

Curriculum Gerontopsychiatrie und –psychotherapie

Abschnitt A: Grundlagenwissen			
Thema	Inhalte	Fach- arzt	Haus- arzt
Gerontologisches Grundlagenwissen	<p><i>Ab wann ist man alt?</i> Biologische, soziologische (z. B. Rentenbeginn), psychologische und psychiatrische Definitionsversuche und –kriterien Verschiebung der wissenschaftlichen Definition von 65 auf 60 Jahre Subjektives Empfinden, Differenzierung zwischen Selbst- und Fremdbild</p>	1	1
	<p><i>Was wissen wir über Altern und Altsein?</i> Unsere kulturellen Altersbilder Individuelle Erfahrungen aus Kindheit und Erwachsenenzeit, frühere und heutige Altersbilder in Medien (Märchen, Romane, Rundfunk und Fernsehen) Während Aus-, Weiter- und Fortbildung erworbene Kenntnisse Eigene individuelle Erwartungen und Ängste vor dem Alter und Altsein</p>	1	1
	<p><i>Altern = (hirn-) organischer Abbau und Multimorbidität?</i> Physiologische Altersveränderungen Alt gewordene psychisch Kranke und erstmals erworbene Krankheiten während des Alterns Zur Bedeutung von krankhaften Veränderungen, Erkrankungen und Beeinträchtigungen Kompression der Morbidität und Multimorbidität Ausmaß von hirnganischen Veränderungen und Erkrankungen während des Alterns Ausmaß von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit während der Alternsphasen</p>	2	2

Biologisches Altern	<p>Nervensystem: Sensorik: Sehen, Hören, Riechen, Geschmack, Plastizität, Lernen, Gleichgewichtsfunktionen im Alter, Gangstörungen, Verlangsamung, Neurotransmitterveränderungen häufige ZNS-Erkrankungen im Alter: Parkinson, epileptische Anfälle....</p> <p>morphologische Veränderungen des ZNS: Atrophien Peripheres Nervensystem: (autonome) Neuropathien</p> <p><i>Allgemein-körperliche Veränderungen:</i> z.B. Herz, Gefäße, Nieren, Knochen/Gelenke etc. Somatische Multimorbidität, Krankheitsketten, alternde Krankheiten, primäre Alterskrankheiten Therapieprobleme, Multimedikation, physikalische Therapieverfahren/Rehabilitation</p>	10	10
Psychisches Altern	<p><i>Entwickelt man sich noch während des Alterns?</i> Definition von Entwicklung, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsbereiche, Stabilität von psychischen Funktionen, Kompetenzen/Ressourcen und Schwächen/Risikofaktoren, Risikogruppen</p>	1	1
	<p><i>Kann Altern auch gelingen?</i> Individuelle/familiäre Kompetenzen sowie individuelle/familiäre/gesellschaftliche Ressourcen Adapation und sich verändernde Coping-Strategien Lebensqualität/Lebenszufriedenheit/Lebensrückblick Selbst erlebte positive Alternsmodelle</p>	1	1

	<p><i>Wie altert man heute in Mitteleuropa?</i> Demographische Veränderungen und Lebenserwartung bei Geburt und nach dem 60. Lebensjahr Ungleiche Startchancen (differenzielle Sicht): materielle und ökologische Situation, Bildung, Familienstruktur, intra- und intergenerationelle Beziehungen, unterschiedliche kulturelle und nationale Gruppen</p> <p>Altern Frauen anders als Männer? (Bedeutung der Feminisierung der Gerontologie!), Geschlechterverhältnisse während des Alterns, soziale Netzwerke und soziale Einbettung von Frauen im Vergleich zu Männern, Entwicklungsaufgaben für Frauen und Männer, Geschlechtsspezifisches Gesundheitsverhalten und Krankheitsbefunde, Frauen aus anderen Kulturen/Nationen (Migration)</p>	2	2
soziales Altern	<p><i>Altern in Abhängigkeit von psychischer/körperlicher Gesundheit bzw. Krankheit – soziale Einschränkungen</i> Die dreifache Barriere: alt, psychisch und körperlich krank Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in den Altersphasen Notwendigkeit einer bio-psycho-sozialen Querschnittssicht (Kumulationseffekte) Subjektive Bedeutung von physiologischen Veränderungen, Krankheiten und Behinderungen (einschl. Beschämungen/Kränkungen)</p>	1	1
	<p><i>Unsere Zukunft: "neue" Alte und altersbunte Gesellschaft in Mitteleuropa?</i> Prognostizierte Veränderungen (demographische, soziologische), bezüglich Lebenserwartung, Einkommen (neue Altersarmut?) und Bildungsstand bezüglich Gesundheits- und Krankheitsstand Auswirkung des sich verändernden Geschlechterverhältnisses (mehr Männer) und möglicher längerer Berufstätigkeit Mögliche neue und andere Lebens- und Wohnformen Multikulturelle und transnationale mobile Altengesellschaft? Eigene individuelle Vorstellungen der TeilnehmerInnen über ihr Altern?</p>	1	1

	<p><i>Lohnt sich die Behandlung Älterer (noch)?</i> Grundprinzipien der Altersmedizin bezüglich Diagnostik/Therapie sowie Prävention/Rehabilitation Fortschritte der Geriatrie/Gerontopsychiatrie innerhalb der letzten 10 Jahre Grundzüge gerontopsychiatrischer, -psychotherapeutischer und -psychosomatischer Behandlung</p>	2	2
	<p><i>Aufgabenfelder der Allgemeinen Medizin, Geriatrie, Gerontopsychiatrie und –psychotherapie</i></p>	2	2
Psycho-therapeutische Grundeinstellung	<p><i>Eigene Altersbilder, Einstellungen gegenüber dem Alter</i> eigene familiäre und weitere Erfahrungen mit Älteren, eigene Ängste vor und Wünsche an das Altern, Altersbilder (insbesondere auch bezüglich möglicher Veränderungen und Zielsetzungen psychotherapeutischer Interventionen)</p>	2	2
	<p><i>Was kann Psychotherapie bei Älteren und wodurch bewirken?</i> Psychotherapierrelevante Störungen, psychotherapeutische Teilaufgaben bei organischen/hirnorganischen Erkrankungen, Zielsetzungen, Möglichkeiten und Formen von Psychotherapie</p>	2	2
	<p><i>Beziehungsgestaltung:</i> Nach Kenntnis der Identität des/der Älteren (biografische Entwicklung einschl. historischer Einflüsse, derzeitige psycho-bio-soziale Lebenssituation) Besonderheiten der Beziehung jüngere Professionelle und Ältere Aufbau/Beendigung der Beziehung gemäß Zielsetzung, Beziehungsstörungen (Die Inhalte werden ergänzt und vertieft durch die entsprechenden Themen bei Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie!)</p>	2	2
	<p><i>Handhabung eines Behandlungsvorschlags für eine Psychotherapie:</i> Positive Formulierung des bestehenden Problems/Konfliktes bzw. der Störung, Widerstände auf Seiten der Älteren (Selbst- und Idealbilder, familiäre/soziale Umgebung), Unterstützungsmaßnahmen bei Überweisung/Erhaltung der eigenen Beziehung etc.</p>	1	1

	<p><i>Gesprächsführung unter besonderer Berücksichtigung von:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansprache und Akzeptanz des/der Älteren als erwachsene(r) Gesprächspartner(in) unter der Situation und den Setting-Bedingungen der jeweiligen Berufsgruppe • Vermeidung von Norm-Setzungen, regressionsfördernden Maßnahmen • Akzeptanz der Lösungsvorschläge auf Seiten der Älteren/seiner Familie • Definition der eigenen Funktion/Rolle im Gesamt-Versorgungssystem • Konkurrenz zu Mitbehandlern/eigenes "Agieren" 	5	5
Versorgung / Konsiliardienst	<p>Die Ausgangssituation / Grundsätzliches: Hintergrundvariablen und ihre Bedeutung für die allgemein medizinische Versorgung (s. gerontologische Grundlagen) Die Lage der GP und Expertenvorschläge zu ihrer Weiterentwicklung: Psychiatrie-Enquete (D,1975), Expertenkommission der Bundesregierung (D, 1988), Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger (D,1997), Arbeitsgruppe der DGGPP (1998), weitere Expertenvorschläge im deutschsprachigen Raum Die Aufgabenfelder der Gerontopsychiatrie und Grundprinzipien gerontopsychiatrischer Versorgung (WHO 1997).</p>	1	1
	<p><i>Das bestehende Versorgungssystem und dessen Weiterentwicklung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was gibt es in der Region? Welche zusätzl. Hilfen sind möglich? (Beratung, Flyer.) Gibt es „Kniffe“ zur Finanzierung spezieller Versorgungsangebote? Medizinische Allgemeinversorgung in Abhängigkeit von Bevölkerungsdichte. • „Schaltstelle“ („Gatekeeper“) Hausarzt: seine zentrale Bedeutung für Frühdiagnostik, Ersttherapie, Weichenstellung („Case Management“) zur Mitbehandlung / Mitbetreuung durch ambulante Pflege, Sozialarbeiter, Physiotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapeut; dringend erforderlich: Verbesserung psycho-diagnostischer und psychotherapeutischer Kompetenz des Hausarztes. • Aufgaben und aktuelle Inanspruchnahme des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, Gründe für das geringe Angebot an Psychotherapie und Maßnahmen zur Weiterentwicklung. 	2,5	2,5

- Aufgaben und Weiterentwicklung von Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der Versorgung.
- Memory-Clinics/Gedächtnissprechstunden, gp Ambulanzen, Tageskliniken und Kliniken, Schwerpunktpraxen und „Gerontopsychiatrische Zentren“: Struktur, Versorgungsbeitrag, Weiterentwicklung.
- Funktion der Sozialpsychiatrischen Dienste / Beratungsstellen / Spitex-Dienste (CH).
- Heime, Wohn- und Hausgemeinschaften: Struktur, Versorgungsbeitrag, Weiterentwicklung. Speziell: Betreuung der psychisch kranken Älteren Menschen im Heim (Vor- und Nachteile von: aufsuchend von aussen/eigener heimärztlicher Dienst).

Versorgungsprinzipien:

- Das „aufsuchende“ Versorgungsprinzip und seine Bedeutung insbesondere für psychisch kranke Ältere.
- „Multiprofessionalität“ (nicht nur arztzentrierte Versorgungsangebote).
- Überwindung der „Schnittstellen“: Selbsthilfebereich zu Profis; Hausarzt / Facharzt zu TK / Klinik. Vom Konkurrieren zum Kooperieren; welche Ansätze gibt es für bereichsübergreifende Dokumentationssysteme?
- Integrative versus spezialisierte gp Versorgung, speziell in der (gp) Klinik, im Heim; Berücksichtigung auch von kulturspezifischen Aspekten.
- Unterschiede in der Versorgung psychisch kranker Älterer in der Stadt / auf dem Land.
- Besondere Problemgruppen: z.B. altgewordene geistig Behinderte.
- Welche Modelle existieren / was können wir von ihnen lernen? (z. B. „Gerontopsychiatrisches / geriatrisches Verbundsystem des Bezirks Marzahn-Hellersdorf“, Berlin; Kooperation von Gp und Geriatrie im „Zentrum für Ältere“, Hamburg). Welche weiteren nationalen Spezialitäten gibt es? Was hat sich übernational bewährt?

	<p><i>Bedeutung von Architektur und technischen Hilfsmitteln:</i> für den Erhalt der Selbständigkeit psychisch kranker alter Menschen und für ihre Versorgung. Wie kann Einfluss auf die Städteplanung genommen werden? Aufklärung der Öffentlichkeit (Beispiel: „Nürnberger Bündnis“).</p>	0,5	0,5
	<p><i>Ggf. praktische Erfahrungen / Hospitation in einem ausgewählten Praxisfeld (3 Stunden)</i></p>		
	<p><i>Weiterentwicklung des Versorgungssystems:</i> (insbes. sektorenübergreifende „integrierte“ Versorgung gem. § 140 SGB V (D)), der Vergütungssysteme (z. B. bessere Honorierung von Hausbesuchen) und des Versicherungssystems (z. B. Überwindung der Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung, Gleichstellung von psychisch und körperlich Kranken in der Pflegeversicherung).</p>	1	1
Angehörigenarbeit	<p><i>Belastung der Angehörigen und deren Auswirkungen:</i> Rollenwechsel, Veränderungen der (partnerschaftlichen) Beziehungen, Probleme bei der Akzeptanz von Hilfen</p>	4	4
	<p><i>Entlastungsangebote:</i> Bestand und Bedarf, Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements, Bausteine und Kompetenzen professioneller Angehörigenarbeit, Versorgungsnetzwerk, Angehörigenschulung</p>	4	4
Oeffentlichkeits- arbeit / Lehre	<p><i>Vermittlung ganzheitlicher und aktueller Sicht allgemeiner und spezieller Altersthemen:</i> Klärung allgemeiner Abwehr gegenüber Altersthemen, Erkundung allgemeiner Einstellung individueller Erfahrungen, Übertragungsaspekte, didaktische Möglichkeiten / Vermittlungsprobleme</p>	1	1
	<p><i>Mitarbeit:</i> Möglichkeiten und Erfordernisse in Gremien/Altenarbeit, Altenhilfe; lokale, regionale und spezifische Altenplanung; Kenntnisse über Beschaffung Materialien/Daten</p>	1	1

	<p><i>Öffentlichkeitsarbeit:</i> Vermittlung von Informationen über eigene fachspezifische Kompetenzen durch Vorträge, Interviews etc. (einschl. Zielsetzungen, Didaktik und Form), Diskussion bestehender individueller und berufsgruppenspezifischer Schwierigkeiten und Hemmungen bei der Umsetzung.</p>	1	1
<p>Gesundheitsförderung und Prävention</p>	<p><i>Allgemeine Massnahmen der Gesundheitsvorsorge:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Geistige Aktivität:</i> Aktives Lernen, soziale Kontakte, Auseinandersetzung mit neuen Aspekten des Lebens (Technik, Politik, sozialen Entwicklungen, Kunst) • <i>Körperliche Aktivität:</i> Altersgerechte regelmässige körperliche Übungen unter Berücksichtigung von bestehenden Behinderungen und vorbestehenden Kompetenzen (Bergsteigen-Gärtnern-Tanzen-Schwimmen-Golfen...) • <i>Ernährung:</i> Anpassung an reduzierten Energiebedarf, Kompensation der verminderten körpereigenen Steuerung durch geplantes und strukturiertes Ess- und Trinkverhalten. Supplementierung der Mikronährstoffe und Kompensation der verminderten Stoffwechsellkapazität (Vit. B12, D etc.) • <i>Wohnen:</i> Lebensbedingungen (Wohnkomfort,), Sicherheit (Beleuchtung, Sturzrisiken), Distanz zu Einrichtungen der Grundversorgung (Läden, Banken, Post, Med. Einrichtungen) <p><i>Soziales:</i> Finanzielle Sicherheit, Vereinsamung und „Versingelung“ (z.B. immer allein Essen→ Risikofaktor für Malnutrition) durch strukturelle und individuelle Massnahmen bekämpfen. Compliance fördern, Coping</p>	2	2

	<p><i>Spezifische Massnahmen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissen über die mit alterspsychiatrischen Krankheiten assoziierten Risikofaktoren • <i>Regelmässige Check-ups:</i> bez. Visus, Gehör, Herzkreislauf-Risikofaktoren, Blutdruck, Lipide, Blutzucker, Gewicht, Nierenfunktion, Blutbild, Krebsvorsorge: Mamma, Uterus, Prostata, Colon. Osteoporose / Sarkopenie: Gelenke, Knochen, Muskelmasse (Armumfang messen) • <i>Med. Massnahmen:</i> Compliance fördern, Über-/Untermedikation vermeiden Herzkreislauf und Stroke Prävention: Konsequente Therapie der Risikofaktoren, besonders Sekundärprävention von kardio- und zerebrovaskulären Störungen • <i>Impfungen:</i> Grippe, Pneumonie, Tetanus, Polio, Hepatitis (Alte sind Weltreisende...) und je nach Reisezielen spez. Impfungen • <i>Sturzprävention:</i> Vit. D, Hüftprotektoren, Visusverbesserung, Physiotherapie, Orthopädie • <i>Endokrinologische Störungen:</i> Klinische Symptome oft unspezifisch Labor bei geringem Verdacht <p>Auseinandersetzung mit der „Anti-aging-Bewegung“</p>	2	2
	<p><i>Konfliktbereich Autonomieerhalt versus „fürsorglicher Zwang“:</i> adäquate Gewichtung von Autonomie und Risiken bei alten Menschen, Gefahr der Vernachlässigung und Gleichgültigkeit</p>	1.5	1.5
	<p><i>Freiheitsentziehende Massnahmen:</i> Die häufigsten Gründe für die Anwendung entsprechender Massnahmen (Sturzgefahr, Weglauftendenz, Unruhe...) differenzierter Einsatz freiheitsentziehender Massnahmen (Fixierung, Bettgitter), Genehmigungspflicht</p>	1	1.5

Ethik / Rechtsfragen	<i>Einwilligung zur Behandlung und Vorsorgeverfügung:</i> Dauerhafte versus vorübergehende Einwilligungsunfähigkeit Behandlung gegen den Willen, Probleme lebensverlängernder Massnahmen (z.B. PEG-Sonden), Vorsorgeverfügungen	1.5	1.5
	<i>Strafrechtliche Aspekte:</i> Straf- und haftungsrechtliches, aktuelle richterliche Entscheidungen zur Schaffung eines Problembewusstseins	0.5	0.5
	<i>Betreuungsrecht / Beistandsrecht:</i> Gründe für und gegen eine Betreuung, Betreuungsübernahme durch Angehörige bzw. Betreuungsstellen (Verbeiständigung). Rechtliche Möglichkeiten aber auch Grenzen der Betreuung für die Ärzte	1	1
	<i>Pflegeversicherung:</i> Kriterien für die Einstufung, finanzielle Auswirkungen	0.5	0.5
	<i>Heimgesetzgebung:</i> Grundkenntnisse der Heimgesetzgebung, wichtige Aspekte der Heimbetreuung, Kriterien für die Heimauswahl und Heimwechsel	0.5	0.5
	<i>Einwilligung in Forschungsprojekte:</i> Aspekte der Bioethikkonvention, Bedeutung von Betreuung und Vorabverfügung	0.5	0.5

Sterben und Tod

Allgemeines:

Statt Überbetonung von „Kompetenzen“, „Neuer Freiheit“ und „Goldenem Herbst“: Alter bedeutet auch Grenzerfahrung, Todesnähe und Sterben.

Der verdrängte Tod:

Heute weitgehend aus Öffentlichkeit/Bewusstsein verdrängt. Trauern findet nicht statt. Ursachen dafür sind u.a. Verlängerung der Lebenserwartung/Verlust der Hoffnung auf Jenseits.

Das Erleben von Todesnähe:

Dem Psychiater und Psychotherapeuten begegnen Todesangst und Tod auf vielfältige Weise. Vorbereitet kann er Hilfe leisten.

Der akzeptierte Tod – Sterbebegleitung, Palliativmedizin:

Sterbebegleitung und Palliativmedizin haben zu menschenwürdigem Sterben beigetragen. Der Psychiater sollte psychiatrische Begleitsymptome wie Depression und Angst erkennen und behandeln. Auch Beratung der Angehörigen.

Euthanasie –der gewünschte Tod:

- „Passive Euthanasie“: Unterlassung oder Abbruch einer Therapie, die lediglich das Sterben eines Menschen hinauszögert – problematisch, wenn der Betroffene seinen Willen nicht mehr zum Ausdruck bringen kann. Verzicht auf künstliche Ernährung, ärztliche Intervention:
Abwägen, da sie auch immer Respekt vor dem kranken Menschen bekunden.
- „Indirekte Euthanasie“: Bekämpfung von Schmerzen oder anderen Krankheitssymptomen mit hohen Dosen von Opiaten oder anderen Medikamenten, unter in Kauf genommenem Risiko, das Leben zu verkürzen – ethisch am wenigsten problematisch.
- „Aktive Euthanasie“: Verabreichung von Medikamenten, um das Leben des Betroffenen zu beenden. Tötung auf Verlangen: In den Niederlanden weit akzeptiert und legalisiert. Der ärztliche Auftrag aber: Unvereinbar mit gezielter Lebenskürzung.

Weitere Tötungshandlungen und deren Problematik:

- Tötung auf unfreiwilliger Basis, die nicht dem Wohl des Betroffenen dient.

Abschnitt A		67	67,5
Gesamt:			

	Abschnitt B: Diagnostik – Untersuchung, Rating, Dokumentation		
	<p>Umfassende Anamnese sowohl von dem Patienten als auch von Bezugspersonen zu folgenden Aspekten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gegenwärtige Beschwerden und Entwicklung der Symptome (einschließlich abnormer Verhaltensweisen), frühere psychiatrische und somatische Anamnese (speziell Depression, Angst, Antriebsstörungen, Wahn und Halluzinationen, frühere Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten) • Schwerwiegende Lebensereignisse in letzter Zeit und die Reaktionen des Patienten darauf, früherer Lebensablauf und historische Ereignisse • Ausbildungsgang, berufliche Entwicklung, Berentung • Prämorbide Persönlichkeit, Coping-Stil und kognitive Krisenbewältigungsmechanismen, Religiosität 	2	2
Psychiatrische Anamnese	<p>Soziale Aspekte, Lebenssituation, Fähigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gegenwärtige und frühere soziale und ökonomische Verhältnisse, Partnerschaften und Familiengeschichte, soziales Netz • typischer Tagesablauf und Beschäftigungen (inkl. Schlaf, sexuelle Aktivität und Ernährung) • Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde oder professionelle Dienste, Grad der Selbstständigkeit • Alltagskompetenz: Fremdbeurteilungsskalen zur Einschätzung der Alltagskompetenz (ADL und IADL), NOSGER¹ 	1	1

¹ Die hier und im folgenden mit * angegebenen Tests und Skalen sind als vorläufig anzusehen. Sie bilden die überwiegende Erfahrung und Meinung der Konsensgruppe ab. Allerdings soll im Hinblick auf europäische Harmonisierungen und weiterer Entwicklungen das Thema weiter ausgearbeitet werden.

	Beziehungen inter- und intragenerational: <ul style="list-style-type: none"> • Umfang und Qualität der Partnerschaften, Freundschaften und Familienbeziehungen • Fähigkeit der Beziehungsaufnahme • Skalen: z.B. SOZU *, Nürnberger Altersinventar Skala zur Lebensqualität 	1	1
Psychopathologische Untersuchung	<p><i>umfassende psychiatrische Untersuchung eines alten Patienten:</i> äußere Erscheinung und Verhalten, Bewusstseinslage, Stimmung und Affekte, Suizidalität, Antriebslage, Inhalte des Denkens (z. B. abnorme Überzeugungen, Erfahrungen oder Krankheitsbefürchtungen, bzw. Krankheitseinsicht), formale Denkstörungen, kognitive Funktionen, Schmerzen und somatisierendes Verhalten, Einsicht in Entscheidungssituationen und in die eigenen Probleme.</p> <p><i>Rating und Dokumentation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Skalen zur operationalisierten Erfassung psychopathologischer Symptome; Diagnoseinstrumente für Demenzen <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Kennen</u>²: z.B. AGP *, CAMDEX-R *, Instrumente zur Schweregradbestimmung von Demenzen und Screening-Instrumente: NPI *, Global Deterioration Scale, CDR ○ <u>Übungen/Können</u>: z.B. MMSE *, ADAScog * (Siehe Block Demenz) • Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen zur Einschätzung von Depressivität und paranoid-halluzinatorischen Störungen, Übungen: MADRAS *, Geriatric Depression Scale * • Evtl. videogestütztes Training, mindestens ein Verfahren sollte eingeübt werden -bis zur „Anwendungsreife“ 	2	4

² Im folgenden wird unterschieden, ob von der entsprechenden Methode Kenntnisse oder ob durch Übungen Können und Routine erworben werden sollen.

Neuropsychologische Diagnostik

neuropsychologische Syndrome: Unabhängigkeit/Abhängigkeit von Ätiologie der Läsion bzw. –Hirnfunktionsstörung

- *Amnestisches Syndrom*: episodisches Gedächtnis, Ungestörtheit anderer Gedächtniskomponenten
- *Aphasie* : Psycholinguistik, Phoneme, Lexikon, Syntax etc., Aphasiesyndrome, Spontansprachcharakteristik
- *Apraxie*: Fehler im Objektgebrauch, Apraxiesyndrome
- *Agnosie*: Perzeption, Apperzeption, Agnosiesyndrome
- *visuell räumliche Störungen*
- *Frontalhirnsyndrome*: Apathische-, Amotivationssyndrome, Disinhibitions-, pseudopsychopathische Syndrome
- *Arbeitsgedächtnis*

Kognitives Altern

neuropsychologische Defizite bei den verschiedenen Demenzsyndromen

Testtheorie: Testgütekriterien und deren Überprüfung, Neuropsychologische Untersuchungsverfahren und deren Entwicklung aus neuropsychologischen Experimenten, Validierungsprozess

Skalierungsmethoden: Grenzwerte, Sensitivität, Spezifität etc. -Performanz vs. Kompetenz
idealer Testzeitpunkt, ideale Testbedingungen

Performanzfaktoren: Motivation, Müdigkeit, Ablenkung, Schmerzen etc.; Testtraining (Lerneffekte bei Testwiederholung), Testangst, Einfluss der Bildung, prämorbidestes Leistungsniveau

Testverfahren: (noch) kein allgemeingültiger Kanon (z.B. Empfehlung der American Academy of Neurology oder CERAD-Neuropsychologie *, ADAScog *)

exemplarisch viel verwendete, sinnvolle Markertests für die Leistungsdimensionen, deren Anwendung und Auswertung (mit Altersnormen)

- *episodisches Gedächtnis*: Können: Lernlistentests CERAD *, verbale Gedächtnistests CERAD *; Validität für Demenz

Weiteres somatisches Assessment	<p>internistisch-geriatrische Anamnese: subjektiv/objektive Bedeutung von Symptomen, Arzt/Pat.-Rolle im somatischen Zusammenhang</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese bestehender und wichtiger früherer körperlicher Krankheiten: Die wesentlichen Organsysteme untersuchen und wichtige Auffälligkeiten identifizieren können. • Eine detaillierte neurologische Untersuchung durchführen und dabei wesentliche Auffälligkeiten identifizieren können. • Medikamentenanamnese und gegenwärtige Medikation • Nutzung von Hilfsgeräten <p>Die <i>Zusammenhänge</i> zwischen psychiatrischen und körperlichen Erkrankungen in Bezug auf Ätiologie, Symptomatik, Behandlung und Prognose verstehen können. Das Spektrum normaler und pathologischer psychischer Reaktionen auf körperliche Nöte und Behinderungen im Alter einschätzen können.</p> <p><i>Diagnostisches Vorgehen</i> bei häufigen geriatrischen Symptomen: Stürze, Schwäche (failure to thrive), Bewegungsstörungen, Luftnot, Inkontinenz, Schmerzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • somatische Tests: z.B. Tinetti *, timed up and go *, Strichgang *, weitere sensorische und motorische Tests • Grad der objektiven gesundheitlichen Belastung • Dokumentation: Barthel Index * 	2	2
Technische Untersuchungen	<p><i>Technische Untersuchungen</i> angemessen indizieren und ihre Ergebnisse sachgerecht interpretieren können</p> <p><i>Kenntnis der Methoden:</i> Laboruntersuchung des Blutes und des Urins, Röntgenuntersuchung des Thorax, EKG, neurophysiologische Untersuchungen, z. B. EEG, bildgebende Untersuchungen des Gehirns, genetische Untersuchungen.</p> <p><i>Assessments</i> anderer Berufsgruppen wie Krankenschwestern, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Psychologen bewerten und integrieren können.</p>	1	1
Synopsis	Nosologische Klassifikation, Multiaxiale Klassifikation, Dokumentation	0.5	0.5

Abschnitt B- Gesamt:		17,5	14,5
---------------------------------	--	-------------	-------------

	Abschnitt C: Allgemeine Therapie		
Psychopharmakotherapie	Allgemeine Psychopharmakotherapie älterer Patienten	2	2
	Pharmakokinetik und therapeutisches drug monitoring	3	2
	Einteilungsprinzipien von Psychopharmaka inklusive Phytopharmaka	3	1
	Klinisch relevante Wechselwirkungen	2	1
	Pharmakoökonomie Kombination Pharmakotherapie-Psychotherapie Dokumentation der Psychopharmakotherapie Verordnung in verschiedenen Verordnungssystemen	2	2
	Psychotherapie	Je Alternative	30
Alternative 1: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Älterer	Allgemeine psychodynamische Aspekte	5	5
	Spezifische psychodynamische Aspekte	3	3
	Übertragung, Gegenübertragung	2	2
	Erstgespräch	3	3
	Psychodynamische Diagnose	2	2
	Ko-Morbidität und (Behandlungs-)Kooperation	2	2
	Indikationsstellung	2	2
	Behandlungsverlauf	4	4
	Psychodynamisch relevante Therapieverfahren	3	3
	Behandlungskonzepte für unterschiedliche Störungen / unterschiedliche Settingbedingungen	2	2

	Behandlungsergebnisse	2	2
Alternative 2: Verhaltens- therapie für Ältere (VT)	Grundlagen für Ältere: Theorie, altersbezogene Modelle, spezifische Problemanalyse	6	6
	VT-Methoden: operante, kognitive Verfahren	4	4
	VT bei altersrelevanten Störungen	4	4
	VT in verschiedenen Settings (stationäre, Rehabilitation, Heim)	2	2
	VT mit Angehörigen, Familie	4	4
	Fallarbeit, Supervision	10	10
Alternative 3: Interpersonelle Psychotherapie für ältere Depressive (IPT)		1,5	1,5
	Kurzcharakteristik der IPT		
	Depression im Alter	0,5	0,5
	Praxis der IPT	2	2
	Darstellung der IPT-late life Modifikationen	3	3
	Durchführung der IPT	12	12
	IPT als Gruppenangebot	2	2
	Umgang mit schwierigen Therapiesituationen	3	3
Fallarbeit/Supervision	6	6	

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Systemtheorie, Kurzcharakteristik:</i> Kybernetik statt linear-kausales Denken, Systemtheorie, Lerntheorie, Stresstheorie, Chaostheorie,. Gegenseitige Wechselwirkung (Patient als Symptomträger, "Indexpatient" ist Teil eines Systems, beide beeinflussen sich gegenseitig. das System nimmt Einfluss im symptomhaltenden oder im gesundheits-, wachstumsfördernden Sinne) • <i>Schulübergreifende systemische Interventionskonzepte:</i> Strukturelle ST nach Minuchin, wachstumsorientierte ST nach Kirschenbaum, erlebnisorientierte ST nach Satir, strategische ST nach Haley, Mehrgenerationenmodell nach Boszormenyi-Nagy, system.konstruktivistisch nach Boscolo, Stierlin, lösungsorientierte Kurztherapie nach De Shazer <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kommunikationstheorie:</i>Pragmatische Axiome, Kommunikations-/ Beziehungstypologie, Umgang mit Widerstand • <i>Transfer auf andere Systeme:</i> Zusammenarbeit in Gruppen, Teamdynamik, Dynamik in sozialen Gruppen und in der Gesellschaft, die Rolle des alten Menschen in der Gesellschaft 	8	8
<p><u>Alternative 4:</u> Systemische Therapie (ST)</p>	<p><i>Allgemeiner Ablauf:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Erstinterview:</i> Therapievereinbarung, Zielvereinbarung, Klärung des Settings • <i>Systemdiagnose:</i> Genogramm, Besonderheiten im Alter, Familienskulptur, Chronologie der Familienereignisse, Familientypen • <i>Einsatz diverser Techniken:</i> Kommunikationsübungen, Gestalttechniken, Körpertechniken, Gefühlsausdruck, Reframing, zirkuläres Fragen, hypothetisches Fragen, Solution talk, Wunderfrage, Ideen säen, Spiegeln, Ordeal-Techniken 	8	8

	<p><i>Besonderheiten im Alter aus systemischer Sicht:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Allgemein:</i> Lebenszyklen, Rollenwechsel, Mehrgenerationsperspektiven, Entwicklung als bezogene Individuation im Alter • <i>Paartherapie im Alter:</i> Geschichte und Soziologie der Partnerschaft , Regln der Partnerschaft, Kollisionsmodell und Paartherapie im Alter (J.Willi) • <i>Strukturelle Familienveränderungen im Alter:</i> Induktion von Wachstum und Veränderung, Strukturen, Subsysteme , Familienregeln, Familienmythen, Tabus, Vermächtnisse • <i>Systemische Aspekte des therapeutischen Umgangs mit Trauma im Alter:</i> Individuelle subjektive Verarbeitung potentiell traumatisierender Situationen. Medizinisch induzierte Traumata im Alter (Operationsfolgen, lange Bettlägerigkeit, inadäquat behandelte Schmerzen). Spezielle Dynamik sog. Small-t-Traumata im Alter, z.B. Stürze, Überfälle. Folgen von früheren Entwicklungstraumata in späteren Jahren (Traumatische Bindungen), „Traumasuppe“. TraumaReaktivierung in der Familie. • <i>Psychosomatik im Alter</i> • <i>Systemische Aspekte zur Migrationsproblematik bei Älteren</i> • <i>Integrativ systemtherapeutischer Ansatz in der Demenzbehandlung</i> • <i>Systemische Einzeltherapie:</i> Häufige Situation im Alter mangels direkt involvierter Familienangehöriger 	12	12
Internistische Therapie	Anamnese und klinische Untersuchung bei älteren Patienten	3	-
	Apparative Diagnostik	1	-
	Besonderheiten der geriatrischen Therapie	3	0,5
	Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation (u.a. Pflegehilfsmittel)	1	0,5
Übende Verfahren	Einführung in die Grundlagen der Entspannung	0,5	0,5
	Didaktik der Anwendung von Entspannungsverfahren bei älteren Menschen	0,5	0,5
	Autogenes Training bei älteren Menschen	0,5	1
	Progressive Muskelrelaxation bei älteren Menschen	0,5	1

Notfalltherapie / Krisenintervention	Einteilung (primär psychiatrisch versus primär somatisch – Anteil somatischer (Mit-) Verursachung im Alter deutlich höher -, psychiatrisch-syndromatologisch: Erregungszustände; Bewusstseinsminderung/Trübung mit/ohne weiteren neurologischen/motorischen Auffälligkeiten; suizidale Krisen/(para)suizidale Handlungen; akute paranoide und/oder halluzinatorische Zustandsbilder)	1	1
	Psychopathologie und weitere Charakterisierung primär psychiatrischer Syndrome/Ursachen (s. o. – Vertiefung)	1	1
	Psychopathologie und weitere Charakterisierung psychischer Symptome primär somatischer Syndrome/Ursachen Herausragende Bedeutung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen	1	1
	Allgemeines Verhalten in Krisensituationen	1	1
	Schritte zur raschen Erfassung evtl. körperlicher Ursachen mit akuter Behandlungsbedürftigkeit	1	1
	Somatische Erstmaßnahmen	1	1
	Symptomatische psychiatrische Behandlung	1	1
	Notfälle und Pseudo-Notfälle (Krisenhafte Zuspitzungen bei Demenzkranken in Heimen bei dünner Personalbesetzung, „Notfalleinweisungen“ abends oder am Wochenende, Folgen von vermeidbaren Eskalationen)	1	1
	Interdisziplinäre Kooperation/Konsildienst	1	1
Abschnitt C Gesamt	61	51	

	Abschnitt D: Einzelne Krankheitsbilder und – syndrome		
Gedächtnis- störungen / Demenz	<i>Epidemiologie, Verlauf und Prognose</i> Prävalenz und Inzidenz verschiedener Demenzformen (Alzheimer, vaskuläre Demenzen, Lewy Body Demenzen, Frontotemporale Degenerationen, ...) Ursachen und Risikofaktoren (Genetik, vaskuläre Faktoren, Alkohol, Schädel-Hirn-Traumen, Ernährung, Medikamente,)	2	2
	<i>Neurobiologische Grundlagen</i> Neuropathologie und Neurochemie wichtiger Demenzursachen (auch als Hintergrund für die Pharmakotherapie)	2	2
	<i>Klinische Befunde und Diagnostik</i> klinische Symptome und deren Erhebung: Psychopathologie und motorische Symptome (Art, Häufigkeit) Diagnosekriterien, einschließlich Differentialdiagnose der Demenzformen, Früherkennung und leichte kognitive Beeinträchtigung/MCI, Differentialdiagnose (vor allem zum normalen Alter, der Depression und dem Delir) <i>Kenntnis und Übung von wichtigen Screening-Verfahren:</i> mindestens MMSE, UhrenZeichenTest, Hachinski Skala, evtl. weitere Behandlung eines diagnostischen Algorithmus	4	6
	<i>Neuropsychiatrisch/psychologisches Assessment</i> , z.B. CERAD-NP, ADAS, BEHAVE-AD, NPI, DMAS (s. auch allgemeine Diagnostik.....)	2	0

<p><i>Einsatz technischer Verfahren</i> (Indikationsstellung, Befundbewertung) EEG, Dopplersonographie, Blut/Serum- und Liquordiagnostik, genetische Tests, Bildgebende Verfahren (CT, MRT, SPET, PET)</p>	2	2
<p><i>Spezielle Pharmakotherapie:</i> hier Antidementiva, ggfs. Einsatz von Pharmaka zur Prävention, symptomatische Psychopharmakotherapie von nicht-kognitiven Symptomen bei Demenz</p>	4	4
<p><i>Kenntnis von Nebenwirkungen und Interaktionen</i></p>	1	1
<p><i>Psycho-, Verhaltens-, Milieutherapien (Kenntnisse)</i> Förderung der Krankheitsverarbeitung, Entspannungsverfahren, Validation u. abgeleitete Verfahren, basale Stimulation, Aromatherapie, Musik, subjektive Barrieren, Umgebungsgestaltung, Tagesstrukturierung, Lichttherapie – Indikationsstellung, z.B. abhängig vom Schweregrad Optional (11 Stunden zusätzlich): <i>Vertiefende Kenntnisse:</i> Verhaltenstherapie, kognitives Training, Realitätsorientierung, Erinnerungstherapie, Selbsterhaltungstherapie, Kunsttherapie</p>	4	4
<p><i>Versorgungsstrukturen und Angehörigenarbeit</i> haus- und fachärztliche Versorgung, Schwerpunktpraxen und Gedächtnissprechstunden/Memory Kliniken, Tageskliniken, geronto-psychiatrische Kliniken und Zentren, Versorgung in nichtpsychiatrischen Kliniken, Rehabilitation, Heimbereich, innovative Wohnformen, bauliche Maßnahmen-Architektur (siehe hier auch Abschnitt A)</p> <p>Maßnahmen/Beratung für die Angehörigen, Deutsche Alzheimer Gesellschaft</p>	2	3

	<p><i>Spezifische rechtliche Fragen (siehe auch Block A)</i> Pflegerversicherung (Einordnung, Widerspruch...) Fahrerlaubnis, Geschäftsfähigkeit, Testierfähigkeit</p>	1	2
	<p><i>Kasuistische Besprechungen:</i></p>	5	5
affektive Störungen	<p><i>Epidemiologie, Psychopathologie, Klassifikation unter Berücksichtigung von „subthreshold disorders“</i> von Depressionen, Manien, Angststörungen, Zwangsstörungen und Anpassungsstörungen, PTSD (Besonderheiten im Alter) Bei Depressionen mehr somatische Symptome, weniger Störungen des Kernaffekts, Reizbarkeit, Lebensunlust..... Abgrenzung vor allem von Trauer, beginnender Demenz, (medikamenteninduziertem) Delir <i>Kenntnis und Übung von Screening- und Meßverfahren</i> Geriatrische Depressionsskala</p>	1	4
	<p>Allgemeine Depressionsskala (ADS / CES-D) Montgomery-Asberg-Depression-Scale (s. auch allgemeine Diagnostik)</p>	1	0
	<p><i>Risikofaktoren und Faktoren von prognostischer Relevanz</i> Einsamkeit, Verlustsituationen, Bedrohung der Autonomie...</p>	1	2
	<p><i>Komorbidität mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen</i> Demenz, Parkinson, Schlaganfall, Schlafstörungen, Medikamentenmißbrauch.....</p>	1	2

<p><i>Komorbidität mit anderen somatischen Erkrankungen</i> vor allem Schmerz, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen, Polypharmazie</p>	1	2
<p><i>Spezielle Psychopharmakotherapie</i> Medikamentenwahl und –dosierung (Indikation, was bei wem, Kontrolluntersuchungen.....): Antidepressiva, Mood stabilizer (Lithium, Carbamazepin, Neuroleptika, Benzodiazepine, Phytotherapie, Definition und Vorgehen bei Therapieresistenz</p>	4	6
<p><i>Kenntnis der Nebenwirkungen</i></p>	1	1
<p><i>Psychotherapie</i> Indikation, Setting: stationär, tagesklinisch, ambulant, Formen: Einzel, Gruppen, Paare, Familie...</p>	1	3
<p><i>differentielle Psychotherapieindikation</i> Problembereiche, Therapieziele, Fokus(-ausweitung), multiprofessionelles Vorgehen, Rolle des Therapeuten</p>	2	1
<p><i>Weitere Behandlungsmethoden</i> Schlafentzug, Elektrokonvulsionstherapie, Lichttherapie, Milieumaßnahmen, Musiktherapie etc.</p>	1	1
<p><i>Rezidiv- bzw. Chronifizierungsprävention</i> Indikation, Medikamentös, psycho- und soziotherapeutisch, Angehörigenarbeit etc.</p>	2	3

	<i>Kasuistische Besprechungen</i>	5	5
Suizidalität	<i>Suizidalität, Suizidprävention (Hoffnungslosigkeit, Impulsregulation...), Relevanz vor allem der Depression für die Suizidprävention</i>	1	2
	<i>Erkennung und Umgang</i> Problembewusstsein schaffen, Erkennen von Warnsignalen, Beziehungsgestaltung, Empathie und Abgrenzung, Rollenspiele, Kasuistiken	1	2
	<i>Epidemiologie, Ethik</i>	1	1
	<i>Altersspezifische Krisenintervention, Umgang mit Parasuizidalität, Kooperation mit anderen Berufsgruppen</i>	2	0
	<i>Die Situation nach dem Suizid, „Debriefing“</i>	1	1
	<i>Definition, Klassifikation, Psychopathologie</i> akutes Syndrom ohne / bei Demenz, bei Entzug; Prägnanztypen: hypo-/hyper-aktives Delir; Abortivformen; Prodromi..); hilfreicher Einsatz von Skalen	1	1

Delir

<p><i>Ätiologie / Pathogenese und Risikofaktoren / Auslöser</i> Missverhältnis von Informationsverarbeitungskapazität und situativen Anforderungen, deshalb gefördert von</p> <ul style="list-style-type: none">• Stress (Operation, Schmerz..), Umgebungswechsel, Reizarmut /-überflutung• zerebrale Vorschädigungen, Allgemeinerkrankungen, (Poly-) pharmazie, sensorische Beeinträchtigung, Immobilisation <p>Neurobiologisch bedeutsame Rolle der dopaminerg-cholinergen Balance</p>	1	1
<p><i>Therapie</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Kausale Therapie der verursachenden/auslösenden Störung• Physiologische Homöostase: Hydratation, Schmerzbehandlung..• Psychologische Homöostase: Orientierungshilfen, angemessene Reizdosis (Licht, Geräusche etc.), Struktur• Psychopharmakotherapie	2	2
<p><i>Verlauf und Prognose</i> <i>Versorgung (interdisziplinär, konsiliarisch..)</i></p>	0,5	0,5

Sucht	<p><i>Epidemiologie</i> Unterschätzung und Unterdiagnose als wesentliches Problem, Konsum, Verordnungskontext (Bedeutung von Schlafstörungen..), early versus late onset, Geschlechtsunterschiede</p>	1	1
	<p><i>Klinik</i> klinische Hinweise auf Substanzeffekte und Entzugssymptome, Reboundeffekte, schleichende Intoxikation, (unterschiedliche) zeitliche Verläufe Diagnostik, Einsatz von Screening-Verfahren Besonderheiten der Benzodiazepin-Niedrigdosisabhängigkeit Wernicke-Korsakoff-Syndrom, Abgrenzung zur Demenz</p>	1	2
	<p><i>Entzugsbehandlung</i> Indikation, Durchführung, Prognose, Relevanz fatalistischer Einstellungen</p>	1	1
	<p><i>Motivierende Gesprächsführung</i></p>	1	1
	<p><i>Therapie</i> Hierarchie von Therapiezielen (realistisch, individuell) Gruppen; ambulant, stationär, Umgang mit Rückfällen</p>	1	0,5
	<p><i>Kasuistiken</i></p>	1	1

Schlaf und seine Störungen	<p><i>Allgemeiner Überblick über die Schlafmedizin</i> Diagnostik / Klassifikation von Schlafstörungen Spezielle Methoden: S-anamnese, S-fragebögen, S-tagebuch, S-hygiene, Vigilanztests</p>	1	1
	<p><i>Neurophysiologische Methoden, Indikation zur Untersuchung</i> Schlaflabor, Neurophysiologie und Schlafstadien, Funktion des Schlafes, Aktimetrie (für Restless legs syndrome; RLS), Apnoe-screen, Multiple sleep latency test</p>	1	1
	<p><i>Normaler Schlaf im Alter und seine Störungen</i> Prävalenz, Risikofaktoren: Körperliche Erkrankungen, Nykturie, Medikamente, Hitzewallungen (Menopause), RLS, Schlaf-Apnoe-Syndrom Depression, Sucht, Berentung, Verwitwung, Vereinsamung Entstehung der psychophysiologischen Insomnie</p>	1	1
	<p><i>Therapie von Schlafstörungen</i> Spezifische Therapie bei RLS, SAS Schlafhygiene (Bewegung, Schlafzeit, Raumtemperatur etc) Kognitiv-behaviorale Therapie: Stimuluskontrolle, Entspannungsverfahren Lichttherapie, Pharmakotherapie</p>	2	1,5

Paranoid-halluzinatorische Syndrome:	<p><i>Krankheitsbilder und –symptomatik</i> Besondere psychopathologische Merkmale paranoid-halluzinatorischer Störungen im höheren Lebensalter: typische Wahnhalte (bestohlen zu werden, Vergiftung, Verarmung), hypochondrischer Wahn, Dermatozoenwahn, spezielle Syndrome: Capgras, Cotard, Frégoli, Charles-Bonnet, Identifikationsstörungen</p> <p><i>Nosologische Konzepte</i> Historische Konzepte (Paraphrenie, Involution...) Ätiologisch orientierte Konzepte: Reaktion, Spätschizophrenie, bei organischer Störung</p> <p><i>Ätiologie</i> Genetik, körperliche Morbidität (sensorisch, hirnganisch), Persönlichkeit (schizoid, paranoid), Depressivität, Isolation</p>	3	3
	<p><i>Besonderheiten im Umgang</i> Kooperation und Misstrauen, Behandlung gegen den Willen</p> <p><i>Pharmakotherapie</i> Compliance, Rolle atypischer Neuroleptika</p>	1	1,5
	<p><i>Verlauf und Prognose</i> Bedeutsame Patientenmerkmale, Rolle von Pharmakotherapie und sozialpsychiatrischen Maßnahmen</p>	0,5	0,5
	<p><i>Kasuistiken</i></p>	1	1
Persönlichkeitsstörungen	<p>Häufigkeit, Spektrum und Klinik von Persönlichkeitsstörungen im Alter, Altgewordene Borderline Störung, Vermüllung etc. , Copingstile (s. auch Block A) Soweit vorhanden: Erfahrungen mit Therapie</p>	1	1

Sexualität und ihre Störungen	<i>Kenntnis der normalen Veränderungen der Sexualität im Alter</i> (Erregungsablauf, autoerotische Sexualität, Träume) <i>Sexualstörungen im Alter (incl. Pädophilie etc.)</i>	1	1
	<i>Risikofaktoren für Störungen / Verhaltensänderungen</i> (Unterbrechungen durch z.B. Krankheit, Unkenntnis der Altersveränderungen, Kommunikation, Rauchen und Medikamente, körperliche Krankheiten, Depression, hirnorganische Erkrankungen ...)	1	1
	<i>Beratung und Therapie</i> Bedeutung von Tabu und Übertragungsproblemen, Pharmakotherapie, fachspezifische Kooperation, Sexualität in Heimen	1	1
Gesamt:		82	93,5

Gesamt-curriculum:		227,5	226,5
---------------------------	--	--------------	--------------