

Tagungsbericht: Dialogsymposium - Psychotherapie im Pflegeheim 23. Januar 2015

Psychotherapie kommt in Alten- und Pflegeheimen trotz einer hohen Auftretensrate von Depression und Angststörungen praktisch nicht vor. Am 23. Januar 2015 trafen sich zum ersten Mal in Deutschland 60 eingeladene TeilnehmerInnen zu einem Dialogsymposium, um über Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischer Behandlung im Pflegekontext zu diskutieren. Die Veranstaltung diente auch dem Ziel der Vernetzung von Entscheidungsträgern, Experten und Vertretern von Institutionen aus dem Raum Berlin, sie kamen aus den Bereichen Psychotherapie und psychotherapeutische Ausbildung, Pflege, Altenarbeit und -beratung, Gerontopsychiatrie, Altersmedizin, pflegerische sowie gesundheitliche Versorgung. Gleichzeitig fungierte das Dialogsymposium als Abschlussveranstaltung des durch die Universität Heidelberg initiierten Pilotprojektes „Psychotherapie der Depression im Seniorenheim (PSIS)“, welches in Kooperation mit dem Ausbildungszentrum Berlin der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) durchgeführt wurde.



Die Podiumsdiskussion



Gespräche mit dem Kammervorstand



Organisatorin und Moderator



Die eingeladenene ExpertInnen

Die durch die Robert Bosch Stiftung geförderte Tagung fand in den Räumen und mit Unterstützung der Psychotherapeutenkammer Berlin statt und wurde organisiert von der Diplompsychologin PD Dr. Eva-Marie Kessler vom Netzwerk Altersforschung (NAR) der Universität Heidelberg. Moderator der Veranstaltung war der Diplompsychologe Sebastian Baumann. (Systemische Gesellschaft; Lösungsraum Berlin).

I. Zentrale Ergebnisse der Tagung

Neben den dementiellen Erkrankungen zählen Depressionen zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter – Prävalenzrate von ca. 25-35 Prozent für Bewohner von Pflegeheimen mit und ohne Demenz (nach deutschen Studien)

Es ist dringend notwendig, Pflegeheimbewohnern Zugang zu psychosozialer bzw. psychotherapeutischer Behandlung zu ermöglichen

Es besteht erheblicher Bedarf, innovative Behandlungsansätze zu entwickeln, welche die spezielle Lebenssituation von Pflegeheimbewohnern berücksichtigen

Ergebnisse des Projektes PSIS: ca. ¼ der Bewohner von Pflegeheimen leiden unter Depression - BewohnerInnen mit Depression sind psychotherapiemotiviert und nehmen Angebot von ambulanter Psychotherapie an (50 Prozent) – Hinweise auf Wirksamkeit: 50 Prozent der Patienten weisen nach der Therapie keine Diagnose mehr auf

Die Behandlung von Pflegeheimbewohnern erfordert eine Modifikation der TherapeutInnen-Rolle – Der Fokus liegt auf aktiv-unterstützenden, haltgebenden und strukturvermittelnden Behandlungsmethoden. Für die Zukunft sind vertragliche bzw. gesetzliche Regelungen anzustreben, die eine klare Position von Psychotherapeuten in Pflegeheimen ermöglichen

Verschiedene Modelle psychotherapeutischer Versorgung im Pflegeheim sollten erprobt werden: aufsuchende Psychotherapie durch niedergelassene PsychotherapeutInnen und Ausbildungsambulanzen, PsychotherapeutInnen als Angestellte in Heimen mit erweitertem Aufgabenspektrum, Integrierte Versorgungsprojekte in Kooperation mit Gerontopsychiatrischen Institutsambulanzen und niedergelassenen ÄrztInnen

Nötig ist ein Ausbau der versorgungsbezogenen Forschung für psychotherapeutische Behandlungsangebote in Pflegeheimen durch Krankenkassen

Aufbau eines Netzwerks „Psychotherapie für Alte und Pflegebedürftige“: Vertreter des Ausbildungszentrums Berlin der DGVT, der Caritas Altenhilfe und des St. Joseph-Krankenhauses in Berlin-Weißensee verabreden eine Zusammenarbeit

II. Tagungsbericht

PSIS: Ein Projekt stellt sich vor

Nach einer Begrüßung durch den Präsidenten der Psychotherapeutenkammer Berlin, Michael Krenz, berichtete Frau PD Dr. Eva-Marie Kessler im Hauptreferat über das Pilotprojekt PSIS, *Psychotherapie der Depression im Pflegeheim* und stellte die zentralen Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Auswertung vor. PSIS wurde von der Robert Bosch Stiftung gefördert (Projektleitung: Eva-Marie Kessler; Mitantragsteller: Prof. Andreas Kruse, Prof. Hans-Werner Wahl). Es ist das erste Projekt dieser Art in Deutschland, Kooperationspartner ist das Ausbildungsinstitut der DGVT Berlin (Monika Basqué, Institutsleiterin). PSIS ist ein aufsuchender psychotherapeutischer Dienst für PflegeheimbewohnerInnen mit Depression in Berliner Pflegeheimen. Die Studie, initiiert von der Universität Heidelberg, lief zwischen 2012 und 2014 in acht Berliner Heimen der Caritas Altenhilfe (Roscha Schmidt, Leiterin Qualitätsmanagement). Sechs Diplompsychologinnen in fortgeschrittener Verhaltenstherapie-Ausbildung beim DGVT-Ausbildungszentrum Berlin realisierten den aufsuchenden Dienst im Rahmen der regulären Gesundheitsversorgung. PSIS wurde 2014 mit dem Theo-und-Friedl Anerkennungspreis für Altersmedizin ausgezeichnet.

Psychotherapie in Pflegeheimen ist eine dringende Notwendigkeit – darauf weist eine Vielzahl empirischer Studien hin. Denn Bewohner von Pflegeheimen haben eine erhöhte Prävalenzrate von 25 bis 35 Prozent an Depressionen. Gleichzeitig weisen nur maximal 60 Prozent der Pflegeheime in Deutschland eine regelmäßige gerontopsychiatrische Versorgung auf. Psychotherapie kommt quasi nicht vor. Und nur die Hälfte der Ausbildungsinstitute bietet Kurse in Alterspsychotherapie an. Es waren diese Zahlen, die den Anstoß für Dr. Kessler und ihr Team gaben, das Pilotprojekt PSIS zu wagen. Sehr alte und pflegebedürftige Menschen sollten daher, betonte Dr. Kessler, nicht trotz, sondern wegen ihres Alters und der damit einhergehenden erheblichen körperlichen, psychologischen und sozialen Herausforderungen im Fall einer psychischen Erkrankung einen Anspruch auf Psychotherapie haben. Gleichzeitig konnte PSIS in Zusammenarbeit mit einem Ausbildungsinstitut für Psychologische PsychotherapeutInnen eine wichtige Maßnahme anbieten, um die Behandlungsqualifikation für diese wachsende Patientengruppe zu verbessern.

Psychotherapie im Pflegeheim

In einem aufwendigen Prozess wurden mit 275 noch gesprächsfähigen Bewohnern der Caritas-Heime psychodiagnostische Interviews geführt. Knapp ein Viertel litt unter einer unipolaren depressiven Störung oder Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen. Von diesen 60 verbliebenen Bewohnern war die Hälfte für psychotherapeutische Vorgespräche motiviert. Dies ist ein überraschendes Ergebnis, weil man allgemein bei alten Menschen eine ablehnende Einstellung gegenüber Psychotherapie vermutet. 22 Patienten konnten schließlich eine reguläre Verhaltenstherapie beginnen, die ermutigend endete: Elf der Patienten hatten keine Diagnose mehr und vier waren teilremittiert.

Ein weiteres Ergebnis der qualitativen Auswertung von PSIS: Psychotherapie in Pflegeheimen erfordert es, die Therapeutenrolle aber auch die therapeutische Schwerpunktsetzung zu verändern. Dies ergab die qualitative Analyse einer Gruppendiskussion am Ende der Therapien, bei der sechs PSIS-Therapeutinnen und zwei Supervisorinnen sich über ihre therapeutischen Erfahrungen austauschten. Die Therapeutinnen nahmen danach eine aktiv-unterstützende therapeutische Rolle ein. Im Mittelpunkt der Therapien standen Engagement und Nähe fördernde Elemente. Bei den klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden der Depressionsbehandlung setzten die Therapeutinnen andere Schwerpunkte. So war es in Bezug auf Aktivitätsaufbau notwendig, Patienten aktiver beim Planen, Vorsorgen und Umsetzen zu unterstützen. Beim sozialen Kompetenztraining verlagerten sie die Gewichtung auf operante Verfahren der sozialen Verstärkung und des Fungierens als Verhaltensmodell. Kognitive Umstrukturierung geschah eher als Einladung zur Selbstreflexion und in Form gespiegelter Äußerungen. Inhaltlich ging es in den Therapien häufig darum, sozioemotionaler Deprivation entgegenzuwirken, Unsicherheiten aufzuheben und den Alltag zu normalisieren sowie praktische Probleme zu lösen – Aufgaben, die teilweise durch den hohen Grad der Gebrechlichkeit der Patienten, aber auch durch die unzureichende Pflegesituation und soziale Integration der Patienten verursacht wurden. Die Therapeutinnen sahen sich in der Gefahr, „Rundumtherapeuten“ für die Patienten und Akteure der Institution zu werden. Weil die Therapeutinnen immer wieder die eigene Rolle überprüfen und sich auch gegenüber anderen Berufsgruppen im Heim abgrenzen mussten, sind für die Zukunft klare vertragliche bzw. gesetzliche Regelungen anzustreben.

Tiefenpsychologische Therapie: Existenzielle Themen bearbeiten

Dr. med. Reinhard Lindner von der Medizinisch-Geriatriischen Klinik Albertinen-Haus in Hamburg stellte dann ein Projekt mit psychoanalytischem Hintergrund vor. Auch er zog in seinem Referat *Erfahrungen in der aufsuchenden tiefenpsychologischen Psychotherapie mit Hochaltrigen* ein positives Fazit: Die Therapie kann funktionieren, wenn bestimmte Bedingungen beachtet werden. Dr. Lindner behandelte sieben zum Teil schwerkranke Patienten, die entweder im Heim oder noch zu Hause lebten, mit einer Kurzpsychotherapie, wobei die Anzahl der Sitzungen zwischen vier und 21 schwankte. Alle Patienten waren aufgrund ihres körperlichen Zustandes nicht oder nur mit großer Anstrengung in der Lage, einen Therapeuten aufzusuchen. In seiner explorativen Untersuchung stellte Dr. Lindner fest, dass mit psychodynamischer Therapie eine ich-stützende Haltung erreicht werden kann. In gewissen Grenzen ist eine klärende, konfrontierende Arbeit möglich sowie die Deutung, auch Traumdeutung, von unbewussten Vorgängen. Mit diesen Methoden können sich Patienten mit den sehr bedrohlich empfundenen Themen des Lebensendes auseinandersetzen wie Suizidalität, Angst vor dem Tode, körperlichem Leiden und Schmerzen und der Erfahrung, immer mehr Autonomie zu verlieren.

Aufsuchende Psychotherapie stürzt den Therapeuten in Rollenprobleme, die therapeutische Beziehung verändert sich dadurch ebenfalls. So wird er zum Beispiel bei Betreten des Zimmers „überschwemmt von allen möglichen Eindrücken wie von Gerüchen, Radiomusik und vielen Bildern an den Wänden“, die eine therapeutische Distanz erschweren. Das veränderte Setting fordert die therapeutische Kompetenz heraus. Weil aufsuchende Richtlinien-Psychotherapie für Ältere noch sehr selten ist, kaum beschrieben und noch weniger empirisch untersucht ist, forderte Dr. Lindner daher weitere Untersuchungen, besonders zu Indikation und Wirksamkeit.

Juristische Leitplanken: Chancen und Grenzen einer aufsuchenden Psychotherapie

Psychotherapie im Alten- und Pflegeheim ist in den allermeisten Fällen nur durch einen aufsuchenden Dienst praktikabel, weil es hochbetagten Menschen aufgrund ihres körperlichen und kognitiven Zustandes sehr schwer fällt, in die Praxis eines Therapeuten zu kommen. In seinem Vortrag erörterte Rechtsanwalt Dr. Thomas Willaschek, Fachanwalt für Medizinrecht von der Kanzlei Dierks und Bohle in Berlin, die rechtlichen Möglichkeiten einer aufsuchenden Psychotherapie. Sie kann zunächst

Psychotherapie im Pflegeheim

einmal durch Vertragsärzte/Vertragspsychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen. Allerdings schreibt § 1 Abs.4 der Psychotherapie-Vereinbarung vor, dass eine Psychotherapie grundsätzlich in den Praxisräumen des Therapeuten erfolgen muss. Dazu zählen auch eine Zweigpraxis und eine ausgelagerte Praxisstätte. Wer jedoch eine Zweigpraxis in einem Heim eröffnen will, hat einige Hürden zu überwinden. Denn die KV muss sie genehmigen, u.a. ist Voraussetzung, dass die Versorgung der Versicherten am Vertragssitz nicht beeinträchtigt ist. Dr. Willaschek wies hier auf eine unterschiedliche Genehmigungspolitik in den Bundesländern hin, so lehnt die KV in Berlin Anträge für eine Zweigpraxis ab.

Dagegen wäre die ausgelagerte Praxis nur anzeigepflichtig. Der Betrieb ist jedoch nur mit Einschränkungen möglich: Eine Sprechstunden-Tätigkeit ist nicht gestattet, auch der so wichtige Erstkontakt mit Patienten ist nicht erlaubt, die Hauptpraxis muss innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein.

Auch Psychotherapeuten in Ausbildung können eine aufsuchende Psychotherapie erbringen, soweit diese von der Ermächtigung ihrer Ausbildungsstätte gedeckt ist. Eine Voraussetzung ist unter anderem, dass die Behandlung der Heimpatienten notwendiger Teil der praktischen Ausbildung und in den Räumen der Ausbildungsstätte nicht möglich ist. Diesen Weg verfolgte auch das Pilotprojekt PSIS, bei dem die Krankenkassen alle Anträge auf Psychotherapie genehmigt hatten.

Eine weitere Option, die in Zukunft stärker genutzt werden sollte, sind Kooperationsverträge nach § 119 b Abs.1 SGB V. Nach dieser Regelung können stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten abschließen. Ärzte und Psychotherapeuten erhalten vom Zulassungsausschuss sogenannte persönliche Ermächtigungen, die Versorgungslücken in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung schließen sollen.

Ansonsten sind Heimbesuche möglich bei bettlägerigen Patienten oder solchen, die zum Beispiel wegen Angstzuständen das Heim nicht verlassen können. Besuche müssen bei der Krankenkasse beantragt werden. In genehmigten Fällen werden grundsätzlich Wegpauschalen und Besuchsleistungen erstattet, allerdings existiert auch hier eine unterschiedliche Handhabung in den einzelnen Bundesländern.

Weitere Wege: Institutsambulanz und eigene Praxis im Heim

Psychotherapie im Pflegeheim

Ein anderer Zugangsweg kann sich über die Institutsambulanz eines Krankenhauses eröffnen. Prof. Dr. med. Frank Godemann von der Klinik für Seelische Gesundheit im Alter und Verhaltensmedizin im St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weissensee, berichtete in seinem Referat *Psychotherapeutische Behandlung im Rahmen eines integrierten gerontopsychiatrischen Behandlungsansatzes* über ein Projekt, das in der ersten Hälfte des Jahres 2015 starten soll. Geplant sind aufsuchende Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapien bei an Depression erkrankten Heimbewohnern im Rahmen der Institutsambulanz und eventuell auch über eine ambulante Psychotherapie. Das Krankenhaus St. Joseph begleitet in seinem Versorgungsbezirk regelmäßig etwa 16 Pflegeheime. Fachärzte des Krankenhauses können daher das Screenig von geeigneten Patienten vornehmen. Unklar ist zurzeit noch, ob eine gemischte Finanzierung, also gleichzeitig über Institutsambulanz und ambulanter Psychotherapie, möglich ist.

Für die bei PSIS arbeitenden Therapeutinnen verantwortlich war als Ausbildungsleiterin Diplompsychologin Monika Basqué vom Ausbildungsinstitut der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie in Berlin. Sie berichtete zunächst über ihre Erfahrungen mit den Therapeutinnen in Ausbildung, die mit viel Engagement und Herzblut PSIS begleitet haben. Im Gegensatz zu manchen Befürchtungen zeigten sich die junge Therapeutinnen als „offen, nicht festgefahren und sich in Frage stellend“. Intensive Prozesse in den Supervisionen unterstützten die Therapeutinnen während der Behandlungen. In ihrem Referat *Möglichkeiten psychosozialer Versorgung im Pflegeheim* wies Frau Basqué darauf hin, dass das Antragsverfahren für Klienten in Pflegeheimen ungeeignet ist. Ein besseres Versorgungsmodell könnten Verträge zur integrierten Versorgung sein, die auch bei der Behandlung psychischer Störungen zunehmend eingesetzt werden. Neben einzeltherapeutischen und gruppentherapeutischen Interventionen sind Trainings und interdisziplinäre psychosoziale Unterstützungsangebote notwendig. Sinnvoll ist, das Heim mehr in die Gemeinde zu öffnen. Psychotherapeuten könnten zu dieser Öffnung beitragen, indem sie ihre Praxen direkt in Heimen eröffnen, intensiver im Rahmen von Gemeinschaftspraxen mit anderen Therapierichtungen (Ergo-, Sozio, Physio-Therapeuten etc.) zusammenarbeiten und sich so vernetzen.

Die Rolle von *PsychotherapeutInnen als Akteursgruppe im Pflegeheim* beleuchtete in ihrem Referat auch Diplom-Psychologin Doreen Röseler, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwigs-Krankenhaus und Vorstandsmitglied in

der Psychotherapeutenkammer Berlin. Psychotherapeuten direkt vor Ort, ob als Angestellte des Heims oder mit eigener Praxis im Heim könnten Bewohner regelmäßig und flexibel psychotherapeutisch versorgen. In Anlehnung an frühere Modellprojekte sollten dringend neue Projekte auf den Weg gebracht werden. Denkbar wären zum Beispiel Angestellte, die ähnlich wie ein schulpyschologischen Dienst tätig sind, also keinen Behandlungsauftrag haben, aber beratend, begleitend und diagnostisch arbeiten oder bei einem Träger angestellt sind, um mehrere Einrichtungen vor Ort betreuen zu können. Um psychotherapeutische Angebote regulär in Pflegeheimen zu verankern, braucht es neue, kreative Ideen, politische und wissenschaftliche Unterstützung und vor allem Bündnis- und Kooperationspartner, um die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Diskussionen: Für und wider

Nach jedem Referat konnten die TeilnehmerInnen des Symposiums Fragen stellen, es kamen lebhaft Diskussionen in Gange. Sind Psychotherapien wirklich nötig, wenn Hochbetagte vor allem Menschen brauchen, die mit ihnen reden? Bei ehrenamtlich Tätigen sei die Distanz oftmals nicht so groß wie zu professionellen Helfern. Eine Rolle spiele auch die Meinung vieler alter Menschen, die eine Psychotherapie ablehnen würden, weil das doch eine Sache für „Verrückte“ sei. Und liegt nicht die Wurzel des Problems in der defizitären Heimstruktur, so dass mehr Personal und eine bessere Pflege auch mehr Zeit für Gespräche und Prävention erlauben würde? Ehrenamtliche und Psychotherapie dürfe man aber nicht gegeneinander ausspielen, erklärten andere TeilnehmerInnen, beide Angebote seien für Alten- und Pflegeheime wichtig. Psychotherapie im Pflegeheim wird aber wahrscheinlich ihren Charakter verändern, der Schwerpunkt verlagert sich auf eine aktive, unterstützende und strukturierende Funktion. Angesprochen wurde auch das Problem der Psychopharmaka, deren Einsatz immer noch zunimmt und eine wirksame Psychotherapie erschwert. Ein weitere Frage, die erörtert wurde: In gleicher Weise, wie Psychologen in Kinder- und Jugendheimen fester Bestandteil des Personals sind, müssen sie auch in Pflegeheimen ihren Platz finden.

Podiumsdiskussion: Versorgungsformen entwickeln

In einem Punkt waren sich die TeilnehmerInnen der Podiumsdiskussion *Psychotherapie im Pflegeheim – Wie können innovative Versorgungsformen weiterentwickelt werden?*

einig. Letztlich ist es eine gesundheitspolitische Entscheidung, eine gute psychotherapeutische Versorgung in Pflegeheimen herzustellen. Professor Dr. Armin Kuhr vom Institut für Beratung und Therapie in Dinklar betonte die Notwendigkeit, die getrennten Bereiche des Gesundheitssystems aufzubrechen, um wesentliche Verbesserungen zu erreichen. Eine Industrialisierung des Gesundheitssystems wie in den USA mit einer in der Spitze guten, in der Breite aber schlechten Versorgung müsse auf jeden Fall verhindert werden. Einen ersten Schritt in die richtige Richtung zeigen Modellprojekte und –verträge, die auch auf Pflegeheime übertragbar sind. Ein Beispiel ist der Versorgungsvertrag für Depressions- und Burn-out-Patienten, den die KV Niedersachsen mit der AOK des Bundeslandes geschlossen hat. Er wolle, so Professor Kuhr, prüfen, ob ein vergleichbarer Vertrag auch für Heime möglich wäre. Ein anderes Modellprojekt, ein Jugendheim in Hildesheim, beschäftigt gut ausgebildete Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung. Warum sollte eine ähnliche Konstruktion nicht auch in Alten- und Pflegeheimen möglich sein? Marius Greuß vom Netzwerk integrierte Gesundheitsversorgung Pinel in Berlin berichtete über die Entstehungsgeschichte des Projekts, dem es über die Jahre gelungen ist, mit Hilfe von weiteren Trägern und Initiativen psychisch erkrankte Menschen im betreuten Wohnen zu begleiten und Klinikaufenthalte zu verhindern. Vielleicht ein Vorbild für ein Netzwerk Psychotherapie im Pflegeheim? Die akademische Psychotherapie „greife zu kurz“, um benachteiligte Gruppen zu versorgen, gab Monika Basqué zu bedenken. Nötig seien neue therapeutische Ansätze, wissenschaftliche Forschungen und Forderungen an die Politik. Krankenkassen sind ihren Erfahrungen nach jedoch durchaus kooperationsbereit. Bei PSIS wurden zum Beispiel auch Anträge von über 90-jährigen Bewohnern bewilligt. Roscha Schmidt, Bereichsleiterin Qualitätsmanagement der Caritas Altenhilfe Berlin, berichtete über die positiven Reaktionen der PflegerInnen auf die PSIS Therapeutinnen. „Gehen Sie auf die Einrichtung zu, dann schaffen wir eine Basis für vertragliche Rahmenbedingungen“, forderte sie insbesondere die PsychotherapeutInnen im Publikum auf.

Ausblick und Abschluss: Der Anfang ist gemacht

Trotz aller Hürden und Schwierigkeiten, die an diesem Tag zur Sprache kamen, blickten die TeilnehmerInnen optimistisch in die Zukunft: Mit einem Netzwerk der verschiedenen „Hilfssysteme“, also Pflege, Gerontopsychiatrie, Gesundheitsversorgung, Altenberatung usw. kann es gelingen, die psychische Gesundheit und Lebensqualität von

Psychotherapie im Pflegeheim

älteren Menschen mit Depression und Angststörungen in Pflegeheimen zu verbessern. Es wurden Adressen ausgetauscht, Teilnehmerlisten verschickt und einige TeilnehmerInnen verabredeten eine nähere Zusammenarbeit wie zum Beispiel die anwesenden Vertreter der DGVT, der Caritas Altenhilfe und des St. Joseph-Krankenhauses in Berlin-Weißensee.

Organisatorin:

PD Dr. Eva-Marie Kessler, Universität Heidelberg Netzwerk Altersforschung und Psychologisches Institut, kessler@nar.uni-heidelberg.de; Bergheimer Strasse 20; 69115 Heidelberg; 0177 324 60 18

ReferentInnen:

Dipl.-Psych. Monika Basqué, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT Berlin), m.basque@dgvt-berlin.de

PD Dr. med. Frank Godemann, St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee, f.godemann@alexius.de

PD Dr. med. Reinhard Lindner, Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, lindner@uke-uni-hamburg.de

Dipl.-Psych. Doreen Röseler, Psychotherapeuten-Kammer Berlin, droseler@zedat.fu-berlin.de

Podiumsdiskussion:

Prof. Dr. Armin Kuhr, Institut für Beratung und Therapie, Dinklar; Vorstand Psychotherapeutenkammer Berlin), kuhr.b@t-online.de

Katrin Falk, Institut für Gerontologische Forschung, Berlin, falk@igfberlin.de

Roscha Schmidt, Caritas Altenhilfe GGmbH Berlin, r.schmidt@caritas-altenhilfe.de

Marius Greuèl, Netzwerk integrierte Gesundheitsversorgung Pinel, Berlin, Marius.Greuel@nig-pinel.de

Dipl.-Psych. Julia Michel, Ausbildungsinstitut der (DGVT) Berlin, jumami@gmx.de