zur Linaloolbestimmung über 12 Stunden nach Silexangabe gesammelt. Als Zielvariablen dienten AUC, C_{max} und t_{1/2}. Als klinisch relevante Veränderung wurde eine mehr als doppelt so große Bioverfügbarkeit (AUC) oder eine mehr als doppelt so große maximale Konzentration (C_{max}) angesehen. Diese Grenzen wurden vorab festgelegt.

Ergebnisse: Die Zeitverläufe der Plasmakonzentrationen zeigten ausgeprägte interindividuelle Unterschiede in beiden Gruppen. Die maximale Plasmakonzentration (C_{max}) war im Vergleich zu gesunden Probanden im Mittel 1,34-fach höher, die Fläche unter der Konzentrations-Zeit-Kurve (AUC) 1,96-fach erhöht. Somit wurden die Grenzen zur Annahme eines klinisch relevanten Effektes nicht überschritten. Die mittlere Halbwertszeit (t_{1/2}) verlängerte sich um 2,3 Stunden. Die Einzelgabe wurde von allen Probanden sehr gut vertragen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Bei Patienten mit hochgradig eingeschränkter Nierenfunktion ist keine Dosisanpassung notwendig. Silexan erwies sich auch bei diesem speziellen Patientenkollektiv als sehr gut verträglich.

RESPEKTVOLLE BEGEGNUNG IN DER GERONTOPSYCHIATRIE, WAHLMÖGLICHKEITEN UND FERTIGKEITEN IN DEN VERBALEN UND PHYSISCHEN INTERVENTIONEN

Leo Regeer

LEO Management Aggression Prävention

Zielsetzung/Fragestellung: Im Grunde zeigen alte Menschen ein gesundes Coping-Verhalten in einer von ihnen als unsicher oder feindselig erlebten Umgebung. Unser Coping-Verhalten ist eine sehr alte Funktion, die trotz eines fortschreitenden Alters lange unangetastet bleibt. Flucht- und Kampfverhalten sind aus dieser Sicht heraus sehr banal, darum lernen Sie, auf welche Art Sie

durch Distanz und Nähe Einfluss auf die Umgebung des alten Bewohners nehmen können.

Materialien/Methoden: Praxisorientierten Übungen von Teilnehmern.

Ergebnisse:

- Fähigkeiten zu erwerben, die bei Bewohnern mit Verhaltensproblemen angewandt werden können.
- Lernen, den Bewohnern mit leichter physischer Kontrolle in mehreren ATL-Situationen respektvoll zu begegnen und sie zu mobilisieren.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Sie lernen nach unserer RADAR-Methode Regeer, die Möglichkeiten gegenüber dem Bewohner in ATL-Situationen respektvoll anzuwenden, wie z. B. bei der Ankleidehilfe, der Begleitung bei Mahlzeiten, aber auch bei dem Entfernen von Gegenständen unter sanfter Kontrolle. Abschließend lernen Sie nach unserer Kontrolle & Physische Beherrschung (CFB)-Methode bestimmte Haltetechniken, um mit Ihrem Bewohner sicher und doch aus nächster Nähe Aktivitäten unternehmen zu können.

EIN PFLEGERISCHER ANSATZ FÜR PATIENTEN MIT DELIRIUM (POSTOPERATIVES DELIRIUM BEI ÄLTEREN MENSCHEN)

Ekkehard Schlauß, Albert Diefenbacher, Björn Kruse, Torsten Kratz

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Etablierung eines clinical pathway durch Liaisonpflege im Rahmen der Prävention und Behandlung von Delir älterer Patienten auf Chirurgischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus.

Das Delir bei älteren Patienten im Allgemeinkrankenhaus ist ein Problem, das häufig in der täglichen klinischen Praxis auftritt. Wir wollten wissen, ob die Anwendung nichtpharmakologischer Interventionen durch qualifiziertes Pflegepersonal (Delirspezialisten) zu einer Verringerung der Inzidenz von postoperativen Delirien führt.

Materialien/Methoden: 2-Jahres-Studie (2011–2012): einjährige Nichtinterventionsphase (»Prävalenz-Phase«), in der wir die Häufigkeit des Delirs auf zwei chirurgischen Stationen dokumentiert haben, gefolgt von einer einjährigen Interventionsphase auf einer der beiden chirurgischen Stationen. Die andere chirurgische Station war Kontrollstation.

Die Interventionen, die verwendet wurden, waren Nichtpharmakologische, wie z.B. beschrieben im Hospital Elder Life Program (HELP).

Ergebnisse: Wir präsentieren qualitative Daten aus unserer empirischen Untersuchung und geben anhand von zwei Fällen Antworten auf folgende Fragestellungen:

- Wer kann ein Delir von einer Demenz unterscheiden?
- Wie kann es differenziert werden, und wer beobachtet die klinischen Anzeichen?
- Wer hat die Zeit, diese Beobachtungen zu machen – haben Krankenschwestern die notwendige Kompetenz?

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Wir diskutieren folgende Thesen zu den nichtpharmakologischen Interventionen in unserer Studie:

- Das Pflegepersonal verfügt über eine Kernkompetenz sowohl beim Erkennen des Delirs als auch bei der nichtpharmakologischen Prävention und Behandlung des Delirs.
- Eine patientenorientierte Prävention und Behandlung des Delirs setzt eine interprofessionelle Herangehensweise voraus.
- Die nichtpharmakologischen Interventionen sind ein Multi-Compound-Ansatz. D.h. die Pflege kann hiermit einen Zusatznutzen für die Delirprävention und Delirbehandlung für die eigene Berufsgruppe verbuchen.

- Spezielle Delirstationen sollten pflegerisch geleitet werden, und Fachärzte sollten konsiliarisch hinzugezogen werden.
- Schnelle und zielgerichtete nichtpharmakologische Interventionen beeinflussen den Verlauf des Delirs. Dies gilt sowohl für die Dauer und Intensität als auch für Folgen des Delirs.
- Der Einsatz von Delirspezialisten und die Implementierung von clinical pathways auf einer chirurgischen Station senken das postoperative/stationäre Delirrisiko.

DEMENZGERECHTE VERSORGUNG IM KRANKENHAUS – ENTWICKLUNG, UMSETZUNG UND GESUNDHEITSÖKONOMISCHE EVALUATION EINES KONZEPTEES ZUR DEMENZGERECHTEN VERSORGUNG VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN IM KRANKENHAUS

Anja Siegle, Karin Motzet, Annette Riedel, Reinhold Wolke
Hochschule Esslingen

Relevanz: Bei 10–12% aller im Krankenhaus behandelten Personen ist davon auszugehen, dass sie neben ihrer Einweisungsdiagnose zusätzlich eine Demenz aufweisen (vgl. Pinkert, Holle 2012). Da der Altersdurchschnitt auf geriatrischen Stationen besonders hoch ist, ist dort mit einer höheren Prävalenz an kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten zu rechnen. Für die betroffenen Menschen stellt ein Krankenhausaufenthalt oft eine erhebliche Belastung dar, was dazu führt, dass sie ein durchschnittlich schlechteres Outcome haben (vgl. Pinkert, Holle 2012). Zugleich erlebt das Krankenhauspersonal seinerseits eine besondere Beanspruchung durch kognitiv eingeschränkte Patientinnen und Patienten (vgl. Holle et al. 2011). In diesem Zusammenhang wird der Bedarf an unterstützenden Konzepten zur Versorgung von kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus deutlich.

Zielsetzung: Ziel des Forschungsprojektes ist es, für kognitiv eingeschränkte Patientinnen und Patienten im Krankenhaus eine verbesserte, demenzgerechte Versorgungssituation zu schaffen und zugleich die Belastungen des Pflegepersonals zu senken.

Methodik: In einem interdisziplinären Team wird auf einer Geriatrischen Traumatologie im Bottom-up-Verfahren ein Konzept zur besseren Versorgung von kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten entwickelt, implementiert und evaluiert (vgl. Riedel, Lehmeier, Elsbernd 2013).

Die gesundheitsökonomische Evaluation des Konzeptes erfolgt mittels einer Vorher-Nachher-Analyse. Dazu werden patientenbezogene, organisatorische und ökonomische Daten zu Beginn des Projekts (t₀) und nach Einführung des neu entstandenen Konzeptes (t₁) erhoben. Neben Wirkungsanalysen werden zur ökonomischen Bewertung eine Kosten-Nutzen-Analyse, Kosten-Nutzwert-Analysen und Kosten-Wirksamkeits-Analysen erstellt (vgl. Wolke, Allgeier 2012).

Ergebnisse: Seit 1.2.2013 läuft die Datenerhebung t₀. Wir werden Ihnen die dazu verwendeten Instrumente und unser Vorgehen vorstellen sowie erste Erfahrungen der Datenerhebung darstellen.

DEMENZ-KOMPETENZZENTRUM RHEINLAND ALS MODELLPROJEKT FÜR KOORDINATION, TRANSFER UND INNOVATION BEI DER BEHANDLUNG DEMENZKRANKER MENSCHEN

Ulrich Sprick¹, Martin Köhne¹, Barbara Rehbock²

¹Ambulantes Zentrum und Tageskliniken St. Alexius/St. Josef KH Neuss, St. Augustinuskliniken, Neuss

²Unternehmensentwicklung SAJK Neuss

Zielsetzung/Fragestellung: Das Demenz-Kompetenzzentrum Rheinland (DKR) soll als überregionales Modell im Rhein-Kreis Neuss

spartenübergreifend die praktische Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen mit Integration folgender Elemente verbessern:

- **Koordination:** optimierte Koordination von praktischen Hilfen und Beratungen.
- **Multiplikatorfunktion:** Sammeln relevanter Informationen aus den verschiedenen Sparten des Gesundheitswesens (Pflege, psychologische Kognitionstrainings, psychiatrische Therapie, soziale Dienstleistungen, Evaluation und Weitergabe über Schulungen.
- **Schrittmacherfunktion:** Entwicklung neuer Lösungen und Antworten bei der Beratung, Betreuung, Begleitung, **Versorgung** sowie der Pflege dementer Menschen, deren Familien, Ehrenamtlichen und betroffenen Berufsgruppen.
- **Innovations- und Erprobungsfunktion:** Erprobung laufender innovativer Technologien, (innen-)architektonischer und baulicher Lösungen, Evaluation neuer diagnostischer und therapeutischer Methoden und Konzepte.
- **Optimierungsfunktion:** übergreifende optimierte Verzahnung und Individualisierung von Angeboten verschiedener Anbieter von Selbsthilfen über ambulante bis zu stationären Hilfen in der Modellregion.

Materialien/Methoden:

- Beratungs- und Koordinierungsstelle an 24h/7 Tagen;
- Umfassende Internetplattform zum Thema Demenz;
- Schulungsangebote, Bibliothek und Forschungsmöglichkeiten;
- Niedrigschwellige ambulante Hilfsangebote;
- Ambulant betreutes Wohnen für leichte bis mittlere Demenzerkrankungen;
- Diagnostikzentrum (Memoryklinik);
- Gerontopsychiatrisches Zentrum mit Gerontopsychiatrischer Ambulanz und Tagesklinik;
- Tagesstrukturierende Angebote, Tagesstätte;
- Kurzzeitpflegeplätze;
- Behütete stationäre Pflegeplätze als Hausgemeinschaften.

Ergebnisse: Bauliche Konzeption:

- Projektträger sind die St. Augustinus-Kliniken gGmbH mit ihren vier Sparten;
- Ansiedlung des Projektes im bevölkerungsreichen Bundesland NRW in der Stadt Neuss.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Das Projekt befindet sich nach mehrjähriger Planung nunmehr in der Umsetzungsphase.

SCHLAFQUALITÄT VOR ELEKTIVER GELENKERSATZOPERATION UND DELIRRISIKO BEI ÄLTEREN MENSCHEN (STUDIE SCHLAF UND DELIR)

Oliver Todd, Lisa Gellrich, Stefan Kreisel, Christine Thomas
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bethel, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Zielsetzung/Fragestellung: Delir tritt häufig bei älteren Patienten auf, und die Ursache ist oft unbekannt. Ältere Patienten berichten oft über schlechten Schlaf oder Schlafstörungen während des Krankenhausaufenthaltes. Schlafdefizite lösen bereits bekannte Effekte auf kognitive Funktion, Immunsystem und Laune aus. Schlechter Schlaf ist oft mit Delir verbunden, aber noch ist nicht klar, ob als Ursache oder als begleitender Effekt. Es existieren viele Behandlungen, sowohl medikamentös als auch nichtmedikamentös, um den Schlaf zu verbessern.

Materialien/Methoden: Das Ziel ist, 200 Patienten mit elektiven Gelenkersatzoperationen aufzunehmen. Diese Patientengruppe mit ihrer erhöhten Inzidenz von Delir kann als humanes Modell angesehen werden. Wir werden mit validierten Fragebögen und Aktigraphie den Schlaf vor den Operationen beurteilen und

Referenten

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

Al-Hashimy, Synan
Röpersberg Klinik Ratzeburg
Alzheimer Therapiezentrum Ratzeburg
Schmilauer Str. 108, 23909 Ratzeburg

Arnim, Christine von, Prof. Dr. med.
Klinik für Neurologie
Universitätsklinikum Ulm
Oberer Eselsberg 45, 89081 Ulm

Baumgarte, Beate, Dr. med.
KKH Gummersbach-Marienheide
Wilhelm-Breckow-Allee 20, 51643 Gum-
mersbach

Benninghoff, Jens, PD Dr. med.
Gerontopsychiatrisches Zentrum
Kliniken und Institut der Universität Duis-
burg-Essen
Wickenburgstr. 23, 45147 Essen

Beyerle, Martin
minds & makers –Agentur für Service
Design und Soziale Innovationen
Gutenbergstraße 17, 50823 Köln

**Bjerregaard, Frederike, Psychologin
M.Sc.**
Universitätsklinikum Freiburg
Neurogeriatrie- u. Memory-Ambulanz
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
(ZGGF)
Lehenerstr. 88, 79106 Freiburg

Bodatsch, Jelena
LVR-Kliniken Essen
Akademisches Lehrkrankenhaus der Uni-
versität Köln
Adamsstr. 12, 51063 Köln

Bonhage, Christiane, Dr. med.
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
Abteilung für Psychiatrie und Psycho-
therapie
Gerhard Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke

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

Cieplinska-Legge, Ewa
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Bethel
Haus Gilead III
Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld

**Deterding, Dorothee-Tamara, Dipl.-So-
zialpädagogin**
IfaS – Institut für angewandte Sozialwis-
senschaften
Zentrum für kooperative Forschung an der
DHBW Stuttgart
Herdweg 29/31, 70174 Stuttgart

**Diehl, Rolf R., Prof. Dr. rer. nat., Dipl.-
Psych.**
Alfried Krupp Krankenhaus Rüttenscheid
Alfried-Krupp-Straße 21, 45131 Essen

Drach, Lutz M., Dr. med.
C.F. Flemming-Klinik Helios-Kliniken-
Schwerin
Wismarsche Straße 393, 19049 Schwerin

Drapaniotis, Philipp, B.sc.
Universität Heidelberg
Bergheimer Straße 20, 69115 Heidelberg

Drzezga, Alexander, Prof. Dr. med.
Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin
Universität zu Köln
Kerpener Str. 62, 50937 Köln

Dybowski, Sandra, Dr.
Bundesministerium für Gesundheit
Referat Sucht und Drogen (124)
Heilsbachstr. 18, 53123 Bonn

Fehrenbach, Rosa Adelinde, Dr. med.
SHG-Kliniken Sonnenberg
Gerontopsychiatrische Klinik
Sonnenbergstr. 10, 66119 Saarbrücken

Feierabend, Anke
Weststraße 8 E, 29640 Schneverdingen

**Fleiner, Tim J., Diplom-Physiotherapeut
(FH)**
LVR-Klinik Köln für Gerontopsychiatrie
Deutsche Sporthochschule Köln
Institut für Bewegungs- und Sportgeronto-
logie
Wiener Weg 4, 50858 Köln

Frohnhofen, Helmut, Dr. med.
Kliniken Essen Mitte
Am Deimelsberg 34a, 45276 Essen

Gerner, Antje, Dipl.-Psych.
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

Godemann, Frank, PD Dr. med.
Facharzt für Psychiatrie und Psycho-
therapie
St. Joseph Krankenhaus Berlin-Weißensee
Gartenstraße 1, 13088 Berlin

Görgen, Thomas, Prof. Dr.
Deutsche Hochschule der Polizei
Zum Roten Berge 18-24, 48165 Münster

Gröning, Katharina, Prof. Dr.
Universität Bielefeld
Postfach 100131, 33501 Bielefeld

Gruber, Oliver, Prof. Dr.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Göttingen
von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen

Gubra, Michael
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Bethel
Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld

Hein, Birgit, Prof. Dr.
Duale Hochschule Baden-Württemberg
Fakultät Sozialwesen
Herdweg 29/31, 70174 Stuttgart

**Heinrich, Stephanie, Diplom Pflege und
Gesundheitswissenschaftlerin**
Universität Leipzig
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Sammelweisstr. 10, 04103 Leipzig

Heißler, Matthias, Dr. med.
Johanniter Krankenhaus Geesthacht
Am Runden Berge 3, 21502 Geesthacht

Hirsch, Rolf D., Prof. Dr. phil. Dr. med.
Ermekeilstr. 36, 53113 Bonn

Hüll, Michael, Prof. Dr. med.
Universitätsklinikum Freiburg
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Freiburg
Lehenerstr. 88, 79106 Freiburg

Johannes, Susanne
Alfried Krupp Krankenhaus Essen
Rüttenscheid
Alfried-Krupp-Straße 21, 45131 Essen

Jonas, Benjamin, Dipl.-Psych.
Delphi Gesellschaft mbH
Kaiserdamm 8, 14057 Berlin

Kaleve, Christina
Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V.
Postfach 1366, 51657 Wiehl

- Kammer, Silke**
Musik auf Rädern – ambulante
Musiktherapie Bad Nauheim
Rödger Hauptstraße 30, 61231 Bad
Nauheim
- Kipp, Johannes, Dr. med.**
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie,
Klinikum Kassel
Felsengarten 9, 34225 Baunatal
- Kirchberg, Ines, Psychologin, MSc**
LVR Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
Abteilung Gerontopsychiatrie
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
- Kirchen-Peters, Sabine**
Institut für Sozialforschung und
Sozialwirtschaft
Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken
- Knips, Hans-Peter**
bpa – Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e. V.
Landesgeschäftsstelle Nordrhein-
Westfalen
Friedrichstraße 19, 40217 Düsseldorf
- Köhler, Kerstin, Dipl.-Geront., M.A.**
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative
Erkrankungen (DZNE)
Stockumer Straße 12, 58453, Witten
- Köhler, Leonore**
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative
Erkrankungen (DZNE) Rostock/Greifswald
Ellernholzstr. 1-2, 17489 Greifswald
- Koldrack, Philipp, Dipl.-Inf.**
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative
Erkrankungen (DZNE) Rostock/Greifswald
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock
- Korff, Lasse, Doktorand, M.A.**
Lehrstuhl für Medizinmanagement der
Universität Duisburg-Essen
Schützenbahn 70, 45127 Essen
- Kortus, Rainer**
Zentrum für Psychiatrie Klinikum Schloß
Winnenden
Schlossstr. 50, 71364 Winnenden
- Kriesten, Ursula**
Akademie Gesundheitswirtschaft und
Senioren AGewiS Oberbergischer Kreis
Amt für Weiterbildung und Studium
Steinmüllerallee 11, 51643 Gummersbach
- Kuhne, Conny**
Duale Hochschule Baden-Württemberg
Fakultät Sozialwesen
Herdweg 29/31, 70174 Stuttgart
- Laporte Uribe, Franziska, PhD in Heal.Sc.**
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative
Erkrankungen e. V. (DZNE) Standort
Witten
Arbeitsgruppe Implementierungs- und
Disseminationsforschung
Stockumer Str. 12, 58453 Witten
- Lehfeld, Hartmut, Dipl. Psych., Dr. phil.**
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Gedächtnissprechstunde
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1, 90419
Nürnberg
- Lembach, Yvonne, Dipl. Psych.**
Institut für Studien zur Psychischen
Gesundheit (ISPG)
Friedrichsplatz 12, 68165 Mannheim
- Lützu-Hohlbein, Heike von**
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.
Selbsthilfe Demenz
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin
- Marschner, Kira, Dipl.-Psych.**
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an
der Technischen Universität Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
- Meißnest, Bernd, Dr.**
Klinik für Gerontopsychiatrie und
Psychotherapie LWL-Klinikum Gütersloh
Psychiatrie – Psychotherapie –
Psychosomatische Medizin –
Neurologie – Innere Medizin
Kooperationspartner der Universität
Bielefeld
Buxelstr. 50, 33334 Gütersloh
- Mey, Christian de, PD Dr. med.**
Applied Clinical Pharmacology Services
Philippsring 11, 55252 Mainz-Kastel
- Meyer, Shirin, Dr. med.**
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Uniklinikum Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
- Montag, Thomas**
Uniklinik Köln
Zentrum für Palliativmedizin
Koordinierung LCP
Kerpener Str. 62, 50937 Köln
- Moritz, Susanne, Dipl.-Jur.**
Universität Regensburg
Universitätsstraße 31, 93040 Regensburg
- Müller-Thomsen, Tomas, Dr. med.**
Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie
Maria-Louisen-Straße 37, 22301 Hamburg
- Nehen, Hans-Georg, Prof. Dr. med.**
Klinik für Geriatrie
Geriatrie-Zentrum Haus Berge
Germaniastr. 3, 45356 Essen
- Noelle, Rüdiger, Diakon**
Fachhochschule der Diakonie
Grete-Reich-Weg 9, 33617 Bielefeld
- Nowak, Alexander, Dipl.-Psych.**
UKSH, Zentrum für Integrative Psychiatrie
– ZIP gGmbH
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Kiel
Niemannsweg 147, 24105 Kiel
- Peters, Meinolf, Prof. Dr. phil.**
Praxis für Psychoanalyse und
Psychotherapie
Schwanallee 48a, 35037 Marburg
- Pfeiffer, Andreas**
Deutscher Verband der Ergotherapeuten
Becker-Göring-Str. 26/1, 76307 Karlsbad-
Ittersbach
- Rapp, Michael, PD Dr. med.**
ASKLEPIOS Fachkliniken Brandenburg
GmbH
Klinik für Gerontopsychiatrie und
-psychotherapie
Anton-Saefkow-Allee 2, 14772
Brandenburg
- Regeer, Leo**
LEO Management Aggression Prävention
Landsmeerderdijk 21, NL-1035 PS
Amsterdam
- Riem, Sarwiga, Dr. med. MSc**
Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe
Zentrum für Alterstraumatologie
Diakonissenstr. 28, 76199 Karlsruhe
- Rohnstock, Katrin, Dipl. Germanistin**
Firma Rohnstock Biografien
Schönhauser Allee 12, 10119 Berlin
- Schäfer-Walkmann, Susanne, Prof. Dr.**
Duale Hochschule Baden-Württemberg,
Fakultät Sozialwesen
Herdweg 29/31, 70174 Stuttgart
- Schaller, Sandra, Dipl.-Sozialwirtin (Univ.)**
Interdisziplinäres Zentrum für Health
Technology Assessment (HTA) und Public
Health (IZPH) der Friedrich-Alexander-
Universität Erlangen-Nürnberg
Schwabachanlage 6, 91088 Erlangen
- Schlauff, Eckehard, Dipl.-Gerontologe**
Evangelisches Krankenhaus Herzberge
(KEH)
Abt. für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik im Bereich
Gerontopsychiatrie
Herzbergstraße 79, 10365 Berlin

IMPRESSUM

NEUROGERIATRIE

Sonderdruck aus 2/2013

ISSN 1613-0146 | 10. Jahrgang | Juni 2013

Verlag

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

Redaktion

Dr. Brigitte Bulau, Julia Schmidt
 Artikel, die mit den Namen oder den Initialen der
 Verfasser gekennzeichnet sind, geben nicht unbeding-
 t die Meinung der Schriftleitung wieder.

Marketing

Sonderproduktionen und Anzeigen:
 Dagmar Fernholz
 dagmar.fernholz@hippocampus.de
 Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 10.

Herstellung

Satz und Layout: Hippocampus Verlag
 Titelbild: www.iStockphoto.com
 Druck: TZ Verlag & Print GmbH, Roßdorf

Erscheinungsweise

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

Allgemeine Hinweise

Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Regularly listed in PSYINDEX, MEDIKAT, CCMed

© 2013 HIPPOCAMPUS VERLAG

Schmid-Furstoss, Ulrich, Dr. phil.
 Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Bethel
 Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld

Schmidt, Holger, Diplom-
 Gesundheitsökonom
 Zentrum für Palliativmedizin
 Universitätsklinikum Köln (AöR)
 Kerpener Str. 62, 50937 Köln

Schneider, Monika
 Agentur für Wohnkonzepte
 Gut Klosterhof
 Prämonstratenser Str. 53, 51069 Köln

Schuler, Matthias, PD Dr.
 Diakoniekrankenhaus Mannheim
 Leitung Geriatrie
 Speyerer Straße 91, 68163 Mannheim

Siegle, Anja, MA Pflegewissenschaft
 Hochschule Esslingen
 Flandernstr. 101, 73732 Esslingen

Sprick, Ulrich, Prof. Dr. Dr.
 St. Alexius-/St. Josef-Krankenhaus
 Ambulantes Zentrum und Tageskliniken
 Nordkanalallee 96, 41464 Neuss

Teimann, Sonia
 »Alten- und demenzfreundliche
 Stadträume«
 ARUS-Modellvorhaben der Universität
 Duisburg-Essen
 Profilschwerpunkt »Urbane Systeme«,
 Institut für Stadtplanung und Städtebau
 Universitätsstraße 2, 45141 Essen

Tenter, Jochen, Dr. med.
 Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau
 Abt. Gerontopsychiatrie
 Weingartshofer Straße 2, 88214
 Ravensburg

Terner, Brigitte
 Helios-Kliniken Schwerin
 Wismarsche Str. 393, 19049 Schwerin

Tesky, Valentina Antonia, Dipl.-Psych.,
 Dr. rer. med.
 Goethe-Universität Frankfurt am Main
 Institut für Allgemeinmedizin
 Arbeitsbereich Altersmedizin
 Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am
 Main

Theilig, Andreas, Dr. med.
 Alexianer Krankenhaus
 Klinik für Neurologie und Psychiatrie
 Alexianergraben 33, 52062 Aachen

Thomas, Christine, Dr. med.
 Ev. Krankenhaus Bielefeld
 Abt. für Gerontopsychiatrie
 Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld

Todd, Oliver
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Bethel
 Haus Gilead III
 Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld

Tüscher, Oliver, PD Dr. med.
 Universitätsmedizin der Johannes
 Gutenberg-Universität Mainz
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz

Ulbrecht, Gudrun, Diplomsoziologin, Dr.
 rer. biol. hum.
 Zentrum für Medizinische
 Versorgungsforschung
 Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen
 91054 Erlangen

Verhülsdonk, Sandra, MSc Gerontologie
 LVR-Klinikum Düsseldorf
 Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
 Institutsambulanz Gerontopsychiatrie
 Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf

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

Weber, Karsten, Prof. Dr. phil. habil.
 Lehrstuhl Allgemeine
 Technikwissenschaften
 Fakultät 1 – Mathematik,
 Naturwissenschaften und Informatik
 Brandenburgische Technische Universität
 Cottbus
 Postfach 101344, 03013 Cottbus

Wiltfang, Jens, Prof. Dr. med.
 LVR-Klinikum Essen und Universität
 Duisburg-Essen
 Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie
 Virchowstr. 174, 45174 Essen

Wurst, Friedrich M., Univ. Prof. Dr.
 Christian-Doppler-Klinik – Salzburger
 Landeskliniken
 Universitätsinstitut für Klinische
 Psychologie
 Universitätsklinik für Psychiatrie und
 Psychotherapie II
 Ignaz-Harrer-Straße 79, A-5020 Salzburg

Zieschang, Tania, Dr. med.
 Agaplesion Bethanien Krankenhaus
 Heidelberg
 Geriatisches Zentrum der Universität
 Heidelberg
 Rohrbacherstraße 149, 69126 Heidelberg

PRAXISREIHE EIGENTRAINING



M. Hartwig
FAZIALISPROGRAMM
Gesicht – Mund – Zunge

Umfassende und gezielte Übungen zur Wiedererlangung notwendiger Muskelfunktionen nach Fazialisparase sowie autonome Bewegungsübungen zur Verbesserung der Zungen-Mundmotorik.

32 S. | Einzelheft D 7,80,- | ab 5 Expl. Stück à € 4,-



M. Hartwig
HANDFUNKTIONSTRaining
zur Verbesserung der Feinmotorik

Übungen für eingeschränkte Handfunktion infolge einer zentralen Schädigung z. B. nach Schlaganfall, bei Nervenverletzungen und Erkrankungen des orthopädischen und chirurgischen Bereiches.

20 S. | Einzelheft € 5,80,- | ab 5 Expl. Stück à € 3,-



M. Hartwig
KORKENPROGRAMM
zur Verbesserung der Feinmotorik

Das Übungsprogramm ermöglicht ein intensives Eigentaining der betroffenen Hand zur Verbesserung der Handfunktion. Die jeweiligen Übungen berücksichtigen die Aktivierung aller beteiligten Strukturen der Hand.

44 S. | Einzelheft € 7,80,- | ab 5 Expl. Stück à € 4,-



M. Hartwig
HEMIPLEGIEPROGRAMM
Schulter – Arm – Rumpf

Das klinisch erprobte Programm ermöglicht vor allem Patienten mit Hemiplegie ein auf die jeweiligen motorischen Defizite abgestimmtes Training. Patienten lernen, ihre paretische Extremität verantwortungsvoll und gezielt einzusetzen.

32 S. | Einzelheft € 7,80,- | ab 5 Exemplare Stück à € 4,-



M. Hartwig
MOBILISATION DER SPASTISCHEN HAND
Anleitung für Angehörige, Helfer und Therapeuten

Das 12-seitige Programm bietet Angehörigen, Pflegern und Therapeuten Anleitung und Hilfestellung für die optimale Behandlung einer spastischen oder hypertonen Hand.

24 S. | Einzelheft € 5,80,- | ab 5 Exemplare Stück à € 3,-



M. Hartwig
HANDÖDEMPROGRAMM
zur Entlastung der Hand

Das vorliegende Programm bietet Angehörigen und Therapeuten mit gut nachvollziehbaren Griffen und Handlings die Möglichkeit der gezielten passiven Behandlung des neurologisch bedingten Handödems.

20 S. | Einzelheft € 5,80,- | ab 5 Exemplare Stück à € 3,-

...NOCH MEHR EIGENTRAINING



S. Okreu, M. Beckers
MUNDMOTORIK & FAZIALISÜBUNGEN

Eigentrainingsprogramm für den Einsatz in Klinik und Praxis. Die Broschüre umfasst sowohl mundmotorische als auch mimische Übungen.

16 S. | Einzelheft € 5,80,- | ab 5 Expl. Stück à € 3,-



B. Fohrmann, B. Zombat
FEINMOTORIK

Eigentrainingsprogramm zur Verbesserung der Handfunktion mit Übungsanleitungen und Photos.

16 S. | Einzelheft € 5,80,- | ab 5 Expl. Stück à € 3,-



M. Lippert-Grüner
HEMIPARESE ÜBUNGEN

Trainingsbroschüre mit ausführlichen Beschreibungen der Übungen sowie zahlreichen Photos und Zeichnungen.

30 S. | Einzelheft € 5,80,- | ab 5 Expl. Stück à € 3,-



G. Baller
KOGNITIVES TRAINING

Dreiteilige Broschürenreihe mit Übungsprogramm zur Verbesserung der Hirnleistung.

Set Heft 1-3 € 12,- | Einzelheft je € 7,80

Auch als Buch mit CD € 19,90

FAXBESTELLUNG UNTER 02224 / 91 94 82

tel.	X	1 Ex.	X	5 Ex.	X	10 Ex.
ialisprogramm		€ 7,80		€ 20,-		€ 36,-
ndfunktionstraining		€ 5,80		€ 15,-		€ 25,-
kenprogramm		€ 7,80		€ 20,-		€ 36,-
niplegieprogramm		€ 7,80		€ 20,-		€ 36,-
obilisation der spastischen Hand		€ 5,80		€ 15,-		€ 25,-
ndödempogramm		€ 5,80		€ 15,-		€ 25,-
ndmotorik & Fazialisübungen		€ 5,80		€ 15,-		€ 25,-
motorik		€ 5,80		€ 15,-		€ 25,-
niparese Übungen		€ 5,80		€ 15,-		€ 25,-
nitives Training (Set 1-3)		€ 7,80		€ 45,-		€ 84,-
nitives Training (Buch + CD)		€ 19,90				

Name des Bestellers _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Datum/Unterschrift **X** _____

Weitere Angebote unter www.hippocampus.de

Hippocampus Verlag eK | Postfach 13 68 | 53583 Bad Honnef



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

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

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

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

Zertifikat "Gerontopsychiatrische Grundversorgung"

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

Zertifikat „Gerontopsychiatrie für Soziale Berufe“

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

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

www.dagpp.de

Vorstand:

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

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

Dr. B. Grass-Kapanke, Krefeld
Dr. K. Nißle, Kaufbeuren

Dr. L. M. Drach, Schwerin
Dr. R. Schaub, Weinsberg

Geschäftsstelle

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