

**Bericht der AG Psychiatrie der AOLG „Psychiatrie in
Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspekti-
ven“ – Schwerpunkt Gerontopsychiatrie**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
07.09.2011**

Allgemeine Anmerkungen

Derzeit fehlen systematische Untersuchungen zum Behandlungsbedarf und zur Versorgungssituation psychisch kranker älterer und alter Menschen. Die verfügbaren Daten deuten allerdings darauf hin, dass psychisch kranke alte Menschen häufig unter- oder fehlversorgt sind. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt es deshalb ausdrücklich, dass sich die AG Psychiatrie in dem vorliegenden Bericht mit dem Schwerpunktthema „Optimierung von Strukturen und Leistungsangeboten im Bereich Gerontopsychiatrie“ befasst und insbesondere auch das Thema „Medikamentenabhängigkeit im Alter“ aufgreift.

Im Bericht wird an verschiedenen Stellen (siehe z. B. Seiten 8 und 9) von „gerontopsychiatrisch Erkrankten“, „gerontopsychiatrischen Syndromen“, „gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern“, „psychiatrischer Komorbidität“ oder „psychiatrisch bedeutsamen Störungen“ gesprochen. Die Verwendung des Begriffs „gerontopsychiatrisch“ im Zusammenhang mit Störungen, Syndromen oder Erkrankungen ist missverständlich. Der Begriff „gerontopsychiatrisch“ wird häufig mit Erkrankungen verbunden, die mit Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten einhergehen. Neben Demenzen bilden jedoch depressive Störungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen und somatoforme Störungen zusammen die Gruppe der häufigsten psychischen Störungen bei alten Menschen, wie dies auch im vorliegenden Bericht festgestellt wird. Die BPTK schlägt vor, sich an der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel F)“ zu orientieren und grundsätzlich von **psychischen** Störungen, Syndromen, Erkrankungen oder Komorbiditäten zu sprechen.

Überblick über die aktuelle Situation

Bei der Auflistung der Versorgungsangebote wird insbesondere bei den teilstationären und stationären Angeboten auf das psychiatrische Fachgebiet fokussiert. Dies vernachlässigt, dass es mittlerweile auch in vielen Psychosomatischen Krankenhäusern und Fachkliniken spezifische Behandlungsangebote für Menschen ab 65 Jahre gibt. Wir regen daher an, die Auflistung entsprechend zu ergänzen.

Zielgruppen und Handlungsempfehlungen

Als Zielgruppen des vorliegenden Berichts werden vier verschiedene, zahlenmäßig bedeutsame Patientengruppen genannt. Dies sind zum einen ältere und alte Menschen mit depressiven Störungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Angst- und somatoformen Störungen und zum anderen Patienten mit demenziellen Erkrankungen. Weiterhin wird die Gruppe der Patienten mit komorbid auftretenden Suchterkrankungen, insbesondere Medikamentenabhängigkeit, und die zahlenmäßig vergleichsweise kleine Gruppe der alt gewordenen, chronisch psychisch kranken Menschen genannt.

Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten der genannten Erkrankungen unterscheiden sich in wesentlichen Punkten, was zu unterschiedlichen Behandlungs- und Versorgungsbedarfen führt. Bei Demenzen sowie anderen psychischen Erkrankungen mit schweren Beeinträchtigungen ist die zunehmende krankheitsbedingte Hilfs- und Pflegebedürftigkeit von zentraler Bedeutung, bei den anderen Patientengruppen jedoch eher nachrangig. Demzufolge unterscheiden sich auch die Behandlungsbedarfe der Patienten. Während Patienten mit Demenz bzw. anderen psychischen Erkrankungen mit schweren Beeinträchtigungen und ihre Angehörigen im Besonderen auch pflegerische und psychosoziale Angebote benötigen, liegt für die anderen Patientengruppen der Schwerpunkt von Versorgungsnotwendigkeiten auf einer angemessenen ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung. Gerade diese Patienten haben – eine entsprechende Behandlung vorausgesetzt – eine gute Heilungsprognose. Zu diesem Schluss kommt auch der Bericht unter der Darstellung der Besonderheiten der einzelnen Zielgruppen.

Die im Bericht benannten Handlungsempfehlungen und Handlungsfelder konzentrieren sich jedoch hauptsächlich auf Versorgungsdefizite und Ansätze zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit demenziellen Erkrankungen. Hier werden umfassend und differenziert Maßnahmen, wie beispielsweise die Etablierung gerontopsychiatrischer Verbände, die Entwicklung von Komplexleistungen oder der Ausbau von Demenzberatungsstellen, beschrieben.

Aus Sicht der BPtK wäre es sinnvoll, die Handlungsempfehlungen um Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Versorgung der anderen Patientengruppen zu ergänzen, die eher ärztlich und psychotherapeutisch orientierte Behandlungsangebote benötigen. Wir regen daher an, die folgenden Punkte zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von psychisch kranken Menschen über 65 Jahren zu diskutieren.

- **Ergänzung von „4.2 Besonderheiten einzelner Zielgruppen“ um Zahlen zur psychotherapeutischen Versorgung älterer und alter Menschen**

Zur Inanspruchnahme von Psychotherapie im Alter liegen keine systematischen Untersuchungen vor. Verschiedene Untersuchungen stützen jedoch die Annahme, dass der Anteil alter Menschen, der derzeit psychotherapeutisch behandelt wird – im Gegensatz zu den hohen Prävalenzraten psychischer Störungen und dem hohen Psychopharmakagebrauch im Alter –, gering ist. Eine von der Psychotherapeutenkammer Berlin in Auftrag gegebene Überblicksarbeit zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von älteren Menschen aus dem Jahr 2005 fasst die Ergebnisse verschiedener Studien zusammen¹. Demnach liegt der Anteil von Patienten, die 65 Jahre und älter sind, in psychotherapeutischen Praxen zwischen 0,2 und 2 Prozent. Studien, die auch die Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen einschließen, kommen zu etwas höheren Anteilen dieser Patienten in psychotherapeutischen Praxen von bis zu fünf Prozent. In der Altersgruppe der über 70-Jährigen, bei denen eine Depression diagnostiziert wurde, befand sich kein Patient in psychotherapeutischer Behandlung.

Auch aktuellere Krankenkassendaten stützen die Annahme, dass die psychotherapeutische Behandlungsrate von alten Menschen niedrig ist. Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zeigen, dass vor allem Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene im mittleren Lebensalter bis zu 60 Jahren Psychotherapie in Anspruch nehmen². Der Anteil psychotherapeutischer Behandlungen liegt nach den Daten des GEK-Arzneimittelreports bei Versicherten mit einer Depressionsdiagnose bei 1,27 Prozent aller Versicherten und spielt bei Versicherten im höheren Lebensalter so gut wie gar keine Rolle³.

Auch der 6. Altenbericht der Bundesregierung zeigt, dass die Häufigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung mit zunehmendem Alter deutlich abnimmt. Schon die 60- bis 69-Jährigen sind mit einem Anteil von etwa 5,2 Prozent an allen Patienten in Deutschland erheblich unterrepräsentiert. Bei den Menschen über 70 Jahre erhält nur noch einer von Hundert eine Psychotherapie (1,3 Prozent)⁴.

- **Ergänzung von „5.2 Handlungsfelder“ um Anmerkungen zum Behandlungsangebot in der Gerontopsychiatrie**

Im vorgelegten Bericht wird richtigerweise zwischen

- psychischen Störungen, die im Zusammenhang mit dem Alterungsprozess stehen bzw. vorwiegend im Alter auftreten, wie z. B. Demenzen,
- Störungen wie z. B. Depressionen, die sowohl jüngere als auch ältere Menschen treffen können, im Alter aber eine besondere Qualität haben können und
- Erkrankungen mit chronischen Verläufen, wie z. B. insbesondere bei schizophrenen Erkrankungen oder bei langjährigem Alkoholabusus (Korsakow)

unterschieden. In der noch heute gültigen Personalverordnung für die Psychiatrie (Psych-PV)⁵ von 1990 orientiert sich die Personalbemessung in der Gerontopsychiatrie jedoch weitgehend an psychischen Störungen, die im Zusammenhang mit dem Alterungsprozess entstehen. Dies wird am Verhältnis der Minutenwerte für Ärzte und Psychologen gegenüber der Pflege deutlich. Die Pflege hat im Bereich der Gerontopsychiatrie einen deutlich höheren (+72 Prozent), Ärzte und Psychologen einen deutlich geringeren (-11 Prozent) Minutenwert als in der Allgemeinpsychiatrie. Die Grundannahme hinter dieser Personalbemessung für die Gerontopsychiatrie ist, dass alte Menschen mehr Pflegeleistungen und weniger Behandlungsleistungen benötigen. Diese Annahme war schon zur Zeit der Entstehung der PsychPV falsch. Heute ist auch empirisch belegt, dass psychische Erkrankungen im Alter erfolgreich behandelt werden können (siehe z. B. Forstmeier und Maercker, 2008⁶).

Die Altersgrenzen für eine Aufnahme in der Gerontopsychiatrie liegen in der Regel zwischen 55 und 65 Jahren. Wer alt ist, ist jedoch nicht notwendigerweise

gleichzeitig pflegebedürftig, auch wenn dies im Alter möglicherweise häufiger anzutreffen ist. Es erscheint daher nicht sinnvoll, die Indikation für die Behandlung einer psychischen Störung am Alter zu orientieren. Es zeigt sich vielmehr, z. B. an der Erkrankung Depression, dass sich die Symptome von Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen und unterschiedlichen Alters, die an einer Depression erkranken, sehr ähneln und dass sie deshalb auch von einer ähnlichen Behandlung profitieren können. Der früher geprägte Begriff einer Altersdepression führt bspw. nicht notwendigerweise zu einer anderen Form der psychotherapeutischen Vorgehensweise.

Eine Konsequenz aus dieser Überlegung sollte sein, auch die stationären Abteilungen und Behandlungsangebote künftig vor allem am Behandlungsbedarf und dem Krankheitsbild und nicht am Alter der Patienten zu orientieren.

- **Ergänzung von „5.2 Handlungsfelder“ um Ansatzpunkte zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker älterer und alter Menschen**

Bedarfsgerechtes ambulantes Versorgungsangebot

Grundvoraussetzung für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung ist ein ausreichendes psychotherapeutisches Versorgungsangebot. Durch die heutige Bedarfsplanung wird jedoch verhindert, dass sich insbesondere in ländlichen Regionen dringend benötigte zusätzliche Psychotherapeuten niederlassen dürfen, obwohl Patienten dort bis zu einem halben Jahr auf einen Psychotherapieplatz warten müssen. Dies betrifft alte Menschen in besonderem Maße, da sie häufiger in ländlichen Regionen leben und einer wohnortnahen Versorgung bedürfen.

Die Zahl der älteren Menschen mit psychischen Störungen, wie beispielsweise Depressionen oder Angststörungen, wird aufgrund der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten nochmals deutlich ansteigen. Hierdurch und durch die Einführung eines Demografiefaktors bei der ambulanten Bedarfsplanung wird die Schere zwischen psychotherapeutischem Versorgungsbedarf und

dem vorhandenen Versorgungsangebot noch größer werden, als sie heute schon ist.

Durch den Demografiefaktor soll die Zahl der Praxissitze von Psychotherapeuten und Ärzten zukünftig an die Altersstruktur der Bevölkerung angepasst werden. Damit versucht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), den spezifischen Bedarf an medizinischen Leistungen für ältere Menschen besser zu berücksichtigen. Dabei geht der G-BA jedoch davon aus, dass sich der Bedarf an Psychotherapie darin ausdrückt, wie häufig diese durch ältere bzw. alte Patienten aktuell in Anspruch genommen wird. Dies führt in der psychotherapeutischen Versorgung zu einer massiven Fehleinschätzung des zukünftigen Bedarfs. Psychische Krankheiten waren jahrzehntelang stigmatisiert und Psychotherapie wird deshalb insbesondere von den heute älteren Menschen nur selten in Anspruch genommen. Der gesellschaftliche Wandel hat jedoch dazu geführt, dass jüngere Menschen einen offeneren Umgang mit psychischen Krankheiten gelernt haben. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass diese auch im höheren Alter weitaus häufiger eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen werden als bisher. Da der Demografiefaktor des G-BA aber unterstellt, dass der Bedarf an Psychotherapie im Alter auf dem jetzigen Niveau stagniert, wird der zukünftige Bedarf erheblich unterschätzt.

Das psychotherapeutische Versorgungsangebot könnte daher in Regionen mit überproportional vielen älteren Menschen kontinuierlich sinken. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten die Bundesländer voraussichtlich zusätzliche Möglichkeiten, auf die ambulante Bedarfsplanung Einfluss zu nehmen. Neben der Option, auf Landesebene von den bundesweiten Vorgaben mit Blick auf die regionale Demografie und Morbidität abzuweichen, erhalten die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden das Recht, beratend an den Sitzungen der Landesausschüsse mitzuwirken. Gleichzeitig haben sie die Aufsicht über die Landesausschüsse und können die getroffenen Entscheidungen innerhalb einer gesetzten Frist beanstanden (Rechtsaufsicht). Auch auf Bundesebene erhalten die Bundesländer ein Mitberatungsrecht. Die Länder verfügen damit über deutlich bessere Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten als bisher, um sich künftig ver-

stärkt für ein besseres ambulantes Versorgungsangebot einzusetzen, das den Belangen psychisch kranker alter Menschen gerecht wird.

Erleichterung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung für ältere und alte Menschen

Um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für ältere und alte Menschen zu erleichtern, sollte die Kooperation zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten verbessert werden. Für die Mehrzahl der Patienten (87 Prozent) ist – unabhängig vom Alter – der Hausarzt der erste Ansprechpartner bei psychischen Beschwerden⁷. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass sich eine Verbesserung der Erkenntnisrate psychischer Störungen in der Primärversorgung nur dann positiv auf die Versorgungsqualität auswirkt, wenn die entsprechenden Maßnahmen mit einer Vernetzung und Integration der Versorgungsgebiete einhergehen⁸. Neben Maßnahmen zur Verbesserung der Erkenntnisraten psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung sind deshalb Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausärzten und Psychotherapeuten notwendig. Gemeinsame Fortbildungen von Hausärzten und Psychotherapeuten und eine Verbesserung der Information von Hausärzten über psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei alten Menschen wären wichtige erste Schritte hierfür.

Darüber hinaus erfordert eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker älterer und alter Menschen eine flexiblere Nutzung der ambulanten psychotherapeutischen Leistungen. Das psychotherapeutische Angebot muss hinsichtlich des Ortes, des Settings, der Zeitdauer und der therapeutischen Ansätze auf die spezifischen Bedürfnisse psychisch kranker alter Menschen zugeschnitten sein. Hierzu gehören eine aufsuchende Versorgung, Gruppenangebote für ältere Menschen, Möglichkeiten zur Intervallbehandlung, zeitlich flexible Therapiesitzungen und auch die Anpassung psychotherapeutischer Techniken an die besonderen Belange Älterer.

Literatur

- 1 Görge W, Engler U (2005) Kammerstudie – Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin. Heidelberg: Psychotherapeutenverlag 2005.
- 2 Richter R, Wessels T, Harfst T (2011). Bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung im Alter – Handlungsbedarf und Lösungsansätze. In: C Fuchs, P M Kurth, Scriba P C (Reihen-Hrsg.): Report Versorgungsforschung, Band 3: G. Stoppe (Hrsg.) Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen, Deutscher Ärzteverlag.
- 3 GEK Arzneimittelreport 2008. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 61, GEK Edition.
- 4 Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin, im Juni 2010.
- 5 Kunze H, Kaltenbach L (2003) Psychiatrie-Personalverordnung, 4. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Kohlhammer, Stuttgart.
- 6 Forstmeier S, Maercker A: Probleme des Alterns. Fortschritte der Psychotherapie Band 33, 2008; Göttingen: Hogrefe.
- 7 Harfst T, Marstedt G. (2009) Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt. In: Gesundheitsmonitor 1/2009, Newsletter der Bertelsmann Stiftung.
- 8 Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J & Thomas R (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA, 289 (23), 3145-3151.