

Aus dem Universitätsklinikum Münster

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

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

**Stationäre Versorgung von Patienten zwischen 50 und
99 Jahren in
psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken
und Abteilungen**

INAUGURAL DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Wenker, Mirja

aus Münster

2010

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

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. W. Schmitz

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Dr. med. F. A. Muthny

Tag der mündlichen Prüfung: 25.06.2010

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft -
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. Dr. med. F. A. Muthny

Zusammenfassung

Stationäre Versorgung von Patienten zwischen 50 und 99 Jahren in psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen

Wenker, Mirja

In einer Studie von Lange et al. aus dem Jahre 1995 konnte eine erhebliche Versorgungslücke bei der Behandlung älterer Patienten in psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken festgestellt werden. Analog dazu wurde 2001 eine weitere Befragung bezüglich der stationären Versorgung Älterer durchgeführt. Dabei wurden 85 Kliniken über ihren Anteil Älterer und ihre diesbezüglichen Behandlungsangebote befragt. Wie auch schon 1995 wirkte der Anteil der über 50-Jährigen mit 34,1 % zunächst recht hoch (1995: 21,5 %). Lässt man jedoch die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen außer acht, die sich häufig in Zusammenhang mit einem Rentenverfahren in den Rehabilitationskliniken befinden, und deren Anteil an den behandelten älteren Patienten 77,1 % ausmacht, so macht die Gruppe der > 65-Jährigen nur 7,8 % aller behandelten Patienten aus. Bei einem von Dilling (1981) geschätzten Behandlungsbedarf von 7 % für die über 65-Jährigen sind dies umgerechnet auf eine altersstandardisierte Bevölkerung nur 0,7 % der benötigten Behandlungen. Im Vergleich zu 1995 (0,3 bis 0,6 %) bedeutet dies zwar ein Zuwachs, dieser fällt jedoch nur minimal aus. Die erhebliche Versorgungslücke bei der Behandlung von Patienten jenseits des 65. Lebensjahres bleibt also bestehen.

Tag der mündlichen Prüfung: 25.06.2010

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| 1.0 | Einleitung | |
| 1.1 | Geschichte der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie.... | 1 |
| 1.2 | Anliegen der Studie..... | 3 |
| 1.3 | Überblick über die Altersstruktur in der BRD..... | 3 |
| 1.4 | Versorgungsbedarf und Versorgungssituation..... | 4 |
| 1.5 | Psychotherapie mit älteren Patienten..... | 7 |
| 2.0 | Methodik..... | 10 |
| 3.0 | Ergebnisse | |
| 3.1 | Ergebnisse der Studie (2001)..... | 12 |
| 3.1.1 | Status und konzeptionelle Ausrichtung der Kliniken..... | 12 |
| 3.1.2 | Geschlechts- und Altersverteilung..... | 14 |
| 3.1.3 | Indikations- und Aufnahmekriterien für ältere Patienten..... | 15 |
| 3.1.4 | Hauptbehandlungsdiagnosen älterer Patienten..... | 16 |
| 3.1.5 | Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter..... | 17 |
| 3.1.6 | Spezifische Behandlungsangebote für ältere Patienten..... | 18 |
| 3.1.7 | Ausbau des Behandlungsangebotes für ältere Patienten...20 | |
| 3.1.8 | Interesse der Kliniken an einer Evaluationsstudie..... | 21 |
| 3.2 | Vergleich mit den Ergebnissen der Studie von 1995 (Lange et al.)..21 | |
| 3.2.1 | Status und konzeptionelle Ausrichtung der Kliniken..... | 21 |
| 3.2.2 | Anteile der Altersgruppen in den Kliniken..... | 23 |
| 3.2.3 | Indikations- und Aufnahmekriterien für ältere Patienten..... | 24 |
| 3.2.4 | Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter..... | 24 |
| 3.2.5 | Spezifische Behandlungsangebote für ältere Patienten..... | 25 |
| 3.3.6 | Ausbau des Behandlungsangebotes für ältere Patienten...26 | |
| 4.0 | Diskussion | |
| 4.1 | Diskussion der Ergebnisse der Studie 2001..... | 27 |
| 4.2 | Diskussion der Ergebnisse im Vergleich zur Studie von 1995..... | 30 |
| 4.3 | Schlussfolgerung..... | 33 |
| 5.0 | Literaturverzeichnis..... | 35 |
| 6.0 | Lebenslauf..... | 40 |

| | | |
|--------|----------------------|-----|
| Anhang | A Fragebogen..... | i |
| | B Adressenliste..... | vii |

1.0 Einleitung

1.1 Geschichte der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie

Schon in der Vorkriegszeit entstanden in Deutschland neben der ambulanten Psychotherapie die ersten psychosomatisch/psychoanalytischen Kliniken in Berlin und Baden-Baden. Auch gab es einige Hochschullehrer an internistischen und psychiatrischen Lehrstühlen, die sich für die psychosomatische Medizin einsetzten. Nationalsozialismus und 2. Weltkrieg jedoch führten zur fast völligen Zerschlagung psychoanalytischer Institute und psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildung. Nach dem Ende des 2. Weltkrieges entstanden die ersten psychosomatischen Fachkrankenhäuser. Hier sind die 1948 gegründete Klinik für psychogene Störungen in Berlin-Grunewald, das 1949 ins Leben gerufene Niedersächsische Landeskrankenhaus Tiefenbrunn und die Psychosomatische Klinik Umkirch bei Freiburg zu nennen. Die erste psychosomatische Klinik im Bereich eines Universitätskrankenhauses entstand 1950 an der Universität Heidelberg unter Alexander Mitscherlich und umfasste eine Ambulanz und eine Bettenstation. In den 60er und 70er Jahren gründeten zunehmend mehr Universitätskliniken psychosomatische Abteilungen oder Kliniken, die zum Teil mit dem Bereich Psychotherapie verbunden waren. Auch große Allgemeinkrankenhäuser begannen nach dem Krieg, psychosomatische Abteilungen mit Bettenstationen zu errichten. Das erste war hier das Krankenhaus Hamburg-Ochsenzoll, dessen psychosomatische Abteilung von 1949 bis 1953 bestand. Auf der Entwicklung dieser psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilungen liegt seit Mitte der 70er Jahre der Schwerpunkt. Weiterhin finden sich noch die psychotherapeutisch-psychosomatisch orientierten Fachkliniken mit relativ großen Bettenzahlen. Diese werden zumeist von gemeinnützigen oder privaten Trägern finanziert (Ahrens 1990; Paar 1990).

Anfang des letzten Jahrhunderts äußerte Freud seine skeptische Haltung zur Psychotherapierbarkeit älterer Menschen. Obwohl es seiner Meinung nach

auch Ältere gäbe, bei denen die psychische Plastizität weit über die gewöhnliche Altersgrenze hinaus bestehen bleibt, setzte sich doch vor allem erst genannte Aussage zunächst in der Psychotherapie durch. Erste psychoanalytische Behandlungsberichte älterer Patienten wurden zum Beispiel von Abraham (1919) vorgestellt, der den Erfolg der Psychoanalyse auch für ältere Menschen betonte. Erste Ansätze einer Behandlung älterer Patienten in der Bundesrepublik Deutschland beschrieben Wendt (1958), Schulte (1958; 1961) und Petrilowitsch (1964) nach sozialkommunikativen und existenzanalytischen Konzepten. In den 70er Jahren wurden erstmals systematisierte Behandlungsverfahren mit über 60-/65-Jährigen an größeren Patientenzahlen erprobt. Hierbei handelte es sich um unterschiedliche theoretische Konzepte mit unterschiedlichen Behandlungsformen und für unterschiedlichste Erkrankungen (Radebold 1998). Gleichzeitig benannte die Psychiatrie-Enquête-Kommission psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter als deutlich unterentwickelte Bereiche psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Versorgung (Deutscher Bundestag 1975). Nach Einführung des Konzepts der Gerontopsychosomatik im Jahre 1990 durch Heuft entwickelte sich jedoch auch im Bereich der Psychosomatik und der Psychotherapie ein zunehmendes Interesse an der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie.

Es ist davon auszugehen, dass die nachfolgenden Altersgenerationen ihrerseits aktiver nach Möglichkeiten der psychotherapeutischen und psychosozialen Intervention suchen werden, als dies bei den heutigen Generationen alter Menschen der Fall ist (Heuft & Kruse 1999). Daher muss in der Zukunft sowohl der Ausbau der Forschung als auch die Verbesserung der klinischen Versorgung für ältere Menschen in Angriff genommen werden. Dazu gehört auch, schon in der Primärversorgung eine höhere Sensibilität für Interventionsmöglichkeiten zu wecken. Psychotherapeuten müssen sich stärker dafür interessieren, Psychotherapie für ältere Patienten anzubieten. Weiterhin müssen sie sich in der Arbeit mit Älteren weiterbilden. Dies ist insofern wichtig, da die Psychotherapie älterer Patienten keiner eigenen Spezialisierung bedarf.

Es wurden lediglich Modifikationen in Bezug auf die etablierte Richtlinienpsychotherapie beschrieben (Heuft et al. 2006). Insofern werden die Interventionen an die Bedürfnisse des einzelnen Patienten angepasst (Teri & Logsdon 1992).

1.2 Anliegen der Studie

In dieser Arbeit soll die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland von Patienten zwischen 50 und 99 Jahren untersucht werden. Im Jahre 1995 wurde schon einmal eine solche Studie durchgeführt (Lange et al. 1995). Diese Studie ist Ausgangspunkt der Befragung, die für das Jahr 2001 wiederholt wurde. Es soll vergleichend untersucht werden, in wie weit sich die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung älterer Patienten innerhalb der letzten sechs Jahre weiterentwickelt hat.

1.3 Überblick über die Altersstruktur in der Bundesrepublik Deutschland

Zum Ende des Jahres 2001 betrug die Einwohnerzahl der Bundesrepublik Deutschland knapp 82,5 Millionen. Davon waren ca. 35,5 Millionen (42,9 %) älter als 45 Jahre, wobei sich allein die Anzahl der über 65-Jährigen gegenüber 1999 um 700.000 erhöht hat (Statistisches Bundesamt Deutschland 2001). Über die Jahre lässt sich ein immer weiter fortschreitender Prozess der Bevölkerungsalterung erkennen. Betrug im Jahre 1987 der Anteil der über 50-Jährigen 32,6 % (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2001), so ist dieser bis 2001 um knapp 10 % gestiegen. Bis 2050, so hat es das Statistische Bundesamt vorausgerechnet, wird die Hälfte aller Bundesbürger älter als 48 Jahre sein, der Anteil der über 60-Jährigen wird bei knapp einem Drittel liegen. Aufgrund besserer medizinischer Versorgung und erhöhtem allgemeinen Lebensstandard verlängert sich auch die Lebenserwartung in den höheren

Altersgruppen, so dass über 50-Jährige heutzutage noch annähernd die Hälfte ihres Erwachsenenalters vor sich haben (Radebold 1992).

1.4 Versorgungsbedarf und Versorgungssituation

Dilling (1981) schätzte aufgrund seiner epidemiologischen Feldstudien, dass 19 % der 50- bis 64-Jährigen und 7 % der über 65-Jährigen einer psycho- oder soziotherapeutischen Hilfestellung bedürfen. Den Bedarf an allgemein-psychiatrischer Hilfestellung für beide Altersgruppen setzte er bei jeweils 13 % an. Cooper & Sosna (1983) hingegen gingen nach ihrer Mannheimer Feldstudie von einer psychiatrischen Gesamtprävalenz bei den über 65-Jährigen von 24,4 % aus, wobei die Häufigkeit psychischer Erkrankungen mit zunehmendem Alter anstieg. Wolter-Henseler (2000) berichtete im Rahmen seiner Untersuchung über die gerontopsychiatrische Versorgungssituation in Solingen, dass der Anteil der als psychisch krank eingeschätzten alten Menschen in der Klientel der Hausärzte 15 bis 20 % ausmachte. Stuhr & Haag (1989) zeigten in ihrer Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs eine Prävalenzrate psychosomatisch erkrankter Patienten von 19,8 %. In ihrer Feldstudie in drei Gemeinden Oberbayerns bezifferten Weyerer & Dilling (1984) den Anteil psychisch Kranker bei den über 65-Jährigen mit 23,1 %, wobei die Morbiditätsrate bei den über 75-Jährigen mit 29,9 % deutlich über derjenigen der 65- bis 74-Jährigen (21,5 %) lag. Allgemein wird im internationalen Schrifttum von einer Prävalenzrate psychischer Erkrankungen im Alter von 23 bis 28 % ausgegangen (Lamprecht 1990; Bickel 1997; Krauss 1989).

Eine Zusammenfassung der oben angeführten Studien zeigt Tabelle 1. Bezüglich der Stichprobengröße wird bei Cooper & Sosna sowie Weyerer & Dilling nur auf die relevante Altersgruppe eingegangen, obwohl die Stichprobe insgesamt größer ist. Wolter-Henseler befragte in seiner Studie 62 Allgemeinmediziner und 41 Internisten zum Anteil psychisch erkrankter Älterer in ihren

Praxen; zur Stichprobengröße (Anzahl der Patienten über 60 in den 103 Praxen) wurden keine Angaben (k.A.) gemacht.

Tab. 1: Prävalenzrate psychischer Erkrankungen im Alter (Zusammenfassung)

| Autoren | Stichprobe (n=) | Altersgruppe | Prävalenzrate |
|--------------------------|------------------------|---------------------|----------------------|
| Cooper & Sosna (1983) | 519 | > 65 | 24,40% |
| Stuhr & Haag (1989) | 367 | alle | 19,80% |
| Wolter-Henseler (2000) | k.A. | > 60 | 15-20 % |
| Weyerer & Dilling (1984) | 295 | > 65 | 23,10% |

Lange et al. (1995) schätzten in ihrer Studie zur Versorgung älterer Patienten in psychosomatischen Kliniken, dass 2500 bis 4500 Patienten über 60 Jahre pro Jahr stationär in Deutschland behandelt werden. Der Anteil über 50-Jähriger lag in den psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken bei 21,5 %, der über 60-Jährigen bei 5,2 % und der Prozentsatz von Patienten über 70 Jahre betrug 1,3 %. Dabei behandelten die Universitätskliniken und Allgemeinkrankenhäuser mit psychosomatischer Abteilung die wenigsten älteren Patienten. Der Anteil Älterer in den psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachkliniken lag mit 16,7 % etwas unter dem Durchschnitt, in den Rehabilitationskliniken war er mit 34,5 % am höchsten. Hier war der Anteil der 50- bis 59-Jährigen besonders stark vertreten infolge des Grundsatzes 'Rehabilitation vor Rente'. Die Behandlung über 60-Jähriger zielt weniger auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, sondern auf die Symptomreduktion und die Wiedererlangung bzw. Stabilisierung der psychosozialen Autonomie im gewohnten oder gewünschten sozialen Milieu ab, womit präventive Aspekte stärker betont werden (Radebold 1998).

Rechnet man den Anteil der behandelten über 60-Jährigen um auf eine altersstandardisierte Bevölkerung, so ergibt sich, dass 1995 0,02 % der über 60-Jährigen in stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung waren. Im Vergleich zum Bevölkerungsanteil und zum Bedarf an Behandlung

und im Vergleich zur Prävalenz psychischer Störungen sind ältere Menschen also deutlich unterrepräsentiert (Heuft & Marschner 1994).

Dies liegt zum einen vermutlich daran, dass nach wie vor Zurückhaltung auf Seiten der Therapeuten besteht, ältere Patienten für eine psychotherapeutische Behandlung anzunehmen. Kemper (1992) berichtet, dass von den mit ihm kooperierenden Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten zwei Drittel der Psychoanalytiker nicht bereit waren, Patienten über 50 Jahre zu behandeln. Bei den Verhaltenstherapeuten war es ein Drittel. Gründe hierfür gibt es einige: Viele Therapeuten glauben, dass ältere Patienten nicht mehr flexibel genug für eine psychotherapeutische Behandlung seien, obwohl klinische und empirische Studien darauf hinweisen, dass eine psychotherapeutische Intervention viele Probleme älterer Patienten wenn nicht lösen, so doch zumindest verbessern kann. Auch besitzen die meisten Therapeuten nicht die notwendige Behandlungsqualifikation (Teri & Logsdon 1992) oder einfach auch die notwendige Behandlungserfahrung. Im Rahmen des Defizitmodells des Alters werden auch heute noch vielfach Krankheiten im Alter eher als Folgen eines regressiven und degenerativen Prozesses gesehen und eine Rehabilitation somit als wenig aussichtsreich erachtet. Hinzu kommt, dass der Begriff der Rehabilitation bis vor 20–30 Jahren begrenzt war auf die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Erst im Zuge der Erweiterung des Begriffes im Rehabilitations-Angleichungsgesetz von 1974 wurde die soziale Wiedereingliederung und Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Lebensqualität neben die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess gestellt (Peters 1995).

Für die Behandler problematisch kann ebenfalls die Handhabung der Gegenübertragung werden. Der Therapeut findet sich beispielsweise in der Sohn-/Tochter-/Enkelrolle wieder und muss sich mit den dadurch eventuell aufkommenden Gegenübertragungs- oder Eigenübertragungsschwierigkeiten auseinandersetzen (Heuft 1990). Gleichzeitig muss sich der Therapeut, der mit den Verlusten und Ängsten seiner alternden Patienten konfrontiert wird, mit

dem eigenen Altern und Altsein auseinandersetzen. Zusätzlich können die teilweise begrenzten therapeutischen Erfolge eine narzisstische Kränkung des Therapeuten bedeuten, der daraufhin über 60-Jährige als unmotivierte Patienten ansieht oder „Misserfolge“ eher durch Altersrigidität als durch die eigene fehlende Kompetenz bedingt (Radebold 1992; Riess 1992; Heuft et al. 2000).

Auf der anderen Seite finden viele ältere Patienten den Weg in die Psychotherapie noch nicht. Sie wollen sich nicht mit ihren psychischen Problemen an andere wenden, da sie im Deutschland der Nachkriegszeit in dem Bewusstsein aufgewachsen sind, alle Probleme seien selbst zu bewältigen. Wird dies nicht „geschafft“, können bei den Älteren z.B. Gefühle von Versagen und Scham entstehen. Seelische Konflikte werden so häufig schuldhaft verarbeitet oder drücken sich dann eher in Form körperlicher Symptome aus (Haag 1996). Weiterhin weisen ältere Patienten scheinbar primär eine geringere Psychotherapiemotivation auf. Anhand einer empirischen Studie konnten Peters et al. (2000) zeigen, dass Ältere unter dem Einfluss ihrer Sozialisationsbedingungen (Kriegs- und Nachkriegsdeutschland mit seinen zwei politischen Systemen) ein weniger psychosozial ausgerichtetes Bild ihrer Krankheit haben, eher wird der Einfluss innerer körperlicher Faktoren höher bewertet. Dies äußert sich auch in dem Wunsch nach einer eher beschwerdeorientierten Behandlung, während eine problemorientierte Behandlung für sie weniger in Frage zu kommen scheint.

Die Älteren der kommenden Generationen werden vermutlich viel selbstverständlicher ärztliche Leistungen, wie zum Beispiel auch die Psychotherapie, einfordern, was zu einem verstärkten Bedarf in diesem Bereich führen wird.

1.5 Psychotherapie mit älteren Patienten

Einer Definition von Strotzka (1978) folgend ist „Psychotherapie [...] ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von

Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken, auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Beziehung notwendig“ (S. 4).

Insbesondere bei älteren Patienten ist es von Bedeutung, dass die körperliche, soziale und psychische Situation in ihrer Gesamtheit gesehen wird. Dies bedeutet auch eine eventuell notwendige Zusammenarbeit des Psychotherapeuten mit dem somatisch tätigen Arzt und anderen sozialen Einrichtungen, um die Voraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung zu schaffen. Wichtig ist, dass der Therapeut nicht die einzige Bezugsperson des Patienten ist. Als optimale Behandlungsform hat sich in der Einzeltherapie die problemzentrierte, einsichtsorientierte Behandlung von ein bis zwei Sitzungen pro Woche erwiesen. Zur Stabilisierung trägt bei manchen Patienten auch das Angebot bei, sich bei eventuellen Schwierigkeiten auch nach Beendigung der Therapie beim Therapeuten zu melden (Haag 1996). Im stationären Bereich hat sich gezeigt, dass ein altersspezifisches Setting von älteren Patienten durchweg positiver und hilfreicher erlebt wird als eines, in dem Ältere vorwiegend oder ausschließlich zusammen mit jüngeren Patienten behandelt werden. In letzterem kommen altersspezifische Themen nur wenig zum Tragen und die Älteren werden von den Jüngeren häufig dazu benutzt, Konflikte mit den eigenen Eltern auszutragen, so dass sich die Älteren zur Vermeidung einer solchen Situation stärker auf somatische Anwendungen konzentrieren und eher Einzelkontakte suchen (Peters 1995). Psychotherapie und andere psychosoziale Interventionen können älteren Patienten helfen, mit Stressfaktoren, wie dem Verlust von nahen Angehörigen und der Zunahme von Funktionsverlusten, welche die psychopathologische Entwicklung begünstigen und ihren Verlauf beeinflussen, besser zurecht zu kommen (Klausner & Alexopoulos 1999). Durch die Interventionen kann der Handlungsraum älterer

Menschen erweitert werden, was zu mehr Lebensqualität, der Überwindung psychischer Störungen und zur Prävention von Chronifizierung bzw. Rückfällen beiträgt (Hautzinger 1997). Wichtig ist, dass die Behandlung an die Bedürfnisse und die vorhandenen Ressourcen des einzelnen Patienten angepasst wird (Häfner 1996).

2.0 Methodik

Für diese Arbeit wurden für das Jahr 2001 in der Bundesrepublik Deutschland 133 psychosomatisch/psychotherapeutische Kliniken und Abteilungen (siehe Anhang B) zu stationären Behandlungen von Patienten zwischen 50 und 99 Jahren befragt. Dies geschah mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens (siehe Anhang A), in dem erhoben wurde

- (1) Status und konzeptionelle Ausrichtung der Einrichtung
- (2) Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten
- (3) Aufnahme- und Ausschlusskriterien für ältere Patienten
- (4) Behandlungsdiagnosen
- (5) spezifische Behandlungsangebote für ältere Patienten und eventuell deren geplanter Ausbau.

Die Einrichtungen teilten sich auf in 60 Rehabilitationskliniken und 73 Krankenhäuser. Gerontopsychiatrische Einrichtungen wurden in der Befragung nicht berücksichtigt, da die Fachgesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie eine eigene Erhebung durchführen wollte.

90 ausgefüllte Fragebögen wurden zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 68 % entspricht. Von diesen 90 Fragebögen mussten 5 ausgeschlossen werden, da sie aufgrund fehlerhaften oder unvollständigen Ausfüllens nicht verwertbar waren. Diese 5 Einrichtungen teilten sich auf in 1 Universitätsklinik, 1 Allgemeinkrankenhaus, 1 Fachklinik und 2 Rehabilitationskliniken. Zum Schluss konnten die Daten von 85 Einrichtungen in die Studie übernommen werden. Unter diesen befanden sich 20 Universitätskliniken, 18 Allgemeinkrankenhäuser, 11 Fachkliniken und 36 Rehabilitationskliniken.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte mit dem Statistik-Programm SPSS.

Die so erhaltenen Daten werden zunächst einmal für sich interpretiert und dann in Bezug gesetzt zur Befragung von 1995. Um eine Vergleichbarkeit der beiden

Studien zu gewährleisten, wurde dazu ein vergleichbarer Aufbau des Fragebogens gewählt. Somit soll die Frage beantwortet werden, in wie weit eine Verbesserung der stationären Versorgung älterer Patienten in psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen stattgefunden hat. In den längsschnittlichen Studienvergleich werden einbezogen der Anteil der älteren Patienten am Gesamtklientel, besondere Aufnahme- und Indikationskriterien, Unterstützungsangebote für Mitarbeiter in der Behandlung Älterer und Pläne für altersspezifische Angebote.

3.0 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse der Studie (2001)

2001 wurden 133 Kliniken bezüglich einer Teilnahme an der Studie angeschrieben. Die 85 Kliniken, die in die Studie eingeschlossen wurden, wurden befragt, ob ihre nachfolgenden Angaben auf genauen Erhebungen oder auf Schätzungen basieren. 77,6 % der antwortenden Kliniken machten konkrete Angaben über den Anteil Älterer an der Gesamtzahl ihrer Patienten, 17,6 % gaben Schätzwerte an, 4,7 % konnten über die Genauigkeit ihrer Angaben diesbezüglich keine Auskunft geben.

3.1.1 Status und konzeptionelle Ausrichtung der Kliniken

Von den 85 antwortenden Kliniken hatten 20 den Status eines Universitätsklinikums (24 %). 18 waren psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (21 %). Außerdem beantworteten 11 Fachkliniken (13 %) und 36 Rehabilitationskliniken (42 %) den Fragebogen (Abb. 1).

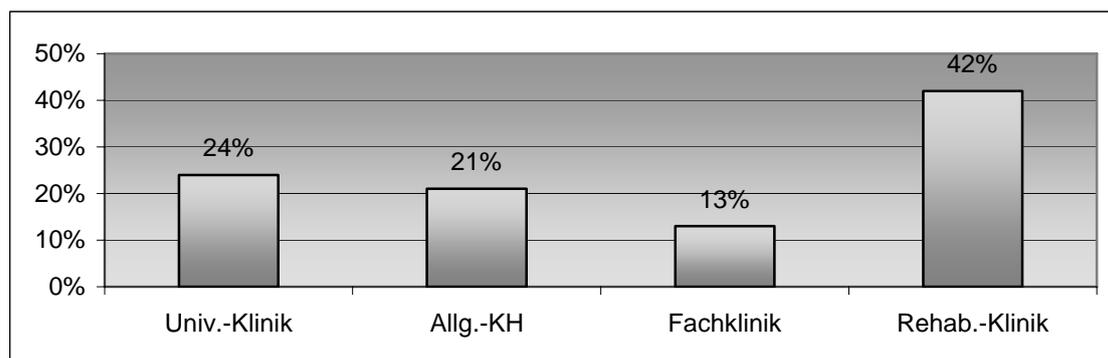


Abb. 1: Status der antwortenden Kliniken (n=85)

Universitätskliniken und psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern wiesen eine durchschnittliche Bettenzahl von 19

bzw. 38 Betten auf. Bei den Fach- und Rehabilitationskliniken lag diese Zahl mit durchschnittlich 94 bzw. 151 Betten deutlich höher.

In den befragten Kliniken wurde vornehmlich kombiniert tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch gearbeitet (48,2 %), gefolgt von rein tiefenpsychologisch/psychoanalytisch konzipierten Kliniken/Abteilungen (41,2 %). Ausschließlich verhaltenstherapeutisch/kognitiv-behavioral ausgerichtet waren 8,2 % der Kliniken. 2,4 % hatten eine andere konzeptionelle, nicht weiter spezifizierte Ausrichtung. In den Universitätskliniken wurde gleichermaßen tiefenpsychologisch/analytisch als auch kombiniert tiefenpsychologisch/verhaltenstherapeutisch gearbeitet. Die psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser hatten in zwei Dritteln einen tiefenpsychologisch/analytischen und in einem Drittel einen kombiniert tiefenpsychologisch/verhaltenstherapeutischen Ansatz. In einer der 11 Fachkliniken wurde verhaltenstherapeutisch/kognitiv-behavioral gearbeitet, die übrigen Fachkliniken waren gleichermaßen tiefenpsychologisch/analytisch wie auch kombiniert tiefenpsychologisch/verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Die Rehabilitationskliniken waren überwiegend tiefenpsychologisch/verhaltenstherapeutisch ausgerichtet, etwa ein Fünftel arbeitete tiefenpsychologisch/analytisch bzw. verhaltenstherapeutisch/kognitiv-behavioral, zwei Kliniken hatten eine andere konzeptionelle Ausrichtung (Tab. 2).

Tab. 2: Konzeptionelle Ausrichtung der einzelnen Kliniktypen (n=85)

| | Univ.-Klinik n=20 | Allg.-Krankenhaus n=18 | Fachklinik n=11 | Rehab.-Klinik n=36 |
|---|----------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------|
| tiefenpsychologisch/ analytisch | 10 (50%) | 12 (67%) | 5 (45%) | 8 (22%) |
| verhaltenstherapeutisch/ kognitiv behavioral | | | 1 (10%) | 6 (17%) |
| tiefenpsychologisch/ verhaltenstherapeutisch | 10 (50%) | 6 (33%) | 5 (45%) | 20 (56%) |
| andere | | | | 2 (5%) |

3.1.2 Geschlechts- und Altersverteilung

Insgesamt wurden von den antwortenden Kliniken im Jahr 2001 rund 61.000 Patienten aller Altersgruppen stationär psychotherapeutisch behandelt. Dies entspricht durchschnittlich 720 Patienten pro Klinik, wobei die Männer rund ein Drittel (31,5 %) der Patienten ausmachten und die Frauen rund zwei Drittel (68,5 %) (Abb. 2). In den Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen und der 60- bis 69-Jährigen entsprach dies einem Frauenanteil von 66,6 bzw. 65,1 % und einem Männeranteil von 33,4 bzw. 34,9 %. In der Altersgruppe der über 70-Jährigen lag der Frauenanteil mit 77,3 % über dem Durchschnitt, der Männeranteil machte in dieser Altersgruppe 22,7 % aus.

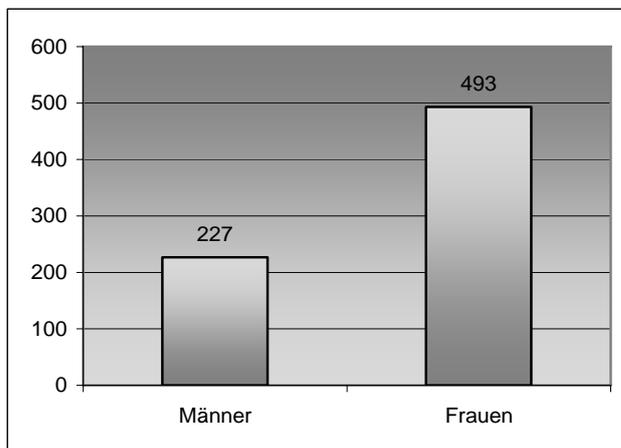


Abb. 2: Durchschnittliche Geschlechterverteilung aller Altersgruppen (n=720)

Ausgehend von den durchschnittlich 720 behandelten stationären Patienten pro Klinik waren durchschnittlich 189 der Patienten 50 bis 59 Jahre alt (26,3 %), 42 waren zwischen 60 und 69 Jahre alt (5,8 %) und 14 Patienten waren älter als 70 Jahre (2 %). Der Anteil der über 50-Jährigen in psychosomatischen/psychotherapeutischen Einrichtungen machte somit 34,1 % aus (Abb. 3). An Fachkliniken und Rehabilitationskliniken lag der Anteil älterer Patienten bei 26 bzw. 36,1 %. In den psychosomatisch/psychotherapeutischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser wurden durchschnittlich 17,5 % ältere Patienten behandelt. Die Universitätskliniken behandelten die wenigsten Älteren (16,1 %) (Tab. 3) .

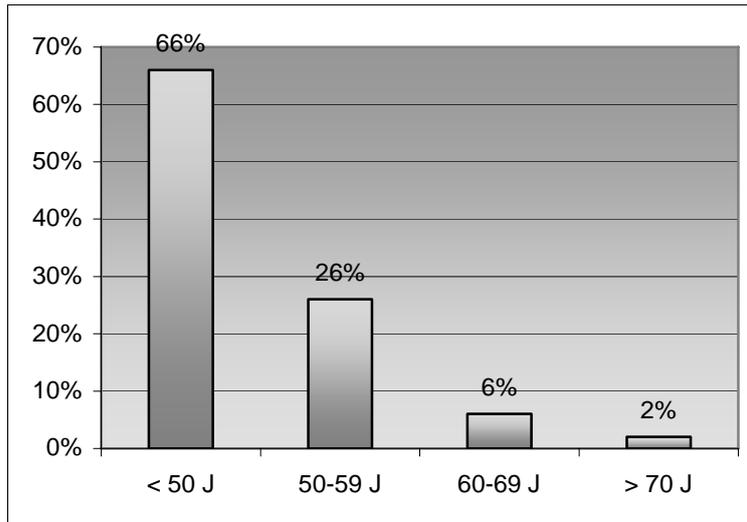


Abb. 3: Durchschnittliche Altersverteilung der behandelten Patienten (n=61.000)

Tab. 3: Durchschnittliche Altersverteilung in den verschiedenen Einrichtungen

Die Tabelle ist spaltenweise von oben nach unten zu lesen. Es wurde von der durchschnittlich errechneten Patientenzahl von 720 Patienten pro Klinik ausgegangen.

| | Insgesamt | Univ.-Klinik | Allg.-KH | Fachklinik | Rehab.-Klinik |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| 50- bis 59-Jährige | n=189 26,3 % | n=92 12,8 % | n=88 12,2 % | n=130 18 % | n=194 27 % |
| 60- bis 69-Jährige | n=42 5,8 % | n=21 2,9 % | n=27 3,7 % | n=39 5,5 % | n=44 6,1 % |
| über 70-Jährige | n=14 2 % | n=3 0,4 % | n=11 1,6 % | n=18 2,5 % | n=22 3 % |
| > 50-Jährige insgesamt | n=245 34,1 % | n=116 16,1 % | n=126 17,5 % | n=187 26 % | n=260 36,1 % |
| < 50-Jährige insgesamt | n=475 65,9 % | n=604 83,9 % | n=594 82,5 % | n=533 74 % | n=460 63,9 % |
| Patienten aller Altersgruppen | n=720 100 % | n=720 100 % | n=720 100 % | n=720 100 % | n=720 100 % |

3.1.3 Indikations- und Aufnahmekriterien für ältere Patienten

Nach den Indikations- und Aufnahmekriterien für ältere Menschen befragt, gaben 77 Kliniken Auskunft. 54 der Kliniken gaben dabei an, spezielle

Aufnahmekriterien für ältere Patienten zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang wurden sowohl Aufnahme- als auch Ausschlusskriterien genannt. Die fünf häufigsten Aufnahmekriterien sind

- (1.) bestimmte psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen (23 Nennungen)
- (2.) Fähigkeit zu psychotherapeutischer Behandlung (19 Nennungen)
- (3.) ausgeschöpfte ambulante Therapieangebote (7 Nennungen)
- (4.) Therapiemotivation (5 Nennungen) und
- (5.) Rehabilitationsfähigkeit (2 Nennungen).

Als die fünf häufigst genannten Ausschlusskriterien finden sich

- (1.) Pflegebedürftigkeit (20 Nennungen)
- (2.) akute Psychosen (13 Nennungen)
- (3.) Suchterkrankungen (12 Nennungen)
- (4.) Suizidalität (11 Nennungen) und
- (5.) dementielle Erkrankung (10 Nennungen).

3.1.4 Hauptbehandlungsdiagnosen älterer Patienten

Über 88 % der Einrichtungen konnten Angaben zur Hauptbehandlungsdiagnose ihrer über 50-jährigen Patienten machen. Von den älteren Patienten wurden 43,7 % wegen einer Depression behandelt. 10,1 % litten an Angststörungen. Die somatoformen/dissoziativen Störungen machten bei älteren Patienten 19,2 % aus. 0,6 % der über 50-Jährigen wurden wegen Demenz behandelt, 13,6 % wegen Anpassungsstörungen bzw. Problemen bei der Krankheitsverarbeitung. Die restlichen 12,8 % wurden wegen anderer Erkrankungen in diesen Einrichtungen behandelt (Abb. 4). Unter anderem wurden hier die Diagnosen Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und Neurasthenie genannt.

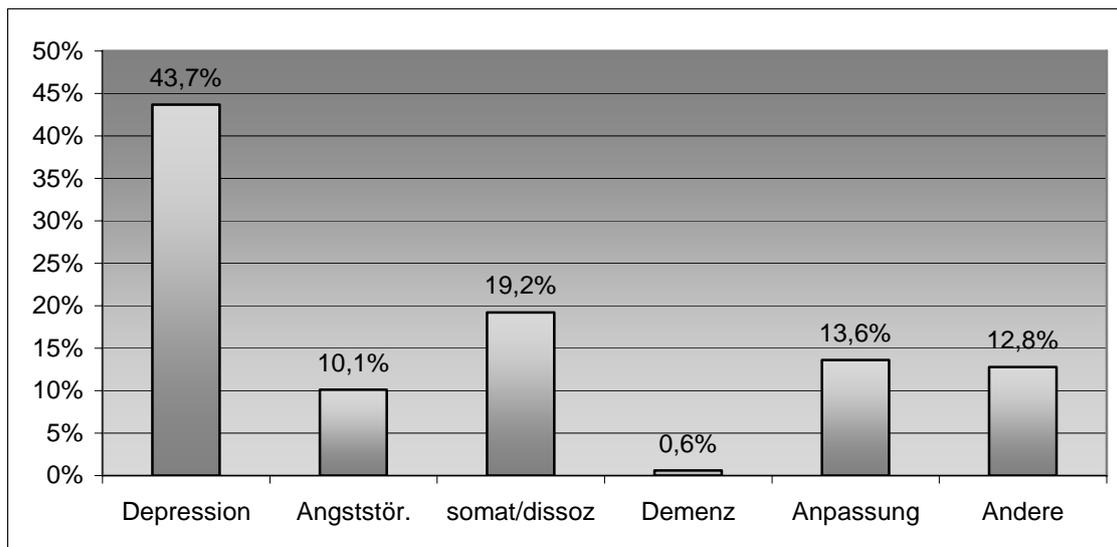


Abb. 4: Hauptbehandlungsdiagnosen älterer Patienten (>50J)

3.1.5 Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter

In 46 Kliniken (54,1 %) wurden die Mitarbeiter in Form von spezifischen, auf die Arbeit mit Älteren ausgerichteten Fort- und Weiterbildungsangeboten unterstützt. Jeweils acht dieser Kliniken waren Universitätskliniken, Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken, hinzu kamen 22 Rehabilitationskliniken. 26 der Kliniken boten spezielle externe Supervision an, 37 interne Supervision. In 36 der Kliniken wurde die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mitarbeiter im Bereich der Alters-Psychotherapie gefördert. Ein spezieller Arbeitskreis zu diesem Thema wurde in 5 der Kliniken angeboten, Forschungsprojekte gab es in 4 Einrichtungen. Weitere Angebote, die von einzelnen Kliniken genannt wurden, beinhalteten unter anderem die Mitarbeit in einer regionalen Arbeitsgemeinschaft, Therapiekonferenzen, tägliche Teamgespräche und Tagungen zu Alters-Psychotherapie. Die prozentualen Anteile der einzelnen Mitarbeiterangebote für die spezifischen Kliniktypen sind Tabelle 4 zu entnehmen.

Tab. 4: Unterstützungsangebot für Mitarbeiter nach Klinikentyp

Hier wird sich nur bezogen auf die Kliniken, die Fort- und Weiterbildungsangebote für die Arbeit mit älteren Patienten haben (n=46). Mehrfachnennungen waren möglich.

| | Univ.-Klinik n=8 | Allg.-Krankenhaus n=8 | Fachklinik n=8 | Rehab.-Klinik n=22 |
|------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|-----------------------|
| ext. Supervision | 3 | 6 | 5 | 12 |
| int. Supervision | 7 | 6 | 7 | 17 |
| Aus/Weiter/Fortbildung | 3 | 7 | 7 | 19 |
| Arbeitskreis | | 1 | 1 | 3 |
| Forschungsprojekt | 2 | | | 2 |
| andere | | 1 | | 2 |

3.1.6 Spezifische Behandlungsangebote für ältere Patienten

24 Kliniken (28,2 % der antwortenden Kliniken) boten ein spezifisches Angebot für ältere Patienten an. Dieses bestand hauptsächlich darin, Ältere in altershomogenen Abteilungen bzw. altershomogenen psychotherapeutischen Gruppen zusammen zu fassen. Unter den weiteren spezifischen Angeboten, die an einzelnen Kliniken zu finden waren, wurden unter anderem Bewegungstherapie (Sport, Krankengymnastik), indikationsspezifische Gruppenarbeit und ein Zwei-Generationen-Modell (für Patienten von Ende 40 bis 80 Jahre) genannt. 5 % der Universitätskliniken und 16,7 % der Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern boten altersspezifische Angebote an, bei den Rehabilitations- und Fachkliniken waren es 38,9 % bzw. 54,5 %. Die spezifischen Angebote der einzelnen Kliniktypen können der Tabelle 5 entnommen werden.

Tab. 5 : Altersspezifische Angebote der einzelnen Kliniktypen

Hier wird sich nur bezogen auf die Kliniken, die altersspezifische Angebote durchführen (n=24). Mehrfachnennungen waren möglich.

| | Univ.-Klinik n=1 | Allg.-Krankenhaus n=3 | Rehab.-Klinik n=14 | Fachklinik n=6 |
|---|---------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------|
| altershomogene Station | | 2 | 4 | 1 |
| altershomogene psychotherapeutische Gruppen | 1 | 1 | 8 | 3 |
| andere | | 1 | 5 | 3 |

Von den Kliniken, die altersspezifische Angebote für ältere Patienten durchführten, hatten rund 83 % den Status einer Fachklinik (n=6; 25 % der Kliniken mit altersspezifischem Angebot) oder einer Rehabilitationsklinik (n=14; 58 % der Kliniken mit altersspezifischem Angebot). In Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern (n=3) und Universitätskliniken (n=1) wurden eher keine spezifischen Angebote für Ältere gemacht. Altershomogene Gruppen oder Stationen gab es eher in größeren Häusern (123 Betten vs. 76 Betten in Kliniken ohne spezifisches Angebot). 87,5 % (n=21) der Kliniken mit spezifischem Angebot gaben bestimmte Aufnahme- und Indikationskriterien für Ältere an, bei den Kliniken ohne spezifisches Angebot waren es 54,1 % (n=33). 23 (95,8 %) der Kliniken, die altersspezifische Angebote hatten, unterstützten ihre Mitarbeiter in Form von spezifischen, auf die Arbeit mit Älteren ausgerichteten Angeboten. In Kliniken ohne spezielle Angebote für ältere Patienten wurden die Mitarbeiter zu 50 % in ihrer Arbeit mit Älteren unterstützt. Von den 24 Kliniken mit altersspezifischem Angebot für Ältere planten 14 (58,3 %) einen weiteren Ausbau des Behandlungsangebotes für ältere Patienten. Bei den Kliniken ohne spezifisches Angebot waren es 11 (18 %). Die Unterschiede für Kliniken mit und ohne spezifisches Angebot für Ältere werden in Tabelle 6 zusammen gefasst.

Tab. 6: Unterschiede zwischen Kliniken mit und ohne spezifische Behandlungsangebote für ältere Patienten, wobei sich die Prozentangaben auf die jeweilige Grundgesamtheit beziehen

| | Kliniken mit spezifischen Angeboten für Ältere (n=24) | Kliniken ohne spezifische Angebote für Ältere (n=61) |
|--|---|--|
| Status der Klinik | eher Fach- und Rehab.-Klinik | eher Allg.-KH und Univ.-Klinik |
| Größe der Klinik (MW) | 123 Betten | 76 Betten |
| Anteil 50- bis 59-Jähriger | 21,6 % | 18,4 % |
| Anteil 60- bis 69-Jähriger | 6,5 % | 4,1 % |
| Anteil über 70-Jähriger | 4,4 % | 1,1 % |
| Spezif. Aufnahmekriterien für Ältere | 87,5 % | 54,1 % |
| Unterstützung Mitarbeiter | 95,8 % | 50,0 % |
| Pläne für den Ausbau altersspezifischer Angebote | 58,3 % | 18,0 % |

3.1.7 Ausbau des Behandlungsangebotes für ältere Patienten

25 Kliniken (29,4 %) planten, ihr Behandlungsangebot für ältere Patienten in der Zukunft zu erweitern, dies konkretisierten jedoch nur 18 Kliniken. So war unter anderem der Ausbau der Gruppentherapie (6 Kliniken), der Aufbau einer eigenen gerontopsychosomatischen Abteilung bzw. altershomogener Gruppen (4 Kliniken) und die Weiterbildung der Therapeuten im Bereich der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie (3 Kliniken) geplant.

Durchschnittlich wurden in den Kliniken, die eine Ausweitung ihres Angebotes für Ältere planten, anteilig mehr Patienten zwischen 60 und 70 Jahren behandelt (6,3 % vs. 5,8 %) sowie mehr Patienten über 70 Jahre (3,6 % vs. 2 %). Für diese Patienten gab es häufiger spezifische Behandlungsangebote (56 % vs. 16,7 %) und die Kliniken unterstützten ihre Mitarbeiter in der Arbeit mit Älteren häufiger (72 % vs. 46,7 %).

3.1.8 Interesse der Kliniken an einer Evaluationsstudie

48 Kliniken (56,5 %) waren an der Durchführung einer Evaluationsstudie interessiert, in der zeitlich begrenzt und institutionsübergreifend die Behandlungsverläufe älterer Patienten gemeinsam evaluiert werden sollen. 18 Kliniken (21,2 %) zeigten explizit kein Interesse an einer solchen Studie und 19 Einrichtungen (22,3 %) waren noch unentschieden (Abb. 5).

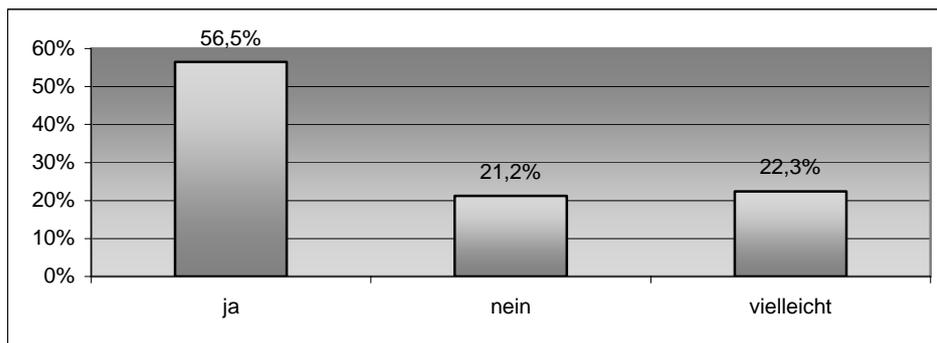


Abb. 5: Interesse der Kliniken an einer Evaluationsstudie (n=85)

3.2 Vergleich mit den Ergebnissen der Studie von 1995 (Lange et al.)

1995 wurden 97 psychosomatische Kliniken bezüglich einer Teilnahme an der Studie angeschrieben. 70 Kliniken beantworteten den Fragebogen, was einer Rücklaufquote von 72 % entsprach (2001: 133 angeschriebene Kliniken, 90 Kliniken antworteten, 68 %). In der Studie von 1995 machten 32 (46 %) der antwortenden Kliniken konkrete Angaben über den Anteil älterer Patienten an der Gesamtzahl behandelter Patienten (2001: 66 Kliniken; 77,6 %), 28 (40 %) schätzten den Anteil Älterer (2001: 15 Kliniken; 17,6 %), 10 (14 %) konnten keine Angaben machen (2001: 4 Kliniken; 4,7 %).

3.2.1 Status und konzeptionelle Ausrichtung der Kliniken

14 der antwortenden Kliniken hatten den Status einer Universitätsklinik (20 %) [2001: 20 Kliniken (24 %)], 16 waren Krankenhäuser mit angeschlossener

psychosomatischer Abteilung (23 %) [2001: 18 Kliniken (21 %)]. Des weiteren antworteten 11 Fachkrankenhäuser (16 %) [2001: 11 Kliniken (13 %)] und 29 Rehabilitationskliniken (41 %) [2001: 36 Kliniken (42 %)].

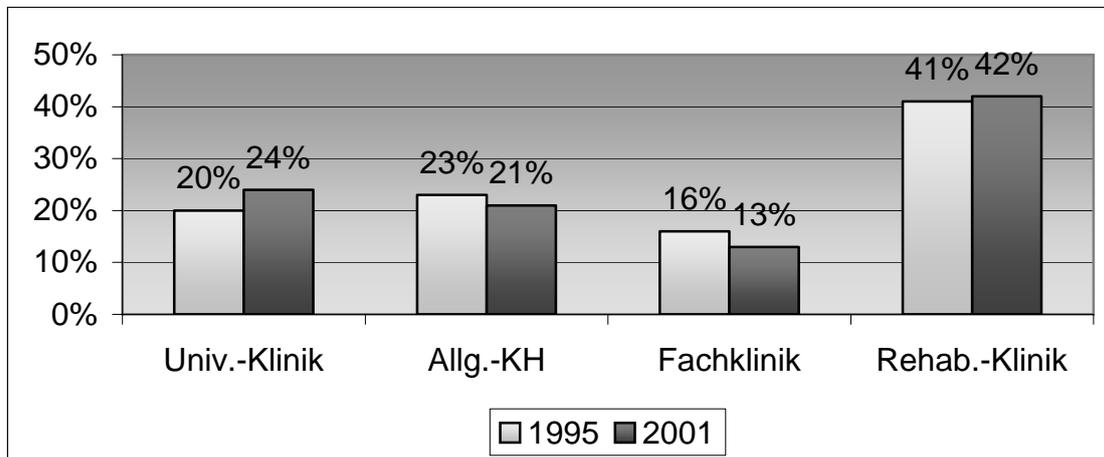


Abb. 6: Status der antwortenden Kliniken (n=70) im Vergleich mit 2001 (n=85)

Die Universitätskliniken und psychosomatisch-psychotherapeutischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser wiesen eine durchschnittliche Bettenzahl von 20 bzw. 38 Betten auf (2001: 19 bzw. 38 Betten). Die Fach- und Rehabilitationskliniken hatten mit 110 bzw. 159 Betten (2001: 94 bzw. 151 Betten) eine höhere durchschnittliche Bettenzahl zu verzeichnen, wobei sich die Mittelwerte innerhalb des 6-Jahres-Zeitraums nur unwesentlich verschoben haben.

In 48 (68,6 %) der befragten Kliniken wurde hauptsächlich psychoanalytisch bzw. tiefenpsychologisch gearbeitet [2001: 35 Kliniken (41,2 %)]. Kombinierte Verfahren bzw. integrative Ansätze wurden in 15 (21,4 %) der Kliniken verfolgt [2001: 41 Kliniken (48,2 %)]. Ausschließlich verhaltenstherapeutisch wurde in 5 (7,1 %) der Einrichtungen gearbeitet [2001: 7 Kliniken (8,2 %)].

3.2.2 Anteile der Altersgruppen in den Kliniken

1995 waren 21,5 % aller Patienten in Psychosomatischen Einrichtungen älter als 50 Jahre (2001: 34,1 %). Der Anteil der über 60-Jährigen machte 5,2 % aus (2001: 7,8 %), der der über 70-Jährigen lag bei 1,3 % (2001: 2 %).

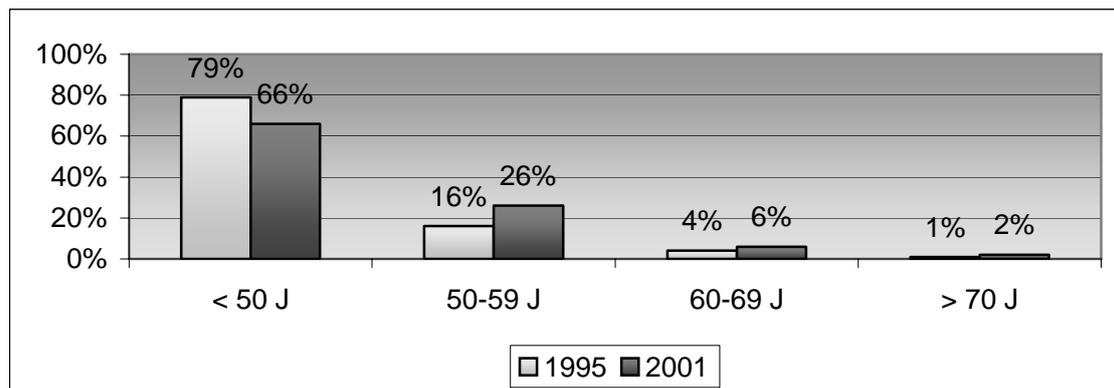


Abb. 7: Anteile der Altersgruppen in den Kliniken im Vergleich zu 2001

Die Rehabilitationskliniken behandelten mit 33,1 % den größten Anteil älterer Patienten. In den Fachkliniken lag der Anteil Älterer bei 21,3 %. Allgemeinkrankenhäuser und Universitätskliniken behandelten mit 12,9 bzw. 10,8 % durchschnittlich weniger ältere Patienten. Dies kann Tabelle 7 entnommen werden.

*Tab. 7: Durchschnittliche Altersverteilung in den verschiedenen Einrichtungen
Die Tabelle ist spaltenweise von oben nach unten zu lesen. Es wurde von der durchschnittlich errechneten Patientenzahl von 720 Patienten pro Klinik für das Jahr 2001 ausgegangen.*

| | Insgesamt | | Univ.-Klinik | | Allg.-KH | | Fachklinik | | Rehab.-Klinik | |
|-------------------------------|-----------|-----------------|--------------|-----------------|----------|-----------------|------------|----------------|---------------|-----------------|
| | 1995 | 2001 | 1995 | 2001 | 1995 | 2001 | 1995 | 2001 | 1995 | 2001 |
| 50- bis 59-Jährige | 16,3 % | n=189 26,3 % | 8,2 % | n=92 12,8 % | 9,5 % | n=88 12,2 % | 11,2 % | n=130 18 % | 25 % | n=194 27 % |
| 60- bis 69-Jährige | 3,9 % | n=42 5,8 % | 2,2 % | n=21 2,9 % | 2,2 % | n=27 3,7 % | 3,9 % | n=39 5,5 % | 5,4 % | n=44 6,1 % |
| über 70-Jährige | 1,3 % | n=14 2 % | 0,5 % | n=3 0,4 % | 0,7 % | n=11 1,6 % | 1,6 % | n=18 2,5 % | 2 % | n=22 3 % |
| > 50-Jährige insgesamt | 21,5 % | n=245 34,1 % | 10,9 % | n=116 16,1 % | 12,4 % | n=126 17,5 % | 16,7 % | n=187 26 % | 32,4 % | n=260 36,1 % |
| < 50-Jährige insgesamt | 78,5 % | 475 65,9 % | 89,1 % | 604 83,9 % | 87,6 % | 594 82,5 % | 83,3 % | 533 74 % | 67,6 % | 460 63,9 % |
| Patienten aller Altersgruppen | 100 % | n=720 100 % | 100 % | n=720 100 % | 100 % | n=720 100 % | 100 % | n=720 100 % | 100 % | n=720 100 % |

3.2.3 Indikations- und Aufnahmekriterien für ältere Patienten

Von den befragten Kliniken legten 26 (37,7 %) besondere Indikations- und Aufnahmekriterien für ältere Patienten fest [2001: 54 Kliniken (63,5 %)]. Dabei wurden unter anderem genannt: seelisch-geistige Flexibilität, Entwicklungsmöglichkeiten, Leidensdruck und auslösende Motive, Motivation und Ich-Stärke. Körperliche Gebrechlichkeit und Demenz waren bei jeweils knapp einem Drittel der Kliniken Ausschlusskriterien und vier Kliniken behandelten prinzipiell keine älteren Patienten.

3.2.4 Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter

Im Jahr 1995 wurden in 25 Kliniken (36,8 %) [2001: 45 Kliniken (52,9 %)] spezifische, auf die Arbeit mit Älteren ausgerichtete Angebote für die Mitarbeiter

gemacht. Interne und externe Supervision (68 %) [2001: interne Supervision: 46 %, externe Supervision: 33 %] sowie Fortbildungen (64 %) [2001: 44 %] fanden sich dabei am häufigsten. Arbeitskreise sowie Forschungsprojekte wurden seltener angeboten.

3.2.5 Spezifische Behandlungsangebote für ältere Patienten

18 Einrichtungen (25,7 %) [2001: 24 Kliniken (27,1 %)] gaben an, spezifische Angebote für ältere Menschen durchzuführen, wobei dies hauptsächlich die Zusammenlegung Älterer auf eine Station oder Abteilung bzw. die Einrichtung altershomogener Gruppen bedeutete. 2,9 % der Universitätskliniken und 12,5 % der Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern boten altersspezifische Angebote an, bei den Rehabilitations- und Fachkliniken waren es 24,1 % bzw. 54,5 %. Rund 72 % (2001: 83 %) der Kliniken mit altersspezifischem Angebot hatten den Status einer Fachklinik (n=6; 33,3 %) [2001: n=6; 25 %] oder einer Rehabilitationsklinik (n=7; 38,9 %) [2001: n=14; 58 %]. Allgemeinkrankenhäuser und Universitätskliniken machten eher keine Angebote für ältere Patienten. Altershomogene Stationen und Gruppen waren eher in größeren Kliniken vertreten (durchschnittlich 137 Betten vs. 80 Betten in Kliniken ohne spezifisches Angebot) [2001: durchschnittlich 123 Betten vs. 76 Betten]. Von der Hälfte der Kliniken (n=9; 50 %) [2001: n=21 (87,5 %)] mit spezifischem Angebot für Ältere wurden bestimmte Aufnahme- und Indikationskriterien für Ältere geltend gemacht, bei den Kliniken ohne spezifisches Angebot waren es 25 % (n=13) [2001: 54,1 % (n=33)]. In den Kliniken mit spezifischem Angebot für Ältere wurden die Mitarbeiter zu 66 % (12 Kliniken) [2001: 23 Kliniken (95,8 %)] in ihrer Arbeit mit den älteren Patienten unterstützt, in den Kliniken ohne spezifische Angebote für Ältere waren es 26 % (2001: 50 %). Von den Kliniken mit altersspezifischen Angeboten für Ältere wollten 8 (44,4 %) [2001: 14 Kliniken (58,3 %)] ihr Behandlungsangebot für Ältere ausweiten, bei den restlichen Kliniken waren es 11 (21,2 %) [2001: 11 Kliniken (18 %)]. Oben genannte Daten werden in Tabelle 8 in der Übersicht dargestellt.

Tab. 8: Unterschiede zwischen Kliniken mit und ohne spezifische Behandlungsangebote für Ältere, wobei sich die Prozentangaben auf die jeweilige Grundgesamtheit beziehen

| | Kliniken mit spezifischen Angeboten für Ältere | | Kliniken ohne spezifische Angebote für Ältere | |
|--|--|------------|---|-----------|
| | 1995 | 2001 | 1995 | 2001 |
| Status der Klinik | eher Fach- und Rehab.-Kliniken | dito | eher Allg.-KH und Univ.-Kliniken | dito |
| Größe der Klinik (MW) | 137 Betten | 123 Betten | 80 Betten | 76 Betten |
| Anteil 60- bis 69-Jähriger | 5 % | 6,5 % | 4 % | 4,1 % |
| Spezif. Aufnahmekriterien für Ältere | 50 % | 87,5 % | 25 % | 54,1 % |
| Unterstützung Mitarbeiter | 66 % | 95,8 % | 26 % | 50,0 % |
| Pläne für den Ausbau altersspezifischer Angebote | 44 % | 58,3 % | 21 % | 18,0 % |

3.2.6 Ausbau des Behandlungsangebotes für ältere Patienten

1995 planten 19 Kliniken (27,1 %) [2001: 25 Kliniken (29,4 %)] den Ausbau des damaligen Behandlungsangebotes. Diese Pläne umfassten unter anderem die Entwicklung eines systematischen Konzeptes für die Arbeit mit Älteren. Weiterhin wurden der Aufbau altershomogener Stationen und Gruppen sowie die Intensivierung von Einzelgesprächen gegenüber Gruppengesprächen genannt. In weiterer Planung befanden sich ambulante Vor- und Nachbehandlungen sowie Konsildienste.

In diesen Kliniken wurden anteilig mehr 60- bis 70-Jährige behandelt sowie mehr über 70-Jährige. Die Kliniken machten häufiger spezifische Angebote für Ältere [8 Kliniken (42 %) vs. 10 Kliniken (20 %)] [2001: 14 Kliniken (56 %) vs. 10 Kliniken (16,7 %)] und unterstützten ihre Mitarbeiter in der Arbeit mit älteren Patienten [12 Kliniken (63 %) vs. 19 Kliniken (37 %)] [2001: 18 Kliniken (72 %) vs. 12 Kliniken (46,7 %)].

4.0 Diskussion

4.1 Diskussion der Ergebnisse der Studie 2001

Laut Lachauer et al. (1992) gab es 1990 in der Bundesrepublik Deutschland in 101 stationären Einrichtungen ca. 8.500 stationäre psychosomatisch/psychotherapeutische Behandlungsplätze und pro Jahr wurden ca. 35.250 Patienten stationär behandelt. Im Rahmen dieser Studie wurden im Jahr 2001 in 85 Einrichtungen mit stationärer Versorgung ca. 7.100 Betten nachgewiesen. Es wurden ca. 61.000 Patienten stationär behandelt. Bei insgesamt weniger Betten wurden also rund 25.000 Patienten mehr behandelt. Dies ist nur durch eine kürzere Verweildauer zu erklären, wobei sicher der Kostendruck seitens der Krankenkassen und die verkürzten Behandlungszeiten in der stationären Rehabilitation in den letzten Jahren eine große Rolle spielen. Von den 61.000 Patienten sind rund ein Drittel Männer (ca. 20.130 Patienten) und rund zwei Drittel Frauen (ca. 40.870 Patienten). Demnach werden doppelt so viele Frauen wie Männer behandelt, wobei sich vor allem in der Gruppe der Älteren das Geschlechterverhältnis aufgrund einer höheren Lebenserwartung der Frauen erwartungsgemäß zu deren Gunsten verschiebt. Insgesamt wurden 2001 ca. 20.740 Patienten (34 %) über 50 Jahre behandelt. Davon waren jedoch 16.043 Patienten (26,3 %) zwischen 50 und 59 Jahre. Ihr Anteil unter den älteren Patienten liegt somit bei 77,1 %, so dass ein überwiegender Teil der behandelten älteren Patienten in diese Gruppe fällt. Dies erklärt sich durch den Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“, der einer Rente aufgrund Minderung der Erwerbsfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit häufig eine Rehabilitationsmaßnahme voranstellt. Bezieht man die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen nicht mit ein, so relativiert sich die Anzahl der behandelten älteren Patienten im Jahr 2001 auf 7,8 %, von denen gerade einmal 1.220 (2 %) über 70 Jahre alt sind.

Die Rehabilitationskliniken behandeln dabei erwartungsgemäß die meisten Patienten in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen (27 %), aber auch die meisten 60- bis 69-Jährigen (6,1 %) und über 70-Jährigen (3 %). Auch die Fachkliniken liegen mit einem Anteil von 8 % bei den über 60-Jährigen leicht über dem

Durchschnitt. Die wenigsten älteren Patienten werden in den Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser (5,3 %) und den Universitätskliniken (3,3 %) behandelt. Die beiden letztgenannten Einrichtungen unterbreiten entsprechend ihrem geringen Anteil älterer Patienten auch weniger altersspezifische Angebote. Bei den Allgemeinkrankenhäusern sind es 16,7 %, bei den Universitätskliniken gerade einmal 5 %. Die meisten altersspezifischen Angebote können die Fachkliniken mit 54,4 %, sowie die Rehabilitationskliniken mit 38,9 % aufweisen. Hier scheint somit ein Trend erkennbar zu sein, auf die bisher unzureichende stationäre Versorgung älterer Patienten einzugehen. Die altersspezifischen Angebote umfassen altershomogene Stationen, altershomogene psychotherapeutische Gruppen und in einzelnen Fällen Bewegungstherapie, indikationsspezifische Gruppenarbeit und ein Zwei-Generationen-Modell (für Patienten von Ende 40 bis 80 Jahren).

Vergleicht man die Kliniken, die im Jahr 2001 altersspezifische Angebote unterbreiten (n=24; 28,2 %) mit denjenigen, die solche altersspezifischen Angebote nicht führen, so zeigt sich, dass rund 83 % der erstgenannten Einrichtungen Fach- oder Rehabilitationskliniken (25 % bzw. 58 % der Kliniken mit altersspezifischen Angeboten) sind. Mit dem Anteil an behandelten älteren Patienten nimmt also auch das Angebot an altersspezifischen Behandlungsmöglichkeiten zu. Dies zeigt sich auch, wenn man die Größe der behandelnden Klinik/Abteilung betrachtet. In größeren Einrichtungen, also Rehabilitationskliniken und Fachkliniken, finden sich eher altershomogene Gruppen oder Stationen als in kleineren Häusern (123 Betten vs. 76 Betten), was wohl darauf zurückzuführen ist, dass größere Häuser eher eine breiteres Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten anbieten können. 87,5 % der Kliniken mit altersspezifischem Angebot geben an, bestimmte Aufnahme- und Indikationskriterien für Ältere geltend zu machen. Unter anderem werden hier Therapiemotivation, Rehabilitationsfähigkeit und die Fähigkeit zu psychotherapeutischer Behandlung vorausgesetzt. Pflegebedürftigkeit sowie Demenz gelten oftmals als Ausschlusskriterium. Hier findet also bereits eine indikationsbezogene Vorauswahl älterer Patienten statt. In Kliniken ohne

altersspezifische Angebote finden sich diese Aufnahme- bzw. Ausschlusskriterien zu 54,1 %. Die Mitarbeiter in Kliniken mit altersspezifischen Angeboten werden intensiver (95,8 %) in ihrer Arbeit mit Älteren unterstützt, wobei ein Hauptaugenmerk auf Supervision (extern und intern) und Aus-, Weiter- und Fortbildung gelegt wird. In den anderen Kliniken werden die Mitarbeiter zu 50 % in Form von spezifischen, auf die Arbeit mit Älteren ausgerichteten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen unterstützt. Da die Arbeit mit älteren Patienten anscheinend überwiegend positiv erfahren wird, planen 58,3 % der Kliniken mit altersspezifischem Angebot, dieses weiter auszubauen. Bei den restlichen Kliniken sind es 18 %, was zunächst relativ wenig scheint. Bedenkt man jedoch, dass dies in der Gesamtzahl 11 von 25 Kliniken sind, die einen weiteren Ausbau planen, so ist dies fast die Hälfte. Auch hier wurde also anscheinend die Versorgungslücke bemerkt bzw. sind positive Erfahrungen im Zusammenhang mit der Arbeit mit älteren Patienten gemacht worden.

In der Gruppe der Kliniken (n=25), die einen Ausbau ihrer Behandlungsangebote für ältere Patienten planen, sind 14 Einrichtungen, die bereits ein altersspezifisches Angebot unterbreiten. Dies zeigt sich auch in der Tatsache, dass in diesen Kliniken schon jetzt anteilig mehr Patienten der Altersgruppe 60- bis 69-Jähriger (6,3 % vs. 5,8 %) und mehr über 70-Jährige (3,6 % vs. 2 %) behandelt werden. Auch die Unterstützung der Mitarbeiter ist in dieser Gruppe intensiver (72 % vs. 46,7 %). Geplant ist unter anderem der Aufbau eigener gerontopsychosomatischer Abteilungen bzw. altershomogener Gruppen und die Weiterbildung der Therapeuten im Bereich Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Den Ausbau der Behandlungsangebote planen die Kliniken in den nächsten drei Jahren (2001: 3 Kliniken; 2002: 4 Kliniken; 2003: 8 Kliniken; 2004: 3 Kliniken; keine Angabe: 7 Kliniken). Im Rahmen einer möglichen Follow-up-Studie sollte mit einer gezielten Frage darauf eingegangen werden, ob ein Ausbau geplant war, ob dieser tatsächlich stattgefunden hat und falls nicht, welche Gründe dafür vorlagen.

4.2 Diskussion der Ergebnisse von 2001 im Vergleich zur Studie von 1995

Verglichen mit der Studie von 1995 konnten im Jahr 2001 rund 78 % der Kliniken konkrete Angaben über den Anteil behandelter älterer Patienten machen (1995: 46 %). Die Zahlen zur Studie von 2001 sind also genauer als noch vor sechs Jahren. Im Jahre 1995 waren 21,5 % aller Patienten, die in psychosomatischen Kliniken behandelt wurden, über 50 Jahre alt. Sechs Jahre später hat sich dieser Prozentsatz auf 34 % erhöht, dies jedoch hauptsächlich in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen (1995: 16,3 %; 2001: 26,3 %). Grund hierfür ist in dem Grundsatz Rehabilitation vor Rente zu finden, der vor allem in den Rehabilitationskliniken den Anteil der 50- bis 59-Jährigen erhöht. Der Prozentsatz in den Gruppen der 60- bis 69-Jährigen und der über 70-Jährigen zeigt dagegen nur einen geringen Zuwachs (60- bis 69-Jährige: 1995: 3,9 %; 2001: 5,8 %; über 70-Jährige: 1995: 1,3 %; 2001: 2 %). Vor allem in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen zeigt sich in den letzten sechs Jahren eine anteilige Zunahme in den Universitätskliniken, den Allgemeinkrankenhäusern und den Fachkliniken um bis zu 7 Prozentpunkte. Dies erklärt sich durch die anteilige Zunahme älterer Menschen innerhalb der deutschen Bevölkerungsstruktur. Auch in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen wächst der Anteil der behandelten Patienten um bis zu 1,6 Prozentpunkte (Fachkliniken). Allgemeinkrankenhäuser, Fach- und Rehabilitationskliniken verzeichnen einen anteiligen Zuwachs in der Gruppe der über 70-Jährigen von jeweils 1 Prozentpunkt. Nur in den Universitätskliniken kann hier mit 0,4 % ein konstanter Wert verzeichnet werden. Insgesamt zeigt sich bei den Universitätskliniken, den Allgemeinkrankenhäusern und den Fachkliniken ein Zuwachs von ca. 50 % bezüglich des Anteils über 50-jähriger Patienten. In den Rehabilitationskliniken gibt es nur einen Zuwachs von 11 %.

Wurden 1995 hauptsächlich psychoanalytisch bzw. tiefenpsychologisch mit älteren Patienten gearbeitet (68,6 %), so hat sich diese Zahl bis 2001 deutlich verringert (41,2 %). Statt dessen werden in fast der Hälfte der Therapieverfahren kombinierte Verfahren bzw. integrative Ansätze verfolgt

(48,2 %). Dies bedeutet, dass offensichtlich ein deutlicher Shift hin zu einer Methodenkombination erfolgt ist.

Verglichen mit 1995 zeigt sich ein Zuwachs von 1,4 Prozentpunkten auf 27,1 % an Kliniken mit altersspezifischen Angeboten (1995: 25,7 %). Universitätskliniken (2001: 5 % vs. 1995: 2,1 %) und Allgemeinkrankenhäuser (2001: 16,7 % vs. 1995: 12,5 %) zeigen hierbei nur einen geringen Zuwachs, für die Fachkliniken bleibt der Anteil gleich (54,4 %). Allein in den Rehabilitationskliniken steigt der Anteil von 24,1 % auf 38,9 %. Bedenkt man, dass sich der Anteil älterer Patienten in den Fachkliniken um 50 % erhöht hat, so werden bei einem gleichbleibenden Anteil an Kliniken mit altersspezifischen Angeboten möglicherweise Ältere auch vermehrt in psychosomatisch/psychotherapeutischen Einrichtungen behandelt, die keine speziellen Angebote für ältere Patienten unterbreiten und daher eher nicht auf die spezifischen Bedürfnisse Älterer eingehen. So wird eventuell das volle Potenzial zur Therapiefähigkeit bei älteren Patienten nicht ausgenutzt. Obwohl es in den Rehabilitationskliniken einen geringfügigeren Zuwachs an älteren Patienten gegeben hat, zeigt sich hier ein deutlicher Zuwachs an Kliniken mit altersspezifischen Angeboten. Hier scheinen in vermehrtem Maße die speziellen Anforderungen an eine Therapie Älterer erkannt und umgesetzt worden zu sein.

Mit 83 % sind es Fach- und Rehabilitationskliniken, die einen Großteil der Kliniken mit altersspezifischen Angeboten stellen (1995: 72 %). Die großen Kliniken haben also weiterhin eher die Möglichkeit, vielfältige Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. Um eine Vorauswahl der Patienten zu treffen, die einer Psychotherapie im höheren Alter zugänglich sind, haben mittlerweile 87,5 % der Kliniken mit altersspezifischen Angeboten Aufnahme- und Indikationskriterien für ältere Patienten entwickelt. 1995 waren dies nur 50 % der Kliniken. Anscheinend konnten hier positive und negative Erfahrungen bezüglich der Psychotherapie älterer Patienten gesammelt und so die Aufnahme- bzw. Ausschlusskriterien verfeinert werden. Dies erhöht die

Wahrscheinlichkeit, Ältere indikationsbezogen psychotherapeutisch zu behandeln. Auf der anderen Seite werden so jedoch auch Patienten abgelehnt, die einer Psychotherapie dringend bedürfen, jedoch aufgrund von z. B. Komorbidität oder Pflegebedürftigkeit unter die Ausschlusskriterien fallen. So kann die Aufnahme zumeist kostenintensiver Patienten von vielen Kliniken vermieden werden.

Die Mitarbeiter in Kliniken mit altersspezifischen Angeboten werden 2001 sehr viel intensiver als noch 1995 in ihrer Arbeit mit älteren Patienten unterstützt (2001: 95,8 % vs. 1995: 66 %). Aber auch die Kliniken ohne altersspezifische Angebote geben 2001 doppelt so häufig an, ihre Mitarbeiter bezüglich ihrer Arbeit mit Älteren fort- und weiterzubilden (2001: 50 % vs. 1995: 26 %). Hier wurde offenbar erkannt, dass ältere Menschen spezielle Anforderungen hinsichtlich einer durchzuführenden Therapie haben und dieser Tatsache wurde, auch im Hinblick auf den steigenden Anteil älterer Patienten am Gesamtklientel, mit verstärkten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen diesbezüglich entsprochen.

1995 planten 19 Kliniken (27,1 %) einen Ausbau ihres damaligen Behandlungsangebotes für ältere Menschen. Geplant waren der Aufbau altershomogener Stationen und Gruppen sowie die Intensivierung von Einzelgesprächen gegenüber Gruppentherapie, wobei acht der Kliniken bereits altersspezifische Angebote unterbreiteten. Insgesamt lag 1995 die Anzahl der Kliniken mit diesbezüglichen Behandlungsmöglichkeiten bei 18. 2001 gaben 24 Kliniken an, altersspezifische Angebote zu unterbreiten. Die Differenz zwischen der Anzahl der Kliniken mit geplantem Ausbau und der 2001 tatsächlich vorhandenen Anzahl Kliniken mit altersspezifischen Angeboten lässt sich eventuell dadurch erklären, dass einige Kliniken, die einen Ausbau geplant hatten, den neuen Fragebogen nicht beantwortet haben und somit von der neuen Studie nicht erfasst wurden. Möglich wäre auch, dass durch Kürzung von finanziellen Mitteln ein geplanter Ausbau nicht stattgefunden hat. Bei einer

eventuell durchzuführenden Follow-up-Studie sollte eine entsprechend formulierte Frage auf diesen Sachverhalt eingehen.

Wie auch schon in der Studie von 1995 finden sich bei der Gruppe der Kliniken, die einen Ausbau planen, anteilig mehr behandelte Patienten der Altersgruppen der 60- bis 69-Jährigen und der über 70-Jährigen. Weiterhin ist die Unterstützung der Mitarbeiter intensiver als in den anderen Kliniken. Hier zeigt sich also eine Tendenz in dem Sinne, dass Kliniken, die bereits Erfahrungen mit älteren Patienten haben, auch eher einen Ausbau der diesbezüglichen Behandlungsangebote planen. Die Erfahrungen, die in der Therapie Älterer gemacht werden, scheinen also durchweg positiv zu sein und deuten darauf hin, dass ältere Menschen sehr wohl positiv auf eine Psychotherapie ansprechen.

4.3 Schlussfolgerung

1995 betrug der Anteil über 65-jähriger Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland ca. 11,4 Millionen. Man ging daher bei einem Behandlungsbedarf von 7 % bei den über 65-Jährigen (Dilling 1981) von einem Behandlungsbedarf bei ca. 800.000 der über 65-Jährigen aus. Dem standen hochgerechnet ca. 2.500 bis 4.500 jährliche Behandlungen in psychosomatisch/psychotherapeutischen Kliniken gegenüber. Dies entsprach einem prozentualen Anteil von 0,3 bis 0,6. Es zeigte sich also eine erhebliche Versorgungslücke. Im Jahre 2001 kann man von ca. 14,1 Millionen Einwohnern über 65 Jahre ausgehen (Statistisches Bundesamt Deutschland 2001). Hieraus ergibt sich ein Behandlungsbedarf bei ca. 987.000 der älteren Einwohner. Diesem Bedarf stehen hochgerechnet ca. 7.450 stationäre Behandlungen gegenüber. Dies sind ca. 0,7 % des Bedarfs. Zum einen zeigt sich hier, dass der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung immer größer wird, zum anderen, dass der Anteil an Behandlungen über 65-Jähriger zwar angestiegen ist, dies jedoch nur minimal. Die Versorgungslücke wurde in den letzten sechs Jahren also keinesfalls geschlossen. Es besteht weiterhin großer Handlungsbedarf, denn

der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung wird weiter zunehmen. Auch werden die kommenden Generationen Älterer von sich aus aktiv psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten suchen, da diese für sie nicht mehr im gleichen Maße stigmatisierend sind wie für die heute älteren Menschen (Heuft 1998; Heuft et al. 2000a). Positiv erscheint, dass immerhin über ein Viertel der Kliniken (29,4 %) ihr Behandlungsangebot für Ältere weiter ausbauen will. Damit wird nicht nur der steigenden Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung Rechnung getragen, sondern es könnte auch die Krankenkassen entlasten, da sich gezeigt hat, dass die psychosoziale Behandlung älterer Menschen mit erheblichen Einsparungen einhergeht: der Krankheitsverlauf wird positiv beeinflusst, die Mortalität wird gesenkt und die Rehabilitationschancen werden verbessert. Dies unterstützt nicht nur die älteren Patienten in ihrer Unabhängigkeit und vermeidet bzw. vermindert die Pflegebedürftigkeit, sondern ist auch kosteneffektiv (Lamprecht 1990; Haag 1996; Heuft et al. 2000). Mit dem geplanten Ausbau von altersspezifischen Behandlungsangeboten wird hier ein Schritt in die richtige Richtung getan, dem weitere folgen sollten.

5.0 Literaturverzeichnis

Abraham K (1919) Zur Prognose psychoanalytischer Behandlungen im vorgeschrittenen Lebensalter. Int Z Psychoanal 6: 113-117

Ahrens S (1990) Einleitung. In: Ahrens S (Hrsg) Entwicklung und Perspektiven der Psychosomatik in der Bundesrepublik Deutschland. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 1-4

Bickel H (1997) Grundlagen des normalen und pathologischen Alterns. In: Förstl H (Hrsg) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Ferdinand Enke, Stuttgart, S 1-15

Cooper B, Sosna U (1983) Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. Nervenarzt 54: 239-249

Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. BT-Drs. 7/4200, Bonn

Dilling H (1981) Zur Notwendigkeit psychotherapeutischer Interventionen zwischen dem 50. und 80. Lebensjahr. Vortrag Weltkongress für Gerontologie, Hamburg

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2001) <http://www.gbe-bund.de>

Haag A (1996) Probleme und Erkrankungen des Alters. In: Freyberger H, von Kerekjarto M, Liedtke R, Speidel H, Meyer AE (Hrsg) Jores Praktische Psychosomatik. Hans Huber, Bern, S 532-541

Häfner H (1996) Psychiatry of the elderly – Consensus statement. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 246: 329-332

Hautzinger M (1997) Psychotherapie im Alter. In: Förtstl H (Hrsg) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Ferdinand Enke, Stuttgart, S 197-209

Heuft G (1990) Bedarf es eines Konzepts der Eigenübertragung? Forum Psychoanal 6: 299-315

Heuft G (1998) Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Psychother Psychosom med Psychol 48: 232-242

Heuft G, Haag G, Bayen UJ (2000) Psychoanalytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. In: Broda M, Senf W (Hrsg) Praxis der Psychotherapie. Georg Thieme, Stuttgart, S 625-633

Heuft G, Kruse A (1999) Gerontopsychosomatik. Z Gerontol Geriat 32: 223-224

Heuft G, Kruse A, Radebold H (2006) Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. E. Reinhardt, München (2. Auflage)

Heuft G, Marschner C (1994) Psychotherapeutische Behandlung im Alter. Psychotherapeut 39: 205-219

Heuft G, Schneider G, Nehen HG, Kruse A (2000a) Funktionelle Störungen bei älteren Menschen. Deutsches Ärzteblatt 36: B1971-B1975

Kemper J (1992) Psychotherapeutische Versorgung Alternder in einer Nervenarztpraxis. Z Gerontol 25: 356-359

Klausner EJ, Alexopoulos GS (1999) The future of psychosocial treatments for elderly patients. Psychiatr Serv 50: 1198-1204

Krauss, B (1989) Epidemiologie. In: Kisker K P (Hrsg) Alterspsychiatrie – Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 8. Springer, Berlin Heidelberg, S 59-84

Lachauer R, Neun H, Dahlmann W (1992) Psychosomatische Einrichtungen in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme. Psychother Psychosom med Psychol 42: 1-10

Lamprecht F (1990) Plädoyer für eine Geronto-Psychosomatik. Psycho 16: 18-22

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, München, S 243-252

Paar GH (1990) Psychosomatische Abteilungen an Universitätskrankenhäusern. In: Ahrens S (Hrsg) Entwicklung und Perspektiven der Psychosomatik in der Bundesrepublik Deutschland. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 81-89

Peters M (1995) Möglichkeiten gerontopsychosomatischer Rehabilitation. Rehabilitation 34: 207-212

Peters M, Lange C, Radebold H (2000) Psychotherapiemotivation älterer Patienten in der Rehabilitationsklinik – Eine empirische Studie. Z psychosom Med 46: 259-272

Petrowitsch N (1964) Probleme der Psychotherapie alternder Menschen. In: Bibliotheca Psychiatrica et Neurologica 123: 1-108

Radebold H (1998) Alterspsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektive. In: Hirsch R D (Hrsg) Psychotherapie im Alter. Hans Huber, Bern Stuttgart Toronto, S 33-42

Radebold H (1992) Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 1-11

Riess BF (1992) Some thoughts and material on age-related psychoanalysis of the aged. Psychoanalysis and psychotherapy 10: 17-32

Schulte W (1958) Möglichkeiten der Entfaltung und Gestaltung im Alter. Nervenarzt 29: 97-103

Schulte W (1961) Kommunikative Psychotherapie bei Störungen im höheren Lebensalter. Z Psychother med Psychol 11: 159-173

Statistisches Bundesamt Deutschland (2001) <http://www.destatis.de>

Strotzka H (1978) Was ist Psychotherapie? In: Strotzka H (Hrsg) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Urban & Schwarzenberg, München, S 3-6

Stuhr U, Haag A (1989) Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinkrankenhäusern Hamburgs. Psychother med Psychol 39: 273-281

Teri L, Logsdon RG (1992) The future of psychotherapy with older adults. Psychotherapy 29: 81-87

Wendt C (1958) Psychotherapie des hohen Alters. Z ges Neurol Psychiat 144: 10

Weyerer S, Dilling H (1984) Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung – Ergebnisse einer Feldstudie in drei Gemeinden Oberbayerns. *Nervenarzt* 55: 30-42

Wolter-Henseler DK (2000) Die Gerontopsychiatrische Versorgungsrealität in einer westdeutschen Großstadt. *Z Gerontol Geriat* 33: 471-479

Anhang A

Fragebogen zur stationären Versorgung von Patienten zwischen 50 und 99 Jahren in psychosomatischen / psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen

1. Status der Klinik

- Psychosomat. – psychotherapeut. Abteilung eines Universitätsklinikums
- Psychosomat. – psychotherapeut. Abteilung eines Krankenhauses
- Fachklinik (Krankenhaus)
- Rehabilitationsklinik
- Psychiatrische (gerontopsychiatrische) Fachabteilung / Krankenhaus

2. Bettenzahl der Klinik insgesamt _____ **Betten**

Bettenzahl der psychotherapeut. Abteilung _____ **Betten**

3. Konzeptuelle Ausrichtung der psychotherapeutischen Arbeit

- tiefenpsychologisch / analytisch
- verhaltenstherapeutisch / kognitiv behavioral
- tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch
- andere Ausrichtung

4a. Wie viele Patienten aller Altersgruppen haben Sie im Jahr 2001 insgesamt stationär behandelt?

_____ stationäre Patienten Diese Angabe beruht auf einer konkreten Zahl

Schätzung

4b. Können Sie Angaben über die prozentuale Verteilung der Geschlechter in allen Altersgruppe machen?

- nein
 ja: _____% Frauen _____ % Männer

Diese Angabe beruht auf einer konkreten Zahl Schätzung

Im folgenden möchten wir Ihnen einige Fragen zur Anzahl der von Ihnen stationär behandelten Patienten ab 50 Jahren stellen.

5a. Wie viele Patienten im Alter von 50 bis 59 Jahren haben Sie im Jahr 2001 behandelt?

_____ stationäre Patienten Diese Angabe beruht auf einer konkreten Zahl

 Schätzung

5b. Können Sie Angaben über die prozentuale Verteilung der Geschlechter in der Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren machen?

- nein
 ja: _____% Frauen _____ % Männer

Diese Angabe beruht auf einer konkreten Zahl Schätzung

6a. Wie viele Patienten im Alter von 60 bis 69 Jahren haben Sie im Jahr 2001 behandelt?

_____ stationäre Patienten Diese Angabe beruht auf einer konkreten Zahl

 Schätzung

6b. Können Sie Angaben über die prozentuale Verteilung der Geschlechter in der Altersgruppe von 60 bis 69 Jahren machen?

- nein
 ja: _____% Frauen _____ % Männer

Diese Angabe beruht auf einer konkreten Zahl Schätzung

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

- nein
- ja

| <u>Diagnosegruppen</u> | Prozent |
|---|---------|
| Depressionen | _____ % |
| Angststörungen | _____ % |
| Somatoform. / dissoz. Störungen | _____ % |
| Demenz | _____ % |
| Anpassungsstörungen / Probleme der Krankheitsverarbeitung | _____ % |
| andere _____ | _____ % |

10. Werden die Mitarbeiter durch spezifische, auf die Arbeit mit Älteren ausgerichtete Angebote unterstützt?

- nein → weiter Frage 12
- ja

11. Welche Angebote sind dies? (Mehrfachnennungen möglich)

- externe Supervision
- interne Supervision
- Ausbildung / Weiterbildung / Fortbildung
- Arbeitskreis
- Forschungsprojekte
- andere

12. Bieten Sie ein spezifisches Behandlungsangebot für ältere Patienten an?

- nein → weiter Frage 14
- ja
 - für Patienten ab dem 50. Lebensjahr
 - für Patienten ab dem 60. Lebensjahr
 - für Patienten ab dem 70. Lebensjahr

13. Welche besonderen Behandlungsangebote bieten Sie für die Arbeit mit älteren Patienten an? (Mehrfachnennungen möglich)

- altershomogene Stationen / Abteilungen → Altersspanne: ab ____ Jahre
- altershomogene psychotherapeut. Gruppen → Altersspanne: ab ____ Jahre
- andere:

14. Planen Sie, Ihr Behandlungsangebot für die Arbeit mit älteren Menschen auszubauen?

- nein → weiter Frage 16
- ja ab etwa (Angabe der Jahreszahl) _____

15. Welche Behandlungselemente planen Sie auszubauen?

16. Da es aus versorgungs- und gesundheitspolitischen Aspekten heraus sinnvoll sein könnte, eine Evaluationsstudie durchzuführen: Haben Sie Interesse an einer zeitlich begrenzten, institutionsübergreifenden, gemeinsamen Evaluation der Behandlungsverläufe älterer Patienten und möchten Sie dazu mehr Informationsmaterial?

- ja
- unentschieden
- nein, kein Interesse / keinen Bedarf

17. Falls Sie über gesondertes Informationsmaterial zur psychosomatischen Behandlung älterer Patienten verfügen, möchten wir Sie herzlich bitten, es dem ausgefüllten Fragebogen beizufügen.

Vielen Dank für Ihre Mühe !

Anhang B

R=Rehabilitationsklinik

AK=Allgemeinkrankenhaus

FK=Fachklinik

UK=Universitätsklinik

| Ort | Stationäre Einrichtungen | Art |
|---------------------|--|-----|
| Dresden | Klinik f. Psychotherapie und Psychosomatik | UK |
| Leipzig | Univ.-Klinikum Leipzig Abt. Psychotherapie u. Psychosomatik | UK |
| Leipzig | Park-Krankenhaus | AK |
| Halle | Med. Fakultät der Universität | UK |
| Halle | Diakoniekrankenhaus | AK |
| Jena | Klinik I für Innere Medizin | UK |
| Zwickau | Städt. Klinikum "Heinrich Braun" | AK |
| Erlabrunn | Kliniken Erlabrunn | AK |
| Berlin | Evang. Krankenhaus Königin Elisabeth | AK |
| Berlin | Univ.-Klinikum Steglitz | UK |
| Berlin | Campus Charité Mitte | UK |
| Berlin | Privatklinik f. psychog. Störungen | FK |
| Neu Fahrland | Heinrich-Heine-Klinik | R |
| Bernau-Waldsiedlung | Brandenburg-Klinik | R |
| Greifswald | Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie | UK |
| Rostock | Klinik f. Psychosomatik u. Psychotherapeutische Medizin | UK |
| Schwerin | Medizinisches Zentrum Schwerin | FK |
| Rosengarten | Krankenhaus Ginsterhof | FK |
| Hamburg | Asklepios Westklinikum Hamburg | AK |
| Lübeck | Klinik für Innere Medizin | UK |
| Damp | Rehabilitationsklinik Damp | R |
| Schleswig | Fachklinik für Rehabilitation | FK |
| Bremen | Zentralkrankenhaus Bremen Ost | AK |
| Soltau | Heidland-Klinik | R |
| Hannover | Klinik der Henriettenstiftung | AK |
| Hannover | Zentrum Psycholog. Medizin | UK |
| Rinteln | Burghof-Klinik | FK |
| Bad Pyrmont | Psychosom. Fachklinik | R |
| Bad Salzuflen | Kliniken am Burggraben | R |
| Bad Oeynhausen | Klinik am Korso | R |
| Horn-Bad Meinberg | Brunnen-Klinik | R |
| Gütersloh | Westf. Klinik Gütersloh Abt. Innere Medizin u. Psychosomatik | AK |
| Bielefeld | Evang. Johannes-Krankenhaus | AK |
| Kassel | Habichtswald-Klinik | R |

| | | |
|-------------------------------|---|----|
| Bad Wildungen | Parkland-Klinik | R |
| Bad Wildungen | Klinik Reinhardstal | R |
| Bad Wildungen | Klinik am Homberg | R |
| Bad Wildungen-Reinhardshausen | Edertal-Klinik | R |
| Bad Wildungen | Wicker-Klinik | R |
| Bad Zwesten | Hardtwaldklinik II | R |
| Marburg | Abt. Psychosomatik am Univ.-Klinikum | UK |
| Gießen | Zentrum f. Psychosomatische Medizin | UK |
| Bad Hersfeld | Klinik am Hainberg | R |
| Bad Hersfeld | Klinik am Kurpark | R |
| Grebenhain | Vogelsbergklinik | R |
| Stadtlengsfeld | Burg-Klinik | R |
| Göttingen | Universitätsklinik f. Psychosomatik u. Psychotherapie | UK |
| Rosdorf | Niedersächsisches Landeskrankenhaus Tiefenbrunn | FK |
| Bad Gandersheim | Paracelsus Roswitha-Klinik | R |
| Magdeburg | Universität Magdeburg Abt. Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie | UK |
| Haldensleben | Landeskrankenhaus Haldensleben | FK |
| Uchtspringe | Fachkrankenhaus Uchtspringe | AK |
| Düsseldorf | Evangel. Krankenhaus | AK |
| Düsseldorf | Klinik f. Psychosomatische Medizin | UK |
| Dortmund | Univ.-Klinik Abt. f. Psychosomatik u. Psychotherapeutische Medizin | AK |
| Essen | Klinik f. Psychotherapie und Psychosomatik | UK |
| Geldern | Gelderland-Klinik | R |
| Münster | Universitätsklinik f. Psychosomatik u. Psychotherapie | UK |
| Laer | Marienhospital | AK |
| Bad Essen | Paracelsus Wittekindklinik | R |
| Neuenkirchen | Clemens-August-Klinik | FK |
| Lengerich | Westf. Klinik f. Psychotherapie Abt. f. Psychosomatik u. Psychotherapie | AK |
| Quakenbrück | Christliches Krankenhaus | FK |
| Köln | St. Agatha-Krankenhaus | AK |
| Aachen | Klinik f. Psychosomatik der RWTH | UK |
| Bonn | Klinik f. Psychosomatische Medizin u. Psychotherapie | UK |
| Bad Honnef | Rhein-Klinik | FK |
| Bernkastel-Kues | Klinik Moselhöhe | R |
| Bernkastel-Kues | Klinik Burg Landshut | R |
| Manderscheid | Eifelklinik | R |
| Darscheid | Kliniken Daun | R |
| Mainz | Klinik f. Psychosomatik u. Psychotherapie | UK |
| Bad Kreuznach | St. Franziska-Stift | R |
| Waldbreitbach | Westerwaldklinik | R |
| Bad Berleburg | Klinik Wittgenstein | FK |
| Bad Berleburg | Rothaarklinik | R |
| Herdecke | Psychiatr. Abt. des Gemeinschaftskrankenhauses | AK |
| Herdecke | Gemeinschaftskrankenhaus, Station Jona | AK |
| Bad Sassendorf | Kurklinik Wiesengrund | R |
| Olsberg | Klinik am Stein | R |

| | | |
|----------------------------|---|----|
| Frankfurt/M. | Universitätsklinikum | UK |
| Oberursel | Klinik Hohe Mark | AK |
| Bad Camberg | Hohenfeld-Klinik | R |
| Hofheim/Taunus | Fachklinik Hofheim | R |
| Blieskastel | Saar-Klinik | R |
| Neunkirchen | Psychosom. Fachklinik Münchwies | R |
| Überherrn-Berus | Klinik Berus | R |
| Bad Dürkheim | Psychosom. Fachklinik | R |
| Bad Dürkheim | Kurpfalzlinik | R |
| Mannheim | Zentralinstitut für Seelische Gesundheit | UK |
| Heidelberg | Psychosomatische Klinik am Univ.-Klinikum | UK |
| Heidelberg | Abt. Innere Medizin II | UK |
| Mudau-Mörschenhardt | Psychosom. Klinik Schloß Waldleiningen | R |
| Stuttgart | Diakonissenkrankenhaus | AK |
| Stuttgart | Sonnenberg Klinik | FK |
| Alpirsbach-Reinerzau | Klinik Reinerzau | R |
| Esslingen | Städt. Krankenanstalten | AK |
| Bietigheim-Bissingen | Krankenhaus Bietigheim | AK |
| Schömburg | Klinik Schömburg | R |
| Bad Herrenalb | Klinik Bad Herrenalb | R |
| Klingenmünster | Pfalzinstitut | FK |
| Gengenbach | Psychosom. Klinik Kinzigtal | R |
| Bad Dürkheim | Luisenklinik | R |
| Donaueschingen | Baar-Klinik | R |
| Konstanz | Kliniken Schmieder Bereich Psychotherapie | R |
| Freiburg i. Br. | Georg-Groddeck-Klinik | R |
| Freiburg i. Br. | Klinik f. Psychosomatik u. Psychotherapie | UK |
| Bad Krozingen | Werner-Schwidder-Klinik | R |
| Glottental | Klinik f. Rehabilitation Glotterbad | R |
| Stühlingen | Hans-Carossa-Klinik | FK |
| St. Blasien | Kohlwald-Klinik | R |
| St. Blasien | Weissenstein-Klinik | R |
| St. Blasien | Hochschwarzwaldklinik | R |
| München | Städt. Krankenhaus Harlaching | AK |
| Berg | Interne Klinik Dr. Agirov | AK |
| Prien/Chiemsee | Klinik St. Irmingard | FK |
| Prien/Chiemsee | Klinik Roseneck | R |
| Wasserburg/Inn-Reitmehring | Psychosom.-psychoth. Abt./BKH Gabersee | AK |
| Bad Wiessee | Klinik Dr. Schlemmer | AK |
| Haar bei München | BKH Haar, Psychoth.-psychosom. Station 16 D | AK |
| Windach | Psychosomatische Klinik Windach | FK |
| Grönenbach | Wittgensteiner Kliniken AG | R |
| Bodnegg | Klinik Wollmarshöhe | FK |
| Isny-Neutrauchburg | Fachklinik Alpenblick | R |
| Bad Saulgau | Klinik Am Schönen Moos | R |
| Überlingen | Klinik Buchinger | R |
| Ulm | Univ. Ulm Abt. Psychotherapie u. Psychosomatische Medizin | UK |
| Nürnberg | Klinikum Nord | AK |

| | | |
|-----------------|---------------------------------------|----|
| Erlangen | Abt. Psychosom. Med. am Uni.-Klinikum | UK |
| Bad Neustadt | Psychosomatische Klinik | FK |
| Bad Kissingen | Fachklinik Heiligenfeld | R |
| Bad Kissingen | Rhön-Rehabilitationsklinik | R |
| Bad Mergentheim | Taubertalklinik | R |