

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und  
Psychotherapie

Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. Gereon Heuft

Versorgungsrealität älterer Menschen  
in ambulanter Richtlinien-Psychotherapie  
am Beispiel des Münsterlandes

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät  
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von  
Imai, Tanya  
aus Schleiden  
2007

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen  
Wilhelms-Universität Münster

Dekan:

Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt

1. Berichterstatter:

Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. med. Dr. phil. S. Evers

Tag der mündlichen Prüfung:

04.04.2007

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b><i>Einleitung</i></b>	<b>1</b>
1.1	<i>Demografische Entwicklung in Deutschland</i>	1
1.2	<i>Historische Entwicklung der Gerontopsychosomatik</i>	4
1.3	<i>Begründung der Sinnhaftigkeit einer spezifischen Alterspsychotherapie</i>	7
1.4	<i>Psychotherapieverfahren bei älteren Menschen</i>	14
1.5	<i>Ein Versorgungskonzept der Gerontopsychosomatik</i>	19
1.6	<i>Politischer Stand der gerontopsychosomatischen und alterspsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland</i>	21
1.7	<i>Bedarf an Psychotherapie bei älteren Menschen in Deutschland – Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter</i>	22
1.8	<i>Gerontopsychosomatik/ Alterspsychotherapie und Versorgungsrealität</i>	36
<b>2</b>	<b><i>Zielsetzung der Arbeit</i></b>	<b>40</b>
<b>3</b>	<b><i>Methoden</i></b>	<b>41</b>
3.1	<i>Erhebung der Daten/ Befragte Population</i>	41
3.2	<i>Aufbau des Fragebogens</i>	41
3.3	<i>Modus der Befragung und Rücklauf der Fragebögen</i>	43
3.4	<i>Kriterien für den generellen Ausschluss von Datensätzen</i>	44
3.5	<i>Umgang mit uneindeutigen Angaben in den statistisch auszuwertenden Fragebögen</i>	46
3.6	<i>Vorbereitende Datenverarbeitung</i>	46
3.7	<i>Statistische Methoden</i>	47

<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b>	48
4.1	<i>Rücklaufquoten</i>	48
4.2	<i>Auswertung der Therapeuten bezogenen Daten</i>	50
4.3	<i>Ergebnisse der einzelnen Items zur Charakterisierung der Therapeuten</i>	51
4.4	<i>Ergebnisse der Patienten bezogenen Daten - Anzahl der in die Statistik eingegangenen Fragebögen</i>	64
4.5	<i>Geschätzte versus konkrete Angaben der Psychotherapeuten zu den Patienten bezogenen Items</i>	64
4.6	<i>Modi der statistischen Auswertung der Patienten bezogenen Daten</i>	65
4.7	<i>Deskriptive Statistik der Patienten bezogenen Daten</i>	66
4.8	<i>Vergleich prozentualer Anteile verschiedener Altersgruppen der Psychotherapiepatienten mit entsprechenden Altersgruppen in der Bevölkerung von NRW</i>	67
4.9	<i>Tatsächlich psychotherapeutisch behandelte Patienten in Relation zu psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Einwohnern im Münsterland</i>	74
4.10	<i>Geschlechtsverteilung der Psychotherapiepatienten des Münsterlands in verschiedenen Altersgruppen</i>	80
4.11	<i>Deskriptive Statistik der Behandlungs-Hauptdiagnosen bei ambulant nach Richtlinien-Psychotherapie im Münsterland behandelten Patienten ab dem 50. Lebensjahr</i>	82
4.12	<i>Behandeln ältere Psychotherapeuten häufiger ältere Patienten?</i>	84
<b>5</b>	<b>Diskussion</b>	85
5.1	<i>Methodische Anmerkungen</i>	85

5.2	<i>Therapeuten bezogene Daten</i>	86
5.3	<i>Patienten bezogene Daten</i>	88
5.4	<i>Ausblick</i>	94
5.5	<i>Fazit</i>	96
<b>6</b>	<b><i>Literaturverzeichnis</i></b>	98
<b>7</b>	<b><i>Danksagung</i></b>	107
<b>8</b>	<b><i>Lebenslauf</i></b>	108
<b>9</b>	<b><i>Anhang</i></b>	
9.1	<i>Fragebogen</i>	
9.2	<i>Anschreiben 1</i>	
9.3	<i>Anschreiben 2</i>	
9.4	<i>Tabellen</i>	
9.5	<i>Tabellenverzeichnis</i>	
9.6	<i>Abbildungsverzeichnis</i>	

## *Einleitung*

### **1. *Einleitung***

#### **1.1 *Demografische Entwicklung in Deutschland***

Die demografische Entwicklung in Deutschland verändert sich rasant und hat zur Folge, dass immer mehr Menschen älter und hochaltrig werden. Deutschland steht heute hinsichtlich des Durchschnittsalters der Bevölkerung nach Japan, Italien und der Schweiz weltweit an vierter Stelle und ist zudem das Land mit dem dritthöchsten Anteil der Bevölkerung über 60 Jahren (nach Italien und Griechenland) (Büttner 2000). Auch die Relation zwischen älteren und jüngeren Menschen verändert sich zu Ungunsten der Jüngeren. Um 1900 waren 8% der Bevölkerung Deutschlands älter als 60 Jahre, 1950 waren es in der Bundesrepublik 15%, 2000 waren es in Deutschland 23% und 2050 werden es voraussichtlich ca. 36%, also mehr als ein Drittel der Gesamtbevölkerung, sein. Die Gruppe der so genannten „Hochaltrigen“, d.h. der  $\geq 80$ -Jährigen, nimmt heute einen Anteil von 4% der Gesamtbevölkerung ein, 1900 waren es 0,5%. Der so genannte Altenquotient (errechnet aus der Anzahl der Personen  $\geq 60$  Jahre pro 100 Personen im Alter von 20-59 Jahren) betrug im Jahr 1953 27,8 und wird im Jahr 2050 voraussichtlich 74,7 betragen (siehe auch Tabelle 1-1). Die durchschnittliche Lebenserwartung einer heute 60-jährigen Frau beträgt 23 Jahre, diejenige eines heute 60-jährigen Mannes 19 Jahre (siehe Tabelle 1-2).

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung wird sich in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen, gleichzeitig nimmt die Bevölkerungszahl insgesamt ab. Die Bevölkerung altert somit einerseits infolge der zunehmenden Lebenserwartung sowie andererseits infolge der geringen Geburtenrate, also sozusagen „von beiden Enden“ her (4. Altenbericht der Bundesregierung 2002; 5. Altenbericht der Bundesregierung 2005).

## Einleitung

**Tabelle 1-1:**

*Entwicklung der Bevölkerungszahl sowie des Anteils älterer und hochaltriger Menschen von 1953-2050 (modifiziert nach einer Tabelle des 4. Altenberichts der Bundesregierung 2002; Schätzungen auf der Basis der 9. koordinierten Bevölkerungs-Vorausberechnung des Statistischen Landesamts)*

<b>Alter in Jahren</b>	<b>Kalenderjahr (jeweils am 01.01.)</b>				
	1953	1971	2000	2020	2050
Bevölkerungsanteil in %					
≥ 60	15,1	19,9	23,0	28,5	35,8
≥ 80	1,1	2,0	3,6	6,3	11,3
≥ 90	0,1	0,1	0,6	1,0	2,1
Altenquotient	27,8	39,8	41,3	52,8	74,7
Bevölkerungszahl	70.163.872	78.069.471	82.163.475	80.339.100	70.381.400



## Einleitung

Tabelle 1-2:

*Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland (modifiziert nach einer Tabelle des 4. Altenberichts der Bundesregierung 2002)*

<b>Deutschland</b>				
Lebenserwartung in Jahren				
bei Geburt; als 60-Jährige; als 80-Jährige				
in den Jahren				
	1901/10	1932/34	1986/88	1997/99
<b>Frauen</b>				
bei Geburt	48,33	62,81	78,03	80,57
60-Jährige	14,17	16,07	21,39	23,30
80-Jährige	4,65	5,15	7,27	8,37
<b>Männer</b>				
bei Geburt	44,82	59,86	71,7	74,44
60-Jährige	13,14	15,11	17,24	19,01
80-Jährige	4,38	4,84	5,86	6,91

Angesichts der hier aufgezeigten demografischen Entwicklung ist eine Anpassung der gesellschaftlichen Strukturen an die sich bereits heute abzeichnenden Bedürfnisse zukünftiger Generationen erforderlich. Hierzu gehören neben vielen anderen Aspekten neue Wohnformen im Alter, stärker auf ältere Menschen ausgerichtete Freizeitangebote, neue Finanzierungs-

## *Einleitung*

Modelle der Altersvorsorge et cetera. Hierzu gehört aber auch eine vermehrte Ausrichtung der Gesundheitsfürsorge auf geriatrische Patienten, unter anderem auf ältere psychisch kranke Menschen.

### **1.2 Historische Entwicklung der Gerontopsychosomatik**

#### *Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie – eine Definition*

Die Alterspsychotherapie befasst sich mit der Behandlung von Menschen ab dem 60. Lebensjahr. Teilweise richten sich die Behandlungsangebote jedoch bereits an Patienten der Altersgruppe ab 50 Jahren.

Die Lehr- und Forschungsinhalte des Fachgebietes der Gerontopsychosomatik umfassen folgende Aspekte (Heuft et al. 2006):

- den Umgang mit dem körperlichen Alterungsprozess als Entwicklungsaufgabe, dessen Bewältigung und dessen Auswirkungen auf die Psyche;
- besondere Merkmale von psychischen Störungen im Alter;
- funktionelle und Somatisierungsstörungen bei älteren Menschen;
- Schwierigkeiten der Krankheitsverarbeitung und mangelnde Compliance im Umgang mit somatischen Erkrankungen;
- Folgeerscheinungen von psychischen Traumatisierungen im Alter, aber auch von Traumatisierungen in früheren Lebensabschnitten, z.B. in Form einer Traumareaktivierung;
- die wissenschaftliche Erforschung von adaptiven psychischen Prozessen im Alter, z.B. Anpassung an Verluste, aber auch an Gewinne, wie an die so genannte „späte Freiheit“.

## *Einleitung*

### *Wie entstand das Fachgebiet der Gerontopsychiatrie/-psychosomatik?*

In den USA etablierten sich zwischen 1950 und 1960 in Folge von Vereinsamung und häufig auftretenden depressiven Erkrankungen der Veteranen des 1. Weltkrieges sowie älterer Menschen erstmalig Gruppentherapien für diese Patientenklientel. Menschen höheren Alters wurden zunächst unsystematisch durch verschiedene Berufsgruppen behandelt. Zwischen 1960 und 1970 erfolgte erstmals eine Systematisierung der damals neuen Behandlungsangebote hinsichtlich Theorie und Praxis, die sich in der Gründung der „Boston Society for Gerontologic Psychiatry“ 1963 und der Herausgabe des „Journal of Geriatric Psychiatry“ 1969 niederschlug. Infolgedessen nahmen auch ambulante Einzelpsychotherapien bei älteren Patienten zu. Sämtliche Konzepte wurden anfänglich in Institutionen außerhalb der regulären psychiatrischen Versorgung - wie z.B. Altenheimen - erprobt. Von 1970 an wurden zudem in Rehabilitationskliniken zahlreiche milieu- und soziotherapeutische, später auch verhaltenstherapeutische Verfahren angewandt. Forschungseinrichtungen und Universitäten zeigten erst relativ spät ein Interesse an älteren psychosomatisch erkrankten Patienten. Die USA übernahmen eine Vorreiterrolle in der Entwicklung der Gerontopsychiatrie.

### *Entwicklung der Gerontopsychiatrie/-psychosomatik im deutschsprachigen Raum*

Im deutschsprachigen Raum kam es erst 20 Jahre später zu einer ähnlichen Entwicklung wie in den USA, zunächst in der Schweiz, dann auch in Österreich und Deutschland. 1967 wurde erstmals ein deutschsprachiger Lehrbuchbeitrag zu psychischen Aspekten im Alter veröffentlicht (Müller 1967). Im darauf folgenden Jahrzehnt wurden nur wenige Arbeiten zum Thema Alterspsychotherapie veröffentlicht. Seit 1979 machte Radebold in v. Uexkülls

## *Einleitung*

Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin darauf aufmerksam, dass die Psychosomatische Medizin des Alters ein vernachlässigtes Gebiet darstelle (Radebold 1979).

### *Gründe für das zunächst fehlende Interesse an der Gerontopsychosomatik - die Vorstellung vom defizitären Altern*

Die Ursache für die zunächst nur geringe Anzahl von Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie lag darin, dass zum damaligen Zeitpunkt der Alterungsprozess des Menschen als ein allmählicher Verlust von angeborenen Fähigkeiten und erworbenen Kompetenzen angesehen wurde. Dieses Defizitmodell könnte man grafisch als einen nach unten hin offenen Halbkreis darstellen, der verdeutlicht: „Nach dem Scheitelpunkt des Lebens mit 40-50 Jahren geht alles bergab.“ Infolge dieser Vorstellung vom defizitären und involutiven Altern waren die 70-iger und 80-iger Jahre des letzten Jahrhunderts von Resignation hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandelbarkeit älterer Patienten jenseits des 45. Lebensjahres geprägt.

Lohmann & Heuft (1997) betonten, dass das fehlende Interesse an der Alterspsychotherapie einschließlich fehlender Weiterbildung des Nachwuchses wohl irrational war (siehe auch den folgenden Abschnitt zum Eigenübertragungskonzept). In Deutschland habe neben der Vorstellung vom defizitären Altern die Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus und der hieran beteiligten Elterngeneration (der heute tätigen Psychotherapeuten) eine wichtige Rolle bei der ablehnenden Haltung gegenüber der Psychotherapie Älterer gespielt.

## *Einleitung*

### *Das Eigenübertragungskonzept*

In Auseinandersetzung mit den unreflektierten Werthaltungen und Normen gegenüber Älteren führte Heuft den Begriff der Eigenübertragung als Erweiterung des Übertragungs-Gegenübertragungskonzepts ein (Heuft 1990a). Eigenübertragung meint das unreflektierte Wiederaufleben von Gefühlen, Einstellungen, auch Vorurteilen beim Therapeuten selbst sowie die Übertragung dieser Gefühle vom Therapeuten auf den Patienten. Zum Beispiel sei die Ablehnung der politischen Biografie alter Menschen, die sich aus der Verstrickung der damaligen Generation in den Nationalsozialismus ergeben habe, durch die nachfolgende Generation von Psychotherapeuten mit einer Rationalisierung der Nicht-Behandelbarkeit älterer Menschen beantwortet worden. Des Weiteren spiele insbesondere das eigene Bild des Alter(n)s seitens des in der Regel jüngeren Therapeuten eine wichtige Rolle.

### **1.3 Begründung der Sinnhaftigkeit einer spezifischen Alters-psychotherapie**

#### *Die Kompetenz und Lernfähigkeit alter Menschen*

Schon bei Cicero findet sich folgende Bemerkung zum Alter: „Das Leben hat seine bestimmte Bahn, und es gibt nur einen Weg der Natur, und der ist einfach; und jeder Lebensabschnitt hat seine Zeit zugemessen bekommen. Die Schwäche der Kinder, die Wildheit der Jugend, der Ernst des Mannesalters und die Reife des Greisenalters haben etwas Naturgemäßes, das zu seiner Zeit ergriffen sein will.... Nicht durch Kraft oder körperliche Behändigkeit und Schnelligkeit werden große Leistungen vollbracht, sondern durch besonnenen Rat, das Gewicht der Person, gereiftes Urteil: Eigenschaften, die im Alter nicht verloren zu gehen, sondern sogar noch zu zuwachsen pflegen“ (Cicero: Cato maior de senectute, zitiert 1998).

## *Einleitung*

Mehrheitlich überwog in der Vergangenheit jedoch die Vorstellung vom Altern als fortlaufendem Verlust zuvor erworbener Fähigkeiten. In der Tat sind bereits ab dem 4. Lebensjahrzehnt neuropsychologische Alterungsprozesse wie eine Reduktion der Verarbeitungsgeschwindigkeit, der Umstellfähigkeit, der Psychomotorik und des Arbeitsgedächtnisses nachweisbar (Kruse & Rudinger 1997). Allerdings bilden sich im Gegenzug mit zunehmender Erfahrung kompensatorische Fähigkeiten aus.

In den 70-iger Jahren des 20. Jahrhunderts wurde erstmals - als Gegenentwurf zum damals noch vorherrschenden Konzept des Alterns als eines involutiven und defizitären Prozesses - die Kompetenz und Lernfähigkeit alternder Menschen hervorgehoben. Das Altern wurde als „Vorgang der Veränderung“, nicht des Untergangs, betrachtet (Lehr 1977; Platt 1972; Tews 1974).

Es konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass ältere Manager bei Entscheidungsfindungen zwar langsamer, aber umsichtiger vorgehen, mehr Informationen in die Entscheidung einfließen ließen, flexibler und selbstkritischer waren (Klemp & McClelland 1986). Auch Ilmarinen (2003) zeigte Stärken von älteren Arbeitnehmern im Vergleich zu jüngeren Arbeitstätigen auf, nämlich gute Fähigkeiten im Umgang mit komplexen Themen, gute Entscheidungs- und Handlungsökonomie, Kennen eigener Grenzen der Leistungsfähigkeit, zeitliche Verfügbarkeit, länger vorbereitete Entscheidungen, weiterreichende Zeitplanung, hohe soziale Kompetenz. Die Schwächen älterer Arbeitnehmer im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität zeigten sich vorwiegend bei der Durchführung monotoner körperlicher Belastungen, bei fehlenden Pausen und langen Arbeitszeiten, fehlender Fort- und Weiterbildung sowie einer zu engen Spezialisierung.

In den Neurowissenschaften entwickelte sich innerhalb der letzten zwei bis drei Jahrzehnte die Erkenntnis, dass das Gehirn nicht „fest verdrahtet“ (hard wired), sondern bis ins hohe Alter hinein plastisch ist. Durch Sinneseindrücke

## *Einleitung*

und Erfahrungen bilden sich neue neuronale Verbindungen. „Die aktive Erfahrung selektiert oder formt ... ein neues Muster von Neuronengruppen.“ (Levi-Montalcini 2005). „Cells that fire together wire together“, der berühmte Lehrsatz von Donald Hebb (1949) unterstreicht diesen Vorgang. Verschiedene Studien zeigen mittels funktioneller Bildgebung des Gehirns, dass im Alter eine Reorganisation von neuronalen Schaltkreisen, z.B. bei der Bewältigung von Gedächtnisaufgaben stattfindet (Maestu 2004). Auch die Neurowissenschaften weisen somit darauf hin, dass das Modell vom defizitären, involutiven Altern die Komplexität der Vorgänge in einem alternden Gehirn nicht hinreichend erfasst.

### *Ein entwicklungspsychologisches Modell unter Berücksichtigung des Alterns*

Dem Defizitmodell des Alterns setzte Heuft ein erweitertes entwicklungspsychologisches Modell entgegen, das insbesondere die Entwicklungsschritte und -aufgaben des Menschen im Alter betont (Heuft 1994). Heuft nahm dazu den Begriff des Organisators wieder auf (Anna Freud 1963). Der Organisator entspräche analog der Entwicklungspsychologie sozusagen dem „Organ“, das in den jeweiligen Abschnitten des Lebens die Entwicklung führe. Den Entwicklungsaufgaben der jeweiligen Altersstufen müsse sich das Individuum zwingend stellen. In den ersten Lebensjahren sei entsprechend der psychodynamischen Theoriebildung der Trieb der Organisator der psychosexuellen Entwicklung. Es träten die bekannten psychosexuellen Reifungsphasen mit entsprechenden Krisen in der Kindheit und Jugendzeit ein. Daneben entwickelten sich in gegenseitiger Wechselwirkung einerseits das autonome Ich, das Selbstwertregulationssystem und andererseits die sich zunehmend internalisierenden Beziehungen zu den Objekten, also den wichtigen Bezugspersonen. Diese Fähigkeiten werden in der OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) unter der Achse IV (Psychische Struktur) zusammengefasst. Bei

## *Einleitung*

der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ handelt es sich um eine 1992 im deutschsprachigen Raum von Klinikern und Forschern erstellte, in die Klinik eingeführte Systematik der Diagnostik für die psycho-dynamische und psychoanalytische Psychotherapie (Arbeitskreis OPD 2006).

Nach Erreichen des Erwachsenenalters übernehme der objektale Organisator die Funktion des Schrittmachers für die weitere Entwicklung. Damit seien Veränderungen der Objektbeziehungen gemeint, die unter Rückgriff auf soziale Kompetenzen bewältigt werden müssten. Hierbei finde ein ständiger Abgleich der bereits internalisierten Objektbeziehungen mit neu hinzukommenden Objekterfahrungen statt.

In der zweiten Hälfte des Erwachsenenalters trete der somatogene Organisator in den Vordergrund. Die leibliche Existenz und die Körperfunktionen könnten nicht mehr als selbstverständlich gegeben angesehen werden. Dies werde daran deutlich, dass alte Menschen auf die Frage: „Woran merken Sie, dass die Zeit vergeht?“, zu 80% unter Bezugnahme auf den körperlichen Alterungsprozess antworteten. Die Herausforderung dieser Entwicklungsphase bestehe in der Bewältigung der sich verändernden Lebenssituation und dem Umgang mit der sich wandelnden Leiblichkeit. Es finde im Idealfall eine geglückte Auseinandersetzung mit den Veränderungen der Körperfunktionen statt. Die psychische Entwicklung setze sich im Alter progressiv fort, statt „abwärts“ zu verlaufen.

Das hier beschriebene entwicklungspsychologische Modell geht nicht von der früheren Annahme einer mit dem Erwachsenwerden abgeschlossenen Entwicklung aus. Vielmehr weist es auf weiterhin erforderliche Entwicklungsschritte im Alter des Menschen hin. Da jede der Entwicklungsphase eigene Spezifitäten bezüglich deren Bewältigung aufweist, unterstreicht das Modell die Notwendigkeit vertiefter Kenntnisse hinsichtlich spezifischer Entwicklungsaufgaben Älterer.



## *Einleitung*

### *Wirksamkeit der Psychotherapie im Alter*

Neben der Entwicklung neuer theoretischer Entwicklungsmodelle unter Einbeziehung des körperlichen Alterungsprozesses gingen die Bemühungen in den 80-iger Jahren insbesondere dahin, die Wirksamkeit von Psychotherapie bei alten Menschen nachzuweisen. Outcomestudien zur Psychotherapie mit ausreichend langen Katamnese-Zeiträumen (von 2-5 Jahren) gibt es auch bei jüngeren Patienten selten, wobei die Datenlage für kürzere verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungskonzepte besser ist als diejenige für die tiefenpsychologische Psychotherapie und die Psychoanalyse. Heuft & Marschner zitierten in einer Arbeit von 1994 insgesamt 29 Arbeiten, die sich mit der Effektivität von Psychotherapien im Alter beschäftigten. Leider zeigten sich ausgeprägte qualitative Unterschiede im Design der einzelnen Studien, so dass ein direkter Vergleich nicht möglich war. Unter diesen methodischen Vorbehalten ergab sich, dass alte Menschen von einer Psychotherapie profitierten, und dass sich die kognitiv/behaviorale Psychotherapie in ihrer Effektivität nicht von derjenigen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie unterschied.

### *Psychotherapiemotivation älterer Patienten*

Das Infragestellen der Kompetenz älterer Psychotherapiepatienten und der Effektivität der Alterspsychotherapie konnte nun kein rationaler Grund mehr für das noch verhaltene Interesse an der Alterspsychotherapie sein. Ein weiterer häufig genannter Vorbehalt gegen eine psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen stand allerdings noch im Raum: von älteren Menschen wurde angenommen, dass sie einer Psychotherapie weniger motiviert gegenüber stehen würden als jüngere Menschen.

Die Therapiemotivation älterer Patienten im Vergleich zu jüngeren wurde daher in der Berleburger Studie „Ältere Patienten in der psychosomatischen

## *Einleitung*

Klinik“ näher untersucht (Peters 2000). Mittels eines Fragebogens wurden 189 ältere ( $\geq 55$ -Jährige) und 190 jüngere ( $< 55$ -Jährige) stationär behandelte Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen befragt. Es wurden Themen wie Krankheitsbild, Psychotherapiemotivation, Erwartungen an die Therapie in einer Psychosomatischen Klinik sowie die Einstellung zur Psychotherapie angesprochen. Die Auswertung ergab zunächst eine Zunahme der interindividuellen Streubreite der Angaben mit zunehmendem Alter, was nach Peters zum Ausdruck bringe, dass es sich bei der Klientel der älteren Psychotherapiepatienten nicht um eine homogene, sondern eine mit dem Alter zunehmend heterogene Gruppe handle. Betrachteten die Autoren die Gesamtheit der Patienten, zeigte sich im Vergleich zu jüngeren Patienten,

- dass ältere Patienten eine niedrigere Psychotherapiemotivation aufwiesen;
- dass sie häufiger ihre Hilfsbedürftigkeit leugneten;
- dass der psychische Leidensdruck - verbunden mit dem Wunsch nach Selbstreflexion - geringer ausgeprägt war;
- dass die Bedeutung des eigenen Gesundheitsverhaltens geringer eingestuft wurde;
- dass eher eine an den Beschwerden orientierte Behandlung als eine Problem orientierte Behandlung gewünscht war.

Bei der Unterteilung aller befragten Patienten in drei Subgruppen (hoch motivierte Patienten, mittelgradig motivierte Patienten und gering motivierte Patienten) fanden die Autoren in der Gruppe der hoch motivierten Patienten allerdings genauso viele ältere wie jüngere Patienten. In der Gruppe der mittelmäßig motivierten Patienten überwogen die jüngeren Patienten, in der Gruppe der gering motivierten Patienten waren eindeutig die Älteren in der Überzahl. Die wenig motivierten älteren Patienten wiesen auch die schlechtesten Behandlungsergebnisse auf. Die hoch motivierten und

## *Einleitung*

mittelgradig motivierten älteren Patienten wiesen jedoch einen jeweils gleich guten Behandlungserfolg auf. Fassten die Autoren die mittelgradig und hoch motivierten älteren Patienten zusammen, zeigte sich bei knapp zwei Dritteln der älteren Patienten eine ausreichende Behandlungsmotivation für eine Erfolg versprechende Behandlung.

### *Ein inhaltliches Konzept der Gerontopsychosomatik*

Von Relevanz war auch die Entwicklung einer Systematik zum Verständnis psychischer Störungen im Alter. Explizite Konzepte derselben wurden erstmals 1990 ausformuliert (Heuft 1990b; Lamprecht 1990).

In einer Arbeit von 1998 stellte Heuft eine Zusammenfassung von inhaltlichen Konzepten und Behandlungsansätzen der Gerontopsychosomatik vor (Heuft 1998). Zunächst ist nach Heuft das Überwinden des Defizit- oder Defektmodells des Alterns seitens der Gesellschaft und insbesondere seitens der Psychotherapeuten vonnöten. Angemessener sei das oben beschriebene entwicklungspsychologische Modell, das eine Weiterentwicklung im Laufe des gesamten Lebens bis ins Alter hinein betone.

Heuft (1990b) unterscheidet drei Gruppen von akut aufgetretenen neurotischen Symptomen oder funktionellen Körperstörungen, nämlich

- (1) neurotische Kernkonflikte, die nach einer Latenzzeit zur Erstmanifestation einer psychischen Erkrankung in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens führen;
- (2) Aktualkonflikte, d.h. bewusstseinsnahe, emotional wichtige, jedoch unlösbare Konflikte, z.B. familiäre Konflikte, insbesondere auch Konflikte zwischen den Generationen, oder Schwierigkeiten bei der Verarbeitung (Coping) somatischer Erkrankungen und funktioneller Einschränkungen;

## *Einleitung*

(3) Posttraumatische Belastungsstörungen, die im Alter durch den körperlichen Alterungsprozess und durch Wegfallen des Drucks direkter Lebensanforderungen reaktiviert werden können.

Diese Einteilung stellt die Grundlage einer differenziellen Psychotherapie-Indikation Älterer dar.

### **1.4 Psychotherapieverfahren bei älteren Menschen**

Den Schwerpunkt der Psychotherapie älterer Patienten sah Heuft (1998) - ergänzend zu bewährten psychotherapeutischen Methoden - in der Arbeit an Selbst- und Fremdbildern. Auch der politischen Biografie komme in der Alterspsychotherapie eine besondere Rolle zu.

#### *Die analytische Psychotherapie im Alter*

In der analytischen Psychotherapie sei – wie im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter - mit einer Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamik zu arbeiten. Es gelte - wie beim jüngeren Erwachsenen - die Grundregel der freien Assoziation seitens des Patienten. Der Therapeut hingegen solle sich um Neutralität und Abstinenz bemühen. Das zentrale Instrument der therapeutischen Intervention sei die Deutung (Heigl-Evers 1997). Insgesamt nehme die psychoanalytische Psychotherapie im klassischen Setting ( $\geq$ drei Stunden/ Woche) hinsichtlich der Anzahl der behandelten Patienten eine untergeordnete Rolle ein. Dies gelte jedoch sowohl für ältere als auch für jüngere Patienten.

## *Einleitung*

### *Die ambulante tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Alter*

Die ambulante psychodynamische Psychotherapie (1-2 Sitzungen/Woche über wenige Wochen bis zu 2 Jahren, in der Regel im Sitzen) bearbeitet vorbewusste und aktuelle Konflikte. Auch hier werde mit der Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamik gearbeitet, allerdings ohne eine so genannte „Übertragungsneurose“ zu „provozieren“.

### *Die ambulante und stationäre Fokalthherapie im Alter*

Aktualkonflikte und Traumareaktivierungen könnten auch mittels einer ambulanten oder stationären Fokalthherapie behandelt werden. (Heuft 1992)

Eine stationäre Fokalthherapie habe eine Dauer von 6-12 Wochen und sei dann indiziert,

- wenn ein starker Leidensdruck vorliege;
- wenn eine zeitweilige Herauslösung aus dem jeweiligen Umfeld sinnvoll erscheine;
- wenn trotz akuter Symptomatik zeitnah keine ambulante Behandlungsmöglichkeit bestehe und
- wenn eine regressive Fixierung durch eine stationäre Behandlung nicht zu erwarten sei.

### *Die ambulante (supportive) tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Alter*

Bei der Behandlung von Aktualkonflikten könne auch die supportive, psychodynamische Psychotherapie mit großer Variabilität der Dauer und Häufigkeit der einzelnen Sitzungen eine wichtige Rolle spielen. Hier gehe es

## *Einleitung*

um Ich stützende und Kompetenz fördernde Ansätze. Allerdings fehlten systematische Untersuchungen und Lehrbuchbeiträge.

### *Die ambulante kognitiv-behaviorale Psychotherapie im Alter*

Die kognitiv-behaviorale Psychotherapie im Alter stellt ein in Deutschland bisher vernachlässigtes Gebiet dar (Bayen & Haag 1996). Sie verfügt jedoch über ein breites Spektrum an Methoden für die Einzel- und Gruppenpsychotherapie, welche auch auf die Alterspsychotherapie übertragen werden kann. Die Verhaltenstherapie ist Symptom orientiert und auf die Ressourcen des Patienten bezogen. Veränderungen werden durch eigene Lern- und Umlernprozesse erreicht oder aber durch Veränderungen der Bedingungen im näheren Umfeld. Spezifische verhaltenstherapeutische Konzepte für alte Patienten liegen kaum vor.

Auch heutzutage ist es kaum möglich, Evidenz basierte Empfehlungen für die Anwendung der Verhaltenstherapie bei alten Menschen auszusprechen. Die Studienlage ist weiterhin unzureichend.

### *Die psychoanalytische Gruppentherapie im Alter*

Die psychoanalytische Gruppentherapie für alte Menschen sei empfehlenswert, werde jedoch nur selten angewandt. Sie erziele im Vergleich zur kognitiv-behavioralen Gruppentherapie gleich gute Ergebnisse. Bedeutsam seien die realen Beziehungserfahrungen in der Gruppe, die beim Aufbau eines wieder erstarkten Selbstwertgefühls und der Verarbeitung von Trauer unterstützend wirkten. In der Literatur werde vorgeschlagen, im Gegensatz zu jüngeren Patienten auch außerhalb der Therapiesitzungen Kontakte der Gruppe oder einzelner Teilnehmer zuzulassen. Die Gruppe solle

## *Einleitung*

möglichst altershomogen sein, da sonst die Behandlung durch Eltern- oder Großelternübertragungen verkompliziert werden könne.

### *Die Paartherapie im Alter*

Die Paartherapie wird bei älteren Patienten bisher kaum durchgeführt. Mögliche Themen sind z.B. die gemeinsame Bewältigung der Lebenssituation nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess, die Bewältigung sexueller Probleme oder schwerer körperlicher Erkrankungen. Die Paartherapie kann auch Schwierigkeiten in neu eingegangenen Beziehungen zum Inhalt haben.

Eine viel diskutierte These besagt zudem, dass es im Alter in der Paarbeziehung zu einem Geschlechtershift kommt. Mit Geschlechtershift ist gemeint, dass Frauen in der 2. Lebenshälfte ein eher aktiv-phallisches Beziehungsangebot machen, während Männer sich im Alter eher passiv-rezeptiv verhalten. Dementsprechend kann es bei älteren Menschen in der Partnerschaft zu einer Umkehrung des Geschlechterverhältnisses kommen.

Die Paartherapie kann einen eher systemtheoretischen Ansatz, aber auch einen integrierten Ansatz beinhalten. Der systemische Paartherapeut versucht, sich nicht in das System, in dem er arbeitet, einbeziehen zu lassen. Er versucht „allen Familienmitgliedern gegenüber gleichbleibend als Autorität aufzutreten“ (Simon & Stierlin 1984). Die „Neutralität“ wird nicht als innerpsychische Verfassung des Therapeuten, sondern als eine „spezifische pragmatische Wirkung“ auf die beteiligten Patienten verstanden. Zudem wird durch eine „zirkuläre“ Fragetechnik für die Beteiligten die Möglichkeit eröffnet, die Position des jeweils anderen einzunehmen und nachzuvollziehen (Selvini-Palazzoli 1981). Der integrierte Ansatz verbindet psychoanalytische Konzepte mit denen der Systemtheorie (Kreische 1985).

## *Einleitung*

### *Die Familientherapie im Alter*

Auch die Familientherapie ist bisher kaum auf ältere Menschen fokussiert. Ältere Menschen werden in der Regel nicht als Indexpatienten, die infolge von Familienkonflikten erkranken, wahrgenommen. Oft konzentrierte sich die Mehr-Generationen-Therapie auf die Individuation der mittleren („Sandwich“-Generation), der sich die Therapeuten anscheinend am meisten verbunden fühlten (Gilleard et al. 1992).

### *Die systemische Therapie im Alter*

In der systemischen Therapie liegen bereits Behandlungserfahrungen mit über 60-jährigen depressiven, paranoiden und dementen Patienten vor (Johannsen 1992; 1994; 1995). Die systemische Therapie versteht sich als eine Lösungs- und Ressourcen orientierte Kurzzeittherapie. Ziel ist es, brachliegende Ressourcen zu mobilisieren, die Handlungsspielräume der Beteiligten zu erweitern und die jeweilige Beziehungsdynamik aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten.

### *Entspannungsverfahren im Alter*

Entspannungsverfahren wie das Autogene Training kann in multiplen Settings, z.B. auch während einer stationären Behandlung, sinnvoll angeboten werden. Sie seien sowohl im Rahmen von Psychotherapie als auch in somato-psychosomatischen Rehabilitationen (z.B. nach einem Schlaganfall) wirkungsvoll. Ziel sei es, den Körper trotz Multimorbidität als angenehm zu empfinden, was wiederum Rückwirkungen auf die Psyche habe (Hirsch 1995).



### **1.5 Ein Versorgungskonzept der Gerontopsychosomatik**

Lamprecht (1990) stellte ein Konzept für die mögliche Versorgung gerontopsychosomatisch Erkrankter in der Zukunft vor. Er konstatierte, dass 1987 ein Drittel der 1,38 Millionen Patienten, die eine Rehabilitationsmaßnahme absolviert hätten, älter als 55 Jahre alt gewesen seien. Die drei häufigsten Krankheitsentitäten in Rehabilitationsmaßnahmen seien orthopädische, kardiovaskuläre und psychische Erkrankungen. Patienten mit chronisch funktionellen Störungen würden nach der Behandlung trotz guter Besserung der physiologischen Parameter oft nur eine sehr geringe Besserung des subjektiven Krankheitsgefühls aufweisen. Dies zeige, dass eine Rehabilitationsmaßnahme, die vorwiegend auf somatische Symptome bezogen sei, für Patienten mit chronisch funktionellen Störungen nur von eingeschränktem Nutzen sei.

Lamprecht definierte als Indikationen für eine gerontopsychosomatische Behandlung das Auftreten von Konversionssymptomen, abgespaltenen psychosomatischen Angstäquivalenten, Somatisierungen als Ausdruck einer depressiven Erkrankung, Begleiterscheinungen hypochondrischer Erkrankungen, Begleiterscheinungen psychotischer Erkrankungen sowie eine verstärkte Symptomatik bestehender somatischer Erkrankungen.

Lamprecht (1990) betonte weiterhin die dringende Notwendigkeit einer Prophylaxe psychosomatischer Erkrankungen im Alter durch

- Bearbeiten der Ambivalenz des alternden Menschen zwischen Kontaktangst und Kontaktsehnsucht;
- Vermittlung sozialer Kompetenzen;

## *Einleitung*

- Hilfe bei der Bewältigung von Schwellensituationen wie dem Eintritt in die nachberufliche Lebenszeit, dem Erarbeiten einer neuen Zweisamkeit, nämlich der Veränderung von Beziehungsstrukturen durch Behinderungen oder chronische Erkrankungen, Partnerverlust, Verlust gleichaltriger Freunde, dem Hineinwachsen in die Großelternrolle oder Urgroßelternrolle sowie dem möglicherweise eingeschränkten sozialen und finanziellen Status;
- durch Unterstützung bei der Wahrnehmung neuer Aufgaben und bei der Annahme intellektueller Herausforderungen als sinnvoller Prophylaxe des Abbaus kognitiver Fähigkeiten und
- Vermittlung psychodynamischer Gesichtspunkte bestimmter Verhaltensweisen des Betroffenen.

Lamprechts Modell einer psychosomatischen Versorgung alter Menschen sah in einem Ballungsgebiet mit einem Einzugsgebiet von 500.000 Einwohnern eine Schwerpunkteinrichtung mit 120 stationären und 20 teilstationären Behandlungsplätzen vor. Auch jüngere Patienten sollten in den entsprechenden Institutionen aufgenommen werden, um einer Gettoisierung der Älteren vorzubeugen, und um Kompetenzen der jeweiligen Altersgruppen gegenseitig zu nutzen. Vorgesehen seien ambulante und stationäre Vorsorgekuren sowie ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Das Setting soll nach Lamprechts Vorstellung tiefenpsychologisch orientiert sein, dabei solle der Schwerpunkt der Behandlung auf die gegenwärtige Lebenssituation der Patienten gelegt werden.

Als Therapiemaßnahmen sollten diverse Behandlungsmethoden dienen, nämlich die therapeutische Gemeinschaft der Station, das psychodramatische Rollenspiel, Gruppen- und Einzelpsychotherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Entspannungstechniken, Physiotherapie sowie balneo-physikalische Maßnahmen.

## *Einleitung*

Die psychotherapeutische und medizinische Behandlung solle durch ein multidisziplinäres Ärzte- (Psychiater, Neurologen, Orthopäden, Kardiologen, Gynäkologen) sowie ein Psychologen-Team mit psychotherapeutischer und gerontologischer Zusatzausbildung erfolgen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer veranschlagte Lamprecht mit 6-8 Wochen, gegebenenfalls sei eine vor- oder/und nachstationäre Behandlung sinnvoll. Lamprecht machte deutlich, dass es sich bei dem von ihm vorgestellten Konzept um eine mit viel persönlicher Zuwendung verbundene und somit sehr personalintensive Dienstleistung handle. Langfristig könne sich der Aufwand jedoch sowohl hinsichtlich der subjektiven Parameter (z.B. dem subjektiven Krankheitsgefühl) seitens der Patienten als auch hinsichtlich der Kosten lohnen, was zu überprüfen sei.

### ***1.6 Politischer Stand der gerontopsychosomatischen und alterspsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland***

Vom oben vorgestellten Konzept einer intensiven gerontopsychosomatischen Versorgung ist die reale Versorgung alter Menschen (noch) weit entfernt. Die Gerontopsychosomatik rückt jedoch angesichts der oben beschriebenen demografischen Entwicklung mit einem starken prozentualen Anstieg der Bevölkerung über 60 Jahre zunehmend ins politische und wissenschaftliche Interesse. 1998 wurde im Auftrag der Bundesärztekammer der Bericht „Gesundheit im Alter“ erstellt, welcher auf dem 101. Deutschen Ärztetag vorgestellt wurde (Bundesärztekammer 1998). Er enthielt neben der Inneren Medizin/Geriatrie und der Gerontopsychiatrie erstmals einen Abschnitt zur Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Auch im 3. und 4. Altenbericht der Bundesregierung ist die Gerontopsychosomatik als Spezialgebiet vertreten (Bundesregierung 2000: Dritter Bericht zur Lage der

älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft; Bundesregierung 2002: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochbetagter - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen). Aus gesundheits- und forschungspolitischer Sicht lässt sich die Notwendigkeit der Gerontopsychosomatik nicht mehr bestreiten und stellt eine mittlerweile anerkannte Spezialisierung dar. Dennoch ist die Umsetzung des erworbenen Wissens bisher noch sehr lückenhaft. Denn nur wenige psychisch kranke ältere Menschen werden adäquat psychotherapeutisch behandelt.

### ***1.7 Bedarf an Psychotherapie bei älteren Menschen in Deutschland – Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter***

Hinsichtlich des Bedarfs an psychotherapeutischer Behandlung älterer Menschen gibt es seit 1975 Schätzungen. Die einzelnen Erhebungen wurden jedoch unter sehr unterschiedlichen Gesichtspunkten durchgeführt. Bis heute sind die Daten bezüglich der Prävalenz einzelner psychischer Diagnosen bei Menschen über 65 Jahren inkomplett. Dies liegt unter anderem daran, dass standardisierte Messinstrumente für psychische Erkrankungen bei Patienten >65 Jahre erst geschaffen werden müssen.

Laut einer epidemiologischen Feldstudie in Oberbayern 1981 wurde der Bedarf an Psycho- und Soziotherapie bei Menschen im Alter von 50-65 Jahren mit 19%, bei Menschen >65 Jahre mit 7% eingeschätzt. Bei den über 65-Jährigen ergab die Schätzung, dass 5% von den 7% der Psychotherapiebedürftigen mit einer kurzfristigen Behandlung auskämen, während 2% längerfristig psychoanalytisch behandelt werden müssten. Insgesamt bestand bei 26% der >50-Jährigen, also einem Viertel der

## *Einleitung*

Untersuchten, eine Behandlungsbedürftigkeit hinsichtlich Psycho- oder Soziotherapie. Der Bedarf einer allgemein-psychiatrischen Behandlung von >50-Jährigen wurde in derselben Region mit 13% angegeben (Dilling 1981).

Cooper & Sosna (1983) untersuchten in der Stadt Mannheim zwischen 1978-1980 insgesamt 418 Probanden  $\geq 65$  Jahre aus einer Gemeindestichprobe. Hiervon waren 343 Personen bereit, sich einem psychiatrischen Interview zu unterziehen. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei den Interviewten betrug 23,3%. Dabei nahm mit zunehmendem Alter die Morbidität psychiatrischer Erkrankungen zu. Dieses Phänomen war allerdings vorwiegend auf die Zunahme organisch bedingter psychiatrischer Erkrankungen - wie Demenzen - zurückzuführen. Die funktionellen (nicht organisch bedingten) psychischen Störungen hingegen blieben mit 14-15% in allen Altersgruppen weitgehend konstant, sie nahmen bei den Frauen mit zunehmendem Alter sogar leicht ab. Insgesamt erkrankten Frauen häufiger an psychischen Störungen als Männer (27,3% versus 16,3%).

1984 veröffentlichten Weyerer & Dilling Daten einer Feldstudie in drei Gemeinden Oberbayerns. In den Jahren 1975 bis 1977 wurden dabei 1536 zufällig ausgewählte Probanden ab 15 Jahre mittels eines ärztlichen Interviews (Klinisch Psychiatrisches Interview nach Goldberg, 1970) und der Beschwerdeliste nach v. Zerssen (1976) untersucht. Es wurden psychiatrische Diagnosen nach ICD-8 gestellt. Innerhalb der letzten 7 Tag vor der Erhebung litten 18,6% der Untersuchten an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung. (Berücksichtigte man einen Zeitraum von 12 Monaten vor dem Interview, waren 24,1% der untersuchten Gemeindemitglieder von einer psychischen Erkrankung betroffen). 11,3% von den 18,6% der Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen entfielen dabei auf neurotische und psychosomatische Erkrankungen, davon waren 6,3% neurotische Depressionen. Die Persönlichkeitsstörungen machten 0,7%, die Suchterkrankungen 1,8% aus. Die übrigen Betroffenen wiesen Demenzen,

## *Einleitung*

organisch bedingte psychiatrische Erkrankungen, Schizophrenien, affektive und andere Psychosen sowie Oligophrenien auf. 59% der behandlungsbedürftigen Probanden gaben eine Erkrankungsdauer von mehr als 5 Jahren an.

Bezogen auf unterschiedliche Altersgruppen zeigte sich die niedrigste Erkrankungsrate bei den 15-44-jährigen Probanden mit 14,2% Behandlungsbedürftigen, davon 8,9% mit neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen, 0,5% mit Persönlichkeitsstörungen. Bei den 45-64-Jährigen betrug die Prävalenz psychischer Erkrankungen 23,5%, davon waren 17% neurotische und psychosomatische Störungen sowie 0,7% Persönlichkeitsstörungen. Bei den  $\geq 65$ -Jährigen war die Prävalenz psychischer Erkrankungen insgesamt etwa gleich hoch wie in der Gruppe der 45-64-Jährigen (nämlich 23,1%), die Prävalenz der neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen fiel jedoch um die Hälfte niedriger aus (8,8%) als bei den 45-64-Jährigen, die Persönlichkeitsstörungen machten 1,4% aus.

Der prozentuale Anteil von Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung betrug bei den  $\geq 65$ -Jährigen lediglich 0,7%. Die 45-64-Jährigen waren mit einem Anteil von 3,1% am stärksten von Substanzabhängigkeiten betroffen, bei den 15-44-Jährigen betrug der Anteil 1,5% (s. auch Tabelle 1-3).

Wurde die Gruppe der  $\geq 65$ -Jährigen unterteilt, fiel auf, dass die  $\geq 75$ -jährigen Probanden eine wesentlich höhere Morbiditätsrate (29,9%) aufwiesen als die Gruppe der 65-74-jährigen (21,5%).

Die Daten der  $\geq 65$ -jährigen untersuchten Gemeindemitglieder in der oberbayerischen Feldstudie (1984) waren gut vergleichbar mit denen von Cooper & Sosna (1983) aus Mannheim. Bezüglich der Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen bei den über 65-jährigen Personen betrug die erhobenen Häufigkeiten wie oben bereits erwähnt 23,1 % (Oberbayern) und 23,3%

## *Einleitung*

(Mannheim), dabei entfielen 10,2% auf Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (bei Cooper & Sosna in Mannheim 10,8%). Frauen erkrankten insgesamt häufiger an psychischen Erkrankungen (Oberbayern 21,3% der  $\geq 65$ -Jährigen, Mannheim 27,3% der  $\geq 65$ -Jährigen) als Männer (Oberbayern 15,2% der  $\geq 65$ -Jährigen, Mannheim 16,3% der  $\geq 65$ -Jährigen). Im Alter von 65-74 Jahren betrug die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei den Frauen in Oberbayern sogar 24,8% (in Mannheim 23,3%), bei den Männern in Oberbayern 16,7% (in Mannheim 11,2%). Auch in der Altersgruppe der  $\geq 75$ -Jährigen überwog die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei den Frauen mit 33,3% in Oberbayern (32,3% in Mannheim) versus 20,0% bei den Männern in Oberbayern (25,6% in Mannheim), siehe auch Tabelle 1-4 und Tabelle 1-5.

## Einleitung

**Tabelle 1-3:**

*Prävalenz psychischer Erkrankungen in 3 Gemeinden Oberbayerns im Untersuchungszeitraum von 1975-1977 (modifiziert nach Weyerer & Dilling 1984)*

<b>Prävalenz psychiatrischer Diagnosen in %</b>	<b>15-44 Jahre (n = 788)</b>	<b>45-64 Jahre (n = 453)</b>	<b>≥65 Jahre (n = 295)</b>
Neurotische und psychosomatische Erkrankungen	8,9	17	8,8
Persönlichkeitsstörungen	0,5	0,7	1,4
Alkohol-/Drogen- Abhängigkeit	1,5	3,1	0,7
Neurotische und psychosomatische Erkrankungen + Persönlichkeitsstörungen + Alkohol-/Drogenabhängigkeit	10,9	20,8	10,9
Übrige	3,3	2,7	12,2
<b>Gesamt</b>	<b>14,2</b>	<b>23,5</b>	<b>23,1</b>



## Einleitung

Tabelle 1-4:

Prävalenz psychischer Erkrankungen bei  $\geq 65$ -Jährigen anhand des Vergleichs zweier Studien:

(1) Prävalenz psychischer Erkrankungen in 3 Gemeinden Oberbayerns im Untersuchungszeitraum von 1975-1977 ( $n=1536$ ), nach Weyerer & Dilling 1984.

(2) Die in Klammern angegebenen Daten entsprechen denen von Cooper & Sosna (1983), es wurde die Mannheimer Bevölkerung zwischen 1978-1980 ( $n=343$ ) untersucht.

<b>Prävalenz psychiatrischer Diagnosen in % bei den <math>\geq 65</math>-Jährigen</b>	
Neurotische und psychosomatische Erkrankungen	8,8
Persönlichkeitsstörungen	1,4
Alkohol-/Drogenabhängigkeit	0,7
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	10,2 (10,8)
übrige	12,2
Gesamt	23,1 (23,3)

## Einleitung

*Tabelle 1-5:*

*Darstellung der Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung ab 65 Jahren, getrennt für Frauen und Männer:*

*(1) Untersuchung in 3 Gemeinden Oberbayerns 1975-1977 (n=1536).*

*(2) Die in Klammern angegebenen Daten stammen von Cooper & Sosna (1983), es wurde die Mannheimer Bevölkerung zwischen 1978-1980 (n=343) untersucht.*

<b>Alter in Jahren</b>	<b>Frauen in %</b>	<b>Männer in %</b>
≥ 65	21,3 (27,3)	15,2 (16,3)
65-74	24,8 (23,3)	16,7 (11,2)
≥ 75	33,3 (32,3)	20,0 (25,6)

Weyerer (1984) verglich zudem in der Diskussion seine Prävalenzraten mit denjenigen von Neugebauer aus den USA (1980), der einen Median der Prävalenzen aus verschiedenen Studien von 9,38% für neurotische Erkrankungen, von 4,76% für Persönlichkeitsstörungen und von 2,7% für Suchterkrankungen (davon 1,8% als Hauptdiagnose, 0,9% als Nebendiagnose) angab. Der prozentuale Anteil der psychiatrisch Behandelten im Verhältnis zu den behandlungsbedürftigen Probanden (bezogen auf 7 Tage vor dem Interview) betrug lediglich 26,4% für alle Diagnosen.

Die Berliner Altersstudie BASE (1996) ergab, dass 24% der über 70-jährigen einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe (nach DSM-III-R-Kriterien)

## Einleitung

eindeutig psychisch erkrankt waren, während weitere 17% der Probanden subdiagnostisch an einer psychischen Erkrankung, z.B einer Depression, litten. Bei den manifest psychisch Erkrankten ergab sich eine Prävalenz von 9,1% für eine depressive Symptomatik (einschließlich Major Depression; Major Depression partiell remittiert; Dysthymia; Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik; Demenz mit Depression mit ca. 1%). Eine Angstsymptomatik wiesen 1,9% der über 70-jährigen auf. Hierzu zählten generalisierte Angststörungen, Panikstörungen ohne Agoraphobie, Agoraphobie ohne Panikstörung, Anpassungsstörung mit Angstsymptomen sowie Zwangsstörungen. 13,9% der Patienten wiesen organisch bedingte psychische Störungen auf. Darunter fielen 1,8% mit einer Suchterkrankung. Des Weiteren wurden hierunter Demenzen, organisch bedingte Persönlichkeitsstörungen und wahnhafte Störungen erfasst. Die somatoformen Störungen wurden leider nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 1-6 zusammengefasst.

### *Tabelle 1-6:*

*Manifest psychisch Erkrankte im Alter >70 Jahre laut der Berliner Altersstudie (1996).*

<b>Diagnose</b>	<b>Prävalenz in %</b>
Depression	9,1
Angst	1,9
Organisch bedingte psychische Störungen	13,9 davon 1,8 Suchterkrankung
<b>Gesamt</b>	<b>24</b>

## *Einleitung*

Schneider et. al (1997) untersuchten Patienten eines geriatrischen Akutkrankenhauses während des letzten Drittels des stationären Aufenthaltes (mittlere Verweildauer 19,2 Tage). Unter anderem wurde in einem zweifachen, konsentierten Expertenrating festgestellt, dass 26,7% aller Patienten des geriatrischen Akutkrankenhauses mindestens eine ICD-10 Diagnose der psychiatrischen Kategorien F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F3 (Affektive Störungen) oder F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) aufwiesen. Gleichzeitig wiesen diese Patienten  $\geq 5$  Punkte im Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) nach Schepank auf (1995). Dieser misst die psychisch bedingte - nicht die somatisch bedingte - Beeinträchtigung in drei Achsen: auf der körperlichen Ebene, der psychischen Ebene und bezüglich der sozialen Kommunikationsfähigkeit. Jede Achse enthält eine Skala von 0-4 Punkten, insgesamt können also max. 12 Punkte erreicht werden, wobei eine höhere Punktzahl einer höheren psychogenen Beeinträchtigung entspricht, und  $\geq 5$  Punkte für eine psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit sprechen (Schepank 1995; Schneider et al. 1997). Ein Viertel aller kurz vor der Entlassung stehenden, in einem geriatrischen Akut-Krankenhaus behandelten Patienten wurden somit als psychotherapeutisch behandlungsbedürftig eingestuft.

Heuft et al. (1997) untersuchten 1000 Patienten, die wegen des Verdachts auf Gedächtnisstörungen von niedergelassenen Ärzten in der Essener Memory Clinic vorgestellt wurden. 25% der Untersuchten wiesen als primäre Diagnose eine affektive Störung, eine neurotische Störung, eine Belastungsreaktion oder eine Persönlichkeits-/Verhaltensstörung auf.

Eine Studie aus Hamburg im Jahr 1989, die den Bedarf hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlung bei Patienten in Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs ermittelte, zeigte, dass 17,6% der über 80-jährigen Patienten - entsprechend 4,4% der Hamburger Bevölkerung - eine psychotherapeutische Behandlung benötigten (Stuhr & Haag 1989).

## *Einleitung*

Ein Gutachten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung von 1999 ging bei gesetzlich versicherten Patienten über 65 Jahre von einem Bedarf an ambulanter Richtlinienpsychotherapie in Höhe von 0,31% aus. Angemessener erscheint die Einschätzung von Hirsch, der den Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungen bei Patienten über 60 Jahre mit bis zu 10% angab (Hirsch 1999).

Schwarz et al. veröffentlichten 2001 eine Studie, in der 622 über 60-jährige Probanden aus der Bevölkerung mittels der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Snaith 2003) untersucht wurden. 7,6% der über 60-Jährigen litten laut der Ergebnisse des Fragebogens unter Ängsten, 27,5% unter Depressionen. Frauen waren stärker betroffen als Männer. Mit zunehmendem Alter nahm die Rate an depressiven Symptomen zu. Angst und depressive Symptomatik korrelierten signifikant mit Fatigue-Symptomen und subjektiven körperlichen Beschwerden.

In der Study of Health in Pommerania wurden von 1997 bis 2001 in den überwiegend ländlichen Regionen Stralsund, Greifswald und Anklam 7008 Personen aus der Allgemeinbevölkerung ausführlich untersucht. Für eine von Grabe (2005) veröffentlichte Studie wurden aus den Gesamtdaten die „Beschwerdeliste“ von v. Zerssen (1976) sowie die primär psychiatrisch relevanten Inhalte eines Interviews von 4310 Probanden ausgewählt. 3806 Datensätze konnten ausgewertet werden. Aus der Beschwerdeliste v. Zerssens wurden 13 Items ausgewählt, welche insbesondere psychiatrische Symptome widerspiegeln, nämlich Schlaflosigkeit, Energielosigkeit, innere Unruhe, Schwächegefühle, Gespanntheit, Zittern, Grübeln, Niedergeschlagenheit/Depression, Konzentrationsstörungen, Angstgefühle, Nervosität, Mattigkeit und innere Gespanntheit. Diese Items wurden von den Probanden in einer 4-Punkte-Skala kategorisiert (gar nicht; kaum; mäßig; stark). Für alle Altersgruppen (20-30J; 31-40J; 41-50J; 51-60J; 61-70J; 71-81J) wurde ein Cut-off-Wert hinsichtlich der Einstufung in niedrig und hoch belastete

## *Einleitung*

Probanden definiert. Mittels dieses Cut-off-Wertes wurden die Probanden in zwei Gruppen unterteilt, nämlich die psychiatrisch-psychotherapeutisch Behandlungsbedürftigen (hoch belastete Probanden) und die nicht Behandlungsbedürftigen (niedrig belastete Probanden). Die Cut-off-Werte richteten sich nach den in den vergangenen 12 Monaten in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befindlichen Probanden (3,1% der Gesamtstichprobe) in den jeweiligen Altersgruppen, und zwar nach dem Medianwert von deren Werten auf der v. Zerssen-Skala. Es wurden in den jeweiligen Altersgruppen die Anzahl derjenigen Probanden ermittelt, die zwar den Cut-off Wert auf der v. Zerssen Skala für die jeweilige Altersgruppe überschritten, sich aber nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befanden. Diese Zahl wurde dividiert durch die Gesamtzahl der Probanden der jeweiligen Altersgruppe und ergab das Behandlungsdefizit in % für die jeweilige Altersgruppe. Es waren beispielsweise 585 Probanden 20-30 Jahre alt. Davon überschritten 69 Probanden den Cut-off-Wert der Altersgruppe, wurden also als behandlungsbedürftig eingestuft. 10 von diesen 69 Probanden befanden sich bereits in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Somit wurde die Anzahl der Probanden mit einem Behandlungsdefizit als 59 eingestuft. Der Quotient  $59/585$  ergab somit in der Altersgruppe der 20-30-Jährigen ein Behandlungsdefizit von 9,02%. In der Altersgruppe der 31-40-Jährigen betrug das Behandlungsdefizit 13,3%, in derjenigen der 41-50-Jährigen 9,7%. Bei den 51-60-Jährigen waren es 17,1%, bei den 61-70-Jährigen 15,2% und bei den 71-80-Jährigen 4,7%. Gemittelt über alle Altersgruppen ergab sich nach dieser Rechnung ein Behandlungsdefizit von 12%. Kritisch muss zu dieser Studie angemerkt werden, dass der Cut-off-Wert für die Einteilung der Probanden in psychiatrisch-psychotherapeutisch Behandlungsbedürftige oder nicht Behandlungsbedürftige relativ willkürlich erscheint. Die Untersucher argumentieren, dass der Cut-off-Wert so konservativ gewählt worden sei, dass

## *Einleitung*

diejenigen Probanden mit dem Behandlungsdefizit mindestens so belastet waren wie die 50% der am stärksten belasteten Probanden in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Des Weiteren argumentierten die Autoren, dass auch die ambulante fachärztliche Beurteilung stark untersucherabhängig und somit unsicher sei.

1999 wurden von Wittchen erste Ergebnisse des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ des Bundesgesundheitssurveys publiziert. Bundesweit wurden im Rahmen des Bundesgesundheitssurveys 7124 Teilnehmer ab 18 Jahre mit Hilfe eines Screeningfragebogen (Composite International Diagnostic Screener CID-S, Wittchen et al. 1999) befragt. Alle Screening-Positiven sowie eine Zufallsauswahl von Screening-Negativen wurden im Zusatzsurvey von 1998 bis 1999 untersucht. Sie wurden mittels eines computerisierten Diagnostic Interview Schedule (Wittchen & Semmler 1991) untersucht, welcher standardisiert Symptome, Syndrome und ausgewählte psychische Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV erfasse und Aufschluss über Beginn, Dauer, Verlauf der Symptome sowie klinischen und psychosozialen Schweregrad der Erkrankung gebe. Alle Teilnehmer des ursprünglichen Kernsurveys mit Ausnahme der 66-79-Jährigen wurden untersucht, da der CID-S für Patienten >65 Jahre nicht ausreichend validiert ist. Die 4-Wochen-Querschnittsprävalenz ergab Prävalenzen von 6,3% für affektive Störungen, von 9% für Angststörungen und von 7,5% für somatoforme Störungen. Die älteste Gruppe der Teilnehmer (46-65 Jahre) zeigte bei den Männern tendenziell höhere Prävalenzraten, ansonsten unterschieden sich die einzelnen Altersgruppen kaum. Hieraus schloss Wittchen, dass Prävalenzen psychischer Erkrankungen nicht altersspezifisch sind.

Im Verlauf wurde aus denselben Daten zusätzlich die 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen ermittelt (Wittchen 2001), die ergab, dass 32,1% der Bevölkerung Deutschlands im Alter von 18-65 Jahren eine oder mehrere psychische Störungen aufwiesen. 11% davon entfielen auf somatoforme

## *Einleitung*

Störungen, 7,6% auf Angststörungen, 8,3% auf die Major Depression, einmalig oder rezidivierend, 6,2% auf die Alkoholabhängigkeit und 2,6% auf psychotische Störungen (auch in Zusammenhang mit affektiven Störungen). Die Behandlungsquote, d.h. der Prozentsatz der tatsächlich behandelten Patienten, betrug 36,4%, was bedeutet, dass sich lediglich ein Drittel der Behandlungsbedürftigen in entsprechender Behandlung befand.

Die von Wittchen et al. zusammen getragenen Prävalenzraten psychischer Erkrankungen in der Altersgruppe der 18-65-Jährigen sind in Tabelle 1-7 zusammengefasst.



## Einleitung

Tabelle 1-7:

4-Wochen Prävalenzraten sowie 12-Monats-Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei 18-65-jährigen Einwohnern Deutschlands im Untersuchungszeitraum von 1998-1999 (n=4181) nach Wittchen (1999 und 2001). Die in Klammern angegebenen Werte entsprechen der 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen.

<b>Diagnose nach ICD-10</b>	<b>4-Wochen Prävalenz/ (12-Monatsprävalenz) in %</b>
Affektive Störungen	6,3 (13,6)
Angststörungen	9,0 (13,4)
Somatoforme Störungen	7,5 (11,0)
Zwangsstörung	(0,7)
Essstörung	(0,3)
Alkoholabhängigkeit	(6,2)
Psychotische Symptome	(2,6)
Gesamt	17,2 (32,1)

Die einzelnen Störungen addieren sich auf mehr als 17,2 bzw. (32,1)%, da teilweise Komorbiditäten vorliegen

### **1.8 Gerontopsychosomatik/ Alterspsychotherapie und Versorgungsrealität**

Aus dem bisher dargelegten ergibt sich, dass alte Patienten in Relation zum Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung in der tatsächlichen psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert sind.

#### *Versorgungsrealität älterer Patienten hinsichtlich Psychotherapie im ambulanten Sektor*

So waren laut der Praxisstudie der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) von 1989 im ambulanten Sektor 5% der psychotherapeutisch behandelten Patienten zwischen 50 und 59 Jahre alt und lediglich 1% der in Psychotherapie befindlichen Patienten  $\geq 60$  Jahre alt (DGPT 1989).

Auch Fichter gab 1990 (oberbayrische Verlaufsuntersuchung) den Anteil der in Psychotherapie befindlichen  $\geq 60$ -Jährigen mit lediglich 0,6% an. Hierbei seien die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, die psychoanalytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie, die als Krankenkassenleistung erfolgten, berücksichtigt worden. Gleichzeitig betrage die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei  $\geq 65$ -Jährigen insgesamt 22,9%, davon seien 8,7% Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere psychotherapeutisch behandelbare Krankheiten, 8,7% mittelschwere bis schwere Demenzen und 1,7% Psychosen (Fichter 1990).

In den psychotherapeutischen Universitätsambulanzen zeigten sich ähnliche Ergebnisse. In der Berliner Psychotherapie Studie 1988 waren nur 6,1% der innerhalb eines Jahres vorgestellten Patienten älter als 55 Jahre (Rudolf

## *Einleitung*

1988). Für die Universitätsklinik Heidelberg wird 1992 eine ähnliche Zahl von 5,7% angegeben (Heuft 1992).

1996 zeigte sich in einem Planungsgutachten zur gerontopsychiatrischen Versorgung der Stadt Solingen, dass der Anteil der über 60-jährigen Patienten in psychotherapeutischen Praxen knapp 2%, derjenige der über 65-jährigen Patienten lediglich 0,6% betrug. Diese Zahlen wurden durch eine Befragung der niedergelassenen Psychotherapeuten ermittelt. Der Anteil der über 65-Jährigen am Gesamtkollektiv psychotherapeutisch behandelter Patienten mit durch die Krankenkassen bewilligtem Richtlinienpsychotherapieantrag machte lediglich 4,3% aus. In derselben Arbeit wurde der prozentuale Anteil psychisch kranker Menschen im Alter von den behandelnden Internisten mit 15% und von den allgemeinmedizinischen Behandlern mit 20% angegeben (Wolter-Henseler 1996).

In einer weiteren Untersuchung wurden 40 psychotherapeutische Praxisinhaber hinsichtlich ihrer ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen im Quartal IV/1994 befragt. Der Anteil der 56-65-jährigen Patienten betrug 2,9%, derjenigen der >65-jährigen Patienten 0,3% (Scheidt 1998).

Arolt & Schmidt zeigten 1992, dass von 1.514 älteren Patienten mit einer depressiven Erkrankung nur 0,6% nach Richtlinienpsychotherapie behandelt wurden.

In zwei Arbeiten von Linden (1993; 1999) wurde der Anteil der Richtlinienpsychotherapieanträge für über 65-jährige Patienten auf 0,2% aller Richtlinienpsychotherapieanträge bei Erwachsenen in Deutschland im Jahr 1993 und erneut im Jahr 1999 beziffert. In der ambulanten Versorgungsrealität der älteren Patienten ergab sich somit im Zeitraum von 1993-1999 keine Änderung. Die Daten wurden anhand einer Zufallsstichprobe von Anträgen bei den Krankenkassen als Kostenträgern für eine verhaltenstherapeutische Langzeittherapie ermittelt.

## *Einleitung*

In der Berliner Altersstudie wurde bei 133 von 516 Teilnehmern im Alter von mehr als 70 Jahren eine depressive Erkrankung diagnostiziert. Lediglich bei 20 dieser Personen wurde durch den Hausarzt die Diagnose einer depressiven Störung gestellt. In keinem Fall erfolgte eine Überweisung zu einem Nervenarzt und in keinem Fall eine Psychotherapie. 68 Patienten erhielten jedoch eine pharmakologische Therapie (10 mit Antidepressiva und 58 mit Benzodiazepinen) (Wernicke & Linden 1997).

Zepf (2001) ermittelte unter ambulant psychotherapeutisch behandelten Patienten 2% im Alter von  $\geq 65$  Jahren.

2003 wurde eine Studie veröffentlicht (Bolk-Weisedel 2002), in der 3.200 Psychotherapieanträge für tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie in den Jahren 2000 und 2001 in Bezug auf die Behandlung von  $\geq 60$ -jährigen Patienten untersucht wurden. Von allen Anträgen wurden für Patienten  $\geq 60$  Jahre 17 Anträge für eine Kurzzeittherapie (entsprechend 0,5%), 40 Anträge für eine Langzeittherapie (entsprechend 1,3%) und nur 3 Anträge (entsprechend 0,1%) für eine analytische Langzeitbehandlung gestellt.

### *Versorgungsrealität älterer Patienten hinsichtlich Psychotherapie im stationären Sektor*

1995 erfolgte die Befragung von 97 psychosomatischen Kliniken im gesamten Bundesgebiet hinsichtlich der Altersverteilung der behandelten Patienten. Die Rücklaufquote betrug 72%. Die Studie ergab, dass der Anteil der 50-59-jährigen Patienten 21,5%, der Anteil der 60-69-jährigen Patienten 5,2% und derjenige der  $\geq 70$ -jährigen Patienten nur 1,3% betrug (Lange 1995).

## *Einleitung*

Aus den beschriebenen Studien geht somit durchgängig hervor, dass die psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor weiterhin unzureichend ist.

## **2. Zielsetzung der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit untersucht die aktuelle psychotherapeutische Versorgungsrealität älterer Menschen in einem definierten ambulanten Sektor.

Anhand einer Befragung niedergelassener Psychotherapeuten im Münsterland wurden die Anzahl der in ambulanter Richtlinien-Psychotherapie befindlichen älteren Menschen verschiedener Altersgruppen (50-54 Jahre; 55-59 Jahre; 60-64 Jahre; 65-69 Jahre;  $\geq 70$  Jahre) in Relation zur Gesamtzahl der psychotherapeutisch behandelten Patienten ermittelt. Zudem wurden die Geschlechtsverteilung in den verschiedenen Altersgruppen sowie die Behandlungs-Hauptdiagnosen der über 50-jährigen Patienten erfragt. Therapeuten bezogene Daten, wie das Alter der Therapeuten, deren Niederlassungsdauer und psychotherapeutisches Hauptverfahren sowie die Teilnahme an Fortbildungen zur Alterspsychotherapie, die Verfügbarkeit altersspezifischer Angebote und deren Planung wurden ebenfalls erfasst.

Ziel der Untersuchung war es, das Therapeuten- und Patientenkollektiv möglichst umfassend zu beschreiben, um hieraus etwaige Unterschiede in der Versorgungsrealität von älteren Menschen ( $\geq 50$  Jahre) im Vergleich zu jüngeren ( $< 50$  Jahre) Menschen hinsichtlich ambulanter Richtlinienpsychotherapie zu dokumentieren.

Die der Untersuchung zu Grunde liegende Hypothese besagte, dass in Übereinstimmung mit den vorliegenden Studien auch in einer psychotherapeutisch sehr gut versorgten Region wie dem Münsterland (mit einer Universität einschließlich einer medizinischen und psychologischen Fakultät sowie drei verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten) eine relative Unterversorgung Älterer hinsichtlich ambulanter Psychotherapie nachweisbar ist.

### **3. Methoden**

Die Studie erfolgte in Kooperation mit Herrn Dr. med. K. Telger, dem Ärztlichen Direktor des Alexianerkrankenhauses Münster GmbH, sowie mit Herrn Dr. med. D. Wolter, dem Chefarzt der Abteilung für Gerontopsychiatrie und Stellvertretenden Ärztlichen Direktor der Westfälischen Klinik Münster.

#### *3.1 Erhebung der Daten/ Befragte Population*

Alle bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe registrierten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus der kreisfreien Stadt Münster und den Kreisen Borken, Coesfeld, Steinfurt und Warendorf wurden mittels eines Anschreibens, eines postalischen Fragebogens sowie eines frankierten Rückantwortumschlags angeschrieben. Der Fragebogen samt Anschreiben ist im Anhang der Arbeit dokumentiert.

Aus Gründen der Übersicht und des Datenschutzes werden im Folgenden weibliche und männliche Therapeuten unter dem generischen Maskulinum „Psychotherapeuten“ oder „Therapeuten“ zusammengefasst.

#### *3.2 Aufbau des Fragebogens*

Der Fragebogen umfasste 4 Seiten. Das Deckblatt enthielt Namen und Adresse des Psychotherapeuten sowie den Ansprechpartner in der entsprechenden psychotherapeutischen Praxis. Außerdem bestand die Möglichkeit, das Interesse an einer weiteren Kooperation bezüglich der Alterspsychotherapie anzugeben. Diese Frage konnte mit ja, nein oder unentschieden beantwortet werden. Das Deckblatt wurde sofort nach dem Rücklauf (und gegebenenfalls der Klärung unmittelbar aufgetretener Fragen)

## *Methoden*

vom Rest des Fragebogens abgetrennt, um die Anonymität der teilnehmenden Psychotherapeuten zu wahren.

Die Seiten 2-4 beinhalteten den eigentlichen Fragebogen. Die einzelnen Fragen waren nummeriert, insgesamt wurden 16 Fragen gestellt.

Auf Seite 2 wurden in den Fragen 1-3 zunächst das Alter (20-30 Jahre; 31-40 Jahre; 41-50 Jahre; 51-60 Jahre; 61-70 Jahre und  $\geq 70$  Jahre), das Geschlecht (männlich; weiblich) und die Niederlassungsdauer ( $\leq 5$  Jahre; 6-10 Jahre; 11-15 Jahre etc., abschließend 31-40 Jahre) der Psychotherapeuten erfragt. In Frage 4 wurde nach der fachlichen Ausrichtung des Praxisinhabers gefragt (Psychologischer Psychotherapeut; Facharzt für Psychiatrie; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Facharzt für Nervenheilkunde; Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; andere Fachrichtungen plus Zusatztitel Psychotherapie). Die angewandte Hauptmethode (tiefenpsychologisch/psychoanalytisch; verhaltenstherapeutisch/kognitiv-behavioral; tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch; andere Ausrichtung) war in Frage 5 von Interesse. Anschließend wurde nach der Gesamtzahl der im Jahr 2003 nach Richtlinienpsychotherapie behandelten Patienten gefragt (Frage 6a), des Weiteren in Frage 6b nach der Geschlechtsverteilung aller Patienten (in absoluten Zahlen oder prozentual). Bei Zahlenangaben zu den Patienten wurde zusätzlich gefragt, ob es sich um konkrete oder geschätzte Angaben handelte.

Auf Seite 3 des Fragebogens sollten Angaben (in absoluten Zahlen oder prozentual) zu den Patienten ab 50 Jahren gemacht werden. Zunächst wurde eine Tabelle mit den Altersgruppen der Patienten über 50 Jahre (50-54 Jahre; 55-59 Jahre; 60-64 Jahre; 65-69 Jahre;  $\geq 70$  Jahre) dargeboten. Hier sollte zunächst die Anzahl der behandelten Patienten in der jeweiligen Altersgruppe angegeben werden. In 2 weiteren Spalten konnten die Anzahl oder der prozentuale Anteil der Frauen und Männer in der jeweiligen Altersgruppe der Patienten angegeben werden, z.B. Altersgruppe 65-69 Jahre: 4 Patienten, davon 3 Frauen, 1 Mann oder 75% Frauen, 25% Männer



## *Methoden*

(Fragen 7-11). Unterhalb der Tabelle wurde nach den Behandlungshauptdiagnosen der Patienten  $\geq 50$  Jahre gefragt. Vorgegeben waren als mögliche Diagnosen Depression; Angststörung; somatoforme/dissoziative Störung; Demenz; Suchterkrankung und Anpassungsstörung/Probleme der Krankheitsverarbeitung. Des Weiteren bestand die Möglichkeit, unter dem Punkt ‚sonstige‘ eigene Diagnosen einzutragen. Bei der Angabe zur Anzahl oder dem Anteil der über 50-jährigen Patienten sowie bei der Angabe zur Hauptdiagnose dieser Patienten wurde erneut gefragt, ob es sich um konkrete oder geschätzte Angaben handelte (Frage 12).

Auf der 4. Seite wurden Fragen zur Fortbildung hinsichtlich Alterspsychotherapie und Gerontopsychiatrie (Frage 13) sowie zu Angeboten der einzelnen Psychotherapeuten für ältere Menschen gestellt (Frage 14). Des Weiteren wurde gefragt, ob demnächst spezielle Angebote für Patienten ab 50 Jahre geplant seien (Frage 15), und ob die jeweiligen Therapeuten Interesse an einer Psychotherapie-Evaluationsstudie bei älteren Patienten hätten. Hierbei ginge es um eine zeitlich begrenzte, institutionsübergreifende, gemeinsam mit den niedergelassenen Kollegen durchgeführte Evaluation der Behandlungsverläufe älterer Psychotherapiepatienten (Frage 16).

### *3.3 Modus der Befragung und Rücklauf der Fragebögen*

Am 08.01.2004 wurde der Fragebogen erstmals versandt. Folgender primärer Rücklauf war zu verzeichnen:

- im Kreis Borken sandten 15 von 51 angeschriebenen Therapeuten den Fragebogen beantwortet zurück (29%);
- im Kreis Coesfeld waren es 14 von 50 Therapeuten (28%);
- in der Stadt Münster 82 von 245 Therapeuten (33%);
- im Kreis Steinfurt 26 von 78 Therapeuten (33%) und
- im Kreis Warendorf 21 von 69 Psychotherapeuten (30%).

Am 25.02.2004 wurde der Fragebogen mit einem erneuten Anschreiben zum 2. Mal versandt.

Diejenigen Therapeuten, die bis Ende März 2004 den Fragebogen in der 2. Aussendung noch nicht beantwortet hatte, wurden angerufen. Teilweise kam es zu einem persönlichen Gespräch, teilweise wurden die Therapeuten per Anrufbeantworter gebeten, den Fragebogen zurückzusenden.

Die endgültigen Rücklaufquoten der einzelnen Kreise und des gesamten Münsterlands sind im Ergebnisteil (Kapitel 4.1) genau aufgeschlüsselt.

### *3.4 Kriterien für den generellen Ausschluss von Datensätzen*

Mehrere Datensätze mussten wegen fehlender oder inkonsistenter Angaben von der statistischen Auswertung ausgeschlossen werden. Die spezifischen Ausschlussgründe sind im Folgenden ausgeführt:

Einige Fragebögen waren nur teilweise unvollständig, diese wurden - soweit möglich - mit in die Auswertung einbezogen. Fehlten zu viele Angaben, mussten auch diese Datensätze von der weiteren Auswertung ausgeschlossen werden (s. auch Kapitel 3.5).

Datensätze von Therapeuten, welche die Gesamtzahl von behandelten Patienten mit >300 Patienten/ Einzeltherapeut/ Jahr angegeben hatten, wurden ebenfalls ausgeschlossen, da diese Zahl hinsichtlich Richtlinienpsychotherapeutischer Behandlung sehr unwahrscheinlich erschien. Hier wurden vermutlich auch Patienten erwähnt, die den Psychotherapeuten außerhalb der Richtlinienpsychotherapie, z.B. im Rahmen der allgemeinpsychiatrischen Versorgung, in Anspruch nahmen. Den Cut-off Wert für die Gesamtzahl der nach Richtlinienpsychotherapie behandelten Patienten objektiv zu bestimmen, ist nicht einfach. Geht man von einer sehr hohen Therapiewochenstundenzahl von 50 Stunden pro Woche und lediglich 2 Wochen Urlaub pro Jahr aus, könnte ein Therapeut pro Jahr 5 mal 50 Patienten à 10 Sitzungen behandeln. Dies würde einer Gesamtzahl von 250

## *Methoden*

Patienten pro Jahr entsprechen. Gegebenenfalls würden einige Patienten niederfrequent behandelt, was zu einer Erhöhung der Gesamtzahl der Patienten führen würde. Alternativ könnten einige Therapeuten Gruppentherapien durchführen und somit innerhalb einer Sitzung mehrere Patienten behandeln, dies ist laut Liste der Kassenärztlichen Vereinigung allerdings nur für eine sehr geringe Anzahl von Therapeuten der Fall. Insgesamt erscheint die hier gewählte maximale Gesamtzahl von 300 Patienten pro Jahr und Therapeut bereits sehr hoch gegriffen. Denn eine tiefenpsychologische Kurzzeittherapie beinhaltet z.B. 25 Stunden, ein Therapeut mit tiefenpsychologisch fundierter Ausrichtung könnte mit dieser Methode in Einzeltherapien maximal etwa 100 Patienten pro Jahr behandeln.

### *Spezifische Gründe für den generellen Ausschluss von einzelnen Fragebögen*

Auf der Basis der oben genannten Gründe wurden 20 der 312 erhaltenen Fragebögen von der Auswertung ausgeschlossen:

- Ein Fragebogen wurde unausgefüllt mit dem Kommentar zurückgesandt, es würden keine alten Patienten behandelt.
- In 10 Fragebögen waren die Angaben zu den Psychotherapiepatienten ab 50 Jahren inkonsistent oder fehlend, bei 5 von diesen Fragebögen fehlte zudem eine konsistente Angabe zur Gesamtzahl der behandelten Patienten.
- In zwei Fragebögen wurden nur relative Angaben gemacht. Es gab keinen Bezugspunkt, um die prozentualen Daten in absolute Angaben umzurechnen.
- In einem Fragebogen wurden die Angaben von mehreren Therapeuten einer Praxis insgesamt erhoben. Einzelne Therapeuten der Gemeinschaftspraxis hatten zudem gleichzeitig eigenständig einen Fragebogen zurückgesandt. Somit wurde der gemeinschaftliche Fragebogen nicht verwendet, während die Angaben der einzelnen

## *Methoden*

Therapeuten in die statistische Auswertung eingingen. Der Ausschluss dieses Fragebogens führte zu einem Ausschluss von 2 Therapeuten aus der statistischen Auswertung.

- Fünf Kollegen gaben als Gesamtzahl der behandelten Patienten zwischen 350 und 1000 an. Hier waren vermutlich alle behandelten Patienten angegeben worden und nicht nur diejenigen in Richtlinienpsychotherapie.

Nach Ausschluss der oben beschriebenen Fragebögen standen noch 292 von ursprünglich 312 Fragebögen zur statistischen Auswertung zur Verfügung.

### *3.5 Umgang mit uneindeutigen Angaben in den statistisch auszuwertenden Fragebögen*

Auch bei den in die statistische Auswertung eingeschlossenen Fragebögen zeigten sich Inkonsistenzen. Bei der Angabe der Behandlungshauptdiagnosen aller behandelten Patienten ab 50 Jahren hatten die Therapeuten die Möglichkeit, prozentuale oder Absolutwerte anzugeben. In zahlreichen Fragebögen ergänzten sich die prozentualen Angaben zu den Hauptdiagnosen der über 50-jährigen Patienten nicht zu 100%, sondern ergaben Werte weit über oder unter 100%. Ergab die Summe der angegebenen Diagnosen nicht 100%, so wurden die einzelnen Werte so umgerechnet, dass sich die Diagnosen unter Wahrung des relativen Anteils der einzelnen Diagnosen insgesamt auf 100% ergänzten.

### *3.6 Vorbereitende Datenverarbeitung*

Die Daten wurden mit Hilfe von Excel (Office-Programm: Mac, Version X) und dem Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for the Social

## *Methoden*

Sciences, Version 13.0) weiterverarbeitet.

Hierbei wurde zunächst zu jedem abgefragten Item eine Variable erstellt, wobei den einzelnen Antwortmöglichkeiten jeweils Zahlenwerte zugeordnet wurden, z.B. wurde bei der Variable „Alter des Psychotherapeuten“ der Antwort 20-30 Jahre der Wert 1 zugeordnet; der Antwort 31-40 Jahre der Wert 2 et cetera. Verschiedene Items konnten - wie oben erwähnt - in absoluten Zahlen oder mit prozentualen Angaben beantwortet werden. Diese Items wurden so umgerechnet, dass sie sowohl in prozentualen, als auch in absoluten Angaben vorlagen. Anschließend wurden die Daten der Tabelle ausführlich auf ihre Konsistenz hin überprüft.

Die Psychotherapeuten teilten mit, ob ihre Patienten bezogenen Angaben geschätzt waren oder auf konkreten Angaben beruhten. Sowohl die geschätzten als auch die konkreten Angaben wurden gleichermaßen statistisch ausgewertet. Die Häufigkeiten der geschätzten und konkreten Angaben wurden berechnet.

### *3.7 Statistische Methoden*

Als statistische Methoden wurden vorwiegend deskriptive statistische Methoden angewandt.

Um Signifikanztestungen vorzunehmen, wurden - ausgehend von einer Normalverteilung der Stichproben - T-Tests bei einer Stichprobe und T-Tests für nicht korrelierte Stichproben angewandt. Ergebnisse ab einer Fehlerwahrscheinlichkeit von  $< 5\%$  wurden als signifikant interpretiert. Bei mehrfachen Vergleichen erfolgte eine Bonferroni-Korrektur des p-Wertes.

## **4. Ergebnisse**

Von den laut aktueller Liste der kassenärztlichen Vereinigung praktizierenden Psychotherapeuten wurden alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen befragt. Ist von Borken, Coesfeld, Steinfurt und Warendorf die Rede, sind hiermit die Landkreise, nicht die jeweiligen Städte gemeint. Im Folgenden sind die Ergebnisse der Umfrage in den verschiedenen Kreisen (Borken, Coesfeld, Steinfurt, Warendorf) und der Stadt Münster dargestellt.

### **4.1 Rücklaufquoten**

Wie bereits im Methodenteil erwähnt, wurden 493 Psychotherapeuten aus Borken, Coesfeld, Münster, Steinfurt und Warendorf angeschrieben. Die hierzu notwendigen Angaben entstammten der Liste zugelassener Psychotherapeuten der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Von diesen 493 Angeschriebenen waren 478 Psychotherapeuten postalisch erreichbar und zum Befragungszeitraum psychotherapeutisch tätig. Von den 478 für die Studie in Frage kommenden Teilnehmern beantworteten nach 2 schriftlichen und – falls noch keine Antwort erfolgt war - einer mündlichen Aufforderung 310 Kollegen den Fragebogen. Zusätzlich wurden 2 anonyme Fragebögen eingereicht. Dies entspricht einem Rücklauf 65%. Von den 312 eingesandten Fragebögen konnten 292 in die Auswertung eingeschlossen werden, dies entspricht einem Einschluss von knapp 61% der Fragebögen.

Die Rücklaufquoten sind in Tabelle 1 im Anhang zusammengefasst. Für die einzelnen Kreise und die Stadt Münster waren die Rücklaufquoten wie folgt.

- Im Kreis Borken antworteten 30 von 51 angeschriebenen Therapeuten. Ein Therapeut, welcher den Fragebogen zurücksandte, war im betreffenden Zeitraum der Umfrage noch nicht niedergelassen. Somit kamen 50 Therapeuten als Studienteilnehmer in Frage. Der Rücklauf betrug 58%. 4 der 29 eingeschlossenen Fragebögen konnten für die

## *Ergebnisse*

Auswertung nicht verwendet werden (zu den Ausschlussgründen siehe Methodenteil). Somit wurden 50% der Fragebögen (von den als Studienteilnehmer in Frage kommenden Therapeuten) in die statistische Auswertung einbezogen.

- Im Kreis Coesfeld beantworteten 32 von 50 Kollegen den Fragebogen. Zwei Therapeuten waren im befragten Zeitraum nicht psychotherapeutisch tätig, ein weiterer war noch nicht niedergelassen. Somit antworteten 29 von 47 für die Studie in Frage kommenden Therapeuten auf die Anfrage (knapp 62%). Von den 29 eingeschlossenen Fragebögen konnten 3 nicht ausgewertet werden. Somit gingen 55% der Fragebögen in die statistische Auswertung ein.
- In der Stadt Münster fielen 8 von 245 Therapeuten als Studienteilnehmer aus (ein Therapeut befand sich zum Zeitraum der Untersuchung im Ausland; zwei Therapeuten praktizierten im Untersuchungszeitraum nicht als Psychotherapeuten; ein Therapeut arbeitete vorwiegend psychiatrisch; ein Therapeut war in einer Institution tätig, in der keine Richtlinienpsychotherapie erfolgte; zwei Therapeuten praktizierten zum Zeitpunkt der Umfrage nicht mehr; ein Kollege war im befragten Zeitraum noch nicht niedergelassen). 165 von somit 237 Kollegen beantworteten den Fragebogen (knapp 70%). 8 der 165 Therapeuten konnten nicht in die Auswertung einbezogen werden. Somit wurden 66% der Fragebögen für die statistische Auswertung verwendet.
- Im Kreis Steinfurt beantworteten 47 von 78 niedergelassenen Psychotherapeuten den Fragebogen. Ein Kollege sandte den Bogen zurück, führte aber im Befragungszeitraum keine Richtlinien-Psychotherapie durch. Er wurde von der Befragung ausgeschlossen. Somit wurden 46 von 77 Psychotherapeuten in die Studie einbezogen (knapp 60%). 3 der Fragebögen konnten nicht in die Auswertung eingehen. Somit gingen knapp 56% der Fragebögen in die Statistik ein.
- Im Kreis Warendorf war von 69 für die ambulante Psychotherapie zugelassenen Kollegen einer per Post nicht erreichbar, ein weiterer hatte

seine Praxis aufgegeben. 67 Psychotherapeuten kamen somit für die Studie in Frage. Von diesen beantworteten 41 Kollegen den Fragebogen (entsprechend 61% der Befragten). Zwei der Fragebögen konnten nicht ausgewertet werden. Somit wurden 58% der Fragebögen für die statistische Auswertung verwendet.

- 2 Fragebögen wurden anonym beantwortet.

### **4.2 Auswertung der Therapeuten bezogenen Daten**

Die Charakterisierung der Therapeuten hinsichtlich Niederlassungsort, Geschlecht, Fachrichtung, Hauptmethode der psychotherapeutischen Arbeit, Alter, Niederlassungsdauer sowie Fortbildung zur Alterspsychotherapie und spezifischen Angeboten für ältere Patienten erfolgte mit Hilfe von Häufigkeitsanalysen.

Bei der Frage nach spezifischen Angeboten für ältere Patienten wurden Angaben wie „Literatur“ oder „Traumatherapie“ nicht gewertet, da diese kein spezifisch auf ältere Patienten ausgerichtetes Angebot darstellen. Als spezifisches Angebot für ältere Patienten wurde z.B. eine „altersspezifische Gruppentherapie ab 50 Jahren“ angesehen.

Fehlten in einzelnen Fragebögen Angaben zum jeweiligen Item, z.B. das Alter des Therapeuten, konnte der entsprechende Therapeut in der Häufigkeitsanalyse zum Item Alter nicht berücksichtigt werden, wurde aber in die übrigen Häufigkeitsanalysen eingeschlossen, soweit hierzu Informationen vorhanden waren. Die oben genannten Items wurden für alle Fälle gemeinsam und zusätzlich getrennt für die einzelnen Kreise und die Stadt Münster berechnet. Bei Auswertungen, die sich auf die einzelnen Kreise (Borken, Coesfeld etc.) bezogen, konnten die beiden anonym eingesandten Fragebögen wegen der fehlenden Möglichkeit einer örtlichen Zuordnung nicht berücksichtigt werden.



### **4.3 Ergebnisse der einzelnen Items zur Charakterisierung der Therapeuten**

Die einzelnen Therapeuten bezogenen Items wurden mittels Häufigkeitsanalysen untersucht. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich in Tabelle 2 im Anhang der Arbeit.

- *Niederlassungsort*

Der größte Anteil der in die Studie eingeschlossenen Psychotherapeuten waren in Münster niedergelassen (54,1%). Steinfurt folgte mit einem Anteil 14,8% der Psychotherapeuten. Aus Warendorf stammten 13,5% der Fragebögen, aus Coesfeld 9% und aus Borken 8,6% (n=290, da 2 Fragebögen anonym eingesandt wurden).

- *Geschlecht*

61% aller in die statistische Auswertung eingegangenen Psychotherapeuten waren weiblichen Geschlechts (n=292). Im Kreis Steinfurt war der Frauenanteil unter den Psychotherapeuten mit 67,4% am höchsten, danach folgten Münster mit 65,6%, Coesfeld mit 53,8%, Warendorf mit 51,3% und schließlich Borken mit einem Anteil weiblicher Psychotherapeuten von 48% (n=290, da 2 Fragebögen anonym eingesandt wurden).

- *Berufsgruppe und Fachrichtung*

200 Teilnehmer (68,5%) waren psychologische Psychotherapeuten, 24 (8,2%) waren Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin. 5 Psychotherapeuten (1,7%) hatten die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie absolviert, weitere 16 (5,5%) die Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. 18 Studienteilnehmer (6,2%) waren Fachärzte für Nervenheilkunde. Andere

## *Ergebnisse*

Facharztbezeichnungen einschließlich des Zusatztitels Psychotherapie führten 46 Kollegen (15,8%). Darunter waren 17 Fachärzte für Allgemeinmedizin, 2 Fachärzte für Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde, 8 Fachärzte für Frauenheilkunde, 6 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 5 Fachärzte für Innere Medizin, 5 Praktische Ärzte, 2 Neurologen und 1 Augenarzt. Die prozentualen Angaben für die einzelnen ärztlichen Fachrichtungen sowie die Psychologischen Psychotherapeuten ergeben zusammen addiert 105,9%, weil einige Kollegen mehrere Facharztbezeichnungen führten oder sowohl Psychologen als auch Ärzte waren (n=292).

Der Anteil der psychologischen Psychotherapeuten bezogen auf alle Psychotherapeuten eines einzelnen Landkreises bzw. der Stadt Münster war relativ homogen. Im Kreis Steinfurt betrug er 69,8%, in Warendorf 69,2%, in Münster 68,8%, in Borken 68,0% und in Coesfeld 65,4% (n=290, da 2 Fragebögen anonym eingesandt wurden).

Die 4 psychiatrischen Kollegen, die psychotherapeutisch tätig waren, kamen sämtlich aus Münster. Der Anteil der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die als Psychotherapeuten arbeiteten, war im Kreis Coesfeld mit 11,5% am höchsten, gefolgt von Warendorf (7,7%), Münster (5,1%) und Steinfurt (4,7%). Aus Borken war von den Studienteilnehmern kein psychotherapeutisch tätiger Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu verzeichnen.

Hingegen war der prozentuale Anteil der psychotherapeutisch tätigen Nervenärzte im Kreis Borken am höchsten (24%). Coesfeld (7,7%), Warendorf (5,1%), Steinfurt (4,7%) und Münster (3,8%) folgten.

Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin nahmen insgesamt einen eher geringen Anteil der niedergelassenen Psychotherapeuten im jeweiligen Landkreis bzw. der Stadt Münster ein, nämlich 10,8% in Münster, 7% in Steinfurt, 5,1% in Warendorf, 4% in Borken und 3,8% in Coesfeld.

## Ergebnisse

Psychotherapeutisch tätige Kollegen anderer Fachrichtungen mit einem Zusatztitel Psychotherapie waren im Kreis Coesfeld prozentual am stärksten vertreten (26,9%). In absteigender Reihenfolge folgten Steinfurt (18,6%), Warendorf (15,4%), Münster (14%) und Borken (8%).

- *Hauptmethode*

Zur Hauptmethode der psychotherapeutischen Arbeit machte ein Psychotherapeut keine Angaben (n=291). Die Mehrzahl der Therapeuten war verhaltenstherapeutisch tätig (48,1%). 41,6% der Therapeuten arbeiteten vorwiegend tiefenpsychologisch und/oder psychoanalytisch. Beide Methoden wandten 10,3% der Psychotherapeuten an. Zusätzliche andere Methoden gaben 12,7% der Befragten an. Dazu gehörten EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Gesprächspsychotherapie, Gestaltpsychotherapie, Hypnose, Körpertherapie, Kunsttherapie, Paartherapie, Psychodrama, Sexualtherapie, Systemische Therapie, Transaktionsanalyse und andere.

Die vorwiegend verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kollegen überwogen in allen Kreisen außer in Münster (mit 42,3%). In Borken stellten sie 56%, in Coesfeld sowie Warendorf 53,8% und in Steinfurt 53,5% der Psychotherapeuten (n=289, da 2 Fragebögen anonym eingesandt wurden und 1 Therapeut keine Angaben machte).

Andere therapeutische Ausrichtungen (siehe oben) wurden von 15,4% der Psychotherapeuten aus Warendorf, 14% der Therapeuten aus Steinfurt, 13,5% aus Münster, 12% aus Borken und 3,8% der Therapeuten aus Coesfeld angegeben.

- *Alter*

Eine Übersicht der Ergebnisse hinsichtlich des Alters der Psychotherapeuten im Münsterland sowie in den einzelnen Kreisen bzw. der Stadt Münster ist in Tabelle 2 des Anhangs dargestellt.

## *Ergebnisse*

Der größte Anteil der Therapeuten (bezogen auf alle in die Statistik eingeschlossenen Psychotherapeuten) im Münsterland, nämlich 48,1%, war zwischen 41 und 50 Jahre alt. Die am zweithäufigsten vertretene Altersgruppe stellten die 51-60-jährigen Therapeuten (35,7%). Danach folgten die Altersgruppe von 31-40 Jahren mit 11,7% und die Altersgruppe von 61-70 Jahren mit 4,5% (n=291, da ein Therapeut keine Angaben machte).

Wurden die einzelnen Altersgruppen der Therapeuten in einer Gruppe von jüngeren, ≤50-Jährigen und in eine Gruppe der älteren, >50-jährigen Psychotherapeuten zusammengefasst, waren 59,8% der hier untersuchten Psychotherapeuten ≤50 Jahre alt und 40,2% älter als 50 Jahre (n=291). Bezogen auf die einzelnen Kreise (n=289) ergab sich, dass der prozentuale Anteil der „jungen“ Psychotherapeuten (≤50 Jahre) in Warendorf mit 74,4% am höchsten war, gefolgt von Coesfeld (73,1%), Steinfurt (65,1%), Borken (64%) und schließlich Münster (51,9%).

Den prozentual höchsten Anteil der jüngsten Altersgruppe von Psychotherapeuten im Alter von 31-40 Jahren hatte Warendorf mit 25,6%, danach folgten Borken (20%), Steinfurt (16,5%), Coesfeld (7,7%) und schließlich Münster mit 6,4% (n=289, da 2 Fragebögen anonym eingesandt wurden und 1 Therapeut keine Angabe zum Alter machte).

Der Anteil der 41-50-jährigen Therapeuten in den jeweiligen Kreisen betrug zwischen 65,4% und 44,0%, wobei er in Coesfeld am höchsten und in Borken am niedrigsten war. In Steinfurt betrug er 48,8%, in Warendorf 48,7% und in Münster 45,5%.

Der Anteil der Altersgruppe von 51-60 Jahren war bei den Münsteraner Psychotherapeuten mit 41,7% am höchsten, danach folgten Borken (36%), Steinfurt (32%), und schließlich Coesfeld und Warendorf mit einem Anteil von jeweils 23,1%.

Auch der Anteil der ältesten Gruppe von Psychotherapeuten (61-70 Jahre) war in Münster mit 6,4% aller Münsteraner Therapeuten am höchsten. Danach folgten Coesfeld (3,8%), Warendorf (2,6%) und Steinfurt (2,3%). In

## Ergebnisse

Borken war keiner der in der hiesigen Statistik berücksichtigten Therapeuten älter als 60 Jahre.

- *Niederlassungsdauer*

Zur besseren Übersicht sei auch hier auf Tabelle 2 im Anhang verwiesen.

Die meisten Kollegen, nämlich knapp ein Drittel (29,8%), waren zwischen 11 und 15 Jahren als Psychotherapeuten niedergelassen. Etwas mehr als ein Viertel (27,4%) waren 6-10 Jahre und ein Fünftel (20,7%) ≤5 Jahre niedergelassen. 14% der Therapeuten waren seit 16-20 Jahren und 5,6% seit 21-25 Jahre in der Praxis tätig. Es gab zudem Kollegen, die zwischen 26-30 Jahren (1,8%) und 31-40 Jahren (0,7%) als niedergelassene Psychotherapeuten tätig waren.

Fasste man die Dauer der Niederlassung in insgesamt 3 Gruppen zusammen (Gruppe 1: Niederlassungsdauer 0-10 Jahre; Gruppe 2: Niederlassungsdauer 11-20 Jahre; Gruppe 3: Niederlassungsdauer 21 Jahre und mehr), zeigte sich folgendes Ergebnis: 47,7% der Therapeuten waren bis zu 10 Jahre lang niedergelassen, 44,2% 11-20 Jahre lang und 8,1% waren länger als 20 Jahre niedergelassen (n=285, da 7 Therapeuten keine Angaben zur Niederlassungsdauer machten).

Bezogen auf die einzelnen Kreise und die Stadt Münster ergab sich Folgendes: der prozentuale Anteil der Psychotherapeuten, die maximal 5 Jahre lang niedergelassen waren, war in Warendorf am höchsten (48,7%), gefolgt von Steinfurt (23,8%), Münster (15,7%), Borken (13%) und schließlich Coesfeld (11,5%).

Bei den 6-10 Jahre lang in eigener Praxis tätigen Kollegen lag Coesfeld mit einem Anteil von 42,3% vor Borken (30,4%), Steinfurt (26,2%), Warendorf (25,6%) und Münster (24,8%).

Die Gruppe derjenigen, die seit 11-15 Jahren niedergelassen waren, zeigte sich in den meisten Kreisen relativ homogen (zwischen 30,8% und 34,8%), nur in Warendorf betrug der Anteil 12,8%.

## *Ergebnisse*

Die 16-20 Jahre lang niedergelassenen Kollegen waren prozentual in Borken (17,4%) und Münster (15,7%) am stärksten, in Coesfeld am geringsten (7,7%) vertreten.

21-25 Jahre lang niedergelassen waren zwischen 4,3% und 7,7% der Therapeuten, nur im Kreis Warendorf war kein Therapeut dieser Altersgruppe niedergelassen.

Auch bei den bereits 26-30 Jahre lang niedergelassenen Therapeuten waren nur noch wenige Kollegen zu verzeichnen, nämlich jeweils 1 Psychotherapeut in Warendorf und in Steinfurt sowie 3 Therapeuten in Münster. In Borken und Coesfeld war kein Therapeut dieser Altersgruppe in die Statistik eingegangen.

Nur 2 der statistisch berücksichtigten Therapeuten waren 31-40 Jahre lang niedergelassen, sie stammten beide aus Münster (n=283, da 2 Fragebögen anonym eingesandt wurden und 7 Therapeuten keine Angaben zur Niederlassungsdauer machten).

- *Teilnahme an Fortbildung mit gerontopsychiatrischen oder gerontopsychotherapeutischen Inhalten*

Bezogen auf das Münsterland gaben 94 Psychotherapeuten (32,2%) an, im Untersuchungszeitraum Fort- und Weiterbildungen mit gerontopsychiatrischen oder gerontopsychotherapeutischen Fragestellungen besucht zu haben. Die übrigen Kollegen (67,8%) verneinten dies. Von denjenigen Therapeuten, die an spezifischen Fortbildungen zur Alterspsychotherapie teilnahmen, nahmen 32 (34%) an externer Supervision, 29 (31%) an Interventionsgruppen, 12 (13%) an einem Arbeitskreis und 67 (71%) an Fortbildungsveranstaltungen teil. 1 Therapeut (1,1%) betrieb Forschung auf dem Gebiet der Gerontopsychotherapie und 4 Kollegen (4,2%) betrieben Fortbildung in anderer Form, z.B. ein Literaturstudium oder eine mehrmonatige praktische Tätigkeit in einer gerontopsychiatrischen Abteilung. Insgesamt ergänzten sich die verschiedenen Fortbildungsaktivitäten auf 145%, weil einige Therapeuten mehrere Angebote zur

## *Ergebnisse*

Fortbildung in der Alterspsychotherapie wahrnahmen, z.B. Intervision plus Fortbildung plus Literaturstudium (n=292).

Für die einzelnen Kreise und die Stadt Münster zeigte sich, dass der Anteil der Psychotherapeuten, die an spezifisch gerontopsychiatrischen oder gerontopsychotherapeutischen Fort- und Weiterbildungen teilnahmen, in Münster mit 39,9% am höchsten war. Danach folgten Borken mit 32%, Warendorf mit 26,3%, Steinfurt mit 18,6% und Coesfeld mit 15,4% (n=290, da 2 Fragebögen anonym eingesandt wurden).

- *Spezifische Psychotherapieangebote für ältere Patienten*

Die Hypothese, dass spezifische Psychotherapieangebote für ältere Patienten selten sind, bestätigte sich in der hiesigen Umfrage. 7 (2,3%) Therapeuten gaben ein spezifisches, auf ältere Patienten ausgerichtetes Angebot an. 3 Therapeuten (1%) boten eine Gruppenpsychotherapie für ältere Patienten ab 50 Jahre an. 4 Therapeuten (1,3%) gaben andere spezifisch auf ältere Patienten ausgerichtete Angebote an, nämlich die Behandlung der Altersdepression, psychosoziales Training, psychoonkologische Therapie für Ältere, analytische Arbeit zur Förderung der Individuation ab der Lebensmitte (n=292). Ein spezifisch auf ältere Patienten ausgerichtetes Angebot stammte von einem in Coesfeld ansässigen Therapeuten, die übrigen Angebote wurden von Psychotherapeuten aus Münster zur Verfügung gestellt.

- *Planung spezifischer psychotherapeutischer Angebote für ältere Patienten*

Spezifisch auf ältere Patienten ausgerichtete Psychotherapieangebote planten 26 der 292 Psychotherapeuten (8%). Thematisch wurden zahlreiche Ideen für solche Angebote vorgebracht, unter anderem Gruppentherapien für ältere Patienten, eine Gruppentherapie für Frauen ab 50 Jahren, eine Schmerzgruppe für ältere Patienten, eine Gruppe für ältere Patienten mit

## Ergebnisse

sexuellen Funktionsstörungen, eine Gruppentherapie für ältere Patienten mit Depressionen, Traumatherapie mit Menschen der Kriegsgeneration, katathym imaginatives Bilderleben mit älteren Patienten und die Behandlung von Essstörungen bei Patienten mit Diabetes mellitus. Die psychotherapeutische Begleitung von Patienten mit einer beginnenden Demenz und die Leitung einer Angehörigengruppe von Demenzkranken waren weitere Überlegungen. Planungen für altersspezifische Angebote waren in allen Kreisen vorhanden.

- *Interesse an einer Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster*

Interesse an einer Kooperation mit der hiesigen Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie bezüglich Alterspsychotherapie zeigten 54,5% der Befragten, also mehr als die Hälfte der in die statistische Auswertung eingeschlossenen Therapeuten. 29,1% wünschten - vorwiegend aus Zeitgründen oder wegen fehlender Patientenklientel - keine Kooperation, 16,4% waren unentschieden (n=292).

Bezogen auf die einzelnen Kreise war das Interesse an einer Kooperation bei den Psychotherapeuten in Borken am höchsten (68%), gefolgt von Münster (62,7%), Coesfeld (46,2%) sowie Steinfurt und Warendorf mit jeweils 39,5% (n=290).

- *Interesse an Mitarbeit im Hinblick auf eine gemeinsame Evaluationsstudie*

Hinsichtlich einer gemeinsamen Evaluationsstudie zur Psychotherapie im Alter waren 33,9% der Therapeuten an einer Mitarbeit interessiert, 31,5% waren unentschieden oder wünschten zunächst weitere Informationen und 34,6% wünschten keine Mitarbeit (n=292).

Bezogen auf die einzelnen Kreise zeigten wiederum die Therapeuten aus Borken das stärkste Interesse, nämlich 56% der dortigen Therapeuten. In



## *Ergebnisse*

Münster waren 39,2% der Psychotherapeuten interessiert, in Coesfeld 26,9%, in Steinfurt 20,9% und in Warendorf 18,4%.

Eine Zusammenfassung der auf das gesamte Münsterland bezogenen Daten zur Teilnahme an gerontopsychiatrischen bzw. -psychosomatischen Fortbildungen, zu spezifischen Psychotherapieangeboten für ältere Patienten, zum Interesse an einer Kooperation oder gemeinsamen Interventionsstudie mit der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Münster findet sich in Tabelle 3 im Anhang.

### *Zusammenfassung und Vergleich des Psychotherapeutenkollektivs im Münsterland mit demjenigen der Psychotherapeuten im Bundesgebiet*

Nahezu 70% der niedergelassenen Psychotherapeuten im Münsterland waren Psychologische Psychotherapeuten, die übrigen waren Ärzte verschiedener Fachrichtungen, vorwiegend Fachärzte der psychiatrischen oder psychosomatischen Gebiete, aber auch Fachärzte mit dem Zusatztitel Psychotherapie.

Verhaltenstherapeuten machten die Mehrheit der Psychotherapeuten aus (48,1%). 41,6% der Therapeuten arbeiteten tiefenpsychologisch und/oder psychoanalytisch, die übrigen 10,3% wandten beide Methoden an.

Wurde das Kollektiv der Psychologen und dasjenige der psychotherapeutisch tätigen Ärzte jeweils getrennt analysiert, zeigte sich, dass 65,0% der Psychologischen Psychotherapeuten verhaltenstherapeutisch arbeiteten, 24,5% waren tiefenpsychologisch und/oder psychoanalytisch tätig, und 10,5% arbeiteten mit beiden Methoden. Bei den ärztlichen Psychotherapeuten waren 80,2% tiefenpsychologisch und/oder psychoanalytisch tätig, 11,0% arbeiteten vorwiegend verhaltenstherapeutisch, während 8,8% die Zulassung für beide Verfahren aufwiesen.

60,9% der Psychotherapeuten im Münsterland waren weiblichen Geschlechts. Bei den Psychologischen Psychotherapeuten war der Frauenanteil mit 65,0% höher als bei den Ärzten (53,8%).

## Ergebnisse

Die prozentualen Anteile der verschiedenen Altersgruppen bei den Psychotherapeuten im Münsterland sind in Tabelle 4-1 aufgeführt.

*Tabelle 4-1: Prozentuale Anteile verschiedener Altersgruppen von niedergelassenen Psychotherapeuten im Münsterland*

<b>Alter in Jahren</b>	<b>Psychotherapeuten insgesamt in % (n=291)</b>	<b>Psychologische Psychotherapeuten in % (n=200)</b>	<b>Ärztliche Psychotherapeuten in % (n=91)</b>
31-40	11,7	14,6	5,5
41-50	48,1	48,7	45,1
51-60	35,7	33,7	40,7
61-70	4,5	3,0	8,8
<50	59,8	63,3	50,5
≥50	40,2	36,7	49,5

Laut Bericht der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 31.12.2003 betrug die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten im gesamten Bundesgebiet zum Zeitpunkt der hiesigen Befragung 12.249 für Psychologische Psychotherapeuten und 3.606 für ärztliche Psychotherapeuten. Davon waren 8.160 weibliche Psychologische Psychotherapeuten und 2.290 weibliche ärztliche Psychotherapeuten. Demnach betrug der Anteil der psychologischen Psychotherapeuten an der Gesamtzahl der im Bundesgebiet vertragsärztlich tätigen Psychotherapeuten 77%, der Anteil der weiblichen psychologischen und ärztlichen

## *Ergebnisse*

Psychotherapeuten 66% (bei den Psychologen 66,7%, bei den Ärzten 63,5%).

47% der Psychologischen Psychotherapeuten im Bundesgebiet besaßen Berechtigungen für die Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren, während 36% die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und 6% die analytische Psychotherapie als Hauptmethode anwandten. Die tiefenpsychologisch/psychoanalytischen Verfahren nahmen also insgesamt einen Anteil von 42% ein. 11% waren sowohl für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wie auch für die analytische Psychotherapie zugelassen.

Bei den ärztlichen Psychotherapeuten überwogen diejenigen, welche die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (58%) und Psychoanalyse (5%) praktizierten, während lediglich 14% als Verhaltenstherapeuten niedergelassen waren. Beide Methoden als Hauptverfahren wandten 23% der ärztlichen Psychotherapeuten an. Die Berechnung der prozentualen Anteile der Hauptmethoden für die Gesamtheit der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten im Bundesgebiet ergab einen Anteil von 39,5% für die Verhaltenstherapie als Hauptmethode, 46,8% für Tiefenpsychologische Psychotherapie und Psychoanalyse als Hauptverfahren sowie 13,7% für beide Verfahren (Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologische Psychotherapie/Psychoanalyse). Hierzu siehe auch Grafik 4-1.

Im Bundesgebiet waren 3003 nur 3,4% der vertragsärztlich tätigen Ärztlichen Psychotherapeuten <40 Jahre alt, 39,5% waren 40-49 Jahre, 41,4% 50-59 Jahre alt. Älter als 60 Jahre waren 15,7%. Bei den Psychologischen Psychotherapeuten waren in NRW laut Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen im Jahr 2003 12,8% der Psychologischen Psychotherapeuten <40 Jahre alt. 45% waren 40-49 Jahre alt, 35% 50-59 Jahre und 7,2% waren älter als 60 Jahre.

Somit waren sowohl der Anteil der Psychologischen Psychotherapeuten als auch der Anteil der weiblichen Psychotherapeuten (Psychologinnen und Ärztinnen) im Münsterland geringer als im Bundesdurchschnitt. Auch

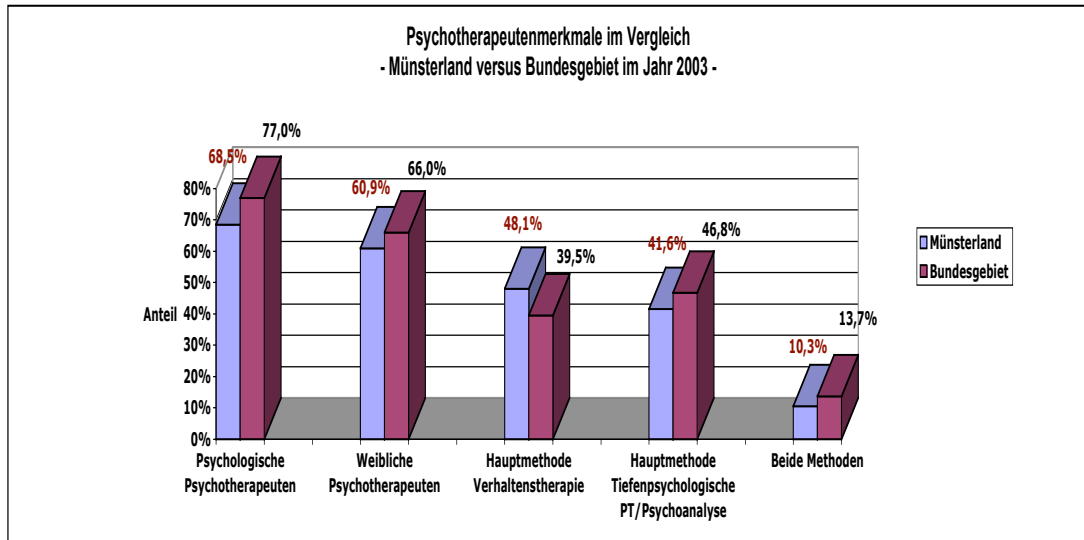
## *Ergebnisse*

hinsichtlich des Hauptverfahrens unterschied sich das Münsterland vom Bundesdurchschnitt. Denn der überwiegende Anteil (48,1%) der niedergelassenen Psychotherapeuten im Münsterland war verhaltenstherapeutisch tätig, während die Verhaltenstherapeuten im Bundesdurchschnitt mit 39,5% in der Minderheit waren. 41,6% der Therapeuten im Münsterland arbeiteten tiefenpsychologisch oder psychoanalytisch, im Bundesdurchschnitt waren es mit 46,8% nahezu die Hälfte aller Psychotherapeuten. 10,3% der Münsterländer Psychotherapeuten waren sowohl für die Verhaltenstherapie als auch für ein psychodynamisches Verfahren (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und/oder Psychoanalyse) zugelassen (im Bundesdurchschnitt 13,7%).

Soweit die Daten zur Altersstruktur der Psychotherapeuten im Münsterland mit denjenigen des Bundesgebiets vergleichbar sind, scheinen die Psychotherapeuten des Münsterlandes insgesamt eher etwas jünger zu sein als der Bundesdurchschnitt der ärztlichen Psychotherapeuten. Dennoch bietet auch im Münsterland der hohe Anteil (40,2%) der über 50-jährigen Psychotherapeuten Anlass zur Sorge hinsichtlich einer dauerhaften Gewährleistung Flächen deckender psychotherapeutischer Versorgung.

## Ergebnisse

Grafik 4-1: Psychotherapeutenmerkmale: Vergleich zwischen dem Therapeutenkollektiv des Münsterlandes und demjenigen des Bundesgebiets



#### **4.4 Ergebnisse der Patienten bezogenen Daten**

##### **- Anzahl der in die Statistik eingegangen Fragebögen**

Bei den Patienten bezogenen Auswertungen der Daten mussten die folgenden Fragebögen ausgeschlossen werden. Von den zunächst 292 in die statistische Auswertung aufgenommenen Psychotherapeuten enthielten 7 Bögen keine Angabe zur Gesamtzahl der behandelten Patienten. Hinsichtlich der Patienten bezogenen Daten erfolgte die statistische Auswertung daher ohne diese 7 Fälle. In einem weiteren Fragebogen fehlten Angaben zu den einzelnen Altersgruppen ab 50 Jahre, dieser Bogen wurde ebenfalls ausgeschlossen. Somit gingen 284 Fragebögen in die Analyse der Patienten bezogenen Daten ein.

#### **4.5 Geschätzte versus konkrete Angaben der Psychotherapeuten zu den Patienten bezogenen Items**

Zunächst wurden die Häufigkeiten der konkreten oder geschätzten Angaben seitens der Therapeuten berechnet.

Bezüglich der Angaben zur Gesamtzahl der 2003 nach Richtlinien-Psychotherapie behandelten Patienten und deren Geschlechtsverteilung machen 114 Therapeuten (40,1%) konkrete Angaben, 170 Therapeuten (59,9%) gaben an, dass ihre Angaben geschätzt seien.

Bei den Angaben zur Anzahl der  $\geq 50$ -jährigen Psychotherapiepatienten in verschiedenen Altersgruppen (50-54 Jahre; 55-59 Jahre; 60-64 Jahre; 65-69 Jahre und  $\geq 70$  Jahre) sowie der Angabe der Geschlechtsverteilung in den einzelnen Altersgruppen waren die Angaben von 149 Therapeuten (52,5%) konkret, während 135 Therapeuten (47,5%) diese Angaben schätzten.

Hinsichtlich der Behandlungshauptdiagnosen der Patienten ab dem 50. Lebensjahr machten 36 Therapeuten (12,7%) gar keine Angaben. Von den

übrigen 248 Psychotherapeuten machten 122 (49,2%) konkrete Angaben, während 126 Therapeuten (50,8%) ihre Angaben schätzten.

Sämtliche Angaben – unabhängig davon, ob konkret oder geschätzt – wurden in gleicher Weise statistisch ausgewertet.

### **4.6 *Modi der statistischen Auswertung der Patienten bezogenen Daten***

Die prozentualen Anteile verschiedener Altersgruppen ambulant behandelter Psychotherapiepatienten im Münsterland wurden mit denen entsprechender Altersgruppen der Bevölkerung von NRW verglichen. Einer solchen Berechnung liegt die Hypothese zugrunde, dass in einem Kollektiv von Psychotherapiepatienten aller Altersgruppen die Altersverteilung derjenigen in der Bevölkerung entspricht, da sich die Prävalenz psychotherapeutisch behandelbarer Diagnosen in verschiedenen Altersgruppen laut Wittchen (1999) nicht wesentlich unterscheidet. Um Signifikanzunterschiede zwischen prozentualen Anteilen verschiedener Altersgruppen der Psychotherapiepatienten und der Allgemeinbevölkerung berechnen zu können, wurde zunächst der prozentuale Anteil der verschiedenen Altersgruppen von Patienten für jeden einzelnen Therapeuten berechnet. Daraufhin wurden – basierend auf statistischen Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Düsseldorf (2006) – die prozentualen Anteile der entsprechenden Altersgruppen in der Bevölkerung von NRW berechnet. Anschließend erfolgte die Anwendung eines T-Tests bei einer Stichprobe, um signifikante Unterschiede zwischen dem Patientenkollektiv im Münsterland und der Bevölkerung in NRW herauszuarbeiten. Das Signifikanzniveau betrug nach Bonferroni-Korrektur  $p < 0,006$ . es wurden 9 T-Tests pro Region (Münsterland, Kreise Borken, Coesfeld, Steinfurt, Warendorf und Stadt Münster) durchgeführt.

Des Weiteren erfolgte die Berechnung einer Ratio der psychotherapeutisch behandelten Patienten im Münsterland zu den psychotherapeutisch

## *Ergebnisse*

behandlungsbedürftigen Einwohnern des Münsterlandes. Dabei wurde eine Prävalenzrate psychotherapeutisch behandelbarer Erkrankungen (Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und anderer psychotherapeutisch behandelbarer Störungen) von 10% zu Grunde gelegt. Diese Ratio von tatsächlich behandelten Patienten zu behandlungsbedürftigen Einwohnern wurde für verschiedene Altersgruppen (<50 Jahre; ≥50 Jahre; 50-54 Jahre; 55-59 Jahre; 60-64 Jahre; 65-69 Jahre und ≥70 Jahre) berechnet. Somit konnte eine Behandlungsquote für verschiedene Altersgruppe ermittelt werden.

Auch die prozentualen Anteile des weiblichen Geschlechts unter den Psychotherapiepatienten im Münsterland wurden - bezogen auf verschiedene Altersgruppen - mit den prozentualen Anteilen entsprechender Altersgruppen der Bevölkerung des Münsterlands verglichen. Um Signifikanzunterschiede zwischen prozentualen Anteilen des weiblichen Geschlechts in verschiedenen Altersgruppen der Psychotherapiepatienten im Vergleich zu denjenigen der Allgemeinbevölkerung berechnen zu können, wurde zunächst der prozentuale Anteil der weiblichen Psychotherapiepatienten verschiedener Altersgruppen für jeden einzelnen Therapeuten berechnet. Daraufhin wurden – basierend auf statistischen Angaben des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Düsseldorf (2006) – die prozentualen Anteile der entsprechenden Altersgruppen in der Bevölkerung des Münsterlands berechnet. Anschließend erfolgte die Anwendung eines T-Tests bei einer Stichprobe, um signifikante Unterschiede zwischen dem Patientenkollektiv im Münsterland und der Bevölkerung in NRW herauszuarbeiten. Das Signifikanzniveau betrug nach Bonferroni-Korrektur  $p < 0,006$ . es wurden 9 T-Tests pro Region (Münsterland, Kreise Borken, Coesfeld, Steinfurt, Warendorf und Stadt Münster) durchgeführt.

### ***4.7 Deskriptive Statistik der Patienten bezogenen Daten***

Bei Untersuchung der prozentualen Anteile verschiedener Altersgruppen von allen ambulant psychotherapeutisch behandelten Patienten im Münsterland,



## *Ergebnisse*

zeigte sich, dass der Anteil der Patienten <50 Jahre 76,91%, also 3/4, aller ambulant psychotherapeutisch behandelten Patienten ausmachte. Hingegen waren nur ca. 1/4 (23,1%) der ambulant psychotherapeutisch behandelten Patienten  $\geq 50$  Jahre. Bei genauerer Unterteilung der über 50-jährigen Patienten zeigte sich: die prozentualen Anteile der Patienten unseres Patientenkollektivs im Alter von 50-54 Jahren (11,4%), 55-59 Jahren (6,1%), 60-64 Jahren (3,2%), 65-69 Jahren (1,5%) und  $\geq 70$  Jahren (0,9%) nahmen mit zunehmendem Alter stetig ab.

Betrachtete man die Gruppe der über 50-jährigen Patienten isoliert, so macht die Altersgruppe der 50-54-Jährigen 49,2%, also in etwa die Hälfte der über 50-Jährigen aus. Ein Viertel, genauer 26,3%, macht die Gruppe der 55-59-Jährigen aus. Die 60-64-Jährigen nahmen einen Anteil von 14,0% der über 50-Jährigen ein. 6,6% waren der älteren Patienten waren 65 bis 69 Jahre alt, und die  $\geq 70$ -Jährigen machten nur noch 3,8% der über 50-Jährigen aus.

### ***4.8 Vergleich von prozentualen Anteilen verschiedener Altersgruppen der Psychotherapiepatienten mit prozentualen Anteilen entsprechender Altersgruppen in der Bevölkerung von NRW***

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse findet sich zwecks besserer Übersicht in Tabelle 4 im Anhang. Aus Gründen der Übersicht wird in der Tabelle nur eine Dezimalstelle für die prozentualen Anteile der jeweiligen Altersgruppen im Patientenkollektiv und in der Bevölkerung angegeben. Wegen der daraus folgenden Rundungsfehler ergänzen sich die jeweiligen prozentualen Anteile verschiedener Altersgruppen nicht immer auf genau 100%. In Tabelle 4a sind zusätzlich die T-Werte, die Freiheitsgrade und der p-Wert angegeben.

Die Berechnungen zeigten für die verschiedenen Regionen folgendes:

## Ergebnisse

- *Münsterland*

Es gingen Angaben von 284 Therapeuten mit insgesamt 18.465 Psychotherapiepatienten in die Analyse ein. Signifikante Unterschiede zwischen dem prozentualen Anteil der jeweiligen Altersgruppe der Psychotherapiepatienten im Münsterland und der entsprechenden Altersgruppe der Bevölkerung von NRW zeigten sich für nahezu alle Altersgruppen, nämlich für die Altersgruppen 50-54 Jahre; 60-64 Jahre; 65-69 Jahre;  $\geq 70$  Jahre;  $< 50$  und  $\geq 50$  Jahre sowie 50-59 Jahre und 60-69 Jahre. Lediglich der prozentuale Anteil der Altersgruppe der 55-59-jährigen Patienten war nicht signifikant verschieden von demjenigen in der Bevölkerung von NRW.

Dabei waren die  $< 50$ -jährigen sowie die 50-54-jährigen Psychotherapiepatienten im Verhältnis zur Allgemeinbevölkerung überrepräsentiert. Der prozentuale Anteil der Gruppe der 55-59-jährigen Psychotherapiepatienten war nicht signifikant verschieden vom entsprechenden Anteil dieser Altersgruppe in der Bevölkerung. Diese Gruppe war also weder über- noch unterrepräsentiert. Ab dem 60. Lebensjahr zeigte sich, dass der Anteil der Psychotherapiepatienten im Vergleich zu demjenigen der Bevölkerung eindeutig unterrepräsentiert war.

Fasste man einzelne Gruppen zusammen, ergab sich, dass die Gruppe der 50-59-jährigen Patienten im Verhältnis zur Allgemeinbevölkerung etwas überrepräsentiert war. Die Psychotherapiepatienten im Alter von 60-69 Jahren waren eindeutig und stark unterrepräsentiert. Der prozentuale Anteil aller  $\geq 50$ -jährigen Psychotherapiepatienten fiel im Vergleich zu demjenigen derselben Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung geringer aus.

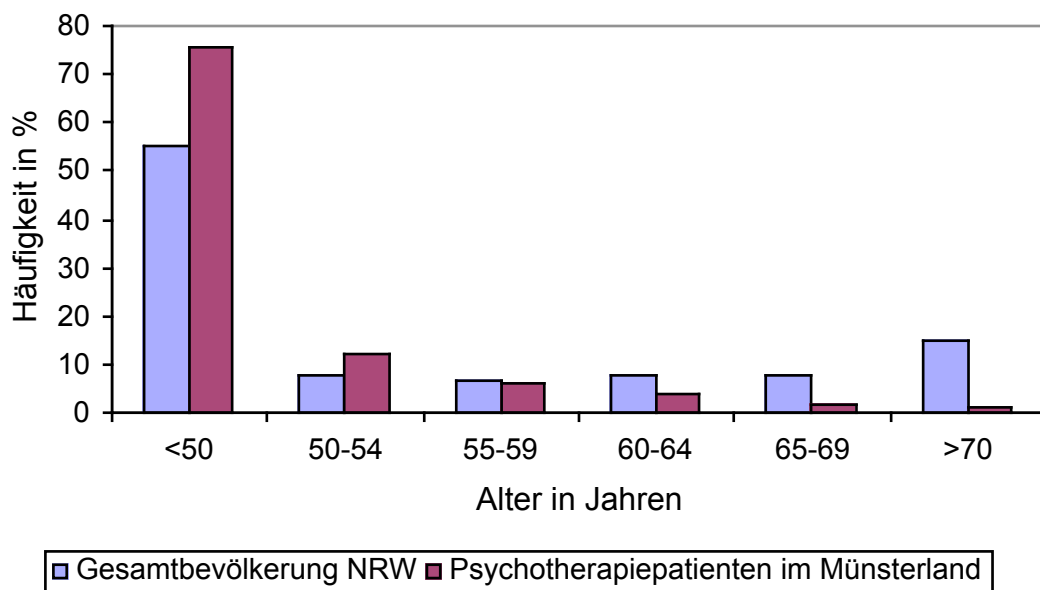
Mittels dieser Vergleiche wird deutlich, dass im Münsterland ältere Patienten - ab dem 60. Lebensjahr - in der ambulanten Richtlinienpsychotherapie im Vergleich zu ihrem Anteil an der Bevölkerung unterrepräsentiert sind. Dies untermauert die Hypothese dieser Arbeit. Die prozentualen Anteile verschiedener Altersgruppen ambulant behandelter Psychotherapiepatienten

## Ergebnisse

im Münsterland im Vergleich zu denjenigen der Allgemeinbevölkerung in NRW sind in Grafik 4-2 dargestellt.

*Grafik 4-2:*

*Anteil verschiedener Altersgruppen in % von Psychotherapiepatienten im Münsterland und der Bevölkerung in NRW*



Um der Tatsache gerecht zu werden, dass Bevölkerungsanteile in NRW nicht unbedingt exakt diejenigen der einzelnen Kreise im Münsterland widerspiegeln, erfolgten analoge statistische Auswertungen für die einzelnen Kreise und die Stadt Münster. Hierbei wurden die entsprechenden Daten des Bevölkerungsstandes der einzelnen Landkreise sowie der Stadt Münster für den Zeitraum der Befragung zugrunde gelegt. Da 2 Therapeuten ihren Fragebogen anonym abgegeben hatten, konnten diese bei der Auswertung der einzelnen Kreise nicht berücksichtigt werden.

## *Ergebnisse*

- *Kreis Borken*

Für den Kreis Borken betrug die Anzahl der Therapeuten  $n=25$  mit insgesamt 2.004 Patienten. Signifikante Unterschiede zwischen den prozentualen Anteilen der verschiedenen Altersgruppen der Psychotherapiepatienten im Kreis Borken sowie der Einwohner Borkens zeigten sich für die Altersgruppen 50-54 Jahre, 60-64 Jahre, 65-69 Jahre,  $\geq 70$  Jahre, 50-59 Jahre und 60-69 Jahre. Es zeigte sich für den Kreis Borken kein signifikanter Unterschied für die Gruppe der 55-59-Jährigen. Ebenso zeigten sich keine signifikanten Unterschiede für die Altersgruppe der  $< 50$ -Jährigen und somit auch nicht für diejenige der  $\geq 50$ -Jährigen.

Die Gruppe der 50-54-jährigen Psychotherapiepatienten war im Verhältnis zur Bevölkerung Borkens überrepräsentiert. Die Gruppe der 50-59-jährigen Psychotherapie-Patienten war gleich stark vertreten wie die entsprechende Altersgruppe der Bevölkerung Borkens. Die Patienten ab dem 60. Lebensjahr, nämlich diejenigen von 60-64 Jahren, 65-69 Jahren und  $\geq 70$  Jahren waren im Verhältnis zum Anteil an der Bevölkerung unterrepräsentiert.

Fasste man die verschiedenen Altersgruppen zusammen, so ergab sich, dass die 50-59-Jährigen im Patientenkollektiv wie in der Borkener Bevölkerung gleich stark repräsentiert waren. Des Weiteren zeigte sich, dass die 60-69-jährigen Psychotherapie-Patienten im Verhältnis zu deren Anteil an der Bevölkerung unterrepräsentiert waren.

- *Kreis Coesfeld*

Für den Kreis Coesfeld wurden ebenfalls T-Tests zum Vergleich der prozentualen Anteile verschiedener Altersgruppen bei den ambulant nach Richtlinien-Psychotherapie behandelten Patienten und der Coesfelder Bevölkerung herangezogen. Die Ergebnisse entsprachen weitestgehend denjenigen des gesamten Münsterlandes. Es zeigten sich signifikante Unterschiede für die Altersgruppe der  $<$  und  $\geq 50$ -Jährigen, der 50-54-Jährigen, der 60-64-Jährigen, der 65-69-Jährigen, der  $\geq 70$ -Jährigen, der 50-

## *Ergebnisse*

59-Jährigen und der 60-69-Jährigen. Wiederum zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Altersgruppe der 55-59-Jährigen. Die Anzahl der Therapeuten betrug  $n=26$ . Diese behandelten im Untersuchungszeitraum 1.595 Patienten.

Analog zu den Ergebnissen für das gesamte Münsterland waren die <50-jährigen und die 50-54-jährigen Psychotherapiepatienten in Coesfeld im Vergleich zu ihrem Anteil an der Coesfelder Bevölkerung überrepräsentiert. Die Gruppe der 55-59-Jährigen war gleich stark vertreten wie in der Bevölkerung. Die Psychotherapie-Patienten ab dem 60. Lebensjahr, nämlich die Gruppen der 60-64-Jährigen, der 65-69-Jährigen und  $\geq 70$ -jährigen, waren hinsichtlich ihres prozentualen Anteils gegenüber dem entsprechenden Anteil in der Bevölkerung unterrepräsentiert.

Wurden mehrere Altersgruppen zusammengefasst, zeigten sich im Verhältnis zur Bevölkerung geringere Anteile der Psychotherapie-Patienten in Coesfeld bei den 60-69-Jährigen und bei den  $\geq 50$ -Jährigen. Nur bei den 50-59-Jährigen war im Gegensatz zur Berechnung für das gesamte Münsterland kein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe der Psychotherapie-Patienten und derjenigen der Bevölkerung Coesfelds zu verzeichnen.

- *Stadt Münster*

Für die Stadt Münster betrug die Anzahl der Therapeuten  $n=154$ . Die Anzahl der von ihnen behandelten Psychotherapiepatienten betrug im Untersuchungszeitraum 9.505 Patienten. Für sämtliche Altersgruppen - bis auf die 55-59-Jährigen - zeigten sich hoch signifikante Unterschiede zwischen den prozentualen Anteilen der Psychotherapiepatienten und denjenigen der Bevölkerung der Stadt Münster.

Hinsichtlich der Inferenz-statistisch berechneten signifikanten Unterschiede zwischen dem Kollektiv der Psychotherapie-Patienten und der Bevölkerung Münsters zeigten sich analoge Ergebnisse wie für das gesamte Münsterland. Die Psychotherapiepatienten unter 50 Jahren waren im Vergleich zum

## *Ergebnisse*

entsprechenden prozentualen Anteil derselben Altersgruppe in der Bevölkerung überrepräsentiert, ebenso wie die 50-54-jährigen Patienten. Die 50-59-Jährigen waren sowohl bei den Psychotherapiepatienten als auch in der Bevölkerung gleich stark vertreten. Ab dem 60. Lebensjahr waren Patienten in ambulanter Richtlinien-Psychotherapie auch in der Stadt Münster im Vergleich zu entsprechenden Anteilen an der Münsteraner Bevölkerung eindeutig unterrepräsentiert.

- *Kreis Steinfurt*

Im Kreis Steinfurt betrug die Anzahl der Therapeuten  $n=40$  mit insgesamt 2.838 Patienten. Signifikante Unterschiede zwischen den prozentualen Anteilen verschiedener Altersgruppen bei den Psychotherapiepatienten und der Allgemeinbevölkerung Steinfurts zeigten sich für die Altersgruppen  $< 50$  Jahre, 60-64 Jahre, 65-69 Jahre,  $\geq 70$  Jahre sowie 60-69 Jahre. Nicht signifikant unterschiedlich waren die prozentualen Anteile der Altersgruppen 50-54 Jahre, 55-59 Jahre und dementsprechend der Altersgruppe von 50-59 Jahren.

Somit waren in Steinfurt die jüngeren ( $< 50$ -jährigen) Psychotherapie-Patienten im Vergleich zum entsprechenden Anteil an der Allgemeinbevölkerung überrepräsentiert. Die Altersgruppen der 50-54-Jährigen, 55-59-Jährigen und somit auch der 50-59-Jährigen waren sowohl im Patientenkollektiv wie in der Bevölkerung Steinfurts gleich stark repräsentiert. Und die Patienten ab dem 60. Lebensjahr waren in sämtlichen Altersgruppierungen (60-64 Jahre; 65-69 Jahre;  $\geq 70$  Jahre sowie 60-69 Jahre) im Verhältnis zum Anteil an der Steinfurter Bevölkerung unterrepräsentiert.

- *Kreis Warendorf*

Der Kreis Warendorf wies eine Anzahl von  $n=37$  Therapeuten mit 2.420 Psychotherapie-Patienten auf. Die Ergebnisse waren vergleichbar mit denen

## *Ergebnisse*

des Kreises Steinfurt. Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich für die Altersgruppe der 50-54-Jährigen, der 55-59-Jährigen und somit auch der 50-59-Jährigen. In allen übrigen Altersgruppen wiesen die jeweiligen prozentualen Anteile an der Gesamtheit der ambulanten Psychotherapiepatienten im Vergleich zu den entsprechenden Anteilen an der Allgemeinbevölkerung des Kreises Warendorf signifikante Unterschiede auf. Dies waren die Altersgruppen von < und  $\geq 50$  Jahren, von 60-64 Jahren, von 65-69 Jahren, von 60-69 Jahren und von  $\geq 70$  Jahren.

Unter 50 Jahren war der prozentuale Anteil der Psychotherapiepatienten an der Gesamtheit der Psychotherapiepatienten größer als der Anteil der <50-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von Warendorf. Vom 50.-59. Lebensjahr waren Psychotherapiepatienten in Warendorf gleich stark repräsentiert wie die entsprechende Altersgruppe in der Bevölkerung. Ab dem 60. Lebensjahr waren Psychotherapiepatienten des Kreises Warendorf im Verhältnis zu ihrem entsprechenden Anteil an der Bevölkerung unterrepräsentiert.

Zusammenfassend spiegelten sich die Ergebnisse für sämtliche ambulante Richtlinien-Psychotherapiepatienten im Münsterland weitgehend in den einzelnen Kreisen bzw. der Stadt Münster wider.

Die jüngeren ambulanten Psychotherapiepatienten (<50 Jahre) waren - gemessen an der entsprechenden Altersgruppe der Allgemeinbevölkerung - im gesamten Münsterland sowie in sämtlichen Kreisen bis auf Borken überrepräsentiert.

Die Gruppe der 50-54-jährigen Psychotherapiepatienten war im gesamten Münsterland wie in den Kreisen Borken, Coesfeld und der Stadt Münster im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Bevölkerung überrepräsentiert. In den Kreisen Steinfurt und Warendorf entsprach der prozentuale Anteil der 50-54-jährigen ambulanten Psychotherapie-Patienten demjenigen der entsprechenden Altersgruppe in der Bevölkerung. In diesen beiden Kreisen waren die Psychotherapiepatienten zwischen 50-54 Jahren somit nicht überrepräsentiert, sondern gleich stark vertreten wie in der Bevölkerung.

## *Ergebnisse*

Die Gruppe der 55-59-Jährigen war bei den ambulanten Psychotherapie-Patienten sowohl im gesamten Münsterland wie auch in den Kreisen Borken, Coesfeld, Steinfurt, Warendorf und in der Stadt Münster genau so stark vertreten wie in der Allgemeinbevölkerung. Denn es zeigten sich in sämtlichen Regionen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Anteilen der 55-59-Jährigen im Patientenkollektiv verglichen mit denjenigen der Bevölkerung.

Fasste man die Gruppe der 50-59-Jährigen zusammen, zeigte sich lediglich für Regionen mit sehr großen Kollektiven, wie für das gesamte Münsterland und die Stadt Münster, ein signifikanter Unterschied in dem Sinne, dass hier die ambulanten Psychotherapie-Patienten im Verhältnis zur Bevölkerung überrepräsentiert waren. Dies erscheint schlüssig, da die Gruppe der 55-59-Jährigen keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Anteil im Kollektiv der Psychotherapiepatienten und in demjenigen der Bevölkerung zeigte. Somit kann ein signifikanter Unterschied zwischen dem Anteil der 50-59-jährigen Patienten und dem entsprechenden Anteil der Bevölkerung nur dann resultieren, wenn das Kollektiv der Untersuchten so groß ist, dass der signifikante Unterschied in der Gruppe der 50-54-Jährigen ausreichend zum Tragen kommen kann.

Diejenigen, die 60 Jahre und älter waren (Gruppe der 60-64-Jährigen, 65-59-Jährigen,  $\geq 70$ -Jährigen und der 60-69-Jährigen), waren in der gesamten Region des Münsterlandes und in allen untersuchten Kreisen (einschließlich des Kreises Borken) eindeutig unterrepräsentiert.

### ***4.9 Tatsächlich psychotherapeutisch behandelte Patienten in Relation zu psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Einwohnern im Münsterland***

Von 478 für die Studie geeigneten psychotherapeutisch tätigen Kollegen im Münsterland wurden 292 Fragebögen in die Gesamtstatistik eingeschlossen. Für die Patienten bezogenen Daten waren wegen fehlender Daten nur 284



## *Ergebnisse*

Fälle verfügbar. Die Summe aller Patienten, die von den in die statistische Auswertung eingeschlossenen Therapeuten behandelt wurden, belief sich auf 18.464 Patienten. Vorausgesetzt wurde, dass diese Anzahl von Patienten für die Anzahl von 284 Therapeuten repräsentativ ist. Die durchschnittlich von einem Therapeuten im Jahr 2003 behandelte Anzahl von Patienten betrug somit 65,01 Patienten. Den 478 Therapeuten, also der Gesamtheit der psychotherapeutisch Tätigen im Münsterland, würde demnach hoch gerechnet eine Gesamtpatientenzahl von 31.076 entsprechen.

Auch für die einzelnen Altersgruppen (<50 Jahre; ≥50 Jahre; 50-54 Jahre; 55-59 Jahre; 60-64 Jahre; ≥70; 55-59 Jahre; 60-69 Jahre und ≥60 Jahre) wurden die entsprechenden Patientenzahlen hochgerechnet. Die hoch gerechnete Patientenzahl betrug für die <50-jährigen Patienten 23.901 Patienten, für die ≥50-jährigen Patienten 7.175 Patienten, für die ≥60-Jährigen 1.755 Patienten, für die 50-54-Jährigen 3.530 Patienten, für die 55-59-Jährigen 1.890 Patienten, für die 60-64-Jährigen 1.007, für die 65-69-Jährigen 474 Patienten und für die ≥70-jährigen 274 Patienten.

Im 4. Altenbericht der Bundesregierung (2002) wurden die Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei alten Menschen aus mehreren Studien tabellarisch zusammengefasst. In Tabelle 4-2 sind die für diese Arbeit relevanten Angaben wiedergegeben. Neben den in der hiesigen Tabelle aufgeführten Diagnosen (Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und andere) wurden in den aufgeführten Studien auch Prävalenzdaten für „Mittelschwere und schwere Demenzen“, für „Leichte Demenzen“ und „Funktionelle Psychosen“ ermittelt, welche hier nicht angezeigt sind. Aus der Gesamtheit dieser Diagnosen wurde die Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen bei alten Menschen berechnet, welche ebenfalls in der hiesigen Tabelle aufgeführt wurde.

## Ergebnisse

*Tabelle 4-2:*

*Prävalenz von Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und anderen psychotherapeutisch behandelbaren Erkrankungen sowie Angabe der Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen bei alten Menschen. Resultate von in Deutschland durchgeführten Studien (modifiziert nach dem 4. Altenbericht der Bundesregierung 2002)*

<b>Autoren/Ort</b>	<b>Anzahl der untersuchten Personen</b>	<b>Alter der untersuchten Personen in Jahren</b>	<b>Neurosen, Persönlichkeitsstörungen u.a. in %</b>	<b>Gesamtprävalenz in %</b>
Krauss et al. 1977 Göttingen	350	70+	9,6	25,6
Cooper & Sosna 1983 Mannheim	519	65+	10,8	24,2
Weyerer & Dilling 1984 Oberbayern	295	65+	10,2	23,1
Fichter 1990 Oberbayern	358	65+	8,7	22,9
Helmchen et al. 1996 Berlin	516	70+	11,6	23,5

Nimmt man aufgrund der epidemiologischen Daten eine Prävalenzrate von ca. 10% hinsichtlich Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und anderer psychotherapeutisch relevanter Störungen an, was niedrig bemessen ist (s. unten), kann man den Bedarf an Psychotherapie anhand der vorliegenden

## *Ergebnisse*

Bevölkerungsdaten für das Münsterland fundiert schätzen. Hinsichtlich der Gesamtbevölkerungszahl der hier untersuchten Kreise ergab sich für den Zeitraum der Umfrage eine Einwohnerzahl von insgesamt 1.240.785 Einwohnern. Entsprechend der oben genannten Prävalenzrate wären dementsprechend 124.079 Einwohner psychotherapiebedürftig. Die oben errechnete Gesamtzahl der tatsächlich psychotherapeutisch Behandelten - 31.076 behandelte Patienten - beläuft sich auf 25% der psychotherapiebedürftigen Patienten. Dieser Wert deckt sich weitestgehend mit demjenigen der Literatur, nämlich 26% nach Wittchen (2005).

Die Berechnung der oben beschriebenen Ratio erfolgte analog für verschiedene Altersgruppen der Bevölkerung des Münsterlands. Die Anzahl der  $\geq 50$ -jährigen Einwohner der untersuchten Kreise sowie der Stadt Münster betrug 512.613, die Anzahl der vermutlich Psychotherapie-Bedürftigen betrug somit 10% der Gesamteinwohnerzahl der  $\geq 50$ -Jährigen, also 51.261. Die Anzahl der tatsächlich psychotherapeutisch behandelten Patienten betrug hochgerechnet 7.175, dies entspricht einer Behandlungsquote von knapp 14%.

Die Bevölkerungszahl der  $\geq 60$ -Jährigen betrug im Münsterland zum Zeitpunkt der Untersuchung 342.895. Somit gab es – unter der Annahme einer Prävalenz psychotherapeutisch behandelbarer Erkrankungen von 10% - in der Bevölkerung 34.290 psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Menschen. Von denen befanden sich nach den Berechnungen 1.756 (entsprechend 5,1%) tatsächlich in psychotherapeutischer Behandlung.

Bei den  $\geq 70$ -Jährigen war der prozentuale Anteil der tatsächlich behandelten Psychotherapiebedürftigen mit 1,6% noch geringer. Die Einwohnerzahl der  $\geq 70$ -Jährigen im Münsterland betrug 169.411, die Anzahl der Behandlungsbedürftigen somit 16.941. Die Anzahl der tatsächlich Behandelten belief sich auf 274 (entsprechend 1,6%).

Die Ergebnisse sind in Tabelle 4-3 zusammengefasst.

## Ergebnisse

**Tabelle 4-3:**

*Ratio von psychotherapeutisch behandelten Patienten zu psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Einwohnern (Behandlungsquote) im Münsterland. Bei den in Klammern angezeigten Werten wurde eine Prävalenz von 17,7% für Neurosen/psychosomatischen Störungen/ Persönlichkeitsstörungen zugrunde gelegt (s. Weyerer und Dilling 1984), bei den übrigen Daten eine Prävalenz derselben Erkrankungen von 10%.*

<b>Münsterland</b>				
Altersgruppe in Jahren	Anzahl der Einwohner	Anzahl psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger Einwohner	Anzahl der tatsächlich psychotherapeutisch behandelten Einwohner	Behandlungsquote
<50	728.172	72.817,2	23.901	33,0
≥50	512.613	51.261,3	7.175	14,0
50-54	96.271	9.627,1 (17.040)	3.530	37,0 (21,0)
≥55	416.342	41.634,2	3.645	8,8
55-59	73.447	7.344,7 (13.000)	1.890	26,0 (14,5)
≥60	342.895	34.289,5	1.756	5,1
60-64	89.029	8.902,9 (15.758)	1.007	11,3 ( 6,4)
≥65	253.866	25.386,6	748	2,9
65-69	84.455	8.445,5	474	5,6
≥70	169.411	16.941,1	274	1,6
≥18 (gesamt)	1.240.785	124.078,5	31.076	25,0

## *Ergebnisse*

Für die Altersgruppen von 50-54 Jahren, 55-59 Jahren und 60-64 Jahren wurde zusätzlich eine weitere Ratio in Klammern angegeben. Diese wurde vergleichend für eine angenommene Prävalenzrate von 17,7% ambulant psychotherapeutisch behandelbarer Störungen berechnet. Denn Weyerer und Dilling (1984) gaben für Altersgruppe der 45-64-Jährigen eine Prävalenz von 17,7% für Neurosen, psychosomatische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen an.

Zusammenfassend fiel auf, dass die Gruppe der 50-54-jährigen Psychotherapiepatienten mit einer Behandlungsquote von 37% und diejenige der 55-59-Jährigen mit einer solchen von 26% sehr gut versorgt zu sein scheinen. Dies entspricht dem oben berichteten, signifikant größeren prozentualen Anteil der 50-54-Jährigen im Patientenkollektiv verglichen mit der Allgemeinbevölkerung. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass zumindest bei Dilling (1984) die Prävalenz von neurotischen, psychosomatischen und Persönlichkeitsstörungen mit 17,7% bei den 45-64-Jährigen höher eingestuft wurde als in den übrigen Altersgruppen (nämlich 9,4% in der Altersgruppe von 15-44 Jahre; 10,2% in der Altersgruppe der Einwohner  $\geq 65$  Jahre). Die für diese Prävalenzdaten berechneten Behandlungsquoten sind in Tabelle 4-2 in Klammern angegeben. Geht man nun von der höheren Prävalenz der oben genannten Diagnosen von 17,7% aus, beträgt die Behandlungsquote für die 50-54-Jährigen 21% und für die 55-59-Jährigen 14,5%, liegt somit also nicht mehr über dem allgemeinen Durchschnitt, sondern sogar eher darunter.

Ab dem 60. Lebensjahr nimmt in der Bevölkerung des Münsterlands die psychotherapeutische Behandlungsquote exponentiell bis auf 1,6% bei den  $\geq 70$ -Jährigen ab. Insgesamt zeigt die Berechnung der Behandlungsquoten für das Münsterland deutlich, dass Patienten über 60 Jahre in der ambulanten Richtlinienpsychotherapie stark unterrepräsentiert sind.

#### **4.10 Geschlechtsverteilung der Psychotherapiepatienten des Münsterlands in verschiedenen Altersgruppen**

Bei der Analyse der Geschlechtsverteilung von Psychotherapiepatienten im Münsterland konnten wegen fehlender Angaben nur 251 Therapeutenangaben berücksichtigt werden.

Der prozentuale Anteil der weiblichen in ambulanter Richtlinien-Psychotherapie befindlichen Patienten betrug bezogen auf alle Altersgruppen 76,1%. Frauen waren unter den Psychotherapiepatienten also insgesamt wesentlich stärker vertreten als Männer. Für die einzelnen Altersgruppen ab dem 50. Lebensjahr zeigte sich folgendes.

- In der Altersgruppe der 50-54-Jährigen behandelten 233 von 251 Therapeuten mindestens einen Patienten. Der prozentuale Anteil der weiblichen Patienten wurde somit aus 233 Fällen errechnet, er betrug im Mittel 75,6%.
- In der Altersgruppe der 55-59-jährigen Patienten behandelten 193 von 251 Therapeuten mindestens einen Patienten. Entsprechend wurde der prozentuale Anteil der Frauen in dieser Altersgruppe aus 193 Fällen berechnet. Der Mittelwert des prozentualen Frauenanteils betrug 76,2%.
- Bei den Psychotherapiepatienten im Alter von 60-64 Jahren gingen 176 Fälle in die statistische Berechnung ein, denn 75 von 251 Therapeuten behandelten keinen Patienten in dieser Altersgruppe. Der Mittelwert des prozentualen Anteils der weiblichen Patienten dieser Altersgruppe betrug 75,5%.
- Bei den 65-69-jährigen Patienten gingen nur noch 107 Fälle in die Berechnung ein, da 144 von 251 - also die Mehrheit der Therapeuten - keinen Patienten in dieser Altersgruppe behandelten. Der prozentuale Frauenanteil bei den Patienten dieser Altersgruppe betrug im Mittel 76,1%.

## *Ergebnisse*

- Nur noch 77 von 251 Therapeuten behandelten Patienten der Altersgruppe ab 70 Jahren. Von diesen Patienten waren im Mittel 88,1% Frauen.

In der Bevölkerung des Münsterlands machte der Frauenanteil im selben Zeitraum für alle Erwachsenen 51,6% aus. In der Altersgruppe der 50-54-Jährigen betrug er 49,8%, in derjenigen der 55-59-Jährigen 49,5%, bei den 60-64-Jährigen 51,1%, bei den 65-69-Jährigen 52,5% und bei den  $\geq 70$ -Jährigen 63%.

Im Vergleich zum Frauenanteil in den entsprechenden Altersgruppen der Münsterländer Allgemeinbevölkerung zeigte sich ein signifikant höherer Frauenanteil bei den Psychotherapiepatienten. Dies konnte mittels eines Inferenz-statistischen Vergleichs (T-Test mit einer Stichprobe) der prozentualen Anteile von Frauen in verschiedenen Altersgruppen bei den Psychotherapiepatienten im Vergleich zur entsprechenden Altersgruppe der Allgemeinbevölkerung des Münsterlandes nachgewiesen werden. Die Ergebnisse sind im Anhang in Tabelle 5 zusammengefasst.

Zusammenfassend überwog der Frauenanteil bei den ambulanten Psychotherapiepatienten jeglicher Altersgruppen und machte bis zum 69. Lebensjahr der Patienten ca. 3/4 der Gesamtheit aller behandelten Patienten aus. Ab dem 70. Lebensjahr überwog der Anteil der Frauen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung noch stärker und stieg auf nahezu 90% an.

In der Inferenz-statistischen Testung (T-Test für eine Stichprobe) zeigte sich, dass der Frauenanteil unter den ambulanten Psychotherapiepatienten in sämtlichen Altersgruppen signifikant höher war als derjenige in der Allgemeinbevölkerung des Münsterlands.

#### **4.11 Behandlungs-Hauptdiagnosen bei ambulant nach Richtlinien-Psychotherapie im Münsterland behandelten Patienten ab dem 50. Lebensjahr**

Bei den Häufigkeitsanalysen hinsichtlich der Diagnosen der Psychotherapiepatienten ab dem 50. Lebensjahr konnten wegen fehlender Angaben nur n=248 Therapeuten berücksichtigt werden. Zunächst wurden für jeden Therapeuten die prozentualen Anteile der einzelnen angegebenen Behandlungs-Hauptdiagnosen für Patienten ab dem 50. Lebensjahr berechnet (s. auch Methoden). Die Mittelwerte der prozentualen Anteile für alle in die Statistik einbezogenen Therapeuten ergaben für die Hauptdiagnose Depression 54,9%, für die Diagnose Angststörung 15,7%, diejenige der Anpassungsstörung 14,5% und der somatoformen Störung 9,8%. Abhängigkeitserkrankungen machten 1,6% und Demenzen 0,6% der Diagnosen aus. Andere Diagnosen wurden mit einem prozentualen Anteil von 2,9% angegeben. Hierunter fielen unter anderem Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Psychosen und die Kleptomanie.

Im Vergleich zu Literaturangaben hinsichtlich der Prävalenz von Erkrankungen jenseits des 50. Lebensjahres erscheinen depressive Störungen in unserer Studie überrepräsentiert. Die Studie von Wittchen (1999) gab für Einwohner der BRD zwischen 46 und 65 Jahren affektive Störungen mit einer Prävalenz von 16,13% an, während in unserer Studie Depressionen einen Anteil von insgesamt 54,86% ausmachten. Allerdings ist zu bedenken, dass es sich in unserer Studie um Patienten in psychotherapeutischer Behandlung handelt, während in der Studie von Wittchen Daten aus der Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik gewonnen wurden. Zudem sind die Daten von Wittchen auf Patienten bis zum 65. Lebensjahr beschränkt. Zu bedenken ist ferner, dass sich die Prävalenzdaten von Wittchen auf primär affektive Störungen beschränken, wohingegen die Therapeuten der hiesigen Studie vermutlich zusätzlich



## *Ergebnisse*

depressive Symptome im Rahmen einer neurotischen Störung als Behandlungs-Hauptdiagnose angeben. Denn der Fragebogen ließ aus Gründen der besseren statistischen Auswertbarkeit lediglich die Angabe einer (Haupt-)Diagnose zu.

Die Angaben hinsichtlich Angststörungen in unserer Studie decken sich mit denen von Wittchen, der für hierfür eine Prävalenz von 17,54% angab (15,74% bei den Psychotherapiepatienten im Münsterland). Die in unserer Studie angegebene Diagnose Anpassungsstörung wurde bei Wittchen nicht einzeln aufgeführt und wurde vermutlich unter den depressiven Störungen und den Angsterkrankungen subsumiert.

Somatoforme Störungen waren in unserer Studie mit einem Anteil von 9,82% vertreten, bei Wittchen wurde die Prävalenz bei den 46-65-Jährigen mit 17,3% veranschlagt.

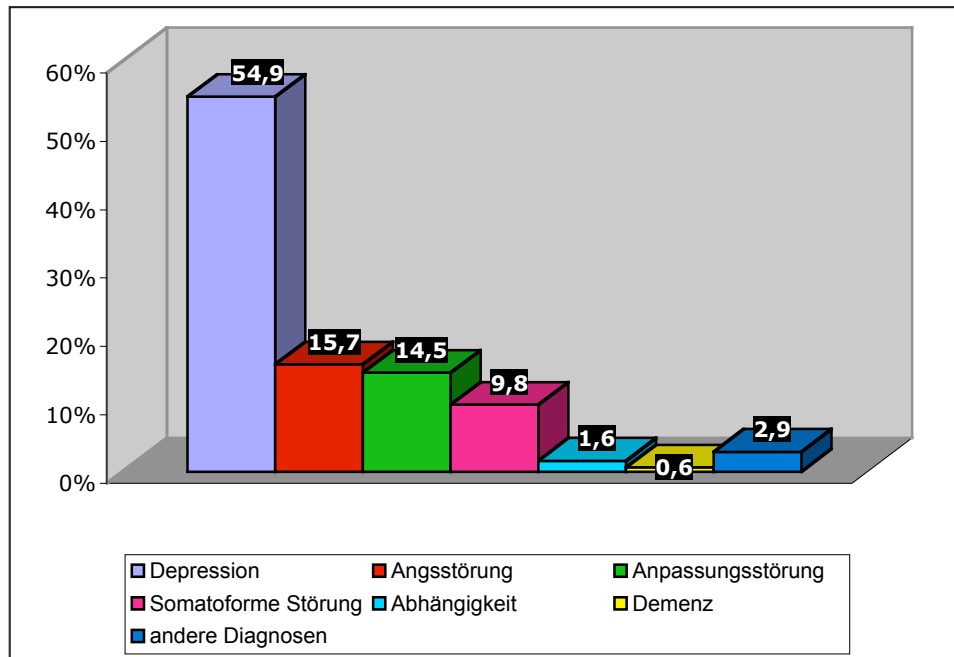
Abhängigkeitserkrankungen waren bei den Psychotherapiepatienten im Münsterland mit 1,56% vertreten, Wittchen gab als 1-Jahresprävalenz für 18-65-Jährige 6,20% an. Hier ist zu bedenken, dass lediglich ein Bruchteil der abhängigen Patienten fähig ist, eine ambulante Psychotherapie zu absolvieren.

Auch ist im Hinblick auf die Validität der hier berichteten Daten Zurückhaltung geboten. Denn im Vergleich zu den oben zitierten Studien, in welchen standardisierte Diagnoseinstrumente verwendet wurden, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sämtliche niedergelassenen Psychotherapeuten eine komplett einheitliche operationalisierte und standardisierte Diagnostik in Bezug auf ihre Patientenklientel anwenden.

Die prozentuale Verteilung der oben genannten Diagnosen in unserer Studie ist in Grafik 4-3 aufgeführt.

Grafik 4-3:

Hauptdiagnosen in % von Patienten  $\geq 50$  Jahre in ambulanter Richtlinienpsychotherapie im Münsterland



#### 4.12 Behandeln ältere Psychotherapeuten häufiger ältere Patienten?

Abschließend erfolgte eine Signifikanztestung mit der Frage, ob ältere Psychotherapeuten eher ältere Patienten behandeln und umgekehrt. Mittels eines Chi-Quadrat-Tests bei unabhängigen Stichproben wurde die Gruppen der Psychotherapeuten im Alter von  $<$  und  $\geq 50$  Jahren mit derjenigen der Patienten im Alter von  $<$  und  $\geq 50$  Jahren verglichen. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang in dem Sinne, dass ältere Psychotherapeuten ( $\geq 50$  Jahre) häufiger ältere Patienten behandeln als jüngere Psychotherapeuten ( $< 50$  Jahre).

## **5. Diskussion**

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, exemplarisch anhand der Region Münsterland die Versorgungsrealität älterer Menschen ab dem 50. Lebensjahr hinsichtlich ambulanter Psychotherapie darzustellen. Hierzu wurden sowohl Therapeuten spezifische als auch Patienten spezifische Daten mittels eines Fragebogens erhoben.

Die der Studie zugrunde liegenden Daten umfassen ein Kollektiv von 292 Psychotherapeuten mit über 18.400 Patienten im Münsterland. Es handelt sich um die erste Untersuchung dieser Art im Münsterland. Die Fragebögen wurden nach Regionen (Stadt Münster, Kreise Borken, Coesfeld, Steinfurt, Warendorf) kategorisiert, so dass sowohl eine statistische Auswertung der Daten für das gesamte Münsterland wie auch für einzelne Landkreise und die Stadt Münster möglich war. So konnten (geringe) regionale Unterschiede herausgearbeitet werden. Der Rücklauf der Fragebögen war mit 65% vergleichsweise gut (292 beantwortete von 478 Fragebögen), 61% der Fragebögen konnten in die statistische Auswertung eingeschlossen werden.

### **5.1 Methodische Anmerkungen**

Hinsichtlich der Validität der Ergebnisse könnte kontrovers diskutiert werden, dass die erhobenen Daten auf Angaben eines Fragebogens beruhen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wäre eine Erhebung der Daten durch direkte Informationen der Krankenkassen über bewilligte ambulante Richtlinien-Psychotherapien jedoch nicht möglich gewesen. Des Weiteren hätten bei einer solchen Erhebung viele der Therapeuten bezogenen Daten nicht gleichzeitig erhoben werden können.

Zudem könnte kritisch angemerkt werden, dass die Angaben der Therapeuten teilweise geschätzt waren. Es war jedoch bekannt, dass vielen der niedergelassenen Psychotherapeuten keine Computer gestützten

Verwaltungssysteme ihrer Patientenakten zur Verfügung standen. Daher hätten viele Therapeuten den Fragebogen nur unter Aufbietung eines hohen Aufwandes ausfüllen können, wenn eine Schätzung der Angaben nicht zulässig gewesen wäre. In Abwägung dieser Faktoren wurden zugunsten eines erhöhten Rücklaufs auch geschätzte Angaben zugelassen.

### **5.2 Therapeuten bezogene Daten**

Der größte Teil der befragten Therapeuten stammte entsprechend der höheren Psychotherapeutendichte aus Münster, danach folgten Steinfurt und Warendorf und schließlich Coesfeld und Borken.

Beim Vergleich der Münsterländer Psychotherapeuten mit denjenigen des Bundesgebietes zeigte sich, dass sowohl der Anteil der Psychologischen Psychotherapeuten als auch der Anteil der weiblichen Psychotherapeuten (Psychologinnen und Ärztinnen) im Münsterland geringer war als im Bundesdurchschnitt. Der geringere Anteil weiblicher Psychotherapeuten im Münsterland könnte unmittelbar damit zusammenhängen, dass der Anteil an Psychologischen Psychotherapeuten in der Region Münsterland ebenfalls geringer war als im Bundesdurchschnitt. Denn sowohl im Bundesgebiet wie auch im Münsterland war der Frauenanteil bei den Psychologischen Psychotherapeuten höher als bei den Ärzten.

Auch hinsichtlich des Hauptverfahrens unterschieden sich die Münsterländer Psychotherapeuten vom Bundesdurchschnitt. Der überwiegende Anteil der niedergelassenen Psychotherapeuten (48,1%) war verhaltenstherapeutisch tätig (Bundesdurchschnitt 39%). 10,3% waren sowohl für die Verhaltenstherapie wie auch für ein psychodynamisches Verfahren (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder/und Psychoanalyse) zugelassen. Der hohe Anteil der Verhaltenstherapeuten im Münsterland könnte mit der hohen Dichte an Ausbildungsinstituten für Verhaltenstherapie in der Universitätsstadt Münster zusammenhängen.

## *Diskussion*

Etwa die Hälfte der Therapeuten im Münsterland war zwischen 41 und 50 Jahre, mehr als ein Drittel 51-60 Jahre alt. Ein Achtel der Psychotherapeuten machte die Altersgruppe der 31-40-Jährigen aus. 5% der psychotherapeutisch Tätigen befanden sich in der Altersgruppe von 61-70 Jahren. Etwa 40% der Psychotherapeuten im Münsterland waren über 50 Jahre alt.

Tendenziell waren die in Münster niedergelassenen Psychotherapeuten älter als diejenigen in den umliegenden Kreisen. Dies spiegelte sich auch in den Ergebnissen hinsichtlich der Niederlassungsdauer wider. Ein Grund hierfür könnte die Tatsache sein, dass infolge der Sperrung für Neuzulassungen von niedergelassenen Psychotherapeuten junge Psychotherapeuten eher in die ländlichen Kreise ausweichen.

Soweit die Daten zur Altersstruktur der Psychotherapeuten vergleichbar sind, scheinen die Psychotherapeuten des Münsterlands insgesamt etwas jünger zu sein als der Bundesdurchschnitt der Psychotherapeuten (siehe Ergebnisse, Kapitel 4.3). Dennoch bietet auch im Münsterland der hohe Anteil (40,2%) der über 50-jährigen Psychotherapeuten Anlass zur Sorge hinsichtlich einer dauerhaften Gewährleistung flächen deckender psychotherapeutischer Versorgung.

Ein Drittel der niedergelassenen Psychotherapeuten beschäftigte sich während der Fort- und Weiterbildung mit gerontopsychosomatischen und alterspsychotherapeutischen Inhalten. Dabei war der Anteil der Psychotherapeuten aus der Stadt Münster am höchsten, vermutlich wegen der höheren Verfügbarkeit spezifischer gerontopsychosomatischer Fortbildungsinhalte vor Ort. Dies zeigt, dass ältere Menschen auch bei den Psychotherapeuten vermehrt in den Fokus des Interesses rücken, und dass ein Bewusstsein für die Notwendigkeit speziellen Wissens im Gebiet der Gerontopsychosomatik/-psychiatrie und Alterspsychotherapie vorhanden ist.

Selten hingegen waren spezifische psychotherapeutische Angebote für ältere Patienten, wie z.B. altershomogene Gruppentherapien. Lediglich 2,3% der niedergelassenen Psychotherapeuten gaben an, ein spezifisch auf ältere

Patienten ausgerichtetes Therapieangebot aufzuweisen. 8% der Psychotherapeuten planen, in der Zukunft ein spezifisch auf ältere Patienten ausgerichtetes Therapieangebot zu etablieren. Somit scheint die praktische Umsetzung des Wissens bezüglich Alterspsychotherapie und Gerontopsychosomatik in Form spezifischer alterspsychotherapeutischer Angebote bisher eher die Ausnahme zu sein.

In der hiesigen Studie zeigte sich, dass Therapeuten, die älter waren als 50 Jahre, signifikant häufiger ältere Patienten (über 50 Jahre) behandelten als jüngere Therapeuten. Dies könnte damit zusammenhängen, dass hier die Eigenübertragung (s. Heuft 1990a) eine andere ist als bei jüngeren Therapeuten. Denn auch das eigene Bild des Alterns seitens des Therapeuten spielt bei der Behandlung älterer Psychotherapiepatienten eine große Rolle. Eigenübertragung meint unreflektierte Gefühle, Werthaltungen und Normen seitens des Therapeuten und deren Übertragung auf den Patienten, hier die ablehnende Haltung älteren Patienten gegenüber. Dies könnte dazu führen, dass ältere Patienten bereits zum Vorgespräch seltener angenommen werden als junge Patienten.

### **5.3 Patienten bezogene Daten**

Das Münsterland gilt als eine hinsichtlich ambulanter Psychotherapie gut versorgte Region.

2003 wurden nach Hochrechnungen im Münsterland 31.076 Patienten ambulant psychotherapeutisch behandelt. Die Behandlungsquote - d.h. die Ratio tatsächlich psychotherapeutisch Behandelte zu psychisch Erkrankten - beträgt nach den hiesigen Berechnungen für Erwachsene mit Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen 25%. Dieser Wert ist nahezu identisch mit den Angaben der Literatur, nämlich 26% nach Wittchen (2005).

## *Diskussion*

Bei Berechnung der prozentualen Anteile verschiedener Altersgruppen von der Gesamtheit ambulant psychotherapeutisch behandelter Patienten im Münsterland, zeigte sich, dass der Anteil der Patienten <50 Jahre 76,9%, also 3/4 aller ambulant psychotherapeutisch behandelten Patienten ausmachte. Hingegen waren nur ca. 1/4 (23,1%) der ambulant psychotherapeutisch behandelten Patienten  $\geq 50$  Jahre.

Psychotherapiepatienten im Münsterland, die jünger waren als 50 Jahre, waren auch überrepräsentiert, wenn ihr prozentualer Anteil an der Gesamtheit der hiesigen Psychotherapiepatienten mit dem Anteil der entsprechenden Altersgruppe in der Bevölkerung verglichen wurde. Des Weiteren lag die Behandlungsquote für die <50-Jährigen mit 33% weit über derjenigen des gesamten Kollektivs ambulant psychotherapeutisch behandelte erwachsener Patienten.

Bei Fokussierung auf die  $\geq 50$ -jährigen Psychotherapiepatienten zeigte sich, dass die prozentualen Anteile der Patienten des Münsterländer Patientenkollektivs im Alter von 50-54 Jahren (11,4%), 55-59 Jahren (6,1%), 60-64 Jahren (3,2%), 65-69 Jahren (1,5%) und  $\geq 70$  Jahren (0,9%) mit zunehmendem Alter stetig abnahmen.

Betrachtet man die Gruppe der über 50-jährigen Patienten isoliert, so macht die Altersgruppe der 50-54-Jährigen 49,2%, also in etwa die Hälfte der über 50-Jährigen aus. Ein Viertel, genauer 26,3%, macht die Gruppe der 55-59-Jährigen aus. Die 60-64-Jährigen nahmen einen Anteil von 14,0% der über 50-Jährigen ein. 6,6% waren der älteren Patienten waren 65 bis 69 Jahre alt, und die  $\geq 70$ -Jährigen machten nur noch 3,8% der über 50-Jährigen aus.

Ausgehend von einer 10%-Prävalenz ambulant psychotherapeutisch behandelbarer Erkrankungen wie Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen erfolgte die Berechnung einer Ratio von psychotherapeutisch Behandelten zu behandlungsbedürftigen Einwohnern der Region. Diese so genannte Behandlungsquote betrug bei den < 50-Jährigen – wie oben erwähnt - 33% und nahm vom 60. Lebensjahr an stetig ab. In der Gruppe der 55-59-Jährigen betrug sie noch 26%, bei den 60-64-

## *Diskussion*

Jährigen 11,3%. Danach sank sie von 5,6% bei den 65-69-Jährigen bis auf 1,6% bei den  $\geq 70$ -Jährigen.

Unter Annahme einer in etwa gleich bleibenden Prävalenz in verschiedenen Altersgruppen psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger Einwohner der Region Münsterland erfolgte zudem ein Inferenz-statistischer Vergleich prozentualer Anteile verschiedener Altersgruppen der Psychotherapiepatienten mit entsprechenden prozentualen Anteilen in der Bevölkerung.

Die 50-54-jährigen Psychotherapiepatienten erscheinen hinsichtlich ihres prozentualen Anteils an der Gesamtheit der Psychotherapiepatienten im Vergleich zum entsprechenden Anteil der Bevölkerung ebenso wie die <50-Jährigen überrepräsentiert zu sein. Wenn man jedoch für diese Altersgruppe eine höhere Prävalenz für Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Erkrankungen annimmt, wie dies in einer Studie von Weyerer & Dilling (1984) der Fall war, dann relativiert sich die überdurchschnittliche Behandlungsquote, es läge dann sogar eine leicht unterdurchschnittliche Behandlungsquote vor. Dies würde umso mehr für die Gruppe der 55-59-jährigen und ganz besonders für diejenige der 60-64-jährigen Patienten gelten.

Die Gruppe der 55-59-Jährigen war – ausgehend von einer 10%-Prävalenz für ambulant psychotherapeutisch behandelbare Erkrankungen - sowohl im Patientenkollektiv wie auch in der Bevölkerung gleich stark repräsentiert. Die Behandlungsquote in dieser Altersgruppe betrug im Münsterland nach Hochrechnungen 26%, was der Durchschnittsquote für alle Altersgruppen und der Behandlungsquote in Deutschland und der Europäischen Union (Wittchen 2005) entspricht.

Die ambulant nach Richtlinienpsychotherapie behandelten Patienten ab dem 60. Lebensjahr machten mit zunehmendem Alter einen immer geringer werdenden prozentualen Anteil an der Gesamtzahl aller Münsterländer Psychotherapiepatienten aus. Auch die Behandlungsquote nahm exponentiell ab. So machten die über 70-jährigen Patienten in ambulanter



## *Diskussion*

Psychotherapie nur noch einen Anteil von 0,9% aller Psychotherapiepatienten aus, und die Behandlungsquote sank auf 1,6%.

Daraus lässt sich schließen, dass Menschen ab dem 60. Lebensjahr auch in gut versorgten Regionen - wie dem Münsterland - hinsichtlich ambulanter Psychotherapie unterversorgt sind.

Der prozentuale Anteil der älteren Patienten am Gesamtkollektiv der Patienten in der hiesigen Studie war allerdings höher als in vorangegangenen Studien. Er betrug 11,7% für die  $\geq 55$ -jährigen Patienten, 5,6% für die  $\geq 60$ -Jährigen und 2,4% bei den  $\geq 65$ -Jährigen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die hiesige Umfrage bis zu 16 Jahre später als die im Folgenden genannten Studien durchgeführt wurde.

So betrug der Anteil der  $>60$ -jährigen Patienten bei niedergelassenen Psychoanalytikern 0,9% (Schmid 1987). Nach Linden (1993) waren nur noch 0,5% der nach Richtlinienpsychotherapie verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten über 65 Jahre alt. In Universitätsambulanzen waren ältere Patienten ebenfalls unterrepräsentiert. So waren 6,1% der innerhalb eines Jahres in Berlin vorgestellten Patienten älter als 55 Jahre (Rudolf 1988), in Heidelberg ergaben sich ähnliche Ergebnisse (Heuft 1992). 1992 veröffentlichten Arolt & Schmidt eine Studie, in der 67 Praxen niedergelassener Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten untersucht wurden. Nur 0,6% der  $>60$ -jährigen Patienten mit einer endogenen Depression, neurotischen Depression oder depressiven Reaktion wurden Richtlinien-psychotherapeutisch behandelt. 1994 zeigte Scheidt, dass in einem Quartal von 1994 in 40 psychotherapeutischen Praxen der Anteil der 56-65-jährigen Patienten 2,9% betrug, derjenige der  $>65$ -jährigen Patienten nur noch 0,3%. 1996 wurden in Solingen 2% der über 60-jährigen Patienten psychotherapeutisch behandelt, lediglich 0,6% waren über 65 Jahre alt (Wolter-Henseler 1996). Von den in der Berliner Altersstudie diagnostizierten 133 depressiv Erkrankten über 70 Jahre erhielt keiner eine Psychotherapie (Wernicke & Linden 1997). Linden (1993; 1999) untersuchte Richtlinienpsychotherapieanträge an 2 verschiedenen Zeitpunkten,

## *Diskussion*

wobei sowohl 1993 als auch 1999 lediglich 0,2% der betroffenen Patienten über 65 Jahre alt waren. Nur 3,2% von 3200 Anträgen auf eine tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie in den Jahren 2000/2001 wurden für über 60-jährige Patienten gestellt. Davon waren 1/5 Männer und 4/5 Frauen.

Nach Heuft, Kruse & Radebold (2006) beträgt das Verhältnis von Frauen zu Männern unter den Psychotherapiepatienten im Alter von über 60 Jahren 3:1. Im Münsterland überwog der Frauenanteil bei den ambulanten Psychotherapiepatienten jeglicher Altersgruppen und machte bis zum 69. Lebensjahr der Patienten - entsprechend den Angaben von Heuft, Kruse & Radebold (2006) - ca. 3/4 der Gesamtheit aller behandelten Patienten aus. Ab dem 70. Lebensjahr überwog der Anteil der Frauen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung im Münsterland noch stärker und machte einen Anteil von nahezu 90% aus. Auch zeigte sich bei den Psychotherapiepatienten ein signifikant höherer Anteil weiblicher Patienten im Vergleich zum Frauenanteil in den entsprechenden Altersgruppen der Allgemeinbevölkerung. Frauen scheinen somit im Allgemeinen einer ambulanten Psychotherapie gegenüber zugänglicher zu sein als Männer. Die Bereitschaft, eine ambulante Psychotherapie zu absolvieren, scheint bei Männern mit zunehmendem Alter noch weiter abzunehmen. Dies könnte mit dem Selbstbild von Männern und der möglicherweise durch eine Überweisung zum Psychotherapeuten herbeigeführten Kränkung zusammenhängen. Allerdings ist hinsichtlich der Geschlechtsverteilung bei den hochaltrigen Psychotherapiepatienten auch zu berücksichtigen, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung aufweisen als Männer und somit unter den Hochaltrigen stärker repräsentiert sind (s. auch 4. Altenbericht der Bundesregierung).

Hinsichtlich der Behandlungs-Hauptdiagnosen bei den über 50-jährigen Patienten im Münsterland lagen depressive Erkrankungen mit 54,9% überproportional häufig vor. Es folgten Angststörungen mit 15,7%,

## *Diskussion*

Anpassungsstörungen mit 14,5% und somatoforme Störungen mit 9,8%. Abhängigkeitserkrankungen machten 1,6% und Demenzen 0,6% der Diagnosen aus. Andere Diagnosen wurden mit einem prozentualen Anteil von 2,9% angegeben. Hierunter fielen unter anderem Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Psychosen und Kleptomanie. Die Diagnosestellung erfolgte nicht mit Hilfe zuvor vereinbarter standardisierter Diagnoseinstrumente, auch wenn davon auszugehen, dass sich die Psychotherapeuten beim Stellen der Behandlungshauptdiagnose in der Regel auf die ICD-10 (International Classification of Diseases) stützen. Somit ist die Aussagekraft der hiesigen Angaben zu prozentualen Anteilen verschiedener Behandlungshauptdiagnosen eingeschränkt. Auffällig ist der hohe Anteil depressiver Erkrankungen in der hiesigen Umfrage. Dies könnte zum einen damit zu tun haben, dass depressive Episoden als Einzeldiagnosen, aber häufig auch in Zusammenhang mit anderen psychischen Diagnosen, wie z.B. anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen, auftreten können. Hier könnte ein Bias dadurch entstehen, dass lediglich eine Behandlungshauptdiagnose angegeben werden sollte. Denn depressive Symptome gehen häufig mit einem besonders hohen Leidensdruck einher, daher könnte der jeweilige Therapeut die Diagnose der Depression vor anderen psychischen Erkrankungen in den Vordergrund gestellt haben.

Zusammenfassend zeigt die hiesige Studie, dass ältere Menschen ab dem 60. Lebensjahr hinsichtlich ambulanter Psychotherapie im Vergleich zu jungen Patienten weiterhin stark unterrepräsentiert sind. Es zeichnet sich jedoch eine leichte Besserung der Versorgungssituation älterer Psychotherapie bedürftiger Menschen im Vergleich zu früheren Studien ab. Dies könnte mit einem vermehrten Bewusstsein für die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit gerontopsychosomatischer und alterspsychotherapeutischer Behandlungen seitens der niedergelassenen Psychotherapeuten und der zuweisenden Ärzte zusammenhängen.

#### **5.4 Ausblick**

Angesichts des allmählich wachsenden Bewusstseins für die zukünftige demografische Entwicklung mit einer Zunahme der älteren und hochaltrigen Bevölkerung treten Aspekte der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie zunehmend in den Vordergrund. Wie bereits in der Einleitung beschrieben, wurden Vorurteile hinsichtlich einer Vorstellung vom defizitären Altern, hinsichtlich der angeblich mangelnden Psychotherapie-motivation älterer Menschen sowie der Vorstellung einer fehlenden Behandelbarkeit Älterer mittlerweile hinreichend widerlegt. Auch wurde dargelegt, dass die psychotherapeutischen Grundverfahren, die bei jüngeren Patienten Anwendung finden, auch bei Älteren anwendbar sind. Hierzu zählen die psychodynamische Fokalthherapie, die psychodynamische Kurzpsychotherapie, die längerfristige Psychotherapie sowie die psychoanalytische Psychotherapie (Heuft, Kruse & Radebold 2006). Ebenso liegen Erfahrungen bei älteren Patienten mit verhaltenstherapeutischen Verfahren, z.B. der kognitiven Verhaltenstherapie von Depressionen (Hautzinger 1994), von Angststörungen (Wisocki 2002), sexueller Dysfunktion (Zeiss 2002) und Posttraumatischen Belastungsstörungen (Maercker 2002) vor. Auch gruppenpsychotherapeutische Angebote, z.B. zur Behandlung von Depressionen bei älteren Patienten (Hautzinger 1997) sind beschrieben.

Mittlerweile stellt sich sogar die Frage, ob Ältere eventuell erfolgreicher psychotherapeutisch behandelt werden können als jüngere Menschen. So veröffentlichten Maercker et al. (2004) eine Arbeit mit dem Titel „Ambulante Psychotherapie Älterer: Sind ältere Psychotherapiepatienten ‚einfachere‘ Patienten?“. Dabei wurden insgesamt 171 psychotherapeutisch behandelte Patienten einer Institutsambulanz in 4 Altersgruppen (junge Erwachsene im Alter von 17-25 Jahren; junge-mittelalte Erwachsene im Alter von 26-40 Jahren; mittelalte Erwachsene im Alter von 41-54 Jahren; ältere Erwachsene im Alter von 55-78 Jahren) eingeteilt. Es erfolgten Ein- und Ausgangs- sowie Katamnese-Untersuchungen. Hierbei wurden zum einen klinisch-

## *Diskussion*

diagnostische Tests wie das Diagnostische Interview für Psychische Störungen - DIPS - (Markgraf 1994) bzw. das Composite International Diagnostik Interview (Wittchen 1999) angewandt, andererseits die Ermittlung der psychischen Symptombelastung mittels des Brief Symptom Inventory – BSI - (Derogatis 1983) ermittelt. Des Weiteren wurden das allgemeine Funktionsniveau und der Gesundheitszustand (körperlich wie psychisch) mittels des Short-Form-12-Health-Survey (Bullinger 1998) anhand von 12 Fragen bestimmt. Schließlich erfolgte eine Testung mittels der Kurzfassung des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme - IIP - (Harrowitz 1994). Die Studie zeigte, dass sich die 4 verschiedenen Altersgruppen hinsichtlich der Häufigkeiten verschiedener Diagnosen nicht signifikant unterschieden. Auch hinsichtlich der psychischen Symptombelastung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. In Bezug auf den Fragebogen zu Interpersonellen Problemen zeigten sich ebenfalls kaum Unterschiede. Was jedoch den psychischen und körperlichen Funktionszustand anging, stufen die älteren Patienten im Vergleich zu den drei übrigen Vergleichsgruppen ihren psychischen Funktionszustand als tendenziell besser ein, obwohl sie gleichzeitig ihren körperlichen Funktionszustand als signifikant schlechter bezeichneten. Hinsichtlich der Behandlungsdauer wies die Gruppe der älteren Patienten (55-78 Jahre) gemeinsam mit derjenigen der sehr jungen Patienten (17-25 Jahre) die geringste benötigte Therapiestundenzahl auf. Auch zeigte sich bei den älteren Patienten ein vergleichsweise günstiges Verhältnis zwischen Symptombelastung und Funktionsniveau. So konnte z.B. eine ältere Patientin mit erhöhten Angst- und Depressionswerten gleichzeitig dennoch ihre Tagesaktivitäten gut regeln. Die psychische Funktionsfähigkeit war somit bei älteren Patienten besser als bei den jüngeren Altersgruppen, was eine günstigere Ausgangsbedingung für eine ambulante Psychotherapie darstellen könnte. Die Aussagekraft der Studie ist begrenzt durch einen möglichen Rekrutierungsbias, da Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und einer anzunehmenden längeren Behandlungsdauer in der vorliegenden Studie unterrepräsentiert waren.

In einer weiteren Arbeit zur Alterspsychotherapie beschreibt Maercker (2003) förderliche Faktoren für eine kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei älteren Menschen. Z.B. würden ältere Menschen tendenziell reifere - nämlich stärker Impuls kontrollierte und adaptiv lernbasierte - Bewältigungsstrategien in Konfliktsituationen anwenden als Jüngere. Weiterhin nennt Maercker eine „angepasste Wohlbefindensregulation“, nämlich eine annähernde Konstanz des Wohlbefindens bis in das 4. Lebensalter hinein (Lebensphase ab dem 75.-80. Lebensjahr), als erleichternden Faktor für eine Psychotherapie. Als erschwerende Faktoren benennt der Autor die Multimorbidität älterer Patienten, deren Beeinträchtigungen der Alltagskompetenz durch physiologische Funktionseinschränkungen, interpersonelle Verluste, z.B. durch den Tod von Angehörigen, sowie eine eingeschränkte Lebenszeit.

Durch die genannten erleichternden und erschwerenden Faktoren der Psychotherapie bei älteren Menschen sind entsprechende Modifikationen in der Therapie vonnöten.

Insgesamt wird jedoch zunehmend die gute Behandelbarkeit psychotherapiebedürftiger älterer Menschen deutlich. Allerdings sind Outcome-Studien zur Psychotherapie bei älteren Menschen noch spärlich.

### **5.5 Fazit**

Die hiesige Studie belegt konkret, dass Psychotherapie bedürftige ältere Menschen, insbesondere Menschen ab dem 60. Lebensjahr, hinsichtlich ambulanter Psychotherapie weiterhin unterversorgt sind, und dass im Zuge der zunehmenden Überalterung der Gesellschaft in Zukunft eine Verbesserung der Versorgung der älteren Bevölkerung hinsichtlich ambulanter Psychotherapie dringend erforderlich ist.

Die möglichen Gründe für eine Unterversorgung älterer Menschen in Bezug auf ambulante Psychotherapie haben wahrscheinlich vorwiegend mit dem lange Zeit vorherrschenden Modell vom defizitären Altern und dem

## *Diskussion*

Anzweifeln der Kompetenz und Lernfähigkeit alter Menschen zu tun. Des Weiteren wurde und wird die Therapiemotivation älterer psychisch kranker Menschen häufig in Frage gestellt.

Angesichts der demografischen Entwicklung mit einer zukünftig zunehmend überalterten Gesellschaft nimmt das allgemeine und politische Interesse an Belangen älterer Menschen allmählich zu. Es geht dabei um Fragen der finanziellen Absicherung im Alter, der Bedürfnisse und Konsumgewohnheiten Älterer, aber auch um deren Leistungsfähigkeit am Arbeitsmarkt und schließlich um gesundheitspolitische Fragen.

Am Beispiel der Region Münsterland wurde die Versorgungssituation älterer Menschen hinsichtlich ambulanter Psychotherapie untersucht und mit den Ergebnissen vorangehender Studien verglichen. Wie sich bereits anhand der leicht angestiegenen prozentualen Anteile von  $\geq 60$ -jährigen Psychotherapiepatienten am gesamten Patientenkollektiv im ambulanten Sektor und anhand des Interesses an Fortbildungen mit gerontopsychosomatischen Inhalten seitens der Münsterländer Psychotherapeuten andeutet, ist in den kommenden Jahrzehnten ein zunehmender Wandel mit einer vermehrten Orientierung hin zur psychotherapeutischen Arbeit mit älteren Patienten wahrscheinlich.

**6. Literaturverzeichnis**

1. Arbeitskreis OPD (2006) (Hrsg) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Hans Huber, Bern.
2. Arolt V, Schmidt EH (1992) Differentielle Typologie und Psychotherapie depressiver Erkrankungen im hohen Lebensalter – Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung in Nervenarztpraxen. *Z Gerontopsych Psychiat* 5:17-24.
3. Bayen UJ, Haag G (1996) Verhaltenstherapie. In: Senf W, Broda M (Hrsg) *Praxis der Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart New York, S 458-461.
4. Bolk-Weisedel D (2002) Lebenskrisen älterer Frauen – Eine Auswertung von Berichten für gutachterliche Psychotherapie. In: Peters M, Kipp J (Hrsg) *Zwischen Abschied und Neubeginn - Entwicklungskrisen im Alter*. Psychosozial, Gießen, S 125-138.
5. Büttner T (2000) Die Alterung der Weltbevölkerung im 21. Jahrhundert. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 25 (3-4): 441-459.
6. Bullinger M, Kirchberger J (1998) Der SF-12. In: Bullinger M, Kirchberger J. *Der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Hogrefe Verlag, Göttingen, S 65-72.
7. Bundesärztekammer (1998) Bericht ‚Gesundheit im Alter‘ des 101. Deutschen Ärztetages, S 1-157.
8. Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV (2003) Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister: Altersstruktur der Vertragsärzte im Bundesgebiet insgesamt, Stand 31.12.2003.
9. Bundesregierung (19.01.2000) Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft - und Stellungnahme der Bundesregierung.



## Literaturverzeichnis

10. Bundesregierung (18.04.2002) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochbetagter - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen.
11. Cicero MT: Cato maior de senectute – Cato der Ältere über das Alter. Lateinisch / Deutsch. 1998, Stuttgart.
12. Cooper B, Sosna U (1983) Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung, Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. Nervenarzt 54: 239-249.
13. Derogatis LR, Melisaratos N (1983) The Brief Symptom Inventory: An introductory report. Psychological Medicine 13: 595-605.
14. Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT) 1989 Praxisstudie zur psychotherapeutischen Versorgung. DGPPT, Hamburg.
15. Dilling H (1981) Zur Notwendigkeit psychotherapeutischer Interventionen zwischen dem 50. und 80. Lebensjahr. Vortrag Weltkongress für Gerontologie Hamburg.
16. Fichter MM (1990) Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Springer, Berlin Heidelberg New York.
17. Freud A (1963) The concept of developmental lines. Psychoanalytic Study of Child 18: 245-265.
18. Gilleard S, Liebermann S, Peeler R (1992) Family therapy for older adults: A survey of professionals attitudes. J Family Ther 4: 413-422.
19. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M (1970) A standardized psychiatric interview for use in community surveys. Br J Prev Soc Med 24: 18-23.
20. Grabe HJ, Alte D, Adam C, Sauer S, John U, Freyberger HJ (2005) Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Psychiat Prax 32: 299-303.
21. Hautzinger M (1994) Behandlungskonzepte der Verhaltenstherapie. In: Radebold H, Hirsch RD (Hrsg) Psychotherapie und Altern. Huber, Bern, S 63-72.

## Literaturverzeichnis

22. Hautzinger M (1997) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter. In: Radebold H, Hirsch. RD, Kortus R, Stoppe G, Struwe B, Wächtler C (Hrsg) Depressionen im Alter. Steinkopff, Darmstadt, S 60-68.
23. Hebb DO (1949) In: Hebb DO The Organization of Behavior. John Wiley, New York.
24. Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J, Rüger U (1997) Lehrbuch der Psychotherapie, 3. überarbeitete Auflage, Gustav Fischer, Lübeck Stuttgart Jena Ulm, S 135.
25. Helmchen H, Baltes MM, Geiselman B, Kanowski S, Linden M, Reischies FM, Wagner M, Wilms HU (1996) Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes P (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag Berlin, S 185-220.
26. Heuft G (1990a) Bedarf es eines Konzepts zur Eigenübertragung? Forum Psychoanal 6: 299-315.
27. Heuft G (1990b) Zukünftige Forschungsperspektiven einer psychoanalytischen Gerontopsychosomatik - Persönlichkeit und Alterungsprozess. Z Gerontol 23: 262-266.
28. Heuft G, Rudolf G, Ori C (1992) Elderly patients in psychosomatic psychotherapeutic institutions. Z Psychosom Med Psychoanal 38 (4): 358-70.
29. Heuft G, Senf W (1992) Stationäre fokalthérapeutische Behandlung Älterer – Konzeption und erste Ergebnisse. Z Gerontol 25: 380-385.
30. Heuft G (1993) Psychoanalytische Gerontopsychosomatik – Zur Genese und differentiellen Therapieintegration akuter funktioneller Somatisierungen im Alter. Psychother Psychosom med Psychol 43: 46-54.
31. Heuft G, Marschner C (1994) Psychotherapeutische Behandlung im Alter. Psychotherapeut 39: 205-219.
32. Heuft G (1994) Persönlichkeitsentwicklung im Alter – ein psychologisches Entwicklungsparadigma. Z Gerontol 27: 116-121.

## Literaturverzeichnis

33. Heuft G, Nehen HG, Haseke J, Gastpar M, Paulus HJ, Senf W (1997) Früh- und Differentialdiagnose von 1000 in einer Memory Clinic untersuchten Patienten. *Nervenarzt* 68: 259-269.
34. Heuft G (1998) Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. *Psychother Psychosom med Psychol* 48: 232-242.
35. Heuft G, Kruse A, Radebold H (2006) Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, 2. Auflage. E. Reinhardt, München Basel.
36. Hirsch RD (1995): Autogenes Training. In: Jovic NI, Uchtenhagen A (Hrsg) *Psychotherapie und Altern*. Fachverlag AG, Zürich, S 163-176.
37. Hirsch RD, Schneider HK (1999) Gegenwärtige Grenzen und notwendige Entwicklungen der Alternspsychotherapie. *Spektrum* 28: 94-97.
38. Horowitz LM, Strauß B, Kordy H (1994) Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme. Beltz Test, Göttingen.
39. Ilmarinen J (2003) Promotion of Work Ability during Aging. In: Kumashiro M (Ed) *Aging and Work*. Taylor and Francis, London, S 21-36.
40. Johannsen J (1992) Systemische Therapie mit Älteren. In: Hirsch RD, Bruder J, Radebold H, Schneider HK (Hrsg) *Multimorbidität im Alter. Herausforderung für die Psychotherapie*. Huber, Bern, S 118-128.
41. Johannsen J (1994) Systemische Therapie. In: Radebold H, Hirsch RD (Hrsg) *Altern und Psychotherapie*. Huber, Bern, S 125-132.
42. Johannsen J (1995) Systemische Therapie mit alten Menschen. In: Jovic NI, Uchtenhagen A (Hrsg) *Psychotherapie und Altern*. Fachverlag, Zürich, S 319-331.
43. Klemm GO, McClelland DC (1986) What characterizes intelligent functioning among senior managers? In: Sternberg RJ, Wagner RK (eds) *Practical intelligence in an everyday world*. Cambridge University Press, New York, S 31-50.
44. Kreische R (1985) Familie als Mittlerin zwischen Individuum und Gesellschaft. In: Leber A, Trescher H-G, Büttner C (Hrsg) *Die*

## Literaturverzeichnis

- Bedeutung der Gruppe für die Sozialisation. Teil I: Kindheit und Familie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 39-51.
45. Kruse A, Rudinger G (1997) Lernen und Leistung im Erwachsenenalter. In: Weinert FE, Mandl H (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie - Pädagogische Psychologie, Bd IV: Psychologie der Erwachsenenbildung. Hogrefe, Göttingen, S 45-85.
46. Lamprecht F (1990) Plädoyer für eine Geronto-Psychosomatik. *Psycho* 16: 900-908.
47. Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Düsseldorf (2006) Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.
48. Lange C, Peters M, Radebold H (1995) Zur Versorgung älterer Patienten in Psychosomatischen Kliniken. In: Heuft G, Kruse A, Nehen HG, Radebold H (Hrsg) Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik. MMV Medizin-Verlag, München, S 243-252.
49. Lehr U, Dreher D (1977) Psychologie des Alterns. Quelle & Meyer, Heidelberg.
50. Levi-Montalcini R (2005) Die Vorzüge des Alters. Serie Piper, München, Zürich, S 65.
51. Linden M, Förster R, Oel M, Schlötelborg R (1993) Verhaltenstherapie in der kassenärztlichen Versorgung. Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung. *Verhaltenstherapie* 3: 101-111.
52. Linden M, Förster R, Oel M, Schlötelborg R (1999) Wen behandeln Verhaltenstherapeuten wie in der kassenärztlichen Versorgung? *Fortschr Neurol Psychiat* 67: 14.
53. Lohmann R, Heuft G (1997) Biographical reconstruction of WW II experience - An exploration of German remembrance. *Int J Aging Hum Dev* 45: 67-83.
54. Maercker A (2002) Posttraumatische Belastungsstörungen und komplizierte Trauer – Lebensrückblicks- und andere Interventionen. In: Maercker A (Hrsg) Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Springer, Heidelberg, S 245-282.

## Literaturverzeichnis

55. Maercker A (2003) Alterspsychotherapie – Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. *Psychotherapeut* 48: 132-149.
56. Maercker A, Nitsche I, Schuster P, Boos A (2004) Ambulante Psychotherapie Älterer: Sind ältere Psychotherapiepatienten „einfachere“ Patienten? *Z Gerontol Geriat* 37: 265-271.
57. Maestu F, Campo P, Fernandez S, Capilla A, Gil-Gregorio P, Fernandez A, Amo C, Ortiz T (2004) Time-modulated enhancing of fronto-parietal circuits in the very-old elders. *Brain Res Cogn Brain Res* 21: 69-76.
58. Markgraf J, Schneider S, Ehlers A (1994) DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Springer, Berlin.
59. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf (2004) Situation der Ausbildung und Beschäftigung - Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2004, S 57-58.
60. Müller Ch (1967) Alterspsychiatrie. Thieme, Stuttgart.
61. Neugebauer R, Dohrenwend BP, Dohrenwend BS (1980) Formulation of hypotheses about the true prevalence of functional psychiatric disorders among adults in the United States. In: Dohrenwend BP, Dohrenwend BS et al. (eds) *Epidemiological estimates*. Praeger, New York.
62. Peters M, Lange C, Radebold H (2000) Psychotherapiemotivation älterer Patienten in der Rehabilitationsklinik - Eine empirische Studie. *Psychosom Med Psychother* 46: 259-272.
63. Platt D (1972) *Biologie des Alterns*. Quelle & Meyer, Heidelberg.
64. Radebold (1979) Psychosomatische Probleme in der Geriatrie. In: Uexküll Th v (Hrsg) *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. Urban und Schwarzenberg, München, S 728-744.
65. Rudolf G, Grande T, Porsch U (1988) Die Berliner Psychotherapiestudie. *Z Psychosom Med* 40:25-40.
66. Scheidt C, Seidenglanz K, Dieterle W, Hartmann A, Bove N, Hillenbrand D, Sczudlek G, Strasser F, Strasser P, Wirsching M

## Literaturverzeichnis

- (1998) Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen, Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. *Psychotherapeut* 43: 91-101.
67. Schepank H (1995) Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). Beltz, Weinheim.
68. Schmid R, Jaschke H, Schmidt EH, Zell U (1987) Psychoanalytische Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland –Praxisstudie. Köln: Prognos.
69. Schneider G, Heuft G, Senf W, Schepank H (1997) Die Adaption des Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) für Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. *Z Psychosom Med* 43: 261-279.
70. Schwarz R, Gunzelmann T, Hinz A, Brähler E (2001) Anxiety and depression in the general population over 60 years old. *Dtsch Med Wochenschr* 126: 611-615.
78. Selvini Palazzoli M (1981) Hypothesieren – Zirkularität - Neutralität: drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. *Familiendynamik* 6: 123-139.
79. Simon FB, Stierlin H (1984) Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Klett, Stuttgart.
80. Snaith RP (2003) The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes*. 1:29.
71. Stuhr U, Haag A (1989) Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. *Psychother med Psychol* 39: 273-281.
72. Tews H (1974) Soziologie des Alterns. Quelle & Meyer, Heidelberg.
73. United Nations Population Divisions (2001) World Population Prospects. The 2000 Revision. Highlights. United Nations, New York.
74. Wernicke TF, Linden M (1997) Pharmakotherapie bei Depressionen im Alter – Die Berliner Altersstudie. In: Radebold H, Hirsch RD, Kipp J, Kortus R, Stoppe G, Struwe B, Wächtler C (Hrsg) Depressionen im Alter. Steinkopff, Darmstadt, S 152-153.

## Literaturverzeichnis

75. Weyerer S, Dilling H (1984) Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 55: 30-42.
76. Wisocki PA (2002) Angststörungen. In: Maercker A (Hrsg) *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Springer, Heidelberg, S 167-194.
77. Wittchen H-U, Semmler G (1991). *Diagnostic Interview Schedule*. Beltz Test, Weinheim.
78. Wittchen H-U, Höfler M, Gander F, Pfister H, Storz S, Üstün B, Müller N, Kessler RC (1999). Screening for mental disorders: performance of Composite International Diagnostic Screener (CID-S). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 8: 59-70.
79. Wittchen H-U, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtkunz B (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys ‚Psychische Störungen‘. *Gesundheitswesen* 61 Sonderheft 2, S 216-222.
80. Wittchen H-U, Jacobi F (2001) Die Versorgungsrealität psychischer Störungen in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal* 0/2002, S 6-15.
81. Wittchen H-U, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hoefler M, Hoyer J (2002) Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition and management. *J Clin Psychiatry* 63 (Suppl 8): 24-34.
82. Wittchen H-U (2005) Psychische Störungen in Deutschland und der EU. Vortrag anlässlich des 1. Deutschen Präventionskongresses.
83. Wolter-Henseler DK (1996) Gerontopsychiatrie in der Gemeinde. *Forum* Bd 30, KDA, Köln.
84. Zeiss AM (2002) Sexuelle Dysfunktionen. In: Maercker A (Hrsg) *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Springer, Heidelberg, S 195-228.
85. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland (1999) *Patientenorientierte Bedarfsermittlung und -planung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – Gutachten*. Köln.

## *Literaturverzeichnis*

86. Zepf S, Mengele U, Marx A, Hartmann S (2001) Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Psychosozial-Verlag, Gießen.
87. Zerssen D v (1976) Die Beschwerden-Liste. Beltz, Weinheim.



## **7. Danksagung**

Meinem Doktorvater Universitätsprofessor Dr. med. Gereon Heuft, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster, möchte ich mich für die Überlassung des Themas und die sehr hilfreiche Unterstützung besonders bedanken.

Mein herzlicher Dank gilt zudem allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Münsterlandes, die durch ihre engagierte Mithilfe diese Arbeit erst möglich gemacht haben.

Des Weiteren gilt mein Dank Dr. phil. Michael Reutemann, der mich bei der statistischen Auswertung der Daten beriet.

Ebenso möchte ich meinem Ehemann Dr. med. Christian Holzapfel für die beständige Unterstützung und mehrfache Durchsicht des Manuskripts sehr bedanken.

Auch meinen Eltern, Dr. Toshiyasu und Ursula Imai, sowie meinen Geschwistern Naomi, Natalie und Tamon gilt mein Dank für ihre stetige Unterstützung.



## **9. Anhang**

Der Anhang beinhaltet

- den Fragebogen, mit Hilfe dessen die Umfrage durchgeführt wurde (aus Gründen der Formatierung, wie der Notwendigkeit eines breiteren Seitenrandes in der hiesigen Arbeit, wurden die Schrift und die Zeilenabstände im Vergleich zum Original-Fragebogen zum Teil verkleinert),
- das Anschreiben, das beim erstmaligen Verschicken dem Fragebogen beilag
- das Anschreiben, das im zweiten Durchlauf dem Fragebogen beilag,
- die Tabellen 1-5
- das Tabellenverzeichnis
- das Abbildungsverzeichnis.

# Fragebogen-Deckblatt

1. Name(n) der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten:

---

2. Anschrift der Praxis/ Stempel:

3. Ansprechpartner für Rückfragen:

Name:

---

Telefon:

---

4. Ich wünsche eine weitere Kooperation bezüglich der Alterspsychotherapie

(s. auch Frage 16):

- Ja
- Nein
- Unentschieden

Die Daten des Deckblattes sind nur für Rückfragen gedacht und gehen nicht in die Datenerhebung ein. Das Deckblatt wird nach Klärung eventueller Rückfragen sofort abgetrennt.

Bitte bis zum 22.03.04 zurücksenden an:

Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik  
und Psychotherapie  
Domagkstraße 22  
Universitätsklinikum Münster  
48149 Münster

**Fragebogen zur ambulanten Fachpsychotherapie  
von Patienten im Alter jenseits des 50. Lebensjahrs  
durch niedergelassene  
ärztliche und psychotherapeutische Psychotherapeuten im Münsterland**

---

1. Alter d. Psychotherapeuten:  21-30 J.     31-40 J.     41-50 J.  
 51-60 J.     61-70 J.      $\geq$  70 J.
  2. Geschlecht:                     männlich     weiblich
  3. Niederlassungsdauer:      $\leq$  5 J.     6-10 J.     11-15 J.  
 16-20 J.     21-25 J.     26-30 J.  
 31-40 J.
  4. **Fachrichtung der Praxis** (nicht immer identisch mit den erworbenen Zusatzbezeichnungen)
    - Psychologische(r) Psychotherapeut(in)
    - Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
    - Psychiatrie
    - Psychiatrie und Psychotherapie
    - Nervenheilkunde
    - Andere Fachrichtung: \_\_\_\_\_
    - Mit Zusatzbezeichnung \_\_\_\_\_
  5. **Hauptmethode (Richtlinienpsychotherapie) der psychotherapeutischen Arbeit**
    - tiefenpsychologisch/ psychoanalytisch
    - verhaltenstherapeutisch/ kognitiv-behavioral
    - tiefenpsychologisch/ psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch/ kognitiv-behavioral
    - andere Ausrichtung, nämlich \_\_\_\_\_
  - 6a. Wie viele ambulante Patienten aller Altersgruppen haben Sie im Jahr 2003 insgesamt psychotherapeutisch behandelt?  
  
\_\_\_\_\_ Patienten
  - 6b. Können Sie Angaben über die Verteilung der Geschlechter in allen Altersgruppen machen? (Angaben in absoluten Zahlen oder in % möglich)
    - Nein
    - Ja:
    - \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ % Frauen                    \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ % Männer
- Diese Angabe beruht auf einer     konkreten Zahl                     Schätzung.

**Im Folgenden möchten wir Ihnen einige Fragen zur Anzahl der von Ihnen ambulant behandelten Psychotherapie-Patienten ab 50 Jahren stellen.**

Die im Folgenden gemachten Angaben (Frage 7-11) beruhen auf einer  konkreten Zahl  Schätzung.

Frage Nr.	Alter der behandelten Patienten	Anzahl der behandelten Patienten	davon Anzahl oder prozentualer Anteil Frauen	davon Anzahl oder prozentualer Anteil Männer
7	50-54 Jahre		/ %	/ %
8	55-59 Jahre		/ %	/ %
9	60-64 Jahre		/ %	/ %
10	65-69 Jahre		/ %	/ %
11	≥ 70 Jahre		/ %	/ %

**12. Können Sie Angaben zur Behandlungs-Hauptdiagnose der Patienten jenseits des 50. Lebensjahres machen?**

Nein

Ja

<u>Diagnosen</u>	Anzahl oder Prozent
Depression	____/____%
Angststörung	____/____%
Somatoforme / dissoziative Störung	____/____%
Demenz (alle Formen außer Pseudodemenz)	____/____%
Suchterkrankung	____/____%
Anpassungsstörung / Probleme der Krankheitsverarbeitung	____/____%
andere, nämlich: _____	____/____%
_____	____/____%
_____	____/____%

Diese Angabe beruht auf einer  konkreten Zahl  Schätzung

- 13.** Nehmen Sie auf die Arbeit mit Älteren ausgerichtete Aus-, Fort- oder Weiterbildungsangebote wahr?
- keine spezifische auf ältere Patienten ausgerichtete Ausbildung / Weiterbildung / Fortbildung
  - externe Supervision
  - Intervision
  - Ausbildung / Weiterbildung / Fortbildung
  - Arbeitskreis
  - Forschungsprojekt
  - andere
- 

- 14.** Besondere psychotherapeutische Behandlungsangebote für Ältere sind bisher sehr selten. Bieten Sie besondere Behandlungsangebote für ältere Patienten an? (Mehrfachnennungen möglich),

- Ja                       Nein

wenn Ja

- altershomogene psychotherapeut. Gruppen → Altersspanne: ab\_\_Jahre
  - andere:
- 

- 15.** Welche Behandlungselemente planen Sie gegebenenfalls auszubauen?
- 
- 

- 16.** Da es im Hinblick auf versorgungs- und gesundheitspolitische Aspekte sinnvoll sein könnte, eine Psychotherapie-Evaluationsstudie durchzuführen:

Haben Sie Interesse an einer zeitlich begrenzten, institutionsübergreifenden, gemeinsamen Evaluation der Behandlungsverläufe älterer Patienten, und wünschen Sie hierzu mehr Informationsmaterial?

Selbstverständlich würde eine solche Studie in enger Rückkoppelung mit Ihnen als niedergelassene Kolleginnen und Kollegen durchgeführt werden.

- Ja    → bitte auf dem Deckblatt (Frage 4)  
markieren
- Unentschieden
- Nein, kein Interesse / kein Bedarf

Herzlichen Dank für Ihre Mühe !

# Anschreiben 1

<p><b>Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie Universitätsklinikum Münster</b></p> <p>Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft</p> <p>Domagkstraße 22 D-48149 Münster Tel.: 0251/ 83-52902</p>	<p><b>Alexianerkrankenhaus Münster GmbH</b></p> <p>Leitender Arzt: Dr. med. K. Telger</p> <p>Alexianerweg 9 D-48163 Münster Tel.: 02501/ 966-0</p>	<p><b>Westfälische Klinik Münster</b></p> <p>Chefarzt Gerontopsychiatrie Stellvertretender Ärztlicher Direktor: Dr. med. D. Wolter-Henseler</p> <p>Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30 D-48147 Münster Tel.: 0251/ 591-5268</p>
--	--	---

Münster, den 08.01.04

Fragebogen zur ambulanten Fachpsychotherapie im Alter jenseits des 50. Lebensjahrs durch niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten im Münsterland

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wie Sie wissen, ist die psychotherapeutische Versorgung Älterer – gemessen am epidemiologisch gesicherten Bedarf - bundesweit noch ausbaufähig. Außerdem lässt die demographische Entwicklung in Zukunft erwarten, dass eine immer größere Zahl älterer Menschen einer psychotherapeutischen Behandlung bedarf. Um ein Abbild der Versorgungslage im Münsterland gewinnen zu können, möchten wir Sie freundlich bitten, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und im Rückumschlag zurückzusenden. Die so gewonnenen Erkenntnisse könnten ein erster Schritt sein, bereits vorhandene Ressourcen im Versorgungssystem zu erkennen und eventuelle Anzeichen einer Unterversorgung gemeinsam anzugehen. Wir hoffen, dass Ihnen diese Perspektive die kleine Mühe der Bearbeitung wert ist.

Die Datenauswertung erfolgt anonymisiert. Die Angabe der Praxisanschrift ist nur für mögliche Rückfragen unsererseits erforderlich. Bitte füllen Sie den Fragebogen auch dann aus, wenn Sie keine älteren Patienten behandeln oder aus datentechnischen Gründen nur Schätzwerte angeben können.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnummer 0251/83-52902 zur Verfügung.

Falls Sie eine weitere Personen bezogene Kooperation in der Alterspsychotherapie wünschen, können Sie dies gerne auf dem Deckblatt vermerken.

Wir bitten um Rücksendung des Fragebogens bis zum 31.01.04, danken für Ihr Engagement und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft  
Direktor der Klinik für Psychosomatik und  
Psychotherapie der Universität Münster

Dr. med. K. Telger  
Leitender Arzt des  
Alexianerkrankenhauses  
Münster GmbH

Dr. med. D. Wolter-Henseler  
Chefarzt Gerontopsychiatrie  
Stellvertretender ärztlicher Direktor  
der Westfälischen Klinik Münster



## Anschreiben 2

<p><b>Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie Universitätsklinikum Münster</b></p> <p>Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft</p> <p>Domagkstraße 22 D-48149 Münster Tel.: 0251/ 83-52902</p>	<p><b>Alexianerkrankenhaus Münster GmbH</b></p> <p>Leitender Arzt: Dr. med. K. Telger</p> <p>Alexianerweg 9 D-48163 Münster Tel.: 02501/ 966-0</p>	<p><b>Westfälische Klinik Münster</b></p> <p>Chefarzt Gerontopsychiatrie Stellvertretender Ärztlicher Direktor: Dr. med. D. Wolter</p> <p>Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30 D-48147 Münster Tel.: 0251/ 591-5268</p>
--	--	--

Münster, den 25.02.04

Fragebogen zur ambulanten Fachpsychotherapie im Alter jenseits des 50. Lebensjahrs durch niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten im Münsterland

Erinnerung zum Anschreiben vom Januar 2004

**Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,**

im Januar 2004 haben wir Ihnen einen Fragebogen zur Versorgungssituation älterer Menschen in ambulanter Fachpsychotherapie zugesandt. Um ein möglichst repräsentatives Abbild der Versorgungslage psychisch erkrankter älterer Menschen im Münsterland abgeben zu können, ist uns jeder ausgefüllte Fragebogen wichtig. Aus diesem Grund senden wir Ihnen hiermit den Fragebogen erneut zu, verbunden mit der herzlichen Bitte um Beantwortung und Rücksendung im beigelegten Briefumschlag. Bitte füllen Sie den Fragebogen auch dann aus, wenn Sie keine älteren Patienten behandeln oder aus datentechnischen Gründen nur Schätzwerte angeben können.

Wir bitten um die Rücksendung des Fragebogens bis zum 22.03.04 danken Ihnen im Voraus für Ihr Engagement und verbleiben mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft  
Direktor der Klinik für Psychosomatik und  
Psychotherapie der Universität Münster

Dr. med. K. Telger  
Leitender Arzt des  
Alexianerkrankenhauses  
Münster GmbH

Dr. med. D. Wolter  
Chefarzt Gerontopsychiatrie  
Stellvertretender ärztlicher Direktor  
der Westfälischen Klinik Münster

**Tabelle 1: Übersicht der Einschluss- sowie Rücklaufquote und der in die Statistik eingeschlossenen Fragebögen**

	<b>Münsterland</b>	<b>Kreis Borken</b>	<b>Kreis Coesfeld</b>	<b>Münster Stadt</b>	<b>Kreis Steinfurt</b>	<b>Kreis Warendorf</b>
Psychotherapeuten insgesamt	493	51	50	245	78	69
In die Studie eingeschlossene Psychotherapeuten	478	50	47	237	77	67
Beantwortete Fragebögen (Rücklauf absolut)	312 (davon 2 anonym)	29	29	165	46	41
Beantwortete Fragebögen (Rücklauf in %)	65%	58%	62%	70%	60%	61%
In die Statistik eingegangene Fragebögen	292 (davon 2 anonym)	25	26	157	43	39
in die Statistik eingegangene Fragebögen (Anteil in %)	61%	50%	55%	66%	56%	58%

**Tabelle 2: Eigenschaften der niedergelassenen Psychotherapeuten im Münsterland**

	<b>Münsterland</b>	<b>Kreis Borken</b>	<b>Kreis Coesfeld</b>	<b>Stadt Münster</b>	<b>Kreis Steinfurt</b>	<b>Kreis Warendorf</b>
1. Anteil in % der Therapeuten <b>(Niederlassungsort)</b> (n=290)	100	8,6	9	54,1	14,8	13,5
<b>2. Geschlecht</b>	(n=292)	(n=290)	(n=290)	(n=290)	(n=290)	(n=290)
Anteil in % der weiblichen Therapeuten	61	48	53,8	65,6	67,4	51,3
<b>3. Berufsgruppe/Fachrichtung</b>	(n=292)	(n=290)	(n=290)	(n=290)	(n=290)	(n=290)
Anteil in % der Psychologischen Psychotherapeuten	68,5	68	65,4	68,8	69,8	69,2
Anteil in % der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie*	7,2	0	11,5	7,6	4,7	7,7
Anteil in % der Fachärzte für Nervenheilkunde	6,2	24	7,7	3,8	4,7	5,1
Anteil in % der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**	8,2	4	3,8	10,8	7	5,1
Anteil in % der Ärzte anderer Fachrichtungen mit dem Zusatztitel Psychotherapie	15,8	8	26,9	14	18,6	15,4
<b>4. Methoden</b>	(n=291)	(n=289)	(n=289)	(n=289)	(n=289)	(n=289)
Anteil in % der Hauptmethoden						
a) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	48,1	40	42,3	43,6	39,5	38,5
b) Verhaltenstherapie	41,6	56	53,8	42,3	53,5	53,8
c) Beide Methoden	10,3	4	3,8	14,1	7	7,7
<b>Anteil in % der zusätzlich angewandten Methoden</b>	12,7	12	3,8	13,5	14	15,4

**Fortsetzung Tabelle 2: Eigenschaften der niedergelassenen Psychotherapeuten im Münsterland**

	<b>Münsterland</b> (n=291)	<b>Kreis Borken</b> (n=289)	<b>Kreis Coesfeld</b> (n=289)	<b>Stadt Münster</b> (n=289)	<b>Kreis Steinfurt</b> (n=289)	<b>Kreis Warendorf</b> (n=289)
<b>5. Alter</b>						
Anteil in % der verschiedenen Altersgruppen der Therapeuten						
a) 31-40 Jahre	11,7	20	7,7	6,4	16,3	25,6
b) 41-50 Jahre	48,1	44	65,4	45,5	48,8	48,7
c) 51-60 Jahre	35,7	36	23,1	41,7	32,6	23,1
d) 61-70 Jahre	4,5	0	3,8	6,4	2,3	2,6
e) ≤ 50 Jahre	59,8	64	73,1	51,9	65,1	74,4
f) > 50 Jahre	40,2	36	26,9	48,1	34,9	25,6
<b>6. Niederlassungsdauer</b>						
Anteil in % der Niederlassungsdauer der Therapeuten						
a) ≤ 5 Jahre	20,7	13	11,5	15,7	23,8	48,7
b) 6-10 Jahre	27,4	30,4	42,3	24,8	26,2	25,6
c) 11-15 Jahre	29,8	34,8	30,8	33,3	31	12,8
d) 16-20 Jahre	14	17,4	7,7	15,7	11,9	10,3
e) 21-25 Jahre	5,6	4,3	7,7	7,2	4,8	0
f) 26-30 Jahre	1,8	0	0	2	2,4	2,6
g) 31-40 Jahre	0,7	0	0	1,3	0	0
h) ≤ 10 Jahre	47,7	43,5	53,8	40,5	50	71,8
i) 11-20 Jahre	44,2	52,2	38,5	49	42,9	25,6
j) > 20 Jahre	8,1	4,3	7,7	10,5	7,1	2,6

\* Unter der Rubrik Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind auch die Fachärzte für Psychiatrie mit erfasst.

\*\* Unter der Rubrik Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind auch die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin mit erfasst.

**Tabelle 3:**

**Fortbildung, spezielle Angebote und Interesse an einer Kooperation seitens der niedergelassenen Psychotherapeuten hinsichtlich gerontopsychosomatischer Patienten**

	<b>Münsterland</b>
<i>n=292</i>	<i>Angaben in %</i>
Teilnahme an Fortbildungen mit gerontopsychiatrischem oder gerontopsychosomatischem Inhalt, davon	32,2
a) Externe Supervision	34
b) Intervention	31
c) Arbeitskreis	13
d) Fortbildungsveranstaltung	71
e) Forschung	1,1
f) andere, wie Literaturstudium	4,2
Spezifische Angebote für ältere Patienten, davon	2,3
a) Gruppenpsychotherapie für Patienten ab 50 Jahre	1
b) andere	1,3
Planung eines spezifischen Angebots für ältere Patienten in %,	8
Interesse an einer Kooperation hinsichtlich Alterspsychotherapie mit der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Münster in %	
a) ja	54,5
b) nein	29,1
c) unentschieden	16,4
Interesse an der Teilnahme an einer Evaluationsstudie mit Bezug auf die Alterspsychotherapie	
a) ja	33,9
b) nein	34,6
c) unentschieden	31,5

**Tabelle 4:**

**Inferenz-statistischer Vergleich der prozentualen Anteile verschiedener Altersgruppen von Psychotherapiepatienten im Münsterland mit entsprechenden Anteilen in der jeweiligen Allgemeinbevölkerung**

(Gesamtkollektiv: n=284 Psychotherapeuten im Münsterland mit insgesamt 18.464 Psychotherapiepatienten - Unterteilung nach Niederlassungsort)

	<b>Münsterland</b>		<b>Kreis Borken</b>		<b>Kreis Coesfeld</b>		<b>Münster Stadt</b>		<b>Kreis Steinfurt</b>		<b>Kreis Warendorf</b>	
Altersgruppe in Jahren	PT-Patienten n=284	Bevölkerung (NRW)	PT-Patienten n=25	Bevölkerung	PT-Patienten n=26	Bevölkerung	PT-Patienten n=154	Bevölkerung	PT-Patienten n=40	Bevölkerung	PT-Patienten n=37	Bevölkerung
in %												
< 50	<b>75,6**</b>	55,0	<b>66,5</b>	59,5	<b>73,2*</b>	58,4	<b>77,0**</b>	61,3	<b>76,8**</b>	57,8	<b>76,3**</b>	56,6
50 – 54	<b>12,1**</b>	8,0	<b>17,0*</b>	7,7	<b>15,3*</b>	8,4	<b>11,7**</b>	6,8	<b>10,0</b>	7,8	<b>10,6</b>	8,2
55 – 59	<b>6,2</b>	6,6	<b>8,9</b>	5,8	<b>6,1</b>	6,1	<b>5,6</b>	5,4	<b>6,7</b>	6,0	<b>6,3</b>	6,3
60 – 64	<b>3,6**</b>	7,9	<b>3,6**</b>	7,0	<b>3,6**</b>	7,2	<b>3,7**</b>	6,7	<b>3,6*</b>	7,4	<b>3,6**</b>	7,5
65 – 69	<b>1,6**</b>	7,5	<b>2,6**</b>	6,9	<b>1,2***</b>	6,6	<b>1,3**</b>	6,1	<b>1,8**</b>	7,1	<b>2,2**</b>	7,1
ab 70	<b>0,9**</b>	15,0	<b>1,4**</b>	12,9	<b>0,7**</b>	13,3	<b>0,7**</b>	13,7	<b>1,2**</b>	13,9	<b>1,0**</b>	14,3
≥ 50	<b>24,4**</b>	45	<b>33,5</b>	40,5	<b>26,8*</b>	41,6	<b>23,0**</b>	38,7	<b>23,2**</b>	42,2	<b>23,7**</b>	43,4
50 – 59	<b>18,3**</b>	14,6	<b>25,9</b>	13,6	<b>21,3</b>	14,5	<b>17,3**</b>	12,2	<b>16,7</b>	13,8	<b>16,9</b>	14,5
60 – 69	<b>5,3**</b>	15,4	<b>6,2**</b>	13,9	<b>4,7**</b>	13,8	<b>5,0**</b>	12,8	<b>5,4**</b>	14,5	<b>5,9**</b>	14,7

- PT-Patienten bedeutet Psychotherapiepatienten. Die Anzahl der Fälle n bezieht sich auf die behandelnden Psychotherapeuten.
- \* bzw. (\*\*) bedeutet, dass sich die prozentualen Anteile der jeweiligen Altersgruppe an der Gesamtheit der Münsterländer Psychotherapiepatienten (hoch) signifikant vom Anteil der entsprechenden Altersgruppe in der Bevölkerung NRW unterscheiden. Diese Werte sind zudem fett hervorgehoben. Als hoch signifikant werden die Unterschiede hier angesehen, wenn  $p < 0,001$ .
- Durch Rundungsfehler bei der Wiedergabe der Zahlen in der Tabelle können geringe Unregelmäßigkeiten vorkommen. (Für die Statistik wurden 3 Dezimalstellen nach dem Komma berücksichtigt.)

**Tabelle 4a:**

**Statistischer Vergleich von prozentualen Anteilen verschiedener Altersgruppen von Psychotherapiepatienten in verschiedenen Regionen des Münsterlands mit entsprechenden Anteilen in der Allgemeinbevölkerung mittels Student t-Test (PT=Psychotherapie)**

**(Gesamtkollektiv: n=284 Psychotherapeuten im Münsterland mit insgesamt 18.464 Psychotherapiepatienten - Unterteilung nach Niederlassungsort)**

Ort	Altersgruppe in Jahren	Mean des Anteils in % der PT-Patienten	Mean des Anteils in % der Bevölkerung	T-Wert	df Freiheitsgrade	p-Wert
Münsterland	<50	75,6	55,0 (Bev.NRW)	16,985	283	0,000
	≥50	24,4	45,0	- 16,985	283	0,000
n=284 Psycho- therapeuten Anzahl der behandelten PT-Patienten: 18.465	50-54	12,1	08,0	6,492	283	0,000
	55-59	06,2	06,6	- 0,932	283	0,352 n.s.
	60-64	03,6	07,9	- 12,330	283	0,000
	65-59	01,6	07,5	- 30,465	283	0,000
	≥70	00,9	15,0	-116,226	283	0,000
Kreis Borken	50-59	18,3	14,6	3,955	283	0,000
	60-69	05,3	15,4	- 22,541	283	0,000
n=25 Psycho- therapeuten	<50	66,5	59,5	1,341	24	0,193 n.s.
	≥50	33,5	40,5	- 1,341	24	0,193 n.s.
Anzahl der behandelten PT-Patienten: 2.004	50-54	17,0	07,7	3,584	24	0,001
	55-59	08,9	05,8	1,399	24	0,174 n.s.
	60-64	03,6	07,0	- 4,825	24	0,000
	65-59	02,6	06,9	- 5,715	24	0,000
	≥70	01,4	12,9	- 21,918	24	0,000
	50-59	25,9	13,6	2,672	24	0,013 n.s.
	60-69	06,2	13,9	- 6,523	24	0,000

**Fortsetzung 1 Tabelle 4a:**

Ort	Altersgruppe in Jahren	Mean des Anteils in % der PT-Patienten	Mean des Anteils in % der Bevölkerung	T-Wert	df Freiheitsgrade	p-Wert
Kreis Coesfeld	<50	73,2	58,4	3,671	25	0,001
	≥50	26,8	41,6	- 3,671	25	0,001
n=26 Psycho-therapeuten	50-54	15,3	08,4	3,280	25	0,003
	55-59	06,1	06,1	- 0,02	25	0,985 n.s.
Anzahl der behandelten PT-Patienten:	60-64	03,6	07,2	- 5,443	25	0,000
	65-59	01,2	06,6	- 9,862	25	0,000
1.595	≥70	00,7	13,3	-33,623	25	0,000
	50-59	21,3	14,5	2,257	25	0,033 n.s.
	60-69	04,7	13,8	- 8,098	25	0,000
Stadt Münster	<50	77,0	61,3	9,378	153	0,000
	≥50	23,0	38,7	- 9,378	153	0,000
n=154 Psycho-therapeuten	50-54	11,7	06,8	5,612	153	0,000
	55-59	05,6	05,4	0,379	153	0,705 n.s.
Anzahl der behandelten PT-Patienten:	60-64	03,7	06,7	- 5,933	153	0,000
	65-59	01,3	06,1	-20,107	153	0,000
9.505	≥70	00,7	13,7	-94,869	153	0,000
	50-59	17,3	12,2	4,191	153	0,000
	60-69	05,0	12,8	-12,625	153	0,000



**Fortsetzung 2 Tabelle 4a:**

Ort	Altersgruppe in Jahren	Mean des Anteils in % der PT-Patienten	Mean des Anteils in % der Bevölkerung	T-Wert	df Freiheitsgrade	p-Wert
Kreis Steinfurt	<50	76,8	57,8	6,739	39	0,000
	≥50	23,2	42,2	- 6,739	39	0,000
n=40 Psycho- therapeuten	50-54	10,0	07,8	1,831	39	0,750 n.s.
	55-59	06,7	06,0	0,611	39	0,544 n.s.
Anzahl der behandelten	60-64	03,6	07,4	- 3,775	39	0,001
	65-59	01,8	07,1	- 9,336	39	0,000
PT-Patienten: 2.838	≥70	01,2	13,9	-24,808	39	0,000
	50-59	16,7	13,8	1,446	39	0,156 n.s.
	60-69	05,4	14,5	- 7,553	39	0,000
Kreis Warendorf	<50	76,3	56,6	7,081	36	0,000
	≥50	23,7	43,4	- 7,081	36	0,000
n=37 Psycho- therapeuten	50-54	10,6	08,2	1,547	36	0,131 n.s.
	55-59	06,3	06,3	- 0,027	36	0,978 n.s.
Anzahl der behandelten	60-64	03,6	07,5	- 4,129	36	0,000
	65-59	02,2	07,1	- 7,745	36	0,000
PT-Patienten: 2.420	≥70	01,0	14,3	-58,089	36	0,000
	50-59	16,9	14,5	1,046	36	0,303 n.s.
	60-69	05,9	14,7	- 5,802	36	0,000

**Tabelle 5:**

Statistischer Vergleich von prozentualen Anteilen des weiblicher Psychotherapiepatienten verschiedener Altersgruppen im Münsterland mit entsprechenden prozentualen Anteilen der weiblichen Allgemeinbevölkerung mittels T-Tests (PT=Psychotherapie)

<b>Altersgruppe in Jahren</b>	<b>Anzahl n der eingeschlossen Therapeuten, die Patienten entsprechender Altersgruppen behandelten</b>	<b>Mean des prozentualen Anteils der weiblichen PT-Patienten im Münsterland</b>	<b>Mean des prozentualen Anteils der weiblichen Bevölkerung im Münsterland</b>	<b>T-Wert</b>	<b>df Freiheitsgrade</b>	<b>p-Wert</b>
≥18	267	0,756	0,516	25,095	266	0,000
50-54	246	0,758	0,498	15,976	245	0,000
55-59	203	0,760	0,495	13,718	202	0,000
60-64	183	0,755	0,511	10,147	182	0,000
65-59	112	0,760	0,525	7,086	111	0,000
≥70	83	0,865	0,630	7,526	82	0,000

## **Tabellenverzeichnis**

*Tabelle 1-1:*

*Entwicklung der Bevölkerungszahl sowie des Anteils Älterer und hochaltriger Menschen von 1953-2050*

*(modifiziert nach einer Tabelle des 4. Altenberichts der Bundesregierung 2002; Schätzungen auf der Basis der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes)*

*Tabelle 1-2:*

*Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland*

*(modifiziert nach einer Tabelle des 4. Altenberichts der Bundesregierung 2002)*

*Tabelle 1-3:*

*Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in 3 Gemeinden Oberbayerns 1975-1977 (modifiziert nach Weyerer & Dilling 1984)*

*Tabelle 1-4:*

*Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen bei  $\geq 65$ -Jährigen anhand des Vergleichs zweier Studien.*

*(1) Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in 3 Gemeinden Oberbayerns im Untersuchungszeitraum von 1975-1977 (n=1536), nach Weyerer & Dilling 1984.*

*(2) Die in Klammern angegebenen Daten entsprechen denen von Cooper & Sosna (1983), es wurde die Mannheimer Bevölkerung zwischen 1978-1980 (n=343) untersucht.*

*Tabelle 1-5:*

*Darstellung der Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung ab 65 Jahren, getrennt für Frauen und Männer.*

*(1) Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in 3 Gemeinden Oberbayerns im Untersuchungszeitraum von 1975-1977 (n= 1536), nach Weyerer & Dilling 1984.*

*(2) Die in Klammern angegebenen Daten entsprechen denen von Cooper & Sosna (1983), es wurde die Mannheimer Bevölkerung zwischen 1978-1980 (n= 343) untersucht.*

*Tabelle 1-6:*

*Psychisch manifest Erkrankte im Alter > 70 Jahre laut der Berliner Altersstudie (1996).*

*Tabelle 1-7:*

*4-Wochen Prävalenzraten sowie 12-Monats-Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei 18-65-jährigen Einwohnern Deutschlands im Untersuchungszeitraum von 1998-1999 (n=4181) nach Wittchen.*

*Tabelle 4-1: Prozentuale Anteile verschiedener Altersgruppen von niedergelassenen Psychotherapeuten im Münsterland*

*Tabelle 4-2:*

*Prävalenz von Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und anderen sowie Angabe der Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen bei alten Menschen. Resultate von in Deutschland durchgeführten Studien (Modifiziert nach dem 4. Altenbericht der Bundesregierung 2002)*

*Tabelle 4-3:*

*Ratio von psychotherapeutisch behandelten Patienten zu psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Einwohnern (Behandlungsquote) im Münsterland.*

## **Abbildungsverzeichnis**

*Grafik 4-1:*

*Psychotherapeutenmerkmale: Vergleich zwischen dem Therapeutenkollektiv des Münsterlands und demjenigen des Bundesgebiets im Jahr 2003*

*Grafik 4-2:*

*Anteil verschiedener Altersgruppen in % von Psychotherapiepatienten im Münsterland und der Bevölkerung in NRW*

*Grafik 4-3:*

*Hauptdiagnosen in % von Patienten  $\geq 50$  Jahre in ambulanter Richtlinienpsychotherapie im Münsterland*