

Die Verbesserung der gerontopsychiatrischen Basiskompetenz des Hausarztes – ein Pilotprojekt

C. Wächtler¹, V. von der Damerau-Dambrowski²

¹Asklepios-Klinik Nord-Ochsenzoll, Hamburg, ²Hausarztpraxis Stade

Hausärzte sind die »Schaltstelle« der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen. Hausärzte verfügen derzeit aber noch über unzureichende Kenntnisse beim Erkennen und Behandeln gerontopsychiatrischer Erkrankungen. Die Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie hat sich daher zum Ziel gesetzt, gerade auch für Hausärzte ein Fort- und Weiterbildungscurriculum zu entwickeln, das die in der hausärztlichen Praxis relevanten Fragen vermittelt und bezüglich Kosten und Zeitaufwand attraktiv ist.

EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

»Die gerontopsychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik (ist) regional sehr unterschiedlich und insgesamt unzureichend« [9]. Zu diesem Schluss kam eine Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP). Der Hausarzt wurde als die »Schaltstelle« für die Versorgung älterer erkrankter Menschen identifiziert – sowohl bei körperlichen als auch bei psychischen Störungen. Als dringender Veränderungsbedarf wurden eine bessere Qualifizierung der Primärversorger (insbesondere des Hausarztes), eine Weiterentwicklung spezialisierter diagnostischer, therapeutischer und Langzeit-Bereiche und eine bessere »Vernetzung« der verschiedenen Versorgungsbausteine genannt.

Die Weiterbildung des Allgemeinarztes sieht mittlerweile einen fünfjährigen Weiterbildungsangang vor. Das Curriculum schreibt geriatrische Wissensinhalte vor. Gerontopsychiatrische Ausbildungsinhalte sind dagegen bisher nicht festgeschrieben. Neben der fünfjährigen Weiterbildung wird für den bereits praktizierenden Allgemeinmediziner im Bereich der Geriatrie ein Fortbildungs-Baustein »Ambulante Geriatrische Rehabilitation« angeboten. Das Curriculum umfasst 120 Stunden Theorie und 40 Stunden Praktikum in einer geriatrischen Abteilung. In dieses Curriculum sind gerontopsychiatrische Wissensinhalte integriert. Darüber hinaus kann jeder praktizierende Arzt an regionalen Fortbildungsver-

anstaltungen auch zum Thema Gerontopsychiatrie teilnehmen.

Über mehrere Jahre fanden Gespräche des Arbeitskreises »Ambulante Versorgung von Demenzkranken« statt, zu dem von Seiten der Deutschen Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie eingeladen worden war und an dem Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP), des Berufsverbandes Deutscher Allgemeinärzte (BDA), des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) teilnahmen. Ziel der Gespräche war es, am Beispiel der Demenzerkrankungen Mängel in der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung zu identifizieren, die »Schnitt-« (oder besser: »Verbindungs-«) stellen zwischen Hausarzt, Facharzt, Klinik und Heim zu untersuchen und Vorschläge für kompetenzverbessernde Curricula zu erarbeiten. Ein Algorithmus zur ambulanten Versorgung von Demenzkranken [6] wurde erstellt, ein gerontopsychiatrisches Schulungsprogramm für Hausärzte in einer umschriebenen Region sollte pilotiert werden.

Das Pilotprojekt für Hausärzte orientierte sich an den Erfahrungen, die mit der Gotland Studie gewonnen wurden: Auf der in der Ostsee gelegenen schwedischen Insel sollte die Kompetenz der Allgemeinärzte in Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen verbessert werden [5]. Die beiden Autoren beschlossen, in der Region Stade ein ähnliches Pilotprojekt zu starten. Der eine (V. v. d. D.) wollte eine

Gruppe interessierter Hausärzte ansprechen und zusammenstellen. Der andere (C. W.) würde für die inhaltliche Gestaltung verantwortlich sein. An dieser Stelle soll über das praktische Vorgehen und die Erfahrungen berichtet werden.

»BASISKURS GERONTOPSYCHIATRIE UND GERONTOPSYCHOTHERAPIE FÜR HAUSÄRZTE« ALS PROJEKT IN STADE

Die Region Stade

- Einwohner: in der Stadt Stade 40.000, im KV-Bezirk 600.000 Einwohner.
- Die Gegend weist eine überwiegend ländliche Struktur auf.
- Eine Psychiatrische Klinik befindet sich am Elbe-Klinikum Stade, eine weitere in der Wesermarsch an den DRK-Krankenanstalten Wesermünde. Eine spezielle Versorgungseinheit für Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie gibt es in der Gegend nicht.
- Im Landkreis Stade müsste von einer gerontopsychiatrischen Unterversorgung im Bereich der Fachärzte ausgegangen werden.
- Die niedergelassenen Hausärzte trugen zu einem großen Teil die Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung.
- Zum Zeitpunkt des Projekts gab es keine Heime mit spezieller gerontopsychiatrischer Kompetenz. Es existierte eine Tagesbetreuung für Demenzkranke des Deutschen Roten Kreuzes mit 10 Plätzen in Stade und eine Alzheimer-Gesellschaft in Stade, der eine Angehörigen-Selbsthilfegruppe sowie eine Laienhelfer-Gruppe angeschlossen waren. Im ländlichen Bereich waren entsprechende Strukturen bisher noch nicht vorhanden.

Die Teilnehmer

An dem Kurs nahmen 19 Hausärzte teil. Das Alter reichte von 35 bis 61 Jahren und betrug im Mittel 51 Jahre. Sechs der Teilnehmer waren Frauen und 13 Männer. Zusammengefasst berichteten die KollegInnen in der Eingangsrunde über folgende Erfahrungen mit älteren und speziell älteren psychisch kranken Menschen: Die Anzahl älterer Menschen in den Praxen hätte in den letzten 10 bis 20 Jahren erheblich zugenommen. Die Behandlung psychisch kranker älterer Menschen sei

zumal auf dem Lande ausdrücklich Aufgabe des Hausarztes. Dort, wo Nervenärzte erreichbar wären, bestünden »unerträgliche Wartezeiten«. Belastend seien die Besuche vor allem in Altenheimen; dort würde man mit unzureichenden Betreuungsangeboten und der Erwartung an eine Psychopharmakotherapie und an Fixierungsmaßnahmen konfrontiert. Es wurde das Gefühl geäußert, »zu wenig zu wissen«, ein »schlechtes Gewissen« zu empfinden, sich vor allem gegenüber depressiven Älteren hilflos-ohnmächtig zu fühlen. Die Erwartungen an den Kurs reichten von »Gar keine. Ich warte ab.« über konkrete Hilfestellungen bei Diagnostik und Therapie sowie bei der Berücksichtigung juristischer Fragen bis hin zu »Nach dem Kurs werde ich die Nervenärzte nicht mehr so häufig brauchen.«

Die Kurs-Struktur

Der Kurs fand überwiegend in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen in Stade statt. Zwei Kurse wurden in den Räumen der Gerontopsychiatrischen Abteilung der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll in Hamburg abgehalten.

Der Grundkurs wurde am 07.11.2001 begonnen und am 15.05.2002 beendet. Insgesamt handelte es sich um fünf Unterrichtseinheiten Theorie à vier bis fünf Stunden, im Abstand von vier bis sechs Wochen, jeweils mittwochs in der Zeit von 14.00 – 18.30 Uhr. Zwei Blöcke »Praxisnahe Reflexion« fanden in der Klinik samstags in der Zeit von 10.00 – 14.00 Uhr statt. Zusätzlich wurde ein »Auffrisch-Seminar« abgehalten, und zwar am Samstag, 08.02.2003, in der Zeit von 10.00 – 13.00 Uhr, erneut in den Räumen des Klinikums Nord-Ochsenzoll. An diesem Kurs nahmen acht Ärzte teil.

Das Curriculum

Das Curriculum sah folgende Inhalte vor (Tab. 1):

- Allgemeine Grundlagen der Gerontologie wie Lebenserwartung, Altersbilder, differentielles Altern etc.: vier Stunden
- Allgemeine Grundlagen der Gerontopsychiatrie wie psychiatrische Morbidität im Alter, spezielle Pharmakodynamik und -kinetik, Grundlagen ei-

Curriculum-Bausteine	Dauer	Basis / Plus?
Allgemeine Grundlagen Gerontologie:		
■ Lebenserwartung	4 Std.	Basis
■ Geriatrie		
■ ...		
Allgemeine Grundlagen Gerontopsychiatrie:		
■ Definition	4 Std.	Basis
■ psychische Morbidität		
■ Pharmakodynamik/-kinetik		
■ Prinzip der schonenden Pharmakotherapie		
■ Diagnostik		
■ juristische Aspekte		
Spezielle Krankheitslehre:		
■ Demenz	4 Std.	Basis
■ Depression	4 Std.	
Weitere Krankheitsbilder und Syndrome:		
■ Sucht	2 Std.	Basis
■ Schlafstörungen	2 Std.	
■ Angst	2 Std.	
■ paranoide Erkrankungen		
■ Delir		
Hospitation gp Klinik		
■ Organisationsstruktur	2 x 4 Std.	Basis
■ geschlossene Unterbringung		
■ Fixierung		
■ »Schnittstelle« HA/FA/Klinik		
■ fallorientiert		
Summe Basis:	30 Std.	
Weitere?		Plus

Tab. 1: Basiscurriculum Gerontopsychiatrie und Gerontopsychotherapie

ner »schonenden Pharmakotherapie«, grundlegende Aspekte der Diagnostik und juristische Aspekte sowie Grundlagen der Gerontopsychotherapie: vier Stunden

- Demenzen: vier Stunden
- Depressionen: vier Stunden
- Von den weiteren Krankheitsbildern und Syndromen wurden Sucht und Schlafstörungen gemeinsam in vier Stunden abgehandelt sowie Angst, paranoide Erkrankungen und Delire in weiteren zwei Stunden. Dabei wurde von den Kursteilnehmern zu Beginn dieses Unterrichtsblocks darüber abgestimmt, in welcher Reihenfolge die einzelnen Syndrome besprochen werden sollten. Es ergab sich die Reihenfolge 1. Sucht, 2. Schlafstörungen, 3. Angst, 4. paranoide Erkrankungen

und 5. »Verwirrheitszustände«/Delir. Die Reihenfolge spiegelte die von den Kursteilnehmern eingeschätzte Bedeutung für die praktische Tätigkeit wider.

- Der erste vierstündige Teil der »Praxisnahen Reflexion in der Klinik« umfasste Reflexion der Organisation in der Klinik mit der Schnittstellenproblematik Hausarzt/Klinik, Milieu-therapie in der Klinik – speziell für Demenzkranke, geschlossene Unterbringung und Fixierung. Außerdem wurden Fälle aus der Klinik und aus der hausärztlichen Praxis besprochen. Am Ende dieses Curriculumblocks, also nach 26 Stunden des Kurses, wurde die Evaluation durchgeführt.
- Der letzte Vier-Stunden-Block in der Klinik galt der Vertiefung der Semina-

rinhalte und der Reflexion kasuistischer Probleme aus der Praxis. Ausführlicher wurde nochmals über »störendes Verhalten« der Demenzerkrankten reflektiert. Ergänzend wurden Aspekte des Umgangs mit den Angehörigen besprochen und die Wünsche der Angehörigen an die professionell Tätigen erörtert. Juristische Fragen wurden nochmals gestreift.

- Optional waren weitere Inhalte bzw. größere Zeiteinheiten für die einzelnen Themen verfügbar (»plus«).

ERGEBNISSE

Die Evaluation wurde nach der 26. Stunde, d. h. dem 6. Kurstag, vorgenommen. Dazu wurde ein Evaluationsbogen eingesetzt, der sich auch anderenorts bei der Fort- und Weiterbildung ärztlicher und psychologischer KollegInnen bewährt hat (Radebold, persönliche Mitteilung). Von 15 Teilnehmern lagen auswertbare Bögen vor. Der Kurs konnte im Sinne von Schulnoten von 1 (sehr gut) bis 5 (mangelhaft) bewertet werden. Die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst:

- Die Beurteilung lag ganz überwiegend zwischen den Bewertungen »sehr gut« und »gut«. Zwei TeilnehmerInnen nutzten darüber hinaus auch die Bewertungskriterien »befriedigend«, eine(r) »ausreichend«. Die Gesamtbeurteilung lag im Mittel bei 1,36.
- Vermisst wurden eine stärkere Darstellung juristischer Probleme, z. B. Haftungsrecht. Einige Themen sollten ausführlicher abgehandelt werden (insbesondere Angststörungen und paranoide Psychosen).
- An überflüssigen Themen wurde von einem(r) Teilnehmer(in) kritisiert, dass die Einführung zu lang war.

Bei »Weitere Anmerkungen, Kritik und Anregungen« fanden sich folgende Stichworte:

- Regelmäßige Auffrischung; Wiederholungsseminare wurden im Abstand von ½ bis zu 2 Jahren gewünscht.
- Für die gerontopsychiatrischen Krankheitsbilder wurde von einigen TeilnehmerInnen mehr Zeit empfohlen.
- Weitere Seminare speziell zu juristischen Aspekten und zum Umgang mit Angehörigen wurden gewünscht.

- Ein(e) Teilnehmer(in) äußerte, dass ihr die »Umsetzung des Erlernten« in die Praxis weiter Probleme bereite.

Subjektiv erlebte Unterstützung, Anregungen

Im Anschluss daran, ebenfalls am Ende des 6. Kurstages, erfolgte eine mündliche Abschlussrunde. Jeder konnte nochmals persönliche Kritik, positive Rückmeldung und Anmerkungen zum Kurs einbringen. Die wichtigsten Rückmeldungen:

Rückmeldungen

»Tolles Erlebnis. Ein Buch schafft man nicht zu lesen. Die Fragen, die sich beim Lesen auftun, bekommt man nicht beantwortet.«
Jetzt habe er sich einen aktuellen Ordner mit den wichtigsten Informationen angelegt, was ihm helfe. »Das war konzentrierte Fortbildung. Bin jetzt kein Fachmann. Aber ich habe Basiskenntnisse, die kann ich vertiefen.«

»Man schlief nicht in Reihe 13 vor sich hin, wie sonst bei Fortbildungen.«

»Ich habe mich auf jedes Seminar gefreut. Ich gehe jetzt mit anderen Augen in mein Altenheim.«

»Ich habe sehr viel praktischen Nutzen aus dem Kurs gezogen. Ich bin beeindruckt. Für einige schwierige spezielle Fragen, z. B. zu Demenzerkrankten in der Familie oder zu einigen Einzelbeispielen, habe ich keine Lösung erhalten. Dafür könnte man evtl. eine Fallkonferenz nutzen.«

»In einem Fall haben mir bereits die Kriterien zur Unterscheidung von Demenz und Depression geholfen. Früher hätte ich diesen Patienten sicher als eine Demenz angesehen. Jetzt habe ich ihn als Depression erkannt, und er ist besser geworden.«

»Bisher bin ich nicht gern ins Altenheim gegangen. Jetzt gehe ich mit mehr Hoffnung ins Altenheim, weil doch mehr möglich ist.«

»Der Referent hat uns als Hausärzte bestätigt und Wertschätzung gezeigt.«

»Auffrisch-Kurs«

Auf Wunsch der meisten der TeilnehmerInnen wurde am 08.02.2003 ein dreistündiges »Auffrisch-Seminar« abgehalten. Dazu kamen acht TeilnehmerInnen.

Geplant war, die wichtigsten Themen des bisherigen Kurses nochmals zu wiederholen und zu vertiefen und anschließend auf Fragen und Fälle der TeilnehmerInnen einzugehen.

Bei der Eingangsrunde wurden allerdings derart viele Fragen eingebracht und Fälle vorgetragen, dass von einer systematischen Wiederholung abgewichen und fall- und praxisorientiert diskutiert wurde. Schwerpunktmäßig wurden folgende Themen abgehandelt:

- Differentialdiagnostik der Demenzen,
- die medikamentöse Therapie der Alzheimerischen Erkrankung, auch unter Budgetaspekten,
- die Behandlung eines Patienten mit vaskulärer Demenz und erheblichen, bisher therapieresistenten Verhaltensstörungen,
- die Behandlung einer 90-Jährigen mit einer bisher therapieresistenten Altersdepression und bei Multipharmazie,
- der Verlauf einer lebenslang psychisch auffälligen und minderbegabten Patientin, die im Alter zusätzlich eine Alzheimerische Erkrankung entwickelte,
- der Umgang mit einem 70-jährigen eigenbrödlischen Mann, der jegliche Beratung und Behandlung ablehnte,
- das weitere Vorgehen bei einer 65-jährigen minderbegabten und vermehrt aggressiven Patientin, die sich unter stationärer psychiatrischer Behandlung rapide verschlechtert hatte.

Beiläufig wurde darüber berichtet, dass in einem Heim, das von einem der Teilnehmer betreut wurde, Fixierungen praktisch nicht mehr vorkämen, nachdem während des Kurses über die Gefahren und rechtlichen Voraussetzungen einer Fixierung unterrichtet worden war und daraufhin der Kollege Fixierungen nur noch unter strengen Sicherheitsvorkehrungen angeordnet hatte.

Zusätzlich war die aus Sicht vieler Hausärzte unzureichende Kooperation mit fachärztlichen Kollegen ein Thema. Die KollegInnen wurden ermutigt, sich aufgrund des Kompetenzzuwachses noch häufiger als bisher eine rechtzeitige und adäquate Primärtherapie bei gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern zuzutrauen.

DISKUSSION

Die Zunahme der Lebenserwartung hat zu einem Anstieg der Zahl Älterer und insbesondere hochbetagter Menschen in der Bevölkerung und auch in den Arztpraxen geführt. Typisch für ältere Patienten ist ihre Komorbidität. Häufig bestehen nicht nur verschiedene somatische Erkrankungen, sondern auch somatische und psychische Erkrankungen nebeneinander. Auch weisen viele ältere Menschen, insbesondere alleinstehende Frauen, soziale Probleme auf. Dem Hausarzt, dem die »Schlüsselrolle« bei der Versorgung körperlich und psychisch kranker älterer Menschen zukommt, stellt sich somit die Aufgabe, sich zunehmend geriatrisches und gerontopsychiatrisches Wissen anzueignen. Er muss lernen, die wichtigsten geriatrischen (insbesondere Schlaganfall, Erkrankungen des kardiovaskulären Gefäßapparates, chronische Bewegungsstörungen bis hin zu Stürzen) und gerontopsychiatrischen (insbesondere Depressionen und Demenz) Krankheitsbilder zu erkennen, adäquat primär zu therapieren und, sofern erforderlich, die Mitbetreuung und Mitbehandlung z. B. durch Facharzt, Sozialarbeiter, Krankengymnasten oder Ergotherapeuten sicherzustellen (»Lotse« [3]). Neben der Kenntnis der wichtigsten Krankheitsbilder gehört dazu eine bio-psycho-soziale Sichtweise in Diagnostik und Therapie.

Der Hausarzt erscheint für diese Aufgaben im Gesundheitswesen grundsätzlich der am besten Geeignete. Diese bevorzugte Position wird noch dadurch unterstützt, dass der Hausarzt von den Älteren mehrheitlich bei Gesundheitsproblemen aufgesucht wird. Allerdings besteht Konsens, dass weitaus mehr Hausärzte durch eine geriatrische und gerontopsychiatrische Weiterbildung auf diese Aufgabe vorbereitet werden sollten (u. a. [4]).

Die Erfahrungen mit dem Kurs für Hausärzte lassen folgende Empfehlungen zu:

■ Die Hausärzte, die für die Versorgung der älteren Menschen in der Region Stade Verantwortung trugen, waren daran interessiert, ihre Kompetenz in gerontopsychiatrischen Themen zu verbessern. Nur so ist zu erklären, dass die am Pilot-Projekt teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte das freiwillige Fortbildungsangebot über die gesamte

Zeit kontinuierlich wahrgenommen haben.

■ Hausärzte müssen ein breites Wissensspektrum abdecken. Dieser Umstand führt dazu, dass Hausärzte nur solche Fortbildungen aufsuchen, die:

- Konzepte für Krankheitsbilder anbieten, bei denen der diagnostische Aufwand auch zu therapeutischen Konsequenzen führen könnte – hier war es wichtig, den Hausärzten die Kenntnis zu vermitteln, dass auch Depressionen Älterer gut behandelt [8] und der Verlauf dementieller Erkrankungen häufig durch therapeutische Maßnahmen gemildert werden können [7].
- gut strukturiert und praxisbezogen sowie preisgünstig sind und zu günstigen Zeitpunkten angeboten werden – das hier beschriebene Basiscurriculum erscheint praxisrelevant und in den Praxisalltag integrierbar.

■ Die Gotland Studie [5], aber auch anderenorts gewonnene Erfahrungen [1] lassen erkennen, dass die Kompetenz der Hausärzte durch strukturierte, interaktive und kontinuierliche Fortbildungsmaßnahmen verbessert werden kann, dass Lerneffekte häufig aber nur vorübergehender Natur sind. Zu ihrer Verankerung sind »Auffrisch-Seminare« erforderlich. Die hier vorgestellten Erfahrungen bestätigen die Bereitschaft einiger TeilnehmerInnen, im Anschluss an einen mehrtägigen Curriculumblock in längeren Abständen praxisbezogene Auffrisch-Curricula und fallbezogene Diskussionen zu erhalten.

■ Eine Zertifizierung mit der Folge, bestimmte Gebührenpositionen abrechnen zu können, würde der notwendigen Fort- und Weiterbildung der Hausärzte einen gewaltigen Schub vermitteln. Die Erfahrung mit dem Basiskurs in Stade legt aber auch nahe, dass eine bessere Honorierung von Leistungen nicht unabdingbare Voraussetzung für die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen ist. Die Deutsche Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie hat ein Curriculum für ein Zertifikat »Gerontopsychiatrische Grundversorgung« entwickelt, das ab Ende 2007 an verschiedenen Orten in der Bundesrepublik angeboten werden soll. Mehr dazu finden Sie auf der Internetseite der Akademie: <http://www.dagpp.de>.

Die hier dargestellten Ergebnisse können dabei nur als erste praktische Erfahrungswerte gelten, sie sollten aber als Ermutigung gewertet werden, auch anderenorts Hausärzten gerontopsychiatrisches Basiswissen anzubieten. Von großem Interesse ist dabei die Initiative »Düsseldorfer Experten gegen Alzheimer« (IDEAL), die in die gleiche Richtung zielt [2]. Ein breiter Erfahrungsaustausch und eine systematische begleitende Evaluation (z. B. in welcher Weise sich eine entsprechende Fortbildung auf die Ergebnisqualität auswirkt) wären wünschenswert.

Literatur

1. Davis D, Thomson O'Brien MA, Freemantle N, et al: Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999; 282: 867-874
2. Haupt M: Initiative Düsseldorfer Experten gegen Alzheimer (IDEAL) – Erfahrungsbericht einer Fortbildung für primärversorgende Ärzte. *NeuroGeriatric* 2007; 1: 20-22
3. Korzilius H: Ja zur Hausarzt-Philosophie. *Deutsches Ärzteblatt* 2001; 98: B 1794-B 1795
4. Richter-Reichhelm M: Voraussetzungen aus Sicht der Vertragsärzte. In: Hallauer JF, Kurz A (Hrsg.): *Weißbuch Demenz*. Thieme, Stuttgart, New York 2002
5. Rutz W, Walinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring A-L, von Knorring L, Wistedt B, Aberg-Wistedt A: An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 19-26
6. Stoppe G, Bergmann F, Bohlken J, von der Dammerau-Dambrowski V, Roth-Sackenheim Ch, Wächtler C: Ambulante Versorgung von Demenzzkranken – Kompetenzen sinnvoll verbinden. *Der Hausarzt* 2005; 1: 48-53
7. Wächtler C (Hrsg.): *Demenzen*. 2. Auflage. Thieme, Stuttgart, New York 2003
8. Wächtler C: Depressionen im höheren Lebensalter. *Hausarzt Kolleg* 2003; 1: 19-22
9. Wächtler C, Laade H, Leidinger F, Matentzoglou S, Nisse K, Seyffert W, Werner B: Gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur: Bestehendes verbessern, Lücken schließen, die Versorgungselemente »vernetzen«. *Spektrum* 1998; 27: 94-98

Korrespondenzadresse:

Dr. C. Wächtler
 Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll
 V. Psych. Abt. – Gerontopsychiatrie
 Haus 26
 Langenhorner Chaussee 560
 22419 Hamburg
 e-mail: claus.waechtler@k-nord.lbk-hh.de