

PiA Psychotherapie im Alter

Forum für
Psychotherapie,
Psychiatrie,
Psychosomatik
und Beratung

Herausgegeben von Simon Forstmeier, Siegen;
Ines Himmelsbach, Freiburg; Eva-Marie Kessler, Berlin;
Reinhard Lindner, Hamburg; Meinolf Peters, Marburg;
Astrid Riehl-Emde, Heidelberg; Bertram von der Stein, Köln

**PiA 15. Jg. (Heft 1) 2018: Stationäre Psychotherapie
in der Psychosomatik, herausgegeben von Meinolf Peters**

Beirat

Beate Baumgarte, Gummersbach

Gerald Gatterer, Wien

Eike Hinze, Berlin

Rolf D. Hirsch, Bonn

Johannes Johannsen, Darmstadt

Andreas Kruse, Heidelberg

Andreas Maercker, Zürich

Ulrich Schmid-Furstoss, Bielefeld

Christiane S. Schrader, Frankfurt

Gabriela Stoppe, Basel

Martin Teising, Berlin

Werner Vogel, Hofgeismar

Claus Wächtler, Hamburg

Dirk Wolter, Bonn

Susanne Zank, Köln



Impressum

Psychotherapie im Alter

Forum für Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik und Beratung

ISSN 1613–2637

15. Jahrgang, Nr. 57, 2018, Heft 1

ViSdP: Die Herausgeber; bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen die Autoren. Namentlich gekennzeichnete Beiträge stellen nicht in jedem Fall eine Meinungsäußerung der Herausgeber, der Redaktion oder des Verlages dar.

Herausgeber: Prof. Dr. Simon Forstmeier, Prof. Dr. Ines Himmelsbach, Prof. Dr. Eva-Marie Kessler, Prof. Dr. Reinhard Lindner, Prof. Dr. Meinolf Peters, Prof. Dr. Astrid Riehl-Emde, Dr. Bertram von der Stein

Mitbegründer und ehemalige Mitherausgeber: Prof. Dr. Hartmut Radebold (2004–2008), Dr. Peter Bäurle (2004–2011), Dr. Johannes Kipp† (2004–2014), Prof. Dr. Henning Wormstall (2004–2014), Dipl.-Päd. Angelika Trilling (2004–2016)

Geschäftsführende Herausgeberin:

Prof. Dr. Astrid Riehl-Emde
herausgeber@psychotherapie-im-alter.de
www.psychotherapie-im-alter.de

Rubrikherausgeber:

»Institutionen stellen sich vor«:
Prof. Dr. Eva-Marie Kessler,
eva-marie.kessler@psychotherapie-im-alter.de

»Buchbesprechungen«:
Prof. Dr. Meinolf Peters,
meinolf.peters@psychotherapie-im-alter.de

»Kritischer Zwischenruf«:
PD Dr. Reinhard Lindner,
reinhard.lindner@psychotherapie-im-alter.de

Die Herausgeber danken für die Unterstützung durch die *Arbeitsgruppe Psychoanalyse und Altern, Kassel*.

Erscheinen: Vierteljährlich

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
E-Mail: anzeigen@psychosozial-verlag.de

Abonnentenbetreuung:
Psychosozial-Verlag
Walltorstraße 10
35390 Gießen
Tel.: 0641/969978-26
Fax: 0641/969978-19
E-Mail: bestellung@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Bezug:

Jahresabo 59,90 Euro (zzgl. Versand)
Einzelheft 19,90 Euro (zzgl. Versand)
Studierende erhalten 25% Rabatt (gegen Nachweis).
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Beendigung des Bezugszeitraums erfolgt.

Copyright © 2018 Psychosozial-Verlag.
Nachdruck – auch auszugsweise – mit Quellenangabe nur nach Rücksprache mit den Herausgebern und dem Verlag. Alle Rechte, auch die der Übersetzung, vorbehalten.

Satz: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin
www.me-ti.de

Die Zeitschrift *Psychotherapie im Alter* wird regelmäßig in der Internationalen Bibliographie der geistes- und sozialwissenschaftlichen Zeitschriftenliteratur (IBZ – De Gruyter Saur) und in der Publikationsdatenbank PSYINDEX des Leibniz-Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) erfasst.

Inhalt

Editorial

- Psychosomatische Kliniken und ältere Patienten 5
Eine Beziehung am Scheideweg?
Meinolf Peters

Grundlagen

- Ältere Patienten in Psychosomatischen Kliniken 9
Grundlagen, Entwicklung, Perspektiven
Meinolf Peters

Anwendungs- und konzeptbezogene Arbeiten

- »Vom Schwindel zum Tanz« 27
Behandlung einer 84-jährigen Patientin
im stationären psychosomatisch-psychodynamischen Setting
Bettina Gehle
- Älterwerden im Spiegel einer Mehrgenerationen-Station 41
Zwischen Großfamilie und Wohngemeinschaft
Marie-Luise Hermann & Ralf Pelkowski
- Neuropsychologische Aspekte der stationären psychosomatischen
Behandlung älterer Patienten 55
Meinolf Peters

Empirische Arbeiten

- Ergebnisse zur Psychosomatischen Rehabilitation
über 70-jähriger Patienten 67
*Simon Forstmeier, Anita Maria Köberl, Hans-Joachim Schmitt,
Grit Wendisch, Sarah Zimmermann und Meinolf Peters*
- Altershomogen oder -heterogen? 87
Überlegungen und Befunde zur stationären Behandlung Älterer
Meinolf Peters

Eine Institution stellt sich vor

- Psychosomatik in der Asklepios Klinik Schaufling
Behandlungschancen auch für höheraltrige Patienten
Hans-Joachim Schmitt 103

Zum Titelbild

- Assoziationen zur stationären Psychotherapie mit Älteren
Bertram von der Stein 107

Buchbesprechung

- Strauß B, Philipp S (Hg) (2017) Wilde Erdbeeren auf Wolke Neun.
Ältere Menschen im Film
Angelika Trilling 111

- Themenausblick** 117

- Veranstaltungshinweise** 119

Psychosomatische Kliniken und ältere Patienten

Eine Beziehung am Scheideweg?

Psychotherapie im Alter 15 (1) 5–8 2018
www.psychotherapie-im-alter.de

Mein gesamtes Berufsleben lang hatte ich ein »Standbein« in Psychosomatischen Kliniken und seit nunmehr fast drei Jahrzehnten richtet sich mein überwiegendes Interesse auf die Behandlung älterer Patienten dort. In habe versucht, Impulse zu setzen und Entwicklungen anzuregen, um diese Gruppe von Patienten mehr in den Fokus der Kliniken zu rücken. Mit Erreichen meines 65. Lebensjahres ist diese Phase meines Berufslebens zu Ende gegangen. Was hat mich so lange Zeit daran festhalten lassen; auch dann noch, als ich mir längst andere Tätigkeitsfelder erschlossen hatte und zudem grundlegende Schwierigkeiten bei der Implementierung entsprechender Schwerpunkte nicht mehr zu übersehen waren? Wie sieht die Bilanz nach so vielen Jahren aus?

Die Psychosomatischen Kliniken haben sich in den letzten beiden Jahrzehnten grundlegend gewandelt. Zum einen ist ein Trend zur Spezialisierung bzw. zur Ausformulierung indikationsspezifischer Konzepte festzustellen. Wurde in früheren Zeiten gewissermaßen nach einem »Einheitskonzept« behandelt, finden sich heute in den meisten Kliniken spezifische Angebote für einzelne Krankheitsbilder oder Patientengruppen. Zu diesen Gruppen zählen auch ältere Patienten, der Trend kommt also auch dieser Gruppe zugute. Zum anderen besteht ein Trend zur wissenschaftlichen Fundierung der Behandlung, der sich vor allem in dem gewachsenen Umfang empirischer Forschung und Evaluierung der Konzepte zeigt. Zahlreiche Kliniken haben entweder selbst Forschungsaktivitäten entwickelt oder sind Kooperationen mit universitären Einrichtungen eingegangen, um ihre Behandlungsergebnisse zu überprüfen.¹ Beide Entwicklungen haben zweifellos überwiegend positive Effekte, verleihen sie den Kliniken doch eine fachspezifischere Ausrichtung, die sich auf ihren Status im Gesundheitswesen positiv auswirkt und nicht zuletzt auch den Patienten zugutekommt.

Zum dritten hat das »Primat der Ökonomie« Einzug gehalten in den Kliniken, sodass Psychotherapie in der Tradition der Aufklärung immer

1 Im UKE in Hamburg lassen am Lehrstuhl klinische Versorgungsforschung unter Prof. Dr. H. Schulz allein mehr als 20 Kliniken regelmäßig ihre Routineerhebungen auswerten und überprüfen.

mehr an Boden verliert (Hardt 2017). Dieser Trend ist von den beiden genannten sicherlich nicht völlig unabhängig, rückt aber immer stärker in den Vordergrund und überlagert die beiden erstgenannten Entwicklungen. Das Primat der Ökonomie hat das gesamte Gesundheitswesen erfasst und grundlegend verändert und wurde besonders pointiert von Jürgen Hardt (2017) beschrieben, der sich auf Jürgen Habermas bezieht. Dieser hatte ein Auseinanderfallen der Lebenswelt und des Systems, das Wirtschaft und Verwaltung bildet, in der postmodernen Gesellschaft konstatiert. Mehr noch, und das kennzeichnet insbesondere auch die Situation in den Kliniken, kann eine Umkehrung der Dienstverhältnisse beobachtet werden, das heißt nicht mehr Wirtschaft und Verwaltung dienen dem Leben, sondern die Lebenswelt ist Verwaltung und Wirtschaft untergeordnet. Für die Kliniken bedeutet dies, dass die ökonomischen Belange immer mehr an Gewicht gewonnen haben, was in der Regel zu einer Verkürzung der Behandlungszeiten und einer Verschlechterung des Patienten-Therapeuten-Schlüssels geführt hat. Auch wurde infolge dieser Entwicklung der Einfluss der Chefärzte beschnitten, während der der kaufmännischen Leitungen gestiegen ist. Das alles hat erhebliche Implikationen und führte zu weitreichenden Veränderungen in der Kultur der Kliniken.

Krankenhäuser in der postmodernen Gesundheitswirtschaft unterliegen als Produktionsstätten von Gesundheit einer verschärften Kontrolle der Normierung ihrer Angebote und einem erhöhten Wettbewerbsdruck. Diese Entwicklung hat auch die Psychosomatischen Kliniken erfasst: Die von der Deutschen Rentenversicherung belegten Psychosomatischen Rehabilitationskliniken sind allerdings auf andere Art und Weise von dieser Entwicklung betroffen als etwa die Psychosomatischen Universitätskliniken oder Akutkliniken bzw. Fachkliniken. Die weitaus meisten Betten sind in den Psychosomatischen Rehabilitationskliniken vorhanden und dort wird die Debatte beherrscht von Begriffen wie Therapiestandards, Zertifizierung, Audits oder Benchmarking. Der Begriff, unter den dies alles zusammengefasst werden kann, heißt Qualitätsmanagement. Wie die neue Begrifflichkeit zeigt, hat sich schleichend ein anderer Qualitätsbegriff durchgesetzt. Schernus (2007) hat unter dem Titel »Wieviel Qualitätssicherung verträgt ein Mensch?« diese Verschiebung von einem philosophisch-anthropologischen hin zu einem ökonomischen Qualitätsbegriff beschrieben. Dieser geht eben nicht mehr vom Wesen der Dinge aus, also hier vom kranken Menschen und der Frage, wie mit ihm umzugehen ist, sondern allein vom Markterfolg. Menschen werden wie andere Waren auch behandelt; nicht der bestmögliche Behandlungserfolg, sondern die Wirtschaftlichkeit steht im Vordergrund

der neuen Gesundheitsökonomie. Dieser Wandel prägt die Kliniken heute zunehmend und droht die beiden erstgenannten Trends zur Spezialisierung und wissenschaftlichen Fundierung zu überlagern.

Gewiss, es gibt Reste eines anderen Denkens und Arbeitens, und manche Klinik konnte sich mehr davon bewahren als andere; vor allem die Mitarbeitenden orientieren sich häufig noch an einem anderen Qualitätsbegriff. Genau das hat mich so lange in den Kliniken verweilen lassen. Es sind die Mitarbeitenden, die an der Vorstellung festhalten, dass der Mensch im Mittelpunkt steht. Doch sie geraten immer stärker in Gegensatz zum ökonomisch Messbaren, was viele veranlasst, frühzeitig das Handtuch zu werfen. Fanden früher die Mitarbeitenden in Psychosomatischen Kliniken einen Dauerarbeitsplatz, so sind diese – jedenfalls für einige Berufsgruppen – zu Durchgangsstationen geworden, die man möglichst rasch wieder verlässt. Andere halten durch und unterlaufen die neuen Vorgaben wo immer sie können. Der Spielraum für Umwege, spontane Einfälle, Langsamkeit, unerwünschte Einmaligkeit, all das, so Schernus (2007), was für innovatives Handeln unersetzlich ist, ist allerdings sehr klein geworden.

Wo sind in diesem Prozess die älteren Patienten geblieben? Patienten, für die Umwege geradezu typisch und unvermeidlich sind und zu deren Wesensmerkmal die Langsamkeit gehört (Peters 2002)? Finden Ältere, auch wenn sie immer mehr werden, noch einen Platz in der neuen Gesundheitsökonomie? Diese Frage berührt die grundlegende Frage, wie wir in der globalisierten Welt mit Älteren umgehen (van Dyk 2015). Die Langsamkeit der Älteren kann als natürliche Antithese zur Beschleunigung in der globalisierten Welt verstanden werden, das heißt das Alter impliziert per se einen kritischen Blick auf die postmoderne Welt (Peters 2017). Wie aber verträgt sich die neue Welt der Kliniken mit dem, was das Alter im Kern ausmacht und was die Älteren in die Kliniken hineinragen? Diese Fragen soll das vorliegende Heft zu klären versuchen.

Da das vorliegende Heft für mich persönlich eine Zäsur und das Ende eines langen Weges darstellt, möchte ich an dieser Stelle allen Weggefährten bzw. »beruflichen Lebensabschnittsgefährten« danken, zu denen auch die Autoren und Autorinnen dieses Heftes gehören. Darüber hinaus möchte ich insbesondere zwei Personen danken, die zwar keine Autoren in diesem Heft sind, aber doch zitiert werden: Zum einen Herrn Prof. Dr. med. Hartmut Radebold, mit dem ich zu Beginn der 1990er Jahre den ersten alterspsychotherapeutischen Schwerpunkt in der Rothaarklinik (Bad Berleburg) aufgebaut habe. Dies waren für mich unersetzliche Erfahrungen, die maßgeblich zu meiner Identifikation mit diesem Arbeitsfeld und meiner al-

terspsychotherapeutischen Identität beigetragen haben. Zum zweiten Herrn Jochen Lindner, Ärztlicher Direktor der Klinik am Hainberg (Bad Hersfeld), der 14 Jahre lang vielen Widerständen zum Trotz mit mir daran festgehalten hat, einen entsprechenden Behandlungsschwerpunkt zu etablieren. Ein Höhepunkt unserer Aktivität war die von uns konzipierte Zukunftskonferenz, die 2007 in Bad Hersfeld stattfand (Lindner u. Peters 2012). Es war ein innovatives Unternehmen, die Grenzen der Klinik zu überwinden und in einem sozial-psychosomatischen Sinne in eine Stadt bzw. in einen Landkreis hineinzuwirken, um die politische Dimension unseres Faches zur Geltung zu bringen; daraus hervorgegangen ist die Zukunftsakademie, die zu einer wichtigen Stimme und einem Ort innovativer Diskussionen im Landkreis geworden ist. Nicht zuletzt kann in dieser Zukunftsakademie auch ein Keim dafür liegen, angesichts der oben skizzierten Entwicklung einen kritischen Akzent zu setzen und die Kliniken für ein verändertes, kritisches Selbstverständnis zu sensibilisieren.

Ich hoffe, dass es mir gelingt, trotz der nicht kleiner, sondern eher größer werdenden Widerstände mit diesem Heft Lust zu machen und zu ermutigen, sich auf die klinische Gruppe der Älteren und Alten einzulassen und begonnene Wege fortzusetzen.

Meinolf Peters (Marburg)

Literatur

- Dyk van S (2015) Soziologie des Alters. Bielefeld (transcript).
- Hardt J (2017) Zweiter Postmoderne: Eine vorläufige Mitteilung. In: Schnoor H (Hg) Psychosoziale Entwicklung in der Postmoderne. Gießen (Psychosozial-Verlag) 39–57.
- Lindner J, Peters M (2012) Psychosoziale Gesundheit im Alter. Neue Herausforderungen für die Prävention und Psychosomatische Rehabilitation. Wiesbaden (VAS).
- Peters M (2002) Aktives Altern oder die »Entdeckung der Langsamkeit«. In: Peters M, Kipp J (Hg) Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter. Gießen (Psychosozial-Verlag) 87–103.
- Peters M (2017) Psychotherapie mit Älteren. PSYCHODYNAMIK KOMPAKT. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Schernus R (2007) Wieviel Qualitätsmanagement verträgt der Mensch? – Qualität im Strudel der Begriffsverwirrung. In: Schernus R, Bremer F (Hg) Tyrannei des Gelingens. Neumünster (Paranus) 23–32.

Ältere Patienten in Psychosomatischen Kliniken

Grundlagen, Entwicklung, Perspektiven

Meinolf Peters (Marburg)

Psychotherapie im Alter 15 (1) 9–26 2018

www.psychotherapie-im-alter.de

Zusammenfassung: Die Behandlung älterer Patienten in Psychosomatischen Kliniken begann Anfang der 1990er Jahre. Die Behandlungszahlen sind bis heute nur allmählich angestiegen, dabei werden bevorzugt die »jungen Alten« behandelt, Hochaltrige hingegen nur selten stationär aufgenommen.

Der hier gegebene Überblick über empirische Befunde und konzeptuelle Entwicklungen zeigt besondere Chancen dieses Behandlungsfeldes für Ältere, erkennt aber auch erhebliche – wenn auch behebbare – Defizite. Entsprechend schließt der Artikel mit der Empfehlung, dieses Versorgungsfeld weiterzuentwickeln.

Stichworte: Ältere Patienten, Psychotherapie, Psychosomatische Kliniken

Einleitung

Die erste Psychosomatische Klinik wurde Ende der zwanziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts durch Ernst Simmel in Berlin (»Sanatorium Schloß Tegel«) gegründet (Schultz u. Hermanns 1987). Doch ein weiterführender Impuls ging davon zunächst nicht aus, vielmehr riss die Entwicklung in der nationalsozialistischen Zeit wieder ab. Erst in der Nachkriegszeit setzte sie sich fort; eine der ersten Gründungen war 1954 die Klinik Wittgenstein in Bad Berleburg. Weitere Klinikgründungen erfolgten zunächst zögernd und nahmen dann in den 1970er Jahren rasant an Fahrt auf. Heute gibt es in Deutschland etwa 160 Psychosomatische Kliniken oder Abteilungen.

Die Entwicklung verlief jedoch nicht nur quantitativ, vielmehr hat auch eine äußere wie innere Differenzierung stattgefunden: Die äußere Differenzierung hat zur Herausbildung unterschiedlicher Kliniktypen geführt, einerseits universitäre psychosomatische Abteilungen sowie psychosomatische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, jeweils mit durchschnittlich 20 bis 30 Betten. Auf der anderen Seite haben sich die Großkliniken mit meist weit über 100 Betten etabliert, wobei zwischen psychosomatischen Fachkliniken und psychosomatischen Rehabilitationskliniken zu unterschei-

den ist. Ca. 45% aller Kliniken sind letztgenanntem Typus zuzurechnen; auf Betten umgerechnet wird das Übergewicht noch deutlicher. Die weitaus meisten Betten befinden sich in Rehabilitationskliniken, die sowohl von den Rentenversicherungsträgern als auch den Krankenkassen belegt werden.

Auch innerhalb der Kliniken hat eine Differenzierung stattgefunden. Noch in den 1980er Jahren orientierten sich die zumeist psychodynamisch ausgerichteten Kliniken an einem integrativen Konzept, das davon ausging, dass sich im Rahmen der Station die innere Objektwelt des Patienten abbildet und damit der Reflexion zugänglich wird (Becker u. Senf 1988). Dieses anspruchsvolle, eng am Übertragungsbegriff orientierte Konzept erwies sich insbesondere für Rehabilitationskliniken als nur begrenzt geeignet, sodass sich vor allem dort eine mehr pragmatische Orientierung durchgesetzt hat, das heißt verschiedene Therapieelemente miteinander kombiniert werden. Ebenso bedeutsam ist, dass sich in den Kliniken ein Trend hin zu spezifischen Konzepten für bestimmte Patientengruppen etabliert hat. Diese innere Differenzierung hat nicht nur in den verhaltenstherapeutisch orientierten Kliniken, deren Anzahl seit den 1980er Jahren deutlich zugenommen hat, stattgefunden, sondern auch in den psychodynamisch orientierten Kliniken. Damit war auch eine Voraussetzung zur Etablierung und Implementierung altersspezifischer Konzepte geschaffen. Im Folgenden soll diese Entwicklung nachgezeichnet werden.

Die Anfänge

Groen (1982) beschrieb den Alternsprozess als ein psychosomatisches Paradigma und legte damit den Grundstein für das Konzept der Gerontopsychosomatik, das von Heuft (1990) hierzulande in die fachspezifische Diskussion eingeführt wurde. Mit Gerontopsychosomatik sind folgende Themenkomplexe umschrieben:

- Psychische Auswirkungen bzw. Bewältigung des normalen körperlichen Alternsprozesses – verstanden als Entwicklungsaufgabe.
- Besondere Phänomenologie und Symptomatik psychischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen im Alter.
- Funktionelle Störungen und Somatisierungsstörungen alter Menschen.
- Folgen psychischer Traumatisierungen auch in früheren Lebensabschnitten.
- Im Alter vermehrt auftretende psychosomatische und somatopsychische Wechselwirkungen bei schweren Körpererkrankungen.