

XIV. KONGRESS

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



Gerontopsychiatrie 2019 –
mit Kompetenz die Versorgung
für die nächste Dekade sichern

Essen, 15. – 17. Mai 2019

Wissenschaftliches Programm

Abstracts der Vorträge und Poster



DGGPP-Qualitätssiegel

»Demenzsensible Einrichtung«



Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, brauchen eine ganz individuelle und kompetente Pflege und Betreuung.

Die meisten Demenzkranken werden noch zu Hause betreut, aber immer mehr Demenzkranke benötigen einen Platz in einer Einrichtung.

Der Umgang mit demenzkranken Menschen erfordert ein hohes Maß an Empfindsamkeit und Respekt dem Erkrankten und seiner Biographie gegenüber sowie Fachwissen um die Erkrankung. Diese Mischung ermöglicht ein demenzsensibles Verhalten und entsprechende Angebote in Einrichtungen.

Es gibt inzwischen eine ganze Reihe von »demenzsensiblen Einrichtungen«, die eine sehr gute Arbeit leisten – doch wie kann man sie finden?

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.

Viele ihrer Mitglieder sind in lokalen Versorgungsstrukturen engagiert, haben Selbsthilfegruppen mitgegründet und betreuen Alten- und Pflegeheime als Ärzte.

Vor diesem Hintergrund wurde das DGGPP Qualitätssiegel »Demenzsensible Einrichtung« zusammen mit der Selbsthilfe, dem Berufsverband und Trägern von Einrichtungen entwickelt, um einen nachhaltigen Impuls in die Versorgung von Demenzkranken zu geben. Anders als die Prüfungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (Pflege-TÜV) kann dieses Siegel freiwillig beantragt werden.

Es soll die Einrichtungen in ihrer Entwicklung unterstützen und Angehörigen bei ihren Entscheidungen bei der Wahl eines geeigneten Heimes helfen.

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.

Mehr Informationen: www.siegel.dggpp.de

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der XIV. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. steht unter dem Motto: »Gerontopsychiatrie 2019 – mit Kompetenz die Versorgung für die nächste Dekade sichern« – ein zentrales Ziel der Fachgesellschaft auf allen Ebenen der Versorgung psychisch kranker Älterer. Der Kongress wendet sich an alle, die sich für eine Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Älterer einsetzen – auf ambulanter, klinischer, regionaler, wissenschaftlicher und nicht zuletzt politischer Ebene.

21 Symposien, 3 Plenarveranstaltungen, Posterpräsentationen, eingereichte Vorträge, Kurse der Deutschen Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. sowie Symposien von Unternehmen bieten Ihnen die Möglichkeit, sich umfassend über den aktuellen Wissensstand der Gerontopsychiatrie zu informieren:

- Kognitives Training bei Demenz – wie wird's gemacht?
- Depression bei Älteren – neue und altbewährte Therapieansätze
- Der kognitiv eingeschränkte Patient in der Geriatrie
- Forschungsstand zur Demenzprävention
- Kreativ-therapeutischer Zugang zu Menschen mit Demenz
- Besondere Aspekte von Posttraumatischen Belastungsstörungen im Alter
- Fahreignung im Alter
- Gerontopsychiatrie mit offenen Türen – eine 10-jährige Erfahrung
- Suchtprobleme im Alter
- Demenzsensibles Krankenhaus
- Ärztliche Versorgung von Heimen
- Psych VVG: Aktueller Stand der Vergütungs- und Personal-Diskussion.

Ein gemeinsames, ergebnisoffenes Brainstorming ohne Denkverbote zum Thema »Der Gerontopsychiater braucht den Hausarzt – aber braucht der Hausarzt auch den Gerontopsychiater?« soll anregen, über das Verhältnis zwischen beiden nachzudenken.

Die Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen auf allen Ebenen wird immer wieder deutlich. In der Versorgungsforschung konnten in Deutschland in den letzten Jahren viele gesicherte Erkenntnisse zu Versorgungslücken und Interventionsmöglichkeiten für demenzkranke Patienten gezeigt werden. In kleinen Teilen werden solche Erkenntnisse im Rahmen des Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses in Studien überprüft und lokal implementiert. Es ist aber für die Versorgung entscheidend, diese Erkenntnisse auch bundesweit umzusetzen. Sowohl für die ambulante Versorgung als auch die Situation in der stationären Altenhilfe gilt: Kostenträger, Versorger



und die Politik müssen verstehen, dass für eine Verbesserung der Versorgung mehr geschultes Personal erforderlich ist. Gemäß dem Kongressmotto nimmt der FOPPAM-Preis diesmal nachhaltig angelegte multiprofessionelle Versorgungs- oder Lehrkonzepte für die zukünftige Versorgung von Menschen mit Demenz und anderen alterspsychiatrischen Erkrankungen sowie deren Angehörige in den Blick. Zentral für das Gelingen einer breiten zugleich spezifischen und hochwertigen gerontopsychiatrischen Versorgung sind in den Regionen Versorgungseinrichtungen, (Demenz)netzwerke, Versorgungsverbünde, aber auch Verbundprojekte oder Initiativen, die sich zur Aufgabe gemacht haben, die Begleitung, Unterstützung, Betreuung, Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz oder anderen alterspsychiatrischen Erkrankungen sowie deren Angehörige durch Maßnahmen zu Schulung und Kompetenzförderung zur Verbesserung der Versorgung nachhaltig zu entwickeln.

Auch die gemeinsame Tagung der österreichischen, schweizerischen und deutschen Gerontopsychiater unter dem Titel »Der Todeswunsch alter Menschen im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge« am Eröffnungstag ist ein brandaktuelles Thema, das den Gerontopsychiatern der drei Länder sehr am Herzen liegt. Hausärzte und Psychiater, aber auch Psychologen, Pflegefachpersonen und Leitungen in Alters- und Pflegeheimen sind fachlich, juristisch und ethisch gefordert, mit diesen Themen umzugehen.

Wir freuen uns auf aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse und Konzepte, angeregte Diskussionen und viele alte und neue Kontakte.

Herzlich Willkommen in Essen!
Ihr

Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Rapp
Kongresspräsident 2019

Wissenschaftliches Programm

Mittwoch, den 15. Mai 2019

18.00 – 19.30 **Eröffnung**
FOPPAM-Preisverleihung und Get Together

Donnerstag, den 16. Mai 2019

08.30 – 09.15 **Plenum 1**
Die gerontopsychiatrische Versorgung für die neue Dekade sichern
Michael Rapp, Potsdam

09.15 – 09.30 Pause

09.30 – 11.00 **1/1: Fahreignung im Alter allgemein, bei kognitiven Einschränkungen und unter Psychopharmaka**

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

Die Entwicklung verkehrssicherheitsrelevanter Personenmerkmale im höheren Lebensalter – Eine Längsschnittstudie (DoBoLSiS)
Melanie Karthaus, Dortmund

Zusammenhänge zwischen Vermeidungsverhalten und praktischen Fahrfähigkeiten bei älteren Verkehrsteilnehmern
Philipp Schulz, Bielefeld

Fahreignung bei unterschiedlichen Demenzsyndromen
Max Töpper, Bielefeld

Psychopharmaka und Fahrtüchtigkeit im Alter
Dirk K. Wolter, Bonn

2/1: Kognitives Training bei Demenz – wie wird's gemacht?

Stadienspezifische kognitive Intervention bei Demenz: praktische Umsetzung in einem ambulanten Angebot
Verena Buschert, München

Effekte eines multimodalen Trainings bei Patienten mit leichten kognitiven Störungen (MCI) oder leichter Alzheimer-Demenz
Claudia Dorn, Nürnberg

Touchscreen-basierte Übungen zur kognitiven Stimulation: Attraktivität, Erlernbarkeit und praktische Durchführbarkeit bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen
Wolfgang Trapp, Bamberg

3/1: Freie Vorträge

Identifikation von Polypharmazie-Risikopatienten
Jens Benninghoff, Haar

Besonderheiten Bipolarer Störungen im Alter
Jens Benninghoff, Haar

Kann eine Ganganalyse zur Differentialdiagnose zwischen Depression und kognitiver Beeinträchtigung beitragen?
Florian Metzger, Haina

Lebensältere Straftäter im deutschen Strafvollzug – erste empirische Ergebnisse im internationalen Vergleich
Sandra Verhülsdonk, Düsseldorf

Psych-VVG: Aktueller Stand der Vergütungs- und Personal-Diskussion

11.00 – 11.15 Pause

11.15 – 12.45

1/2: Depression bei Älteren – neue und altbewährte Therapieansätze**Depression im Alter: Epidemiologie und Versorgungsbedarfe – Ergebnisse großer deutscher Alterskohorten**

Melanie Lippa, Leipzig

Individualisierte körperliche Aktivierung bei Altersdepression – Biofeedback und Goalsetting

Ricarda Baake, Mainz

Elektrokonvulsionstherapie (EKT) bei Altersdepression

Michael Guhra, Bielefeld

Collaborative Care Modelle zur Behandlung der Altersdepression

Michael Hüll, Emmendingen

2/2: Der kognitiv eingeschränkte Patient in der Geriatrie**Mangelernährung bei Demenz**

Ralf Schaefer, Bergisch Gladbach

Demenz und Delir

Richard Dodel, Essen

Schlaf bei kognitiven Störungen

Helmut Frohnhofen, Essen

Schluckstörungen bei kognitiver Einschränkung

N.N.

Polypharmazie und Kognition

Hanke Frank, Köln

3/2: Demenzprävention**Medizinische Interventionen zur Demenzprävention**

Georg Adler, Mannheim

Lifestyle-Interventionen zur Demenzprävention

Francisca Rodríguez, Leipzig

Körperliche Trainings zur Demenzprävention

Michael Rapp, Potsdam

Kognitive Trainings zur Demenzprävention

Agnies Marczak, Mannheim

12.45 – 14.15

Mittagspause

Lunchsymposium Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG:**Verträglichkeit von Psychophytopharmaka – neue Daten****Angst, Unruhe, Schlafstörungen bei alten Menschen – Möglichkeiten der Psychophytopharmakatherapie**

Hans-Jürgen Möller, München

Kognitive Leistungseinbußen und Verhaltenssymptome nebenwirkungsarm behandeln

Andreas Rigas, Düsseldorf

14.15 – 14.55

Plenum 2**Ärztliches Handeln in einer/für eine Gesellschaft des langen Lebens mit begrenzten Ressourcen**

Bernd Zimmer, Wuppertal

14.55 – 15.00

Wechselpause

15.00 – 16.30

1/3: Kreativ-therapeutischer Zugang zu Menschen mit Demenz**Hinhören lohnt sich: Auditive Milieugestaltung in Senioreneinrichtungen**

Katharina Nowack, Bielefeld

»Auf den Hund gekommen?« – Einsatz von Hunden als Therapiebegleiter

Irmgard Paikert-Schmid, Kirchheim bei München

»Mach's mit Humor«: Herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz heiter begegnen

Rolf D. Hirsch, Bonn

2/3: Geriatric Psychiatry: some hot topics from a European perspective**The vision, work and achievement of EAGP**

Sujoy Mukherjee, UK-London

Frailty in Old Age Psychiatry

Richard Oude Voshaar, NL-Groningen

Emergencies in Old Age Psychiatry

Karin Sparring Björkstén, S-Huddinge

Balancing autonomy and vulnerability – decision making in dementia

Sujoy Mukherjee, UK-London

3/3: Freie Vorträge**Prävention im Quartier – Aufmerksam Sorge Stärken (PiQ-ASS)**

Ioanna Kapsimali, Düsseldorf

Die ambulante Versorgung schwer gerontopsychiatrisch erkrankter Patienten im Zuge der knapper werdenden Ressource Facharzt

Elke Koling, Iserlohn

DCSD – Dementia Care Sensitive Demands – Demenzversorgungs-sensitive Bedarfslagen

Klaus Pöschel, Bielefeld

Technikunterstützung bei Demenz zum Verbleib im privaten Haushalt

Sarah Palmdorf, Bielefeld

Menschen mit Demenz in der Gerontopsychiatrie: Komplexes Zusammenspiel aus medizinischen, pflegerischen und sozialen Faktoren

Stefan Spannhorst, Stuttgart

Brainstorming: »Der Gerontopsychiater braucht den Hausarzt – aber braucht der Hausarzt auch den Gerontopsychiater?«

Pause

1/4: Besondere Aspekte von Suchtproblemen im Alter**Benzodiazepinverordnungen aus der Perspektive der Krankenversicherung**

Frauke Repschläger, Düsseldorf

Substitutionsbehandlung von alt gewordenen Drogenabhängigen im Altenheim

Konrad Isernhagen, Köln

Benzodiazepine im Altenheim

Andreas Kutschke, Wegberg/Viersen

Machen Benzodiazepine dement?

Dirk K. Wolter, Bonn

2/4: Posttraumatische Belastungsstörungen im Alter**Trauma-Reaktivierung im Alter**

Gereon Heuft, Münster

PTBS und beginnende Demenz

Hans-Georg Nehen, Essen

Internet-basierte Psychotherapie bei PTBS im Alter: Integrative Testimonial Therapie (ITT)

Maria Böttche, Berlin

3/4: Gerontopsychiatrie mit offenen Türen – eine 10-jährige Erfahrung**»Offene oder geschlossene Stationstür in der Gerontopsychiatrie, welcher Nutzen oder Schäden geht mit ihr einher? Ein empirischer Näherungsversuch.«**

Michael Löhr, Gütersloh

Die Situation in der Gerontopsychiatrie vor dem Veränderungsprozess »Stationen mit offenen Türen«

Bernd Meißnest, Gütersloh

Der Weg ist das Ziel – Die Veränderungen von Stationsmilieu, therapeutischer Haltung und Behandlung

Michael Schulz, Gütersloh

Offene Stationen und ihre Hürden und Herausforderungen heute

Bernd Meißnest, Gütersloh

16.30 – 16.45

16.45 – 18.15

Freitag, den 17. Mai 2019

- 08.30 – 09.15 **Plenum 3**
Personenzentriert Sektorengrenzen überwinden
Ulrich Krüger, Bonn
- 09.15 – 09.30 Pause
- 09.30 – 11.00 **1/5: Forschungsstand zur Demenzfrüherkennung**
Früherkennung der Alzheimer-Demenz mit neuropsychologischen Methoden
Agnies Marczak, Mannheim
Selbstwahrnehmung als Hilfsmittel zur Früherkennung der Alzheimer-Demenz
Georg Adler, Mannheim
Bildgebende Verfahren zur Früherkennung der Alzheimer-Demenz
Timo Grimmer, München
Demenzprädiktion mit Bluttests: Möglichkeiten und ethische Implikationen
Frank Jessen, Köln
- 2/5: Das Delir: Ursachen verstehen, Risiken kennen, Betroffene Begleiten**
Aktueller Stand (klinische) Pathophysiologie des Delirs, Diagnostik und Therapie
Stefan Kreisel, Bielefeld
Auswirkung der systemischen Inflammation auf Altern und Neurodegeneration: Ein Überblick
Michael Heneka, Bonn
Anästhesiologisches Delirrisiko beim älteren vulnerablen Patienten: Eine multiprofessionelle Herausforderung
Mark Coburn, Aachen
Professionalität im Umgang mit Patienten mit Delir
Stefan Spannhorst, Stuttgart
- 3/5: Demenzsensibles Krankenhaus**
Das Krankenhaus der Regelversorgung lernt Demenz – Die Rolle gerontopsychiatrischer Behandlung und Betreuung im Allgemeinkrankenhaus
Eckehard Schlauß, Berlin
Das Modell Klinikum Gütersloh
Benjamin Volmar, Gütersloh
Das HuBerTDA-Projekt: Handeln im Hier und Jetzt – bereit zum Demenz- und Alterssensiblen Krankenhaus
Juliane Spank, Stuttgart
Kann das Gütesiegel auch im Krankenhaus greifen?
Beate Baumgarte, Gummersbach
- 11.00 – 11.15 Pause
- 11.15 – 12.45 **1/6: Therapiestudien zur Alzheimer-Demenz**
Antikörper gegen Beta-Amyloid zur Behandlung der Alzheimer-Krankheit
Timo Grimmer, München
Nicht-medikamentöse präventive Studien
Frank Jessen, Köln
Antikörper gegen Tau-Protein und andere Therapieprinzipien
Georg Adler, Mannheim
- 2/6: Schmerz – Psyche – Alter**
PAIC 15
Stefan Lautenbacher, Bamberg
S3-LL Schmerzassessment in der stationären Altenhilfe
Corinna Drebenstedt, Friesoythe
Psychologische Interventionen bei chronischen Schmerzen im Alter
Peter Mattenklodt, Erlangen

3/6: Ärztliche Versorgung von Heimen**Demenzsensibel ohne Ärzte? – Erfahrungen bei der Begutachtung von Heimen**

Beate Baumgarte, Gummersbach

Gesucht: Ärzte im Heim

Kaspar Pfister, Mössingen

Was brauchen Ärzte zur besseren Versorgung von Heimen?

Frank Bergmann, Düsseldorf

Telemedizin – ein Lösungsweg?

Michael Czaplik, Aachen

12.45 – 14.15

Mittagspause

Lunchsymposium BeneVit: Stambulant: Alle können gewinnen**Die Erfahrungen mit dem BeneVit-Konzept aus Sicht der DGGPP**

Beate Baumgarte, Gummersbach

Die Sektorengrenzen für das Wohl der Patienten überwinden

Dirk K. Wolter, Bonn

Stambulant aus Sicht der AOK-Baden-Württemberg

Britta March, Stuttgart

14.15 – 15.45

1/7: Ergebnisse des Nationalen Graduiertenkollegs Optimierungsstrategien bei Demenz – »OptiDem«**Vitamin B – Ein Ansatz zur Prävention kognitiver Beeinträchtigung?**

Annika Behrens, Erlangen

Technologie-basierte Interventionen für pflegende Angehörige von Personen mit Demenz: Ergebnisse einer Meta-Analyse

Friederike Deeken, Potsdam

Depression bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz – der Effekt telefonbasierter Interventionen

Chiara Vetter, Erlangen

Aromatherapie bei Demenzen – eine systematische Übersichtsarbeit

Carina Klocke, Tübingen

Massage & Co. bei Menschen mit Demenz – eine systematische Übersichtsarbeit mit Meta-Analyse

Felix Margenfeld, Tübingen

Effekte von Mind-Body Interventionen auf die Kognition älterer Menschen: Eine systematische Übersichtsarbeit

Anna Rezo, Potsdam

Effekte standardisierter Mehrkomponenten-Gruppeninterventionen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung – Ein systematisches Review

Dominik Özbe, Erlangen

2/7: Ist gerontopsychiatrische Versorgung von Patienten mit Demenz in der Facharztpraxis möglich?**Ist Richtlinien-therapie für Psychotherapie geeignet?**

Beate Baumgarte, Gummersbach

Möglichkeiten hypnotherapeutischer Elemente in der Psychotherapie älterer Menschen

Brigitte Grass-Kapanke, Mettmann

3/7: Die Weiterentwicklung des Altenpflegeberufes**Aktuelle politische Entwicklungen**

Bodo Keißner-Hesse, Wiehl

Das Berufsbild Altenpflege

Ursula Kriesten, Wiehl

Aktuelle rechtliche Situation

Sven Grotendiek, Wiehl

15.45

Ende des Kongresses

Abstracts

Vorträge

VITAMIN B – EIN ANSATZ ZUR PRÄVENTION KOGNITIVER BEEINTRÄCHTIGUNG?

Annika Behrens¹, Elmar Gräßel², Anna Pendergrass², Carolin Donath²

1 Universitätsklinikum Erlangen, Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung, Erlangen

2 Universitätsklinikum Erlangen

Zielsetzung/Fragestellung: Die Prävention von kognitiven Beeinträchtigungen ist ein wesentlicher, stetig an Bedeutung zunehmender Bestandteil der Demenzforschung. Der Stoffwechselmetabolit Homocystein stellt einen bekannten Risikofaktor für kognitive Degeneration dar und kann durch den Einsatz von B-Vitaminen gesenkt werden. Diese Arbeit untersucht in einem Systematischen Review und Meta-Analyse, ob die orale Nahrungsergänzung mit Vitamin B einen sinnvollen Ansatz zur Prävention kognitiver Beeinträchtigungen darstellen kann.

Materialien/Methoden: Diese systematische Übersichtsarbeit fasst 17 Studien zusammen, in denen kognitiv unbeeinträchtigte Probanden verschiedene B-Vitamine in Tablettenform zur Nahrungsergänzung bekamen und sich anschließend kognitiven Tests unterzogen. Wir verwendeten acht der eingeschlossenen Studien zusätzlich im Rahmen einer Meta-Analyse mit dem primären Outcome »Globale Kognition«. Alle anderen kognitiven Domänen, die in den eingeschlossenen Studien untersucht wurden, wurden als sekundäre Outcomes in unserem Systematischen Review analysiert.

Es handelte sich bei eingeschlossenen Artikeln um randomisiert-kontrollierte Studien. Das Risiko einer Verzerrung von Ergebnissen wurde in einer Studie als hoch, in allen anderen als niedrig bis moderat eingestuft. Die Ergebnisse wurden anhand von definierten Populationsgruppen analysiert: Fünf Studien wurden der Populationsgruppe »Gesunde« (ohne Risikofaktoren) zugeordnet, zwei Studien der Gruppe »Vitamin-B-Mangel«, drei der Gruppe »erhöhtes Homocystein« und sieben der Gruppe »andere Risikofaktoren«.

Ergebnisse: Insgesamt konnte in der Meta-Analyse kein signifikanter Effekt der Intervention auf die kognitive Leistungsfähigkeit nachgewiesen werden ($p=0,49$; ES: 0,00; 95% CI: -0,04, 0,03). Eine Sensitivitätsanalyse hinsichtlich der verschiedenen Risikofaktoren in den definierten Populationsgruppen beeinflusste dieses Ergebnis nicht. Einige Studien berichteten isolierte signifikante Effekte der Intervention hinsichtlich sekundärer Outcomes, während die Mehrheit allerdings keine signifikanten Ergebnisse erzielte. Ebenso zeigte eine zusätzliche Analyse vereinzelt signifikante Ergebnisse zugunsten der Placebogruppe. Diese isolierten Ergebnisse müssen kritisch hinterfragt und unter Umständen als zufällig interpretiert werden.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Insgesamt konnte in der Meta-Analyse kein signifikanter Effekt der Intervention auf die kognitive Leistungsfähigkeit nachgewiesen werden. Die berichteten signifikanten Ergebnisse einzelner Studien und Outcomes gilt es kritisch zu hinterfragen.

Alle in diesem Systematischen Review berichteten Ergebnisse beziehen sich nur auf die Wirkung von in Tablettenform oral eingenommenen B-Vitaminen und gelten nicht für Menschen, die bereits ein kognitives Defizit oder eine Demenz haben.

IDENTIFIKATION VON POLYPHARMAZIE-RISIKOPATIENTEN

Jens Benninghoff

Zentrum für Altersmedizin und Entwicklungsstörungen (ZfAE), kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Haar

Multimorbidität im Alter kann ein Grund zur intensivierten Pharmakotherapie sein. Gleichzeitig kann die Zunahme an Medikamenten unter Umständen die Multimorbidität verstärken, wenn man zu wenig um die Interaktionen der Wirkstoffe und deren Wechselwirkungen informiert ist. Ziel unserer Untersuchung war es, Patienten, die nach Einzelfallanalyse ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAWs) besitzen, mit Hilfe einer Software zu identifizieren. In der vorliegenden Studie wurde das potentielle Risiko durch inadäquate Medikation und Arzneimittelinteraktionen bei Bewohnern von Essener Alten- und Seniorenpflegeheimen untersucht, die durch die gerontopsychiatrische Ambulanz des LVR-Klinikums Essen/Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen betreut wurden. Das Arzneimittelinteraktionsrisiko wurde anhand einer »Clinical Decision Support Software (CDSS)«, dem aus der Schweiz stammenden Programm mediQ (Informationen unter www.mediQ.ch), untersucht. Mit mediQ wurden sämtliche Medikamente der Bewohner auf ihr Interaktionsrisiko hin analysiert und die Risikopatienten identifiziert und einer Einzelfallanalyse unterzogen.

BESONDERHEITEN BIPOLARER STÖRUNGEN IM ALTER

Jens Benninghoff

Zentrum für Altersmedizin und Entwicklungsstörungen (ZfAE), kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Haar

In Diagnostik und Behandlung bipolarer Patienten gibt es deutliche Unterschiede zwischen jungen und älteren Patienten. Da sich heute ungefähr ein Viertel der bipolaren Patienten im Senium befinden, ist es für den Kliniker vor dem Hintergrund des demographischen Wandels wichtig, sich mit diesem zunehmenden Feld auszukennen. In dieser Übersichtsarbeit werden wir zunächst die Diagnostik der bipolaren Störung im Alter vorstellen und deren Wechselwirkungen mit somatischen Komorbiditäten, die u.a. zum Auftreten von sekundären Manien führen können, um nur eine der Besonderheiten im Alter herauszustellen. Altersspezifische Unterschiede tragen darüber hinaus zu veränderten bzw. angepassten pharmakologischen Therapieschemata bei, die ebenfalls von jüngeren Patienten abweichen, wie auch nicht-medikamentöse Interventionen.

INTERNET-BASIERTE PSYCHOTHERAPIE BEI PTBS IM ALTER: INTEGRATIVE TESTIMONIAL THERAPIE (ITT)

Maria Böttche, Berlin

Die Wirksamkeit internet-basierter Therapien konnte vor allem für die Behandlung der PTBS bei Erwachsenen jungen und mittleren Alters nachgewiesen werden. Doch besonders für den Kontext der Gerontopsychotherapie bietet sich die Integration neuer Medien ebenso an, da bekannte Hürden für eine Inanspruchnahme von Therapie bei älteren Menschen überwunden werden können. Die ITT ist eine internet-basierte kognitiv-behaviorale Schreibtherapie, in der es um eine raumzeitliche Verortung des Traumas sowie um die Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen geht. Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Studie mit ehemaligen Kindern des II. Weltkrieges weisen auf eine Wirksamkeit hinsichtlich der Reduktion der PTBS und einer Erhöhung der Lebensqualität hin.

STADIENSPEZIFISCHE KOGNITIVE INTERVENTION BEI DEMENZ: PRAKTISCHE UMSETZUNG IN EINEM AMBULANTEN ANGEBOT

Verena Buschert¹, Jens Benninghoff²

¹ kbo-Isar-Amper-Klinikum, Memory-Zentrum, Zentrum für Altersmedizin und Entwicklungsstörungen, Haar

² LVR-Klinikum Essen, Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen, Essen

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. Bewährte Ansätze zur Behandlung kognitiver Einbußen im Rahmen neurologischer und psychischer Erkrankungen, z.B. kognitives Training, sind aber vor dem Hintergrund pathologischer kognitiver Abbauprozesses nicht einfach auf demenzielle Erkrankungen übertragbar.

Materialien/Methoden: Im Rahmen eines ambulanten Angebots kommen seit September 2018 stadienspezifische kognitive Behandlungsmaßnahmen für Patienten in unterschiedlichen Stadien einer Demenz, die sich am kognitiven und psychosozialen Funktionsniveau der Betroffenen orientieren, zum Einsatz.

Ergebnisse: Die Autorin erläutert wissenschaftliche Grundlagen, Wirksamkeit, Anwendung und Durchführung der manualisierten Gruppentherapien und stellt das ambulante Behandlungskonzept des Memory-Zentrums am Zentrum für Altersmedizin und Entwicklungsstörungen des Isar-Amper-Klinikums München-Ost vor.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Stadienspezifische Behandlungsmaßnahmen, die in manualisierter Form verfügbar sind, sind im Rahmen eines komplexen ambulanten Angebots in einer spezialisierten Einrichtung gut durchführbar. Sie können einen wichtigen Beitrag bei der Behandlung kognitiver Einbußen im Rahmen demenzieller Erkrankungen und in der Versorgung älterer Menschen leisten.

TELEMEDIZIN – EIN LÖSUNGSWEG?

Michael Czaplik

Docs in Clouds GmbH, Aachen

Laut Hochrechnungen der Bundesärztekammer wird bis 2020 die Zahl der Hausärzte um 13,3 % sinken, was vor allem für den ländlichen Raum ein zunehmendes Defizit in der allgemeinmedizinischen Versorgung bedeutet. Dieser Trend steht in einem gravierenden Widerspruch zum steigenden Bedarf; bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der 65-jährigen und Älteren in Deutschland 22 Millionen erreichen und somit um mehr 30 % zunehmen. Bereits heute ist Deutschland weltweit eines der Länder mit dem höchsten Durchschnittsalter.

Der steigende Bedarf in der Hausarztversorgung führt nicht nur zu einer enormen finanziellen Mehrbelastung des Gesundheitssystems, sondern auch zu einem drohenden Versorgungsmangel. Immobile, zu Hause gepflegte oder im Alten- oder Pflegeheim lebende Menschen können nicht mehr regelmäßig durch den Hausarzt besucht werden. Hausbesuche generieren, mitunter aufgrund der Wegezeiten, verhältnismäßig viel Aufwand. Zur gleichen Zeit sehen sich Hausärzte konfrontiert mit stets überfüllten Wartezimmern. Ärzte im ländlichen Raum betreuen 50 bis 130 Prozent mehr Einwohner als ihre Kollegen in Großstädten.

Einen vielversprechenden Ansatz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung bietet die Telemedizin, die sich bereits im Rettungsdienst in Form des »Telenotarztes« bewährt hat.

Die Telekonsultation hat auch in vielen Bereichen der modernen Medizin bereits einen festen Stellenwert. Sie gewährleistet eine räum-

lich unabhängige Verfügbarkeit ärztlicher Fachkompetenz und stellt eine sichere Behandlungsmöglichkeit für den Patienten dar. Dadurch können nicht nur Personalkapazitäten effektiver genutzt werden, sondern auch eine ganzheitliche Patientenversorgung gewährleistet werden. Studien zum Telenotarzt haben zudem gezeigt, dass auch viele Notfälle ohne direkte Präsenz eines Arztes behandelbar sind.

Im Rahmen der Televisite kann zusammen mit dem Tele-Hausarzt der passende Behandlungsplan für diese Risikopatienten erarbeitet und ggf. angepasst werden. Die Televisite gewährleistet eine frühzeitige Erkennung und Behandlung gefährdender Veränderungen des Gesundheitszustandes und damit die Vermeidung von Akutsituationen, die durch Personalengpässe weiter begünstigt werden.

Die Docs in Clouds GmbH entwickelt und betreibt verschiedene, auf die individuellen Bedürfnisse der verschiedenen Kunden angepasste Telemedizin-Lösungen und unterstützt bei der Integration der Systeme in die bisherigen Arbeitsabläufe und dem damit verbundenen Change-Management. In verschiedenen Projekten wurde und wird das »TeleDoc-System« als mobiler, »medizinischer Rollständer« und als portable Tablet-PC- bzw. Notebook-Lösung bereits erfolgreich eingesetzt. Neben einem Videokonferenzsystem werden auch verschiedene Medizingeräte eingebunden, die eine valide und sichere Diagnosestellung durch den Telearzt möglich und verlässlich machen.

TECHNOLOGIE-BASIERTE INTERVENTIONEN FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE VON PERSONEN MIT DEMENZ: ERGEBNISSE EINER META-ANALYSE

Friederike Deeken, Anna Rezo, Michael A. Rapp

Sozial- und Präventivmedizin, Universität Potsdam

Zielsetzung/Fragestellung: Die Pflege einer Person mit Demenz kann mit einer Reihe von körperlichen sowie psychischen Belastungen für den pflegenden Angehörigen in Verbindung gebracht werden. Wirksame, kosteneffiziente und leicht zugängliche Versorgungsangebote zur Unterstützung und Entlastung der Angehörigen werden vor dem Hintergrund der steigenden Prävalenz dementieller Erkrankungen dringend benötigt.

Ziel der vorliegenden Meta-Analyse ist die Evaluation der Effektivität von technologiebasierten Interventionen für pflegende Angehörige von Personen mit Demenz in Bezug auf die Zielkriterien Depression und Belastung.

Materialien/Methoden: Die Meta-Analyse wurde nach den PRISMA Richtlinien erstellt. In die systematische Literaturrecherche wurden drei Datenbanken (PsycINFO, PubMed und Cochrane) einbezogen. Zur Analyse der Daten wurde das Software Programm RevMan 5.3 verwendet. Die Zielkriterien Depression und Belastung wurden in zwei separaten Meta-Analysen evaluiert. In Subgruppen-Analysen wurden Unterschiede zwischen der Form der Intervention (Telefon/Computer/kombinierte Intervention) untersucht. Die Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien erfolgte mit Hilfe des Cochrane »Risk of Bias Tools«.

Ergebnisse: Insgesamt konnten 33 relevante randomisiert kontrollierte Studien durch die systematische Literaturrecherche identifiziert werden. Die Meta-Analyse ergab sowohl für das Outcome Depression als auch für das Outcome Belastung einen kleinen, jedoch signifikanten Effekt für die technologiebasierten Interventionen gegenüber der Kontrollgruppe. In der Subgruppe der kombinierten Interventionen zeigten sich die stärksten Effekte.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Meta-Analyse konnte zeigen, dass technologiebasierte Interventionen sowohl zur Reduktion der depressiven Symptomatik als auch zur Entlastung von pflegenden Angehörigen beitragen können.

Technologiebasierte Unterstützungsangebote zeichnen sich durch eine hohe zeitliche Flexibilität, einen vereinfachten Zugang und

geringe Kosten aus und bieten somit eine vielversprechende Alternative zu herkömmlichen Versorgungsangeboten.

Aufgrund der heterogenen Studienlage werden weitere qualitativ hochwertige Studien benötigt, um generalisierbare Aussagen treffen zu können.

EFFEKTE EINES MULTIMODALEN TRAININGS BEI PATIENTEN MIT LEICHTEN KOGNITIVEN STÖRUNGEN (MCI) ODER LEICHTER ALZHEIMER-DEMENZ

Claudia Dorn, Hartmut Lehfeld

Klinikum Nürnberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität

Demenzerkrankungen zählen zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter und stellen den Erkrankten wie dessen Angehörige vor große Herausforderungen. Aufgrund des zumeist progredienten Verlaufs spielen für die Betroffenen wie die versorgenden Angehörigen Interventionen eine große Rolle, die kognitiven Status, Stimmung und Verhalten sowie die Lebensqualität aller Betroffenen positiv zu beeinflussen vermögen. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass kognitive Trainingsmaßnahmen auch bei bereits diagnostizierter leichter bis mittelgradiger Alzheimer-Demenz sowie im Vorstadium der Demenz, der leichten kognitiven Störung im Sinne des MCI (mild cognitive impairment), positive Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten haben.

Im Rahmen einer kontrollgruppenkontrollierten Prä-Post-Studie wurde in der Gedächtnissprechstunde Nürnberg untersucht, inwieweit ein einmal wöchentlich stattfindendes multimodales Trainingsprogramm über einen Zeitraum von zehn bis zwölf Wochen zur Stabilisierung oder gar Verbesserung der kognitiven Funktionen bzw. Stimmungslage beiträgt. Die Interventionsgruppe bestand aus 37 Personen mit MCI und 44 Personen mit leichter Alzheimer-Demenz. Die Kontrollgruppe setzte sich aus 43 Patienten mit MCI und 48 Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz zusammen, die kein Training absolvierten. Als Untersuchungsinstrumente dienten der Mini Mental-Status Test (MMST) zur Überprüfung des allgemeinen kognitiven Status und der Orientierungsfähigkeit, der SKT zur Messung der Gedächtnis- und der Aufmerksamkeitsleistung, die Aufgabe 1 der CERAD-Testbatterie zur Kontrolle der Wortflüssigkeit und die Kurzform der Geriatric Depression Scale (GDS-K) zur Einschätzung der Stimmungslage.

Die Analyse der Prä- und Post-Testergebnisse zeigte, dass das multimodale Training bei Personen mit MCI neben einer signifikanten Verbesserung der allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit auch eine Stabilisierung von Aufmerksamkeit und exekutiven Fähigkeiten unterstützt. Bei Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz war durch die multimodale Intervention insbesondere ein verzögerter Abbau des allgemeinen kognitiven Funktionsniveaus und der Gedächtnisleistung zu verzeichnen. Hinsichtlich der Stimmungslage zeigte sich im Prä-/Post-Vergleich bei den Personen mit MCI und Alzheimer-Demenz eine Stabilisierung.

S3-LL SCHMERZASSESSMENT IN DER STATIONÄREN ALTENHILFE

Corinna Drebenstedt

Klinik für Geriatrie, St. Marienhospital Friesoythe gemeinnützige GmbH, Friesoythe

Bis zu 80 % der Heimbewohner leiden unter Schmerzen. Ebenso gibt es häufig kognitive Einschränkungen, so dass die Schmerzeinschätzung nicht immer einfach ist. Bisher gab es im deutschsprachigen Raum keine klinische Leitlinie, die das Schmerzassessment in dieser Patientengruppe der Heimbewohner analysiert und beschreibt.

Seit Ende 2017 ist die S3-Leitlinie »Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe« auf der AWMF-Seite veröffentlicht.

Diese Leitlinie soll Ärzten, Pflegerinnen, Therapeutinnen und Angehörigen die Möglichkeiten und Grenzen der Schmerzerfassung aufzeigen und die praktische Umsetzung erleichtern.

Der Vortrag wird in Kurzform die wichtigsten Empfehlungen vorstellen.

BILDGEBENDE VERFAHREN ZUR FRÜHERKENNUNG DER ALZHEIMER-DEMENZ

Timo Grimmer

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für kognitive Störungen, Universitätsklinikum rechts der Isar der TU München

Moderne Bildgebungsverfahren mittels Positronen-Emissions-Tomographie (PET), die molekulare Veränderungen wie Beta-Amyloid oder Tau-Pathologie der Alzheimer Erkrankung sichtbar machen, ermöglichen eine ganz neue Perspektive auf das Zusammenwirken der Ursachen, die für die Alzheimer Erkrankung verantwortlich sind. 2012–2014 wurden drei Radiopharmaka für die Amyloid-PET zugelassen. Die Grundlage für die Verwendung der Amyloid-PET bilden mehrere nationale und internationale Leitlinien.

Gerade die innovative Tau-PET-Bildgebung ermöglicht es, neue Forschungsfragen und Gebiete zu erschließen, die ein genaueres Bild über den Krankheitsverlauf liefern könnten.

Im aktuellen Beitrag werden u. a. Indikationen, Kontraindikationen, praktische sowie finanzielle Aspekte des diagnostischen Verfahrens eingehend beleuchtet.

Die Amyloid-PET stellt bereits jetzt eine wertvolle Zusatzdiagnostik von kognitiven Störungen dar. Erkenntnisse über den Nutzen der Tau-PET Bildgebung bei klinischen Prüfungen ermöglichen diese innovative Methode in ihrer Anwendung zu evaluieren.

ANTIKÖRPER GEGEN BETA-AMYLOID ZUR BEHANDLUNG DER ALZHEIMER-KRANKHEIT

Timo Grimmer

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für kognitive Störungen, Universitätsklinikum rechts der Isar der TU München

Erstmals in der Geschichte der Behandlung der Alzheimer-Krankheit richten sich neue Behandlungsverfahren gegen die Pathophysiologie. Diese therapeutischen Ansätze zielen darauf ab, das Ungleichgewicht zwischen Produktion und Abbau von β -Amyloid günstig zu verändern oder die Ausbreitung der Tau-Pathologie zu verhindern.

Die zugrundeliegende Amyloid-Theorie, die bisher am besten untersuchte Hypothese zur Entstehung der Alzheimer-Krankheit, beschreibt ein Ungleichgewicht zwischen Produktion und Abbau des β -Amyloid (1-42) als ein frühes und ursächliches Ereignis im Krankheitsprozess. Während eine Überproduktion nur für einen geringen Teil der Erkrankten verantwortlich scheint, mehrten sich die Hinweise auf Beeinträchtigungen in der Amyloid-Clearance. Im Weiteren stoßen die β -Amyloid-Ablagerungen weitere pathologische Veränderungen wie die Hyperphosphorylierung von Tau, den Verlust von Synapsen und schließlich den Neuronen-Verlust an.

Am weitesten fortgeschritten in der klinischen Entwicklung sind passive Immunisierungen, bei denen die Betroffenen monoklonale Antikörper gegen β -Amyloid erhalten. Die Ergebnisse von klinischen Phase II und Phase III-Studien lassen hoffen, dass damit erstmals eine Verzögerung des Fortschreitens der Pathologie erreicht werden kann, sodass sich der Krankheitsverlauf der Patienten verlangsamt.

In den vergangenen Monaten wurden vielversprechende Therapiestudien gegen β -Amyloid vorzeitig gestoppt, weil sie nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer deutlichen Verlangsamung des Krankheitsprozesses innerhalb der Studiendauer geführt hätten.

In diesem Symposium werden sowohl die Ergebnisse bisheriger Studien, in denen die Effektstärken geringer als angenommen waren und daher eine Zulassung bisher nicht erreicht wurde, diskutiert, als auch die daraus gezogenen Lehren, die in den aktuell laufenden Studien berücksichtigt werden. Diese Ergebnisse geben Anlass zum Nachdenken über die Größe der Erwartungen an die Effektstärke eines einzelnen Therapieansatzes und über die Vereinfachungen bei der Betrachtung einer komplexen Pathophysiologie.

ELEKTROKONVULSIONSTHERAPIE (EKT) BEI ALTERSDEPRESSION

Michael Guhra

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

Die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) ist seit langem etabliert in der multimodalen Behandlung der Altersdepression. Dennoch wird sie oft erst sehr spät im Krankheitsverlauf indiziert. Die Studienlage spricht hingegen klar für den Einsatz der EKT im Sinne einer optima statt ultima ratio. In den letzten Jahren haben mehrere Studien die Wirksamkeit und gleichzeitig gute Verträglichkeit der EKT gerade im höheren Lebensalter noch einmal bestätigt, unter anderem die große PRIDE-Studie. Insbesondere konnte von verschiedenen Arbeitsgruppen gezeigt werden, dass keine dauerhaften kognitiven Störungen als Nebenwirkung der EKT bei älteren Patienten zu befürchten sind. Ein relativ neues Indikationsspektrum für die EKT stellen therapieresistente Erlebens- und Verhaltensstörungen bei Demenz dar. Deren Ätiopathogenese bleibt bei zumeist eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen oft unklar. Zum Teil sind affektive Störungen wahrscheinlich, sodass auch hier der antidepressive Effekt der EKT wirksam sein kann. Hierzu sind bislang Kasuistiken und kleine Fallserien publiziert.

TRAUMA-REAKTIVIERUNG IM ALTER

Gereon Heuft

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster

Das Phänomen einer Trauma-Reaktivierung im Alter ist erstmals von Heuft (zur Übersicht vgl. [1]) aufgrund der Beobachtungen bei Beginn des 1. Irak-Krieges 1990 beschrieben worden. Damals meldeten sich 60-Jährige und ältere Essener, die bis dahin ein symptomfreies Leben geführt hatten, in der Ambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie mit Ängsten wie: »Jetzt geht es wieder los!« Zur gleichen Zeit waren die Grundnahrungsmittel in großen Supermärkten durch sog. Hamsterkäufe ausgegangen. Systematische weitere Untersuchungen haben dann gezeigt, dass Menschen, die in der Jugendzeit oder in der jungen Erwachsenenzeit eine im engeren Sinne potenziell traumatische Situation erlitten haben (am besten wegen der Massenhaftigkeit in den Folgen des Zweiten Weltkrieges gezeigt), durch die zumindest subjektiv erlebte Lebensbedrohung in Folge des körperlichen Altersprozesses plötzlich die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder einer Somatisierungsstörung, die die schwere Belastungssituation symbolisieren kann (z.B. jetzige »Atemnot« nach damaligem Verschüttungsereignis), entwickeln. Es werden die Behandlungsmöglichkeiten mit insgesamt guter Prognose vorgestellt.

1. Heuft G. Psychodynamische Gerontopsychosomatik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2018

»MACH'S MIT HUMOR«: HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN BEI MENSCHEN MIT DEMENZ HEITER BEGEGNEN

Rolf D. Hirsch

Praxis, Bonn

Humor ist ein wichtiger Baustein im Gesamtbehandlungskonzept eines Menschen mit Demenz. Der Kranke lebt in Augenblicken. Komische und bizarre Äußerungen und Handlungen von ihm fordern Helfer und Angehörige heraus. Die Kunst des Perspektivenwechsels ist gefragt. Humor ist ein Zaubermittel in der Pflegebeziehung. Wer lacht, dämmt nicht vor sich hin! Menschen mit Demenz sollten wir nicht ständig nur wie »Pflegebedürftige« behandeln, sondern wie Menschen, die auch ein Menschenrecht auf Heiterkeit und Humor haben! Gemeinsame Heiterkeit verbindet!

COLLABORATIVE CARE MODELLE ZUR BEHANDLUNG DER ALTERSDEPRESSION

Michael Hüll

Klinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie, Emmendingen

Ältere Menschen mit einer Depression nehmen verstärkt Gesundheitsleistungen in Anspruch (Hausärzte, Orthopäden, Internisten), erhalten aber seltener als Jüngere depressionsspezifische psychosoziale bzw. psychotherapeutische Interventionen. Kooperative Versorgungsmodelle (collaborative care models) sind ein Ansatz, die Versorgung von Menschen mit Altersdepression zu verbessern. In diesen Modellen werden zentrale Berufsgruppen (Hausärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeuten, Pflegekräfte) koordiniert an der Versorgung beteiligt. Hinzu kommt als zentrales Element ein Care Manager (CM) mit den Aufgaben Koordination, Dokumentation der Entwicklung der Symptomatik und Herbeiführung von Entscheidungen für eine schrittweise Therapieausweitung (Stepped-Care, Clinical Pathway).

Ein hervorragend erprobtes Modell einer kooperativen Versorgung der Altersdepression ist das amerikanische IMPACT Programm (Improving Mood – Promoting Access to Collaborative Treatment, IMPACT, <http://aims.uw.edu/resource-library>). Das IMPACT-Modell wurde im Rahmen einer BMBF-geförderten Studie auf das deutsche Versorgungssystem angepasst. Dabei wurde die CM-Rolle von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen mit mehrjähriger Berufserfahrung übernommen. Der Begriff »Care Manager« wurde mit der Bezeichnung »Therapiebegleiter« ins Deutsche übertragen. Die Supervision der Therapiebegleiter wurde von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychologischen Psychotherapeuten übernommen. Die Erweiterung der hausärztlichen Versorgung durch einen Care Manager und einen Psychiater sowie die Ausrichtung der Behandlung an einem gestuften Vorgehen haben sich in GermanIMPACT, einer Studie mit 71 Hausärzten und 248 Patienten, bewährt [1].

Die Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem ist aufgrund der vorherrschenden Struktur aus Einzelpraxen erschwert. Die Rolle des Therapiebegleiters ist bezüglich seiner Grundausbildung, Kompetenzen und Refinanzierung zurzeit noch außerhalb von Studien schwer zu verorten. Hier könnten zukünftig größere Praxisgemeinschaften oder Krankenhausambulanzen eine Rolle spielen. Aufgrund der ausgeprägten Zersplitterung des deutschen Gesundheitssystems in Einzelakteure und Sektoren, die häufig bei der Patientenbehandlung zu wenig kooperativ und koordiniert vorgehen, liegt in einem solchen Ansatz ein besonders hohes Verbesserungspotential.

1. Hölzel et al. Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung: Eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie (GermanIMPACT). Dtsch Arztebl Int 2018; 115(44): 741–7

DER ALTERNDE OPIATABHÄNGIGE UNTER OPIOID-SUBSTITUTIONSTHERAPIE (OST)

Konrad Isernhagen

Gemeinschaftspraxis Götterring, Köln

Die Opioid-Substitutionstherapie hat sich mittlerweile zu einer Standardbehandlung der Opiatabhängigkeit entwickelt. Eine bedarfsgerechte Therapie dieses schweren und potentiell lebensbedrohlichen Krankheitsbildes ist durch die Diversifizierung der Substitutionsmittel (dl-Methadon, Levomethadon, retardiertes Morphin, Buprenorphin – als Sublingualtablette oder neuerdings als Depot-Injektion – und Diamorphin) möglich geworden. Ausdruck der Verbesserung der Therapieoptionen ist ein Rückgang der Drogensterblichkeit, eine optimierte Therapie der Suchtfolgerkrankungen und damit eine deutlich höhere Lebenserwartung der Opiatabhängigen. Im Jahr 2002 lag das Durchschnittsalter der Substitutionspatienten der Gemeinschaftspraxis Götterring bei 37,1 Jahren, stieg bis 2012 auf 45 Jahre und liegt aktuell bei 54,1 Jahren. Diese erfreuliche Entwicklung bedingt aber neue Herausforderungen für das Versorgungssystem, denn unsere Patienten werden nicht nur älter, sie sind teilweise mit >50 Jahren alt. Durch das jahrzehntelange Leben im Drogenmilieu altern Drogengebraucher schneller, die alterstypischen biologischen Veränderungen beobachtet man bei ihnen früher als an Nicht-Abhängigen [3]. Die Kumulation von Risikofaktoren und Komorbidität ist höher im Vergleich zur Altersgruppe [1]. Dies führt zusammen mit chronischen Suchtfolgerkrankungen wie COPD, Leberfunktionsstörungen durch Hepatitis C und/oder Alkohol sowie arteriellen oder venösen Gefäßerkrankungen zu vorzeitiger Hilfsbedürftigkeit. Ca. 60% der >50-Jährigen berichten über einen schlechten Gesundheitszustand [2]. Viele Patienten sind mit Mitte bis Ende 50 kaum noch in der Lage, selbstständig zu leben, der manchmal notwendige tägliche Weg zum substituierenden Arzt ist nur schwer zu bewältigen. Eine adäquate Versorgung ist in dieser Situation nur mithilfe ambulanter und immer öfter auch stationärer Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten. In der Vergangenheit ist dies an organisatorische und rechtliche Grenzen gestoßen, der Gesetzgeber hat der Entwicklung mit der Reform der Betäubungsmittelgesetzgebung Rechnung getragen und die Substitution durch ambulante Pflegedienste und die Einrichtungen der Altenhilfe erleichtert. Hieraus erwachsen neue Herausforderungen für die Suchtmedizin und für die Angehörigen der pflegenden Berufe, zumal der Gesetzgeber kritisch zu bewertende bürokratische Hürden für die Versorgung Drogenabhängiger durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Altenhilfe aufgebaut hat. Suchtspezifische Fortbildungen für diese Berufsgruppen sind notwendig, über das Setting der Versorgung sollte diskutiert werden (spezialisierte Einrichtungen versus allgemeine Senioreneinrichtungen) und der Umgang mit Drogenrückfällen in stationären Einrichtungen ist zu klären.

1. Hser et al. J Behav Med 2004; 27(6): 607–22

2. Rosen et al. Am J Geriatr Psychiatry 2008; 16(6): 488–97

3. Vogt I. 26. Kongress des Fachverbandes Sucht e. V., Heidelberg 2013

»PRÄVENTION IM QUARTIER – AUFMERKSAM SORGE STÄRKEN (PIQ-ASS) KRISEN- UND GEWALTPRÄVENTION BEI DER BETREUUNG DEMENZIELL ERKRANKTER MENSCHEN IN DER HÄUSLICHKEIT«

Ioanna Kapsimali, Sandra Verhülsdonk, Tillmann Supprian, Barbara Höft

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

Zielsetzung/Fragestellung: In Deutschland werden zwischen 70 und 80% der Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit versorgt. Die Betreuung und Begleitung über einen langen Zeitraum kann Pflegen- und Gepflegte an die Grenzen ihrer körperlichen und psychischen Belastbarkeit und ggf. zu Krisen- und Gewaltsituationen führen. Bis

heute liegen noch keine verlässlichen Zahlen über Gewalt gegenüber Menschen mit Demenz im familiären Bereich im bundesweiten Überblick vor. Internationale Studien berichten Prävalenzen zwischen 4–19%.

Um mögliche Krisen- und Gewaltsituationen bei der Versorgung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit früh zu erkennen und – in der Folge zu vermeiden, entstand im Demenznetz Düsseldorf das Modellprojekt »PiQ-ASS Aufmerksam Sorge Stärken – Krisen- und Gewaltprävention bei der Betreuung demenziell erkrankter Menschen in der Häuslichkeit«, gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, in Zusammenarbeit mit den Landespflegekassen NRW.

Materialien/Methoden: Das Projekt integriert verschiedene methodische Ansätze: Qualifizierung haupt- und ehrenamtlicher Mitarbeitenden des Demenznetzes, passgenaue Informationsangebote für Familien bzw. Begleiter der Menschen mit Demenz, Befragung von Angehörigen bzgl. Risikofaktoren für Krisen- und Gewaltsituationen. Eine intensiviertere Beratung, auch zugehend in Hausbesuchen, ist möglich.

Ergebnisse: Schulungsprogramm und -inhalte für die haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden im Projekt sowie die Informationsveranstaltungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen und Begleiter (Nutzer) werden dargestellt und diskutiert.

Die Befragungsergebnisse von 25 Nutzerpaaren (jeweils Mensch mit Demenz und eine Bezugsperson) werden präsentiert.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Vor dem Hintergrund ausgewählter Resultate der Nutzerbefragungen werden nächste Schritte für die Versorgung im Quartier abgeleitet.

DIE ENTWICKLUNG VERKEHRSSICHERHEITSRELEVANTER PERSONENMERKMALE IM HÖHEREN LEBENSALTER – EINE LÄNGSSCHNITTSTUDIE (DOBOLIS)

Melanie Karthaus¹, G. Rudinger², E. Wascher¹, S. Getzmann¹

¹ Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund (IfAdO), Dortmund

² uzb Bonn, Bonn

Mit fortschreitendem Alter verändern sich nicht nur sensorische und motorische Funktionen, sondern auch kognitive Funktionen, die für das Autofahren von größter Bedeutung sind. Beeinträchtigungen dieser Funktionen, aber auch Verschlechterungen des allgemeinen Gesundheitszustandes und Veränderungen im persönlichen Umfeld können die Fahrtüchtigkeit des Einzelnen erheblich beeinträchtigen und das Unfallrisiko erhöhen.

Querschnittstudien weisen darauf hin, dass vor allem der Altersbereich von 70 bis 75 Jahren als kritisch für die Fahrtüchtigkeit anzusehen ist. Um Aussagen über konkrete Veränderungen des Fahrverhaltens und der zugrundeliegenden sensorischen, motorischen und kognitiven Funktionen in diesem Altersbereich treffen zu können, ist eine längsschnittliche Betrachtung der einzelnen Personenmerkmale erforderlich.

In der von der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) finanzierten Längsschnittstudie DoBoLSiS werden etwa 400 ältere Autofahrer und Autofahrerinnen im Alter von 67 bis 76 Jahren über einen Zeitraum von fünf Jahren hinweg untersucht. An insgesamt vier Messzeitpunkten werden eine Vielzahl verkehrssicherheitsrelevanter Personenmerkmale erfasst. Hierbei kommen unter anderem Befragungen (zu individuellen Fahrgewohnheiten, Einstellungen, dem allgemeinen Gesundheitszustand usw.) sowie kognitive Leistungstests, Fahrten in einem Fahrsimulator und neurophysiologische Verfahren zum Einsatz.

Die daraus gewonnenen Daten sollen Aufschluss über den zeitlichen Verlauf verkehrssicherheitsrelevanter Personenmerkmale im höheren Lebensalter geben und mögliche Einfluss- und Risikofaktoren auf-

decken, die mit einer Beeinträchtigung der Fahreignung und damit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen. Diese Befunde sollen als Basis für die Entwicklung und Anwendung altersspezifischer Maßnahmen zum Erhalt und/oder der Verbesserung der Verkehrssicherheit von Senioren dienen.

AROMATHERAPIE BEI DEMENZEN – EINE SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEIT (PROJEKT IM RAHMEN DES NATIONALEN GRADUIERTENKOLLEGS OPTIDEM)

Carina Klocke, Felix Margenfeld, Stefanie Joos

Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen

Zielsetzung/Fragestellung: Eine Vielzahl verhaltensbezogener und psychologischer Symptome von Demenzen, wie z. B. Agitation, Depression oder Aggression, belasten das Wohlergehen von Personen mit Demenzen sowie ihrer Angehörigen neben dem Abbau kognitiver Fähigkeiten deutlich. Medikamentöse Maßnahmen zur Linderung dieser Symptome gehen dabei häufig mit Neben- und Wechselwirkungen einher. Komplementärmedizinische Interventionen wie die Aromatherapie gelten als neben- und wechselwirkungsarm. Die Aromatherapie ist dabei eine für nicht-medizinisch geschulte Angehörige oder Personen mit Demenz selbst wenig aufwendige und einfach handhabbare Methode. Die Zielsetzung dieser Studie, die im Rahmen des nationalen Graduiertenkollegs OPTIDEM entstanden ist, ist es, den aktuellen Forschungsstand zu erfassen und zu bewerten hinsichtlich der Frage: Kann die äußerliche Anwendung und/oder Inhalation von aus Pflanzen gewonnenen ätherischen Ölen (=Aromatherapie) Symptome von Patienten mit Demenzen lindern?

Materialien/Methoden: Im März/April 2017 wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE, Embase, PsycINFO, PSYINDEX und BIOSIS durchgeführt. Die Einschlusskriterien bei Sichtung der deutschen und englischen klinischen Studien waren: (P) Personen mit klinisch gesicherter Demenzdiagnose, (I) Aromatherapeutische Anwendung, inklusive Aroma-Massage, (C) kontrollierte und unkontrollierte Studien, (o) keine Festlegung auf bestimmte Outcome-Parameter.

Ergebnisse: Es konnten 1.070 Studien identifiziert werden; davon konnten unter Einhaltung der vorab festgelegten Einschlusskriterien 15 Studien mit Studienpopulationen von 15 bis 73 Personen mit Demenzen in die durchgeführte deskriptive Analyse eingeschlossen werden. Es zeigt sich, dass in den Studien vor allem ätherisches Lavendelöl für aromatherapeutische Interventionen bei Demenzen genutzt wird (n=13). Die Anwendung konzentriert sich dabei vor allem auf zwei verschiedene Arten: In 11 Studien wird das essentielle Öl über Hautkontakt angewandt und in davon 10 Studien zumindest kurz einmassiert. In 9 Studien erfolgt die Intervention ohne Körperkontakt, d.h. über Einatmung durch Raumbeduftung oder Duftsachets am Probanden. Die meisten Studien (n=13) erfassen die Agitation der Probanden als Outcome-Parameter, davon zehn Studien standardisiert. In 6 dieser 10 Studien können zumindest kurzfristige, klinisch relevante positive Effekte der Aromatherapie auf das agitierte Verhalten gezeigt werden; in den restlichen vier Studien zeigt sich keine Wirkung. Neben- und Wechselwirkungen werden in keiner der eingeschlossenen Studien berichtet. Insgesamt jedoch sind diese Ergebnisse durch geringe Fallzahlen und/oder methodische Schwächen limitiert.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Der Einsatz essentieller Aromaöle, insbesondere von Lavendel, kann sich positiv auf verhaltensbezogene und psychologische Symptome von Demenzen auswirken, vor allem bei Aufnahme über die Haut und in Form von Aromamassage. Die Studienlage ist jedoch nicht ausreichend, um zum jetzigen Zeitpunkt klare Empfehlungen zum Einsatz von Aromatherapie bei Demenzen

zu geben. Hierzu bedarf es weiterer, qualitativ hochwertiger Studien mit einheitlicheren Studiendesigns; insbesondere im Hinblick auf die genaue Interventionsart sowie die Abgrenzung der Wirkung verschiedener essentieller Öle.

DIE AMBULANTE VERSORGUNG SCHWER GERONTOPSYCHIATRISCH ERKRANKTER PATIENTEN IM ZUGE DER KNAPPER WERDENDEN RESSOURCE FACHARZT

Elke Koling^{1,2}, Melanie Schlüter¹, Volker Wippermann^{1,2}

¹ Gerontopsychiatrisches Zentrum, Iserlohn

² Gerontoneuropsychiatrie, LWL Klinik Hemer

Zielsetzung/Fragestellung: In der Annahme, dass wir im ländlichen Raum in absehbarer Zeit nicht mehr Fachärzte rekrutieren können, aber andererseits die von uns zu versorgenden Patienten, gerade gerontopsychiatrisch, zunehmen werden, haben wir im Herbst 2016 das Konzept »Ambulanz ohne Arzt«, wobei natürlich eher Ambulanz mit wenig Arzt gemeint war, entwickelt.

Ziel war und ist es, sämtliche nicht-ärztliche Tätigkeit an hierfür spezifische Berufsgruppen abzugeben, an die Medizinischen Fachangestellten, insbesondere was das Management der Alten- und Pflegeheimbewohner angeht, bzw. an die Psychologin, die Fachschwester und den Sozialarbeiter, was die Versorgung der alternenden Patienten der Präsenzüambulanz betrifft.

Materialien/Methoden: Die im Gerontopsychiatrischen Zentrum behandelten Patienten leiden an einer schweren oder chronischen psychischen Erkrankung und werden dort in einem multiprofessionellen Team aus verschiedenen Therapeutengruppen behandelt.

Die Arbeit in der Gerontopsychiatrischen PIA gliedert sich in zwei Schwerpunkte, zum einen Versorgung der Patienten und Patientinnen in den zum Teil recht weit entfernten Alten- und Pflegeeinrichtungen, hierbei handelt es sich um aufsuchende Tätigkeit, und zum anderen Versorgung der Patienten, die in unsere Präsenzüambulanz kommen.

Die Patienten, die in die Präsenzüambulanz kommen, werden in der Regel über ihren Hausarzt mit einem Behandlungsauftrag bzw. zur Abklärung von kognitiven Defiziten oder psychischen Auffälligkeiten in die gerontopsychiatrische Ambulanz überwiesen. Bei den Erkrankungsbildern handelt es sich häufig um untypische oder komplizierte Verläufe einer dementiellen Entwicklung und/oder um andere chronifizierte psychiatrische Erkrankungsbilder.

Ergebnisse: So ist es gelungen, mit weniger Fachärzten bei gleicher oder besserer Qualität eine Vielzahl (ca. 2.000) Patienten im ländlichen Raum bedarfsgerecht und in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu versorgen.

Insbesondere unsere Montags- oder Demenzsprechstunde erfreut sich dabei inzwischen hoher Popularität bei Patienten, Angehörigen, Hausärzten und Betreuern.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Es handelt sich gelungenes Beispiel multiprofessioneller Arbeit im ländlichen Raum zur Sicherstellung der Versorgung durch eine gerontopsychiatrische Institutsambulanz.

DAS BERUFSBILD ALTENPFLEGE

Ursula Kriesten

Deutscher Berufsverband für Altenpflege (DBVA) e.V., Wiehl

Kriesten nimmt Stellung zur aktuellen Pflegeberufereform und zitiert aus der Forschungsarbeit (MLU Halle, Wittenberg, Kriesten 2012–2015), die das politische Vorhaben, die Altenpflegeausbildung gemeinsam mit der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in eine generalistische Pflegeausbildung zu integrieren. Es wurden die Hypothesen der Befürworter und die Argumente der Gegner an

statistischen Verläufen und ihren Trendfortschreibungen überprüft und diskutiert. Kriesten untersuchte das Thema nicht nur curricular, sondern in historischer, alters- und partizipationsassoziierter, territorialer, berufsbildungstheoretischer, ökonomischer und systemisch-struktureller Perspektive. Dabei wurde eine prognostische ökonomische und soziale Gesetzesfolgenabschätzung vorgenommen.

Methoden: Es handelt sich um eine historisch-quellenkritische Literatur- und Dokumentenanalyse, die durch Ergebnisse aus leitfadengestützten Experteninterviews ergänzt wurde. Sie bilden die Grundlage von Trendfortschreibungen und Prognosen, mit denen die Erwartungen der politischen Akteure verglichen wurden unter Einschluss statistischer und betriebswirtschaftlicher Berechnungen.

Ergebnisse: Nach Überprüfung der Hypothesen kommt die Forschungsarbeit zu den Ergebnissen, dass eine generalistische Pflegeausbildung durch eine Umstellung von Ausbildungsinhalten und -strukturen eine verstärkte Hinwendung der Pflege zu medizinischen Verrichtungen bewirken, eine altersspezifische, soziale und sorgende Pflege in Generationentypik vernachlässigen und ein unklares Pflegeberufsprofil schaffen würde. Dies könnte nachhaltige Auswirkungen auf die Pflege alter Menschen und das Altenhilfe- und Sozialsystem haben.

BENZODIAZEPINE IM ALTENHEIM

Andreas Kutschke

Wegberg Wildenberg

Der Gebrauch von Benzodiazepinen im Altenheim ist nach wie vor hoch. Bis zu 30 % der älteren Menschen in der stationären Altenhilfe nehmen ein, manchmal auch zwei verschiedene Medikamente ein. Die Einnahme kann verschiedene pflegerische Probleme verursachen wie Schluckstörungen oder eine höhere Sturzgefahr. Außerdem kann es zu einer Abhängigkeit mit Entzugserscheinungen kommen. Regelmäßige Medikamentenüberprüfungen mit Ärztin/Arzt und Apothekerin/Apotheker, die genaue Beobachtung der Wirkung, Moderation zwischen verschiedenen Ärzten, verbessertes Wissen über Wirkung und Unerwünschte Wirkung können dazu beitragen die Dosis und damit verbunden die negativen Begleiterscheinungen zu reduzieren.

PAIC 15

Stefan Lautenbacher

Physiologische Psychologie, Universität Bamberg

Menschen mit Demenz verlieren im Verlauf der Erkrankung oft die Fähigkeit, über Schmerzen zu berichten. Dies führt dazu, dass Schmerzen oft übersehen und daher ungenügend behandelt werden. Wenn der Patient nicht mehr über Schmerzen berichten kann, stellt sich natürlich auch die Frage nach alternativen Schmerzerfassungsmethoden. Erfreulicherweise ist in den letzten 10 Jahren eine Vielzahl von Fremdbeurteilungsskalen für die Erfassung von Schmerzen bei Demenzpatienten entwickelt worden. In diesen Skalen werden Mimikreaktionen, nicht-sprachliche Lautäußerungen und Körperhaltung zur Erfassung von Schmerzen hergenommen. Allerdings sind diese Skalen oft noch unzureichend validiert. Es ist also fraglich, ob mit den vorhandenen Skalen wirklich Schmerzen bei Demenzpatienten valide und reliabel erfasst werden können.

Ein internationales Team von Ärzten, Pflegewissenschaftlern, Physiotherapeuten und Psychologen hat im Rahmen eines EU-geförderten Programms (COST Action TD 1005) eine Schmerzskala für Demenzkranke entwickelt: die Skala »Pain Assessment in Impaired Cognition« (PAIC 15). Hierbei wurden Beobachtungsskizzen von bereits vorhandenen Fremdbeurteilungsskalen herangezogen und in einer Vielzahl klinischer und experimenteller Studien in unterschiedlichen

Ländern untersucht, welche dieser Items tatsächlich valide Schmerzindikatoren sind.

Die hieraus entstandenen PAIC 15 Skala bildet insgesamt 15 Verhaltensweisen ab, mit jeweils fünf Verhaltensweisen zu Gesichtsausdruck, Körperbewegung und Lautäußerungen. Diese Skala und der methodische Entwicklungsprozess wird in dem Vortrag genauer beleuchtet. Zur besseren Anwendbarkeit der PAIC 15 Skala haben wir zudem ein E-Training entwickelt. Dieses Training richtet sich an Pflegepersonal, dauert 30–40 Minuten und ist kostenlos abrufbar (www.paic15.com).

OFFENE ODER GESCHLOSSENE STATIONSTÜR IN DER GERONTOPSYCHIATRIE, WELCHER NUTZEN ODER SCHÄDEN GEHT MIT IHR EINHER? EIN EMPIRISCHER NÄHERUNGSVERSUCH

Michael Löhr

Stabsgruppe für Klinikentwicklung und Forschung, LWL-Klinikum Gütersloh

Zielsetzung/Fragestellung: Das Konzept der offenen Tür wird schon länger national sowie international diskutiert. Viele Publikationen der letzten Zeit haben sich mit dieser Frage auseinandergesetzt. Bis heute gibt es keine eindeutigen Ergebnisse, ob ein offenes oder geschlossenes Setting Vorteile für die Patienten mit sich bringt. Auch wenn in jüngster Vergangenheit das Thema offene Tür insoweit Klarheit in den wissenschaftlichen Diskurs bringt, dass es so zu sein scheint, dass die offene Tür keinen Schaden für Nutzende mit sich bringt. In diesem Vortrag soll der Frage nachgegangen werden, welche Effekte der offenen Tür in der Gerontopsychiatrie in der Literatur beschrieben sind. Neben diesen Aspekten wird ebenfalls ein empirischer Näherungsversuch dargestellt, indem das Konzept der offenen Tür in der Gerontopsychiatrie über 10 Jahre in Gütersloh zahlenbasiert dargestellt wird.

Materialien/Methoden: Es wurde die aktuelle Literatur über wissenschaftliche Datenbanken ausgewertet. Auch wurden auf deskriptive Art die Effekte der offenen Tür auf die Patientinnen und Patienten in der Gerontopsychiatrie im LWL Klinikum Gütersloh ausgewertet.

Ergebnisse: Die Auswertungen sind noch in Bearbeitung und werden im Rahmen des Vortrages dargestellt.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Es zeigt sich, dass die offene Tür in der Akutpsychiatrie keine Nachteile für Patientinnen und Patienten mit sich bringt. Allerdings ist das Thema Offene Tür und Gerontopsychiatrie in aktuellen Studien unterrepräsentiert. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten sich auch mit dem Thema Gerontopsychiatrie auseinandersetzen.

DEPRESSION IM ALTER: EPIDEMIOLOGIE UND VERSORGUNGSBEDARFE – ERGEBNISSE GROSSER DEUTSCHER ALTERSKOHORTEN

Melanie Lupp, Janine Stein, Margrit Löbner, Steffi G. Riedel-Heller

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Depressionen im Alter gelten aufgrund der Häufigkeit ihres Auftretens und ihres Verlaufs als bevölkerungsmedizinisches Problem. Die Untersuchung von Risiko- und protektiven Faktoren bietet Ansatzpunkte für die Entwicklung präventiver Interventionen. Untersuchungen aus großen deutschen Kohortenstudien konnten zeigen, dass depressive Störungen bei 10 bis 14 % der Menschen im Alter von 75 Jahren und älter auftreten und ungefähr die Hälfte davon intermittierend (d.h. instabil oder chronisch) verläuft. Als Risikofaktoren wurden insbesondere funktionelle Beeinträchtigungen, die Qualität des sozialen Netzwerkes und leichte kognitive Störungen diskutiert. Die Versorgungssituation depressiver alter Menschen kann darüber

hinaus als optimierungsbedürftig eingeschätzt werden. Nicht nur sind die Versorgungskosten für depressive ältere Menschen deutlich erhöht; auch eine Reihe ungedeckter Bedarfe unter anderem für die Bereiche körperliche Gesundheit, Mobilität und soziale Kontakte wurden mit dem CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly) erfasst. Für eine optimierte Versorgung sind eine breite Aufklärung und Information sowie die gezielte Aus-, Fort- und Weiterbildung von Behandlern, ein individuelles bedarfsorientiertes Vorgehen mit niedrighwelligen Angeboten sowie eine Aktualisierung und Ergänzung des bisherigen therapeutischen Repertoires gefragt.

MASSAGE & CO. BEI MENSCHEN MIT DEMENZ – EINE SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEIT MIT META-ANALYSE (PROJEKT IM RAHMEN DES NATIONALEN GRADUIERTENKOLLEGSOPTIDEM)

Felix Margenfeld, Carina Klocke, Stefanie Joos

Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen

Zielsetzung/Fragestellung: Die momentan verfügbaren pharmakologischen Therapieansätze zur Demenzbehandlung sind durch niedrige Effektstärken und vielfältige unerwünschte Arzneimittelwirkungen limitiert. Zunehmend wird daher nicht-pharmakologischen Behandlungsstrategien wie Massage, die sich sowohl durch einfache Anwendbarkeit als auch durch nahezu Nebenwirkungsfreiheit auszeichnet, mehr Beachtung geschenkt. Die vorliegende systematische Übersichtsarbeit mit Meta-Analyse, die im Rahmen des nationalen Graduiertenkollegs OPTIDEM entstanden ist, hat zum Ziel, die Effekte manueller Interventionen wie Massage oder Akupressur auf die Ausprägung von Symptomen bei Menschen mit Demenz zu untersuchen.

Materialien/Methoden: Im März/April 2017 wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken EMBASE, Medline, PubMed, PsycINFO, BIOSIS, EBM, PSYINDEX, Osteopathic Research Web und OSTMED.DR durchgeführt. Einschlusskriterien waren: randomisiert-kontrolliertes Studiendesign (RCTs) bei Patienten mit Demenzdiagnose, manueller Kontakt in der Interventionsgruppe, kein physikalischer Kontakt zwischen Behandler und Behandeltem in der Kontrollgruppe, Erfassung von Verhaltens- und psychologischen Beschwerden, kognitiven Fähigkeiten oder depressiven Symptomen mittels validierter Messinstrumente. Im Rahmen der Meta-Analyse diente als Effektmaß bei unterschiedlichen Skalierungen der Messinstrumente die standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) mit einem 95% Konfidenzintervall und bei gleicher Skalierung die Mittelwertdifferenz (MD) mit einem 95% Konfidenzintervall. Es wurde das »random effects«-Modell angewandt.

Ergebnisse: 11 RCTs mit insgesamt 825 Demenzpatienten konnten für die qualitative Beurteilung herangezogen werden, wovon 9 in die quantitative Analyse einzug fanden. Es konnte sowohl für Agitiertheit und Aggression, erfasst durch das Cohen Mansfield Agitation Inventar, ein Benefit für manuelle Interventionen im Vergleich zur Kontrollgruppe (SMD = -0,56, 95% CI [-0,95, -0,17], $P = 0,005$), als auch für depressive Beschwerden, evaluiert mit der Cornell Scale of Depression in Dementia (MD = -6,14 [-8,66, -3,61], $P < 0,00001$), gezeigt werden. Keine signifikanten Effekte konnten für Verhaltens- und psychologische Beschwerden und für kognitive Fähigkeiten gezeigt werden. Sensitivitätsanalysen erbrachten einen zusätzlichen Effekt von Aromastoffen, jedoch keine Abhängigkeit von der Art der Massageintervention (z. B. Akupressur).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Meta-Analyse weist auf signifikante Effekte manueller Interventionen bei Agitiertheit, Aggression und depressiven Beschwerden bei Menschen mit Demenz hin. Auf Basis dieser Ergebnisse kann der Einsatz von Massage & Co. empfohlen werden. Bei einfacher Anwendbarkeit und Nebenwirkungsfreiheit sollten sowohl Gesundheitsfachkräfte wie auch pflegende Angehörige

ermutigt werden, manuelle Interventionen in die tägliche Routine zu integrieren. Möglicherweise kann so auch der Einsatz sedierender Medikamente mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen reduziert werden. Um exaktere Empfehlungen zu Art und Dauer der manuellen Interventionen geben zu können, bedarf es weiterer Studien.

Abstract Mattenklodt s. Nachtrag S. 33

DIE SITUATION IN DER GERONTOPSYCHIATRIE VOR DEM VERÄNDERUNGSPROZESS »STATIONEN MIT OFFENEN TÜREN«

Bernd Meißner

Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, LWL-Klinikum Gütersloh

Zielsetzung/Fragestellung: Bis weit in die 80er-Jahre waren »geschlossene« Stationen die Normalität, überall in der Psychiatrie, so auch in Gütersloh. Nur auserwählte Stationen konnten offen geführt werden. Anfang der 90er Jahre wurde das Thema »offene Stationen/offenes Klima/restriktionsarme und -freie Räume« auch zum Thema auf den Stationen, wo es angespannt war. Mit der Integration von Soterialelementen gelang es auf einzelnen Stationen mit der offenen Tür auch die Zwangsmaßnahmen zu reduzieren.

Die Gerontopsychiatrie war bei dieser Entwicklung außen vor. Geschlossene Stationen als Schutz vor dem »Weglaufen«, Fixierungen zur Vermeidung von Stürzen waren Normalität. Auch außerhalb der Klinik, in stationären Pflegeeinrichtungen fanden sich ähnliche Zustände. Erst als engagierte Richter kritisch hinsahen und unangenehme Fragen stellten entstand konzeptionelle Bewegung.

Materialien/Methoden: Gemeinsam, über alle Berufsgruppen hinweg erfolgte eine Analyse der Ist-Situation und die Formulierung der Zielsetzung. Hierzu gehörte die Erfassung von Zwangsmaßnahmen; die tägliche Dokumentation, warum die Tür geschlossen ist; die kritische Auseinandersetzung mit den Sorgen und Befürchtungen der Mitarbeiter; das Hinterfragen der Konzeptionen der einzelnen Stationen; Hospitationen in anderen Institutionen; Fort- und Weiterbildung.

Ergebnisse: Nach dieser Phase begann von der Klinikleitung getragen eine strukturierte Planung der Öffnung der einzelnen gerontopsychiatrischen Stationen.

Dies beinhaltete die Therapiekonzeption, die Milieugestaltung, die Mitarbeiterqualifizierung, das Raumkonzept. Schrittweise konnte dieser Prozess umgesetzt werden bis zur kompletten Öffnung aller Stationen im Jahr 2008.

OFFENE STATIONEN, IHRE HÜRDEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Bernd Meißner

Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, LWL-Klinikum Gütersloh

Zielsetzung/Fragestellung: Über 10 Jahre sind nun vergangen, seit 2008 die gerontopsychiatrischen Stationen der Klinik geöffnet wurden und bis heute offen sind. In diesen 10 Jahren gab es viele Veränderungen struktureller, therapeutischer und gesetzlicher Art. Auch das Patientenklimentel und das therapeutische Personal haben sich verändert.

Materialien/Methoden: Vertiefend wird dieser Veränderungsprozess dargestellt und wie speziell z. B. mit der Gesetzesnovellierung umgegangen wird, welche Rolle die nicht-medikamentösen Therapien spielen, welche Grenzsituationen auch heute bestehen. So sind es nicht nur die an Desorientierung leidenden Patienten, die die Konzeption herausfordern, sondern auch affektiv erkrankte Menschen. Es ist ein komplexes lernendes System, das sich bis zum heutigen Tage weiterentwickelt hat, orientiert an dem Ziel der »Gerontopsychiatrie mit offenen Türen«.

KANN EINE GANGANALYSE ZUR DIFFERENTIALDIAGNOSE ZWISCHEN DEPRESSION UND KOGNITIVER BEEINTRÄCHTIGUNG BEITRAGEN?

Florian Metzger^{1,5}, Ulrike Sünkel², Gerhard W. Eschweiler³, David Rosenbaum¹, Markus Hobert⁴, Walter Maetzler¹

1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Tübingen

2 Hertie-Institut für Hirnforschung, Universitätsklinikum Tübingen

3 Geriatriisches Zentrum, Universitätsklinikum Tübingen

4 Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

5 Vitos Haina

Zielsetzung/Fragestellung: Kognitive Beeinträchtigungen und depressive Symptome sind häufige Syndrome des höheren Lebensalters. Von welcher der beiden Grunderkrankungen die Symptome ausgehen oder ob eine Komorbidität vorliegt, ist schwierig zu entscheiden. Als Hilfestellung zur Differenzierung soll eine einfache Analyse von Gangparametern evaluiert werden.

Materialien/Methoden: Die Teilnehmer der TREND-Studie (Tübinger Evaluation von Risikofaktoren für die Erkennung von NeuroDegeneration; www.TREND-studie.de) wurden intensiv mit klinischen, neuropsychologischen und neurologischen Assessments untersucht. Unter ihnen konnten vier Kohorten gebildet werden (unauffällige Kontrollen, leicht kognitiv Beeinträchtigte, Depressive und depressive kognitiv Beeinträchtigte). Zudem wurden Gangparameter mit Gehen und schnelles Gehen und Kreuzchen machen als Single Task (ST) sowie Gehen mit gleichzeitigen Kreuzchen machen oder Rechnen als Dual Task (DT) erhoben. Die Dual Task Costs (DTC), die als Geschwindigkeitsverlust von DT versus ST definiert ist, wurden berechnet.

Ergebnisse: Die Ganggeschwindigkeit unter ST- und DT-Bedingungen war bei den Kontrollen deutlich höher als in allen anderen Gruppen, allerdings auch bei den leicht kognitiv Beeinträchtigten höher als bei den gemischt Auffälligen. Auch beim Kreuzchen machen waren die Kontrollen unter ST-Bedingungen schneller. Die DTC waren bei den kognitiv Beeinträchtigten am höchsten, bei den Kontrollen allerdings auch signifikant höher als bei den depressiven und den gemischt Auffälligen. Es zeigen sich auch Hinweise auf eine Veränderung von Gangparametern bei den Probanden, die später kognitive Beeinträchtigungen erleiden werden.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Gangparadigmen sind einfache Messungen, die rasch durchgeführt werden können und wenig Ausstattung benötigen. Die Ergebnisse zeigen, dass Gangparadigmen eine Hilfe zur Differenzierung von Depression und kognitiver Beeinträchtigung sein können. Insofern wäre es lohnend, intensivere Analysen zur Interferenz von Gehen, Depression und Kognition durchzuführen.

ANGST, UNRUHE, SCHLAFSTÖRUNGEN BEI ALTEN MENSCHEN – MÖGLICHKEITEN DER PSYCHOPHYTOPHARMAKATHERAPIE

Hans-Jürgen Möller

Department of Psychiatry, Ludwig-Maximilians-University München

Angst, Unruhe und Schlafstörungen sind häufige Probleme alter Menschen, die die Lebensqualität beeinträchtigen. Psychophytopharmaka können hier eine wichtige Therapiemöglichkeit darstellen. Dazu sollen einige Aspekte dargestellt werden.

Bei der Behandlung von Angst und Unruhe kann das Lavendelextract Lasea sinnvoll eingesetzt werden. Von den First-line Anxiolytika ist bekannt, dass sie sedieren und die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen können, was zu erhöhter Gefährdung im Straßenverkehr und zu verminderter Lebensqualität führen kann. Dies berücksichtigend, wurde Lasea sorgfältig in einer nach modernen Standards durchgeführten Fahrtüchtigkeitsstudie an Probanden untersucht, und zwar im

Vergleich zu Placebo wie auch im Vergleich zum Benzodiazepin Lorazepam. Es zeigte sich, dass Lasea hinsichtlich der Fahrtüchtigkeit den Placebobedingungen vergleichbar ist und dass es im Vergleich zu üblichen Dosierungen von Lorazepam diesem hinsichtlich der Fahrtüchtigkeit überlegen ist.

Schlafstörungen sind allgemein ein großes Problem im Alter, insbesondere auch bei Depressiven. In einer Metaanalyse der Ergebnisse von drei randomisierten kontrollierten Studien (zwei gegen Placebo, eine gegen Paroxetin) zur Wirksamkeit des Johanniskrautpräparates Hypericum Extract WS 5570 bei Depressiven wurde der Einfluss auf depressionsbedingte Schlafstörungen (Schlafitems der HAMD) untersucht. Dabei zeigte sich Hypericum Extrakt in der Dosierung von 600–900 mg besser wirksam als Placebo, und auch besser wirksam als 20–40 mg Paroxetin.

In der modernen Phytopsytopharmakologie wird versucht, die pharmakologischen Mechanismen, die hinter den beobachteten klinischen Wirkungen stehen, aufzuklären. Hinsichtlich des beschriebenen Effekts auf Schlafstörungen sind die Ergebnisse neuerer tierexperimenteller Untersuchungen an Ratten interessant, die zeigen, dass Hypericum Extract Bestandteile wie z. B. Hypericin und Hyperforin an die Melatonin-Rezeptoren MT₁ und MT₂ binden und dass Hypericum Extract neben Hypericin, Hyperforin und anderen Inhaltsstoffen auch Melatonin enthält und den Melatoninspiegel bei den untersuchten Ratten erhöht.

Einleitung: First-Line-Anxiolytika und pflanzliche Beruhigungsmittel können sedieren und die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen, was zu erhöhter Gefährdung im Straßenverkehr und zu verminderter Lebensqualität im Alltag führt.

Die hier vorgestellte klinische Prüfung mit Silexan¹ untersuchte die Äquivalenz gegenüber Placebo und die Überlegenheit gegenüber Lorazepam im Hinblick auf die Fahrtüchtigkeit bei gesunden Erwachsenen.

Methoden: Im Rahmen der doppelblinden Crossover-Studie wurden 50 Autofahrer zwischen 25 und 60 Jahren mit einer Jahresfahrleistung von mindestens 3.000 km randomisiert. Während der Crossover-Behandlungen mit dazwischenliegender 7-tägiger Auswaschphase wurden die Teilnehmer jeweils an Tag 1 (einmalige Anwendung von 80 mg/d Silexan oder Placebo) und Tag 8 (nach mehrtägiger Anwendung) bzw. an Tag 1 (einmalige Anwendung von 160 und 320 mg/d Silexan oder 1 mg Lorazepam oder Placebo) im Fahrsimulator getestet. Der Testkurs entsprach den Empfehlungen und enthielt alle Fahraufgaben, die in den Richtlinien der International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety Working Group aufgeführt sind. Primärer Endpunkt der Untersuchung war die Fahrspur-Abweichung im Vigilanztest (einmalige Anwendung). Sekundäre Endpunkte waren die Fahrspur-Abweichung im Vigilanztest (nach mehrtägiger Anwendung), Selbst- und Fremdeinschätzung der Fahrleistung, Reaktionszeiten, Selbsteinschätzung der Schläfrigkeit auf der Stanford Sleepiness Scale, das Lidschlussverhalten sowie die Anzahl der Fahrfehler.

Ergebnis: Das Full Analysis Set (FAS) zeigte sowohl bei einmaliger als auch nach mehrtägiger Gabe von Silexan bzw. Placebo vergleichbare Mittelwerte bei der Fahrspurabweichung (21,972 ± 5,8011 cm vs 21,998 ± 5,1151 cm und 22,470 ± 5,517 cm vs 22,801 ± 5,3376 cm). Die konfirmatorische Analyse (im linearen gemischten Modell) bestätigte die Äquivalenz von 80 mg/d Silexan gegenüber Placebo in Bezug auf die Fahrspurabweichung nach einmaliger Anwendung und die Überlegenheit von Silexan gegenüber Lorazepam. Dieses Ergebnis wurde durch die Ergebnisse der sekundären Endpunkte bestätigt. Die Studienergebnisse zeigen, dass Silexan nicht sediert und die Fahrtüchtigkeit unter Einnahme von Silexan vollständig erhalten bleibt.

1 Silexan[®] ist der Wirkstoff des Produkts Lasea[®] (Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG)

BALANCING AUTONOMY AND VULNERABILITY – DECISION MAKING IN DEMENTIA

Sujoy Mukherjee

West London NHS Trust

Modern psychiatric practice cuts across many frontiers of knowledge, skills & understanding with challenges as to how to maintain rights of our patients while providing high quality care. This is particularly pertinent in the field of old age psychiatry where understanding of legal and ethical framework and their complex interaction with our patient's clinical and psychosocial problems determine how well we serve our patients, their carers and the wider society. This is also crucial in our role balancing between the basic rights of liberty and autonomy in our patients while managing risk and discharging our duty of care. In this presentation I shall examine the complex legal construct of mental capacity and consent, practical challenges of assessing mental capacity in everyday practice and relevant legislative framework in the United Kingdom.

PTBS UND BEGINNENDE DEMENZ

Hans-Georg Nehen, Essen

Patienten, die heute 75 Jahre alt sind und älter, haben in ihrer Kindheit häufig durch Krieg und Vertreibung Traumatisierungen erfahren. Bei manchen Patienten zeigt sich erst mit zunehmendem Alter das Bild eines PTBS. Es tritt in einer Lebensphase auf, in der es einerseits gehäuft zur Entwicklung einer Demenz kommt, so dass die rationale Kontrolle und die Abwehrkräfte nachlassen; gleichzeitig kommt es andererseits zu Reaktivierung von Ängsten z. B. durch den Tod eines geliebten Menschen (Partner), lebensbedrohende Erkrankungen oder soziale Ereignisse wie »Vertreibung« aus der eigenen Wohnung in ein Seniorenheim. Differentialdiagnostisch ist es nicht immer leicht zu entscheiden, ob es sich allein um eine PTBS handelt oder ob eine beginnende Demenz vorliegt, wodurch die Symptomatik des PTBS verstärkt wird. Im Vortrag werden diese Fragen diskutiert.

HINHÖREN LOHNT SICH: AUDITIVE MILIEUGESTALTUNG IN SENIORENEINRICHTUNGEN

Katharina Nowack

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelischen Klinikum Bethel, Bielefeld

In diesem Vortrag wird eine Studie vorgestellt, in der untersucht wurde, welche Klänge und welche Atmosphäre auf verschiedenen Wohnbereich herrschen, wie hoch Lautstärke und Nachhallzeit sind und wie es den Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz und Mitarbeitenden damit geht. Es wurden teilweise sehr hohe Lautstärken gemessen, viele technische Klänge protokolliert. Bewohnerinnen und Bewohner schienen äußerst differenziert auf die Lautstärke in ihrer Umgebung zu reagieren, Mitarbeitende zeigten sich zum Teil sehr belastet durch hohe Lautstärken auf ihrem Wohnbereich.

EFFEKTE STANDARDISierter MEHRKOMponenten-GRUPPENINTERVENTIONEN BEI MENSCHEN MIT KOGNITIVER EeINTRÄCHTIGUNG – EIN SYSTEMATISCHES REVIEW

Dominik Özbe¹, Elmar Gräfel², Carolin Donath², Anna Pendergrass²

1 Universitätsklinikum Erlangen, Zentrum für medizinische Versorgungsforschung, Erlangen

2 Universitätsklinikum Erlangen

Zielsetzung/Fragestellung: Da keine Medikamente zur Heilung von kognitiven Beeinträchtigungen existieren, beschäftigen sich Wissenschaft-

ler stärker mit nicht-pharmakologischen Behandlungsansätzen. Die Effekte von Interventionen mit einer Komponente wurden schon von mehreren Reviews untersucht. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die unmittelbaren Effekte von standardisierten Mehrkomponenten Gruppeninterventionen bei Personen mit Demenz und bei Personen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung zu untersuchen.

Materialien/Methoden: Die Datenbanken PubMed, PsycINFO, PSYINDEX und CINAHL wurden systematisch durchsucht. Es wurden Studien eingeschlossen, die mindestens zwei Komponenten verwendeten, die auf unterschiedliche Outcome-Domänen abzielten. Diese Interventionen mussten standardisiert sein, im Gruppensetting stattfinden und in einem randomisiert kontrollierten Design untersucht werden.

Ergebnisse: Es wurden neun Studien mit insgesamt 513 Versuchspersonen eingeschlossen. Sechs Studien kombinierten zwei Komponenten, zwei Studien kombinierten drei Komponenten und eine Studie kombinierte vier Komponenten. Vier Studien, die mindestens eine kognitive und eine körperliche Komponente verwendeten, zeigten einen positiven Effekt auf nicht-kognitive Symptome der Demenz. Zwei dieser Studien hatten zusätzlich einen Effekt auf Kognition. Jeweils eine Studie fand positive Effekte ihrer Intervention auf alltagspraktische Fähigkeiten und auf Lebensqualität.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Trotz der heterogenen Studien deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Mehrkomponenten-Interventionen einen positiven Effekt auf nicht-kognitive Symptome der Demenz haben. Dafür scheint eine Kombination von kognitiven und körperlichen Komponenten notwendig zu sein. Einzelne Studien hatten zusätzlich Effekte auf anderen Outcome-Domänen. Die Effekte waren tendenziell abhängig von der Anwendungshäufigkeit und den verwendeten Messmethoden.

DEPRESSED OR JUST FRAIL? THAT'S THE QUESTION

Richard C. Oude Voshaar

University of Groningen & University Medical Center Groningen, NL

Background: Physical frailty is a (sub)clinical state characterized by diminished strength, endurance, and reduced physiological function. In geriatric medicine, physical frailty is considered an important medical syndrome that indicates an individual's vulnerability for developing dependency and/or mortality when exposed to a stressor independent of multimorbidity and disability. Many studies on frailty, however, exclude depressed older patients, as late-life depression and frailty share most of their determinants and consequences.

The objective of this presentation is 1) to show that physical frailty can be reliably and validly assessed among depressed older patients, and 2) to show the predictive value of physical frailty in late-life depression with respect to treatment outcome of depression (remission) and mortality.

Methods: Results will be based on several studies on frailty embedded within the Netherlands Study on Depression in Older persons (NESDO). NESDO is a cohort study including 378 patients with a DSM-IV defined depressive disorder and a non-depressed comparison group (n=132). Psychiatric diagnoses are based on a structured diagnostic interview (CIDI). All participants were extensively assessed at baseline, two- and six-year follow-up including the CIDI, self-report questionnaires, physical examination including blood withdrawal, and cognitive testing. In addition, symptom severity was monitored every 6 months by means of postal questionnaires. Physical frailty was defined according to the Fried Frailty Phenotype, based on unintended weight loss, gait speed, muscle strength, exhaustion, and low physical activity. Statistical analyses (ANOVA, linear mixed models, logistic, linear en cox-regression) were fully adjusted for potential confounders, including demographics, lifestyle, somatic morbidity and cognitive functioning.

Results: The prevalence of physical frailty was 27.8% among depressed older patients compared to 9.8% among non-depressed older persons [9]. Interestingly, within the NESDO study, we found no associations with depressive disorder and measures of low-graded inflammatory markers (hs-CRP, IL-6, NGAL) and leucocyte telomere length, and only cross-sectionally with low vitamin D levels [11]. However, among depressed patients (n = 378), physical frailty was significantly associated with low-graded inflammation [2], vitamin D deficiency [11] and leucocyte telomere length [1].

As recently demonstrated in population-based studies as well as patient groups suffering from specific somatic disorders, physical frailty also predicted increased mortality rates over a six-year follow-up (HR=2.43 [95% CI: 1.33 – 4.43], p=.004, adjusted for confounders). Interestingly, this effect was partly explained by increased inflammatory markers, shortened leucocyte telomere length and lower vitamin D levels. With respect to the course of depression, we found that physical frailty predicted non-remission of late-life depressive disorder [7]. **Conclusion:** Physical frailty is a valid construct that can be reliably measured among depressed older patients, since 1) the prevalence of frailty in late-life depression is significantly higher compared to non-depressed patients, 2) the prevalence rate is comparable to those found among somatically ill older persons, and 3) frailty predicts increased mortality rates, which 4) can be explained by aging-related biomarkers. Moreover, as frail depressed patients remain significantly more depressed over a two-year follow-up compared to non-frail depressed patients, we argue that a subgroup of depressed should not be considered treatment resistant depression (and thus need more rigorous treatment for depression), but simply classified as physically frail (and thus need integrated treatment, including prevention of polypharmacy (especially TCAs), increasing physical activity, and protein enriched diets).

References (all from my group, that will be shortly presented during the presentation):

1. Arts MHL, Collard RM, Comijs HC, de Jonge L, Penninx BWJH, Naarding P, Kok RM, Oude Voshaar RC. Leucocyte telomere length is no molecular marker of physical frailty in late-life depression. *Exp Gerontol* 2018, in press.
2. Arts MH, Collard RM, Comijs HC, Naudé PJ, Risselada R, Naarding P, Oude Voshaar RC. Relationship between physical frailty and low-grade inflammation in late-life depression. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63: 1652–7.
3. Arts MH, Collard RM, Comijs HC, Zuidersma M, de Rooij SE, Naarding P, Oude Voshaar RC. Physical frailty and cognitive functioning in depressed older adults: Findings from the NESDO study. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17: 36–43.
4. Arts MHL, Van den Berg KS, Marijnissen RM, Naarding P, Oude Voshaar RC. The association between frailty and 6-year mortality rate in late-life depression is mediated by low-graded inflammation, shortened leucocyte telomere length and vitamin D deficiency. Manuscript in preparation.
5. Benraad CE, Kamerman-Celie F, van Munster BC, Oude Voshaar RC, Spijker J, Olde Rikkert MG. Geriatric characteristics in randomized controlled trials on antidepressant drugs for older adults: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016; 31: 990–1003.
6. Collard R, Arts M, Comijs HC, Naarding P, Verhaak P, de Waal MWM, Oude Voshaar RC. The role of frailty in the association between depression and somatic comorbidity: Results from baseline data of an ongoing prospective cohort study. *Int J Nurs Studies* 2015; 52: 188–96.
7. Collard RM, Arts MH, Schene AH, Naarding P, Oude Voshaar RC, Comijs HC. The impact of frailty on depressive disorder in later life: Findings from the Netherlands Study of Depression in Older Persons. *European Psychiatry* 2017; 43: 66–72.
8. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 1487–92.
9. Collard RM, Comijs HC, Naarding P, Oude Voshaar RC. Physical frailty: Vulnerability of patients suffering from late-life depression. *Ageing Ment Health* 2014; 18: 570–8.
10. Collard RM, Comijs HC, Naarding P, Penninx BW, Milanese Y, Ferrucci L, Oude Voshaar RC. Frailty as a Predictor of the Incidence and Course of Depressed Mood. *J Am Med Dir Assoc* 2015; 16: 509–14.
11. Van den Berg KS, Arts MSL, van den Brink RHS, Comijs HC, Collard R, Marijnissen RM, Oude Voshaar RC. Vitamin D deficiency and course of frailty in a depressed older population. *Ageing Ment Health* 2018, in press.

»AUF DEN HUND GEKOMMEN?« – EINSATZ VON HUNDEN ALS THERAPIEBEGLEITER

Irmgard Paikert-Schmid

Kirchheim bei München

Seit über 30.000 Jahren leben Menschen und Hunde zusammen. Der Verhaltensforscher und Biologe Kurt Kotrschal spricht von einer »wundersam unentbehrlichen Beziehung«. Hundehalter werden dem zweifellos zustimmen. Unter welchen Voraussetzungen kann aber der Einsatz von Hunden bei der Betreuung oder in der Therapiebegleitung von Menschen mit Demenz hilfreich sein? Wo sind die Grenzen? Welche Effekte können erzielt werden? Auf der Basis von mehr als zehn Jahren Erfahrung in der hundbegleiteten Gruppenarbeit mit demenzkranken Menschen wird versucht, Antworten auf diese und weitere Fragen zu geben und durch Beispiele zu erläutern.

TECHNIKUNTERSTÜTZUNG BEI DEMENZ ZUM VERBLEIB IM PRIVATEN HAUSHALT

Sarah Palmdorf¹, Tristan Müskens², Lea Stark¹, Christoph Karlheim², Stefan Kreisel³, Christoph Dockweiler¹

¹ Centre for ePublic Health Research, Universität Bielefeld

² Stabsstelle Innovation und Forschung, Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld

³ Abteilung für Gerontopsychiatrie, Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld

Zielsetzung/Fragestellung: Die Zahl der Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, liegt aktuell bei etwa 1,7 Millionen Menschen und wird weiter steigen. Die Mehrheit der betroffenen Personen lebt in der eigenen Häuslichkeit und möchte dort auch weiterhin verbleiben. Der progrediente Krankheitsverlauf stellt von Beginn an eine Herausforderung in Bezug auf die Selbstbestimmung und Bewältigung des Alltags dar. Ein Leben mit Technikunterstützung kann zur Aufrechterhaltung von Autonomie und sozialer Teilhabe beitragen. Technologiebasierte Lösungen, die eine Beratung, Edukation und Monitoring ermöglichen, können zudem Versorgungsabbrüche vermeiden. Sozio-emotionale-Robotik oder Smart-Home-Technologien können auch zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Durch die zunehmend technologiegetriebene Entwicklung nehmen die Anzahl und Variabilität der Systeme zu und der Überblick über bereits bestehende technische Möglichkeiten wird erschwert. Im Rahmen des Scoping Review sollen unterstützende Technologien für die häusliche Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen identifiziert und kategorisiert werden. Hierdurch soll der Entwicklungsstand aufgezeigt werden, Forschungsdesiderate verdeutlicht und Handlungserfordernisse abgeleitet werden.

Materialien/Methoden: Das Scoping Review folgt dem Prozessmodell von Arskey und O'Malley (2005) sowie der Erweiterung von Levac et al. (2010). Die Arbeitsschritte gliedern sich in 1) Definition der Forschungsfrage, 2) Systematische Recherche, 3) Abstract- und Volltextscreening durch zwei unabhängige Reviewer, 4) Datenextraktion mit einem standardisierten, pilotierten Formular und überblickhafte Darstellung der Studien- und Interventionscharakteristika durch zwei unabhängige Reviewer, 5) Narrative, tabellarische und graphische Synthese, 6) Konsultation. Die Studien wurden aus den Datenbanken Medline, PsycInfo, CINAHL und Central im Oktober 2018 ermittelt und ausgewählt. Zudem wurden die Referenzlisten der verwendeten Studien via Zitationssuche im Web of Science inkludiert. Eingegrenzt wurde die Suche auf den Erscheinungszeitraum der letzten fünf Jahre, da die Zahl der Publikationen sowie technischen Entwicklungen in diesem Zeitraum starken Zuwachs verzeichnen. Eingeschlossen wurden 1) Technologien zur Unterstützung der häuslichen Versorgung bei Demenz, 2) jedwedes quantitative und qualitative Studiendesign,

3) Studien in deutscher und englischer Sprache. Ausschlusskriterien waren 1) Technologien zur medizinischen Versorgung (Diagnose, neurologische Testung), 2) Elektrische Hilfsmittel wie Rollstühle oder Lifter, 3) Systematische Reviews.

Ergebnisse: Die zu erwartenden Ergebnisse werden auf dem Kongress vorgestellt.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Um nachhaltige Synergieeffekte zwischen dem Wunsch des Verbleibes im eigenen Haushalt und der drohenden Versorgungslücke an Demenz erkrankter Menschen zu bewirken, bedarf es einer flächendeckenden und kosteneffizienten Diffusion mit individuell abgestimmten Unterstützungsmöglichkeiten. Ein erster Schritt, die Erfassung und Sortierung relevanter Inhalte auf diesem Gebiet, ist Ziel dieser Arbeit.

DCSD – DEMENTIA CARE SENSITIVE DEMANDS – DEMENZVERSORGUNGS-SENSITIVE BEDARFSLAGEN

Klaus Pöschel, Stefan Spannhorst

Abteilung für Gerontopsychiatrie, Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld

Zielsetzung/Fragestellung: Welche charakteristischen sozialen, pflegerischen und medizinischen Problemlagen kennzeichnen die Bedarfslage von Menschen mit Demenz an der ambulant-stationären Schnittstelle?

Materialien/Methoden: Im Rahmen einer methodologischen Triangulation aus quantitativen Analysen von Patientenakten, schriftlicher Befragung von Hausärzten samt Gruppendiskussion sowie qualitativ ausgewerteten Experteninterviews wurde diese mehrdimensionale und implizit multiprofessionelle Fragestellung multimethodisch erforscht.

Ergebnisse: Als Ergebnis konnten diese Dementia Care Sensitive Demands (DCSD) kategorisiert, definiert und hinsichtlich der sich daraus ergebenden multiprofessionellen Versorgungsbedarfe als Konzept erstmalig ausführlich beschrieben werden. Die Demenzerkrankung stellt sich für die Betroffenen und ihr Umfeld als ein komplexes Zusammenspiel von sozialen, pflegerischen und medizinischen Faktoren dar. Veränderungen jeglicher Art bedeuten Anpassungen in allen Bereichen. Gelingt das nicht, kommt es zu einer Dekompensation, die zu einer Krankenhauseinweisung führen kann. Dieses Konzept kann durch sein systemisch-analytisches Potential das Verständnis für die Komplexität und Dynamik der Demenz für die unterschiedlichen Akteure verbessern.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Mit den DCSD ist es gelungen, einen angemessenen analytischen Rahmen für die komplexen und häufig volatilen Bedarfslagen von Menschen mit Demenz zu definieren. Allerdings bedürfen diese empirischen Ergebnisse weiterer systematischer Anwendung und Überprüfung.

BENZODIAZEPINVERORDNUNGEN AUS DER PERSPEKTIVE DER KRANKENVERSICHERUNG

Frauke Repschläger

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Unternehmensbereich Ambulante Versorgung, Geschäftsbereich Arzneimittel/Apotheken, Düsseldorf

Insgesamt sind die Verordnungen von Sedativa und Hypnotika seit 1992 von 476 Millionen definierten Tagesdosen (DDD, s. Arzneiverordnungsreport 2001) auf 89 Millionen im Jahr 2017 um über 80% zurückgegangen. Dieser Rückgang bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass in den darauf folgenden Jahrzehnten und Jahren weniger Benzodiazepine und Z-Drugs verordnet worden sind.

Denn ca. 500.000 der 1,7 Millionen von Hypnotika abhängigen Menschen in Deutschland sind schwer abhängig, nehmen demnach mehr

als eine Tablette (1 DDD) am Tag. Ein großer Teil dieser Patienten sind Frauen über 65 Jahren. Insofern werden Benzodiazepine und Z-Drugs, trotz aller Bemühungen, nach wie vor zu oft und zu schnell verordnet, vielfach auf Privatrezepten und häufig vom Hausarzt. Im Ergebnis kommt es bei älteren Menschen neben einer erhöhten Sturzgefahr zu kognitiven Defiziten. Diese Symptome können wiederum als – beginnende – Demenz missinterpretiert werden bzw. bei langjähriger Anwendung möglicherweise das Risiko einer Alzheimerdemenz erhöhen. Zudem werden insbesondere in Alten- und Pflegeheimen, aber auch bei häuslich von Pflegediensten betreuten Menschen, diese Substanzgruppen zum Teil benutzt, um den Pflegepersonalmangel auszugleichen. Hinzu kommen oft weitere Medikamente, z.B. Opiate oder Neuroleptika, die aufgrund ihrer Wechselwirkungen problematisch sind.

EFFEKTE VON MIND-BODY-INTERVENTIONEN AUF DIE KOGNITION ÄLTERER MENSCHEN: EINE SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEIT

Anna Rezo, Friederike Deeken, Michael A. Rapp

Sozial- und Präventivmedizin, Universität Potsdam

Zielsetzung/Fragestellung: Die Prävalenz dementieller Erkrankungen nimmt mit steigendem Alter stark zu. Das Praktizieren von Mind-Body-Verfahren zur Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit hat in einigen Ländern eine lange Tradition, und auch der Einsatz moderner säkularisierter Formen, die an diese Traditionen anknüpfen, erfreut sich weltweit immer größerer Beliebtheit. Der Fokus dieser Übersichtsarbeit liegt auf der Frage, ob Mind-Body-Interventionen als alternative Therapieverfahren das Voranschreiten kognitiver Einschränkungen verzögern können. Diese Arbeit entstand im Rahmen des nationalen Graduiertenkollegs »OptiDem« – Optimierungsstrategien bei Demenz.

Materialien/Methoden: Es wurde eine systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken Pubmed, PsycINFO und Cochrane Library durchgeführt. Eingeschlossen wurden randomisiert kontrollierte Studien mit Probanden mit leichten kognitiven Einschränkungen, die eine der folgenden Mind-Body-Intervention erhalten haben: Tai Chi, Yoga, achtsamkeitsbasierte Verfahren, Meditation oder Entspannungsverfahren. Als Outcome wurden kognitive Parameter betrachtet, u.a. Gedächtnis, exekutive Funktion, Aufmerksamkeit, globale Kognitionsmaße sowie physiologische Korrelate dieser Funktionen. Zur Erfassung der Qualität der Studien wurde das Cochrane Risk of Bias Tool verwendet.

Ergebnisse: 13 Veröffentlichungen (Yoga (3); Tai Chi (6), Achtsamkeitstraining (4)) aus insgesamt neun randomisiert kontrollierten Studien wurden in die systematische Übersichtsarbeit eingeschlossen. Nur eine Studie beschäftigte sich mit den Effekten von Yoga auf die Kognition älterer Menschen, drei mit achtsamkeitsbasierten Interventionen und fünf Studien mit Tai Chi. Alle Studien wurden erst in den letzten Jahren veröffentlicht (2012–2018). Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien sind heterogen. Einige Studien liefern Hinweise, dass Mind-Body Verfahren verschiedene Kognitionsmaße positiv beeinflussen und somit einen kognitiven Abbau verzögern können.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Limitationen der Übersichtsarbeit sind die geringe Anzahl der Studien für die Zielpopulation sowie die hohe Heterogenität bezüglich der unterschiedlichen Testverfahren und Interventionen, wodurch die Generalisierbarkeit der Übersichtsarbeit eingeschränkt wird. Standardisierte, auf die Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmte Interventionen sowie relevante Zielvariablen, die Rückschlüsse von den kognitiven Fähigkeiten auf die Selbstständigkeit im Alltag und die damit verbundene Lebensqualität zulassen, sollten in zukünftigen Studien zusätzlich erhoben werden. Wichtige Einflussfaktoren auf die Ergebnisse scheinen die Länge der Intervention sowie die Dauer bis zur Follow-up-Erhebung zu sein.

KOGNITIVE LEISTUNGSEINBUSSEN UND VERHALTENSsymptome NEBENWIRKUNGSARM BEHANDELN

Andreas Rigas

Alexianer Krefeld GmbH, Maria-Hilf-Krankenhaus, Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Universität Düsseldorf

Phytopharmaka spielen seit Jahrzehnten eine zunehmend wichtigere Rolle im Bereich der Arzneimittel. Gerade für ältere Patienten stellt die Phytotherapie wegen des günstigeren Nebenwirkungsprofils eine wertvolle Alternative zu synthetischen Präparaten dar.

Es gibt eine stattliche Reihe von Phytopharmaka mit Wirkungen auf das zentrale Nervensystem und somit auf unterschiedliche psychopathologische Symptome. Zu den wichtigsten psychotropen Pflanzenheilmitteln zählen Lavendel, Johanniskraut, Hopfen, Melisse, Baldrian und *Ginkgo biloba*.

Bei der Behandlung von kognitiven Störungen und Demenz hat *Ginkgo biloba*-Spezialextrakt eine jahrzehntelange Tradition und ist zugelassen zur symptomatischen Behandlung von »hirnorganisch bedingten geistigen Leistungseinbußen bei dementiellen Syndromen« sowie – für einzelne Arzneimittel – zur Behandlung (altersassoziierter) geistiger Leistungseinbußen und zur Besserung der Lebensqualität bei leichter Demenz.

In diesem Symposium werden die wichtigsten Fakten zur Anwendung von *Ginkgo biloba*-Extrakt bei kognitiven Leistungseinbußen und Verhaltenssymptome dargestellt. Dabei werden die Ergebnisse von aktuellen Studien und Metaanalysen bezüglich Wirksamkeit und Verträglichkeit berücksichtigt. Diese deuten darauf hin, dass der *Ginkgo biloba*-Extrakt EGB 761 einen positiven Effekt auf sowohl kognitive als auch nicht-kognitive neuropsychiatrische Symptome der Demenz haben kann, bei vergleichbarer Verträglichkeit mit Placebo.

DIE ROLLE GERONTOPSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG UND BETREUUNG IM ALLGEMEINKRANKENHAUS – DAS KRANKENHAUS DER REGELVERSORGUNG »LERNT DEMENZ«

Eckehard Schlaß

Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg, Bezirksamt Lichtenberg/Volkssolidarität e. V., Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Das innovative Ziel des Projektes ist es, 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 in der Häuslichkeit zu erreichen. Zugleich soll die Zusammenarbeit des Hauses mit den lokalen Versorgungsakteuren weiter ausgebaut werden, um eine an den 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 Betreuungskonzepte, Schulungen für am Behandlungs- und Versorgungsprozess beteiligte Berufsgruppen, Angehörige, freiwillige Helfer sowie für Haus- und Fachärzte aus dem Stadtbezirk, Etablierung von Liaisondiensten, Integration von Angehörigen und soweit möglich der Patienten selbst in die Behandlung. Dies erfolgt aus der Sicht des Initiators und langjährigen Leiters des Projektes.

Materialien/Methoden: Im Vortrag werden diese strukturellen Veränderungen sowie die speziellen Behandlungs- und Betreuungskonzepte in Bezug auf die Fragen der allgemeinen Umsetzbarkeit in der Krankenhauslandschaft hinterfragt. Welche 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.

Ergebnisse: 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?

ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN VERMEIDUNGSVERHALTEN UND PRAKTISCHEN FAHRFÄHIGKEITEN BEI ÄLTEREN VERKEHRSTEILNEHMERN

Philipp Schulz¹, T. Beblo¹, Stefan Spannhorst², Stefan Kreisel², M. Driessen¹, Max Toepper¹

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

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

Aufgrund altersbedingter kognitiver, körperlicher und psychosozialer Veränderungen neigen ältere Fahrer dazu, bestimmte Fahrsituationen zu vermeiden. Einige Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Vermeidungsverhalten ein Indikator für eine Beeinträchtigung der praktischen Fahrfähigkeit sein kann, aber bisher gibt es nur wenige Studien zu diesem Thema.

In diese Studie wurden 72 ältere Fahrerinnen und Fahrer (M=76 Jahre) aus der Allgemeinbevölkerung einbezogen, um den Zusammenhang zwischen Vermeidungsverhalten und praktischen Fahrfähigkeiten zu untersuchen. Bei zwei separaten Diagnostik-Terminen wurden Daten zu selbstberichtetem Vermeidungsverhalten, der Fahrpraxis, wahrgenommenen Fahrschwierigkeiten, fahreignungsrelevanten kognitiven Funktionen sowie zum Gesundheitszustand erhoben. Zur Beurteilung der praktischen Fahrfähigkeiten erfolgten bei einem dritten Termin standardisierte Fahrverhaltensbeobachtungen mit verblindeten Beobachtern. Die Ergebnisse einer multiplen Regressionsanalyse und einer relative weights analysis (RWA) zeigten, dass ein allgemein erhöhtes selbstberichtetes Vermeidungsverhalten mit verminderten praktischen Fahrfähigkeiten verbunden war, auch unter Kontrolle von Indikatoren der Fahrpraxis, wahrgenommenen Fahrproblemen, fahrbezogenen kognitiven Funktionen und dem Gesundheitszustand. Weitere Analysen ergaben, dass die Vermeidung von Fahrten bei schlechtem Wetter, bei schlechter Sicht und komplizierten Parkvorgängen speziell mit verminderten Fahrfähigkeiten verbunden waren.

Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass allgemeines Vermeidungsverhalten und die Vermeidung bestimmter Situationen unabhängige Indikatoren für eine Beeinträchtigung der Fahrfähigkeit älterer Fahrer sind. Längsschnittstudien sind dringend erforderlich, um Vor- und Nachteile des Vermeidungsverhaltens differenzieren zu können.

DAS HUBERTDA-PROJEKT: HANDELN IM HIER UND JETZT – BEREIT ZUM DEMENZ- UND ALTERSSSENSIBLEN KRANKENHAUS

Juliane Spank¹, Cathleen Koch², Carola Bruns¹, Stefan Blumenrode³, Eva Mennig¹, Sarah Weller¹, Christine Thomas¹

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere, Klinikum Stuttgart Zentrum für Seelische Gesundheit, Stuttgart

² Klinikum Stuttgart Zentrum für Seelische Gesundheit, Stuttgart

³ Akademie für Gesundheitsberufe, Klinikum Stuttgart

Zielsetzung/Fragestellung: Im Zuge der demographischen Entwicklung steigt die Zahl älterer und kognitiv eingeschränkter Patienten in den Krankenhäusern. Im Klinikum Stuttgart werden jährlich rund 17.000 Patienten im Alter von >70 Jahren behandelt. Kognitiv beeinträchtigte Ältere mit Demenz, Delir, Depression werden zu selten erfasst bzw. nicht frühzeitig erkannt. Es bestehen Defizite in der Diagnostik,

Zunahme der Komplikationen und Verweildauern, Zunahme der Mitarbeiterbelastung sowie Mitarbeiter- und Patientenunzufriedenheit. Das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Projekt »HuBerTDA« zielt darauf ab, die vorhandenen Versorgungs- und Behandlungsangebote an die Bedarfe älterer und demenzerkrankter Patienten in der Interdisziplinären Notaufnahme (INA) und auf einer orthopädischen Pilotstation anzupassen sowie den Akuterkrankungspfad aus »good practice«-Projekten zu optimieren.

Materialien/Methoden: Bei allen Notfallpatienten >70 Jahren in der INA wird ein standardisiertes geriatrisches Risikoscreening – ISAR (Identification senior of risk) und der 4AT durchgeführt. Bei einem positiven Ergebnis werden definierte Standards für eine umfassende psycho-neuro-geriatrische Diagnostik mit Angehörigeneinbezug und pharmakologischer Beratung sowie eine demenz- und alterssensible Ergänzung bestehender Behandlungspfade durchgeführt. Zur weiterführenden Risikoabschätzung wurden unter Einbezug einer studentischen Projektgruppe der FH Esslingen weitere Assessments und Screenings ausgewählt (CAM, MMST, GDS-8). Darüber hinaus konnte das Schmerzinstrument BESD eingeführt werden. Um Angehörige gezielt mit ihrer Expertise einzubinden ein Patienten-Kennenlernbogen entwickelt, der Fragen zu bestehenden Ressourcen, Wünschen und Vorlieben stellt. Außerdem erfolgte die Implementierung eines evidenzbasierten Interventionsbündels auf der Pilotstation durch die Umsetzung des Delirpräventionskonzeptes »AKTIVER« sowie ein spezifisches Farb- und Raumkonzept. Alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen werden hinsichtlich einer »best-practice« Versorgung von nachhaltig geschult.

Ergebnisse: Eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse konnte im Rahmen einer quantitativen Datenauswertung noch nicht gezeigt werden. Es wurden für 2017, 2018 die Anzahl an allen Patienten im KS >70 Jahre sowie die Anzahl an Patienten mit Demenz, Delir, Depression erfasst. Ca. 26% aller Patienten im KS waren 2017/2018 >70 Jahre. Eine erste Auswertung ergab, dass im 1. Halbjahr 2017 etwa 365 Patienten >70 Jahre auf der Pilotstation des Projektes HuBerTDA betreut wurden. Bei 45 dieser Patienten wurde eine Demenz diagnostiziert, bei 39 Patienten bestand ein manifestes Delir, und 17 Patienten waren an Depressionen erkrankt. Die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten >70 Jahre war mit den Nebendiagnosen Demenz, Depression und Delir deutlich erhöht. Der erhöhte Betreuungs- und Behandlungsaufwand von Patienten mit einer psychiatrischen Nebendiagnose zeigt sich in zahlreichen Kennzahlen (z.B. durchgeführte Konsile, positiver CAM).

Es konnte eine Förderung der Aufmerksamkeit, des Bewusstseins bei allen am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen hinsichtlich des spezifischen Bedarfs und der Versorgung von Menschen mit Demenz und kognitiven Einschränkungen im Akutkrankenhaus erzielt werden. Messbare Effekte der Schulungen waren der Zugewinn an Wissen und Handlungskompetenz sowie die Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: HuBerTDA soll als strukturierter, alterssensibler Behandlungspfad eine frühzeitige Identifikation von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und sensorischen Einschränkungen ermöglichen und dazu beitragen, sowohl Komplikationen zu reduzieren als auch die psychophysische Belastung durch den stationären Aufenthalt zu mindern. Der Erhalt der vorhandenen Selbstständigkeit, eine Erleichterung des Übergangs ins ambulante Setting sowie eine bessere Vernetzung mit den prä- und poststationären Versorgungssystemen soll so eine Steigerung der Behandlungszufriedenheit von Patienten und Angehörigen und darüber hinaus die Behandlungsqualität bei dieser vulnerablen Patientengruppe erhöhen. Des Weiteren soll die Fachlichkeit und Kompetenz der Mitarbeiter erweitert werden, um ihnen Sicherheit in der professionellen Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen zu ermöglichen und so eine Reduktion von Arbeitsbelastungen erzielen.

MENSCHEN MIT DEMENZ IN DER GERONTOPSYCHIATRIE: KOMPLEXES ZUSAMMENSPIEL AUS MEDIZINISCHEN, PFLEGERISCHEN UND SOZIALEN FAKTOREN

Stefan Spannhorst, Klaus Pöschel

Abteilung für Gerontopsychiatrie, Evangelisches Klinikum Bethel, Bielefeld

Zielsetzung/Fragestellung: Welche medizinischen, pflegerischen und sozialen Faktoren begleiten stationäre Einweisungen in die Abteilung für Gerontopsychiatrie des Evangelischen Klinikums Bethel?

Materialien/Methoden: Mittels einer retrospektiven Dokumentenanalyse von 100 zufällig ausgewählten Fällen im Zeitraum Juli 2015 bis Juni 2016 wurden verschiedene Einweisungsdokumente untersucht.

Ergebnisse: Die vorliegende Datenanalyse zeigte ein komplexes Zusammenspiel medizinischer, pflegerischer und sozialer Faktoren rund um stationäre Einweisungen. Die zusätzliche Erfassung dieser Faktoren am Entlasszeitpunkt unterstrich die Relevanz persistierender erheblicher Verhaltensstörungen trotz Anwendung multimodaler Therapieansätze. Die somatische Krankheitslast war hoch. Es kam oft zu Wechseln des Versorgungssettings.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die quantitative Erfassung von Faktoren stationärer Einweisungen erscheint als wichtige Basis zukünftiger Bedarfsanalysen und möglicher neuer Behandlungsschwerpunkte, die sich an den komplexen Bedürfnislagen von Menschen mit Demenz an der ambulant-stationären Schnittstelle orientieren.

CATATONIA REVISITED

Karin Sparring Björkstén

Department of Neurobiology, Care Sciences and Neurobiology, Karolinska Institutet, SE-Stockholm

This presentation reminds that catatonia still exists, and that its recognition can be most helpful for patients.

Catatonia is a psychomotor syndrome which can appear in very different ways. Many psychiatrists believe that catatonia belongs to the history of psychiatry, and that it is primarily associated with schizophrenia.

Since the introduction of anti-psychotic medication and close-down of the large mental institutions, psychiatrists in training do not meet as many severely ill patients as psychiatrists did earlier. Modern studies show that catatonia appears in about 10% of patients admitted to psychiatric wards. Catatonia is, however, often not identified.

Many psychiatrists expect to find catatonic symptoms only in patients with schizophrenia, although it is more common in bipolar disorder. Catatonia also occurs in neurological and medical disorders, and in autism spectrum disorder. When not identified as such, catatonic features may be mistaken for BPSD in elderly patients, and as bad behaviour in autism spectrum disorder. When recognized, catatonia is treatable.

A case of catatonia mistaken for BPSD will be presented.

FAHREIGNUNG BEI UNTERSCHIEDLICHEN DEMENZSYNDROMEN

Max Toepper¹, Philipp Schulz¹, Stefan Spannhorst², Stefan Kreisel³, Michael Falkenstein³

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

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

3 Institut für Arbeiten Lernen Altern (ALA), Bochum

Die meisten Demenzformen sind durch fortschreitende kognitive Defizite gekennzeichnet, die grundlegende Alltagsfähigkeiten einschließlich der Fahrtauglichkeit immer stärker beeinträchtigen. Ob und inwieweit die Fahrtauglichkeit bei Menschen mit Demenz beein-

trächtig ist, hängt sowohl von der Schwere als auch von der Ätiologie des jeweiligen Demenzsyndroms ab. Insgesamt deutet die Studienlage darauf hin, dass sicheres Fahren bei mittelschwerer und schwerer Demenz nicht mehr möglich ist. Gleiches gilt für die Gruppe der Nicht-Alzheimer-Demenzen, da diese Syndrome sowohl mit kognitiven als auch mit nicht-kognitiven Risikofaktoren wie Verhaltens- oder motorischen Symptomen assoziiert sind. Im Allgemeinen erscheint eine detaillierte individuelle Fahrtauglichkeitsdiagnostik notwendig, bevor der Betroffene wieder Auto fährt. Diese Fahrtauglichkeitsdiagnostik sollte multiple Risikofaktoren berücksichtigen, die sich in früheren Studien als prädiktiv für die Fahrsicherheit erwiesen haben, und wenn möglich eine Fahrverhaltensbeobachtung im Realverkehr miteinschließen.

Dieser Beitrag fasst die bisherigen Studien zur Fahrtauglichkeit in verschiedenen Stadien der Alzheimer-Demenz und der Nicht-Alzheimer-Demenzen zusammen. Basierend auf empirischen Erkenntnissen werden praktische Empfehlungen vorgestellt, darunter eine Risikobewertung für die Fahrsicherheit in Abhängigkeit von der Schwere und Art des jeweiligen Demenzsyndroms.

TOUCHSCREEN-BASIERTE ÜBUNGEN ZUR KOGNITIVEN STIMULATION: ATTRAKTIVITÄT, ERLERNBARKEIT UND PRAKTISCHE DURCHFÜHRBARKEIT BEI MENSCHEN MIT DEMENTIELLEN ERKRANKUNGEN

Wolfgang Trapp^{1,2}, Öznur Kilic¹, Susanne Röder^{1,2}, Stefan Lautenbacher¹, Göran Hajak²

1 Sozialstiftung Bamberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bamberg

2 Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Bamberg

Trotz ihrer inzwischen breiten Verfügbarkeit und vergleichsweise niedriger Anschaffungspreise werden Smartphones oder Tablets im Augenblick kaum im Rahmen von Interventionen zur kognitiven Stimulation bei Menschen mit Demenz eingesetzt. Neueste empirische Daten aus qualitativen Studien deuten jedoch darauf hin, dass diese Technologie auch von dieser Nutzergruppe überwiegend positiv angenommen wird und sogar kommunikationsfördernd wirken könnte.

In einer eigenen Studie wurden Attraktivität, Validität, Erlernbarkeit der selbstständigen Bedienung sowie die praktische Durchführbarkeit einer für Gruppen älterer Menschen entwickelten App zur kognitiven Stimulation mittels quantitativer Daten überprüft.

Mit 20 Personen (10 Frauen, 10 Männern, 8 Kontrollen, 8 Patienten mit Mild Cognitive Impairment, 6 Patienten mit leichtgradiger Demenz) wurde eine standardisierte Sitzung durchgeführt, in der vier Aufgaben aus der tabletbasierten Trainingsapp sowie vier Papier- und Bleistift-Aufgaben aus einem validierten Manual zur kognitiven Aktivierung bei Patienten mit leichtgradiger Demenz vorgegeben wurden.

Beide Aufgabentypen wurden als wenig belastend und sehr attraktiv eingeschätzt, wobei die Tabletaufgaben hinsichtlich der Attraktivität besser abschnitten. Obwohl die Mehrzahl der Aufgaben von den Teilnehmern mit geringeren kognitiven Defiziten schneller bewältigt wurde, konnten die Übungen von allen Teilnehmern von Anfang an problemlos und in angemessener Zeit gelöst werden, und die Gruppen unterschieden sich nicht in ihren Lernfortschritten bezüglich ihrer Schnelligkeit im Handling der Tablets.

Die gefundenen Ergebnisse machen Mut, die inzwischen preiswerten tabletbasierten Technologien auch bei dementiellen Patienten im Gruppensetting einzusetzen.

LEBENSÄLTERE STRAFTÄTER IM DEUTSCHEN STRAFVOLLZUG – ERSTE EMPIRISCHE ERGEBNISSE IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Sandra Verhülsdonk¹, Barbara Höft¹, Tillmann Supprian¹, Isabel Steinke², Josef Kessler², Elke Kalbe²

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

2 Uniklinik Köln

Zielsetzung/Fragestellung: Im Rahmen des demographischen Wandels hat auch die Anzahl älterer Menschen im Strafvollzug deutlich zugenommen. Im Zeitraum von 1993 bis 2014 ist die Zahl der über 60-jährigen Inhaftierten in der Bundesrepublik Deutschland von 506 auf 2246 gestiegen. Es liegen bislang nur vereinzelt Daten dazu vor, inwieweit dieser Anstieg auch mit einer Zunahme alternstypischer Einschränkungen einhergeht. Bisherige, fast ausschließlich internationale Studien verweisen auf einen schlechteren Gesundheitszustand sowie ein erhöhtes Vorliegen verschiedener Risikofaktoren für die Entwicklung dementieller Syndrome bei älteren Strafgefangenen.

Die Frage nach der Prävalenz kognitiver Störungen bleibt für den Strafvollzug in Deutschland bislang unbeantwortet.

Berücksichtigt man den mit kognitiven Einschränkungen einhergehenden Bedarf an Unterstützung und Behandlung, ist die Frage nach der Prävalenz solcher Defizite für die Beschäftigten wie auch die Verantwortlichen in den Institutionen relevant.

Materialien/Methoden: Mit Unterstützung des Justizministeriums NW und in Kooperation mit der Uniklinik Köln führt die Abteilung Gerontopsychiatrie des LVR-Klinikums Düsseldorf ein Pilotprojekt zu der Fragestellung durch. Dabei werden in fünf Vollzugsanstalten alle über 60-jährigen Inhaftierten um eine Teilnahme gebeten, in deren Rahmen eine Evaluation des kognitiven und affektiven Status mittels standardisierter Verfahren erfolgt. Daneben wird biographischen und gesundheitsbezogenen Faktoren besondere Beachtung geschenkt.

Ergebnisse: Bislang konnten die Daten von 51 Inhaftierten erhoben werden. Im Vortrag wird neben einer differenzierten Darstellung der untersuchten Stichprobe auf die Parameter der kognitiven Leistungsfähigkeit in Relation zur Allgemeinbevölkerung eingegangen. Daneben werden die Eignung und die Erfahrungen hinsichtlich der genutzten Instrumente in dem vorliegenden Setting in Bezug zu den internationalen Berichten kritisch diskutiert.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die bisher gesammelten Erfahrungen geben Hinweis auf eine erhöhte Prävalenz kognitiver Dysfunktionen und unterstreichen damit weiteren Forschungsbedarf an der stetig wachsenden Gruppe lebensälterer Straftäter. Dabei werden in Relation zu internationalen Ergebnissen auch Besonderheiten des deutschen Strafvollzugs deutlich, die eine Übertragung der Ergebnisse erschweren und eigene empirische Projekte nötig machen.

DEPRESSION BEI PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ – DER EFFEKT TELEFONBASIERTER INTERVENTIONEN

Chiara Vetter¹, Elmar Gräbel¹, Carolin Donath², Anna Pendergrass²

1 Universitätsklinikum Erlangen, Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik, Erlangen

2 Universitätsklinikum Erlangen

Zielsetzung/Fragestellung: Ziel dieses systematischen Reviews ist es, eine Übersicht der aktuellen Studienlage über telefonbasierte Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz zu erstellen. Des Weiteren soll die Effektivität der Interventionen auf Depressionen bei betreuenden Familienmitgliedern überprüft werden. Ebenfalls werden aus den Ergebnissen Empfehlungen für die zukünftige Versorgungsforschung im Bereich Angehörigenbetreuung bei Menschen mit Demenz entwickelt.

Materialien/Methoden: Anhand einer systematischen Literaturrecherche wurden die Datenbanken PubMed, PsycINFO, CINAHL, EMBASE

und PSYNDEX auf Studien mit telefonbasierten Interventionen für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz überprüft. Es erfüllten 19 randomisiert-kontrollierte Studien die Ein- und Ausschlusskriterien, und diese wurden in einer strukturierten Analyse nach Interventionsaufbau und Depression als Zielkriterien ausgewertet.

Ergebnisse: Sieben der eingeschlossenen 19 Studien berichten über signifikante Verbesserungen hinsichtlich depressiver Symptome bei pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten. Die eingeschlossenen Studien verwenden stets Interventionen, die aus mehreren Komponenten aufgebaut sind, wie zum Beispiel Informationsvermittlung, Psychoedukation oder kognitive Verhaltenstherapie. Vor allem bei Studien, die als Interventionskomponente Psychoedukation oder Verhaltensmodifikation nutzen, zeigen 67 % positive Auswirkungen auf das Zielkriterium Depression bei den pflegenden Angehörigen. Trotz der stark unterschiedlich aufgebauten Interventionen scheint es bestimmte Komponenten zu geben, welche allein oder kombiniert besser wirken als andere.

Des Weiteren scheint es einen Zusammenhang zwischen dem Interventionszeitraum, der Anruhfrequenz und den signifikant positiven Effekten bezüglich depressiver Symptome bei pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten zu geben.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Depressive Symptome bei pflegenden Angehörigen von Patienten mit Demenz lassen sich über telefonvermittelte Interventionsformen senken, vor allem durch den Einsatz von Psychoedukation und Verhaltensmodifikation.

Dennoch zeigen Telefoninterventionsstudien eine hohe Heterogenität, weshalb vergleichende Rückschlüsse eingeschränkt aussagekräftig sind.

Es sollten weitere qualitativ hochwertige Studien über Telefoninterventionen mit größeren Stichproben, längeren Interventionszeiträumen und hohen Anruhfrequenzen entwickelt werden. Es empfiehlt sich, bewährte Interventionskomponenten neu zu kombinieren und mit weiteren Modulen zu ergänzen, um die Bedürfnisse der Angehörigen noch besser zu verstehen.

Zukünftige systematische Reviews über telefonbasierte Interventionsformen sollten weitere Zielkriterien überprüfen, wie zum Beispiel Belastung oder Zufriedenheit bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz.

PSYCHOPHARMAKA UND FAHRTÜCHTIGKEIT IM ALTER

Dirk K. Wolter

Abteilung Gerontopsychiatrie und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn

Psychopharmaka können helfen, die Fahrtüchtigkeit zu verbessern, indem sie dazu beitragen, Symptome psychischer Störungen zum Verschwinden zu bringen, wie z.B. Antriebshemmung und Verlangsamung bei einer schweren Depression. Psychotrop wirkende Substanzen können aber auch umgekehrt die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen, etwa durch sedierende Nebenwirkungen oder die Beeinträchtigung neuropsychologischer Funktionen. Es kann schwierig sein, solche Nebenwirkungen von den Symptomen der Anlasserkrankung abzugrenzen.

Die Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit sind bei den verschiedenen Psychopharmaka unterschiedlich ausgeprägt, so dass keine pauschalen Aussagen getroffen werden können. Außerdem ist auch eine differenzierte Betrachtung im Hinblick auf Einnahmezeitpunkt und -dauer, Adaption und Dosierung erforderlich.

Angesichts der weiten Verbreitung von Psychopharmaka und der häufigen Anwendung von v.a. Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Antidepressiva bei alten Menschen ist es wichtig, diese Zusammenhänge zu kennen, um eine Risikoabschätzung vornehmen und die

Patienten entsprechend beraten zu können. Der Vortrag will hierfür grundlegende Kenntnisse vermitteln.

1. Brunnauer A, Buschert V, Fric M et al. Driving performance and psychomotor function in depressed patients treated with agomelatine or venlafaxine. *Pharmacopsychiatry* 2015; 48(2): 65–71.
2. Brunnauer A, Laux G. Driving Under the Influence of Antidepressants: A Systematic Review and Update of the Evidence of Experimental and Controlled Clinical Studies. *Pharmacopsychiatry* 2017; 50(5): 173–81.
3. Brunnauer A, Laux G. Verkehrssicherheit unter Psychopharmakatherapie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008; 76(6): 366–77.
4. Brunnauer A, Laux G, Zwick S. Driving simulator performance and psychomotor functions of schizophrenic patients treated with antipsychotics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 259(8): 483–9.
5. DRUID – Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines. <https://www.bast.de/Druid/EN/about-DRUID/about-DRUID-node.html>.
6. Drummer OH, Yap S. The involvement of prescribed drugs in road trauma. *Forensic Sci Int* 2016; 265: 17–21.
7. Dubois S, Bédard M, Weaver. The association between opioid analgesics and unsafe driving actions preceding fatal crashes. *Accid Anal Prev* 2010; 42(1): 30–7.
8. Iwersen-Bergmann S, Andresen H, Püschel K, Heinemann A, von Renteln-Kruse W. Ältere Menschen und psychotrope Substanzen im Straßenverkehr. *Z Gerontol Geriatr* 2009; 42(3): 193–204.
9. Meuleniers LB, Duke J, Lee AH, Palamara P, Hildebrand J, Ng JQ. Psychoactive medications and crash involvement requiring hospitalization for older drivers: a population-based study. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(9): 1575–80.
10. Rapoport MJ, Zagorski B, Seitz D et al. At-fault motor vehicle crash risk in elderly patients treated with antidepressants. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011; 19(12): 998–1006.
11. Rudisill TM, Zhu M, Kelley GA, Pilkerton C, Rudisill BR. Medication use and the risk of motor vehicle collisions among licensed drivers: A systematic review. *Accid Anal Prev* 2016; 96: 255–270.
12. Vermeeren A, Coenen AM. Effects of the use of hypnotics on cognition. *Prog Brain Res* 2011; 190: 89–103.
13. Verster JC, Roth T. Blood drug concentrations of benzodiazepines correlate poorly with actual driving impairment. *Sleep Med Rev* 2013; 17(2): 153–9.

MACHEN BENZODIAZEPINE DEMENT?

Dirk K. Wolter

Abteilung Gerontopsychiatrie und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn

Die Frage, ob Benzodiazepine (BZD) das Demenzrisiko erhöhen, wird kontrovers diskutiert. Einerseits können BZD die Lernfähigkeit und weitere neuropsychologische Funktionen beeinträchtigen, wodurch langfristig die kognitive Reservekapazität vermindert und damit eine Demenz früher manifest wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass die kumulative Dosis hierfür von Bedeutung ist. Dosierung, Dauer, Art des BZD und Regelmäßigkeit der Einnahme lassen sich jedoch für lange Zeiträume kaum zuverlässig erheben.

Andererseits werden BZD häufig zur Behandlung von Symptomen eingesetzt, die als Frühsymptome einer (Alzheimer-) Demenz der kognitiven Beeinträchtigung und damit der Diagnose lange vorausgehen können, d.h. dass die Demenz nicht Folge der BZD-Medikation wäre, sondern umgekehrt. Eine Besonderheit stellen hierbei Schlafstörungen dar, die im Sinne wechselseitiger Beeinflussungen nicht nur ein Demenz-Frühsymptom darstellen, sondern umgekehrt auch die Alzheimer-Pathologie fördern können.

Aus der Grundlagenforschung gibt es Hinweise auf neuroprotektive Effekte von BZD, indem sie die neurobiologischen Auswirkungen von Stress abmildern. Hingegen gibt es keine Hinweise auf die Verursachung struktureller Hirnveränderungen durch BZD.

Die skizzierten Mechanismen mischen und überlagern sich in epidemiologischen Studien, was die teilweise widersprüchlichen Ergebnisse zum Zusammenhang von Demenzrisiko und BZD-Medikation plausibel macht.

Aus den ungünstigen neuropsychologischen Effekten der BZD ist für den klinischen Gebrauch – v.a. im höheren Alter – die Schlussfolgerung abzuleiten, dass die Dosis niedrig gehalten und Substanzen mit Kumulationsrisiko vermieden werden müssen und dass die Behandlungsdauer kurz gehalten werden sollte.

Poster

BEEINTRÄCHTIGUNGEN DES EPISODISCHEN ARBEITSGEDÄCHTNISSES BEI PATIENTEN MIT CHRONISCH SPONTANER URTIKARIA UNTER BEHANDLUNG MIT ANTIHISTAMINIKA DER 2. UND 3. GENERATION ÜBER UND UNTER 60 JAHREN

Nadja Baumgart¹, Vera Mahler², Thomas Glaenz³, Nicola Wagner⁴, Andreas Kleinheinz⁵, Undine Lippert⁶, Katharina Weiß⁷, Stefan Schneider⁸, Florian Satt⁹, Georg Adler¹

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

2 Paul-Ehrlich-Institut, Langen

3 PsoriSol Hautklinik GmbH, Hersbruck

4 Universitätsklinikum Erlangen

5 Elbe Kliniken Buxtehude

6 Universitätsmedizin Göttingen

7 Universitätsklinikum Regensburg

8 Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

9 Klinikum Nürnberg

Zielsetzung/Fragestellung: Die sedierende Wirkung der Antihistaminika der ersten Generation hat zu der Entwicklung der Antihistaminika der 2. und 3. Generation geführt. Diese sollten keine kognitiven Beeinträchtigungen verursachen, was in Studien mit gesunden Probanden und der Einmalgabe des Medikaments gezeigt wurde. Der Einfluss der Medikation auf die kognitive Leistungsfähigkeit wurde bisher jedoch noch nicht in einer naturalistischen Studie an Patienten mit chronisch spontaner Urtikaria (CSU) untersucht.

Materialien/Methoden: Es wurden 250 Probanden mit CSU in 8 Hautklinien in Deutschland untersucht. Die Krankheits-schwere wurde mit dem UAS-7 und dem UCT, die Lebensqualität mit dem DLQI und CU-Q2oL erho-ben. Die kognitive Leistungsfähigkeit wurde mit dem MAT erfasst. Soziodemographische Daten, Erkrankungs-dauer, die aktuelle Medikation in Behandlungsgruppen und die Komorbiditäten wurden ebenfalls erfasst.

Ergebnisse: Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Krankheitsschwere oder der Lebensqualität. Der Einfluss der Medikation wurde in zwei Altersgruppen von 18 bis 60 Jahren (M=40,5) und von 61 bis 80 Jahren (M=67,9) untersucht. Probanden unter Behandlung mit Antihistaminika der 2. oder 3. Generation (N=134 bzw. 27) wurden mit Probanden ohne Antihistaminikabehandlung (N=47 bzw. 6) verglichen. Wir konnten einen signifikanten Unterschied im episodischen Arbeitsgedächtnis in beiden Altersgruppen finden. Der Effekt war unabhängig davon, ob die Antihistaminika normal- oder hochdosiert gegeben wurden.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Wir konnten bei Patienten mit CSU unter Behandlung mit Antihistaminika der 2. und 3. Generation eine signifikante Beeinträchtigung des episodischen Arbeitsgedächtnisses finden, welche unabhängig von der Krankheitsschwere, der Lebensqualität oder der Tagesdosis der Antihistaminika war. Diese Beeinträchtigungen könnten für Alltagsaktivitäten relevant sein. Interessant wäre es, den Einfluss der Medikation im Alter noch genauer zu untersuchen, da die Fallzahlen hier bisher noch gering sind.

DELIR UND DYSPHAGIE: ZUSAMMENHÄNGE ERKENNEN – ZUSAMMENARBEIT ERLEICHTERN!

René Borgmann¹, Maike Kleine-Katthöfer², Christine Thomas¹

1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere, Klinikum

Stuttgart Zentrum für Seelische Gesundheit, Stuttgart

2 Klinikum Stuttgart Zentrum für Seelische Gesundheit, Stuttgart

Zielsetzung/Fragestellung: Das Störungsbild der Dysphagie ist im geriatrischen Kontext bekannt, jedoch oftmals unterdiagnostiziert und

unterbehandelt (Melgaard et al, 2018). Obwohl die Prävalenz der Dysphagie mit 44–47,4% bei geriatrischen Patienten relativ hoch ist (Carrión et al. 2015), werden in Europa bisher keine flächendeckenden Screenings eingesetzt (Melgaard 2018). Das Delir ist bekannt als eine akute Störung der Aufmerksamkeit und der Kognition, die ebenfalls oft nicht diagnostiziert und daher vernachlässigt wird, obwohl Komplikationen und negative Langfristfolgen mit dem Alter zunehmen (Inouye SK et al. Lancet 2014). Der Zusammenhang von Delir und Dysphagie ist ungeklärt, deren Einflussfaktoren nicht eindeutig aufgedeckt, sodaß vielfach der Ruf nach mehr Forschung laut wird (Levy et al. 2012).

70% der geriatrischen Patienten im Krankenhaus zeigen Symptome einer Dysphagie (Leder et al. 2016). Die daraus resultierenden Infekte wie Bronchitiden und Aspirationspneumonien sind bereits als delirogene Noxen, die häufig ein Delir auslösen können, bekannt. Dehydratation und Malnutrition, die in Folge einer Dysphagie auftreten, werden von Drach, Hoyer und Thomas (2016) ebenfalls als prädisponierende Faktoren für die Entwicklung eines Delirs herausgearbeitet. Weitere Zusammenhänge zwischen oropharyngealer Dysphagie und Delir werden anhand eines Fallbeispiels aufgezeigt. Die fallbezogene Auseinandersetzung soll als Pilot zur Studienplanung zu Dysphagie als Delirkomplikation beitragen, da eine systematische Untersuchung der Zusammenhänge bislang noch nicht erfolgt ist.

Materialien/Methoden: Eine 80-jährige Patientin wurde mit reduzierter Vigilanz und Dysarthrie sowie pathologischem Nystagmus aufgrund eines leichten Schädel-Hirn-Traumas nach Sturz in die Klinik für Neurologie aufgenommen. Zusätzlich berichtete die Patientin über eine intermittierende Dysphagie. Die Dysphagie (CT und MRT: o.B.) fluktuierte, die Patientin lehnte die Medikation zumeist ab, zeitweise war eine i.v. oder s.c. Gabe möglich. Unter der Diagnose eines multifaktoriellen Delirs wurde im Verlauf – aufgrund von Eigen- und Fremdgefährdung im hyperaktiven Delir – die Verlegung in die Gerontopsychiatrie nötig. Am Aufnahmetag dort wurde bei Hypokaliämie um 2,1 eine intensivüberwachungspflichtige Substitution erforderlich. Eine nosokomiale Pneumonie sowie ein nitritpositiver Harnwegsinfekt wurden diagnostiziert und antibiotisch behandelt. Das Delir sowie rezidivierende Halluzinationen wurden mit Haloperidol 4 x 0,3mg behandelt. Bei Aspiration und bestehender Schluckstörung wurde zunächst eine parenterale Ernährung durchgeführt.

Ergebnisse: Bei kontinuierlicher Verbesserung des Delirs und durch logopädische und aktivierende, aufmerksamkeitsfördernde pflegerische Behandlung zeigten sich rasche Verbesserungen der Dysarthrie und Dysphagie. Im Verlauf wurde die Patientin jedoch erneut delirant, erneut zeigte sich eine Dysarthrie und Dysphagie. Bei schwerer Hypokaliämie sowie Verweigerung von oraler Nahrungsaufnahme und rezidivierender Emesis wurde internistisch ein weiterer Harnwegsinfekt behandelt. Aufgrund der präsenten Dysphagie wurde nun eine Gastroskopie durchgeführt, die jedoch nur eine ausgeprägte Gastritis (Typ C bei biliärem Reflux) belegte. Unter internistisch-antibiotischer und Reflux-Therapie waren das Delir sowie die Verhaltensauffälligkeiten rasch rückläufig. Nach Abklingen des Delirs bestanden weder Dysarthrie noch Dysphagie mehr, eine leichte kognitive Störung verblieb. Die Patientin aß selbstständig, sprach verständlich und konnte nach weiterer Mobilisation ins betreute Wohnen zurückkehren.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Patientin zeigte im Verlauf zwei delirante Episoden, die jeweils mit einer oropharyngealen Dysphagie sowie Dysarthrie einhergingen. Mit rückläufigem Delir waren Dysphagie und Dysarthrie nicht mehr nachweisbar. Die hier beschriebenen Befunde stehen im Einklang mit Befunden einer Einzelfallstudie, die das gemeinsame Auftreten von Delir und Dysphagie beschreibt. Auch hier verbesserte sich die Dysphagie des Patienten deutlich zeitgleich mit dem rückläufigen Delir. Es wird ein Zusammenhang zwischen Dysphagie und Delir vermutet (Affoo et al. 2012). Weitere

Forschung ist angezeigt, um die Zusammenhänge zwischen Dysphagie und Delir aufzudecken und Maßnahmen zur interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Behandlung geriatrischer, multimorbid erkrankter Patienten zu intensivieren.

IMPLEMENTIERUNG EINES INTEGRATIVEN UND SPEZIALISIERTER BEHANDLUNGSBEREICHSÜBERGREIFENDEN VERSORGUNGSMODELLS IN DER ALTERSPSYCHIATRIE – VORSTELLUNG EINES FORSCHUNGSVORHABENS

Volker Dahling^a, Susann May, Sebastian von Peter, Yuriy Ignatyev, Julian Schwarz, Martin Heinze

¹ Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Immanuel Klinik Rüdersdorf

In der psychiatrischen Versorgung älterer Menschen durch das Krankenhaus werden im deutschsprachigen Raum im Wesentlichen zwei Modelle diskutiert.

Hauptmerkmal sogenannter integrativer Modelle ist das Fehlen von gerontopsychiatrisch spezialisierten Stationen bzw. die stationäre Behandlung alterspsychiatrischer Patienten auf gemischten oder allgemeinspsychiatrischen Stationen. Gegenüber segregativen Versorgungsmodellen haben integrative Lösungen den Vorteil, ein realistischeres Abbild der Gesellschaft zu liefern. Ältere werden nicht ausgegrenzt und das Selbsthilfepotential zwischen alt und jung kann voll genutzt werden (Kipp & Jüngling 2007). Allerdings erfordert ein solches Modell eine auf die Belange Älterer abgestimmte Versorgung und eine hohe geriatrische und allgemeinmedizinische Kompetenz bei Schwestern und Ärzten (DGGPP 2007). Letzteres ist auch ein Hauptkritikpunkt der integrativen Versorgung bzw. werden eine für ältere Menschen spezifische Handlungs- und Vorgehensweise sowie eine altersspezifische Fachkompetenz eher als Argument für eine spezialisierte segregative Behandlung gesehen (Tenter 2015). Weitere kontrovers diskutierte Argumente im Zusammenhang mit integrativen Modellen sind eine reduziertes Vorkommen von Gewalt und Zwang (z. B. Verschluss von Stationen, Bettgitter) (Nyhuis 2015) und ein geringere Gefahr einseitiger Belastungen in der Pflege (DGGPP 2007, Kipp & Jüngling 2007).

Konsens der Positionen besteht national wie international bezüglich der Notwendigkeit spezifischen gerontopsychiatrischen Wissens (Sampson et al. 2014, Wolter & Gutzmann 2015, Vierter Altenbericht 2002).

Bisher gibt es keine starke Evidenz für das eine oder andere Versorgungsmodell. So konstatieren Wolter und Gutzmann in den Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie 2015, »dass weder Demenzstationen noch eine integrierte Behandlung auf gemischten Stationen automatisch die Gewähr dafür bieten, dass sie (die Behandlung) gelingt.«

Die Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Immanuel Klinik Rüdersdorf plant für voraussichtlich Juli 2019 einen Konzeptwechsel weg von einer bereichs- bzw. stationsbezogenen hin zu einer bereichsübergreifenden spezialisierten Behandlung. Dies bietet die seltene Gelegenheit, unterschiedliche psychiatrische Versorgungskonzepte in einem relativ stabilen Umfeld hinsichtlich Anwendbarkeit und Effekten zu überprüfen.

In der alterspsychiatrischen Versorgung wird durch den Konzeptwechsel ein dritter Weg beschritten, der

- Vorteile integrativer und segregativer (Spezialisierung) Versorgungsmodelle vereint bzw. Nachteile der oben beschriebenen etablierten Konzepte ausgleicht,
- durch eine bereichsübergreifende Versorgung durch ein Behandlungsteam den Vorteil einer geringerer Schnittstellenproblematik bietet (Pöschel & Spannhorst 2018, Zapp & Oswald 2010) und

- sich damit eng an Nutzerinteressen (Klaes et al. 2004), insbesondere den Erwartungen an Behandlungskontinuität (Ignatyev 2017), orientiert.

Dies sollte zu einer höheren Versorgungsqualität führen.

Hauptanliegen dieses Forschungsprojektes ist die Evaluation von Effekten der Einführung dieses integrativen und spezialisierten bereichsübergreifenden Behandlungskonzeptes auf die Versorgung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen anhand von Qualitätsindikatoren und unter explizitem Einbezug der Nutzerperspektive.

Erwartet wird eine Verbesserung der Versorgung mit u.a. einer geringeren fallbezogenen kumulativen stationären Verweildauer, einer nach anerkannten Empfehlungen verbesserten Diagnostik und Behandlung, einer stärkeren Berücksichtigung von Nutzerinteressen, einem intensiveren Austausch aller an Versorgung Beteiligter (z. B. Angehörige und ambulante Versorger) und eine größere Zufriedenheit bei Nutzern. Darüber hinaus soll in Auswertung der Ergebnisse ein Set von Qualitätsindikatoren zusammengestellt werden, anhand dessen zukünftig Aussagen über die Versorgungsqualität alterspsychiatrischer Behandlung durch das Krankenhaus gemacht werden können und das zum Zweck der Qualitätssicherung in den Alltagsbetrieb der Immanuel Klinik Rüdersdorf überführt werden soll. Gleichzeitig sollen die Erkenntnisse der Weiterentwicklung Setting-bezogener Qualitätsindikatorsets dienen, z. B. zur Beantwortung der Frage nach Leitlinien-Adhärenz.

Vorgestellt wird die Einführung und geplante Evaluation eines neuen integrativen und spezialisierten bereichsübergreifenden Behandlungskonzeptes (Intervention) in einer psychiatrischen Abteilung im Kontext ihrer Voraussetzungen.

Literatur über v.dahling@immanuel.de

KONTROVERSE INTERPRETATIONEN VON PATIENTENVERFÜGUNGEN AM LEBENSENDE – DREI FÄLLE AUS DEM PRAKTISCHEN ALLTAG

Markus Fani

Klinik für Gerontopsychiatrie, GPT u. GPS, Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie u. Neurologie, Klingenmünster

Zielsetzung/Fragestellung: In den letzten Jahren wird bei Senioren im Krankenhaus immer häufiger nach dem Vorliegen einer Patientenverfügung gefragt. Hintergrund ist die Absicht, mehr Rechtssicherheit im Falle einer Reanimationspflichtigkeit zu erlangen.

Es wird vermutet, dass das generelle Vorliegen einer Patientenverfügung gleich gesetzt wird mit dem gewünschten Unterlassen einer Reanimation bei unerwartetem Kreislaufversagen.

Ziel des Vortrags ist es darzustellen, dass vor der Anordnung eines »No-CPR« (keine kardiopulmonale Reanimation) die vorliegende Verfügung genau nach ihren Inhalten studiert, mit der aktuellen Lebens- und Gesundheitssituation verglichen und die Entscheidung erst nach Abstimmung mit den bevollmächtigten Angehörigen/dem Team nach gewissenhafter Überlegung und nicht pauschal getroffen werden sollte.

Materialien/Methoden: Es werden drei Sterbefälle aus dem Betrieb der gerontopsychiatrischen Klinik vorgestellt mit unterschiedlicher Vorgehensweise und Reaktionen:

Fall 1: 70-jähriger Pat. mit Verhaltensstörungen, seit mind. 5 J. kognitive Defizite, vor vier Jahren neurologische Abklärung, Therapie mit Rivastigmin und zuletzt Quetiapin. Kurz nach stat. Aufnahme Entwicklung von Schluckstörungen, die entsprechend der Pat.verfügung zu einer palliativen Situation und allseits akzeptiert nach zwei Wochen zum Tod führen.

Fall 2: 85-jähriger Pat. mit rez. Depression seit dem 28. Lj., 4 Wo. zuvor Myokardinfarkt erlitten, in Klinik gleitet Depression rasch in Delir mit plötzlichem, unerwartetem Kreislaufstillstand. Reanimation vom Notarzt beendet. Nachträglich Bedenken, ob bei Pat.verfügung die Reanimation nicht hätte unterlassen werden müssen.

Fall 3: 87-jährige Pat. mit Multimorbidität ohne psychiatrische Vorgeschichte, Aufnahme delirant, dann alle 3 Tage Kreislaufsynchronen, sodass mit der bevollmächtigten Tochter »keine lebensverlängernden Maßnahmen« besprochen wird. Ein nächtlicher Kreislaufstillstand führt durch den AVD zur Reanimation und durch den Notarzt zur Verlegung auf Intensivstation, wo die Pat. verstirbt. Daraufhin Beschwerde der Tochter.

Ergebnisse: Nach Vorstellung der drei Fälle erfolgt eine Gegenüberstellung der Perspektiven von Behandler, Patient, Angehörigen und Jurist. Die aktuelle Entscheidung des BGH, eine Schmerzensgeld und Schadenersatzklage wegen unerwünschter Lebensverlängerung bei Demenz abzuweisen (»es verbiete sich, Weiterleben als Schaden anzusehen«), bestärkt zu lebenserhaltendem Vorgehen umso mehr, je kürzer und akuter sich der momentane Krankheitsverlauf gestaltet hat. Für die Entscheidung der Unterlassung einer Reanimation sollte ein genaues Studium des Wortlauts der Patientenverfügung, die Interpretation und Diskussion des Inhalts mit bevollmächtigten Angehörigen und gegebenenfalls die Einbeziehung des Hausarztes vorausgegangen sein. Die Entscheidung gegen eine Reanimation sollte im Doku-System der Klinik hinsichtlich der Umsetzung auch am Wochenende oder in der Nacht gesichert sein.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Anhand von drei Sterbekonstellationen werden kontroverse Ansichten und Reaktionen aufgezeigt. Die gerontopsychiatrische Klinik in der Südpfalz stellt sich mit ihren Erfahrungen gerne der kollegialen Diskussion. Die intern abgeleiteten Konsequenzen (kasuistische Vorstellung in Gesamtklinikum, Diskussion im klinischen Ethik-Komitee, externe Fortbildung der Pflegemitarbeiter, Einführen eines Merkmals in der digitalen Patientenakte) werden vorgestellt.

AUFSUCHENDE HILFE FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ – PROJEKT DEMENTIA CARE NURSE

Manuela Grünzig, Christine Schiller, Stephanie Heinrich, Thomas Klatt, Gabriele Meyer

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU), Halle

Zielsetzung/Fragestellung: Jüngere europäische Studien zeigen, dass vor allem kontinuierliche und vertrauenswürdige Ansprechpartner*innen für Menschen mit Demenz und deren pflegende Angehörige notwendig sind. Das Projekt Dementia Care Nursing greift diese Forderung auf und pilotiert eine aufsuchende Hilfe für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Ziel des Projektes ist, ein selbstbestimmtes und gutes Leben zu Hause zu ermöglichen.

Im Fokus stehen folgende Fragestellungen:

1. In welchem Umfang gestaltet sich die aufsuchende Hilfe (Frequenz, Ort, Zeitumfang, soziodemographische und gesundheitsbezogene Merkmale)?
2. Welche Bedarfe und Problemlagen zeigen sich in den einzelnen Fällen?
3. Inwieweit verändert sich die Versorgung durch die Intervention?

Materialien/Methoden: Das Projekt verfolgt ein exploratives Vorgehen. Im Untersuchungszeitraum von Oktober 2018 bis Juni 2019 werden die Betroffenen in städtischen und ländlichen Regionen angesprochen. Die aufsuchende Hilfe wird im Sinne eines Case-Management-Ansatzes gestaltet, schließt jedoch Information und Beratung ein.

Anhand von Protokollen und Leitfaden-gestützten Interviews mit Betroffenen werden Ausrichtungen, Bedarfe und Akzeptanz der auf-

suchenden Hilfe erfasst und quantitativ sowie qualitativ ausgewertet (Mixed-Methods-Ansatz).

Für die Postervorstellung werden erste Projektergebnisse aus dem noch laufenden Projekt präsentiert.

Ergebnisse: In der Pilotphase (bis 2/2019) konnten 88 Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen eingeschlossen werden. Die Teilnehmenden sind durchschnittlich 79 Jahre alt, 43 sind Frauen und 45 Männer, 27 leben allein. Sieben Teilnehmende zählen zu jung erkrankten Menschen mit Demenz (<65 Jahre). Insgesamt n=22 haben die Diagnose Alzheimer-Demenz, bei n=13 besteht der Verdacht einer Demenz und bei n=38 ist die Demenzform nicht weiter differenziert. Die aufsuchende Hilfe gestaltete sich in 18 Fällen als Information, bei 43 Fällen als Beratung und bei 27 Fällen als umfassende Fallbegleitung. In Bezug auf die Fallbegleitungen erfolgten im Mittel 20 Kontakte, verteilt sowohl auf Kontakte zur betreffenden Familie als auch im Netzwerk. Die bisherige Auswertung einzelner Protokolle ergab einen Problembezug und Bedarfe in den Bereichen Pflege, Behinderung, Rehabilitation, Wohnraumgestaltung, Mobilität, Entlastung, Finanzen und soziale Kontakte.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die ersten Ergebnisse zeigen, dass die Nachfrage und der Zuspruch der aufsuchenden Hilfe groß sind und vor allem, dass umfassende und unterschiedliche Bedarfslagen bestehen. Die bisherige überwiegende Begrenztheit der Beratungsangebote auf einzelne Bereiche, wie z.B. Pflegeversicherung oder psychosoziale Betreuung, scheint nicht ausreichend zu sein. Es zeigt sich, dass kontinuierliche Ansprechpartner*innen für eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen förderlich sind und von den Teilnehmenden sehr gut angenommen werden.

FAHRSSICHERHEIT BEI DEMENZ – BERATUNG IM PRIMÄRÄRZTLICHEN KONTEXT ALS INTERPROFESSIONELLE AUFGABE

Verena Leve¹, Friederike Henkel¹, Marie Ufert², Maria-Inti Metzendorf³, Sara Santos⁴, Michael Pentzek⁴

¹ Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

² Düsseldorf

³ Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group am Institut für Allgemeinmedizin, Med. Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Zielsetzung/Fragestellung: Für die häufigsten Demenzformen bestehen im Krankheitsverlauf aufgrund der fortschreitenden Einschränkungen kognitiver, motorischer und visueller Funktionen erhöhte Risiken für die Fahrsicherheit. Der Erhalt der Fahraktivität ist allerdings insbesondere in ländlichen Regionen eine wichtige Voraussetzung, um weiter mobil zu bleiben, und trägt damit zur Sicherung der sozialen Teilhabe bei. Die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt und der richtigen Art und Weise einer Ansprache ist für die beteiligten Akteure mit Unsicherheiten behaftet. In einem systematischen Review wurde daher der Frage nachgegangen, welche Bedarfslagen der unterschiedlichen Akteure sich in Bezug auf den Umgang mit dem Autofahren bei Demenz identifizieren lassen. Darüber hinaus wurde geprüft, welche internationalen Erkenntnisse zum Umgang mit dem Thema Autofahren und Demenz sich auf den deutschen Versorgungskontext übertragen lassen.

Materialien/Methoden: Mit Unterstützung der Düsseldorfer Cochrane Group wurde eine Suchstrategie entwickelt. Die Suche erfolgte in den Datenbanken Medline, Embase, Cochrane, CINAHL, PsychINFO, BASE und Psynex.

Die Durchsicht der Abstracts erfolgte durch zwei unabhängige Reviewer_innen. Es wurden Interventionsstudien, Beobachtungsstudien, qualitative Forschungsarbeiten und Reviews einbezogen. Die 66

eingeschlossenen Volltexte wurden in einem multiprofessionellen Team analysiert.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass Patient_innen, Angehörige und Hausärzt_innen davon ausgehen, dass Fahraktivitäten im fortschreitenden Krankheitsverlauf aufgegeben werden müssen. Der Umgang mit dem Thema wird jedoch als sehr belastend empfunden und eine Ansprache gerade durch Ärzt_innen gewünscht. Geeignete Strategien und Algorithmen zur Ansprache der Fahrsicherheit und Planung von Mobilitätsalternativen fehlen häufig oder sind nicht bekannt. Ebenso wird ein Mangel an geeigneten Instrumenten zur Erkennung von Fahrsicherheitsrisiken für die Anwendung in der Primärversorgung konstatiert. Die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Ansprache und Überprüfung der Fahreignung sind im internationalen Kontext ausgesprochen heterogen. Insbesondere bei Hausärzt_innen besteht Unklarheit bezüglich der rechtlichen Grundlagen und Legitimation zur Ansprache des Themas.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Aus dem Review ergeben sich thematische Schwerpunkte für die Beratung zum Thema Fahrsicherheit im primärärztlichen Setting. Berücksichtigt werden sollten Inhalte zur frühen Identifikation von Warnhinweisen, zur Ansprache von Fahrsicherheitsrisiken im hausärztlichen Beratungssetting sowie zur partizipativen Entwicklung von Kompensationsstrategien. Für ein ressourcenorientiertes Vorgehen im Umgang mit fahrsicherheitsrelevanten Einschränkungen bei Demenz bedarf es der Einbindung verschiedener an der Versorgung beteiligter Fachdisziplinen und der Entwicklung von Strategien, die auch Ansätze zur interdisziplinären Zusammenarbeit berücksichtigen.

PSYCHOPHARMAKOLOGISCHE MEDIKATION IN BRANDENBURGISCHEN PFLEGEHEIMEN – EINE EXPLORATIVE STUDIE

Susann May¹, Timo Greiner², Samuel Thoma², Sebastian von Peter², Ulrich Schwantes¹, Michael A. Rapp³, Martin Heinze³, Volker Dahling²

¹ Medizinische Hochschule Theodor Fontane, Neuruppin

² Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Brandenburg, Immanuel Klinik Rüdersdorf

³ Universität Potsdam, Department Sport- und Gesundheitswissenschaften, Potsdam

Zielsetzung/Fragestellung: Psychopharmaka werden in Pflegeheimen oft verordnet und stellen zusammen mit allgemeiner Polypharmazie ein Risiko für unerwünschte Wirkungen und Arzneimittelwechselwirkungen dar. Die Verschreibungspraxis der Psychopharmaka ist oft unspezifisch, wobei die Unkenntnis der Wechselwirkungen bei Pflegenden und Patienten sowie ein geringer Personalschlüssel der Pflegenden als ursächlich angesehen werden. Die Situation im Land Brandenburg ist von Interesse, weil der Anteil pflegebedürftiger Menschen höher ist als in Gesamtdeutschland. In dieser Pilotstudie sollte festgestellt werden, wie hoch die Psychopharmakaverordnungsrate in brandenburgischen Pflegeheimen ist und welche Medikamente eingesetzt werden. Darüber hinaus sollte untersucht werden, wie der Verschreibungsprozess abläuft und welche Determinanten die Verordnung von Psychopharmaka beeinflussen.

Materialien/Methoden: Dazu wurden Diagnosen und Medikationen von 398 Heimbewohner_innen aus vier Heimen in Brandenburg erhoben und ausgewertet. Anschließend wurden Leitfadeninterviews und Fokusgruppen mit Pflegenden, verordnenden Ärzt_innen sowie Angehörigen von Bewohner_innen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in einer Nacherhebung validiert.

Ergebnisse: Etwa 70 % der Bewohner_innen wurden dauerhaft Psychopharmaka, zumeist Antidepressiva und Antipsychotika, verordnet. Davon hatten etwa zwei Drittel der Medikamente sedierende Eigenschaften (e. g. Melperon).

Der Anstieg dementiell Erkrankter, zunehmender Personal- und Zeitmangel, eine geringe fachärztliche Präsenz im Versorgungsalltag sowie die Größe der Pflegeinstitution haben Einfluss auf die Psychopharmakaverordnungsrate. Zudem nehmen Pflegende Einfluss auf die Verordnung von Psychopharmaka.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine hohe Verordnungsrate von Psychopharmaka in brandenburgischen Pflegeheimen. Eine Optimierung der psychopharmakologischen Versorgung in Pflegeheimen durch spezifische Interventionen ist demzufolge notwendig. Pflegende und Hausärzt_innen müssen für den Umgang mit Psychopharmaka in Pflegeheimen sensibilisiert werden, um ein Bewusstsein für Interaktionsrisiken zu schaffen und gleichzeitig die Reduktion von Psychopharmaka anzustreben. Konkrete Umsetzungen könnten Schulungen oder Interventionsgruppen für Pflegende sein. Denkbar wären auch telemedizinische Konsultationen für Hausärzte.

NETZWERK DEMENZ IM LÄNDLICHEN RAUM

Alexander Menges¹, Klaus Rademacher², Beate Aeverbeck¹

¹ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt (KLF)

² Geriatrischer Schwerpunkt, Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt (KLF)

Zielsetzung/Fragestellung: Ausgangslage: Strukturell unzusammenhängende und entwicklungsbedürftige Hilfsangebote in einem 870 qkm großen Landkreis mit zwei Kreisstädten (Freudenstadt und Horb am Neckar), 16 Gemeinden mit vielen Dörfern und kleinen, verstreut liegenden Ansiedlungen, und 117.456 Einwohnern (31.12.2017)

Ziel: Gründung eines Netzwerks Demenz. Organisation und Vernetzung heterarchischer Strukturen als Voraussetzung für eine kreisweite und nachhaltige Verbesserung der Versorgung Demenzkranker auf allen Ebenen (Prävention/Diagnostik/Therapie/Unterstützung aller Lebensformen/Angehörigen/professioneller Wissensaustausch und Zusammenarbeit).

Materialien/Methoden: Material: Dokumente und Protokolle der Projektplanung und Projektentwicklung 2017–2019

Methode: Zusammenfassung/Auswertung und graphische Darstellung des Projekts auf einem Poster

Ergebnisse: Politisch wird über die »Gesundheitskonferenz« im Kreistag ein Steuerungsgremium, das lokale Bündnis »Lebensqualität im Alter(n)« angeschlossen.

Dieses Steuerungsgremium verankert Beiräte zu verschiedenen alternsrelevanten Netzwerken in der Kreispolitik.

Einer der Beiräte ist der »Beirat Demenz«, der Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themen und Projekten ermöglicht, organisiert und die Umsetzung der Ergebnisse fördert, koordiniert und die Kommunikation im Netzwerk und über die Steuerungsgruppe zwischen Netzwerk und Politik strukturiert. Er ist die zentrale Arbeitsebene zur Bündelung und Verknüpfung von Aktivitäten des Demenznetzes.

Die Arbeitsgruppen sind die wichtigste konkrete Arbeitsebene, in denen die operative Projektarbeit stattfindet. Sie werden von Beirat beauftragt – berichten an den Beirat. AGs können beispielsweise sein: AG Demenzwegweiser, AG demenzsensibles Krankenhaus, AG ärztliche Versorgung in Heimen, AG Angehörigenberatung, AG Fortbildung, AG Demenz und Migration, AG Finanzierung usw.

Das Netzwerk Demenz ist über die Steuerungsgruppe »Lebensqualität im Alter(n)« mit anderen Netzwerken wie »ambulante Ethikberatung« und »Runder Tisch Palliative Versorgung im Landkreis FDS« verbunden.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die grundlegende Zielsetzung des Demenznetzes ist die Entwicklung einer »demenzfreundlichen Kommune« im Landkreis Freudenstadt durch Bündelung gemeinsamer

Ressourcen, um die sehr belastende Situation Demenzbetroffener und ihrer Angehörigen zu verbessern. Bis 2020 soll mit »Lebensqualität im Alter(n)« eine im gesamten Landkreis funktionsfähige Struktur für die Versorgung Demenzkranker etabliert sein, mit deren Hilfe die kreisweite Versorgung umfassend verbessert werden kann. Hilfsangebote sollen übersichtlich, transparent und bedarfsgerecht zugänglich gemacht und gefördert werden können. Sie sollen sich dynamisch an die Bedarfe anpassen können und flexibel Beteiligungen ermöglichen.

Das Poster stellt zusammenfassend die Grundlagen, die konkrete Planung und den bisher erreichten Stand für den Landkreis Freudenstadt zusammen.

ALTERSBILDER DER ÄRZTE AM KRANKENHAUS BAD CANNSTATT

Eva Mennig¹, Susanne Wurm², Christine Thomas¹

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere, Klinikum Stuttgart Zentrum für Seelische Gesundheit, Stuttgart

²Institut für Psychogerontologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg

Zielsetzung/Fragestellung: Um den speziellen Bedürfnissen der steigenden Anzahl älterer Patienten (70 Jahre und älter) gerecht zu werden und deren Versorgung zu optimieren, wurde am Krankenhaus Bad Cannstatt (KBC) das Projekt »HuBerTDA« ins Leben gerufen. Negative Altersbilder bzw. Altersstereotype der an der Behandlung beteiligten Ärzte könnten die Erreichung dieses Ziels jedoch gefährden. Mit der vorliegenden Studie wurden daher die Altersstereotype der Ärzte am KBC erhoben und auf Zusammenhänge mit demografischen und persönlichen Faktoren sowie Wissen zu älteren Menschen untersucht, um bei Bedarf gezielte Interventionen im Rahmen der HuBerTDA-Schulungen durchführen zu können.

Materialien/Methoden: Vom 11. Juli bis 12. August 2016 wurden die am KBC beschäftigten Ärzte (n=198) mit dem German Aging Semantic Differential (ASD), der ersten Version des Palmore's Facts on Aging Quiz (FAQ1) sowie zu ihren demografischen und persönlichen Faktoren mit einem schriftlichen Fragebogen befragt. Für die Auswertung kamen Korrelationen, t-Tests und multiple Regressionen zum Einsatz. **Ergebnisse:** 99 der 198 befragten Ärzte (50 %) beantworteten den Fragebogen. Die Werte des ASD weisen darauf hin, dass die Ärzte am KBC eher negativ geprägte Altersstereotype haben (M=4.1). Ärzte mit Interesse an Altersmedizin hatten dabei signifikant positivere Altersstereotype als Ärzte ohne Interesse. Des Weiteren gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Wissen zu älteren Menschen (FAQ1) und den Altersstereotypen: Je höher das Wissen, desto positiver die Altersstereotype. Der Effekt des Wissens blieb auch nach Hinzuziehen der Variablen Alter und Patientenanteil an Patienten, die 70 Jahre oder älter sind, stabil. Außer Interesse und Wissen hatte keine andere Variable einen signifikanten Zusammenhang mit den Altersstereotypen der Ärzte.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die vorliegende Studie ist ein weiterer Hinweis darauf, dass eine eher negative Stereotypisierung älterer Menschen in der medizinischen Versorgung vorzuherrschen scheint. Basierend auf den Ergebnissen soll in den HuBerTDA-Schulungen für die Ärzte insbesondere auf Wissensvermittlung zu physischen, psychischen und sozialen Fakten zu älteren Menschen gesetzt werden. Es ist jedoch noch weitere Forschung nötig, die weitere Variablen wie Angst vor dem Alter oder das Altersselbstbild der Ärzte einbezieht, um ein umfangreiches Bild über mögliche Wirkungszusammenhänge zu erhalten.

DEPRESSION IM ALTENPFLEGEHEIM: STAND DER REKRUTIERUNG IM PROJEKT DAVOS

Johannes Pantel¹, Arthur Schall¹, Valentina A. Tesky¹, Ulrike Schulz², Frank Oswald³, Tanja Müller³, Ulrich Stagnier⁴, Elisabeth Arens⁴, Carolin Meidinger⁴, Laura Carlotta Nagel⁴

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main

² Hessisches Institut für Pflegeforschung, Frankfurt University of Applied Sciences (FRA UAS), Frankfurt am Main

³ Frankfurter Forum für interdisziplinäre Altersforschung (FFIA), Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main

⁴ Institut für Psychologie (Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie), Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main

Zielsetzung/Fragestellung: Ältere und hochbetagte Menschen leiden sehr häufig unter Depressionen. Sie treten darüber hinaus doppelt so häufig bei älteren Menschen auf, die in Pflegeeinrichtungen leben. Obwohl depressive Erkrankungen auch im höheren Lebensalter gut behandelbar sind, werden diese bei Pflegeheimbewohnern häufig nicht bemerkt und dementsprechend nicht behandelt. So erhalten in Deutschland lediglich 42,9 % der an einer Depression erkrankten Pflegeheimbewohner tatsächlich eine entsprechende ärztliche Diagnose und nur die Hälfte davon eine adäquate Therapie. Diese Tatsache stellt ein eklatantes Versorgungsdefizit dar und führt bei den Betroffenen u.a. zu einer reduzierten Lebensqualität, einem schlechteren körperlichen Funktionsniveau, früherer Sterblichkeit und einer höheren Zahl von Krankenhausaufenthalten.

Materialien/Methoden: Das Forschungsprojekt DAVOS soll der Verbesserung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung von älteren Menschen mit Depression in Pflegeeinrichtungen dienen. Insgesamt nehmen 10 Pflegeeinrichtungen (Agaplesion Markus Diakonie GmbH und Frankfurter Verband) in Frankfurt am Main an der Studie teil. Bisher konnten 120 Pflegeheimbewohner zur Projektteilnahme motiviert werden und haben die Baseline-Erhebungen durchlaufen. Davon waren 70 Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 80,2 Jahren (SD=5,5). Bei 31,8 % dieser Bewohner konnte in der Baseline eine leichte bis mäßige Depression festgestellt werden, bei 11,8 % lag sogar eine schwere Depressionsausprägung vor. Diese Zahlen entsprechen im Wesentlichen den Prävalenzangaben aus Fachpublikationen zu Depression in Pflegeeinrichtungen.

Ergebnisse: Bewohner, die nicht am Projekt teilnehmen wollen, werden nach Gründen für die Ablehnung gefragt, und diese Gründe systematisch anhand eines Fragebogens erfasst und dokumentiert. Bisherige Auswertungen (N=104) zeigen folgende Gründe für die Nicht-Teilnahme von Seiten der Bewohner: »kein Interesse« (37,9 %)/»kein Nutzen« (32 %)/»zu anstrengend« (28,2 %)/»zu alt« (16,5 %)/»zu krank« (11,7 %)/»bestehende depressive Symptomatik« (8,7 %).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Im Rahmen des Kongresses werden der aktuelle Projektstand sowie die ersten Datenauswertungen präsentiert.

DER BAMBERGER BAUSTEINE TEST (BBT) – VALIDITÄT UND DIAGNOSTISCHER NUTZEN EINES KURZASSESSMENTS ZUR ERFASSUNG EXEKUTIVER FUNKTIONEN BEI VERDACHT AUF EINE DEMENTIELLE ENTWICKLUNG

Susanne Röder, Helmar Weiß, Göran Hajak, Wolfgang Trapp

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Sozialstiftung Bamberg, Bamberg

Zielsetzung/Fragestellung: Die Beurteilung exekutiver Funktionen, also der Fähigkeit zur Kontrolle und Bewertung sowie zur flexiblen Steuerung kognitiver Prozesse, ist bei frontotemporalen, aber auch bei vaskulären Demenzen von großer Bedeutung. Derzeit ist dieser Funktionsbereich in klassischen neuropsychologischen Testbatterien sowie

in Screeningverfahren zur Erfassung dementieller Syndrome eher unterrepräsentiert. Beim Bamberger Bausteine Test (BBT) handelt es sich um ein kurzes, in zirka zwei Minuten durchführbares Screeningverfahren zur Erfassung exekutiver Funktionen bei Verdacht auf eine dementielle Erkrankung, welches alleine oder als Ergänzung zum Bamberger Demenz Screening Test durchführbar ist. Dabei müssen die Probanden zwei Tierfiguren aus farbigen Kunststoffbausteinen nach Vorlage sowie zusätzlich unter Beachtung von Nebenbedingungen zusammensetzen.

Materialien/Methoden: Mit insgesamt 205 Personen, welche entweder kognitiv unbeeinträchtigt waren oder an einer leichten kognitiven Störung (MCI) bzw. an einer leichtgradigen Demenz litten, wurden der BBT sowie die CERAD-Plus Testbatterie durchgeführt.

Ergebnisse: Es finden sich hohe Korrelationen der BBT-Scores mit inhaltlich entsprechenden CERAD-Plus Subtests sowie zwischen dem BBT Gesamtscore, dem Mini Mental Status Test (MMST) und dem CERAD-Plus Gesamtscore. Zudem ergaben sich Hinweise darauf, dass die Vorgabe des BBT in Kombination mit dem MMST oder dem Bamberger Demenz Screening Test zu einer erheblichen Verbesserung der diagnostischen Sensitivität und Spezifität führt.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse legen nahe, dass sich zu einem frühen Zeitpunkt (leichte demenzielle Symptome) mit Hilfe des BBT vor allem exekutive Funktionsstörungen einfach und spielerisch feststellen und diagnostizieren lassen.

BIOMARKER-BASIERTE FRÜHERKENNUNG DER ALZHEIMER KRANKHEIT: AUSWIRKUNGEN AUF DIE LEBENSQUALITÄT VON PATIENTEN MIT LEICHTER KOGNITIVER STÖRUNG UND IHREN ANGEHÖRIGEN

Ayda Rostamzadeh¹, Frank Jessen¹, Christiane Woopen², Björn Schmitz-Luhn², Carolin Schwegler², Merce Boada³

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinik Köln

²Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health (CERES), Universität zu Köln

³Fundació ACE, Barcelona Alzheimer Treatment & Research Center, Barcelona

Zielsetzung/Fragestellung: Die leichte kognitive Störung (mild cognitive impairment, MCI) zeichnet sich durch kognitive Einschränkungen bei im Wesentlichen erhaltener Alltagskompetenz aus. MCI ist ein Risikozustand für die Entwicklung einer Demenz und kann ein Prodromalstadium der Demenz bei Alzheimer Krankheit (Alzheimer's disease, AD) sein. Durch die Fortschritte in der biomarkerbasierten Früherkennung der AD ist es möglich, zwischen MCI-Patienten mit und ohne AD-Pathologie und somit zwischen einem geringen und einem hohen Risiko für die Entwicklung einer späteren Demenz zu unterscheiden. Die Erwartungen und Einstellung der MCI-Patienten und deren Angehörigen gegenüber der Früherkennung der AD und individuellen Risikoabschätzung für eine spätere Demenz sind hingegen weitestgehend unerforscht. Als binationales Projekt werden Daten in Köln und Barcelona generiert und ermöglichen einen transnationalen Vergleich.

Materialien/Methoden: Alle Studienteilnehmer, pro Standort 50 MCI-Patienten und 50 Angehörige, erhalten ein standardisiertes Beratungsgespräch über die prädiktive liquorgestützte biomarkerbasierte AD Diagnostik. MCI-Patienten, die eine Biomarkeruntersuchung wünschen, erhalten eine standardisierte Befundmitteilung über die Ergebnisse der Biomarkeruntersuchung. Im empirischen Teil des Projektes werden die Auswirkungen der Frühdiagnostik auf verschiedene Parameter wie Lebensqualität, psychische Gesundheit, Lebensstil und Risikowahrnehmung untersucht. Die Fragebogenerhebungen erfolgen vor der Biomarkeruntersuchung, bzw. dem Entscheid gegen die Biomarkeruntersuchung sowie eine Woche und drei Monate

danach. Die Datenerhebung wird in Köln durch qualitative Interviews bei 15 MCI Patienten und 15 Angehörigen ergänzt.

Ergebnisse: Im Rahmen des PreDADQoL Projektes wurde ein Konzept für die Beratung und anschließende Befundmitteilung für die biomarkerbasierte Früherkennung der AD und Risikomitteilung für die Entwicklung einer Demenz entwickelt. Zudem wurden Handreichungen für MCI-Patienten und Angehörige erstellt. Die bisherigen Daten der Pilotstudie weisen auf, dass sowohl die Risikokompetenz als auch das Verständnis für gesundheitsbezogene numerische Informationen bei MCI-Patienten eingeschränkt ist. Des Weiteren werden Früherkennungsuntersuchungen der AD mit präventiven Maßnahmen oder Therapien in Verbindung gebracht und sind mit der Erwartungen verknüpft, das Risiko einer Demenz zu senken.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Das PreDADQoL Projekt hat das Ziel, die Effekte der biomarkerbasierten Früherkennung der AD auf MCI-Patienten und deren Angehörige zu untersuchen. Durch den empirisch fundierten ethisch-rechtlichen Ansatz wird ein Rahmenkonzept für die Beratung über die biomarkerbasierte AD-Früherkennung geschaffen, um die klinische und psychosoziale Versorgung von MCI-Patienten zu verbessern.

GGV 2.0: GEMEINSAM GUT VERSORGEN – AUF DEM WEG IN DIE ALTERSGERECHTE KOMMUNE (GGV = GERIATRISCH-GERONTOPSYCHIATRISCHER VERBUND)

Eckehard Schlaß

Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg, Bezirksamt Lichtenberg/Volkssolidarität e. V., Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Der Geriatriisch-Gerontopsychiatrische Verbund Lichtenberg versucht, die eigene Arbeit nachhaltig zu professionalisieren und ein wichtiger Ansprechpartner auch für das Bezirksamt und die politischen Entscheidungsträger zu sein. Die Bezirkliche Leitstelle »Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg« ist der inhaltliche Antreiber, um die Versorgung demenziell erkrankter Menschen im Stadtbezirk spürbar zu verbessern. Gerade die Sorge um diese Menschen und ihre Angehörigen bzw. »Kümmerer« soll wesentlich stärker in den Fokus gerückt werden. Es geht um: Kooperation, Koordination sowie Orientierung und schnelle Hilfe für Betroffene. Wir möchten alle Leistungserbringer auffordern, die Ziele, die Ausrichtung und die konkreten Angebote des GGV Lichtenberg mitzugestalten. Dabei sind wir offen für weitere Fragen: Welche Rolle soll der GGV-Lichtenberg einnehmen und welche Ziele soll er sich setzen? Wie können wir von dem Austausch und der Zusammenarbeit als Organisation profitieren (z. B. Thema Qualifikation). Wie können wir, auch in einer sehr schwierigen »Marktlage«, qualitative Verbesserung in der Versorgung erreichen? Wo macht Koordination Sinn und wie können wir sie umsetzen? Wie möchten wir die Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt gestalten? Wie können wir die Arbeit des GGV Lichtenberg nachhaltig finanzieren? Was sollte die Internetseite leisten? Welche Angebote sollte es für Mitglieder geben? Die Antworten auf diese Fragen werden wir Ihnen präsentieren und diskutieren.

Materialien/Methoden: Am 23. und 24. November 2018 haben wir zu diesen Themen eine zweitägige Zukunftskonferenz durchgeführt und entsprechende Ergebnisse erzielt (die Ergebnisse wurden in einer Broschüre zusammengefasst!).

Am 21. Februar 2019 werden wir ein Plenum durchführen und weitere Festlegungen treffen.

Ergebnisse: Es wurden klare Absprachen mit der Bezirksstadträtin für Gesundheit und der Bezirksstadträtin für Soziales vereinbart:

1. eine Altenhilfekordinatorin ist bereits etabliert (Soziales)
2. ein(e) Geriatriekordinator(in) wird in 2019 etabliert
3. eine Zusammenarbeit mit dem Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e. V. wird angestrebt – es gibt bereits Gespräche!

4. eine Zusammenarbeit mit dem Berliner Apotheker-Verein gibt es bereits!
5. eine Zusammenarbeit mit dem Verein soziale Gesundheit e.V. (<http://www.sozialeGesundheit.de/>) gibt es bereits!

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Der GGV Lichtenberg wir in Kooperation mit dem Bezirksamt Lichtenberg und allen anderen Partnern die Entwicklung der altersgerechten Kommune weiter vorantreiben. Wir werden die Pläne und die bereits umgesetzten Schritte skizzieren.

TANZ BEI DEMENZ – LITERATURÜBERSICHT UND FALLSTUDIE ZU DEN EFFEKTEN VON TANZSPECIFISCHER AKTIVIERUNG BEI DEMENZ IN DER STATIONÄREN GERONTOPSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG

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

¹Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, Deutsche Sporthochschule Köln

²Abteilung für Gerontopsychiatrie der LVR Klinik, Köln

Zielsetzung/Fragestellung: Als nicht-medikamentöser Ansatz in der Versorgung von DemenzpatientInnen wird die tanzspezifische Aktivierung zunehmend angewendet – die Evidenzlage ist jedoch unklar. Ziel dieser Arbeit ist es, den Einfluss von tanzspezifischer Aktivierung auf neuropsychiatrische Symptome sowie die funktionelle Mobilität von PatientInnen mit Demenzerkrankung zu untersuchen.

Materialien/Methoden: Diese Erhebung besteht aus einer systematischen Literaturübersicht und einer klinischen Fallstudie in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung.

Systematische Literaturübersicht: Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken »Pubmed«, »Web of Science« und »Cochrane Library« unter Verwendung der Schlagwörter »Tanz«, »Demenz«, »neuropsychiatrische Symptome« und »funktionelle Mobilität«.

Fallstudie: Während der zweiwöchigen tanzspezifischen Intervention fanden vier 20-minütige Aktivierungseinheiten an jeweils drei Tagen in der Woche statt. Neuropsychiatrische Symptome wurden mittels neuropsychiatrischem Inventar (NPI) und Cohen-Mansfield Agitations Inventar (CMAI) erhoben. Die funktionelle Mobilität wurde mittels Timed-Up-and-Go Test sowie der Short-Physical-Performance-Battery gemessen.

Ergebnisse: **Systematische Literaturübersicht:** Von insgesamt fünf eingeschlossenen Studien untersuchten drei Erhebungen die Effekte auf neuropsychiatrische Symptome, eine Erhebung die Effekte auf die funktionelle Mobilität und eine untersuchte beides. Die Studien unterschieden sich in Studiendesign, Interventionsprotokoll sowie verwendeten Messinstrumenten. Zwei Studien berichteten positive Effekte auf neuropsychiatrische Symptome, zwei weitere Studien berichteten keine Effekte. Positive Effekte wurden für die funktionelle Mobilität berichtet.

Fallstudie: Die Probandin zeigte Verbesserungen hinsichtlich des agitierten und aggressiven Verhaltens (CMAI) sowie behavioraler Symptome (NPI). Keine Veränderung wurde bezüglich funktioneller Mobilität beobachtet.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse dieser Erhebung weisen auf positive Tendenzen hinsichtlich der Effekte von tanzspezifischer Aktivierung auf neuropsychiatrische Symptome sowie die funktionelle Mobilität von DemenzpatientInnen hin. Weitere Studien mit größeren Fallgruppen und entsprechendem Studiendesign sind notwendig, um die Effekte von tanzspezifischer Aktivierung in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung zu untersuchen. Tanz bei Demenz ist ein vielversprechender nicht-medikamentöser Therapieansatz, der zu relevanten Verbesserungen für DemenzpatientInnen, ihren Angehörigen sowie für medizinisches Fachpersonal führen kann.

AKTIVER WERDEN – IMPLEMENTIERUNG EINES MULTIMODALEN BETREUUNGSANGEBOTES IM RAHMEN DES HUBERTA-PROJEKTES

Juliane Spank¹, Cathleen Koch², Lorenz Sutter¹, Carola Bruns¹, Stefan Blumenrode³, Sarah Weller¹, Christine Thomas¹

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere, Klinikum

Stuttgart, Zentrum für Seelische Gesundheit, Stuttgart

² Klinikum Stuttgart, Zentrum für Seelische Gesundheit, Stuttgart

³ Akademie für Gesundheitsberufe, Klinikum Stuttgart

Zielsetzung/Fragestellung: Im Rahmen des von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Projektes HuBerTDA »Handeln im Hier und Jetzt – Bereit zum Demenz- und Alterssensiblen Krankenhaus« am Klinikum Stuttgart ist das Ziel der nichtpharmakologischen Intervention »Aktiver – Alltags- und KognitionsTraining: Interdisziplinarität verbessert das Ergebnis und mindert das Risiko«, ein zusätzliches Betreuungs- und Aktivierungsangebot für Patientinnen und Patienten ab 70 Jahren mit einer bestehenden Demenz und einem (erhöhtem) Delirrisiko anzubieten, um so eine wirksame Delirprävention in der bislang unzureichend versorgten Orthopädieklinik zu erreichen.

Durch den multimodalen Ansatz soll neben der frühzeitigen Erfassung der Delirprävalenz bei Krankenhausaufnahme eine Delirrisikoeinschätzung während der Aufnahme und die Delirinzidenz ermittelt werden. Eine gezielte, individualisierte und risikobezogene zusätzliche Pflegevisite und Betreuung anhand verordneter Module soll Delirien bei älteren Patienten, insbesondere bei kognitiven Einschränkungen bis hin zur Demenz, verhindern oder frühzeitig erkennen und behandeln.

Materialien/Methoden: Im Projekt HuBerTDA wurde nach Sichtung international vorhandener »Best-Practice-Modelle« das Betreuungsangebot »AKTIVER« entwickelt und implementiert. Das Delirpräventionsprogramm »AKTIVER« zielt darauf ab, Menschen, die ein Risiko haben, ein Delir zu erleiden, wie es etwa speziell bei einer kognitiven Beeinträchtigung vorliegt, individualisiert anhand modularisierter Anleitungen zu aktivieren und neben den körperlichen auch die geistigen Fähigkeiten dieser Patienten zu fördern.

Hierfür wurden gerontopsychiatrische Pflegefachkräfte zusätzlich geschult, die FSJler in den entwickelten Modulen ausbilden und anleiten sowie die Module individuell nach Patientenbedarf »rezeptieren«.

Die Aktivierung der Delirgefährdeten Patienten erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal und den Ärztinnen und Ärzten der orthopädischen Pilotstation und nach Einschätzung und Verordnung durch eine gerontopsychiatrische Pflegefachkraft, in folgenden Modulen:

- **Plus-Besuch:** Orientierung und kognitive Förderung durch Spiele, Musik etc.
- **Mobilisierung:** Bewegungsübungen und Spaziergänge
- **Mahlzeitenbegleitung:** Gesellschaft während der Mahlzeiten, Hilfestellung beim Anrichten
- **Entspannung/Schlafförderung:** Förderung des Schlafs und der Entspannung durch z. B. Musik, warme Getränke, entspannungsfördernde Einreibungen

Ergebnisse: Module und Umsetzung des AKTIVER-Programmes werden vorgestellt, die Schulungsinhalte für die FSJler benannt. Eine Verkürzung der Verweildauer oder Reduktion der Delirrate durch die Intervention mit »AKTIVER« konnte bislang noch nicht festgestellt werden. Der Einsatz fungierte als Pilotprojekt für die Multicenterstudie »PAWEL«, in der das optimierte Interventionsprogramm weiterführend evaluiert werden wird. Eine verbesserte Behandlungsqualität ergibt sich aus den positiven Rückmeldungen zu den Unterstützungen seitens der Angehörigen und der betreuten Patienten. Eine Entlastung des Pflegepersonals wurde ebenfalls zurückgemeldet. Vom Pflegepersonal wurde ein veränderter, angepasster Tag-Nacht-Rhythmus bei den Patienten berichtet.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Patienten über 70 Jahre machen knapp 1/3 unserer Krankenhauspatienten aus, haben in ca 40% kognitive Defizite (Bickel 2016) und benötigen daher anstatt der sonst üblichen »organbezogenen« Fokussierung einen multidisziplinären Ansatz, der die individuelle und oft von psychosozialen Faktoren abhängige Lebensqualität und die Komplikationsminimierung der auch für Hochaltrige heute verfügbaren Behandlungsoptionen in den Blick nimmt.

Durch die nichtpharmakologische Interventionen soll ein erhöhtes Delirrisiko frühzeitig erkannt und behandelt werden, um so die schwerwiegenden Folgen des Delirs zu verhindern bzw. zu reduzieren. Erste Erfahrungen mit dem AKTIVER-Programm bestätigen die Annahme positiver Auswirkungen eines nicht-pharmakologischen Interventionsbündels auf die Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen und auf das medizinische Fachpersonal. Eine Multi-Center-Studie mit 1.500 Patienten soll den ökonomischen und medizinischen Effekt von AKTIVER wissenschaftlich auswerten und die Reduktion von postoperativen Defiziten bis hin zur Demenz belegen. Die Rekrutierungsphase dieser vom G-BA-geforderten Studie im »stepped wedge«-Design ist abgeschlossen. Ergebnisse zu den Effekten der AKTIVER-Intervention sind zum Ende dieses Jahres zu erwarten.

ETABLIERUNG UND AUSBAU STATIONSÄQUIVALENTER BEHANDLUNG (STÄB) IN DER GERONTOPSYCHIATRIE – ESSENTIALS NACH EINEM JAHR BEHANDLUNGSERFAHRUNG

Stefan Spannhorst, Carola Bruns, Christine Thomas

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

Zielsetzung/Fragestellung: Anhand einer Rückschau auf Abläufe und Behandlungsschwerpunkte der Stationsäquivalenten Behandlung (STÄB) in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere am Klinikum Stuttgart innerhalb der vergangenen 15 Monate werden fachliche und logistische Charakteristika sowie die Häufigkeiten der behandelten Erkrankungen herausgearbeitet. Zudem soll die Kompetenzerfordernisse des multiprofessionellen Behandlungsteams dargestellt werden.

Materialien/Methoden: Deskriptive Darstellung der erhobenen Behandlungsdaten im Zeitraum von 15 Monaten (Januar 2018 bis März 2019). Dabei wurden neben der Haupt- und Nebendiagnose auch der Behandlungsort (im Pflegeheim oder in der Häuslichkeit) und die Verweildauer erfasst. Das multiprofessionelle Team wird vorgestellt, dabei werden insbesondere die Fachlichkeit und die internen logistischen und Behandlungsabläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung erläutert. Die aktuelle Vergütungsstruktur anhand des geleisteten Aufwands mit pauschalierten Fahrt- und patientenfernen Kosten wird benannt.

Ergebnisse: Im multiprofessionellen Team mit Pflegefachkräften, Fachärzten und Ergotherapie/Physiotherapie (seltener auch Logopädie oder Sozialdienst) konnten mehr als 100 Patienten behandelt werden, dabei zunächst 4 und seit dem IV. Quartal 2018 bis zu 8 Patienten zeitgleich. Die Hauptdiagnose betraf in der Mehrzahl der Fälle Delirien (60% der Fälle), daneben affektive Störungen (20%) und Verhaltensstörungen bei Demenz (10%). Ca. 70% der Behandelten hatten als Nebendiagnose eine Demenz. Knapp über die Hälfte der Patienten wurde im Pflegeheim behandelt. Initiale Skepsis muss dort überwunden werden, Anleitung und Einüben demenzspezifischer Pflegehaltung und -erfordernisse nützen nicht nur dem behandelten Patienten, sondern haben hier auch Strahlwirkung. Die Charakteristika der Behandlungsaufgaben und Vorteile eines fachlich erfahrenen multiprofessionellen Teams werden aufgezeigt, Herausforderungen erläutert.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Im fachlich erfahrenen multiprofessionellen Team konnten seit Januar 2018 mehr als 100 Patienten behandelt werden. Die Vorteile der Behandlung im gewohnten häuslichen

Lebensumfeld oder auch im neu bezogenen Heimbereich stehen bei der vulnerablen gerontopsychiatrischen Patientenclientel deutlich im Vordergrund. Insbesondere beim Vorliegen eines Delirs kann der Ortswechsel in die Klinik vermieden werden und die Erkrankung so rascher remittieren. Eine Stabilisierung bei Depression kann – zumeist nach stationärer Behandlungsphase – anhand konkreter Aktivitäten vor Ort im häuslichen Umfeld besonders gut und nachhaltig gelingen. Eine intensive multiprofessionelle Zusammenarbeit im Team, klare Absprachen in der Logistik der Hausbesuche und eine enge Verzahnung mit krankenhausgebundenen Behandlungsoptionen ermöglichen neue Perspektiven für eine optimierte Behandlung auch von Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen in der Gerontopsychiatrie.

DEMENTIA AND COGNITIVE DISORDER IDENTIFIED AT A FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION – A STUDY FROM SWEDEN

Karin Sparring Björkstén, Anette Ekström, Marianne Kristiansson

Department of Neurobiology, Care Sciences and Neurobiology, Karolinska Institutet, SE-Stockholm

Objectives: Since little is known about persons with dementia committing severe crimes, we wanted to assess the characteristics of this group from a clinical point of view.

Methods: All cases of dementia or cognitive disorder were selected from all forensic psychiatric examinations (n=1471) performed in Sweden from 2008 to 2010. We found 54 cases (<4%). Case files were scrutinized and 17 cases of dementia and 4 cases of cognitive disorder likely to get a dementia diagnosis in a clinical setting were identified, and analysed in detail.

- *Subjects:* 18 men and 3 women (n=21), age 35–77 (Median 66) years of age, previous criminal records: 11 men, present crimes committed: n=38
- *Dementia (n=17) caused by:* cerebrovascular disorder (n=4), alcohol or substance abuse (n=3), cerebral haemorrhage and alcohol (n=1), head trauma and alcohol (n=2), Alzheimer's disease (n=2), Parkinson's disease (n=1), Herpes encephalitis (n=1), unspecified (n=3)
- *Cognitive disorders (n=4)*
- *Previous or ongoing alcohol abuse (n=13)*
- *Earlier or ongoing abuse of illegal drugs (n=3)*
- *The crimes:* 38 crimes committed by the 21 subject, as e.g. impulsive violent crimes, arson, attempted homicides, sexual assaults against adults and children. No premeditated crimes.

Conclusions: Persons with dementia undergoing forensic psychiatric examination in Sweden is a group of medically and psychiatrically very ill and vulnerable persons, who mostly suffer from vascular, traumatic and alcohol brain damage, and rarely from Alzheimer's disease only.

DELIRDIAGNOSE UND – SCHWEREGRAD MIT DEM DEUTSCHSPRACHIGEN, OPERATIONALISIERTEN I-CAM-S: VALIDIERUNGANHAND DER GROSSEN PAWEŁ-STICHPROBE AN 1560 ÄLTEREN MIT ELEKTIVOPERATIONEN

Lorenz Sutter¹, Carola Bruns¹, Michael A. Rapp², G. Eschweiler³, Christine Thomas¹

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

2 Department Sport- und Gesundheitswissenschaften, Universität Potsdam

3 Geriatisches Zentrum, Universitätsklinikum der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Zielsetzung/Fragestellung: Der Algorithmus der Confusion Assessment Method CAM (Inouye et al. 1990) wird am häufigsten zum Delir-Screening eingesetzt (Neufeld 2015) und weist die höchste Delir-Spe-

zifität des DSMIV/V-Delirs bei sehr effizienter Handhabbarkeit auf. Aufbauend auf den deutschen CAM (Hestermann et al. 2009) erlaubt der I-CAM neben der ICD-10-Delirdiagnose motorische Subtypen des Delirs zu erkennen (Thomas et al. 2012). Eine Erweiterung (CAM-S zur Delirschweregradbestimmung wurde 2014 auf Englisch vorgelegt (Inouye et al. 2014).

Die PAWEL-Studie ist die europaweit größte multizentrische Delirpräventionsstudie bei Elektivoperationen mit einem Ein-Jahres-Follow-up zur POCD- und Demenzerfassung, die derzeit vom Innovationsfonds gefördert wird. Für diese Studie wurde der I-CAM-S zur täglichen Delirdiagnostik, Delirschweregrad und -subtyperfassung in deutscher Sprache erstellt und entsprechend operationalisiert. Anders als im englischen Vorläufer werden neuropsychologische Testaufgaben zur Festlegung der Delirschwere eingesetzt und nicht nur »weiche« Einschätzungen (leicht/schwer) verwendet. Im Rahmen der PAWEL-Studie wird diese Operationalisierung derzeit validiert.

Materialien/Methoden: Der I-CAM-S berücksichtigt für die Delir-Diagnosestellung den CAM-Algorithmus (für DSM-Delir), ergänzt diesen aber durch eine Schweregraddifferenzierung der vier Einzel-Items (0–7 P.). Zusätzlich wird die psychomotorische Symptomatik des Patienten erfragt, sodass auch der Subtyp (hyperaktiv, hypoaktiv und gemischt oder ohne motorische Symptomatik) festgestellt werden kann. So kann auch ein ICD-10-Delir erfasst werden. Die Validierung des I-CAM-S erfolgt anhand der großen Stichprobe mit unterschiedlicher kognitiver Leistungsfähigkeit. Hierfür werden die täglichen postoperativen Assessments genutzt. Die Validität der Delirdiagnose und die Delirschwere werden durch einen Vergleich mit NuDesc, RASS und einem Chart-Review überprüft. Die Gesamtreliabilität und Testgüte des I-CAM-S werden ermittelt, die Reliabilität der Einzel-Items wird anhand einer IRR-Analyse bestimmt.

Ergebnisse: Die Operationalisierung des I-CAM-S und seine Anwendung werden präsentiert. Eine schwere Aufmerksamkeitsstörung lag vor, wenn <4 Monate rückwärts benannt werden konnten, ab 7 Monaten in Reihe war die Aufmerksamkeit regelrecht. Die Denkstörung, im deutschen CAM (Hestermann et al. 2009) mit einer Logikfrage operationalisiert (Unterschied von Treppe/Leiter) wurde für die Schweregraderfassung durch eine Frage zur Gemeinsamkeit von Objekten ergänzt. Wurde die Unterschiedsfrage verfehlt, die Gemeinsamkeitsfragen aber korrekt gelöst, bestand eine leichte Denkstörung. Sensitivität und Spezifität des I-CAM-S wird an einer Subgruppe dargestellt.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Der I-CAM-S ermöglicht die Erfassung der Delirdiagnose und des Delirschweregrades bei Patienten, die wach genug sind, um eine einfache neuropsychologische Testfrage zu beantworten. Beim Vorliegen einer mehr als leichten Sedierung ist die Delir-Schweregradbestimmung aufgrund der Vigilanzminderung zumeist nicht mehr durchführbar, hier werden (nach der Systematik in Inouye et al. 2014) jeweils höhere Schweregrade postuliert. Dies macht den Test anfällig für Sedierungs-Bias. Die Anwendung des I-CAM-S gelingt gut, wenn auch zeitweise die tägliche Redundanz der Fragen von den Patienten als unangenehm benannt wurde. Der I-CAM-S ist im Alltag sinnvoll und reliabel einsetzbar. Er benötigt eine kurze Untersuchungszeit von ca. 5–10 Minuten. Eine eingehende Schulung der Rater wurde durchgeführt und empfiehlt sich. Ebenso ist es erforderlich, anhand einer Pflegebefragung die vergangenen 24 Stunden in die Beurteilung mit einzubeziehen, da sonst die fluktuierende Symptomatik eines Delirs nicht erfasst wird und ggf. eine falsch negative Diagnose resultiert.

*Vortragsabstract

PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIONEN BEI CHRONISCHEN SCHMERZEN IM ALTER

Peter Mattenklodt

Interdisziplinäres Schmerzzentrum, Universitätsklinikum Erlangen

Die Therapie chronischer Schmerzen bei älteren Menschen stellt Patient und Behandler vor besondere Herausforderungen, die in der spezifischen körperlichen, psychischen und sozialen Situation älterer Menschen begründet sind. Aufgrund der erhöhten Vulnerabilität und der reduzierten Kompensationsmöglichkeiten führen chronische Schmerzen bei älteren Menschen eher als bei jüngeren zu erheblichen Einbußen der Funktionsfähigkeiten und gefährden die Selbstständigkeit und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Ziel der Schmerztherapie ist v.a. die Förderung der Lebensqualität trotz bestehender Schmerzen. Psychosoziale Aspekte sind dabei unbedingt in der Diagnostik und Therapie älterer Menschen mit chronischen Schmerzen zu berücksichtigen. Je nach Funktionsniveau ist auch die Einbeziehung von Angehörigen zu erwägen. Schon die alleinige Durchführung einer Schmerzedukation kann das Schmerzmanagement bedeutsam verbessern. Bei ihrem Schmerzmanagement bevorzugen ältere Menschen insbesondere selbst anwendbare und leicht verfügbare Coping-Strategien. Aber auch Entspannungsverfahren und Pacing erweisen sich oft als hilfreiche Interventionen. Neben den Schmerzen sind auch Bewegungs- und Sturzängste in der Diagnostik und Therapie älterer Menschen zu berücksichtigen, da sie Prädiktoren für zukünftige Schmerzen und Stürze darstellen. Interdisziplinäre Schmerztherapieprogramme sind auch bei älteren Menschen nachgewiesenermaßen wirksam und sollten (wo vorhanden) angeboten werden.

Vorsitzende, Referenten und Diskutanten

Adler, Georg, Prof. Dr. med.

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

Baake, Ricarda

Rheinessen-Fachklinik Alzey
Gerontopsychiatrie
Dautenheimer Landstraße 66, 55232 Alzey

Baumgart, Nadja

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

Baumgarte, Beate, Dr. med.

Pasteurstr. 30, 51643 Gummersbach

Behrens, Annika

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg/Universitäts-
klinik Erlangen, Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung
Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen
Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen

Benninghoff, Jens, PD Dr. med.

kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost
Zentrum für Altersmedizin und Entwicklungsstörungen (ZfAE)
Vockestr. 72, 85529 Haar

Bergmann, Frank, Dr.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Boerner, Reinhard J., Univ.-Prof. Dr. med. Dr. scient. pth. Dipl.-Psych.
Christliches Krankenhaus Quakenbrück, Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie

Danziger Straße 2, 49610 Quakenbrück

Borgmann, Rene, Dr. med.

Klinikum Stuttgart, Zentrum für Seelische Gesundheit
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere
Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart

Böttche, Maria, Dr.

Freie Universität Berlin, Klinisch-Psychologische Intervention
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

Buschert, Verena, Dr.

kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost
Zentrum für Altersmedizin und Entwicklungsstörungen (ZfAE)
Memory-Zentrum
Ringstr. 52, 85540 Haar

Coburn, Mark, Prof. Dr. med.

Uniklinik RWTH Aachen, Klinik für Anästhesiologie
Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen

Czaplik, Michael, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. rer. nat.

Docs in Clouds GmbH
Vaalser Str. 460, 52074 Aachen

Dahling, Volker, Dr. med.

Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizi-
nischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane
Immanuel Klinik Rüdersdorf
Seebad 82/83, 15562 Rüdersdorf

Deeken, Friederike, M. Sc.

Universität Potsdam, Sozial- und Präventivmedizin
Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam

Dodel, Richard, Prof. Dr. med.

Geriatrizentrum Haus Berge, Contilia Group
Germaniastraße 1–3, 45356 Essen

Dorn, Claudia

Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Nürnberg
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg

Drebenstedt, Corinna, Dr. med.

Klinik für Geriatrie/Innere Medizin
St. Marienhospital Friesoythe gemeinnützige GmbH
St. Marien Straße 1, 26169 Friesoythe

Durwen, Herbert F., PD Dr. med.

St. Martinus-Krankenhaus Düsseldorf, Klinik für Akut-Geriatrie
Gladbacher Straße 26, 40219 Düsseldorf

Fani, Markus, Dr. med.

Pfalzkl. für Psychiatrie u. Neurologie
Klinik für Gerontopsychiatrie, GPT u. GPS
Weinstrasse 100, 76889 Klingenmünster

Fehrenbach, Rosa-Adeline, Dr. med.

SHG-Kliniken Sonnenberg, Gerontopsychiatrische Klinik
Sonnenbergstr. 10, 66119 Saarbrücken

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

Rheinessen-Fachklinik Alzey, Gerontopsychiatrie
Dautenheimer Landstraße 66, 55232 Alzey

Frohnhofer, Helmut, PD Dr. med.

Alfried Krupp Krankenhaus, Abteilung für Altersmedizin
Alfried-Krupp-Straße 21, 45131 Essen

Grass-Kapanke, Brigitte, Prof. Dr. phil.

Praxis
Am Königshof 28, 40822 Mettmann

Grimmer, Timo, PD Dr.

Universitätsklinikum rechts der Isar der TU München
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für kognitive Störungen
Ismaninger Str. 22, 81675 München

Grotendiek, Sven, Dr. jur.

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

Grünzig, Manuela

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU)
Magdeburger Straße 8, 06112 Halle

Guhra, Michael, Dr. med.

Evangelisches Klinikum Bethel, Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie, Abteilung für Gerontopsychiatrie
Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld

Gutzmann, Hans, Prof. Dr. med.

Retzdorffpromenade 3, 12161 Berlin

Hanke, Frank-Christian, Dr. Dipl.-Pharm.

Institut für Geriatrie Pharmazie und interdisziplinäre Geriatrie e.V.
Grengeler Mausepfad 129, 51147 Köln

Haupt, Martin, PD Dr. med.

Schwerpunktpraxis Hirnleistungsstörungen
Hohenzollernstr. 1–5, 40211 Düsseldorf

Heneka, Michael, Prof. Dr. med.

Universitätsklinikum Bonn
Klinik für Neurodegenerative Erkrankungen und Gerontopsychiatrie
Sigmund-Freud-Straße 25, 53127 Bonn

Heppner, Hans Jürgen, Prof. Dr. med.

Klinik für Geriatrie, Helios Klinikum Schwelm
Dr.-Möller-Straße 15, 58332 Schwelm

Heuft, Gereon, Univ.-Prof. Dr. med. Dr. theol.

Universitätsklinikum Münster, Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapie
Domagkstraße 22, 48149 Münster

Hirsch, Rolf D., Prof. Dr. phil. Dr. med.

Praxis
Ermekeilstrasse 36, 53113 Bonn

Hüll, Michael, Prof. Dr. med.

Zentrum für Psychiatrie, Klinik für Alterspsychiatrie und
Psychotherapie
Neubronnstr. 25, 79312 Emmendingen

in der Schmitten, Jürgen, Prof. Dr. med.

Gemeinschaftspraxis Wirtz – Keller – in der Schmitten
Necklenbroicher Str. 30, 40667 Meerbusch

Isernhagen, Konrad, Dr. med.

Gemeinschaftspraxis Gotenring
Gotenring 27, 50679 Köln

Jessen, Frank, Prof. Dr.

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Uniklinik Köln
Kerpener Strasse 62, 50924 Köln

Kapsimali, Ioanna

LVR Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Univer-
sität
Institutsambulanz Gerontopsychiatrie
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

Karthaus, Melanie, Dr.

Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund (IfAdo)
Ardeystr. 67, 44139 Dortmund

Keißner-Hesse, Bodo

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

Klocke, Carina, M. Sc.

Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin
und Interprofessionelle Versorgung
Osianderstr. 5, 72076 Tübingen

Knüpling, Katharina, Dr.

LVR-Klinik Bonn, Abteilung Gerontopsychiatrie
Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn

Koling, Elke

Gerontopsychiatrisches Zentrum, GPZ Gerontoneuropsychiatrie
der LWL Klinik Hemer
Hardtstraße 47, 58644 Iserlohn

Kortus, Rainer

Über dem Weiher 8, 66386 St. Ingbert

Kreisel, Stefan

Ev. Krankenhaus Bielefeld, Abt. für Gerontopsychiatrie
Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld

Kriesten, Ursula, Dr.

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

Krüger, Ulrich

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.
Oppelner Straße 130, 53119 Bonn

Kunczik, Thomas, Dr.

DGGPP-Geschäftsstelle
Postfach 1366, 51657 Wiehl

Kutschke, Andreas

Auf dem Kuhberg 40, 41844 Wegberg Wildenrath

Lautenbacher, Stefan, Prof. Dr. phil. Dr. habil.

Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Fakultät Humanwissen-
schaften, Physiologische Psychologie
Kapuzinerstraße 16, 96047 Bamberg

Leonhardt-Raith, Dieter

Spitalstrasse 1
4410 Liestal, Schweiz

Leve, Verena

Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Medizinische Fakultät
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Werdener Str. 4, 40225 Düsseldorf

Löhr, Michael, Prof. Dr. rer. medic.

LWL-Klinikum Gütersloh, Stabsgruppe für Klinikentwicklung
und Forschung
Buxelstr. 50, 33334 Gütersloh

Luppa, Melanie, PD Dr.

Universität Leipzig Medizinische Fakultät, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health
Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig

March, Britta, MBA

AOK Baden-Württemberg, Referat Pflege und Beratung in der Pflege
Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

Marczak, Agnies

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

Margenfeld, Felix

Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Tübingen
Osianderstraße 5, 72076 Tübingen

Mattenklodt, Peter, Dipl.-Psych.

Universitätsklinikum Erlangen Schmerzzentrum
Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen

May, Susann

Medizinische Hochschule Theodor Fontane, Psychiatrie und Psychotherapie
Fehrbelliner Straße 38, 16816 Neuruppin

Meißnest, Bernd

LWL-Klinikum Gütersloh
Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatische Medizin
Leiter Zentrum für Altersmedizin
Buxelstr. 50, 33334 Gütersloh

Menges, Alexander, MBA

Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt (KLF)
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Karl von Hahnstraße 120, 72250 Freudenstadt

Mennig, Eva, M.Sc. (Gerontologie)

Klinikum Stuttgart, Zentrum für Seelische Gesundheit,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere
Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart

Metzger, Florian G., Priv.-Doz. Dr. med.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Vitos Haina
Landgraf-Philipp-Platz 3, 35114 Haina (Kloster)

Möller, Hans-Jürgen, Prof. Dr. med.

Ludwig-Maximilians-University München
Department of Psychiatry
Nussbaumstraße 7, 80336 München

Mukherjee, Sujoy, Dr.

Consultant Psychiatrist
West London NHS Trust, Elm Lodge 4A Marley Close
Greenford, Greater London UB6 9UG, U.K.

Nehen, Hans-Georg, Prof. Dr. med., Essen

Nowack, Katharina, Dr.

Evangelisches Klinikum Bethel, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Gilead 3
Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld

Oude Voshaar, Richard, Prof. Dr., MD, PhD

University of Groningen & University Medical Center Groningen
PO Box 30.001, 9700RB Groningen, Niederlande

Özbe, Dominik

Universitätsklinikum Erlangen
Zentrum für medizinische Versorgungsforschung
Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen

Paikert-Schmid, Irmgard, Dr. med.

Goldachweg 7, 85551 Kirchheim

Palmdorf, Sarah, M. Sc.

Universität Bielefeld, Centre for ePublic Health Research
Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld

Pantel, Johannes, Prof. Dr. med.

Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a.M.

Perrar, Klaus Maria, Dr. med.

Universitätsklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin
Kerpener Str. 62, 50924 Köln

Pfister, Kaspar

BeneVit Gruppe
Grasshoppersstraße 21, 72116 Mössingen

Pöschel, Klaus, Dr.

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

Rapp, Michael A., Prof. Dr. med. Dr. phil.

Universität Potsdam, Humanwiss. Fakultät,
Professur für Sozial- und Präventivmedizin
Am Neuen Palais 10, Haus 12, 14469 Potsdam

Repschläger, Frauke

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Unternehmensbereich Ambulante Versorgung
Geschäftsbereich Arzneimittel/Apotheken
Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf

Rezo, Anna

Universität Potsdam, Sozial- und Präventivmedizin
Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam

Richert, Anna

Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Höhensteig 1, 12526 Berlin

Rigas, Andreas

Krankenhaus Maria-Hilf, Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
Dießemer Bruch 81, 47805 Krefeld

Röder, Susanne, Dr.

Zentrum für Kognition und Emotion der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Sozialstiftung Bamberg
St.-Getreu-Str. 18, 96049 Bamberg

Rodriguez, Francisca, Dr.
Universität Leipzig, Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health
Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig

Rostamzadeh, Ayda, Dr.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Köln
Kerpener Str. 62, 50937 Köln

Schaefer, Rolf, Dr.
GFO Kliniken Rhein-Berg, Betriebsstätte Marien-Krankenhaus
Klinik für Geriatrie
Dr.-Robert-Koch-Str. 18, 51465 Bergisch Gladbach

Schlauff, Eckehard, Dipl.-Gerontologe
Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg
Bezirksamt Lichtenberg/Volkssolidarität e.V.
Einbecker Str. 85, 10315 Berlin

Schröder, Henning
Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und
Sportgerontologie Am Sportpark
Müngersdorf 6, 50933 Köln

Schulz, Philipp, M. Sc. Psych.
Evang. Klinikum Bethel gGmbH, Forschungsabteilung
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Remterweg 69–71, 33617 Bielefeld

Schulz, Michael, Prof. Dr.
LWL-Klinikum Gütersloh
Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatische Medizin
Abteilung Klinikentwicklung und Forschung
Buxelstr. 50, 33334 Gütersloh

Spank, Juliane
Klinikum Stuttgart Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für
Ältere
Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart

Spannhorst, Stefan, Dr. med.
Klinikum Stuttgart, Zentrum für Seelische Gesundheit
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere
Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart

Sparring Björkstén, Karin, M.D., Ph.D.
Karolinska Institutet, Department of Neurobiology, Care Sciences
and Society
Solnavägen 1, 17177 Stockholm, Schweden

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

Sutter, Lorenz
Klinikum Stuttgart, Zentrum für Seelische Gesundheit
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere
Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart

Tagay, Sefik, PD Dr. Dipl.-Psych.
LVR-Klinikum Essen, Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Virchowstr. 174, 45147 Essen

Thomas, Christine, PD Dr. med.
Klinikum Stuttgart, Zentrum für Seelische Gesundheit
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere
Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart

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

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

Verhülsdonk, Sandra, Dr. rer. nat.
LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universi-
tät, Institutsambulanz Gerontopsychiatrie
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

Vetter, Chiara
Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik
Medizinische Psychologie und Soziologie
Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen

Volmar, Benjamin
Klinikum Gütersloh gGmbH, Demenz-Koordinator
Reckenberger Straße 19, 33332 Gütersloh

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

Wagner, Hans-Otto, Dr. med.
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Weckbecker, Klaus, Prof. Dr. med.
Gemeinschaftspraxis
Hauptstraße 38 a, 53604 Bad Honnef

Welz-Barth, Annette, Prof. Dr. med.
Petrus-Krankenhaus, Klinik für Geriatrie (Akutgeriatrie)
Klinik für Geriatriische Rehabilitation
Carnaper Str. 48, 42283 Wuppertal

Wolter, Dirk K., Dr. med.
LVR-Klinik Bonn, Abteilung Gerontopsychiatrie
Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn

Zimmer, Bernd
Facharzt für Allgemeinmedizin-Rehabilitationswesen-Sportmedizin
Nevigener Str. 139, 42113 Wuppertal

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



Maria-Dorothea Heidler

DAS ARBEITSGEDÄCHTNIS

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

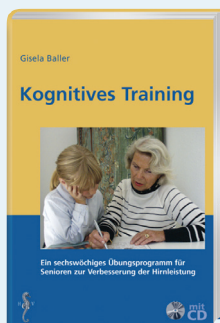
Hippocampus Verlag,
Bad Honnef 2013
broschiert, 252 S., € 34,95
ISBN 978-3-936817-91-1

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



Hippocampus
Verlag



G. Baller

Kognitives Training

**Ein sechswöchiges Übungsprogramm
zur Verbesserung der Hirnleistung**

144 Seiten brosch., inkl. CD-ROM zum Ausdrucken der Übungen
Hippocampus Verlag, € 19,90
ISBN 978-3-9806107-5-9 (Buch mit CD)



Das von der klinischen Neuropsychologin Gisela Baller aufgrund ihrer praktischen Arbeit mit älteren Patienten konzipierte Übungsbuch umfasst das Programm für ein ca. sechswöchiges Eigentaining. Ausgehend von fünf Trainingstagen pro Woche und drei bis vier Übungen pro Tag enthält es 100 Übungen zum Eigentaining. Die Zusammensetzung der Übungseinheiten für einen Tag ist so abgestimmt, dass die Trainingsdauer etwa 15–20 Minuten beträgt.

Die Art und Zusammensetzung der Übungen erfolgt in Anlehnung an die Symptome des „mild cognitive impairment“. Entsprechend liegt der Schwerpunkt der Übungen auf der Förderung der Merkfähigkeit, der Orientierungsfähigkeit und des Urteilsvermögens. Die Übungen wurden dahingehend ausgewählt, daß sie einen möglichst alltagspraktischen Bezug aufweisen.

Schwieriger war es, die motivationalen Aspekte zu berücksichtigen. Dies soll zum einen durch die Vermittlung von Erfolgserlebnissen geschehen, indem Langzeitgedächtnisübungen eingebaut wurden, die für demente Personen meistens leichter lösbar sind. Zum anderen wurden ein bis zwei Lesetexte eingebaut, die die Bedeutsamkeit des regelmäßigen kognitiven Trainings veranschaulichen.

Dementsprechend besteht das Übungsbuch aus einem kurzen Einleitungsteil, dem Übungsteil mit zwei Texten zu Motivationssteigerung und dem Lösungsteil. Des weiteren enthält der Anhang einen „Tageskalender“, der das zeitliche Orientierungsvermögen und die Planungskompetenz fördern soll und dem behandelnden Arzt als Rückmeldung vorgelegt werden kann.

**Auch als Übungshefte mit je 30 Übungen auf 48 Seiten zum Aushändigen an die Patienten
lieferbar! (ISBN 978-3-936817-31-7, 3 Hefte als Verpackungseinheit € 12,-)**

Bestellung im Buchhandel oder unter www.hippocampus.de



Hippocampus
Verlag



FORSCHUNG, DIE WIRKUNG ZEIGT.

Unser Anspruch ist es, die Lebensqualität von Menschen mit neurodegenerativen und seltenen Erkrankungen zu verbessern.

WIR SCHAFFEN ZUKUNFT

