

Cornelia Rabe-Messen

Barrieren der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie bei älteren Menschen

Zusammenfassung: *Psychotherapie mit älteren Menschen ist möglich, notwendig und erfolgreich. Eine Analyse der Versorgungsrealität zeigt jedoch, dass alte Menschen – gemessen an der Morbidität in ihrer Altersgruppe und gemessen an der zunehmenden Nachfrage – psychotherapeutisch unterversorgt sind. In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Begründungen für diesen Sachverhalt. Die vielfältigen Barrieren der Inanspruchnahme von Psychotherapie bei älteren Menschen werden im Folgenden vorgestellt.*

Epidemiologie

Die Altersstruktur der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik verschiebt sich immer mehr in Richtung auf eine Zunahme des Anteils der über 60-Jährigen. Aktuell macht dieser Anteil mit 18,4 Millionen bereits 22% aus. Zugleich hat die Lebenserwartung zugenommen. Die derzeitige Lebenserwartung einer heute 60-jährigen Frau beträgt noch 23 bis 24 Jahre; die eines heute 60-jährigen Mannes noch 19 bis 20 Jahre.

Epidemiologische Studien zeigen, dass etwa 25% der über 65-Jährigen psychisch erkranken (Helmchen et al., 1996). Insgesamt liegen nur wenige, regional begrenzte Untersuchungen zu psychischen Erkrankungen bei älteren

Menschen ab 65 vor. Weyerer und Bickel (2007) kommen in ihrer Untersuchung zu einer psychischen Erkrankungsrate von ca. 25%. Jedoch kann bei solchen Angaben ein relativ hoher Anteil der Erkrankungsrate auf dementielle Syndrome zurückgeführt werden (Kruse et al., 2002), die nur begrenzt mit Psychotherapie behandelbar sind. Die häufigsten psychischen Krankheiten im Alter sind Erkrankungen des dementiellen Formenkreises und Depressionen. Die höchste Prävalenzrate weisen Altersdemenzen auf, die mit etwa 5% bei den über 65-Jährigen und 20% bei den über 80-Jährigen angegeben werden (Henderson, 1986). Im Rahmen der großen Berliner Altersstudie wurde 1995 auch eine hohe Prävalenzrate depressiver Erkrankungen bei den über 70- bis 103-Jährigen festgestellt: 5% der Befragten wiesen eine Major Depression auf, 9% eine depressive Symptomatik, 18% eine subdiagnostische depressive Symptomatik. Darüber hinaus hatten 2% der Befragten eine Angst-Symptomatik und 2,5% eine subdiagnostische Angst-Symptomatik. Kruse (2008) führt eine Prävalenzrate schwerer Depressionen bei älteren Menschen, die nicht in Alten- und Pflegeheimen leben, von 4% auf, was nicht höher liegt als bei jüngeren Menschen. Die Prävalenz leichterer Formen der Depression betrage bei Älteren jedoch ca. 15%. Noch höher werde der Pro-

zentsatz depressiver Symptome bei Komorbidität mit häufigen Erkrankungen (Demenz, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, Morbus Parkinson u.a.). In Pflegeeinrichtungen beläuft sich der Anteil depressiv erkrankter Menschen auf bis zu 40% (Bundesregierung, 2010). Als altersspezifische Auslöser für Depressionen bei älteren Menschen gelten z.B. die Umstellung des sozialen Umfeldes mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses, der vermehrte Verlust von körperlicher und sozialer Selbstständigkeit und gehäufte Verluste von Partnern, gleichaltrigen Freunden und Bekannten, die zu großer seelischer Belastung führen können. Die körperlichen Veränderungen im Alter beeinflussen die psychischen Veränderungen stärker als in den mittleren Lebensjahren (Kruse, 2008)

Das Robert-Koch-Institut führt mit der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) den Bundesgesundheitsurvey von 1998 fort. Auch die DEGS wird wieder durch eine Zusatzuntersuchung zur psychischen Gesundheit ergänzt. In dieser Zusatzuntersuchung werden die Probanden mit einem international anerkannten Interview zu psychischen Störungen, Beeinträchtigungen, Belastungen und Beschwerden befragt. Diesmal werden erstmalig auch ältere Menschen im Alter von 65 bis 85 Jahren einbezogen. Ergebnisse der DEGS sollen im Jahr

2013 vorliegen. Hier sind erstmalig repräsentative epidemiologische Daten zum Ausmaß psychischer Erkrankungen bei Menschen über 65 Jahren zu erwarten.

Bekanntermaßen dürfen Prävalenzraten nicht mit Versorgungsbedarf gleichgesetzt werden. Dennoch weisen die Ergebnisse auf einen erheblichen Bedarf an Psychotherapie bei älteren Menschen hin. Gleichzeitig wurde in den letzten Jahren durch eine Reihe von Studien nachgewiesen, dass Psychotherapie bei älteren Menschen (auch katamnestic belegt) langfristig erfolgreich ist (Radebold, 1992; Zank, 2002). Ältere Menschen mit unterschiedlichen Krankheiten können nach verschiedenen theoretischen Konzepten erfolgreich behandelt werden. Das chronologische Alter scheint hierbei nur eine geringe Rolle zu spielen.

Aktuelle Versorgungssituation: Unter- und Fehlversorgung

All diesen Befunden steht die Erkenntnis gegenüber, dass alte Menschen – gemessen an der Morbidität in ihrer Altersgruppe und gemessen an der zunehmenden Nachfrage – psychotherapeutisch unterversorgt sind. Dies belegen die Ergebnisse einer Reihe von Befragungen von Therapeuten (zum Überblick siehe Zank, 2002) sowie aktuelle Analysen von Psychotherapieanträgen.

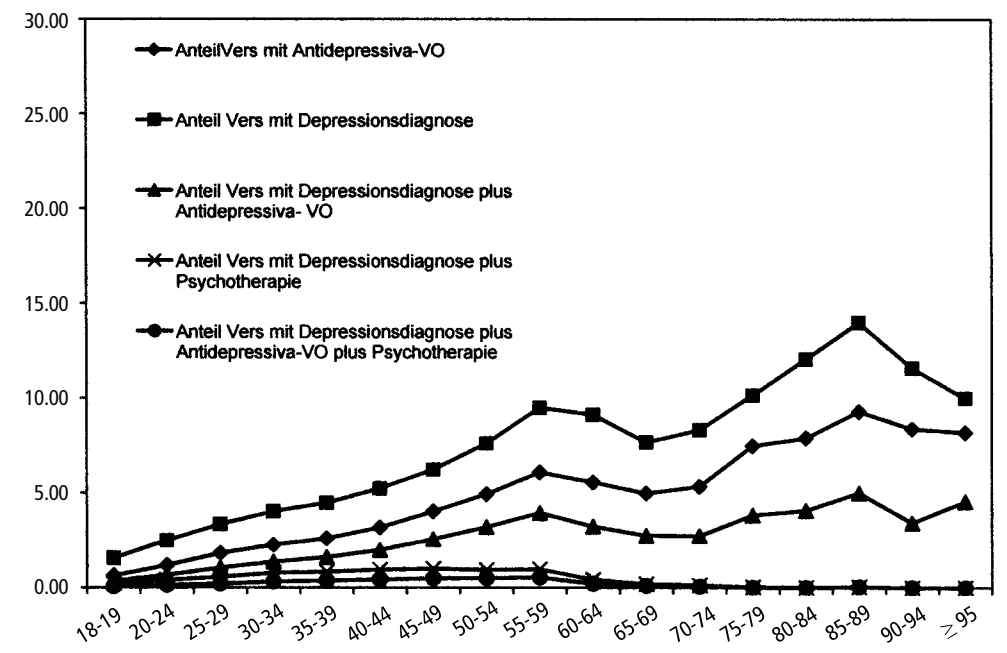
Eine bundesweite Untersuchung von Zepf et al. (2002) ergab, dass 2% der psychotherapeutisch Behandelten 65 Jahre alt oder älter waren. In einer Zufallsstichprobe von 1344 Anträgen auf Langzeittherapie (VT) waren nur 0,2% aller Patienten über 65 Jahre alt (Linden et al., 1999). Eine Analyse von 3200 TP- und AP-Anträgen ergab einen Anteil von 3,2% über 60-jähriger Patienten (Bolk-Weischedel, 2002). Bei einer Befragung von Psychotherapeuten in Berlin fand sich ein Anteil von 2% an Patienten über 69 Jahren (Görge & Engler, 2005).¹

Der sechste Altenbericht der Bundesregierung (2010, S. 315) konstatiert für den ambulanten und den stationären Bereich eine große Diskrepanz zwischen Bedarf und tatsächlicher Versorgung in der Psychotherapie bei älteren Menschen. Es sei bei bis zu 10% der über 60-Jährigen die Indikation einer Psychotherapie gegeben, ein großer Anteil dieser Betroffenen erhalte jedoch keine Behandlung. Den dem Altenbericht zugrunde liegenden Untersuchungen nach nimmt die Wahrscheinlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung mit zunehmendem Alter deutlich ab: Während die 60- bis 69-Jährigen mit einem Anteil von ca. 5,2% an der Gesamtheit aller Patienten in Deutschland bereits unterrepräsentiert sind, weist der Anteil der Gruppe der über 70-Jährigen mit ca. 1,3% ein deutliches Versorgungsdefizit auf.

Auch in der Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der DPTV (Walendzik et al., 2011) wird ein – gemessen an der Epidemiologie psychischer Erkrankungen – stark unterproportionaler Anteil der höheren Altersgruppen an Psychotherapiepatienten festgestellt. Hierin wird ein Anzeichen für Unterversorgung älterer Menschen mit Psychotherapie gesehen. Ebenso finden sich im GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung von 2007 (Schwerpunkt Psychotherapie, Grobe et

¹ Alle aufgeführten Daten betreffen die ambulante Psychotherapie, deren Inanspruchnahme in diesem Artikel beleuchtet wird. Der stationäre Bereich wird hier nicht beschrieben. Auch für den stationären Bereich liegen Forschungsergebnisse vor, die zeigen, dass der reale Versorgungsgrad weit hinter dem psychotherapeutischen Bedarf älterer Menschen zurückbleibt.

Anteil männlicher GEK-Versicherter mit einer Antidepressiva-Verordnung, ambulanter Diagnose und Psychotherapien 2006 nach Alter in Prozent



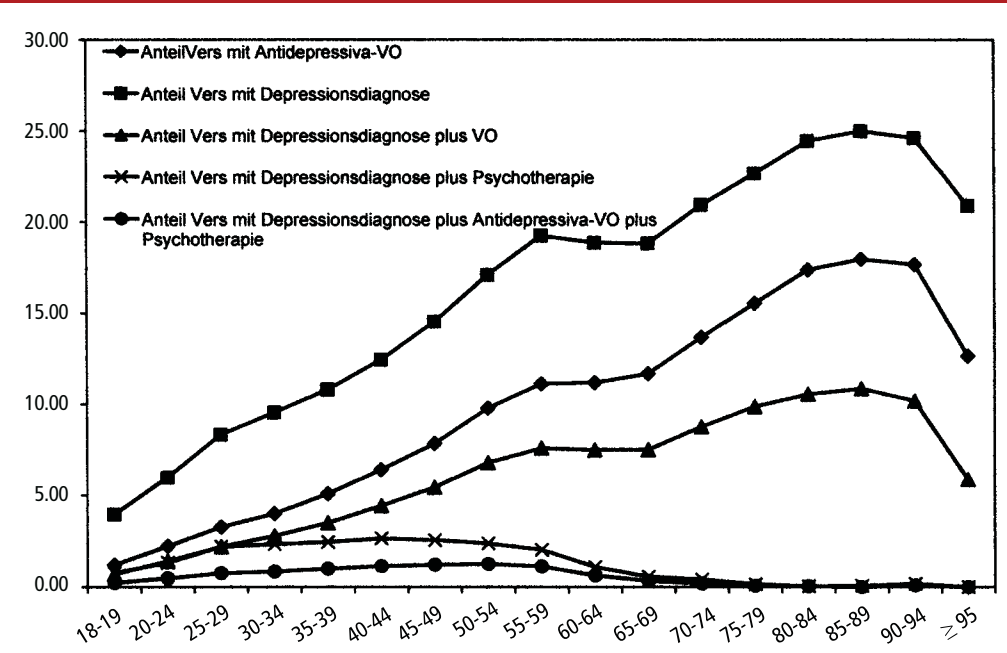
Glaeske, G., Schick Tanz, C. & Jahnsen, K. (2008). GEK-Arzneimittelreport 2008. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 61. St. Augustin: Asgard

al., 2007) Hinweise auf eine Unterversorgung älterer Menschen mit Psychotherapie: Ab einem Alter von 60 Jahren sank in der untersuchten Population die Häufigkeit von Psychotherapien stark; ab einem Alter von 75 Jahren wurden kaum noch Psychotherapien in Anspruch genommen. Gleichzeitig stieg jedoch die Verschreibung von An-

tidressiva mit zunehmendem Alter stark an, was ein deutlicher Hinweis auf eine Fehlversorgung depressiver älterer Menschen ist. Heuft et al. (2006) schätzen den Bedarf an ambulanter Psychotherapie bei über 65-Jährigen auf 10%; de facto betrage der Anteil über 65-Jähriger an den von den Krankenkassen finanzier-

ten Psychotherapien dagegen höchstens 1%. Eine Erhebung von Schnoor et al. (2009) zeigt auf, dass Menschen in der dritten Lebensphase (60 bis 75 Jahre) als Klientel auch in Beratungsstellen und in psychosomatischen Kliniken unterrepräsentiert sind. Mit zunehmendem Lebensalter der Patienten verstärkt sich der beschriebene Effekt.

Anteil weiblicher GEK-Versicherter mit einer Antidepressiva-Verordnung, ambulanter Diagnose und Psychotherapien 2006 nach Alter in Prozent



Glaeske, G., Schick Tanz, C. & Jahnsen, K. (2008). GEK-Arzneimittelreport 2008. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 61. St. Augustin: Asgard

Die mangelnde Teilhabe der älteren Menschen an Psychotherapie ist besonders deswegen beachtenswert, weil ältere Menschen generell eher als Vielnutzer des Versorgungssystems und von Arzneimitteln gelten. Mit steigendem Alter nimmt die Nutzung des ambulanten medizinischen Versorgungssystems zu. Den über 60-jährigen Patienten waren schon vor 10 Jahren die Hälfte (49%) aller Arztkontakte zuzurechnen (Kuhlmeij et al., 2006).

Um der sichtbaren Unter- und Fehlversorgung der älteren Patienten mit Psychotherapie entgegenzuwirken, ist es notwendig, die Art der Zugangsbarrieren und der möglichen persönlichen Hemmschwellen zur psychotherapeutischen Versorgung zu analysieren. Es handelt sich offensichtlich um ein Zusammenwirken einer Reihe von Faktoren. Im Folgenden werden einige Befunde und Überlegungen zur Frage nach den Barrieren der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie bei älteren Menschen vorgestellt.

Barrieren I: Schwierigkeiten auf Seiten der Therapeuten / Unzutreffende Krankheitskonzepte

Aus Sicht der Therapeuten könnten ältere Menschen als besonders „schwierig“ gelten – vor allem im Falle chronisch-degenerativer Erkrankungen und hirnorganischer Erkrankungen (Heuft & Schneider, 2004), und es könnte bei den Therapeuten eine Angst vor möglichen Konflikten aufgrund des Altersgefälles zwischen Therapeut und Klient vorliegen (Heuft et al., 2006; Bundesregierung, 2010). Bei der Therapie eines jungen Therapeuten mit einem älteren Patienten ist es für den Therapeuten oft schwieriger, sich in den Patienten einzufühlen. Zudem konfrontiert die Therapie mit älteren Menschen den Behandelnden stark mit Themen, die das eigene Altern, eigene Grenzen und existenzielle Fragen des Lebensendes berühren (Erlemeier, 2004b; Heuft et al., 2006). Häufig wird in der Literatur auf die besondere Psychodynamik der Therapeut-Klient-Beziehung (Konstellation jüngerer Therapeut/älterer Patient) hingewiesen. Die in dieser Situation bestehende umgekehrte Übertragungssituation kann auf Patientenseite – bezogen auf unbewusste Pro-

zesse – bedeuten, dass der Therapeut zunächst ein ideales Kind/Enkelkind verkörpert und entsprechende Wünsche und Phantasien hervorruft. Für den Therapeuten kann die umgekehrte Übertragungssituation ungewohnte unbewusste Gegenübertragungsreaktionen hervorrufen. Er verliert unter Umständen die Sicherheit des älteren und erfahrenen Professionellen. Die Rolle des idealisierten Kindes kann Probleme bereiten und eigene Konflikte mit Eltern oder anderen Autoritätspersonen reaktivieren (ausführliche Darstellung z.B. bei Radebold, 1992).

In einer Studie von Zank (2002) wurde festgestellt, dass weder das Alter von Therapeuten noch ihr gerontologisches Wissen ihre Behandlungsbereitschaft vorhersagten, sondern dass ausschließlich bereits vorhandene Behandlungserfahrungen das Interesse an älteren Patienten signifikant erhöhten. 73% der befragten Therapeuten äußerten ihr Interesse, mit älteren Patienten zu arbeiten. Erlemeier (2004a) nimmt an, dass Psychotherapeuten altersselektive Entscheidungen bei der Auswahl ihrer Patienten treffen. In der Forschung selbst seien unzutreffende Alterskon-

„Um der sichtbaren Unter- und Fehlversorgung der älteren Patienten mit Psychotherapie entgegenzuwirken, ist es notwendig, die Art der Zugangsbarrieren und der möglichen persönlichen Hemmschwellen zur psychotherapeutischen Versorgung zu analysieren.“

zepte verbreitet worden – es sei nicht genügend zwischen dem natürlichen Altersprozess und krankheitsbedingten Entwicklungen unterschieden worden. Wenn gerade Demenzen und Depressionen nicht als Krankheit, sondern als Ausdruck des natürlichen Altersprozesses betrachtet werden, unterbleiben diagnostische, therapeutische und aktivierende Schritte (Bundesregierung, 2010).

Aus der psychotherapeutischen Tradition heraus bestehen bereits negative Altersbilder, die dem Einbezug älterer Menschen im Wege stehen. Sigmund Freud ging davon aus, dass die Erfolgchancen einer psychoanalytischen Therapie mit fortschreitendem Alter immer geringer werden, weil er die Ursachen für Probleme vor allem in der Kindheit

sah und diese im Alter schon sehr weit zurück liegen. Jedoch räumte auch Freud ein, dass es durchaus Menschen geben kann, die auch in der zweiten Lebenshälfte eine psychische Plastizität aufweisen und deshalb von einer Psychotherapie profitieren könnten (Freud 1917, 1923). C. G. Jung ging bereits davon aus, dass sich Menschen im Alter entwickeln können und müssen. Diese Meinung, die als Vorläufer eines potenzial- und entwicklungsorientierten Altersbildes gelten kann, fand jedoch lange keinen Eingang in die psychotherapeutische Diskussion.

Auch ein weiteres unzutreffendes Krankheitskonzept wird viel zur Vernachlässigung der Alterspsychotherapie beigetragen haben: Die Annahme, psychische Störungen im Alter seien primär auf Veränderungen des Gehirns oder auf andere organische Veränderungen zurückzuführen, die nicht psychotherapeutisch beeinflussbar seien (Bundesregierung, 2010, S. 317). Als Ausnahme wird hier die kognitive Verhaltenstherapie angeführt, die sich besonders in der Behandlung von Depression und Angst bei älteren Menschen

äußern und Verlusterlebnissen gesehen werden, und dass sich dieser Wandel von Altersbildern bei den Psychotherapeuten weiter fortsetzen wird. Sie begründen diese Annahme damit, dass Psychotherapeuten in ihrer beruflichen Praxis zunehmend mit der Vielfalt von Alternsprozessen in Berührung kommen werden.

Barrieren II: Altersbilder/Psychotherapiemotivation älterer Menschen/ Intrapyschische Faktoren

Ein Überblick über verschiedene Artikel zum Thema zeigt die einhellige Meinung, dass häufig sowohl gesellschaftliche als auch individuelle Altersbilder (der Therapeuten sowie auch der älteren Menschen selbst) einer Behandlung entgegen stehen. Diese beziehen sich vor allem auf die falsche Annahme, dass Menschen in höherem Alter keine psychischen Veränderungsprozesse mehr durchlaufen können (Annahme der fehlenden Plastizität, Zank, 2002). Eine Befragung in der kanadischen Bevölkerung von Zivian et al. (1994, zitiert nach Peters, 2000) zum Nutzen von Psychotherapie in verschiedenen Lebensaltern ergab, dass der Nutzen, den ältere Erwachsene aus einer Psychotherapie ziehen können, geringer eingeschätzt wird als bei Jüngeren.

Ist eine ältere Person selbst von einer geringen psychischen Veränderbarkeit überzeugt, so ist die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung unwahrscheinlich. Eine britische Befragung von älteren Menschen (im Durchschnitt 78 Jahre) ergab, dass die Einstellung zum Alter mit der Einstellung zu psychischen Erkrankungen variiert: Besonders stigmatisierend wurden psychische Erkrankungen von solchen Menschen wahrgenommen, die das Altern als negativen Prozess empfanden. Diese Befragten hatten auch größere Angst davor, im Alter psychisch zu erkranken, in eine Klinik eingeliefert zu werden und ihre mentalen Fähigkeiten einzubüßen. Dagegen hatten Befragte, die den Alterungsprozess als Herausforderung und Wachstumschance ansahen, mehr Verständnis und waren toleranter gegenüber psychischen Erkrankungen. (Quinn et al., 2009).

Sonnenmoser (2009) berichtet als Ergebnis mehrerer Studien (z.B. Albani et al., 2004), dass die Erfahrung mit Psychotherapie einen Effekt hat: Ältere Menschen, die entweder selbst oder durch eine Person im sozialen Umfeld positive Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht hatten, waren gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung besonders offen und hatten die wenigsten Vorurteile und Ängste.

Bekannt ist aus der Forschungsliteratur, dass die Motivation des Patienten ein wesentliches Indikationskriterium darstellt und einen bedeutsamen Einfluss auf den Behandlungserfolg hat (Schneider et al., 1999). Klinische Erfahrungen gehen eher in die Richtung, dass viele alte Menschen eine skeptische Haltung zur Psychotherapie haben, die sich in einer verstärkten Abwehr, Somatisierung oder zunehmender Rigidität äußere. Interessante empirische Ergebnisse zur Unterschiedlichkeit älterer Patienten finden sich jedoch bei Peters et al. (2000a). Diese deuten darauf hin, dass nicht alle älteren Patienten als weniger psychotherapiemotiviert zu betrachten sind. Alte Menschen sind nicht als homogene Gruppe anzusehen! In der Befragung von Peters et al. erwies sich die Mehrheit der älteren Patienten als interessiert an Psychotherapie und als bereit, sich in Gesprächen mit den eigenen Problemen auseinanderzusetzen. Jedoch war die Gruppe der Patienten, die aufgrund ihres Krankheitskonzeptes und ihrer Erwartungen eine psychotherapeutische Behandlung ablehnten, bei den älteren deutlich größer als bei den jüngeren Patienten. Diese „unmotivierten“ Patienten hielten es für notwendig, ihre Probleme selbst zu lösen, waren weniger der Auffassung, dass ihre Erkrankung mit seelischen Schwierigkeiten in Verbindung steht, verspürten weniger seelischen Leidensdruck und waren nicht bereit, ihre Probleme in Gesprächen zu bearbeiten, sondern verleugneten ihre Hilflosigkeit eher. Die Autoren schließen daraus, dass die Gruppe der „unmotivierten“ älteren Patienten eine Problemgruppe darstellt, auf die sich in besonderer Weise konzeptuelle Überlegungen konzentrieren sollten.

Maercker et al. (2005) untersuchten in einem repräsentativen epidemiolo-

gischen Sample älterer Menschen das Ausmaß der realen und der potenziellen psychotherapeutischen Versorgung in Zürich. Ca. 5% der Befragten gaben an, seit dem 65. Lebensjahr eine Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben und 10% gaben an, eine therapeutische Maßnahme für psychische Probleme in Anspruch zu nehmen, wobei Frauen dies doppelt so häufig taten wie Männer. Die fiktive Psychotherapiemotivation war insgesamt geschlechtsunabhängig mittelhoch ausgeprägt. Prädiktoren hoher Psychotherapiemotivation waren der Leidensdruck und ein geringes Ausmaß der Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit. In einer anderen, kanadischen Studie zeigte sich, dass ältere Frauen gegenüber Psychotherapien offener eingestellt waren als gleichaltrige Männer (Mackenzie et al., 2006). Auch bezüglich der Einstellung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmög-

lichkeiten zu depressiven Erkrankungen findet sich in der Forschungsliteratur ein demographischer Unterschied: Die Gruppe der über 60-jährigen Männer weist im Vergleich zu allen anderen Teilnehmern ein besonderes Wissensdefizit und ungünstige Einstellungsmuster auf. So halten sie z.B. zu einem großen Anteil Depression nicht für eine richtige Erkrankung und sehen mangelnde Selbstdisziplin sowie Charakterschwäche als wichtige Ursachen für Depression an. Diese Bevölkerungsgruppe hat auch ein besonders hohes Suizidrisiko. (Althaus et al., 2002).

Peters (2000) bietet weitere, vom zeitgeschichtlichen Hintergrund unabhängige Erklärungen für eine bei einem Teil der älteren Menschen geringe Therapiemotivation an. Er stellt dar, dass die Überweisung in die Psychotherapie durch einen Arzt vom Patienten in manchen Fällen als Kränkung wahrgenommen werden kann. Eine Überweisung erfolgt nicht immer aus gemeinsamer Einsicht von Patient und Arzt, sondern kann auch ein Ausdruck des überweisenden Arztes sein, dem älteren, mög-

licherweise schwierigen, multimorbiden oder chronisch kranken Patienten nicht weiterhelfen zu können oder zu wollen (siehe ausführliche Beschreibungen zu schwierigen Übertragungsbeziehungen, Radebold, 1992). In diesem Falle stellt die Überweisung für den Patienten eine Kränkung und Enttäuschung dar. Die Unmotiviertheit des Patienten wäre dann zu verstehen als „stummer Protest“ und als „Weigerung, das Weggeschickt-Werden zu akzeptieren“ (Peters, 2000, S. 30). Ablehnung von Psychotherapie stellt in dieser Sichtweise eine aktive Handlung dar.

Barrieren III: Kohortenspezifische Faktoren/ Stigmatisierung psychischer Erkrankungen

Die heute älteren Menschen gehören einer Generation an, für die psychische Krankheiten oft noch mit Schwäche, „Verrückt-Sein“, Schande oder Versa-

gen gleichgesetzt wurden. Hierin sieht Peters (2000) Sozialisationseinflüsse einer stärker auf Autorität und Gehorsam beruhenden Erziehung. Aus psychoanalytischer Sicht wurde in der Vergangenheit der heute Älteren ein „strengeres und bestrafendes Über-Ich“ gefördert und ein Ich-Ideal etabliert, das auf einer Internalisierung der genannten Werte beruht und die in der psychotherapeutischen Behandlung geforderte Selbstöffnung erschwert und mit Scham belegt“ (Peters, 2000, S. 28). Psychotherapie ist für Menschen in heute höherem Lebensalter wenig bekannt oder selbstverständlich, da sie erst seit zwei bis drei Jahrzehnten zu den allgemein etablierten Behandlungsmethoden zählt. Hieraus resultiert nicht nur ein Informationsdefizit im Hinblick auf psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch eine größere Skepsis und Zurückhaltung gegenüber dem Neuen und Unbekannten.

Viele der von psychischen Erkrankungen betroffenen älteren Menschen konnten sich mit ihren Problemen nie

jemandem anvertrauen und mussten ihr Leid mit sich selbst ausmachen. Daher haben sie mehr Hemmungen, psychische Probleme bzw. Symptome beim Arzt anzusprechen oder sich ihren Angehörigen zu öffnen (Zank, 2002). Ein Großteil von Psychotherapiepatienten bezieht vor dem Erstkontakt zu einem Therapeuten Informationen zur Psychotherapie über Freunde und Bekannte (Felber et al., 2005); diese einen therapeutischen Kontakt fördernde Umfeldbedingung fällt für diese älteren Menschen häufig aus. In vielen Fällen sprechen die Patienten auch bei Arztbesuchen ihr Problem nicht von sich aus an; wenn sie von ihrem Hausarzt nicht direkt darauf angesprochen werden, kommt es daher nicht zu einer Kommunikation über die psychischen Symptome.

Aufgrund eines sich in Entwicklung befindlichen Prozesses der gesellschaftlichen Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen (wobei das Ziel noch lange nicht erreicht ist) und aufgrund der veränderten Erziehungsnormen und einer zunehmenden Differenzierung des negativen Altersstereotyps ist jedoch davon auszugehen, dass sich kohortenspezifische Effekte bemerkbar machen werden: Spätere Generationen älterer Menschen werden weniger sozialisationsbedingte Vorbehalte gegen eine psychotherapeutische Behandlung haben und vermutlich auch besser in der Lage sein, psychische Probleme so zu schildern, dass eine Indikation erkannt wird (Bundesregierung, 2010; Zank, 2002). Eine amerikanische Studie hierzu konnte durch einen Vergleich zweier Kohorten alter Menschen im Abstand von ca. 20 Jahren nachweisen, dass die jüngere Kohorte eine positivere Einstellung gegenüber psychischen Erkrankungen und Psychotherapie hatte (Currin et al., 1998).

Demographieorientierte Prognosen über den zukünftigen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf älterer Menschen sind, wenn sie diese Entwicklung nicht berücksichtigen, auch nur von geringem Wert. So geht z.B. das Gutachten des ZI der KBV einer kleinräumigen Analyse zum Jahr 2020 für Thüringen davon aus, dass die älter werdende Bevölkerung Thüringens auch in Zukunft nur wenig Psychothe-

„Spätere Generationen älterer Menschen werden voraussichtlich weniger sozialisationsbedingte Vorbehalte gegen eine psychotherapeutische Behandlung haben.“



Dr.
Cornelia
Rabe-Menssen

Diplom-Psychologin, Promotion in Medizinischer Psychologie, Weiterbildung Psychosoziale Onkologie und Gesundheitsökonomie. Wissenschaftliche Referentin der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung.



rapien in Anspruch nimmt (Schallock et al., 2009).

**Barrieren IV:
Unzureichende Kenntnisse
der Ärzte über Diagnose und
Interventionsmöglichkeiten/
Überweisung durch den
Hausarzt**

Nachgewiesen ist, dass Ärzte und insbesondere Hausärzte eine der wichtigsten Quellen für Informationen zur Psychotherapie darstellen (Felber et al., 2005; Gatekeeper-Funktion des Hausarztes). Wegen der oben beschriebenen kohorten- und altersspezifischen Tabus ist davon auszugehen, dass gerade ältere, psychisch erkrankte Menschen in besonderem Maße auf die Diagnose und Überweisung des Hausarztes an einen Psychotherapeuten angewiesen sind. Eine Reihe von Studien weist jedoch nach, dass immer noch Mängel bei der Erkennung psychischer Störungen durch den Hausarzt bestehen. Hier spielen die oben beschriebenen (Zurück-)Haltungen der Patienten selbst, mangelnde Kenntnisse in der Diagnostik psychischer Störungen, Zeitknappheit im Patientenkontakt und bestimmte ärztliche Kommunikationsmuster eine Rolle (siehe zum Überblick Rabe-Menssen, 2009). Eine Hürde für die Teilhabe älterer Menschen an Psychotherapie ist demnach auch in einem Mangel an Kenntnissen über Diagnose- und Interventionsmöglichkeiten im ärztlichen Bereich zu sehen.

Nach Heuft et al. liegt die sichere Erkennensrate einer Depression in der hausärztlichen Praxis bei 38,5%. Fehldiagnosen bei der Diagnosestellung werden durch einseitige Altersbilder begünstigt. Häufig werden die für Depressionen bei alten Menschen typischen, im Vordergrund stehenden körperlichen

Symptome als Begleiterscheinung des Alternsprozesses oder als Auswirkung von Vorerkrankungen interpretiert. Stimmungsveränderungen werden häufig auf altersbedingte Abbauprozesse und Verluste zurückgeführt. Signale der Patienten werden oft nicht als Hinweis auf eine psychische Störung erkannt. (Heuft et al., 2006). Psychische Ursachen körperlicher Symptome werden vom Arzt häufig erst in Betracht gezogen, wenn nach vielzähligen Untersuchungen keine körperliche Erklärung gefunden wird. Oft dauert es sechs bis sieben Jahre, bis die Ursachen erkannt werden und eine fachgerechte psychotherapeutische Behandlung beginnt. Die besondere Qualifizierung der Ärzteschaft für Aufgaben der Früherkennung und Behandlung psychischer Störungen wird von Experten immer wieder angemahnt (Erlemeier, 2004a).

Selbst wenn psychische Störungen beim Hausarzt erkannt werden, heißt dies noch nicht, dass sie auch adäquat behandelt werden. Nicht alle Hausärzte sind über die Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Störungen gut informiert. Häufig (zu oft) und zu schnell werden Psychopharmaka verschrieben. Mangelnde Integration und Vernetzung der Versorgungsbereiche sowie Kooperations- und Koordinationsdefizite auf Seiten der verschiedenen Leistungserbringer verursachen Versorgungsbrüche. Neben fachlichen Fortbildungen für die Allgemeinmediziner sind demnach Verbesserungen des persönlichen Kontakts zwischen Hausärzten und Spezialisten notwendig.

Studien zeigen außerdem, dass Hausärzte klare Kriterien für die Überweisung zum Spezialisten anlegen. Gröber-Grätz et al. (2011) identifizierten als Barrieren für die Überweisung die

Wartezeit auf einen Termin. Da diese bekanntlich in der Psychotherapie hoch ist (ca. 3 Monate, BPTk, 2011), ist hier davon auszugehen, dass Ärzte oft schon im Vorfeld von einer Überweisung Abstand nehmen.

**Barrieren V:
Informationsmangel bei den
Patienten**

Es ist davon auszugehen, dass es der heutigen älteren Generation nicht nur in Bezug auf die Wirksamkeit von Psychotherapie, sondern auch in Bezug auf ihre eigenen Rechte an Informationen mangelt. So wird aus psychotherapeutischen Praxen häufig berichtet, dass ältere Patienten unsicher sind, ob eine Psychotherapie in ihrem fortgeschrittenen Alter von der Gesetzlichen Krankenkasse überhaupt bezahlt wird. Diese Unsicherheit und Besorgnis über finanzielle Aspekte wird neben den eigenen Vorurteilen und Einstellungen viele der Betroffenen davon abhalten, fachliche Hilfe aufzusuchen. Mangelnde Unterstützung und Zuspruch durch das soziale Umfeld erschweren hier zusätzlich den Zugang zur Psychotherapie. Wenn ältere Menschen fachliche Hilfe suchen wollen, fällt es ihnen möglicherweise besonders schwer, den passenden Fachmann auszuwählen. Sich in der Vielfalt des Angebots zwischen Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten zurechtzufinden, stellt unter Umständen eine weitere Hürde für die Inanspruchnahme von Psychotherapie dar.

Die alten Patienten sind dann darauf angewiesen, von ihrem Hausarzt an die richtige Adresse geschickt zu werden. In den seltensten Fällen wird der Patient höheren Lebensalters sich direkt an einen Psychotherapeuten wenden, ohne den Weg über den Hausarzt genommen zu haben.

Fazit

Die hier beschriebenen vielfältigen Barrieren der Inanspruchnahme von Psychotherapie bei älteren Menschen erfordern massive Bestrebungen auf verschiedenen Ebenen, behandlungsbedürftige ältere Menschen zu identifizieren und sie der Psychotherapie zuzuführen. Angesichts der umfangreichen gerontologischen Erkenntnisse über das Altern als Umbau-, nicht als Abbauprozess und über die inter- und intraindividuelle Schwankungsbreite psychischer, körperlicher und sozialer Fertigkeiten sind viele der oben beschriebenen Einschränkungen in Bezug auf die Psychotherapieindikation bei alten Menschen nicht mehr haltbar. Für die Beurteilung, ob Psychotherapie für einen alten Menschen indiziert ist, ist nicht das kalendarische Alter von Bedeutung, sondern eher Krankheitsbeginn, Verarbeitungsmöglichkeiten, Gesundheitszustand und soziales Umfeld (Hirsch et al., 2009). Demnach gelten für die Behandlung alter Menschen keine generellen Einschränkungen – die individuelle Vorgehensweise muss sich an der jeweils spezifischen Lebens- und Konfliktsituation orientieren.

In den folgenden Fachbeiträgen werden psychotherapeutische Ansätze beschrieben, die erfolgreich in der Behandlung älterer Menschen angewendet werden. ■

 **Literaturhinweis**
Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.