

19. Februar 2007

Konzeptionelle Überlegungen zur Versorgungssituation von alten Menschen mit psychischen Störungen

Die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat sich ausführlich mit der Versorgungssituation von alten und hochbetagten Menschen mit psychischen Problemen beschäftigt. Epidemiologische Studien bestätigen übereinstimmend einen erheblichen Anteil von Menschen im höheren Lebensalter mit ernsthaften psychischen Störungen.

Am häufigsten treten dementielle Störungen auf: Bei 5% der über 65-Jährigen und 20% der über 80-Jährigen liegt eine Demenz vor. Bei 5-10% der über 65-Jährigen liegt eine schwere Depression vor, weitere 20% weisen andere depressive Störungen auf, einschließlich subsyndromaler Depressionen. Angststörungen treten bei 5-10% auf. Die Suizidalität ist doppelt so hoch wie bei jüngeren Menschen und liegt bei 40 pro 100.000 Einwohner. Insgesamt sind rund 25% aller über 65-Jährigen von psychischen Störungen betroffen (Maercker, 2003). In Pflegeheimen liegen die Prävalenzen für psychische Störungen bei bis zu 80% (Meng, 2006).

Die zahlenmäßig stärkste Gruppe von Leistungserbringern zur Versorgung alter Menschen mit psychischen Störungen ist die der pflegenden Angehörigen – häufig selbst über 65 Jahre alt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2001; Statistisches Bundesamt, 2005). Die oft jahrelange Pflege führt nicht selten zu körperlichen und seelischen Gesundheitsbelastungen und sozialer Isolation.

Diese Daten spiegeln den hohen Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung von alten Menschen (und ihren pflegenden Angehörigen) wieder. Wissenschaftlich evaluierte und in der Praxis erprobte Behandlungskonzepte und -methoden stehen zur Verfügung (Erlemeier, 2004; Maercker, 2003). Auch die Bereitschaft alter Menschen, sich einer psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen, ist am wachsen.

Die psychotherapeutische Versorgungssituation älterer Menschen ist jedoch mangelhaft. In ambulanten psychotherapeutischen Praxen liegt der Anteil der über 60-Jährigen bei nur 0,2-2% (Heuft et al., 2000). In vielen geriatrischen Kliniken werden Psychologen in die Behandlung miteinbezogen, jedoch meist nur für die neuropsychologische Diagnostik und nur in Ausnahmefällen zur psychotherapeutischen Behandlung. Eine psychotherapeutische Unterstützung in Pflegeheimen oder eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten findet praktisch nicht statt (Peters, 2006).

Zielsetzungen von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation älterer Menschen mit psychischen Störungen sind in der Regel:

- die Hemmschwelle zum Umgang mit psychischen Störungen zu vermindern – in der Bevölkerung, bei Angehörigen und Pflegekräften sowie auch bei Psychotherapeuten und Ärzten,
- die Kompetenz zur Früherkennung psychischer Störungen bei Angehörigen, Pflegekräften sowie Haus- und Fachärzten zu verbessern,
- die Kompetenz zur Behandlung psychischer Störungen bei Haus- und Fachärzten und Psychotherapeuten zu verbessern,
- das Angebot fachlich qualifizierter Versorgungsinstitutionen zu verbessern,
- die Kompetenz zum Umgang mit Menschen mit psychischen Störungen bei Angehörigen und Pflegekräften zu verbessern,
- die Vernetzung der verschiedenen Behandler zu verstärken,
- Unterstützung der oft isolierten Angehörigen.

Vor diesem Hintergrund lassen sich eine Reihe von **prioritären Handlungsfelder und Forderungen** formulieren:

1. Durch Öffentlichkeitsarbeit und gezielte Aufklärung und Information von Betroffenen und pflegenden Angehörigen sollte die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Psychotherapie herabgesetzt werden, damit notwendige Behandlungen begonnen bzw. frühzeitiger eingeleitet werden.

2. Die Fachkompetenz von Haus- und Fachärzten zur Erkennung psychischer Störungen im Alter sowie zur fachgerechten Vermittlung bzw. Erstbehandlung sollte verstärkt werden durch regelmäßige Weiterbildung.
3. Für Psychotherapeuten/Psychologen sollten Fortbildungsangebote zum Aufbau alterspsychotherapeutischer Kompetenzen (altersspezifische Modifikationen der Behandlungstechnik, -modelle, -theorien) angeboten werden.
4. Für ambulante und stationäre Pflegedienste/-kräfte sollten Supervisions-/Unterstützungskonzepte weiter ausgebaut und finanziert werden.
5. Regionale Angebote zur Unterstützung pflegender/betreuender Angehöriger (Gruppenangebote, Einzelberatung, Selbsthilfegruppen) sollten verstärkt werden (wie im Rahmen der „Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin“ [www.projekt-ida.de] oder dem „Bayerischen Netzwerk Pflege“ des Bayerischen Sozialministeriums).
6. Die Vernetzung aller an der Behandlung und Pflege Beteiligten sollte standardisiert werden, im Sinne von Case-Management.
7. Gerontopsychotherapeutische Anlaufstellen sollten geschaffen werden.
8. Für Senioren- und Pflegeheime sollte es zum Mindeststandard gehören, dass ein vertraglich vereinbarter psychologisch/psychotherapeutischer Konsil-/Liaisondienst geregelt ist, der sowohl regelmäßiger Ansprechpartner für „Problemfälle“ sein kann (Konsilfunktion), als auch darüber hinaus regelmäßige planbare Zusammenarbeit mit den Stationsmitarbeitern sucht und „pflegt“ (Liaisonfunktion), um auf diese Weise durch Supervision und Teamarbeit die Fachkompetenz der Pflegekräfte, ihre Sensibilität für Problempatienten und ihre Fähigkeit zur Erstintervention zu unterstützen.
9. Abrechnungsmöglichkeiten für psychosoziale Unterstützung auch im Rahmen der Pflege sollten geschaffen werden.

Je nach Sektor sind es andere **Ansprechpartner/Institutionen, die für Verbesserungen** der Versorgungssituationen zuständig sind:

Stationär: Krankenhäuser, Psychiatrien, Alten- und Pflegeheime

- Krankenkassen bzw. Pflegekassen (Rehabilitationsbedarf/Psychotherapiebedarf, der bei einer Pflegebegutachtung registriert ist, sollte als Handlungsanlass verstanden werden)
- Landespolitik (Krankenhausbedarfsplanung, Psychiatrieplanung, Landespflegeausschuss ¹)
- Bundespolitik (Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität - Qualitätsprüfungs-Richtlinien, QPR ²)
- Haus- und Fachärzte/Ärzttekammer/Kassenärztliche Vereinigung (Fortbildungsvorgaben für Haus- und Fachärzte)
- Pflegeberufe (Inhalte der Aus- und Fortbildung, Qualitätsstandards für berufliche Tätigkeit/Kompetenz)

Ambulant: niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Angehörige, ambulante Pflegekräfte

- Haus- und Fachärzte/Ärzttekammer/Kassenärztliche Vereinigung (Fortbildungsvorgaben für Haus- und Fachärzte)
- Psychotherapeuten/Psychotherapeutenkammern (Fortbildungsvorgaben für Psychotherapeuten)
- Pflegeberufe (Inhalte der Aus- und Fortbildung, Qualitätsstandards für berufliche Tätigkeit/Kompetenz)

¹ Der Landespflegeausschuss ist ein für das Gebiet des Freistaats Bayern eingerichtetes Gremium zur Beratung über Fragen der Finanzierung und des Betriebs von Pflegeeinrichtungen. Er kann hierzu Empfehlungen abgeben (§ 92 SGB XI).

² Die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen beschlossenen neuen Richtlinien für künftige Qualitätsprüfungen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen wurden vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt und sind zum 1.1.2006 in Kraft getreten.

- Angehörige von Betroffenen, „Öffentlichkeit“, speziell Meinungsbildner und Schlüsselpersonen (Unterstützung pflegender Angehöriger, Abbau von Informationsdefiziten).

Die Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sieht es als ihre Aufgabe an, diesen Prozess mit anzustoßen und gegebenenfalls zu begleiten.

Weiterführende Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001). *Dritter Altenbericht. Stellungnahme der Bundesregierung. Bericht der Sachverständigenkommission.* Autor.
- Erlmeier, N. (2004). Alterspsychotherapie - Eine Standortbeschreibung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17, 207-213.
- Förstl, H. (2003). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 11-26). Stuttgart: Thieme.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2000). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie* München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Maercker, A. (Hrsg.) (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* Stuttgart: Springer.
- Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie. Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. *Psychotherapeut*, 48, 132-149.
- Meng, K (2006). Psychologische Intervention/Psychotherapie im Alter. Vortrag bei der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. München, 02.02.2006.
- Peters, M. (2006). *Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Statistisches Bundesamt (2005). *Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse* Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Zank, S. (2004). Psychotherapie im Alter. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36, 779-788.

Kontakt:

PTK Bayern
Karin Welsch
St. -Paul- Straße 9
80336 München