

Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle Oberfranken
Alexandra Pape, Biengässchen 5, 95028 Hof

merk!würdig

Infoblatt Gerontopsychiatrie – Ausgabe 2/2020

Thema: „Depression oder Demenz – Was liegt vor?“



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Ihnen heute die zweite Ausgabe des **merk!würdig** zukommen lassen zu können. **merk!würdig** ist ein Angebot an alle Kolleg*innen aus dem Fachbereich Gerontopsychiatrie sowie alle an dem Thema Interessierten.

Selbstverständlich können Sie das Infoblatt jederzeit wieder abbestellen, indem Sie mit einer kurzen Nachricht auf diese Mail antworten.

Das Infoblatt **merk!würdig** informiert mehrmals im Jahr über:

- jeweils ein bestimmtes Thema aus dem Bereich Gerontopsychiatrie
- interessante Termine, Fachtage, Literatur- und Filmtipps, u.ä.
- Aktivitäten der Gerontopsychiatrischen Koordinationsstelle Oberfranken

Was ist das Ziel?

Ziel und Zweck dieses Infoblattes ist es, für die älteren Menschen mit psychischen Problemen eine verbesserte Versorgung zu erreichen, Vorurteile und Ängste in der Bevölkerung abzubauen. Dies soll u.a. dadurch bewirkt werden, indem wir uns als Fachleute der verschiedenen Berufsgruppen miteinander vernetzen, weiterbilden, austauschen und zusammenarbeiten.

„Nichts
verändert
sich,
bis
sich
etwas
bewegt.“

Albert Einstein

1. Thema „Depression oder Demenz – Was liegt vor?“

Warum dieses Thema?

- Depressionen und Demenzen im Alter sind die mit Abstand häufigsten psychiatrischen Erkrankungen, mit denen wir konfrontiert sind.

- Die beiden Krankheitsbilder weisen im Anfangsstadium häufig ähnliche Symptome auf, was eine Differenzierung auch für Fachleute oft schwierig macht.
- Eine frühzeitige Differentialdiagnose und entsprechende medizinische, wie auch therapeutische, Behandlung kann den weiteren Verlauf positiv beeinflussen.
- Eine noch größere Sensibilisierung bei Fachleuten aber auch in der Öffentlichkeit bezüglich der Zusammenhänge und Wechselwirkungen der beiden Krankheitsbilder, sowie ein größeres Wissen zur Diagnostik und Behandlung, könnte einen großen Beitrag zu einer verbesserten Lebensqualität der Betroffenen leisten.

Grundsätzliches (vgl. Hegerl et al., 2001)

- Grundsätzlich unterscheidet sich die Altersdepression nicht von einer Depression in jüngeren Jahren, doch gibt es einige Besonderheiten, die dazu führen können, dass **Depression im Alter oft nicht oder erst spät erkannt** wird.
- Bei Demenzen handelt es sich **meist** um **neurodegenerative Erkrankungen** (Bsp. Demenz vom Alzheimer Typ mit ca. 60 – 65 % häufigste Form) in deren Verlauf Nervenzellen unumkehrbar zerstört werden. Eine Heilung ist bislang nicht möglich.
- Dagegen bestehen **bei der Depression im Alter gute Behandlungsmöglichkeiten** (medikamentöse Therapie, Psychotherapie, Ergotherapie, etc.), die aber häufig nicht konsequent genutzt werden.

Merkwürdige Fakten

Epidemiologie der Depression (Major Depression) im Alter

„Etwa jeder 10. ältere Mensch ist von einer Depression betroffen, allerdings könnte die wahre Prävalenz unterschätzt werden.“ (Weyerer 2011)

Besondere Schwere der Erkrankung: Reduktion der Lebenserwartung um durchschnittlich 10 Jahre. (vgl. Hegerl 2018)

„Das Vorhandensein depressiver Störungen nimmt zum höchsten Alter und bei jenen mit Einschränkungen von Mobilität, Sehfähigkeit und Kognitionen zu.“ (Weyerer et al. 2013)

Depression als Hauptursache für die jährlich mehr als 10.000 Suizide und ca. 200.000 Suizidversuche in Deutschland. (vgl. Hegerl 2018)

„Bei älteren Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, liegt bei einem Drittel eine Depression vor.“ (Weyerer 2011)

Epidemiologie demenzieller Erkrankungen:

In Deutschland leben gegenwärtig rund 1,7 Millionen Menschen mit Demenz.

(vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2018)

Jedes Jahr erhöht sich die Zahl der Demenzerkrankten um etwa 40.000.

(vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., DemenzPartner-Initiative)

Wegen steigender Lebenserwartung und geburtenstarken Jahrgängen wird bis zum Jahr 2050 mit einer Verdoppelung der Zahl der Betroffenen gerechnet.

(vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Demenz Partner-Initiative)

Nach einer Untersuchung basierend auf AOK-Daten ist bei über 90-Jährigen von einer Demenzprävalenz von über 40 Prozent für Frauen und über 30 Prozent für Männer auszugehen.

(vgl. Stock et al. 2018)

„In den vergangenen Jahren haben unterschiedliche Studien darauf hingewiesen, dass die Zahl der Erkrankten in den westlichen Ländern nicht so stark steigen wird wie befürchtet. Die Ursache dafür wird vor allem in verbesserten Lebensbedingungen gesehen. (...) Andere Studien widersprechen dieser optimistischen Einschätzung.“

(vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2018)

Das Problem der Unterscheidung beider Krankheitsbilder im Anfangsstadium:

„(...) Das Erkennen einer Depression im höheren Lebensalter, aber auch einer Demenz, fällt nicht immer leicht. Man vermutet, dass ein gewichtiger Anteil depressiver Patienten nicht korrekt oder frühzeitig diagnostiziert werden, da depressive Symptome nicht selten als altersbedingt oder organisch bedingt angesehen werden. Für frühe Demenzen und 'leichte kognitive Beeinträchtigungen' gilt umgekehrt Ähnliches.“

(PD Dr. med. Michael Zaudig, Ärztlicher Direktor Psychosomatische Klinik Windach, in Hegerl et al., 2001)

Im Frühstadium beider Krankheitsbilder treten ähnliche Symptome auf (z.B. Störungen des Antriebs, depressive Stimmung, Konzentrationsprobleme), die insbesondere bei älteren Menschen schnell den Rückschluss auf den Verdacht einer Demenz verursachen und dabei übersehen lassen, dass möglicherweise eine Depression im Alter vorliegen könnte.

Dabei weiß man heute, dass bei Depressionen und Demenz eine gewisse Komorbidität vorliegt:

- „(...) Eine Demenz kann als Primärerkrankung vorliegen und das depressive Syndrom ist als reaktiv anzusehen oder aufgrund der hirnrorganischen Schädigung aufgetreten.

- Umgekehrt kann eine Depression Primärerkrankung sein und die Störung kognitiver Leistungen, welche Anlass geben, ein Demenzsyndrom anzunehmen, ist Folge der Depression selbst – dafür ist der Begriff Pseudodemenz verwendet worden." (Hegerl et al., 2001)
- „(...) Epidemiologische Studien haben die Annahme nahegelegt, daß Demenz und Depression wechselseitig Risikofaktoren sind: Bei depressiven Patienten tritt in höherem Prozentsatz eine Demenz auf (Devanand et al., 1996) und umgekehrt ist bei dementen Patienten eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit festzustellen, die Komorbidität einer Depression zu entwickeln.“ (Fichter et al., 1995)

Möglichkeiten der Abgrenzung (vgl. Frühwald et al.)

Depressiv oder dement?

Folgende Punkte können als erste Anhaltspunkte für eine gewisse Abgrenzung dienen. Sie ersetzen selbstverständlich keine diagnostische Testung.

	Demenz	Depression
Beginn	schleichend (Monate, Jahre)	rascher
Aufnahme	kommt durch Angehörige	kommt auf eigene Veranlassung
Subjektive Beschwerden	bagatellisiert, keine Klagen	wortreiche + intensive Klagen
Stimmung	gereizt, gedrückt	gedrückt
Tagesschwankungen	ggf. abendliches Sundowning	Morgentief
Psychomotorik	meist unauffällig	ggf. verlangsamt oder gehemmt
Halluzinationen	fehlen meist	keine
Wahn	fehlt häufig wenn: Bestehlung, Verfolgung	kann vorhanden sein wenn: Schuld, Gesundheit, Verarmung
Schlaf-Wach-Rhythmus	gestört	oft Schlafstörungen, Grübelneigung
Verhalten in der Testung	schnelle Antworten, aber falsch	langsame Antworten, aber richtig
Kognition	global gestört	subjektiv beeinträchtigt

	Demenz	Depression
Aufmerksamkeit	(eingeschränkt)	intakt
Orientierung	gestört	intakt
Gedächtnis	Langzeitgedächtnis gestört	intakt
Sprache	Perseverationen, Wortfindungsstörungen	ggf. verlangsamt

Fazit:

- Ein entscheidender Punkt ist das Erkennen depressiver Symptome:

Ganz gleich, ob sie im Rahmen einer Demenz oder unabhängig davon auftreten; sie sollten erfasst werden, da gerade hier eine gute Therapierbarkeit durch Antidepressiva oder auch Psychotherapie besteht.

- Leichte kognitive Defizite sollten objektiviert werden:

Z.B. mit dem „Strukturierten Interview zur Diagnose der Demenz vom Alzheimer Typ, der vaskulären Demenz und Demenzen anderer Ursachen“ (SIDAM, hier ist auch der Mini-Mental-Status-Test enthalten).

Diese Testungen werden v. a. durchgeführt von Psychologen, Psychiatern und Neurologen.

Literatur:

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: DemenzPartner-Initiative, siehe auch online unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit.html>

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: Neues Informationsblatt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, 2018: online abgerufen am 04.11.2020 unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/presse/artikelansicht/artikel/neues-informationsblatt-der-deutschen-alzheimer-gesellschaft-alle-100-sekunden-erkrankt-in-deutsch.html>

Devanand, DP., Sano, M., Tang, MX., Taylor, S., Gurland, BJ., Wilder, D., Stern, Y., Mayeux, R.: Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. Arch Gen Psychiatry 53: 175 – 182, 1996.

Fichter, MM., Meller, I., Schröppel, H., Steinkirchner, R.: Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community: prevalence and comorbidity. Br J Psychiatry 166: 621-629, 1995.

Frühwald et al.: Delir – eine interdisziplinäre Herausforderung, Z Gerontol Geriat 2014 Berger (Hrsg), Psychische Erkrankungen, Elsevier, 2015.

Hegerl, Zaudig, Möller: Depression und Demenz im Alter – Abgrenzung, Wechselwirkungen, Diagnose, Therapie, Springer, Seite 19, 32 – 33, 2001.

Hegerl, U.: Demenz und Depressionen – was kommt auf uns zu? Depression und Demenz im Alter: Prävention, Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung, Vortrag von 2018, online aufgerufen am 16.09.20 unter: http://frankfurterforum-diskurse.de/wp-content/uploads/2018/10/Heft_18_Vortrag_1.pdf

Stock S., Ihle, P., Simic, D., Rupprecht, C., Schubert, I., Lappe, V., Kalbe, E., Tebest, R., Lorrek, K.: Prävalenz von Demenz bei Versicherten mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 4: 404 – 411, 2018.

Weyerer S.: Nicht nur Demenz: Häufigkeit psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. In: Stoppe G.: Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2011.

Weyerer et al.: Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year-follow-up study. Age and Aging 2013. 0: 1-8. In: Supprian, Hauke: Störungsspezifische Psychotherapie im Alter. Schattauer, Stuttgart, 2017.

2. Aus dem Methodenkoffer...

Im Folgenden werden zunächst **merk!**würdige Aspekte und Perspektiven dargestellt, um anschließend einen hilfreichen Umgang mit Betroffenen und Angehörigen zu beschreiben.

- Vor allem depressiv erkrankte Menschen wenden sich aus Eigeninitiative an Beratungsstellen u. ä., demenzerkrankte Menschen neigen häufig eher zum Bagatellisieren und Verdrängen erster Symptome.
- Angehörige von Betroffenen wenden sich in aller Regel mit einem **hohen Leidensdruck** an die Beratungsstellen. Oftmals dann, wenn die Betroffenen selbst keine Hilfe von außen annehmen möchten.
- Im Vordergrund stehen bei ihnen insbesondere das Gefühl der **Ohnmacht** sowie das Gefühl der **Überforderung**. Zum Teil sind im Vorfeld der Beratung schon viele Lösungsversuche und Hilfsangebote an die Betroffenen vorausgegangen, was schließlich auch zu Wut, Schuldgefühlen und Verzweiflung, bis hin zu Aggression führen kann.

Rahmen für einen hilfreichen Umgang mit Betroffenen und Angehörigen:

1. Ernstnehmen, Respekt und Wertschätzung zeigen

Wenn sich Betroffene oder Angehörige hilfesuchend an Beratungsstellen u. ä. wenden, ist dem häufig ein längerer Prozess vorausgegangen. In der Regel versuchen die Menschen die auftretenden Probleme zunächst selbst in den Griff zu bekommen, geraten manchmal aber an ihre Grenzen. Der Schritt, sich Hilfe zu holen, ist mitunter von Scham und Angst besetzt. Betroffene und Angehörige sollten sich von uns in ihren Sorgen ernst genommen fühlen und in ihrem Bemühen, eine Lösung zu finden, respektiert werden. Auch Verhaltensweisen, die zunächst für Außenstehende als wenig hilfreich oder sogar kontrainduziert wirken, können als Lösungsversuche wertgeschätzt werden.

2. Ruhe und Sicherheit vermitteln

Um mit Betroffenen und Angehörigen gemeinsam einen konstruktiven Beratungsprozess eingehen zu können, gilt es, Ruhe und Sicherheit zu vermitteln. Wenn Scham, Angst, Überforderung oder/ und Ohnmacht vorliegen, sollte eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufgebaut werden, die es erst wieder ermöglicht, mit etwas Abstand und aus verschiedenen Perspektiven auf die individuelle Situation zu schauen und nach möglichen Lösungen zu suchen.

3. Psychoedukation

Das Informieren über mögliche Ursachen der Entstehung von Symptomen und die Problematik der Differenzierung der beiden Krankheitsbilder ist sehr wichtig, damit Betroffene wie Angehörige nächste Schritte aufgeklärt angehen können.

4. Möglichkeit und Nutzen einer Testung aufzeigen

Das Wissen um die Bedeutung einer diagnostischen Abklärung durch Ärzte und Psychologen ist relevant für die weitere medikamentöse und therapeutische Behandlung.

5. Umgang mit Betroffenen reflektieren

Oftmals kommt es aufgrund von Unverständnis oder Überforderung der Angehörigen zu Situationen, in denen der Umgang mit den Betroffenen gereizt und genervt ist. Hier ist es hilfreich, sich als Angehöriger die Grenzen der eigenen Belastbarkeit zugestehen, gleichzeitig aber auch immer wieder die Perspektive des Betroffenen einzunehmen: Wie hat er/sie die Situation erlebt? Weshalb hat er/sie so reagiert? War seine/ ihre Reaktion möglicherweise auf die Erkrankung zurückzuführen?

6. Grenzen aufzeigen

Trotzdem kann es immer wieder dazu kommen, dass es zur Überlastung kommt: die persönlichen Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren ist ein wichtiger Schritt für alle Beteiligten. Wenn möglich, kann es hilfreich sein, offen miteinander über die eigenen Grenzen zu sprechen und über mögliche Lösungen gemeinsam nachzudenken.

7. Hilfsangebote vermitteln

Schließlich können die bestehenden Möglichkeiten aufgezeigt werden und gemeinsam überlegt werden, welche Hilfen in der jeweiligen Situation sinnvoll sind.

Ich freue mich, wenn Sie mich aus Ihrer Arbeit über Methoden und Übungen informieren, mit denen Sie gute Erfahrungen gemacht haben.

„Es geht nicht darum, die Gefühle aus dem Kopf zu bekommen oder sie darin zu verstecken, sondern darum, sie mit Akzeptanz zu durchleben.“

Carl R. Rogers

3. Im Gespräch mit...



...Oberärztin Sandra Villagran

Frau Villagran ist zuständig für die Alterspsychotherapie-Station G3 des Bezirkskrankenhauses Bayreuth.

Die Alterspsychotherapie-Station G 3 wird mit 17 Betten und integrierten Tagesklinikplätzen offen geführt und ist psychotherapeutisch ausgerichtet.

Kontakt:
Bezirkskrankenhaus Bayreuth
Nordring 2
95445 Bayreuth
Mail: sandra.villagran@gebo-med.de

Frau Pape: Frau Villagran, eine Unterscheidung der beiden Krankheitsbilder im Frühstadium ist auch für Fachleute nicht immer leicht, da ähnliche Symptome auftreten können. Welche Möglichkeiten der Abklärung gibt es bei Ihnen im BKH Bayreuth?

OA Villagran: Die erste Anlaufstelle bei auftretenden Symptomen sollte der Hausarzt sein. Dieser kann u.a. kognitive Testungen, wie z.B. den Mini-Mental-Status-Test (MMST) oder den Uhrentest durchführen, außerdem kann der Patient durch weitere Verfahren (CCT, Blutbild) untersucht werden, um andere mögliche Auslöser, wie bspw. Vitaminmangelzustände, auszuschließen. Sollte keine klare Diagnose nach diesen ersten Untersuchungen möglich sein, findet gegebenenfalls eine Überweisung an die Gedächtnisambulanz des BKH Bayreuth statt, um anhand weiterer Testungen und Gespräche mit dem Betroffenen und Angehörigen ein genaueres Bild zu erhalten. Eine bestätigte Demenz oder auch Depression an sich ist jedoch kein Grund für eine stationäre Aufnahme: in der Regel werden Patienten auf der gerontopsychiatrischen Station aufgenommen, weil sie Verhaltensauffälligkeiten wie delirantes, aggressives oder stark depressives Verhalten zeigen, oder sich der Tag-Wach-Rhythmus stark verschoben hat.

Frau Pape: Wie geht man bei (noch) unklarer Diagnose therapeutisch/ medizinisch vor?

OA Villagran: Wenn ein Mensch zu uns kommt und noch keine Diagnostik im Vorfeld stattgefunden hat, werden bei uns im BKH ebenfalls zunächst verschiedene Untersuchungen durchgeführt, um somatische Ursachen, wie

bspw. Dehydrierung, Vitamin-D-Mangel, Schilddrüsenprobleme, mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten, ausschließen bzw. beheben zu können. Wir sprechen mit dem Patienten, beobachten sein Verhalten auf Station und wie er auf Alltagsprobleme reagiert. Angehörige werden miteinbezogen. Regelmäßige Treffen unseres multiprofessionellen Teams, bestehend aus Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Kunst- und Musiktherapeuten, Sozialpädagogen und Pflegekräften, finden statt. Bei diesen wird das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen besprochen. Es wird auch entschieden ob und wenn ja, welche weiteren Testungen und Screeningverfahren sinnvoll sind. Hier verwenden wir die geriatrische Depressionsskala, den SIDAM-Test, den MMST, den Uhrentest, u.a. Und gerade bei älteren Menschen liegen neben den psychischen Problemen häufig noch somatische Erkrankungen vor, die mitberücksichtigt werden müssen. Viele depressive Patienten berichten über Vergesslichkeit und Unkonzentriertheit und haben Angst, eine Demenz zu haben. Jedoch lassen diese in der Regel nach, wenn sich die depressive Symptomatik zurückbildet. Das nennt man Pseudodemenz. Auf der anderen Seite kann sich aber auch bei einer Demenz eine depressive Symptomatik entwickeln.

Frau Pape: Auf der Station G3 wird auch psychotherapeutisch mit den Patienten gearbeitet. Wann ist es nicht möglich bzw. sinnvoll im Rahmen von Psychotherapie mit den Menschen zu arbeiten?

OA Villagran: Dazu kann man sagen, dass auch bei leichten kognitiven Einschränkungen Psychoedukation wichtig und sinnvoll ist! Hier wird der Patient u.a. über die Ursachen und Symptome der Erkrankung aufgeklärt, der Umgang mit bestimmten Alltagsproblemen besprochen und vorhandene Stärken gefördert. Denn Ziel unserer Arbeit ist es, eine Entlassung nach Hause zu ermöglichen, soweit das machbar ist, evtl. auch mit Hilfe von ambulanten Pflegediensten, Anbindung an den SpDi oder an die psychiatrische Institutsambulanz (PiA), u.a. Sehr oft liegt eine fehlende Akzeptanz des Alterns oder nicht verarbeitete Verluste als Thema vor. Die Arbeit an der Akzeptanz dieser Themen, wie auch die Aktivierung vorhandener Ressourcen, sind wichtige Themen, die wir in unseren verhaltenstherapeutisch orientierten Einzelgesprächen auf der Alterspsychotherapie Station ansprechen. Neben den Einzelgesprächen mit Psychologen findet auch eine Infogruppe statt, in der während des Klinikaufenthaltes ebenfalls psychoedukativ gearbeitet wird, sowie einmal monatlich ein Gruppenangebot für Angehörige.

Frau Pape: Die Kombination von medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung gilt als erfolgversprechendste Behandlungsform bei Depressionen. Gilt das auch für Depression im Alter? Gibt es in diesem Zusammenhang Besonderheiten bei älteren Menschen?

OA Villagran: Hier sollte man zunächst noch einmal genauer unterscheiden, denn relevant für die Behandlung ist der Schweregrad bzw. die Ausprägung der depressiven Symptome:
Bei einer leichten depressiven Episode ist es für den Betroffenen meistens ausreichend, anhand von Gesprächen mit dem Hausarzt, mit BeraterInnen der SpDis, mit der Erkrankung umzugehen. Auch bei einer mittelgradigen Depression kann eine ambulante Behandlung in Form von Psychotherapie oder medikamentöser Behandlung ausreichend und hilfreich sein. Bei einer schweren depressiven Episode erfolgt in der Regel eine stationäre Behandlung, mit medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung. Dies gilt auch für ältere Menschen. Die Besonderheiten bei der Behandlung einer Depression eines älteren Menschen sind vielfältig: zum Teil zeigen ältere Menschen andere Symptome, also nicht immer unbedingt die typische depressive Verstimmung. Typisch sind Anhedonie (keine Freude, keine Lust und kein Interesse an den täglichen Aktivitäten), Antriebslosigkeit, das Klagen über somatische Beschwerden oder auch Ängste. Bei älteren Patienten gab es oftmals in der Vorgeschichte bereits depressive Episoden, die man bei der Behandlung berücksichtigt.
Ein großes Problem stellen die oft zusätzlich vorliegenden somatischen Erkrankungen dar: manche Medikamente, die bei somatischen Erkrankungen verschrieben werden, haben eine depressiogene Wirkung, das bedeutet, sie können depressive Symptome auslösen. Deshalb ist es unsere Aufgabe zunächst auch die Indikation bereits bestehender Medikation eines Patienten infrage zu stellen und bei Möglichkeit auch abzusetzen. Beim Einsatz von Antidepressiva und anderen Psychopharmaka bei älteren Menschen verwenden wir hauptsächlich Medikamente, die gut verträglich sind und wenige Wechselwirkungen haben. Wir gehen dabei mit der Haltung „Start low – go slow – keep low!“ vor.

Frau Pape: Was ist aus Ihrer Sicht wichtig für uns in der Gerontopsychiatrie Tätige (in der Beratung, in der Pflege) im Umgang mit Menschen (Betroffene und Angehörige), die erste Anzeichen, wie zunehmende Vergesslichkeit, Orientierungsprobleme, u. ä., feststellen?

OA Villagran: Als Erstes ist es wichtig, Betroffenen und Angehörigen Verständnis entgegen zu bringen und sie in ihren Sorgen ernst zu nehmen. Darüber hinaus wäre es wichtig zu vermitteln, dass sie im Umgang miteinander Geduld aufbringen sollten. Außerdem sollten Betroffene immer in alle Entscheidungen mit einbezogen und nicht einfach über deren Kopf hinweg entschieden werden.

Eine Diagnostik sollte empfohlen und gemeinsam nach Lösungen gesucht werden, um bei Möglichkeit einen Verbleib zu Hause zu gewährleisten. Wichtig ist bei diesem Punkt eine gute Alltagsstruktur für die erkrankten Menschen zu schaffen.

Zum Schluss kann ich jedem empfehlen, noch in jungen Jahren, wenn man noch gesund und kognitiv fit ist, eine Patientenverfügung, eine Vorsorgevollmacht und/oder eine Betreuungsverfügung zu erstellen. So man kann sicher sein, dass sich eine Person unseres Vertrauens um uns kümmern und unsere Wünsche vertreten wird.

Falls aber eine dementielle Entwicklung schon eingetreten ist und keine Vorsorge getroffen wurde, sollte eine gesetzliche Betreuung in die Wege geleitet werden.

Frau Pape: Vielen Dank für dieses ausführliche und freundliche Gespräch, Frau Villagran!

OA Villagran: Gerne geschehen!

4. Literatur, Filme, etc. zum Thema

Filme:

1. „**Depressionen: Wenn Senioren sich zurückziehen und alles schwarz sehen**“
YouTube, tagesschau – Sendung vom 26.11.2019, Dauer: 6:43 Minuten

Hier geht's
zum Film...

2. „**Dement oder depressiv?**“
YouTube – gesundheitheute, Sendung vom 24.03.2018, Dauer: 23:03 Minuten

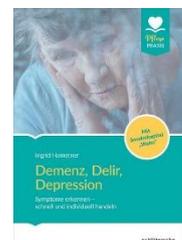
Hier geht's
zum Film...

Bücher:

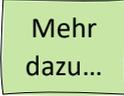
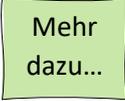
1. **Demenz und Depression: Symptome erkennen - individuell begleiten**,
von Frederik Haarrig, Erstveröffentlichung: 11. Juli 2019,
Umfang: 116 Seiten, Preis: 22,90 €



2. **Demenz, Delir, Depression: Symptome erkennen – schnell und individuell handeln – Mit Sonderkapitel „Wahn“ und „Schizophrenie“**,
von Ingrid Hametner, Erscheinungsdatum: 23.04.2020,
Umfang: 148 Seiten, Preis: 26,95 €



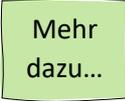
5. Termine

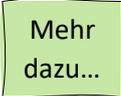
- **5. Online-Fachtagung Kunst- und Kulturpädagogik**, 26. November @ 9:30.16:30, Teilhabe statt Ausgrenzung, Diversität und Inklusion in der kulturellen Altersbildung 
- **Virtuelle Veranstaltung „Ein Blick in die Demenzforschung“** - Die Forschungsförderung 2020 der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in Kooperation mit der Förderstiftung Dierichs, am 11.12.2020 
- **Depressionstrialog „Umgang mit Suizid, Suizidversuch & Suizidprävention“**, medbo Bezirksklinikum Regensburg, 19. April, 2021, von 18:30 bis 20:00

Wenn Sie von interessanten Vorträgen, Veranstaltungen, u. ä. rund um das Thema Gerontopsychiatrie erfahren oder selbst Veranstalter sind, können Sie an dieser Stelle darauf hinweisen. Nehmen Sie diesbezüglich gerne Kontakt zu mir auf!

6. Aktuelles

- **Aktiv gegen Depression:**

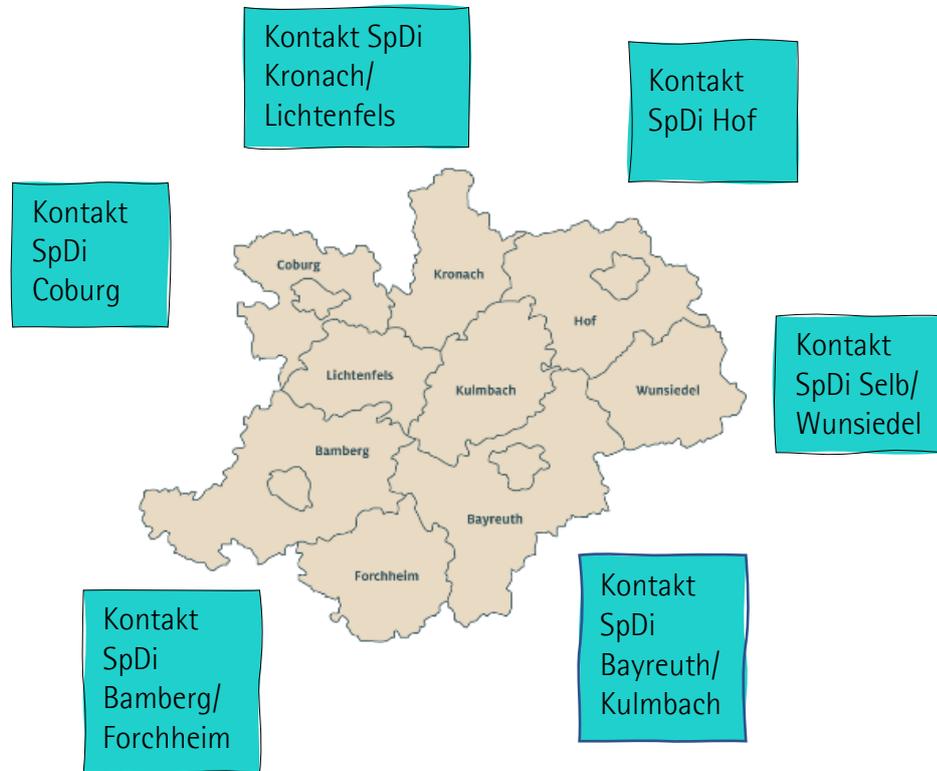
Stören erwünscht! Für Betroffene geht es um das Versenken ihrer Gedankenschiffe, um das Öffnen von Türen, um das Gehalten werden. Von den Mitmenschen, von der Gesellschaft. Depressive Menschen sollen durch die Kampagne "Bitte stör mich!" sichtbar werden. "Psychische Erkrankungen müssen aus der Tabuzone!" sagt die bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege Melanie Huml. Ihr erklärtes Ziel sei die Destigmatisierung von Erkrankungen der Psyche. Und die gelänge am besten, wenn sich möglichst viele Menschen mit dem Thema auseinandersetzten. Deshalb werden in der Kampagne "Bitte stör mich!" viele Informationen in ganz unterschiedlicher Form dargeboten. Auch Betroffene kommen zu Wort. Sie sollen im positiven Sinne gestört werden, nicht alleine gelassen werden. "Wenn mein Schweigen zu laut wird, dann hör mich!" 

- **Der Achte Altersbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** „Ältere Menschen und Digitalisierung“ wurde am 12. August 2020 veröffentlicht. 

- **Apotheken Umschau: Senioren Ratgeber** im November 2020. 

- **Beratungsangebot der Gerontopsychiatrischen Dienste der SpDi in Oberfranken**

Die gerontopsychiatrische Beratung an den Sozialpsychiatrischen Diensten in Oberfranken für ältere Menschen mit psychischen Problemen, sowie deren Angehörige, ist unter Einhaltung der coronabedingten Hygienemaßnahmen weiter gewährleistet. Bitte wenden Sie sich bei Bedarf an die zuständige Beratungsstelle vor Ort:



- **Ambulanter gerontopsychiatrischer Verbund Bayern (AGVB)**

Im AGVB engagieren sich Fachleute aus den 7 Regierungsbezirken Bayerns rund um Themen der ambulanten, gerontopsychiatrischen Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Hier finden Sie Fachinformationen zu bestimmten Themen sowie Hinweise zu interessanten Terminen.

[Zur Homepage...](#)

7. Verfügbare Vorträge der Gerontopsychiatrischen Koordinationsstelle Oberfranken:

Folgende Vorträge können oberfrankenweit und kostenlos unter Absprache mit Frau Pape gebucht werden. Fragen Sie auch gerne bei speziellen Themenwünschen rund um das Thema Gerontopsychiatrie nach:

- Depression im Alter
- Demenz
- Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis

- Psychische Gesundheit im Alter
- Einsamkeit im Alter

Zur Homepage...

Sollten Sie in Zukunft kein Interesse mehr am Infoblatt **merk!**würdig haben, dann schicken Sie eine kurze Nachricht an folgende Mailadresse:

alexandra.pape@diakonie-hochfranken.de

Mit freundlichen Grüßen,

Alexandra Pape

Alexandra Pape
Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle Oberfranken
Biengässchen 5
95028 Hof
Tel.: 09281 / 140 12 10



Die Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle Oberfranken ist ein Modellprojekt des Bezirkes Oberfranken und richtet sich an alle in der Gerontopsychiatrie Tätigen, an Betroffene und Angehörige. Ziele sind die Verbesserung der Versorgungsstruktur älterer Menschen mit psychischen Belastungen, die Stärkung präventiver Maßnahmen zur Vermeidung oder Verzögerung intensiverer Behandlungsformen, sowie die Zusammenführung und Vermittlung gerontopsychiatrischer Kompetenzen auf verschiedenen Ebenen.