

Stellungnahme der Gerontopsychiatrischen Vernetzung Main/Rhön zum Diskussionspapier:

„Auf dem Weg zu einer Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit“

4.14 Die Sensibilisierung von Akteurinnen und Akteuren sowie Institutionen des Gesundheitswesens zu den Auswirkungen und Risiken von Einsamkeit wird von der Bundesregierung angestrebt. Eine stärkere Verankerung von Prävention von Einsamkeit in den Bundesrahmenempfehlungen der **Nationalen Präventionskonferenz (NPK)** wird angestrebt.

Mittlerweile gibt es bereits viele Bestrebungen bundesweit, die sich mit dem Thema Einsamkeit beschäftigen. Schwierig dabei bleiben die Wege zu den schwer erreichbaren Menschen und zu den Systemsprengern, die nicht in die gängigen Versorgungs- und Beratungsstrukturen passen. Derweil gibt es vielfältige Ideen auch dazu - was es braucht, sind die finanziellen Mittel zur Initiierung und Koordination.

- **Beispiel PräDepA:** In der Region III in Unterfranken läuft aktuell das Projekt „PräDepA“ (Prävention von Depression im Alter) in Kooperation mit der Gerontopsychiatrischen Vernetzung Main/Rhön. In Bürgerworkshops werden mögliche Maßnahmen erarbeitet, die für die Prävention von Depression im Alter eine Rolle spielen.
<https://www.diakonie-schweinfurt.de/depressionen-im-alter-vorbeugen>
Da Einsamkeit ein wichtiger Faktor bei der Prävention von Depressionen im Alter ist, wird hier umfangreich dazu ein Meinungsbild aufgebaut. Ein wichtiger Aspekt ist konkret zu erfassen, was grundsätzlich eher schwer erreichbaren - insbesondere hochaltrigen – Menschen Freude bereiten kann, die nachhaltig in Erinnerung bleibt und was benötigt wird, dass dieses Erleben von Freude weiter ermöglicht werden kann.
- **Beispiel: Mut zum Altern** - Zur Prävention von Einsamkeit im Alter gehört es auch, sich rechtzeitig mit neuen Perspektiven und Möglichkeiten des Alterns auseinanderzusetzen, insbesondere dann, wenn eine Veränderung in der Lebenssituation eintritt, z. B. Eintritt ins Rentenalter, Verlust des Lebenspartners oder beginnende körperliche Einschränkungen bzw. chronischer Schmerzen. Rund um diese Problematik hat die Gerontopsychiatrische Vernetzung Main/Rhön ein bisher einzigartiges Konzept erstellt, das in der Umsetzung jedoch nicht gefördert wird, deswegen so auch nicht für finanziell schwache ältere Menschen geeignet ist.
[GPV Flyer-Auszeit 2024 web.pdf \(dwswhv.lan\)](#)

Bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt

Auch hier, wie in vielen anderen Feldern der Versorgung von alten Menschen in ihrer Häuslichkeit auch, wird bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt eine Rolle spielen (müssen), da ohne diese Hilfen kaum die grundlegende Versorgung zu gewährleisten ist.

Praktische Hilfen wie Fahrdienste oder die einfache Begleitung zu (Therapie – und Arzt-)Terminen wären als erstes zu nennen.

Hilfreich wären mit Sicherheit auch ehrenamtliche Helfer für einsame, mit psychischen Problemen belastete Menschen - analog zu den ehrenamtlichen Helferkreisen im Bereich der Alltagsunterstützung für Menschen mit Demenz. Dies erfordert dementsprechende Qualifizierung auch von Ehrenamtlichen sowie im Verlauf deren Begleitung (Koordination und Supervision).

Information und Öffentlichkeitsarbeit

Medial gehört das Thema regelmäßig aufbereitet, hier ist bereits in den letzten Monaten bundesweit merkbar etwas passiert. Was unbedingt noch verstärkt werden muss, ist die Sensibilisierung zum Thema in den Kommunen, auch in den kleinräumigen Gemeinden. Das Bewusstsein dafür bei den einzelnen Bürgern und Bürgerinnen ist noch nicht vorhanden.

Stellungnahme der Gerontopsychiatrischen Vernetzung Main/Rhön zum Diskussionspapier:

„Auf dem Weg zu einer Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit“

4.15 „Die Sensibilisierung und **Information von psychologischem, psychotherapeutischem und psychiatrischem Fachpersonal**, auch aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Gerontopsychologie und -psychiatrie zum Thema Einsamkeit wird durch die Bundesregierung gefördert. Zugleich soll zur Verbesserung der Vorbeugung und Linderung der Einsamkeit auf die Expertise und die Erfahrung des genannten Fachpersonals zurückgegriffen werden.“

In der folgenden Stellungnahme zu diesem Punkt wird Bezug genommen auf die Masterarbeiten von Ann-Sophie Lang und Mira Gilles-Schulden mit dem Thema **„Psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von älteren Menschen: eine Bestandsaufnahme in den Städten und Landkreisen Schweinfurt, Bad Kissingen, Rhön-Grabfeld und Haßberge“**. Zudem bezieht sich die Stellungnahme in erster Linie auf ältere Menschen.

In den vorherrschenden Altersbildern unserer Gesellschaft steht oft noch die Vorstellung im Vordergrund, dass Altern verbunden ist mit sozialem Rückzug, Multimorbidität und einer depressiv verstimmt Psyche. Zudem herrscht sowohl in der Bevölkerung als auch in Fachkreisen oft die Meinung vor, trotz entsprechend anders lautender Forschung, dass die Wirksamkeit von psychosozialen und psychotherapeutischen Maßnahmen unerheblich ist. Ohne Zweifel wird aber die Behandlung von gerontopsychiatrischen Erkrankungen im Laufe der Zeit aufgrund des demografischen Wandels eine zunehmende Rolle spielen. Es ist zudem davon auszugehen, dass die kommende Generation der Älteren einer psychischen Behandlung gegenüber weniger abweisend gegenübersteht und dementsprechend eine Erwartungshaltung bzw. ein anderes Inanspruchnahmeverhalten entwickelt. Deswegen ergibt sich hier ein Spektrum folgender Fragestellungen:

- Sind die Kenntnisse über Alterspsychotherapie bei den Fachkräften ausreichend?
- Welche Besonderheiten stellen sich im Umgang mit älteren Menschen dar?
- In welchen Bereichen / bei welchen Lebensereignissen erscheinen Interventionen im Alter sinnvoll?
- Welche psychischen Erkrankungen treten wie altersspezifisch auf?
- Welche Rolle spielen Angehörige und Zugehörige? Müssen sie ein festes Setting innerhalb der Behandlung zugesprochen bekommen?

Gründe aus Sicht der Psychotherapeuten, um ältere Menschen eher nicht zu behandeln

Die Konfrontation bei der Behandlung älterer Menschen nicht nur mit psychischen Symptomen sondern auch mit zunehmendem körperlichen und kognitiven Abbau und der damit verbundenen erforderlichen individuellen Anpassung der Therapie, ggf. häufigerer Unterbrechung der Therapie, stellt eine Hürde dar, die erst einmal bewusst überwunden werden muss. Auch fachlich unbegründete Zweifel an der Behandlungsfähigkeit älterer Menschen stehen immer noch im Raum. Die Einstellung, dass diese Personengruppe „schwierig“ sei, und entsprechend die

Beziehungsgestaltung während einer Therapie problematisch sein könnte, erschweren die grundsätzliche Bereitschaft für die Älteren tätig zu werden.

Besonderheiten im Umgang mit älteren Menschen

Es ist davon auszugehen, dass Diagnostik, Gesprächsführung und Gestaltung von Therapieprozessen und -beziehungen den Besonderheiten älterer Menschen anzupassen sind. In der Gerontopsychiatrie liegt eine Vielzahl von Altersmodellen vor, die hier Fachpersonen hilfreich sein kann. Hier besteht noch viel Aufklärungsbedarf, weg von defizitären, von Verlusten und Abbauprozessen geprägten Altersbildern hin zu Ressourcen-stärkenden, Resilienz-fördernden und Kompetenz-unterstützenden Ansätzen in der Therapie.

Bereiche und Lebensereignisse bei älteren Menschen, die der besonderen Aufmerksamkeit bedürfen

- Lebensereignisse: soziale Verluste, Ausscheiden aus dem Berufsleben, körperliche Einschränkungen, Veränderungen des Wohnumfeldes
- Beratung und Angebot: altersgerechtes Wohnen, altersgerechte Dienstleistungen, soziale Teilhabe
- Erlernen neuer Kompetenzen zum selbständigen Verbleib in der Häuslichkeit sowie grundsätzlicher Selbständigkeit

Hilfreich im Zusammenhang mit genannten Punkten wäre grundlegendes Wissen über Beratungs- und Hilfsstrukturen im kommunalen Umfeld der Patient*innen sowie eine regelmäßige Vernetzung zum Austausch und zur Information sowie Kooperationen mit diesen Stellen. Auch die Schnittstelle zu den stationären psychiatrischen Einrichtungen sollte nicht vernachlässigt werden.

Verbreitung von psychischen Erkrankungen im Alter

Die häufigste psychische Erkrankung stellt unzweifelhaft das Feld der Demenzen dar. Die Depression im Alter, und damit auch der wichtigste Risikofaktor, die Einsamkeit, nimmt jedoch unbestritten den zweiten Platz ein.

Es sind auch geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar. Bei älteren Frauen treten vermehrt Depressionen und Angsterkrankungen auf, bei den Männern sind es eher Abhängigkeitserkrankungen und auch Suizidalität tritt gehäuft auf.

Besonders ist bei den psychischen Erkrankungen im Alter darauf zu achten, dass somatische Beschwerden oft im Vordergrund stehen, sodass affektive Beschwerden erst verzögert behandelt werden und somit einem chronischen Verlauf sehr spät begegnet wird.

Bedeutung der An- und Zugehörigen

Um einen nachhaltigen und effektiven Therapieerfolg bei den von Einsamkeit betroffenen Personen zu sichern, sind - vielleicht mehr als bei jeder anderen Altersgruppe - die An- und zugehörigen mit einzubeziehen.

Auch sie benötigen zu allererst das Verständnis für die psychischen Symptome der Betroffenen, das bedeutet die Information und die Wissensvermittlung zum Thema.

Zudem brauchen die Betroffenen bei zunehmenden körperlichen und kognitiven Einschränkungen neben den Therapieeinheiten weitere Unterstützung für das Erreichen eines Therapieerfolges. Ein Therapieerfolg ist unter Umständen sogar nur dann zu erzielen, wenn die vertrauten An- und zugehörigen unmittelbar in die Therapie integriert sind.

Da An- und Zugehörige oft bereits pflegende Angehörige sind und psychische Symptome der Betroffenen ggf. eine zusätzliche Belastung darstellen, sind auch an die Entlastung und Prävention von psychischen Belastungen bei den Pflegenden selbst nicht außer Acht zu lassen.

Stellungnahme der Gerontopsychiatrischen Vernetzung Main/Rhön zum Diskussionspapier:

„Auf dem Weg zu einer Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit“

4.18 Maßnahmen zur Erhaltung der Kompetenzen älterer Menschen sowie zu deren Unterstützung werden gefördert, um soziale Teilhabe zu ermöglichen und zu erhalten

Grundsätzlich gilt es zunächst zu verstehen, dass ältere Menschen sich in aller Regel nicht aktiv aus der sozialen Teilhabe zurückziehen möchten, sondern es Ihnen die Kombination aus Umweltbedingungen und altersbedingten Einschränkungen nicht mehr möglich macht teilzuhaben. Der Rückzug aus Aktivitäten in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit ist dann die Folge, so gut wie nie ist sie freiwillig gewählt.

Um hier erfolgreich anzusetzen bedarf es also zum einen der Veränderung auf struktureller Ebene (im Sinne von Zugänglichkeit schaffen), zum anderen muss der ältere Mensch selbst Kompensationsmöglichkeiten haben.

Zunächst ein Blick auf die notwendigen Kompetenzen eines älteren Menschen. Welche Kompetenzen sind entscheidend, damit sich eine ältere Person unabhängig von der Zugänglichkeit ihrer Umwelt die eigene soziale Teilhabe erhalten kann?

1) *Mobilität: Was muss der ältere Mensch können?*

Für Mobilität über den nahen Sozialraum hinaus ist es in den meisten (ländlichen) Regionen weiterhin notwendig, Auto fahren zu können oder jemanden im nahen Umfeld zu haben der einen mitnehmen kann. Das heißt, dass alle Senior*innen, die entweder kein Auto oder keinen Führerschein besitzen auf eine anderweitige Transportmöglichkeit angewiesen sind. Dies sind dann entweder Familienmitglieder, Freunde oder Bekannte, die natürlich in aller Regel nicht frei flexibel „einsetzbar“ sind. Oder die ältere Person ist auf den öffentlichen Nahverkehr angewiesen, sofern dieser ausreichend ausgebaut ist. Bei einem höheren Maß an körperlichen Einschränkungen ist der Nahverkehr meistens nicht mehr nutzbar.

Auf körperlicher Ebene betrachtet muss die ältere Person in der Lage sein, kurze Strecken fußläufig zu bewältigen und mindestens einige Treppenstufen steigen zu können. Die allermeisten öffentlichen Gebäude im ländlichen Raum sind von Barrierarmut oder Barrierefreiheit weiterhin weit entfernt.

Die eigene Mobilität ist also absolut zentral für die Möglichkeit der sozialen Teilhabe. Der Erfahrung nach schränken sich ältere Menschen häufig in ihrer Mobilität bereits dann ein, wenn sie kleine Unsicherheiten in ihrem Gehverhalten bemerken. Ausschlaggebender Grund ist hierbei die Angst zu stürzen, oft weil bereits ein oder mehrere kleine Stürze vorangegangen sind. Ein Sturzereignis wird verbunden mit einem längeren Krankenhausaufenthalt und nicht zuletzt Verlust der Selbständigkeit. Zudem haben die Senior*innen meist wenig Kenntnis über sinnvolles Schuhwerk, welches eine sehr gute Rutschfestigkeit bieten kann und somit Gehen auf nassem und/oder glattem Untergrund ermöglichen würde. Hilfsmittel werden häufig erst relativ spät eingesetzt, sodass Umgang und Gewöhnung daran relativ schwerfallen und diese Hilfsmittel deshalb wenig genutzt werden.

Welche Ansatzpunkte gibt es hier nun für mögliche Maßnahmen?

- Maßnahmen zur Bewegungsförderung und Sturzprävention
- Maßnahmen zur Sturzangst Prävention

- Gute Hilfsmittelversorgung und Schulung im Umgang mit diesen Hilfsmitteln

2) informiert sein und informiert bleiben: was muss der ältere Mensch können?

Neben der notwendigen Mobilität ist eine weitere Grundvoraussetzung für Teilhabe am gesellschaftlichen Leben das Wissen über stattfindende Angebote, Unterstützungs- und Teilhabemöglichkeiten.

Eine Möglichkeit sich zu informieren, ist es sich selbstständig Wissen anzueignen. Hierfür ist es notwendig zu wissen, wo ich gegebenenfalls Informationen finde. Aufgrund des vorhandenen „digital gaps“ wird es für eine größere Gruppe von (hochaltrigen) Senior*innen künftig schwerer werden, an geeignete Informationen zu kommen. Auf der einen Seite sollte hier durch digitale Bildung die Möglichkeit für alle Senioren geschaffen werden, sich im Internet über Angebote, Veranstaltungen und Unterstützungsleistungen zu informieren. Auf der anderen Seite ist es notwendig, für eine gute Informationsverteilung im kleinen Quartier, also im direkten Wohnumfeld zu sorgen.

Als zentrales Problem in vielen Projekten wird immer wieder genannt, dass die Informationen über Angebote nicht bei der „Zielgruppe ankommen“. Erfolgreiche (im Sinne gut genutzte) Angebote leben zumeist von Mund-zu-Mund Propaganda, welche im Vorhinein nur sehr schwer geplant hergestellt werden kann. Einige Faktoren begünstigen allerdings die Informationsweitergabe von Person zu Person:

- Kleinräumliche Informationsverteilung, also mehr oder weniger in der Nachbarschaft, so dass diese Information gut zu erreichen ist
- Vorhandensein einer lokalen Anlaufstelle (persönlich oder auch telefonisch erreichbar), bei der sich Senioren unkompliziert und zeitnah informieren können

Zusätzlich zu diesen beiden Kernkompetenzen der älteren Person selbst gibt es weitere Faktoren, die eine Ausgrenzung älterer Menschen von sozialer Teilhabe begünstigen.

Neben einigen körperlichen Grunderkrankungen mit entsprechendem Versorgungsbedarf (Dialyse-Pflicht, Mittransport von Sauerstoffversorgung etc.) stellt die größte Herausforderung das Nachlassen der kognitiven Leistung dar. Das Gefühl, „nicht schnell genug im Kopf zu sein“ und in der Folge an Unterhaltungen und Abläufen nicht mehr uneingeschränkt teilnehmen zu können, führt zu einem mehr oder minder schnellen Rückzug aus dem sozialen Umfeld. Nicht zuletzt, weil die Umgebung auf solche Veränderungen unsicher und irritiert reagiert, da sie das veränderte Verhalten zunächst nicht verstehen oder zuordnen kann.

Hier bedarf es guter Sensibilisierung aller Personen, die näher mit älteren Menschen zusammenarbeiten, um ein gutes Reagieren auf erste kognitive Einschränkungen zu ermöglichen. Hier ist vermutlich ein kritischer Punkt, da das Bemerkens von ersten kognitiven Einschränkungen häufig mit einer Art sofortiger Entmündigung des/der Betroffenen einhergeht. Aus Unsicherheit bezüglich der richtigen Kommunikation wird in solchen Situationen sehr schnell nicht mehr mit dem älteren Menschen gesprochen, sondern über ihn. Dies verhindert, dass die Umgebung überhaupt im Klaren darüber sein kann, wie der ältere Mensch selbst diese Situation beurteilt. Ein „kompetent sein in eigener Sache“ des Betroffenen wird so von vornherein verhindert.

Hier kann es von zentraler Bedeutung sein, auch älteren Menschen mit (kognitiven) Einschränkungen die Möglichkeit zu geben, sich selbst zu vertreten und ihre Bedürfnisse zu äußern.

Eine Selbstvertretung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen sowie von älteren Menschen allgemein führt sicherlich auch zu einer Entstigmatisierung und zu einem besseren Dialog zwischen allen Beteiligten und legt den Grundstein für Eigenkompetenz.

Stellungnahme der Gerontopsychiatrischen Vernetzung Main/Rhön zum Diskussionspapier:

„Auf dem Weg zu einer Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit“

4.19 „Im Koalitionsvertrag wurde vereinbart, Wartezeiten auf eine psychotherapeutischen Behandlungsplatz, insbesondere für Kinder und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen deutlich zu reduzieren. Besonders betroffen von langen Wartezeiten sind Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Daher beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit mit den maßgeblichen Akteuren Möglichkeiten zu schaffen, wie Versorgungskapazitäten speziell für diese Patientinnen und Patienten erweitert werden können.“

In der folgenden Stellungnahme zu diesem Punkt wird Bezug genommen auf die Masterarbeiten von Ann-Sophie Lang und Mira Gilles-Schulden mit dem Thema **„Psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von älteren Menschen: eine Bestandsaufnahme in den Städten und Landkreisen Schweinfurt, Bad Kissingen, Rhön-Grabfeld und Haßberge“**. Zudem bezieht sich die Stellungnahme in erster Linie auf ältere Menschen.

Gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen liegen Versorgungsdefizite bei psychosozialen und psychotherapeutischen Angeboten vor. Zudem zeigen die Statistiken der ambulanten Psychotherapie als auch der Sozialpsychiatrischen Dienste, dass alte Menschen in deren Versorgung unterrepräsentiert sind. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Gibt es Rahmenbedingungen in unserem Gesundheitssystem, die eine Inanspruchnahme von Psychotherapie im Alter erschweren?
- Welche Rolle spielen subjektiv empfundene Bedenken und objektive Wissensdefizite bei den potenziellen Zuweisern (z. B. Hausärzte) bei der Verordnung entsprechender Therapien?
- Inwieweit beeinflussen negative Einstellungen der alten Menschen selber die Bereitschaft, psychosoziale oder psychotherapeutische Angebote in Anspruch zu nehmen?
- Gibt es weitere Faktoren, die Hinderungsgründe für eine Behandlung darstellen könnten?
- Welche erweiterten Unterstützungsmöglichkeiten gibt es evtl. noch?

Psychotherapie im Altersvergleich

Bei einer Gegenüberstellung der Zahlen stellt man sich die Frage, warum die Gruppe der älteren Menschen trotz Behandlungsbedarf deutlich seltener als andere Altersgruppen eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nimmt. Eigentlich nimmt die Beanspruchung von psychotherapeutischer und psychologischer Behandlung mit steigendem Alter zu. Ab

einem Alter von etwa 60 Jahren fällt die Anzahl der Leistungen in den Statistiken jedoch stetig und merkbar ab.

Umsetzung der grundlegenden Vorgaben unseres Gesundheitssystems für alte Menschen

Es ist eine Tatsache, dass etwa ein Viertel der Menschen im Alter von 65 Jahren oder älter eine psychische Erkrankung aufweist. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer quantitativ und qualitativ hochwertigen gerontopsychiatrischen Versorgung.

Lt. einer Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind die Wartezeiten auf einen Therapieplatz in allen Altersgruppen verheerend hoch. Selbst 40% der Patienten, die bei einem Erstgespräch bereits eine psychische Erkrankung diagnostiziert bekommen hatten, warteten 3-9 Monate auf den Beginn einer Behandlung. Der Grund für die langen Wartezeiten ist in den nicht ausreichend vorhandenen Therapieplätzen zu suchen. Es wäre also an der Zeit, an den Stellschrauben des Verfahrens zur Bedarfsplanung zu drehen, um das Bild den tatsächlichen Bedarfen anzupassen.

Im Alter ist zudem davon auszugehen, dass die Verfahren der Kostengenehmigung bei den Krankenkassen nicht immer den Erfordernissen entsprechen, da ja ältere Rentner und Rentnerinnen nicht mehr dem Erwerbsleben zugeführt werden müssen. Zudem ist davon auszugehen, dass eine Behandlung von älteren Menschen ggf. mehr Zeitaufwand durch öfters individuelle Anpassung der Behandlung und den Einbezug von An- und Zugehörigen für den Therapieerfolg beinhaltet, was aufgrund fehlender Ressourcen dann eher vermieden wird, weil durch das System nicht refinanziert.

Rolle der zuweisenden Ärzt*innen, z. B. Hausärzt*innen, bei der Versorgung

Es zeigt sich, dass bei Arztbesuchen von älteren Menschen häufig körperliche Symptome im Vordergrund stehen. Die Verdachtsmomente einer psychischen Erkrankung gerade auch in Kombination mit dem andauernden Zeitmangel der Ärzt*innen verhindern dann eine korrekte Verdachtsdiagnose von psychischen Störungen. So wurde in Untersuchungen festgestellt, dass 75-jährige Patient*innen mit typischen Symptomen von Depression seltener diesbezüglich befragt wurden als jüngere Patienten.

Ebenso wurde festgestellt, dass eine Überweisung älterer Menschen an Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen seltener erfolgt als bei jüngeren Patient*innen. Auch die Vermittlung und Unterstützung bei der Suche nach Therapieplätzen findet kaum statt. Als Grund dafür dürfte die mangelnde Vernetzung zwischen den zuweisenden Ärzt*innen, den Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen eine große Rolle spielen.

Und es herrschen auch in der Gruppe der „Zuweisenden“ immer noch die Altersbilder vor, die eine Wirksamkeit von Psychotherapie im Alter in Frage stellen und depressive Symptome einem normalen Altern zuordnen.

Es lohnt hier zusätzlich einen besonderen Blick auf die Hausärzt*innen zu werfen: Ungefähr 90% der Bevölkerung befinden sich in hausärztlicher Behandlung – somit kommt Hausärzt*innen der größte Anteil der ärztlichen Versorgung in Deutschland zu. In einer Studie wurden Behandelte befragt: 42% von ihnen gaben an, bei psychischen Problemen

zunächst ihre/ihren Hausärzt*in kontaktiert zu haben. Die Hausärzt*innen nehmen somit eine sogenannte *gate-keeper-Funktion* ein, da sie für das Erkennen, die Diagnose und die Therapie von psychischen Erkrankungen von großer Bedeutung sind. Sie spielen außerdem eine große Rolle bei der Zuweisung an Fachärzt*innen bzw. Psychotherapeut*innen und somit auch bei der Initiierung von Psychotherapie oder der Vermittlung an psychosoziale Maßnahmen.

Besonders bei älteren Patient*innen erfolgt die ärztliche Versorgung durch die Hausärzt*innen, sowohl bei den zuhause als auch bei den im Heim Lebenden. Im Gegensatz dazu nimmt die Konsultationsrate von Fachärzt*innen mit dem Alter ab. Dies widerspricht logisch den Fakten und wirft über die Thematik der psychischen Symptome hinaus viele Fragen auf.

Hinderungsgründe für alte Menschen bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie

Entsprechend der Altersbilder bei Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen haben oft auch alte Menschen ein Alters-Selbstbild, das einen Einfluss darauf nimmt, welche Behandlung in Anspruch genommen wird. Sie schreiben psychische Symptome häufig den Folgen von körperlichen Erkrankungen zu.

Außerdem nehmen falsche Vorstellungen über den Ablauf und die Wirksamkeit von Psychotherapien Einfluss auf die Inanspruchnahme. Oft scheitert es bereits schon an einer ausreichenden Beratung und Information der zuweisenden Ärzt*innen. Hier wird ebenfalls nicht der Eindruck vermittelt, dass eine entsprechende Behandlung Erfolg verspricht.

Großes Gesellschaftsproblem stellt hier die Stigmatisierung in der Öffentlichkeit dar, die sich in einer Selbst-Stigmatisierung wiederfindet.

Spezielle Probleme des Alters

Genannt werden müssen noch weitere Probleme, die gerade für ältere Menschen schwer zu bewältigen sind: selbständige Recherche für die Suche nach Psychotherapeut*innen, lange Fahrtwege, fehlende finanzielle Ressourcen für z. B. Fahrtwege, nicht barrierefreie Praxen.

In diesem Zusammenhang kann nur die Notwendigkeit von unterstützenden Angeboten betont werden. Sehr hilfreich wäre eine Vermittlungsstelle zur Unterstützung auf dem Weg in die Psychotherapie. Hinzu käme die Schaffung der Möglichkeit von Therapiemöglichkeiten in der Häuslichkeit (aufsuchende Behandlung).

Erweiterungs- und förderungswerte Strukturen

Wie gerade oben schon erwähnt fehlt es an den „Vermittlungsstellen“ zwischen zuweisendem Arzt, Psychotherapeuten und Patienten. Hier könnte das System der gerontopsychiatrischen Dienste wesentlich verstärkt genutzt werden – keine neuen Stellen mit neuen Förderungen schaffen!, sondern bestehende Stellen stärken, erweitern, und mit zusätzlichen finanziellen Mitteln ausstatten.

Dazu zählen:

- Gerontopsychiatrische Koordinations- und Beratungsstellen (teilweise integriert in Sozialpsychiatrische Dienste)
- Gedächtnisambulanzen
- Pflegedienste (Aufgabenerweiterung durch spezialisierte Fachkräfte und Casemanagement)
- Fachstellen für pflegende Angehörige oder andere bundeslandspezifische Stellen

Wichtige neue Aufgabe dabei sollte sein, sind intensiv zu vernetzen, auch zwischen allgemeinen kommunalen Gesundheits- und Sozialstrukturen, insbesondere auch die Pflege der Schnittstelle zu stationären Einrichtungen. Ein eher aufsuchender Charakter dieser Strukturen stellt einen wichtigen Faktor für die häufig vorherrschende Zurückgezogenheit und Einsamkeit älterer Menschen und vor allem auch hochaltriger Menschen dar wie sonst kaum etwas anderes.

Erwähnt werden muss an dieser Stelle aber auch noch die vergleichsweise schlechte Finanzierung dieser Bereiche. Eine Erweiterung der Angebote sowohl personell, finanziell und strukturell erscheint hinsichtlich des vielfach zitierten demografischen Wandels unausweichlich. Der Stellenwert dieser Strukturen innerhalb der Versorgungslandschaft in Deutschland gehört aus dem Schattendasein herausgerückt und durch Initiativen gestärkt und bekannt gemacht.

Stellungnahme der Gerontopsychiatrischen Vernetzung Main/Rhön zum Diskussionspapier:

„Auf dem Weg zu einer Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit“

5.3 Die Perspektive von Menschen mit Einsamkeitserfahrungen aus unterschiedlichen sozialen Gruppen wird in der Konzeption von Maßnahmen zur Vorbeugung und Linderung von Einsamkeit mitgedacht und in der Ausgestaltung der Maßnahmen mit einbezogen.

In der folgenden Stellungnahme zu diesem Punkt wird Bezug genommen auf die Masterarbeiten von Ann-Sophie Lang und Mira Gilles-Schulden mit dem Thema „**Psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von älteren Menschen: eine Bestandsaufnahme in den Städten und Landkreisen Schweinfurt, Bad Kissingen, Rhön-Grabfeld und Haßberge**“. Zudem bezieht sich die Stellungnahme in erster Linie auf ältere Menschen.

Die „Perspektive von Menschen mit Einsamkeitserfahrung“ und die „Ausgestaltung der Maßnahmen“ sollte nicht nur „mitgedacht“ werden, sondern durch echte Partizipation sollte den Betroffenen auch die Möglichkeit gegeben sein, ein gewichtiges Wort mitzusprechen. Es ist immer wieder eine auffällige Gegebenheit, dass die Gruppe der Betroffenen bei den vielfältigen Entscheidungen von (sozial)politischen Gremien nur theoretisch beteiligt ist, indem man über oder von ihnen spricht.

- Von welchen Menschen sprechen wir denn eigentlich?
- Welche Aktionen sind neben Werbeplakaten und informativen Videospots tatsächlich geeignet um Entstigmatisierung von Einsamkeit erfolgreich anzukurbeln?
- Wie können Forschungsprojekte sinnvoll in diese Entwicklung mit eingebunden werden?
- Wie kann bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt qualitativ erfolgreich in das anspruchsvolle Feld der psychotherapeutischen Arbeit integriert werden?

Die „Gruppe älterer Menschen“

Immerhin sprechen wir, wenn wir über ältere Menschen sprechen, von einem Bereich des Lebens, der sich über die letzten 30 bis 40 Jahre eines Lebens erstreckt. Am Beginn eines Lebens bedeutet diese Zeitspanne den Bereich von der Geburt bis zu einem beruflich gefestigten Erwachsenenlebens. So wie in den ersten Jahrzehnten des Lebens sind auch die Anforderungen an die letzten Jahrzehnte des Lebens sehr vielfältig in ihrer Quantität und Qualität. Das bedeutet genauso, dass (Hilfs-) Angebote innovativ und kreativ immer wieder neuen Ansprüchen und Bedürfnissen genügen sollten.

Glücklicherweise haben Menschen auch bis ins hohe Alter die Fähigkeit sich weiterzuentwickeln, bedürfen hier jedoch im kognitiven, sozialen und gesundheitlichen Bereich individuell gestaltete Unterstützung. Man kann im Grunde sagen, dass die moderne Gesellschaft in friedlichen Zeiten noch nie vor einer größeren Herausforderung stand, die innerhalb kurzer Zeit bewerkstelligt werden muss.

Neben den grundsätzlichen „Verschiedenheiten“, die das Alter mit sich bringt, ist auch an die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund zu denken. Sprach- und interkulturelle Barrieren stellen eine zusätzliche Herausforderung dar. So zeigte eine Untersuchung im Quartier, dass Menschen mit Migrationshintergrund sich einsamer fühlen als ohne Migrationshintergrund. Mit diesem Hintergrundwissen ist auf diesem Gebiet viel zu tun.

Forschungsprojekte der Zukunft

Bisher bezogen sich die Forschungen zum Thema primär auf die jüngeren Alten (60- bis max. 80-Jährige). Sehr alte, kognitiv beeinträchtigte, multimorbide und pflegebedürftige alte Menschen sind bisher kaum in Forschungen zu psychischen und psychotherapeutischen Themen einbezogen worden.

Psychosoziale und psychotherapeutische Fragestellungen des höheren Lebensalters gewinnen zunehmend an Bedeutung, dennoch liegen kaum systematische Studien zur psychotherapeutischen Versorgung Älterer vor, sondern nur Hinweise darauf, dass über 65-Jährige zurzeit in der Versorgung unterrepräsentiert sind.