

Depression im Pflegeheim

Hintergründe, Vorstellung und Erfahrungen eines Modell-Projekts (DAVOS)



Prof. Dr. med. Johannes Pantel

Arbeitsbereich Altersmedizin, Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt

Fachtag Gerontopsychiatrie Oberfranken, Mittwoch, 21.06.23, Bayreuth

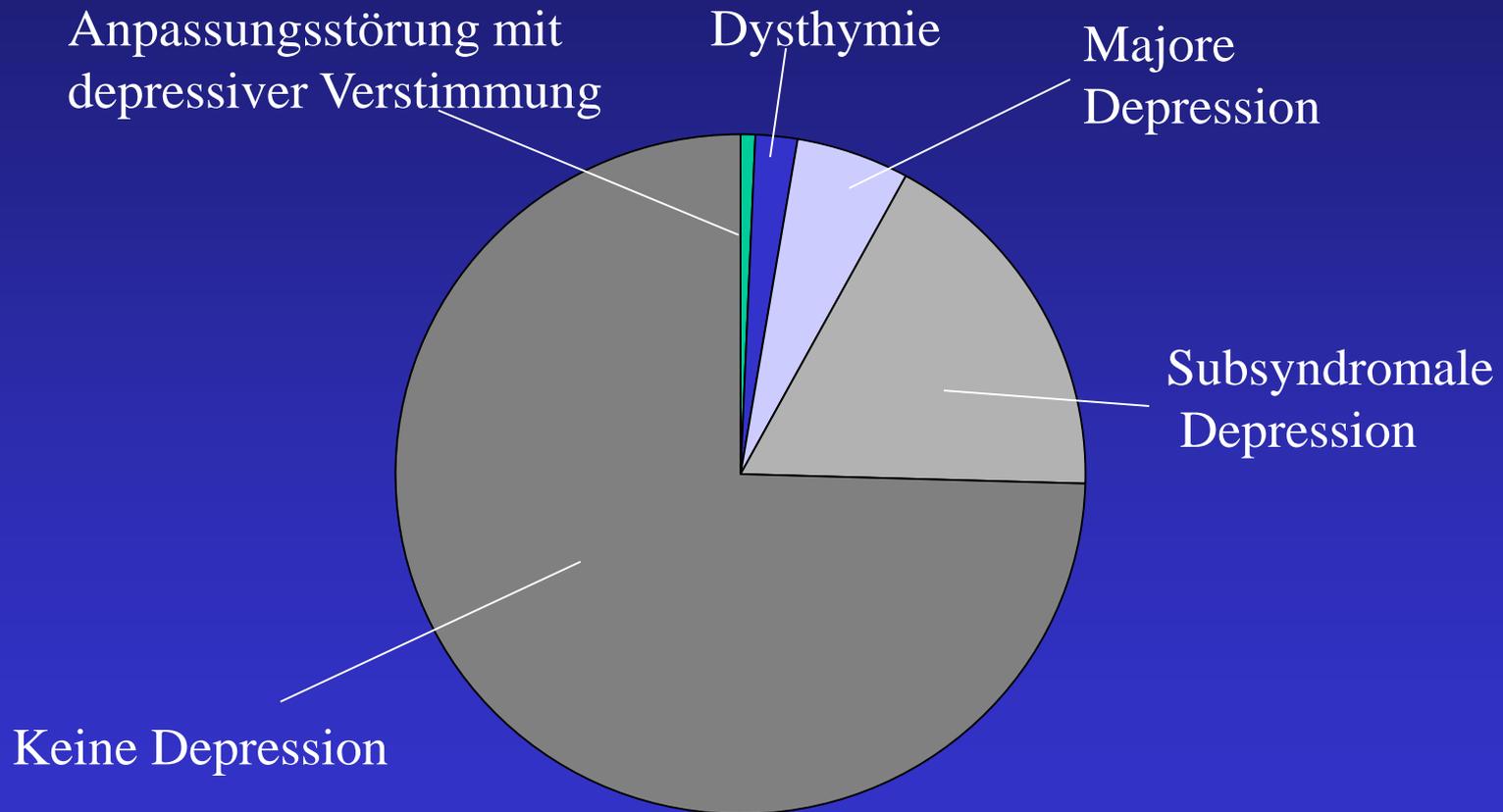
Hintergrund

- Depressionen sind nach Demenzen die zweithäufigste psychiatrische Erkrankung bei älteren Menschen
- Angaben zur Prävalenz von Altersdepressionen (≥ 75 Jahren) variieren von 4,6 bis 9,3% für die Major Depression



Depressive Störungen bei Hochbetagten

Ergebnisse der Berliner Altersstudie; Alter: 70-100 Jahre; n=516



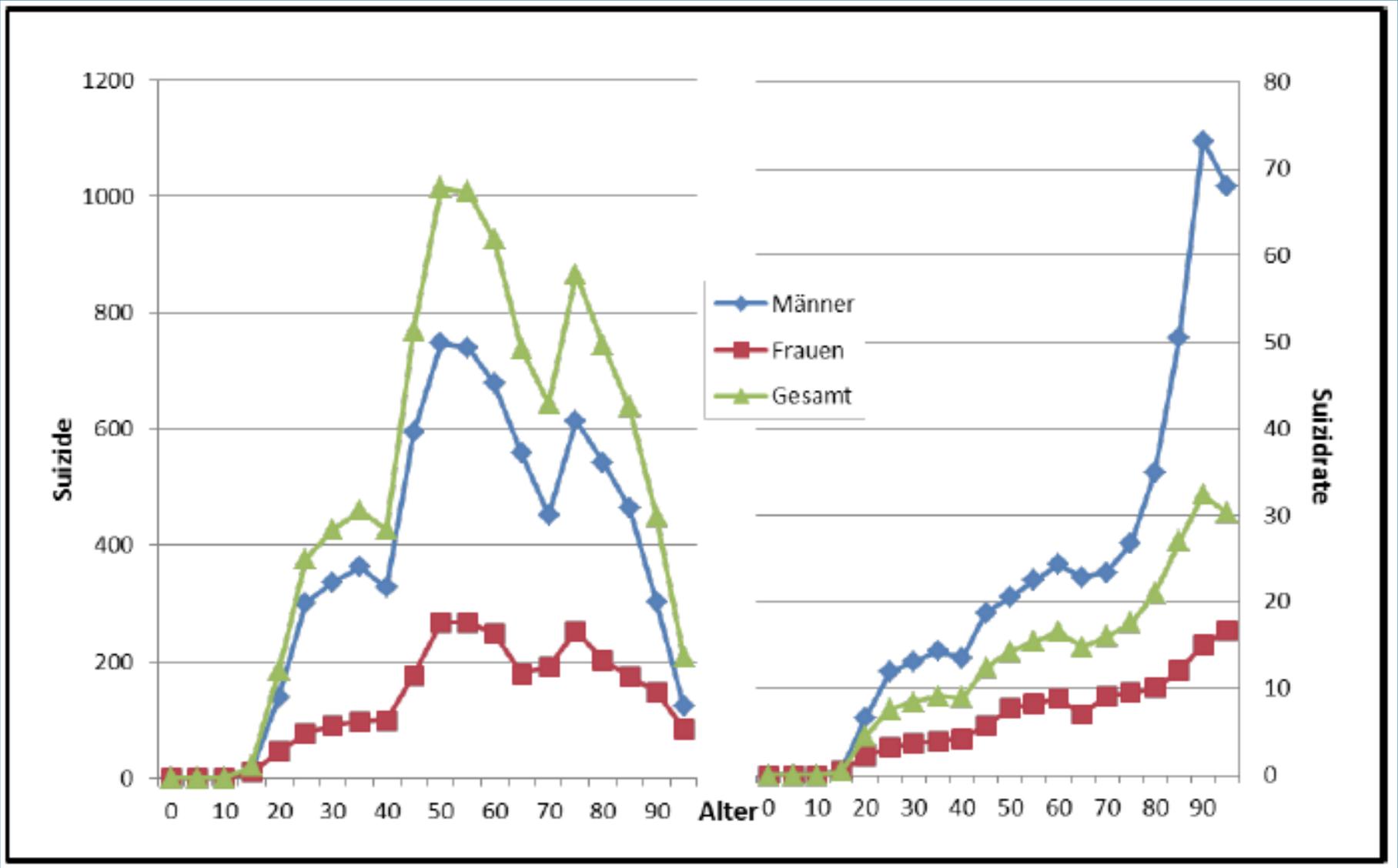
Hintergrund

- Depressionen sind nach Demenzen die zweithäufigste psychiatrische Erkrankung bei älteren Menschen
- Angaben zur Prävalenz von Altersdepressionen (≥ 75 Jahren) variieren von 4,6 bis 9,3% für die Major Depression
- unbehandelt führen Depressionen zu reduzierter Lebensqualität, schlechterem körperlichen Funktionsniveau und höherer Sterblichkeit



Folgen unbehandelter Depression im Alter

- ➔ Reduzierte Lebensqualität
- ➔ Gefahr des offenen oder „schleichenden“ Suizids
- ➔ Erhöhte Mortalität
- ➔ (chronischer) Funktionsverlust (Alltag, soziale Partizipation)
- ➔ Erhöhte Pflegebedürftigkeit



Folgen unbehandelter Depression im Alter

- ➔ Reduzierte Lebensqualität
- ➔ Gefahr des offenen oder „schleichenden“ Suizids
- ➔ Erhöhte Mortalität
- ➔ (chronischer) Funktionsverlust (Alltag, soziale Partizipation)
- ➔ Erhöhte Pflegebedürftigkeit

Depression im Alter und Pflegebedürftigkeit

- ➔ Es gibt eine signifikante Assoziation zwischen Depressivität und Pflegebedürftigkeit
- ➔ Im Altenpflegeheim ist die Prävalenz depressiver Störung erheblich höher als in der Allgemeinbevölkerung (ca. 30%)
- ➔ Ältere Pflegeheimbewohner erhalten seltener eine adäquate Diagnose und nur ca. 50% erhält eine adäquate Therapie (Unterdiagnostik, Untertherapie)

Besonderheiten der Depression im Alter

Klinisches Bild

- Häufig ausgeprägte somatische bzw. Somatoforme Beschwerden (“larvierte Depression”)
- Häufig Klagen über kognitive Störungen (s. auch “Pseudodemenz”)
- Symptome häufig wenig charakteristisch (z.B. Antriebsverlust, Schlafstörungen, Libidoverlust, vegetative Störungen etc.)
- körperliche Erkrankung können die Symptomatik überlagern
- Symptomatische Depressionen (im Rahmen körperlicher Erkrankungen oder medikamentös induziert) häufiger

S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie

Unipolare Depression

Langfassung

2. Auflage, 2015

Version 5

AWMF-Register-Nr.: nvl-005

Therapiemaßnahmen

- **Psychotherapie**
- **Medikamentöse Therapie**
- **Biologische Verfahren**
 - **Schlafentzug**
 - **Elektrokrampftherapie (EKT)**
 - **Lichttherapie**
- **Begleitende Maßnahmen**
 - **Therapeutisches Milieu**
 - **Bewegungstherapie**
 - **Aktivitätsaufbau**
 - **Tageststrukturierung**

Nationale Versorgungsleitlinie Depression: Primat der Psychotherapie

3-42

Sofern die eingesetzten Behandlungsmöglichkeiten (Empfehlung nach 3-7-mod.) nicht zur Besserung der Symptomatik geführt haben, soll eine Psychotherapie angeboten werden. Dies gilt auch für mittelschwere depressive Episoden.

LoE Ia: Metaanalysen [736; 827; 828; 834; 842; 845; 847; 866; 867]

A

3-43

Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.

LoE Ia: Metaanalysen [736; 737; 827; 828; 865; 866; 878]

A

Motivation für das DAVOS Projekt

- ca. 30% der Pflegeheimbewohnenden leiden unter Depression
- Depressive Erkrankungen werden gerade im Heimkontext häufig nicht bemerkt und nicht behandelt
- Nur ca. 40% erhalten eine ärztliche Diagnose
 - Lediglich 50% davon eine adäquate zumeist pharmakologische Therapie
 - Psychotherapie im Pflegeheim findet kaum statt
 - **Dies stellt ein eklatantes Versorgungsdefizit dar!**

Praxis-Forschungsprojekt DAVOS



DAVOS = Depression im Altenpflegeheim:
Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes
kollaboratives Versorgungsmodell

DAVOS

Depression im Altenpflegeheim
Erkennen - Handeln - Vorsorgen



Zielsetzung

- Neuartiges Case Management-Programm zur Verbesserung der Depressionsbehandlung in Altenpflegeeinrichtungen
- Optimierung der medizinischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Versorgung von depressiv erkrankten Pflegeheimbewohnenden
- Verbesserung der Zugänglichkeit für Psychotherapie im Heim
- **Erstes Projekt dieser Art in Deutschland**



Hypothesen

- Implementierung eines Case-Management basierten Interventionsprogramms führt zur Verringerung der Depressionsprävalenz und zur Reduktion der depressiven Symptomatik (Depressionsschweregrad)
- Es ergeben sich positive Effekte auf sekundäre Parameter wie Funktionsniveau, Lebensqualität, Krankenhausaufenthalte oder soziale Teilhabe

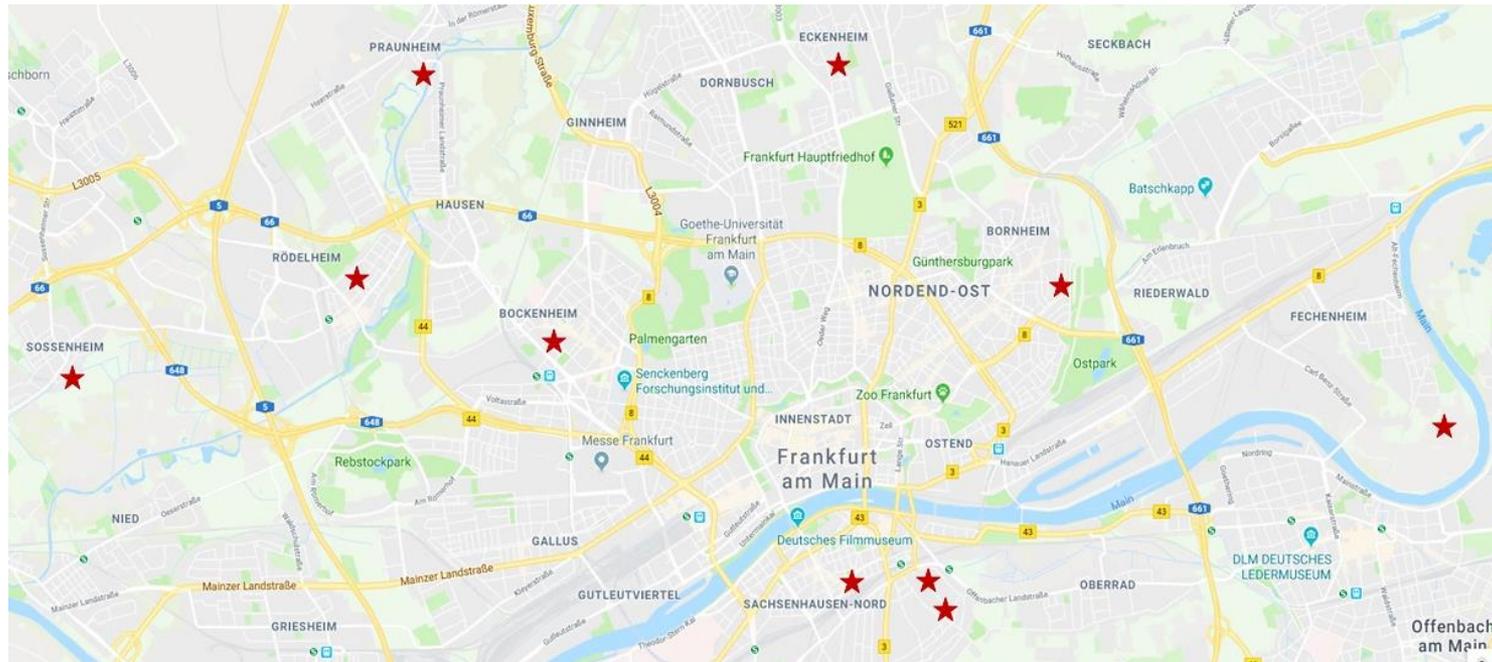
Design und Methodik

Praxispartner und Stichprobe

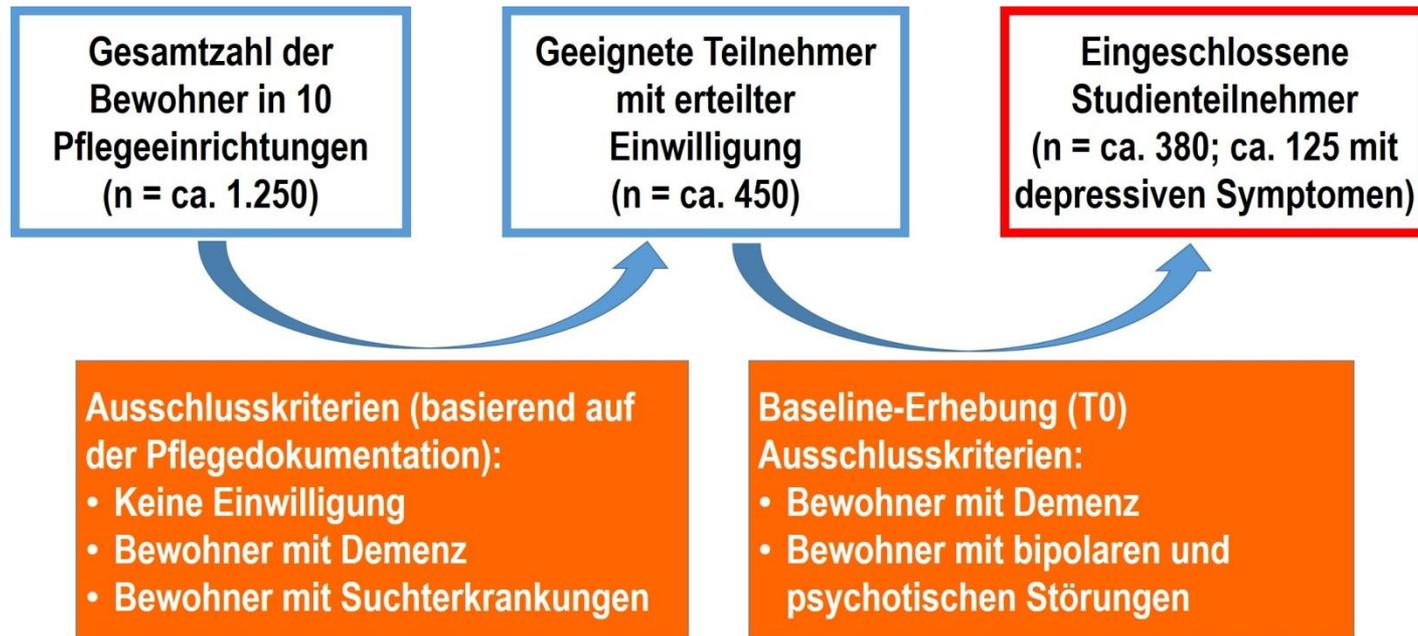
- 10 Altenpflegeeinrichtungen in Frankfurt am Main: Frankfurter Verband & Agaplesion Markus Diakonie (ca. 1.250 Pflegeplätze)
- Einschlusskriterien: Alter > 60 Jahre, Vorhandensein subsyndromaler oder klinisch manifester depressiver Syndrome, Einwilligungsfähigkeit
- Ausschlusskriterien: Demenzdiagnose oder andere schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen (Schizophrenie, Suchterkrankungen)

Unsere Praxispartner

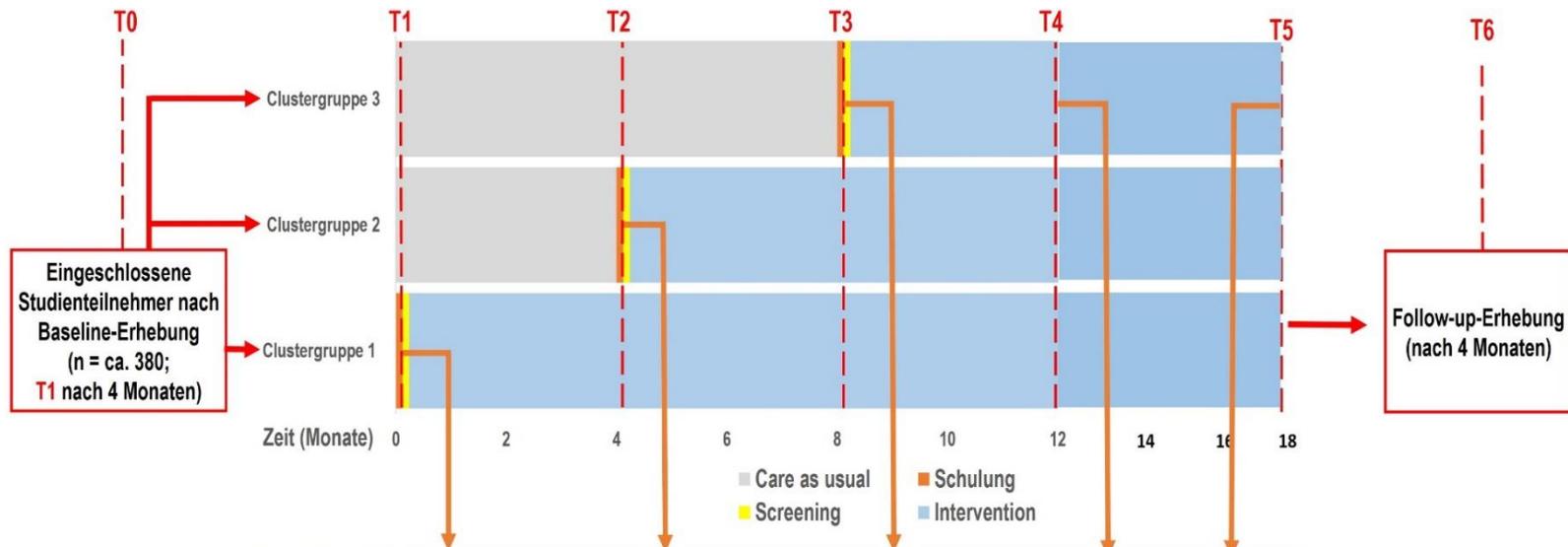
- 10 Altenpflegeeinrichtungen in Frankfurt am Main



Rekrutierung

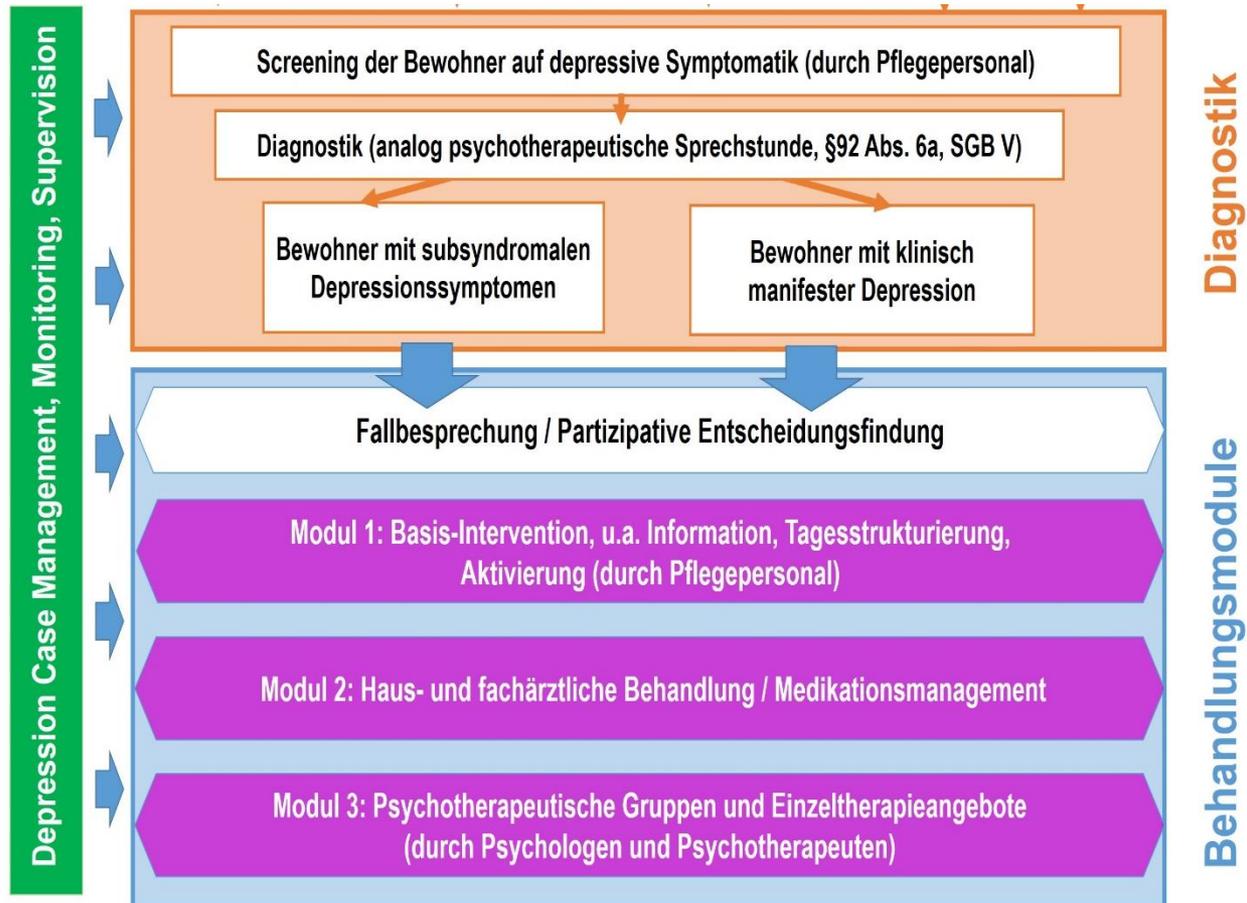


Stepped-Wedge-Design



- Kontrollierte cluster-randomisierte Studie im Stepped-Wedge-Design (Warte-Kontrollgruppendesign mit wiederholten Messungen)
- Fortlaufende Datenerhebungen (T1 bis T5) unabhängig davon, ob die Intervention bereits eingeführt wurde oder nicht
- Baseline- und Follow-up-Datenerhebung (T0 bzw. T6)

Interventionsmodule



Outcomes & Instrumente

Baseline- und Follow-up-Erhebungen (T0 & T6), zusätzlich zu den Outcomes	
Variablen / Instrumente	Referenzen
Soziodemografische Variablen (Alter, Geschlecht, familiärer Hintergrund, weitere relevante soziodemografische Daten)	
Persönlichkeitseigenschaften: Big-Five-Inventory Short Version (BFI-10)	<ul style="list-style-type: none"> • Rammstedt & John, 2007
Demenzscreening: MMST	<ul style="list-style-type: none"> • Folstein et al., 1975
Primäre Outcomes (T0 – T6)	
Variablen / Instrumente	Referenzen
Prävalenz von Depression, Dysthymie: <ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes klinisches Interview DSM-IV (SKID-I) (nur im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde) • Bereits vorliegende ärztlichen Diagnosen (nur zu T0) • Geriatrische Depressionsskala (GDS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Wittchen et al., 1997 • Heimdokumentation • Yesavage et al., 1983
Schweregrad der depressiven Symptomatik: Geriatrische Depressionsskala (GDS)	<ul style="list-style-type: none"> • Yesavage et al., 1983
Sekundäre Outcomes (T0 – T5)	
Variablen / Instrumente	Referenzen
Lebensqualität: World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD)	<ul style="list-style-type: none"> • Power et al., 2005; Angermeyer et al., 2000
Lebensqualität: Quality of Life in Alzheimer’s Disease (QoL-AD)	<ul style="list-style-type: none"> • Logsdon et al. (1999)
Funktionelles Aktivitätsniveau: Late Life Function and Disability Instrument, Short Form (SF-LLFDI), Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens	<ul style="list-style-type: none"> • Denkinger et al., 2008; Verbrugge & Jette, 1994
Soziale Teilhabe: Social and Emotional Loneliness Short Form	<ul style="list-style-type: none"> • De Jong Gierveld & van Tilburg, 2006

Schulung der Case Manager

Schulungen

Erste Schritte

- 1. Rekrutierung: Für die Teilnahmegeeignete Bewohner über die Studie aufklären und zur Teilnahme motivieren
- 2. Einverständniserklärung mit Namen und Geburtstag des Bewohners ausfüllen und ggf. schon unterschreiben lassen
- abschließende Aufklärung der Bewohner erfolgt beim ersten Besuch durch Studienpersonal (ab Dezember 2018)
- Terminvereinbarung für ersten Besuch zur Datenerhebung durch Studienpersonal (ab Dezember 2018)

Dos & Don'ts bei Rekrutierung

Don'ts (= bitte beim Gespräch möglichst vermeiden!)

- Studie bzw. Untersuchung mit Depressiven
- Projekt gegen Ihre Depression
→ könnte zunächst abschrecken und Ängste oder Bedenken schüren
- vor anderen Bewohnern (z.B. beim Essen) darauf ansprechen oder zwischen Tür und Angel
→ keinen Druck aufbauen

Dos & Don'ts bei Rekrutierung

Dos (= Rekrutierungsgespräch wie folgt gestalten)

- Gespräch im geschützten Rahmen und ruhiger Atmosphäre
- „Projekt der Goethe-Universität Frankfurt zur Verbesserung Ihrer Stimmung und Lebensqualität“
- Pflegeeinrichtung befürwortet das Projekt (und Sie als Case Manager auch 😊)
- Teilnahme ist freiwillig; Daten werden nicht weitergegeben
- „Mitarbeiter der Uni kommen regelmäßig zu Ihnen zu Gesprächen über Ihre Befindlichkeit und Stimmung“
- Sie selbst als Ansprechpartner vor Ort
- Aktivierungs- und Gesprächsgruppen werden angeboten
→ Bedenkzeit einräumen; bei Unsicherheit, nochmal fragen

Ausblick: Nächste Schulung

- Depressions-Screening
- Therapiemöglichkeiten bei Depressionen
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Konzeption der Basis-Intervention (= Aktivierungsgruppe)
- Terminierung der psychotherapeutischen Sprechstunde (= Orientierungsgespräch)
- **Bitte die Wochenaktivitätspläne mitbringen!**

Depressions-Screening

Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL) für Pflege modifiziert

DeMoL-Pflege*

Datum:

Name: Bewohner/in:

Case Manager/in:

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	A	B	C	D
1. Hatten Sie wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten, die Ihnen normalerweise Freude bereiten? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
2. Verspürten Sie Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
3. Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder schlafen Sie vermehrt viel? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
4. Verspürten Sie ausgeprägte Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie zu haben? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
5. Hatten Sie einen verminderten Appetit oder ein übermäßiges Bedürfnis zu essen? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
6. Hatten Sie eine besonders schlechte Meinung von sich selbst (z.B. das Gefühl wertlos zu sein oder eine Belastung für andere)? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
7. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren (z.B. beim Lesen oder im Gespräch mit anderen)? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				

8. Verspürten Sie eine starke innere Ruhelosigkeit (z.B. einen ausgeprägten Bewegungsdrang)? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
9. Hatten Sie Gedanken, dass Sie lieber nicht mehr da bzw. tot wären? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
10. Hatten Sie sich konkrete Vorstellungen oder Pläne gemacht, um sich etwas anzutun oder Ihr Leben zu beenden? A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
11. Persönliche Einschätzung Case Manager/in <i>Klagte der/die Bewohner/in häufiger als sonst über unspezifische körperliche Symptome (z.B. Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindel, Magen-Darm-Beschwerden)? Wenn ja, über welche? _____</i>				
A <i>Beinahe jeden Tag</i> B <i>An mehr als der Hälfte der Tage</i> C <i>An einzelnen Tagen</i> D <i>Überhaupt nicht</i>				
12. Persönliche Einschätzung Case Manager/in <i>Ist Ihnen während des Screening-Gesprächs etwas besonders aufgefallen? (z.B. Widersprüche zwischen Verhalten und Äußerungen)</i>				
Ja → _____				
Nein → _____				



-  Hausinterner Notfallplan + Info an behandelnden Arzt
-  Info an psychotherapeutische Sprechstunde + Info an Studienpersonal
-  Beobachtendes Abwarten („Watchful Waiting“) → erneutes Screening in 2 Wochen
-  Unauffällig → erneutes Screening in 2 Monaten

Unterschrift Case Manager/in

* modifiziert nach [Geisler et al. \(2006\)](#), Z. ärztl. Fortbild., GsL, Gesundheitswesen, 100, 375-382.

Ergebnisse

Deskriptive Darstellung

- N = 449, 307 Frauen (68,4%)
- Alter M = 82,5 Jahre (SD = 10,5; Range 53 bis 103 Jahre)
- 42,1% hatten Pflegegrad 3

- folgende psychiatrischen Erkrankungen lagen vor:
 - Depressionen: 133 (29,6%)
 - Demenz: 57 (12,7%)
 - Angststörungen: 6 (1,3%)

- anhand der Geriatrischen Depressionsskala (GDS) +
Heimdokumentation: Kategorisierung in aktuell depressiv ja/nein
 - 38,8%: Hinweis auf Depressivität
 - 61,2% waren nicht-depressiv

Tabelle 7. Deskriptive Charakteristika der an Sprechstunden und Psychotherapie teilgenommenen Personen

	Gesamtstich- probe	Sprechstunde erhalten	Indikation für Psycho- therapie	Inanspruch- nahme Psycho- therapie	Ablehnung Psycho- therapie
N/n (%)	449	123 (27,4)	80 (65,0 von n) (17,8 von N)	47 (58,8 von n) (10,5 von N)	33 (41,2 von n) (7,3 von N)
Geschlecht weiblich (%)	307 (68,4)	85 (69,1)	58 (72,5 von n)	31 (66,0 von n)	27 (81,8 von n)
Alter M (SD)	82,5 (10,5)	82,6 (9,9)	84,0 (8,2)	81,7 (7,9)	87,3 (7,6)
GDS (n = 234) M (SD)	5,67 (3,92)	6,52 (3,87)	7,28 (3,76)	7,72 (3,92)	6,64 (3,48)

GDS = Geriatrische Depressionsskala

N/n = Gesamtstichprobe/Substichprobe

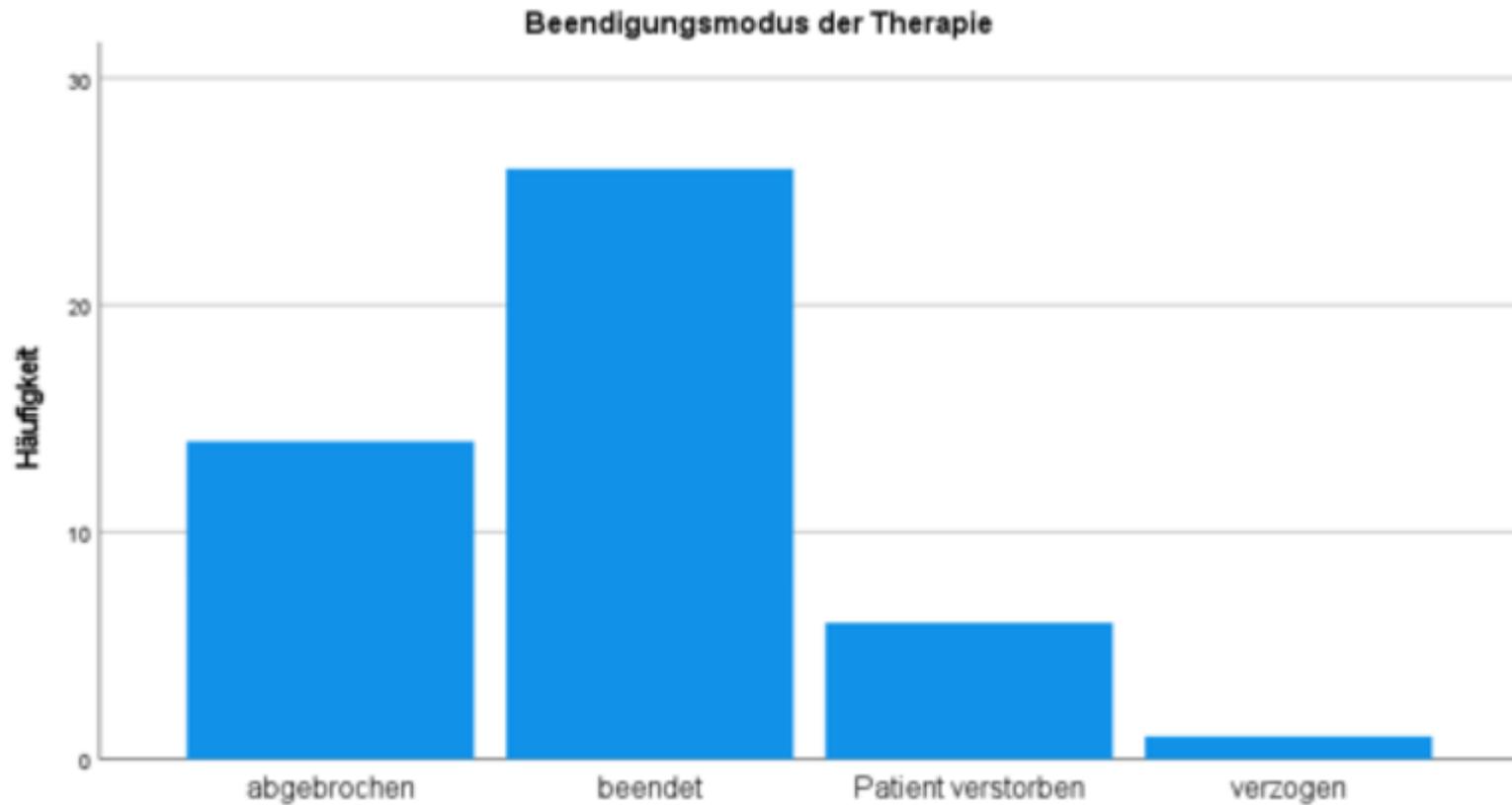


Abbildung 5. Beendigungsmodi der Therapie nach Häufigkeit

Drop-out Analyse

Drop-outs (n/%)	n (%)
	N = 449
Ja	310 (69)
Nein	139 (31)
Gründe Drop-out (n/%) (n = 287)	n (%) n = 287
Kein Interesse (mehr)	80 (17,8)
Verstorben	38 (8,5)
Fühlt sich zu alt / Teilnahme zu anstrengend	34 (7,6)
Sprachliche / sensorische Barrieren	26 (5,8)
Keine Angabe von Gründen	26 (5,8)
Gesundheitszustand verschlechtert	21 (4,7)
Zu dement / kognitiv beeinträchtigt	20 (4,5)
Zu depressiv	19 (4,2)
Misstrauen gegenüber Projekt bzw. Psychotherapie	12 (2,7)
Angehörige lehnen ab	7 (1,6)

Kasuistik

„Frau M., 96 Jahre“

Prävalenz der Depression

Erhebungszeitpunkt	Präv ₀ (SE ₀) in %	Präv ₁ (SE ₁) in %
T0 (Baseline)	44,0 (3,0)	
T1	49,0 (8,0)	57,0 (9,0)
T2	40,0 (5,0)	58,0 (4,0)
T3	47,0 (5,0)	51,0 (8,0)
T4		61,0 (4,0)
T5		42,0 (10,0)
T6 (Follow-up)		46,0 (9,0)

Präv₀ (SE₀) = Prävalenz depressiver Störungen (GDS) unter Kontrollbedingung (Standardfehler)

Präv₁ (SE₁) = Prävalenz depressiver Störungen (GDS) unter Interventionsbedingung (Standardfehler)

n	n _{beo}	M ₀ (SE ₀) in %	M ₁ (SE ₁) in %	Odds Ratio (95%-Konfidenzintervall)	p-Wert
155	433	46,0 (6,0)	49,0 (22,0)	1,13 (0,73; 1,76)	0,59

n = Anzahl der Bewohnenden

n_{beo} = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen)

Präv₀ (SE₀) = Adjustierte Prävalenzschätzung depressiver Störungen unter Kontrollbedingung (Standardfehler)

Präv₁ (SE₁) = Adjustierte Prävalenzschätzung depressiver Störungen unter Intervention (Standardfehler)

Schweregrad depressiver Symptome

Subgruppe	n	n _{beo}	GDS M ₀ (SE ₀)	GDS M ₁ (SE ₁)	Differenz (95%-Konfidenzintervall)	p-Wert
Primäres Analysemodell	156	437	5,54 (0,32)	5,68 (0,22)	0,14 (-0,51; 0,78)	0,68
Pflegeeinrichtung 1	18	52	4,50 (0,70)	5,30 (0,63)	0,80 (-0,47; 2,07)	0,21
Pflegeeinrichtung 2	12	50	7,11 (1,05)	5,88 (0,94)	-1,23 (-3,66; 1,20)	0,32
Pflegeeinrichtung 3	14	39	5,62 (0,81)	5,47 (0,72)	-0,15 (-1,64; 1,35)	0,85
Pflegeeinrichtung 4	15	49	5,43 (0,70)	5,50 (0,72)	0,07 (-1,28; 1,42)	0,92
Pflegeeinrichtung 5	20	62	4,82 (0,61)	5,07 (0,64)	0,25 (-1,00; 1,50)	0,69
Pflegeeinrichtung 6	16	26	6,37 (0,83)	3,61 (0,98)	-2,77 (-5,20; -0,33)	0,026*
Pflegeeinrichtung 7	14	57	5,36 (0,90)	5,31 (0,63)	-0,05 (-1,62; 1,52)	0,95
Pflegeeinrichtung 8	14	40	7,04 (0,95)	6,16 (0,67)	-0,88 (-2,65; 0,90)	0,33
Pflegeeinrichtung 9	16	45	5,66 (0,78)	6,37 (0,67)	0,71 (-0,67; 2,09)	0,31
Pflegeeinrichtung 10	17	47	7,42 (1,36)	6,43 (0,60)	-0,99 (-3,53; 1,55)	0,44
Psychotherapie (Nein)	118	334	5,47 (0,34)	5,59 (0,25)	0,12 (-0,57; 0,81)	0,74
Psychotherapie (Ja)	38	103	6,00 (0,58)	5,86 (0,46)	-0,14 (-1,20; 0,92)	0,80

Lebensqualität als sekundäres Outcome

Erhebungsinstrument	Modell	n	n _{beo}	M ₀ (SE ₀)	M ₁ (SE ₁)	Differenz (95%-Konfidenzintervall)	p-Wert
QoL-AD Selbst	Primäres Analysemodell	189	534	29,43 (0,83)	28,77 (0,64)	-0,66 (-2,11; 0,79)	0,37
QoL-AD Fremd	Primäres Analysemodell	124	278	33,21 (1,42)	31,80 (0,73)	-1,41 (-4,26; 1,44)	0,33
WHOQOL-OLD	Primäres Analysemodell	210	547	78,53 (2,65)	83,54 (1,58)	5,02 (-1,29; 11,32)	0,12

n = Anzahl der Bewohnenden

n_{beo} = Anzahl der Beobachtungen (Erhebungen mit dem Instrument)

QoL-AD Selbst = Quality of Life in Alzheimer's Disease (Selbsteinschätzung)

QoL-AD Fremd = Quality of Life in Alzheimer's Disease (Fremdeinschätzung)

WHOQOL-OLD = World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults

M₀ (SE₀) = Ausprägung subjektiv eingeschätzter Lebensqualität unter Kontrollbedingung: adjustierte GDS-Mittelwerte (Standardfehler)

M₁ (SE₁) = Ausprägung subjektiv eingeschätzter Lebensqualität unter Interventionsbedingung: adjustierte GDS-Mittelwerte (Standardfehler)

Summative Evaluation

- 11 Personen (Case Manager + Heimleitungen) nahmen an der abschließenden Online-Befragung teil
- Qualität der Schulungen und Qualifikationsmaßnahmen in DAVOS wurde durchschnittlich mit „sehr gut“ (1,1) bewertet

Wie hat sich die Tätigkeit als Case Manager im Projekt auf Sie ausgewirkt?

- *„Ich bin sicherer geworden in Einschätzung und Beobachtung, ob der Bewohner eventuell Depression hat.“*
- *„Ich achte verstärkter auf depressive Verstimmungen bei Bewohnern, verfolge die Kommunikation mit den Fachärzten und den Austausch diesbezüglich mit den Pfllegeteams.“*

Was bleibt von DAVOS in der Einrichtung, wenn das Projekt vorbei ist?

- *„Die Gruppenangebote der Case Manager können wir fortsetzen, allerdings nicht die ergänzenden einzeltherapeutischen Besuche. Unser ‚Haus-Neurologe‘ würde Therapie verordnen, doch kommt kein Therapeut ins Haus, da er/sie Hausbesuche nicht bezahlt bekommt. Wir halten Psychotherapie für ältere Bewohner auch im Pflegeheim für wichtig, zumal Hintergrund und Ursache der Notwendigkeit in einer ‚Grauzone‘ liegen.“*

Schlussfolgerungen

- erfolgreiche Umsetzung des Case Management-Konzepts zur Verbesserung der Depressionsbehandlung in Pflegeeinrichtungen
- **ein großer Teil der depressiven Bewohner konnte erstmals einer indikationsgerechten Psychotherapie zugeführt wurden (diese fand in den Heimen vor dem Projekt praktisch nicht statt!)**
- Haupthypothesen konnten zwar nicht signifikant bestätigt werden, aber:
 - Prävalenzrate für Depression ist trotz pandemischer Lage und Einschränkungen sozialer Kontakte und Aktivitäten relativ stabil geblieben
 - Schweregrad der depressiven Symptomatik zeigte auf Einrichtungsebene positive Trends, teils sogar signifikante Verbesserungen
- Ähnliches gilt für sekundäre Parameter wie Lebensqualität und soziale Teilhabe der Bewohnenden

- Empirische Hinweise für gute Praktikabilität und Wirksamkeit des DAVOS-Versorgungsmodells:

„Zusammengenommen liefert das Projekt DAVOS wichtige, konkrete und praxistaugliche Ansätze, um die in Pflegeheimen tätigen Mitarbeitenden zu Case Managern zu qualifizieren und liefert darüber hinaus wichtige Erkenntnisse, wie die psychotherapeutische Versorgung der Bewohnenden von Altenpflegeeinrichtungen nachhaltig verbessert werden kann.“

Unser Projekt-Team



Unsere Kooperationspartner



- Hessisches Institut für Pflegeforschung (HessIP) an der Frankfurt University of Applied Sciences (Leitung: Prof. Dr. Ulrike Schulze)
- Zentrum für Psychotherapie der Goethe-Universität Frankfurt (Leitung: Prof. Dr. Stangier)
- Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universität Mainz

