Multiprofessionelle Therapieoptionen bei psychischen Erkrankungen im Alter – aktuelle Aspekte eines bekannten Themas

Walter Hewer¹ · Daniel Kopf²

¹ Klinikum Christophsbad, Göppingen, Deutschland

² Geriatrische Klinik und Zentrum für Altersmedizin, Kliniken Ludwigsburg/Bietigheim, Bietigheim, Deutschland

Multiprofessionelles Arbeiten¹ gehört zu den konstitutiven Elementen der Altersmedizin, worauf in dieser Zeitschrift immer wieder Bezug genommen wurde (z. B. [5, 8]). Ebenso ist psychiatrische Versorgung im Allgemeinen und gerontopsychiatrische Tätigkeit im Speziellen ohne eine solche Perspektive nicht denkbar. Dies wurde vor gut 30 Jahren bereits in der Psychiatrie-Personalverordnung niedergelegt [7], in der klinischen Psychotherapie aufgegriffen [6] und ist in umfangreicher Weise z. B. in die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ [2] eingegangen. Gerade im Alter, wo die Grenzen medikamentöser Therapien wegen erhöhter Vulnerabilität und Polypharmazie enger gesteckt sind, ist die Ergänzung durch multimodale Therapiestrategien relevant.

Bei der Umsetzung entsprechender Konzepte ergeben sich allerdings immer wieder neue Fragestellungen und Herausforderungen. Für diese gibt es

vielfältige Gründe, die z. B. mit Veränderungen des Morbiditätsspektrums, neuen medizinischen Entwicklungen, der Weiterentwicklung von Berufsbildern und nicht zuletzt auch mit veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Verbindung stehen.

Angesichts der zahlreichen Facetten unseres Themas und der wachsenden Zahl involvierter Disziplinen und Professionen (wie Medizin, Pflege, Physiotherapie, physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialarbeit, Pharmazie, kreativen Therapien und Seelsorge) können im vorliegenden Schwerpunkt nur ausgewählte Bereiche unter exemplarischem Aspekt aufgegriffen werden. Die ersten beiden Beiträge beziehen sich auf spezielle Therapieverfahren.

V. Holthoff und K. Seifert berichten vor dem Hintergrund langjähriger klinischer und wissenschaftlicher Expertise auf diesem Gebiet über neue Erkenntnisse zur Anwendung von Ergo- und Kunsttherapie in der Gerontopsychiatrie mit ihren vielfältigen Wirkfaktoren und den Stand des Wissens zu ihrer Evidenzbasierung, die in den vergangenen Jahren deutlich verbreitert wurde. Interessierte finden in dem elektronischen Supplement dieser Publikation hilfreiches Anschauungsmaterial zur Kunsttherapie als einem noch nicht überall etablierten Behandlungsvorgehen, das nun auch in der Geriatrie zunehmend Beachtung findet [1].

¹ Anmerkung zur Nomenklatur: „Multiprofessionalität“ wird hier – dem üblichen Sprachgebrauch in Psychiatrie und Psychotherapie folgend [2] – synonym mit dem Terminus „Interprofessionalität“ verwendet. Dabei wird zugrunde gelegt, dass über die bloße Addition verschiedener Fachkompetenzen hinaus eine enge Kooperation der beteiligten Berufsgruppen stattfindet, die Versorgungskonzepte für Menschen mit komplexen, häufig nicht durch eine Profession lösbaren medizinischen Problemen ermöglicht.

QR-Code scannen & Beitrag online lesen

D. Kopf setzt sich mit Massage und berührungsbasierten Therapien auseinander, deren Anwendung schon in der Antike belegt ist. Diese werden i. Allg. von Patienten sehr geschätzt, stehen im Alltag (geronto)psychiatrischer Versorgung aber eher am Rande. Trotz bisher begrenzter Evidenzen für die Wirksamkeit dieser Verfahren – was nicht zuletzt damit zusammenhängt, dass verblindete Studiendesigns kaum umsetzbar sind – liegen neuere vielversprechende Erkenntnisse vor, die auf eine Bereicherung unserer therapeutischen Optionen hoffen lassen. Die Vergabe des diesjährigen Nobelpreises für Medizin an Ardem Patapoutian für seine bahnbrechenden Arbeiten zu den Mechanismen der Wirkungen peripherer Sinneswahrnehmungen auf das Gehirn mag vielleicht auch zu einem vermehrten Interesse an Massage und berührungsbasierten Therapien beitragen. Ausdrücklich sei in diesem Kontext auch auf den kürzlich in dieser Zeitschrift erschienenen Artikel über die Bedeutung von Bewegung und körperlichem Training für multimodale Therapiekonzepte in der Gerontopsychiatrie verwiesen [4].

Der dritte Beitrag hat das Delir zum Gegenstand, ein Syndrom, das mustergültig die Bedeutung eines biopsychosozialen Zugangs zur Altersmedizin bzw. zur Gerontopsychiatrie veranschaulicht. Dem entspricht, dass verschiedenste Verfahren und damit auch Professionen sowohl bei der Prävention als auch der Therapie des Delirs im Team zusammenwirken müssen und dabei sowohl biomedizinische als auch psychische und auf das therapeutische Setting bezogene Einflussfaktoren im Blickfeld stehen. Dieser Zugang wird mit einem Schwerpunkt auf nichtmedikamentösen Interventionen durch einen Beitrag aus der Arbeitsgruppe um C. Thomas und G. Eschweiler auf der Grundlage ihrer aktuellen wegweisenden Arbeiten auf diesem Gebiet veranschaulicht.

Um den vielfältigen Herausforderungen, denen wir uns in der altersmedizinischen Versorgung gegenübersehen, zu begegnen, sind kontinuierliche Weiterentwicklungen gefordert. Dem Zusammenführen der zunehmend differenzierten professionellen Kompetenzen, die im Interesse der Kranken – wie in einem Sinfonieorchester – einer feinen Abstimmung

bedürfen, kommt dabei eine überragende Bedeutung zu. Dies betrifft über den immer wieder zitierten „klinischen Alltag“ hinaus auch andere Ebenen, wie z. B. die Aus- und Weiterbildung (z. B. interprofessionelles Lernen; [3, 9]) oder systembezogene Fragen (z. B. sektorübergreifende Versorgung; [10]). Grundlage dafür ist naturgemäß immer eine solide Wissensbasis auf aktuellem Niveau. Wir hoffen, dass es unseren Autorinnen und Autoren gemeinsam mit uns gelungen ist, dazu einen Beitrag zu leisten, und wünschen Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre dieses Themenschwerpunkts.

Korrespondenzadresse

Prof. (apl.) Dr. med. Walter Hewer
Klinikum Christophsbad
73035 Göppingen, Deutschland
walter.hewer@christophsbad.de

Interessenkonflikt. W. Hewer und D. Kopf geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Baierlein F, Masuch J, Gosch M, Singler K (2019) Kunsttherapie in der nichtmedikamentösen Therapie chronischer Schmerzen. *Z Gerontol Geriat* 52:200. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01514-6>
2. DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg) (2019) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2. Aufl. Springer, Berlin
3. Dreier-Wolfgramm A, Michalowsky B, Austrom MG et al (2017) Dementia care management in primary care. *Z Gerontol Geriat* 50:68–77. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1220-8>
4. Henkel K (2020) Bewegung und körperliches Training als Interventionen in der Gerontopsychiatrie. *Z Gerontol Geriat* 53:728–734. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01810-6>
5. Jacobs AH, Emmert K, Baron R et al (2020) Neurogeriatrics—a vision for improved care and research for geriatric patients with predominating neurological disabilities. *Z Gerontol Geriat* 53:340–346. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01734-1>
6. Janssen PL (2004) Berufsgruppen- und methodenintegrierende Teamarbeit in der stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 49:217–226. <https://doi.org/10.1007/s00278-004-0373-2>
7. Kunze H, Auerbach P (1994) Psychiatrie-Personalverordnung: Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis, 2. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
8. Nehen HG (1995) Das geriatrische Team in der Memory-Clinic. *Z Gerontol Geriat* 28:113–117
9. Sauer M, Gönig M, Voigt K et al (2018) Interprofessionelles Multistationen-Hörsaalpraktikum. *Z Gerontol Geriat* 51:903–911. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1353-9>
10. Spannhorst S, Weller S, Thomas C (2020) Stationsäquivalente Behandlung. *Z Gerontol Geriat* 53:713–720. <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01823-1>