



KAMMER FÜR PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN IM LAND BERLIN
KÖRPERSCHAFT ÖFFENTLICHEN RECHTS

Wilfried Görgen / Dr. Udo Engler

KAMMER STUDIE

**Ambulante psychotherapeutische
Versorgung von psychosekranken
Menschen sowie älteren Menschen
in Berlin**

FOGS

im Auftrag der
Kammer für Psychologische Psychotherapeuten
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
im Land Berlin



Inhalt

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
1	EINLEITUNG	1
1.1	Ziele und Aufgabenstellung	1
1.2	Studienansatz und methodisches Vorgehen	2
1.2.1	Sekundäranalytische Auswertung von Daten	2
1.2.2	Schriftliche Befragung der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten	2
1.2.3	Schriftliche Befragung ausgewählter ambulanter und komplementärer Einrichtungen	3
1.2.4	Leitfadengestützte Interviews mit regionalen Versorgungsbeteiligten (Experten)	4
2	ERGEBNISSE DER SEKUNDÄRANALYSE	4
2.1	Die psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen	4
2.1.1	Bundesweite Situation	4
2.1.2	Berliner Situation	7
2.2	Die psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen	8
2.2.1	Bundesweite Situation	8
2.2.2	Berliner Situation	10
2.3	Hemmnisse einer Psychotherapie mit älteren Menschen	12
2.4	Ausgewählte Daten der AOK Berlin	13
2.4.1	Psychosekranke Menschen	13
2.4.2	Ältere Menschen	16
3	ERGEBNISSE DER BEFRAGUNGEN	17
3.1	Befragung der Psychologischen Psychotherapeuten	17
3.1.1	Strukturdaten	17
3.1.2	Psychosekranke Menschen	20
3.1.3	Ältere Menschen	26
3.2	Befragung ambulanter und komplementärer Einrichtungen und Dienste	32
3.2.1	Psychosekranke Menschen	33
3.2.2	Ältere Menschen	36
3.2.3	Interviews mit ausgewählten Experten	37
4	EMPFEHLUNGEN	39
5	LITERATUR	43

Tabellenverzeichnis

Tab.		Seite
Tab. 1:	Anzahl von Personen mit psychischen Störungen, psychotischen Störungen sowie behandelte Personen mit psychotischen Störungen in Berlin bei 18- bis 65-Jährigen*	7
Tab. 2:	Prävalenz psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen. Studienergebnisse	9
Tab. 3:	Anzahl der (erwarteten) Erkrankungen ausgewählter psychischer Störungen bei älteren Menschen (70 Jahre und älter) auf Grundlage der (Punkt-)Prävalenzen der Berliner Altersstudie (nach DSM-III-R)	11
Tab. 4:	Aus dem Krankenhaus entlassene, wegen psychischer und Verhaltensstörungen vollstationär behandelte Fälle (einschl. Sterbefälle, ohne Stundenfälle, nur Berliner) im Jahr 2002 - Personen ab 65 Jahre	11
Tab. 5:	Anzahl der diagnostizierten psychischen Störungen nach Diagnosegruppen in sozialpsychiatrischen Diensten im Jahr 2003 - Personen ab 65 Jahre	12
Tab. 6:	ICD-10-Diagnosen nach Fachgruppen - alle Patienten - (AOK-Daten: erstes und zweites Quartal 2004)	13
Tab. 7:	Abgerechnete psychotherapeutische Leistungen (AOK-Daten: erstes und zweites Quartal 2004) nach Diagnosegruppen	15
Tab. 8:	ICD-10-Diagnosen nach Fachgruppen - Patienten ab 65 Jahre - (AOK-Daten: erstes und zweites Quartal 2004)	16
Tab. 9:	Abgerechnete psychotherapeutische Leistungen (AOK-Daten: erstes und zweites Quartal 2004) nach Diagnosegruppen bei älteren Menschen (ab 65 Jahre)	16
Tab. 10:	Berufsbezeichnungen	17
Tab. 11:	Altersstruktur der Psychotherapeuten	18
Tab. 12:	Dauer der Praxistätigkeit	18
Tab. 13:	Zulassungsstatus	19
Tab. 14:	Angewandte Therapieverfahren	19
Tab. 15:	Arbeitszeit für psychotherapeutische Tätigkeit (pro Woche)	20
Tab. 16:	Anzahl der Psychotherapeuten, die im Jahr 2004 psychosekranke Menschen behandelt haben	20
Tab. 17:	Alter der psychotherapeutisch behandelten Patienten mit ICD-10 F2 Diagnosen	21
Tab. 18:	Art und Anzahl der Diagnosen bei Patienten der Störungsgruppe ICD-10 F2	21
Tab. 19:	Geplante bzw. beantragte Anzahl der Therapiesitzungen bei Patienten mit einer ICD-10 F2 Diagnose	22
Tab. 20:	Zugangswege der behandelten Patienten mit einer ICD-10 F2 Diagnose	23



Tab.		Seite
Tab. 21:	Zusammenarbeit mit Einrichtungen, Diensten und anderen Behandlern	24
Tab. 22:	Gezielte Weitervermittlung/Rückvermittlung an andere Einrichtungen, Behandler, Zusammenarbeit mit Einrichtungen, Diensten und Behandlern etc. nach Abschluss der psychotherapeutischen Behandlung	24
Tab. 23:	Einschätzung der Kooperation mit anderen Einrichtungen, Diensten und Behandlern sowie Handlungsbedarfe	25
Tab. 24:	Anzahl der Psychotherapeuten, die im Jahr 2004 ältere Menschen (ab 60 Jahre) behandelt haben	26
Tab. 25:	Altersgruppen und Geschlecht	27
Tab. 26:	Art und Anzahl der Diagnosen bei älteren Menschen	27
Tab. 27:	Geplante bzw. beantragte Anzahl der Therapiesitzungen bei älteren Patienten	28
Tab. 28:	Zugangswege der behandelten älteren Patienten	29
Tab. 29:	Zusammenarbeit mit Einrichtungen, Diensten und Behandlern	30
Tab. 30:	Weitervermittlung/Rückvermittlung an andere Einrichtungen, Behandler nach Abschluss der psychotherapeutischen Behandlung	30
Tab. 31:	Einschätzung der Kooperation mit anderen Einrichtungen, Diensten und anderen Behandlern sowie Handlungsbedarfe	31

1 Einleitung

1.1 Ziele und Aufgabenstellung

Zur psychotherapeutischen Versorgung generell und vor allem zur Versorgung von psychosekranken Personen und älteren Menschen liegt in Berlin sowohl hinsichtlich der bestehenden Versorgungssituation als auch zur Abschätzung des Bedarfs keine ausreichende Datengrundlage vor. Die Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten¹ im Land Berlin (nachfolgend: Psychotherapeutenkammer) hat sich aus diesem Grund - sowie auf Basis von Praxiserfahrungen angenommener Unter- bzw. Fehlversorgung dieser Patientengruppen im Rahmen der GKV-Vertragspsychotherapie - zur Durchführung einer eigenen Studie entschlossen. Damit hat die Psychotherapeutenkammer im Dezember 2004 die FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln beauftragt. Im Vordergrund der (explorativen) Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin steht eine Bestandsaufnahme der Versorgungspraxis für die genannten Patientengruppen sowie eine Schnittstellenanalyse des ambulant-niedergelassenen psychotherapeutischen Versorgungsbereichs zu anderen Versorgungssektoren (z.B. komplementärer und [teil-]stationärer Bereich). Des Weiteren zielt das Projekt darauf, Vorschläge zur Weiterentwicklung bzw. Verbesserung der Versorgung zu erarbeiten. Dabei soll es vor allem um Entwicklungsperspektiven gehen, die sich aus den Aufgaben und Möglichkeiten der Psychotherapeutenkammer ergeben.

Mit der Studie verfolgt die Psychotherapeutenkammer vornehmlich das Ziel, einen Beitrag zur Aufhellung der Versorgungssituation für Patientengruppen zu leisten, die bisher kaum Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gefunden haben. Darüber hinaus sollen mögliche Schnittstellen im oben beschriebenen Sinne untersucht werden. Diese bestehen mit Blick auf psychosekranke Menschen vor allem zur psychiatrischen Versorgung, bei älteren Menschen zur Altenhilfe und zur medizinischen Grundversorgung. Handlungsleitend war dabei die Annahme, dass mit Blick auf beide Patientengruppen Fragen des Zugangs zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eine zentrale Rolle spielen und diese nur im Zusammenhang mit bestehenden Versorgungsangeboten beschriebene und weiterentwickelt werden können.

Die Psychotherapeutenkammer ist sich bewusst, dass mit Blick auf die Arbeit der Mehrzahl Psychologischer Psychotherapeuten mit den beiden Patientengruppen Neuland betreten wird. Dies gilt sowohl für die direkte psychotherapeutische Arbeit als auch hinsichtlich der Zusammenarbeit niedergelassener psychologischer Psychotherapeuten mit anderen Professionen und Angebotsbereichen. Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen wurden dabei dahingehend erwartet, dass für psychosekranke Menschen bereits ein umfangreiches Hilfesystem besteht und dass infolge der Schwere der Erkrankung häufig multiprofessionelle Hilfen erforderlich sind und Psychologische Psychotherapeuten ihren Behandlungsauftrag in Abstimmung und Abgrenzung zu anderen Professionen suchen müssen. Demgegenüber wurde bei älteren Menschen angenommen, dass unterschiedliche psychische Störungen Anlass für den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung sein könnten, zwischen Behandlungsbedarf und der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen - derzeit noch - eine große Lücke klafft, mit Blick auf zukünftige Entwicklungen hier jedoch ein verstärkte Nachfrage zu erwarten ist.

Der Psychotherapeutenkammer standen zur Förderung der Studie nur begrenzte eigene Mittel zur Verfügung. Dies sowie die Tatsache, dass zur Durchführung der Studie die Bereitschaft unterschiedlicher Versorgungsbeteiligter zur Kooperation erforderlich sein würde, haben Erwartungen an Umfang und Tiefe der empirischen Fundierung der Studie Grenzen gesetzt. Um so wichtiger war der Kammer die Erarbeitung umsetzungsrelevanter Empfehlungen hinsichtlich der Aufgaben zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung der beiden Patientengruppen aus Sicht der Psychologischen Psychotherapeuten.

¹ Nachfolgend wird für Therapeuten und Therapeutinnen die männliche Schreibweise im Text verwendet. Dies gilt auch für die Begriffe Patient und Klient. Gemeint sind damit jeweils sowohl männliche als auch weibliche Personen.



1.2 Studienansatz und methodisches Vorgehen

Anknüpfend an die beschriebenen Ausgangsbedingungen und den explorativen Charakter der Studie hat FOGS einen multidimensionalen Arbeitsansatz für das Forschungsprojekt gewählt. Dabei wurden unterschiedliche Verfahren der empirischen Sozialforschung eingesetzt, mit denen sowohl objektive Daten als auch subjektive Bewertungen unterschiedlicher Akteure erfasst wurden.

Berücksichtigt werden musste, dass die Datenlage zur psychotherapeutischen Versorgung außerordentlich disparat ist und im Wesentlichen bestimmt wird durch die jeweiligen Anforderungen der zuständigen Kosten- und Leistungsträger sowie die Erfassungsmodalitäten und -routinen der Leistungserbringer. Dabei musste davon ausgegangen werden, dass - vorausgesetzt, dass belastbare Daten zum Psychotherapiebedarf bzw. zu Fallzahlen überhaupt zur Verfügung stehen - diese insbesondere mit Blick auf die Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Versorgungsbereichen (z.B. ambulante Psychotherapie, psychiatrische Versorgung) nur in begrenztem Maße kompatibel sind. Zudem war damit zu rechnen, dass es im Rahmen der Studie nur punktuell Zugang zu vorhandenen Daten (z.B. der Kassenärztliche Vereinigung, der Krankenkassen) geben würde.

Mit der Kombination qualitativer und quantitativer Methoden - in der Fachdiskussion auch als *Triangulation* bezeichnet (vgl. z.B. Denzin, 1978) - hat FOGS den beschriebenen Umständen sowie der Anforderung der Psychotherapeutenkammer, umsetzungsorientierte Empfehlungen zu erarbeiten, Rechnung getragen. Mit dem gewählten methodischen Vorgehen sollte gewährleistet werden, dass die unterschiedlichen Probleme und die Vielfalt der Perspektiven - insbesondere mit Blick auf die versorgungsbereichsübergreifende Kooperation - ausreichend berücksichtigt werden.

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden im Einzelnen folgende Arbeitsschritte umgesetzt.

1.2.1 Sekundäranalytische Auswertung von Daten

In einem ersten Arbeitsschritt wurden Studien, Materialien und Daten mit Blick auf die Zielgruppen (a) psychosekranke Menschen und (b) ältere Menschen sekundärstatistisch ausgewertet. Dabei können Daten unterschieden werden, die für das Bundesgebiet repräsentativ oder für regionale Fragestellungen erhoben wurden, und Angaben, die Aussagen zur Versorgungssituation in Berlin erlauben. Für die Studie wurden Daten u.a. aus folgenden Quellen herangezogen:

- § einschlägige epidemiologische Studien zu Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen, zum Psychotherapiebedarf sowie zur Bedarfsdeckung
- § Daten der Berliner Gesundheitsberichterstattung wie bspw. Diagnosedaten der Sozialpsychiatrischen Dienste, Behandlungsfälle in Berliner Krankenhäusern, Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation
- § Studien zu einzelnen Aspekten der Versorgung von Personen der beiden Zielgruppen.

Die Daten liefern erste Ergebnisse zur psychotherapeutischen Versorgung psychosekranker Menschen und älterer Menschen und bilden u.a. eine Grundlage zur Einordnung der Befragungsergebnisse im Rahmen der Studie.

1.2.2 Schriftliche Befragung der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten

Zur Befragung der Psychologischen Psychotherapeuten in Berlin wurde ein (teil-) standardisierter Fragebogen mit geschlossenen und offenen Fragen entwickelt. Der Fragebogen sollte einerseits relevante Informationen zum Beitrag Psychologischer Psychotherapeuten zur psychotherapeutischen Versorgung von psychosekranken Menschen und älteren Menschen liefern, anderer-

seits war der Bearbeitungsaufwand zu begrenzen. Die Psychologischen Psychotherapeuten haben - nach Abstimmung mit der Psychotherapeutenkammer und dem Erprobungseinsatz des Fragebogens in einigen ausgewählten Praxen - einen Fragebogen erhalten, der auf acht Seiten 27 Fragen enthielt. Dabei wurden im Einzelnen folgende Dimensionen abgefragt:

- § Angaben zur Person (z.B. Berufsbezeichnung, Alter, Geschlecht) sowie Strukturangaben zum Praxisbetrieb (z.B. Therapieverfahren, Arbeitszeit, betrieblicher Rahmen)
- § bezogen auf die beiden Zielgruppen (psychosekranken und ältere Menschen) die Anzahl der im Jahr 2004 behandelten Personen sowie jeweils die Diagnosen (psychische Störungen), Geschlecht und Alter, die Anzahl der vorgesehenen bzw. beantragten Therapiesitzungen sowie ggf. begleitende Behandlungen mit Psychopharmaka
- § Zugangswege, Zusammenarbeit während der psychotherapeutischen Behandlung sowie Weiter- bzw. Rückvermittlungen
- § Einschätzungen zur Qualität der Kooperation mit anderen Einrichtungen, Diensten und Behandlern sowie ggf. sich daraus ergebende Handlungsbedarfe
- § Vorschläge zur Verbesserung bzw. Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Behandlung von Personen der Zielgruppen bzw. der Zusammenarbeit psychotherapeutischer Praxen und anderer Angebote, Einrichtungen und Dienste.

Der Fragebogen wurde im April 2004 von der Psychotherapeutenkammer (mit einem entsprechenden Anschreiben) an 1.934 Psychologische Psychotherapeuten versandt. In die schriftliche Befragung wurden alle Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einbezogen, die in der Psychotherapeutenkammer als niedergelassene Psychotherapeuten registriert waren. Hierunter fallen Psychotherapeuten mit und ohne KV-Zulassung. In der Auswertung konnten Angaben von 243 Personen berücksichtigt werden; dies entspricht einer Rücklaufquote von 12,6 %². Die Rücklaufquote ist mit Blick auf die Aussagekraft der Ergebnisse unbefriedigend, was bei der Interpretation der Daten beachtet werden muss. Vermutet werden kann - und einzelne Rückmeldungen weisen darauf hin -, dass Psychologische Psychotherapeuten, die über keine Erfahrungen in der Arbeit mit psychosekranken und älteren Menschen verfügen, auf eine Teilnahme an der Befragung verzichtet haben. Die geringe Beteiligung an der Befragung kann damit selbst als Hinweis auf den (noch) geringen Stellenwert der Zielgruppen in der psychotherapeutischen Praxis interpretiert werden.

1.2.3 Schriftliche Befragung ausgewählter ambulanter und komplementärer Einrichtungen

Zur Abschätzung des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs bei Klienten/Patienten, die Kontakt zu anderen Leistungsanbietern haben, sowie zur Bewertung der Kooperation dieser Leistungsanbieter mit niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten wurden ausgewählte Einrichtungen und Dienste mit einem Fragebogen schriftlich befragt. Einbezogen wurden (ausgewählte) ambulante und komplementäre Einrichtungen und Dienste des psychiatrischen Versorgungssystems³. Bei diesen handelte es sich um

- § die Sozialpsychiatrischen Dienste als Dienststellen der bezirklichen Gesundheitsämter
- § Kontakt- und Beratungsstellen (KBS) für Menschen mit psychischen Erkrankungen
- § Berliner Krisendienste für Menschen in akuter seelischer Not und in psychiatrischen Krisensituationen

² Wählt man als Grundgesamtheit nur diejenigen Psychotherapeuten, die abrechnungsberechtigt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung sind (1.471) (siehe auch Abschn. 3.1.1), so erhöht sich die Rücklaufquote auf 16,5 %.

³ Berücksichtigt wurden dabei diejenigen Einrichtungen und Dienste, die unter der entsprechenden Rubrik in der Informationsbroschüre „Psychiatrie in Berlin“ aufgeführt sind (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Landesbeauftragter für Psychiatrie, 2005).

§ Institutsambulanzen zur ambulanten Vor- und Nachsorge von Krankenhausaufenthalten.

Die Fragestellungen richteten sich u.a. auf die Zahl der (betreuten bzw. behandelten) psychosekranken Menschen und älteren Menschen in den Einrichtungen und Diensten, den psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten, Hemmnisse hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie sowie Vorschläge zur Verbesserung bzw. Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sowie der Zusammenarbeit der jeweiligen Einrichtung mit psychotherapeutischen Praxen.

Angeschrieben wurden insgesamt 80 Einrichtungen und Dienste, von denen 27 in der Auswertung berücksichtigt werden konnten. Drei weitere Einrichtungen haben in anderer Form schriftlich zu den Fragen Stellung genommen. Unter Berücksichtigung von Zustellungsproblemen bei zwei Einrichtungen ergibt dies eine Rücklaufquote von 39 %.

1.2.4 Leitfadengestützte Interviews mit regionalen Versorgungsbeteiligten (Experten)

Um die Eindrücke aus den schriftlichen Befragungen von Einrichtungen und Diensten zu vertiefen und Hinweise auf Schwachstellen der Versorgung und Entwicklungsbedarfe zu erhalten, wurden insbesondere mit Blick auf Fragen zur psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen leitfadengestützte Interviews mit ausgewählten Versorgungsbeteiligten durchgeführt. Bei diesen handelt es sich durchgehend um Personen, die aufgrund eigener Praxiserfahrungen bzw. einer verstärkten Beschäftigung mit den Fragestellungen der Studie qualifiziert Auskunft geben konnten. Der Zugang zu den befragten Personen erfolgte überwiegend über die (Geschäftsstellen der) bezirklichen gerontopsychiatrischen Verbände. Darüber hinaus wurden Gesprächspartner befragt, die durch Veröffentlichungen und/oder versorgungsbezogene Aktivitäten zu Themen der Studie auf sich aufmerksam gemacht haben. Insgesamt wurden elf Personen entweder persönlich oder telefonisch interviewt.

2 Ergebnisse der Sekundäranalyse

2.1 Die psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen

2.1.1 Bundesweite Situation

Zur Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung liegt eine Vielzahl z.T. älterer epidemiologischer Studien vor, in denen Daten zu Inzidenz und Prävalenz vorgestellt werden (z.B. Dilling et al., 1984; Schepank, 1987; Fichter, 1990; Wittchen et al., 1998). Die genannten Studien beziehen sich z.T. auf verschiedene Untersuchungsgruppen und kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der regionalen Verbreitung von psychischen Störungen; zudem gehen sie mit Problemen in der diagnostischen Erfassung und Zuordnung der Störungen einher.

Mit der Einführung neuer diagnostischer Klassifikationsstandards sowie dem verstärkten Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente haben sich die Voraussetzungen zur Abschätzung der Verbreitung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung verbessert (vgl. Wittchen & Jacobi, 2001).

In Deutschland wurde eine umfassende Abschätzung der Verbreitung psychischer Störungen erstmals im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 vorgenommen. Die Ergebnisse des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ auf Basis einer Stichprobe von 4.181 18- bis 65-Jährigen - zeigen, dass **Schizophrenie und andere psychotische Störungen (ICD-10 F2)** bei einer **12-Monats-Prävalenz bei 2,6 %** der Bevölkerung auftreten. Zum Vergleich: Aus der gleichen Untersuchung berichteten Wittchen & Jacobi (2001) über 12-Monats-Prävalenzraten bei Depression von 8,3 % und Phobien von 7,6 %.

Allerdings kann aus epidemiologischen Daten - aus unterschiedlichen Gründen - nicht unmittelbar auf den Bedarf an ambulanter Psychotherapie geschlossen werden. Neben notwendigen (fachlichen) Abgrenzungen der (intensiven) ambulanten Psychotherapie gegenüber einer psychosomatischen Grundversorgung sowie stationärer Psychotherapie sind mit Blick auf den tatsächlichen Behandlungsbedarf bzw. die Inanspruchnahme weitere Faktoren zu beachten. Löcherbach et al. (2000) zeigen verschiedene moderierende Faktoren auf, die den psychotherapeutischen Behandlungsbedarf gegenüber Inzidenz und Prävalenz deutlich geringer ausfallen lassen. Zu diesen Faktoren zählen klientenbezogene Aspekte wie bspw. fehlende Informiertheit, unzureichende soziale Partizipation, unrealistische Krankheitstheorien und krankheitsbedingte Beeinträchtigungen ebenso wie behandler- bzw. systembezogene Faktoren wie u.a. Erkennungsrate psychischer Störungen bei Hausärzten, sozialräumliche Verfügbarkeit von Psychotherapie und Wartezeiten (vgl. auch Schmid, 1992).

Die Untersuchung von Wittchen (o.J.) zeigt hinsichtlich der Behandlungsquote, **dass psychotische Störungen mit 56 % eine vergleichsweise hohe Behandlungsquote erreichen**. Zum Vergleich: Bei affektiven Störungen beträgt die Behandlungsquote 50,1 %, bei phobischen Störungen 41,8 % und bei somatoformen Störungen 40,5 %. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Untersuchung ein relativ breiter Behandlungsbegriff zugrunde lag, der jegliche stationäre oder ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Intervention unabhängig von der Institution, der Intervention, der Häufigkeit und Adäquatheit der Intervention umfasste (vgl. Wittchen & Jacobi, 2001).

Dass im Rahmen des Bundesgesundheits-Surveys bei psychotischen Störungen eine vergleichsweise hohe Behandlungsquote festgestellt wurde, dürfte - neben Spezifika der Störung - damit zusammenhängen, dass für Menschen mit einer solchen Störung ein ausgebautes ambulantes und komplementäres Versorgungsangebot im Rahmen der psychiatrischen Versorgung besteht. Ausgelöst u.a. durch die Psychiatrieenquête von 1975 stehen für diesen Personenkreis neben stationären und teilstationären Maßnahmen Rehabilitationseinrichtungen, Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten, Betreutes Wohnens sowie Einrichtungen der Arbeitsrehabilitation und Zuverdienstfirmen zur Verfügung. In diesem Versorgungsbereich hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten u.a. durch die Gründung Psychosozialer Arbeitsgemeinschaften, die Einstellung von regionalen Psychiatriekoordinatoren sowie die Schaffung von gemeindenahen Verbänden die Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsbeteiligten und die abgestimmte personenbezogene Hilfeleistung deutlich verbessert. Mit der Einführung ambulanter Soziotherapie wurden zudem die Möglichkeiten der Behandlung psychotischer Menschen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen erweitert (vgl. Melchinger, 1999).

Aus dem vergleichsweise hohen Erreichungsgrad psychotischer Menschen durch medizinisch-psychiatrische Hilfen kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass für diese Personengruppe psychotherapeutische Hilfen weitgehend bedarfsgerecht zur Verfügung stehen. Geht man von unterschiedlich großen Behandlungsbedarfen aus und berücksichtigt außerdem die Leitlinie **ambulant vor stationär** sowie das Prinzip **so wenig Behandlung wie fachlich vertretbar möglich**, „dann könnten niedergelassene Psychotherapeuten insbesondere bei geringerer Schwere der Beeinträchtigung aktiv werden.

Zum Umfang der psychotherapeutischen Behandlung psychotischer Menschen in der gesundheitlichen Versorgung fehlt gleichwohl eine belastbare Datengrundlage. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die psychotherapeutische Behandlung bei **niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten**. Eine Untersuchung von 101 Psychiater-/Psychotherapeutenpraxen zur richtlinienpsychotherapeutischen Versorgung aus dem Jahr 2000 zeigt, dass niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zu ca. 50 % ihrer Tätigkeit richtlinientherapeutische Psychotherapie betreiben und davon 12 % der behandelten Störungen zum schizophrenen Formenkreis zählen (vgl. Roth-Sackenheim, 2003). Von den insgesamt psychotherapeutisch behandelten Patienten erhielten 45 % eine Kombination von (Richtlinien-)Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Lassen sich bei den ärztlichen Psychothe-

rapeuten noch Hinweise auf die psychotherapeutische Behandlung von psychosekranken Menschen finden, fehlen solche mit Blick auf Psychologische Psychotherapeuten völlig.

In der fachöffentlichen Diskussion geht es verstärkt - insbesondere seit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes sowie der damit eingeleiteten Veränderungen der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung - um den generellen, störungsübergreifenden Bedarf an ambulanter Psychotherapie (vgl. Löcherbach et al., 2000; Löcherbach & Weber, 2000; Zepf et al., 2000; Schütte et al. 2003). In den vorliegenden Studien wird mit Blick auf die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung zwar jeweils eine Unterversorgung festgestellt, die bedarfsbezogenen Feststellungen und Wertungen unterscheiden i.d.R. jedoch nicht nach Störungsbildern bzw. -gruppen. Hinweise auf den Umfang der behandelten Störungen liefern dennoch die den Studien zugrunde liegenden Bestandsaufnahmen. Die umfangreiche Studie von Löcherbach et al. (2000) zeigt, **dass bei den befragten 1.542 niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten nur in geringem Umfang Patienten mit der Diagnosegruppe F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) behandelt wurden.** So wurde im untersuchten Quartal bei überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten durchschnittlich lediglich 1,27mal, bei Delegationspsychologen 0,99mal und bei nicht bei der Kassenärztlichen Vereinigung registrierten Psychotherapeuten 0,76mal eine Hauptdiagnose der Kategorie F2 dokumentiert. Die Studie zeigt weiterhin, dass mit Blick auf die angewandten Therapieverfahren Hauptdiagnosen der Kategorie F2 bei analytischen Psychotherapeuten (0,45) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (0,28) in deutlich geringerem Umfang registriert wurden als bei Familientherapeuten (1,23), Verhaltenstherapeuten (1,07), tiefenpsychologischen Psychotherapeuten (1,00) und Gesprächspsychotherapeuten (0,99). In der von Zepf et al. (2000) im Saarland durchgeführten Studie bei 243 Psychotherapeuten für Erwachsene sind bei den diagnostizierten Störungsbildern von 3.170 aktuell behandelten Patienten keine psychotischen Störungen und nur 2 % andere Störungen aufgeführt. In einer größeren Studie, in der in mehreren Bundesländern 1.222 Psychotherapeuten befragt wurden, fanden Zepf et al. (2002) unter 10.835 untersuchten Patienten lediglich 357 Diagnosen einer psychotischen Störung. Von diesen blieben jedoch nach der probatorischen Phase 44 % unbehandelt. Unter den Patienten, die sich in Behandlung befanden, wurden bei 984 Psychotherapeuten 1.404 psychotische Störungsbilder (ca. 1,4 pro Therapeut) festgestellt. Erwartungsgemäß entfielen 50 % der festgestellten Diagnosen auf Psychiater/Nervenärzte und nur 7 % auf Psychologische Psychotherapeuten. Interessanterweise wurden psychotische Störungen auch nur bei 6 % der befragten Fachärzte für psychotherapeutische Medizin festgestellt. Bezogen auf die Therapiemethoden zeigt die Studie, dass psychotische Störungen vornehmlich von tiefenpsychologisch orientierten Therapeuten (47 %) und nur zu 32 % von Psychoanalytikern und zu 21 % von Verhaltenstherapeuten behandelt werden (vgl. Zepf et al., 2002).

In einer Befragung von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel machten 180 Therapeuten Angaben zu den behandelten Störungsbildern. Danach entfielen auf psychotische und psychosenahe Störungen 7,6 % der insgesamt diagnostizierten Störungen. Zum Vergleich: Auf neurotische Störungen entfielen 37,5 %, auf depressive Störungen und Suizidalität 29,3 % und auf Persönlichkeitsstörungen 16,0 % der Diagnosen (vgl. Schütte et al., 2003) Die Untersuchung zeigt auch, dass die Verteilung der Störungsbilder von regionalen sowie von berufs- und methodenspezifischen Aspekten beeinflusst wird. So wurden psychotische bzw. psychosenahe Störungen bei 16,5 % der Patienten im KV-Bezirk Göttingen, jedoch nur zu 2,9 % in Kassel festgestellt, was von den Autoren mit der Vernetzung des Universitätsklinikums, psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten und niedergelassenen Therapeuten in Göttingen begründet wird. Ärztliche Psychotherapeuten haben in der Studie zu 13,1 %, Psychologische Psychotherapeuten zu lediglich 2,9 % Personen mit Psychosen bzw. psychosenahen Störungen behandelt. Schließlich fällt auf, dass vor allem tiefenpsychologisch orientierte Therapeuten mit Patienten der Störungsgruppe F2 arbeiten (11,8 %), während der Anteil dieser Personengruppe bei Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten deutlich geringer ausfällt (4,8 % bzw. 4,2 %). Die in der Studie befragten Psychotherapeuten machten auch Aussagen

zum störungsspezifischen Versorgungsbedarf. **81 % bewerteten psychotische/psychosene Störungen als nicht ausreichend versorgt.**

2.1.2 Berliner Situation

Zur Prävalenz psychischer Störungen und zum Psychotherapiebedarf im Allgemeinen sowie zur Prävalenz und zum Psychotherapiebedarf bei psychosekranken Menschen im Besonderen liegen für das Land Berlin keine spezifischen Daten vor. Nachfolgend wird deshalb der Umfang des Auftretens psychotischer Störungen auf Basis der Prävalenzzahl des Bundesgesundheits-Surveys hochgerechnet. Darüber hinaus werden vorliegende Daten zur Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Hilfen analysiert. Allerdings ist die Umrechnung bundesweiter Prävalenzwerte auf ein regionales Versorgungsgebiet - wie bereits ausgeführt - methodisch problematisch und mit erheblichen Ungenauigkeiten verbunden, da regionale und sozialräumliche Faktoren die Prävalenz psychischer Störungen in erheblichem Maße beeinflussen können. Dies dürfte insbesondere für Berlin mit seinem Metropolencharakter gelten. Trotz dieser methodischen Schwäche kann eine solche Umrechnung für die Größenordnung der Verbreitung psychischer Störungen zumindest einen ersten Anhaltswert liefern.

Tab. 1 zeigt die Anzahl der Personen mit psychischen sowie psychotischen Störungen in Berlin auf der Grundlage bundesweiter Prävalenzraten.

Tab. 1: Anzahl von Personen mit psychischen Störungen, psychotischen Störungen sowie behandelte Personen mit psychotischen Störungen in Berlin bei 18- bis 65-Jährigen*

Prävalenz/Behandlungsquote	psychische Störungen	psychotische Störungen	Behandlungsquote bei psychotischen Störungen
12-Monats-Prävalenz/Behandlungsquote in %	32,1	2,6	56,0
Berlin (absolut)**	743.748	60.241	33.735

* Umrechnung von Prävalenzraten und der Behandlungsquote auf Basis des Bundesgesundheits-Surveys (vgl. Wittchen & Jacobi, 2001).

** 18- bis 65-Jährige in Berlin: 2.316.972 am 31.12.2003 (Statistisches Landesamt Berlin, 04.02.2005)

Legt man die im Rahmen des Bundesgesundheits-Surveys ermittelte Prävalenzrate von 32,1 % zugrunde, so kann man für das Jahr 2003 in Berlin eine Zahl von rd. 750.000 Personen mit einer psychischen Störung hochrechnen. An einer **psychotischen Störung** waren nach dem Berechnungsmodus im 12-Monats-Zeitraum rd. **60.000 Personen** erkrankt, von denen schätzungsweise immerhin rd. 34.000 Personen einen spezifischen oder unspezifischen (Behandlungs-)Kontakt (im Sinne des Bundesgesundheits-Surveys) zu irgendeiner Institution des Gesundheitswesens hatten.

In den **Sozialpsychiatrischen Diensten** wurden im Jahre 2003 insgesamt **3.012 Fälle** mit einer Diagnose der Kategorie ICD-10 F2 betreut, was 17,5 % aller untersuchten (diagnostizierten) Personen der Dienste entspricht. Die allermeisten Personen (2.219 = 73,7 %) waren dabei an einer Schizophrenie (F20), 259 Personen (8,6 %) an einer schizoaffektiven Störung (F25) und 256 Personen (8,5 %) an einer anhaltend wahnhaften Störung (F22) erkrankt (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2004a).

In den **Berliner Krankenhäusern** wurden im Jahr 2002 **41.417 Behandlungsfälle** wegen psychischer und Verhaltensstörungen (F00 - F99, G30) vollstationär behandelt und entlassen (einschließlich Sterbefälle, ohne Stundenfälle, nur Berliner). Von diesen entfielen **8.195 Fälle** (4.339 Männer, 3.856 Frauen) auf die Diagnosegruppe Schizophrenie (F20 - F29) (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2004b). Betrachtet man die Einzeldiagnosen der entlassenen vollstationären Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne Stundenfälle, nur Berliner) im Zeitverlauf, zeigt sich, dass die Anzahl der Behandlungsfälle mit der Diagnose schizophrene Psychosen (ICD-9 295) in den Jahren 1994 (7.427 Fälle) bis 1999



(7.179 Fälle) vergleichsweise konstant war. Als Einzeldiagnose zählt sie damit immerhin jeweils zu einer der 15 in den Berliner Krankenhäusern am häufigsten gestellten Diagnosen. Im Rahmen der psychiatrischen Abteilungen (einschließlich der Kinder- und Jugendpsychiatrie) wurde im Jahr 1999 die Diagnose Schizophrene Psychose (ICD-9 295) nach Alkoholismus am zweithäufigsten gestellt (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2002).

Mit Blick auf die ambulante Versorgung ist von Interesse, dass die **durchschnittliche Verweildauer** aller Behandlungsfälle in den Fachabteilungen der Psychiatrie und Psychotherapie in den Jahren 1998 bis 2002 von durchschnittlich 26,3 auf 20,0 Tage zurückgegangen ist. In den Fachabteilungen der Psychotherapeutischen Medizin (vormals Psychosomatik) nahm in den Jahren 1998 bis 2001 die durchschnittliche Verweildauer von 39,2 auf 34,2 Tage ab (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2004b). Ohne unmittelbare Rückschlüsse auf Behandlungsfälle mit der Diagnosegruppe ICD-10 F2 ziehen zu können, kann dennoch vermutet werden, dass aufgrund der verminderten stationären Verweildauern ein erhöhter ambulanter Behandlungsbedarf erforderlich ist.

Wegen psychischer und Verhaltensstörungen wurden im Jahr 2002 insgesamt 6.122 **Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation** und sonstiger Leistungen zur Teilhabe durchgeführt. Von diesen Maßnahmen erfolgten lediglich 69 Maßnahmen mit der Diagnose Schizophrenie (F20 - F29). Demgegenüber erfolgten im selben Jahr von insgesamt 2.738 Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge psychischer und Verhaltensstörungen immerhin 317 wegen einer Schizophrenie (F20-F29) (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2004b).

Zwar zeigt die Untersuchung von Wittchen (o.J.), dass die Behandlungsquote bei psychotischen Störungen im Rahmen der medizinischen und psychiatrischen (Grund-)Versorgung vergleichsweise hoch ist, gleichwohl werden - wie einzelne Studien zeigen - psychosekranke Menschen in Praxen von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten nur in geringem Umfang behandelt. Mit Blick auf Berlin zeigen die vorliegenden Daten, dass viele psychosekranke Menschen z.B. durch Krankenhäuser und die Sozialpsychiatrischen Dienste erreicht werden. Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung liegen jedoch keine Daten vor.

2.2 Die psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen

2.2.1 Bundesweite Situation

Zur Verbreitung psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen liegen keine repräsentativen Untersuchungen vor. Dennoch kommt eine Reihe regionaler/lokaler Feldstudien zu dem übereinstimmenden Ergebnis, **dass ca. ein Viertel der älteren Bevölkerung an einer psychischen Krankheit leidet** (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004). Tab. 2 zeigt die Ergebnisse dieser Feldstudien.

Tab. 2: Prävalenz psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen. Studienergebnisse

Autor(en)/Ort	N Alter	mittel- schwere und schwere Demenz	leichte Demenz	funktio- nelle Psy- chosen	Neurosen, Persön- lichkeits- störungen u.a.	Gesamt
Krauss et al., 1977/Göttingen	350 (70+)	7,6	5,4	3,0	9,6	25,6
Cooper & Sosna, 1983/Mann- heim	519 (65+)	6,0	5,5	2,2	10,8	24,4
Weyerer & Dilling, 1984/ Ober- bayern	295 (65+)	3,5	5,0	3,4	10,2	23,1
Fichter, 1990/Oberbayern	358 (65+)	8,7	-	1,7	8,7	22,9
Helmchen et al., 1996/Berlin	516 (70+)	9,2	4,7	1,3	11,6	23,5

Wie aus Tab. 2 hervorgeht, stehen neben Demenzerkrankungen bei älteren Menschen Neurosen (vor allem Depressionen) und Persönlichkeitsstörungen (zwischen 8,7 % und 11,6 %) im Vordergrund psychischer Erkrankungen. Die Prävalenz funktioneller Psychosen liegt zwischen 1,3 % und 3,4 %.

Wie verschiedene Studien, über die im Rahmen des vierten Berichts zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004) berichtet wird, zeigen, treten mittelschwere und schwere **Depressionen** zwischen 8 % und 16 % auf. Dabei erhöhen sich die Prävalenzen bei älteren Menschen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen nicht, und es treten - wie bei jüngeren Altersgruppen - Depressionen bei Frauen etwa doppelt so häufig auf wie bei Männern.

Für die Altersgruppe der über 65-Jährigen wird über Prävalenzwerte bei **Angststörungen** zwischen 5 % und 10 %, bei Phobien zwischen 5 % und 9 %, bei Zwangsstörungen zwischen 0,8 % und 0,9 % und bei Panikstörungen zwischen 0,1 % und 0,4 % berichtet. Auch bei diesen Störungsbildern tritt die Erkrankung bei Frauen häufiger als bei Männern auf.

Schizophrene Neuerkrankungen (außer organische Psychosen) treten im Alter nach dem 65. Lebensjahr selten auf. Häufiger sind dagegen paranoide Störungen, so wurde bei 4 % älterer Personen ein Verfolgungswahn beobachtet.

Einige Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Missbrauch und die **Abhängigkeit von Alkohol** im Alter zurückgehen. So sank bspw. der Alkoholismus in der oberbayerischen Feldstudie (Weyerer & Dilling, 1984) zwischen den Altersgruppen der 45- bis 64-Jährigen sowie der über 65-Jährigen von 4,6 % auf 2,4 % ab. Gleichzeitig berichten Hill et al. (1998) aus einer Lübecker Studie in Hausarztpraxen jedoch von einer Prävalenz von Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit von 4,5 % bei Personen zwischen 65 und 75 Jahren. Im Alter nimmt die Einnahme von **Benzodiazepinen** deutlich zu, wobei es mit Blick auf die Feststellung von Missbrauch und Abhängigkeit diagnostische Schwierigkeiten gibt. Gleichwohl muss hierbei von einem ernst zu nehmenden Problemfeld ausgegangen werden.

Mit Blick auf psychische Erkrankungen bedürfen alte **Menschen in Heimen** einer besonderen Betrachtung. In einer (Meta-)Analyse von 13 Studien stellte Hirsch (2004) zusammenfassend psychische Störungen bei - im Mittel - 67 % der Heimbewohner fest, wobei zwischen 30 und 71 % der Störungen auf Demenz entfallen. In einer eigenen Studie in zehn Altenwohn- und Altenpflegeheimen mit insgesamt 1.000 Bewohnern beobachtete er (2004), dass 65 % der Menschen mit einem Durchschnittsalter von 82 Jahren unter einer psychischen Störung leiden. Unter diagnostischen Gesichtspunkten standen dabei organische Psychosen (z.B. ICD-10 F0: z.B. Alzheimer Demenz, vaskuläre Demenz) mit 69 % im Vordergrund. Affektive Störungen wurden in 14 %, schizophrene Störungen in 11 %, neurotische und Persönlichkeitsstörungen in jeweils 1 % der Fälle diagnostiziert (vgl. Hirsch & Kastner, 2004).

Löcherbach et al. (2000) gehen - ohne Berücksichtigung regionaler Unterschiede - davon aus, dass ca. **1,89 % der (GKV-versicherten) Bevölkerung - davon 0,31 % Senioren** - psychotherapeutisch behandlungsbedürftig und -willig sind.

Im deutlichen Gegensatz sowohl zur Prävalenz psychischer Störungen bei älteren Menschen als auch zur (aktuellen) Behandlungsbedürftigkeit steht bei älteren Menschen die **tatsächliche Inanspruchnahme** von Psychotherapie. Zwar gibt es keine systematischen Untersuchungen zur psychotherapeutischen Versorgung Älterer, dennoch liefern verschiedene Studien die Erkenntnis, dass nur ein kleiner Teil der behandlungsbedürftigen Personen den Weg in die psychotherapeutische Praxis findet. So zeigen Löcherbach et al. (2000), dass von der zeitlichen Arbeitskapazität von Psychotherapeuten nur 1,1 % auf die Behandlung von Personen zwischen 61 und 81 Jahren entfallen. Die bundesweite Untersuchung von Zepf et al. (2002) registriert unter den psychotherapeutisch behandelten Patienten 2 % im Alter von 65 Jahren und älter, wobei Psychiater/Nervenärzte (4 %) und Verhaltenstherapeuten (3 %) etwas häufiger ältere Menschen psychotherapeutisch behandeln als die anderen psychotherapeutischen Berufs- und Fachgruppen.

Die Befragung der Psychotherapeuten in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel zeigt, dass 4,5 % der behandelten Patienten 60 Jahre und älter waren (Schütte et al., 2003). Klostermann et al. (1998) ermittelten in einer Studie zu ambulanten Pflegediensten zwar bei 41,8 % der betreuten Personen eine oder mehrere psychische Störungen, aber nur in 11,7 % der Fälle erfolgte eine Behandlung durch das psychiatrische Versorgungssystem; bei 34,7 % der betreuten Personen blieb die psychische Erkrankung gänzlich unbehandelt. Linden et al. (1993) stellten in einer Zufallsstichprobe von 1.344 Anträgen zu einer längerfristigen Verhaltenstherapie fest, dass nur 0,2 % der Patienten über 65 Jahre alt waren. Obwohl in Nervenarztpraxen vergleichsweise viele ältere Menschen behandelt werden, zeigt eine Untersuchung von Arolt & Schmidt (1992), dass von 1.514 älteren Patienten mit einem depressiven Syndrom nur 0,6 % mit einer Richtlinienpsychotherapie behandelt wurden.

2.2.2 Berliner Situation

Zur Prävalenz psychischer Erkrankungen stehen Daten aus der in Berlin in den 90er Jahren durchgeführten repräsentativen **Berliner Altersstudie** zur Verfügung. Danach lag der Anteil behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen bei den über 70-Jährigen bei 23,5 % der Untersuchten, wobei bei 18,3 % der Erkrankungen eine mittelgradige bzw. schwerwiegende psychische Störung festgestellt wurde. Nimmt man alle Formen der Demenz heraus, ergibt sich ein Anteil von 11,3 % an behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen bei älteren Menschen, wobei nicht näher bezeichnete psychische Störungen (NOS) unberücksichtigt bleiben (vgl. Wernike et al., 2000). 15 % der Befragten zeigten im Erhebungszeitraum Lebensüberdruß, der bei 75 % mit einer psychischen Störung, mehrheitlich mit einer depressiven Symptomatik einherging (vgl. Barnow & Linden, 2001). Unter versorgungsbezogenen Aspekten ist bemerkenswert, dass zwar 67 % der über 70-Jährigen psychoaktive Pharmaka, davon 24,6 % Psychopharmaka (im engeren Sinne) nahmen, keiner von ihnen jedoch Psychotherapie erhielt.

Legt man die Ergebnisse der Berliner Altersstudie entsprechenden Berechnungen zugrunde, so treten in Berlin in der Personengruppe der 70-Jährigen und Älteren behandlungsbedürftige psychische Störungen bei ca. **81.048 Personen (ohne Demenz: 38.972 Personen)** auf. Tab. 3 zeigt die Zahlen für die einzelnen Störungsgruppen (vgl. Helmchen et al., 1996).

Tab. 3: Anzahl der (erwarteten) Erkrankungen ausgewählter psychischer Störungen bei älteren Menschen (70 Jahre und älter) auf Grundlage der (Punkt-)Prävalenzen der Berliner Altersstudie (nach DSM-III-R)

	Demenz	depressive Syndrome	Angst-Syndrome	Schizophrenie/paranoide Störungen	substanzbezogene Störungen
Prävalenz	13,9	9,1	1,9	0,7	1,8
Anzahl (erwarteter) erkrankter Personen	47.939	31.384	6.553	2.414	6.208

Erwartungsgemäß entfällt der größte Anteil psychischer Störungen bei älteren Menschen auf Demenzerkrankungen, gefolgt von depressiven Störungen. Demgegenüber sind Angst- und schizophrene Störungen deutlich geringer ausgeprägt.

Den bundesweit festgestellten geringen Versorgungsgrad älterer Menschen mit Psychotherapie bestätigen auch Berliner Studien. So waren in einer zu Beginn der 90er Jahre durchgeführten Untersuchung von 737 Psychotherapiepatienten nur 6,7 % älter als 55 Jahre (vgl. Heuft et al., 1992). Zank & Niemann-Mirmehdi (1998) beobachteten in einer 1993 unter Westberliner Psychotherapeuten durchgeführten Befragung, dass von 151 Befragten zwar 101 über Therapieerfahrungen mit älteren Menschen verfügten, jedoch insgesamt nur von 175 Psychotherapien berichten konnten. Drei Viertel dieser Behandlungen waren analytisch/tiefenpsychologisch fundiert. Bei den festgestellten Störungen handelte es sich vor allem um Angststörungen, Depressionen und neurotische Konflikte.

Mit Blick auf das Inanspruchnahmeverhalten von Hilfen im Zusammenhang mit psychischen Störungen sind Ergebnisse der Berliner Altersstudie von Interesse. Danach haben 85 % der über 70-Jährigen regelmäßigen Kontakt zu Ärzten. Zwar konnte kein Zusammenhang zwischen (höherer) psychopathologischer Auffälligkeit und einem Ansteigen von Arztbesuchen, jedoch ein Anstieg des Medikamentengebrauchs festgestellt werden (Linden et al., 1996). Diese Befunde liefern Hinweise darauf, dass viele ältere Menschen bei sich verstärkenden psychischen Störungen vom Arztbesuch (einschließlich Psychotherapeuten) weniger eine Lösung ihrer psychischen Probleme durch psychotherapeutische Intervention erwarten als durch die Verordnung und Einnahme von Medikamenten.

Hinweise auf den Beitrag der stationären medizinischen Versorgung für die Behandlung psychischer Störungen bei älteren Menschen liefert u.a. die Berliner Gesundheitsberichterstattung (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2004b). Tab. 4 zeigt die im Jahr 2002 wegen psychischer und Verhaltensstörungen in **Berliner Krankenhäusern** behandelten älteren Menschen.

Tab. 4: Aus dem Krankenhaus entlassene, wegen psychischer und Verhaltensstörungen vollstationär behandelte Fälle (einschl. Sterbefälle, ohne Stundenfälle, nur Berliner) im Jahr 2002 - Personen ab 65 Jahre

	Insgesamt F00-F99, G30	Alkohol F10	psychotrope Substanzen F11-F19	Schizophrenie F20-F29	affektive Störungen F30-F39	gerontopsychiatrische Krankheiten F00, F01, F02, F03, G30)
Frauen	4.268	232	55	433	1.177	825
Männer	1.820	386	43	121	338	304
Gesamt	6.088	618	98	554	1.515	1.128

Danach wurden in Berlin im Jahr 2002 **6.088 Behandlungsfälle** in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren registriert. Dabei hatten Frauen gut doppelt so häufig einen Behandlungsbedarf wie Männer, wobei insbesondere affektive Störungen bei Frauen häufiger als

bei Männern behandelt wurden. Affektive Störungen bilden insgesamt die größte behandelte diagnostische Gruppe, gefolgt von gerontopsychiatrischen Erkrankungen und Störungen durch Alkohol.

Die **Sozialpsychiatrischen Dienste** haben im Jahr 2003 in insgesamt **3.392 Fällen** bei älteren Menschen ab 65 Jahre psychische Störungen diagnostiziert. Tab. 5 zeigt die Verteilung der Erkrankungen nach Diagnosegruppen.

Tab. 5: Anzahl der diagnostizierten psychischen Störungen nach Diagnosegruppen in sozialpsychiatrischen Diensten im Jahr 2003 - Personen ab 65 Jahre

	Insgesamt F00-F99	Alkohol und psychotrope Substanzen F10-19	Schizo- phrenie F20-F29	affektive Störungen F30-F39	neurotische, Belastungs- und soma- toforme Störungen F40-F49	Persönlich- keits- und Verhaltens- störungen F60-F69
Frauen	2.178	106	231	110	40	28
Männer	1.214	229	103	69	19	33
Gesamt	3.392	335	334	179	59	61

Die meisten durch die Sozialpsychiatrischen Dienste betreuten Personen wiesen eine organische einschließlich symptomatische psychische Störung der Diagnosegruppe F0 auf. Dabei wurde bei Frauen in 1.444 Fällen, bei Männern in 611 eine solche Störung festgestellt. Andere psychische Störungen sind vor allem Störungen durch psychoaktive Substanzen (vor allem Alkohol) und Schizophrenie. Demgegenüber werden neurotische, Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen nur in einer geringen Anzahl von Fällen festgestellt.

In einer Befragung der Mitglieder der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin (2004) gaben 185 niedergelassene Psychotherapeuten (13 % der Befragten) alte Menschen als spezielle Zielgruppe an.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass psychische Erkrankungen bei älteren Menschen häufig vorkommen, diese jedoch kaum (ambulante) psychotherapeutische Hilfen in Anspruch nehmen. Dies gilt auch für Berlin: Einen hohen Anteil psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen belegt die Berliner Altersstudie. Auch wird ein nicht unerheblicher Teil älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen z.B. durch Krankenhäuser und die Sozialpsychiatrischen Dienste erreicht, ohne dass - wie einzelne Studien zeigen - psychotherapeutische Behandlungen bei niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in größerem Umfang in Anspruch genommen werden.

2.3 Hemmnisse einer Psychotherapie mit älteren Menschen

Vor dem Hintergrund des geringen Erreichungsgrads älterer Menschen mit psychischen Störungen durch Psychotherapie werden fachöffentlich auch mögliche Gründe und Ursachen diskutiert. Erwartungsgemäß ist das Spektrum der Erklärungsversuche breit gestreut und umfasst klientenbezogene Ursachen ebenso wie therapeuten- und versorgungsstrukturbezogene Gründe.

Aus Sicht niedergelassener Therapeuten ist die fehlende Nachfrage der hauptsächliche Grund für den vergleichsweise geringen Besuch alter Menschen in ambulanten psychotherapeutischen Praxen. In deutlich geringerem Maße werden - wie eine Studie von Zank & Niemann-Mirmehdi (1998) zeigt - Therapeutenvariablen wie bspw. ein zu großer Altersunterschied als Ursache gesehen. Im Zusammenhang damit werden eher beziehungs- bzw. therapiebezogene Aspekte diskutiert, die sich u.a. aus einem zu großen Altersunterschied zwischen Klient und Therapeut ergeben können wie bspw. eine veränderte Übertragungssituation oder eine Bedrohung des Narzissmus des Therapeuten durch Grenzerfahrungen (z.B. Radebold, 1992; Heuft et al., 2000).

Allerdings fand Zank (2002) in einer Befragung von 82 Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten in Berlin heraus, dass die Bereitschaft zur Behandlungsübernahme von Menschen, die älter als 65 Jahre sind, weder vom Alter der Therapeuten noch von deren gerontologischem Vorwissen abhängt. Bedeutsam war vielmehr die bereits vorhandene Behandlungserfahrung mit älteren Menschen.

In einer (explorativen) Befragung von 84 älteren Menschen einer Zufallsstichprobe mit einem Durchschnittsalter von 74 Jahren fand Zank (2002) heraus, dass die Bereitschaft, Probleme mit anderen Menschen zu besprechen, bei älteren Menschen nicht sehr ausgeprägt ist. Die Untersuchung zeigt auch, dass jüngere 'Alte (bis 73 Jahre) in deutlich geringerem Maße Vorurteile gegenüber Psychotherapie und weniger Ängste mit Blick auf eine (angenommene) eigene Psychotherapie haben als ältere 'Alte (ab 74 Jahre). Zank vermutet deshalb, dass veränderte Haltungen bei jüngeren Kohorten älterer Menschen mittelfristig dazu führen werden, dass sich auch bei älteren Alten die Einstellung zur Psychotherapie verändern und möglicherweise zu einem veränderten Inanspruchnahmeverhalten führen wird.

Einen eher kultur- und fachkritischen Akzent setzen Hirsch et al. (1999), wenn er als hemmende Rahmenbedingungen bzw. Widerstände zur Durchführung von Psychotherapie mit älteren Menschen folgende Aspekte nennt:

- § die negativ gefärbte gesellschaftliche Einstellung zum alten Menschen
- § das defizitorientierte Verständnis vom Alter in der Medizin
- § das Fehlen fundierter theoretischer Konzepte für die Alterspsychotherapie
- § die mangelnden Kenntnisse der Psychotherapeuten und Ärzte über den derzeitigen Wissensstand der Gerontologie einschließlich der Alterspsychotherapie
- § die Gerontophobie der Ärzte und Psychotherapeuten und das negative Selbstbild des alten Menschen (S. 59f.).

Der geringe Erreichungsgrad älterer Menschen durch niedergelassene Psychotherapeuten basiert - übergreifend betrachtet - auch auf der Segmentierung der medizinischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen in der Bundesrepublik Deutschland. Diese behindern oft eine umfassende und abgestimmte Erbringung notwendiger Hilfen. Dies u.a. auch deshalb, weil über die Sektorgrenzen hinausreichende Kooperationsbeziehungen oft nur wenig entwickelt sind. So fand bspw. Klostermann (1998) in einer Feldstudie heraus, dass Kooperationsbeziehungen der ambulanten Pflegedienste mit den gerontopsychiatrischen Einrichtungen auf der Klientenebene in der Stichtagserhebung nur sporadisch nachzuweisen (waren) (S. 435).

2.4 Ausgewählte Daten der AOK Berlin

Im Rahmen der vorliegenden Studie hat sich die AOK Berlin - Die Gesundheitskasse bereit erklärt, versorgungsbezogene Daten zu den Fragestellungen der Studie bereitzustellen. Dabei mussten - unter der Vorgabe eines begrenzten personellen Ressourceneinsatzes - die Fragestellungen der Studie sowie die Erfordernisse und Routinen der Datenverarbeitung der AOK in Einklang gebracht werden. Die nachfolgend dargestellten Daten liefern weitere Erkenntnisse zur Berliner Situation und dem Versorgungsbeitrag Psychologischer Psychotherapeuten in der ambulanten Behandlung psychosekranker Personen und älterer Menschen.

2.4.1 Psychosekranke Menschen

Zunächst werden in Tab. 6 alle - im ersten und zweiten Quartal des Jahres 2004 - bei der AOK Berlin angefallenen Diagnosen psychischer Störungen nach Fachgruppen dargestellt.

Tab. 6: ICD-10-Diagnosen nach Fachgruppen - alle Patienten - (AOK-Daten: erstes und zweites Quartal 2004)

Fachgruppen	Schizophrenie, schizo- type und wahnhafte Störungen (F2)			sonstige psychische Störungen (F0; F1; F3 bis F9)			alle psychischen Störungen (F0 bis F9)		
	abs.	in %	ge- wich- teter Anteil	abs.	in %	ge- wich- teter Anteil	abs.	in %	ge- wich- teter Anteil
Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	162	0,3	0,02	9.877	0,8	0,04	10.039	0,8	0,04
Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	21	0,04	0,01	1.577	0,1	0,01	1.598	0,1	0,03
Nervenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	26.527	47,2	7,70	256.387	19,8	3,30	282.914	20,9	3,48
sonstige Fachgruppen (z.B. Innere Medizin, Allgemeinärzte, Orthopädie, Augenärzte)	29.479	52,4	0,70	1.028.112	79,3	1,13	1.057.591	78,2	1,11
GESAMT	56.189	100,0		1.295.953	100,0		1.352.142	100,0	

Wie Tab. 6 zeigt, wird das Gros (78,2 %) von Diagnosen bei psychischen Störungen von ärztlichen Fachgruppen gestellt, die i.d.R. über keine psychotherapeutische Qualifikation verfügen. Jede fünfte Diagnosestellung im Zusammenhang mit psychischen Störungen erfolgt in Praxen von Nervenärzten/Psychiatern (20,9 %). Demgegenüber entfällt auf Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (0,8 %) und Ärzte für Psychotherapeutische Medizin (0,04 %) nur ein geringer Teil der Diagnosestellungen bei psychischen Störungen. Eine deutliche Verschiebung der Anteile ergibt sich, bezieht man nur die F2-Diagnosen in die Betrachtung ein. Diese werden zu deutlich höheren Anteilen (47,2 %) in Praxen von Nervenärzten/Psychiatern gestellt.

Schließlich fällt auf, dass der relative Anteil der F2-Diagnosen bei den Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (von 0,8 % auf 0,3 %) und den Ärzten für Psychotherapeutische Medizin (von 0,1 % auf 0,04 %) gegenüber der Anzahl aller von diesen Fachgruppen gestellten Diagnosen deutlich abnimmt. Betrachtet man allein die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zeigt sich, dass die F2-Diagnosen 1,6 % aller bei psychischen Störungen gestellten Diagnosen ausmachen. Zum Vergleich: bei Ärzten für Psychotherapeutische Medizin 1,4 %, bei Nervenärzten/Psychiatern 9,4 %, bei den sonstigen Fachärzten 2,8 %.

Bei der Interpretation der AOK-Daten ist die anteilige Verteilung der vier aufgeführten Fachgruppen bezogen auf die Gesamtzahl der Versorgungsbeteiligten von Bedeutung. D.h. für den Vergleich der Prozentangaben der Diagnosen zwischen den Fachgruppen muss berücksichtigt werden, dass die Anzahl der jeweiligen Behandler unterschiedlich ist. Die Statistik der KV-Berlin weist mit Stand 01.01.2005 6.413 Vertragsärzte in allen Zulassungsfachgebieten und 1.589 Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der vertraglichen Versorgung aus. Insgesamt kann man nach dieser Statistik von 8.002 Versorgungsbeteiligten ausgehen (Zulassungen und Ermächtigungen). Auf dieser Grundlage können die Prozentangaben mit dem jeweiligen Prozentanteil der Fachgruppe an der Gesamtzahl der Behandler gewichtet werden. Leider sind die Bezeichnungen der Fachgruppen in den vier Kategorien der AOK-Statistik und die Aufteilung der Zulassungsfachgebiete bei der Erfassung der KV-Berlin nicht gleich, sodass die Zusammenführung mit einem gewissen Fehleranteil behaftet ist. Trotzdem wird hier zunächst auf der Grundlage der KV-Statistik die relative Verteilung der Fachgruppen annähernd bestimmt. Danach ergibt sich (ausgehend von N = 8.002):

§ für Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein Anteil von rd. 20 %

- § für Ärzte für Psychotherapeutische Medizin ein Anteil von rd. 4 % (ohne Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie)
- § für Nervenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater (mit Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie) ein Anteil von rd. 6 % und
- § für sonstige Fachgruppen (z.B. Innere Medizin, Allgemeinärzte, Orthopädie, Augenärzte) ein Anteil von rd. 70 %.

Unter Berücksichtigung des relativen Anteils der Behandler in den Fachgruppen zeigen die Daten der AOK folgende Ergebnisse:

- § In der Fachgruppe Nervenärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychiater werden unter Berücksichtigung des nur rd. sechsprozentigen Anteils an der Gesamtgruppe der Versorgungsbeteiligten am häufigsten psychische Störungen für AOK-Patienten diagnostiziert.
- § Zu den Diagnosen psychischer Störungen tragen die Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Ärztlichen Psychotherapeuten auch unter Berücksichtigung ihres Anteils an der Versorgung auffällig wenig bei. Was auch auf einen geringeren Anteil behandelten Primärversicherten (zugunsten von Ersatzkassen- und Privatpatienten) hindeuten kann.
- § Zieht man den großen Anteil der Kategorie sonstige Fachgruppen in Betracht (rd. 70 % der Versorgungsbeteiligten), relativieren sich die hohen absoluten Zahlen bei den Diagnosen psychischer Störungen in der AOK-Statistik. Trotzdem ist auffällig, dass auch in dieser nicht spezifisch psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch spezialisierten Kategorie/Fachgruppe relativ viele psychische Störungen angegeben werden. Hier könnte ein Hinweis darauf zu sehen sein, dass viele Patienten in der somatischen Versorgung mit psychiatrischen Komorbiditäten behandelt werden und dass ggf. eine Reihe von Patienten mit psychischen Störungen nicht in die fachärztliche Behandlung kommt.

Neben den Diagnosen lagen Daten zu den mit der AOK Berlin in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2004 abgerechneten psychotherapeutischen Behandlungsleistungen (nicht Fälle) (EBM-Ziffern 0871 bis 0874, 0877, 0878, 0881 bis 0883) nach Diagnosegruppen vor. Leider konnten diese Leistungen - im Rahmen der Studie - nicht einzelnen Fachgruppen zugeordnet werden. Gleichwohl zeigt Tab. 7 den relativen Anteil der Psychosebehandlung (F2) gegenüber anderen psychischen Störungen.

Tab. 7: Abgerechnete psychotherapeutische Leistungen (AOK-Daten: erstes und zweites Quartal 2004) nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	psychotherapeutische Leistungen	
	abs.	in %
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	4.379	4,7
sonstige psychische Störungen (F0; F1; F3 bis F9)	89.513	95,3
alle psychischen Störungen (F0 bis F9)	93.892	100,0

Die Daten zeigen mit Blick auf psychische Störungen insgesamt, dass - gemessen an den im gleichen Zeitraum gestellten Diagnosen (siehe Tab. 6) - nur ein geringer Anteil an Patienten, bei denen entsprechende Diagnosen gestellt wurden, psychotherapeutische Behandlungsleistungen in Anspruch nimmt. Relativ entfallen dabei ca. 5 % der Behandlungsleistungen auf Patienten mit einer psychotischen Störung (F2).

2.4.2 Ältere Menschen

Nachfolgend sind in Tab. 8 alle - im ersten und zweiten Quartal des Jahres 2004 - bei der AOK Berlin angefallenen Diagnosen psychischer Störungen bei älteren Menschen (ab 65 Jahre) nach Fachgruppen dargestellt.

Tab. 8: ICD-10-Diagnosen nach Fachgruppen - Patienten ab 65 Jahre - (AOK-Daten: erstes und zweites Quartal 2004)

Fachgruppen	alle psychischen Störungen (F0 bis F9)		
	abs.	in %	gewichteter Anteil
Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	733	0,1	0,005
Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	118	0,02	0,005
Nervenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater	128.328	21,5	3,58
sonstige Fachgruppen (z.B. Innere Medizin, Allgemeinärzte, Orthopädie, Augenärzte)	467.463	78,3	1,11
GESAMT	596.642	100,0	

Auch mit Blick auf ältere Menschen fällt auf, dass das Gros (78,3 %) an Diagnosen bei psychischen Störungen von sonstigen ärztlichen Fachgruppen gestellt wird. Jede fünfte Diagnosestellung im Zusammenhang mit psychischen Störungen erfolgt in Praxen von Nervenärzten/Psychiatern (21,5 %). Demgegenüber entfällt auf Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (0,1 %) und Ärzte für Psychotherapeutische Medizin (0,02 %) nur ein geringer Teil der Diagnosestellungen bei psychischen Störungen.

Nimmt man eine Gewichtung der Anteile auf Grundlage der Anzahl der Behandler je Fachgruppe vor (siehe Abschn. 2.4.1), zeigt sich, dass Diagnosen bei psychischen Störungen älterer Menschen weit überwiegend von der Fachgruppe der Nervenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater gestellt werden. Demgegenüber werden von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten - unter Berücksichtigung ihres Anteils an der Versorgung - solche Diagnosen in einer sehr geringen Größenordnung gestellt.

Tab. 9 zeigt die mit der AOK Berlin in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2004 abgerechneten psychotherapeutischen Behandlungsleistungen (nicht Fälle) bei älteren Menschen nach Diagnosegruppen.

Tab. 9: Abgerechnete psychotherapeutische Leistungen (AOK-Daten: erstes und zweites Quartal 2004) nach Diagnosegruppen bei älteren Menschen (ab 65 Jahre)

(EBM-Ziffern 0871 bis 0874, 0877, 0878, 0881 bis 0883)	abgerechnete psychotherapeutische Leistungen
organische psychische Störungen F0	1
Alkohol und psychotrope Substanzen F1	66
Schizophrenie F2	35
affektive Störungen F3	1.362
neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen F4	1.984
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren F5	123
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F6	141
GESAMT	3.712

Ein Vergleich der insgesamt mit der AOK in den ersten beiden Quartalen des Jahres 2004 abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen (93.893 siehe Tab. 7) macht deutlich, dass solche

Leistungen bei älteren Menschen nur in geringem Umfang erbracht werden. Wie Tab. 9 zeigt, handelt es sich bei den erbrachten Leistungen vor allem um Behandlungsleistungen im Zusammenhang mit affektiven Störungen (F3) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4). Andere psychische Störungen (z.B. Missbrauch psychoaktiver Substanzen, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen) werden bei älteren Menschen nur in Einzelfällen psychotherapeutisch behandelt.

Zusammenfassend zeigen die (ausgewählten) Daten der AOK-Berlin, dass im Rahmen der medizinischen (Grund-)Versorgung bei psychosekranken Menschen und älteren Menschen zwar häufig psychische Störungen diagnostiziert werden, demgegenüber der Anteil psychotherapeutischer Behandlung aber deutlich geringer ausfällt. Mit Blick auf die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten zeigen die Daten, dass deren Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung der beiden Personengruppen (derzeit) noch gering ist. Diese Ergebnisse reihen sich folglich ein in ein Gesamtbild, das sich im Rahmen der Studie auf Grundlage der sekundäranalytischen Auswertung vorliegender Daten und Studien ergeben hat.

3 Ergebnisse der Befragungen

3.1 Befragung der Psychologischen Psychotherapeuten

3.1.1 Strukturdaten

Bevor die Befragungsergebnisse der Psychologischen Psychotherapeuten zur Behandlung psychosekranker Menschen und älterer Menschen dargestellt werden, sind Charakteristika der befragten Psychotherapeuten sowie Strukturdaten zum Praxisbetrieb von Interesse.

Generell muss bei den Psychotherapeuten⁴ zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unterschieden werden (s. Tab. 10).

Tab. 10: Berufsbezeichnungen (Anzahl der Therapeuten = 237)

Berufsbezeichnungen	Anzahl	in %
Psychologische Psychotherapeuten	189	79,7
Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	21	8,9
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	27	11,4

Mehr als drei Viertel der befragten Psychotherapeuten sind ausschließlich zur Behandlung erwachsener Personen zugelassen, bei 8,9 % handelt es sich um Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 11,4 % haben ausschließlich eine Zulassung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Von sechs Psychotherapeuten fehlen Daten zur Berufsbezeichnung⁵.

Mit Blick auf die Angaben zu psychosekranken Menschen wurden alle Psychotherapeuten (N = 243) in die Auswertung einbezogen, bei den Angaben zur Arbeit mit älteren Menschen nur Psychologische Psychotherapeuten (N = 210) und diejenigen Personen, die zur Berufsbezeichnung keine Angaben gemacht haben (N = 6).

⁴ Wenn nachfolgend im Text von Psychotherapeuten gesprochen wird, sind damit jeweils sowohl Psychologische Psychotherapeuten als auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeint.

⁵ Zum Vergleich: Angaben aus der Datei der Psychotherapeutenkammer zu den angeschriebenen Mitgliedern: Psychologische Psychotherapeuten 84,1 %, Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 3,9 %, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 12 %.

An der Befragung haben sich deutlich mehr weibliche (75,2 %) als männliche Psychotherapeuten (24,8 %) beteiligt⁶. Tab. 11 zeigt die Altersstruktur der Psychotherapeuten.

Tab. 11: Altersstruktur der Psychotherapeuten

Altersgruppen	Anzahl	in %
31 bis 40 Jahre	21	8,8
41 bis 50 Jahre	90	37,7
51 bis 60 Jahre	95	39,7
61 bis 70 Jahre	31	13,0
71 bis 80 Jahre	2	0,8
GESAMT	239	100,0

Der größte Teil der befragten Psychotherapeuten ist über 40 Jahre alt, 8,9 % entfallen auf die Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen. Jeder Zweite (53,5 %) ist 51 Jahre und älter und 13,8 % der Psychotherapeuten sind über 61 Jahre alt⁷. Der vergleichsweise hohe Anteil älterer Psychotherapeuten ist vor allem mit Blick auf die Behandlung älterer Menschen von Interesse, da der Altersunterschied zwischen Psychotherapeut und Klient als ein Hemmnis für die Inanspruchnahme bzw. die fehlende Bereitschaft von Psychotherapeuten, ältere Menschen zu behandeln, diskutiert wird (siehe auch Abschnitt 3.3).

Tab. 12 zeigt die Dauer der Praxistätigkeit der an der Befragung teilnehmenden Psychotherapeuten.

Tab. 12: Dauer der Praxistätigkeit

Dauer der Praxistätigkeit	Anzahl	in %
1 bis 5 Jahre	50	21,2
6 bis 10 Jahre	40	16,9
11 bis 15 Jahre	54	22,9
16 bis 20 Jahre	38	16,1
21 bis 25 Jahre	33	14,0
26 bis 30 Jahre	15	6,4
31 bis 35 Jahre	6	2,5
GESAMT	236	100,0

Fast vier Fünftel der niedergelassenen Psychotherapeuten (77,1 %) führen ihre Praxis bis zu 20 Jahren, 38,1 % arbeiten erst seit bis zu zehn Jahren in eigener psychotherapeutischer Praxis. 22,1 % der Befragten arbeiten seit mehr als 21 Jahren in eigener Praxis. Setzt man diese Angaben ins Verhältnis zum Alter der Psychotherapeuten, so zeigt sich, dass bei einem Großteil der Psychotherapeuten die Aufnahme des eigenen Praxisbetriebs nicht unmittelbar nach Abschluss des Studiums und der (Therapie-)Ausbildung erfolgt ist. Der Anteil von 21,1 %, der auf die Aufnahme des Praxisbetriebs in den letzten fünf Jahren entfällt, dürfte im Zusammenhang mit den Regelungen des Psychotherapeutengesetzes und der damit verbundenen Reorganisation der ambulanten psychotherapeutischen Arbeit von Diplom-Psychologen stehen.

⁶ Zum Vergleich: Angaben aus der Datei der Psychotherapeutenkammer zu den angeschriebenen Mitgliedern: weiblich 67,4 %, männlich 32,6 %.

⁷ Zum Vergleich: Angaben aus der Datei der Psychotherapeutenkammer zu den angeschriebenen Mitgliedern: 31- 40 Jahre = 7,6 %; 41 - 50 Jahre = 33,6 %; 51 - 60 Jahre = 44 %; 61- 70 Jahre = 14,1 %; 71 - 80 Jahre = 0,7 %.

Von Interesse war auch der Zulassungsstatus der Psychotherapeuten bei der Kassenärztlichen Vereinigung (siehe Tab. 13).

Tab. 13: Zulassungsstatus (Anzahl der Therapeuten = 233)

Zulassungsstatus	Anzahl	in %
Zulassung bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)	220	94,4
nur Ermächtigung durch die KV	4	1,7
nur Registereintrag bei KV	9	3,9

Über eine Zulassung der KV verfügen 94,4 % der befragten Psychotherapeuten, 1,7 % besitzen eine Ermächtigung. Lediglich 3,9 % der Befragten haben einen Registereintrag bei der KV. Ein Vergleich mit Daten aus der Mitgliederdatei der Psychotherapeutenkammer zeigt, dass an der Befragung vornehmlich Psychotherapeuten teilgenommen haben, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnungsberechtigt sind⁸.

Als anerkannte therapeutische Verfahren im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien (Richtlinienverfahren) gelten tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Gleichwohl zeigt die Praxiserfahrung, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren ausgebildet sind und diese auch anwenden. Tab. 14 gibt einen Überblick über die Therapieverfahren der befragten Psychotherapeuten.

Tab. 14: Angewandte Therapieverfahren (Mehrfachnennungen) (Anzahl der Therapeuten = 241)

Therapieverfahren	Anzahl	in %
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	152	63,1
Psychoanalyse	103	42,7
Verhaltenstherapie	89	36,9
Gesprächspsychotherapie	48	19,9
Systemische/Familientherapie	38	15,8
Gestalttherapie	19	7,9
Körperpsychotherapie	17	7,1
Psychodrama	5	2,1
sonstige Verfahren	54	29,0

Wie Tab. 14 zeigt, sind die o.g. Richtlinienverfahren für die befragten Psychotherapeuten die hauptsächlichen Therapieverfahren. 19,9 % wenden zudem Gesprächspsychotherapie und 15,7 % Systemische/Familientherapie an. Auf andere Therapieverfahren entfallen deutlich geringere Anteile. Unter der Kategorie sonstige Verfahren haben die Psychotherapeuten eine Vielzahl weiterer psychotherapeutischer Verfahren aufgeführt wie bspw. Traumatherapie (12), Hypnose (8), Kathymes Bilderleben (7), NLP (5).

Grundsätzlich spielt bei der Abschätzung des Versorgungsbeitrags von Psychotherapeuten die Arbeitszeit eine wichtige Rolle. Gefragt wurde nach dem Gesamtumfang der psychotherapeutischen Tätigkeit mit Patienten einschließlich nicht abrechenbarer Leistungen (z.B. Verwaltung, Briefe, Telefonate) pro Woche. Tab. 15 zeigt die Verteilung der Wochenarbeitszeit.

⁸ Zum Vergleich: Angaben aus der Datei der Psychotherapeutenkammer zu den angeschriebenen Mitgliedern: Abrechnungsberechtigte Psychotherapeuten = 1150; nicht abrechnungsberechtigte Psychotherapeuten = 368; unbekannt = 423. Legt man nur die bekannten Angaben zugrunde, so verfügen 75,8 % der angeschriebenen Psychotherapeuten über eine Abrechnungsmöglichkeit, 24,2 % haben keine Abrechnungsmöglichkeit.

Tab. 15: Arbeitszeit für psychotherapeutische Tätigkeit (pro Woche)

Arbeitszeit für psychotherapeutische Tätigkeit	Anzahl	in %
bis 25 Stunden	53	22,0
25 bis 40 Stunden	138	57,3
41 und mehr Stunden	50	20,7
GESAMT	241	100,0

Die durchschnittliche Arbeitszeit der Psychotherapeuten fällt unterschiedlich aus: Über die Hälfte arbeitet zwischen 25 und 40 Stunden (57,3 %). Etwa ein Fünftel der Psychotherapeuten arbeitet mehr als 41 Wochenstunden. Immerhin gut jeder Fünfte (22 %) arbeitet bis zu 25 Wochenstunden.

Die Psychotherapeuten arbeiten hauptsächlich in Einzelpraxen (55,8 %) und Praxisgemeinschaften (34,2 %). Gemeinschaftspraxen kommen demgegenüber als Betriebsform deutlich seltener vor (8,8 %)⁹.

Die 243 einbezogenen Psychotherapeuten dürften hinsichtlich der erhobenen Merkmale (Berufsbezeichnung, Alter, Geschlecht, Betriebsform) weitgehend repräsentativ für die Gesamtheit der angeschriebenen Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sein. Deutliche Unterschiede lassen sich lediglich hinsichtlich der Abrechnungsberechtigung gegenüber der KV feststellen. Danach haben vor allem Psychotherapeuten an der Befragung teilgenommen, die über eine solche Abrechnungsberechtigung verfügen.

3.1.2 Psychosekranke Menschen

3.1.2.1 Patienten- und Behandlungsdaten

Ausgehend von den Daten der vorliegenden Studien zum Psychotherapiebedarf (vgl. Löcherbach et al., 2000; Zepf et al., 2000) konnte erwartet werden, dass die befragten Psychotherapeuten psychosekranke Menschen (Patienten mit der Diagnosegruppe F2) nur in geringem Umfang psychotherapeutisch behandeln würden. Als Zeitfenster wurde das gesamte Jahr 2004 gewählt. Gefragt wurde nach allen Patienten, die im Jahr 2004 psychotherapeutisch behandelt wurden. Tab. 16 zeigt den Anteil derjenigen Psychotherapeuten, die im Jahr 2004 psychosekranke Menschen behandelt haben (einschließlich probatorische Sitzungen).

Tab. 16: Anzahl der Psychotherapeuten, die im Jahr 2004 psychosekranke Menschen behandelt haben

	Anzahl	in %
psychosekranke Menschen im Jahr 2004 behandelt	119	49,0
keine psychosekranken Menschen im Jahr 2004 behandelt	124	51,0
GESAMT	243	100,0

Knapp die Hälfte der befragten Psychotherapeuten gab an, im Jahr 2004 psychosekranke Menschen behandelt zu haben. Von den behandelten **336 Patienten** waren 210 (62,5 %) Frauen und 126 (37,5 %) Männer (N der Therapeuten = 116). Tab. 17 gibt einen Überblick über das Alter der im Jahr 2004 behandelten Patienten mit ICD-10 F2 Diagnosen.

⁹ Zum Vergleich: Angaben aus der Datei der Psychotherapeutenkammer zu den angeschriebenen Mitgliedern: Von 1.518 der befragten Psychotherapeuten liegen der Psychotherapeutenkammer Angaben zur Betriebsform vor, danach arbeiten 57,2 % in Einzelpraxen, 38,7 % in Praxisgemeinschaften und 4,1 % in Gemeinschaftspraxen.

Tab. 17: Alter der psychotherapeutisch behandelten Patienten mit ICD-10 F2 Diagnosen (Anzahl der Therapeuten = 116)

Altersgruppen	Anzahl	in %
18 Jahre und jünger	24	7,1
19 - 50 Jahre	267	79,2
51 - 64 Jahre	43	12,8
65 Jahre und älter	3	0,9
GESAMT	337	100,0

Die weit überwiegende Anzahl der behandelten Patienten mit einer ICD-10 F2 Diagnose war zwischen 19 und 50 Jahre alt. Bei 7,1 % der Patienten handelte es sich um Kinder und Jugendliche, 13,7 % waren älter als 50 Jahre, wobei allerdings lediglich drei Patienten 65 Jahre und älter waren.

Auf Basis des ICD-10 haben die Psychotherapeuten bei den behandelten Patienten unterschiedliche Störungen der Diagnosegruppe F2 diagnostiziert. Tab. 18 zeigt die Anzahl der entsprechenden Diagnosen.

Tab. 18: Art und Anzahl der Diagnosen bei Patienten der Störungsgruppe ICD-10 F2 (Anzahl der Therapeuten = 118)

Diagnosen	Anzahl	in %
F 20: Schizophrenie	118	34,4
F 21: schizotype Störung	30	8,7
F 22: anhaltende wahnhaftige Störung	17	4,9
F 23: akute vorübergehende psychotische Störung	47	13,7
F 24: induzierte wahnhaftige Störung	18	5,2
F 25: schizoaffektive Störung	88	25,6
F 28: sonstige nicht-organische psychotische Störung	24	7,0
F 29: nicht näher bezeichnete nicht-organische Psychose	2	0,6
GESAMT	344	100,0

Wie Tab. 18 zeigt, wurden bei den Patienten vor allem Schizophrenie (34,4 %) und schizoaffektive Störung (25,6 %) diagnostiziert. Andere Störungsformen der Diagnosegruppe F2 traten in deutlich geringerem Umfang auf. Mit Blick auf die von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gestellten Diagnosen lassen sich zwischen den verschiedenen Therapeutengruppen keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Legt man die Zahl von 336 Patienten zugrunde, so entfallen auf einen befragten Psychotherapeuten (inkl. derjenigen, die keine Patienten behandelt haben) im Jahr 2004 durchschnittlich **1,4 psychotherapeutisch behandelte psychosekranke Menschen**. Auf diejenigen Psychotherapeuten, die im Jahr 2004 (überhaupt) psychosekranke Menschen behandelt haben, entfallen durchschnittlich **2,9 Behandlungsfälle**. Die Zahlen bewegen sich in einer vergleichbaren Größenordnung wie die von Löcherbach et al. (2000) berichteten Zahlen zum Umfang von behandelten Patienten mit der Diagnosegruppe F2 (siehe Abschn. 2.2.1). Eine vertiefte Analyse der Angaben zeigt jedoch, dass einzelne Psychotherapeuten eine größere Zahl von psychosekranken Menschen im Jahr 2004 behandelt haben. Während drei Viertel der Therapeuten (die überhaupt psychosekranke Patienten behandelt haben) lediglich von bis zu drei Patienten im Jahr 2004 berichten, haben allein vier Therapeuten (3,6 %) 17 % der dokumentierten psychosekranken Patienten behandelt.



Um den Behandlungsaufwand für eine psychotherapeutische Behandlung psychotischer Menschen abschätzen zu können, wurden die Psychotherapeuten nach der geplanten bzw. beantragten Anzahl der Therapiesitzungen für ihre Patienten mit der ICD-10 F2 Diagnose gefragt. Die Angaben sollten sich dabei - unabhängig von den bereits durchgeführten Sitzungen auf die Anzahl der beantragten Sitzungen (einschließlich Umwandlungs- und Fortführungsanträge) beziehen. Tab. 19 gibt einen Überblick über die entsprechenden Angaben.

Tab. 19: Geplante bzw. beantragte Anzahl der Therapiesitzungen bei Patienten mit einer ICD-10 F2 Diagnose (Anzahl der Therapeuten = 115)

Häufigkeit der Therapiesitzungen	Anzahl	in %
nur probatorische Sitzungen, keine Fortsetzung der Behandlung	27	8,3
bis 25 Sitzungen	54	16,6
bis 45 Sitzungen	52	16,0
bis 50 Sitzungen	12	3,7
bis 60 Sitzungen	20	6,1
bis 80 Sitzungen	80	24,5
bis 160 Sitzungen	37	11,4
bis 240 Sitzungen	40	12,3
bis 300 Sitzungen	4	1,2
GESAMT	326	100,0

Die Anzahl der geplanten bzw. beantragten Sitzungen streut bei Patienten mit einer F2 Diagnose stark: Bei 8,7 % der Patienten wurden nur probatorische Sitzungen durchgeführt, ohne danach die Behandlung fortzusetzen. Bis zu 50 Therapiesitzungen wurden bis zum Befragungszeitpunkt bei 36,3 % der Patienten vorgesehen bzw. beantragt. Bei 42,0 % der Patienten waren dies 51 bis 160 Sitzungen. Über 160 Sitzungen entfielen auf 13,5 % der Patienten.

Von einer begleitenden **Behandlung mit Psychopharmaka** während der psychotherapeutischen Behandlung berichten 98 Psychotherapeuten bei 264 Patienten. Das entspricht über zwei Drittel (r. 77 %) der behandelten psychotischen Patienten.

3.1.2.2 Zugangswege, Kooperation, (Weiter-)Vermittlung

Die Schwere der Erkrankung, die Komplexität des Störungsbilds sowie die Erfordernisse der Behandlung lassen bei psychotischen Menschen erwarten, dass mit Blick auf den Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, den Behandlungsverlauf sowie mögliche Anschlussmaßnahmen andere Behandler, Einrichtungen und Dienste eine wichtige Rolle spielen. Tab. 20 zeigt die Zugangswege der behandelten Patienten mit einer ICD-10 F2 Diagnose.

Tab. 20: Zugangswege der behandelten Patienten mit einer ICD-10 F2 Diagnose (Mehrfachnennungen) (Anzahl der Therapeuten = 115)

Zugangswege	Anzahl	in %
Selbstmeldung (ohne formale Überweisung)	80	23,1
Empfehlung von Bezugspersonen (u.a. Angehörige/Freunde/Bekannte/Kollegen)	35	10,1
psychiatrische Krankenhäuser	38	11,0
Institutsambulanzen	7	2,0
Sozialpsychiatrischer Dienst/Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	12	3,5
Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin)	136	39,3
Allgemeinpraxen und andere Facharztpraxen	15	4,3
andere Psychologische Psychotherapeuten	11	3,2
Zugangsweg unbekannt	2	0,6
andere Zugangswege: z.B. Familienberatungsstelle, Krankenkasse, Wohnheim	10	2,9
GESAMT	346	100,0

Zwei Fünftel der im Jahr 2004 von den Befragten behandelten Patienten kamen über Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin) in die ambulante Behandlung von Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Gut jeder fünfte Patient kam ohne Überweisung als Selbstmelder in die Praxen. Psychiatrische Krankenhäuser und Institutsambulanzen waren an 13 % der Überweisungen beteiligt, was vor dem Hintergrund der Häufigkeit stationärer Behandlungen des Krankheitsbilds (2002: 8.295 Fälle, siehe Abschnitt 2.3) darauf verweist, dass die Überleitung zwischen Krankenhaus und ambulanter psychotherapeutischer (Weiter-)Behandlung bei Psychologischen Psychotherapeuten nur unzureichend ausgeprägt ist. Hier fehlen abgestimmte Routinen, Vermittlungen finden lediglich in Einzelfällen statt. Was für Krankenhäuser gilt, gilt vor allem auch für die Sozialpsychiatrischen Dienste (2003: 3.012 Fälle, siehe Abschnitt 2.3) und Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste: Lediglich 3,5 % der Patienten wurden von diesen Diensten in die befragten psychotherapeutischen Praxen vermittelt. Eine geringe Bedeutung bei der Vermittlung spielen zudem Allgemeinärzte, andere Fachärzte und andere Psychologische Psychotherapeuten. Auch andere psychosoziale und psychiatrische Einrichtungen und Dienste vermitteln psychosekranke Menschen nur in Ausnahmefällen in eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bei Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Bei einer Betrachtung der Angaben pro Psychotherapeut zeigt sich, dass einzelne Psychotherapeuten intensiver mit Fachärzten zusammenarbeiten (Vermittlung von bis zu elf Patienten) oder Selbstmelder erreichen (bis zu 15 Selbstmelder). Diese Ergebnisse machen deutlich, dass es in Berlin einige wenige Psychotherapeuten gibt, bei denen Zugangswege von psychosekranken Menschen in die Psychotherapeutenpraxen gebahnt sind. Ein Vergleich der Angaben von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergibt hinsichtlich der Zugänge keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapeutengruppen.

Von Interesse war auch, inwieweit während der psychotherapeutischen Behandlung eine Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Diensten und Behandlern erfolgt ist. Tab. 21 gibt diese Zusammenarbeit bezogen auf die im Jahr 2004 behandelten Patienten mit einer ICD-10 F2 Diagnose an.

Tab. 21: Zusammenarbeit mit Einrichtungen, Diensten und anderen Behandlern (Mehrfachnennungen) (Anzahl der Therapeuten = 111)

Zusammenarbeit mit ...	Anzahl	in %
psychiatrischen Krankenhäuser	63	18,1
Institutsambulanzen	19	5,5
Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psycho-therapeutische Medizin)	198	56,9
Allgemeinpraxen und andere Facharztpraxen	22	6,3
Sozialpsychiatrischen Diensten/Gesundheitsamt	23	6,6
Rehabilitationseinrichtungen	18	5,2
anderen Einrichtungen, Diensten z.B. ...	5	1,4
GESAMT	348	100,0

Die befragten Psychotherapeuten haben danach vor allem mit Neurologen und Psychiatern zusammengearbeitet (56,9 %), was im Zusammenhang mit dem hohen Anteil von psychosekranken Patienten stehen dürfte, die begleitend mit Psychopharmaka behandelt wurden. 18,1 % der Angaben zur Kooperation entfallen auf Krankenhäuser. Demgegenüber wurde mit anderen Einrichtungen, Diensten und Behandlern (z.B. Sozialpsychiatrische Dienste, Allgemeinpraxen) in deutlich geringerem Umfang patientenbezogen kooperiert.

Die Chronizität der Erkrankung lässt bei psychosekranken Menschen auch nach einer psychotherapeutischen Behandlung in vielen Fällen einen weiteren Behandlungs- bzw. Betreuungsbedarf erwarten. Tab. 22 gibt Auskunft über die Weiter- bzw. Rückvermittlung der behandelten Patienten nach Abschluss der Psychotherapie.

Tab. 22: Gezielte Weitervermittlung/Rückvermittlung an andere Einrichtungen, Behandler, Zusammenarbeit mit Einrichtungen, Diensten und Behandlern etc. nach Abschluss der psychotherapeutischen Behandlung (Mehrfachnennungen) (Anzahl der Therapeuten = 98)

Weitervermittlung/Rückvermittlung in	Anzahl	in %
psychiatrische Krankenhäuser	19	7,3
Institutsambulanzen	14	5,4
Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin)	79	30,4
Allgemeinpraxen und andere Facharztpraxen	28	10,8
Sozialpsychiatrische Dienste, Gesundheitsamt	10	3,8
andere Einrichtungen und Dienste, z.B. Tagesklinik, therapeutische Wohngemeinschaft	18	6,9
keine Weitervermittlung/Rückvermittlung	92	35,4
GESAMT	260	100,0

Bei 35,4 % der Patienten erfolgte bei Abschluss der Behandlung keine Weiter-/Rückvermittlung zu anderen Einrichtungen, Diensten und Behandlern. Knapp ein Drittel (30,4 %) der Patienten, die im Jahr 2004 die psychotherapeutische Behandlung beendeten, wurden von den behandelnden Psychotherapeuten an Neurologen und Psychiater, 10,8 % an Allgemeinärzte (und andere Fachärzte) überwiesen. Bei jedem siebten Patienten (12,7 %) erfolgte eine Überweisung in stationäre Behandlung bzw. in eine Institutsambulanz. Ein Vergleich der Angaben von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergibt hinsichtlich der Weitervermittlung keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapeutengruppen.

Die Psychotherapeuten wurden auch nach ihrer Einschätzung der Qualität der Kooperation mit anderen Einrichtungen, Diensten und Behandlern bezüglich Patienten mit einer ICD-10 F2 Diagnose gebeten. Dabei wurde als Bezugszeitraum nicht nur das Jahr 2004, sondern der gesamte Zeitraum der praktischen Erfahrungen gewählt. Tab. 23 zeigt die Bewertung der Kooperation durch die Psychotherapeuten sowie den Anteil derjenigen, die Angaben zu einem Handlungsbedarf gemacht haben.

Tab. 23: *Einschätzung der Kooperation mit anderen Einrichtungen, Diensten und Behandlern sowie Handlungsbedarfe*

Einschätzung der Kooperation mit ...	überwiegend zufrieden stellend in %	verbesserungsbedürftig in %	Handlungsbedarf in %
psychiatrischen Krankenhäuser (n=123)	47,2	52,8	32,5
Institutsambulanzen (n=63)	74,6	25,4	22,2
Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin) (n=158)	77,2	22,8	16,5
Allgemeinpraxen und anderen Facharztpraxen (n=85)	55,3	44,7	18,8
Sozialpsychiatrischen Diensten, Gesundheitsamt (n=82)	58,5	41,5	15,9
Betreutes Wohnen/Wohneinrichtungen (n=22)	72,7	27,3	13,6

Aus Sicht der Psychotherapeuten ist die Zusammenarbeit mit Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin) (77,2 %), Institutsambulanzen (74,6 %) und Betreutem Wohnen und Wohneinrichtungen (72,7 %) überwiegend zufrieden stellend. Demgegenüber wird die Kooperation mit Psychiatrischen Krankenhäusern (52,8 %), Allgemeinarztpraxen, anderen Facharztpraxen (44,7 %) und den Sozialpsychiatrischen Diensten/Gesundheitsämtern (41,5 %) als verbesserungsbedürftig beurteilt.

Die Befragten formulierten zu allen Einrichtungen, Diensten und Behandlern Handlungsbedarfe zur Verbesserung der Kooperation, wobei dies besonders häufig hinsichtlich der Psychiatrischen Krankenhäuser (32,5 %) geschah. Im Einzelnen:

- § **Psychiatrische Krankenhäuser:** Handlungsbedarf wird hier insbesondere mit Blick auf den Informationsfluss und -austausch gesehen, wobei vor allem der oft verspätete Eingang und die Qualität der Entlassberichte zur stationären Behandlung kritisiert werden. Außerdem werden die oft schwierige Erreichbarkeit von Krankenhausärzten und unklare Zuständigkeiten hervorgehoben. Ein weiterer Schwerpunkt der Nennungen bezieht sich auf den Wunsch bzw. das Erfordernis, patientenbezogen besser zusammenzuarbeiten. Im Sinne einer integrierten Versorgung geht es dabei u.a. darum, sich über die Behandlung auszutauschen, gemeinsam Absprachen zu treffen und Übergänge zwischen den Behandlungsformen zu verbessern.
- § **Institutsambulanzen:** Angestrebt werden sollte eine bessere Verzahnung der Arbeit von Institutsambulanz und niedergelassenen Psychotherapeuten im Sinne einer fachlichen Abstimmung. Die Vorschläge reichen von einer Optimierung der Kommunikation der Behandler bis hin zu gemeinsamen Fallbesprechungen.
- § **Facharztpraxen (Neurologen, Psychiater):** Verbesserungsbedarfe werden vor allem mit Blick auf die gemeinsame Behandlung der Patienten und die sich daraus ergebenden Abstimmungsbedarfe gesehen. Als Hemmnisse für beide Berufsgruppen werden hierbei zeitliche Restriktionen und fehlende Honorierungen von Abstimmungstätigkeiten genannt.

Hinsichtlich der Allgemeinarztpraxen, der Sozialpsychiatrischen Dienste/des Gesundheitsamts und anderer Einrichtungen und Dienste wird insbesondere auf die Notwendigkeit eines verbesserten kollegialen Austauschs hingewiesen.

Abschließend wurden die Befragten gebeten, **Vorschläge** zur Verbesserung bzw. (Weiter-)Entwicklung der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit einer Diagnose der Kategorie ICD-10 F2 zu machen. 76 (31,4 %) der befragten Psychotherapeuten haben hierzu Angaben gemacht. Nachfolgend werden die wesentlichen Vorschläge dargestellt:

- § Eine Vielzahl von Vorschlägen bezieht sich auf die Verbesserung der Kooperation und Abstimmung zwischen der psychotherapeutischen Praxis und anderen Behandlern, Einrichtungen und Diensten. Neben allgemeinen Aussagen wird u.a. auf die Notwendigkeit der gegenseitigen Akzeptanz und des Wissens um die spezifischen Kompetenzen der jeweils anderen Berufsgruppe hingewiesen. Vorgeschlagen werden zudem u.a. die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle, „bspw. zwischen ambulanten und stationären Angeboten, die Bildung von Gesprächskreisen unterschiedlicher Behandler auf bezirklicher Ebene sowie die Verständigung über Behandlungs- und Kooperationsstandards.
- § Verbesserungsbedarfe sehen die Psychotherapeuten auch hinsichtlich des Zugangs psychosekranker Menschen zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Wege hierzu werden in einer Verbesserung der Kenntnisse über Psychotherapie in anderen Einrichtungen und Diensten sowie generell in verbesserten Kooperationsbeziehungen gesehen. Es fällt auf, dass nur wenige Befragte auf die Notwendigkeit hingewiesen haben, die Zahl derjenigen Psychotherapeuten zu erhöhen, die bereit sind, mit psychosekranken Menschen zu arbeiten. Auch konstatieren nur wenige einen Qualifizierungsbedarf Psychologischer Psychotherapeuten mit Blick auf die Behandlung psychosekranker Menschen (Ausbildung, Fortbildung). Einzelne weisen darauf hin, dass bei vielen psychosekranken Patienten eine enge Kooperation mit Psychiatern und komplementären Hilfen erforderlich ist, die jedoch den Rahmen des Praxisbetriebs oft sprengt.
- § Andere Vorschläge zielen auf die Notwendigkeit, die Honorierungsregelungen an die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe anzupassen. Dies sowohl mit Blick auf die notwendigen patientenbezogenen Kooperationsabsprachen als auch hinsichtlich der Möglichkeit des Einbezugs von Bezugspersonen in die Behandlung.

3.1.3 Ältere Menschen

3.1.3.1 Patienten- und Behandlungsdaten

Auch bei der Zielgruppe der älteren Menschen konnte ausgehend von den Daten vorliegender Studien zum Psychotherapiebedarf (vgl. Löcherbach et al., 2000; Zepf et al., 2002) erwartet werden, dass die befragten Psychotherapeuten ältere Menschen (ab 60 Jahre) nur in geringem Umfang psychotherapeutisch behandeln. Als Zeitfenster wurde auch hier das gesamte Jahr 2004 gewählt. Gefragt wurde nach allen ab 60jährigen Patienten, die im Jahr 2004 psychotherapeutisch behandelt wurden. In die Auswertung einbezogen wurden alle befragten Psychotherapeuten, die für die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen zugelassen sind (N = 210). Tab. 24 zeigt die Verteilung der Psychotherapeuten, die ältere Menschen (ab 60 Jahre) behandeln.

Tab. 24: Anzahl der Psychotherapeuten, die im Jahr 2004 ältere Menschen (ab 60 Jahre) behandelt haben

	Anzahl	in %
2004 ältere Menschen behandelt	142	67,6
2004 keine älteren Menschen behandelt	68	32,4
GESAMT	210	100,0

Gut zwei Drittel der Befragten gaben an, im Jahr 2004 ältere Menschen psychotherapeutisch behandelt zu haben.

Von den insgesamt behandelten **424 älteren Patienten** waren 338 (79,7 %) Frauen und 86 Männer (20,3 %). Tab. 25 gibt einen Überblick über das Alter der im Jahr 2004 behandelten älteren Patienten.

Tab. 25: Altersgruppen und Geschlecht (Anzahl der Therapeuten = 139)

Altersgruppen der behandelten Patienten	Männer		Frauen		GESAMT	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
60 - 69 Jahre	65	75,6	259	76,6	324	76,5
70 - 74 Jahre	15	17,4	46	13,6	61	14,4
75 - 79 Jahre	6	7,0	27	8,0	33	7,8
80 - 84 Jahre	0	0,0	6	1,8	6	1,4
GESAMT	86	100,0	338	100,0	424	100,0

Die weit überwiegende Anzahl der behandelten älteren Patienten war zwischen 60 und 69 Jahre alt. Jeder siebte ältere Patient war im Alter zwischen 70 und 74 Jahren. 80 Jahre und älter waren lediglich 1,4 % der Patienten, erwartungsgemäß Frauen. Die Angaben zeigen, dass - wenn überhaupt - eher jüngere Alte Zugang zur ambulanten Psychotherapie finden. Ältere Alte werden von Psychotherapeuten nur in Einzelfällen und Hochbetagte überhaupt nicht erreicht.

Auf Basis des ICD-10 haben die Psychotherapeuten bei den behandelten älteren Patienten unterschiedliche Störungen diagnostiziert. Aus Tab. 26 gehen Art und Anzahl der bei älteren Patienten gestellten Diagnosen hervor.

Tab. 26: Art und Anzahl der Diagnosen bei älteren Menschen (Mehrfachnennungen) (Anzahl der Therapeuten = 140).

Diagnosen	Anzahl	in %
organische, einschließlich symptomatischer Störungen	2	0,4
psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	6	1,2
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	5	1,0
affektive Störungen	217	43,1
neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	240	47,8
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Symptomen oder Faktoren	10	2,0
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	14	2,8
nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	0,2
andere bzw. nicht näher bezeichnete Diagnosen	8	1,6
GESAMT	503	100,0

Wie Tab. 26 zeigt, wurden bei den älteren Patienten weit überwiegend vor allem neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) (47,8 %) sowie affektive Störungen (F3) (43,1 %) diagnostiziert und behandelt. Demgegenüber traten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) sowie Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (F5) nur in Einzelfällen auf. Die hauptsächlich behandelten Störungsbilder (der Störungsgruppen F3 und F4) treten auch bei älteren Menschen, wie einschlägige Studien im Bundesgebiet (siehe Abschnitt 3.1) zeigen, vergleichsweise am häufigsten auf. Den relativ hohen Anteil dieser psychischen Störungen an den psychotherapeutischen Behandlungen bei niedergelassenen Psychotherapeuten belegt auch eine ältere Studie aus Berlin (vgl. Zank & Niemann-Nirmehdi, 1998). Kaum behandelt wurden ältere Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope

Substanzen, obwohl bspw. der Medikamentenmissbrauch (z.B. Benzodiazepine) ein ernst zu nehmendes Problemfeld darstellt.

Doppel- bzw. Mehrfachdiagnosen treten in 35 Behandlungsfällen auf. Bei einem Großteil der Fälle (24) handelt es sich um Diagnosekombinationen aus den Störungsgruppen F3 und F4. Andere Kombinationen (z.B. F4 und F5) treten nur in Einzelfällen auf.

Legt man die Zahl von 424 Patienten zugrunde, so entfielen auf einen befragten Psychotherapeuten (inkl. derjenigen, die keine Patienten behandelt haben) im Jahr 2004 durchschnittlich **2,0 psychotherapeutisch behandelte ältere Menschen (ab 60 Jahre)**¹⁰. Auf diejenigen Psychotherapeuten, die im Jahr 2004 (überhaupt) ältere Menschen behandelt haben, entfallen durchschnittlich **3,0 Behandlungsfälle**. Eine vertiefte Analyse der Angaben zeigt jedoch, dass einzelne Psychotherapeuten eine größere Zahl von älteren Menschen im Jahr 2004 behandelt haben. So haben drei Viertel der Therapeuten (die überhaupt psychosekranke Patienten behandelt haben) bis zu vier ältere Patienten im Jahr 2004 behandelt, fünf Therapeuten (3,5 %) haben demgegenüber 16,5 % der dokumentierten älteren Patienten behandelt.

Zur Einschätzung des Behandlungsaufwands für eine psychotherapeutische Behandlung psychosekranker Menschen wurden die Psychotherapeuten auch hier nach der geplanten bzw. beantragten Anzahl der Therapiesitzungen für ihre älteren Patienten gefragt. Tab. 27 zeigt die Verteilung der beantragten Therapiesitzungen.

Tab. 27: Geplante bzw. beantragte Anzahl der Therapiesitzungen bei älteren Patienten (Anzahl der Therapeuten = 140)

Häufigkeit der Therapiesitzungen	Anzahl	in %
nur probatorische Sitzungen, keine Fortsetzung der Behandlung	16	3,7
bis 25 Sitzungen	135	31,3
bis 45 Sitzungen	72	16,7
bis 50 Sitzungen	43	10,0
bis 60 Sitzungen	45	10,4
bis 80 Sitzungen	71	16,5
bis 160 Sitzungen	31	7,2
bis 240 Sitzungen	18	4,2
GESAMT	431	100,0

Die Anzahl der geplanten bzw. beantragten Sitzungen streut auch bei älteren Patienten stark: Bei 3,7 % der Patienten wurden nur probatorische Sitzungen durchgeführt, ohne danach die Behandlung fortzusetzen. Zum Befragungszeitpunkt wurden bis zu 50 Therapiesitzungen bei 58,0 % der Patienten vorgesehen bzw. beantragt. Bei 34,1 % der Patienten waren dies 51 bis 160 Sitzungen. Über 160 Sitzungen entfielen lediglich auf 4,2 % der Patienten.

Von einer begleitenden **Behandlung mit Psychopharmaka** während der psychotherapeutischen Behandlung berichten 85 Psychotherapeuten bei 205 Patienten im Alter ab 60 Jahren.

3.1.3.2 Zugangswege, Kooperation, (Weiter-)Vermittlung

Von Interesse war auch, wie ältere Menschen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung finden, mit welchen anderen Einrichtungen, Diensten und Behandlern Psychothe-

¹⁰ Zum Vergleich: Löcherbach et al. (2000) berichten, dass bei den befragten Psychotherapeuten lediglich 1,1 % der Arbeitszeit auf die Behandlung älterer Menschen zwischen 61 und 81 Jahren entfallen.

rapeuten während der Behandlung kooperieren und welche Anschlussmaßnahmen vorgesehen waren. Aus Tab. 28 gehen die Zugangswege der behandelten Patienten hervor.

Tab. 28: Zugangswege der behandelten älteren Patienten (Mehrfachnennungen) (Anzahl der Therapeuten = 139)

Zugangswege	Anzahl	in %
Selbstmeldung (ohne formale Überweisung)	72	17,0
Empfehlung von Bezugspersonen (u.a. Angehörige/ Freunde/Bekannte/Kollegen)	74	17,5
psychiatrische Krankenhäuser	14	3,3
Institutsambulanz	5	1,2
Krisendienste	2	0,5
Allgemeinkrankenhäuser	3	0,6
Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin)	148	34,9
Allgemeinpraxen und andere Facharztpraxen	89	21,0
ambulante Pflegedienste	2	0,5
andere Zugangswege, z.B. Beratungsstellen, Rehabilitationskliniken	15	3,5
GESAMT	424	100,0

Über die Hälfte der älteren Patienten (55,9 %) wurden von Fachärzten (Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapeutische Medizin) (34,7 %) und Allgemeinmedizinern und anderen Fachärzten (20,9 %) in die psychotherapeutische Behandlung überwiesen. Ohne fremde Vermittlung kamen 17,0 % (Selbstmelder) in die Praxen, 17,5 % der Patienten kamen auf Empfehlung des privaten Umfelds. Aus Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung (Krankenhäusern, Institutsambulanz, Krisendiensten) wurden nur 5 % der Patienten zu den niedergelassenen Psychotherapeuten vermittelt. Ambulante Pflegedienste und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe spielen keine Rolle für die Vermittlung älterer Patienten. Dass diese ihren Kunden bzw. Bewohnern keine Zugangswege in psychotherapeutische Behandlung bahnen, ist umso bedenklicher, als bspw. Studien zur psychischen Situation von älteren Menschen in Heimen den psychotherapeutischen Behandlungsbedarf vieler Bewohner belegen (vgl. z.B. Hirsch & Kastner, 2004). Systematische Vermittlungshemmnisse in ambulante Psychotherapie dürften auch bei Krankenhäusern und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst bestehen. So wurden bspw. bei über 65-jährigen Menschen in Berliner Krankenhäusern 2002 6.088 Behandlungsfälle wegen psychischer und Verhaltensstörungen, bei den Sozialpsychiatrischen Diensten im Jahr 2003 bei über 65-jährigen Menschen 3.392 Fälle mit einer psychischen Störung registriert (siehe auch Abschnitt 3.2).

Von Interesse war auch, inwieweit während der psychotherapeutischen Behandlung eine Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Diensten und Behandlern erfolgt ist. Tab. 29 gibt diese Zusammenarbeit bezogen auf die im Jahr 2004 behandelten älteren Patienten an.

Tab. 29: Zusammenarbeit mit Einrichtungen, Diensten und Behandlern (Mehrfachnennungen)
(Anzahl der Therapeuten = 98)

Zusammenarbeit mit ...	Anzahl	in %
psychiatrischen Krankenhäuser	4	1,4
Institutsambulanzen	2	0,7
Krisendiensten	4	1,4
Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin)	175	61,6
Allgemeinpraxen und andere Facharztpraxen	92	32,4
Alten-/Pflegewohnheimen	1	0,3
ambulanten Pflegediensten	3	1,1
andere, z.B. Rehabilitationskliniken, Physiotherapeuten	9	3,2
GESAMT	284	100,0

Die befragten Psychotherapeuten haben demnach während der psychotherapeutischen Behandlung vor allem mit Neurologen und Psychiatern (61,6 %) und anderen Arztpraxen (32,4 %) kooperiert, was u.a. im Zusammenhang mit dem hohen Anteil von älteren Menschen stehen dürfte, die begleitend mit Psychopharmaka behandelt wurden. Mit anderen Einrichtungen, Diensten und Behandlern erfolgte eine Zusammenarbeit lediglich in Ausnahmefällen.

Tab. 30 zeigt die Weitervermittlung der psychotherapeutisch behandelten Patienten nach Behandlungsabschluss.

Tab. 30: Weitervermittlung/Rückvermittlung an andere Einrichtungen, Behandler nach Abschluss der psychotherapeutischen Behandlung (Mehrfachnennungen) (Anzahl der Therapeuten = 90)

Weitervermittlung/Rückvermittlung in ...	Anzahl	in %
psychiatrische Krankenhäuser	1	0,3
Institutsambulanzen	1	0,3
Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin)	60	20,5
Allgemeinpraxen und andere Facharztpraxen	43	14,7
Alten-/Pflegewohnheimen	3	1,0
ambulante Pflegedienste	6	2,0
andere, z.B. Hospiz, Kontakt- und Beratungsstelle	3	1,0
keine gezielte Weiter-/Rückvermittlung	176	60,1
GESAMT	293	100,0

Von 293 älteren Patienten, die die psychotherapeutische Behandlung beendet hatten, erfolgte bei 60,1 % keine Weiter- bzw. Rückvermittlung. Wenn solche Vermittlungen stattgefunden haben, erfolgten sie überwiegend zu Psychiatern und Neurologen (20,5 %) sowie in Allgemein- arzt- oder andere Facharztpraxen (14,7 %). In Einzelfällen wurden ältere Patienten nach der Therapie in Alten-/Pflegeheime oder in ambulante Pflegedienste vermittelt (3,0 %).

Die Psychotherapeuten wurden auch mit Blick auf die Behandlung älterer Menschen nach ihrer Einschätzung der Qualität der Kooperation mit anderen Einrichtungen, Diensten und Behandlern gebeten. Tab. 30 zeigt die Bewertung der Kooperation durch die Psychotherapeuten sowie den Anteil derjenigen, die Angaben zu einem Handlungsbedarf gemacht haben.

Tab. 31: *Einschätzung der Kooperation mit anderen Einrichtungen, Diensten und anderen Behandlern sowie Handlungsbedarfe*

Einschätzung der Kooperation mit ...	überwiegend zufrieden stellend in %	verbesserungsbedürftig in %	Handlungsbedarf in %
psychiatrische Krankenhäuser (n=51)	39,2	60,8	25,5
Institutsambulanzen (n=41)	65,9	34,1	19,5
Allgemeinkrankenhäuser (n=34)	29,4	70,6	32,3
Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin) (n=114)	78,1	21,9	16,7
Allgemeinpraxen und andere Facharztpraxen (n=101)	68,3	31,7	22,8
Alten-/Pflegewohnheime (n=17)	17,6	82,4	11,8
ambulante Pflegedienste (n=20)	20,0	80,0	80,0

Aus Sicht der Psychotherapeuten ist hinsichtlich der Behandlung älterer Menschen die Zusammenarbeit mit Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin) (78,1 %), Allgemeinpraxen (68,3 %), Institutsambulanzen (65,9 %) und psychiatrischen Krankenhäusern (60,8 %) überwiegend zufrieden stellend. Demgegenüber wird die Kooperation mit Allgemeinkrankenhäusern (29,4 %) und insbesondere mit Einrichtungen der Altenhilfe als verbesserungsbedürftig beurteilt.

Insgesamt fällt auf, dass von den Befragten nur geringfügige Handlungsbedarfe aufgezeigt wurden, obwohl die Kooperation zu einzelnen Einrichtungsarten mehrheitlich als verbesserungsbedürftig eingeschätzt wurde. Dies kann u.a. ein Hinweis darauf sein, dass den befragten Psychotherapeuten mit Blick auf die Psychotherapie älterer Menschen wenig Handlungskonzepte und -vorschläge präsent sind, die über die Psychotherapie im engeren Sinn hinausweisen. Hinzu kommt möglicherweise, dass Leistungen anderer Dienste für ältere Menschen wenig bekannt sind.

In Relation zur Anzahl der Psychotherapeuten, die eine Bewertung der jeweiligen Einrichtungen etc. vorgenommen haben, entfallen auf Allgemeinkrankenhäuser (32,3 %) und insbesondere auf die ambulanten Pflegedienste (80,0 %) die meisten Angaben. Im Einzelnen wurden folgende Handlungsbedarfe genannt:

- § **Psychiatrische Krankenhäuser/Institutsambulanzen/Allgemeinkrankenhäuser:** Handlungsbedarfe sehen die befragten Psychologischen Psychotherapeuten hier insbesondere hinsichtlich der Verbesserung des Informationsflusses und der Klärung von Verantwortlichkeiten auf Seiten der psychiatrischen Krankenhäuser und Institutsambulanzen. Darüber hinaus äußern einzelne Psychotherapeuten in diesem Zusammenhang den Wunsch, dass die psychotherapeutische Behandlung im Allgemeinen und die älterer Menschen im Besonderen als indizierte Behandlungsmethode häufiger akzeptiert werden.
- § **Facharztpraxen (Neurologen, Psychiater)/Allgemeinarztpraxen:** Auch im Kontakt zu niedergelassenen Ärzten sehen die psychologischen Psychotherapeuten vor allem die Verbesserung der Zusammenarbeit als notwendigen Handlungsbedarf. Neben der Verbesserung des Informationsflusses wird dabei vor allem auf im Einzelfall notwendige Abstimmungen zum Behandlungsprozess hingewiesen. Hinsichtlich der Allgemeinmedizin wünscht sich ein Teil der Befragten u.a. die häufigere Einbeziehung von Fachärzten bei psychischen Störungen sowie die Verbesserung der Kenntnisse der Allgemeinmediziner zu den Möglichkeiten psychotherapeutischer Behandlung sowie zu psychischen Störungen bei älteren Menschen.
- § **Altenpflegeheime/ambulante Pflegedienste:** Handlungsvorschläge heben insbesondere darauf ab, dass Psychotherapie generell als Möglichkeit zur Behandlung psychischer Störungen

rungen älterer Menschen mehr gesehen und diese bei einem ggf. vorhandenen Therapiewunsch bei der Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung unterstützt werden.

Abschließend wurden auch hier die Befragten gebeten, **Vorschläge** zur Verbesserung bzw. (Weiter-)Entwicklung der psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen zu machen. 89 (37 %) der befragten Psychotherapeuten haben hierzu Aussagen gemacht. Nachfolgend werden die genannten Vorschläge beschrieben:

- § Die am häufigsten gemachten Aussagen heben darauf ab, dass insgesamt der Stellenwert von Psychotherapie auch mit Blick auf ältere Menschen verbessert werden sollte. Dabei wird sowohl die Notwendigkeit der Verbesserung der Compliance von Psychotherapie bei älteren Menschen selbst als auch des Verständnisses von Psychotherapie bei ihnen betont. Einbezogen werden dabei Behandler (z.B. niedergelassene Ärzte als Überweiser) ebenso wie betreuende Institutionen (z.B. ambulante Pflegedienste, Heime) und Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Darüber hinaus wird die Notwendigkeit hervorgehoben, den Stellenwert von Psychotherapie für ältere Menschen auch in der Öffentlichkeit (Medienarbeit) bekannt zu machen.
- § Ebenfalls häufiger genannt werden Vorschläge, die auf eine Verbesserung des Informationsstands von Betroffenen und professionellen Helfern zur Psychotherapie älterer Menschen, spezialisierten Behandlern und anderen Hilfen bei psychischen Krisen zielen (z.B. Wegweiser, Broschüren, Internetseiten, Informationen bei der Kammer).
- § Ein weiterer Schwerpunkt befasst sich mit der Verbesserung der Qualität von Psychotherapie mit älteren Menschen. Die Anpassung der Ausbildungsinhalte an sich verändernde Bedarfslagen, spezialisierte Fort- und Weiterbildungsangebote, Qualitätszirkel und Supervision zum Thema *ältere Menschen* sind hierzu ebenso Vorschläge wie die Verbesserung von Kenntnissen zu spezifischen Behandlungsmethoden (z.B. kognitive Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Psychoedukation) und Themen wie z.B. Sterbegleitung, Kriegskindergeneration, Flüchtlinge.
- § Schließlich werden im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen die Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (z.B. Ärzten, Sozialarbeitern, Pflegekräften) sowie die Entwicklung spezifischer Handlungskonzepte (z.B. Konsiliardienste, aufsuchende Arbeit, integrierte Versorgung, Kompetenznetzwerk *Alter*) hervorgehoben. Einige Aussagen zielen dabei speziell auf eine Verbesserung der Abstimmung zwischen psychotherapeutischer und begleitender/paralleler medikamentöser Behandlung.

3.2 Befragung ambulanter und komplementärer Einrichtungen und Dienste

In die Auswertung der schriftlichen Befragung ambulanter und komplementärer Einrichtungen konnten insgesamt drei Sozialpsychiatrische Dienste, 17 Kontakt- und Beratungsstellen, ein Krisendienst und sechs Institutsambulanzen einbezogen werden. Dabei sind die Angebote einiger Kontakt- und Beratungsstellen eng verknüpft mit Tageszentren und Zuverdienstmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen. Ein Vergleich mit der Anzahl angeschriebener Einrichtungen und Dienste zeigt, dass vor allem Kontakt- und Beratungsstellen geantwortet haben, Institutsambulanzen in etwa entsprechend ihrer Anzahl vertreten sind, Sozialpsychiatrische Dienste und Krisendienste jedoch deutlich unterrepräsentiert sind.

Die Angebote der befragten Einrichtungen zielen u.a. auf psychisch kranke Menschen mit akuten, insbesondere aber chronischen Erkrankungen sowie z.T. deren Angehörige. In 26 Einrichtungen/Diensten werden u.a. auch psychosekranke Menschen betreut. Wenn nachfolgend die Auswertungsergebnisse dargestellt werden, muss die uneinheitliche Datenbasis in Rechnung gestellt werden. Teilweise liegen den Angaben systematische Dokumentationen zugrunde, z.T. konnten Einrichtungen lediglich Schätzungen vornehmen. Zu den Angaben wird in einer Fußno-

te jeweils der Anteil der dokumentierten bzw. geschätzten Angaben vermerkt. Die Auswertung zielt folglich eher auf die (explorative) Beschreibung einer komplexen Versorgungssituation sowie die Erfassung von Problemlagen als der (exakten) quantitativen Darstellung von Patientenzahlen.

3.2.1 Psychosekranken Menschen

Von 23 Einrichtungen lagen Angaben zu den betreuten Personen vor. Danach haben diese Einrichtungen im Jahr 2004 insgesamt 5.719 psychosekranken Menschen betreut¹¹. Dabei erfolgte eine Diagnosestellung bei knapp der Hälfte der Einrichtungen auf Basis des ICD-10. Erwartungsgemäß gaben dabei vor allem Institutsambulanzen und Sozialpsychiatrische Dienste hohe Patientenzahlen an.

Von den betreuten psychosekranken Menschen hatten 1.399 (N = 20) einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf¹². Bei ca. der Hälfte dieser Patienten (669) sehen die befragten Einrichtungen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung indiziert.

In der überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen handelt es sich bei den psychosekranken Menschen mit einem Bedarf an einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung um Personen im Alter zwischen 27 und 60 Jahren. 16 Einrichtungen betreuen jüngere Personen und neun ältere Menschen.

Eine psychotherapeutische Behandlung Psychosekranker kann in jeder vierten an der Befragung teilnehmenden Einrichtung (N = 7), vor allem jedoch in den Institutsambulanzen durchgeführt werden. Berichtet wird von insgesamt 255 behandelten psychosekranken Menschen (N = 5).

Mit Blick auf die Fragestellungen der Studie war von besonderem Interesse, wie ggf. die Zusammenarbeit der jeweiligen Einrichtungen mit niedergelassenen (psychologischen und ärztlichen) Psychotherapeuten ausgestaltet ist. 18 Einrichtungen gaben an, dass sie mit Psychotherapeuten kooperieren, wobei 15 Einrichtungen mit ärztlichen Psychotherapeuten und ebenfalls 15 mit psychologischen zusammenzuarbeiten.

Pro Einrichtung traf dies im Jahr 2004 durchschnittlich bei 9,2 Fällen bei psychologischen und 7,4 Fällen bei ärztlichen Psychotherapeuten zu¹³.

21 Einrichtungen gaben an, dass von den Patienten, bei denen eine ambulante Psychotherapie bei einem niedergelassenen (ärztlichen oder psychologischen) Psychotherapeuten angezeigt war, aus unterschiedlichen Gründen diese jedoch nicht durchgeführt wurde bzw. werden konnte. 15 Einrichtungen machten Angaben zur Anzahl dieser Fälle, danach traf dies im Jahr 2004 bei insgesamt 257 Fällen zu¹⁴.

Aus Sicht von drei Viertel der Einrichtungen wurden die indizierten ambulanten Psychotherapien vor allem deshalb nicht durchgeführt, weil Patienten nicht bereit waren und/oder weil Patienten nicht in der Lage waren an der Behandlung teilzunehmen (z.B. unrealistische Krankheits-theorie, krankheitsbedingte Beeinträchtigungen). Ebenso viele Einrichtungen gaben als Gründe für nicht begonnene Behandlungen aber auch angebotsbezogene Ursachen wie bspw. zu lange Wartezeiten sowie die geringe Eignung des ambulanten Settings (z.B. Komm-Struktur, Terminvereinbarung) an. Etwa die Hälfte der Einrichtungen wies - mit Blick auf die konkreten Fälle - darauf hin, dass zur Behandlung von psychosekranken Menschen qualifizierte Psychotherapeuten fehlen.

11 Angaben dokumentiert 68 %; geschätzt 32 %.

12 Angaben dokumentiert 59 %; geschätzt 41 %

13 Angaben dokumentiert 47 %; geschätzt 53 %

14 Angaben dokumentiert 31 %; geschätzt 69 %



Übergreifend gefragt nach den hauptsächlichsten **Hemmnissen und Problemen** im Hinblick auf die psychotherapeutische Behandlung psychotischer Menschen durch niedergelassene Therapeuten machen die befragten Einrichtungen Angaben zu folgenden Schwerpunkten:

- § Als ein wichtiges Hemmnis identifizieren die Einrichtungen - aus ihrer Sicht - fehlende Qualifikationen bei niedergelassenen Psychotherapeuten zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von psychotischen Menschen. In diesem Zusammenhang werden Ausbildungs- und Fortbildungsbedarfe ebenso thematisiert wie fehlende Standards, sodass die Zuweisung bzw. Vermittlung eher zufällig und auf der Grundlage persönlicher Kenntnisse erfolgen muss. Zudem wird darauf verwiesen, dass - gemessen am Bedarf - die vorhandenen Kapazitäten von in der Psychotherapie erfahrenen Psychotherapeuten unzureichend sind.
- § Weitere häufig genannte Hemmnisse beziehen sich auf Fragen des Zugangs und des Settings. Dabei wird neben Wartezeiten u.a. darauf verwiesen, dass gemessen an den Erfordernissen des Krankheitsbilds das ambulante psychotherapeutische Setting zu unflexibel ist. Die Dauer einer Behandlungseinheit, der Ort der Behandlung sowie die eingesetzten Methoden müssten demnach flexibler ausgestaltet werden. Hindernisse hierfür sehen die Einrichtungen sowohl bei den niedergelassenen Psychotherapeuten (z.B. fehlende Bereitschaft) als auch in der Ausgestaltung der psychotherapeutischen Leistungserbringung durch Selbstverwaltungsorgane (z.B. Krankenkassen, KV).
- § Schließlich werden auch Hemmnisse in der Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen niedergelassenen Psychotherapeuten und den ambulanten bzw. komplementären Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung sowie patientenbezogene Hemmnisse (z.B. fehlende Behandlungsbereitschaft, Ängste, Negativerfahrungen) genannt.

Ausgehend von diesen Problemen machen die Einrichtungen **Vorschläge** zur Verbesserung bzw. (Weiter-)Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Psychotischer:

- § Die am häufigsten genannten Vorschläge zielen auf eine Qualifizierung niedergelassener Psychotherapeuten für die Behandlung psychotischer Menschen sowie damit einhergehend die Erhöhung der Anzahl von Psychotherapeuten mit einem qualifizierten Angebot.
- § Darüber hinaus zielen die Vorschläge auf Modifikationen des Settings (z.B. aufsuchende Behandlung in komplementären Einrichtungen), die Verbesserung der Zusammenarbeit mit ambulanten und komplementären Einrichtungen sowie darauf, durch geeignete Maßnahmen den Zugang zur ambulanten Psychotherapie zu verbessern (z.B. Informationspool bei der Psychotherapeutenkammer, Clearing- und Vermittlungsstelle, Vorstellung bzw. Mitarbeit niedergelassener Psychotherapeuten in der PSAG).

Nachfolgend (im Kasten) ist der Auszug aus einer Stellungnahme einer der befragten Träger der ambulanten psychiatrischen Versorgung dargestellt.

**Die psychotherapeutische Versorgung psychotischer Menschen durch
niedergelassene PsychotherapeutInnen aus Sicht einer Einrichtung
der ambulanten psychiatrischen Versorgung (Auszug)**

Unsere KlientInnen wissen nicht, ob und wie sie jemand Geeigneten finden können, weil:

- § sie noch nicht mal wissen, dass sie bei ihrer Kasse eine Liste bekommen (oder auch beim BDP bzw. der Kammer) und die Telefonbücher auch nicht viel sagen
- § sie zu unsicher über ihre Ansprüche sind (Zugang, Stundenanzahl, Abstand zur letzten Psychotherapie ..) und das Setting nicht kennen

- § sie auch nicht wissen, wie sie jemand's Eignung/Erfahrung etc. feststellen können und ihre Erkrankung aber durchaus Spezialisierung/Bereitschaft usw. voraussetzt
- § ihnen nicht bekannt ist, wie sich das mit den anerkannten und den vielleicht von ihnen bevorzugten, aber nicht anerkannten Verfahren verhält
- § sie ihre Erkrankung für unbehandelbar, unheilbar halten, weil ihnen das von medizinischer Seite (Klinik, Psychiater etc.) so gesagt wurde, oft vor langen Jahren, bzw. sie nach Fehlversuchen (wurden bspw. weggeschickt) zu zweifeln beginnen, ob ihnen überhaupt zu helfen sei und wie Psychotherapie für sie gehen könnte
- § sie von medizinischer oder anderer Seite, oft vor langen Jahren, regelrecht vor Psychotherapie oder bestimmten Verfahren (oft: deutende, aufdeckende, konfrontierende ..etc.) gewarnt wurden, dann irgendwann vielleicht eine mehr oder weniger kurze, übende VT mitgemacht haben, von der sie langfristig enttäuscht sind, und einfach keinen Ansatzpunkt mehr finden, wie sie ihre verbliebenen, oft tiefen Anliegen unterbringen könnten
- § sie nicht wissen, wie sie jemand finden können, der ihre Abwehr/Skepsis gegen Medikamente akzeptiert
- § sie das Suchen nicht leisten und Fehlschläge nicht verkraften können
- § sie schlicht verwirrt sind ob der - sagen wir - Vielfalt: von Praxisschildern auf der Straße und Telefonbucheinträgen zum Beispiel. Es gibt da offenbar finanzierte und andere Psychotherapien; und verschiedene Grundberufe (Ärzte/Psychologen; Heilpraktiker; Psychiater, Neurologen, Nervenärzte; Analytiker; Psychologische PsychotherapeutInnen, Gestalttherapeuten usw.) - und hier jeweils unterschiedliche Settings (3 Minuten und das Rezept, 20 Minuten Psychotherapie, 50 Minuten Psychotherapie, nieder- bis hochfrequent, kurz bis 10 Sitzungen, kurz bis 25 Sitzungen, länger ..und ganz lang) mit verschiedenen methodischen Herangehensweisen. Die nur bei Kassenzulassung finanziert werden. Aber auch da findet man vielleicht jemand mit Zusatzfähigkeiten - aber wie?

Wir wissen nicht, wen wir unseren KlientInnen im Einzelfall empfehlen können, weil:

- § wir um all das oben Genannte wissen
- § wir keine Ansatzpunkte für Zusammenarbeit finden
- § wir keine Vermittlungsmöglichkeiten haben außer zufällige über persönliche Kontakte
- § wir nicht wissen, wie sich die niedergelassenen KollegInnen bzgl. wichtiger Aspekte rund ums Setting verhalten, die aus unserer Sicht in der vielleicht mittelfristig aktuellen Situation ausschlaggebend sind, bspw.: Kann die Frequenz nach Bedarf variieren? Können in Krisenphasen Pausen sein? Nimmt der Kollege überhaupt Menschen mit solchen Erkrankungen, die als wenig erfolgversprechend, "schwierig im Gutachterverfahren, hochfrustrant für den Therapeuten, und überhaupt mehrfach unberechenbar und schwer gelten? Sind Doppelstunden möglich? (Geht das alles für den Kollegen abrechnungstechnisch? Und fachlich-persönlich? Und methodisch?)
- § wir letztlich auch nicht klären können, wie wir ohne jede reale Zusammenarbeit und Möglichkeiten des Kennenlernens und angesichts des Fehlens einer psychosebezogenen (besser auf das psychiatrische Arbeitsfeld bezogenen) Zusatzqualifikation/ Schwerpunktsetzung jemandes Eignung einschätzen sollten - und dann oft, gerade in sensiblen Situationen, unsere KlientInnen nicht nur aufs Geradewohl losschicken können. Das Risiko besteht immerhin in nichts weniger als darin, dass sie erneut die Verantwortung für ihre Nichteignung und Unbehandelbarkeit zugewiesen bekommen und noch ein Stück weiter von Hoffnung auf Hilfe, Gestaltungsmöglichkeiten und Veränderung wegrutschen. (Ich spreche hier nicht von der auch oft notwendigen Zurückweisung unangebrachter Wünsche und Erlösungsphantasien.)

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung müsste zweifach verbessert werden:

Einmal auf Seiten der niedergelassenen PsychotherapeutInnen durch eine Erkennbarmachung der Eignung/Qualifikation bzgl. Psychosen u.a. psychiatrischen Diagnosen im ambulanz-psychiatrischen Arbeitsfeld (wie durch Zusatztitel, Zusatzqualifikation etc. - mit irgendeiner Art von Zertifikat, also unabhängiger Überprüfung) und eine Verbesserung der Informations- und Akzeptanzlage bzgl. der verschiedenen Potenziale der komplementären Angebote.

Zum anderen bei der ambulanz-komplementären psychiatrischen Versorgung durch die Etablierung und Beauftragung einer öffentlich finanzierten integrierten Form von Psychotherapie, die Menschen auffängt und behandelt, die aus unterschiedlichen Gründen nicht, noch nicht oder nicht mehr im ambulanz psychotherapeutischen System der Niedergelassenen versorgt werden können, gleichwohl aber unter schweren behandlungsfähigen und -bedürftigen Störungen mit Krankheitswert leiden. (Das Prinzip ist von verschiedenen anderen zielgruppenbezogenen Beratungsstellen bekannt.).

Zum anderen bei der ambulanz-komplementären psychiatrischen Versorgung durch die Etablierung und Beauftragung einer öffentlich finanzierten integrierten Form von Psychotherapie, die Menschen auffängt und behandelt, die aus unterschiedlichen Gründen nicht, noch nicht oder nicht mehr im ambulanz psychotherapeutischen System der Niedergelassenen versorgt werden können, gleichwohl aber unter schweren behandlungsfähigen und -bedürftigen Störungen mit Krankheitswert leiden. (Das Prinzip ist von verschiedenen anderen zielgruppenbezogenen Beratungsstellen bekannt.).

Dies setzte eine beiderseitige Öffnung für ein vielfältiges Informations-, Kooperations- und Verweisungssystem voraus; dieses müsste verbindlich für die beteiligten Psychotherapeuten sein im Sinn einer fest geregelten Vereinbarung. Was wiederum im Einzelfall unübersehbare daten- und klientenschutzrechtliche Fragen aufwirft (Berichtspflichten vs. Dokumentationsformen; Schweigepflichtsentbindung usw. usw.). Allerdings sind solche Fragen schon bspw. bei den Fallkonferenzen und Steuerungsunden lösbar gewesen, wenn alle Beteiligten dies wollen. Bedeutsam wären für mich tatsächlich der Auftrag und das Einverständnis der KlientInnen.

Außerdem sehe ich beachtliche konkurrentielle Hindernisse, die aber durch Zusammenarbeit und eine Stärkung der Position der angestellten Klinischen PsychologInnen/PsychotherapeutInnen nicht unlösbar wären.

Hinzu kommen auch verschiedene Probleme der Kostenträgerschaft. Denn sowohl die nötige Flexibilisierung des Settings, des Gutachterverfahrens etc. im Bereich ambulante Psychotherapie als auch die Einstufung der Qualifikation im komplementären Bereich angestellter PsychotherapeutInnen kosten Geld. Ebenso alle Formen von Zusammenarbeit, die den Niedergelassenen derzeit niemand vergütet und die für die Angestellten nicht vorgesehen sind.

3.2.2 Ältere Menschen

Die befragten Einrichtungen (N = 22) haben im Jahr 2004 insgesamt 2.984 ältere Menschen betreut¹⁵. Erwartungsgemäß gaben dabei vor allem Institutsambulanzen und Sozialpsychiatrische Dienste hohe Patientenzahlen an.

Aus Sicht der Einrichtungen (N = 17) hatten von den betreuten älteren Menschen 573 Personen einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf¹⁶. Bei ca. der Hälfte dieser Patienten (307) sehen die befragten Einrichtungen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung indiziert.

¹⁵ Angaben dokumentiert 50 %; geschätzt 50 %.

¹⁶ Angaben dokumentiert 60%; geschätzt 40 %

Eine psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen wird in jeder dritten Einrichtung (N = 8), vor allem in den Institutsambulanzen durchgeführt. Berichtet wird von insgesamt 141 behandelten älteren Menschen (N = 5).

Mit Blick auf die Fragestellungen der Studie war auch hier von besonderem Interesse, wie ggf. die Zusammenarbeit der jeweiligen Einrichtungen mit niedergelassenen (psychologischen und ärztlichen) Psychotherapeuten ausgestaltet ist. Nur acht Einrichtungen gaben an, dass sie mit Blick auf ältere Menschen mit Psychotherapeuten kooperieren, wobei sieben Einrichtungen mit ärztlichen und ebenfalls sieben mit psychologischen Psychotherapeuten zusammenarbeiten.

Pro Einrichtung traf dies im Jahr 2004 durchschnittlich bei 9,8 Fällen bei psychologischen und 4,2 Fällen bei ärztlichen Psychotherapeuten zu¹⁷.

Von 21 Einrichtungen gaben 13 an, dass von den älteren Menschen, bei denen eine ambulante Psychotherapie bei einem niedergelassenen (ärztlichen oder psychologischen) Psychotherapeuten angezeigt war, aus unterschiedlichen Gründen diese jedoch nicht durchgeführt wurden bzw. werden konnten. Acht Einrichtungen machten Angaben zur Anzahl dieser Fälle; danach traf dies im Jahr 2004 bei insgesamt 137 Fällen zu¹⁸.

Aus Sicht von vier Fünfteln der Einrichtungen wurden auch hier die indizierten ambulanten Psychotherapien vor allem deshalb nicht durchgeführt, weil Patienten nicht bereit oder in der Lage waren, an der Behandlung teilzunehmen (z.B. unrealistische Krankheitstheorie, krankheitsbedingte Beeinträchtigungen). Zudem gab jede zweite Einrichtung als Gründe für nicht begonnene Behandlungen angebotsbezogene Ursachen an (wie bspw. zu lange Wartezeiten, geringe Eignung des ambulanten Settings (z.B. Komm-Struktur, Terminvereinbarung) sowie das Fehlen von zur Behandlung älterer Menschen qualifizierten Psychotherapeuten.

Übergreifend nach den hauptsächlichen **Hemmnissen und Problemen** im Hinblick auf die psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen gefragt, weisen die befragten Einrichtungen vor allem darauf hin, dass das ambulante Behandlungssetting mit Wartezeiten und verbindlichen Terminen für viele ältere Menschen wenig geeignet ist. Zudem werden mit Blick auf ältere Menschen selbst wie auf die Behandlung darauf hingewiesen, dass oft eine Sichtweise vorherrscht, nach der sich bei älteren Menschen eine psychotherapeutische Behandlung nicht mehr lohnt. Schließlich wird auf die oft eingeschränkte Mobilität älterer Menschen verwiesen. Anders als bei psychosekranken Menschen werden Fragen der Qualifikation der Psychotherapeuten kaum thematisiert.

Vorschläge zur Verbesserung bzw. (Weiter-)Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen zielen vor allem darauf ab, gezielt Informationen von Therapeuten zu erhalten, die bereit und qualifiziert sind, mit älteren Menschen psychotherapeutisch zu arbeiten (z.B. Therapeuten-Liste, Vorstellung in Gremien der psychosozialen Versorgung). Des Weiteren sollte die Zusammenarbeit zwischen (spezialisierten) Therapeuten und den (gerontopsychiatrischen) Einrichtungen sowie den Kontakt- und Beratungsstellen fallbezogen verbessert werden (z.B. Information, Absprachen, Fallbesprechungen).

3.2.3 Interviews mit ausgewählten Experten

Die Fragestellungen der durchgeführten Interviews können grundsätzlich nach den thematischen Schwerpunkten Bedarf, Nachfrage, Angebot und Handlungsempfehlungen unterschieden werden. Im Einzelnen:

§ **Bedarf:**

Alle befragten Experten gehen davon aus, dass auch bei älteren Menschen ein Bedarf an ambulanter psychotherapeutischer Behandlung besteht. Eine Analyse der Aussagen zu Um-

¹⁷ Angaben dokumentiert 57 %; geschätzt 43 %

¹⁸ Angaben dokumentiert 30 %; geschätzt 70 %

fang bzw. Schwerpunkten des Bedarfs zeichnet ein differenziertes Bild: Während einerseits davon ausgegangen wird, dass sich der Bedarf bei älteren Menschen im Grundsatz nicht von dem jüngerer Personen unterscheidet, wird andererseits eine Differenzierung vorgenommen. So wird darauf hingewiesen, dass der psychotherapeutische Behandlungsbedarf älterer Menschen häufig bei depressiven Störungen, Suizidalität sowie bei Reaktionen auf schwere Anpassungs- und Belastungsstörungen (z.B. Krankheit, Verlust, Tod) besteht. Dabei wird häufiger ein Bedarf sowohl bei selbst von Krankheit und Behinderung betroffenen Personen als auch bei deren Partnern und Angehörigen gesehen. Gegenwärtig wird von einigen Experten ein spezifischer Bedarf bei Personen der sog. Kriegskindergeneration festgestellt, wobei auf unverarbeitete Traumata hingewiesen wird, die oft erst im Alter verstärkt hervortreten und bearbeitet werden müssen.

§ **Nachfrage:**

Fast alle Experten berichten, dass bei vielen Menschen der gegenwärtigen Altengenerationen eine Skepsis gegenüber Psychotherapie besteht, wobei dies i.d.R. mit fehlenden eigenen Behandlungserfahrungen einhergeht. Zudem spielen gesellschaftliche und individuelle Bewertungen psychischer Probleme und Störungen eine Rolle. Psychotherapie wird oft nicht als Möglichkeit zur Bewältigung psychischer Konflikte und Störungen gesehen. Hinzu kommt, dass oft bei älteren Menschen ein Abwägungsprozess stattfindet, der die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten und -fähigkeiten unterschätzt und den zu leistenden persönlichen Aufwand überschätzt.

§ **Angebot:**

Mit Blick auf das Hilfesystem stellen viele Experten fest, dass qualifizierte Angebote ambulanter psychotherapeutischer Behandlung älterer Menschen weitgehend fehlen bzw. bestehende Angebote wenig bekannt sind. Psychotherapeuten, die bereit und in der Lage sind, ältere Menschen mit ihren spezifischen Problemen psychotherapeutisch zu behandeln, sind oft selbst den professionellen Helfern im Bereich der Altenhilfe und Gerontopsychiatrie nicht bekannt. Zudem wird betont, dass beim bestehenden Setting ambulanter Psychotherapie mit Blick auf die Bewältigungsmöglichkeiten und Fähigkeiten älterer Menschen (z.B. Mobilitätsgrenzen, fehlendes Wissen, eingeschränkte Kontaktfähigkeit) systematische Barrieren bestehen, die eine Inanspruchnahme behindern. Dies geht z.T. einher mit einer fehlenden Vernetzung ambulanter Psychotherapie und anderen Hilfen (z.B. Pflegedienste, ambulante gerontopsychiatrische Hilfen). Schließlich wird von einigen Experten darauf hingewiesen, dass ältere Menschen ggf. andere bzw. modifizierte Behandlungsziele als jüngere Patienten haben und dies eine Anpassung des methodischen Vorgehens (z.B. durch den flexiblen Einsatz unterschiedlicher therapeutischer Verfahren) an die besonderen Bedarfe älterer Menschen erfordert.

§ **Empfehlungen:**

Abgeleitet aus der Einschätzung von Bedarf und Angebot sehen viele Experten als wichtigen ersten Schritt die Herstellung einer transparenten Angebotssituation, indem bspw. behandlungsbereite und spezialisierte Psychotherapeuten ihr Behandlungsangebot bekannt machen (z.B. Therapeutenliste). Diese Bekanntmachung sollte generell in der Öffentlichkeit erfolgen, müsste aber insbesondere in Hilfesystemen zur Pflege, Betreuung und Behandlung älterer Menschen vorgenommen werden. Im Bereich psychiatrischer und gerontopsychiatrischer Versorgung bestehen dabei in Berlin auf bezirklicher Ebene durch die bestehenden Verbundsysteme sowie die Koordinierungsstellen *Rund ums Alter* gute Ansatzpunkte für eine gezielte Information und die Entwicklung von Kooperationsbeziehungen.

Wichtig wäre auch aus Sicht vieler Experten, das Behandlungssetting bspw. durch Kontaktgespräche mit professionellen Helfern und das Behandlungskontingent zu flexibilisieren. Ansatzpunkte für eine Verbesserung des Zugangs werden u.a. darin gesehen, Krankenhausaufenthalte zu nutzen, um Kontakte zu niedergelassenen Psychotherapeuten zu vermitteln.

Eine besondere Herausforderung an die Handlungsbereitschaft aller Beteiligten stellen ältere pflegebedürftige Menschen in Heimen dar. Diesen einen geeigneten und angemessenen Zugang zu einer spezialisierten Psychotherapie zu verschaffen, erfordert neue Wege bei den Behandlern (z.B. aufsuchende Behandlung) ebenso wie strukturelle Änderungen in den Bewilligungs- und Finanzierungsregelungen bei ambulanter Psychotherapie.

4 Empfehlungen

Da zur psychotherapeutischen Versorgung generell und vor allem zur Versorgung von psychosekranken Personen und älteren Menschen sowohl hinsichtlich der bestehenden Versorgungssituation als auch zur Abschätzung des Bedarfs keine ausreichende Datengrundlage vorliegt, hat die Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin die FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln mit der Durchführung einer (explorativen) Studie beauftragt. Diese zielte vor allem darauf, auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der Versorgungspraxis sowie einer Schnittstellenanalyse des ambulanten-niedergelassenen psychotherapeutischen Versorgungsbereichs zu anderen Versorgungssektoren (z.B. komplementärer und [teil-]stationärer Bereich) Vorschläge zur Weiterentwicklung bzw. Verbesserung der Versorgung zu erarbeiten.

Sowohl die Ergebnisse der Sekundäranalyse als auch die Ergebnisse der durchgeführten Befragungen zeigen, dass beide Personengruppen: psychosekranke Menschen und ältere Menschen in nur geringem Maße Zugang zur (ambulanten) psychotherapeutischen Behandlung bei Psychologischen Psychotherapeuten finden bzw. psychotherapeutische Behandlungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Daten zur Prävalenz psychotischer Störungen sowie von psychischen Störungen bei älteren Menschen sowie die Anzahl der in der medizinischen Grundversorgung gestellten Diagnosen psychischer Störungen belegen auch für Berlin einen vergleichsweise hohen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bei psychosekranken Menschen und älteren Menschen.

Mit Blick auf die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen im Allgemeinen und bei niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten im Besonderen sind folgende übergreifende Aspekte beachtenswert:

- § Der Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ist nicht nur für psychosekranke und ältere Menschen erschwert. Auch andere Patientengruppen wie bspw. suchtkranke Personen und Menschen mit geistiger Behinderung finden nur selten in die psychotherapeutische Praxis. Gemeinsam ist all diesen Patientengruppen eine Mehrfachbelastung, oft eine verstärkte Abhängigkeit von anderen Menschen bei der Lebensbewältigung sowie patientenbezogene Hemmnisse hinsichtlich einer Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie.
- § Komplexe Problemlagen erfordern vor dem Hintergrund der Segmentierung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen in der Bundesrepublik die Abstimmung und Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer. Wo diese Kooperationsbeziehungen (sektorintern und -übergreifend) nicht oder nur unzureichend entwickelt sind, kann eine fehlende Abstimmung von notwendigen unterschiedlichen Hilfen zu einer strukturellen Barriere bei der Inanspruchnahme einzelner Leistungen bzw. Angebote führen (z.B. fehlende Begleitung zur ambulanten Psychotherapie, fehlender Konsiliardienst).
- § Die Inanspruchnahme von Psychotherapie ist stark kulturell überformt und beeinflusst von gesellschaftlichen Werthaltungen bzw. Einstellungen. Dies wird besonders mit Blick auf ältere Menschen deutlich. Deutlich mehr als bei somatischen Behandlungen wird die Inanspruchnahme von Psychotherapie durch problematische (negative) gesellschaftliche Einstellungen zu älteren Menschen bzw. zum Alter mitbestimmt (z.B. Defizitorientierung, Fehleinschätzungen von Entwicklungspotenzialen, Kosten-Nutzen-Erwägungen). Beein-

flusst sind von diesen Einstellungen und Haltungen sowohl die betroffenen Patienten als auch (potenzielle) Behandler. Perspektivisch kann davon ausgegangen werden, dass erwartbare Änderungen kultureller Werthaltungen gegenüber dem Alter (u.a. aufgrund einer veränderten Demographie) auch zu Veränderungen hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlung älterer Menschen führen wird.

Vor dem Hintergrund dieser generellen (gesellschaftlichen) Bedingungen werden nachfolgend ausgehend von den Studienergebnissen Empfehlungen dargestellt. Diese akzentuieren insbesondere Handlungsoptionen, die auf die Aufgaben und Möglichkeiten der Psychotherapeutenkammer bzw. von Psychologischen Psychotherapeuten bezogen sind.

§ **spezifische Arbeitsgruppe und Qualitätszirkel**

Die Psychotherapeutenkammer sollte durch die Einrichtung entsprechender Arbeitsgruppen die vorhandenen Qualifikationen und das Erfahrungswissen ihrer Mitglieder für die psychotherapeutische Arbeit mit psychosekranken Menschen und älteren Menschen bündeln. Dabei sollten nicht nur diejenigen Mitglieder angesprochen werden, die im Rahmen niedergelassener ambulanter Psychotherapie Erfahrungen mit der Behandlung der Zielgruppen erworben haben, sondern auch Mitglieder, die in Institutionen mit den Zielgruppen arbeiten. Aufgaben der Arbeitsgruppen könnten neben dem Erfahrungsaustausch bspw. darin bestehen, konkrete Umsetzungsschritte zu den vorliegenden Empfehlungen zu erarbeiten und gemeinsam mit dem Vorstand der Psychotherapeutenkammer umzusetzen (z.B. Fortbildung). Durch die Zusammenführung niedergelassener und angestellter Psychologischer Psychotherapeuten würde zudem ein Beitrag zur Vernetzung auf der Ebene der Berufsgruppen geleistet.

Zusätzlich sollte die Psychotherapeutenkammer ihre Mitglieder zur Initiierung von berufsgruppenübergreifenden und -homogenen Qualitätszirkeln zu den Themen: Psychotherapie mit älteren Menschen bzw. psychosekranken Menschen anregen. In diesem Zusammenhang sollte mit der KV-Berlin zusammengearbeitet werden, die die Qualitätszirkel ggf. als offizielle Fortbildungen für Psychotherapeuten anerkennen kann. Bei bestehenden Qualitätszirkeln sollte die Beschäftigung mit dem Thema initiiert werden (z.B. Materialien, Referentenlisten zur Verfügung stellen).

§ **gezielte Fortbildungsangebote**

Eine zentrale Voraussetzung zur Optimierung des Versorgungsbeitrags Psychologischer Psychotherapeuten für psychosekranke und ältere Menschen besteht darin, die (Behandlungs-)Qualifikationen für diese Patientengruppen zu erhöhen. Die Psychotherapeutenkammer sollte deshalb Fortbildungsmaßnahmen anbieten, in denen spezifische Behandlungskonzepte, Arbeitsansätze und methodische Verfahren in der psychotherapeutischen Arbeit mit psychosekranken und älteren Menschen vermittelt werden. Bei der Konzipierung und Umsetzung solcher Fortbildungsangebote sollten diejenigen (niedergelassenen und angestellten) Kammermitglieder, die bereits über längere und umfängliche Erfahrungen in der Arbeit mit den Zielgruppen als Teilnehmer und - im optimalen Fall - als Fortbildungsreferenten verfügen, gewonnen werden.

§ **spezifische Informationsvermittlung**

Eine bedeutsame Voraussetzung für weitere Schritte stellt die Bündelung von themenspezifischen Informationen dar. In einem ersten Schritt sollten diejenigen Psychologischen Psychotherapeuten erfasst werden, die bereit sind, mit psychosekranken Menschen und älteren Menschen psychotherapeutisch zu arbeiten und über Behandlungserfahrungen bzw. spezifische Behandlungskonzepte verfügen (Therapeutenliste). Diese Informationen sollten in geeigneter Form kammerintern, für Kooperationspartner und für Nachfrager (Patienten) zur Verfügung stehen. Außerdem sollte die Psychotherapeutenkammer im Rahmen ihres Dienstleistungsangebots für Mitglieder themenspezifische Informationen zu Kooperationspartnern, Zugangswegen etc. zusammenfassen.

§ **Aktivitäten zur Anpassung der organisatorischen Rahmenbedingungen**

Das ambulante therapeutische Setting (u.a. Terminvergabe, Zeittakt, Begrenzung auf Richtlinienverfahren, Honorierungsregelung) ist mit Blick auf die psychotherapeutische Behandlung psychosekranker und älterer Menschen mit psychischen Störungen nur begrenzt geeignet. Es sollte deshalb von der Psychotherapeutenkammer im Rahmen eines Umsetzungskonzepts geprüft werden, welche zielgruppenspezifischen Modifikationen des ambulanten Behandlungssettings (z.B. Ort und Dauer der Behandlung, flexible methodische Ansätze) im Rahmen der gegenwärtigen Rahmenbedingungen möglich sind. Darüber hinaus sollte geprüft werden, inwieweit diese Rahmenbedingungen bspw. durch Verhandlungen mit den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam mit anderen Leistungsanbietern (z.B. Nervenärzte, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) veränderbar sind.

§ **Förderung der Vernetzung verschiedener Leistungsanbieter**

Eine wichtige Aufgabe der Psychotherapeutenkammer sowie einzelner Psychologischer Psychotherapeuten vor Ort ist die Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern, die mit psychosekranken und psychisch kranken älteren Menschen arbeiten. Hierzu zählen vor allem diejenigen Einrichtungen, die sich in Berlin im Rahmen der psychiatrischen Pflichtversorgung auf Bezirksebene zu gemeindepsychiatrischen Verbänden zusammengeschlossen haben. Dabei sollten u.a.

§ die Überleitung von psychosekranken Patienten aus psychiatrischen Krankenhäusern nach einem stationären Aufenthalt in ambulante psychotherapeutische Behandlung verbessert werden (z.B. gegenseitige Kenntnisnahme, Absprachen zu Überleitungsprotokollen, Zuständigkeiten und Entlassberichte)

§ eine Verzahnung mit den Institutsambulanzen, u.a. durch gegenseitige Kenntnisnahme und die Verbesserung des patientenbezogenen Kontakts erreicht werden

§ Kontakt zu den Sozialpsychiatrischen Diensten hergestellt werden, um bei vorliegender Indikation rechtzeitig psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen einleiten zu können

§ gemeinsame Veranstaltungen mit Krankenhausträgern und Fachkräften der stationären Psychiatrie (inkl. Institutsambulanz) hinsichtlich Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Psychotherapie mit Psychosekranken durchgeführt werden.

Die Vernetzung von unterschiedlichen, bisher weitgehend unverbundenen Leistungen und Angeboten erfordert i.d.R. einen langen Atem sowie Interventionen und Aktivitäten auf unterschiedlichen Ebenen. Sinnvoll ist dabei ein Vorgehen, das Aktivitäten einzelner Leistungsanbieter vor Ort durch gleichzeitige Aktivitäten auf der Ebene der (verbandlichen) Interessenvertretungen (z.B. der Psychotherapeutenkammer) unterstützt. Ansatzpunkte für eine übergreifende Abstimmung und Koordination der Hilfen bieten dabei in Berlin vor allem die mit der Planung, Kooperation und Vernetzung der psychiatrischen Hilfen befassten Institutionen wie bspw. die Psychiatriekoordinatoren, die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sowie die gemeindepsychiatrischen Verbände und geriatrischen und gerontopsychiatrischen Verbände.

§ **Verbesserung der Kooperation mit Ärzten**

Mit Blick auf beide Zielgruppen sollte sich die Psychotherapeutenkammer aktiv um die Verbesserung der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, insbesondere mit den Nervenärzten und Ärzten für Psychiatrie bemühen. Diese liefern einen wichtigen Versorgungsbeitrag zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von psychosekranken Menschen und älteren Menschen mit psychischen Störungen. Sie sind gleichzeitig wichtige Kooperationspartner für die Vermittlung der Patienten in ambulante Psychotherapie insbesondere und bei psychosekranken Menschen sowie i.d.R. auch bei der Behandlung selbst,

wo Diagnose, Indikationsstellung und Behandlung zwischen dem Psychologischen Psychotherapeuten und dem Facharzt abgestimmt werden müssen.

§ **aktive Förderung der Entwicklung von entsprechenden Modellen integrierter Versorgung gemäß § 140 SGB V**

Die Psychotherapeutenkammer sollte die Einrichtung entsprechender Arbeitsgruppen fachlich und logistisch unterstützen. In den Arbeitsgruppen können spezielle Modellprojekte entwickelt werden (Konzept, Finanzierung usw.). Flankierend sollten über spezifische Veranstaltungen mit qualifizierten Referenten aus dem Bundesgebiet, die Erfahrungen mit entsprechenden Versorgungsmodellen haben, das Interesse geweckt und der fachliche Diskurs unterstützt werden

Neben Aktivitäten auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesärztekammer sollten die Psychotherapeutenkammer sowie einzelne interessierte Mitglieder mit dem Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin e.V. kooperieren. Dieser hat sich u.a. den Aufbau eines Berliner Psychotherapeutennetzes zur Behandlung von Patienten mit schizophrenen und affektiven Psychosen sowie die Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zum Ziel gesetzt und Rahmenempfehlungen für die Psychotherapie bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen¹⁹ formuliert. Der Verein bietet sich zudem als Kooperationspartner im Hinblick auf die Prüfung der Möglichkeiten von integrierten Versorgungskonzepten (nach § 140 SGB V) bezüglich der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von psychosekranken Menschen an.

§ **Verknüpfung von Altenhilfe und ambulanter Psychotherapie**

Neben niedergelassenen Ärzten haben vor allem die ambulanten und stationären Angebote und Einrichtungen der Altenhilfe Zugang zu älteren Menschen mit psychischen Störungen. Eklatant ist dabei, dass zwischen diesen Angeboten und Einrichtungen und Psychologischen Psychotherapeuten fast keine Kontakte bestehen. Hier sollten durch die Psychotherapeutenkammer erste Schritte zur Kontaktaufnahme mit entsprechenden Institutionen (z.B. Verbänden, Koordinationsstellen „Rund ums Alter“) geprüft und ggf. umgesetzt werden. Dabei dürfte es neben der Bekanntmachung konkreter Angebote bspw. von Psychologischen Psychotherapeuten, die über spezifische Qualifikationen und Erfahrungen in der Psychotherapie mit älteren Menschen verfügen, vor allem darum gehen, die Kenntnis und das Verständnis für einen vorhandenen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bei Mitarbeitern der Altenhilfe zu fördern (z.B. durch gemeinsame Veranstaltungen mit Trägern und Fachkräften der Altenhilfe hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Psychotherapie mit alten Menschen).

Der Zusammenhang von Alter und Psychotherapie wird öffentlich kaum wahrgenommen und eine Bereitschaft zur psychotherapeutischen Behandlung ist bei älteren Menschen nur selten vorhanden. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten sollte die Psychotherapeutenkammer deshalb durch geeignete Maßnahmen (z.B. Medienarbeit, Broschüren, Veranstaltungen) einen Beitrag zur Förderung des Themas Psychotherapie und Alter in der Öffentlichkeit leisten.

¹⁹ www.psychiatrie-in-berlin.de

5 Literatur

Arolt & Schmidt (1992). Differenzielle Typologie und Psychotherapie depressiver Erkrankungen im hohen Lebensalter - Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung in Nervenarztpraxen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 5, 17-24.

Barnow & Linden (2001). Wollen alte Menschen sterben? Suizidalität und Lebensüberdruß im hohen Alter. *Fortschritte der Medizin*, 119, Nr. 1, 33-36.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin.

Cooper & Sosna. (1983). Psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. *Nervenarzt*, 54, S 239-249.

Denzin, N.K. (1978). *The Research Act*. New York: McGraw Hill.

Dilling, Weyerer & Castell. (1984). *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke.

Fichter. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Helmchen et al. (1996). Psychiatric Illness in Old Age. Baltes, P.B. & Mayer, K.U. (Hrsg.). *The Berlin Aging Study*. Cambridge: University Press. 167-196.

Helmchen et al. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer, K.U. & Baltes, P.B. (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, S. 186-219.

Hill et al. (1998). Prevalence of Alcohol Dependence and Abuse in General Practice. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22, 935-940.

Hirsch et al. (1999). *Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung*. Die Bundesministerin für Gesundheit (Hrsg.). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 114. Baden-Baden: Nomos - Verlagsgesellschaft.

Hirsch & Kastner (2004). Heimbewohner mit psychischen Störungen - Expertise. Kuratorium der Deutschen Altershilfe (Hrsg.), *Forum*, 38.

Hirsch (2004). Erste Studie zur Situation psychisch schwer kranker alter Menschen in deutschen Pflegeheimen. Kuratorium Deutsche Altershilfe. *PRO ALTER* 2, 59-63.

Heuft, Rudolf & Öri. (1992). Ältere Patienten in psychosomatisch-psychotherapeutischen Institutionen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 38, 358-370.

Heuft, Kruse & Radebold. (2000). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Klostermann, M. (1998). Gerontopsychiatrische Versorgung durch ambulante Pflegedienste - Ergebnisse einer empirischen Analyse. *Z Gerontol Geriatr* 31. 426-437.



Krauss, Cornelsen, Lauter & Schlegel. (1977). Vorläufiger Bericht über eine epidemiologische Studie der 70jährigen und Älteren in Göppingen. In: Degkwitz, R., Radebold, H. & Schulte, P.W. (Hrsg.): Janssen-Symposien. *Gerontopsychiatrie 4* Dusseldorf: Janssen, S. 18-32.

Linden et al. (1993). Verhaltenstherapie in der kassenärztlichen Versorgung - Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung. *Verhaltenstherapie*, 3, 101-111.

Linden (1996). The Utilization of Medical and Nursing Care in Old Age. Baltes & Mayer. (Hrsg.). *The Berlin Aging Study*. Cambridge: University Press. 430-449.

Löcherbach et al. (2000). *Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs*. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 125. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.

Löcherbach & Weber. (2000). Psychotherapeutische Bedarfsplanung nach dem Gesetz: ohne Korrektur der Planungszahlen wird Fehlversorgung festgeschrieben. *Journal für Psychologie*, 8, Heft 4, 27-40.

Melchinger. (1999). *Ambulante Soziotherapie: Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojekts „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen*. Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 115. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges.

Mönter. (2003) Gespräche statt Medikamente? *Psychosoziale Umschau* 1, 14-16.

Radebold. (1990). Alterspsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland - Bestandsaufnahme und Perspektive. Hirsch. (Hrsg.). *Psychotherapie im Alter*. Bern: Verlag Hans Huber. 33-42.

Radebold. (1992). *Psychodynamik und Psychotherapie*. Berlin: Springer Verlag.

Roth-Sackenheim. (2003). Ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Qualifizierte Behandlung nur noch Utopie? *NeuroTransmitter* 12, 42-51.

Schepank. (Hrsg.) (1987). *Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung*. Heidelberg: Springer.

Schmid. (1992). *Psychotherapiebedarf: Analyse und Bewertung epidemiologischer Anhaltswerte und bedarfsbezogene Aussagen unter Bezugnahme auf das „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“*. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Köln: Eigendruck.

Schütte, Reschken & Friedrich. (2003). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation für Erwachsene und Kinder/Jugendliche in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel*. Göttingen: Cuvillier Verlag.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Referat Quantitative Methoden, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme (Hrsg.) (2002). *Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2002-1, Diagnosedaten der Berliner Krankenhauspatienten 1994-1999*. Berlin.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2004a). *Bericht der Sozialpsychiatrischen Dienste in Berlin 2003*. Berlin.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Referat Quantitative Methoden, Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme (Hrsg.) (2004b). *Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2003/2004. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens*. Berlin.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Landesbeauftragter für Psychiatrie (Hrsg.) (2005). *Psychiatrie in Berlin*. Information und Orientierung.

Wernike et al. (2000). Ranges of psychiatric morbidity in the old and very old - results of the Berlin Aging Study (BASE). *Eu Arch Psychiatry Clin Neurosci* 250, 111-119.

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

Wittchen et al. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.

Wittchen & Jacobi. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44, 2001.

Wittchen. (o.J.). *Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen “ - Abschätzungen aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*.

Zank & Niemann-Mirmehdi. (1998). Psychotherapie im Alter - Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 125-129.

Zank. (2002). Einstellungen alter Menschen zur Psychotherapie und Prädiktoren der Behandlungsbereitschaft bei Psychotherapeuten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23, 181-193.

Zank. (2004). Psychotherapie im Alter. *Verhaltenstherapie@psychosoziale Praxis*, 36 Jg. (4), 779-788.

Zepf, Marx & Mengele. (2000). Die ambulante psychotherapeutische Versorgungslage der Erwachsenen sowie der Kinder und Jugendlichen im Saarland. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 32 (3), Suppl. 3, 29-41.

Zepf, Mengele & Marx. (2002). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland*. Gießen: Psychosozialer-Verlag.

Herausgegeben im September 2005 von
**Kammer für Psychologische Psychotherapeuten
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
im Land Berlin**
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin

im
Psychotherapeutenverlag
Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10
69121 Heidelberg

Studie erstellt im August 2005 von
FOGS
Gesellschaft für Forschung und Beratung
im Gesundheits- und Sozialbereich
Prälat-Otto-Müller-Platz 2
50670 Köln

Copyright
Alle Rechte vorbehalten. ©Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin. Nachdruck, auch auszugsweise,
Reproduktion oder Einspeicherung nur mit Genehmigung der Kammer.