



Psychotherapeutische Versorgung alter Menschen

40 Jahre Interventionsgerontologie Berlin, 24.10.19

Epidemiologie psychischer Störungen im Erwachsenenalter

18 – 79 Jährige	12-Monatsprävalenz
Eine psychische Störung	27.8%
Depressive Symptomatik	8.2%
Angstsymptomatik	15.4%

Jacobi et al. (2015)

Kassenleistungen

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie („Psychoanalyse“)
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) innerhalb eines Richtlinienverfahrens bei Erwachsenen zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen

Kassenleistungen

- Systemische Therapie
- Gesprächspsychotherapie wissenschaftlich anerkannt, aber nicht erstattungsfähig (Private Krankenkassen zahlen häufig)
- Videobehandlungen seit dem 1.10.19 abrechenbar

Bedarf an Psychotherapie

- Seit den 1990er Jahren verdoppelt
- Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung empfahl **2400** zusätzliche Sitze in der ambulanten Psychotherapie
- Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschuss 2019: zusätzlich **800** Sitze

Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer

Wartezeiten

- Großstädte: 4 Monate
- Außerhalb von Ballungsräumen: 5-6 Monate
- Ruhrgebiet: mehr als sieben Monate

Epidemiologie psychischer Störungen im Erwachsenenalter und Alter

	18-79 Jährige %	>70 Jährige %
Eine psychische Störung	27.8	24
Depressive Symptomatik	8.2	9
Angstsymptomatik	15.4	2
Demenz		14
Subklinische depressive Symptomatik		18

(Jacobi et al., 2015; Helmchen et al., 1996)

Psychotherapeutische Versorgung

- **Verschiedene Studien aus den 90er Jahren: Anteil der über 60 bzw. 65jährigen 1 bis 1.5% in den ambulanten Praxen**
(Heuft et al., 2006)
- **Psychosomatische Kliniken: Anteil der über 70jährigen 2%**
(Peters, 2008)
- **Anteil von Patienten im Alter zwischen 61 und 70 Jahren in den ambulanten Praxen: 4.5%**
(Imai et al., 2008)

Psychotherapeutische Versorgung bei Major Depression

- S3-Leitlinie zur Behandlung empfiehlt Psychotherapie (Empfehlungsgrad A)
- Abrechnungsdaten über alle Krankenkassen im Jahr 2016: 5% über 65jähriger, bei denen eine Depression diagnostiziert wurden, befinden sich in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (Kessler & Tegeler, 2018)
- Bei den Hochalten sind es weniger als 1%
- Dies gilt auch für stationäre Einrichtungen (Gutzmann, 2017)

Ursachen der Unterversorgung

- Gatekeeper Problematik: Diagnostik bei Haus- und Fachärzten
- Depressive Symptome werden (immer noch) als normale Reaktion auf das Altern und kritische Lebensereignisse eingeordnet

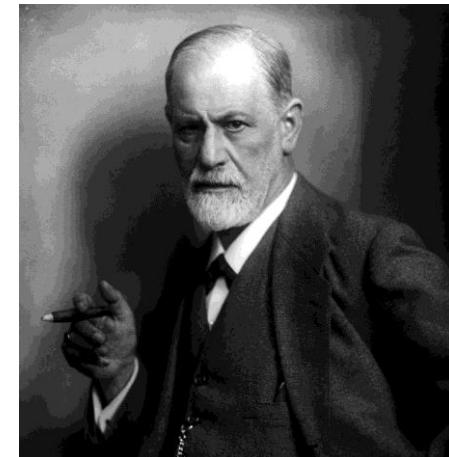
Ursachen

„Bei Personen nahe an oder über fünfzig Jahren einerseits die Plastizität der seelischen Vorgänge zu fehlen pflegt, auf welche Therapie rechnet – alte Leute sind nicht mehr erziehbar -, und als andererseits das Material, welches durchzuarbeiten ist, die Behandlungsdauer ins Unabsehbare verlängert“ (Freud, 1905, S. 21f)

1856: Geburtsjahr Freuds

1919-1926: Neuformulierung der Triebtheorie und die Entwicklung der Strukturtheorie

1926-1939: Psychoanalytische Ich-Psychologie



Evidenz der Wirksamkeit von PT bei alten Menschen

- Erhebliche Forschungslücken
- Aber: Metaanalysen haben gezeigt, dass Psychotherapie bei Depression im Alter wirksam ist (Cuijpers et al. 2014; Pinquart et al. 2007).
- Wenige gut kontrollierte Studien für psychodynamische Psychotherapie. Bisherige Evidenzlage eher positiv (Wilson et al. 2008)
- Strukturierte Lebensrückblicktherapie (Maercker & Forstmeier)

Barrieren bei Therapeut*innen

- Negative Altersstereotype auf Grund mangelnder gerontologischer Kenntnisse
- Jugendzentrismus
- Bedrohungen des Narzissmus der Therapeut*innen durch Konfrontation mit
 - Multimorbidität
 - Physische Abhängigkeit
 - Sterben und Tod
 - Eigene Grenzen

Ausbildung und Erfahrung

- 2013 hatten nur 9.3% aller psychologischen Masterstudiengänge gerontopsychologische Inhalte (Kessler, 2014)
- Onlinebefragung psychotherapeutischer Ausbildungsinstitute: 55% boten Gerontopsychologie an, durchschnittlich ein Workshop-Tag. Das entspricht 2% der Theorieausbildung (Kessler, 2018)
- Therapieerfahrungen erhöhen die Behandlungsbereitschaft erheblich (Zank, 2002)

Barrieren bei Patient*innen

- Skepsis gegenüber Psychologie / Psychotherapie
- Wertschätzung eigenständiger Problembewältigung
- Misstrauen, ob eine (teilweise 30 bis 40 Jahre) jüngere Therapeut*in den Patienten verstehen kann
- Gesellschaftliche negative Altersbilder internalisiert



Besondere Herausforderungen

- Der Körper als Entwicklungsorganisator (Heuft, 2017)
- Multimorbidität
- Hochaltrige
- Institutionalisierte Menschen
- Demenz

Neue evidenzbasierte Ansätze / Modellvorhaben

- Psychotherapie der Depression in Pflegeheimen (PSIS).

(Kessler, E.-M., Wahl, H.-W. & Kruse, A. Universität Heidelberg, gefördert von der Robert-Bosch-Stiftung. 2011-2014)

- PSY-CARE – Depression bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – Kurzzeitpsychotherapie im Behandlungsteam mit Hausärzten und Pflegenden.

(Kessler, E.-M. Hochschule für Gesundheit und Medizin Berlin. Konsortialpartner: Charité – Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (IMSR). Gefördert vom Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA. 2018-2021)

Neue evidenzbasierte Ansätze / Modellvorhaben bei Demenz

- Tele.TAnDem – Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzkranken.

(Wilz, G. ,Universität Jena und Soellner, R. ,Universität Hildesheim)

- Tele.TAnDem.Transfer – Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten. Praxistransfer einer telefonischen Therapie zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen.

(Wilz, G. ,Universität Jena und Soellner, R. ,Universität Hildesheim)

Neue evidenzbasierte Ansätze / Modellvorhaben bei Demenz

- Tele.TAnDem.Online – Internetbasierte therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Demenzerkrankten
(Wilz, G., Reiter, C. & Meichsner, F., Universität Jena)
- ReDiCare – Relieving Distressed Caregivers: A Pragmatic Trial
Deutsch: BerTA – Beratung und telefonische Therapie für pflegende Angehörige
(Wilz, G., Universität Jena) und Pfeiffer, K. (Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart)

Neue evidenzbasierte Ansätze / Modellvorhaben bei Demenz

Kognitive Stimulationstherapie (CST)

(Spector, Thorgrimson, Woods & Orrell, 2012)

Mehrkomponentenprogramm für Patienten und Angehörige

(Werheid & Thöne-Otto; 2010; Forstmeier & Roth, 2018)

Next steps

S3-Leitlinie für Demenzen empfiehlt, dass „alle einsetzbaren psychosozialen Interventionen ausgeschöpft werden (sollen), bevor eine pharmakologische Intervention in Erwägung gezogen wird“ (DGPPN und DGN, 2016)

- Einbezug evidenzbasierter psychosozialer Interventionen bei Demenz in die Regelversorgung für Patienten und pflegende Angehörige

Next steps

- Erhöhung des Psychotherapieangebots
 - Verbesserung der Ausbildung
 - Informationen für Gatekeeper
 - Schaffung von Sitzen (eventuell spezialisiert)
- Erleichterung von aufsuchenden Psychotherapieangeboten bei multimorbiden Patient*innen