

Impulsvortrag Psychotherapie im Alter

Bedarf und Rahmenbedingungen in der
psychotherapeutischen Versorgung

Dr. Kristina Schütz

Bedarfe und Prävalenzen

- wie häufig sind psychische Erkrankungen in welchem Altersbereich
- welche Altersbereiche werden hier sinnvoll definiert
- PP und ÄP im ambulanten Bereich (keine Altersgrenze)
- welche Altersgrenzen kennen die Versorgungseinrichtungen
 - z.B. Grundpauschale im GKV-Bereich 23211 vs. 23212 sonst sind die Leistungen gleich
 - Fachstationen mit Altersgrenzen (Gerontopsychiatrischer Bereich)
 - Rehabilitationen über KK oft auf Dauern von 3 Wochen begrenzt
 - d.h. es findet z.T. schon eine unterschiedliche Behandlung statt...

Altersbereiche

- Allgemeine gesellschaftliche Definitionen:
 - **Übergang ins Alter:** 60- bis 65-Jährige.
 - **Junge Alte:** 60- bis 74-Jährige.
 - **Betagte/Hochbetagte:** 75- bis 89-Jährige.
 - **Höchstbetagte:** 90- bis 99-Jährige.
 - **Langlebige:** 100-Jährige und älter.
-
- Das Erwachsenenalter wird oft in "frühes", "mittleres" und "höheres" Erwachsenenalter unterteilt.
 - Die Altersmedizin (Geriatric) befasst sich dann mit Erkrankungen und Bedürfnissen älterer Menschen, wobei die Altersgrenze oft bei 65 Jahren oder darüber angesetzt wird.

Prävalenzen

- oft findet man die Angabe ca. 30 % Prävalenz für psychische Erkrankungen zum Beobachtungszeitpunkt (d.h. 1/3 der Bevölkerung weist mind. eine psychische Erkrankung im Jahres-Zeitraum auf, 12-Monats-Prävalenz)
 - z.B. *DEGS1-MH-Studie (Jacoby et al. 2016)
- wie ist das Alter dabei verteilt?
- besonders hohe Raten bei jüngeren Menschen

12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen nach Alter und sozioökonomischem Status

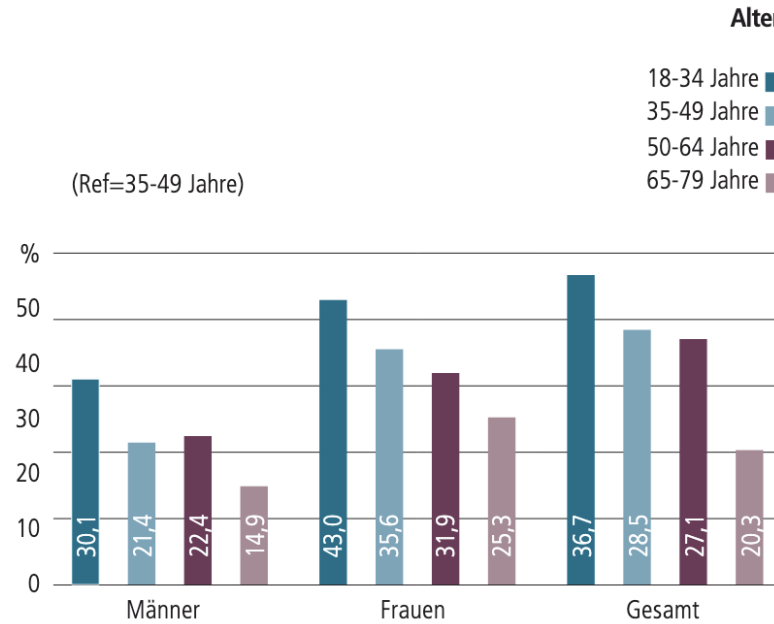


Abbildung 2: 12-Monats-Prävalenzen irgendeiner psychischen Störung, stratifiziert⁵ nach Alter und Geschlecht, in Prozent. Entnommen aus: Jacobi et al. (2014).

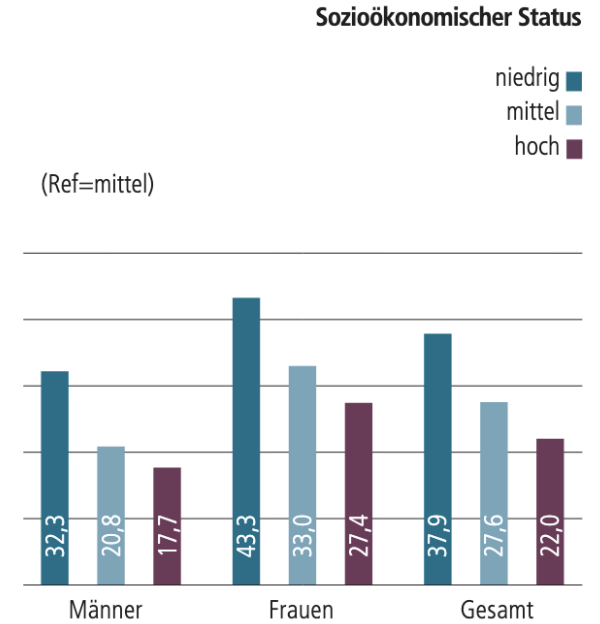


Abbildung 3: 12-Monats-Prävalenzen irgendeiner psychischen Störung, stratifiziert nach sozioökonomischem Status und Geschlecht, in Prozent. Entnommen aus: Jacobi et al. (2014).

REPORT PSYCHOTHERAPIE 2020

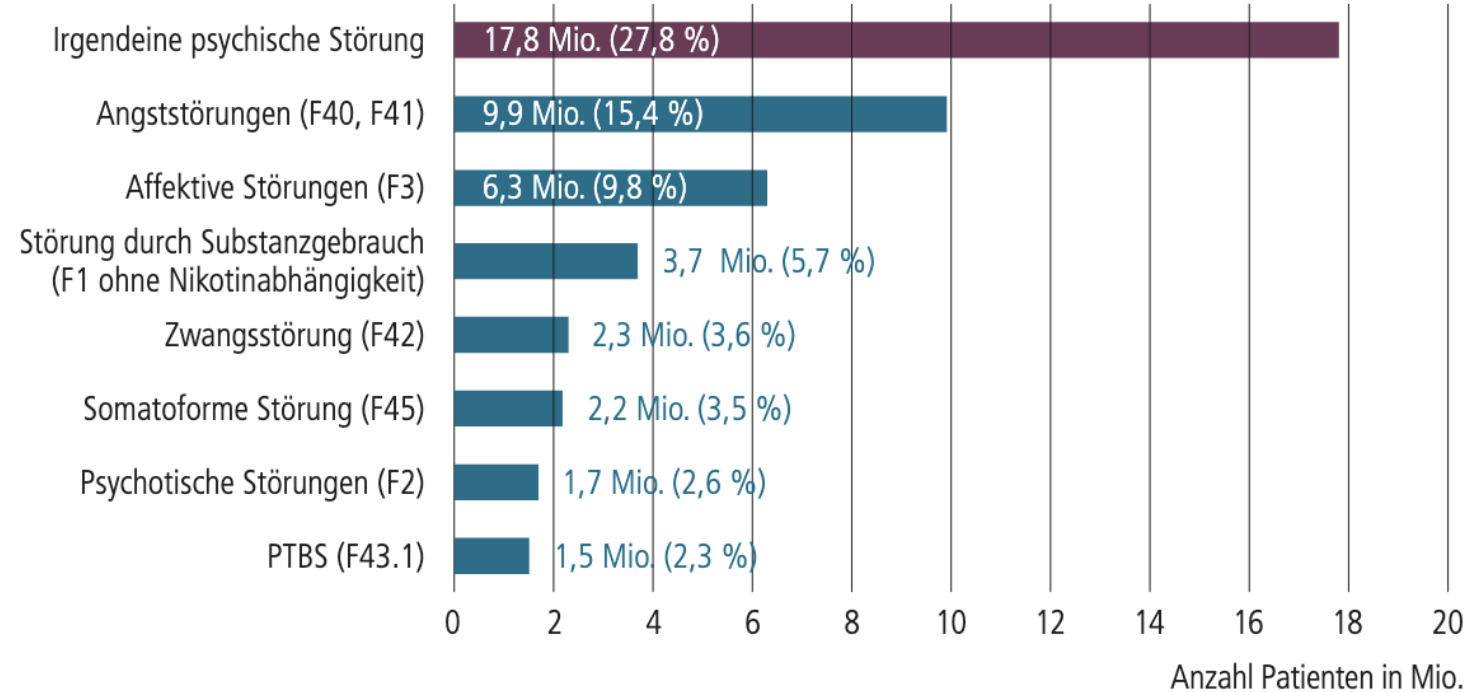


Abbildung 1: Anzahl der jährlich von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen in Mio., in Klammern die 12-Monats-Prävalenzen. Darstellung der wichtigsten Diagnosegruppen und einiger Einzeldiagnosen psychischer Erkrankungen, Bezugsgröße: 64,1 Mio. Deutsche im Alter von 18 bis 79 Jahren. Quelle: Jacobi et al. (2016).

Prävalenzen

- ab einem bestimmten Lebensalter werden aber oft höhere Prävalenzraten gefunden – Hintergrund sind hierfür auch die Diagnosegruppen in Kapitel F0, also auch die dementiellen Erkrankungen
- die häufigsten Erkrankungen mit Behandlungsrelevanz im Alter sind **Depressionen und Angststörungen**
- daneben kommen leider auch chronische schwere Erkrankungen vor (z.B. bipolare Störung, Schizophrenie, Suchterkrankungen exkl. Nikotinabh.) - sogenannte “Life-time Diagnosen“

Suizidalität

Sterbefälle durch Suizid

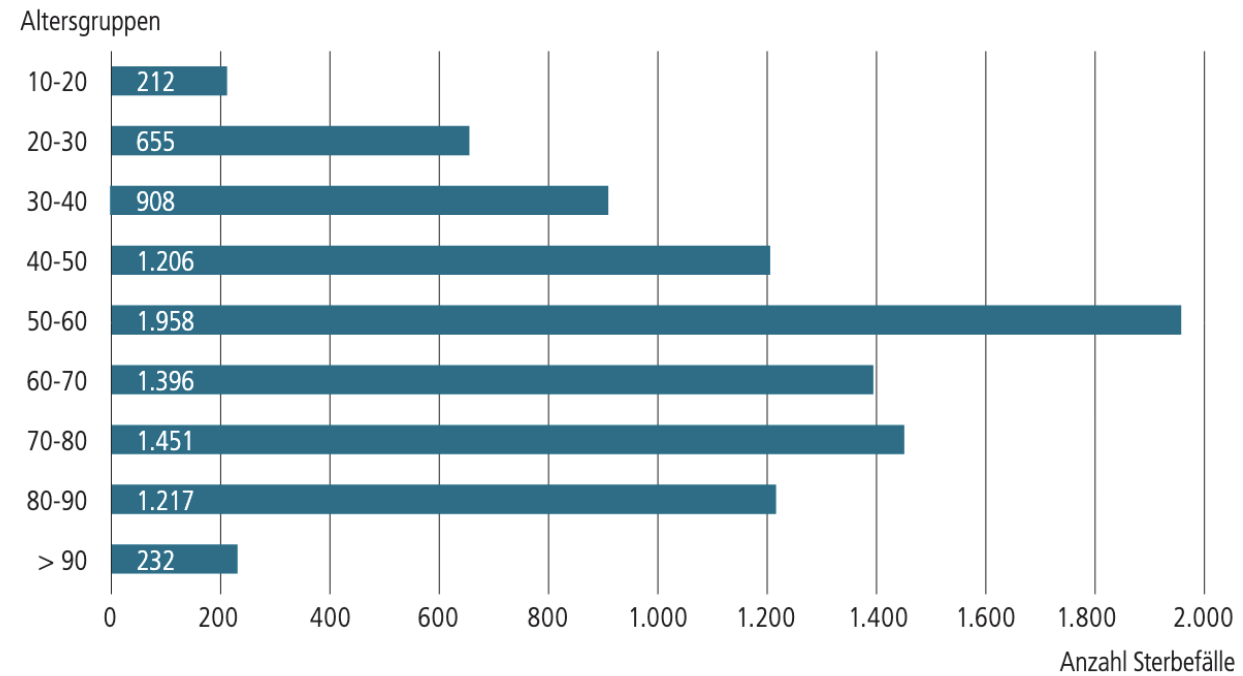


Abbildung 10: Anzahl der Sterbefälle durch Suizid in Deutschland nach Altersgruppen im Jahr 2017.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2020).

Spezifischer Bedarf

- d.h. es gibt einen ähnlich **hohen Bedarf** wie in anderen Altersgruppen
- ca. 5% der Älteren von depressiven Erkrankungen betroffen
- insbesondere Komorbidität spielt hier eine große Rolle (körperliche Erkrankungen, Z.n. schweren Erkrankungen, begleitende Erkrankungen, chronische Schmerzen, Polymedikation) – cave !
- Zugänge sind dahingegen oft eher erschwert (Wege zur Praxis, öffentliche Verkehrsmittel, Barrierefreiheit, Behandlungsbesonderheiten, online Terminbuchung, insgesamt Mangel an Plätzen, Zurückhaltung, Ängste, Abschreckung von Wartelisten, wenig aufsuchende Angebote, Videobehandlung teils noch abschreckend)
- aber auch Vorteile: meist zeitlich flexibel, offen für Gruppenangebote...

“Ideale“ Behandlung von Älteren

- auch Hausbesuche möglich (oder aufsuchende Behandlung in einer Pflegeeinrichtung) – hier gibt es aber Unterschiede zwischen den Verfahren
- breites Wissen um die komorbiden Erkrankungen
- angepasste Verfahren und Methoden (z.B. Angstbehandlung)
- gute Vernetzung mit den Co-Behandlern vor Ort (Ärzten, Ergos, Physios, Pflegedienste, Vereine, Angebote)
- Nutzen von Verordnungs Kompetenzen
- sozialmedizinisches Wissen einbringen können (Pflegegrad, GdB, ambulante Dienste, APP, phKP ...)

Inhaltliche Anpassungsbedarfe

- Psychotherapie insbesondere im Einzelsetting – sehr individualisiert
- Ziele individuell festlegen und anpassen
- Teilhabe ist mitzudenken und auch umzudenken
- Thema Einsamkeit
- spezifische Ängste
- Verlusterfahrungen (von Menschen, Rollen, Funktionen, Hobbies)
- Modelle der Adaption/Anpassung/Umbildung
- andere Belastungen (KG, ALG, EM Rente) eher kein Thema mehr, aber Verbleib im häuslichen Umfeld und Versorgung als wichtige Themen

Konkrete Beispiele: Angst

- Behandlung einer Angststörung bei einer älteren Pat. (76 J.) mit komorbid bestehender Herzerkrankung, Z.n. Stent-OP und Polymedikation
- was ist zu tu, was ist zu beachten?
- an welcher Stelle und wie muss das klassische Vorgehen angepasst werden

Konkrete Beispiele: Angst/ Panik

- Pat. (Ende 70) wohnhaft in Pflegeeinrichtung nach Amputation, nach Krebsdiagnose, Panikattacken mit Atemnot, Palliativbehandlung
- was ist machbar?
- wie kann Behandlung gehen?
- was ist wichtig?

Konkrete Beispiele: Trauma

- durch Nach-Narkosesituation einer hochbetagten Pat. kommt es zu einer (Re-)Traumatisierung – schwere Erfahrung aus der Jugend kommt wieder hoch (Alpträume, Intrusionen, Schreckhaftigkeit u.a.)
- was ist zu tun, wie könnte behandelt werden
- ich spreche hier aus der Perspektive VT – welche spezifischen Methoden können wie eingesetzt werden

Konkrete Beispiele: Depression

- Pat. Jg. 1945 mit seit Jahren rez. depr. Erkrankung
- belastete Familienkontakte
- tiefsitzende negative Gedankenmuster, Verhaltensmuster, Grübelzwänge

- Maßnahmen
- therapeutischer Fokus

Ihre Fragen bitte

... und vielen Dank für die Aufmerksamkeit!