

Wissenschaftliches Programm

Donnerstag, den 12. Mai 2011

- 09.00 – 10.00 Uhr **Plenum 1 »Demografischer Wandel: Herausforderungen für die zukünftige Versorgung?« – Analyse und Lösungsansätze aus der Versorgungsforschung**
Auditorium A
- 10.15 – 11.45 Uhr **D1: Lebensqualität und Demenz**
Auditorium A
- Ist Lebensqualität bei Demenz messbar?**
Hermann-Josef Gertz, Leipzig
- Gesellschaftliche Normen und Bewertung der Lebensqualität bei Demenz**
Johanna Nordheim, Berlin
- Psychologische Perspektiven auf emotionales Wohlbefinden im Alter**
Eva-Marie Kessler, Heidelberg
- Empirische Befunde zur Lebensqualität bei Demenz**
Johannes Pantel, Frankfurt
- Auditorium B **V1: Schnittstelle Gerontopsychiatrie/Geriatrie: Wo fängt Gerontopsychiatrie an?**
- Körper, Psyche und der alte Patient – gerontopsychiatrische Spezialisierung und interdisziplinäre Kooperation**
Claus Wächtler, Hamburg
- Geriatrie und Gerontopsychiatrie – Differenzen und Gemeinsamkeiten**
Manfred Gogol, Coppenbrügge
- Was erwartet der Hausarzt von der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie?**
Volker von der Damerau-Dambrowski, Stade
- Seminarraum 3 **M1: Soziale Arbeit als »Vernetzungsprofession« in der Gerontopsychiatrie**
- Soziale Arbeit in interdisziplinären Versorgungssettings**
Birgit Hein, Stuttgart
- Versorgungsgestaltung durch Soziale Arbeit (VerSa)**
Daniela Kocher, Stuttgart
- Soziale Arbeit in integrierten Versorgungsverbänden – Forschungsergebnisse aus einem Leuchtturmprojekt Demenz**
Susanne Schäfer-Walkmann, Stuttgart
- Das Zertifikat »Gerontopsychiatrie für Soziale Berufe«**
Thomas Kunczik, Wiehl
- 12.00 – 13.30 Uhr **D2: Strategien bei nicht-kognitiven Störungen und herausforderndem Verhalten**
Auditorium A
- Veränderungen von nicht-kognitiven Störungen und herausforderndem Verhalten – Spontanverlauf versus Therapieeffekte**
Dirk K. Wolter, Wasserburg am Inn
- Medikamentöse Alternativen zu Antipsychotika bei Demenzkranken mit nicht-kognitiven Störungen**
Lutz M. Drach, Schwerin
- Herausforderung durch nicht-kognitive Symptome – Strategien und Erfahrungen in der Altenhilfe**
Martin Hamborg, Kiel
- Auditorium B **V2: Probleme der Versorgung, Prioritäten für die Forschung**
- Integrative Demenzbehandlung**
Ralf Ihl, Krefeld
- Menschen mit Demenz zu Hause: Was wollen sie? Was tun sie? Was brauchen sie?**
Birgit Panke-Kochinke, Witten

- Bevölkerungsbasierte Versorgungsforschung: das »Leuchtturmprojekt« IDemUck**
Konstanze Fendrich, Greifswald
- Integrierte Forschungsstrategie: das DZNE und seine Partner**
J. René Thyrian, Greifswald
- Seminarraum 3 **M2: Palliativmedizin und Gerontopsychiatrie – neue Arbeitsfelder und bekannte Fragen**
- Palliativmedizin: ein neues Arbeitsfeld für Gerontopsychiater?**
Klaus Maria Perrar, Köln
- PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz: ist sie empirisch und ethisch vertretbar?**
Matthis Synofzik, Tübingen
- Begleitung der Angehörigen von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase**
Helga Schneider-Schelte, Berlin
- 15.15 – 16.45 Uhr **D3: Nicht-medikamentöse Verfahren**
- Auditorium A **Beratung und Begleitung der Angehörigen von Patienten mit frontotemporaler Demenz**
Janine Diehl-Schmid, München
- Evaluation eines visuospatialen Gedächtnistrainings**
Miriam Bektas, Mannheim
- Mundgesundheit mit Demenz – die Notwendigkeit einer Kooperation zwischen Arzt und Zahnarzt**
Ina Nitschke, Leipzig
- Auditorium B **V3: Gerontopsychiatrische Versorgung heute und in Zukunft**
- Das Konzept der personenzentrierten Hilfen für demenzkranke Menschen der »Aktion Psychisch Kranke« (APK)**
Heinrich Kunze, Kassel
- Die Versorgung psychisch Kranker in der Altenhilfe: Inklusion schon gelungen?**
Gerhard Schiele, Meckenbeuren
- Psychiatrische Therapie in Pflegeheimen: leitliniengerecht? Wer trägt die nicht-pharmakologische Behandlung?**
Michel Marpert, Ravensburg
- Altengerechte Stadtentwicklung: das Konzept im Kreis Gütersloh**
Bernd Meißnest, Gütersloh
- Seminarraum 3 **M3: Fahrtauglichkeit und Demenz**
- Mobilität – Alter – Krankheit – Demenz**
Dirk K. Wolter, Wasserburg am Inn
- Überprüfung der Fahrtauglichkeit bei Demenz – neuropsychologische und praktische Aspekte**
Alexander Brunbauer, Wasserburg am Inn
- Fahrtauglichkeit und Demenz – juristische Aspekte**
Bärbel Schönhof, Bochum
- 17.00 – 18.30 Uhr **D4: Psychometrische Diagnostik von Demenzerkrankungen**
- Auditorium A **Stand der neuropsychologischen Diagnostik in Gedächtnissprechstunden**
Brigitte Grass-Kapanke, Krefeld
- Kognitive Skalen zur Beurteilung des Therapieerfolgs bei Alzheimer-Demenz**
Matthias Riepe, Günzburg
- Neuropsychologische Leistungstests: methodische Probleme und neue Entwicklungen**
Georg Adler, Mannheim

- Auditorium B **V4: Gerontopsychiatrie aktuell**
 Die Diskussion um die Demografie und ihre Auswirkungen auch in der medizinischen Versorgung nimmt Fahrt auf. Zu ganz unterschiedlichen Bereichen muss die Gerontopsychiatrie heute Stellung beziehen. Themen und Inhalte dieses Symposiums orientieren sich an aktuellen Diskussionen und werden kurzfristig benannt.
- Freiheitsentziehende Maßnahmen sind vermeidbar**
 Uwe Brucker, Essen
- Aktuelle Entwicklungen in den gerontopsychiatrischen Kliniken**
 Manfred Koller, Göttingen
- Aktuelle Entwicklungen bei der Bewertung von Alzheimer-Medikamenten**
 Martin Haupt, Düsseldorf
- Seminarraum 3 **M4: Freie Vorträge: Psychotherapie/alternative Verfahren**
- Neukonzeption einer Psychotherapiestation für Senioren an einer Versorgungsklinik. Ein Werkstattbericht**
 Wiebke Kleebach, Hemer
- Gesprächsgruppentherapie auf einer Psychotherapiestation für ältere Menschen**
 Angelika Lamberts, Münsterlingen (CH)
- Die »Spirale der Gewalt« durchbrechen. Didaktische Perspektiven für den Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe**
 Birgit Panke-Kochinke, Witten
- Aromatherapie in der gerontopsychiatrischen Akutbehandlung**
 Marlene Drost-Pinnow, Wismar

Freitag, den 13. Mai 2011

- 09.00 – 10.00 Uhr **Plenum 2 »Ethische Aspekte des Neuroenhancement über die Lebensspanne«**
 Auditorium A
- 10.15 – 11.45 Uhr **D5: Positivdiagnostik und krankheitsmodifizierende Therapieverfahren**
 Auditorium A
- Wege zur Positivdiagnostik der AD – Entwicklung neuer Kriterien, Biomarker und neurobiologische Hintergründe**
 Harald Hampel, Frankfurt
- Krankheitsmodifizierende Therapien der AD – Methodik, neurobiologische Ansätze und aktuelle Studien**
 Georg Adler, Mannheim
- Auditorium B **V5: Leitlinien, ihre Umsetzung und Auswirkungen auf die ambulante Versorgungsqualität**
- Entwicklung der NVL Demenz**
 Susanne Weinbrenner, Berlin
- 18 Monate S-III-Leitlinie Demenzen. Wo stehen wir und wie geht es weiter?**
 Frank Jessen, Bonn
- S3-Leitlinie Demenzen. Daten aus der Versorgungsforschung und Perspektiven der Praxis**
 Jens Bohlken, Berlin
- Probleme bei der Umsetzung von Leitlinien aus hausärztlicher Sicht**
 Bernd Zimmer, Wuppertal
- Seminarraum 3 **M5: Angst im Alter und die Rolle der Psychotherapie**
- Psychodynamische Überlegungen zu den Zeitperspektiven der Angst im Alter**
 Johannes Kipp, Kassel
- Syndromale Angsttherapie im Alter jenseits von ICD-10 und DSM-IV**
 Reinhard J. Boerner, Quakenbrück

Richtlinienpsychotherapie im Alter – Anspruch und Wirklichkeit
Heiner Melchinger, Hannover

12.00 – 13.30 Uhr **D6: Besondere Herausforderungen für Angehörige von Demenzkranken**

Auditorium A **Herausforderung frontotemporale Demenz**
Susanna Saxl, Berlin

Herausforderung Menschen mit Demenz im Krankenhaus
Winfried Teschauer, Ingolstadt

Herausforderung schwierige Entscheidungen
Sabine Jansen, Berlin

Auditorium B **V6: Sucht im Alter**

Folgen der Langzeitbehandlung und Entzug von Benzodiazepinen im Alter
Rüdiger Holzbach, Warstein

Gerontopsychiatrische-suchtmedizinische integrierte Versorgung. Erste Ergebnisse eines Modellprojektes
Jürgen Fischer, Stuttgart

Wenn Drogenabhängige älter werden
Irmgard Vogt, Frankfurt/M.

Suchtgefahren von (Opiod-)Analgetika – unterschätzt oder aufgebauscht?
Dirk K. Wolter, Wasserburg am Inn

Seminarraum 3 **M6: Freie Vorträge – Gerontopsychiatrische Versorgung**

Aufgaben und Chancen für die Gerontopsychiatrie am Allgemeinkrankenhaus
Tomas Müller-Thomsen, Prignitz

Studie zu der Häufigkeit von Verlegungen aus der/in die Psychiatrie bei älteren Patienten
Tilman Wetterling, Hellersdorf

Geriatrisch-gerontopsychiatrische Gemeinschaftsstation Oberhavel Kliniken Hennigsdorf
Heidi Müßigbrodt, Hennigsdorf

Versorgungsrealität des Delirs im Allgemeinkrankenhaus aus konsiliarpsychiatrischer Sicht – Defizite in Diagnostik und Therapie als Weiterbildungs- und Schnittstellenproblem
Christine Thomas, Bielefeld

15.15 – 16.45 Uhr **D7: Zu Hause, ambulant oder im Heim: Leuchtturmprojekte Demenz**

Auditorium A **ERGODEM – individualisierte Ergotherapie in der Demenzbehandlung ist effektiv**
Vjera Holthoff, Dresden

QUADEM – Beanspruchungsreduktion für Pflegende und Verbesserung der Lebensqualität demenzkranker Menschen in der ambulanten Versorgung
Johannes Pantel, Frankfurt

Herausforderndes Verhalten bei Demenz in Pflegeeinrichtungen: Evaluation eines Tandemprojekts pflegerischer und ärztlicher Leitlinien – »VIDEANT«
Michael Rapp, Berlin

Auditorium B **V7: Das neue Entgeltsystem und die Gerontopsychiatrie**

Neues Entgeltsystem – der aktuelle Entwicklungsstand und die Perspektiven für die Gerontopsychiatrie
Frank Godemann, Berlin

Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik: Leistungsorientierung, Leistungsgerechtigkeit, Fehlanreize und Fehlsteuerungsimpulse aus der bisher entwickelten Entgeltsystematik
Margitta Borrmann-Hassenbach, München

Seminarraum 3 M7: Postersession

17.00 – 18.30 Uhr

D8: Nicht-pharmakologische Interventionen bei Demenzerkrankungen

Auditorium A

MAKS-Therapie bei primär degenerativen Demenzen – Erhalt von alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten über mindestens 12 Monate

Elmar Gräbel, Erlangen

EduKation – ein psychoedukatives Programm für Angehörige Demenzkranker

Sabine Engel, Erlangen

GRIPS – ein interdisziplinäres Gedächtnistraining

Nina Strößenreuther, Nürnberg

Effekte einer kognitiven Intervention bei amnestischer leichter kognitiver Störung und leichtgradiger Alzheimer-Demenz

Verena Buschert, München

Auditorium B

V8: Paardynamik im Alter**Paartherapie mit Paaren über 50**

Helke Bruchhaus Steinert, Zürich (CH)

Wenn alte Liebe doch mal rostet. Erfahrungen aus einer Sprechstunde für ältere Paare (60+)

Astrid Riehl-Emde, Heidelberg

Paarbeziehungen im Übergang zur Pensionierung – Herausforderungen

Stefanie Becker, Bern (CH)

Seminarraum 3

M8: Freie Vorträge: Wichtige Impulse**Impfstudien bei Alzheimer-Krankheit aus interdisziplinärer Sicht**

Klaus-Christian Steinwachs, Erlangen

Ältere Suchtkranke in stationärer psychiatrischer Behandlung

Tilman Wetterling, Hellersdorf

Mit Musik geht alles besser ...?

Dieter Straube, Saarbrücken

Abstracts

Vorträge

KRANKHEITSMODIFIZIERENDE THERAPIEN DER ALZHEIMER-DEMENZ – METHODIK, NEUROBIOLOGISCHE ANSÄTZE UND AKTUELLE STUDIEN

Georg Adler

Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG),
Mannheim

Ziel krankheitsmodifizierender Therapien bei der Alzheimer-Demenz ist die Verzögerung oder das Anhalten der Erkrankung durch Einwirkung auf die ihr zugrundeliegenden pathologischen neurobiologischen Prozesse.

Die weitaus meisten derartigen Therapieversuche orientieren sich an der β -Amyloid-Hypothese der Alzheimer-Krankheit, insbesondere an der neurotoxischen Wirkung von β -Amyloid-Oligomeren. Die Therapien zielen einerseits auf eine Hemmung der β -Amyloid-Produktion durch β - oder γ -Sekretase-Hemmer, durch γ -Sekretase-Modulatoren oder durch α -Sekretase-Aktivatoren. Andererseits soll die Elimination von β -Amyloid durch aktive oder passive Immunisierungsverfahren gefördert werden.

Klinische Phase-III-Studien zu krankheitsmodifizierenden Therapieformen bei der Alzheimer-Demenz sind methodisch außerordentlich schwierig. Die erforderlichen langen Beobachtungszeiten von mindestens 18 Monaten, die unvermeidliche Interferenz durch hohe Komorbidität und hohe Drop-out-Raten der Probanden sind erhebliche Hindernisse für ein positives Studienergebnis. Am weitesten fortgeschritten sind derzeit die Studien zur passiven Immunisierung gegen β -Amyloid mit Hilfe humanisierter monoklonaler Antikörper.

NEUROPSYCHOLOGISCHE LEISTUNGSTESTS – METHODISCHE PROBLEME UND NEUE ENTWICKLUNGEN

Georg Adler

Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG),
Mannheim

Neuropsychologische Leistungstests sind der zentrale Baustein der Demenzdiagnostik. Ihre Durchführung ist in der Praxis allerdings mit erheblichen grundsätzlichen und methodischen Problemen verbunden. Derartige Tests sind zeitintensiv und häufig für den Patienten unangenehm oder peinlich. Die ermittelte Leistungsfähigkeit kann intraindividuell stark schwanken, insbesondere in Frühstadien der Erkrankung, und ist stark abhängig von situativen Einflüssen. Es können ausgeprägte Untersucherartefakte auftreten, z. B. wenn sich die Patienten eingeschüchtert oder beschämt fühlen. An methodischen Einschränkungen ist zu erwähnen, dass die meisten Verfahren nicht für Alter, Geschlecht und Bildung normiert sind. Oft werden infolge von Deckeneffekten Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit bei gut gebildeten Personen nicht erkannt. Hingegen werden häufig Patienten mit stärker ausgeprägten kognitiven Einschränkungen bei handbuchgemäßer Durchführung der Tests durch die Vorlage von zahlreichen Aufgaben, die sie nicht bewältigen können, belastet (Bodeneffekte).

Vor dem Hintergrund dieser Problematik wurde von uns ein computergestütztes Verfahren, der Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeits- und Kurzzeitgedächtnis für verbales, figurales und episodisches Material sowie die selektive Aufmerksamkeitsleistung standardisiert getestet. Der Test kann durch die Probanden ohne

Schwierigkeiten und selbstständig durchgeführt werden. Er ist adaptiv, d. h., der Testverlauf wird durch die erreichten Zwischenergebnisse gesteuert, so dass sich das Schwierigkeitsniveau der Aufgaben der Leistungsfähigkeit des Probanden anpasst. Die Auswertung erfolgt automatisch in Bezug auf alters-, bildungs- und geschlechtsangepasste Normkollektive. In einer Evaluationsstudie zeigten sich ausgezeichnete Korrelationen der Testergebnisse mit den Ergebnissen von Referenzverfahren, eine gute Trennung von Alzheimer-Patienten und Kontrollpersonen sowie eine hohe Akzeptanz des Verfahrens durch die Probanden. Die Mehrzahl der Probanden zog diese Form der Leistungstestung der Leistungstestung durch eine Person vor.

PAARBEZIEHUNGEN IM ÜBERGANG ZUR PENSIONIERUNG – HERAUSFORDERUNGEN

Stefanie Becker¹, Michèle Métrallier², Urs Kalbermatten³

¹Berner Fachhochschule, Forschungsschwerpunkt »Lebensgestaltung im Alter«, Bern, Schweiz

²Berner Fachhochschule, FS »Lebensgestaltung im Alter«, Bern

³Berner Fachhochschule, Kompetenzzentrum »Gerontologie«, Bern

Zielsetzung/Fragestellung: Die Zeit nach der Pensionierung und die Vorbereitung darauf stellt nicht nur für den Einzelnen, sondern für das Paar eine große Herausforderung dar, denn täglich mehr Stunden und räumlich dichter aufeinander zu sein als vorher oder in unterschiedlichen Lebenslagen zu sein (wenn nicht beide gleichzeitig vor dieser Transition stehen) stellt neue Aufgabe, die bewältigt werden muss, um zukünftig als Paar zufrieden leben zu können.

Ein Forschungsprojekt der Berner Fachhochschule hat sich diesem selten erforschten Aspekt auch im Hinblick auf Möglichkeiten der psycho-sozialen Beratung gewidmet:

- Wie sehr antizipieren Paare bereits vor der Pensionierung diesen Übergang und wie lassen sie dies als Vorbereitung in ihre Lebensgestaltung einfließen?
- Welche gelungenen Prozesse des Aushandelns der neuen Lebenslage, auftretenden Probleme und praktische Lösungsstrategien bzw. ineffiziente Verhaltensmuster im interaktiven Handeln von Paaren vor und nach der Pensionierung lassen sich finden?

Mit narrativen Paarinterviews sowie Fragebögen wurden Daten von 40 Paaren zusammengetragen. Der Vortrag präsentiert ausgewählte Ergebnisse zur Frage der bewussten Auseinandersetzung der Paare bzw. der Partner mit den Herausforderungen der anstehenden Pensionierung.

KOGIFIT® – EIN KOGNITIVES TRAININGSVERFAHREN FÜR DEMENZ-PATIENTEN: KONZEPTION, NUTZEN UND ERFAHRUNGEN

Miriam Bektas

Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG),
Mannheim

Zur Bearbeitung der Fragestellung, ob die Anwendung kognitiver Trainingsverfahren mit einem Nutzen für Alzheimer-Demenz Patienten verbunden ist, wurde ein Trainingsverfahren namens Kogifit® entwickelt und untersucht. Es wird erläutert, nach welchen theoretischen Vorüberlegungen das Verfahren konzipiert wurde. Die Ergebnisse der ersten Untersuchung werden dargestellt, in der die Auswirkungen des Trainings auf Gedächtnisleistung und

Lebenszufriedenheit bei Demenz-Patienten in Pflegeheimen erfasst wurden. Über die Förderung der Karin-Nolte-Stiftung wurde das Verfahren auch Patienten in der häuslichen Umgebung bereitgestellt. Eingegangen wird auf die Herausforderungen, die dem Projekt hierbegegegenüberstanden und welche Erfahrungen für ähnliche Projekte gezogen werden können. Die Personen, die Kogifit® durchführten, wurden mittels eines Fragebogens befragt, wie sie die Handhabbarkeit, die Ansprechbarkeit und den Nutzen des Verfahrens einschätzen. Die Einschätzungen hierzu werden dargestellt.

SYNDROMALE ANGSTTHERAPIE IM ALTER JENSEITS VON ICD-10 UND DSM-IV

Reinhard J. Boerner

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychologische und Psychosoziale Medizin, Christliches Krankenhaus GmbH Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH, Quakenbrück

Die Klassifikation von Angststörungen nach ICD-10 und DSM-IV erweist sich auch für den Bereich des höheren Lebensalters als nicht unproblematisch.

Trotz epidemiologischer Daten finden sich selten Patienten mit spezifizierten Angstdiagnosen.

Unstrittig ist aber, dass behandlungsbedürftige Ängste – auch mit anderen biografischen und inhaltlichen Facetten – klinisch relevant sind.

Basierend auf einem syndromalen Ansatz werden alternative Wege zur Diagnostik und Therapie dieser Ängste aufgezeigt.

S3-LEITLINIE DEMENZEN. DATEN AUS DER VERSORGFORSCHUNG UND PERSPEKTIVEN DER PRAXIS

Jens Bohlken¹, Hendrik van den Bussche²

¹Referat Demenz im Berufsverband Deutscher Nervenärzte – BVDN Facharztpraxis, Berlin

²Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zielsetzung/Fragestellung: Die DGPPN-S3-Leitlinie Demenz gibt Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Demenzen. Bestimmte Untersuchungen wie z. B. testpsychologische Untersuchungen (u. a. DemTect, MMST), Laborparameter (u. a. Vitamin B₁₂ oder Folsäure) und bildgebende Verfahren (CCT, MRT) sollen bei jeder Erstdiagnostik durchgeführt werden. Im Bereich der Therapie wird bei der Demenz vom Alzheimerstyp die Gabe moderner Antidementiva empfohlen.

Auf drei verschiedenen Ebenen wird die Abweichung zwischen den Vorgaben der Leitlinie und der Versorgungsrealität vor Einführung der Leitlinie dargestellt.

Materialien/Methoden:

- Abrechnungsdaten der GEK aus den Jahren 2004–2006
- Verordnungsdaten von Antidementiva in Berlin und Brandenburg in 2007
- Verordnungsdaten einer Schwerpunktpraxis von 2001–2010

Ergebnisse:

- Die Abrechnungsdaten einer Krankenversicherung (GEK) belegen für die Jahre 2004–2006 eine erhebliche Abweichung hinsichtlich der zu erwartenden Anzahl durchgeführter diagnostischer Untersuchungen und der veranlassten antidementiven Behandlung.
- Die Analyse der Verordnungsdaten von Antidementiva aus dem Jahr 2007 geben unerwartete Hinweise auf unterschiedliches Verordnungsverhalten in städtisch und ländlich geprägten Regionen. Trotz geringerer Arztdichte werden in ländlichen Regionen mehr Antidementiva verordnet als in städtischen Regionen.

- Schließlich werden Daten aus einer Schwerpunktpraxis vorgestellt, die Hinweise auf die Häufigkeit falsch-positiver Verordnungsindikationen, unterschiedlicher Verlaufstypen und Abbrecherraten unter antidementiver Behandlung geben.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: In der S3-Leitlinie Demenzen der DGPPN (2009) werden Empfehlungen gegeben, die deutlich entfernt sind von dem, was sich in der Versorgungsrealität vor Leitlinienpublikation feststellen lässt. Es bleibt abzuwarten, inwieweit und wie schnell ein Anpassungsprozess zwischen Leitlinienideal und Versorgungsrealität stattfindet.

REMINSIENZTHERAPIE IN DER PRAXIS. ERFAHRUNGSBERICHT AUS EINER SCHWERPUNKTPRAXIS FÜR DEMENZEN

Jens Bohlken¹, Anke Siebert², Stefan Bitomski³

¹Referat Demenz im Berufsverband Deutscher Nervenärzte - BVDN, Facharztpraxis, Berlin

²Facharztpraxis, Berlin

³Ergotherapiepraxis, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Reminiszenztherapie wird in der S3-Leitlinie der DGPPN mit dem Empfehlungsgrad C (kann angeboten werden) empfohlen. Aktuelle Studien lassen eine wachsende Bedeutung dieses nicht medikamentösen Therapieverfahrens (Cramer 2010, Kurz 2010, Woods 2009) erwarten. Hier interessiert, wie sich ein Teilaspekt der Reminiszenztherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans in der Versorgungspraxis umsetzen lässt.

Materialien/Methoden: Darstellung der Entwicklung des Therapiemoduls »Biografiebuch« unter Berücksichtigung der Gegebenheiten einer Versorgerpraxis (Kooperation zwischen ärztlichen Therapeuten und Ergotherapeuten, Anzahl und Auswahl der Patienten, auszuwählende Zielparame-ter bei der Qualitätssicherung).

Ergebnisse:

- Es werden Daten zur Auswahl der indizierten Patienten vorgestellt.
- Bei der Durchführung der Therapie sind bestimmte Stolpersteine zu berücksichtigen. Hierzu zählen technische Probleme bei der Herstellung eines Biografiebuches, die Verwendung von Bildmaterial und dessen Implementierung in das PC-gestützte Praxis-Verwaltungssystem, fehlendes historisches Wissen junger Mitarbeiter, unerwünschte Wirkungen wie die Auslösung unerwarteter negativer Affekte, die Reaktualisierung von Enttäuschung und Trauer oder Auftreten einer unerwünschten Paardynamik zwischen Demenzkranken und seinem Ehepartner.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Nur ein häufig angewendetes Verfahren, welches einen gewissen Standardisierungsgrad aufweist, hat Chancen auf einen nachhaltigen Einsatz. Erste Erfahrungen aus der praktischen Versorgung im Rahmen einer Kooperation zwischen einer Schwerpunktpraxis für Demenzen und einer Ergotherapiepraxis machen Hoffnung, Verfahren der Reminiszenztherapie in die praktische Versorgung zu implementieren.

NEUES ENTGELTSYSTEM IN DER PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK: LEISTUNGSORIENTIERUNG, LEISTUNGSGERECHTIGKEIT, FEHLANREIZE UND FEHLSTEUERUNGSPULSE AUS DER BISHER ENTWICKELTEN ENTGELTSYSTEMATIK

Margitta Borrmann-Hassenbach

Kliniken des Bezirks Oberbayern – Kommunalunternehmen, Management-Holding, München

Zielsetzung/Fragestellung: Für die Entwicklung einer leistungsorientierten und damit leistungsgerechteren neuen Finanzierungssystematik auf der Basis tagespauschalierender Entgelte in der Psychiatrie und Psychosomatik in Deutschland muss ein umfas-

sendes Verständnis zwischen den technokratisch-mathematischen Entwicklern und den Leistungserbringern über das Leistungsgeschehen und die relevanten Aufwandstrenner hergestellt werden. Die bisherige Entwicklung zeigt, dass weder die Ansätze in Form von 25 min-Therapieeinheiten getriggerten OPS-Codes noch die Gewichtungsmo-delle aufgrund von aufenthaltsstabilen und variablen Patientenmerkmalen in der Lage sein werden, überprüf-bare Transparenz herzustellen oder eine Grundlage zu bilden für eine leistungsgerechtere Ressourcenallokation zur Versorgung psychisch Erkrankter. Es soll aufgezeigt werden, welche Fehlanreize und Umverteilungsmechanismen das System bei konsequenter Fortführung bereits jetzt erkennen lässt.

Materialien/Methoden: Anhand von qualitativen und quantitativen Beispielen können die vorgestellten Thesen nachvollzogen und einer Plausibilitätsprüfung unterzogen werden.

Ergebnisse: Die budgetneutrale Einführung des neuen Entgeltsystems im Jahr 2013 auf den bisher entwickelten Grundlagen sollte verschoben werden.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die sich bereits jetzt abzeichnenden Fehlanreize für die Leistungserbringer und vice-versa für die Ressourcensteuerung im psychiatrischen Versorgungssystem müssen auf dem Weg zu einem leistungsorientierten Vergütungssystem dringend korrigiert werden. Unterbleibt dies, ist der Weg in eine marktgetriebene selektive Vielklassenpsychiatrie und Psychosomatik vorgegeben.

PAARTHERAPIE MIT PAAREN ÜBER 50

Helke Bruchhaus Steinert

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE) Witten

Die Scheidungsrate von Paaren, die mehr als 25 Jahre verheiratet sind, nimmt zu. Außenbeziehungen spielen ebenso wie individuelle Sehnsüchte dabei eine große Rolle. Solche Krisen können in der Paartherapie für anstehende Entwicklungen nutzbar gemacht werden.

FREIHEITSENTZIEHENDE MASSNAHMEN SIND VERMEIDBAR

Uwe Brucker

Fachgebietsleiter Pflegerische Versorgung, Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS), Essen

Zielsetzung/Fragestellung: Ausweislich der Zahlen des Bundesjustizamtes wurden in deutschen Pflegeheimen noch nie so viele betreuungsgerichtliche Genehmigungen für unterbringungsähnliche Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB ausgestellt wie 2009. Hauptbetroffene sind Menschen mit Demenz. Neuere Untersuchungen zeigen, dass die Fixierungspraxis in Pflegeheimen mit vergleichbarer Risikostruktur der Bewohnerschaft völlig unterschiedlich ist. Es besteht der Eindruck, dass der Grund der Fixierung im Einzelfall nicht beim Patienten zu suchen ist.

Materialien/Methoden: Die Motive von Pflegenden, diese Grundrechtseingriffe zu wählen, werden kritisch hinterfragt. Die Darstellung der Risiken von freiheitsentziehenden Maßnahmen beleuchtet in der Darstellung von Pflegenden und Ärzten meist nur einen Ausschnitt, nämlich den der Haftung im Falle sturzbedingter Behandlungskosten.

Folgende Fragen werden u. a. einer belegten Antwort zugeführt:

- Was ist von den Gründen, die für Fixierungen ins Feld geführt werden, zu halten?
- Welche Risiken können sich auch bei richtiger Anwendung dieser Maßnahmen in welcher Zeit realisieren?
- Wer wird wie lange am Tag und wie regelmäßig fixiert?
- Geht es auch anders?

Ergebnisse und Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Es wird eine Methode vorgestellt, wie es unter aktiver Einbeziehung des Betreuungsgerichts und unter Neuausrichtung der Verfahrenspflegschaft gelingen kann, die Zahl der freiheitsentziehenden Maßnahmen zu marginalisieren.

ÜBERPRÜFUNG DER FAHRTAUGLICHKEIT BEI DEMENZ – NEUROPSYCHOLOGISCHE UND PRAKTISCHE ASPEKTE

Alexander Brunnauer

Abteilung Neuropsychologie, Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg/Inn

Alterungsprozesse per se gehen oft mit Beeinträchtigungen der Informationsverarbeitung einher, die zu Einschränkungen der Verkehrssicherheit führen können. Demenzbedingte neuropsychologische Defizite können zudem das Verhalten im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigen.

Autofahren stellt eine komplexe Anforderung dar, die neben kognitiven Fähigkeiten, von Persönlichkeitseigenschaften, Fahrerfahrung und psychomotorischen Leistungen abhängig ist. Methodisch schwierig ist, das komplexe Konstrukt Fahrkompetenz in messbare Teilbereiche zu zerlegen um hiervon praktische Handlungsanleitungen abzuleiten. In Anlehnung an das hierarchische Modell der Fahrtätigkeit von Michon werden verschiedene Untersuchungsmethoden, wie Leistungsdiagnostik, Fahrsimulation und Fahrverhaltensprobe dargestellt sowie ein für die Praxis relevanter Screening-Test für die Mobilitätsberatung vorgestellt.

EFFEKTE EINER KOGNITIVEN INTERVENTION BEI AMNESTISCHER LEICHTER KOGNITIVER STÖRUNG UND LEICHTGRADIGER ALZHEIMER-DEMENZ

Verena Buschert

Forschungsgruppe Dementielle Erkrankungen und Bildgebende Verfahren, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München

Hintergrund: Die Ergebnisse bisheriger Untersuchungen sowie einer randomisierten kontrollierten Studie zu Effekten eines multimodularen kognitiven Interventionsprogramms zeigen positive Interventionseffekte bei Personen mit amnestischer leichter kognitiver Störung (aLKS). Bisher untersuchen wenige Studien Langzeiteffekte mit längeren Nachuntersuchungszeiträumen. Darüber hinaus sind Interventionseffekte hinsichtlich einer Konversion in eine Alzheimer-Demenz (AD) weitgehend unerforscht. Methoden Es wurden Langzeiteffekte einer 6-monatigen multimodularen kognitiven Intervention bei Teilnehmern mit aLKS mit Verlaufsuntersuchungen nach 12 und 24 Monaten ermittelt. Primäre Zielvariable waren das globale kognitive Funktionsniveau (Mini Mental Status Test, MMST, und der Alzheimer's Disease Assessment Scale, ADAS-cog). Sekundäre Zielvariable waren spezifische kognitive und nicht-kognitive Funktionen sowie die Konversion in eine AD.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der 1-/2-Jahres-Nachuntersuchung zeigen einen stabilen signifikanten Interventionseffekt bei der ADAS-cog bei der IG ($p = .024$). Teilnehmer der KG, die nach Ablauf der Kontrollbedingung ebenfalls die kognitive Intervention erhielten (cross-over), scheinen in geringerem Maß von der Behandlung zu profitieren. Nur Teilnehmer der KG (6 von 12) konvertierten während der 24-monatigen Studie in eine AD.

Schlussfolgerung: Positive Effekte unserer 6-monatigen multimodularen kognitiven Intervention auf das globale kognitive Funktionsniveau scheinen über einen ausgedehnten Zeitraum hinweg erhalten zu bleiben. Darüber hinaus verzögert die frühe Teilnahme möglicherweise die Konversion in eine AD. Die

Ergebnisse anhand der kleinen Stichprobe ermutigen die Durchführung der kognitiven Intervention in Studien mit größerer Fallzahl zur Bestätigung der bisher ermittelten Effekte.

BERATUNG UND BEGLEITUNG DER ANGEHÖRIGEN VON PATIENTEN MIT FRONTOTEMPORALER DEMENZ

Janine Diehl-Schmid

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, TU München

Die frontotemporale Demenz ist eine neurodegenerative Erkrankung, die sich dadurch auszeichnet, dass es bei den Betroffenen vor allem zu einer Veränderung von Persönlichkeit und Verhaltensänderung kommt. Die Patienten fallen u. a. durch eine zunehmende Oberflächlichkeit, durch Desinteresse, durch eine ausgesprochen Antriebslosigkeit, nicht selten aber auch durch eine Impulsivität und Enthemmung auf. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt mit rund 58 Jahren im Präsenium.

Einige vergleichende Untersuchungen der letzten Jahre kamen übereinstimmend zu dem Schluss, dass die Angehörigen von Patienten mit FTD mehr unter der Bürde der Erkrankung leiden als Angehörige von Patienten mit Alzheimer-Krankheit. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Im Unterschied zur Alzheimer-Krankheit gibt es für Angehörige von Patienten mit FTD wenig Unterstützungsmöglichkeiten, weder im Sinne einer Betreuung der Patienten zur Entlastung der Angehörigen noch im Sinne einer psychologischen Begleitung der Angehörigen. Die Kenntnisse über die tatsächlichen, besonderen Bedürfnisse der Angehörigen von Patienten mit FTD sind gering, Bedarfsanalysen wurden bislang nicht durchgeführt. Weltweit gibt es einige Pilotprojekte, deren Effekte auf die Belastung der Angehörigen allerdings nur teilweise untersucht wurden. In erster Linie handelt es sich hierbei um Angehörigengruppen und internetgestützte Edukation. Es besteht dringender Verbesserungsbedarf.

MEDIKAMENTÖSE ALTERNATIVEN ZU ANTIPSYCHOTIKA BEI DEMENZKRANKEN MIT NICHT-KOGNITIVEN STÖRUNGEN

Lutz M. Drach

Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, Helios-Kliniken Schwerin

Die Behandlung der nicht-kognitiven Störungen von Demenzpatienten mit Antipsychotika ist mit erheblichen Nebenwirkungen und Risiken verbunden. Alternative medikamentöse Behandlungen sind verfügbar, insbesondere Cholinesterasehemmer, Memantin, SSRIs, MAO-Hemmer, Trazodon, Tiaprid und verschiedene Antikonvulsiva. Differenzierte Indikationen, Wirksamkeit und Nebenwirkungen dieser Medikamente bei der Behandlung der Verhaltensstörungen von Demenzpatienten werden dargestellt.

Literatur

1. L.M. Drach, G. Adler. Psychopharmakotherapie 2010; 17: 264-273.

AROMATHERAPIE IN DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN AKUTBEHANDLUNG

Marlene Drosten-Pinnow

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Schwerpunkt Gerontopsychiatrie Hanse-Klinikum Wismar

Zielsetzung/Fragestellung: Welchen Stellenwert haben aromatherapeutische Anwendungen in der Akutbehandlungen gerontopsychiatrischer Erkrankungen?

Materialien/Methoden: Darstellung der Wirkungsweise ätherischer Öle. Erfahrungen nach einjähriger Anwendung in der Akutbehandlung, Fallbeispiele.

Ergebnisse: Gute Wirkung bei verschiedenen Indikationen (schnelle Symptomlinderung), Unerwartet gute Compliance bei Patienten, Einsparung von Medikamenten.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Aromatherapeutische Anwendungen als sanfte ganzheitliche Heilmethode stellen eine effektive und sinnvolle Ergänzung der Komplexbehandlung gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder dar.

EDUKATION – EIN PSYCHOEDUKATIVES PROGRAMM FÜR ANGEHÖRIGE DEMENZKRANKER

Sabine Engel

Institut für Psychogerontologie, Universität Erlangen-Nürnberg

»EduKation« (»Entlastung durch Förderung der Kommunikation«) heißt das Schulungsprogramm für Angehörige Demenzkranker, das am Gedächtnis-Zentrum Erlangen am Institut für Psychogerontologie entwickelt wurde. Das Schulungsprogramm umfasst insgesamt zehn zweistündige Sitzungen, die wöchentlich durchgeführt werden sollten und inhaltlich aufeinander aufbauen. In jeder Sitzung nimmt neben dem psychoedukativen Aspekt der Wissensvermittlung immer auch das gruppentherapeutische Moment der gemeinsamen Bewältigung durch Selbstreflexion und Erfahrungsaustausch eine zentrale Rolle ein.

Wir konnten nachweisen, dass sich bei Angehörigen, die an dem Schulungsprogramm teilnahmen, Depressivität und Belastungsempfinden signifikant und langfristig reduzieren, und sie befähigt werden, die alltäglichen Konfliktsituationen, die sich im Zusammenleben mit einem Demenzkranken immer wieder ergeben, besser zu bewältigen.

BEVÖLKERUNGSBASIERTE VERSORGUNGSFORSCHUNG: DAS »LEUCHTURMPROJEKT« IDEMUCK

Konstanze Fendrich¹, Claudia Meinke¹, Thomas Fiß², Romy Heymann³, Stefan Weiß³, Wolfgang Hoffmann¹

¹Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald

²DZNE, Teilstandort Greifswald

³Greifswald

Zielsetzung/Fragestellung: Im Interdisziplinären Betreuungs- und Behandlungsnetz für Demenzpatienten im Landkreis Uckermark (IDemUck) arbeiten die Fachabteilungen der beiden regionalen Krankenhäuser, niedergelassene Haus- und Fachärzte, Pflegenden und Angehörige von Sozialberufen in einem Netzwerk mit dem Ziel der Früherkennung und adäquaten Begleitung von Demenzpatienten zusammen. Durch eine definierte Aufgabenverteilung und abgestimmte Behandlungspfade innerhalb des fachübergreifenden Netzwerkes soll eine frühzeitige Diagnosestellung der Demenzerkrankung erfolgen, die Selbstständigkeit des Patienten möglichst lang erhalten bleiben, die Teilnahme am sozialen und gesellschaftlichen Leben unterstützt sowie der Umzug der Patienten in ein Heim zeitlich hinausgezögert werden.

Die Ziele der IDemUck-Evaluationsstudie bestanden in der Analyse der Lebenssituation und der Versorgungsbedarfe von in der Häuslichkeit lebenden Demenzpatienten und deren Angehörigen sowie in der ergebnisbasierten Evaluation des bestehenden Netzwerkes zur integrativen Versorgung von Demenzpatienten.

Materialien/Methoden: Die IDemUck-Studie ist eine Cluster-randomisierte kontrollierte prospektive Studie, in die 235 Demenzpatienten (Interventionsgruppe: N=118, Kontrollgruppe: N=117) und deren betreuende Angehörige (N=184) eingeschlossen worden sind. Die Interventionsgruppe wurde entsprechend der Behandlungspfade des Netzwerkes, die Kontrollgruppe entsprechend der in der allgemeinen Praxis üblichen Vorgehensweise behandelt. Mit standardisierten Tests wurden durch speziell geschulte Study

Nurses Daten zur Alltagskompetenz, zur kognitiven Leistungsfähigkeit, Depressivität, gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Probanden und zur Belastungssituation der Angehörigen jeweils zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Studie und 6 bzw. 12 Monate danach erhoben.

Ergebnisse: Die Evaluationsstudie konnte u.a. zeigen, dass Probanden, die innerhalb des Netzwerkes behandelt wurden, in der Zeit vor der jeweiligen Befragung zu einem signifikant größeren Anteil einen Neurologen konsultiert hatten. Probanden, die einen Neurologen konsultiert hatten, hatten gleichzeitig zu einem höheren Prozentsatz eine ärztliche Demenzdiagnose als Probanden, die zuvor keinen Neurologen aufgesucht hatten. Die Anzahl Probanden, die mit einem Antidementivum behandelt worden sind, stieg in der Interventionsgruppe deutlich stärker an als in der Kontrollgruppe.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Studie liefert wichtige Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit, aber auch für die Ausgestaltung neuartiger Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte und deren betreuende Angehörige.

GERONTOPSYCHIATRISCHE-SUCHTMEDIZINISCHE INTEGRIERTE VERSORGUNG. ERSTE ERGEBNISSE EINES MODELLPROJEKTES

Jürgen Fischer¹, Susanne Schäfer-Walkmann², Dorothee-Tamara Deterding²

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere, Klinikum Stuttgart

²Institut für angewandte Sozialwissenschaften, Zentrum für kooperative Forschung an der DHBW Stuttgart

Suchtbezogene Störungen der älteren Bevölkerung gewinnen weiter an Bedeutung, ebenso die Komorbidität gerontopsychiatrischer und suchtbezogener Erkrankungen. Mit dem Projekt »Gerontopsychiatrische-suchtmmedizinische integrierte Versorgung (GSIV)« wird durch ein multiprofessionelles Kompetenzteam unter ärztlicher Leitung ein Versorgungsstandard zur integrierten Versorgung suchtgefährdeter/suchtkranker und zugleich gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen und deren Angehörigen in der Versorgungsregion Stuttgart entwickelt. Die Patient/innen werden engmaschig durch den/die Casemanagerin begleitet, bis die nachklinische Versorgung sichergestellt ist. Die integrierte Versorgung findet dabei klinikübergreifend im Klinikum Stuttgart, sektorenübergreifend zwischen dem stationären und ambulanten Bereich und säulenübergreifend zwischen der Klinik und den Kooperationspartnern der Sucht- und Altenhilfe statt.

Die Projektergebnisse münden in ein Praxismanual. Dieses wird eine Leitlinie zur Falldetektion, ein spezielles Gruppenbehandlungsangebot für sucht- und alterspsychiatrisch erkrankte alte Menschen, einen Leitfaden für motivierende Gespräche sowie Anregungen für notwendige (Informations-)Angebote für Angehörige umfassen. Spezifische Versorgungsprobleme bei suchtbezogenen Störungen im Alter sowie praktikable Lösungsmöglichkeiten sollen ebenso erarbeitet werden, wie Empfehlungen zur Prävention und Nachbehandlung.

Vorgestellt werden erste Projektergebnisse sowie die im Projekt verwendeten Screeningverfahren sowie ein sozialpsychiatrisches Assessment, die einer systematisierten Erfassung der Behandlungsbedarfe dienen.

GERIATRIE UND GERONTOPSYCHIATRIE – DIFFERENZEN UND GEMEINSAMKEITEN

Manfred Gogol

Krankenhaus Lindenbrunn, Coppenbrügge

Mit dem Fortschreiten des demografischen Wandels wird die Zunahme von Morbiditäten durch das Altern und assoziiert mit

dem Alter fortschreiten. Hierbei stellen die somatischen und psychiatrischen Erkrankungen den weitaus größten Anteil. In den Mutterdisziplinen der Inneren Medizin und Psychiatrie haben sich international und national die alters- und altersspezifischen Subdisziplinen entwickelt und zunehmend emanzipiert hin zu eigenen Fachgebieten. Häufig scheint die Zuständigkeit eindeutig zu sein, wenn somatische oder psychiatrische Krankheitsbilder isoliert auftreten. Eine Frage des Vortrages wird deshalb sein, ob dies erstens zutreffend ist und zweitens die potentielle Vulnerabilität nicht ein Faktor zumindest in definierten Subpopulationen ist, die eine bessere Versorgung durch eine gemeinsame, kooperative Vorgehensweise angeraten erscheinen lässt. Die Notwendigkeit einer gemeinsamen Behandlung erscheint zumindest dann evident zu sein, wenn somatische und psychiatrische Morbiditäten schwerwiegend und ko-existent sind. Trotzdem scheinen häufig beide Disziplinen nicht so eng verzahnt zu sein, wie es das politische und medizinische Interesse an einer guten Behandlung und einem guten Outcome des alten Menschen es zu gebieten scheint. Möglichkeiten der Annäherung der Disziplinen sollen deshalb skizziert und diskutiert werden.

NEUES ENTGELTSYSTEM – DER AKTUELLE ENTWICKLUNGSSTAND UND DIE PERSPEKTIVEN FÜR DIE GERONTOPSYCHIATRIE

Frank Godemann

St. Joseph Krankenhaus Berlin-Weißensee

Die psychiatrischen Kliniken in Deutschland sind intensiv mit der Umsetzung der Kodiervorschriften zum Neuen Entgeltsystem beschäftigt. Neben dem erheblichen bürokratischen Mehraufwand besteht in den Kliniken die große Sorge, dass die eigenen Leistungen nicht angemessen abgebildet werden. Diese Befürchtung findet sich auch in der Gerontopsychiatrie, da dort sich viele erbrachte Leistungen nicht in Therapieeinheiten abbilden lassen, die mindestens 25 Minuten dauern. Doch ist diese Sorge berechtigt? Gibt es andere Möglichkeiten, die Leistungen angemessen darzustellen? Was könnten die gerontopsychiatrischen Fachgesellschaften dazu beitragen, das System so weiterzuentwickeln, dass die Finanzierung der stationären Behandlung von Patienten im höheren Altersalter auch langfristig angemessen erfolgt? Der Vortrag wird versuchen, Antworten auf diese Fragen zu geben.

MAKS-THERAPIE BEI PRIMÄR DEGENERATIVEN DEMENZEN – ERHALT VON ALLTAGSPRAKTISCHEN UND KOGNITIVEN FÄHIGKEITEN ÜBER MINDESTENS 12 MONATE

Elmar Gräbel¹, Katharina Luttenberger¹, Birgit Eichenseer¹,

Renate Stemmer¹, Richard Mahlberg²

¹Med. Psychologie/Med. Soziologie Universität Erlangen – Nürnberg

²Praxen für seelische Gesundheit, Erlangen

Es gab und gibt gute Gründe für eine Spezialisierung der altersmedizinischen Fächer Geriatrie und Gerontopsychiatrie innerhalb ihrer Mutterdisziplinen Innere Medizin und Psychiatrie. Die »gerontopsychiatrische Sichtweise« wird kurz skizziert. Darüber hinaus hat mit dem Anstieg der Lebenserwartung und der Zahl hochbetagter multimorbider Patienten in den Krankenhäusern der Bedarf nach ganzheitlichen Therapieansätzen und damit nach interdisziplinären Versorgungsstrukturen zugenommen. Aus diesen Überlegungen heraus wurde von den Abteilungen für Geriatrie und Gerontopsychiatrie am Klinikum Nord in Hamburg – Ochsenzoll das »Zentrum für Ältere« gegründet. Mittlerweile wird auf zwei Stationen mit insgesamt 48 Betten interdisziplinär gearbeitet. Die hohe interdisziplinäre Kompetenz im Behandlungsteam und die unkomplizierte kollegiale Absprache zwischen Geriater und

Gerontopsychiater »auf dem Flur« sichern eine hohe Behandlungsqualität. Über Arbeitsweise, Erfahrungen und Überlegungen zur Weiterentwicklung wird berichtet.

STAND DER NEUROPSYCHOLOGISCHEN DIAGNOSTIK IN GEDÄCHNIS-SPRECHSTUNDEN

Brigitte Grass-Kapanke

Gerontopsychiatrisches Zentrum, Alexianer Krankenhaus Krefeld

Zielsetzung/Fragestellung: Im Rahmen der Diagnostik von Demenzerkrankungen nehmen psychometrische Testverfahren einen besonderen Stellenwert zur Objektivierung der kognitiven Defizite ein. Es soll aufgezeigt werden, wie die Umsetzung in deutschen Gedächtnissprechstunden erfolgt.

Materialien/Methoden: Datengrundlage bieten die Ergebnisse von Fragebogenerhebungen der MAGDA e.V. an deutschen Gedächtnissprechstunden.

Ergebnisse: Dem Stellenwert der Objektivierung kognitiver Defizite wird in deutschen Gedächtnissprechstunden Rechnung getragen. In allen Ambulanzen gehört eine psychometrische Untersuchung zum routinemäßig zum Untersuchungsablauf. Deutlich heterogen ist jedoch die Art, das Ausmaß und die Qualität der Testung. Der Umfang variiert vom einfachen Screeninginstrument, über die Kombination verschiedener Screeningverfahren bis hin zu umfangreichen Testbatterien.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Unterschiedliche Rahmenbedingungen, fehlende personelle Ressourcen sowie eine teilweise unkritische Übernahme »tradiert« Vorgehensweisen sorgen für erhebliche Heterogenität der psychometrischen Untersuchungen an deutschen Gedächtnissprechstunden.

HERAUSFORDERUNG DURCH NICHT-KOGNITIVE SYMPTOME – STRATEGIEN UND ERFAHRUNGEN IN DER ALTENHILFE

Martin Hamborg

Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V., Hamburg

Zielsetzung/Fragestellung: Die nicht-kognitiven Symptome einer Demenz sind eine große Herausforderung an die Dienste und Einrichtungen. Es gilt, Strategien auf unterschiedlichen Ebenen zu entwickeln und dies bei immer komplexer und schwierig werdenden Rahmenbedingungen.

Materialien/Methoden: Im Vortrag werden drei Ebenen skizziert:

- Basis ist die kompetente und konsequent milieutherapeutische Haltung und das daraus resultierende Verhalten der MitarbeiterInnen.
- Die Ergebnisse aus dem Schulungsprogramm »Gewaltvermeidung durch Professionalität« weisen auf die Bedeutung von strukturellen Lösungen hin.
- Umfassende Strategien werden z.B. durch das neue Qualitätsmanagementsystem IQM Demenz bereitgestellt.

Ergebnisse: Die Kompetenzen der Mitarbeiter/innen, ihre Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und Empathie, ihr angewandtes Wissen und die Fähigkeit Konflikte und Stress zu bewältigen sind der Dreh- und Angelpunkt einer angemessenen Dementenbetreuung.

Doch Milieutherapie lässt sich nicht auf den Mitarbeiter reduzieren, die Einrichtung ist insgesamt in der Pflicht. Dies zeigen Ergebnisse zu heimlichen Haltungen und Stressfaktoren aus 144 Einrichtungen. Damit bestätigt sich das Anliegen mit dem IQM Demenz, ein Qualitätsmanagementsystem zu verbreiten, dass konsequent fragt, hat wer welche Anforderung erfüllen sollte, damit eine gute stationäre Dementenbetreuung gelingen kann, trotz unzureichender Ressourcen. Eine intelligente Methodik sorgt nahezu von selbst für eine Optimierung auf allen Ebenen.

Mit den Erfahrungen aus ca. 30 Einrichtungen wird die These erläutert: »Ein Management muss sich schon richtig Mühe geben, um positiven und nachhaltigen Effekte zu verhindern.«

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Herausforderndes Verhalten lässt sich nur interdisziplinär und auf mehreren Ebenen lösen, denn was nützt die beste Fortbildung, wenn sich der hausgemachte Stress auf den Demenzkranken überträgt und der Druck von »Außen« zu struktureller Gewalt wird. Die Anteile von Tätlichkeiten gegen Mitarbeiter, von Fixierung und Sedierung stehen im direkten Zusammenhang mit dem Entwicklungsbedarf der gesamten Einrichtung. Behandlungs- und Betreuungskonzepte benötigen demenz- und mitarbeiterfreundliche Rahmenbedingungen, damit sie sich entfalten können. Wissen, Sensibilisierung und Handlungskompetenz im Sinne konsequenter Milieutherapie nimmt alle Bereiche in die Pflicht. Bewährte Werkzeuge liegen vor, doch sie werden zu wenig genutzt und es werden immer noch zu viele Fehler gemacht.

WEGE ZUR POSITIVDIAGNOSTIK DER AD – ENTWICKLUNG NEUER KRITERIEN, BIOMARKER UND NEUROBIOLOGISCHE HINTERGRÜNDE

Harald Hampel

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie,

Goethe-Universität Frankfurt

Zielsetzung/Fragestellung: Basierend auf den traditionellen klinischen Diagnosekriterien stellt die Diagnose einer Alzheimer-Demenz (AD) eine Ausschlussdiagnose dar. Dies ist vor allem dem breiten Spektrum des klinischen Demenzsyndroms geschuldet, das sich phänomenologisch mit den Syndromen bei Demenzerkrankungen anderer Ätiologie teilweise überlappt, sowie dem Fehlen von eindeutigen diagnostischen Markern, die eine Positivdiagnose erlauben würden. Die rasanten Fortschritte der Bildgebungs- und Biomarkerforschung der letzten Jahre haben dieses Bild aber weitgehend verändert und wirken sich nicht nur auf unser heutiges Verständnis der pathophysiologischen Grundlagen der AD aus, sondern münden mittlerweile auch in eine Neudefinition der diagnostischen Kriterien der AD, die sowohl von europäischen als auch von US-amerikanischen Gruppen aktuell vorangetrieben wird. Auch nationale Leitlinien, wie die aktuelle S3-Leitlinie Demenzen sehen die Verwendung von diagnostischen Biomarkern bei entsprechenden Fragestellungen bereits heute explizit vor.

Materialien/Methoden: Eine systematische Datenbankabfrage und Analyse der aktuellen Literatur, nationaler und internationaler Leitlinien der Fachgesellschaften sowie Zusammenfassung eigener aktueller Arbeiten zu diesem Thema.

Ergebnisse: Die Liquor-basierten Biomarker A β 1-42, Gesamt-Tau- und Phospho-Tau-Protein sind mittlerweile in großen multinationalen und multizentrischen klinischen Studien als diagnostisch wertvolle Biomarker validiert worden, die mit einer Spezifität und Sensitivität von bis zu 90% Patienten mit einer AD gegenüber altersgleichen Gesunden korrekt klassifizieren können. Die Hippokampus-Volumetrie ist als Goldstandard unter den strukturellen bildgebenden diagnostischen Methoden validiert worden. Messungen der regionalen Glukoseaufnahme mit Hilfe der FDG-PET sowie neuerdings die bildgebende Darstellung fibrillärer Amyloidproteinablagerungen im Gehirn (PiB-PET), die jedoch nur an wenigen speziell ausgerüsteten Zentren verfügbar ist, können die Früh- und Differentialdiagnostik der AD ebenfalls weiter unterstützen. Die Anwendung der FDG-PET wird von der S3-Leitlinie bei besonderen differentialdiagnostischen Fragestellungen empfohlen. Alle genannten Biomarker sind Bestandteil neuer, revidierter Diagnosekriterien der AD, die beginnende Störungen des episodischen Gedächtnisses in Kombination mit einem oder mehreren positiven Biomarkerbefunden für die Diagnose von Prodromalstadien einer AD voraussetzen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Biomarkerforschung hat die diagnostischen Möglichkeiten im Rahmen der Demenzdiagnostik erheblich erweitert und diese haben nach einem Prozess umfangreicher Prüfung und Validierung bereits Eingang die Empfehlungen der Leitlinien gefunden. Weitere Biomarker sind derzeit in der Entwicklung, die durch Einfachheit in der Handhabung und geringe Invasivität (z. B. in Form von Bluttests) die Anwendung von diagnostischen Biomarkern in der klinischen Praxis der Demenzdiagnostik in Zukunft noch weiter verbessern sollen.

Literatur

1. Blennow & Hampel et al. *Nat Rev Neurol* 2009; 6: 131-144.
2. Mattson & Hampel et al. *JAMA* 2009; 302: 385-393.
3. Hampel et al. *Nat Rev Drug Discov* 2010; 9: 560-574.
4. Ewers & Hampel et al. *Trends Neurosci* 2011 (in press).

ERGODEM – INDIVIDUALISIERTE ERGOTHERAPIE IN DER DEMENZBEHANDLUNG IST EFFEKTIV

Vjera Holthoff¹, Kira Marschner², Antje Gerner¹, Luisa Jurjanz³, Matthias Schützwohl¹, Thomas Kallert⁵, Thomas Becker⁶, Thomas Reuster⁷

¹Universitätsklinikum an der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bereich Gerontopsychiatrie und kognitive Neuropsychiatrie

²Universitätsklinikum an der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bereich Gerontopsychiatrie und kognitive Neuropsychiatrie und Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Dresden

⁴Universitätsklinikum an der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Dresden

⁵Park-Krankenhaus Leipzig-Südost, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Leipzig

⁶Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Günzburg

⁷Städtisches Klinikum Görlitz, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Görlitz

Zielsetzung/Fragestellung: Bei ERGODEM handelt es sich um eine multizentrische (Dresden, Leipzig, Günzburg), randomisierte und kontrollierte Studie (RCT-Design) mit dem Ziel der Evaluation einer klientenzentrierten häuslichen Ergotherapie bei leicht bis mittelgradig demenziell erkrankten Patienten und ihren Angehörigen.

Materialien/Methoden: Insgesamt 158 Patienten (Alter=55 Jahre) wurden in die Studie eingeschlossen und bei Indikation entsprechend der Leitlinien (DGN, DGPPN) pharmakotherapeutisch behandelt. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich ein individuelles, an den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten ausgerichtetes, ergotherapeutisches Behandlungsprogramm über einen Zeitraum von 6 Wochen, welches zweimal wöchentlich im häuslichen Setting und unter Einbeziehung des pflegenden Angehörigen stattfand. Beide Patientengruppen wurden an vier Erhebungszeitpunkten (vor Randomisierung sowie 9, 19 und 31 Wochen danach) untersucht. Neben der Bewältigung von Alltagsaufgaben als primäre Outcome-Variable interessieren die kognitive Leistungsfähigkeit, Aspekte der Lebenszufriedenheit, das Belastungserleben seitens der pflegenden Angehörigen sowie die Behandlungskosten. Die Auswertungen erfolgten in einem mehrfaktoriellen linearen Modell mit autoregressiver Kovarianzstruktur für korrelierte Beobachtungen unter Einschluss der Designfaktoren (Treatment, Zeitpunkt, Zentrum), des jeweiligen Ausgangswertes sowie Wechselwirkungstermen. Multiple Mittelwertvergleiche erfolgten Tukey-adjustiert.

Ergebnisse: Für den Hauptoutcomeparameter ADCS-ADL ergaben sich ein signifikanter Treatmenteffekt zugunsten der ergotherapeutischen Behandlung ($p < .0001$) sowie ein signifikanter Treatment X Zeit – Interaktionseffekt ($p = .0002$). In den multiplen Mittel-

wertsvergleichen fand sich zu allen drei Messwiederholungszeitpunkten ein signifikanter Gruppenunterschied ($p < .001$) zugunsten der Ergotherapie. Ein signifikanter Treatmenteffekt fand sich auch für die sekundären Outcomeparameter NPI HxS ($p = .0041$) und NPI Angehörigenbelastung ($p = .002$), nicht aber für die ADAS-cog ($p = .314$), die Lebenszufriedenheit der Patienten in der Selbstbeurteilung (QoL-AD, $p = .106$) oder der Fremdbeurteilung (QoL-AD, $p = .560$), die Lebensqualität der Angehörigen (QoL-AD, $p = .591$) und die beiden Subskalen der SF-12 ($p = .198$ bzw. $p = .510$). Auf den Subskalen der BIZA-D fand sich allein für die Subskala Weiterentwicklung ein signifikanter Treatmenteffekt ($p = .0006$).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Insgesamt sprechen die Ergebnisse dafür, die Ergotherapie im häuslichen Umfeld als nicht-pharmakologische Therapie demenzieller Erkrankungen als festen Pfeiler in der ärztlichen Therapieplanung zu etablieren. Für die weitere Entwicklung der häuslichen Ergotherapie erscheint es gleichzeitig essentiell, weiterführend die Konzeption einer sogenannten Erhaltungstherapie und deren Wirksamkeit auf die Erkrankungsprogredienz zu untersuchen.

FOLGEN DER LANGZEITBEHANDLUNG UND ENTZUG VON BENZODIAZEPINEN IM ALTER

Rüdiger Holzbach

LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein

Benzodiazepine sind unverzichtbare Medikamente, um psychische Ausnahmezustände, wo notwendig, medikamentös zu beherrschen. Bei etwa 1/3 aller Behandlungen kommt es zu einem Langzeitgebrauch. Davon sind ältere Menschen besonders betroffen, denn 1/3 aller Verschreibungen von Benzodiazepinen und Z-Drugs gehen an unter 50-Jährige, 1/3 an die 50–70-Jährigen und 1/3 an die über 70-Jährigen.

Fataler Weise kommt es bei Benzodiazepinen im Verlauf der Einnahme zu Nebenwirkungen, die aufgrund ihrer geringen Spezifität in der Regel nicht erkannt werden und insbesondere bei älteren Menschen »dem Alter« zugeschrieben werden. Durch die typische Symptomkonstellation auf dem Hintergrund der längeren Einnahme von Benzodiazepinen können diese unspezifischen Symptome aber gut zugeordnet werden.

Der Entzug von Benzodiazepinen gestaltet sich unkompliziert, wenn die pharmakologischen Besonderheiten der Benzodiazepine berücksichtigt bzw. genutzt werden. Gerade bei älteren Menschen, die von dem Angebot einer Entzugsstation nur sehr bedingt profitieren, empfiehlt sich der ambulante Entzug, der ohne viel Aufwand begleitet werden kann.

INTEGRATIVE DEMENZBEHANDLUNG

Ralf Ihl

Klinik für Psychiatrie und -psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Alexianer Krefeld GmbH, Maria-Hilf-Krankenhaus, Klinik für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Krefeld

Ausgangslage: Prävention, Detektion, Behandlung und Versorgung der Demenz sind Bereiche, die von unterschiedlichen Akteuren vorangetrieben werden. Die Bereiche entwickeln sich folgerichtig separat. Eine systematische Koordination ist nicht vorgesehen. So sind Schnittstellen entstanden, die eine optimale Koordination der Angebote für Menschen mit Demenz erschweren und sogar die Ziele der Bereiche vernachlässigen können.

Methode: Schnittstellen zwischen den Bereichen und auch innerhalb der Bereiche werden aufgezeigt, analysiert und darauf geprüft, welche Hemmnisse eine Koordination erschweren.

Ergebnisse: Die Analyse der Schnittstellen zeigt Ansatzpunkte für die Umwandlung von Schnitt- zu Verbindungsstellen.

Diskussion: Die Ergebnisse ermöglichen eine Vielzahl von Maßnahmen sowie eine Handlungsplanung, die eine Koordination der Bereiche herbeiführen können.

HERAUSFORDERUNG SCHWIERIGE ENTSCHEIDUNGEN

Sabine Jansen

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, Berlin

Angehörige von Demenzerkrankten sind im Verlauf der Krankheit immer wieder vor neue Situationen und schwierige Entscheidungen gestellt. Ihnen in diesen Situationen Rat und Hilfe zu geben, ist eine der Aufgaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

In den vergangenen Jahren hat deshalb der Arbeitsausschuss Ethik der DAzG, der mit unterschiedlichen Professionen und mit Angehörigen besetzt ist, »Empfehlungen zu ethischen Fragestellungen« erarbeitet, die auch im Internet als Download zur Verfügung stehen. In diesen werden Themen wie die Frage der Behandlung bzw. des Behandlungsabbruchs, der Umgang mit Patientenverfügungen bei Demenz, die Frage der Sondenernährung, die Begleitung am Lebensende und der Umgang mit Schuldgefühlen behandelt.

Die Empfehlungen zeigen dabei keine Lösungen auf, sondern stellen die Problemlage mit ihren verschiedenen rechtlichen und ethischen Aspekten dar. Sie wollen Angehörige dabei unterstützen, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen, die ihrer individuellen Situation und die ihres erkrankten Angehörigen, entsprechen.

18 MONATE S-III-LEITLINIE DEMENZEN: WO STEHEN WIR UND WIE GEHT ES WEITER?

Frank Jessen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn

Im Jahre 2009 wurde die gemeinsame S-III-Leitlinie Demenzen der DGPPN und DGN publiziert. In dem Vortrag wird der seitdem stattgefundenen Weiterentwicklungsprozess der S-III-Leitlinie und der Nationalen Versorgungsleitlinie dargestellt. Darüber hinaus werden wichtige neue Studien und internationale seitdem erschienene Leitlinien vorgestellt.

PSYCHOLOGISCHE PERSPEKTIVEN AUF EMOTIONALES WOHLBEFINDEN IM ALTER

Eva-Marie Kessler¹, Ute Kunzmann²

¹Universität Heidelberg

²Universität Leipzig

Wie schaffen wir es im höheren Lebensalter, trotz zunehmender Verluste ein relativ hohes Ausmaß an emotionaler Widerstandsfähigkeit beizubehalten? Mit der Frage nach der »emotionalen Resilienz« hat sich sowohl die entwicklungspsychologische als auch die klinisch-epidemiologische Forschung beschäftigt. Ziel des Beitrages ist ein erster Versuch einer Synthese dieser beiden Forschungstraditionen im Sinne einer »Alternspsychopathologie«. Dazu werden wir in dem Beitrag die empirische Alternsforschung zu Indikatoren normalen Alterns einerseits und pathologischen Alterns andererseits zusammenführen. Herausgearbeitet werden soll u. a., dass negative Gefühlszustände und Major Depression im Alter nicht zunehmen, und dass sich gleichzeitig die Abnahme positiver, hochaktiver Gefühlszustände (z. B. Begeisterung) im hohen Alter auch in der höheren Auftretenshäufigkeit leichter, auf Anhedonie beruhender Depressionen abbildet. Ferner werden auch die Grenzen emotionaler Widerstandsfähigkeit im Alter und deren Ursachen diskutiert.

NEUKONZEPTION EINER PSYCHOTHERAPIESTATION FÜR SENIOREN AN EINER VERSORGUNGSKLINIK. EIN WERKSTATTBERICHT

Wiebke Kleebach¹, Stephan Weyers², Harm Dargel-Jänen², Gustav Habedank², Beate Klüppel², Volker Wippermann²

¹Abteilung Gerontoneuropsychiatrie, LWL-Klinik Hemer, Hans-Prinzhorn-Klinik, Hemer

²LWL-Klinik Hemer, Hans-Prinzhorn-Klinik, Gerontoneuropsychiatrie

Um dem wachsenden Bedarf an Psychotherapie in der älter werdenden Gesellschaft gerecht zu werden, wird an der LWL-Klinik Hemer (Hans-Prinzhorn-Klinik) ein entsprechend spezialisiertes Konzept für die stationäre psychotherapeutische Behandlung von Senioren erarbeitet. Grundlegend ist hierbei eine Ausrichtung an den Bedürfnissen des vorhandenen Patientenlientels sowie eine beständige Weiterentwicklung der Angebote im Dialog mit den zu behandelnden Menschen.

Einen Behandlungsschwerpunkt bilden zum jetzigen Zeitpunkt affektive Erkrankungen, gefolgt von Angst- und Zwangsstörungen sowie chronischen Schmerzstörungen.

Den therapeutischen Grundbaustein bilden tägliche Gruppenangebote, welche sich in störungsspezifische, anwendungsorientierte Module unterteilen lassen. Die Behandlung erfolgt hierbei u. a. in Anlehnung an McCullough, Hautzinger und Margraf. Die Einbettung in weitere Angebote unseres multiprofessionellen therapeutischen Teams (z. B. Ergo-, Musik-, Klang-, Physio- und tiergestützte Therapie) rundet unsere Arbeit ab.

Eine permanente testpsychologische Evaluation garantiert eine wissenschaftlich fundierte Qualitätssteigerung des therapeutischen Konzepts.

DAS ZERTIFIKAT »GERONTOPSYCHIATRIE FÜR SOZIALE BERUFE«

Thomas Kunzlik

Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V., Wiehl

Die Bedarfe an gerontopsychiatrischem Wissen wachsen mit der zunehmenden Zahl an Betroffenen gerade auch bei Berufsgruppen der sozialen Arbeit.

In Kooperation mit der Dualen-Hochschule Baden-Württemberg in Stuttgart und der katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln hat die Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. das Zertifikat »Gerontopsychiatrie für Soziale Berufe« entwickelt.

Es wendet sich an Diplom-SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen, Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit sowie weitere soziale Berufsgruppen.

Ziel des modular aufgebauten Weiterbildungsprogrammes ist es, die Soziale Arbeit als dritte Säule der Patientenversorgung (neben Medizin und Pflege) zu etablieren.

Die Lehrinhalte mit 72 Stunden Theorie und 24 Stunden praktischer Vertiefung sozialarbeiterischen Handlungswissens orientieren sich an drei Notwendigkeiten:

1. Vertiefung theoretischen Wissens (in Bezug auf die Zielgruppe): Krankheitslehre, Psychologie, Recht, Pflege, Rehabilitation, Ökonomie
2. Vertiefung sozialarbeiterischen Handlungswissens: Soziale Beratung und sozialpädagogisches Case-Management als Kernkompetenzen
3. Profilierung Sozialer Arbeit in ihren Funktionen: Anwaltschaftliche Interessenvertretung (Advocacy-Funktion), Makler-Funktion (Broker-Funktion), »Türöffner«-Funktion (Gate-Keeper-Funktion), Vernetzungs- und Steuerungsfunktion (Einzelfall, Organisation, Sozialraum).

Mehr Informationen: www.dagpp.de

GESPRÄCHSRUPPENTHERAPIE AUF EINER PSYCHOTHEAPIESTATION FÜR ÄLTERE MENSCHEN

Angelika Lamberts

Gerontopsychiatrie/-psychotherapie, Psychiatrische Klinik
Münsterlingen/Schweiz

Auf der Psychotherapiestation für ältere Menschen der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen/Schweiz findet seit vielen Jahren zweimal wöchentlich eine analytische Gesprächsgruppentherapie statt. Die Station verfügt über ein multidisziplinäres und multimodales Behandlungsangebot auf der Grundlage psychodynamischen Denkens. Die Patienten leiden unter Depressionen und Angst-erkrankungen, unter psychosomatischen Störungen, sekundären Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Der Vortrag setzt sich auseinander mit den für die Durchführung einer derartigen Therapie erforderlichen Kenntnissen des Gruppentherapeuten, wie einiger entwicklungspsychologischer Aspekte des höheren Lebensalters, der Haltung des Therapeuten bei der Psychotherapie älterer Menschen, den im Alter am häufigsten auftretenden Konfliktthemen sowie dem besonderen Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen. Die Therapie in der Gruppe wird insbesondere im Hinblick auf die soziale Isolation und Vereinsamung älterer Menschen als hilfreich und mit der Möglichkeit gegenseitiger Unterstützung, des Erfahrungsaustausches und dem Angebot emotionaler Kontakte als besonders geeignetes Behandlungsverfahren angesehen.

PSYCHIATRISCHE THERAPIE IN PFLEGEHEIMEN: LEITLINIENGERECHT? WER TRÄGT DIE NICHT-PHARMAKOLOGISCHE BEHANDLUNG?

Michel Marpert

Ambulanz der Abteilung für Alterspsychiatrie, ZfP
Südwürttemberg, Ravensburg, Deutschland

Zielsetzung/Fragestellung: Die S3-Leitlinie Demenz fordert die Anwendung nicht pharmakotherapeutischer Maßnahmen, bevor bei »herausforderndem Verhalten« Demenzkranker Psychopharmaka eingesetzt werden.

Materialien/Methoden: In Fallvignetten aus der täglichen Arbeit einer großen alterspsychiatrischen Institutsambulanz wird erläutert, ob, wo und wie dieser Forderung Rechnung getragen werden kann und welche Rahmenbedingungen notwendig sind.

Ergebnisse: Nicht pharmakologische, vor allem milieutherapeutische Behandlungsstrategien sind daran gebunden, dass in enger Zusammenarbeit mit den Pflegeteams diese Arbeit unter Anleitung des Gerontopsychiaters qualifiziert durchgeführt wird. Dies erfordert eine für Pflegeheime eher unübliche Form der »geteilten Verantwortung« und eine Schulung und Fortbildung des Pflegepersonals im psychiatrischen Bereich, welche heute oft noch nicht vorhanden ist.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Um die Leitlinie umzusetzen, bedarf es der Entwicklung von Modellen zur Zusammenarbeit und Fortbildung im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich.

ALTENGERECHTE STADTENTWICKLUNG. DAS KONZEPT IM KREIS GÜTERSLOH

Bernd Meißnest

Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, LWL Klinikum
Gütersloh

Wie kann eine altengerechte Stadtentwicklung aussehen, wenn Sie attraktiv, innovativ, bürgerorientiert und zukunftsfähig sein soll? Wie kann Stadtplanung, Immobilienwirtschaft, Seniorenfürsorge, Politik, etc. gemeinsam eine gute, ethisch akzeptable Stadtentwicklung für ältere Menschen betreiben?

Im Kreis Gütersloh (360tE) hat sich über viele Jahre ein stadtteilbezogenes Netz an unterschiedlichsten Hilfs- und Betreuungsangebo-

ten entwickelt, sodass es unabhängig von der Intensität des Betreuungs- und Versorgungsbedarfes gelingt, die älteren Bürgerinnen und Bürger in »ihrem Viertel /Stadtteil« zu betreuen. Hierzu gehören unterschiedlichste Wohnangebote und im Besonderen Alternativen zu der »klassischen« Alten- und Pflegeheimstruktur, sowie Angebote zur Tagesstrukturierung, zur Pflege, zur Nachbarschaftshilfe. Durch kommunale Bürgerbefragungen werden Wünsche und Bedürfnisse zur verbesserten Versorgung erkannt und umgesetzt. Dies hat Auswirkungen auf die Infrastruktur, auf die politische und kommunale Gremienlandschaft und auf die Attraktivität einer Kommune.

Kommunen übernehmen die Verantwortung für eine altengerechte Stadtentwicklung, orientiert an den Bedürfnissen ihrer Bürgerinnen und Bürger. Unterschiedliche Foren haben sich gegründet, in denen sich Vertreter der Wohn- und Immobilienwirtschaft, der Stadtplanung, der Altenhilfe, des Seniorenbeirates etc., mit der altengerechten Stadtentwicklung auseinandersetzen.

RICHTLINIENPSYCHOTHEAPIE IM ALTER – ANSPRUCH UND WIRKLICHKEIT

Heiner Melchinger

Klinik für Medizinische Rehabilitation und Geriatrie,
Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung Hannover

Zielsetzung/Fragestellung: Die von Fachverbänden und in den Altenberichten der Bundesregierung seit langem geforderte psychotherapeutische Versorgung von älteren Menschen wird mit der Versorgungswirklichkeit kontrastiert.

Materialien/Methoden: Auswertung von Konzeptpapieren und statistischen Materialien.

Ergebnisse: Gegenwärtig erhält nur ein Bruchteil der psychisch erkrankten älteren Menschen eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Behandlung.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die ärztliche Selbstverwaltung und die Verbände der Psychotherapeuten sind gefordert, verbindliche Regelungen zu treffen, die für ältere psychisch erkrankte Menschen einen niedrighwelligen Zugang zu Psychotherapie ermöglichen/sicherstellen.

AUFGABEN UND CHANCEN FÜR DIE GERONTOPSYCHIATRIE AM ALLGEMEINKRANKENHAUS

Tomas Müller-Thomsen

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Kreiskrankenhaus Prignitz

Zielsetzung/Fragestellung: Wie wichtig ist gerontopsychiatrisches Fachwissen innerhalb einer psychiatrischen Fachabteilung am Allgemeinkrankenhaus der Regelversorgung?

Materialien/Methoden: Es wurden Patienten des Kreiskrankenhauses Prignitz untersucht, die 2010

- stationär psychiatrisch behandelt und
- konsiliarisch von der Psychiatrie in den somatischen Abteilungen gesehen wurden.

Ergebnisse:

- Von 1.349 aufgenommenen Patienten waren 253 (19%) 65 Jahre alt. Diese wurden in der Regel auf der gerontopsychiatrischen Station behandelt.
- Es wurden 691 Konsile durchgeführt, hiervon waren 443 (64,11%) 65 Jahre und älter.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Im Vergleich zu Voruntersuchungen ist der Anteil älterer Patienten in dem untersuchten Krankenhaus deutlich höher. Mögliche Ursachen, wie hoher Anteil älterer Menschen in der Region und Zuweisungen von somatischen Abteilungen, werden diskutiert.

Im Bereich des Konsil- und Liaisondienstes betreffen viele Anforderungen ältere Patienten. Neben der entsprechenden Qualifikation des durchführenden Arztes bedarf es konzeptioneller Überlegungen. Diese sollen diskutiert werden.

GERIATRISCH-GERONTOPSYCHIATRISCHE GEMEINSCHAFTSSTATION OBERHADEL KLINIKEN HENNIGSDORF

Heidi Müßigbrodt¹, Maria Jockers-Scherübl¹, Sigrid Schadow²

¹Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Oberhavel Kliniken, Hennigsdorf

²Abteilung für Akutgeriatrie, Oberhavel Kliniken, Hennigsdorf

Am 1.10.2009 wurde an den Oberhavel-Kliniken in Hennigsdorf eine geriatrisch-gerontopsychiatrische Gemeinschaftsstation mit aktuell 16 Behandlungsplätzen für Patienten >65 Jahre mit schweren psychischen und somatischen Erkrankungen eröffnet. Ziel ist die Verbesserung der bisherigen Versorgungssituation dieser oft multimorbiden Patienten über den üblichen Konsiliardienst hinausgehend sowie dem wachsenden Bedarf an speziellen Behandlungsangeboten für diese Altersgruppe gerecht zu werden. So können wir beispielsweise auch Demenzkranken eine komplex-geriatrische Behandlung nach zerebraler Ischämie oder Schenkelhalsfraktur ermöglichen.

Unser Allgemeinkrankenhaus bietet dafür ideale Voraussetzungen mit allen Möglichkeiten der modernen Labor- und Funktionsdiagnostik im Haus wie auch einer langjährigen, wertschätzenden Zusammenarbeit der psychiatrischen und akutgeriatrischen Abteilung. Die Station wird unter gemeinsamer ärztlicher Leitung des multiprofessionellen Teams geführt bei einem für alle Patienten einheitlichen aktivierenden und ressourcenorientierten Pflegekonzept mit gemeinschaftlichen Mahlzeiten und Aktivitäten. In großzügig gestalteten Räumlichkeiten mit eigenen ergo- und physiotherapeutischen Behandlungsräumen auf der Station bieten wir ein umfangreiches einzel- und gruppentherapeutisches Behandlungsangebot unter Einbeziehung der Angehörigen.

Es werden erste Daten zu Patientenmerkmalen, Zugangswegen und Diagnosehäufigkeiten vorgestellt. Unsere Modellstation hat sich in diesen ersten 18 Monaten ihres Bestehens als ein sinnvolles, qualitätssteigerndes ergänzendes Behandlungsangebot in der psychiatrischen und akutgeriatrischen Versorgung des älteren Menschen bewährt.

MUNDGESUNDHEIT MIT DEMENZ – DIE NOTWENDIGKEIT EINER KOOPERATION ZWISCHEN ARZT UND ZAHNARZT

Ina Nitschke¹, Angela Stillhart²

¹Bereich Seniorenzahnmedizin, Departement für Kopf- und Zahnmedizin, Friedrich-Louis-Hesse-Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Orale Medizin, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Universitätsklinikum Leipzig

²Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin, Zentrum für Zahnmedizin, Universität Zürich

Die zahnmedizinischen Präventionsbemühungen führen dazu, dass immer mehr ältere Menschen eigene Zähne bis ins hohe Alter behalten. Die eigenen Zähne und ein passgenauer Zahnersatz ermöglichen auch den älteren Menschen, ihre Kau- und Sprechfunktion zu erhalten, und sie tragen zu einem guten Aussehen bei. Die vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie zeigt, dass bei den 65–74-Jährigen 22% zahlos sind, sodass das Alter nicht gleichbedeutend mit Zahnlosigkeit ist. Wichtiger Bestandteil der Mundgesundheit ist jedoch, dass eine kontinuierliche gute Mundhygiene zu Hause stattfindet, die durch eine mehrmals im Jahr beim Zahnarzt stattfindende professionelle Zahn- und Prothesenreinigung unterstützt wird. Körperliche und kognitive Einschränkungen, die der Mundgesundheit schaden, sollten gezielt durch

den Zahnarzt und sein Team aufgefangen werden. Schlechte Mundhygiene kann allgemeinmedizinische Erkrankungen verursachen bzw. verstärken.

Die Diagnose Demenz rüttelt den Patienten und seine Familie auf. Es werden Wege gesucht, mit der Krankheit und den daraus entstehenden Einschränkungen zu leben. Dabei wird die Mundgesundheit in der Regel von allen Beteiligten vergessen. Kontrollorientierte Zahnarztbesuche finden oft nicht mehr statt. Der Zahnarzt sieht den dementen Patienten meistens erst wieder, wenn aufgrund von Nahrungsverweigerung der Mund wieder in den Fokus des Interesses rückt.

Oft kann der Zahnarzt dann aber im üblichen Weg nicht mehr behandeln, da der Patient nicht in der Lage ist, kooperativ mitzuarbeiten. Eine zahnärztliche Behandlung kann dann oft nur noch unter Vollnarkose stattfinden. Die Therapie ist meist sehr einschneidend, da eine jahrelange Vernachlässigung des Gebisses große Schäden verursacht hat. Ist die Grunderkrankung zu weit fortgeschritten, sind Patienten nicht mehr mit Zahnersatz zu versorgen und die Zahnextraktion oft nur noch die einzige Lösung. Kommt der Patient jedoch in der Phase der Diagnosestellung, in der er meist noch kooperativ ist, zum Zahnarzt, hat dieser eine größere Chance, die Zähne zu erhalten und den Zahnersatz optimal zu gestalten. Danach wäre dann eine Erhaltungstherapie notwendig. Um eine Vollräumung der Mundhöhle mit den dazugehörigen Einschränkungen bei der Mastikation, Phonetik und Ästhetik zu vermeiden, wäre es sehr hilfreich, wenn der Patient und seine Angehörigen vom betreuenden Arzt bei Diagnosestellung sofort aufgefordert werden würden, den Zahnarzt aufzusuchen. Die Diagnosestellung und Überweisung durch den Hausarzt sollte dann in der Zahnmedizin auch der Start sein, eine intensive zahnärztliche Betreuung mit dem Patient und seinen Angehörigen aufzubauen. Der Arzt ist somit aufgefordert, auch an die Mundsituation und die mundbezogene Lebensqualität seines Patienten zu denken, sodass sich folgende Frage stellt: Wieso also nicht den Zahnarzt als interdisziplinären Partner mit einbeziehen – gleich nach Diagnosestellung Demenz?

MENSCHEN MIT DEMENZ, DIE ZU HAUSE LEBEN. WAS WOLLEN SIE? WAS TUN SIE? WAS BRAUCHEN SIE?

Birgit Panke-Kochinke

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) Witten

Zielsetzung/Fragestellung: Der Projektverbund »Häusliche Versorgung« im DZNE in Witten hat Perspektiven für ein tragfähiges Forschungsprogramm entwickelt, das

- die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, die zu Hause leben, vor dem Hintergrund ihrer Selbstäußerungen rekonstruiert (Was wollen sie?),
- erfasst, wie sie ihren Alltag gestalten (Was tun sie?)
- und vor diesem Hintergrund Konzepte entwickelt, wie passgenaue Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe angemessen geplant, umgesetzt und evaluiert werden können (Was brauchen sie).

Materialien/Methoden: Vor dem Hintergrund eines systematischen Reviews der internationalen Literatur zum Thema Selbstäußerungen von Menschen mit Demenz in der frühen und mittleren Phase ihrer Erkrankung (von Kutzleben ...) und ersten Erkenntnissen aus sechs Projekten des Projektverbundes »Häusliche Versorgung« im DZNE in Witten werden Perspektiven für ein pflegewissenschaftlich begründetes Forschungsprogramm für Menschen mit Demenz, die zu Hause leben, vorgestellt.

Ergebnisse:

1. Eine Rekonstruktion der Erfahrungen und Erlebnissen von Menschen mit Demenz im Umgang mit ihrer Erkrankung, die

zu Hause leben, ist notwendig. Die Selbstäußerungen der Betroffenen müssen erfasst und methodisch angemessen ausgewertet werden. Weitere methodische Zugänge sind zu erforschen, die zur Erschließung ihrer individuellen Bedarfe dienen.

2. Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz, die zu Hause leben, sind nur vor dem Hintergrund der jeweiligen lebensgeschichtlichen Verlaufskurven zu planen. Eine Typenbildung ist vorzunehmen.
3. Es ist dabei jeweils zu berücksichtigen, wie sich der Krankheitsverlauf im Leben verändert und welche Auswirkungen das auf die Form der Bewältigung hat. Dafür müssen angemessene flexible und multimodale Versorgungsangebote entwickelt werden.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Zwischen Selbstbestimmung und individuellem Hilfebedarf gilt es, für Menschen mit Demenz, die zu Hause leben, eine angemessene Unterstützung zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. Das setzt die Erfassung der Struktur der Bedürfnisse und der Inanspruchnahme von Angeboten als einen Indikator für ihre Wirksamkeit voraus. Es erfordert die Ausrichtung der Angebote an den Ressourcen und Wünschen der Betroffenen. Die Anpassung der Angebote an den Krankheitsverlauf bedingt dabei die Konstruktion von multimodalen Angeboten der Selbsthilfe, der niederschweligen Angebote in einer bedarfsgerechten Qualität sowie Konzepten für die Übergänge in weitere professionelle ambulante, teil- und vollstationäre Versorgungsangebote. Die Unterstützung und Versorgung von Menschen mit Demenz, die zu Hause leben, soll so gestaltet werden, dass ihre Chancen steigen, ihr individuelles Maß von Selbstbestimmung leben zu können.

DIE »SPIRALE DER GEWALT« DURCHBRECHEN. DIDAKTISCHE PERSPEKTIVEN FÜR DEN UMGANG MIT AGGRESSIVEN VERHALTENSWEISEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ IN DER STATIONÄREN ALTENHILFE

Birgit Panke-Kochinke, Ines Buscher

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) Witten

Zielsetzung/Fragestellung: Didaktische Perspektiven für einen angemessenen multiprofessionellen Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu entwickeln, ist Ziel des Vortrages. Die zentrale Fragestellung lautet: Welche didaktischen Grundlagen lassen sich benennen, die einen konstruktiven Umgang von multiprofessionellen Teams in Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz begründen.

Materialien/Methoden: Die didaktischen Perspektiven wurden vor dem Hintergrund zweier empirischer Studie im Rahmen der Leuchtturmprojekte QUIKK (Buscher, Kühnert, & Panke-Kochinke, 2010) und InDemA (Bartholomeyczik et al., 2010) sowie einer Untersuchung zum Umgang von Pflegenden mit Gewalt, die gegen sie gerichtet ist (Panke-Kochinke, 2008), entwickelt. Grundlegend sind didaktische Überlegungen der Lehr- und Lernforschung im Rahmen konstruktivistischer Lernszenarien.

Ergebnisse: Die Studien weisen darauf hin, dass Angst und Unsicherheit sowohl auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch auf Seiten der Menschen mit Demenz eine Haltung bedingen, die auf der einen Seite Abwehr und auf der anderen Seite Kontrolle produziert. Ein Mehr an Sicherheit auf der Seite der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter setzt diesen problematischen Mechanismus außer Kraft. Sie erzeugt ein Mehr an Zufriedenheit auf beiden Seiten. Die Förderung einer reflexiven Distanz reduziert die Angst der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dem Menschen mit Demenz nicht gerecht werden zu können. Die

vor dem Hintergrund neurowissenschaftlicher Erkenntnisse sich durchsetzenden konstruktivistischen Lernszenarien werden in der wissenschaftlichen Rekonstruktion daran erkennbar, dass implizite Erfahrungsbestände in einen Labilisierungsprozess gebracht und damit Lernpotentiale freigesetzt werden können. Dieser Mechanismus ist im Rahmen eines didaktischen Modells im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz in der stationären Versorgung im Rahmen von Lernszenarien produktiv zu fördern. Fallarbeit stellt ein zentrales Instrument dafür zur Verfügung (Buscher et al., 2010).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Unklar ist bislang jedoch, welche Bildungsprozesse in den Fallbesprechungen ablaufen und welche Faktoren die Prozesse wie beeinflussen. Das DZNE in Witten beschäftigt sich aus diesem Grunde im Rahmen des Forschungsprojekts »Wirkung von Fallbesprechungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten (FallDem)« (Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), 2011) mit unterschiedlichen Fallbesprechungskonzepten. Verschiedene Fallbesprechungskonzepte werden weiterentwickelt und ein korrespondierendes Fortbildungskonzept für die nachhaltige Implementierung von Fallbesprechungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe wird entworfen und evaluiert. Die in den Fallbesprechungen ablaufenden Bildungsprozesse sollen rekonstruiert werden. Die Ergebnisse können ggf. einen Beitrag zur Beantwortung der Fragestellung nach professionellen Handlungskompetenzen im Umgang mit Menschen mit Demenz leisten und innerhalb der Berufsbildungsforschung Rückschlüsse auf die Frage nach dem Wissenstransfer in impliziten Bildungsprozessen zulassen und in ein didaktisches Modell überführt werden.

Literatur

1. Bartholomeyczik S, Wilm S, Bureick G, Halek M, Hardenacke D, Krüger C et al. Sachbericht zum Projekt »Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen« (InDemA). Witten 2010.
2. Buscher I, Kühnert S, Panke-Kochinke B. Leuchtturmprojekt Demenz. QUIKK – Qualitative Evaluation von Inhouse-Weiterbildungen zur Konzept- und Kompetenzentwicklung multiprofessioneller Teams und ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe mit dem Schwerpunkt demenzieller Erkrankungen. Abschlussbericht, eingereicht beim Bundesministerium für Gesundheit am 31. Juli 2010. Düsseldorf 2010.
3. Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) (Ed). Jahresbericht 2010. Witten 2011.
4. Panke-Kochinke B. Gewalt gegen Pflegekräfte. Problematische Situationen erkennen und lösen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2008.

PALLIATIVMEDIZIN: EIN NEUES ARBEITSFELD FÜR GERONTOPSYCHIATER?

Klaus Maria Perrar

Zentrum für Palliativmedizin Uniklinik Köln

Zielsetzung/Fragestellung: Kaum eine medizinische Disziplin hat in den letzten Jahren eine ähnliche Entwicklung genommen wie die Palliativmedizin. Seit 2007 besteht ein gesetzlicher Anspruch auf eine spezialisierte palliative Versorgung jedes gesetzlich Versicherten, seit kurzem ist sie fester Bestandteil der medizinischen Ausbildung. Die Zahl ihrer Lehrstühle und die damit verbundenen Forschungsschwerpunkte steigen beständig. Dabei versteht sich die Palliativmedizin längst nicht mehr als ein Fach, welches sich allein mit der Symptomlinderung und Verbesserung der Lebensqualität bei Menschen mit onkologischen Erkrankungen befasst. Auch chronisch entzündliche oder neurodegenerative Erkrankungen wie die Multiple Sklerose, ALS, Morbus Parkinson oder vor allem die Demenzen sind zunehmend Gegenstand palliativmedizinischer Versorgung und Forschung.

Die palliative Versorgung und Sichtweise hat somit einen wachsenden Stellenwert in der Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten am Lebensende. Der Vortrag wird skizzieren, wo mögliche Berührungspunkte zwischen den beiden Disziplinen existieren und an welchen Stellen der Palliativmedizin eine gerontopsychiatrische Expertise gefragt ist.

Materialien/Methoden: Vortrag.

Ergebnisse: Anhand der Krankheitsbilder der Demenzen sowie chronischen Schizophrenien und chronischen Depressionen mit onkologischen Zusatzdiagnosen werden palliative Herausforderungen skizziert. Dies betrifft zum einen konkrete Symptomkonstellationen wie Schmerz, Dyspnoe oder Infekte. Zum anderen werden die Besonderheiten beschrieben, die im palliativen Versorgungskontext aus diesen Krankheitsbildern resultieren.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Fortschritte in der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen und der damit verbundene Gewinn an Lebensjahren muss notwendigerweise zu einer Auseinandersetzung mit der letzten Lebensphase dieser älter werdenden Patientengruppe führen, vor allem in den Fällen, in denen eine onkologische Erkrankung hinzukommt. Hierbei ist die Palliativmedizin auf die Erfahrungen, das Wissen und die konkrete Unterstützung seitens der Gerontopsychiatrie angewiesen, um eine Begleitung zu ermöglichen, die der Komplexität dieser Patienten gerecht wird.

HERAUSFORDERNDES VERHALTEN BEI DEMENZ IN PFLEGE-EINRICHTUNGEN: EVALUATION EINES TANDEMPROJEKTS PFLEGERISCHER UND ÄRZTLICHER LEITLINIEN – »VIDEANT«

Michael Rapp¹, Yvonne Treusch², Andreas Heinz³, Hans Gutzmann³

¹Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, Berlin

²Gerontopsychiatrisches Zentrum, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, Berlin

³Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: In unserem Projekt wurden die Leitlinien der Amerikanischen Gesellschaften für Gerontopsychiatrie und Geriatrie zur Verbesserung der Behandlung von Depressionen und Verhaltenssymptomen in Pflegeeinrichtungen in neun Pflegeeinrichtungen in Berlin implementiert. Unsere Haupthypothese lautete, dass im Vergleich zur Kontrollstichprobe in Pflegeeinrichtungen mit Leitlinienimplementierung bei Patienten mit Demenz die Ausprägung von Verhaltenssymptomen und die Verschreibung von Psychopharmaka sinken.

Materialien/Methoden: In unserer kontrollierten, prospektiven Interventionsstudie in Pflegeeinrichtungen wurden Primärdaten zur Prävalenz und Ausprägung von Verhaltenssymptomen und Psychopharmakaverschreibungen an einer Stichprobe von 321 Patienten mit einer mittelschweren bis schweren Demenz in Pflegeeinrichtungen in Berlin erhoben. In der Interventionsgruppe wurden N=149, in der Kontrollgruppe N=156 Patienten mit einer mittelschweren bis schweren Demenz erfasst. Die Intervention erfolgte anhand der vorgegeben Leitlinien und umfasste das Training von Pflegepersonal und Ärzten, ergo- und physiotherapeutische Behandlung, und einen Telefonlaidienst.

Ergebnisse: Über 90% der demenzkranken Bewohner litten an Verhaltenssymptomen, am häufigsten an Apathie (80% der Bewohner). 52,1% der demenzkranken Bewohner erhielten Neuroleptika, 29,4% Antidepressiva, und 16,6% Antidementiva. Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnte in der Interventionsgruppe herausforderndes Verhalten der demenzkranken Pflegeheimbewohner um 8 Punkte auf der Cohen-Mansfield-Agitationsskala gesenkt werden (SMD=-8,14; 95% KI: -3,24--12,45; p=.018).

Die Anzahl der verschriebenen Psychopharmaka sank jedoch nur gering (p=.048).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Implementierung von Leitlinien kann dazu beitragen, in Pflegeeinrichtungen bei Patienten mit mittelschwerer und schwerer Demenz die Ausprägung von Verhaltenssymptomen und die Verschreibung von Psychopharmaka zu senken.

WENN ALTE LIEBE DOCH MAL ROSTET. ERFAHRUNGEN AUS EINER SPRECHSTUNDE FÜR ÄLTERE PAARE (60+)

Astrid Riehl-Emde

Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Heidelberg

Zielsetzung/Fragestellung: Paartherapie zielt darauf ab, die Beziehungsdynamik zwischen zwei Partnern positiv zu beeinflussen. Ist dies bei älteren Paaren mit jahrzehntelang eingefahrenen Beziehungsmustern überhaupt noch möglich? Falls es überhaupt noch Liebe bei diesen Paaren gibt, wie zeigt sich diese und welchen Einfluss hat sie auf das Ergebnis?

Materialien/Methoden: Eine Stichprobe aus 30 Paaren, fortlaufend aufgenommen nach Beendigung der Paarberatung bzw. -therapie in einer universitären Spezialsprechstunde für ältere Paare, wurde untersucht in Bezug auf Anliegen, Umfang der Behandlung und Ergebnis. Die Fragen im Kontext von Liebe werden zunächst heuristisch-interpretatorisch beantwortet.

Ergebnisse: Die Therapiedauer variiert zwischen einem Beratungsgespräch bzw. einer Krisenintervention und 43 Gesprächen, im Median wurden 6 Gespräche geführt. Laut Urteil der Therapeuten waren die Paargespräche mindestens in der Hälfte der Fälle erfolgreich in Bezug auf das ursprüngliche Anliegen. Anhand kurzer Vignetten wird die Heterogenität von Liebesverläufen veranschaulicht. Außerdem werden Merkmale der gelingenden Liebe älterer Paare dargestellt, wie z. B. »der gestaltende Blick«.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Selbst wenn bisher keine systematischen Effizienz- und Ergebnisstudien zur Paartherapie mit Älteren vorliegen, sprechen klinische Erfahrungen dafür, dass sich eingefahrene Beziehungsmuster auch im Alter noch verändern lassen. Die Bewältigung situationsbedingter Schwierigkeiten kann oftmals sogar die Auswirkungen von Störungen bzw. Erkrankungen mildern. Paartherapie mit Älteren lohnt sich also! Die Flexibilität der Beteiligten ist für den Erfolg entscheidender als das Lebensalter. Visionen zur Liebe im Alter sind hilfreiche Konstrukte von Psychotherapeuten in der Therapie mit älteren Paaren.

KOGNITIVE SKALEN ZUR BEURTEILUNG DES THERAPIEERFOLGS BEI ALZHEIMER-DEMENTZ

Matthias Riepe

Sektion Gerontopsychiatrie Universität Ulm, Abteilung Gerontopsychiatrie BKH Günzburg

Zielsetzung/Fragestellung: Das Demenzsyndrom bei der Alzheimer-Erkrankung ist durch Defizite in multiplen kognitiven und nicht-kognitiven Domänen gekennzeichnet. Klinische Skalen integrieren diese Defizite in einen Summenscore. Es wird untersucht, ob dieses Vorgehen zur Beurteilung des Therapieerfolges bei komplexen gerontopsychiatrischen Erkrankungen geeignet ist.

Materialien/Methoden: Vergleich des mit verschiedenen kognitiven Skalen gemessenen Therapieerfolges publizierter Daten.

Ergebnisse: »Kognition« ist ein zusammengesetzter Endpunkt aus Subdomänen wie »Gedächtnis«, »Aufmerksamkeit«, »Orientierung«, »Sprache« und anderen. Die Abnahme der Leistungsfähigkeit bei Patienten mit Alzheimer-Demenz ist non-linear in diesen

Subdomänen. Die einzelnen kognitiven Leistungen werden von neuronalen Netzwerken unterschiedlicher anatomischer Verortung mediiert. Aufgrund der Non-Linearität in den Subdomänen führen Meta-Analyse zu Verzerrungen, die eine klinische Interpretation der Meta-Analyse erfordern.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Wir schlussfolgern, dass die Interpretation der statistischen Analyse vor dem Hintergrund der neurobiologischen und klinischen Randbedingungen erfolgen muss, nicht umgekehrt.

HERAUSFORDERUNG FRONTOTEMPORALE DEMENZ

Susanna Saxl

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Von einer Frontotemporalen Demenz (FTD) sind Schätzungen zufolge etwa 33.000 der rund 1,2 Millionen Demenzzkranken in Deutschland betroffen. Doch diese relativ seltene Form der Demenz stellt eine ganz besondere Herausforderung dar, denn:

- Viele Erkrankungen treten bereits vor dem 60. Lebensjahr auf.
- Die Erkrankten sind meist noch berufstätig, haben Familien mit schulpflichtigen Kindern oder sind finanzielle Verpflichtungen eingegangen.
- Im Vordergrund der Erkrankung stehen Verhaltensstörungen, die das Zusammenleben sehr schwierig machen, Außenstehende befremden und zu sozialer Isolierung führen können.
- Die Erkrankung ist vielen Ärzten nicht bekannt und wird deshalb häufig weder rechtzeitig erkannt noch angemessen behandelt.
- Geeignete ambulante Dienste, Tagesstätten und Heime sind kaum zu finden, es fehlen Konzepte und auch Pflegekräfte sind oft überfordert.

Gerade weil die Erkrankung sich häufig dramatisch auswirkt, dürfen die Betroffenen und ihre Angehörigen nicht alleine gelassen werden. Es braucht entsprechende Möglichkeiten der Unterstützung und der Betreuung. Wichtig ist aber auch die Information über das Krankheitsbild.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Was ist erforderlich, um sich dieser Herausforderung zu stellen?

- Information: Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat bisher ein Informationsblatt und eine Broschüre in laienverständlicher Sprache zur FTD herausgegeben, sowie im letzten Herbst die DVD »Leben mit FTD« veröffentlicht.
- Vernetzung: Seit 2005 hat die Deutsche Alzheimer Gesellschaft vier Fachtagungen zur FTD für Angehörige und Profis organisiert, ein Internet-Forum für Angehörige von Menschen mit FTD eingerichtet und ein jährliches bundesweites Angehörigentreffen organisiert.
- Schaffung von Hilfen: Seit 2011 gibt es ein Expertengremium, das die Entwicklung passender Unterstützungsangebote vorantreiben soll.

»ZURÜCK ZU DEN WURZELN« – SOZIALE ARBEIT ALS »VERNETZUNGSPROFESSION« IN DER GERONTOPSYCHIATRIE

Susanne Schäfer-Walkmann

Die Versorgung gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten ist aufgrund des komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedarfs sehr intensiv. Sowohl im klinischen, als auch im teilstationären und ambulanten Bereich werden mancherorts Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen in interdisziplinäre, gerontopsychiatrische Versorgungsarrangements mit eingebunden. Dabei wird Soziale Arbeit in der Gerontopsychiatrie – so die These dieses Beitrags – in ihren klassischen Funktionen angesprochen und ist aufgefordert, sich auf ihre Wurzeln zu besinnen.

Kernkompetenzen und Kernfunktionen Sozialer Arbeit: Aus der Tradition ihrer Disziplin heraus »kümmert« sich die Soziale Arbeit um Menschen in sozialen Problemlagen und leistet in einem modernen Verständnis unterstützende Begleitung für einen »gelingenderen« Alltag (Hans Thiersch) bzw. einer Lebensbewältigung unter prekären Umständen. Alte Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung (und auch deren Angehörige) sind somit eine geradezu »idealtypische« Zielgruppe sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer Interventionen. Der komplexe Hilfebedarf gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen macht die Relevanz sozialarbeitstheoretischer Bezüge und Handlungskonzepte überdeutlich: Hier geht es um komplexe (gesundheitliche) Problemlagen, Alltagsbewältigung in einer schwierigen Lebenssituation, psychosoziale Krisen, soziale Beziehungen und Bezüge, Ressourcenmobilisierung, sozialen Ausgleich, Materialisierung und Steuerung von Leistungen und vieles andere mehr. Ein solcher Bezugsrahmen ist in der Lebenswelt der Menschen verortet (von Spiegel 2006: 31) und schlägt den Bogen zur strategischen Ausrichtung aktueller Gesundheitspolitik.

Mit anderen Worten: Moderne Soziale Arbeit in der Gerontopsychiatrie rekurriert mit ihrem Ganzheitsparadigma auf den eigentlichen Identifikationskern des Social Work und ergänzt das professionelle Handeln medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Berufsgruppen um klassische Funktionen (vgl. u. a. Wendt 2001), die in der folgenden Abbildung zusammengestellt sind: soziale Unterstützung und psychosoziale Beratung, anwaltliche Vertretung für eine vulnerable Gruppe, Vermittlung sozialer Leistungen und Gatekeeping (im Sinne der Erschließung des Erforderlichen (Wissert 2001)) ebenso wie eine Vernetzungs- und Steuerungsfunktion. Damit nimmt Soziale Arbeit in der Gerontopsychiatrie den Menschen und seine Umwelt in den Blick, agiert im professionellen Tun »psycho-sozial« im eigentlichen Wortsinn und verankert sich über die einzelfallbezogene Begleitung von Behandlungs- und Versorgungsprozessen (Case-Management) in interdisziplinären Versorgungszusammenhängen (Care-Management). Folglich kann Soziale Arbeit in interdisziplinären oder gar integrierten Versorgungsarrangements viel leisten, wenn sie ihre Chance bekommt bzw. diese ergreift: »Die Erfahrungen mit Schnittstellen der Versorgung (...) zeigen, dass sozialarbeiterische Kompetenzen günstig für Gestaltung interdisziplinärer Kooperationsbeziehungen sind und für diese Gestaltungsaufgaben dringend benötigt werden« (Kaba-Schönstein/Schmerfeld 2004: 110).

»Also, da ist man in guten Händen!« – Ein »Leuchtturm« in Oberbayern: Wie bedeutsam es ist, sich diese klassische Intention Sozialer Arbeit vor Augen zu führen, belegen unter anderem die empirischen Ergebnisse eines »Leuchtturmprojektes Demenz« mit dem Titel »Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern (IDOB)«, in

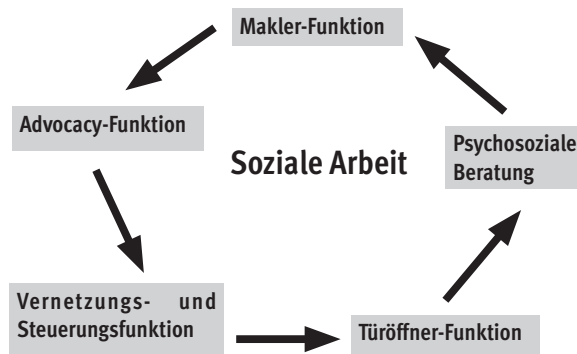


Abb.: Kernfunktionen Sozialer Arbeit

welchem über einen Zeitraum von zwei Jahren hinweg in einer städtischen und einer ländlichen Modellregion neue Formen extramuraler, integrierter Demenzversorgung erprobt und ausgestaltet wurden. Zentrales Merkmal von IDOB sind zwei tragende Säulen, die eine konsequente Verbindung von Case-Management-Prozessen und Care-Management-Prozessen ermöglichen:

- eine systematische, kontinuierliche Zusammenarbeit von Projektarzt/-ärztin, Psychologin (Institutsambulanz der beteiligten Klinik) und sozialpsychiatrischer Einzelhilfe (Freier Träger, Schwerpunktpraxis) und
- eine systematische, verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer in der Versorgungsregion (Sozialraum) in einem Versorgungsverbund, gesteuert durch ein Versorgungsmanagement.

Von September 2008 bis September 2009 wurden 247 Demenzpatienten durch IDOB im häuslichen Umfeld versorgt. 64,4% waren Frauen, 35,6% Männer, das Durchschnittsalter betrug 80,5 Jahre, die jüngsten Patienten waren 54 Jahre, die ältesten 98 Jahre alt. 40,9% lebten alleine. Den Ergebnissen der klinischen Diagnostik mit dem MMST zufolge wurde bei ca. je einem Drittel der Patienten eine leichte, mittelgradige bzw. schwere kognitive Beeinträchtigung festgestellt. Die Auswertung des sozialpsychiatrischen Eingangs-Assessments ergibt besonders hohe Beeinträchtigungswerte und daraus sich ableitenden Behandlungs- und Betreuungsbedarf hinsichtlich der soziostrukturellen Faktoren (z. B. Selbstständigkeit, Wohnen, Tagesstruktur, soziale Kontakte) und der psychologisch-geistigen Faktoren (Orientierung, Realitätsbezug, Affektivität, Krankheitseinsicht etc.). Mehr als die Hälfte der Patienten litt zusätzlich unter somatischen Erkrankungen.

Bei 59,5% der Patienten wurde durch die integrierte Demenzversorgung dauerhaft eine Versorgung zuhause sichergestellt. Nach der Einschreibung in das Projekt machten die IDOB-Case Manager durchschnittlich fünf Hausbesuche, dazu addieren sich durchschnittlich 12 sonstige und 14 marginale Kontakte. Diese Dichte an persönlichen Kontakten ist wesentliches Qualitätsmerkmal von IDOB und trägt nachweislich zu einer Stabilisierung der Versorgung bei. In der Hälfte der Haushalte gab es pflegende Angehörige, die von einer deutlichen Verbesserung ihrer Lebensqualität durch die Unterstützung von IDOB berichten.

Die Stärke der Konzeption und die gute Umsetzbarkeit führen auch die insgesamt 90 Interviews mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Kooperationspartnern eindringlich vor Augen. »Also, da ist man in guten Händen!« Sofern sie sich im Interview äußern konnten, wurde seitens der Betroffenen IDOB als sehr hilfreich und wertschätzend empfunden. »Der [IDOB-Mitarbeiter] war der erste Mensch, der mir da wirklich geholfen hat!« Angehörige erfuhren durch IDOB eine deutliche Entlastung. Kontinuität, Hilfsbereitschaft und Bedürfnisorientierung sind die am häufigsten genannten Aspekte zur Versorgung in IDOB. »Für mich gehört IDOB in eine Regelfinanzierung!« Aus Sicht der Kooperationspartner im Versorgungsverbund sicherte IDOB die Koordination und Kommunikation im Netzwerk, war zentraler Ansprechpartner, übernahm anwaltschaftliche und beratende Funktion für Anbieter und Patienten und stellte so eine qualitativ hochwertige Versorgung sicher.

Festzuhalten bleibt, dass es im Falle einer Demenzerkrankung um komplexe und schwierige Problemlagen und deren Bearbeitung in der Lebenswelt der Menschen geht. Das große Problem bei Demenz ist die Prozesshaftigkeit des Geschehens. Mit der Einweisung in eine Klinik und der gelungenen Stabilisierung der Situation ist noch nichts gewonnen. Die Krankheitsverläufe sind sehr individuell und unvorhersehbar, oftmals muss schnell reagiert werden – und werden Grenzen sichtbar: Schon allein aufgrund der epidemiologischen Entwicklung kann die Versorgung Demenzkranker

in Deutschland auch in Zukunft nicht ausschließlich stationär erfolgen. Mehr als deutlich wurde, wie wichtig es ist, Patientinnen und Patienten ebenso wie deren Angehörige in ihrer Lebenswelt anzusprechen und mit ihren individuellen Problemlagen zu akzeptieren. In diesem Zusammenhang ergänzt eine professionelle psychosoziale Beratung und Begleitung der Patienten bzw. Angehörigen durch Soziale Arbeit die reinen Managementaufgaben der Versorgungsplanung, Prioritätensetzung, Problemlösungsorientierung, Evaluation und Verpflichtung anderer Dienstleister. Als Kernkompetenz Sozialer Arbeit beinhaltet diese Psychosoziale Beratung und Begleitung ein »Sorge tragen«, ein »Sich kümmern« (»Take Care«) und stellte sich als die eine Schlüsselvariable für eine gelingende Versorgungsgestaltung heraus.

Die zweite Schlüsselvariable ist die des Care-Managements. In hochkomplexen Versorgungsarrangements muss es jemanden geben, dem das Mandat zur Steuerung und Vernetzung übertragen ist. An diesem Punkt hat Soziale Arbeit die Aufgabe, die Angemessenheit des Versorgungsangebotes einzuschätzen, auf eine zweckmäßige Ausgestaltung der Versorgung zu achten und dabei die Wirtschaftlichkeit nicht außer Acht zu lassen. Im Rahmen der Care-Management-Funktion werden die Chancen für ein koordiniertes Zusammenwirken verschiedener Leistungserbringer vor Ort ausgelotet und nehmen die Funktionsträger – wieder ganz klassisch sozialarbeiterisch – eine sozialräumliche Perspektive ein. Sie sind zuständig für die Überleitung von einer Versorgung in eine andere Versorgung und begleiten die Patientinnen und Patienten so lange, bis eine stabile Versorgung erreicht ist. An einem Netzwerk beteiligte Kooperationspartner empfinden ein solches verantwortlich steuerndes Element als sehr entlastend und für eine erfolgreiche Arbeit des Netzwerkes unabdingbar.

»Zurück zu den Wurzeln!« – Eine Aufforderung, Soziale Arbeit in der Gerontopsychiatrie zu verstetigen: In einem wettbewerblich strukturierten Gesundheitswesen stellt Soziale Arbeit ein wichtiges Korrektiv dar. Ihren ethischen Grundlagen Menschenwürde, Freiheit, Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit verpflichtet, muss sich Soziale Arbeit positionieren und wirkende Mechanismen aufdecken, um dann in einem nächsten Schritt an den Schnittstellen und Sektorengrenzen zu vermitteln und praktikable Wege für eine konstruktive Zusammenarbeit aufzuzeigen. Vom Auftrag her betrachtet, aber auch vor dem Hintergrund des gegebenen Berufsverständnisses bzw. der ethischen Rückbindung, bedeutet Soziale Arbeit in der Gerontopsychiatrie unmittelbare Arbeit mit der Klientel (Case Work), mit dem Umfeld im Sinne von spezifischer Netzwerkarbeit und eine (evtl. federführende) Beteiligung an einer einzelfallunspezifischen, sozialräumlichen Versorgungsgestaltung (Konfiguration von Versorgungsverbänden).

Das heißt, die Aufforderung »zurück zu den Wurzeln« bezieht sich im Wesentlichen auf drei Punkte.

1. Seitens der Patientinnen und Patienten geht es um den Respekt vor der jeweiligen subjektiven Lebens- und Bedarfslage und um ein behutsames Ausbalancieren persönlicher Verantwortungszuschreibung und systemimmanenter Entscheidungszwänge, umso mehr, wenn der gesundheitliche Zustand des Klienten/der Klientin Willensäußerungen, Wahlfreiheit und Partizipation nur noch eingeschränkt ermöglicht. Das bedeutet: »Sich kümmern«, solange es notwendig ist!
2. Seitens der Leistungserbringer geht es vor allem um Transparenz, Kommunikation und gemeinsames Lernen. Vor allem in vernetzten, integrierten Strukturen kann Soziale Arbeit Nutzen stiften, Haltungsänderungen erzeugen und Entwicklungsmöglichkeiten kooperativer Zusammenarbeit in personenbezogenen Versorgungszusammenhängen generieren: Das bedeutet: »Sich vernetzen«, um dadurch Synergien herzustellen!

3. Auf der gesellschaftlichen Ebene muss sich Soziale Arbeit auf ihre politischen Wurzeln besinnen. Es ist erstaunlich, wie wenig sozialarbeiterisches Disziplinwissen in der gesundheitspolitischen Debatte expliziert wird. Dabei werfen die tiefgreifenden Strukturveränderungen im Gesundheitswesen brisante soziale Fragen auf oder reizen sogar zum Widerspruch. Schließlich leiten sich aus der Marktlogik keine sozialen Grundrechte ab. Die neuen Beziehungen zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens sind Leistungs- und Gegenleistungsbeziehungen in einem Wettbewerbsmarkt. Marktanteile sichern können sich diejenigen Marktteilnehmer, die über Ressourcen, Geld und Kompetenz verfügen. Die Grenzen dieser Logik und die Brüchigkeit des Systems zeigen sich deutlich im Falle schwieriger gesundheitlicher Versorgungslagen, wie etwa bei einer gerontopsychiatrische Erkrankung. Das bedeutet: »Sich einmischen«, um Gerontopsychiatrie auf der Agenda zu halten!

Die disziplinäre Stärke der Sozialen Arbeit liegt in der Verstärkung des Prozesshaften auf allen Ebenen: in der notwendigen psychosozialen Begleitung des Menschen und seiner Angehörigen in einer schwierigen Lebenssituation ebenso wie in der kontinuierlichen Netzwerkkonfiguration und einer strukturellen Verankerung im Gemeinwesen. Eine Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung würde unter anderem bedeuten, komplementäre Leistungen der Sozialen Arbeit wesentlich konsequenter als bisher in die Vergütungsstruktur mit einzubeziehen und damit die Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit für die Gerontopsychiatrie fruchtbar zu machen.

Literatur

1. Biesel K. Case Management zwischen Befürwortung und Ablehnung – Versuch einer (Er-)Klärung. Vortragsskript Fachhochschule Potsdam vom 16.10.2009. Potsdam 2009.
2. Frey-Wegerich C, Mühlum A. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit e.V. Sozialarbeitslehre zwischen Sozialarbeitspraxis und Sozialarbeitswissenschaft. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1997; (1/2): 23-27.
3. Kaba-Schönstein L, Schmerfeld K. Interdisziplinäre Kooperation und Soziale Arbeit in der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung. In: Kaba-Schönstein L, Käble K (Hrsg). Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege. Frankfurt am Main 2004, 99-120.
4. Neuffer M. Sozialarbeitswissenschaft und Case Management – eine (notwendige) Kontroverse und Perspektive. In: Gahleitner S et al. Disziplin und Profession sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven. Band 1. Opladen 2010, 115-123.
5. Schäfer-Walkmann S. Soziale Arbeit in Integrierten Versorgungsverbänden. In: Mühlum A, Rieger G (Hg). Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Wolf Rainer Wendt. Lage 2009, 295-305.
6. Schäfer-Walkmann S. Integriert versorgen im Verbund. Ein Lösungsweg gestaltender Gesundheitspolitik. In: Kerbe. Forum für soziale Psychiatrie 2011; 1 (29): 41-43.
7. Schäfer-Walkmann S, Deterding D. Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern. Endbericht zu einem »Leuchtturmprojekt Demenz« des BMG. Stuttgart 2010.
8. Schäfer-Walkmann S, Deterding D. Demenzversorgung integriert gestalten – Impulse aus einem »Leuchtturmprojekt Demenz«. Forum 2009; 4: 25-28.
9. Spiegel H von. Methodisches Handeln in der sozialen Arbeit. 2. Aufl. München/Basel 2006.
10. Wendt WR. Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. 3., ergänzte Aufl., Freiburg im Breisgau 2001.
11. Wissert M. Unterstützungsmanagement als Rehabilitations- und Integrationskonzept bei der ambulanten Versorgung älterer, behinderter Menschen. Herleitung, Entwicklung und Erprobung eines Handlungsansatzes. Karin Fischer Verlag, Aachen 2001.

DIE VERSORGUNG PSYCHISCH KRANKER IN DER ALTENHILFE: INKLUSION SCHON GELUNGEN?

Gerhard Schiele

Stiftung Liebenau, Meckenbeuren

Inklusion von psychisch Kranken in der Altenhilfe: Die Altenhilfe der Stiftung Liebenau gliedert sich in:

- Pflegeheime
- Lebensräume für Jung und Alt, sogenannte Mehrgenerationenhäuser
- Ambulante Dienste/Sozialstationen
- Eine Spezialeinrichtung für Demenzkranke
- Ein Quartiersprojekt mit einer Seniorenwohngemeinschaft

In unseren Pflegeheimen liegt der Altersdurchschnitt zwischen 84 und 86 Jahren. Der überwiegende Teil der Bewohner leidet an einer Demenz. Im Vortrag werden anhand von Fallbeispielen die Inklusion in Bezug auf die verschiedenen Einrichtungsformen analysiert. Die Zukunft sehe ich in der konsequenten Umsetzung von Quartierskonzepten.

BEGLEITUNG DER ANGEHÖRIGEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ IN IHRER LETZTEN LEBENSPHASE

Helga Schneider-Schelte

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung:

- In welcher Situation befinden sich Angehörige, wenn die letzte Lebensphase von Menschen mit Demenz eintritt?
- Was brauchen Angehörige, um gut begleiten zu können?

Materialien/Methoden: Powerpoint-Präsentation.

Ergebnisse:

- Kommunikation spielt eine große Rolle
- Anerkennung der schwierigen Situation Angehöriger
- Beratung, die Sicherheit gibt, aber Entscheidungen nicht vorweg nimmt
- Informationen und Unterstützung

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Nach wie vor wird zu wenig die Leistung von Angehörigen anerkannt. Im Vordergrund und bleiben die »schwierigen« Angehörigen. Es gilt, die Kommunikation zu verbessern und von Angehörige als Partner in dieser Zeit mit einzubeziehen.

IMPfstUDIEN BEI ALZHEIMER-KRANKHEIT AUS INTERDISZIPLINÄRER SICHT

Klaus-Christian Steinwachs¹, Manuel Schindler², Kristina Jularic²

¹Praxis für Neurologie und Psychiatrie, Nürnberg

²Institut für Psychogerontologie Universität Erlangen-Nürnberg

Zielsetzung/Fragestellung: Gegenwärtig befindet sich die 2. Generation einer aktiven Immunisierung gegenüber Amyloiden in der Phase II der klinischen Erprobungen. Die Therapie mit monoklonalen Antikörpern gegen Amyloide stellt einen weiteren Weg dar in die Amyloidkaskade einzugreifen. Auch hier laufen gegenwärtig Studien der Phase II und III. Was bedeutet das aus interdisziplinärer Sicht?

Materialien/Methoden: Aus dem Blickwinkel verschiedener Disziplinen wird diese Entwicklung beleuchtet: Medizin, Neurobiologie, Gesundheitsökonomie, soziale und gesellschaftliche Konsequenzen, Umgang mit Angehörigen und Betroffenen, Aufklärung von Patienten in Früh- und Vorstadien der Alzheimer-Krankheit. Mittels eines Fragebogens wurden Angehörige und Betroffene zu ihrer Einstellung zu Impfstudien befragt.

Ergebnisse: Die Entwicklung einer aktiven und passiven Immunisierungstherapie gegen Amyloide bindet gegenwärtig Forschungsmittel von ca. 10 Milliarden in den nächsten 10 Jahren. Die Amyloid-Hypothese wird zur wissenschaftlichen Grundlage genommen, obwohl sie letztlich nicht zu beweisen ist. Die Kosten

für eine Immunisierungstherapie werden sich im Bereich anderer Immunisierungstherapien wie z. B. bei MS bewegen und zu einer erheblichen Steigerung der Arzneimittelkosten für die Alzheimer Krankheit führen. Diese sind nur bei einer relevanten krankheitsmodifizierten Effizienz zu rechtfertigen. In einer ersten Befragung sprachen sich 50% der Betroffenen und 30% der Angehörigen für eine Teilnahme an einer Impfstudie bei Alzheimer-Krankheit aus. **Zusammenfassung/Schlussfolgerung:** Ziel der Forschung und Entwicklung von Impfstoffen gegen Amyloide ist die Markteinführung in der zweiten Hälfte dieses Jahrzehnts. Bis dato werden mehrere hundert Patienten für die Erprobung benötigt. Patienten haben schon heute die Möglichkeit, an einer Impfstudie teilzunehmen. Daher sind die Fragen um das Thema Alzheimer-Impfung – was bedeutet das? – für die unterschiedlichen beteiligten Disziplinen sowie Patienten und Angehörige bereits heute zu führen.

MIT MUSIK GEHT ALLES BESSER ...?

Dieter Straube, Rosa A. Fehrenbach

Abteilung Gerontopsychiatrie, SHG-Kliniken Sonnenberg, Saarbrücken

Zielsetzung/Fragestellung: In dem Vortrag soll versucht werden Praxisnah über die musiktherapeutische Arbeit mit gerontopsychiatrischen Patienten zu berichten. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage welche »Bereiche« speziell die Musiktherapie abdecken kann.

Materialien/Methoden: Der Praxisbericht basiert auf konkreten Fällen und Erfahrungen der Gerontopsychiatrie SHG-Kliniken Sonnenberg. Der Vortrag wird mit musikalischen Beispielen anschaulicher gestaltet. Wenn möglich wird auch Filmmaterial verwendet. Die allgemeine Darstellung geschieht auf Basis von Power Point.

Ergebnisse: Musiktherapie in der Gerontopsychiatrie kann unterschiedliche Bereiche in der Arbeit mit dem Patienten ansprechen: Erinnerung, Aktivierung, Entspannung, Kommunikation, Emotion und bedingt diagnostische Kriterien.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Durch den Vortrag soll der Zuhörer sensibilisiert werden für Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren der musiktherapeutischen Arbeit in einer gerontopsychiatrischen Abteilung. Daraus soll auch ein besseres Verständnis für die differenzierte und inhaltlich komplexe Arbeit eines Musiktherapeuten in diesem Fachgebiet verdeutlicht werden.

GRIPS – EIN INTERDISZIPLINÄRES GEDÄCHTNISTRAINING

Nina Strößenreuther¹, Hartmut Lehfeld¹, Klaus-Christian Steinwachs²

¹Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Nürnberg

²Praxis für Neurologie und Psychiatrie, Nürnberg

»GRIPS« (Gedächtnis-Reaktivierungsprogramm für Senioren) ist ein ambulantes, interdisziplinäres Trainingsprogramm der Gedächtnissprechstunde des Klinikums Nürnberg und ihrer Kooperationspartner im »Kompetenzzentrum Demenz«. Zielgruppe sind Menschen mit leichter kognitiver Störung oder leichter Demenz. GRIPS ist modular aufgebaut und beinhaltet neben zwei Einheiten kognitivem Training auch psychomotorische Aktivierung, eine Gesprächsrunde, Entspannungsübungen, Psychoedukation sowie ein Seminar für Angehörige.

PEG-ERNÄHRUNG BEI FORTGESCHRITTENER DEMENZ: IST SIE EMPIRISCH UND ETHISCH VERTRETBAR?

Matthis Synofzik

Abt. für Neurodegenerative Erkrankungen, Hertie-Institut für Klinische Hirnforschung, Universität Tübingen

Zielsetzung/Fragestellung: Entscheidungen über eine Sondenernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz gestalten

sich aufgrund der unklaren empirischen Evidenz und komplexen ethischen Verpflichtungen in der klinischen Praxis oftmals schwierig. Bislang wurden nur wenige systematische Ansätze zur Erleichterung der Entscheidungsfindung entwickelt.

Materialien/Methoden: Hier werden ethische Kriterien und empirische Evidenz systematisch zusammengeführt, um eine Entscheidungsfindung in der Praxis zu erleichtern.

Ergebnisse: Eine Analyse unter den Kriterien des Wohlergehens, des Nichtschadens und der Autonomie zeigt, dass bei vielen Patienten mit fortgeschrittener Demenz auf eine Sondenernährung verzichtet werden sollte: empirische Studien demonstrieren, (1) dass es keinen Nachweis eines Nutzens gibt, (2) dass eine PEG-Ernährung einem Demenzpatienten oftmals weiteren Schaden zufügt und (3) dass der erklärte bzw. mutmaßliche Patientenwille zumeist nicht ausreichend beachtet wird. Bei Patienten, bei denen auf eine künstliche Ernährung verzichtet wird, entsteht kein nachweislicher, hierdurch bedingter Schaden; insbesondere »verhungern und verdursten« sie nicht.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Eine PEG-Sondenernährung sollte bei jedem Patienten mit fortgeschrittener Demenz im Rahmen einer individuellen, kriterienorientierten Reflexion kritisch überprüft werden. Fehlt eine klare Legitimation, sollte sie nicht begonnen bzw. konsequent beendet werden.

HERAUSFORDERUNG MENSCHEN MIT DEMENZ IM KRANKENHAUS

Winfried Teschauer

Ingenium-Stiftung, Ingolstadt

Die Anzahl der Menschen mit Demenzerkrankung, die in deutschen Krankenhäusern behandelt werden, kann bestenfalls grob geschätzt werden. Demenz ist – falls sie überhaupt bekannt oder kodiert ist – i. d. R. eine Nebendiagnose. Eine Untersuchung von Arolt, die 1997 veröffentlicht wurde, gibt den Anteil der Demenzkranken mit 12% an allen Behandlungsfällen an. Seitdem hat sich die Altersstruktur der Krankenhauspatienten deutlich in Richtung hochaltrige, multimorbide Patienten verändert.

Ausgehend von diesen Zahlen ist mit mindestens 3 Millionen Krankenhausaufenthalten Demenzkranker in Deutschland pro Jahr zu rechnen. Dabei ist zwischen notfallmäßig und elektiv aufgenommenen Patienten zu unterscheiden. Während bei der ersten Gruppe häufig kaum Informationen zur Krankheit vorliegen bzw. zu erhalten sind, erlauben geplante Interventionen zumindest die Übergabe grundlegender Informationen an die Krankenhäuser, sie somit in der Lage sind, darauf zu reagieren.

Das Bayerische Projekt »Menschen mit Demenz im Krankenhaus« wird im Wesentlichen von vier Säulen getragen:

1. Die Sensibilisierung der Mitarbeiter in Krankenhäusern für die mit der Demenz einhergehenden besonderen Maßnahmen und Umgangsformen soll durch interdisziplinäre Schulungen aller an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen erreicht werden.
2. Der Einsatz von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern soll in den Krankenhäusern implementiert werden um die besonders schwierige Situation des stationären Aufenthalts für die Demenzkranken erträglicher zu machen.
3. (Pflegerische) Angehörige sind im Umfeld der Demenzerkrankung eine unschätzbare Ressource, da sie i. d. R. die Verhaltensweisen der Kranken genau kennen und einschätzen und darüber hinaus auch über den prästationären Zustand der Patienten Auskunft geben können. Veränderungen, die z. B. auf eine delirante Entwicklung hindeuten können so schneller erkannt werden. Um Angehörige zu sensibilisieren sind öffentliche Informationsveranstaltungen geplant.
4. Die sieben am Projekt beteiligten lokalen Alzheimer Gesellschaften werden als Spezialisten für Umgangsformen den

Partner-Krankenhäusern mit Rat und Tat zur Seite stehen und diese bei der Umsetzung von z. B. Umgangsregeln, Beschäftigungsmöglichkeiten oder milieutherapeutischen Maßnahmen aus Sicht der Patienten unterstützen. Eine Vernetzung der beteiligten Häuser unterstützt den Wissenstransfer. Außerdem wird der Landesverband Bayern der Deutschen Alzheimer Gesellschaft das Projekt beratend begleiten und evaluieren.

Das vom Landesverband Bayern der Deutschen Alzheimer Gesellschaft entwickelte Vorhaben wird durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, die Kostenträger auf Landesebene sowie die Robert-Bosch-Stiftung unterstützt. Außerdem ist die Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V. eingebunden.

VERSORGUNGSREALITÄT DES DELIRS IM ALLGEMEINKRANKENHAUS AUS KONSILIARPSYCHIATRISCHER SICHT – DEFIZITE IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE ALS WEITERBILDUNGS- UND SCHNITTSTELLEN-PROBLEM

Christine Thomas, Stefan H. Kreisler

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

Zielsetzung/Fragestellung: Im psychiatrischen Konsiliardienst machen gerontopsychiatrische Fragestellungen einen großen Anteil aus, der mit der demografischen Entwicklung noch weiter zunehmen wird. Psychiatrische Komorbidität wirkt sich auf den akuten und chronischen Krankheitsverlauf sowie die Mortalität ungünstig aus, bei älteren Patienten steigen Autonomieeinschränkungen und der Pflegebedarf erheblich. Eine adäquate Behandlung gerontopsychiatrischer Komorbidität ist daher von hohem klinischem und gesundheitsökonomischem Interesse.

Materialien/Methoden: Die Versorgungsrealität einer mittleren Großstadt (Bielefeld 320.000 Einw.) hinsichtlich psychiatrischer Diagnostik in der Somatik wird anhand der Grundgesamtheit aller psychiatrischer Konsilianfragen in 2008 und 2009 (n=2117) dargestellt sowie therapeutische Implikationen und Limitationen reflektiert.

Ergebnisse: 55% der Konsilianfragen betreffen gerontopsychiatrisches Klientel (<60 J.), 18% der Konsile werden für Hochaltrige angefordert (>80 J.) 74% der Anfragen kommen aus internistischen Abteilungen, 15% aus der Chirurgie, 9,5% aus der Neurologie und 2,5% aus der Neurochirurgie. Das psychiatrische Diagnosespektrum umspannt organische Psychosyndrome (60%), Depressionen machen 25% aus, Anpassungsstörung 10%. Lediglich 5% der Patienten, für die Konsile angefordert wurden, wiesen keine psychiatrische Erkrankung auf. Unter den organischen Psychosyndromen sind 50% Delirien, wobei 30% der Delirien multifaktoriell sind, 15% Delir bei Demenz F. 05.1, und 20% eine spezifische Ursache haben F 05.8 (z. B. postoperatives Delir).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die erhobenen Daten belegen die Häufigkeit gerontopsychiatrischer Erkrankungen und vor allem des Delirs im psychiatrischen Konsiliardienst des Allgemeinkrankenhauses. Dennoch sind die chirurgischen Fächer mit einer hohen Delirhäufigkeit hinsichtlich der Konsiliananforderung unterrepräsentiert. Hier besteht weiterhin eine hohe Dunkelziffer. Ausbildungsdefizite bei Ärzten und Pflegepersonal hinsichtlich des akuten Verwirrheitszustandes und das Fehlen eines standardisierten Screenings sind hierfür verantwortlich. Möglichkeiten der Optimierung der Delirdiagnostik werden diskutiert.

INTEGRIERTE FORSCHUNGSSTRATEGIE: DAS DZNE UND SEINE PARTNER

J. René Thyrian,

DZNE Rostock Greifswald

Am 3. April 2009 wurde das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) gegründet. Mit einem Jahresbudget

von 66 Millionen Euro in den ersten 5 Jahren soll die benötigte Infrastruktur für Spitzentechnologie-Forschung durch grundständige Förderung bereit gestellt werden. Das DZNE verfolgt einen integrierten Forschungsansatz und kombiniert Grundlagen- und klinische Forschung sowie Versorgungs- und Pflegeforschung. Sein starkes interdisziplinäres Netzwerk nutzt die Expertise, die an den acht verschiedenen Universitätsstandorten in Bonn, Tübingen, München, Rostock/Greifswald, Göttingen, Magdeburg, Witten und Dresden vorhanden ist und hat mit den jeweiligen Universitäten und Universitätsklinika Kooperationen geschlossen. Zwei Standorte untersuchen Fragestellungen der Versorgung. In Witten befindet sich das Institut für Forschung und Transfer in der Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz (InFoDemCare) im Aufbau. In Greifswald wird die »Demenz: lebenswelt- und personenzentrierte Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern (DelpHi-MV)«-Studie im Rahmen des Centers for Integrated Dementia Care Research (CIDC) initiiert. Im Rahmen dieser Kooperation sollen der demenzbedingte Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung in der Bevölkerung erfasst sowie neuartige Versorgungskonzepte entwickelt, umgesetzt und in der Praxis auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.

Das Ziel der Studie DelpHi-MV ist die wissenschaftliche Evaluation eines innovativen, integrativen und subsidiären Versorgungskonzeptes zur Verbesserung der Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Demenzpatienten. Das Design der DelpHi-MV ist eine hausarztbasierte, Cluster-randomisierte, prospektive Interventionsstudie. Kern des integrativen Versorgungskonzeptes ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm, das durch speziell qualifizierte Dementia Care Manager (DCM) vermittelt wird. Anhand einer detaillierten standardisierten Befragung der Probanden und ihrer pflegenden Angehörigen bzw. weiterer Pflegepersonen in der Häuslichkeit analysieren die DCMs die medizinische, pflegerische und soziale Situation des Probanden. Im Falle identifizierter Interventionsbedarfe gestaltet die DCM auf der Basis modularisierter Handlungspfade und unter Einbeziehung regionaler Faktoren eine individualisierte Intervention und koordiniert deren Implementation.

Der Erfolg wird sowohl auf der Seite des Patienten als auch des bzw. der Pflegepersonen multidimensional evaluiert sowie gesundheitsökonomisch bewertet.

Sollte sich dieses Konzept als wirksam und effizient erweisen, ist eine Umsetzung des gesamten Konzeptes bzw. ausgewählter Teilfunktionalitäten im Gesundheitssystem angestrebt.

WENN DROGENABHÄNGIGE ÄLTER WERDEN

Irmgard Vogt

Institut für Suchtforschung der FH Frankfurt am Main

Zielsetzung/Fragestellungen: Wie die Forschung zeigt, werden auch Abhängige von verbotenen Drogen immer älter. In diesem Beitrag werden folgende Fragen behandelt: Wie groß ist schätzungsweise die Zahl der älteren Abhängigen von Straßendrogen? Wie steht es um die Lebensbedingungen und die Gesundheit dieser Menschen? Wie werden diese Menschen im Krankheitsfall versorgt und welche Unterbringungen im Alter stehen ihnen offen?

Materialien/Methoden: Die Studien, über die hier zu berichten ist, beruhen auf Re-analysen von quantitativen Erhebungen und auf qualitativen Interviews mit älteren Drogenabhängigen, die Angebote der Drogenhilfe nutzen, sowie mit ExpertInnen im Feld.

Ergebnisse: Man rechnet zurzeit in Deutschland mit schätzungsweise 50.000 Drogenabhängigen über 40 Jahre. Die gesundheitliche Lage dieser Personengruppe ist eher schlecht. Im Durchschnitt ist davon auszugehen, dass sie unter 4 verschiedenen körperlichen Krankheiten und 1,5 psychischen Diagno-

sen (Sucht/Ängste/Depressionen) leiden. Bislang ungeklärt ist der Anteil derjenigen, die wegen körperlicher und psychischer Behinderungen laufend Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und in naher Zukunft dauerhafte Pflege benötigen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der vorliegenden Studien zu älteren Abhängigen von verbotenen Drogen in Deutschland weisen darauf hin, dass man mit einer anwachsenden Gruppe rechnen muss, die zunächst ambulant und in den nächsten Jahren auch stationär versorgt werden muss. Die einschlägigen Hilfeinrichtungen müssen sich daher darauf einstellen, auch diese Personengruppe aufzunehmen und zu versorgen.

KÖRPER, PSYCHE UND DER ALTE PATIENT – GERONTOPSYCHIATRISCHE SPEZIALISIERUNG UND INTERDISZIPLINÄRE KOOPERATION

Claus Wächtler

V. Abt. f. Psychiatrie und Psychotherapie – Gerontopsychiatrie, Asklepios Klinik Nord Ochsenszoll, Hamburg

Es gab und gibt gute Gründe für eine Spezialisierung der altersmedizinischen Fächer Geriatrie und Gerontopsychiatrie innerhalb ihrer Mutterdisziplinen Innere Medizin und Psychiatrie. Die »gerontopsychiatrische Sichtweise« wird kurz skizziert. Darüber hinaus hat mit dem Anstieg der Lebenserwartung und der Zahl hochbetagter multimorbider Patienten in den Krankenhäusern der Bedarf nach ganzheitlichen Therapieansätzen und damit nach interdisziplinären Versorgungsstrukturen zugenommen. Aus diesen Überlegungen heraus wurde von den Abteilungen für Geriatrie und Gerontopsychiatrie am Klinikum Nord in Hamburg – Ochsenszoll das »Zentrum für Ältere« gegründet. Mittlerweile wird auf zwei Stationen mit insgesamt 48 Betten interdisziplinär gearbeitet. Die hohe interdisziplinäre Kompetenz im Behandlungsteam und die unkomplizierte kollegiale Absprache zwischen Geriater und Gerontopsychiater »auf dem Flur« sichern eine hohe Behandlungsqualität. Über Arbeitsweise, Erfahrungen und Überlegungen zur Weiterentwicklung wird berichtet.

ENTWICKLUNG DER NVL DEMENZ

Susanne Weinbrenner

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin

Einleitung: Der Begriff Demenz bezeichnet ein klinisches Syndrom. Demenzerkrankungen sind definiert durch den Abbau kognitiver Funktionen und Alltagskompetenzen bis hin zu ihrem Verlust mit vollständiger Hilflosigkeit und Abhängigkeit von der Umwelt. Die Zahl der Menschen, die an einer Form der Demenz erkrankt sind, wird in Deutschland derzeit auf ca. ein Million beziffert, mit schwankenden Angaben zwischen 0,8 und 1,3 Millionen Menschen [1, 2, 3, 4]. Da Demenzen als schwere Erkrankungen zu verstehen sind, die in hohem Maße mit Ängsten bezüglich der Erkrankung bei Betroffenen und Angehörigen assoziiert sind, bedürfen sie einer sorgfältigen und sektorübergreifenden Langzeitbetreuung.

Das Programm der Nationalen VersorgungsLeitlinien hat zum Ziel, versorgungsbereichübergreifende Leitlinien zu ausgesuchten Erkrankungen evidenz- und konsensbasiert zu entwickeln und zu implementieren [5]. Aufgrund der hohen Prävalenz der Demenz und der gesundheitlichen Bedeutung für die Gesellschaft wurde entschieden, eine Nationale VersorgungsLeitlinie zum diesem Thema zu entwickeln.

Entwicklung der NVL Demenz: Seit Februar 2010 wird in Zusammenarbeit mit allen relevanten Fachgesellschaften, die an der Versorgung von an Demenz-Erkrankten beteiligt sind, an der Erstellung der NVL Demenz gearbeitet. Als grundsätzliches Ziel

der NVL Demenz wurde innerhalb der Expertengruppe definiert, auf Grundlage der zur Verfügung stehenden Evidenz eine Verbesserung von Angemessenheit und Frühzeitigkeit der Diagnose und Differentialdiagnose sowie der Therapie zu erreichen und somit den Anteil von Patienten mit einer adäquaten Diagnostik und Therapie zu erhöhen.

In der ersten konstituierenden Sitzung wurde die Repräsentativität der Gruppe zur Entwicklung der NVL durch die Experten geprüft. Da sowohl von Seiten der Erkrankten und Angehörigen wie auch von Seiten der Behandelnden Ängste und Vorurteile gegenüber der Diagnose einer Demenz bestehen, ist bei dieser Leitlinie die Beteiligung von Patientenvertretern sowie Experten aus dem sozialmedizinischen und medizinethischen Bereichen sehr wichtig und wird durch eine umfangreiche Beteiligung gewährleistet.

Der Methodik des NVL-Programms [5] folgend, wurden als Quellleitlinien die im Jahr 2009 veröffentlichte S3-LL »Demenzen« der DGPPN und DGN sowie die aktuelle DEGAM-Leitlinie Nr. 12 »Demenz« ausgewählt [6, 7]. Diese dienen insbesondere bei den Kapiteln »Anamnese und Diagnostik« sowie »Therapie« als Grundlage bei der Erstellung. Bei Themen wie »Multi- und Komorbidität«, »Palliativmedizin« sowie rehabilitative Aspekte erfolgt eine systematische Aufarbeitung von Primärliteratur. Bei den einzelnen Kapiteln orientiert sich die NVL an den Erfordernissen der Versorgung und den aktuell durchgeführten bzw. angebotenen Behandlungsmaßnahmen.

Der Entwicklungsprozess für die NVL Demenz wird durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag von BÄK, KBV und AWMF organisiert.

Fazit: Evidenzbasierte Leitlinien sind ein wesentliches Instrument der Qualitätsförderung und Transparenz und werden in Zukunft das diagnostische und/oder therapeutische Handeln zunehmend beeinflussen.

Die Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Demenz soll Hilfen für die Versorgung von Patienten mit jeglicher Form einer Demenz in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung sowie für die Unterstützung ihrer Angehörigen geben.

Auf Grundlage der evidenzbasierten Medizin sollen Empfehlungen zu idealtypischen Vorgehensweisen gegeben werden, die dem besten Stand der Erkenntnisse aus Wissenschaft (beste aktuell verfügbare Evidenz) und der Praxis entsprechen. Die NVL Demenz richtet sich an Ärzte sowie Angehörige nicht-ärztlicher Berufsgruppen, die an der Versorgung dieser Personen in allen Sektoren beteiligt sind.

Literatur

1. Priester K. Aktuelle und künftige Dimensionen demenzieller Erkrankungen in Deutschland – Anforderungen an die Pflegeversicherung. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin 2004.
2. Ziegler U, Doblhammer G. Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. Gesundheitswesen 2009; 71 (5): 281-290.
3. Bickel H. Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. Z Gerontol Geriatr 2001; 34 (2): 108-115.
4. Bickel H. Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. Gesundheitswesen 2000; 62 (4): 211-218.
5. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationales Programm für Versorgungs-Leitlinien. Methoden-Report 4. Auflage, 2010 [cited: 2010 Nov 19]. Available from: <http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/reports>
6. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). S3-Leitlinie »Demenzen«. 2009 [cited: 2010 Jan 20]. Available from: http://www.dgn.org/images/stories/dgn/pdf/s3_leitlinie_demenzen.pdf

7. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Demenz. DEGAM – Leitlinie Nr. 12. Gekürzte Internetfassung. 2008 [cited: 2010 Jan 20]. Available from: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/053-021.pdf>

STUDIE ZU DER HÄUFIGKEIT VON VERLEGUNGEN AUS DER/IN DIE PSYCHIATRIE BEI ÄLTEREN PATIENTEN

Tilman Wetterling

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Hellersdorf

Zielsetzung/Fragestellung: Multimorbidität ist bei älteren Patienten häufig anzutreten. Daher ergibt sich häufig die Frage, wo eine Behandlung (Geriatric, Gerontopsychiatrie etc.) am sinnvollsten erfolgen soll. In der vorgestellten Studie wurde bei in der Psychiatrie stationär aufgenommenen älteren Patienten untersucht, wie oft diese aus bzw. in andere(n) Kliniken verlegt wurden.

Materialien/Methoden: Im Rahmen der prospektiven Gerontopsychiatrie Studie Berlin (Gepsey-B) wurden die Daten aller älteren Patienten (> 65 Jahre), die innerhalb von 3 Jahren in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Hellersdorf aufgenommen wurden, ausgewertet.

Ergebnisse: Aus anderen Krankenhäusern bzw. Krankenhaus-Abteilungen wurden 233 (18,5%) der Patienten übernommen. Die häufigsten Verlegungsgründe in der Psychiatrie waren: Delir (44,6%) und Depression (11,6%). In andere Krankenhausabteilungen wurden 285 (21,8%) der Patienten verlegt, v.a. in die geriatrisch-internistische Abteilung (12,4%). Die häufigsten Gründe waren: Kardiale > pulmonale > gastrointestinale Erkrankungen. Bei über 10% der Patienten waren mehrere Verlegungen erforderlich.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Diese Studie zeigt, dass ältere Patienten oft aus der Psychiatrie in andere Krankenhausabteilungen überwiesen werden müssen, andererseits viele Patienten aus anderen Krankenhausabteilungen übernommen werden.

ÄLTERE SUCHTKRANKE IN STATIONÄRE PSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG

Tilman Wetterling

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Vivantes Klinikum Hellersdorf

Zielsetzung/Fragestellung: In der vorgestellten Studie soll untersucht werden, wie viele ältere Suchtkranke in einem definierten Versorgungsgebiet (250.000 Einwohner, 31.000 Senioren) stationäre psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen haben.

Materialien/Methoden: Im Rahmen der prospektiven Gerontopsychiatrie Studie Berlin (Gepsey-B) wurden die Daten aller älteren Patienten (>65 Jahre), die innerhalb von 3 Jahren in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Hellersdorf aufgenommen wurden, ausgewertet.

Ergebnisse: Ein aktueller Konsum lag in 273 Fällen (192 Patienten) vor. Das Durchschnittsalter betrug 73,2+6,3 (65–92) Jahre. Ein(e) Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit lag in 113 und ein Benzodiazepin-Missbrauch in 112 Fällen vor. 105 waren Raucher und 26 konsumierten andere Substanzen, v.a. legale Opiate. Eine psychiatrische Komorbidität bestand in 56,1% der Fälle: 31% hatten eine affektive Störung, je 11,1% eine schizophrene oder wahnhaftige Störung bzw. eine Anpassungsstörung. Kognitive Störungen wiesen 18,8% auf.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Eine stationäre psychiatrische Behandlung wegen einer Suchterkrankung war in einer definierten Versorgungsregion innerhalb von 3 Jahren bei 0,6% der >65-Jährigen erforderlich.

MOBILITÄT – ALTER – KRANKHEIT – DEMENZ

Dirk K. Wolter

Fachbereich Gerontopsychiatrie, Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg am Inn

Die Zahl älterer und hochbetagter Menschen, die im Besitz einer Fahrerlaubnis und Auto fahren, nimmt zu. Die Fahrtauglichkeit kann durch verschiedene Erkrankungen eingeschränkt oder ganz aufgehoben sein; Demenzen sind nur eine dieser Krankheitsgruppen. Dem steht die größere Routine und Erfahrung älterer Autofahrer gegenüber. Das größte Unfallrisiko weisen junge Autofahrer auf. Diese Ergebnisse sind wichtige Gesichtspunkte für die kontroversen Diskussionen darüber, ob regelmäßige Überprüfungen der Fahrtauglichkeit obligatorisch werden sollen, und falls ja in welchem Alter und in welcher Form bzw. für welche Funktionen und Leistungsbereiche. Der Vortrag stellt Fakten und Zusammenhänge dar, die eine rationale Betrachtung und die Eingrenzung von Risikogruppen ermöglichen, wobei der Schwerpunkt auf Demenzerkrankungen liegt.

SUCHTGEFAHREN VON (OPIOD-)ANALGETIKA – UNTERSCHÄTZT ODER AUFGEBAUSCHT?

Dirk K. Wolter

Fachbereich Gerontopsychiatrie, Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg am Inn

Opiate werden mittlerweile in doppelter Hinsicht kritischer betrachtet als noch vor einigen Jahren: sie sind weder so effektiv wie erhofft noch ist das Suchtrisiko so gering wie angenommen. Die moderne naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin reagiert auf (chronische) Schmerzen oft mit einer Eskalation von apparativer Diagnostik und Pharmakotherapie, die aber nicht immer zu einem befriedigenden Ergebnis führt: als »Koryphäen-Killer-Syndrom« sind chronische Schmerzen deshalb schon seit langem bekannt.

Vielfach wird eine Unterversorgung von Schmerzpatienten mit wirksamen Analgetika beklagt; das Abhängigkeitsrisiko sei bei bestimmungsgemäßer Anwendung sehr gering, unzureichend behandelte Schmerzen führten zu einem Verlangen nach Analgetika, das als Suchtproblem fehlinterpretiert würde (»Pseudo-Abhängigkeit«). Andererseits entsteht klinisch oft der Eindruck, dass starkwirksame Analgetika fehlindiziert verordnet werden und sich nachfolgend eine Abhängigkeit entwickelt. Abhängigkeit von Schmerzmitteln ist jedoch schwer zu fassen und wird auch häufig in Studien nicht klar definiert, hilfsweise werden oft die unscharfen Kriterien »aberrant drug-related behaviors« (ADRB – suchtmittelassoziierte Verhaltensauffälligkeiten) herangezogen. Allemal hat die Verordnungshäufigkeit von Opiaten erheblich zugenommen – in den USA aber auch die Häufigkeit von Überdosierungsnotfällen und Todesfällen.

Während weitgehende Einigkeit darüber besteht, dass Tumorpharmakopatienten auch unter hochdosierter Opiattherapie praktisch nicht abhängig werden, ist der Einsatz von Opiaten bei nicht tumorbedingten Schmerzen offenbar riskanter und umstritten. Die S3-Leitlinie über die Langzeitanwendung von Opioiden bei Nicht-Tumorschmerzen (LONTS) hat die kontroverse Diskussion erneut angefangen.

Ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit liegt bei Patienten mit eigener Suchtvorgeschichte und positiver Familienanamnese vor. Bei Patienten ohne Suchtanamnese ist die Gefahr einer De-novo-Opiatabhängigkeit verschwindend gering. Das Risiko liegt also weniger im Medikament als in mangelnder Sorgfalt seitens der verschreibenden Ärzte. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass durch das Nachwachsen von Kohorten mit einer höheren Prävalenz von Substanzmissbrauch und steigende

Lebenserwartung bei verbesserter medizinischer Versorgung immer mehr ältere Suchtkranke an Gesundheitsproblemen leiden, die den Einsatz stark wirksamer Schmerzmittel erfordern.

Literatur

1. Bohnert ASB, Valenstein M, Bair MJ, Ganoczy D, McCarthy JF, Ilgen MA, Blow FC. Association Between Opioid Prescribing Patterns and Opioid Overdose-Related Deaths. *JAMA* 2011; 305 (13): 1315-1321.
2. Fishbain DA, Cole B, Lewis J, Rosomoff HL, Rosomoff RS. What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review. *Pain Med* 2008; 9 (4): 444-459.
3. Jage J. Suchtprobleme bei Schmerzpatienten. In: Schmerztherapie interdisziplinär. Hrsg. V. Gralow I, Husstedt IW, Bothe H-W, Evers S, Hürter A, Schilgen M. Schattauer, Stuttgart 2002, 432-437.
4. Kahan M, Srivastava A, Wilson L, Gourlay D, Midmer D. Misuse of and dependence on opioids: study of chronic pain patients. *Can Fam Physician* 2006; 52 (9): 1081-1087.
5. Manchikanti L, Singh A. Therapeutic opioids: a ten-year perspective on the complexities and complications of the escalating use, abuse, and nonmedical use of opioids. *Pain Physician* 2008; 11 (2 Suppl): S63-88.
6. Solomon DH, Rassen JA, Glynn RJ, Garneau K, Levin R, Lee J, Sebastian Schneeweiss S. The Comparative Safety of Opioids for Nonmalignant Pain in Older Adults. *Arch Intern Med* 2010; 170 (22): 1979-1986.
7. Wolter DK. Sucht im Alter – Altern und Sucht. Kohlhammer, Stuttgart 2011.

VERÄNDERUNGEN VON NICHT-KOGNITIVEN STÖRUNGEN UND HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN – SPONTANVERLAUF VERSUS THERAPIEFFEKTE

Dirk K. Wolter

Fachbereich Gerontopsychiatrie, Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg am Inn

Demenzkrankungen sind nicht nur durch kognitive Beeinträchtigungen gekennzeichnet, vielmehr finden sich häufig auch andere Auffälligkeiten, die für Angehörige und Betreuungspersonen eine große Belastung darstellen. Neben den Begriffen nicht-kognitive Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten wird seit einiger Zeit oft von herausforderndem Verhalten (challenging behaviour) gesprochen, während in der englischsprachigen Literatur die Bezeichnung Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD) weit verbreitet ist. Diese Auffälligkeiten treten bei Demenzkranken deutlich häufiger auf als bei kognitiv nicht beeinträchtigten gleichaltrigen Personen.

Die Bezeichnung BPSD wird nicht selten in einer Art und Weise verwendet, als handelte es sich dabei um ein zusammenhängendes, irgendwie einheitliches Syndrom. Tatsächlich ist dies nicht der Fall. BPSD ist vielmehr ein unspezifischer Oberbegriff, ein bloßes Sammelsurium von psychiatrischen Symptomen i. e. S. einerseits und von Verhaltensweisen, die bei Demenzkrankungen »typisch« sind und häufig auftreten andererseits. BPSD beschreibt keine einheitliche Symptomatik, es gibt keine einheitliche Verlaufssystematik, keine einheitlichen Entstehungsmechanismen und keine einheitliche Behandlung.

Trotz zahlreicher methodischer Schwierigkeiten lassen die vorliegenden Studien keinen Zweifel daran, dass die nicht-kognitiven Symptome keinesfalls dauerhaft vorhanden sind. Die größte Verlaufsstabilität weist in vielen Studien die Apathie auf. Alle Symptome können im Verlauf an Intensität zu- oder abnehmen, ein Symptom kann das andere ablösen, Verbesserungen sind alles andere als selten.

Häufig werden nicht-kognitive Symptome allein auf organische Schädigungen des Gehirns zurückgeführt. Tatsächlich können aber auch zahlreiche andere Faktoren eine wesentliche Rolle spie-

len: Primärpersönlichkeit, die spezifische individuelle Biografie, bedeutsame Lebensereignisse, erlernte bzw. gewohnte Wege der Problembewältigung (auch solche, die schon immer zu Problemen geführt haben), spezifische interpersonelle Beziehungen, aktuelle Umgebungseinflüsse (physikalisch: Lärm, Raumtemperatur usw. – psychosozial: angespannte Atmosphäre usw.) sowie die aktuelle körperliche Verfassung (Erkrankungen, Schmerzen, Müdigkeit usw.).

Weil Entstehungsbedingungen und Ursachen so vielfältig sind, müssen die therapeutischen Strategien entsprechend mehrdimensional sein. Ihre Wirksamkeit ist jedoch wegen der o. e. Verlaufsvariabilität schwer zu beurteilen. Dementsprechend gibt es nur wenige Daten im Sinne der evidenzbasierten Medizin.

Die einschlägigen Leitlinien verlangen, dass die o. a. Einflussfaktoren ermittelt und im Sinne einer ursächlichen Behandlung angegangen werden müssen, bevor Psychopharmaka zur symptomatischen Behandlung eingesetzt werden. Die therapeutischen Effekte der medikamentösen Behandlung sind oft nur bescheiden und werden zusätzlich durch Nebenwirkungen in Frage gestellt. Dies gilt ganz klar für Neuroleptika, die in diesem Bereich am häufigsten und undifferenziert eingesetzt werden, während über medikamentöse Alternativen wenig bekannt ist.

Literatur

1. Ballard C, Lana MM, Theodoulou M, Douglas S, McShane R, Jacoby R, Kossakowski K, Yu LM, Juszczak E, Investigators DART AD. A randomised, blinded, placebo-controlled trial in dementia patients continuing or stopping neuroleptics (the DART-AD trial). *PLoS Med* 2008; 5 (4): e76.
2. Majic T, Pluta JP, Mell T, Aichberger MC, Treusch Y, Gutzmann H, Heinz A, Rapp MA. Pharmakotherapie von neuropsychiatrischen Symptomen bei Demenz. Querschnitterhebung in 18 Berliner Seniorenwohnheimen. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107 (18): 320-327.
3. Powell. Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2002.
4. Savva GM, Zaccari J, Matthews FE, Davidson JE, McKeith I, Brayne C. Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 212-219.
5. Vilalta-Franch J, López-Pousa S, Turon-Estrada A, Lozano-Gallego M, Hernández-Ferrándiz M, Pericot-Nierga I, Garre-Olmo J. Syndromic Association of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Alzheimer Disease and Patient Classification. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18 (5): 421-432.
6. Wolter DK. Risiken von Antipsychotika im Alter, speziell bei Demenz. *Psychopharmakotherapie* 2010; 17 (1): 27-36.

Poster

EINHALTUNG DER PERKUTANEN RIVASTIGMIN-THERAPIE DURCH ALZHEIMER-PATIENTEN SOWIE DEREN WIRKSAMKEIT UND VERTRÄGLICHKEIT IM VERSORGENSALLTAG

Georg Adler¹, Konstantin Articus²

¹Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit, Mannheim

²Novartis Pharma, Nürnberg

Zielsetzung/Fragestellung: Multiple und chronische Erkrankungen führen bei geriatrischen Patienten oft zur Nicht-Einhaltung von Therapievorgaben. Transdermale Darreichungsformen könnten hier für Abhilfe sorgen. Anhand dieser Studie wurde versucht, dies bei der Behandlung der Alzheimer-Demenz mit Rivastigmin-Pflaster sowie die Wirksamkeit dieser Therapie im Versorgungsalltag zu überprüfen. **Materialien/Methoden:** Dies war eine prospektive, multizentrische, non-interventionelle Studie an Alzheimer-Patienten in Deutschland, die zu einer Therapie mit Rivastigmin-Pflaster wechselten. Endpunkte waren die Einhaltung der Dosierungsempfehlungen, der Mini-Mental Status Test (MMST), der klinische Gesamteindruck und die Medikamenten-Verträglichkeit nach Einschätzung durch den behandelnden Arzt sowie die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse über einen Behandlungszeitraum von 6 (\pm 1) Monaten.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 1.105 Patienten, 635 Frauen (57,5%) und 469 Männer (42,4%), in einem Durchschnittsalter von 77,2 \pm 7,1 Jahren in die Studie eingeschlossen. 345 Patienten (31,2%) wurden erstmals mit einem Cholinesterase-Inhibitor behandelt, 768 (69,5%) wechselten die Therapie, meistens wegen mangelnder Wirksamkeit (46,0%) oder Verträglichkeit (16,7%) der Vorbehandlung. Sechs Monate nach Therapiebeginn, wurden 929 Patienten (84,1%) immer noch mit Rivastigmin-Pflaster behandelt, 74,8% sogar mit der vorgesehenen Zieldosis von täglich 9,5 mg. Von den 217 Patienten, die die Therapie abbrachen, taten dies 39% wegen unerwünschter Ereignisse, 16% aus nicht zu klärender Ursache, 15% wegen mangelnder Therapietreue und 11% wegen mangelnder Wirksamkeit. Die Einhaltung der Behandlungsvorgaben gemäß Morisky-Fragebogen, die Beurteilung der Benutzerfreundlichkeit des Pflasters sowie die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung verbesserten sich stetig über die 6-monatige Studiendauer. Über den gesamten Behandlungszeitraum verbesserte sich der MMST von durchschnittlich 19,0 \pm 5,1 auf 20,0 \pm 5,1 sowie der klinische Gesamteindruck in 67,5% aller Patienten. Die Verträglichkeit des Pflasters war im Allgemeinen gut.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Transdermales Rivastigmin scheint besonders bei Patienten mit mangelnder Wirksamkeit und Verträglichkeit oraler Behandlungsvarianten eine wirksame und leichter einzuhaltende Alternative darzustellen. Mit der Pflasterformulierung erreichten 74% der Patienten die vorgesehene Zieldosis nach 6 Monaten.

RIVASTIGMIN IN DER BEHANDLUNG DER MIT DER PARKINSONSCHEN KRANKHEIT ASSOZIIERTEN DEMENZ: KURZFRISTIGE CHOLINERGE EFFEKTE KORRELIEREN MIT DEM THERAPIERFOLG NACH 6 MONATEN

Georg Adler¹, Michaela Christenn¹, Miriam Bektas¹, Youko Ko-Inoshishi¹, Andreas Kupsch², Erich Scholz³, Konstantin Articus⁴

¹Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit, Mannheim

²Neurologische Klinik und Poliklinik, Campus Virchow, Humboldt Universität Charité, Berlin

³Neurologische Akademische Lehrpraxis, Böblingen

⁴Novartis Pharma, Nürnberg

Zielsetzung/Fragestellung: Rivastigmin dient u. a. der Behandlung der mit der Parkinsonschen Krankheit assoziierten Demenz. Seine

klinische Wirksamkeit beruht auf der Verbesserung der für diese Erkrankung typischen cholinergen Unterfunktion. In der vorliegenden Studie sollten bei Patienten mit Parkinson-Demenz kurzfristige cholinerge Effekte von Rivastigmin beschrieben und mit dem Behandlungserfolg nach 6 Monaten korreliert werden

Materialien/Methoden: In dieser prospektiven, multizentrischen, non-interventionellen Studie wurden Tests zu Aufmerksamkeit und verbalem Kurzzeitgedächtnis sowie quantitative EEG Messungen an Patienten mit Parkinson-Demenz vor und zwei Wochen nach Behandlungsbeginn durchgeführt und mit den Veränderungen des Mini-Mental-Status nach 6 Monaten korreliert.

Ergebnisse: 32 Patienten, 20 Männer (63%) und 12 Frauen (37%), in einem Durchschnittsalter von 75,3 Jahren (60–86) wurden in die Studie eingeschlossen. Nach zweiwöchiger Behandlung zeigte sich die Mehrzahl der Patienten in den neuropsychologischen Tests verbessert und die durchschnittliche EEG Theta-Aktivität vermindert. Nach 6 Monaten verbesserte sich der mittlere MMST Wert (SD) signifikant von 23,9 (2,4) auf 26,0 (2,8). Einige der kurzfristigen Behandlungseffekte korrelierten mit der Verbesserung des MMST-Wertes. Schwankungen der Wachsamkeit vor Beginn der Behandlung waren prädiktiv für deren Ansprechen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Rivastigmin ist der einzige für die Behandlung der Parkinson-Demenz zugelassene Cholinesterase-Inhibitor. Die Ansprechbarkeit jedes einzelnen Patienten auf diese Therapie lässt sich möglicherweise anhand von Veränderungen in neuropsychologischen Tests und im EEG kurz nach Behandlungsbeginn voraussagen.

DIE BEDEUTUNG DER PRÄMEDIKATION FÜR DIE BEHANDLUNG DER ALZHEIMER-DEMENTZ MIT PERKUTANEM RIVASTIGMIN UND DEREN KOMBINATION MIT PSYCHOPHARMAKA

Konstantin Articus¹, Johannes Seibert², Stefan Spittler³, Klaus Hechenbichler⁴, Klaus Bornholdt⁵

¹Novartis Pharma GmbH, Nürnberg

²Praxis für Neurologie u. Psychiatrie, Heidelberg

³Alexianer-Krankenhaus, Krefeld

⁴Institut Dr. Schauerte, Oberhaching

⁵Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Mangelnde Wirksamkeit bzw. Verträglichkeit bedingen Wechsel in der medikamentösen Behandlung der Alzheimer-Demenz (AD), die zudem oft mit Psychopharmaka kombiniert wird. Die vorliegende Studie untersuchte unter Bedingungen des Versorgungsalltages den Einfluss (a) einer Behandlung mit Rivastigmin-Pflaster auf die gleichzeitige Einnahme von Psychopharmaka sowie (b) den einer antidementiven Vorbehandlung auf dessen Wirksamkeit.

Materialien/Methoden: In dieser prospektiven, multizentrischen, nicht-interventionellen Studie wurden in ganz Deutschland AD Patienten eingeschlossen, bei denen erstmals eine Rivastigmin-Therapie zur Anwendung kam. Patienten wurden über die ersten 4 Monate einer Behandlung mit Rivastigmin-Pflaster hinsichtlich funktioneller Tests, des medizinischen Gesamteindruckes, der Belastung der pflegenden Person, sowie der Einhaltung von Therapievorgaben und der begleitenden Einnahme von Psychopharmaka untersucht.

Ergebnisse: 58% der 1.113 eingeschlossenen Patienten wurden erstmals gegen Alzheimer-Demenz behandelt, wohingegen 42% die Therapie wechselten. Vorbehandelte Patienten nahmen im Vergleich zu erstbehandelten zu einem höheren Prozentsatz die Zieldosis, sowohl nach einem Monat (61% gegenüber 55%) als auch nach 4 Monaten (71% gegenüber 65%), und verblieben länger in der Studie (Ausfall 5,6% gegenüber 9,0%). Unter Rivastigmin verbesserten sich sowohl der Mini-Mental-Status-Test (MMST) als auch

der medizinische Gesamteindruck signifikant, und zwar unabhängig von der Vorbehandlung (MMST-Anstieg: $0,8 \pm 3,4$ versus $0,9 \pm 3,4$; verbesserter medizinischer Gesamteindruck: 61,3 % versus 60,9 %, beide Unterschiede nicht signifikant) und der Anteil an Patienten mit gleichzeitiger Psychopharmakaeinnahme reduzierte sich von 29,0 % auf 25,8 %. In vorbehandelten Patienten fiel dieser Prozentsatz wesentlich deutlicher von 27,1 % auf 22,6 % ($p < 0,001$).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Eine antidementive Vorbehandlung scheint wenig Einfluss auf die Wirksamkeit von perkutanem Rivastigmin zu nehmen, möglicherweise aber auf die Reduzierung der begleitenden Einnahme von Psychopharmaka. Dies sollte in kontrollierten klinischen Studien verifiziert werden.

EXPECT (EXELON PATCH EFFECTIVENESS TRIAL): WIRKSAMKEIT UND VERTRÄGLICHKEIT VON PERKUTANEM RIVASTIGMIN IM VERSORGUNGSALLTAG

Konstantin Articus¹, Johannes Seibert², Stefan Spittler³, Klaus Hechenbichler⁴, Klaus Bornholdt⁵

¹Novartis Pharma GmbH, Nürnberg

²Praxis für Neurologie u. Psychiatrie, Heidelberg

³Alexianer-Krankenhaus, Krefeld

⁴Institut Dr. Schauerte, Oberhaching

⁵Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Cholinesterase-Inhibitoren gehören zur Standardtherapie der Alzheimer-Demenz. Ihre Wirksamkeit steigt mit der Dosis, jedoch können hohe orale Dosen zu Nebenwirkungen und einem Therapieabbruch führen. In kontrollierten klinischen Studien zeigte eine perkutane Darreichungsform von Rivastigmin (Exelon-Pflaster) im Vergleich zur oralen Formulierung vergleichbare Wirksamkeit bei besserer Verträglichkeit. Ziel von EXPECT war es, dies im Versorgungsalltag zu prüfen.

Materialien/Methoden: Durchgeführt wurde eine prospektive, multizentrische, nicht-interventionelle Studie zur täglichen Behandlungspraxis niedergelassener Neurologen und Psychiater in Deutschland. Für die Studie geeignet waren Alzheimer-Patienten, die nach Meinung des behandelnden Arztes für die Therapie mit dem Exelon-Pflaster geeignet waren und zuvor keine orale Formulierung erhalten hatten. Zielgrößen waren der Uhren- (UT) und Mini-Mental-Test (MMT), sowie die Beurteilung der Belastung und Lebensqualität der pflegenden Person (CBS); außerdem die Beurteilung von Wirksamkeit und Verträglichkeit durch den Arzt über einen Behandlungszeitraum von 4 Monaten.

Ergebnisse: In 498 Zentren wurden 1.113 Patienten (44,8 % Männer, Durchschnittsalter 76,5 Jahre, SD 7,5) in die Studie eingeschlossen. Nach 4 Monaten erhielten 67,4 % der Patienten die Zieldosis von 9,5 mg/24h und zeigten im Vergleich zu den Ausgangswerten keine Verschlechterung in den Wirksamkeitsparametern (UT-MW [SD]: 3,2 [2,0] vs. 3,5 [2,2]; MMT: 18,1 [5,7] vs. 18,8 [5,9]; CBS, A: 18,4 [6,1] vs. 17,3 [5,9], B: 15,8 [6,5] vs. 15,2 [6,1]). In der Bewertung des Gesamteindrucks durch den Arzt zeigten sich nach 4 Monaten 61,1 % der Patienten verbessert, 28,9 % unverändert und 3,1 % verschlechtert. In 5,9 % der Fälle beurteilten die Ärzte die Verträglichkeit als schlecht. 164 (14,7 %) Patienten brachen die Therapie vorzeitig ab, davon 67 (6,0 %) infolge unerwünschter Ereignisse. Bei 104 Patienten (9,4 %) zeigten sich überwiegend dermatologische (47,6 %) oder gastrointestinale (23,8 %) Nebenwirkungen (NW); 12 Patienten hatten schwerwiegende NW, die meist auf die MedDRA-Organ-systemklassen psychiatrische (50 %) und neurologische (15,4 %) Störungen entfielen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Das Exelon-Pflaster könnte besonders bei Patienten mit Verträglichkeitsproblemen der oralen Zieldosen eine Behandlungsalternative darstellen.

ERFASSUNG VON LEBENSQUALITÄT BEI DEMENZ – DAS HILDE-INSTRUMENT

Stefanie Becker

Berner Fachhochschule, Forschungsschwerpunkt

»Lebensgestaltung im Alter«, Bern, Schweiz

Zielsetzung/Fragestellung: Trotz der Vielzahl der zur Erfassung von Lebensqualität (LQ) bei demenzkranken Menschen vorgeschlagenen Instrumente fehlt es auch gegenwärtig noch an einem holistischen theoretischen Rahmenkonzept, das sowohl Dimensionen von Lebensqualität, strukturelle Beziehungen zwischen diesen Dimensionen, als auch methodische Zugangswege auf spezifische Krankheitsstadien oder Syndromtypen der Demenz bezieht und allgemeinverbindliche Kriterien zur Bewertung vorgefundener Lebensverhältnisse bereitstellt.

Der Vortrag beschreibt kurz die Entwicklung des Instruments HILDE (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker) auf der Basis von insgesamt $N = 1.130$ demenzkranken Bewohnern aus 114 stationären Einrichtungen. Möglichkeiten der Förderung der individuellen Lebensqualität in Abhängigkeit vom Muster erhaltener Kompetenzen werden diskutiert.

DAS ARZT-PATIENTEN-GESPRÄCH: KOMMUNIKATIONSBARRIEREN ERKENNEN

Stefanie Becker

Berner Fachhochschule, Forschungsschwerpunkt

»Lebensgestaltung im Alter«, Bern, Schweiz

Zielsetzung/Fragestellung: Kommunikation im medizinisch-pflegerischen Kontext muss generell als besondere Herausforderung betrachtet werden, da sie sich durch vielfältige Asymmetrien in der Situation auszeichnet (Arzt–Patient; Experte–Laie; gesund–krank, selbstständig–abhängig). Ist der Patient zusätzlich ein älterer Mensch, so spielt die soziale Kategorie »Alter« ebenfalls eine wesentliche Rolle und ergänzt diese Asymmetrien um eine weitere (jung–alt), welche ebenfalls als wichtige Determinante der Kommunikation bzw. des Arzt-Patienten-Gesprächs betrachtet werden muss.

Der Vortrag informiert zunächst über sprachliche Besonderheiten von Kommunikation mit älteren Menschen, um daraus abgeleitet Hinweise für eine beziehungsorientierte Kommunikation in einem für Ältere bei gegebenem Bedarf essentiellen Lebensbezug, dem medizinischen Kontext, zu geben.

PRÄDIKTION DER WIRKSAMKEIT VON RIVASTIGMIN BEI PATIENTEN MIT PARKINSON-DEMENTZ

Michaela Christenn¹, Miriam Bektas¹, Andreas Kupsch², Erich Scholz³, Georg Adler¹

¹ISPG – Institut für Studien zur psychischen Gesundheit,

Mannheim

²Charité – Universitätsmedizin, Berlin

³Böblingen

Zielsetzung/Fragestellung: Für die Behandlung der Parkinson-Demenz (PDD) wurde die Wirksamkeit von Rivastigmin nachgewiesen. Bei PDD-Patienten besteht ein höheres cholinerges Defizit als bei Patienten mit Alzheimer-Demenz (AD), welches im EEG durch eine Erhöhung der Theta-Aktivität abgebildet wird. Für Patienten mit AD konnte gezeigt werden, dass die Abnahme der Theta-Aktivität nach zweiwöchiger Rivastigmin-Therapie eine gute längerfristige Wirksamkeit prädiziert. Wir erwarteten daher, dass sich die Wirksamkeit bei Patienten mit PDD ebenso durch klinische Anzeichen des cholinergen Defizits sowie durch eine Reduktion der Theta-Aktivität präzisieren lässt.

Materialien/Methoden: In der RIVAPARK-Studie wurden die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Indikatoren eines cholinergen Defizits und der therapeutischen Wirksamkeit von Rivastigmin bei ambulanten Patienten mit PDD untersucht. Die Indikatoren des cholinergen Defizits (Störungen der Aufmerksamkeit, des Kurzzeitgedächtnisses, Vigilanzstörungen, visuelle Halluzinationen, Theta-Aktivität) wurden vor Behandlungsbeginn und nach zweiwöchiger Rivastigmin-Therapie untersucht. Das Behandlungsergebnis wurde sechs Monate nach Behandlungsbeginn erhoben. Als Behandlungserfolg galten eine Verbesserung von kognitiver Leistungsfähigkeit und Alltagsfunktion.

Ergebnisse: Es konnten die Ergebnisse von 32 Patienten (20 Männer, 12 Frauen) ausgewertet werden. Verwertbare EEGs liegen von 24 Patienten vor (17 Männer, 7 Frauen). Von den 24 Patienten konnten 21 ihr Ergebnis im MMST verbessern oder beibehalten (Responder), während lediglich 3 Patienten sich nach 6 Monaten gegenüber dem Wert bei Einschluss verschlechterten (Non-Responder). Die Hälfte der Patienten konnte ihre Alltagsfunktion verbessern oder beibehalten, die andere Hälfte verschlechterte sich. Die beiden Maße korrelieren in mittlerem Ausmaß ($r = .423$; $p < 0,05$). Die Patienten, deren Theta-Aktivität im EEG sich unter der Therapie reduzierte, unterschieden sich nicht durch ihre klinischen Parameter von den restlichen Patienten. Mit Ausnahme der verzögerten Wiedergabe einer Wortliste gilt dies auch für die durchgeführte Split-Half-Analyse, so dass weder die Theta-Aktivität im EEG noch die klinischen Parameter eine Wirksamkeit von Rivastigmin präzisieren konnten.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Response-Rate für Rivastigmin bei Patienten mit PDD ist sehr hoch und die spezifische Prädiktion des Behandlungserfolges mit den beschriebenen Parametern nicht möglich. Angesichts der hohen Ansprechrate auf Rivastigmin bei PDD-Patienten erscheint die Behandlung so erfolgversprechend, dass eine Prädiktion des Behandlungserfolges im Vorfeld der Behandlung als nicht notwendig erscheint und Aufwand sowie Belastung durch zusätzliche Untersuchungen wahrscheinlich nicht rechtfertigt.

ZEITLICHER VERLAUF DER ANTICHOLINERGEN AKTIVITÄT IM SERUM NACH HÜFTFRAKTUR: EIN MARKER FÜRS DELIR?

Stefan H. Kreisel¹, Barbara C. van Munster², Jürgen Kopitz³, Sophia E. de Rooij³, Christine Thomas¹

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel, Abteilung für Gerontopsychiatrie, Bielefeld

²Department of Medicine, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, Niederlande und Department of Geriatrics, Gelre Hospitals, Apeldoorn, Niederlande

³Pathologisches Institut, Abteilung für Angewandte Tumorbologie, Universität Heidelberg

Zielsetzung/Fragestellung: Das Delir im Alter bleibt trotz seiner insbesondere im Rahmen operativer Eingriffe hohen Inzidenz unterdiagnostiziert. Dies liegt nicht nur an fehlender Aufklärung hinsichtlich assoziierter Morbidität und Mortalität, sondern auch in der Tatsache begründet, dass keine objektiven Untersuchungsverfahren etabliert sind – das Delir bleibt eine klinische Diagnose. Somit wären Biomarker mit höherer Sensitivität und Spezifität wünschenswert. Ein Kandidat der sich hier anbieten könnte ist die anticholinerge Aktivität im Serum (SAA). Jedoch haben widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich der Validität in der Vergangenheit den Einsatz im klinischen Alltag verhindert: Studien haben selten für Komorbidität korrigiert oder haben nur einzelne Werte statt den zeitlichen Verlauf herangezogen.

Die hier präsentierte Studie ist die bis dato größte die den Verlauf der SAA nach einem zum Delir führenden Ereignis (Hüftfraktur

und nachfolgende Operation) untersucht, mit dem Ziel die Wertigkeit des Markers als unabhängigen Prädiktor für das Altersdelir zu prüfen.

Materialien/Methoden: 142 ältere Patienten die eine akute Hüftfraktur erlitten hatten und sich daher einer Operation unterziehen mussten wurden rekrutiert. Hiervon entwickelten 51% – meist post-operativ – ein Delir. Es wurden bis zu vier Proben pro Patient in einem Zeitraum von bis zu $7,7 \pm 5,8$ Tagen erhoben. An den Tagen der Probenentnahme wurde der Patient mittels Confusion Assessment Method hinsichtlich der Prävalenz eines Delirs untersucht. Weitere klinische Kovariate (z.B. Demenzdiagnose, Komorbidität, ADL, Anzahl der pro-delirogenen Medikamente, IL-6 und Kortisolspiegel) wurden erhoben. Die Daten wurden mittels gemischer Modelle statistisch analysiert.

Ergebnisse: Es zeigt sich ein $25,4\%$ (95% CI 1,2–49,6%, $p < 0,05$) Anstieg der Konzentration der SAA die mit dem Zeitpunkt des Delirbeginns korrespondiert; die Operation führt zwar auch zu einem Anstieg (8,0%), dieser ist aber nicht signifikant. Wird das Model nun durch die Hinzunahme der Kovariate korrigiert, fällt der Effekt des Delirs gänzlich weg – es ist nun nur noch mit einem nicht-signifikanten Anstieg des SAAs von 2,4% assoziiert. Klinische Variablen die stark dem zeitlichen Verlauf der SAA beeinflussen sind vorbestehende kognitiven Einschränkungen und ein Anstieg der Konzentration von IL-6.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die SAA ist im erheblichen Maße abhängig von Kovariaten die auch mit dem Delir assoziiert sind. Als unabhängiger Prädiktor trägt sie nicht zum zeitlichen Verlauf bei Delir bei. Ihr Einsatz als Marker für das Altersdelir lässt sich somit nicht empfehlen.

EVALUATION EINER LANGZEITERHEBUNG VON ROUTINEDATEN STATIONÄRER GERONTOPSYCHIATRISCHER KRANKENBEHANDLUNG VON 2006 – 2009

Rüdiger Noelle, Christine, Thomas, Michael, Schulz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel,
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Zielsetzung/Fragestellung: Die stationäre gerontopsychiatrische Krankenbehandlung befindet sich an einer entscheidenden Schnittstelle des Gesundheitswesens. Der Pflegebedarf im Sinne des SGB XI, welcher bei Patienten festgestellt wird, bleibt i. d. R. zu einem erheblichen Teil auch während und nach der stationären Behandlung erhalten. In der Psychiatrie-Personal-Verordnung finden sich hierfür keine entsprechenden Ressourcen.

Lassen sich Patientengruppen ermitteln, die einen besonders hohen Unterstützungsbedarf bei der Selbstpflegefähigkeit im Bereich der Grundpflege haben? Welche Zusammenhänge mit der Selbstpflegefähigkeit lassen sich finden?

Materialien/Methoden: Von 2006–2009 wurden aus der Regeldokumentation ca. 1.400 Datensätze nach der Behandlung erfasst. Dazu gehörten neben soziodemografischen Daten im wesentlichen die Einweisungsdiagnose nach ICD, die führende psychiatrische Pflegediagnose, der Barthel-Index (BI) und die Clinical Global Impression Scale (CGI) zu Aufnahme und Entlassung sowie die Lebens- und Betreuungssituation vor der Aufnahme und nach der Entlassung.

Ergebnisse: Zwischen den Behandlungsbereichen mit den Schwerpunkten Depressions-, Demenz- und Psychosebehandlung finden sich signifikante Unterschiede im Hinblick auf: Alter der Patienten, Behandlungsdauer und Barthel-Index bei Aufnahme.

Die Routinedaten nach der Logik von Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) und Pflegeversicherung (SGB XI) liefern Hinweise zum Arbeitsaufwand professioneller Pflege in der stationären akut gerontopsychiatrischen Behandlung.

Für den Bereich der Depressionsbehandlung findet sich eine ähnliche Bemessung der Ressourcen für die Grundpflege: im Mittel +2,38 Minuten je Patient und Tag PsychPV zu SGB XI.

Für die anderen Bereiche findet sich ein erheblicher Unterschied der Ressourcen für die Grundpflege: im Bereich Psychosebehandlung im Mittel -48,68 Minuten je Patient und Tag PsychKG zu SGB XI und im Bereich Demenzbehandlung im Mittel -84,6 Minuten je Patient und Tag PsychKG zu SGB XI.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Kombinationen der genannten Routinedaten mit weiteren Merkmalen – ICD Aufnahme-diagnose, NANDA-Pflegediagnose(-Gruppe), Lebensform vor Aufnahme (allein, mit Angehörigen etc.) – können Aussagen über den individuell zu erwartenden Unterstützungsbedarf bei der Selbstpflegefähigkeit ergeben. Die Aufnahmesteuerung und die Personaleinsatzplanung können so aufeinander abgestimmt werden.

VON DER DEESKALATION ZUR NACHHALTIGEN STRUKTURVERÄNDERUNG – ERGEBNISSE AUS DEM LEUCHTTURMPROJEKT DEMENZ QUIKK

Birgit Panke-Kochinke¹, Ines Buscher¹, Sabine Kühnert²

¹Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) Witten

²Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum

Zielsetzung/Fragestellung: Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Leuchtturmprojektes Demenz QUIKK (Buscher, Kühnert, & Panke-Kochinke, 2010) wurde eine interdisziplinäre, einjährige Inhouse-Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Demenz in drei Einrichtungen der stationären Altenhilfe durchgeführt und evaluiert. Ziel der Evaluation war es, zu erfassen, inwieweit diese Weiterbildung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen von Menschen mit Demenz durch eine Kompetenzsteigerung der multiprofessionellen Teams beitragen konnte (Buscher et al., 2010).

Materialien/Methoden: An der Weiterbildung nahmen pro Einrichtung jeweils 15 bis 22 Personen teil. Die drei Teilnehmergruppen setzen sich aus interessierten Mitarbeitenden, Ehrenamtlichen und Angehörigen von Menschen mit Demenz aus den Einrichtungen zusammen. Die Mitarbeitenden gehörten unterschiedlichen Berufsgruppen (z. B. Pflege, Hauswirtschaft, Küche und Verwaltung) und Hierarchieebenen (z. B. Angestellte, Wohnbereichs-, Pflegedienst- und Heimleitungen) an. Die Evaluation orientierte sich generell an den Grundsätzen der qualitativen Evaluationsforschung (Flick, 2006). Vier methodisch unterschiedliche Zugriffsweisen – Gruppendiskussionen, Fragebogenerhebungen, Dokumentenanalysen und Interviews – wurden eingesetzt. Die Auswertungen der Datensätze erfolgten mit rekonstruktiven (Bohnsack, 2006, 2010; Bohnsack, Nentwig-Gesemann, & Nohl, 2007; Panke-Kochinke, 2004) und inhaltsanalytischen (Mayring, 2007) Verfahren sowie einer quantifizierenden statistischen kategorialen Analyse von Fragebogenerhebungen (Friedrichs, 1980).

Ergebnisse: Die Evaluation der Maßnahme zeigte bei den Teilnehmenden einen Entwicklungsprozess weg von einer individuellen Abwehr gegenüber herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz hin zu einer fallbezogenen Deeskalation. Zu Beginn der Weiterbildung ließen sich übereinstimmend Haltungsmuster der Gegenübertragung und Schuldzuweisung nachweisen. Die Teilnehmenden fühlten sich insbesondere im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz hilflos und reagierten mit Abwehr und Angst (Buscher et al., 2010; Kühnert, Panke-Kochinke, Buscher, &

Kampendonk, 2010). Zeitlich lokalisierbar etwa in der Hälfte der Weiterbildung erfassten die Teilnehmenden durch die Reflexion von konkreten Handlungssituationen im Rahmen von Fallbesprechungen zunehmend mehr, dass unterschiedliche Deutungsmöglichkeiten dieser als problematisch erlebten Verhaltensweisen bestanden. Den Teilnehmenden wurden ihre impliziten Handlungsmuster bewusster und konnten verändert werden (Buscher et al., 2010; Kühnert et al., 2010)

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Durch die Weiterbildung lässt sich die Versorgungsqualität von Menschen mit Demenz nachhaltig verbessern, indem die »Spirale der Gewalt« durch veränderte Handlungsmuster durchbrochen werden kann und strukturelle Veränderungen den nachhaltigen Transfer neuer Umgangsformen sichern (Buscher et al., 2010; Kühnert et al., 2010).

Literatur

1. Bohnsack R. Qualitative Evaluation und Handlungspraxis: Grundlagen dokumentarischer Evaluationsforschung. In: Flick U (Hrsg). Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzungen. Reinbek bei Hamburg 2006, 135-154.
2. Bohnsack R. Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Budrich, Opladen 2010.
3. Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I, Nohl A-M (Hrsg). Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Vol. 2., erweiterte und aktualisierte Auflage, Wiesbaden 2007.
4. Buscher I, Kühnert S, Panke-Kochinke B. Leuchtturmprojekt Demenz. QUIKK – Qualitative Evaluation von Inhouse-Weiterbildungen zur Konzept- und Kompetenzentwicklung multiprofessioneller Teams und ehrenamtlicher Mitarbeiter/innen in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe mit dem Schwerpunkt demenzieller Erkrankungen. Abschlussbericht, eingereicht beim Bundesministerium für Gesundheit am 31. Juli 2010. Düsseldorf 2010.
5. Flick U. Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzungen. Reinbek bei Hamburg 2006.
6. Friedrichs J. Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen 1980.
7. Kühnert S, Panke-Kochinke B, Buscher I, Kampendonk D. Von der Deeskalation zur nachhaltigen Strukturveränderung. Posterpräsentation der Abschlussveranstaltung Leuchtturmprojekt Demenz am 21.09.2010 in Berlin, http://www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Resources/dokumente/gesundheitsforschung/Leuchtturmprojekt_QUIKK.pdf vom 05.11.2010).
8. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel 2007.
9. Panke-Kochinke B. Die rekonstruktive hermeneutische Textanalyse. Pflege und Gesellschaft 2004; 9 (2): 59-63.

DONEPEZIL BEI DEMENZ – EINFLUSS AUF DIE LEBENSQUALITÄT

Melany Richter¹, Marinella Damian¹, Lutz Frölich¹, Carolin Knorr², Katrin Jekel³, Lucrezia Hausner⁴, Matthias Brassler⁵, Carsten Niederhoff⁶

¹Abteilung Gerontopsychiatrie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

²Bezirkskrankenhaus Günzburg

³Netzwerk Alternsforschung, Universität Heidelberg, Abteilung Gerontopsychiatrie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

⁴Neurologische Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

⁵Pfizer GmbH

⁶Eisai GmbH

Zielsetzung/Fragestellung: In der hier beschriebenen Anwendungsbeobachtung soll der Einfluss von Donepezil als Schmelztablette (Aricept Evess) auf die Lebensqualität von Patienten mit Alzheimer-Demenz untersucht werden.

Materialien/Methoden: Eingeschlossen wurden 1.275 ambulante Patienten mit leichter bis mittelgradiger Demenz, bei denen nach Entscheidung des behandelnden Hausarztes eine Therapie mit Donepezil indiziert war, wobei sowohl eine Neubehandlung als auch eine Umstellung auf das Präparat möglich war. Vor (T1) und drei Monate nach Beginn (T2) der Behandlung wurde der DEMQOL (Smith et al., 2007) in einer deutschen Kurzversion (DEMQOL-K) zur Erhebung der Lebensqualität durchgeführt. Der DEMQOL-K umfasst elf Items, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala bewertet werden. Zehn Items fragen verschiedene Bereiche demenzbezogener Lebensqualität (Gedächtnis, Stimmung, Aktivitäten des täglichen Lebens, soziale Kontakte) ab, der Range liegt zwischen 10 und 40 Punkten (je höher der Wert, desto höher die Lebensqualität); das elfte Item erfasst eine globale Einschätzung der Lebensqualität. Zusätzlich erfolgte eine ausführliche Dokumentation demografischer und medizinischer Variablen sowie der kognitiven Leistungsfähigkeit (MMST).

Ergebnisse: Es konnte eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität (mittlerer Summenwert zu T1=21,7±6,6, zu T2=26,5±5,5) festgestellt werden. Diese korrelierte mit einer ebenfalls verbesserten kognitiven Leistungsfähigkeit und dem Alter, was aber nur teilweise die Verbesserung der Lebensqualität erklärt.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Donepezil eignet sich nicht nur zur Stabilisierung der kognitiven Leistungsfähigkeit, sondern verbessert auch die allgemeine Lebensqualität von Patienten mit Demenz, wobei allerdings der kurze Beobachtungszeitraum von drei Monaten zu beachten ist. Längere Untersuchungszeiträume sollten in zukünftigen Studien ebenso verwirklicht werden wie eine genauere Untersuchung differentieller Effekte bei unterschiedlichen Demenzformen.

BEURTEILUNG DES SCHWEREGRADS DER ALZHEIMER-ERKRANKUNG ANHAND DER EINSCHÄTZUNG VON AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS DURCH DIE BEZUGSPERSON

Matthias Riepe¹, Claudia Schifffczyk², Constanze Lahmeyer²,

Friedemann Müller³, Barbara Romero³, Christina Jonas²

¹Sektion Gerontopsychiatrie Universität Ulm, Abteilung

Gerontopsychiatrie BKH Günzburg

²Universität Ulm

³Alzheimer-Therapiezentrum Bad Aibling

Zielsetzung/Fragestellung: Es wird gefordert, die Einschätzung des Demenz-Schweregrades durch kognitive Skalen zu ergänzen durch die Messung von Aktivitäten des täglichen Lebens durch Bezugspersonen.

Materialien/Methoden: In einer im Rahmen der Leuchtturmprojekte Demenz geförderten Studie wurden bundesweit Patienten und deren Bezugspersonen im häuslichen Umfeld untersucht (u. a. MMSE, ADAS-cog, GDS, B-ADL, iADL). Anhand der Depressivität und Lebensqualität der Bezugsperson wurde eine Cluster-Analyse durchgeführt.

Ergebnisse: Zwei Cluster von Bezugspersonen wurden identifiziert. Der Schweregrad der Patienten, gemessen mit der üblichen Einschätzung durch MMST war identisch. Die Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten und Alltagsaktivitäten durch die Bezugsperson war unterschiedlich, je nach Cluster-Zugehörigkeit. Cluster-Zugehörigkeit war geschlechtsabhängig

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Wir schlussfolgern, dass die Einschätzung von Aktivitäten des täglichen Lebens und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens durch bezugspersonenseitige Variable beeinflusst wird und die Einschätzung der Alltagsaktivitäten durch die Bezugsperson daher mit Vorsicht interpretiert werden muss.

»DAS NEUE ENTGELDSYSTEM IN DER PSYCHIATRIE (OPS) – IST SOWOHL EINE CHANCE ALS AUCH EINE GEFAHR – AUS SICHT DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN PFLEGE«

Eckehard Schlauß, Albert Diefenbacher

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH),

Abt. für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, im

Bereich Gerontopsychiatrie, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Wie ist es möglich die PsychPV im neuen Entgeltsystem der Psychiatrie aufzuheben – d. h. Bewahrenswertes zu erhalten und Überkommenes weiterzuentwickeln?

Materialien/Methoden: Es erfolgt eine thesehafte Darstellung der PsychPV für die gerontopsychiatrische Pflege. Danach werden bewahrenswerte und überkommene Aspekte benannt, und mögliche Perspektiven skizziert – zum Beispiel:

1. Fragen der Leistungstransparenz – psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung.
2. Definition der psychiatrischen Pflege – auch im OPS-System als ein lernendes System?
3. Übernahme vieler Tätigkeiten aus dem therapeutischen Spektrum durch die Pflege.
4. Welche evidenzbasierten Verfahren müssen in den OPS-Katalog aufgenommen werden.

An dieser Stelle soll auch kurz an die Konsequenzen des DRG-Systems für die Pflege erinnert werden

Ergebnisse: Die Perspektiven – sowohl die Chancen als auch die Gefahren – werden hier thesehaft dargestellt.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Das neue Entgeltsystem sollte als Chance verstanden und genutzt werden. Die Gefahren sollten allerdings klar und eindeutig benannt werden. Es bedarf einer Positionierung im Interesse der PatientInnen und der Mitarbeiter – es ist ein gemeinsames Interesse.

»DIE PFLEGE IST BESTANDTEIL DER PSYCHOSOZIALEN BETREUUNG DEMENZIELL ERKRANKTER MENSCHEN. DIE PSYCHIATRISCHE PFLEGE BEFINDET SICH IN DER KRISE: ZWISCHEN PFLEGE ALS FUNKTIONALER KOMPENSATION UND BEZIEHUNGSGESTALTUNG ALS PSYCHOTHERAPEUTISCHER BETREUUNG AUSGERICHTET AM PATIENTINNENINTERESSE«

Eckehard Schlauß, Albert Diefenbacher

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH),

Abt. für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, im

Bereich Gerontopsychiatrie, Berlin

Zielsetzung/Fragestellung: Es gibt keine evidenzbasierten ganzheitlich – pflegerischen Konzepte für die Betreuung demenziell erkrankter Menschen. Die psychosoziale Betreuung scheint hierfür der »Schlüssel« zu sein: D. h., die Betreuenden müssen in »die Welt der Dementen« eintreten wollen und können.

Materialien/Methoden: Hierzu werden sowohl Studien – HTA-Bericht 80 als auch zusammenfassende Arbeiten herangezogen, und mit eigenen Erfahrungen kontrastiert. Folgende Thesen werden diskutiert:

1. Die psychiatrische Pflege befindet sich in einer Krise: Die Pflege ist Bestandteil der psychosozialen Betreuung.
2. Die Beziehung zwischen PatientInnen und »pflegerischem Therapeut« ist fast nie symmetrisch ausgerichtet: Die Pflege- und Betreuungskräfte sind »die Berater für den Alltag« – es geht um ein Ausbalancieren zwischen »Normalität« und psychiatrischen Hilfestellungen – und dürfen nur bei Notwendigkeit intervenieren.

Ergebnisse: Für keines der untersuchten Versorgungskonzepte liegt eine ausreichende Evidenz vor. Die empathische Beziehungsgestaltung ist der Kern der neuen Pflegekultur. Daran anknüpfend unterbreiten wir einen Definitionsvorschlag für die Betreuung von demenziell erkrankten Menschen.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die PatientInnen sind die Experten, und wir sind die Berater mit Empathie und Fachwissen. D.h., die Betreuung demenziell erkrankter Menschen erfordert einen interdisziplinären-multiprofessionellen Ansatz.

INNOVATIVE UND HERKÖMMLICHE VERSORGUNGSSTRUKTUREN FÜR MENSCHEN MIT SCHWERER DEMENZ IM VERGLEICH: EVALUATION EINER PFLEGE-OASE

Birgit Schuhmacher, Thomas Klie

Alter. Gesellschaft. Partizipation. AGP, Institut für angewandte Sozialforschung, Evangelische Hochschule Freiburg

Zielsetzung/Fragestellung: In »Pflegeroasen« als Teil der stationären Altenhilfe leben Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz und werden dort betreut und gepflegt. Zentrales Merkmal ist die gemeinsame Unterbringung mehrerer Bewohner/-innen in einem Raum statt in Einzel- oder Doppelzimmern. Die Studie untersuchte die Lebensqualität der Bewohner/-innen (Programmgruppe) im Vergleich zu der von Bewohner/-innen in Einzel- oder Doppelzimmern (Vergleichsgruppe). Auch wurde die Arbeitsbelastung und -zufriedenheit der Pflegenden und die Zufriedenheit der Angehörigen erforscht sowie nationale und internationale Expertenmeinungen eingeholt.

Materialien/Methoden:

- Bewohner/-innen: n=13 (12 w, 1 m), Ø 86,62 Jahre, MMST <3
- Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (HILDE); Analyse der Pflegedokumentation; eigene Beobachtung
- Pflegenden: Wege- und Tätigkeitsanalyse (n=50); Fragebogen zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen (BHD) (t1: n=26, t2: n=21); drei Gruppendiskussionen (n=12)
- Angehörige: standardisierter Kurzfragebogen (n=10) sowie qualitative Leitfadeninterviews (n=8)

Ergebnisse: graphisch aufbereitet: Bewohner/innen von Pflegeroasen erleben (zu zwei Messzeitpunkten signifikant) häufiger positive Kontakte sowie (zu einem Messzeitpunkt signifikant) häufiger positive Alltagssituationen. Pflegenden legen in der Oase nur etwa 2/3 der Arbeitswege zurück im Vergleich zur Arbeit in Einzel- und Doppelzimmern.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Lebensqualität der Bewohner/-innen der Pflegeroase erreicht auf den Dimensionen

- Vielfalt und Häufigkeit positiv erlebter Alltagssituationen,
- Vielfalt und Häufigkeit von positiv erlebten sozialen Kontakten
- sowie Vielfalt und Häufigkeit von positiv erlebten Aktivitäten eine höhere Ausprägung als die Lebensqualität der Bewohner/-innen von Einzel- oder Doppelzimmern. Im Schmerzerleben und im Bewegungsradius innerhalb der Einrichtung finden sich keine Unterschiede zwischen PG und VG. Pflegenden in der PG müssen deutlich kürzere Wege zurücklegen und können diese Zeit bewohnernah einsetzen.

SUCHT IM ALTER: WAS BEWIRKT EIN TRAINING ZUR FRÜHERKENNUNG UND FRÜHINTERVENTION IN DEN PFLEGETEAMS?

Frank Schwärzler, Anne Röhm, Anke Tolzin, Gerhard Längle, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik PPrt, Reutlingen

Zielsetzung/Fragestellung: Durch eine systemübergreifende Kooperation von Einrichtungen der kommunalen Suchthilfe, der kommunalen Altenhilfe und des somatischen Kreisklinikums im Landkreis Reutlingen (Ba.-Württ.) wird in den Teams der einzelnen Einrichtungen ein Training zur Erkennung von und Frühintervention bei Patienten/Bewohnern mit Suchtmittelmissbrauch im Alter angeboten und durch Folgetermine die Implementierung in den klinischen/pflegerischen Alltag gesichert. Zielsetzung ist

neben der vermehrten Inanspruchnahme von spezifischen Hilfen im kommunalen Suchthilfenetzwerk ein Informations- und Kompetenzzuwachs in den Teams der beteiligten Einrichtungen der Altenpflege und des Kreisklinikums. Das Projekt wird gefördert durch die Baden-Württemberg Stiftung.

Materialien/Methoden: Neben der Outcome- Variable »Inanspruchnahme von suchtspezifischen Hilfen« werden über Fragebögen vor und nach dem Training Informations- und Kompetenzzuwachs in den Teams gemessen.

Ergebnisse: Es wird über das laufende Projekt berichtet. Daher stehen im Moment die Diskussion der Projektidee und die Ergebnisse der geleisteten Vernetzungsarbeit im Vordergrund des Posters.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Zum aktuellen Stand des Projektes kann festgehalten werden, dass durch die o. g. systemübergreifende Kooperation

- a) eine bislang zu wenig klinisch wahrgenommene Patientengruppe besser in den Fokus gerückt wird, und zwar
- b) über die Grenzen der Suchttherapie oder Alterspsychiatrie hinaus und
- c) in den beteiligten Institutionen eine Verbesserung der Vernetzung stattfindet und
- d) der Druck erhöht wird, geeignete Angebote für diese Patientengruppe zu schaffen und entsprechende Behandlungspfade zu definieren.

AGE- AND GENDER-SPECIFIC PREVALENCE OF DEPRESSION IN LATEST-LIFE – SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Claudia Sikorski¹, Melanie Lupp¹, Tobias Luck¹, Lena Ehreke¹, Alexander Konnopka², Birgit Wiese³, Siegfried Weyerer⁴, Steffi G. Riedel-Heller¹, Hans-Helmut König²

¹Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health

(ISAP), Arbeitsgruppe Public Health: Epidemiologie und Versorgungsforschung, Universität Leipzig

²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (MSG), Hamburg

³Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Biometrie, Hannover

⁴Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Aim: The objective of the study is to systematically analyze the prevalence of depression in latest life (75+), particularly focusing on age- and gender-specific rates across the latest-life age groups.

Method: Relevant articles were identified by systematically searching the databases MEDLINE, Web of Science, Cochrane Library and Psycinfo and relevant literature from 1999 onwards was reviewed. Studies based on the community-based elderly population aged 75 years and older were included. Quality of studies was assessed. Meta-analysis was performed using random effects model.

Results: 24 studies reporting age- and gender-specific prevalence of depression were found. 13 studies had a high to moderate methodical quality. The prevalence of major depression ranged from 4.6% to 9.3%, and that of depressive disorders from 4.5% to 37.4%. Pooled prevalence was 7.2% (95% CI 4.4–10.6%) for major depression and 17.1% (95% CI 9.7–26.1%) for depressive disorders. Potential sources of high heterogeneity of prevalence were study design, sampling strategy, study quality and applied diagnostics of latest life depression.

Conclusion: Despite the wide variation in estimates, it is evident that latest life depression is common. To reduce variability of study results, particularly sampling strategies (inclusion of nursing home residents and severe cognitively impaired individuals) for the old age study populations should be addressed more thoroughly in future research.

IS THE CLOCK DRAWING TEST APPROPRIATE FOR SCREENING FOR MILD COGNITIVE IMPAIRMENT? RESULTS OF THE GERMAN STUDY ON AGEING, COGNITION AND DEMENTIA IN PRIMARY CARE PATIENTS (AGECODE)

Claudia Sikorski¹, Melanie Lupp¹, Tobias Luck¹, Lena Ehreke¹, Siegfried Weyerer², Sandra Eifflaender-Gorfer², Birgit Wiese³, Dagmar Weeg⁴, Julia Olbrich⁴, Hendrik van den Bussche⁵, Cadja Bachmann⁵, Marion Eisele⁵, Wolfgang Maier⁶, Frank Jessen⁶, Angela Fuchs⁷, Michael Pentzek⁷, Matthias C. Angermeyer¹, Steffi G. Riedel-Heller¹, Hans-Helmut König⁸

¹Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Arbeitsgruppe Public Health: Epidemiologie und Versorgungsforschung, Universität Leipzig

²Central Institute for Mental Health, Mannheim

³Medizinische Hochschule Hannover; Institut für Biometrie

⁴Department of Psychiatry, Technical University of Munich, Munich

⁵Institute for General Medicine, University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, Hamburg

⁶Department of Psychiatry, University of Bonn, Bonn

⁷Department of General Practice, University Medical Centre, Düsseldorf

⁸Department of Medical Sociology and Health Economics, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Aim: Individuals with Mild Cognitive Impairment (MCI) are at high risk to develop dementia and are a target group for preventive interventions. Therefore, research aims at diagnosing MCI at an early stage with short, simple and easily administrable screening tests. Due to the fact that the Clock Drawing Test (CDT) is widely used to screen for dementia, it is questionable whether the CDT is suited to screen for MCI.

Method: 3,198 primary care patients aged 75+ were divided into two groups according to their cognitive status, assessed by comprehensive neuro-psychological testing: individuals without MCI and individuals with MCI. The CDT-scores, evaluated by the scoring system of Sunderland et al. [1], of both groups were compared. Multivariate analyses were calculated as well as sensitivity, and the specificity of the CDT to screen for MCI were reported.

Results: Significant differences were found for CDT-results: MCI-patients obtained worse results than cognitively unimpaired subjects. CDT has a significant impact on the diagnosis of MCI. However, sensitivity and specificity as well as ROC analyses are not adequate, meaning CDT could not be named as an exact screening tool.

Limitations: Applying different CDT-versions of administration and scoring could yield different results.

Conclusion: CDT did not achieve the quality to screen individuals for MCI.

IMPACT OF IMPAIRMENT IN INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND MILD COGNITIVE IMPAIRMENT ON TIME TO INCIDENT DEMENTIA – RESULTS OF THE LEIPZIG LONGITUDINAL STUDY OF THE AGED (LEILA75+)

Claudia Sikorski¹, Melanie Lupp¹, Tobias Luck¹, Steffi G. Riedel-Heller¹, Matthias C. Angermeyer², Arno Villringer³, Hans-Helmut König³

¹Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Arbeitsgruppe Public Health: Epidemiologie und Versorgungsforschung, Universität Leipzig

²Center for Public Mental Health, Gössing a. W., Austria & Department of Public Health, University of Cagliari, Italy

³Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften und Tagesklinik für kognitive Neurologie; Leipzig

⁴Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie; Hamburg

Aim: Early diagnosis of dementia requires knowledge about associated predictors. The aim of this study was to determine the

impact of mild cognitive impairment (MCI) and impairment in instrumental activities of daily living (IADL) on the time to an incident dementia diagnosis.

Method: Data were derived from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+), a population-based study of individuals aged 75 years and older. Kaplan-Meier survival analysis was used to determine time to incident dementia. Cox proportional hazards models were applied to determine the impact of MCI and impairment in IADL on the time to incident dementia.

Results: 180 (22.0%) of 819 initially dementia-free subjects developed dementia by the end of the study. Mean time to incident dementia was 6.7 years (95% CI=6.5–6.9). MCI combined with impairment in IADL was associated with a higher conversion rate to dementia and a shorter time to clinically manifest diagnosis. The highest risk for a shorter time to incident dementia was found for amnesic MCI combined with impairment in IADL: the mean time to incident dementia was 3.7 years (95% CI=2.9–4.4) and thus half as long as in subjects without MCI and impairment in IADL.

Conclusion: Subjects with MCI and impairment in IADL constitute a high-risk population for the development of dementia. The consideration of impairment in IADL should constitute an important step towards an MCI concept being clinically more useful for prediction of dementia.

This publication was funded by the junior research grant by the Medical Faculty, University of Leipzig. The field work was supported by the Interdisciplinary Centre for Clinical Research Leipzig (project C07) and published with affiliation of the Leipzig Research Center for Civilization Diseases (LIFE, Universität Leipzig). LIFE is financed by means of the European Union, by the European Regional Development Fund (ERDF) and by means of the Free State of Saxony within the framework of the excellence initiative.

MILD COGNITIVE IMPAIRMENT: INCIDENCE AND RISK FACTORS – RESULTS OF THE LEIPZIG LONGITUDINAL STUDY OF THE AGED (LEILA75+)

Claudia Sikorski¹, Melanie Lupp¹, Tobias Luck¹, Steffi G. Riedel-Heller¹, Susanne Briel¹, Herbert Matschinger¹, Arno Villringer², Hans-Helmut König³

¹Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Arbeitsgruppe Public Health: Epidemiologie und Versorgungsforschung, Universität Leipzig

²Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften und Tagesklinik für kognitive Neurologie; Leipzig

³Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie; Hamburg

Aim: Mild Cognitive Impairment (MCI) constitutes a pre-stage of dementia in many cases. The aims of the present study were to estimate age- and gender-specific incidence of MCI and to identify risk factors for incident MCI in a population-based sample of cognitively healthy subjects aged 75 years and older.

Method: Data were derived from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+), a population-based study of individuals aged 75 years and older. Incidence was calculated according to the ‘person-years-at-risk’ method. Cox proportional hazards models were used to identify risk factors for incident MCI.

Results: During the 8-year follow-up period, roughly one fourth (n=137; 26.4%) of the population at risk developed MCI. The overall incidence of MCI for subjects aged 75 years and older was 76.5 (95%-PCI=64.7–90.4) per 1,000 person-years (overall person-years=1,791.08). The incidence rate was highest in age group 85+ years and higher in women than men (80.8, 95%-PCI

=66.6–98.0 vs. 65.8, 95%-PCI=47.0–92.1). Cox proportional hazards model identified older age, subjective memory complaints, impairment in instrumental activities of daily living, and lower cognitive performance as significant risk factors for incident MCI.

Conclusion: MCI has high incidence in the elderly population. The inclusion of restrictions in instrumental activities of daily living in the criteria of MCI particularly might be useful to improve the prediction of dementia. Subjective memory complaints in previously cognitively healthy individuals should be taken seriously as a possible pre-stage of MCI.

This publication was funded by the junior research grant by the Medical Faculty, University of Leipzig. The field work was supported by the Interdisciplinary Centre for Clinical Research Leipzig (project C07) and published with affiliation of the Leipzig Interdisciplinary Research Cluster of Genetic Factors, Clinical phenotypes and Environment (LIFE Center, Universität Leipzig). LIFE is financed by means of the European Union, by the European Regional Development Fund (ERDF) and by means of the Free State of Saxony within the framework of the excellence initiative.

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN LATEST LIFE – RESULTS OF THE LEIPZIG LONGITUDINAL STUDY OF THE AGED (LEILA 75+)

Claudia Sikorski¹, Melanie Lupp¹, Tobias Luck¹, Steffi G. Riedel-Heller¹, Arno Villringer², Hans-Helmut König³, Siegfried Weyerer⁴, Birgit Wiese⁵

¹Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Arbeitsgruppe Public Health: Epidemiologie und Versorgungsforschung, Universität Leipzig

²Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften und Tagesklinik für kognitive Neurologie; Leipzig

³Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie; Hamburg

⁴Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

⁵Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Biometrie, Hannover

Aim: Because the oldest old will be the fastest-growing age group in the future and information about epidemiology of depressive symptoms in latest life is scarce, the present study aims at determining the age-specific and gender-specific prevalence rates and risk factors of depressive symptoms in latest life.

Method: As part of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+), a population-based sample of 1006 individuals aged 75 years and older were interviewed on socio-demographic, clinical and psychometric variables. Depressive symptoms were assessed using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (cut-off score=16); mild cognitive impairment (MCI) was diagnosed according to criteria of the International Working Group on MCI. Factors associated with depressive symptoms were determined with multiple logistic regression models.

Results: Of the overall sample, 38.2% (95% confidence interval, CI 35.2–41.2) were classified as depressed. In the full multivariate model, the following variables were significantly associated with depressive symptoms: divorced or widowed marital status, low educational level, poor self-rated health status, functional impairment, multi-domain MCI, stressful life events and poor social network. All variables but MCI remained significant correlates of depressive symptoms in the parsimonious model.

Conclusion: Because depressive symptoms are common in oldest age and associated with broad categories of risk factors, latest-life depression represents an important public health issue. Employment of comprehensive geriatric assessment to ascertain depressive symptoms and its concomitants could help to improve treatment success.

THE ASSESSMENT OF CHANGES IN COGNITIVE FUNCTIONING: AGE, EDUCATION AND GENDER SPECIFIC RELIABLE CHANGE INDICES (RCIS) FOR OLDER ADULTS TESTED ON THE CERAD-NP BATTERY. RESULTS OF THE GERMAN STUDY ON AGEING, COGNITION AND DEMENTIA IN PRIMARY CARE PATIENTS (AGECODE+)

Claudia Sikorski¹, Janine Stein¹, Melanie Lupp¹, Tobias Luck¹, Steffi G. Riedel-Heller¹, Wolfgang Maier², Michael Wagner², Moritz Daerr², Hendrik van den Bussche³, Thomas Zimmermann³, Mirjam Köhler³, Horst Bickel⁴, Edelgard Mösche⁴, Siegfried Weyerer⁵, Teresa Kaufeler⁶, Michael Pentzek⁶, Birgit Wiese⁷, Anja Wollny⁸, Hans-Helmut König⁹

¹Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Arbeitsgruppe Public Health: Epidemiologie und Versorgungsforschung, Universität Leipzig

²Department of Psychiatry, University of Bonn, Bonn

³Institute of Primary Medical Care, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg

⁴Department of Psychiatry, Technical University of Munich, Munich

⁵Central Institute of Mental Health, Mannheim

⁶Department of General Practice, University Hospital Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

⁷Institute for Biometrics, Hannover Medical School, Hannover

⁸Institute of General Practice, Faculty of Medicine, University of Rostock, Rostock

⁹Department of Psychiatry, Health Economics Research Unit, University of Leipzig, Leipzig, and Department of Medical Sociology and Health Economics, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Background/Aims: The diagnosis of dementia requires reliable evidence about decline in cognitive functioning over time. The CERAD-NP battery represents a commonly used neuropsychological instrument to measure cognitive functioning in the elderly. Normative data for changes in cognitive function that normally occur in cognitively healthy individuals is crucial to interpret changes in CERAD-NP test scores. Methods: As part of the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe Study), a sample of 1450 cognitively healthy individuals, aged 75 years and older, was assessed three times at 1.5 year intervals over a period of 3 years using selected subtests of the CERAD-NP battery. Age, education and gender specific reliable change indices (RCIs) were computed for a 90% confidence interval. Results: Across different age, education and gender subgroups, changes from at least 6 to 9 points in Verbal Fluency, 4 to 8 points in Word List Memory, 2 to 4 points in Word List Recall and 1 to 4 points in Word List Recognition indicated significant (i.e. reliable) changes in CERAD-NP test scores at the 90% confidence level. Conclusion: Smaller changes in CERAD-NP test scores can be interpreted only with high uncertainty because of probable measurement error, practice effects and normal age-related cognitive decline. This study provides age, education and gender specific CERAD-NP reference values for the interpretation of cognitive changes in older age groups.

MUNDGESUND TROTZ DEMENZ – EINE KOOPERATION MIT DEM ZAHNARZT NACH DIAGNOSESTELLUNG

Angela Stillhart, Ina Nitschke

Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin, Zentrum für Zahnmedizin, Universität Zürich

Oft sehen die Zahnärzte die Patienten, die als Grunderkrankung an einer Demenz leiden, sehr spät. Zu spät, da die Mundsituation durch Vernachlässigung oft desolat ist und die Funktionen des stomatognathen Systems nicht mehr ausgeführt werden können. Ist die Grunderkrankung zu weit fortgeschritten, können Patienten

oft nicht mehr mit Zahnersatz versorgt werden, da kein oder wenig Adaptationsvermögen vorhanden ist.

Um eine Zahnlosigkeit und die damit verbundenen Einschränkungen bei der Kaufunktion zu vermeiden, wäre es sehr hilfreich, wenn der Patient und seine Angehörigen vom betreuenden Arzt bei Diagnosestellung aufgefordert werden würden, den Zahnarzt umgehend aufzusuchen. Die Diagnosestellung und Überweisung durch den Hausarzt oder Geriater sollte dann in der Zahnmedizin auch der Start sein, eine intensive zahnärztliche Betreuung mit dem Patient und seinen Angehörigen aufzubauen.

Der verantwortliche Arzt, als erster Ansprechpartner für den Patienten und seine Angehörigen, ist somit aufgefordert, auch an die Mundsituation und die mundbezogene Lebensqualität seines dementen Patienten zu denken. Anhand eines Fallbeispiels soll aufgezeigt werden, an welcher Stelle der betreuende Arzt die zahnärztliche Versorgung einfach unterstützen könnte.

DIE PHARMAKOKINETIK VON PERKUTANEM RIVASTIGMIN IN PATIENTEN MIT PARKINSONSCHER KRANKHEIT

Alexander Storch¹, Gilbert Lefevre², Brit Mollenhauer³, Jan Kassubek⁴, Georg Ebersbach⁵, Nadia Tenenbaum⁶

¹Technische Universität, Abteilung für Neurologie und Zentrum für Regenerative Therapien, Dresden

²Novartis Pharma, Basel

³Paracelsus-Elena-Klinik, Kassel

⁴Klinik für Neurologie, Universitätsklinik, Ulm

⁵Kliniken Beelitz GmbH, Beelitz-Heilstätten

⁶Novartis Pharma, East Hanover, NJ, USA

Zielsetzung/Fragestellung: Rivastigmin führt bei Patienten mit milder bis mäßiger Demenz aufgrund einer Alzheimer oder Parkinsonschen Erkrankung zu Verbesserungen von kognitiven Funktionen, Alltagsaktivitäten und Verhaltensweisen sowie von Demenz-Symptomen insgesamt. Ziel der vorliegenden Studie war es, unter Fließgleichgewichtsbedingungen die Pharmakokinetik von Rivastigmin-Pflaster bei Patienten mit Parkinson-Demenz zu beschreiben.

Materialien/Methoden: Diese pharmakokinetische Untersuchung wurde im Rahmen einer prospektiven Langzeitstudie zur Arzneimittelsicherheit an einer Subgruppe von 18 Patienten, die mit einem 10 cm²-Rivastigmin-Pflaster (9.5 mg/24 h) behandelt wurden, durchgeführt. Pro Patient wurden über einen Zeitraum von 24 h sechs Blutproben entnommen und mit LC-MS/MS auf Rivastigmin und den Metaboliten NAP226-90 gemessen. Die Bestimmung der pharmakokinetischen Parameter erfolgte mit Hilfe nicht-kompartimenteller Methoden.

Ergebnisse: Die Rivastigmin-Konzentration im Plasma stieg nach Aufbringen des Pflasters langsam bis zum Erreichen eines Maximums (C_{max} $6,72 \pm 3,23$ ng/mL) nach einem medianen Zeitraum von 8 h (t_{max}) an. Die Fläche unter der Kurve (AUC_{0-24h}) betrug $117 \pm 62,1$ ng·h/mL. Der Schwankungsindex, ein Maß für den Streubereich von Maximal- und Minimalkonzentrationen, betrug 0,84. Der Variationskoeffizient für die interindividuelle Variabilität schwankte zwischen 42–63 %. NAP226-90 zeigte ein ähnliches pharmakokinetisches Profil wie die Ausgangsverbindung mit dem Erreichen von C_{max} ($3,04 \pm 0,969$ ng/mL) nach durchschnittlich 9,0 h und einem AUC_{0-24 h}-Wert von $60,6 \pm 17,9$ ng·h/mL. Die Adhäsion des Pflasters war gut; die Gesamt-Wirkstoffabgabe betrug 47,1 % des Gesamtgehaltes (18 mg). Außerdem bestätigte die Studie die gute Verträglichkeit des Pflasters.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Pharmakokinetik des Rivastigmin-Pflasters bei Patienten mit Parkinson-Demenz stimmt mit der in anderen Populationen und speziell der in Alzheimer-Patienten gut überein.

KURZ UND EINFACH IST NICHT IMMER BESSER: GRENZEN KOGNITIVER DEMENZSCREENINGS

Ingo Uttner, Simone Schulz, Christine A. F. von Arnim

Neurologische Klinik der Universität Ulm, Bereich RKU, Ulm

Zielsetzung/Fragestellung: Kognitive Demenzscreenings erfreuen sich aufgrund ihrer Kürze und Unkompliziertheit in Durchführbarkeit und Auswertung großer Beliebtheit. Ihre Eignung für die Erstdiagnostik von Demenzen ist jedoch umstritten, zumal Sensitivität und Spezifität dieser Verfahren häufig unbefriedigend sind und die im klinischen Alltag vorherrschende Individualdiagnostik in ganz besonderer Weise beeinflusst ist von potentiellen, mit Alter, Bildung, Testvertrautheit oder sensorischen Einschränkungen assoziierten Fehlerkomponenten. Ziel dieser Studie war es, zu überprüfen, inwieweit verschiedene, für das Demenzscreening empfohlene Kurzverfahren in der Lage sind, Personen mit bekannter AD im weiteren Erkrankungsverlauf korrekt zu klassifizieren.

Materialien/Methoden: Hierzu wurden insgesamt 25 Personen, 8 Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz (AD; Altersmedian/Interquartilsbereich: 70,5/15,25 Jahre; Mini-Mental-State-Examination (MMSE)-Score: 23,5) sowie 17 Kontrollpersonen (Altersmedian/Interquartilsbereich: 63/14,5 Jahre; MMSE-Score: 29) zwei Jahre nach Diagnosestellung nochmals neuropsychologisch untersucht. Zum Einsatz kamen neben der MMSE der Untertest »Orientierung« des kognitiven Teils der Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-cog), der Uhrentest (CDT), eine Kurzform des Boston Naming Tests (BNT) und ein Wortflüssigkeitstest, zudem als Referenztests der gut validierte Münchner Verbale Gedächtnistest (MVGT) sowie ein neuartiges, plastizitätsorientiertes Testing-the-Limits-Verfahren (TtL, Uttner et al., J Neurol 2010; 257: 1718-1726). Die anschließende empirische Untergruppenbildung erfolgte mit Hilfe einer hierarchischen Clusteranalyse nach WARD, die getrennt für jedes Testverfahren über jeweils alle Studienteilnehmer gerechnet wurde. Die so ermittelten Zuordnungen wurden dann mit den tatsächlichen Verteilungsverhältnissen verglichen.

Ergebnisse: Lediglich die MVGT-Abrufleistung (8 zutreffend identifizierte AD-Patienten/1 falsch positiv klassifizierter AD-Patient) und die beiden TtL-Posttests (jeweils 7 korrekt identifizierte AD-Patienten; 1 falsch positiv klassifizierter AD-Patient) trennten zuverlässig zwischen AD-Patienten und Kontrollen. Bei den Screeningtests ergaben sich folgende Zuordnungsverhältnisse: 5:17 (ADAS-cog), 6:4 (Wortflüssigkeit), 5:2 (CDT) und 5:8 (BNT).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Die Ergebnisse bestätigen die Vorbehalte gegen eine sich primär auf Kurzscreenings stützende kognitive Demenzdiagnostik. Insbesondere verdeutlichen sie, dass derartige Verfahren nicht nur mit einem hohen Risiko diagnostischer Fehlscheidungen zum Zeitpunkt der Erstdiagnose vergesellschaftet, sondern offensichtlich sogar noch nicht einmal in der Lage sind, Personen mit bekannter AD zumindest im weiteren Erkrankungsverlauf korrekt zu klassifizieren. Im Unterschied dazu scheinen dynamische Testverfahren, wie das hier vorgestellte TtL-Paradigma, sehr suffizient zwischen AD- und Non-AD-Patienten zu trennen, was sie als diagnostische Alternative zu herkömmlichen, statusorientierten Testverfahren empfiehlt.

BIOMARKER UND KOGNITIVE PLASTIZITÄT

Ingo Uttner¹, Niklas Schurig¹, Christine A. F. von Arnim¹, Christian Lange-Asschenfeldt², Matthias W. Riepe³, Hayrettin Tumani¹

¹Neurologische Klinik der Universität Ulm, Bereich RKU, Ulm

²Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Düsseldorf, Abteilung Gerontopsychiatrie

³Abteilung Gerontopsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm im Bezirkskrankenhaus Günzburg

Zielsetzung/Fragestellung: Beta-Amyloid 1-42 (Abeta) und Gesamt-Tau-Protein (t-Tau) gelten als sensitive und spezifische Neurodegenerationsmarker für die (Früh-)Diagnose der Alzheimer-Demenz (AD), deren Bestimmung aus dem Liquor auch von der aktuellen S3-Leitlinie »Demenzen« der Fachgesellschaften DGPPN und DGN (11/2009) empfohlen wird. Unter pathophysiologischen Gesichtspunkten scheint t-Tau primär das Vorliegen eines neurodegenerativen Prozesses anzuzeigen, während Abeta vor allem mit dem Ausmaß synaptischer Zerstörung in Verbindung gebracht und dementsprechend als Indikator (noch verbliebener) neuronaler Plastizität betrachtet wird. Um diese Interpretation zu überprüfen, ermittelten wir bei 15 Patienten mit V.a. AD (Altersmedian: 72 Jahre; MMSE-Gesamtscore, Median: 26.5) und 14 Kontrollpersonen (Altersmedian: 65 Jahre; MMSE: 30.0) mit Hilfe eines neuartigen dynamischen Testverfahrens die kognitive Reservekapazität und setzten diese zu Abeta und t-Tau in Beziehung.

Materialien/Methoden: Appliziert wurde ein speziell auf die Enkodierungsproblematik Älterer abgestimmter Gedächtnistest, der sich aus Prä- und Posttest und dazwischengeschalteter Orientierungsaufgabe zusammensetzte. Als Maß der kognitiven Reservekapazität bzw. Plastizität wurde die Anzahl an Wiedererkennungsfehlern nach Strategievorgabe (Orientierungsaufgabe) und im Posttest herangezogen. Die Konzentrationen von Abeta und t-Tau im Liquor wurden mittels ELISA (Innogenetics; Zwijndrecht, Belgien) bestimmt, als auffällig galten Werte von >300 ng/L (t-Tau) und <550 ng/L (Abeta).

Ergebnisse: Die statistische Analyse mittels nonparametrischer Verfahren (?=5%) zeigte signifikante Gruppenunterschiede sowohl in den Abeta- als auch den Gesamt-Tau-Protein-Konzentrationen ($p=0,004$ bzw. $p=0,003$; U-Test) mit mittleren Werten von Abeta=532 ng/L / t-Tau=399 ng/L in der AD-Gruppe und Abeta=993 ng/L / t-Tau=189 ng/L in der Kontrollgruppe. Eine über die Gesamtgruppe gerechnete Korrelation nach Spearman-Rho zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen Abeta und den Fehlerraten in Orientierungsaufgabe ($p=0,047$) und Posttest ($p=0,012$), nicht aber zwischen Abeta und der Prätest-Leistung ($p=0,091$). T-Tau korrelierte mit keiner der drei Testeinheiten (p -range=0,406–0,900).

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Unsere Ergebnisse unterstützen die Interpretation von Beta-Amyloid 1-42 als eines Markers für synaptische Plastizität. Der ausschließlich in Bezug auf plastizitätsfokussierte Testbedingungen sichtbare Zusammenhang von Abeta und kognitiver Leistung verdeutlicht zudem die Überlegenheit dynamischer Leistungserfassung gegenüber rein statusbezogenen Messungen traditioneller Provenienz, die lediglich eine Einschätzung der sogenannten »baseline performance« erlauben.

ENTWICKLUNG UND EVALUATION EINES BERUFSBEGLEITENDEN QUALIFIZIERUNGSKONZEPTS ZUR DEMENZ-FACHKRAFT (DE-FA) FÜR NICHT-ÄRZTLICHES FACHPERSONAL

Volker Wippermann¹, Vjera Holthoff², Eva Amanatidis², Luisa Jurjanz², Gerd Benesch³, Barbara Florange⁴, Johannes W. Kraft⁵, Ann-Kathrin Meyer⁶, Ulrich Mielke⁷, Frank-Gerald B. Pajonk⁸, Gerhard Dieter Roth⁹, Maximilian Schmauß¹⁰

¹Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), LWL-Klinik Hemer/Hans-Prinzhorn-Klinik, Hemer

²Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

³Niedergelassener Facharzt für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Berlin

⁴St. Vinzenz-Hospital, Dinslaken

⁵Klinikum Coburg, Coburg

⁶Asklepios Klinik Wandsbek, Hamburg

⁷Niedergelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Homburg/Saar

⁸Privat-Nerven-Klinik Dr. med Kurt Fontheim, Liebenburg

⁹Niedergelassener Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Naturheilverfahren, Ostfildern

¹⁰Bezirkskrankenhaus Augsburg

Einleitung/Zielsetzung: Ein bundesweiter, unabhängiger Zusammenschluss von Ärzten mit klinischer und/oder wissenschaftlicher Expertise auf dem Gebiet der Demenz (Experten Forum Alzheimer, EFA) hat ein Schulungsprogramm (Demenz-Fachkraft, DE-FA) für nicht-ärztliche Praxismitarbeiter entwickelt. Ziel ist es, die Betreuung und Therapie von Demenzzkranken und ihren Angehörigen in der ambulanten Betreuung durch die Praxisteams zu verbessern. Um den Wissenszuwachs durch die DE-FA-Schulungen zu messen, wurde ein Evaluationsbogen entwickelt und ausgewertet, der vor und nach der Schulung an die Teilnehmer ausgehändigt wurde.

Methode: In 10 für Deutschland repräsentativen Regionen wurden insgesamt 34 DEFA-Schulungsmaßnahmen nach einem standardisierten Curriculum durchgeführt. Das Curriculum beinhaltete die folgenden Domänen zum Thema Demenz: Grundlagen der Demenzformen, Erkrankungsverlauf, Diagnostik und neuropsychologische Screeningverfahren, medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapieoptionen, Umgang mit nicht-kognitiven Symptomen im Praxisalltag, soziale Unterstützung. Vor und nach der Schulungsmaßnahme wurden die Teilnehmer gebeten, den Evaluationsbogen in anonymisierter Form auszufüllen, wobei die Anonymisierung eine Zuordnung der beiden Evaluationsbögen möglich machte. Die statistische Analyse erfolgte durch einen T-Test für abhängige Stichproben sowie eine Varianzanalyse (SPSS Version 17.0).

Ergebnisse: Insgesamt gingen 595 Fragebogenpaare (Prä- und Postbefragung) in die Auswertung ein. Die Analyse ergab, dass in der Vorbefragung im Mittelwert 25,4 (SD 4,52) Punkte von 41 möglichen Punkten und in der Nachbefragung 32,4 (SD 3,51) Punkte von 41 möglichen Punkten erreicht wurden. In der Einzelanalyse der Fragen zeigte sich, dass signifikante Verbesserungen in der Selbsteinschätzung zur Sicherheit mit der pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Therapie und dem Umgang mit nicht-kognitiven Symptomen der Demenz zu verzeichnen waren.

Zusammenfassung/Schlussfolgerung: Das standardisierte Curriculum erhöht signifikant das Wissen über die Grundlagen der Demenzerkrankungen, der Diagnostik und der medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapien. Es steigert signifikant die Selbsteinschätzung der Teilnehmer zu ihrer Kompetenz im Umgang mit den Patienten und ihrer Fähigkeit, mit Verhaltensauffälligkeiten umzugehen. Longitudinale Evaluierungen müssen nachweisen, dass dieses Wissen zu einer verbesserten Betreuungsqualität der Demenzpatienten und Angehörigen im Praxisalltag führen kann. Eine Follow-up-Evaluation nach 6 Monaten zur Prüfung der Nachhaltigkeit wird gegenwärtig durchgeführt.

Referenten

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

Articus, Konstantin, Dr.
Novartis Pharma GmbH
Roonstraße 25, 90429 Nürnberg

Baumgarte, Beate, Dr. med.
KKH Gummersbach-Marienhöhe
Wilhelm-Breckow-Allee 20, 51643 Gummersbach

Becker, Stefanie, Prof. Dr.
Berner Fachhochschule, Forschungsschwerpunkt
»Lebensgestaltung im Alter«
Hallerstraße 8, CH-3012 Bern

Bektas, Miriam, Dipl.-Psych.
Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG)
Friedrichsplatz 12, 68165 Mannheim

Boerner, Reinhard J., Dr. med. Dr. sci. Pth. Dipl.-Psych.
Christliches Krankenhaus GmbH
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Goethestraße 10, 49610 Quakenbrück

Bohlken, Jens, Dr. med.
Referat Demenz im Berufsverband Deutscher Nervenärzte – BVDN
Klosterstraße 34, 13581 Berlin

Borrmann-Hassenbach, Margitta, Dr. med.
Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München-Ost
Vockestraße 72, 85540 Haar

Bruchhaus Steinert, Helke, Dr. med.
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Klosbachstraße 123, CH-8032 Zürich

Brucker, Uwe
Fachgebietsleiter Pflegerische Versorgung
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)
Lützwowstraße 53, 45141 Essen

Brunnauer, Alexander, Dipl.-Psych. Dr. rer. nat.
Inn-Salzach-Klinikum
Abteilung Neuropsychologie
Haus 13, 83512 Wasserburg/Inn

Buschert, Verena, Dr. rer. biol. hum.
Forschungsgruppe Dementielle Erkrankungen und Bildgebende Verfahren
(Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-
Maximilians-Universität München)
Nußbaumstraße 7, 80335 München

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

Diehl-Schmid, Janine, PD Dr.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ismaninger Straße 22, 81675 München

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

Drosten-Pinnow, Marlene, Dr. med.
Hansekllinikum Wismar
Dahlberg 11, 28952 Wismar

Engel, Sabine, Prof. Dr.
Institut für Psychogerontologie
Universität Erlangen-Nürnberg
Nägelsbachstraße 25, 91052 Erlangen

Fendrich, Konstanze, Dipl.-Psych.
Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald
Ellernholzstraße 1-2, 17489 Greifswald

Fischer, Jürgen, Dr. med.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Ältere
Zentrum für seelische Gesundheit, Klinikum Stuttgart
Tunzhoferstraße 14-16, 70191 Stuttgart

Freyberger, Harald J., Prof. Dr.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin Greifswald
Ellernholzstraße 1-2, 17475 Greifswald

Gertz, Hermann-Josef, Prof. Dr. med.
Psychiatrische Klinik Uni Leipzig
Sammelweisstraße 10, 04103 Leipzig

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

Gogol, Manfred, Dr. med.
Krankenhaus Lindenbrunn, Klinik für Geriatrie
Lindenbrunn 1, 31863 Coppenbrügge

Gräbel, Elmar, Prof. Dr. med.
Med. Psychologie/Med. Soziologie Universität Erlangen – Nürnberg
Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen

Grass-Kapanke, Brigitte, Dr. phil.
Krankenhaus Maria-Hilf GmbH Krefeld
Oberdießemer Straße 136, 47805 Krefeld

Gutzmann, Hans, Prof. Dr. med.
Krankenhaus Hedwigshöhe, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Höhensteig 1, 15526 Berlin

Hamborg, Martin, Dipl.-Psych.
Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e. V.
Haberkamp 3, 22399 Hamburg

Hampel, Harald, Prof. Dr. med.
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Johann Wolfgang Goethe Universität
Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt a. M.

Haupt, Martin, PD Dr. med.
Schwerpunktpraxis Hirnleistungsstörungen
Hohenzollernstraße 1-5, 40211 Düsseldorf

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

Hewer, Walter, PD Dr. med.
 Vinzenz von Paul Hospital GmbH
 Schwenninger Straße 55, 78628 Rottweil

Hirsch, Rolf D., Prof. Dr. phil. Dr. med.
 Abt. f. Gerontopsychiatrie, Rheinische Kliniken Bonn
 Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn

Hoffmann, Wolfgang, Prof. Dr.
 Institut für Community Medicine
 Universitätsmedizin Greifswald
 Ellernholzstraße 1-2, 17489 Greifswald

Holthoff, Vjera, Prof. Dr.
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Technische Universität Dresden
 Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Holzbach, Rüdiger
 LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein
 Franz-Hegemann-Straße 23, 59581 Warstein

Ihl, Ralf, Prof. Dr. med.
 Klinik für Gerontopsychiatrie, Krankenhaus Maria-Hilf GmbH Krefeld
 Oberdießemer Str. 136, 47805 Krefeld

Jansen, Sabine
 Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Selbsthilfe Demenz
 Friedrichstraße 236, 10969 Berlin

Jessen, Frank, PD Dr. med.
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 der Universität Bonn
 Sigmund-Freund-Straße 25, 53127 Bonn

Kessler, Eva-Marie, Dr.
 Universität Heidelberg
 Bergheimerstraße 20, 69115 Heidelberg

Kipp, Johannes, Dr. med.
 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 Klinikum Kassel
 Felsengarten 9, 34225 Baunatal

Kleebach, Wiebke, Dipl.-Psych.
 LWL-Klinik Hemer, Hans-Prinzhorn-Klinik
 Abteilung Gerontoneuropsychiatrie
 Frönsberger Straße 71, 58675 Hemer

Kocher, Daniela
 Systemisches Coaching
 Reinsburgstraße 67, 70178 Stuttgart

Koller, Manfred, Dr. med.
 Asklepios-Fachklinikum Göttingen
 Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen

Kortus, Rainer
 Zentrum für Psychiatrie Winnenden, Abt. f. Gerontopsychiatrie
 Schlossstraße 50, 71364 Winnenden

Kreisel, Stefan H., Dr. med.
 Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel
 Abteilung für Gerontopsychiatrie
 Gilead III, Bethesdaweg 12, 33617, Bielefeld

Kunze, Heinrich, Prof. Dr. med. habil.
 Aktion Psychisch Kranke e. V.
 Oppelner Straße 130, 53119 Bonn

Lamberts, Angelika, Dr. med.
 Psychiatrische Klinik Münsterlingen
 Gerontopsychiatrie/-psychotherapie
 Postfach 154, CH-8596 Münsterlingen

Mahlberg, Richard, PD Dr. med.
 Praxen für seelische Gesundheit
 Bayreuther Straße 28, 91054 Erlangen

Marpert, Michel, Dr. med.
 ZIP Südwürttemberg
 Ambulanz der Abteilung für Alterspsychiatrie
 Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg

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

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

Müller-Thomsen, Tomas, Dr. med.
 Kreiskrankenhaus Prignitz
 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
 Dobberziner Straße 112, 19348 Perleberg

Müßigbrodt, Heidi, Dr. med.
 Klinik Hennigsdorf, Oberhavel Kliniken
 Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
 Merwitzer Straße 91, 16761 Hennigsdorf

Nitschke, Ina, Prof. Dr. med. dent. habil., MPH
 Departement für Kopf- und Zahnmedizin
 Friedrich-Louis-Hesse-Zentrum für Zahn-,
 Mund- und Kieferheilkunde und Orale Medizin
 Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
 Universitätsklinikum Leipzig
 Nürnberger Straße 57, 04103 Leipzig

Noelle, Rüdiger, Diakon
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel
 Evangelisches Krankenhaus Bielefeld
 Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld

Nordheim, Johanna, Dipl.-Psych.
 Charité-Universitätsmedizin Berlin
 Institut für Medizinische Soziologie
 Luisenstraße 13, 10117 Berlin

Panke-Kochinke, Birgit, PD Dr. phil. habil.
 Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
 Standort Witten
 Stockumer Straße 12, 58453 Witten

Pantel, Johannes, Prof. Dr. med.
 Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
 Johann Wolfgang Goethe-Universität
 Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528 Frankfurt a. M.

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

- Rapp, Michael, Dr. phil. Dr. med.**
Gerontopsychiatrisches Zentrum, Psychiatrische Universitätsklinik
der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus
Große Hamburger Straße 5-11, 10115 Berlin
- Richter, Melany, Dipl.-Psych.**
Abteilung Gerontopsychiatrie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5, 68159 Mannheim
- Riehl-Emde, Astrid, Prof. Dr. phil.**
Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung
und Familientherapie
Bergheimerstraße 54, 69115 Heidelberg
- Riepe, Matthias, Prof. Dr. med. Dipl.-Phys.**
Universität Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
Leitung Sektion Gerontopsychiatrie
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2, 89312 Günzburg
- Saxl, Susanna**
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Selbsthilfe Demenz
Friedrichstraße 236, 10969 Berlin
- Schäfer-Walkmann, Susanne, Prof. Dr.**
Duale Hochschule Baden-Württemberg, Fakultät Sozialwesen
Herdweg 29/31, 70174 Stuttgart
- Schiele, Gerhard**
Stiftung Liebenau
Siggenweilerstraße 11, 88074 Meckenbeuren
- Schlauß, Eckehard, Dipl.-Gerontologe**
Evangelisches Krankenhaus Herzberge (KEH)
Abt. für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik im Bereich Gerontopsychiatrie
Herzbergstraße 79, 10365 Berlin
- Schönhof, Bärbel**
Rechtsanwältin
Frielinghausstraße 8, 44803 Bochum
- Schumacher, Birgit, Dipl.-Soziologin**
Evangelische Hochschule Freiburg
Alter. Gesellschaft. Partizipation. AGP
Institut für angewandte Sozialforschung
Bugginger Straße 48, 79114 Freiburg
- Schwärzler, Frank, Dr. med.**
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik PPrt
Wörthstraße 52/1, 72764 Reutlingen
- Sikorski, Claudia, Dipl.-Psych.**
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)
Arbeitsgruppe Public Health: Epidemiologie und Versorgungsforschung
Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig
- Steinwachs, Klaus-Christian, PD Dr. med.**
Praxis für Neurologie und Psychiatrie
Karolinenstraße 57, 90402 Nürnberg
- Stillhart, Claudia**
Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin
Zentrum für Zahnmedizin, Universität Zürich
Plattenstraße 11, CH-8032 Zürich
- Straube, Dieter, Dipl.-Musiktherapeut (FH)**
SHG-Kliniken Sonnenberg
Abtlg. Gerontopsychiatrie
Sonnenbergstraße 10, 66119 Saarbrücken
- Strößenreuther, Nina, Dipl.-Psych.**
Klinikum Nürnberg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie,
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1, 90419 Nürnberg
- Synofzik, Matthias, Dr.**
Abt. für Neurodegenerative Erkrankungen
Hertie-Institut für Klinische Hirnforschung
Universität Tübingen
Hoppe-Seyler-Straße 3, 72076 Tübingen
- Tenter, Jochen, Dr. med.**
Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau
Abt. Gerontopsychiatrie
Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg
- Teschauer, Winfried, Dipl.-Biol. Dr. rer. nat.**
Igenium-Stiftung
Blücherstraße 39, 85051 Ingolstadt
- Thomas, Christine, Dr. med.**
Evangelische Krankenhaus Bielefeld
Abteilung für Gerontopsychiatrie
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel
Gilead III, Bethesdaweg 12, 33617 Bielefeld
- Thyrian, J. René, PD Dr.**
DZNE Rostock Greifswald
Ellernholzstraße 1-2, 17487 Greifswald
- Uttner, Ingo, PD Dr. Dipl.-Psych.**
Neurologische Klinik der Universität Ulm, Bereich RKU
Oberer Eselsberg 45, 89081 Ulm
- Vogt, Irmgard, Prof. Dr.**
Institut für Suchtforschung der FH
Niebelungenplatz 3, 60318 Frankfurt a.M.
- von der Damerou-Dambrowski, Volker, Dr. med.**
Facharzt für Allgemeinmedizin
Harsefelder Straße 3, 21680 Stade
- Wächtler, Claus, Dr. med.**
Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll, V.
Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie – Gerontopsychiatrie
Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg
- Weinbrenner, Susanne, Dr. med.**
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
TiergartenTower
Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin
- Wetterling, Tilman, Prof. Dr.**
Vivantes Klinikum Hellersdorf
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Myslowitzer Straße 45, 12621 Berlin
- Wippermann, Volker, Dr. med.**
Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
LWL-Klinik Hemer/Hans-Prinzhorn-Klinik
Frönsberger Straße 71, 58675 Hemer
- Wolter, Dirk K., Dr. med.**
Inn-Salzach-Klinikum gemeinnützige GmbH
Gabersee Haus 7, 83512 Wasserburg am Inn
- Zimmer, Bernd**
Arzt für Allgemeinmedizin – Rehabilitationswesen
Nevigeser Straße 139, 42113 Wuppertal

Interdisziplinäre Zeitschrift für die Nervenheilkunde des Alters

NEUROGERIATRIE

Akutmedizin | Rehabilitation | Prävention

Herausgeber

H. F. Durwen, Düsseldorf
P. Calabrese, Basel

Editorial Board

H. H. Abholz, Düsseldorf
B. Baumgarte, Gummersbach
P. Bülow, Waldbreitbach
P. Dal-Bianco, Wien
A. Danek, München
J. Fischer, Norderney
H. Förstl, München
J. Fritze, Pulheim
L. Frölich, Mannheim
I. Füsgen, Wuppertal

W. Gehlen, Bochum
G. Goldenberg, München
B. Grubeck-Loebenstein, Innsbruck
H. Gutzmann, Berlin
J. F. Hallauer, Berlin
R. Hardt, Mainz
H. P. Hartung, Düsseldorf
M. Haupt, Düsseldorf
R. D. Hirsch, Bonn
H. Hummelsheim, Leipzig
R. Ihl, Krefeld
W. Jost, Wiesbaden
J. Kessler, Köln
J. Klosterkötter, Köln
J. Kohler, Emmendingen
G. Krämer, Zürich
M. Kutzner, Bad Segeberg

H. J. Markowitsch, Bielefeld
K. H. Maurer, Frankfurt
K. H. Mauritz, Berlin
A.-K. Meyer, Hamburg
A. Monsch, Basel
W. E. Müller, Frankfurt
W. D. Oswald, Erlangen
I.-K. Penner, Basel
H. Reichmann, Dresden
M. Seidel, Bielefeld
J. Staedt, Berlin
H. Staehelin, Basel
Th. Stamm, Heide
H. Stefan, Erlangen
E. Steinhagen-Thiessen, Berlin
C. W. Wallesch, Elzach
A. Wolf, Ulm

NEUROGERIATRIE

Supplement 1/2011

ISSN 1613-0146 | 8. Jahrgang | April 2011

Verlag

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

Redaktion

Dr. Brigitte Bülow, Julia Schmidt,
Dagmar Fernholz
Artikel, die mit den Namen oder den Initialen
der Verfasser gekennzeichnet sind, geben nicht
unbedingt die Meinung der Schriftleitung wie-
der.

Marketing

Sonderproduktionen: Dagmar Fernholz
dagmar.fernholz@hippocampus.de
Anzeigen: Ute Weihrauch
ute.weihrauch@hippocampus.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 8.

Herstellung

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

Erscheinungsweise

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

Allgemeine Hinweise

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

Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrück-
lich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, be-
darf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des
Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfäl-
tigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikro-
verfilmungen und die Einspeicherung und Verar-
beitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handels-
namen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeit-
schrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeich-
nung nicht zu der Annahme, dass solche Namen
im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-
Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und
daher von jedermann benutzt werden dürften.
Für Angaben über Dosierungsanweisungen und
Applikationsformen kann vom Verlag keine Ge-
währ übernommen werden. Derartige Angaben
müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall
auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Regularly listed in PSYINDEX, MEDIKAT, CCMed

© 2011 HIPPOCAMPUS VERLAG