

## Ältere Menschen in der psychotherapeutischen Versorgung

**Dr. Kerstin Kammerer, Katrin Falk,  
Prof. Dr. Josefine Heusinger,  
Institut für Gerontologische  
Forschung e. V.**

Obgleich ältere Menschen häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen sind als jüngere Menschen und erwiesen ist, dass Psychotherapie auch bei älteren Menschen wirksam ist, erhalten sie deutlich seltener psychotherapeutische Behandlung. **Woran scheidet der Zugang zu Psychotherapie für ältere Menschen?** Unter Berücksichtigung verschiedener Perspektiven des Gesundheitssystems geht dieser Frage das Institut für Gerontologische Forschung e. V. (IGF) im Forschungsprojekt „PSYTIA – Psychotherapie im Alter“ nach, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert und in Kooperation mit der Psychotherapeutenkammer Berlin durchgeführt wird. Auch die Perspektive von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Besonderheiten von Psychotherapie mit älteren Menschen werden in den Blick genommen.

Zahlen aus neueren Untersuchungen zeigen, dass 7,9% der 60- bis 69-Jährigen innerhalb eines Jahres eine Depressionsdiagnose erhalten. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen sind es mit 4,5% etwas weniger (Busch et al., 2013, S. 737). Damit liegt die Zwölfmonatsprävalenz der jüngeren Alten über dem altersübergreifenden Durchschnitt, der bei 6% liegt. Bei Frauen wird in allen Altersgruppen doppelt so häufig eine Depression diagnostiziert wie bei Männern. Dabei ist die Suizidalität, die im Alter ab 75 Jahren höher als in jeder anderen Altersgruppe ist, wiederum am höchsten bei den Männern (Statistisches Bundesamt, 2012). Menschen mit niedrigerem Sozialstatus sind grundsätzlich stärker betroffen (Busch et al., 2013, S. 738). Als Grund für die niedrigere Prävalenz bei

den 70- bis 79-Jährigen wird u. a. vermutet, dass bei älteren Menschen mit Depression oftmals körperliche Symptome im Vordergrund stehen, weshalb die Erkrankung häufig nicht erkannt wird (Busch et al., 2013, S. 737; Heuft, Kruse & Radebold, 2006, S. 116). Alterstypische Bestandteile der depressiven Symptomatik, wie Ratlosigkeit, Hemmung und kognitive Beeinträchtigungen, werden zudem beispielsweise leicht als amnestisches Syndrom oder Demenz (Heuft, Kruse & Radebold, 2006, S. 116) fehlinterpretiert.

Der Übergang in den Ruhestand, Mobilitätseinschränkungen, der Verlust nahestehender Menschen oder der Wechsel der Wohnumgebung können im Zusammenhang stehen mit **psychosozialen Faktoren, die im Alter das Depressionsrisiko erhöhen**: Verlust der Selbstständigkeit, Verlust von Macht und Ansehen, Einsamkeit u. a. (Heuft, Kruse & Radebold 2006, S. 117). Wie diese bewältigt werden, hängt u. a. mit den biografischen Erfahrungen sowie mit zeitgeschichtlichen Einflüssen zusammen. Aktuelle Verlusterfahrungen können Mangel- und Gewalterfahrungen aus Kindheit und Jugend reaktivieren und stark belasten (Radebold, 2009).

**Körperliche Faktoren**, wie u. a. zunehmende Mobilitätseinschränkungen, bestimmen in der Regel in stärkerem Maße die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Psychotherapie älterer Patientinnen und Patienten (Heuft, Kruse & Radebold, 2006, S. 214f.). Besonders problematisch ist die Situation für pflegebedürftige depressiv erkrankte Menschen in der eigenen Wohnung oder im Heim. **Zugehende Psychotherapie ist bislang im Versorgungssystem nicht regelhaft vorgesehen**. Zuletzt stellt die Bedeutung von Endlichkeit und Zeitlichkeit im psychotherapeutischen Prozess mit alten Menschen eine Beson-

derheit dar (Peters, 2008, S. 10). Dennoch nimmt die Zahl der genehmigten Psychotherapien ab dem Alter von 65 Jahren deutlich ab (GEK-Report, 2007, S. 137).

Dieser **Diskrepanz zwischen Bedarf und tatsächlicher Versorgung** wird in dem Forschungsprojekt „PSYTIA – Psychotherapie im Alter“ nachgegangen. Fortbildungen zum Thema „Psychotherapie mit älteren Menschen“, z. B. der Psychotherapeutenkammer Berlin, leisten der zunehmenden Bedeutsamkeit Folge.

**Forschungsprojekt**  
**„PSYTIA – Psychotherapie im Alter“**  
Förderung: BMBF  
Kennzeichen: 01GY1310  
Laufzeit: 10/2013 – 09/2016

Kooperationspartner sind die Psychotherapeutenkammer Berlin und das Institut für Allgemeinmedizin der Charité Berlin.

Von Mitte Oktober bis 9. November werden erste allgemeine Daten zur psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen in Berlin erhoben. Die Psychotherapeutenkammer wird hierzu einen Kurzfragebogen an alle Mitglieder zu ihren Erfahrungen mit dieser Patientengruppe versenden. Ihre Teilnahme ist auch dann von großem Interesse für die Untersuchung, wenn Sie bisher noch keine älteren Patientinnen und Patienten behandelt haben. Im Anschluss an den Fragebogen werden mit Interessierten vertiefte Interviews geführt. Bereits heute bitten wir herzlich um Ihre Unterstützung und Mitwirkung an der Studie!

### Literatur

Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnos-

tizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1). In *Bundesgesundheitsblatt* 2013, 56, 733-739.

GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung (2007). *Auswertung der GEK-Gesundheitsberichtserstattung. Schwerpunkt Am-*

*bulante Psychotherapie 2007*. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie* (2. Aufl.). München: Reinhardt-Verlag.

Peters, M. (2008). Alter und Psychotherapie – Von der Annäherung zweier Fremder. *PiD*, 1 (9).

Radebold, H. (2009). *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Statistisches Bundesamt (2012). *Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert, ab 1998)*. Verfügbar unter: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) [05.08.2014]

## Medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

### Dr. Ralph Jäger

Die medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist ein fest integrierter Bestandteil der medizinischen Versorgung in Deutschland. Die gesetzliche Rentenversicherung, die heute in überwiegender Maße Träger der Rehabilitationsleistungen ist, erfüllt damit eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe für die Teilhabe chronisch kranker Kinder und Jugendlicher (1).

Rehabilitation ist aus der medizinischen Versorgung in Deutschland nicht mehr weg zu denken. Doch trotz steter Zunahme chronisch kranker Kinder und Jugendlicher – die an somatischen bzw. psychosomatischen und Verhaltensstörungen leiden – ist in Deutschland ein Rückgang an Anträgen auf medizinische Rehabilitation zu verzeichnen. Das Wissen um deren Bedeutung und um die Möglichkeiten ihrer Inanspruchnahme scheint noch nicht allen Ärzten und Psychotherapeuten geläufig.

Das Robert-Koch-Institut veröffentlichte bereits im Jahr 2006 die alarmierenden Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS-Studie): Demnach sind 17% der Kinder und Jugendlichen zwischen elf und 17 Jahren – nach ihrer Selbsteinschätzung bzw. jener der Eltern – psychisch auffällig. Psychosomatische Störungen und Verhaltensstörungen stellen die zweitgrößte Gruppe der Krankheitsbilder dar, für die medizinische Rehabilitationen bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden. Damit soll chronischen Krankheiten bzw. den sich daraus ergebenden Einschränkungen bei Kindern und Jugendlichen entgegengewirkt werden. Zentrales Ziel für die Rentenversicherung ist somit der Erhalt bzw. die Wieder-

herstellung von Schul-, Ausbildungs- oder Erwerbsfähigkeit.

Die Betreuung der Kinder und Jugendlichen erfolgt durch ein multiprofessionelles Team über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen – eine einmalige Chance, ein umfassendes Bild vom Patienten zu bekommen. Umfassend auch deshalb, weil die Patienten nicht nur von Ärzten, Psychologen und Pflegekräften betreut werden, sondern auch die Beobachtungen der Erzieher, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sporttherapeuten oder z. B. auch Diätassistenten und Pädagogen mit einfließen.

Psychotherapie bzw. psychologische Betreuung der Kinder und Jugendlichen stellt dabei eine wichtige Säule der Behandlung dar. Die hierfür qualifizierten Kliniken werden durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geleitet. Selbstverständlich gehören auch Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zum Team. Aber nicht nur das Personal ist hoch qualifiziert, auch die Konzepte sind eng mit den Rentenversicherungsträgern abgestimmt. Alle Kliniken arbeiten nach dem bio-psycho-sozialen Modell einer funktionalen Gesundheit. Es wird also nicht nur symptombezogen behandelt, sondern die Rehabilitation stellt ein ganzheitliches Zusammenspiel aller (oben genannten) am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen dar.

Rehabilitiert werden können unter anderem Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, wie zum Beispiel Essstörungen, aber auch somatoforme Störungen und Migräne. Dabei sollte immer eine ambulante Psychotherapie durch Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeuten vorausgegangen sein, in deren Betreuung die Patienten nach der Rehabilitation auch wieder entlassen werden können.

Bei der Durchführung einer medizinischen Rehabilitation muss nicht auf etwaige Schulferien geachtet werden: In allen Kliniken wird ein Überbrückungsunterricht angeboten, der sich über alle Klassenstufen bis hin zur Gymnasialstufe streckt. Da die „Klassen“ nur sehr klein sind, kann eine sehr intensive Betreuung erfolgen und nicht selten ist es so, dass die Kinder und Jugendlichen am Ende der Rehabilitation in der Heimatschule problemlos den Anschluss finden bzw. ihren dortigen Mitschülern sogar voraus sind.

### Die Antragstellung ist unkompliziert: Den ärztlichen Befundbericht kann jeder approbierte Arzt ohne spezielle sozialmedizinische Zusatzqualifikation ausstellen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang selbstverständlich der Befundbericht des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, der die Grundlage für die Behandlungsstrategie der medizinischen Rehabilitation in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik darstellt.

### Literatur

- (1) Deutsche Rentenversicherung (2012). *Positionspapier der gesetzlichen Rentenversicherung zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen 2012*.

### Kontakt

Dr. Ralph Jäger, Ärztlicher Dezernent, Abteilung Rehabilitation, Dezernat 8023, Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen, Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin.

E-Mail: [dr.ralph.jaeger@drv-bund.de](mailto:dr.ralph.jaeger@drv-bund.de)

## Arbeitsplatzängste und Arbeitsplatzphobie

### Ein sozialmedizinisch relevantes Sonderproblem bei psychischen Erkrankungen

**Dr. Beate Muschalla, Psychologische Psychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Potsdam und Prof. Dr. Michael Linden, Ärztlicher Leiter des Rehabilitationszentrums Seehof Teltow/Berlin**

Die Arbeit ist zeitlich, inhaltlich und sozial ein wichtiger Lebensbereich, weshalb Geschehnisse am Arbeitsplatz zwangsläufig Auswirkungen auf die psychische Verfassung eines Menschen und psychische Erkrankungen wiederum Auswirkungen auf den Arbeitsplatz haben. Angsterkrankungen gehen auch mit Ängsten am Arbeitsplatz einher:

Zahlreiche unbedingte Angstausröser, wie Hierarchien und Rangkämpfe, Sanktionen durch Vorgesetzte, Unfallgefahren oder Bedrohung durch Dritte (aggressive Kunden, Patienten), Controlling, Ungewissheit und Unkontrollierbarkeit zukünftiger Geschehnisse u. a., wirken zum Teil verstärkt oder verstärkend am Arbeitsplatz. Neben ereignisbezogenen Ätiologien (Konfliktereignisse, „Mobbing“) findet man darum arbeitsplatzbezogene Ängste häufig als Komplikation bzw. Zusatzsyndrom auf dem Boden einer bestehenden Grunderkrankung: Depressionen führen zu Insuffizienz erleben und Versagensangst, Persönlichkeitsstörungen zu interpersonellen Konflikten und folgend zu sozialen Ängsten.

Als gemeinsame Endstrecke kann es zu dem Syndrom einer „Arbeitsplatzphobie“ kommen, mit panikartigen Ängsten bei Annäherung oder auch nur dem Gedanken an den Arbeitsplatz. Es ist dieselbe Art von Psychopathologie wie bei einer U-Bahn-Phobie oder Höhenphobie, nur mit dem Unterschied, dass der phobische Stimulus arbeitsplatzassoziiert ist. In der Konsequenz kommt es dann regelhaft zur Arbeitsplatzvermeidung, d. h. zur Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung. Häufig ist auch eine Generalisierung zu beobachten, wie z. B. die Vermeidung der Straße, in welcher der Betrieb liegt, Vermeidung von Ereignissen, bei denen man

Kollegen begegnen könnte, oder sogar Angstarousal, wenn nur das Gespräch auf den Arbeitsplatz kommt. Bei Annäherung an den angstauslösenden arbeitsplatzbezogenen Stimulus kommt es typischerweise zu einem Anstieg der Angst, gegebenenfalls bis zur Panik, bei Vermeidung zu einem Nachlassen der Angst, im Sinne einer klassischen sogenannten „negativen Verstärkung“. Das Vermeidungsverhalten wirkt belohnend, da es die Angst reduziert, und wird somit gleichzeitig verstärkt.

Arbeitsplatzängste und -phobien sind sowohl in der ambulanten wie stationären Behandlung von Bedeutung, werden aber häufig von den Patienten mit anderen Klagen kaschiert und sind daher nicht ganz leicht zu erkennen. Dabei haben sie erhebliche Konsequenzen auf den weiteren Krankheitsverlauf. Ihre Diagnose verlangt eine genaue arbeitsbezogene Exploration, ihre Behandlung spezielle therapeutische Maßnahmen.

Im Rahmen einer abklingenden Depression kann beispielsweise ein Insuffizienz erleben („Ich schaffe meine Arbeit nicht mehr“) bestehen bleiben, und mit andauernder Arbeitsunfähigkeitsschreibung können Ängste vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz wachsen.

### Behandlungsmethoden

Im Prinzip sind Arbeitsplatzängste zu behandeln wie alle anderen Angsterkrankungen. Allerdings erlauben Arbeitsplätze, im Unterschied zu U-Bahnen oder Kaufhäusern, in der Regel keine in vivo Expositionsübungen, weil sie nicht ohne Weiteres zugänglich und schwer kontrollierbar sind.

Hilfreich kann eine „berufliche Belastungserprobung“ sein. Hierbei werden Patienten mit therapeutischem Auftrag zur Hospitation an ausgewählte Arbeitsstätten entsandt. Viele Rehabilitationskliniken haben mit Arbeitgebern diesbezügliche Kooperationsvereinbarungen. Es können aber auch im Einzelfall mit Arbeitgebern entsprechende Absprachen getroffen werden.

Grundsätzlich einsetzbar sind:

- **arbeitsbezogene Situations- und Verhaltensanalysen,**
- **die Erarbeitung von Angstbewältigungskompetenzen,**
- **Prinzipien des Reframing und Angstmanagements,**
- **Konfliktklärungen,**
- **Expositionen in sensu,**
- **Modifikation dysfunktionaler Kognitionen wie z. B. die Bearbeitung des Anspruchsniveaus.**



### **Stufenweise Wiedereingliederung (SWE) und betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)**

SWE und BEM sind arbeitsplatzorientierte Maßnahmen, die den Patienten stufenweise an den Arbeitsplatz und die Arbeitsanforderungen zurückführen sollen. Bei der SWE zunächst für eine begrenzte Zeit mit einer verringerten Stundenzahl und mit finanzieller Unterstützung durch die Krankenkasse oder die Rentenversicherung, was viele Patienten mit Angst vor Überlastung als hilfreich erleben. Beim BEM wird mit dem Arbeitgeber eine „leidensgerechte“ Änderung des Arbeitsplatzes abgesprochen. Der Patient wird beispielsweise in ein anderes Team versetzt oder vom Außendienst in den Innendienst übernommen, um angstbesetzten Situationen nicht mehr ausgesetzt zu sein.

In jedem Fall ist es notwendig, potenziellen Fehlentwicklungen – z. B.: Patient

möchte kündigen oder arbeitsunfähig geschrieben bleiben – psychotherapeutisch gegenzusteuern, die arbeitsbezogene Angst aktiv zum Behandlungsgegenstand zu machen und nicht in die Vermeidungshaltung zu gehen.

#### **Literatur**

- Linden, M. & Muschalla, B. (2007). Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. *Der Nervenarzt*, 78, 39-44.
- Muschalla, B. & Linden, M. (2010). Betriebliches Eingliederungsmanagement und vernetzte psychosomatische Rehabilitation. In R. Deck, N. Glaser-Möller & T. Reme, *Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation* (S. 109-130). Lage: Jacobs Verlag.
- Linden, M., Müller, M., Oberle-Thiemann, C., Komets, S. & Streibelt, M. (2012). Die „externe berufliche Belastungserprobung“ in der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation. Zielsetzung und Durchführungsmodalitäten. *Prävention & Rehabilitation*, 23, 156-167.

Muschalla, B. & Linden, M. (2013). *Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Phänomenologie, Differentialdiagnostik, Therapie, Sozialmedizin*. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.

#### **Kontakt/Korrespondenzadresse**

Beate Muschalla, Universität Potsdam, Karl-Liebknecht-Str. 24-25, Haus 14, 14476 Potsdam OT Golm

E-Mail: [beate.muschalla@gmx.de](mailto:beate.muschalla@gmx.de)

#### **Geschäftsstelle**

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Tel. 030 887140-0; Fax -40  
[info@psychotherapeutenkammer-berlin.de](mailto:info@psychotherapeutenkammer-berlin.de)  
[www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)