

XIII. KONGRESS

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



Gerontopsychiatrie 2017 –
Erfahrung und Kompetenz
für den Wandel

Essen, 10. – 12. Juni 2017

Wissenschaftliches Programm

Abstracts der Vorträge und Poster



Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.



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

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

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

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

Zertifikat "Gerontopsychiatrische Grundversorgung"

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

Zertifikat „Gerontopsychiatrie für Soziale Berufe“

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

Zertifikat "Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik"

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

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

www.dagpp.de

Vorstand:

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

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

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

Dr. L. M. Drach, Schwerin

Geschäftsstelle

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

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir haben die DGGPP vor einem Vierteljahrhundert gegründet. 1992 war das Jahr, in dem Bill Clinton über Busch senior gewann und Astronomen erstmals ein Schwarzes Loch beim Fressen fotografieren. Kohl war Kanzler, Seehofer Gesundheitsminister, das Gesundheitsstrukturgesetz wurde verabschiedet und Stuttgart Deutscher Fußballmeister. Alles lange her! Ausländerhass, Asylprobleme (über 500.000 Flüchtlinge wurden 1992 gezählt), Politikverdrossenheit und Zukunftsangst waren Hauptthemen im SPIEGEL. Das klingt wiederum sehr aktuell. Ebenso vertraut klingen einige Aufgaben, die wir uns bei der Gründung der DGGPP gestellt hatten: die Etablierung der Gerontopsychiatrie als Subdisziplin der Psychiatrie, wie in anderen europäischen Ländern, die Schaffung von Lehrstühlen für Gerontopsychiatrie, die Verbesserung der spezifischen Aus-, Fort- und Weiterbildung von Allgemein- und Fachärzten, die Stärkung der Zusammenarbeit von Geriatrie, Altenhilfe und Gerontopsychiatrie und die Optimierung von regionalen gerontopsychiatrischen Versorgungskonzepten. Uns allen war klar, dass die Zukunft angesichts der Alterung der Bevölkerung nicht ohne gerontopsychiatrische Kompetenzen zu bewältigen ist. Diese Botschaft galt es zu verbreiten.

Einiges haben wir seither erreicht. Wir wurden wahrgenommen und gefragt, etwa in der Allianz für Menschen mit Demenz der Bundesregierung, der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen und bei der Entwicklung von Versorgungs- und Betreuungskonzepten mit der Aktion Psychisch Kranke (APK). Wir haben uns um die Hebung der fachlichen Qualität bemüht, etwa mit der Schaffung eines gemeinsamen Zertifikats mit der DGPPN und, ganz aktuell, mit dem »DGGPP-Qualitätssiegel – Demenzsensible Einrichtung«, das wir zusammen mit Alzheimergesellschaften, dem Berufsverband für Altenpflege und Trägern von Einrichtungen entwickelt haben. Unser Engagement reicht über den ärztlichen Bereich hinaus. Wir setzen uns als medizinische Fachgesellschaft nachdrücklich für eine Aufwertung und Anerkennung der Pflegeberufe und für den Erhalt der speziellen sozialpflegerischen Kompetenzen der Altenpflege ein. Wir sind auch international gut vernetzt und arbeiten eng mit der European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP) zusammen, mit der wir bei der Entwicklung der ICD-11 erfolgreich gerontopsychiatrische Positionen vertreten.

Aber wir sind immer noch viel zu wenige. Die exakte Zahl der Gerontopsychiaterinnen und Gerontopsychiater ist zwar nirgendwo bekannt. Aber auch wenn es keinen offiziellen Zensus unserer Berufsgruppe gibt, so dürften die Mitglieder der nationalen Fachgesellschaften und die Inhaber der entsprechenden nationalen Zertifikate eine immerhin befriedigende Schätzgröße darstellen. Zwischen den westlichen Industrienationen unterscheidet sich diese Zahl, bezogen auf die jeweilige Altenpopulation, allerdings deutlich. In Deutschland leben 17 Millionen Personen von 65 Jahren und älter. Bei einer konservativ angenommenen psychiatrischen Morbidität alter Menschen von 20% ist von 3,4 Millionen potentieller Patienten auszugehen. Bei etwa 400 zertifizierten Gerontopsychiaterinnen und Gerontopsychiatern würden ihnen jeweils mehr als 8.500 alte Menschen, die um gerontopsychiatrische Hilfe nachsuchen könnten, gegenüberstehen. In den USA wären es 5.000, in Kanada 3.600 und in Großbritannien sogar nur 650 potentielle Patienten. Bei uns beträgt also das fachspezifische ärztliche Versorgungsangebot weniger als ein Zehntel des britischen. Wenn

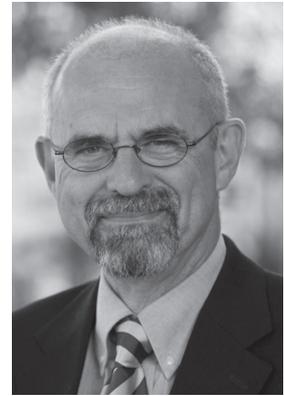
nach dem Konsensus-Statement der Weltgesundheitsorganisation und des Weltverbands der Psychiater eine kompetente Gerontopsychiatrie und -psychotherapie unverzichtbar ist und nicht durch andere Fachgebiete, etwa die Geriatrie, oder die allgemeinspsychiatrische Kompetenz ersetzt werden kann, steckt Deutschland in einem beklagenswerten Dilemma. Seit Jahrzehnten liebevoll gepflegte Vorurteile über die Segnungen einer altersblinden psychiatrischen Versorgung werden es nicht richten.

Die Zukunft stellt die Gerontopsychiatrie vor große Aufgaben. Wir erwarten einen starken Zuwachs der multimorbiden Hochaltrigen, auch dürften »schwierigere« Krankheitsbilder wie therapieresistente Depressionen, verhaltensauffällige Demenzkranke sowie komplexere Abhängigkeitserkrankungen zunehmen. Wir müssen gerontopsychiatrische Versorgungsangebote für ein breites Diagnosespektrum vorhalten und noch intensiver als bisher aufsuchende Dienste etablieren. Die Versorgung von Pflegeheimen muss optimiert, Psychotherapie auch für Ältere zu einem Standardangebot ausgebaut und störungsspezifische Angebote gemacht werden. Gleichzeitig ist die Gerontopsychiatrie aufgefordert, die Vernetzung im Quartier voranzutreiben und die Attraktivität ihrer Angebote zu steigern. All das braucht Fachkräfte und kann nur mit Unterstützung der gesundheitspolitisch Verantwortlichen gelingen. Denn nur, wenn man Gerontopsychiatrie verpflichtend plant, findet sie auch kompetent statt. Dazu braucht es auch den Schwerpunkt Gerontopsychiatrie im Fach Psychiatrie. Was in den USA und Kanada, in Australien und Neuseeland, in Großbritannien und Irland, in Norwegen, Schweden 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 XIII. Kongress der DGGPP unter dem Motto »Gerontopsychiatrie 2017 – Erfahrung und Kompetenz für den Wandel« und die gemeinsame Tagung mit der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) zum höchst aktuellen Thema »Todeswunsch und Suizidalität alter Menschen« belegen, dass die Gerontopsychiatrie die notwendigen Kompetenzen pflegt, international aufgestellt ist und die Zukunft im Blick hat.



Prof. Dr. Hans Gutzmann
Präsident der DGGPP-Tagung 2017



Wissenschaftliches Programm

Mittwoch, den 10. Mai 2017

18.30 – 20.00 Uhr **Eröffnung/Preisverleihung und Get Together**

Donnerstag, den 11. Mai 2017

08.30 – 09.15 Uhr **Plenum 1**
Konzeption im Wandel: Von der Alzheimer-Demenz zur Alzheimer-Krankheit
 Frank Jessen, Köln

09.15 – 09.30 Uhr Pause

09.30 – 11.00 Uhr **1/1: Definition der Alzheimer-Krankheit durch Biomarker: Konsequenzen für pathophysiologische Konzepte, Diagnostik und zukünftige Therapien**

Chronologie der Alzheimer-Krankheit und atypische Varianten: Amyloid- und Tau-PET
 Gérard N. Bischof, Köln/Jülich

Neurochemische Biomarker in der (Früh)Diagnose der Alzheimer-Krankheit
 Anja Schneider, Bonn

Therapieentwicklung: Molekulare Targets und Studienlage
 Oliver Peters, Berlin

2/1: Schlafstörungen im Alter – neue Entwicklungen in Diagnostik und Therapie

Schlafstörungen als Risikofaktor und Symptom des Delirs beim alten Menschen
 Oliver Todd, UK; Stefan Kreisel, Bielefeld; Christine Thomas, Stuttgart

Chronotherapeutika bei neurodegenerativen Erkrankungen
 Dieter Kunz, Berlin

Insomnie im Alter – Vorstellung eines verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatzes für Alterspatienten
 Gabriele Valerius, Göppingen; Christoph Nissen, Bern

3/1: Innovative Konzepte in der Gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrie in Bewegung! Wissensstand und aktuelle Ergebnisse zur körperlichen Aktivierung in der gerontopsychiatrischen Klinik
 Tim Fleiner, Köln

Musiktherapeutische Interventionen für eine adäquate Beziehungsgestaltung für Menschen mit Demenz
 Inga Auch-Johannes, Winsen (Luhe)

Die Rolle gerontopsychiatrischer Behandlung und Betreuung im Allgemeinkrankenhaus – Das Krankenhaus der Regelversorgung – »Akutkrankenhaus als ›window of opportunity‹ für nachhaltige Demenzbehandlung« – »lernt Demenz«
 Eckehard Schlauß, Berlin

Therapiemanuale zur stadienspezifischen kognitiven Intervention bei leichter kognitiver Störung (StaKogT) und leichtgradiger Alzheimer-Demenz (StaKogS): Inhalte und praktische Durchführung
 Verena Buschert, Wasserburg am Inn

11.00 – 11.15 Uhr Pause

11.15 – 12.45 Uhr **1/2: Schmerz**

Schmerzen im Alter – Mythen und Fakten
 Dirk K. Wolter, DK-Aabenraa

Psychologische Schmerztherapie im höheren Lebensalter. Was geht in der Praxis?
 Birgit Breyer, Werl

Schmerz und Demenz

Miriam Kunz, NL-Groningen

2/2: Depression bei organischen Erkrankungen**Parkinson** Depression bei Parkinson-Syndrom

Andres Ceballos-Baumann, München

Schlaganfall

Til Menge, Düsseldorf

Demenzen Depression bei Demenzen

Peter Häussermann, Köln

KHK

Christian Otte, Berlin

3/2: Freie Vorträge**Altersdepression in der ambulanten Versorgung: Ergebnisse der Cluster-randomisierten kontrollierten Interventionsstudie GermanIMPACT**

Michael Hüll, Emmendingen

Screening und Versorgungsfragen bei Demenz an der ambulant-stationären Schnittstelle – Ergebnisse einer Hausärztebefragung in Bielefeld

Stefan Spannhorst, Bielefeld

Die Euthyme Therapie im Alter

Andreas Bauer, Aue

Die Konsistenz zwischen Einweisungsgründen, den Behandlungserwartungen und dem Behandlungsergebnis bei Menschen mit Demenz in einer Abteilung für Gerontopsychiatrie aus einer multiprofessionellen Perspektive

Klaus Pöschel, Bielefeld

12.45 – 14.00 Uhr

Mittagspause

14.00 – 14.45 Uhr

Plenum 2**Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz: die Perspektive der Technikfolgenforschung**

Michael Decker, Karlsruhe

14.45 – 14.50 Uhr

Wechselpause

14.50 – 16.20 Uhr

1/3: Technische Assistenzsysteme**Ethische Aspekte**

Heiner Fangerau, Düsseldorf

Unterstützung zu Hause durch ein Smart-TV

Harald Mathis, Hamm-Lippstadt

Einfluss assistiver Technologien auf ausgewählte Aspekte der Lebensqualität von Menschen mit beginnender Demenz und ihrer Angehörigen – ausgewählte Forschungsergebnisse und Dilemmata der Implementierung

Manuela Weidekamp-Maicher, Düsseldorf

2/3: Probleme mit der neuen MDK-Begutachtung**Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und seine Zielsetzung – Eingruppierung der Pflegebedarfe mit dem NBA**

Stefan Dzulko, Meerbusch

Verlierer der Reform: Menschen mit Demenz mit herausforderndem Verhalten und gute Pflegeeinrichtungen

Peter Dürrmann, Holle

Vor- und Nachteile des alten und neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes – Reformvorschläge

Karen Kinzel, Holle

3/3: Aufsuchende gerontopsychiatrische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen**Über-, Unter- oder Fehlversorgung? Die Situation der medikamentösen Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen**

Sinja H. Meyer-Rötz, Göttingen

Aufsuchende gerontopsychiatrische Versorgung – das Essener Modell

Ute Fiedler, Essen

Aufsuchende gerontopsychiatrische Versorgung – das Göttinger Modell

Sarah M. Trost, Göttingen

Die aufsuchende gerontopsychiatrische Versorgung in Essen und die Effekte für die hausärztliche Versorgung

Joachim von Gratkowski, Essen

16.20 – 16.30 Uhr

Pause

16.30 – 18.00 Uhr

1/4: Neues aus den Testschmieden**Cognitive Functions Dementia (CFD): eine tabletgestützte Batterie zur neuropsychologischen Demenzdiagnostik**

Johannes Heßler, München

Der neunormierte SKT nach Erzigkeit: Hinweise auf erhöhte Sensitivität in Bezug auf die Früherkennung von kognitiven Abbauprozessen

Mark Stemmler, Erlangen

Demenzscreening im gerontopsychiatrischen Alltag

Wolfgang Trapp, Bamberg

Erfahrungen mit dem QbTest bei Patienten mit MCI (mild cognitive impairment)

Christine Meisel, Nürnberg

2/4: Delir**Prädiktoren der Delirprävention**

Stefan Kreisel, Bielefeld

Best-Practice-Modelle zur Delirprävention – Voraussetzungen und Umsetzungsmöglichkeiten

Christine Thomas, Stuttgart

Delir im palliativen Setting

Klaus Maria Perrar, Köln

3/4: Versorgungsstrukturen für psychisch kranke ältere Menschen in Deutschland**Unterstützungsebenen – Unterstützungsangebote****Ermitteln des Handlungsbedarfs in Kommunen und Kreisen**

Ralf Ihl, Krefeld

Welche fachliche Versorgung brauchen Demenzpatienten und ihre Angehörigen in der Häuslichkeit? – Die aufsuchende gerontopsychiatrische Fachambulanz in Alzey

Andreas Fellgiebel, Alzey

Kognitive Störungen und Demenz im Allgemeinkrankenhaus: Eine repräsentative epidemiologische Studie

Martina Schäufele, Mannheim

Konzept Kompetenzzentrum für Demenz und Palliative Care Haus Dänischer Wohld, Osdorf

Grit Petzold, Osdorf

Freitag, den 12. Mai 2017

08.30 – 09.15 Uhr

Plenum 3**Pro/Con-Debatte: Behandlung von Demenzen in der Geriatrie oder in der Gerontopsychiatrie?**

09.15 – 09.30 Uhr

Pause

09.30 – 11.00

1/5: Internistische Erkrankungen**Neue Strategien bei Diabetes mellitus im Alter**

Young Hee Lee-Barkey, Bochum

Therapie des chronischen Schmerzes

Albert Lukas, Bonn/Rhein-Sieg

Geriatrische Präventionsmöglichkeiten beim onkologischen Patienten

Valentin Goede, Köln

2/5: Demenzsensibles Heim

Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe
Martin Haupt, Düsseldorf

DGGPP-Qualitätssiegel »Demenzsensible Einrichtung«
Beate Baumgarte, Gummersbach

Erfahrung einer Einrichtung beim Erwerb des DGGPP-Qualitätssiegels
Ursula Hönigs, Erkelenz

3/5: Versorgung von Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus

Interdisziplinäres Zentrum für Altersmedizin am LWL-Klinikum und seine Auswirkung auf das ambulante gerontopsychiatrische Versorgungsnetz
Bernd Meißnest, Gütersloh

Demenzkoordinator am Allgemeinkrankenhaus
Benjamin Volmar, Gütersloh

»Lern von mir« – Ein Schulungsprogramm zur Verbesserung der Versorgung an Demenz erkrankter Menschen im Allgemeinkrankenhaus
Rüdiger Noelle, Bielefeld

11.00 – 11.15 Uhr

Pause

11.15 – 12.45 Uhr

1/6: Sucht im Alter

Hypnotika- und Sedativgebrauch und -abhängigkeit in der Geriatrie
Roland Nau, Göttingen

Benzodiazepine absetzen im Alter – wann und wenn ja wie?
Dirk Wolter, DK-Aabenraa

Suchtprobleme im Altenheim
Andreas Kutschke, Krefeld

Substanzbezogene Störungen im Alter: vom Assessment zur individuellen Suchtbehandlung unter Berücksichtigung der neuen S3-Leitlinien
Frank Schwärzler, Reutlingen

2/6: Hospizliche und palliative Versorgung von Menschen mit Demenz am Lebensende

Vorausschauende Gesundheitsplanung nach HPG und ihre Bedeutung für die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz
Klaus Maria Perrar, Köln

Ethische Herausforderungen bei der Beurteilung von Vorausverfügungen von Menschen mit Demenz
Jakov Gather, Bochum

Was ist »Sterbefasten«, und was müssen wir daraus lernen?
Christian Walther, Marburg

3/6: Ambulante Versorgung von Patienten mit Demenzen.**Gibt es Zukunftsperspektiven eines modernen Demenz-Care-Managements in der Regelversorgung?**

Die Wirksamkeit von Dementia Care Management zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit – Ergebnisse der hausarztbasierten, cluster-randomisierten Interventionsstudie DelpHi-MV
Rene Thyrian, Greifswald

Kostenvergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe Besonderheiten des SGB 5 und 11 bei der Umsetzung des Konzeptes in die Versorgung
Bernhard Michalowski, Greifswald

Neue Rahmenbedingungen des Gesetzgebers für die ärztliche Versorgung von Patienten mit demenziellen Erkrankungen
Bernhard Gibis, Berlin

12.45 – 14.00 Uhr

Mittagspause

14.00-15.30 Uhr

1/7: Fahreignung**Altersbegleitende kognitive Veränderungen und ihre Bedeutung für die Fahreignung: Diagnostik und Maßnahmen**

Michael Falkenstein, Nochum/Dortmund

Antidepressiva im Alter – Einfluss von Krankheitsfaktoren und deren Medikation auf die Kraftfahreignung

Alexander Brunbauer, Wasserburg am Inn

Sind alte Autofahrer gefährlich oder gefährdet? Sinn und Unsinn obligatorischer Fahreignungsuntersuchungen für ältere Autofahrer

Dirk Wolter, DK-Aabenraa

Fahreignungsberatung in der Gedächtnissprechstunde

Max Töpfer, Bielefeld

2/7: Ist gerontopsychiatrische Versorgung von Patienten mit Demenz in der Facharztpraxis möglich?**Ambulante Versorgung von Patienten mit Demenz in der Facharztpraxis. Ergebnisse aus der Versorgungsforschung mit Routinedaten**

Jens Bohlken, Berlin

Moderne Diagnostik von Patienten mit beginnenden Demenzen in einer städtischen neurologischen Facharztpraxis

Gereon Nelles, Köln

Fachärztliche Versorgung von zu Hause und im Heim lebenden Patienten mit Demenz in einer ländlichen Region

Gunter Carl, Kitzingen

Erfahrungen aus der universitären Gedächtnissprechstunde und der Facharztpraxis

Michael Rapp, Potsdam

3/7: Die Weiterentwicklung des Altenpflegeberufes**Das Pflegeberufegesetz: Stand des Verfahrens**

Thomas Kunczik, Wiehl

Über den Zusammenhang von gerontopsychiatrischer Versorgungsqualität, der Ausbildung in Pflegeberufen und den Qualifizierungsbedarfen nach PSG II und III

Ursula Kriesten, Gummersbach

Die Bedeutung der Menschenrechte in Versorgungssettings der Altenhilfe

Sabine Junius, Düsseldorf

11.00 – 11.15 Uhr

Ende des Kongresses

Migration und Pflege

Marita Ben Hajria, Mettmann

Abstracts

Vorträge

MUSIKTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN FÜR EINE ADÄQUATE BEZIEHUNGSGESTALTUNG FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ

Inga Auch-Johannes

Hochschule für Musik und Theater (Musiktherapie/Musikwissenschaft), Hamburg, Praxis für Musiktherapie und Coaching, Winsen (Luhe)

1. Zielsetzung/Fragestellung: Im Forschungsprojekt »Klangbrücken« (2010) an der Fachhochschule Frankfurt in Verbindung mit dem Gerontopsychiatrischen Institut der Uniklinik Frankfurt war eine der Forschungsfragen:

Wie kann die Beziehungsgestaltung mit Menschen mit mittlerer und schwerer Demenz verbessert werden und diese Patientengruppe zu mehr Lebensqualität finden?

2. Materialien/Methoden: Erläutert wird die Methode zur Einschätzung der Beziehungsqualität »EBQ« (Schumacher 2013), die auf entwicklungspsychologischen Kenntnissen von Daniel Stern (2003) basiert und von der Referentin auf die Patientengruppe der Menschen mit Demenz übertragen wurde (Auch-Johannes/Weymann, 2015).

Es werden anhand von Videoszenen Beispiele von musiktherapeutischen Interventionen zu einer individuellen und adäquaten Beziehungsgestaltung gezeigt und begründet.

3. Ergebnisse: Alle Patienten im Forschungsprojekt zeigten den Wunsch nach zwischenmenschlichem Bezug.

Mithilfe individuell angepasster Beziehungsangebote entwickelten sie auch die Kraft in Bezug zu treten.

Ihre Lebensqualität und die der pflegenden Angehörigen konnte sich verbessern.

4. Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Menschen mit Demenz wünschen zwischenmenschlichen Bezug. Da viele aufgrund ihrer krankheitsbedingten Symptomatik nicht mehr adäquat kommunizieren können, sollten ihre Kontaktpersonen keine Angebote »überstülpen« sondern für die verschiedenen Beziehungsebenen sensibilisiert werden und dann adäquate und wirksame Angebote machen.

Die Einschätzungsskala »EBQ« bietet den (Musik-)Therapeuten ein verlässliches Instrument bei Diagnose und Verlauf der Beziehungsqualität. Es dient der Überprüfung der Interventionen und der Dokumentation des Therapieerfolgs.

DIE EUTHYME THERAPIE IM ALTER BEISPIEL DEPRESSION – PILOTSTUDIE: KLINISCHE PRÜFUNG DER THERAPEUTISCHEN RELEVANZ UNDEFFIZIENZ DER EUTHYMEN THERAPIE BEI DEPRESSIVEN KRANKHEITSBILDERN

Andreas Bauer ^{1,2}, Horst J. Koch ^{1,2}, Tobias Hänel¹

¹HELIOS Klinikum Aue, Klinik für Seelische Gesundheit

²HBK Zwickau, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Hintergrund/Fragestellung: Das Konzept der Euthymen Therapie ist ein verhaltenstherapeutisches Verfahren, möchte Genuss vermitteln, setzt die Aufmerksamkeit auf Positives, baut auf Ressourcen und schult die Wahrnehmung. Dabei sollen Krankheitsprozesse günstig beeinflusst, die Genesung gefördert und der gesunde Zustand erhalten werden. Dabei spielen sinnesbedingte, kognitive und lerntheoretische Mechanismen eine Rolle. Die Euthyme Therapie wird seit zirka 33 Jahren angewandt und findet in immer mehr Fachbereichen und

Einrichtungen Zugang. Sie stellt somit aufgrund der Komplexität eine sinnvolle Erweiterung i. R. e. multidimensionalen Therapieplans dar. Es wurde die therapeutische Relevanz und Effizienz der Euthymen Therapie bei depressiven Krankheitsbildern überprüft.

Methoden: In einer einfachblinden, placebokontrollierten, randomisierten Studie (Verum n=18 vs. Placebo n=15) wurden Patienten (Alter: 45,61 vs. 44,07) mit depressiven Krankheitsbild mittels MADRS sowie HADS-D und dem neu eingeführten Auer-Genuss-Score nach Bauer und Koch (GRS) verglichen. Die Therapie erfolgte über 4 Wochen in kleinen, geschlossenen Gruppen mit einem Therapiestandard, der auf der Basis des Manuals nach Lutz entwickelt wurde.

Ergebnisse: Es konnte einerseits eine Verbesserung der depressiven Zustände, andererseits eine Steigerung von Wohlbefinden bzw. Genuss in der Verumgruppe verzeichnet werden. Durch die Therapie war die Depressivität in der Verumgruppe von 21 auf 9 und in der Placebogruppe von 26 auf 19 Punkte im MADRS gesunken (p=0,06). Der Genuss stieg bei den Verumpatienten von 3,69 auf 5,9 und bei den Placebopatienten von 3,43 auf 3,9 Punkte.

Ältere Patienten hatten durch eine bessere Genussfähigkeit im Alter einen wohl besonderen Nutzen von der Therapie. Die Probanden der Verumgruppe führten die Therapie häufiger nach Entlassung eigenständig fort (27,8 vs. 6,7%).

Diskussion/Zusammenfassung: Die erste Verum vs. Placebo Studie wollte Zweifel verbessern und minimieren. Schwierig war es, etwas individuelles messbar zu machen, was jedoch mit dem Auer-Genuss-Score gut objektivierbar wurde. Größere Gruppen würden den Effekt noch deutlicher zeigen. Die Euthyme Therapie beeinflusst zum einen krankhafte Prozesse günstig – hier depressive Zustände – und dient zum anderen der Gesunderhaltung. Weiter liegt die Vermutung nahe, dass dies besonders in der Behandlung von älteren Patienten von Bedeutung sein könnte. Genussstraining eignet sich als selbstfürsorgliches Konzept.

DGGPP-QUALITÄTSSIEGEL »DEMENTSENSIBLE EINRICHTUNG«

Beate Baumgarte

Gummersbach

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) wurde als medizinische Fachgesellschaft im Jahr 1992 gegründet, um die medizinische und pflegerische Versorgung psychisch kranker Älterer und insbesondere Demenzkranker und ihrer Angehörigen zu verbessern. Seither ist sie in vielen Projekten engagiert, etwa in der Allianz für Menschen mit Demenz der Bundesregierung, der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen und an der Entwicklung von Betreuungskonzepten mit der Aktion Psychisch Kranke (APK) beteiligt.

Vor diesem Hintergrund wurde das »DGGPP Qualitätssiegel – Dementsensible Einrichtung« zusammen mit Alzheimergesellschaften, dem Berufsverband für Altenpflege und Trägern von Einrichtungen entwickelt. Mit dem Siegel will die DGGPP:

- Einen weiteren Impuls für die Verbesserung der Situation der an demenz erkrankten Menschen geben und den sensiblen Umgang mit ihnen thematisieren.
- Als Orientierung für Angehörige dienen, die ein von unabhängigen Experten geprüftes Heim für ihre erkrankten Familienmitglieder suchen.

Es gibt nicht das »perfekte Heim«, entscheidend für die Erteilung des DGGPP-Qualitätssiegels ist nachzuweisen, dass in der Einrichtung

dementiell erkrankte Menschen eine ganz individuelle und demenzsensible, kompetente Pflege und Betreuung erhalten und die Einrichtung bereit ist, sich fachlich weiterzuentwickeln
Anders als die Prüfungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen wird dieses Siegel freiwillig beantragt. Mehr über das Siegel findet sich unter www.siegel.dggpp.de

CHRONOLOGIE DER ALZHEIMER KRANKHEIT UND ATYPISCHE VARIANTEN: AMYLOID- UND TAU-PET

Gérard N Bischof^{1,2}

¹Uniklinik Köln, Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

²Institut für Neurowissenschaften und Medizin, Cognitive Neuroscience (INM-3), Forschungszentrum Jülich

Moderne Bildgebungsverfahren mittels Positron-Emissions-Tomographie (PET), die die molekularen Veränderungen der Alzheimer Erkrankung sichtbar machen, ermöglichen eine ganz neue Perspektive auf das Zusammenwirken der Ursachen, die für die Alzheimer Erkrankung verantwortlich sind. Neue Erkenntnisse aus dualen Studien von Amyloid-PET und Tau-PET zur Bestimmung der Alzheimer Pathologie bei Patienten stehen im Fokus dieses Vortrages. Des weiteren wird diskutiert, welchen Vorteil gerade die Anwendung des neuartigen Tau-PETs in der Differentialdiagnostik der Erkrankung liefert und welche möglichen neuen Interventionsstrategien sich aus daraus ableiten lassen.

AMBULANTE VERSORGUNG VON PATIENTEN MIT DEMENZ IN DER FACHARZTPRAXIS. ERGEBNISSE AUS DER VERSORGUNGSFORSCHUNG MIT ROUTINEDATEN

Jens Bohlken
Berlin

Hintergrund: Bisher ist wenig bekannt über die ambulante Versorgung von Demenzpatienten durch niedergelassene, neuropsychiatrische Fachärzte.

Ziel: Darstellung der Versorgung durch Fachärzte an Hand von Routedaten.

Methoden: Darstellung der Häufigkeiten diagnostischer und therapeutischer Verfahren im fachärztlichen Versorgungsbereich an Hand von Abrechnungs- und Ordnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ergebnisse: Fachärztliche Demenz Versorgung ist Leitlinien näher als die Versorgung durch Hausärzte. Stadt-Land-Unterschiede, Unterschiede zwischen zu Hause und im Heim lebenden Patienten sowie Daten zur Versorgung von Patienten mit leichten kognitiven Störungen werden vorgestellt.

Botschaft: Die ambulante Versorgung von Demenzpatienten durch Fachärzte wurde bisher zu wenig gewürdigt. Allerdings besteht weiterhin Optimierungsbedarf.

PSYCHOLOGISCHE SCHMERZTHERAPIE IM HÖHEREN LEBENSALTER. WAS GEHT IN DER PRAXIS?

Birgit Breyer

Psychologische Psychotherapeutin, Praxisteam-Werl

In diesem Vortrag wird es weniger um die neusten wissenschaftlichen Zahlen aus den Bereichen Gerontopsychologie und -psychotherapie bezogen auf die Schmerztherapie im höheren Lebensalter gehen. Vielmehr sollen ausgehend vom Setting einer niedergelassenen Psychotherapeutin die Möglichkeiten und Grenzen der psychologisch-schmerztherapeutischen Arbeit mit älteren Menschen betrachtet werden.

Dabei stehen u. a. folgende Fragen im Fokus:

Wie muss das Hilfreiche aus dem Forschungs- und Erfahrungswissen zur psychologischen Schmerztherapie bei jüngeren Patienten abgewandelt werden, um auch älteren Menschen nützlich zu sein?

Wie alt darf bzw. wie jung muss man sein, um von psychologischer Schmerztherapie zu profitieren?

Was ist der Profit und wer profitiert?

Welche Themen fokussiert psychologischer Schmerztherapie im höheren Lebensalter?

Welche therapeutischen Haltungen, Verfahren und Methoden sind – auch über die Richtlinienverfahren hinaus – geeignet?

In welchen Settings und in welchem Rahmen lässt sich psychologische Schmerztherapie mit Älteren gestalten?

ANTIDEPRESSIVA IM ALTER – EINFLUSS VON KRANKHEITSAKTIVITÄTEN UND DEREN MEDIKATION AUF DIE KRAFTFAHREIGNUNG

Alexander Brunbauer^{1,2}

¹kbo Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg/Inn

²Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, München

Fragen der Verkehrssicherheit unter Arzneimittelbehandlung gewinnen immer mehr an Bedeutung. Psychopharmaka gehören zu den meist verordneten Medikamenten, dabei hat sich der Anteil der Antidepressiva-Verschreibungen in den letzten 10 Jahren verdreifacht. Hinzu kommt, dass der demografische Wandel dazu führt, dass der Anteil älterer Verkehrsteilnehmer, absolut und relativ, immer größer wird. Fragen der Verkehrssicherheit unter Arzneimittelbehandlung gewinnen somit zunehmend an Bedeutung. Dem gegenüber steht ein Mangel an Patientenstudien, die der Frage der Fahrtüchtigkeit unter antidepressiver Medikation systematisch nachgegangen sind, was eine rechtsmedizinische Beurteilung von Fragen der Verkehrssicherheit bei Einnahme von Antidepressiva erschwert. Akuteffekte von insbesondere sedierenden Antidepressiva können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Diese Effekte verschwinden aber im Allgemeinen relativ rasch unter stabilisierender Medikation. Generell gilt, dass die Fahrtüchtigkeit von Patienten, die erfolgreich mit Antidepressiva behandelt wurden, als günstiger einzuschätzen ist, als die eines unbehandelten. Die klinische Datenlage zur Verkehrssicherheit unter antidepressiver Medikation wird vorgestellt und Faktoren, die einen Einfluss auf die Verkehrssicherheit nehmen können, werden diskutiert.

THERAPIEMANUALE ZUR STADIENSPEZIFISCHEN KOGNITIVEN INTERVENTION BEI LEICHTER KOGNITIVER STÖRUNG (STAKOG-T) UND LEICHTGRADIGER ALZHEIMER-DEMENZ (STAKOG-S): INHALTE UND PRAKTISCHE DURCHFÜHRUNG

Verena Buschert¹, Peter Zwanzger², Alexander Brunbauer²

¹kbo-Inn-Salzach-Klinikum, Abteilung Neuropsychologie, Wasserburg am Inn

²kbo-Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg am Inn

Zielsetzung/Fragestellung: Kognitionsbezogene Maßnahmen als Bestandteil psychosozialer Interventionen stellen einen zentralen Baustein in der Behandlung bei bzw. im Vorfeld einer (Alzheimer-)Demenz (AD) dar. Der antidementiven Pharmakotherapie gleichrangig, sollten sie gemäß der überarbeiteten S3-Leitlinie »Demenzen« vom Januar 2016 in den Gesamtbehandlungsplan von Demenzkranken implementiert werden. Bisher standen aber keine wissenschaftlich überprüften und in standardisierter Form vorliegenden kognitiven Interventionsprogramme zur praktischen Anwendung zur Verfügung.

Materialien/Methoden: Es wurden zwei je 20 Einheiten umfassende komplexe Interventionsprogramme entwickelt, die sich am kogniti-

ven und psychosozialen Funktionsniveau der Betroffenen orientieren: ein stadienspezifisches kognitives Training (StaKogT) für Betroffene mit leichter kognitiver Störung (LKS) und eine stadienspezifische kognitive Stimulation (StaKogS) für Patienten mit leichtgradiger AD. Ihre Wirksamkeit wurde im Rahmen einer Pilotstudie am Alzheimer Gedächtniszentrum der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilian Universität, München, evaluiert.

Ergebnisse: Im weiteren Verlauf wurden die ursprünglich als Gruppenintervention konzipierten Therapieprogramme im Hinblick auf die Alltagsrelevanz und Umsetzbarkeit der vermittelten Merkstrategien und -techniken überarbeitet, insgesamt gestrafft und jeweils für ein Einzeltraining modifiziert und praktisch erprobt. In dem Vortrag werden die nunmehr veröffentlichten Therapiemanuale vorgestellt und die praktische Anwendung und Durchführung der jeweils 14 Module umfassenden Gruppen- und Einzelprogramme anhand konkreter Beispiele erläutert.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die manualisierten Therapieprogramme können in spezialisierten Einrichtungen, im Rahmen ambulanter neuropsychologischer Therapie sowie in Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenarbeit im Einzel- oder Gruppenformat eingesetzt werden. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag bei der Behandlung kognitiver Einbußen im Frühstadium demenzieller Erkrankungen und in der Versorgung älterer Menschen.

FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG VON ZU HAUSE UND IM HEIM LEBENDEN PATIENTEN MIT DEMENZ IN EINER LÄNDLICHEN REGION

*Gunter Carl
Kitzingen*

Hintergrund: Es gibt Hinweise, dass vor allem in der Zukunft in ländlichen Regionen ein zunehmender Haus- und Facharztmangel zu erwarten ist.

Ziel: Darstellung einer großen Facharztpraxis in einem kleinstädtisch und ländlich geprägten Versorgungsraum.

Methoden: Darstellung der Praxis und des Umfeldes. Besonderheiten einer geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur auch unter Einbeziehung der Heimversorgung. Hinweise auf Stolpersteine bei der Durchführung von Diagnose und Therapie.

Ergebnisse: Daten zur Praxisstruktur und der versorgten Patienten mit Demenz die zu Hause und im Heim leben. Besonderheiten einer standardisierten Dokumentation von gerontopsychiatrischen Patienten im Rahmen spezialisierten geriatrischen Diagnostik. Kooperations- und Kommunikationswege mit den beteiligten Versorgergruppen aus dem ärztlichen und nicht-ärztlichen Bereich.

Botschaft: Leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit auch fortgeschrittener Demenz in der ländlichen Region ist in der fachärztlichen Versorgung möglich. Dies schließt auch eine strukturierte Kooperation mit den beteiligten Berufsgruppen ein. Auf zu erwartende zukünftige Versorgungsprobleme wird hingewiesen.

DEPRESSION BEI PARKINSON-SYNDROM

*Andres Ceballos-Baumann
München-Schwabing*

Depression hat einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität von Parkinson-Patienten, obwohl nur ca. 2% der Patienten und 1% der Angehörigen sich einer Depression bewusst sind. Zwischen der Depression und motorischer Beeinträchtigung besteht kein linearer Zusammenhang, was pathogenetisch auf eine krankheitsimmanente Ursache hinweist, am ehesten bedingt durch das Defizit von Dopamin und anderen monaminergen Neurotransmittern. Therapeutisch sehr relevant ist die Unterscheidung zwischen Levodopa-

Wirkungsschwankungen ab- und unabhängigen Depressionen, die bei On-Off-Phänomen extrem sein können. Depressionen treten bei ca. 40–50% der Parkinson-Patienten auf und werden häufig nicht adäquat versorgt. Zur Therapie mit Antidepressiva bei Parkinson finden sich nur wenige kontrollierte Studien. Als wirksam haben sich trizyklische Antidepressiva und neuere Antidepressiva wie selektive Serotonin- und Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmer gezeigt, die ein für ältere Patienten günstigeres Profil unerwünschter Wirkungen haben. Ob bestimmte Dopaminagonisten eine spezifische therapeutische Wirkung auf depressive Symptome haben, ist unklar. Bei den Dopaminagonisten muss ihr höheres Risiko im Vergleich zu Levodopa an Halluzinationen, Somnolenz und Impulskontrollstörungen wie Hypersexualisums, Spiel-, Kauf- und Esssucht sowie Punding bei älteren Menschen ganz besonders berücksichtigt werden.

TECHNISCHE UNTERSTÜTZUNG FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ – DIE PERSPEKTIVE DER TECHNIKFOLGENFORSCHUNG

*Michael Decker
Bereich II »Informatik, Wirtschaft und Gesellschaft«, Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS)*

Mit Bezug auf den demographischen Wandel wird darauf verwiesen, dass verschiedene Industrienationen vor der Herausforderung stehen, die Pflege und Betreuung alter Menschen weiterhin sicherstellen zu können. Die Entwicklung technischer Unterstützungssysteme wird als eine Lösungsoption diskutiert. Einerseits erhofft man sich von solchen Unterstützungssystemen eine bessere und möglicherweise auch individuellere Versorgung andererseits wird eine Technologie in einen Handlungszusammenhang eingebracht, in dem wir der zwischenmenschlichen Interaktion einen hohen Stellenwert beimessen. Der Vortrag betrachtet verschiedene Ersetzungsverhältnisse in Bezug auf menschliches Handeln und geht speziell auf ein Projekt ein, in dem bedarfsorientiert ermittelt wurde, welche technische Unterstützung für Menschen mit Demenz adäquat sein könnte.

VERLIERER DER REFORM: MENSCHEN MIT DEMENZ MIT HERAUSFORDERDEM VERHALTEN UND GUTE PFLEGEINRICHTUNGEN

*Peter Dürrmann
Holle*

Der Vortrag verdeutlicht die Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze II. und III. für die vollstationäre Pflege, insbesondere für mobile Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz bei ausgeprägten herausforderndem Verhalten, und setzt dies in Beziehung auf die Personalausstattung und Budgetentwicklung. Dabei werden Probleme mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff erläutert und in diesem Zusammenhang ein aktuell beginnendes Kooperationsprojekt mit dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld/IPW vorgestellt.

DER NEUE PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF UND SEINE ZIELSETZUNG – EINGRUPPIERUNG DER PFLEGEBEDARFE MIT DEM NBA

*Stefan Dzulko
Meerbusch*

Das PSG 2 sollte u. a. die Situation für Menschen mit psychischen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen verbessern. Hier werden die Grundzüge der neuen Einstufungssystematik und die »einfachere Handhabung« dargestellt. Im Mittelpunkt stehen dabei die Beurteilung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten.

ALTERSBEGLEITENDE KOGNITIVE VERÄNDERUNGEN UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE FAHREIGNUNG: DIAGNOSTIK UND MASSNAHMEN

Michael Falkenstein^{1,2}

¹Institut für Arbeiten, Lernen, Altern (ALA), Bochum

²Leibniz-Institut für Arbeitsforschung (IfADo), Dortmund

Einleitung: Mit zunehmendem Alter kommt es zu Veränderungen sensorischer, motorischer und kognitiver Funktionen. Während die Bedeutung visueller und motorischer Einschränkungen für das Fahren weitgehend anerkannt ist, werden mögliche kognitive Einschränkungen Ältere kaum beachtet. Altersbegleitende kognitive Veränderungen betreffen fluide Funktionen wie z. B. Wechsel und Aufteilung von Aufmerksamkeit, visuelle Suche sowie Aufgabenwechsel und Doppeltätigkeit, welche alle bedeutsam für das Fahren sind. In vertrauten oder einfachen Verkehrssituationen können Ältere kognitive Defizite meist kompensieren, nicht immer jedoch in unerwarteten und komplexen Situationen. Dies kann zu Fehlverhalten und einem erhöhtem Risiko für Unfälle führen.

Diagnostik: Verkehrsrelevante kognitive Funktionen sind vielfältig und können daher in ihrer Gesamtheit nur durch eine Batterie verschiedener psychometrischer Tests quantifiziert werden. Solche Tests müssen inhaltlich geeignet und hinreichend komplex sein, um Schwächen aufdecken zu können, die bei einfachen Tests kompensiert werden. Die Fahrleistung im Realverkehr kann mit Hilfe einer strukturierten Fahrverhaltensprobe beurteilt werden. Diese ist nur sinnvoll bei hinreichend unterschiedlichen und komplexen Verkehrssituationen.

Maßnahmen: Bei Selbst- oder Fremdbereichten über Fahrprobleme können ältere Fahrer zunächst mit Hilfe einer kombinierten visuellen und kognitiven Testbatterie untersucht werden. Bei wiederholt schlechten Testergebnissen ist eine Fahrverhaltensprobe sinnvoll.

Bei klaren Fahrproblemen sollte ein Fahrtraining im Realverkehr empfohlen werden, welches verschiedene komplexe Verkehrssituationen beinhalten sollte. Ein solches Training bringt insbesondere bei Älteren mit suboptimaler Fahrleistung deutliche Verbesserungen. Eine Alternative ist das Training im Fahrsimulator, bei dem beliebige Szenarien angeboten und insbesondere Schwachpunkte wiederholt trainiert werden können. Schließlich gibt es Hinweise dafür, dass auch das direkte Training einzelner kognitiver Funktionen am häuslichen PC das Fahrverhalten Älterer signifikant verbessern kann. Diese Alternative sollte wegen der niedrigen Kosten und des überaus einfachen Zugangs weiter erforscht werden.

Schlussfolgerung: Bei Fahrproblemen Älterer infolge kognitiver Einschränkungen kann eine Sequenz von geeigneten kognitiven Tests, Beobachtung des Fahrverhaltens in schwierigen Verkehrssituationen und ggf. verschiedene Trainingsmaßnahmen zu einer Verbesserung der Fahrkompetenz Älterer führen.

ETHISCHE ASPEKTE

Heiner Fangerau
Düsseldorf

Angesichts des demografischen Wandels und der damit verbundenen Herausforderungen für das Gesundheitssystem erscheinen Konzepte für einen personenbezogenen Technikeinsatz wegweisend für die Zukunft. Das gängige, oft wiederholte und gleichzeitig plausible Narrativ lautet, dass ältere Menschen solange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung wohnen bleiben wollen, auch wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen (Grauel und Spellerberg 2007). Unter Stichworten wie »Intelligentes Wohnen« oder »Ambient Assisted Living« (AAL) wurden zur Gewährleistung dieses Wunsches technisierte Wohnformen entwickelt (Alarmknöpfe, automatisches Abschalten gefährlicher Geräte etc.), die Rahmenbedingungen für eine eigenständige Haushaltsführung auch bei Beeinträchtigungen im Alter schaffen sollen.

Befürworter wie Kritiker des Technikeinsatzes berufen sich jeweils auf moralische Intuitionen und (medizin-)ethische Standards, die sie jeweils in anderer Priorisierung bemühen. Im Vortrag sollen die ethischen und sozialen Implikationen des Einsatzes von AAL-Systemen im Zusammenhang mit der Versorgung von demenzkranken Menschen analysiert und diskutiert werden.

WELCHE FACHLICHE VERSORGUNG BRAUCHEN DEMENZPATIENTEN UND IHRE ANGEHÖRIGEN IN DER HÄUSLICHKEIT? – DIE AUFSUCHENDE GERONTOPSYCHIATRISCHEN FACHAMBULANZ IN ALZEY

Andreas Fellgiebel

Rheinhessen-Fachklinik Alzey

Trotz vermehrter Aufmerksamkeit für das Thema Demenz aufgrund des demographischen Wandels und erheblicher diagnostischer Erkenntnisfortschritte in den letzten Jahren lässt die Qualität der Regelversorgung, gemessen an Leitlinienstandards, vielerorts noch sehr zu wünschen übrig. Demenzdiagnosen werden gar nicht gestellt oder erst, wenn die häusliche Versorgung auf der Kippe steht. Patienten werden wegen Verhaltensauffälligkeiten und/oder Burnout der betreuenden Angehörigen in eine komplikationsträchtige vollstationäre Behandlung eingewiesen, oft »zur medikamentösen Einstellung«. Ziel des seit Juli 2016 laufenden Modellprojektes »Aufsuchende Gerontopsychiatrische Fachambulanz (AGFA)« an der Rheinhessen-Fachklinik Alzey ist die ambulante Stabilisierung von in der Häuslichkeit versorgten Demenzpatienten und ihren Angehörigen. Im Vordergrund steht dabei die aufsuchende »Pflegeexpertin Demenz«, die, mit einem multiprofessionellen Team im Hintergrund, selbständig Assessments durchführt sowie Beratungen und nicht-medikamentöse Therapien anwendet. Angehörige werden »dyadisch« mitbehandelt. Hierdurch sollen das familiäre Stressniveau reduziert, typische Versorgungskrisen vermieden oder krisenhafte Zuspitzungen der Versorgung ohne stationäre Behandlung bewältigt werden. Der Einsatz von Psychopharmaka zur »Verhaltensmodulation« spielt bei der AGFA konzeptuell hinter nicht-medikamentösen Behandlungen und ggf. Schmerzbehandlung eine untergeordnete Rolle.

AUFSUCHENDE GERONTOPSYCHIATRISCHE VERSORGUNG – DAS ESSENER MODELL

Ute Fiedler

LVR-Klinikum Essen, Kliniken und Institut der Universität
Duisburg-Essen

Kurzinhalt: Im Rahmen des Vortrags (Vortrag 2) wird der Aufbau der aufsuchenden gerontopsychiatrischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen in Essen dargestellt, sowie die Daten und Erfahrungen aus der langjährigen Versorgung präsentiert.

Zielsetzung/Fragestellung: Wie ist die aufsuchende gerontopsychiatrische Versorgung in Essen entstanden (seit Mitte der 90-er) und wie konnte der Aufbau der Kooperationen gelingen? Welche Herausforderungen traten im Laufe der Zeit auf und kann dieses Modell auf andere Regionen übertragen werden?

Materialien/Methoden: Beschreibung der Versorgungssituation, Datenanalyse und Erfahrungsbericht

Ergebnisse: Die aufsuchende gerontopsychiatrische Versorgung in Essen existiert seit den 1990-er Jahren. Insgesamt werden 24 Alten- und Pflegeheime im Essener Stadtgebiet aufsuchend versorgt. Bei den Patienten findet sich das ganze Spektrum gerontopsychiatrischer Erkrankungen. Deutlich wird ein psychopharmakologischer Behandlungsschwerpunkt vor dem Hintergrund multipler somatischer Erkrankungen und mit der besonderen Herausforderung der

Polypharmazie. Desweiteren werden die Heimmitarbeiter in Hinblick auf den Umgang mit gerontopsychiatrischen erkrankten Bewohnern geschult. Neben diesen quantitativen Daten aus der Versorgung werden ebenfalls qualitative Daten in Form von Erfahrungsberichten aus den Einrichtungen und der Versorgung präsentiert.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die aufsuchende Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen in Essen ist seit den 90er-Jahren etabliert. Von besonderer Relevanz ist hier die Kooperation zwischen Gerontopsychiatern, Heimeinrichtungen, Hausärzten und psychiatrischer Fachklinik.

GERONTOPSYCHIATRIE IN BEWEGUNG! WISSENSSTAND UND AKTUELLE ERGEBNISSE ZUR KÖRPERLICHEN AKTIVIERUNG IN DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN KLINIK

Tim Fleiner¹, Andrea Trost², Rene Depiereux², Wiebren Zijlstra³, Peter Häussermann²

¹Arbeitsgruppe »Gerontopsychiatrie in Bewegung«, Abteilung für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, LVR-Klinik Köln

²LVR-Klinik Köln

³Deutsche Sporthochschule Köln

Zielsetzung/Fragestellung: Die körperliche Aktivität gewinnt zunehmend an Bedeutung in der Gesundheitsversorgung. Inwiefern die körperliche Aktivierung auch Einzug in die klinische gerontopsychiatrische Versorgung erhält, soll anhand einer aktuellen Übersichtsarbeit und den Ergebnissen eines klinischen Projektes erläutert werden.

Materialien/Methoden: In dem ersten Teil des Vortrages werden die Ergebnisse einer aktuellen Literaturliteraturanalyse [1] und in dem zweiten Teil die Ergebnisse eines klinischen Projektes berichtet. Im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit wurde der Kenntnisstand um die Effekte von Trainingsprogrammen auf neuropsychiatrische Symptome in der akuten Demenzversorgung analysiert. Im Rahmen der einjährigen RCT »Trainingskarussell bei Demenzerkrankung« wurde untersucht, welche Effekte ein Trainingsprogramm auf die neuropsychiatrischen Symptome der Demenzpatienten hat. Die Patienten der Interventionsgruppe erhielten ein Trainingsprogramm, in dem mehrmals am Tag in kurzen Einheiten Kraft- und Ausdauertraining durchgeführt wurde. Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten ein Programm zur sozialen Stimulation.

Ergebnisse: In der systematischen Übersichtsarbeit wurden fünf Studien eingeschlossen (N=204 Patienten). Die Trainingsprogramme wurden in moderater bis leichter Intensität durchgeführt. Drei Studien berichteten signifikante Effekte auf neuropsychiatrische Symptome. Eine Studie berichtet eine Reduktion der depressive Symptomatik, zwei Studien berichteten keine Ergebnisse. In die RCT wurden N=70 Patienten eingeschlossen. Verglichen mit der Kontrollgruppe (n=35) zeigte die Interventionsgruppe (n=35) einen signifikante Rückgang der Verhaltenssymptome – besonders in Bezug auf das agitierte Verhalten und die emotionale Labilität. Keine Unterschiede zeigten sich zwischen den Gruppen hinsichtlich der eingesetzten Dosis an antipsychotischer und sedierender Medikation.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die körperliche Aktivierung entwickelt sich zu einem Kernelement in der Gesundheitsversorgung. Auch in der gerontopsychiatrischen Versorgung gewinnt die körperliche Aktivierung der Patienten immer mehr an Stellenwert. Innovative Konzepte zur gezielten körperliche Aktivierung in der gerontopsychiatrischen Versorgung können zu weitreichenden Effekte für Patienten, Angehörige und auf der Seite der Mitarbeiter führen.

1. Fleiner T, Leucht S, Foerster H, Zijlstra W, Häussermann P. Effects of Short-Term Exercise Interventions on Behavioral and Psychological Symptoms in Patients with Dementia: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis* 2016; JAD. doi:10.3233/JAD-160683

ETHISCHE HERAUSFORDERUNGEN BEI DER BEURTEILUNG VON VORAUSVERFÜGUNGEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ

Jakov Gather^{1,2}

¹Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum, Ruhr-Universität Bochum

²Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum

Vorausverfügungen von Menschen mit Demenz können Kliniker, rechtliche Betreuer und/oder bevollmächtigte Angehörige bei der klinischen Umsetzung vor ethische Herausforderungen stellen. Potentielle Problembereiche sind dabei u. a. 1.) der Umgang mit Vorausverfügungen in Situationen akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, 2.) die Ermittlung des Patientenwillens bei uneindeutigen Formulierungen oder unterschiedlichen Auffassungen von behandelnden Ärzten und Patientenstellvertretern sowie 3.) der Stellenwert »natürlicher«, nicht-selbstbestimmter Willensäußerungen, insbesondere im Hinblick auf einen Widerruf der Verfügung.

Nach einer allgemeinen Darlegung der normativen Voraussetzungen für eine wirksame Vorausverfügung werden die oben genannten Problembereiche ethisch analysiert und diskutiert. Mit Blick auf die klinische Praxis werden abschließend Empfehlungen formuliert, die dazu beitragen sollen, schon bei der Abfassung einer Vorausverfügung etwaige Problemkonstellationen zu antizipieren und vorausschauend zu regeln.

NEUE RAHMENBEDINGUNGEN DES GESETZGEBERS FÜR DIE ÄRZTLICHE VERSORGUNG VON PATIENTEN MIT DEMENZIELLEN ERKRANKUNGEN

Bernhard Gibis

KBV, Berlin

Die Versorgung durch multiprofessionelle Teams sowie die umfassende, fachgebietsübergreifende Orientierung an dem Erhalt, der Bewahrung oder der Verbesserung der Lebensqualität älterer Patienten sind kennzeichnende Elemente einer geriatrischen Versorgung, wie sie in an Betracht einer Gesellschaft des längeren Lebens sowie des technischen Fortschritts für die ambulante Versorgung relevant sind. Ambulante Versorgungsstrukturen sind hingegen bislang vorwiegend monoprofessionell organisiert und an der Akutversorgung von Patientinnen und Patienten ausgerichtet.

Mit der durch den Gesetzgeber initiierten Einrichtung geriatrischer Institutsambulanzen (GIA) im stationären und in der Folge geriatrischer Schwerpunktpraxen im ambulanten Sektor wurden 2016 die Voraussetzungen für neue Versorgungsstrukturen auch in der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen. Geriatrische Versorgung ist dabei grundsätzlich hausärztliche Versorgung, die durch entsprechend qualifizierte Unterstützung in die Lage versetzt wird, auch komplexere Behandlungskonstellationen im Patientensinne und -willen bewältigen zu können. Die Kooperation mit relevanten Gesundheitsberufen ist hierbei ebenso Bestandteil der spezialisierten geriatrischen Versorgung wie die ganzheitliche Betrachtung der Lebenssituation. Beides dient dem Ziel, individuelle Patientenfähigkeiten und -fertigkeiten so lange wie möglich zu erhalten bzw. bewahren, um selbstbestimmte Lebensweisen im selbst gewählten Lebensumfeld zu ermöglichen.

Der Fokus der geriatrischen Institutsambulanzen und ihrer vertragsärztlichen Pendanten liegt auf der Abklärung bzw. Diagnostik entsprechend aufwändiger geriatrischer Fragestellungen. Die Vereinbarungspartner GKV, KBV und DKG haben zudem geregelt, dass die Verordnung empfohlener Heilmittel nicht zu Lasten der Heilmittelbudgets der verordnenden Ärzte gehen soll. Zusätzlich wurden unabhängig von dieser Entwicklung mit der Förderung nichtärztlicher

Praxisassistenten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung neue Möglichkeiten der Betreuung geriatrischer Patienten im Versorgungsalltag eingerichtet, die sukzessive durch fachspezifische Praxisassistenten auch im geriatrischen Bereich ergänzt werden sollten. In Anbetracht der bislang rein diagnostischen Ausrichtung spezialisierter geriatrischer Strukturen in der ambulanten Versorgung hat die KBV 2016 in enger Zusammenarbeit mit Einzelsachverständigen und Verbänden bzw. Gesellschaften ein integriertes Konzept der geriatrischen Schwerpunktpraxis vorgestellt, das der ambulanten werdenden geriatrischen Versorgung Rechnung trägt. Das Konzept sieht dabei auch spezifische Module z. B. für die Versorgung geriatrischer Patienten mit demenziellen Erkrankungen vor und wird derzeit mit Krankenkassen und ihren Verbänden eingehend diskutiert. Heute schon werden geriatrische Versorgungskonzepte mit Erfolg in anerkannte Praxisnetze integriert. Die verbindliche Einbindung der geriatrischen Schwerpunktpraxis in einen lokalen Praxis-, Klinik- und Pflegeverbund stellt deshalb, neben anderen Optionen, eine weitere Ausbaustufe der eingeschlagenen Strukturbildung dar. Unbenommen der weiterbestehenden besonderen Versorgungsformen nach §140a SGBV hat der Gesetzgeber für die Erprobung neuer Versorgungswege mit dem Innovationsfonds neue Möglichkeiten geschaffen, die gerade auch für den Bereich der Geriatrie genutzt werden sollten.

RAHMENEMPFEHLUNGEN ZUM UMGANG MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN BEI MENSCHEN MIT DEMENZ IN DER STATIONÄREN ALTENHILFE

Martin Haupt, Düsseldorf

Die Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe wurden durch das BMG gefördert und 2006 veröffentlicht. An der Erarbeitung der Empfehlungen war auch die DGGPP beteiligt.

Herausfordernde Verhaltensweisen: Die Pflege demenzkranker Menschen in Altenpflegeheimen stellt große Herausforderungen an alle, die sich um einen menschengerechten Umgang mit diesem Personenkreis bemühen. Insbesondere werden hohe fachliche und kommunikative Kompetenzen gefordert, wenn die zu betreuenden Menschen ein Verhalten zeigen, welches sich im Zuge ihres Krankheitsverlaufs so stark verändert, dass es als störend und problematisch empfunden wird.

Zielloses Herumwandern, Aggressivität, Schreien oder Apathie sind Verhaltensweisen, die meistens als belastend für Pflegenden wie für das gesamte Umfeld empfunden werden. So führen zum Beispiel die sogenannten vokalen Störungen (wie Schreien, Rufen, Geräusche machen) zur Frustration, Angst und Ärger bei den Pflegenden und bewirken eine Distanzierung zu demenzkranken Personen.

Auf der anderen Seite können gerade diese Verhaltensweisen darauf hinweisen, dass die Betroffenen selbst unter einem starken Leidensdruck stehen und diese Verhaltensformen ein Ausdruck des Leidens sind. Die Umwelt reagiert jedoch oft mit Unverständnis oder Abwehr, was wiederum leicht zu einer negativen Verstärkung der Verhaltensweisen führen kann.

Die Handlungsempfehlungen behandeln auf 153 Seiten folgende Themen: Verstehende Diagnostik, Assessmentinstrumente, Validieren, Erinnerungspflege, Berührung/Basale Stimulation/Snoezelen, Bewegungsförderung, Pflegerisches Handeln in akuten psychiatrischen Krisen von Demenzkranken.

Das vollständige Dokument findet sich u. a. hier:

http://siegel.dggpp.de/Rahmenempfehlungen_herauf_Verhaltensweisen.pdf

COGNITIVE FUNCTIONS DEMENTIA (CFD): EINE TABLETGESTÜTZTE BATTERIE ZUR NEUROPSYCHOLOGISCHEN DEMENZDIAGNOSTIK

Johannes Baltasar Heßler¹, David Brieber², Johanna Egle², Georg Mandler², Marco Vetter², Thomas Jahn¹

¹Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
²Schuhfried GmbH, AT-Mödling

Zielsetzung/Fragestellung: Das DSM-5 nahm mit der Neurokognitiven Störung eine Revision des traditionellen Begriffs der Demenz vor. Mit der erstmaligen expliziten Auflistung von kognitiven Funktionen und Vorschlägen für geeignete Untersuchungsinstrumente wurde die neuropsychologische Demenzdiagnostik stark aufgewertet. Das kommende ICD-11 wird diese Veränderungen voraussichtlich übernehmen. So ist es an der klinischen Neuropsychologie als Disziplin mit diesen Entwicklungen Schritt zu halten und ihre Instrumente weiterzuentwickeln, vor allem um Früherkennung und Differentialdiagnostik der Demenz zu verbessern. Mit dieser Zielsetzung wurde die tabletbasierte Demenzbatterie Cognitive Functions Dementia (CFD) entwickelt.

Materialien/Methoden: Das CFD wurde als Test-Set für das Wiener Testsystem (WTS) entlang folgender Kriterien entwickelt: Berücksichtigung der wichtigsten im DSM-5 genannten kognitiven Funktionen, Durchführungszeit von etwa einer Stunde, adäquate Normierung von 50 bis 95 Jahre, zwei Parallelversionen und vollständige Durchführung auf dem Tablet. Die tabletbasierte Durchführung soll die Instruktion schwieriger Tests durch Vorzeige- und Übungsphasen erleichtern, eine niederschwellige Durchführung für Patienten und Kliniker erlauben sowie unmittelbare Testauswertung, Normvergleiche und Profilanalysen ermöglichen.

Ergebnisse: Das CFD wurde entsprechend der Kriterien entwickelt. Anhand von ersten Ergebnissen aus Normierung und Validierung werden die psychometrischen Eigenschaften und diagnostischen Möglichkeiten des CFD erläutert.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Mit dem CFD wird die erste vollkommene tabletbasierte neuropsychologische Demenzbatterie vorgestellt, die die wichtigsten kognitiven Funktionen der Neurokognitiven Störung aus dem DSM-5 überprüfen kann und durch zweikonormierte Parallelversionen valide Verlaufsuntersuchungen ermöglicht.

ERFAHRUNG EINER EINRICHTUNG BEIM ERWERB DES DGGPP-QUALITÄTSSIEGELS

Ursula Hönigs

Erkelenz

Wir freuen uns total über das Siegel. Für alle Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen ist es eine Anerkennung von jahrelanger Arbeit. Vor über zehn Jahren haben wir uns hier gemeinsam auf den Weg gemacht unsere Arbeit zu hinterfragen und uns konzeptionell auf den Weg zu machen. Wir wissen, dass wir nicht fertig sind, sondern uns in einem Prozess befinden, den wir weiter gestalten können. Aus dem Grund freuen wir uns auch auf ihren nächsten Besuch in zwei oder drei Jahren. Und es ist auch gut zu wissen, Sie einfach zukünftig um Rat bitten zu können.

Mehr über die erste mit dem DGGPP-Qualitätssiegel »Demenzsensible Einrichtung« ausgezeichnete Hermann-Josef Altenheim in Erkelenz und die Reaktionen der Presse findet sich hier:

<http://siegel.dggpp.de/heime.html>

DIE BEDEUTUNG DER MENSCHENRECHTE IN VERSORGUNGSSETTINGS DER ALTENHILFE

Sabine Junius
Mettmann

Kurzinhalt: Im Rahmen des Vortrages werden die »Allgemeine Erklärung der Menschenrechte« der UN-Generalversammlung, die »Behindertenrechtskonvention« (ICRPD), die »Antifolterkonvention« (CAT) sowie zwei nationale Institutionen zum Schutz und der Förderung der Menschenrechte, das »Deutsche Institut für Menschenrechte« (DIMR) und die »Nationale Stelle zur Verhütung von Folter«, kurz vorgestellt und in ihrer Relevanz für die Altenhilfe erläutert werden.

Zielsetzung/Fragestellung: Welche Bedeutung hat der Schutz der Menschenrechte für die Altenhilfe? Welche Rechte und Ansprüche sind damit sowohl für Pflegebedürftige wie auch für Pflegenden verbunden?

Methode/Materialien: Dokumentenanalyse der einschlägigen Gremien und Institutionen.

Zielsetzung/Diskussion: Die Diskussion um Gewalt in Pflegebeziehungen und die Möglichkeiten ihrer Prävention ist in den letzten Jahren weit fortgeschritten. Bei allen unternommenen Anstrengungen der Enttabuisierung scheint sie aber dennoch nicht ohne Kategorien wie »Täter/Opfer« oder »Schuldige/Unschuldige« auszukommen.

Jedoch sind die Grenzen zwischen »Tätern« und »Opfern« oft fließend, auf den Ebenen kultureller und struktureller Gewalt sind personale Täter nicht auszumachen.

Ein wachsendes Bewusstsein für den Schutz der Menschenrechte in pflegerischen Settings bietet die Möglichkeit, ohne solche Kategorien auszukommen und sowohl Pflegebedürftige wie auch Pflegenden in ihren Rechten und Ansprüchen zu fördern und zu schützen.

ALTERSDEPRESSION IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG: ERGEBNISSE DER CLUSTER-RANDOMISIERTEN KONTROLLIERTEN INTERVENTIONSSTUDIE GermanIMPACT

Michael Hüll¹, L. Hölzel², F. Bjerregaard², T. Kloppe³, S. Boczor³, M. Scherer³, W. Niebling⁴, A. Kotterer⁴, I. Tinsel⁴, C. Brettschneider⁵, H.-H. König⁵, C. Bleich⁶, M. Härter⁶

¹Klinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie Emmendingen

²Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg

³Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg

⁴Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwig-Universität Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg

⁵Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Hamburg

⁶Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg

Zielsetzung/Fragestellung: Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen bei älteren Menschen und sind mit gravierenden Verlusten der Lebensqualität verbunden. GermanIMPACT ist die deutsche Adaption des amerikanischen IMPACT Modells, für das positive Effekte eines Collaborative-Care-Ansatzes zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung depressiver älterer Menschen belegt sind. Die hier vorgestellte Studie prüft, ob die Versorgung nach dem IMPACT-Modell einer üblichen hausärztlichen Versorgung in Deutschland überlegen ist.

Materialien/Methoden: Die Universitätskliniken Freiburg und Hamburg führten eine Cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie

mit Hausarztpraxen durch. Das GermanIMPACT Programm beinhaltet im Wesentlichen eine telefongestützte Intervention mit Elementen der Psychoedukation, des Therapiemonitorings sowie eines Problemlösetrainings, die von geschulten Therapiebegleiterinnen (hier Krankenschwestern) unter Supervision von Psychiatern/Psychotherapeuten durchgeführt wurde. Eingeschlossen wurden Patienten mit mittlerer depressiver Symptomatik (Patient Health Questionnaire [PHQ-9-Wert: 10–14]). Ausschlusskriterien waren psychiatrische Komorbiditäten, aktuelle Psychotherapie und starke kognitive Einschränkungen. Die statistische Analyse erfolgte mit den Endpunkten Response und Remission der Depression anhand des PHQ-9 Wertes nach dem Intention-to-Treat-Prinzip. Zusätzlich erfolgte eine Evaluation der Therapiebegleitung mittels einer schriftlichen Befragung der Patienten der Interventionsgruppe nach Beendigung der Intervention.

Ergebnisse: 71 Hausarztpraxen schlossen 248 Patienten (Interventionsgruppe IG = 139 und Kontrollgruppe KG = 109) ein. Der Anteil der Frauen lag bei 77,4 % (n = 192), das mittlere Alter betrug 71,3 Jahre ($\pm 7,6$). In der IG betrug der mittlere PHQ-9-Wert zur Baseline 10,7 Punkte und war damit signifikant ($p = 0,038$) höher als in der KG (9,7). Nach der Intervention lagen der mittlere PHQ-9 Wert bei $8,13 \pm 0,37$ in der Interventions- und bei $9,38 \pm 0,3$ in der Kontrollgruppe. Nach einem Jahr befanden sich 25,6 % der Patienten der IG in Remission (PHQ-9-Wert < 5 Punkte). In der KG betrug dieser Anteil 10,9 % der Patienten ($p = 0,004$). Die Zufriedenheit mit der Intervention (Skala 0–4) war sehr hoch (Mittelwert = $3,7 [\pm 0,7]$).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Intervention zeigt eine doppelt so hohe Remissionsrate in der IG im Vergleich mit der KG und wurde von den Patienten gut aufgenommen. Insgesamt waren die Remissionsraten in beiden Gruppen jedoch niedrig und die Prävalenz von chronifizierten depressiven Erkrankungen bei älteren Menschen hoch. Die Einführung des IMPACT-Programms in die Routineversorgung in Deutschland kann signifikante klinische Vorteile für Patienten mit einer mittelschweren Depression bedeuten.

UNTERSTÜTZUNGSEBENEN – UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE ERMITTELN DES HANDLUNGSBEDARFS IN KOMMUNEN UND KREISEN

Ralf Ihl
Demenz Forschungszentrum Krefeld

Einführung: Hilfebedarfe im Alter reichen von der hautnahen Körperpflege bis zu Kenntnissen über Krankheiten oder zu finanziellen und rechtlichen Unterstützungen. Ein feingliedriges Unterstützungsangebot durch Menschen mit unterschiedlichen relevanten Qualifikationen ist erforderlich. Bisher liegt kein Instrument zur systematischen Erfassung des Handlungsbedarfs vor.

Methodik: Ein Instrument für eine systematische Erfassung u. a. zur Breite und Dichte des Unterstützungsangebots wurde für städtische und ländliche Regionen entwickelt. Die Nützlichkeit wurde über eine Internetrecherche zu regionalen Unterstützungsleistungen im Alter ermittelt und an Beispielen dargestellt.

Ergebnis: Breite und Dichte des Unterstützungsangebots unterscheiden sich in Kommunen und Kreisen. Lediglich zu einzelnen Unterstützungsbereichen liegen bei Kommunen und Kreisen Daten vor. Eine systematische überregionale Erfassung von Breite und Dichte des Angebots konnte nicht gefunden werden.

Diskussion: Das hier vorgelegte Instrumentarium zur Erfassung regionaler Unterstützungsangebote und u. a. auch ihrer Breite und Dichte zeigt auf, wie sich der Handlungsbedarf in Kommunen und Kreisen ermitteln lässt, um ein komplettes Unterstützungsnetzwerk entstehen zu lassen.

KONZEPTION IM WANDEL: VON DER ALZHEIMER DEMENZ ZUR ALZHEIMER KRANKHEIT

Frank Jessen

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Fakultät, Uniklinik Köln

Die klinisch-syndromale Konzeption der Alzheimer Krankheit basiert auf Kriterien der 1980-er Jahre, als noch keine Biomarker für die zugrundeliegende molekulare Pathophysiologie verfügbar waren. Zu dem Zeitpunkt war die Alzheimer Pathologie nur postmortem diagnostizierbar. Zu Lebzeiten des Patienten konnte lediglich eine Verdachts- bzw. Ausschlussdiagnose gestellt werden. Die erfolgreichen Entwicklungen von Biomarkern, zunächst im Liquor und im Anschluss auch als molekulare PET-Bildgebungsmarker, haben zu einem grundlegend anderen Verständnis der Erkrankung geführt. Wir wissen heute, dass (1) bei 10–30% der Patienten mit der typischen Symptomatik einer Alzheimer Demenz keine Alzheimer Pathologie vorliegt, (2) atypische Varianten der Alzheimer Krankheit existieren, die in der klinischen Präsentation z.B. fronto-temporalen Demenzen sehr ähnlich sind und (3) der pathophysiologische Prozess der Alzheimer Krankheit viele Jahre vor der Demenz beginnt, was die Möglichkeit der Krankheitsprädiktion und Frühintervention eröffnet. Die erhebliche klinische Relevanz, die sich aus diesen Erkenntnissen ergibt, hat dazu geführt, dass in aktuellen Forschungskonzepten die Alzheimer Krankheit nur noch pathophysiologisch definiert und durch Biomarker entsprechend diagnostiziert wird. Die klinische Ausprägung definiert das Stadium der Erkrankung, nicht aber die Erkrankung an sich. Dies ist ein grundlegender Konzeptwandel, der weitreichende Konsequenzen für Diagnostik, Therapie und Versorgung in der Zukunft haben wird. In dem Vortrag wird der aktuelle Stand der Konzeptentwicklung vorgestellt.

VOR- UND NACHTEILE DES ALTEN UND NEUEN PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFFES – REFORMVORSCHLÄGE

Karen Kinzel

Holle

Die alte Definition von Pflegebedürftigkeit wurde vielfach kritisiert. Nun wünschen sich einige bereits die alte Einstufungssystematik zurück. Es wird im Vergleich zur alten Systematik erläutert, wo die Vor-, aber auch die Nachteile des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes für Menschen mit psychischen oder gerontopsychiatrischen Erkrankungen liegen und für welche Personengruppen das Ziel der Leistungsverbesserung mit der neuen Systematik nicht erreicht werden kann.

Die bisherigen Erfahrungen einer vollstationären Facheinrichtung für Gerontopsychiatrie werden dazu erläutert.

PRÄDIKTOREN DER DELIRPRÄVENTION

Stefan Kreisel

Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld

In Ermangelung wirksamer Behandlungsstrategien für das manifeste Delir liegt der Fokus im klinischen Alltag auf der Prävention. Wenn man für das Delir eine aberrant verlaufende Stressreaktion als ursächlich annimmt, dann eröffnet dies die Möglichkeit, Stressoren gezielt auszuschalten und somit das Delir zu verhindern. Diese Hypothese stellt die Grundlage für fast alle Delirpräventionsstrategien dar. Da in der Regel nicht ein einziger Auslöser für die Entwicklung des Delirs verantwortlich ist, beinhalten auch Präventionsansätze verschiedene Komponenten. Die Wirksamkeit dieser Multikomponenten-Strategien ist gut belegt, und sie kommt in verschiedenen klinischen

Settings zum Einsatz. Dennoch bleibt offen, welche individuelle Risikokonstellation einer Prävention besonders zugänglich ist und welche Elemente besonders präventiv wirken.

In diesem Vortrag sollen diese Fragen im Lichte der bestehenden Evidenz und Erfahrungen aus etablierten Delirpräventionsprogrammen – z. B. das help+ Programm – erörtert werden.

ÜBER DEN ZUSAMMENHANG VON GERONTOPSYCHIATRISCHER VERSORGUNGSQUALITÄT, DER AUSBILDUNG IN PFLEGERBERUFEN UND DEN QUALIFIZIERUNGSBEDARFEN NACH PSG II UND III

Ursula Kriesten

Akademie Gesundheitswirtschaft und Senioren, AGewiS des Oberbergischen Kreises, Gummersbach

Hintergrund: Die Qualifizierungsprofile, die sich aus dem diskutierten neuen Pflegeberufsgesetz und den Pflegestärkungsgesetzen II und III ergeben, werden unweigerlich Auswirkungen auf die Versorgungs- und Lebensqualität von Menschen mit gerontopsychiatrischen Veränderungen haben.

Methoden: Analysen der Gesetzesvorhaben und Gesetzesvorgaben hinsichtlich Qualifizierungsergebnissen.

Ergebnisse: Die Qualifizierungen führen zum Downqualifying und zu einem Verlust von gerontopsychiatrischem und altenpflegerischem Wissen und Können.

Botschaft: Auf die Fachexpertise der beruflichen Altenpflege kann nicht verzichtet werden, um die Versorgungsqualität halten und weiter entwickeln zu können. Die altenpflegerische und speziell die gerontopsychiatrische Fachexpertise muss beruflich und akademisch weiterentwickelt werden.

DAS PFLEGERBERUFEGESETZ: STAND DES VERFAHRENS

Thomas Kunczik

Wiehl

Die von vielen Seiten vorgetragene Kritik am Pflegeberufegesetz führte zum Umdenken und lässt der Altenpflege als erfolgreichstem Ausbildungsberuf vorerst eine Chance. Der auf Betreiben der CDU/CSU ausgehandelte Kompromiss zur Pflegeausbildung rückt von der »generalistischen Pflegeausbildung« und damit vorläufig von der Abschaffung des Altenpflegeberufes ab.

Ein aktualisierter Gesetzentwurf lag bei Drucklegung des Abstractbandes noch nicht vor.

CHRONOTHERAPEUTIKA BEI NEURODEGENERATIVEN ERKRANKUNGEN

Dieter Kunz

Berlin

Nighttime agitation is frequent in patients suffering from neurodegenerative disorders such as Alzheimer disease and/or synucleinopathy. In Alzheimer nighttime disturbances are thought to be circadian rhythm disturbances. These disturbances cause exhaustion in the caregivers because of poor sleep. Exhaustion is considered the number one reason for longterm institutionalization of these patients. REM-sleep behavior disorder is considered a precursor of synucleinopathies. Here the outacting of dreams often cause injuries to the patients or the partners sleeping nearby.

The two chronotherapeutics light and melatonin – as the signal of darkness – show beneficial effects in neurodegenerative disorders. Both lack serious side effects. Still, especially with respect to light in demented patients, reports are inconsistent. One of the major reasons

is the emerging picture of complexity with many interrelations on the effects of light on human health. Since the discovery of melatonin and description of his melatonin action spectrum some ten years ago, a tremendous amount of new data on the topic has been reported. It is clear that light has a pivotal influence on human performance, well-being and health. Melatonin has positive effects in both nighttime agitation in Alzheimer's as well as in RBD patients.

SCHMERZ UND DEMENZ

Miriam Kunz

Department of General Practice & Elderly Care Medicine,
University Medical Center Groningen, NL-Groningen

Die Prävalenzen von chronischem Schmerz und Demenz nehmen mit dem Alter deutlich zu, sodass die Kombination beider Probleme sehr häufig geworden ist. Die kognitiven Störungen der Demenz erschweren eine valide und reliable Schmerzdiagnostik und -messung, die wiederum die Voraussetzung einer erfolgreichen Schmerzbehandlung sind. Es überrascht daher nicht, dass viele Studien eine analgetische Unterversorgung belegen. Wenn die kognitiven Einbußen soweit fortgeschritten sind, dass es nicht mehr möglich ist, Schmerzen über Selbstauskünfte des Patienten valide zu erfassen, stellt sich die Frage nach alternativen Schmerzerfassungsmethoden. Hier gibt es einen hohen Konsens in der Literatur, dass bei fehlendem Schmerzbericht Mimikreaktionen, nicht-sprachliche Lautäußerungen und Körperhaltung zur Erfassung von Schmerzen hergenommen werden können. Geringeren Konsens gibt es jedoch hinsichtlich der Frage, welche Art von Mimikreaktionen, Lautäußerungen und Körperhaltungen nun wirklich schmerzindikativ sind. Im Rahmen des Vortrages von Miriam Kunz wird ein Überblick darüber gegeben werden, welche Mimikreaktionen, welche Stimmveränderungen und welche Körperhaltungen typischerweise bei Schmerzen zu beobachten sind. Der Schwerpunkt soll hierbei auf der mimischen Schmerzreaktion liegen. Anhand von experimentellen Studien und von klinischen Fragebogenstudien sollen sowohl die Möglichkeiten als auch die Probleme aufgezeigt werden, wenn Mimik, Stimme und Körperhaltung als Schmerzindikatoren bei Demenzpatienten verwendet werden.

1. Kunz M, Lautenbacher S. Schmerz und Demenz. In: Matthias Schuler (Hrsg.). Schmerztherapie beim älteren Patienten. Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston 2016; 39–53.

SUCHTPROBLEME IM ALTENHEIM

Andreas Kutschke

Städtische Seniorenheime Krefeld gGmbH, Krefeld

Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch im Alter ist nicht nur ein bisher unterschätzter, sondern auch ein besonders anspruchsvoller Erkrankungsbereich in der Pflege alter Menschen. Mehr als 10% der Bewohner in einem Altenheim haben eine Alkoholdiagnose und fast 35% der Altenheimbewohner nehmen regelmäßig über mehrere Jahre Benzodiazepine ein. Die Zahl der Betroffenen wird durch den demografischen Wandel noch zunehmen und damit auch die aus der Abhängigkeit entstehenden medizinischen, sozialen und pflegerischen Herausforderungen. Einzelne Einrichtungen der Altenhilfe nehmen jetzt die Herausforderung an und entwickeln praxisnahe Konzepte für diese Bewohner. In diesem Zusammenhang werden auch Mitarbeiter umfangreich geschult, damit sie pflegerisch, sozial und psychiatrisch kompetent auf die Betroffenen reagieren können.

1. Kutschke A. Sucht-Alter-Pflege, Praxishandbuch für die Pflege suchtkrankter alter Menschen, Hans Huber Bern 2012.
2. Kutschke A. Pflege suchtkrankter alter Menschen. Suchttherapie 2014; 15: 125–29.

UNTERSTÜTZUNG ZU HAUSE DURCH EIN SMART-TV

Harald Mathis¹, Fouad Bitti, Carina Goretzky, Stefan Kreutter

¹Industrielle Informatik und Biosystemtechnik, Hochschule Hamm-Lippstadt

Die Digitalisierung von Unterstützungsmaßnahmen von chronisch Erkrankten und multimorbiden Menschen schreitet voran. Es stellt sich aber gerade bei den Älteren heraus, dass nicht alle Systeme akzeptiert werden, so dass deren Wirkung gar nicht erst entfaltet werden kann.

Wir präsentieren deshalb einen Ansatz, der sich vor allem an die ältere Bevölkerung wendet, in einer Feldstudie getestet wurde und als Kernstück – als Medium – ein sogenanntes Smart-TV beinhaltet. Dieser Fernseher wird ganz normal über eine Fernbedienung gesteuert und zwar im Wesentlichen mit den vier Farbtasten.

Herzstück des Ansatzes ist ein Mini-PC, der z. B. die Verbindung zum Hausarzt herstellt, der im Notfall den Notarzt alarmieren kann und der dafür sorgt, dass die für die Krankheit passenden Information zur Verfügung stehen.

Das Smart-Health-TV ist Ergebnis eines Projektes, das zusammen mit und für die Bayer AG durchgeführt wurde.

ERFAHRUNGEN MIT DEM QBTEST AUS DER ADHS-DIAGNOSTIK BEI MCI-PATIENTEN EINER GEDÄCHNISSPRECHSTUNDE

Christine Meisel¹, Mark Lehfeld²

¹Psychiatrische Institutsambulanz – Gedächtnissprechstunde, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Nürnberg

²Klinikum Nürnberg, Gedächtnissprechstunde

Zielsetzung/Fragestellung: Einige Längsschnittstudien legen nahe, dass Veränderung von Aufmerksamkeitsfunktionen in der Demenzentwicklung dem Gedächtnisabbau vorausgehen. Anders als bei Gedächtnistests besteht derzeit jedoch ein Mangel an sensitiven Untersuchungsverfahren mit entsprechender Altersnormierung, die diskrete Veränderungen von Aufmerksamkeitsprozessen erfassen könnten. Aus diesem Grund wurde der QbTest, ein computergestütztes Verfahren zur Untersuchung verschiedener Aufmerksamkeitsfunktionen aus der ADHS-Diagnostik, in einer Studie mit älteren Patienten mit leichter kognitiver Störung (MCI) eingesetzt und hinsichtlich seiner Bewährung erprobt.

Materialien/Methoden: 21 MCI-Patienten der Nürnberger Gedächtnissprechstunde nahmen an einer 12-wöchigen Studie mit Cross-over-Design zur Untersuchung des Effekts von Souvenaid, eines Lebensmittels für besondere medizinische Zwecke, auf die Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistung teil. Im Studienverlauf wurden insgesamt dreimal (Woche 0, Woche 6, Woche 12) die Reaktionszeit, die Aufmerksamkeitskonstanz und die Sorgfaltsleistung mit dem QbTest untersucht. Weiterhin wurden zu den drei Messzeitpunkten Gedächtnis und Aufmerksamkeit mit dem SKT nach Erzigkeit erfasst, zudem wurden Stimmung und Ernährungsgewohnheiten abgefragt.

Ergebnisse: Im Mittelpunkt des Vortrags stehen erste Ergebnisse zur Reliabilität und Validität des QbTests außerhalb seines ursprünglichen Einsatzbereichs. Dabei ergaben sich mit Werten um $r=0,85$ (Geschwindigkeitsparameter) bzw. $r=0,75$ (Sorgfaltsparameter) hohe Test-Retest-Koeffizienten. Die Kriteriumsvalidität des QbTests (Geschwindigkeitsparameter) war mit Korrelationen in der Größenordnung $r=0,55$ mit den SKT-Tempoleistungen (Rohwerte) ebenfalls als zufriedenstellend zu beurteilen. Die Studienergebnisse hinsichtlich des Effekts von Souvenaid auf Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsfunktionen werden an anderer Stelle berichtet.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Insgesamt erwies sich der QbTest als ein praktikables Verfahren mit vielversprechenden psychometrischen Kennwerten auch bei MCI-Patienten. Sein Einsatz macht

Aspekte der Aufmerksamkeitsfunktionen einer Messung zugänglich, die sich mit traditionellen Papier-Bleistift-Tests nicht erfassen lassen. Aufgrund solcher Vorteile haben computergestützte Testverfahren im Bereich Demenz in den letzten Jahren verstärkt Beachtung gefunden.

INTERDISZIPLINÄRES ZENTRUM FÜR ALTERSMEDIZIN AM LWL-KLINIKUM UND SEINE AUSWIRKUNG AUF DAS AMBULANTE GERONTOPSYCHIATRISCHE VERSORGUNGSNETZ

Bernd Meißnest

Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Altersmedizin, LWL-Klinikum Gütersloh

Am LWL-Klinikum Gütersloh existiert seit den 60-er Jahren zusätzlich zu den psychiatrischen Kliniken die beiden somatischen Kliniken, Klinik für Innere Medizin/Geriatrie und Klinik für Neurologie. Im Jahre 2005 erfolgte zunächst pilothaft die Gründung eines Zentrums für Altersmedizin in dem interdisziplinär der ältere psychisch und körperlich erkrankte Mensch gemeinsam behandelt wird. Nach Umbau des Gebäudes und Ausweitung des Behandlungsangebotes hat sich dieses Angebot in Gütersloh etabliert und auf die tagesklinische, sowie ambulante Behandlung älterer Menschen ausgeweitet. So gelingt es mittlerweile bei einem sehr dichten ambulanten Versorgungsnetz für ältere Menschen mit unterschiedlichsten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Angeboten sowie einem dichten Angebot an Betreuungsformen Akutbehandlung dort anzubieten, wo der Betroffene lebt. Der Grundsatz ambulant vor teilstationär vor stationär wurde konsequent umgesetzt.

Um die Versorgung vor allem der an Demenz erkrankter Menschen im Allgemeinkrankenhaus zu verbessern intensivierten sich die gerontopsychiatrische konsiliarische Leistung bis schließlich eine gerontopsychiatrische Fachkraft im somatischen Krankenhaus als Demenzkoordinator etabliert wurde.

In dem Vortrag wird die obige Entwicklung aufgezeigt, sowie die Auswirkungen auf die Behandlung und Betreuung älterer psychisch und körperlich erkrankter Menschen im Kreis Gütersloh. Hierzu gehören u. a. auch die gelingende Integration der unterschiedlichen somatischen Krankenhäuser, der niedergelassenen Ärzte sowie der pflegerischen und therapeutischen Angebote in das interdisziplinäre Behandlungskonzept.

ÜBER-, UNTER- ODER FEHLVERSORGUNG? DIE SITUATION DER MEDIKAMENTÖSEN VERSORGUNG VON GERONTOPSYCHIATRISCH ERKRANKTEN BEWOHNERINNEN IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN

Sinja H. Meyer-Rötz

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen

Kurzinhalt: Im Rahmen des Vortrags wird zu Beginn des Symposiums (Vortrag 1) die aktuelle Situation der aufsuchenden gerontopsychiatrischen Versorgung in alten- und Pflegeeinrichtungen umfassend dargestellt. Hierfür erfolgt ein Überblick über die aktuellen nationale und internationale Datenlage.

Zielsetzung/Fragestellung: Wie ist die gerontopsychiatrische Versorgungssituation und -qualität national und international zu beurteilen, welche Herausforderungen stellen die Trends des demographischen Wandels an das System und welche Modelle können als Vorbild für eine flächendeckende Versorgung angenommen werden?

Materialien/Methoden: Literaturrecherche

Ergebnisse: Die gerontopsychiatrische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen kann in Deutschland als defizitär bezeichnet werden. Trotz der hohen Prävalenz gerontopsychiatrischer Erkrankungen von

BewohnerInnen in diesen Institutionen werden diese teilweise gar nicht oder nur sporadisch von entsprechenden Fachärzten (Psychiater, Neurologen, Nervenärzte) versorgt. Gleichzeitig tritt insbesondere bei älteren Menschen mit der Kombination aus chronisch-somatischen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen häufig das Phänomen der Polypharmazie und daraus entstehende weitere Gesundheitsprobleme auf. Auch sind systemimmanente Probleme (bspw. Personalmangel) ein Faktor, welcher die medikamentöse Versorgung von BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen beeinflussen.

Im internationalen Vergleich sind insbesondere durch andere gesundheitspolitische Strukturen andere Versorgungsformen und -modelle beispielhaft herauszustellen, die eine regelhaftere Versorgung sicherstellen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: In der Literatur werden die drei Phänomene der Über-, Unter- und Fehlversorgung im Zusammenhang mit der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen diskutiert und mit quantitativen und qualitativen Daten belegt. Die Herausforderungen in diesem speziellen Versorgungsbereich können nur durch Anpassung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen (siehe internationale Vorbilder) oder die Unterstützung von regionalen/lokalen Netzwerken bewältigt werden, um die Versorgungssituation und -qualität der Betroffenen langfristig zu sichern.

KOSTENVERGLEICH ZWISCHEN INTERVENTIONS- UND KONTROLLGRUPPE BESONDERHEITEN DES SGB 5 UND 11 BEI DER UMSETZUNG DES KONZEPTEES IN DIE VERSORGUNG

Bernhard Michalowsky¹, J. R. Thyrian², I. Zwingmann², D. Wucherer³, A. Dreier³, W. Hoffmann^{1,3}

¹Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Rostock/Greifswald, AG Translationale Versorgungsforschung

²Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Rostock/Greifswald, AG Interventionelle Versorgungsforschung

³Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Versorgungsepidemiologie und Community Health

Hintergrund: Dementielle Erkrankungen sind mit erheblichen Ausgaben für das Gesundheitssystem assoziiert. Kurative medizinische Behandlungsmöglichkeiten fehlen bislang. Daher sind innovative Versorgungsformen, wie Case-Management-Programme notwendig, um die Versorgung der MmD zu verbessern und den steigenden Kostendruck, z. B. durch eine verzögerte Institutionalisierung, zu reduzieren. Ein innovativer Ansatz stellt das Dementia Care Management (DCM) der DelpHi-MV Studie dar.

Fragestellung: Analyse des Effektes des DCM auf die Inanspruchnahme von medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen sowie auf die Krankheitskosten der primärärztlich versorgten MmD.

Methode: Die Analyse basiert auf Daten von 407 MmD der hausarztbasierten, cluster-randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie DelpHi-MV (Demenz: lebensweltorientierte und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern). Ziel der Studie ist es, die häusliche Versorgungssituation der MmD durch optimale Integration der Betroffenen in das bestehende Versorgungssystem zu verbessern. Durchgeführt wurde die Intervention durch speziell qualifiziertes Pflegepersonal, den Dementia Care Managern. Soziodemografische und klinische Daten sowie Daten zur Inanspruchnahme wurde zur Baseline und zum Follow-up erfasst. Multiple, lineare Regressionsmodelle wurden genutzt, um den Effekt des DCM auf die Kosten zu analysieren.

Ergebnisse: Patienten der Interventionsgruppe verursachten geringere Kosten in der pflegerischen Versorgung ($b = -1.050$; $SE = 882$; $CI_{95\%} = 2.298$, $CI_{95\%} = 197$; $p = 0,081$). Dies ergab sich aufgrund einer ver-

zögerten Institutionalisierung von 3,3 Monaten im Vergleich zur Kontrollgruppe. Eine signifikante Kostenreduktion in der pflegerischen Versorgung konnte vor allem bei allein lebenden MmD festgestellt werden ($b = -2.214$; $SE = 1.164$; $CI_{95\%} = 4.129$, $CI_{95\%} = 299$; $p = 0,029$).

Diskussion: Das DCM kann kosteneffektiv und vorteilhaft aus Sicht der Kostenträger sein. Erstmals konnte eine signifikante Kostenreduktion durch ein Case-Management bei primärärztlich versorgten MmD festgestellt werden.

PSYCHOPHARMAKA-VERORDNUNGEN BEI ÄLTEREN PATIENTEN IN EINEM ALLGEMEINKRANKENHAUS

Roland Nau^{1,3}, Inken Arnold^{1,3}, Kati Straube^{1,3}, Wolfgang Himmel², Stephanie Heinemann², Vivien Weiß², Laura Heyden¹, Michael Karaus¹, Eva Hummers-Pradier², Roland Nau^{1,3}

¹Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende

²Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

³Institut für Neuropathologie, Universitätsmedizin Göttingen

Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch im Alter ist nicht nur ein bisher unterschätzter, sondern auch ein besonders anspruchsvoller Erkrankungsbereich in der Pflege alter Menschen. Mehr als 10% der Bewohner in einem Altenheim haben eine Alkoholdiagnose und fast 35% der Altenheimbewohner nehmen regelmäßig über mehrere Jahre Benzodiazepine ein. Die Zahl der Betroffenen wird durch den demografischen Wandel noch zunehmen und damit auch die aus der Abhängigkeit entstehenden medizinischen, sozialen und pflegerischen Herausforderungen. Einzelne Einrichtungen der Altenhilfe nehmen jetzt die Herausforderung an und entwickeln praxisnahe Konzepte für diese Bewohner. In diesem Zusammenhang werden auch Mitarbeiter umfangreich geschult damit sie pflegerisch, sozial und psychiatrisch kompetent auf die Betroffenen reagieren können.

1. Kutschke A. Sucht-Alter-Pflege, Praxishandbuch für die Pflege suchtkrankter alter Menschen, Hans Huber Bern 2012.
2. Kutschke A. Pflege suchtkrankter alter Menschen. Suchttherapie 2014; 15: 125–9.

MODERNE DIAGNOSTIK VON PATIENTEN MIT BEGINNENDEN DEMENZEN IN EINER STÄDTISCHEN NEUROLOGISCHEN FACHARZTPRAXIS

Gereon Nelles
Köln

Hintergrund: Moderne Leitlinien zur Versorgung von Demenzpatienten legen besonderen Wert auf die Diagnostik von frühen Krankheitsstadien der Demenz.

Ziel: Darstellung des Einsatzes dieser Methoden und des klinischen Diagnose- und Behandlungspfades einer städtischen neurologischen Schwerpunktpraxis.

Methoden: Darstellung von Leitlinienanforderungen, der Praxis und des Umfeldes sowie der speziellen Herausforderungen bei der Durchführung von Diagnose und Therapie.

Ergebnisse: Anzahl von Personal und Patientenaufkommen. Anteil an durchgeführten Testungs-, MRT- und Liquor Untersuchungen. Darstellung Umgang mit der Testinterpretation, der MRT Befundung und Labor-Analytik im Praxisalltag. Arzt-Patient-Kommunikation bei MCI und beginnenden Demenzen, sowie deren weitere Begleitung in Kooperation mit anderen Berufsgruppen.

Botschaft: Leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit MCI und frühen Demenzen ist in einer neurologischen Praxis durchführbar. Die besonderen Herausforderungen und Zukunftsaufgaben werden herausgearbeitet.

»LERN VON MIR« – EIN SCHULUNGSPROGRAMM ZUR VERBESSERUNG DER VERSORGUNG AN DEMENZ ERKRANKTER MENSCHEN IM ALLGEMEINKRANKENHAUS

Rüdiger Noelle,
Lehrstuhl BWL in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft an der Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld

Das »Lern von mir«-Programm wendet sich an Mitarbeitende aller Professionen in ablaufforientierten Allgemeinkrankenhäusern somatischen Krankenhausumgebung. Ziel der strukturierten auch international erprobten Schulungsmodulen ist das Wissen über die Erkrankung Demenz zu erweitern, Betroffene frühzeitig zu Erkennen und Umgehensweisen, Strukturen und Milieu an die Bedürfnisse der Betroffenen anzupassen und eine qualifizierte Behandlung im somatischen Krankenhaus zu ermöglichen. Die sechs Module beinhalten die drei Wirkungsebenen: Patient, Mitarbeit und Struktur.

In der Begleitforschung der Einführung in Deutschland konnte gezeigt werden, dass es ein signifikanter Wissenszuwachs, im prä-post-Vergleich, gibt.

In dem Vortrag wird das Programm vorgestellt und auf die Evaluationsergebnisse eingegangen

KHK

Christian Otte
Berlin

Etwa jeder fünfte Patient mit Koronarer Herzerkrankung (KHK) erkrankt an einer komorbiden Depression, die mit einer ungünstigeren Prognose der KHK assoziiert ist. Die dafür verantwortlichen Mechanismen werden kurz diskutiert. Schwerpunkt des Vortrags wird die praxisnahe, evidenzbasierte Darstellung verschiedener Behandlungsoptionen bei KHK-Patienten mit komorbider Depression.

VORAUSSCHAUENDE GESUNDHEITSPLANUNG NACH HPG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT SCHWERER DEMENZ

Klaus Maria Perrar
Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln

Der im Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) neu eingeführte Paragraph 132g des SGBV regelt die gesundheitliche Versorgungsplanung in stationären (Pflege-)Einrichtungen. Die Erstellung von Notfallplänen durch die an der Pflege und Behandlung beteiligten Personen ist wesentlicher Teil dieser Planung. Die Zusammenarbeit mit hospizlichen und palliativen Versorgungsstrukturen wird explizit gefordert. In der Folge hat eine durch das BMG geförderte Task-Force aktuell Empfehlungen für ein Konzept der »Behandlung im Voraus« (BvP) vorgelegt. Darüber hinaus ist zu diskutieren, inwieweit die Empfehlungen der S3-Leitlinie Palliativmedizin zu Versorgungsstrukturen für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung auch Relevanz für die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase haben können.

THERAPIENTWICKLUNG: MOLEKULARE TARGETS UND STUDIENLAGE

Oliver Peters
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Benjamin Franklin, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Auch nach einigen Enttäuschungen in jüngster Zeit in Form von Zulassungsstudien mit negativem Ergebnis bleibt die klinische Forschung, welche sich zum Ziel gesetzt hat die medikamentöse

Therapie der Alzheimer-Erkrankung zu verbessern, hochspannend. Viele Entwicklungen laufen parallel und stetig werden neue Ergebnisse aus Phase II/III Studien publiziert. Auf der einen Seite wird versucht, die symptomatische Therapie zu verbessern, aber ein ganz besonderer Fokus liegt auf den kausalen Ansätzen, welche zum Ziel haben, den Krankheitsverlauf zu beeinflussen. Drei molekulare Targets stehen bei einer Vielzahl der laufenden Studien im Fokus: 1. die Beta-Sekretase (BACE), welche eine zentrale Rolle im Amyloid-Metabolismus spielt; 2. das freie und das in Plaques gebundene A-beta Protein und 3. das Tau-Protein. Durch Inhibition von BACE hofft man das Fortschreiten der Alzheimer-Erkrankung ebenso zu verlangsamen, wie durch aktive und passive Immunisierung gegen das Amyloid Beta Protein. Einen neuen Weg geht der Ansatz der aktiven Immunisierung gegen das Tau-Protein. Im Vortrag wird die aktuelle Studienlage analysiert und zukünftige Entwicklungen skizziert.

KONZEPT KOMPETENZZENTRUM FÜR DEMENZ UND PALLIATIVE CARE HAUS DÄNISCHER WOHL, OSDORF

Grit Petzold

Altenwohn- und Pflegeheim Haus Dänischer Wohld, Osdorf

Zielsetzung/Fragestellung: Das Altenwohn- und Pflegeheim Haus Dänischer Wohld in Osdorf bei Kiel ist eine Einrichtung, die sich auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, Depressionen und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen spezialisiert hat. Das Haus verfügt über 102 Plätze für Kurz-, Langzeit- und Verhinderungspflege. Für eine bessere und umfassendere Versorgung der Bewohner möchten wir unser Angebot erweitern. Anfang nächsten Jahres werden wir uns mit einem Anbau vergrößern und neue Konzepte umsetzen. Unser Ziel ist es, ein Kompetenzzentrum für Demenz und Palliative Care aufzubauen.

Durch die räumliche Vergrößerung und zusätzlicher Angebote hätte die Einrichtung ein Alleinstellungsmerkmal in Schleswig-Holstein.

Materialien/Methoden:

- Integrierte medizinische Versorgung: im Anbau wird eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis einziehen, mit den Schwerpunkten Allgemeinmedizin, Diabetologie und Palliativmedizin.
- Palliative Care: Die palliative Versorgung erfordert geeignete Rahmenbedingungen, vor allem qualifizierte Mitarbeiter. Die Entwicklung regionaler Netzwerke und Kooperationen, z. B. mit Fachärzten, Kliniken und Hospiz-Vereinen sind von grundlegender Bedeutung.
- Pflegeoase: Die Errichtung einer Pflegeoase im Erdgeschoss des Anbaus wäre die erste in Schleswig-Holstein. Diese Wohnform ist für eine kleine Gruppe von sechs bis acht Bewohnern bestimmt, die mit Pflegestufe III oder III + einen extrem hohen Pflege- und Unterstützungsbedarf benötigen.
- Wohnbereich 3 »Auszubildende übernehmen Verantwortung«: ein Wohnbereich, der seit Mai 2014 in Eigenverantwortung von den derzeit vierzehn Auszubildenden geführt wird, unterstützt von drei Praxisanleiterinnen. Was als Projekt begann, ist mittlerweile ein etablierter Bereich in der Einrichtung. Die Fortführung dieser Form von Ausbildung wird weiter ausgebaut.

Ergebnisse:

- Die im Haus integrierte Arztpraxis bietet Vorteile für alle: eine verbesserte und intensivere Versorgung der Bewohner, kurze Wege für Visiten, Laborentnahmen und Verbandswechsel sowie unkomplizierter Zugang zu apparativer Medizin (EKG, Sonographie etc.). Der Vorteil für die Bewohner wäre eine Behandlung in vertrauter Umgebung, ohne Ortswechsel und den damit zusammenhängenden Anstrengungen.

- Betroffene Bewohner sollen eine umfassende palliative Versorgung, psychosoziale und spirituelle Begleitung erhalten, um eine möglichst hohe Lebensqualität bis zum Ende sicherzustellen. Eine Ärztin der integrierten Gemeinschaftspraxis wird eine Weiterbildung in Palliativmedizin für Haus- und Fachärzte absolvieren. Kooperationen mit Kliniken, Fachärzten und Hospiz-Vereinen werden ausgebaut.
- Das Betreuungs- und Pflegekonzept der Pflegeoase ist auf eine bestmögliche Lebensqualität ausgerichtet. Der Mehrpersonenraum besitzt eine kommunikative Mitte, Individualbereiche, Rückzugsräume, ein Pflegebad und eine Küchenausstattung. Die Pflegeoase bietet einen geschützten Raum, sichert aber auch Teilhabe und Mobilität der Bewohner außerhalb dieses Lebensortes.
- Die Fortführung des »Wohnbereiches 3« bietet den Auszubildenden auch weiterhin die Möglichkeit, ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit, Selbstorganisation und Verantwortungsbewusstsein unter Beweis zu stellen. Es ist unser gesellschaftlicher Beitrag, dem steigenden Fachkräftemangel im eigenen Haus entgegenzutreten. Einige Schüler sind der Einrichtung bereits als examinierte Pflegekräfte erhalten geblieben.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Um für die Zukunft gerüstet zu sein, bedarf es weiterer Handlungen und Investitionen sowie eine Bündelung vorhandener Ressourcen. Das Altenwohn- und Pflegeheim Haus Dänischer Wohld ist bereits jetzt schon gut aufgestellt und weist einige Alleinstellungsmerkmale auf, die kein anderes Pflegeheim in der Region zu bieten hat.

Die im Konzept aufgezeigten Pläne oder schon etablierten Strukturen werden dazu beitragen, eine umfassende Versorgung zu sichern, in dem alles aus einer Hand angeboten wird.

Eine im Anbau integrierte Arztpraxis ist das Herzstück des Projektes. Die für ein Pflegeheim relevanten medizinischen Felder wie Allgemeinmedizin, Diabetologie und Palliativmedizin wären somit abgedeckt und ermöglicht schnelles Eingreifen.

Zusammen unter einem Dach mit einer Pflegeoase vervollständigt das Angebot für die Bewohner zu einer Kombination, die es in dieser Form nirgends in Schleswig-Holstein gibt.

DIE KONSISTENZ ZWISCHEN EINWEISUNGSGRÜNDEN, DEN BEHANDLUNGSERWARTUNGEN UND DEM BEHANDLUNGSERGEBNIS BEI MENSCHEN MIT DEMENZ IN EINER ABTEILUNG FÜR GERONTOPSYCHIATRIE AUS EINER MULTIPROFESSIONELLEN PERSPEKTIVE

Klaus Pöschel¹, Stefan Spannhorst², Ulrike Höhmann³

¹Abteilung Gerontopsychiatrie, Ev. Krankenhaus Bielefeld

²Ev. Krankenhaus, Bielefeld

³Lehrstuhl für »Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz«, Dept. für Pflegewissenschaften, Universität Witten-Herdecke

Zielsetzung/Fragestellung: Zielsetzung des Forschungsprojekts ist es, eine Übersicht über Einweisungs- und Überweisungsgründe in das stationäre Setting der Abteilung für Gerontopsychiatrie im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld (EvKB) zu gewinnen. Dabei kann dieses Projekt einem übergeordneten Ziel, einer verbesserten Gestaltung der ambulanten-stationären Schnittstellen, zugeordnet werden. Darüber hinaus wird von den Ergebnissen der Forschungsarbeit ein tieferes Verständnis zu medizinischen, pflegerischen und sozialen Gründen für einen Krankenhausaufenthalt von Menschen mit Demenz in der Gerontopsychiatrie erwartet.

Fragestellung des Forschungsprojekts: Wie stellt sich die medizinische, pflegerische und soziale Situation vor stationärer Einweisung in den verschiedenen Dokumenten dar?

Wie stellt sich die medizinische, pflegerische und soziale Situation zum Zeitpunkt der Entlassung in den verschiedenen Dokumenten dar?

Worin bestehen die Unterschiede?

Materialien/Methoden

Retrospektive Datenanalyse unterschiedlicher Dokumente aus einer Stichprobe von 40 Patientenfällen im Zeitraum Juni 2015 – Juni 2016 :

- Dokumentation der pflegerisch besetzten Aufnahmesteuerung (AS)
- Einweisungsdokumente (EWD), entweder Einweisungsschein, Verlegungsbrief oder PsychKG-Zeugnis
- Entlassbrief der Gerontopsychiatrie (EB), dieser muss obligat die Demenzdiagnose als Einschlusskriterium enthalten.
- Quantitative Datenerfassung mittels einer Itematterie mit den vier Oberkategorien Stammdaten, (soziales) Hilfesystem, medizinische und pflegerische Diagnosen mit insgesamt 68 Variablen, deren Ausprägungen an bis zu vier verschiedenen Zeitpunkten erfasst wurden: Ausgangssituation, Einweisung, während stationärer Behandlung, bei Entlassung.
- Auswertung mittels statistischer Verfahren zu Häufigkeiten, Korrelationen mit dem Schwerpunkt der Suche nach typischen Fallkonstellationen.

Ergebnisse: Ergebnisse können zu diesem Zeitpunkt noch nicht veröffentlicht werden, da der Forschungsprozess noch nicht abgeschlossen ist. Die Erstveröffentlichung wird im Frühjahr 2017 im Rahmen eines Praxisprojektes im Studiengang »Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz« an der Universität Witten Herdecke erfolgen. **Zusammenfassung/Schlussfolgerung:** Erkennbar ist bereits jetzt, dass die genannten drei Dokumente die tatsächliche Einweisungssituation unterschiedlich abbilden. Auch ist der Informationsgehalt der Dokumente derselben Art je nach Fall höchst unterschiedlich.

Delirien und Verhaltensauffälligkeiten bilden das Gros der medizinisch-pflegerischen Gründe für Einweisungen in die Gerontopsychiatrie. Nicht selten verbergen sich dahinter allerdings manifeste somatische Erkrankungen. Die meisten Einweisungen erfolgen als Notfall-Einweisungen. Daneben scheinen Versorgungsbrüche etwa in der Verfügbarkeit helfender Angehöriger eine Rolle zu spielen, deren genaues Ausmaß noch erfasst werden muss. Viele Patienten werden vor der Einweisung noch ambulant betreut und aus der Klinik später in eine Heimeinrichtung entlassen. Die Konsistenz der Informationen im Vergleich verschiedener Dokumente muss noch geprüft werden. Deshalb müssten gegebenenfalls die Datenquellen noch erweitert werden.

Ausblick: Die detaillierte Kenntnis zur stationären Aufnahme führender Gründe kann zweifelsohne die individuelle Behandlung und Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen verbessern. Interessant ist insbesondere die Häufigkeit bestimmter möglicher Risikokonstellationen aus sozialen, pflegerischen und medizinischen Bedingungen. In der multiprofessionellen ambulanten Zusammenarbeit können womöglich durch gemeinsamen multiprofessionellen Focus auf diese Konstellationen Einweisungen vermieden werden.

ERFAHRUNGEN AUS DER UNIVERSITÄREN GEDÄCHTNIS-SPRECHSTUNDE UND DER FACHARZTPRAXIS

Michael Rapp
Potsdam

Hintergrund: Es gibt wenig Literatur darüber, inwieweit sich die Versorgung von Demenzpatienten in der niedergelassenen Praxis von der in Gedächtnissprechstunden und psychiatrischen Institutsambulanzen unterscheidet.

Ziel: Hypothesenbildung zu Unterschieden in versorgungsmedizinischen Kernbereichen.

Methoden: Darstellung der Praxis im niedergelassenen und institutsambulanten Bereiches. Dabei wird insbesondere auf Besonderheiten einer geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur auch unter Einbeziehung der Heimversorgung und einen interdisziplinären Teamansatz Bezug genommen.

Ergebnisse: Multiple Möglichkeiten einer besseren Demenzversorgung durch Fachärzte bestehen sowohl im niedergelassenen als auch institutsambulanten Bereich.

Botschaft: Für eine leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Demenz sind in verschiedenen Bereichen Integrations- und Kooperationskonzepte sinnvoll. Dies schließt auch eine strukturierte Kooperation mit den beteiligten Berufsgruppen ein. Vor dem Hintergrund zukünftiger Versorgungsprobleme sind hier strukturelle Maßnahmen denkbar und werden vorgestellt.

KOGNITIVE STÖRUNGEN UND DEMENZ IM ALLGEMEINKRANKENHAUS: EINE REPRÄSENTATIVE EPIDEMIOLOGISCHE STUDIE

Martina Schäußele¹, Ingrid Hendlmeier, Johannes Heßler, Horst Bickel

¹Fakultät für Sozialwesen, Hochschule Mannheim

Ziel war es, weltweit erstmals die Häufigkeit von kognitiven Störungen bei über 65jährigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus sowie Versorgungsdaten auf der Basis einer repräsentativen Studie zu ermitteln.

Aus den Allgemeinkrankenhäusern in Bayern und Baden-Württemberg wurde zufallsgesteuert eine festgelegte Zahl von Kliniken und Stationen ausgewählt und alle älteren Patienten einbezogen; erhoben wurden kognitiver Status und Versorgungsdaten.

Bei 40 % der 1.469 untersuchten Patienten wurden kognitive Beeinträchtigungen festgestellt, davon bei 18,4 % eine Demenz nach DSM IV. Bei weniger als 40 % der Betroffenen war die Demenz unbekannt. Die häufigsten Behandlungsanlässe bei Demenzpatienten waren allgemeine Symptome (z. B. Fieber), Verletzungen und Frakturen. Die Ergebnisse unterstreichen den dringenden Bedarf für eine verbesserte Demenzerkennung und Optimierung der Versorgung der Betroffenen.

DIE ROLLE GERONTOPSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG UND BETREUUNG IM ALLGEMEINKRANKENHAUS – DAS KRANKENHAUS DER REGELVERSORGUNG – »AKUTKRANKENHAUS ALS »WINDOW OF OPPORTUNITY« FÜR NACHHALTIGE DEMENZBEHANDLUNG« – »LERNT DEMENZ«

Eckehard Schlauß

Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH), Berlin

Vorbemerkungen: Das innovative Ziel des nunmehr begonnenen Projektes ist, dass nicht nur die Risiken und Belastungen für Patienten mit Demenz durch die Etablierung von umfassenden Behandlungs- und Betreuungskonzepten im Akutkrankenhaus reduziert werden, sondern der Aufenthalt kann als eine Chance genutzt werden, die Kranken auch wegen der Demenz zu behandeln um eine nachhaltige Verbesserung der sozialen Teilhabe zu erreichen. Zugleich soll die Zusammenarbeit des Hauses mit den lokalen Versorgungsakteuren weiter ausgebaut werden, um eine an individuellen Bedarfen ausgerichtete, lückenlose und kontinuierliche Versorgung von Demenzkranken vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt zu sichern. Dafür sind u. a. folgende Maßnahmen vorgesehen: Implementierung der Selbsterhaltungstherapie basierten Behandlungs- und Betreuungskonzepten, Schulungen für am Behandlungs- und Versorgungsprozess beteiligte Berufsgruppen, Angehörige, freiwillige Helfer sowie für Haus- und Fachärzte aus dem Stadtbezirk, Etablie-

rung von Liaisondiensten, Integration von Angehörigen und soweit möglich der Patienten selbst in die Behandlung.

Diskussion: Im Vortrag werden diese strukturellen Veränderungen sowie die speziellen Behandlungs- und Betreuungskonzepte in Bezug auf die Fragen der allgemeinen Umsetzbarkeit in der Krankenhauslandschaft hinterfragt. Welchen Voraussetzungen sind unverzichtbar? Wie steht es um das Verhältnis von allgemeinen Rahmenbedingungen und der eigenen Krankenhausphilosophie?

D. h. es werden sowohl wichtige Voraussetzungen, notwendige Ziele und wichtige Akteure als auch zu erwartende Hindernisse benannt.

Es werden Fragen an die Machbarkeit und Wichtigkeit im Rahmen des Projektmanagements gestellt, und Antworten gegeben.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung

Ein Kulturwandel ist unerlässlich, aber wie kann er gelingen?

NEUROCHEMISCHE BIOMARKER IN DER (FRÜH)DIAGNOSE DER ALZHEIMERKRANKHEIT

Anja Schneider^{1,2}

¹Klinik für Neurodegenerative Erkrankungen und Gerontopsychiatrie, Universitätsklinikum Bonn

²Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in der Helmholtz-Gemeinschaft/German Center for Neurodegenerative Diseases (DZNE) within the Helmholtz Association, Bonn

Mehrere Studien mit neuen gegen die Amyloidpathologie gerichteten Therapien lassen darauf schließen, dass der Beginn einer Therapie im symptomatischen Stadium einer Alzheimerdemenz zu spät ist und nicht mehr zum Behandlungserfolg führt. Gleichzeitig hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass die Alzheimerpathologie den klinischen Symptomen einer Demenz um viele Jahre vorausgeht. Infolgedessen wurden 2011 neue Kriterien für die Biomarker-gestützte Diagnose einer Alzheimererkrankung in den präklinischen und prodromalen Stadien veröffentlicht, deren Anwendung primär für den Forschungskontext gedacht war, aber zunehmend auch Eingang in die klinische Versorgung findet.

In diesem Vortrag werden zunächst die verschiedenen neurochemischen Biomarker der Alzheimererkrankung, ihre Chancen und Limitationen vorgestellt und ein kurzer Ausblick auf neue, vielversprechende Biomarkerkandidaten gegeben. Frühdiagnostik im präklinischen und prodromalen Stadium einer Demenz beinhaltet darüber hinaus auch Risiken, insbesondere der falsch positiven Prädiktion einer späteren Alzheimerdemenz, sowie die grundlegende Frage, ob und in welchem Rahmen prädiktive Diagnostik bei aktuell fehlender Therapieoption angeboten werden soll. Diese Aspekte werden im zweiten Teil anhand einer von uns durchgeführten Umfrage zur Praxis der prädiktiven Testung und unter Berücksichtigung neuer internationaler Studien diskutiert werden.

SUBSTANZBEZOGENE STÖRUNGEN IM ALTER: VOM ASSESSMENT ZUR INDIVIDUELLEN SUCHTBEHANDLUNG UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER NEUEN S3-LEITLINIEN

Frank Schwärzler¹, Anne Röhm²

¹Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Reutlingen
²ZfP Südwürttemberg, Reutlingen

Zielsetzung/Fragestellung: Die soziodemografische Entwicklung führt auch zu einer Erhöhung der Prävalenz von substanzbezogenen Störungen bei älteren Patienten. Diese Störungen werden häufig nicht erkannt und nicht behandelt. Im Projekt SiA2 (Sucht im Alter, unterstützt durch die Baden- Württemberg-Stiftung) werden substanzbezogene Störungen durch Alkohol, Tabak und Medikamente bei allen >55-Jährigen der Alters- und Suchtpsychiatrie systematisch

erhoben, einem Sucht- und geriatrischen Assessment zugeführt und bedarfsorientiert Behandlungsmodulen entwickelt und entsprechend der neuen S3-Leitlinien behandelt. Nachweislich erfolgreiche Behandlungselemente werden im Anschluss in die ambulante und stationäre Regelversorgung übernommen. Die Umsetzbarkeit in die Praxis der psychiatrischen Routineversorgung zweier Krankenhäuser wird überprüft. Erste Ergebnisse werden vorgestellt.

Materialien/Methoden: In der alters- und suchtpsychiatrischen Routineversorgung der Kliniken für Psychiatrie Reutlingen und Zwiefalten werden bei allen >55-jährigen Patienten Screenings, ggf. Assessments und dann interdisziplinäre Fallkonferenzen durchgeführt. Die Chancen und Grenzen der eingesetzten Erhebungsinstrumente werden vorgestellt. Es werden erste quantitative Ergebnisse (N = 256, Stand: 12.01.2017) vorgestellt. Auf der Grundlage erhobener Problemlagen wird ein therapeutisches Angebote für Ältere mit psychischen, somatischen und substanzbezogenen Störungen entwickelt und implementiert.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Im Projekt soll der Zugewinn eines sucht- und geriatricspezifischen Assessment evaluiert werden und dessen Aussagekraft für die Vermittlung in ein passgenaues Therapieangebot. Dies kann z. B. aufsuchend oder in speziellen Gruppen erfolgen, wie in den Leitlinien vorgeschlagen. So kann ein Beitrag geleistet werden, die S3-Leitlinien auf Umsetzbarkeit für die beschriebene Zielgruppe im Rahmen der ambulanten, tagesklinischen und stationären psychiatrischen Routineversorgung zu prüfen.

SCREENING UND VERSORGUNGSFRAGEN BEI DEMENZ AN DER AMBULANT-STATIONÄREN SCHNITTSTELLE – ERGEBNISSE EINER HAUSÄRZTEBEFRAGUNG IN BIELEFELD

Stefan Spannhorst¹, Klaus Pöschel², Stefan Kreisel², Ulrike Höhmann³

¹Abteilung Gerontopsychiatrie, Ev. Krankenhaus Bielefeld

²Ev. Krankenhaus, Bielefeld

³Lehrstuhl für »Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz«, Dept. für Pflegewissenschaften, Universität Witten-Herdecke

Zielsetzung/Fragestellung: Ziel dieser Hausarztbefragung war es, eine grobe Übersicht über die hausärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz und den Koordinierungsbedarf mit der Abteilung für Gerontopsychiatrie des Ev. Krankenhauses Bielefeld, Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie, zu erlangen.

Zu diesem Zweck wurde nach hausärztlich verwendeten Screeningtools bei Demenzverdacht, dem hausärztlichen Umgang mit dem Thema Demenz und zur Erfassung des Bedarfes an fachlichem Austausch mit klinischen Gerontopsychiatern gefragt. Die Umfrage umfasste zudem Fragen zur Einbeziehung von Angehörigen von Demenzpatienten und zur Idee eines Dementia Care Managers.

Materialien/Methoden: Ein 35 Items umfassender Fragebogen wurde über dessen Leiter an ein Bielefelder Hausarztnetz an 122 Hausärzte per Mail versandt und konnte online, per Ausdruck postalisch oder per Fax beantwortet werden. Erfassungszeitraum war 15.11.–31.12.2016.

Der Fragebogen umfasste Items zur Person des Hausarztes (wie Facharztbezeichnung und Alter sowie Zeitraum der Niederlassung), zur Zahl betreuter Demenzpatienten, eingesetzte Screeningtools sowie im Schwerpunkt Fragen zur persönlichen Einschätzung zur Versorgung an Demenz erkrankter Patienten. Zu letzteren gehörten unter anderem Fragen zur Anwendung von Leitlinien, Einbeziehung von Angehörigen und deren Beratung, Einsatz eines Dementia Care Managers. Schließlich wurde der Wunsch nach einer praxisorientierten Fortbildung/fachlichen Austausch mit klinisch tätigen Gerontopsychiatern erfragt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Umfrage werden im Januar 2017 vorliegen. Sie werden aktuelle Trends anhand der Aussagen einer Vielzahl von Hausärzten zur aktuellen Bedeutung und Ausgestaltung der Demenzversorgung, des Demenzscreenings, der Einbeziehung von Angehörigen und zur Gewünschtheit eines (externen) möglichen Dementia Care managers aufzeigen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Frage, inwiefern über die ambulant-stationäre Schnittstelle hinweg eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung/Austausch, und wenn ja, in welcher Form, gewünscht wird, könnte Optionen für den Beginn einer künftigen engeren Vernetzung aufzeigen. Die Befragung von Hausärzten durch einen Fragebogen erscheint als möglicher Türöffner zu Kooperation und fachlichem Austausch bei der Versorgung von Menschen mit Demenz über die ambulant-stationäre Schnittstelle hinweg. Sie gibt einen groben Überblick über die aktuell wichtigen Fragestellungen der hausärztlichen Demenzversorgung.

DER NEUNORMIERTE SKT NACH ERZIGKEIT: HINWEISE AUF ERHÖHTE SENSITIVITÄT IN BEZUG AUF DIE FRÜHERKENNUNG VON KOGNITIVEN ABBAUPROZESSEN

Mark Stemmler¹, Mark Lehfeld²

¹Institut für Psychologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

²Klinikum Nürnberg, Gedächtnissprechstunde, Nürnberg

Zielsetzung/Fragestellung: Der SKT nach Erzigkeit ist ein in der klinischen Routine wie Forschung bewährter und anerkannter Test, der seit 1977 erhältlich ist. Er besteht aus neun Subtests, von denen drei die Gedächtnisleistung und sechs die Aufmerksamkeit bzw. die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit messen. Seit 2015 liegt bei unverändertem Testmaterial eine Neunormierung vor (SKT Manual Edition 2015; Stemmler, Lehfeld & Horn 2015). Die Neunormierung soll kurz dargestellt werden. Sie erlaubt die Zuordnung der Leistungen der getesteten Personen aufgrund des SKT-Gesamtwertes nach einem Ampelsystem zu einer der folgenden drei Gruppen: altersgemäße Leistungen (grün), leichte kognitive Störung (gelb) und Demenzverdacht (rot). In der vorliegenden Untersuchung wird diagnostische Sensitivität und Spezifität des neunormierten SKT im Vergleich zur alten Normierung untersucht.

Materialien/Methoden: Die Stichprobe setzte sich zusammen aus 562 nichtdementen älteren Menschen zwischen 65 und 85 Jahren, die in einem Privathaushalt im Großraum München lebten und zu Beginn der Studie in einem von drei Münchner Allgemeinkrankenhäusern stationär aufgrund einer internistischen Erkrankung behandelt worden waren. Zum ersten Messzeitpunkt wurden Patienten mit einer vorbestehenden Demenz, Patienten, die aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen nicht einwilligungsfähig waren sowie Patienten, bei denen in der Eingangsuntersuchung eine Demenz diagnostiziert worden war, ausgeschlossen. Im Untersuchungszeitraum entwickelten 6,9% der Testpersonen eine Demenz. Es wurden Varianzanalysen und ROC Kurven berechnet.

Ergebnisse: Bei der Differenzierung von Gesunden und Personen mit leichten kognitiven Störungen ergab sich für die neuen SKT-Normen eine Sensitivität von 0,89 und eine Spezifität von 0,60. Bei der Unterscheidung von gesunden älteren Personen und Demenzkranken wurde eine Sensitivität von 0,83 und eine Spezifität von 0,84 ermittelt (Hessler, Stemmler & Bickel 2016).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse legen nahe, dass die Neunormierung aus dem Jahr 2015 wesentlich sensitiver ist als die alte und somit in der Lage, einsetzende kognitive Abbauprozesse früher zu identifizieren.

BEST-PRACTICE MODELLE ZUR DELIRPRÄVENTION – VORAUSSETZUNGEN UND UMSETZUNGSMÖGLICHKEITEN

Christine Thomas

Stuttgart

Die Prävention des Delirs im Alter ist evidenzbasiert wirksam und verhindert negative Delirfolgen akut (z. B. Inkontinenz, Dekubiti und Stürze) sowie langfristige Negativentwicklungen wie Demenzentwicklung, Autonomieverlust und Alltagseinbußen. Eine Verhinderung von 30–40% der Delirien ist realistisch und evidenzbasiert (siehe Cochrane-Review). Dennoch gestaltet sich die Umsetzung der Programme schwierig. Best-Practice-Modelle haben sich in den letzten Jahren über die reine stationäre Aktivierung (HELP-Programm) weiterentwickelt und beziehen auch Umgebungsgestaltung, OP-Begleitung und Angehörigenanleitung mit ein. Umsetzungsmöglichkeiten werden beispielhaft an deutschen und australischen Modellprojekten erörtert und insbesondere auch strukturelle und ökonomische Voraussetzungen dargestellt.

DIE WIRKSAMKEIT VON DEMENTIA CARE MANAGEMENT ZUR VERBESSERUNG DER VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ IN DER HÄUSLICHKEIT – ERGEBNISSE DER HAUSARZTBASIERTEN, CLUSTER-RANDOMISIERTEN INTERVENTIONSSTUDIE DELPHI-MV

J. Rene Thyrian

AG Interventionelle Versorgungsforschung – Greifswald, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Rostock/Greifswald

Hintergrund: Die Versorgung von Menschen mit Demenz (MmD) sollte aktuellen Leitlinien zufolge multimodal, multiprofessionell, regional angepasst und individuell sein. In Deutschland fehlen bislang evidenzbasierte Konzepte, die sich in versorgungsnahen Studien als wirksam erwiesen haben. Dementia Care Management (DCM) [1] ist ein Konzept, welches als sinnvoll, unterstützend und hilfreich bewertet wurde [2]. Ziel der vorliegenden Studie ist eine Evaluation des hausarztbasierten DCM im versorgungsnahen Setting.

Fragestellung: Ist DCM wirksam in Bezug auf die Lebensqualität, die gesundheitliche Situation der Patienten und die Belastung der Angehörigen?

Methoden: Cluster-randomisierte Interventionsstudie Delphi-MV (Demenz: lebenswelt- und personenzentrierte Hilfen in MV) [3]; Intervention: DCM1, Kontrollgruppe: »care as usual«. Stichprobe: N = 516 Baseline [4], N = 407 1 Jahr Follow-up. Primäre Outcomes: Lebensqualität (Quol-AD), neuropsychiatrische Symptome (NPI), antedementive Medikation, Gesundheitsstatus und Angehörigenbelastung (BIZA-D). Sekundäre Outcomes: u. a. ADL, kognitiver Status, Depression, Komorbiditäten. Beginn der Studie 1/2012; Rekrutierungsende: 12/2014; letzter Patient 1 Jahr Follow-up: 3/2016.

Ergebnisse: Nach einem Jahr zeigen sich ersten Analysen zufolge statistisch signifikante Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe. Differenziertere Analysen umfassen assoziierte Faktoren, wie den kognitiven Status, den ADL, Komorbiditäten und soziodemografischen Variablen. Die Ergebnisse werden detailliert vorgestellt.

Diskussion: DCM erweist sich in personenbezogenen Outcomes als wirksam und effektiv, ist ein evidenzbasiertes, versorgungsnahes Konzept. Es sollte diskutiert werden, wie sich dieses als Regelleistung in die Versorgung umsetzen lässt.

1. Eichler et al. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2015; 1(91): 31–37.
2. Thyrian et al. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2016; 9:183–190.
3. Thyrian et al. Trials 2012; 13: 56.
4. Thyrian et al. J Alzheimers Dis, in press.
5. Todd O, Kreisel S, Thomas C. Schlafstörungen als Risikofaktor und Symptom des Delirs beim alten Menschen, Stuttgart; J Am Geriatr Soc 2017.

SCHLAFSTÖRUNGEN ALS RISIKOFAKTOR UND SYMPTOM DES DELIRS BEIM ALTEN MENSCHEN

Christine Thomas¹, Oliver Todd^{2,3}, Stefan Kreisel³

¹Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart

²Academic Unit of Elderly Care and Rehabilitation, University of Leeds, Bradford Institute for Health Research, Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, UK-Bradford

³Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld

Nicht-medikamentöse Schlafrhythmusunterstützung gilt als ein Baustein effizienter Delirprävention. Der Zusammenhang von Schlafstörungen als Delirrisiko und Delirsymptom ist aber bislang noch nicht eindeutig geklärt.

In einer randomisiert prospektiven Studie an 101 älteren Pat. mit geplanter Gelenkersatzoperation wurden daher vorbestehende Schlafstörungen mittels Pittsburg Sleep Quality Index und Schlafstörungen im Krankenhaus mittels Actigrafie vor und nach der Operation untersucht. 27 Pat. entwickelten ein postoperatives Delir. Die Wahrscheinlichkeit, ein Delir zu entwickeln, war mehr als 3-fach höher, wenn längerfristige Schlafstörungen vorlagen (95% confidence interval (CI) = 1,34–7,92, $p = .009$). Pat. mit Schlafstörungen im Krankenhaus hatten ein 1,2-fach erhöhtes Risiko. Unter der Berücksichtigung von Covariablen ergab sich für Schlafstörungen im häuslichen Setting weiterhin ein erhöhtes Risiko (risk ratio (RR) = 3,90, 95% CI = 2,14–7,11, $P < .001$), nicht aber für die Schlafunterbrechung im Krankenhaus. In einem gemeinsamen Modell, unter Covariatberücksichtigung, ergab sich ein erhöhtes Risiko für beide Situationen (Zuhause: RR = 3,10, 95% CI = 1,34–7,17, $P = .008$; im Krankenhaus: RR = 1,38 95% CI = 1,13–1,68, $P = .002$).

Längerfristige Schlafstörungen sind daher ein unabhängiger Risikofaktor des postoperativen Delirs, Schlafunterbrechungen während des stationären Aufenthalts können das Delirrisiko noch weiter erhöhen. Diese Ergebnisse werden mit der Schlaf-Wach-Rhythmusstörung als Symptom des Delirs in einen Zusammenhang gesetzt und diskutiert. Ebenso werden Strategien zur Reduktion von Schlafstörungen im Krankenhaus und Möglichkeiten einer Delirrisikoreduktion vor Elektivoperationen durch suffiziente Behandlung von Schlafstörungen erörtert.

FAHREIGNUNGSBERATUNG IN DER GEDÄCHNISSPRECHSTUNDE

Max Töpfer, Philipp Schulz¹, Stefan Spannhorst², Stefan Kreisel², Thomas Beblo¹, Martin Driessen¹, Mas Toepper^{1,2}

¹Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Forschungsabteilung, Bielefeld

²Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Abteilung für Gerontopsychiatrie, Bielefeld

Einleitung: Mit zunehmendem Alter kommt es zu Veränderungen sensorischer, motorischer und kognitiver Funktionen. Während die Bedeutung visueller und motorischer Einschränkungen für das Fahren weitgehend anerkannt ist, werden mögliche kognitive Einschränkungen Älterer kaum beachtet. Altersbegleitende kognitive Veränderungen betreffen fluide Funktionen wie z. B. Wechsel und Aufteilung von Aufmerksamkeit, visuelle Suche sowie Aufgabenwechsel und Doppeltätigkeit, welche alle bedeutsam für das Fahren sind. In vertrauten oder einfachen Verkehrssituationen können Ältere kognitive Defizite meist kompensieren, nicht immer jedoch in unerwarteten und komplexen Situationen. Dies kann zu Fehlverhalten und einem erhöhtem Risiko für Unfälle führen.

Diagnostik: Verkehrsrelevante kognitive Funktionen sind vielfältig und können daher in ihrer Gesamtheit nur durch eine Batterie verschiedener psychometrischer Tests quantifiziert werden. Solche Tests müssen inhaltlich geeignet und hinreichend komplex sein, um Schwächen

aufdecken zu können, die bei einfachen Tests kompensiert werden. Die Fahrleistung im Realverkehr kann mit Hilfe einer strukturierten Fahrverhaltensprobe beurteilt werden. Diese ist nur sinnvoll bei hinreichend unterschiedlichen und komplexen Verkehrssituationen.

Maßnahmen: Bei Selbst- oder Fremdbereichten über Fahrprobleme können ältere Fahrer zunächst mit Hilfe einer kombinierten visuellen und kognitiven Testbatterie untersucht werden. Bei wiederholt schlechten Testergebnissen ist eine Fahrverhaltensprobe sinnvoll.

Bei klaren Fahrproblemen sollte ein Fahrtraining im Realverkehr empfohlen werden, welches verschiedene komplexe Verkehrssituationen beinhalten sollte. Ein solches Training bringt insbesondere bei Älteren mit suboptimaler Fahrleistung deutliche Verbesserungen. Eine Alternative ist das Training im Fahrsimulator, bei dem beliebige Szenarien angeboten und insbesondere Schwachpunkte wiederholt trainiert werden können. Schließlich gibt es Hinweise dafür, dass auch das direkte Training einzelner kognitiver Funktionen am häuslichen PC das Fahrverhalten Älterer signifikant verbessern kann. Diese Alternative sollte wegen der niedrigen Kosten und des überaus einfachen Zugangs weiter erforscht werden.

Schlussfolgerung: Bei Fahrproblemen Älterer in Folge kognitiver Einschränkungen kann eine Sequenz von geeigneten kognitiven Tests, Beobachtung des Fahrverhaltens in schwierigen Verkehrssituationen und ggf. verschiedene Trainingsmaßnahmen zu einer Verbesserung der Fahrkompetenz Älterer führen.

DEMENZSCREENING IM GERONTOPSYCHIATRISCHEN ALLTAG

Wolfgang Trapp

Sozialstiftung Bamberg

In der Hausarztpraxis oder im stationären geriatrischen Setting sind kognitive Screenings nach wie vor Mittel der ersten Wahl, um Patienten, welche beginnende dementielle Syndrome aufweisen könnten, zu identifizieren und gegebenenfalls eine ausführlichere Diagnostik zu initiieren.

Im Beitrag soll ein Überblick gegeben werden, welche aktuellen Entwicklungen für die Zukunft vielversprechend und im gerontopsychiatrischen Alltag praktikabel sein könnten.

Dabei sollen unter anderem folgende Fragen beantwortet werden:

Gibt es Kurztests, die auch bei denjenigen geriatrischen Patienten einsetzbar sind, welche aufgrund von körperlichen Erkrankungen die üblichen Testverfahren nicht mehr bearbeiten können?

Macht es Sinn, routinemäßig die kognitive Leistungsfähigkeit während körperlicher Bewegung oder olfaktorische Leistungen zu untersuchen?

Unter welchen Voraussetzungen können von den Patienten subjektiv berichtete kognitive Beschwerden die diagnostische Genauigkeit erhöhen?

Welche Testbatterien bieten auch bei begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen ein günstiges Aufwand/Nutzen – Verhältnis?

AUFSUCHENDE GERONTOPSYCHIATRISCHE VERSORGUNG – DAS GÖTTINGER MODELL

Sarah M. Trost

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen

Kurzinhalt: Im Rahmen des Vortrags (Vortrag 3) wird der Aufbau der aufsuchenden gerontopsychiatrischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen in Göttingen dargestellt, und es werden die ersten Daten und Erfahrungen aus der Versorgung präsentiert.

Zielsetzung/Fragestellung: Wie ist die gerontopsychiatrische Versorgungssituation in Göttingen und wie kann der Aufbau einer aufsu-

chenden gerontopsychiatrischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen in Zusammenarbeit gelingen? Welche Voraussetzungen sind notwendig und welche Herausforderungen können auftreten?

Materialien/Methoden: Beschreibung der Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen, Datenanalyse zum Aufbau der Versorgungsstrukturen

Ergebnisse: Zur Umsetzung der aufsuchenden gerontopsychiatrischen Versorgung in Göttingen orientierte sich an dem aus Essen bekannten Modell. Dieses Modell wurde hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen auf die Situation in Göttingen angepasst und eine entsprechende Versorgungsroutine aufgebaut. In der Umsetzungsphase wurden die Institutionen schrittweise in Versorgung aufgenommen. Es werden ebenfalls die quantitativen und qualitativen Daten seit Beginn der aufsuchenden Versorgung dargestellt und analysiert sowie Erfahrungen aus der Umsetzungs- und Anlaufphase des Modells.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Nach dem Vorbild des Essener Versorgungsmodells wurde die Versorgung auch in Göttingen geplant und in 2016 aufgenommen. Das Interesse der Institutionen war groß und damit konnte die Zahl der zu versorgenden BewohnerInnen positiv entwickelt werden. Der Vortrag umfasst sowohl die Darstellung der rechtlichen Umsetzung des Modells als auch die Versorgungsdaten und deren Analyse.

INSOMNIE IM ALTER – VORSTELLUNG EINES VERHALTENSTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNGSANSATZES FÜR ALTERSPATIENTEN

Gabriele Valerius¹, Christoph Nissen²

¹Klinikum Christophsbad, Göttingen

²Bern

Schlafstörungen, subjektiv mangelnde Schlafqualität und Tagesmüdigkeit gehören zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden in der Bevölkerung und stellen insbesondere bei älteren Menschen ein häufiges Gesundheitsproblem dar. Obwohl sich gezeigt hat, dass verhaltenstherapeutische Therapiemethoden mittel- und langfristig deutlich effektiver sind als eine rein medikamentöse Behandlung, finden sie insbesondere bei älteren Patienten mit insomnischen Symptomen kaum Anwendung. Dabei hat sich auch für diese Altersgruppe eine gute Wirksamkeit einzelner verhaltenstherapeutischer Techniken gezeigt, z. B. für Schlafrestriktion oder Stimuluskontrolle und verschiedene Entspannungsverfahren. Validierte und standardisierte psychotherapeutische Therapieansätze, die diese Techniken i. S. einer Multikomponententherapie integrieren und dabei die besonderen Merkmale von Menschen im höheren Lebensalter berücksichtigen, existieren bisher jedoch kaum. Aus diesem Grund haben wir eine auf verhaltenstherapeutischen Methoden aufbauende Gruppentherapie für ältere Patienten mit insomnischen Symptomatik entwickelt und diese in einem ersten Durchlauf hinsichtlich Umsetzbarkeit, Therapieeffekt und notwendigen Modifikationen überprüft.

DEMENZKOORDINATOR AM ALLGEMEINKRANKENHAUS

Benjamin Volmar, Bernd Meißner

Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Altersmedizin, LWL-Klinikum Gütersloh

Hintergrund: Immer mehr hochaltrige Menschen werden stationär in Akutkrankenhäusern behandelt. Je älter diese Menschen sind, desto höher ist das Risiko, dass sie an einer Demenz erkrankt sind. Ein Großteil dieser Patienten lebt im häuslichen Umfeld und wird erstmalig im Krankenhaus kognitiv auffällig. Die bisherigen Krankenhausastrukturen sind auf diese multimorbiden und hochsensiblen Patienten nicht ausgelegt. Häufig kommt es im Rahmen der stationären

Behandlung zu weiteren Beeinträchtigungen und Komplikationen durch die demenziell bedingten Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen [3]. Zudem gibt es bei vielen Mitarbeitenden geringe Kenntnisse über verschiedenen Demenzerkrankungen, und wie sich diese in dem Alltag des betroffenen Menschen auswirken [1].

Einleitung: Das Klinikum Gütersloh und die gerontopsychiatrische Abteilung des LWL-Klinikums Gütersloh haben in Kooperation die Stelle des Demenz-Koordinators entwickelt, um das gerontopsychiatrische Fachwissen bezüglich der Versorgung von Menschen mit Demenz in die Akutsomatik zu übertragen. Diese Stelle wird mit Fördergeldern der Bürgerstiftung Gütersloh finanziert [4].

Der Demenz-Koordinator beschäftigt sich mit Fragestellungen rund um den Versorgungskontext von Menschen mit Demenzerkrankungen während des Krankenhausaufenthaltes. Dabei wird der Personenzentrierte-Versorgungsansatz von Tom Kitwood als Arbeitsgrundlage verwendet.

Thema: In diesem Vortrag wird der Arbeitsalltag des Demenz-Koordinators vorgestellt. Dabei werden drei Arbeitsbereiche gesondert betrachtet, die Einfluss auf diese Tätigkeit haben.

- Pflegerische Liaisondienste für Menschen mit Demenz im Klinikum Gütersloh.
- Interdisziplinäre Mitarbeiterschulungen basierend auf dem »Lern von Mir«-Konzept.
- Entwicklung und Identifizierung von demenzfreundlichen Strukturen und Orientierungshilfen für das Akutkrankenhaus.

Bedingt durch diese weit gestreuten Themenfelder ist die Arbeit hochanspruchsvoll. Die Bewältigung der Arbeitsanforderung bedingen Kenntnisse im Bereich der Demenzerkrankungen und -behandlung, der gerontopsychiatrischen Versorgungspraxis und der Abläufe in der somatischen Klinik.

Ziele: Der Demenz-Koordinator soll eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz in der Akutklinik ermöglichen. Dabei ist er in drei Ebenen tätig.

Einerseits führt er Pflegekonsile durch, um individuelle Versorgungsaspekte zu erfassen und entsprechend mit einem Person-zentrierten-Ansatz diese Bedürfnisse zu identifizieren, zu kommunizieren und abzudecken. Dabei werden sowohl die Bedürfnisse des Patienten als auch die des informellen Patientennetzwerkes aufgenommen und abgedeckt. Ein Schwerpunkt liegt auf der Identifizierung von Menschen mit Demenz im Klinikalltag. Oft muss dabei differenziert werden zwischen verschiedenen Demenzerkrankungen und einem akuten Delir. Des Weiteren bietet er Hilfestellungen und Beratungsangebote für das interdisziplinäre Behandlungsteam, sowie die Angehörigen von Menschen mit Demenzen an.

Als Zweites ist der Demenz-Koordinator für die Durchführung von Mitarbeiterschulungen verantwortlich. Dabei greift er auf die Schulungsmaterialien des »Lern von Mir«-Programmes zurück. In diesen Schulungen erwerben die Mitarbeitenden Kenntnisse über verschiedene Demenzformen und Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz.

Zudem soll er in der Strukturebene Maßnahmen identifizieren und entwickeln, die eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz im Klinikalltag gewährleisten. Dieses umfasst z. B. die Schaffung von demenzfreundlichen Orientierungshilfen oder die Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten. Und damit einhergehend eine Behebung der Schnittstellenproblematik zwischen der stationären Versorgung und den ambulanten Dienstleistungen, die sowohl akute Versorgungsproblematiken als auch Kenntnisse über Demenzdiagnose beinhalten [2].

1. Isfort M, Klostermann J, Gehlen D, Siegling B. Pflege-Thermometer. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. (Hrsg.) Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) 2014.

2. Kleina T, Wingenfeld K. Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld 2007.
3. Löhr M, Schulz M, Behrens J. Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *Psyche Pflege Heute*, 2014; 20(04): 189–95.
4. Lücke S. Projekt mit Vorbildcharakter. *Die Schwester Der Pfleger* 2015; 54(7/15): 26–8.

DIE AUFSUCHENDE GERONTOPSYCHIATRISCHE VERSORGUNG IN ESSEN UND DIE EFFEKTE FÜR DIE HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Joachim von Gratkowski

FA Allgemeinmedizin mit eigener Praxis, Essen

Kurzinhalt: Im Rahmen des Vortrags (Vortrag 4) wird die Zusammenarbeit zwischen einem Facharzt für Allgemeinmedizin und der Psychiatrischen Institutsambulanz des LVR-Klinikums in der gemeinsamen Versorgung von gerontopsychiatrisch erkrankten BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen in Essen aus der Sicht eines Allgemeinmediziners dargestellt.

Zielsetzung/Fragestellung: Wie ist die Kooperation ausgestaltet? Welche Vor- und Nachteile bringt die gemeinsame Versorgung der BewohnerInnen für den Allgemeinmediziner? Welche Erfahrungen sprechen für den Aufbau lokaler/regionaler Netzwerke zur aufsuchenden gerontopsychiatrischen Versorgung?

Materialien/Methoden: Beschreibung der Versorgungssituation und Erfahrungsbericht

Ergebnisse: Die aufsuchende gerontopsychiatrische Versorgung in Essen existiert seit den 90-er Jahren in Kooperation mit verschiedenen Hausärzten. Der Referent stellt beispielhaft die Zusammenarbeit von aufsuchend tätigen Gerontopsychiatern mit Hausärzten dar. Es wird ein Einblick in die Unterschiede der Versorgung mit und ohne Unterstützung der Psychiatrischen Institutsambulanz in der Funktion als aufsuchender gerontopsychiatrischer Versorger gegeben. Dabei zeigt sich, dass Patienten und Behandler von dem gegenseitigen Wissensaustausch und der Kooperation profitieren. Dies betrifft insbesondere die Diagnostik sowie die pharmakologische Behandlung in Hinblick auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Interaktionen. Durch die gemeinsame Behandlung können in einigen Fällen stationäre Krankenhauseinweisungen vermieden werden.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die aufsuchende Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen in Essen ist seit den 90-er Jahren etabliert und kann als vorbildliches Modell für gelingende Zusammenarbeit zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgung zur Verbesserung der Versorgungssituation in Alten- und Pflegeeinrichtungen angenommen werden.

WAS IST »STERBEFASTEN«, UND WAS MÜSSEN WIR DARAUS LERNEN?

Christian Walther

Biophysiker i. R., Marburg

Durch einen (freiwilligen) Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – (FVNF – kann bei älteren, vor allem schwer kranken Menschen der Todeseintritt vorverlegt werden. Durch mehr als 25 internationale Fallberichte (teilweise zu lesen bei www.sterbefasten.org) ist belegt, dass der so herbeigeführte Tod bei guter Mundpflege und ggf. palliativ-medizinischer Unterstützung mit nur geringem Leiden verbunden und friedlich ist sowie für diejenigen, die den Sterbenden begleiten und von ihm Abschied nehmen, meist eine positive Erfahrung ist. Das Thema wird in Deutschland bislang weitgehend tabuisiert, und damit wird die für die Allgemeinheit wohl wichtigste Erfahrung des sog. Sterbefastens unterdrückt, dass nämlich ein Verzicht auf Flüssig-

keitsversorgung bei Sterbenden, nicht zuletzt bei Demenzpatienten in der Spätphase, segensreich sein kann.

1. Chabot B, Walther C. *Ausweg am Lebensende*. 4. Aufl. 2015.
2. zur Nieden C. *Sterbefasten*. 2. Aufl. 2017.

EINFLUSS ASSISTIVER TECHNOLOGIEN AUF AUSGEWÄHLTE ASPEKTE DER LEBENSQUALITÄT VON MENSCHEN MIT BEGINNENDER DEMENZ UND IHRER ANGEHÖRIGEN – AUSGEWÄHLTE FORSCHUNGSERGEBNISSE UND DILEMMATA DER IMPLEMENTIERUNG

Manuela Weidekamp-Maicher

Düsseldorf

Assistive Technologien sowie innovative intelligente Systeme werden immer wieder als Beitrag zur Bewältigung des demografischen Wandels diskutiert. Durch die Förderung von Selbständigkeit, Sicherheit und sozialer Teilhabe sollen sie dabei helfen, eine steigende Anzahl pflegebedürftiger und zunehmend unter Demenz leidender Menschen in der eigenen Häuslichkeit zu versorgen sowie ihre Lebensqualität zu verbessern. Diese Annahme gleicht jedoch mehr einer politischen Idee als einem empirisch gesicherten Tatbestand. Vor dem Hintergrund einer unzureichenden Erkenntnislage über Effekte assistiver Technologien u. a. auf subjektive Lebensqualität von Betroffenen und das Belastungserleben ihrer Angehörigen wurde im Rahmen des Projektes NutzerWelten (= Nutzerorientierung bei der Entwicklung technikgestützter Lebenswelten? unter besonderer Berücksichtigung ambienter Technologien für die Lebensqualität von Menschen mit Demenz) die Wirkung eines technischen Sicherheitssystems auf ausgewählte Aspekte der Lebensqualität von Betroffenen und ihren Angehörigen im Kontext privater Häuslichkeit untersucht. Die Zielgruppe waren Menschen im frühen Stadium der Erkrankung sowie ihre betreuenden Angehörigen. Bei der Untersuchung handelte es sich um eine technische Intervention mit einer Kontrollgruppe ohne Treatment (nur Befragung). Die Technikinterventionsgruppe, d. h. Betroffene und ihre Angehörigen, wurden während einer viermonatigen Testphase dreimal befragt (standardisierte Face-to-Face-Befragung mit einem teilstandardisierten Teil). Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass der Einsatz technischer Unterstützung die Lebensqualität sowohl der Betroffenen als auch ihrer betreuenden Angehörigen lediglich in ausgewählten Bereichen geringfügig verbessern konnte, zugleich aber zu unerwarteten paradoxen Effekten und offenen Fragen führte. Es ist zudem erkennbar, dass der Erfolg von technischen Assistenzsystemen von einer Reihe weiterer Faktoren abhängig ist, über die im Rahmen des Vortrags berichtet werden soll. Trotz der methodischen Schwächen der Untersuchung, wie z. B. einer kleinen Stichprobe, werden Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Lebensqualität und technischer Unterstützung für Menschen mit Demenz aufgezeigt sowie deren Implikationen für Wissenschaft, Praxis und Forschungs(-förderung) diskutiert. Eine sich im Wandel befindende Gesellschaft, die durch den Trend zur Digitalisierung stark beeinflusst wird, muss sich die Frage nach einer qualitätsgesicherten Beratung, einer sicheren Finanzierung, einer transparenten Qualitätskontrolle, einem effektiven Verbraucherschutz sowie mehr Transparenz im Hinblick auf (Neben-)Wirkungen des Einsatzes assistiver Technologien stellen. Der Vortrag will einen Beitrag zur Diskussion dieser Fragen leisten.

SCHMERZEN IM ALTER – MYTHEN UND FAKTEN

Dirk K. Wolter

Psykatrien i Region Syddanmark, Gerontopsykiatrisk Afdeling, DK-Aabenraa

Über Schmerzen im höheren Lebensalter gibt es viele Klischees, die sich z. T. erheblich widersprechen. Eines dieser Klischees lautet, dass Schmerzen bei alten Menschen häufiger vorkommen, und diesem Thema wird in der Öffentlichkeit eine große Bedeutung beigemessen. Umso erstaunlicher ist es, dass das Phänomen der Schmerzchronifizierung gerade in dieser Altersgruppe so gut wie nicht untersucht ist. Entgegen einer weit verbreiteten Vorstellung leiden alte Menschen nicht generell mehr unter Schmerzen als jüngere, chronische Rücken- und Gesichtsschmerzen z. B. kommen im höheren Alter wahrscheinlich seltener vor. Aber nicht nur die Frage der Häufigkeit lässt sich nicht einfach beantworten; auch auf die Frage, wie sich die Schmerzwahrnehmung im Zuge des Älterwerdens verändert, ob alte Menschen Schmerzen anders (z. B. mehr oder weniger intensiv) erleben, gibt es kein simples Ja oder Nein – u. a. deshalb weil die verschiedenen Elemente der schmerzverarbeitenden Systeme nicht gleichsinnig und nicht gleich schnell altern.

Der Vortrag versucht, einen Überblick über die Epidemiologie von nichttumorbedingten Schmerzen und die physiologischen Veränderungen der Schmerzwahrnehmung im Alter zu geben.

1. Dirk K. Wolter: Schmerzen und Schmerzmittelabhängigkeit im Alter. Die gerontopsykiatrische Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer 2017.

BENZODIAZEPINE ABSETZEN IM ALTER – WANN UND WENN JA WIE?

Dirk Wolter

Psykatrien i Region Syddanmark, Gerontopsykiatrisk Afdeling, DK-Aabenraa

Trotz eines gewissen Verordnungsrückganges nehmen nach wie vor viele alte Menschen Benzodiazepine (BZD) und – zunehmend – Z-Substanzen ein. Der grundsätzlich richtige Gedanke, möglichst ohne diese Medikamente auszukommen, muss jedoch mit Augenmaß und Weitsicht umgesetzt werden. Die schleichende Intoxikation durch langwirksame BZD stellt ein Problem dar. Das Absetzen von BZD ist auch im Alter möglich, bedarf aber guter Vorbereitung und Weitsicht. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die chronische Einnahme durch fehlgeschlagene Absetzversuche nur noch weiter verfestigt wird.

Der Vortrag erläutert, was bei der Vorbereitung berücksichtigt werden muss, und welche Zwischenschritte und Teilziele dem großen Ziel des vollständigen Absetzens vorgelagert sein können. Eine Checkliste zum Vorgehen wird vorgestellt.

SIND ALTE AUTOFÄHRER GEFÄHRLICH ODER GEFÄHRDET? SINN UND UNSINN OBLIGATORISCHER FAHREIGNUNGSUNTERSUCHUNGEN FÜR ÄLTERE AUTOFÄHRER

Dirk Wolter

Psykatrien i Region Syddanmark, Gerontopsykiatrisk Afdeling, DK-Aabenraa

Im Zuge der demographischen Entwicklung werden immer mehr alte und auch hochbetagte Menschen aktive Autofahrer sein, der Anteil der über 80-jährigen Führerscheinbesitzer wird für das Jahr 2025 auf mehr als 80 % der Frauen und über 90 % der Männer prognostiziert. Vor diesem Hintergrund wird immer wieder die Frage der Fahreignung älterer Autofahrer aufgeworfen. Sicherheitsaspekte stehen hierbei der Forderung nach Mobilität und Teilhabe am öffentlichen Leben gegenüber.

In vielen Ländern müssen ältere Autofahrer ihre Fahreignung überprüfen lassen. Der Nutzen dieser obligatorischen Fahrtauglichkeitsuntersuchungen wird allerdings kontrovers diskutiert. Obwohl viele Menschen solche Pflichtuntersuchungen intuitiv für sinnvoll halten, konnte bisher nicht nachgewiesen werden, dass sie sich positiv auf die Verkehrssicherheit auswirken, es gibt im Gegenteil sogar Hinweise auf negative Auswirkungen.

Der Vortrag erläutert, warum obligatorische Fahrtauglichkeitsuntersuchungen für ältere Autofahrer die in sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllen (und wohl auch gar nicht erfüllen können).

Die Unfallstatistiken zeigen, dass das Aufgeben des Autofahrens aus eigener Verantwortung (»self-regulation«) bisher ausreichend funktioniert. Wichtiger als die Einführung obligatorischer Fahrtauglichkeitsuntersuchungen sind die Stärkung dieser Eigenverantwortung sowie die Anpassung von Verkehrsumwelt und Fahrzeugen an die Bedürfnisse und Ressourcen älterer Menschen. Wichtiger ist aber auch, dass Polizei und Fahrerlaubnisbehörden rascher und effizienter reagieren, wenn Unfälle o. ä. Zweifel an der Fahreignung älterer Autofahrer begründen.

Dann sind anlassbezogene Abklärungen der Fahreignung wichtig und notwendig. Hierzu muss den (Haus-)Ärzten ein geeignetes Instrumentarium zur Verfügung stehen.

1. CONSOL (Concerns & Solutions – Road Safety in the Ageing Societies). Driver Licensing Legislation. Final Report, Sept. 2013. http://www.consolproject.eu/attachments/article/16/CONSOL%20Report_WP5.1_final.pdf Zugriff 18.1.2017.
2. Engin T, Kocherscheid K, Feldmann M, Rudinger G: Entwicklung und Evaluation eines Screening-Tests zur Erfassung der Fahrkompetenz älterer Kraftfahrer. Bergisch Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen. 2010 Bericht M 210. <http://bast.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2011/274/pdf/M210.pdf> Zugriff 18.1.2017.
3. Havarikommissionen for Vejtrafikulykker (Danish road Traffic Accident Investigation Board): Ulykker med ældre bilister (Accidents with older drivers). Rapport nr. 9, 2012. Vejdirektoratet, Kopenhagen. http://www.hvu.dk/SiteCollectionDocuments/Rapp9_UlykkerMed%3%861dreBilister.pdf Zugriff 18.1.2017
4. Oxley J, Whelan M. It cannot be all about safety: the benefits of prolonged mobility. *Traffic Inj Prev* 2008 Aug; 9(4): 367–78. Doi: 10.1080/15389580801895285.
5. Rudinger G, Kocherscheid K (Hrsg.). Ältere Verkehrsteilnehmer – Gefährdet oder gefährlich? Bonn/Göttingen: Bonn University Press, V & R Unipress 2011.
6. Siren A, Meng A. Cognitive screening of older drivers does not produce safety benefits. *Accid Anal Prev*. 2012 Mar; 45: 634–8. doi: 10.1016/j.aap.2011.09.032.
7. Siren A, Meng A. Older drivers' self-assessed driving skills, driving-related stress and self-regulation in traffic. *Transportation Research Part F* 17. 2013; 88–97.
8. Siren A, Haustein S. Driving licences and medical screening in old age: Review of literature and European licensing policies. *J Transport & Health* 2015; 2(1): 68–78. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jth.2014.09.003>.
9. Siren A, Haustein S. Driving Cessation Anno 2010: Which Older Drivers Give Up Their License and Why? Evidence From Denmark. *J Appl Gerontol* 2016; 35(1): 18–38. DOI: 10.1177/0733464814521690.
10. Siren A, Haustein S. What are the impacts of giving up the driving licence? *Ageing and Society*. 2015; 35 (9): 1821–38. DOI: 10.1017/S0144686X14000610.
11. Statistisches Bundesamt: Verkehrsunfälle 2013. Unfälle von Senioren im Straßenverkehr. Wiesbaden 2014.
12. Wolter DK. Beginnende Demenz und Fahreignung. Teil 1: Grundlagen. *Z Gerontol Geriat* 2014; 47: 243–52. DOI 10.1007/s00391-014-0608-y Teil 2: Das Assessment und seine praktischen Konsequenzen. *Z Gerontol Geriat* 2014; 47: 345–55. DOI 10.1007/s00391-014-0609-x.

Poster

CHECKLISTE FÜR KOGNITIVE BLACKOUTS (CKB): EVALUATION EINES INSTRUMENTS ZUR FRÜHERKENNUNG VON LEICHTER KOGNITIVER BEEINTRÄCHTIGUNG UND LEICHTER ALZHEIMER-DEMENZ

Georg Adler, Jana Binder, Agnies Marczak

Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG), Mannheim

Zielsetzung/Fragestellung: Bei einer Gruppe von Personen mit leichter Alzheimer-Demenz wurden Interviews zu den ersten von ihnen bemerkten Zeichen und Symptomen der Erkrankung durchgeführt. Auf dieser Grundlage wurden ein Fragebogen und eine kurze »Checkliste für kognitive Blackouts« (CKB) entwickelt. Diese Checkliste umfasst fünf Items, die häufige Beobachtungen von Personen mit beginnender Alzheimer-Demenz beschreiben. Für jedes dieser Items werden, abhängig von Häufigkeit des Auftretens der jeweiligen Beobachtung, zwischen 0 und 3 Punkten vergeben, so dass Scores zwischen 0 und 15 erzielt werden können. Die CKB wurde bei einer Gruppe von 82 Personen im Alter von über 50 Jahren evaluiert, die das Demenzfrüherkennungs- und Demenzvorsorgeangebot des ISPG (Kogifit® Plus) in Anspruch nahmen.

Materialien/Methoden: Es handelte sich um 44 Frauen (54%) und 38 Männer (46%) im Alter von 50 bis 87 Jahren (Mittelwert: 63,8 Jahre). Personen mit anderen Demenzerkrankungen als Alzheimer-Demenz, Parkinson-Syndrom oder erheblicher depressiver Symptomatik wurden nicht in die Untersuchung aufgenommen. Die diagnostische Zuordnung zu den Gruppen KKB (keine kognitive Beeinträchtigung), leichte kognitive Beeinträchtigung vom amnestischen Typ (LKBA) und leichte Alzheimer-Demenz (LAD) erfolgte anhand des SIDAM und erforderlichenfalls ergänzender klinischer, laborchemischer und bildgebender Diagnostik.

Es wurde KKB bei 54 Personen (66%) festgestellt, eine LKBA bei 18 (22%) und eine LAD bei 10 (12%). Vor der Durchführung der Diagnostik wurde von den Teilnehmern die CKB bearbeitet.

Ergebnisse: Bei einer einfaktoriellen Varianzanalyse waren die Unterschiede im CKB-Score zwischen den Personen mit KKB, LKBA und LAD signifikant ($F = 6,929$; $P < 0,005$). Bei den nachgeschalteten T-Tests zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Personen mit KKB und LKBA ($T = -3,030$; $P < 0,005$), den Personen mit KKB und LAD ($T = -3,031$; $P < 0,005$), nicht aber zwischen den Personen mit LKBA und LAD ($T = -0,428$; $P = 0,672$). Bei einer binären logistischen Regressionsanalyse mit dem CKB-Score als unabhängiger Variable und der diagnostischen Einordnung (KKB vs. LKBA/LAD) als abhängiger Variable verbesserte sich bei einem Cut-off-Wert von > 7 der Prozentanteil der insgesamt richtig zugeordneten Personen um 4,8% auf 70,7%. Bei den Personen mit KKB wurde dies bei 43 von 54 (79,6%) richtig vorhergesagt, bei den Personen mit LKB oder LAD bei 15 von 28 (53,5%). Es fanden sich signifikante, teilweise hochsignifikante Korrelationen zwischen dem CKB-Score und den SIDAM-Syndromen und -Scores. Die Korrelation mit dem MMS-Score war $-0,483$ ($p < 0,001$).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Anhand des CKB-Scores ließen sich bei dieser Untersuchung an einer unselektierten Inanspruchnahmestichprobe einer Gedächtnis-sprechstunde über 50% der Personen im Vorhinein erkennen, bei denen bei der folgenden Diagnostik eine LKBA oder LAD festgestellt wurde. Bei über 50% der Personen, bei denen auf diese Weise eine LKBA oder LAD vorhergesagt wurde, bestätigte sich das. Für eine Verwendung der CKB als Screeningverfahren erscheinen diese Werte akzeptabel.

KOGNITIVE LEISTUNGSFÄHIGKEIT UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM ALTERSVERGLEICH BEI PATIENTEN MIT CHRONISCHER SPONTANER URTIKARIA (CSU)

Nadja Baumgart¹, Vera Mahler², Jochen Brasch³, Susanne Gantner⁴, Thomas Glaenz⁵, Andreas Kleinheinz⁶, Florian Sattl⁷, Stefan W. Schneider⁸, Georg Adler¹

¹Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG), Mannheim

²Hautklinik Universitätsklinikum, Erlangen

³Universitäts-Hautklinik, Kiel

⁴Universitätsklinikum, Regensburg

⁵Psorisol Hautklinik, Hersbruck

⁶Elbe Kliniken, Buxtehude; Lippert, Undine, Universitätsmedizin, Göttingen

⁷Klinikum Nürnberg

⁸Universitätsklinikum, Hamburg Eppendorf

Zielsetzung/Fragestellung: Patienten mit chronischer spontaner Urtikaria (CSU) leiden häufig unter kognitiven Beeinträchtigungen, die einerseits durch die erhöhte Ausschüttung von Histamin und andererseits durch die Behandlung mit H₁-Antihistaminika verursacht werden können. Da die Standarddosierung der Antihistaminika zur Behandlung der CSU häufig nicht ausreicht, wird die Tagesdosis im nächsten Behandlungsschritt leitliniengemäß bis auf die vierfache Menge aufdosiert. Dadurch kommt es auch zu ungewollten Veränderungen im Histamin-System, die Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, der psychomotorischen Fähigkeiten und der Wahrnehmung mit sich bringen. Diese Fähigkeiten werden jedoch im Alltag z. B. beim Autofahren oder bei der Bedienung von Maschinen benötigt. Die äußerlich sichtbaren Symptome der CSU wie Quaddeln führen häufig zu einem Rückzug aus dem sozialen Leben, der durch Krankschreibungen noch verstärkt werden kann und die Entwicklung von Depressionen begünstigt. In der derzeit laufenden Studie sollen daher der Einfluss der Krankheitsschwere und der Medikation auf die kognitive Leistungsfähigkeit, Depressivität und Lebensqualität untersucht werden. In der hier dargestellten Zwischenauswertung wurden Unterschiede zwischen älteren (50+) und jüngeren Patienten untersucht.

Materialien/Methoden: Insgesamt sollen 500 Patienten in zehn Zentren in Deutschland untersucht werden. Die kognitive Leistungsfähigkeit wird mit Hilfe des computergestützten Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitsstest (MAT) untersucht. Mit ihm werden die Leistungen in selektiver Aufmerksamkeit, episodischem Arbeitsgedächtnis, episodischem Kurzzeitgedächtnis und exekutiven Funktionen erhoben. Die Krankheitsschwere wird mit dem Urticaria Activity Score (UAS7) über die Dauer von 7 Tagen hinweg und dem Urticaria Control Test (UCT) erhoben. Die Lebensqualität wird mit dem Chronic urticaria-quality of life-Fragebogen (CU-Q2oL) und dem Dermatology Life Quality Index (DLQI) erfasst. Depressivität wird mit dem Beck-Depressionsinventar 2 (BDI II) untersucht, die soziodemographischen Daten und die Medikation werden mit Hilfe eines Fragebogens erfasst.

Ergebnisse: Die Zwischenauswertung von 139 Patienten, 93 Frauen und 46 Männer im Alter von 19 bis 80 Jahren (Mittelwert \pm SD: 45 ± 15) mit mittlerer Erkrankungsdauer von 55 ± 67 Monaten, ergab, dass 43% der mit Antihistaminika behandelten Probanden unter kognitiven Beeinträchtigungen leiden. Bei einer Unterteilung der Probanden in zwei Altersgruppe (unter und über 50 Jahren) zeigte sich, dass sich die älteren Probanden signifikant mehr im Bereich des episodischen Kurzzeitgedächtnisses beeinträchtigt waren $0,2(1) = 5,76$; $p = 0,016$. Das Alter hatte aber keinen Einfluss darauf, wie die Probanden behandelt wurden $0,2(5) = 5,57$; $p = 0,350$. 30% aller Probanden litten unter einer leichten bis schweren depressiven Symptomatik. Die Krankheitsschwere lag nach UAS7 im Mittel bei $12 (\pm 12)$ und 60% der Probanden erlebten nach UCT nur eine schwache Krankheitskontrolle (9 ± 5). Die Lebensqualität lag im CU-Q2oL im Mittel bei $33 (\pm 21)$ und nach DLQI (7 ± 7) erlebten 66% der Probanden einen Einfluss der Erkrankung auf ihr Leben.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Patienten mit CSU unter Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen leiden. Ältere Patienten werden dabei nicht anders medikamentös behandelt als jüngere. Jedoch leiden ältere Patienten stärker unter Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses. Diese Beeinträchtigungen können krankheitsbedingt sein, jedoch auch durch die Medikation mit Antihistaminika herbeigeführt werden.

PSYCHISCHE BEFINDLICHKEIT UND KOGNITIVE LEISTUNGSFÄHIGKEIT BEI PATIENTEN MIT PSORIASIS VULGARIS

Nadja Baumgart¹, Andreas Schwinn², Dirk Maaßen³, Georg Adler¹
¹Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG),
 Mannheim

²Facharztpraxis für Dermatologie, Memmingen

³Facharztpraxis für Dermatologie, Maxdorf

Zielsetzung/Fragestellung: Die entzündliche Hauterkrankung Psoriasis ist eine Systemerkrankung. Die häufigste Form ist die Psoriasis vulgaris, auch Plaque-Psoriasis oder gewöhnliche Schuppenflechte genannt. Die Prävalenz für die Psoriasis vulgaris liegt in Deutschland bei 2%. Etwa ein Viertel der Psoriasis-Patienten erkrankt erstmalig nach dem 50. Lebensjahr. Psoriasis-Patienten leiden häufig unter komorbiden Erkrankungen, was die Behandlung erschwert. In Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass das Peptidhormon Interleukin 17 (IL-17) bei Psoriasis-Patienten in erhöhtem Maße vorkommt. In einer anderen Studie wurde gezeigt, dass ein erhöhter IL-17-Spiegel Prädiktor für schlechtere kognitive Leistungsfähigkeit bei depressiven Patienten nach einem ischämischen Schlaganfall ist und dass IL-17-Werte auch bei der Alzheimer Demenz (AD) erhöht sind. 44% der Psoriasis-Patienten leiden unter Mild Cognitive Impairment (MCI), wobei die Ausprägung des ApoE₄-Allels, das als Risikofaktor für die AD gilt, auch hier eine wichtige Rolle spielt. In einer von uns durchgeführten Versorgungsstudie wurden Hausärzte zu ihren Psoriasis-Patienten befragt. Diese schätzten die Schwierigkeit der Versorgung wie bei anderen chronischen Krankheitsbilder ein und gaben an, dass 10–25% der Patienten unter metabolischen Begleiterkrankungen, kardiovaskulären Erkrankungen, psychischen Erkrankung wie Depression oder Sucht und Schlafstörungen leiden. Dies stimmt mit vorherigen Studien überein und macht Beeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen deutlich, die von mehreren Facharztgruppen behandelt werden müssen.

Materialien/Methoden: Insgesamt sollen 150 Psoriasis-Patienten in 15 Zentren in Deutschland untersucht werden. Die kognitive Leistungsfähigkeit wird mit Hilfe des computergestützten Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitstests (MAT) untersucht. Mit ihm werden die Leistungen in selektiver Aufmerksamkeit, episodischem Arbeitsgedächtnis, episodischem Kurzzeitgedächtnis und exekutiven Funktionen erhoben. Die Krankheitsschwere wird mit dem Psoriasis Area and Severity Index (PASI) erhoben. Die Lebensqualität wird mit dem Dermatology Life Quality Index (DLQI) erfasst. Depressivität wird mit dem Beck-Depressions-Inventar 2 (BDI II) untersucht, die soziodemographischen Daten und die Medikation werden mit Hilfe eines Fragebogens erfasst.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit bei Psoriasis-Patienten soll in der geplanten Studie untersucht werden. Außerdem sollen Zusammenhänge mit Lebensalter, Krankheitsschwere, Lebensqualität und Depressivität näher beleuchtet werden.

STRESSEMPFINDEN UND LEBENSQUALITÄT BEI DEMENZKRANKEN UND DEREN PFLEGENDE PARTNERN: WELCHE ROLLE SPIELT DAS DYADISCHE COPING?

Andreas Häusler¹, Alba Sánchez¹, Paul Gellert², Friederike Deeken¹, Michael A. Rapp¹, Johanna Nordheim²

¹Universität Potsdam, Sozial- und Präventivmedizin, Potsdam

²Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Dementielle Erkrankungen stellen sowohl für die Betroffenen als auch für die pflegenden Angehörigen eine enorme psychosoziale Belastung dar. Besonders ein hohes Stressempfinden stellt hierbei einen negativen Einflussfaktor auf die Lebensqualität sowohl bei den Betroffenen als auch bei den pflegenden Angehörigen bzw. Partnern dar. Es war Ziel unserer Arbeit zu prüfen, ob Beziehungsqualität und Dyadisches Coping beim Zusammenhang von Stress und Lebensqualität einen Einfluss als Mediatoren besitzen.

Materialien/Methoden: Es wurden querschnittliche Daten von 82 Demenzpatienten und deren pflegenden Partnern verwendet, die einer prospektiven Interventionsstudie entstammen. Die Lebensqualität wurde bei den Betroffenen mit der QoL-Alzheimer's Disease Scale (QoL-AD) erhoben, während sie bei den pflegenden Partnern mit dem WHO Quality of Life-BREF gemessen wurde. Die wahrgenommene Stressbelastung wurde bei beiden Partnern mit der Perceived Stress Scale (PSS-14) gemessen. Ebenfalls bei beiden Partnern wurde das Dyadische Coping Inventar (DCI) erhoben. Die statistische Analyse umfasste Korrelations- und Regressionsberechnungen mit dem Ziel, Mediatoren zu identifizieren.

Ergebnisse: Bei beiden Partnern fanden sich negative Korrelationen zwischen Stress und Lebensqualität (QoL-AD: $r = -0,62$; $p < 0,001$; WHO-QOL Overall: $r = -0,27$; $p = 0,02$). Des Weiteren hatten die pflegenden Partner einen signifikant geringeren DCI-total Wert als die Demenzpatienten ($p < 0,001$). Die Mediatorenanalyse ergab, dass Dyadisches Coping einen signifikanten Mediator in der Beziehung von Stress und Lebensqualität bei den pflegenden Partnern darstellt ($z = 0,28$; $p = 0,02$) darstellt, wohingegen dies bei den Demenzbetroffenen selbst nicht der Fall war. Gleiches ließ sich für die Beziehungsqualität feststellen: Auch sie stellt einen signifikanten Mediator in der Beziehung von Stress und Lebensqualität bei den pflegenden Partnern dar ($z = -2,41$; $p = 0,02$).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: In der vorliegenden Untersuchung ist es gelungen, die mediiierenden Effekte von Dyadischem Coping und Beziehungsqualität auf den Zusammenhang von wahrgenommenem Stress und Lebensqualität bei pflegenden Partnern von Demenzpatienten nachzuweisen. Bei den Demenzpatienten konnten wir diese Effekte hingegen nicht nachweisen, wenngleich auch hier sich der negative Effekt von erlebtem Stress auf die Lebensqualität bestätigt ließ. Ein besseres Verständnis des Einflusses von dyadischen Faktoren (wie beispielsweise Beziehungsqualität und Dyadisches Coping) auf den Zusammenhang von Stress und Lebensqualität kann dabei helfen, stressreduzierende bzw. dyadische Interventionen zu entwickeln, die Demenzpatienten und deren pflegenden Partnern wirksamer unterstützen und Belastungen reduzieren.

SIND KÖRPERLICH AKTIVE ÄLTERE WENIGER DEPRESSIV?

Andreas Heißel¹, Anou Vesterling², Stephan Heinzl³, Michael Rapp²

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

²Universität Potsdam, Sozial- und Präventivmedizin, Potsdam

³Freie Universität Berlin, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Mit Prävalenzraten zwischen 4,3 % und 9,2 % ist die depressive Symptomatik auch für Personen im höheren Lebensalter (60+) ein weit verbreitetes Leiden. Ein höheres Ausmaß an Depressivität geht mit verringerter Lebenszufriedenheit, einem geringerem Selbstwertsleben und erlebter Frustration psychologischer Grundbedürfnisse einher. Meta-Analysen zeigen, dass körperliche Aktivität bei Depressionspatienten zu einer Reduktion der Symptomatik führt. Dieser Effekt ist ebenfalls für Patienten im höheren Lebensalter zu beobachten. Angeleitete Ausdauer- und Krafttrainingsprogramme in der Gruppe haben sich hierbei als besonders effektstark erwiesen. Es stellt sich die Frage, ob körperliche Aktivität im höheren Lebensalter durch einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit als Schutzfaktor gegenüber depressiven Symptomen fungiert. In der vorliegenden Erhebung wurden 506 Teilnehmer älter als 60 Jahre eines Gesundheitssportprogramms im Sport-Gesundheitspark Berlin e.V./Zentrum für Sportmedizin zu ihrer körperlichen Aktivität und ihrem psychischen Wohlbefinden befragt.

Materialien/Methoden: Untersucht wurden N=506 (52,3% weiblich) Mitglieder des Sport- Gesundheitsparks Berlin im Alter von 61 bis 91 Jahren (M = 72,82; SD = 5,41). Die Personen wurden vor bzw. nach ihrem Gesundheitssportkurs um ihre freiwillige Teilnahme an der Fragebogenstudie gebeten. Erfasst wurde die körperliche Aktivität der letzten sieben Tage mit Hilfe der Kurzform des International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-SF). Der IPAQ-SF erfasst körperliche Aktivität in drei Intensitätsgeraden (anstrengende Aktivitäten, moderate Aktivitäten, zu Fuß gehen). Darüber hinaus wurde die allgemeine Depressionsskala (ADS) eingesetzt, um depressive Symptome zu messen. Als Indikatoren für psychisches Wohlbefinden wurde Lebenszufriedenheit mit der Satisfaction with Life Scale (SWLS) verwendet. Weiterhin wurde die Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale (BPNSFS) in der deutschen Übersetzung verwendet, um die Befriedigung bzw. Frustration psychologischer Grundbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialer Eingebundenheit aufzugreifen. Der Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) erfasst die Bedürfnisbefriedigung durch den Trainer.

Ergebnisse: Die Regressionsanalyse zeigt, dass Alter und körperliche Aktivität gemeinsam 2 % der Varianz von Depressivität aufklären ($R^2 = 0,02$; $F(2,415) = 4,14$; $p = 0,017$). Körperliche Aktivität erklärt zusätzlich zum Lebensalter 1,2 % der Varianz von Depressivität auf ($F \text{ change} = 4,77$, $R^2 \text{ change} = 0,012$). Korrelationen zwischen Alter, Depressivität und körperlicher Aktivität zeigen, dass mit zunehmendem Alter die körperliche Aktivität abnimmt ($r = -0,10$; $p = 0,035$), während die depressiven Symptome mit dem Alter zunehmen ($r = 0,10$; $p = 0,018$). Depressivität korreliert außerdem negativ mit der Lebenszufriedenheit, der Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse und der Zufriedenheit mit dem Trainer (alle $p < 0,01$).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Innerhalb dieser selektiven Querschnittsstichprobe von älteren Teilnehmern in Gesundheitssportgruppen konnten wir einen Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und körperlicher Aktivität zeigen. Es gibt Hinweise darauf, dass besonders die anstrengenden Aktivitäten gegenüber moderater und leichter Aktivität im Zusammenhang mit der Depressivität stehen. Zusätzlich konnten wir einen Zusammenhang zwischen

Lebenszufriedenheit, Selbstwert, Bedürfnisfrustration und -befriedigung sowie der wahrgenommenen Bedürfnisbefriedigung durch den Sporttherapeuten und einer depressiven Symptomatik finden. Um jedoch zu zeigen, dass das Ausmaß an körperliche Aktivität im höheren Lebensalter einen positiven Einfluss auf depressive Symptomatik hat, sind Untersuchungen im Längsschnitt mit einer zusätzlichen Kontrollgruppe mit weniger aktiven Probanden nötig.

DEMENZ IM KRANKENHAUS – DIE DÜSSELDORFER CHARTA

Barbara Höft¹, Sandra Verhülsdonk², Tillmann Supprian²

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

²LVR-Klinikum/Kliniken der Heinrich-Heine-Universität

Zielsetzung/Fragestellung: Alte und hochaltrige Menschen stellen die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe in den meisten Industrieländern dar. Diese Entwicklung ist assoziiert mit der Zunahme von Menschen, deren Gesundheitsstatus stark beeinträchtigt ist und die infolge reduzierter Mobilität und anderer Einschränkungen Hilfe benötigen.

Demenz und Delir werden zunehmend häufig als Nebendiagnose beschrieben. Die Gruppe der Patienten mit diesen Diagnosen stellt alle Beschäftigten in Krankenhäusern vor neue Herausforderungen. In vielen Fällen sind die Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit und/oder die Diagnose Demenz bei einer Krankenhauseinweisung noch nicht bekannt beziehungsweise dokumentiert. Dieses macht eine Sensibilisierung aller Berufsgruppen im Krankenhaus erforderlich. Die Düsseldorfer Konferenz Alter und Pflege und die Gesundheitskonferenz haben Mitte des Jahres 2015 aus ihren Reihen einen Arbeitskreis gegründet, um diesen Prozess anzustoßen.

Materialien/Methoden: Unter Einbeziehung aller Akteure im kommunalen Gesundheitswesen und Vertretern der Düsseldorfer Krankenhäuser wurden zunächst in einer Forum-Veranstaltung unter der Schirmherrschaft des Oberbürgermeisters Informationen zum Thema zusammengetragen sowie die Erfordernisse und Bedarfe der Düsseldorfer Krankenhäuser herausgearbeitet und diskutiert.

Auf dieser Basis entstand die »Düsseldorfer Charta für den Umgang mit Menschen mit Demenz im Krankenhaus«.

Ergebnisse: Die Charta beinhaltet 9 Bausteine zum Umgang mit Patienten mit der (Neben-)Diagnose Demenz im Krankenhaus. Diese werden im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung Anfang Mai 2017 von allen Beteiligten unterzeichnet. Sie sind die gemeinsame Basis für nächste Schritte der Häuser.

Schlussfolgerung: Auch wenn diese Charta nicht die Umsetzung aller Empfehlungen garantiert, so ist sie ein wichtiger Schritt in einem Prozess der Sensibilisierung. Die Implementierung in den jeweiligen Krankenhäusern wird in weiteren zukünftigen Veranstaltungen begleitet. Eine Integration in die kommunale Berichterstattung der Gesundheitskonferenz und der Konferenz »Alter und Pflege« ist vorgesehen.

ERGOTHERAPIEGRUPPE FÜR VERHALTENSUFFÄLLIGE MÄNNER IN EINER STATIONÄREN PFLEGEINRICHTUNG

Elke Koling¹, Anja Bräuniger-Calitrì², Michael Gödde³

¹Institutsambulanz, Gerontoneuroopsychiatrie, Iserlohn

²Gerontopsychiatrie, Perthes-Haus, Nachrodt

³Ergotherapeutische Praxis, Iserlohn

Zielsetzung/Fragestellung: Unser Projekt ist eine Ergotherapiegruppe für verhaltensauffällige Männer. Das Ziel besteht darin, auf das Verhalten von Männern mit persönlichkeitsakzentuiertem Verhalten im Altenheim jenseits der herkömmlichen medikamentösen Therapie

Einfluss zu nehmen. Außerdem sollten sich die Männer besser in der Einrichtung integrieren können. Sie sollten offener werden, die Kommunikationsfähigkeit sollte gestärkt, das Miteinander trainiert werden. Die Männer sollten lernen, eigene Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen, zu formulieren und ggf. auch umzusetzen. Sie sollten Stärken und Schwächen der Mitbewohner erkennen lernen und sich damit auseinandersetzen. Gemeinsame Ziele und Projekte sollten erarbeitet werden und somit einem Rückzug entgegengewirkt werden. So sollten die Teilnehmer angeregt werden, ihre Selbstwahrnehmung zu stärken, aber sich auch als Teil der Gruppe neu zu erleben.

Materialien/Methoden: Es wurde eine Ergotherapiegruppe eingerichtet, an der aktuell 5 Männer teilnehmen. Es handelt sich hierbei um eine geschlossene Gruppe, die sich einmal wöchentlich in einem Altenheim trifft. Die Gruppe wurde von ein bis zwei Ergotherapeuten betreut. Die Vor- und Nachbereitung erfolgte durch das Altenpflegepersonal, insbesondere durch die gerontopsychiatrische Fachkraft. Die Verordnung der Ergotherapie sowie die Untersuchungen wurden von der zuständigen Fachärztin durchgeführt. In den wöchentlichen Treffen sollten die Männer Ideen für eigene Aktivitäten entwickeln und umsetzen. Vorab wurden die Krankheitsbilder und Medikamente der Bewohner erfasst, die Patienten hinsichtlich ihrer kognitiven Reserven untersucht (MMST, Uhrentest und DemTect) und die wichtigsten Laborwerte kontrolliert. Die Motivation, Stimmung und das Verhalten wurden vom Pflegepersonal vor Beginn der Therapie und nach jeder Gruppensitzung erfasst. Da es sich um ein kleines Altenheim in einem Dorf im Sauerland handelt, wo es keine einheitliche männliche Patienten-/Bewohnerstruktur gibt, nahmen Männer mit verschiedenen Erkrankungsbildern teil, was die Initiatoren der Gruppe als Herausforderung und Chance gleichzeitig aufgefasst haben. Da die Männer auf die Bezeichnung »Therapiegruppe« mit starker Ablehnung reagiert haben, wurde diese Gruppe im Verlauf lediglich als »Männergruppe« bezeichnet. Die Gruppenmitglieder wurden trotzdem vor Beginn der Therapie über die Zielsetzung informiert. Es wurde mit den Gruppenmitgliedern am Ende jeder wöchentlich stattfindenden Therapieeinheit das durchzuführenden Projekte der kommenden Woche gemeinsam festgelegt. Für die Therapeuten erforderte die Männergruppe einen engen Austausch der unterschiedlichen Berufsgruppen, (Ergotherapeut, Altenpfleger, Arzt) die die Gruppe gemeinsam initiiert haben.

Ergebnisse: Insgesamt wurde deutlich, dass die männlichen Bewohner in Altenheimen sehr unterschiedliche Erkrankungen, Defizite, aber auch Kompetenzen aufweisen, die die ergotherapeutische Gruppenarbeit schwer machen, aber auch den Männern im Alltag in der Kontaktaufnahme und in der sozialen Interaktion im Weg stehen. Den Männern gelang es erstaunlich gut, gemeinsame Ziele und Projekte zu formulieren, wobei auch weniger männertypische Dinge, wie das Herstellen von Salaten, präferiert wurden. Schon nach kurzer Zeit entwickelten die Männer Vertrauen, die Kommunikation wurde offener, Freundschaften entstanden. Selbst ein Bewohner, der sonst den ganzen Tag im Bett liegt, wollte freiwillig an der Gruppe teilnehmen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen zur Umsetzung dieses Projektes hat gut funktioniert und noch einmal die Qualitäten und Chancen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit verdeutlicht. Die Männer in der Gruppe haben offensichtlich sehr davon profitiert, eigene Wünsche, Bedürfnisse und Ziele wieder zu erspüren und umzusetzen. Auch die Akzeptanz und der Zusammenhalt der Männer in der Gruppe wurde verbessert, was zur deutlichen Zufriedenheit der Teilnehmer beitrug.

EINSCHÄTZUNG DER STIMMUNGS-LAGE VON PATIENTEN EINER GEDÄCHNISSPRECHSTUNDE DURCH VERSCHIEDENE BEURTEILER

Hartmut Lehfeld¹, Nicole Berger², Maria Hildegard Walter²

¹Gedächtnissprechstunde, Klinikum Nürnberg

²Leopold-Franzens-Universität, Innsbruck

Zielsetzung/Fragestellung: Depressive Störungen, insbesondere in Verbindung mit kognitiven Einbußen, zählen zu den wichtigsten Differentialdiagnosen von MCI und Demenz. Anders als der kognitive Status entzieht sich die Stimmungslage jedoch einer objektiven Beurteilung mittels Testverfahren. Aus diesem Grund wurden in der vorliegenden Untersuchung (Bachelorarbeit am Institut für Psychologie der Universität Innsbruck) die Depressionsbeurteilungen der Patienten mit Angehörigen- und Arzturteilen verglichen.

Materialien/Methoden: Aus der Gedächtnissprechstunde des Klinikums Nürnberg lagen für insgesamt 241 Patienten (Erstvorstellungen 2014) Selbsteinschätzungen der Stimmungslage anhand eines Depressionsfragebogens (GDS-K oder BDI-II) vor. Die Patienten verteilten sich auf folgende Diagnosegruppen (Erstdiagnosen): MCI (n=48), Demenz: (n=124), Depression (n=38), keine Diagnose (n=31). 141 Patienten hatten sich in Begleitung eines Angehörigen vorgestellt, der die Depressionsschwere im Rahmen des NPI-Interviews einschätzte. Für 216 Patienten waren neben den Selbstbeurteilungen klinische Einschätzungen des Affekts durch den Arzt vorhanden (Rating zwischen 1 und 10).

Ergebnisse: 95% der als depressiv diagnostizierten Patienten schätzten sich selbst in einem Depressionsfragebogen als depressiv ein (jedoch: beinahe jeder dritte Patient der anderen Diagnosegruppen beschrieb ebenfalls eine relevante depressive Symptomatik). Im Angehörigenurteil wie im ersten klinischen Eindruck (Arztbeurteilung) wurden mit 75% bzw. 60% in der Depressionsgruppe deutlich weniger bedeutsame depressive Stimmungslagen kodiert. Die paarweise Übereinstimmung der drei Informationsquellen (Patient, Angehöriger, Arzt) lag mit Werten zwischen jeweils 65% und 70% in vergleichbarer Größenordnung, ebenso die Korrelationskoeffizienten ($r=0,33$ bis $r=0,45$).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Übereinstimmung zwischen drei Beurteilungsquellen für eine klinisch relevante depressive Symptomatik bei Patienten einer Gedächtnissprechstunde (Patient, Angehöriger, Arzt) ist bestenfalls als moderat anzusehen. Die aufgefundenen Zusammenhänge liegen im unteren Bereich der in der Literatur mitgeteilten Übereinstimmungswerte für Selbst- und Fremdbeurteilungen. Die Ergebnisse regen zur Aufklärung der Gründe für die unterschiedlichen Einschätzungen an und legen für die praktische Arbeit in der Gedächtnissprechstunde einen multimethodalen Zugang zur Erfassung der Stimmungslage nahe.

EINE DESKRIPTIVE STUDIE ZUR ZAHNMEDIZINISCHEN VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ

Sinja Henrike Meyer-Rötz¹, Anna Sophie Schaper², Jens Wiltfang²

¹Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Göttingen

²Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der UMG, Göttingen

Zielsetzung/Fragestellung: Im Rahmen einer deskriptiven Fragebogenstudie im Großraum Göttingen wird die zahnmedizinische Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz durch niedergelassene Zahnärzte und zahnmedizinische Kliniken untersucht. Die Erhebung soll Aufschluss über die Anzahl behandelter Patienten, deren spezielle Betreuung und Besonderheiten in der zahnmedizinischen Versorgung, sowie Kenntnisse und Erfahrungen von Zahnärzten und Angestellten im Umgang mit demenzerkrankten Patienten geben. Mögliche Schulungsmaßnahmen und Lösungsansätze im

Bereich der Gerodontologie sollen recherchiert, zusammengetragen und analysiert werden.

Materialien/Methoden: Um Aufschluss über die Anzahl behandelter Patienten mit einer demenziellen Erkrankung sowie über deren Betreuung und zahnmedizinischer Versorgung zu erhalten, wurden Fragebögen entwickelt, die die aktuelle Situation zunächst rein deskriptiv erfassen und eine Darstellung der Ist-Situation ermöglichen. Im ersten Teil Fragebogens werden allgemeine Daten zur Konsultation der Patienten, sowie Informationen über die Praxis erhoben. Darüber hinaus werden Angaben zu Besonderheiten in der Weiterbildung und im Praxismanagement auf dem Gebiet der Gerodontologie abgefragt. Der zweite Teil des Fragebogens befasst sich mit speziellen Fragen zur zahnmedizinischen (Versorgungs-)Situations demenzkranker Patienten. Die Angaben aus dem letzten Teil des Fragebogens sollen darüber Aufschluss geben, ob demenzerkrankte Patienten einer speziellen Beobachtung in der Praxis unterliegen, ob spezielle Screening-Bögen genutzt werden, wie der Kontakt zu weiteren behandelnden Ärzten ist und ob Interesse an Fortbildungsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gerodontologie und der Betreuung von Menschen mit Demenz für den Behandler und dessen Personal besteht. Die Auswertung der Daten erfolgt mittels des Statistikprogramms SPSS.

Ergebnisse: Die Ergebnisse werden für die Präsentation des Posters aufbereitet. Da es sich um eine aktuell noch laufende Erhebung handelt, können diese noch nicht dargestellt werden.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Da es sich bei der Studie um eine aktuell laufende Erhebung handelt, können aktuell noch keine Ergebnisse zusammengefasst und Schlussfolgerungen gezogen werden. Die Zusammenfassung/Schlussfolgerung wird ebenfalls für die Präsentation des Posters aufbereitet und auf diesem dargestellt.

KÖLNER ARBEITSHILFE ZUR BEDÜRFNISORIENTIERTEN BETREUUNG VON MENSCHEN MIT SCHWERER DEMENZ IN DER LETZTEN LEBENSPHASE

Klaus MariaPerrar¹, Holger Schmidt, Yvonne Eisenmann, Raymond Voltz

¹Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln

Zielsetzung/Fragestellung: Am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln wurde eine Arbeitshilfe zur bedürfnisorientierten Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase entwickelt. Diese soll Pflegende zum einen dabei unterstützen, die Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen. Zum anderen bietet sie Anregungen dazu, wie den Bedürfnissen begegnet werden kann. Menschen mit schwerer Demenz werden in ihrer letzten Lebensphase oftmals nur unzureichend versorgt. Eine zentrale Ursache hierfür liegt in der zumeist eingeschränkten Ausdrucksfähigkeit bei weit fortgeschrittener Erkrankung, die verhindert, dass die Betroffenen ihre Bedürfnisse und Wünsche verbal mitteilen können. Zielsetzung der Forschungsgruppe Demenz am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln ist die Entwicklung und Implementierung einer Arbeitshilfe für die ambulante und stationäre Altenhilfe. Diese soll Pflegende dabei unterstützen, die Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz bedürfnisorientiert auszurichten.

Materialien/Methoden: Mittels teilnehmender Beobachtung der Betroffenen sowie Gruppendiskussionen mit Pflegenden und Angehörigen wurden die Bedürfnisse erfasst. Die Entwicklung der Arbeitshilfe erfolgte unter Einbindung von Expertinnen und Experten auf verschiedenen Fachtagungen. Im Rahmen einer Prozessevaluation wird die Arbeitshilfe in die Versorgungspraxis der Altenhilfe

implementiert und hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit stetig weiterentwickelt.

Ergebnisse: Die Arbeitshilfe besteht aus drei unterschiedlichen Bausteinen: (I): Im Handbuch sind die wesentlichen Merkmale einer bedürfnisorientierten Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz abgebildet. Zentrales Anliegen ist es, einen Zugang zum Betroffenen zu finden und das PersonSein/die Identität zu entdecken und zu erhalten. (II): Der Bedürfniskatalog beinhaltet eine Gesamtübersicht zu den körperlichen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz und gibt konkrete Beispiele zu Bedürfnisprägungen und Handlungsempfehlungen. (III): Die Anleitung zur Bedürfnisanalyse beinhaltet eine schrittweise Anleitung zur Durchführung und Dokumentation einer personenbezogenen Bedürfnisanalyse. Die Arbeitshilfe dient Pflegenden als Nachschlagewerk in der täglichen Versorgung und bietet Anregungen und Ideen für den Berufsalltag. Darüber hinaus fördert sie den Austausch im Team.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Insgesamt kann die Arbeitshilfe somit einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase leisten.

AUSZUBILDENDE ÜBERNEHMEN VERANTWORTUNG

Grit Petzold

Altenwohn- und Pflegeheim Haus Dänischer Wohld, Osdorf

Zielsetzung/Fragestellung: Aus einem zeitlich begrenzten Schüler-Projekt im Altenwohn- und Pflegeheim Haus Dänischer Wohld in Osdorf hat sich im Laufe der letzten drei Jahre ein innovatives Ausbildungskonzept in der Altenpflege entwickelt.

Ziel war es, einen Wohnbereich allein von den Auszubildenden führen zu lassen. Sie sollten lernen, eigenverantwortlich zu handeln und sich zu organisieren. Unterstützung erhielten sie dabei von zwei Praxisanleiterinnen.

Materialien/Methoden: Durch einen Wasserschaden im Mai 2014 war ein Teil der Einrichtung unbewohnbar, so dass zwölf Bewohner in Ersatzwohnraum in Form von gut ausgestatteten Containern untergebracht werden mussten. Die Einrichtungsleitung hatte die Idee, den Ersatzwohnraum von den damals sieben Auszubildenden betreuen zu lassen. Der »Wohnbereich 3« war geboren und das Projekt »Auszubildende übernehmen Verantwortung« wurde gestartet.

Ergebnisse: Das ehemalige Schülerprojekt hat sich als Erfolg erwiesen und ist mittlerweile ein fester Bestandteil des Hauses. Ein eigener Bereich für Auszubildende innerhalb einer Einrichtung ist einzigartig in der Region, ein Vorzeigemodell für angehende Pflegekräfte, die eigene Organisationsprinzipien ohne Direktiven umsetzen können. Der Grundstein für eigenverantwortliches Handeln und eine verbesserte Selbstorganisation kann so früh in der Ausbildung gelegt werden.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Strategie hat sich als nachhaltig erwiesen, da bisher alle Auszubildenden nach dem Examen als Pflegefachkräfte in der Einrichtung verblieben sind und somit dem Fachkräftemangel im eigenen Hause entgegengewirkt werden konnte. Mittlerweile sind 14 Auszubildende in der Einrichtung tätig. Die gestiegene Nachfrage nach einem Ausbildungsplatz und der Wunsch nach Verbleib im Haus generiert ein ständiges Nachwachsen von gut ausgebildeten Fachkräften.

PFLEGEUNTERSTÜTZUNG MIT EINER INTERAKTIVEN PUPPE FÜR INFORMELL PFLEGENDE (»OurPuppet«) – SOZIALGERONTOLOGISCHE PERSPEKTIVE

Verena Reuter¹, Andrea Kuhlmann¹, Renate Schramek², Eva-Maria Matip³, Elisabeth Bubolz⁴

¹Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund

²FernUniversität in Hagen, Institut für Bildungswissenschaft und Medienforschung, Hagen

³Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Bochum e.V., Alzheimerhilfe, Bochum

⁴Forschungsinstitut Geragogik, Düsseldorf

Pflegesituationen stellen für informell Pflegende eine Herausforderung dar. Das interdisziplinäre Projekt »OurPuppet« verfolgt das Ziel, informell Pflegende durch Einsatz innovativer Mensch-Technik-Interaktion mittels einer interaktiven (Hand-) Puppe zu unterstützen und zu entlasten. Die Puppe enthält moderne Sensorik sowie Kommunikationsfunktionalitäten. Es wird untersucht, inwiefern der Einsatz der Puppe zu einer Verbesserung der Beziehungsqualität zwischen Pflegenden und zu Pflegenden beiträgt. Die Technikeinführung wird durch eigens geschulte Puppet-Begleiter unterstützt.

Zur benutzerorientierten Entwicklung der Puppe werden die Bedarfe von pflegenden Angehörigen, Pflegebedürftigen, ehrenamtlichen Pflegebegleitern und professionell Pflegenden erhoben sowie typische Situationen im Pflegealltag und mögliche Interventionen identifiziert. Basierend darauf werden die technischen Funktionen der Puppe entwickelt. Die ethisch-sozialen Dimensionen der innovativen Mensch-Technik-Interaktion wie der Datenschutz werden prozessbegleitend evaluiert.

Methoden: leitfadengestützte Interviews, Fokusgruppen-, Experteninterviews sowie inhaltsanalytische Auswertung.

Aus Sicht der o.g. Zielgruppen werden detaillierte Situationsbeschreibungen und mögliche Interventionen der Puppe präsentiert. Einschätzungen und Anliegen der befragten Zielgruppen zur Intention des Puppeneinsatzes und zu allgemeinen Anforderungen an die Puppe werden vorgestellt. Von Demenzbetreuern wurde auf notwendige Akzeptanz durch die zu Pflegenden hingewiesen. Dies soll durch verschiedene individualisierte Einstellungen gelöst werden. Die vorgestellten Ergebnisse werden mit Blick auf ethisch-soziale Dimensionen des Technikeinsatzes und den weiteren Projektverlauf diskutiert.

ANALYSE DES BEWEGUNGSVERHALTENS VON PATIENTEN IN DER KLINISCHEN DEMENZVERSORGUNG – ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SENSOR-BASIERTER ERFASSUNG UND KLINISCHER BEOBACHTUNG

Sarah Roweda¹, Tim Fleiner², Wiebren Zijlstra³, Peter Häussermann²

¹Arbeitsgruppe »Gerontopsychiatrie in Bewegung« LVR-Klinik Köln Abteilung für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie

²LVR-Klinik Köln

³Deutsche Sporthochschule Köln

Besonders Veränderungen des Bewegungsverhaltens führen zu einer erhöhten Belastung in der Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankung. Inwiefern ein Zusammenhang zwischen einer Sensor-basierter Erfassung und der klinischen Beobachtung (Psychopathometrie) in Bezug auf das Bewegungsverhalten der Patienten besteht, soll anhand von diesem klinischen Projekt untersucht werden. Es gilt die Hypothese, dass ein Vergleich zwischen der Sensor-basierten Erfassung und einer klinischen Beobachtung durch Psychopathometrie möglich ist und sich positive Zusammenhänge zeigen.

Im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung in einer gerontopsychiatrischen Klinik wurde das Bewegungsverhalten von N=21 Demenz-

patienten über einen Zeitraum von 48 aufeinanderfolgende Stunden erfasst. Die Patienten waren von einer schweren Demenz betroffen und befanden sich in einer geschützten Station. Die Erfassung des Bewegungsverhaltens erfolgte einerseits über einen Bewegungssensor, der am unteren Rücken der Patienten befestigt wurde, und andererseits über die Erfassung des Bewegungsverhaltens durch die Bezugspflege anhand des Neuropsychiatrischen Inventars (NPI). Der Sensor ist ein hybrider Bewegungssensor, in dem ein Magnetometer, ein Gyroskop und ein Beschleunigungsmesser integriert sind (Fleiner et al. 2016). Es wurden einzelne Bewegungsformen (z.B. liegen, sitzen, gehen) unterschieden und mit dem Summenscore des NPIs verglichen. »Es zeigen sich signifikante Zusammenhänge hinsichtlich des ungewöhnlichen motorischen Verhaltens (n=64 Erfassungsbögen; r=0,337; p<0,01) tagsüber und in der Nacht (n=65 Erfassungsbögen; r=0,324; p<0,01), sowie dem Verhalten in der Nacht (n=65 Erfassungsbögen, r=0,256; p<0,05). In Bezug auf die Erfassung der Apathie zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Erfassung mittels Bewegungssensoren und der Erfassung mittels NPI.

Die Ergebnisse dieses Projektes weisen darauf hin, dass ungewöhnliches motorisches Verhalten der Patienten mittels Bewegungssensoren objektiv erfasst werden kann, wohingegen apathische Symptome nur bedingt erfasst werden können. In wie fern durch den Einsatz von Bewegungssensoren auch individuelle Therapiemaßnahmen abgeleitet werden können, muss in weiteren Projekten untersucht werden.

REPRESSIVES COPING IM FRÜHSTADIUM DER ALZHEIMER DEMENZ

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

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

²LVR-Klinikum-Kliniken der Heinrich-Heine-Universität

Zielsetzung/Fragestellung: Repressives Coping beschreibt einen überdauernden persönlichen Bewältigungsstil, der das Verdrängen oder Vermeiden von negativer Information umfasst. Dieser ist für die Gruppe älterer Menschen häufig beschrieben, und nimmt mit steigendem Lebensalter weiter zu. Für sogenannte Represser wurden u. a. weniger depressive Syndrome und eine bessere Adaption bei Krisen (Tod des Partners etc.) beschrieben. Andererseits wurde eine Assoziation mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, wie z.B. der Hypertonie (Mund and Mitte, 2012) gefunden. Da wiederum kardiovaskulären Erkrankungen als Risikofaktor für demenzielle Entwicklungen gelten, ist dieses Persönlichkeitsmerkmal auch im gerontopsychiatrischen Setting von Interesse.

Ziel der Untersuchung war die Erfassung eines Repressiven Copingstils bei Patienten mit beginnender Demenz. Zugrunde liegende Fragestellung war, inwiefern ein Repressiver Copingstil auch mit Unterschieden in kognitiven Teilleistungen oder soziodemographischen Merkmalen zum Zeitpunkt der Erstdiagnose assoziiert ist.

Materialien/Methoden: Insgesamt wurden 54 Patienten in die Untersuchung eingeschlossen, bei denen in der Institutsambulanz Gerontopsychiatrie des LVR-Klinikums Düsseldorf/Kliniken der Heinrich-Heine-Universität erstmalig eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert wurde. Die Patienten befanden sich im frühen Krankheitsstadium (MMST>20). Eine umfangreiche neuropsychologische Untersuchung wurde ebenso wie die Evaluation der Merkmale eines repressiven Copingstils durchgeführt.

Gruppenunterschiede zwischen Repressern und Nicht-Repressern wurden mittels t-Test analysiert.

Ergebnisse: Bei einem Drittel (n=18) der untersuchten Patienten wurden Merkmale eines repressiven Copingstils gefunden. Hinsichtlich

der kognitiven Leistungsfähigkeit unterschieden sich die beiden Vergleichsgruppen in ihren Profilen nicht signifikant. Auch in der Depressivität, der Krankheitseinsicht oder in soziodemographischen Merkmalen fanden sich keine signifikanten Unterschiede.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Das Vorliegen eines repressiven Copingstils war in der untersuchten Stichprobe von Menschen mit Demenz häufig. Represser und Nicht-Represser unterschieden sich zum Zeitpunkt der Erstdiagnose weder im globalen kognitiven Leistungsniveau (MMST), noch in den differenzierten kognitiven Teilleistungen oder weiteren soziodemographischen Merkmalen. Die in früheren Studien für Depressivität beschriebenen Unterschiede konnten nicht reproduziert werden.

Aufgrund der in der Literatur beschriebenen somatischen Risikofaktoren (die im Rahmen der vorliegenden Studie nicht evaluiert wurden), welche mit einem solchen Bewältigungsstil verbunden sind, sollte ein Repressiver Copingstil dennoch in den Blick genommen werden. Zukünftige Studien sollten daneben auch die Nutzung von Hilfsangeboten wie auch die Behandlungscompliance für Menschen mit diesem Merkmal evaluieren.

ENTWICKLUNG EINER MATRIX ZUR EINDEUTIGEN ZUORDNUNG VON PROBANDEN FÜR DIE VALIDIERUNG VON DEMENZ- UND DEPRESSIONSTESTS

Emmy Wichelhaus¹, Ingo Klingenhegel², Oliver Tucha³, Ralf Ihl²

¹St. Alexius-/St. Josef – Krankenhaus, Gerontopsychiatrie, Neuss

²Alexianer Krefeld GmbH, Krefeld

³University of Groningen, NL-Groningen

Die NINCDS-ADRDA Kriterien (McKhann et al. 2011) und die DSM-V (2013) Kriterien für Neurokognitive Störungen und Depression zeigen teilweise Überschneidungen. In Studien kann dies zu einer heterogenen Gruppenzusammensetzung führen. Um dieses Risiko zu reduzieren, wären hoch spezifische Zuordnungskriterien für Neurokognitive Störungen, Depression und die Kontrollgruppe wünschenswert.

Die oben genannten Diagnosekriterien wurden kombiniert betrachtet. Multifaktorielle Kriterien wurden in separate Elemente aufgeteilt. Diese Elemente wurden auf eindeutige Charakteristika hinsichtlich überlappender und diskriminierender Symptome untersucht. Kriterien, wie beispielsweise die Verschlechterung von einem früheren Funktionsniveau, welche sowohl zu den NINCDS-ADRDA als auch zu den DSM-V Kriterien für Neurokognitive Störungen und Depression zählen, die sich als untauglich im Sinne einer eindeutigen Zuordnung erwiesen, wurden deskriptiv in die Analyse übernommen. Muss- und Darf-nicht-Attribute für die Zuordnung wurden formuliert, um die höchstmögliche Spezifität zu erreichen.

Aus insgesamt 21 Kriterien wurde eine Matrix entwickelt, welche elf Kriterien enthält, die eine eindeutige Zuordnung zu Neurokognitiven Störungen, Depression und der Kontrollgruppe ermöglichen. Sechs weitere Kriterien wurden gefunden, welche lediglich zwischen gesunden Kontrollpersonen und Symptomträgern jeglicher Art unterscheiden. Vier Kriterien erwiesen sich als ungeeignet hinsichtlich der eindeutigen Diskriminierung der drei Gruppen.

Die NINCDS-ADRDA Kriterien erweisen sich als nicht ausreichend, um Neurokognitive Störungen und Depression eindeutig voneinander zu unterscheiden. Der zusätzliche Einschluss von Depressionskriterien ermöglicht es homogenere Studiengruppen zusammenzustellen. Die hier vorgeschlagene benutzerfreundliche Zuordnungsmatrix kann den methodischen Prozess der Gruppenbildung in wissenschaftlichen Studien zu Neurokognitiven Störungen und Depression verfeinern und erleichtern.

Referenten und Erstautoren

Adler, Georg, Prof. Dr. med.

Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG)
Friedrichsplatz 12, 68165 Mannheim

Auch-Johannes, Inga

Musiktherapeutin, Master of Arts (music therapy)
Praxis für Musiktherapie und Coaching
Pritzwalker Str. 13, 21423 Winsen (Luhe)

Bauer, Andreas

HELIOS Klinikum Aue
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Gartenstr. 6, 08280 Aue

Baumgart, Nadja

Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG)
Richard-Wagner-Str. 2, 68165 Mannheim

Baumgarte, Beate, Dr. med.

Bismarckstr. 9, 51643 Gummersbach

Bischof, Gérard N., Dr.

Department of Nuclear Medicine
University Hospital Cologne
Kerpener Str. 62, 50937 Köln

Bohlken, Jens, Dr. med. Dr. phil.

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Klosterstraße 34–35, 13581 Berlin

Breyer, Birgit, Dr. phil.

Unnaer Str. 15, 59457 Werl

Brunnauer, Alexander, Dr.

kbo-Inn-Salzach-Klinikum Wasserburg am Inn
Abteilungsleiter Neuropsychologie
Gabersee Haus 13, 83512 Wasserburg am Inn

Buschert, Verena, Dr.

kbo-Inn-Salzach-Klinikum
Neuropsychologie
Gabersee Haus 13, 83512 Wasserburg am Inn

Carl, Gunther, Dr. med.

Praxisgemeinschaft für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Friedenstraße 7, 97318 Kitzingen

Ceballos-Baumann, Andres, Prof. Dr.

Schön Klinik München Schwabing
Neurologie und Klinische Neurophysiologie
Parzivalplatz 4, 80804 München

Decker, Michael, Prof. Dr.

Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS)
Institut für Philosophie
Kaiserstraße 12, 76131 Karlsruhe

Dürrmann, Peter

Seniorenzentrum Holle GmbH
Marktstraße 7, 31188 Holle

Dzulko, Stefan

Context Akademie
Fronhofstr. 20, 40668 Meerbusch

Falkenstein, Michael, Prof. Dr.

Leibniz Institut für Arbeitsforschung
TU Dortmund (IfADo)
Ardeystr. 67, 44139 Dortmund

Fangerau, Heiner, Prof. Dr. med.

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Heinrich Heine Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Fellgiebel, Andreas, Univ.-Prof. Dr. med.

Psychiatrische Klinik,
Universität Mainz
Untere Zahlbacher Str. 8, 55131 Mainz

Fiedler, Ute, Dr. med.

LVR-Klinikum Essen
Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen
Wickenburgstr. 23, 45147 Essen

Fleiner, Tim

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

Frölich, Lutz, Prof. Dr. med.

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Abt. f. Gerontopsychiatrie
J 5, 68159 Mannheim

Gather, Jakob, Dr. med.

Ruhr-Universität Bochum
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin
Malakowturm - Markstr. 258a, 44799 Bochum

Gibis, Bernhard, Dr. med.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
Dezernat 2 »Versorgungsqualität und Sicherstellung«
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Goede, Valentin, PD Dr. med.

Klinik für Geriatrie
St. Marien-Hospital
Kuniberts kloster 11–13, 50668 Köln

Gutzmann, Hans, Prof. Dr. med.

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und
-psychotherapie e. V.
Postfach 1366, 51657 Wiehl

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

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

Häussermann, Peter, Dr. med.
LVR Klinik Köln
Abteilung für Gerontopsychiatrie
Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln

Heißel, Andreas, Dr.
Universität Potsdam
Sozial- u. Präventivmedizin, Sport- u. Gesundheitswissenschaften
Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam

Heßler, Johannes, M.Sc.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der TU München
Ismaninger Straße 22, 81675 München

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

Höft, Barbara, Dr. med.
Rhein. Kliniken
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf

Hönigs, Ursula
Hermann-Josef Altenheim
Schulring 8, 41812 Erkelenz

Hüll, Michael, Prof. Dr. med.
Zentrum für Psychiatrie
Abt. Geronto- und Neuropsychiatrie
Neubronnstr. 25, 79312 Emmendingen

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

Jessen, Frank, Prof. Dr.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Strasse 62, 50924 Köln

Junius, Sabine
Bildungsakademie für Gesundheits- und Sozialberufe des
Kreises Mettmann GmbH
Jubiläumsplatz 19, 40822 Mettmann

Kinzel, Karen
Seniorenzentrum Holle GmbH
Marktstraße 7, 31188 Holle

Koling, Elke
Institutsambulanz Gerontoneuropsychiatrie
Hardtstraße 47, 58644 Iserlohn

Kortus, Rainer
Über dem Weiher 8, 66386 St. Ingbert

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

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

Kunczik, Thomas, Dr.
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.
Postfach 1366, 51657 Wiehl

Kunz, Dieter, Dr. med.
PUK der Charité im SHK
Große Hamburger Str. 5–11, 10115 Berlin

Kunz, Miriam, Dr.
University of Groningen, Faculty of Medical Sciences General
Practice - Geriatrics – General Practice-Department
Antonius Deusinglaan 1, 713 AV Groningen, Niederlande

Kutschke, Andreas
Städtische Seniorenheime Krefeld gGmbH
De-Greif-Strasse 194, 47803 Krefeld

Lee-Barkey, Young Hee, Dr. med.
Herz- und Diabeteszentrum NRW
Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum
Georgstr. 11, 32545 Bad Oeynhausen

Lehfeld, Hartmut, Dr.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Gedächtnissprechstunde
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1, 0419 Nürnberg

Lukas, Albert, PD Dr. med.
Zentrum für Altersmedizin
Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg
Von-Hompesch-Straße 1, 53123 Bonn

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

Meisel, Christine, M. Sc. Psych.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Psychiatrische Institutsambulanz – Gedächtnissprechstunde
Klinikum Nürnberg
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1, 90419 Nürnberg

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

Menge, Til, Priv.-Doz. Dr. med.
Zentrum für Neurologie und Neuropsychiatrie (ZNN)
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf

Meyer-Rötz, Sinja H., Dr. rer. medic.
Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen

Michalowsky, Bernhard, Dr. rer. pol.
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
AG Translationale Versorgungsforschung
Friedrich-Loeffler-Straße 70, 17489 Greifswald

Nau, Roland, Prof. Dr.
Geriatrischen Zentrum
Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende
An der Lutter 24, 37075 Göttingen

Nelles, Gereon, Prof. Dr. med.
NeuroMed Campus
Werthmannstraße 1c, 50935 Köln

Noelle, Rüdiger, Diakon Prof. Dr.
Fachhochschule der Diakonie GmbH
Bethelweg 8, 33617 Bielefeld

Otte, Christian, Prof. Dr. med.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Campus Benjamin Franklin
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin

Perrar, Klaus Maria, Dr. med.
Uniklinik Köln
Zentrum für Palliativmedizin
Kerpener Str. 62, 50937 Köln

Peters, Oliver, PD Dr. med.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Campus Benjamin Franklin
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin

Petzold, Grit
Altenwohn- und Pflegeheim Haus Dänischer Wohld
Gildeweg 22, 24251 Osdorf

Pöschel, Klaus, Dr. rer. pol.
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, EvKB
Gerontopsychiatrie
Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld

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

Reuter, Verena, M. A.
Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./

Institut für Gerontologie an der TU Dortmund
Evinger Platz 13, 44339 Dortmund

Riepe, Matthias W., Prof. Dr. med. Dipl.-Phys.
Universität Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
Leitung Sektion Gerontopsychiatrie
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg

Roweda, Sarah
LVR-Klinik Köln
Abteilung für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
Wilhelm-Griesinger-Straße 23, 51109 Köln

Schäufele, Martina, Prof. Dr. med.
Fakultät für Sozialwesen
Hochschule Mannheim
Mannheim University of Applied Sciences
Paul-Wittsack-Str. 10, 68163 Mannheim

Schlauff, Eckehard, Dipl.-Gerontologe
Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH
Königin Elisabeth Herzberge
Herzbergstr. 79, 10365 Berlin

Schmidt-Zadel, Regina
Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW
Bergische Landstr. 2, 40629Düsseldorf

Schneider, Anja, Prof. Dr. med.
Klinik für Neurodegenerative Erkrankungen und Gerontopsychi-
atrie
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn

Schwärzler, Frank, Dr. med.
PP.r.t Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoso-
matik
Wörthstraße 52/1, 72764 Reutlingen

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

Stemmler, Mark, Prof. Dr., Diplom-Psychologe
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Institut für Psychologie
Nägelsbachstr. 49c, 91052 Erlangen

Supprian, Tillmann, Prof. Dr. med.
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Abteilung Gerontopsychiatrie
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf

Thomas, Christine, PD Dr. med.
Zentrum für Seelische Gesundheit
Bürgerhospital
Klinikum Stuttgart
Tunzhofer Str. 14-16, 70191Stuttgart

Thyrian, Rene, PD Dr.
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
AG Interventionelle Versorgungsforschung
Ellernholzstr. 1–2, 17487 Greifswald

Töpfer, Max, Dr.
Evangelisches Klinikum Bethel
Remterweg 69–71, 33617 Bielefeld

Trapp, Wolfgang, Dr., Diplom-Psychologe
Sozialstiftung Bamberg
Klinikum am Michelsberg
St.-Getreu-Str. 18, 96049 Bamberg

Trost, Sarah M., Dr. med.
Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen

Valerius, Gabriele, Dr. Dipl.-Psych.
Klinikum Christophsbad
Faurndauer Str. 6–28, 3035 Göppingen

Verhülsdonk, Sandra, Dr. rer. nat., Gerontologin
LVR-Klinikum-Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Institutsambulanz Gerontopsychiatrie
Moorenstr. 5, Gebäude 14.99, 40225 Düsseldorf

Volmar, Benjamin
Klinikum Gütersloh
Reckenbergerstr. 19, 33332 Gütersloh

von Gratkowski, Joachim, Dr.
Rellinghauser Str. 173, 45128 Essen

Walther, Christian
Marburg

Weidekamp-Maicher, Manuela, Prof. Dr.
Hochschule Düsseldorf
Fachbereich Sozial- & Kulturwissenschaften
Münsterstr. 156, 40476 Düsseldorf

Wichelhaus, Emmy, MSc.
St. Alexius-/St. Josef - Krankenhaus
Gerontopsychiatrie
Nordkanalallee 99, 41464 Neuss

Wiltfang, Jens, Prof. Dr. med.
Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen

Wolter, Dirk K., Dr. med.
Psykiatrien i Region Syddanmark / Gerontopsykiatrisk afdeling
Haderslev
Skallbeakvej 5, 6100 Haderslev, Dänemark

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Geschäftsstelle:

Postfach 1366, 51675 Wiehl

Tel.: 02262 797 683

Fax: 02262 999 99 16

E-Mail: GS@dggpp.de

Verlag

Hippocampus Verlag e. K.

Postfach 13 68, D-53583 Bad Honnef

Tel.: 02224.919480, fax: 02224.919482

E-Mail: verlag@hippocampus.de

www.hippocampus.de

Herstellung

Satz und Layout: Bettina Wilsbergg

Titelfoto: Elke Brochhagen, Stadt Essen

Druck: Häuser KG, Köln

Allgemeine Hinweise

Die Broschüre 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.

© 2017 DGGPP



Maria-Dorothea Heidler

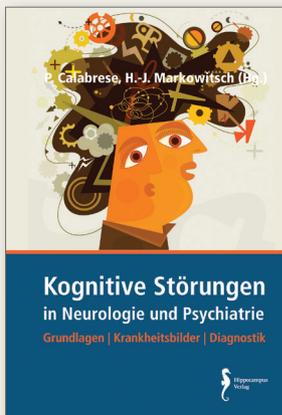
DAS ARBEITSGEDÄCHTNIS

Ein Überblick für Sprachtherapeuten,
Linguisten und Pädagogen

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

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

Bestellung im Buchhandel oder unter www.hippocampus.de



P. Calabrese, H. Markowitsch (Hg.)

Kognitive Störungen in Neurologie und Psychiatrie

Grundlagen | Krankheitsbilder | Diagnostik

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

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

Bestellung im Buchhandel oder unter www.hippocampus.de



