



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Schwere psychische Störungen in Seniorenheimen“

verfasst von / submitted by

Sophie-Antonia Utermöhlen, BSc

gemeinsam mit / in collaboration with

Anna-Katharina Buchgeher, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2016 / Vienna, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter

Danksagung

Viele Menschen haben zum Entstehen dieser Masterarbeit beigetragen. Diese Arbeit ist somit all jenen gewidmet, die mich während dieser aufregenden Zeit unterstützt haben. Ihnen möchte ich hiermit meinen Dank aussprechen.

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. Laireiter für das Bereitstellen des interessanten Themas und für die persönliche Betreuung sowie Unterstützung bei allen aufkommenden Fragen und Problemen.

Ein besonderer Dank gilt meiner Familie und Freunden, insbesondere meinen Eltern, die mir mein Studium ermöglichten, mich in all meinen Entscheidungen unterstützten und mich motivierten eigene Wege zu gehen.

Danke auch an Anna, Louisa und Simon.

Herzlichen Dank an alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der teilgenommenen Seniorenheime. Ich möchte mich für die Unterstützung und die herzliche Aufnahme in ihren Häusern bedanken.

Aufrichtiger Dank gilt vor allem den Bewohnern und Bewohnerinnen, die sich bereitklärten an der Studie teilzunehmen. Ich danke ihnen für ihre Zeit, ihre Offenheit und ihre ermutigenden Worte. Ohne sie wäre diese Masterarbeit nicht möglich gewesen.

Vielen Dank, dass Sie Ihre zahlreichen Geschichten mit mir geteilt haben.

Inhaltsverzeichnis

I. Theoretischer Hintergrund

1. Einleitung	8
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
2. Demografische Entwicklung	10
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
3. Psychologie des Alterns	11
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
3.1. Das 3. und 4. Lebensalters	11
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
3.1.1. Besonderheiten des 3. und 4. Lebensalters	12
3.2. Theorien des Alters.....	13
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
3.2.1. Defizitmodell des Alterns	13
3.2.2. Qualitative Verlaufsmodelle	14
3.2.3. Theorien des erfolgreichen Alterns.....	15
4. Psychische Störungen im Alter	17
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
4.1. Risikofaktoren	18
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
4.1.1. Historische Einflüsse auf die psychische Entwicklung.....	18
4.1.2. Übergang ins Seniorenheim	19
4.1.3. Häusliche Gewalt	20
4.1.4. Verlust von Ehepartner / Kind	20
4.1.5. Altern als Risikofaktor	21
5. Schwere psychische Störungen	21
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
5.1. Definition und Prävalenz.....	22
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
5.1.1. Einflussfaktoren bei der Prävalenzschätzung.....	24
5.2. Charakteristika schwerer psychischer Störungen	25
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
5.3. Schwere psychische Störungen im Alter	25
<i>A.-K. Buchgeher</i>	

6. Seniorenheime	27
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
6.1. Gesundheitszustand und Prävalenzen.....	28
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
6.2. Versorgungsstand	28
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
7. Diagnostik psychischer Störungen	30
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
7.1. Definition.....	30
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
7.2. Funktionen	30
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
7.3. Haupt- und Nebengütekriterien	31
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
7.4. ICD-10 und DSM-5	31
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
7.5. Gerontopsychologische Diagnostik.....	33
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
7.5.1. Besonderheiten der Diagnostik im Alter.....	33
8. Klassifikation psychischer Störungen	35
8.1. Angststörungen.....	35
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
8.2. Zwangsstörungen.....	37
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
8.3. Anpassungsstörung.....	38
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
8.3.1. Komplizierte Trauer	40
8.4. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	41
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
8.5. Nichtorganische Schlafstörungen	43
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
8.6. Affektive Störungen	44
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
8.6.1. Depressive Erkrankungen	45

8.6.2. Manische Erkrankungen.....	48
8.6.3. Bipolare Erkrankungen	50
8.7. Posttraumatische Belastungsstörung	51
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
8.8. Somatoforme Störungen.....	54
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
8.9. Psychotische Störungen.....	56
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
II. Empirischer Teil	
9. Fragestellungen und Hypothesen	59
<i>A.-K. Buchgeher und S.-A. Utermöhlen</i>	
9.1. Fragestellungen.....	59
9.2. Hypothesen	59
9.2.1. Explorative Fragestellungen.....	60
9.2.2. Hypothesen zur fünften Fragestellung	60
9.2.3. Hypothesen zur sechsten Fragestellung	62
10. Methoden	63
10.1. Forschungsdesign	63
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
10.2. Stichprobe.....	64
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
10.2.1. Beschreibung der Stichprobe	65
10.3. Messinstrumente.....	68
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
10.3.1. Fremdbefragung	68
10.3.2. Befragung der Bewohner und Bewohnerinnen	71
10.4. Definition schwerer psychischer Störungen.....	73
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
10.5. Befragungszeitraum und Vorgehensweise	75
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
10.6. Ethik	75
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
10.7. Durchführung der Untersuchung.....	76
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	

10.8. Statistische Analyse.....	78
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
11. Ergebnisse.....	79
11.1. Prävalenzrate schwerer psychischer Störungen.....	79
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
11.2. Prävalenzraten einzelner psychischer Störungen	80
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
11.2.1. Komorbiditäten	82
11.3. Einschätzung der Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus	83
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
11.4. Schwere psychische Störungen im höheren Alter und biografische Variablen.....	84
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
11.5. Schwere psychische Störungen im höheren Alter, Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen	87
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
11.6. Deskriptive Auswertung weiterer relevanter Variablen	88
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
12. Diskussion	90
12.1. Prävalenz und Definition von SMI.....	90
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
12.1.1. Prävalenz einzelner psychischer Störungen	93
12.2. Fremd- und Selbsteinschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus.....	94
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
12.3. Unterschiede zwischen SMI und Nicht-SMI.....	94
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
12.4. Lebensqualität und Zufriedenheit im Seniorenheim	95
<i>A.-K. Buchgeher</i>	
12.5. Limitationen der Studie	96
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
12.6. Verfahrenskritik.....	97
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
12.7. Ausblick.....	98
<i>S.-A. Utermöhlen</i>	
13. Literaturverzeichnis	102

14. Tabellenverzeichnis.....	111
III. Anhang	
15. Abstract.....	112
16. Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung.....	114
16.1. Teilnehmerinformation.....	114
16.2. Einverständniserklärung Teilnehmer.....	115
16.3. Einverständniserklärung Sachwalter	116
17. Anamnese-Fragebogen	117
17.1. Anamnese-Fragebogen I.....	117
17.2. Anamnese-Fragebogen II	118

I. Theoretischer Hintergrund

1. Einleitung

S.-A. Utermöhlen

Der Bevölkerungsanteil von Personen im Alter von 65 Jahren und älter ist stetig wachsend. Im Jahr 1998 lag die Lebenserwartung in Österreich bei 76.8 Jahren, 2045 soll die Lebenserwartung bereits auf 83.6 Jahren angestiegen sein (Lehr, 2007). Der Altersabschnitt ab 65 Jahren ist insbesondere durch chronische Erkrankungen, Multimorbiditäten sowie Funktionseinschränkungen gekennzeichnet. Infolge der steigenden Lebenserwartung kommt es zu immer mehr Jahren mit Krankheit, Einschränkungen oder Behinderungen (Mühlig, Neumann-Thiele, Teichmann, & Paulick, 2015).

Klinisch-psychologische Forschungen im Erwachsenenalter beziehen sich oftmals nur auf das Alter zwischen 18 und 65 Jahren, die Jahre darüber bleiben zu großen Teilen unberücksichtigt und unerforscht. Es wird angenommen, dass sich psychische Störungen im höheren Lebensalter zumeist durch andere als im jüngeren Erwachsenenalter typische Symptome äußern. Derzeit mangelt es sowohl an eigenen altersspezifischen Diagnosekriterien als auch an geeigneten klinisch-psychologischen Verfahren, die die altersbedingten kognitiven, motorischen und sensorischen Veränderungen berücksichtigen (Maercker, 2003; Rupprecht, Gunzelmann, & Oswald, 2015; Zank, Peters, & Wilz, 2010). Aufgrund dieser Tatsachen bleiben psychische Störungen im Alter oftmals unerkannt und somit unbehandelt.

Schwere psychische Störungen stellen ein momentan noch recht unerforschtes Thema in der Psychologie dar. Schwere psychische Störungen meinen eine besonders schwerwiegende Form einer psychischen Störung, die durch eine Dauer von mindestens zwei Jahren und einer starken psychosozialen Beeinträchtigung geprägt sind (Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, & Tansella, 2000). Die bisherigen Forschungen beziehen sich üblicherweise nur auf das Alter zwischen 18 bis 65 Jahren, ältere Menschen werden von Untersuchungen ausgeschlossen (Ramaprasad, Rao, & Kalyanasundaram, 2015).

Zuverlässige Daten hinsichtlich der Prävalenz von psychischen Störungen und schweren psychischen Störungen im Alter sind folglich in nur sehr geringem Maße vorhanden (Andreas et al., 2013). Es ist davon auszugehen, dass die Prävalenz von psychischen Störungen bei etwa 25% und die Prävalenz von schweren psychischen Störungen bei ca. 2% liegt, wobei sich diese bis 2030 verdoppeln soll (Gühne, Becker, Salize, & Riedel-Heller, 2015; Zank et al., 2010). Ältere Menschen mit psychischen Störungen müssen nicht nur mit den psychischen Symptomen und Konsequenzen der Störung zurechtkommen, sondern darüber hinaus auch mit den medizinischen und funktionellen sowie sozialen und kognitiven Herausforderungen

des Älterwerdens. Es zeigen sich beispielsweise hohe Multimorbiditätsraten zwischen psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Überdies stoßen Betroffene in ihrer Umwelt oftmals auf ein nur geringes Verständnis für psychische Störungen und die damit einhergehenden Bedürfnisse (Andreas et al., 2013; Cummings & Kropf, 2011).

Mit dem Zuwachs der Lebenserwartung, den sinkenden Geburtenraten und dem damit einhergehenden „Ergrauen der Welt“ (Lehr, 2007, S. 30) wird die Dringlichkeit einer altersfreundlichen Gesellschaft immer deutlicher. Die demografische Entwicklung rückt das Thema „Alter“ und die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit klinisch-psychologischen Fragestellungen im Alter immer mehr in den Mittelpunkt (Zank et al., 2010).

Mit der vorliegenden epidemiologischen Erhebung wird ein Überblick über die Verbreitung schwerer psychischer Störungen in Seniorenheimen der Stadt Wien angestrebt. Ziel ist es, den Forschungsstand im Bezug auf schwere psychische Störungen im Alter zu erweitern und eine Datenbasis zu schaffen, welche als Grundlage für zukünftige Verbesserungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch erkrankter Senioren und Seniorinnen dienen kann.

Die folgende Arbeit wurde in Zusammenarbeit von Anna-Katharina Buchgeher und Sophie-Antonia Utermöhlen erstellt. Die genannten Personen sind sowohl Autorinnen der Arbeit als auch Leiterinnen der Studie. Die Studie wurde gemeinsam geplant, durchgeführt und ausgewertet. Die einzelnen Kapitel der Arbeit wurden von den Studienleiterinnen abwechselnd geschrieben, am Anfang jedes Kapitels wird die jeweilige Autorin angeführt.

2. Demografische Entwicklung

S.-A. Utermöhlen

Bis zur zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, ließ sich die Bevölkerung durch eine hohe Geburtenrate und eine hohe Sterblichkeitsrate charakterisieren. Ab diesem Zeitpunkt begann die Mortalität jedoch zu sinken. Dies war bedingt durch die Abschwächung von Versorgungskrisen, einer Produktionssteigerung in der Landwirtschaft, der Verbesserung der Ernährung durch Steigerung der Qualität der Nahrungsmittel und letzten Endes durch die Verdrängung von Infektionskrankheiten, welche zu einem Rückgang von Krankheiten führte (Zapotoczky, 2006).

Mit der sinkenden Mortalität stieg die Lebenserwartung (United Nations [UN], 2015). Im Jahr 1998 lag die Lebenserwartung in Österreich bei 76.8 Jahren. Diese soll in den nächsten zehn bis 15 Jahren um 4.9 Jahre steigen und bis 2045-2050 bereits bei 83.6 Jahren liegen (Lehr, 2007).

Über die Jahre veränderte sich nicht nur die Rate der Sterblichkeit und die Lebenserwartung, sondern auch die Rate der Geburten. So sank die Zahl der Geburten in Europa ab dem 20. Jahrhundert immer mehr bis zum heutigen Tag. Die geringe Geburtenrate kann die Anzahl an Personen, die über 60 Jahre werden nicht mehr abdecken. Es kommt zu einer „ergrauenden Welt“ (Lehr, 2007, S. 30). Im Jahr 2015 waren 901 Millionen Menschen der gesamten Weltbevölkerung 60 Jahre oder älter. Diese Zahl soll bis 2050 auf eine Bevölkerungsanzahl von 2.1 Milliarden Menschen steigen. Es wird angenommen, dass die Zahl der Personen, die 60 Jahre oder älter sind, bis 2100 weiter steigen wird. Es wird mit einem Bevölkerungsanteil von 3.2 Milliarden Menschen gerechnet (UN, 2015). Vor allem der Anteil an Hochaltrigen wird immer größer. Die Altersgruppe im Alter von 65 bis zum Alter von 75 Jahren soll bis 2050 um ein Drittel steigen, die Altersgruppe über 90 Jahren soll sogar einen Anstieg von 400% erleben (Mühlig et al., 2015).

Auch die Wachstumsrate der Altersgruppen führt erschwerend zum „Ergrauen der Welt“. Die Wachstumsrate der älteren Bevölkerung ist um 0.7% höher als die der jüngeren Bevölkerung. Die Wachstumsrate soll zwischen 2045 und 2050 sogar 3% höher sein (UN, 2002). Somit wird damit gerechnet, dass bis 2050 24% der europäischen Bevölkerung über 60 Jahre sein wird. So soll das Durchschnittsalter von 30 Jahren im Jahr 2015 bis 2050 auf 36 Jahre steigen (UN, 2015).

Mit dem Älterwerden der Population wird es immer mehr unheilbare oder medizinisch nur begrenzt behandelbare chronische Erkrankungen, Multimorbiditäten und Funktionsbeeinträchtigungen geben. Dies wird laut Mühlig et al. (2015) zu einer

„Verschiebung des Krankheitsspektrums“ (S. 45) führen. Diese Entwicklung führt also zu immer mehr Lebensjahren mit Krankheit, Einschränkungen oder Behinderungen. Diese Verschiebung erfordert große Veränderungen des Gesundheitssystems und einen erhöhten Bedarf psychosozialer Betreuung (Mühlig et al., 2015).

Die Verschiebung des Krankheitsspektrums und die größer werdende Patientengruppe älterer Menschen erfordert „eine sehr viel stärkere Patientenorientierung und intensivere psychosoziale Betreuung sowie altersspezifische psychotherapeutische Angebote“ (Mühlig et al., 2015, S.63). Dabei muss ein Schwerpunkt auf die spezifischen Entwicklungsaufgaben und Belastungen des Alters gelegt werden (Mühlig et al., 2015).

3. Psychologie des Alterns

A.-K. Buchgeher

Mit dem Begriff „Alter“ wird die Zeit von der Geburt bis zum heutigen Tag bezeichnet und ist als chronologisches Alter anzusehen, zudem stellt Alter eine zusätzliche und wesentliche soziale Kategorie dar (Zank et al., 2010). Mit dem Begriff „Altern“ wird auf die alternde Entwicklung der Menschen verwiesen. Das Leben der Menschen und der Prozess des Älterwerdens sind unausweichlich miteinander verbunden und letztlich setzt dieser Prozess bereits mit der Geburt ein.

3.1. Das 3. und 4. Lebensalter

A.-K. Buchgeher

Gesellschaftspolitisch betrachtet gelten Menschen ab dem 65. Lebensjahr als alt (Maercker, 2015b). Diese Grenzziehung basiert nicht auf der Tatsache, dass mit diesem Zeitpunkt schlagartig physische und psychische Alterserscheinungen auftreten, sondern sie basiert lediglich auf kulturellen bzw. politischen Motiven. Mittlerweile wird die Altersgruppe der ab 65-Jährigen erneut in zwei Gruppen unterschiedlichen Alters eingeteilt, die als 3. und 4. Lebensalter bezeichnet werden. Abermals erfolgt diese Einteilung nicht aufgrund physischer oder psychischer Besonderheiten der jeweiligen Gruppe.

Das 3. Lebensalter bezeichnet den Zeitraum vom Alter von 65 bis zum Alter von 80 Jahren (Zank et al., 2010). In diesem Lebensabschnitt weisen die Menschen noch genügend soziale und ökonomische Ressourcen auf, um ein eigenständiges sowie zielorientiertes Leben zu führen. Kennzeichnend für dieses Lebensalter sind außerdem hedonistische Zielsetzungen, wie beispielsweise die Unternehmung diverser Reisen oder die Erfüllung einer Sommerresidenz im Süden. Darüber hinaus unterstützen nicht wenige Männer und Frauen in

dem Alter ihre eigenen Kinder bei der Erziehung und nehmen sich ihrer Enkelkinder an (Maercker, 2015b).

Im 4. Lebensalter sind die körperlichen Auswirkungen des Alters zunehmend spürbar und eine selbstständige Gestaltung des Lebens wird zusehends schwieriger (Maercker, 2015b). Neben zahlreichen körperlichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen wird dieser Abschnitt mit Verlusten von nahestehenden Personen und einer erhöhten Pflegebedürftigkeit assoziiert. Ebenfalls ist eine stetige Abnahme der Kompensationsmöglichkeiten der Personen zu beobachten (Zank et al., 2010).

Die steigende Lebenserwartung der Menschen hat zur Folge, dass inzwischen eine weitere Altersgruppe unterschieden wird, nämlich jene der Hochaltrigen, die die 90-Jährigen bzw. die (über) 100-Jährigen umfasst (Zank et al., 2010).

3.1.1. Besonderheiten des 3. und 4. Lebensalters. Ungeachtet der Tatsache, dass das Älterwerden ein fixer Bestandteil des Lebens ist, werden drei Formen des Alterns definiert (Maercker, 2015b). Das normale Altern ist lediglich durch typische Alterserscheinungen sowohl auf der körperlichen als auch auf der psychischen Ebene charakterisiert und geht ohne chronische Erkrankungen (z. B. Demenz, Diabetes) einher (Maercker, 2015b; Zank et al., 2010). Dem gegenüber steht das pathologische Altern, welches von körperlichen Erkrankungen, funktionellen Einschränkungen sowie von einer verminderten Lebensqualität und kürzerer Lebensdauer geprägt ist (Maercker, 2015b). Von diesen beiden Formen ist das erfolgreiche Altern abzugrenzen, bei welchem eine hohe Selbstständigkeit und Lebenszufriedenheit sowie der Wunsch der Verwirklichung von Lebenszielen im Vordergrund stehen (Maercker, 2015b).

In Hinblick auf das gesamte Leben werden drei Regulationsziele beschrieben (Maercker, 2015b): Zuwachs, als eines dieser Ziele, meint das Erlangen eines höheren Funktionsniveaus, Aufrechterhaltung, als ein weiteres Ziel, beschreibt die Vermeidung von negativen Einwirkungen und Verlustregulation, als drittes Ziel, bezieht sich auf körperliche Funktionsverluste sowie soziale Verluste. Mit dem höheren Alter werden die Aufrechterhaltung und Verlustregulation wichtiger, das Ziel des Zuwachses hingegen verliert an Relevanz. Das bedeutet, dass im höheren Alter die Steigerung von Gewinnen einerseits und die Vermeidung von Verlusten andererseits an Bedeutung gewinnen. Als Verluste im höheren Lebensalter gelten unter anderem Verlust bestimmter sozialer Rollen, Verlust von wichtigen Bezugspersonen, Einbußen körperlicher und geistiger Funktionen sowie körperliche oder psychische Erkrankungen (siehe *4.1. Risikofaktoren*). Im Gegensatz dazu,

haben Menschen im höheren Alter auch unmittelbare Gewinne zu verzeichnen, die bei der Regulation der Verluste wichtige Kompensationshilfen darstellen (Maercker, 2015b). Zu den Gewinnen im Alter zählen zum einen die kumulierten Lebenserfahrungen mit der Anwendung reiferer Bewältigungsstrategien und zum anderen motivationale sowie emotionale Veränderungen im Sinne einer Zunahme der Selbstregulation und der eigenen Emotionskontrolle. Überdies ist ein weiterer Gewinn in einer angepassten Wohlbefindensregulation zu sehen, das heißt, das subjektive Wohlbefinden älterer Menschen ist bis weit ins hohe Alter nahezu gleichbleibend trotz der vorhandenen Verluste. Dieses sogenannte Wohlbefindensparadox ist sowohl mit den bereits genannten Gewinnen des höheren Alters als auch mit temporalen Abwärtsvergleichen zu erklären (Maercker, 2015b). Mit dem Begriff der temporalen Abwärtsvergleichen ist gemeint, dass ältere Menschen dazu neigen, „sich an schlechte Zeiten oder Ereignisse im eigenen Leben zu erinnern, die schlimmer als die Gegenwart waren“ (Maercker, 2015b, S. 21) und dadurch ihr subjektives Wohlbefinden steigern bzw. aufrechterhalten.

3.2. Theorien des Alters

A.-K. Buchgeher

In der noch relativ jungen Alternsforschung wurden bereits zahlreiche psychologische Theorien zum Alternsprozess formuliert (Rupprecht, 2008). Dennoch existiert bis heute keine allgemein gültige und umfassende Theorie des Alterns. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass das Altern ein sehr komplexer Prozess ist, bei dem individuelle Gegebenheiten eine maßgebliche Rolle spielen. Nichtsdestotrotz ermöglichen diese Theorien gewisse Besonderheiten des Alterns zu beschreiben und zu erklären. Zudem stellen sie auch hinsichtlich einer erfolgreichen und angemessenen Betreuung sowie Behandlung älterer Menschen eine hilfreiche Grundlage dar. Nachstehend werden einige ausgewählte Theorien vorgestellt.

3.2.1. Defizitmodell des Alterns. Die Anfangsjahre der empirischen Forschung der Alternspsychologie waren von der Annahme, dass das Altern hauptsächlich ein Abbau wichtiger Funktionen ist, geprägt (Lehr, 2007). Zudem dominierten biologische sowie medizinische Forschungen bis in die 1960er Jahre die Alternswissenschaften (Rupprecht, 2008). Der Fokus der Untersuchungen lag vor allem auf den kognitiven Leistungen und deren Abbau im Alter. In diesem Zusammenhang sind besonders die Untersuchungen von Wechsler zu nennen (Wechsler, 1944, zitiert nach Rupprecht, 2008). Seinen Ergebnissen zufolge

markiert das dritte Lebensjahrzehnt den Höhepunkt der kognitiven Leistungsfähigkeiten, die dann nach dem fünften Lebensjahrzehnt eine markante Abnahme zeigen. Diese Annahmen werden auch als Adoleszenz-Maximum-Hypothese bezeichnet. Die Befunde von Wechsler, über einen generellen Abfall der kognitiven Leistungen im Alter, wurden mehrfach kritisiert. Inzwischen ist allgemein anerkannt, dass sich zwar geschwindigkeitsabhängige Leistungen im Alternsprozess verschlechtern, Bereiche der kristallinen Intelligenz (z.B. Faktenwissen, Wortschatz und wissensorientierte Informationen) jedoch im Alter ansteigen können (Gerrig & Zimbardo, 2008; Rupprecht, 2008).

Abschließend ist anzumerken, dass das Defizitmodell des Alterns von historischer Bedeutung ist und in der heutigen gerontologischen Forschung kaum mehr Beachtung findet (Rupprecht, 2008).

3.2.2. Qualitative Verlaufsmodelle. Der Fokus qualitativer Verlaufsmodelle liegt, im Gegensatz zu den Defizitmodellen, auf qualitativen Veränderungen vom mittleren zum höheren Lebensalter sowie deren Beschreibung und weniger auf den Ursachen von Veränderungen (Lehr, 2007; Rupprecht, 2008).

Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung. Lehr (2007) bezeichnet das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung von Erikson als „das klassische Beispiel eines solchen qualitativen Verlaufsmodells“ (S. 53). Mit seinem Modell stellte Erikson auch für das (späte) Erwachsenenalter wesentliche qualitative Veränderungen fest. Das Stufenmodell von Erikson geht von insgesamt acht Stufen aus, die der Mensch im Laufe seiner Entwicklung der Reihe nach durchlebt (Rupprecht, 2008). Jede Stufe repräsentiert eine Entwicklungsaufgabe, das heißt, eine bestimmte Krise, die es erfolgreich zu bewältigen gilt, um anschließend die nächste Stufe zu erreichen. Im höheren Lebensalter lautet die Entwicklungsaufgabe Ich-Integrität gegen Verzweiflung. Die Aufgabe besteht darin, auf sein Leben zurückzublicken und dabei das, was erreicht und getan wurde, anzunehmen, sodass letztendlich eine allgemeine Zufriedenheit mit dem eigenen Leben erlangt wird (Gerrig & Zimbardo, 2008; Rupprecht, 2008).

Theorie der Entwicklungsaufgaben. Das Konzept der Entwicklungsaufgaben geht ursprünglich auf Havighurst zurück (Schmid, 2014). Nach Havighurst (1953, zitiert nach Lehr, 2007) wird der Mensch im Laufe seines Lebens zu bestimmten Zeitpunkten oder Zeitperioden mit Entwicklungsaufgaben konfrontiert, mit denen er sich erfolgreich auseinanderzusetzen hat. Die Entwicklungsaufgaben resultieren einerseits aus den individuellen biologischen Veränderungen, andererseits aus den gesellschaftlichen

Erwartungen sowie Anforderungen und den persönlichen Erwartungen sowie Wertvorstellungen (Schmid, 2014). Die Entwicklungsaufgabe für das höhere Lebensalter umfasst die Bewältigung von Abbauprozessen und die Anpassung an einen schwächer werdenden körperlichen Gesundheitszustand, die Annahme und Akzeptanz neuer Rollen sowie des eigenen Lebens und die Auseinandersetzung mit dem nahestehenden Tod (Rupprecht, 2008).

Die Kritik an den qualitativen Verlaufsmodellen richtet sich vor allem auf zwei wesentliche Aspekte (Rupprecht, 2008). Zum Einen belegen empirische Arbeiten, dass die Entwicklung nicht, wie in den qualitativen Verlaufsmodellen behauptet wird, eine immer gleiche und unumkehrbare Abfolge der Stufen sein muss, sondern dass Entwicklung auf mehreren funktionellen Ebenen und zugleich in verschiedenen Richtungen stattfindet. Zum anderen ist die Entwicklung, entgegen der postulierten Universalität der qualitativen Verlaufsmodelle, abhängig von der Gesellschaft und Kultur sowie historischen Kontexten.

3.2.3. Theorien des erfolgreichen Alterns. Es existieren mehrere Theorien des erfolgreichen Alterns, im Folgenden werden lediglich zwei der wichtigsten Theorien präsentiert. Wie bereits beschrieben (vgl. *3.1.1. Besonderheiten des 3. und 4. Lebensalters*), besteht erfolgreiches Altern vor allem aus einer erfolgreichen Anpassung an die Veränderungen im Zuge des Alternsprozesses und das wesentliche Ziel hierbei ist das Erreichen einer hohen Zufriedenheit mit dem eigenen Leben (Lehr, 2007).

Die Disengagement-Theorie und die Aktivitätstheorie. In Hinblick auf die Frage, wie eine hohe Lebenszufriedenheit im Alter erreicht werden kann, gibt es zwei gegensätzliche Theorien: die Disengagement-Theorie und die Aktivitätstheorie (Lehr, 2007).

Die grundlegende Annahme der Disengagement-Theorie ist, dass das höhere Lebensalter mit einer Abnahme der psychischen Energie einhergeht (Cumming & Henry, 1961, zitiert nach Freund & Baltes, 2003). Aufgrund dieser verringerten psychischen Energie sowie des Verlustes bestimmter Rollen und der Vorwegnahme des eigenen Todes erleben ältere Menschen eine veränderte Lebensweise. Auf der einen Seite zeigt sich diese veränderte Lebensweise in einer Verminderung der Aktivitäten, auf der anderen Seite in einer stärkeren Beschäftigung mit sich selbst. Als zusätzliche Folge wird das Reflektieren über das eigene Leben und den nahestehenden Tod definiert. Demnach besteht die Hauptaufgabe im Alter in einem Disengagement, das bedeutet „sich nach „Innen“ zu wenden und von der Gesellschaft zurückzuziehen, altersbezogene Einschränkungen und eigene Endlichkeit zu akzeptieren“ (Freund & Baltes, 2003, S. 6). Dieses Disengagement bewirkt jedoch keine negativ

empfundene Isolation der Betroffenen, sondern führt vielmehr zu einer höheren Lebenszufriedenheit (Rupprecht, 2008).

Von Kritikern wurde angeführt, dass das angenommene verminderte Aktivitätsniveau nicht auf jeden älteren Menschen zutrifft, da selbst im höheren Lebensalter noch interindividuelle Unterschiede zum Tragen kommen (Freund & Baltes, 2003). Überdies besteht die Möglichkeit den Verlust sozialer Rollen durch andere Aktivitäten auszugleichen.

Im Gegensatz dazu betont die Aktivitätstheorie die zentrale Bedeutung sozialer Rollen und Aktivitäten, ohne deren Aufrechterhaltung ein erfolgreiches Altern und ein Erreichen einer hohen Lebenszufriedenheit nicht möglich sind (Freund & Baltes, 2003). Der Verlust sozialer Rollen wirkt sich, sofern er nicht durch Ersatzaktivitäten kompensiert wird, negativ auf die Personen aus. Der Aktivitätstheorie zufolge gelingt somit ein erfolgreiches Altern denjenigen, die bis ins hohe Alter aktiv bleiben, Leistungen erbringen und das Gefühl des Gebrauchtwerdens erfahren (Rupprecht, 2008).

Ebenso wie bei der Disengagement-Theorie wird auch bei der Aktivitätstheorie die universelle Gültigkeit kritisiert (Rupprecht, 2008). Schließlich können nicht in allen Lebenssituationen (z. B. nach dem Tod des Ehepartners) Ersatzaktivitäten gesucht und gefunden werden, um Lebenszufriedenheit zu erlangen.

Modell der Selektiven Optimierung und Kompensation (SOK). Das Modell der Selektiven Optimierung und Kompensation wurde von Baltes und Baltes entwickelt (1990, zitiert nach Freund & Baltes, 2003). Laut dem SOK-Modell kommt ein erfolgreiches Altern durch die drei Prozesse Selektion, Optimierung und Kompensation zustande.

Selektion meint, „die Abstimmung persönlicher Ziele auf den jeweiligen Lebenskontext“ (Freund & Baltes, 2003, S. 7). Dies bedeutet, ältere Menschen verfügen nur mehr über ein bestimmtes Ausmaß an Energie und Lebenszeit, aus diesem Grund müssen die noch vorhandenen Ressourcen gebündelt und eine Auswahl an zu erreichenden Zielen getroffen werden (Freund & Baltes, 2003). Zum Beispiel entscheiden sich ältere Menschen dazu entweder mehr Zeit mit ihrer Familie zu verbringen, ein Musikinstrument zu lernen oder zu reisen, denn alles auf einmal ist für sie nicht mehr möglich. Neben dieser sogenannten elektiven Selektion gibt es noch die verlustbasierte Selektion. Diese tritt in Erscheinung, wenn Ziele, aufgrund von Verlusten oder Einschränkungen, nicht mehr erreicht werden können und neu formuliert werden müssen. Beispielsweise kann eine weite Reise krankheitsbedingt nicht mehr gemacht werden, woraufhin Ausflüge in der Region als neues Ziel definiert werden.

Optimierung beschreibt den Vorgang der Zielerreichung sowie die Aneignung und Verwendung der dazu benötigten Mittel (Maercker, 2015b). Freund und Baltes (2003) nennen

als Beispiel Klavierspielen lernen, wozu zunächst einmal ein Klavier erworben werden muss und anschließend „das Erlernen von Noten, wiederholte Fingerübungen, um eine gewisse Geschmeidigkeit und Geschwindigkeit des Anschlages zu erreichen, und die Einübung von Musikstücken“ (S. 8) erforderlich ist. Anhand dieses Beispiels wird bereits ersichtlich, dass es für die Erreichung mancher Ziele eine große Ausdauer und Beharrlichkeit bedarf, welche wiederum mit erfolgreichem Altern assoziiert werden.

Kompensation bedeutet Verlusten und Einschränkungen im Alter mit geeigneten Mitteln gegenzusteuern sowie, wenn nötig, auch Hilfeleistungen und Unterstützungen in Anspruch zu nehmen (Freund & Baltes, 2003). Die Nutzung eines Gehstockes bei motorischen Unsicherheiten oder der Einsatz eines Hörgerätes bei eingeschränkter Hörfähigkeit gelten etwa als solche kompensatorischen Strategien.

4. Psychische Störungen im Alter

A.-K. Buchgeher

Bisherige epidemiologische Studien zur Häufigkeit von psychischen Störungen im Alter zeigen, dass etwa ein Viertel der Menschen über 65 Jahre an einer psychischen Störung leidet (Zank et al., 2010). Die häufigsten und wichtigsten psychischen Störungen im höheren Lebensalter sind dementielle Erkrankungen, Depressionen, Angst- und Schlafstörungen (Maercker, 2015b). Basierend auf den Ergebnissen der Berliner Altersstudie ergeben sich für diese Störungen folgende Prozentangaben: Demenz 17%, Depressionen 9%, Angststörungen 5% und Schlafstörungen 19% (Helmchen et al., 2010, zitiert nach Maercker, 2015b). Darüber hinaus kommen somatoforme Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, Anpassungsstörungen und wahnhaftige Störungen bei älteren Menschen häufig vor (Maercker, 2015b). Bis heute fehlen in den allgemein üblichen Klassifikationssystemen psychischer Störungen (vgl. 7.4. *ICD-10 und DSM-5*) separate Kapitel mit Beschreibungen von Altersstörungen und deren spezifischen Symptomen.

Multimorbidität. Der Begriff Multimorbidität bezeichnet das gleichzeitige Bestehen von mehreren Krankheiten und ist besonders im höheren Lebensalter zu beobachten (Pschyrembel, 2014). Die Untersuchungen der Berliner Altersstudie zeigten, dass 98% der 70- bis 100-Jährigen mindestens eine internistische Diagnose sowie 88% fünf und mehr internistische Diagnosen aufwiesen, und somit als multimorbid zu bezeichnen waren (Steinhagen-Thiesen & Borchelt, 2010, zitiert nach Maercker, 2015b). Überdies ergab sich ein Durchschnittswert aller körperlichen und psychischen Diagnosen von 7.4 gleichzeitig bestehenden Erkrankungen. Zusätzlich wurde der subjektive Belastungsschweregrad der

Erkrankungen miterhoben (Steinhagen-Thiesen & Borchelt, 2010, zitiert nach Maercker, 2015b). Die häufigsten Erkrankungen von mittlerem bis hohem Belastungsschweregrad waren Osteoarthrosen (32%), Herzinsuffizienz (24%), Rückenschmerzen (21%), koronare Herzkrankheit (18%) und Osteoporose (10%). Als subjektiv besonders schwer belastend wurden Krankheiten des Bewegungsapparates sowie des Herz-Kreislauf-Systems genannt (Steinhagen-Thiesen & Borchelt, 2010, zitiert nach Maercker, 2015b). Darüber hinaus betrug der prozentuelle Anteil der älteren Menschen, die eine oder mehrere Medikationen bekamen, 87% (Steinhagen-Thiesen & Borchelt, 2010, zitiert nach Maercker, 2015b). Eine nicht ausreichende bzw. nicht optimale medikamentöse Behandlung war bei 24% der älteren Menschen festzustellen (Steinhagen-Thiesen & Borchelt, 2010, zitiert nach Maercker, 2015b).

Bevor im nächsten Abschnitt auf die Risikofaktoren für psychische Störungen im Alter eingegangen wird, ist noch einmal zu betonen, dass das Alter bzw. das Altern per se keine Indikation zu einer Behandlung darstellt, Menschen im höheren Lebensalter üblicherweise über effektive Bewältigungsstrategien verfügen und nur bei einem geringen Anteil eine eindeutige psychische Störung zu diagnostizieren ist (Maercker, 2015b).

4.1. Risikofaktoren

S.-A. Utermöhlen

Die Ursachen für das Auftreten einer psychischen Störung im Alter sind vielfältig. Es gibt jedoch einige Faktoren, die das Risiko erhöhen. Risikofaktoren können fehlende soziale und ökonomische Ressourcen zur Unterstützung sein, mangelndes gesundheitsförderndes Verhalten, vermehrte physische Erkrankungen, funktionelle Beeinträchtigungen, kognitive Defizite oder soziale Behinderung, aber auch traumatische Erlebnisse (Cummings & Kropf, 2011; Zank et al., 2010).

4.1.1. Historische Einflüsse auf die psychische Entwicklung. Tabelle 1 stellt dar, welche Jahrgänge sich in welchem Alter zum Zeitpunkt einschlägiger historischer Ereignisse des 20. Jahrhunderts befanden. Die Tabelle 1 wurde nach Vorlage von Zank et al. (2010) erstellt und für das aktuelle Jahr 2016 neu berechnet. Je nach Jahrgang hat der Bevölkerungsanteil im heutigen Alter von 60 Jahren oder älter traumatische Ereignisse erlebt, wie das Ende des 1. Weltkrieges, die Zwischenkriegszeit, die Wirtschaftskrise und Massenarbeitslosigkeit, den 2. Weltkrieg und die Nachkriegszeit.

Tabelle 1

Jahrgänge und Alter zum Zeitpunkt einschlägiger historischer Ereignissen des 20. Jhd.

Alter 2016	Geburtskohorten	Alter 1918	Alter 1933	Alter 1945
90 - 99	1917 - 1926	0 - 1	7 - 16	19 - 28
80 - 89	1927 - 1936	-	0 - 6	9 - 18
70 - 79	1937 - 1946	-	-	0 - 8
60 - 69	1947 - 1956	-	-	-

Die meisten Betroffenen sind aufgewachsen mit traumatischen Erlebnissen, wie Luftangriffen, Ausbombungen, großen Verlusten, Flucht, Vertreibung und teilweise auch Erlebnissen an der Front oder in Kriegsgefangenschaft. Kinder und Jugendliche, die während des zweiten Weltkrieges zur Welt gekommen sind, sind oftmals ohne Vater aufgewachsen und wurden von der Mutter alleine großgezogen. Manche wurden durch Flucht oder Kinderlandverschickung von der gesamten Familie getrennt. Es wurde viel Gewalt miterlebt, wie etwa Erschießungen, Verwundungen und Vergewaltigungen, teilweise musste Gewalt selbst angewandt werden. Die meisten Kinder und Jugendliche hatten somit keine beschützte Kindheit (Zank et al., 2010).

Nach dem Ende des 2. Weltkrieges wurde wenig über Kriegserlebnisse gesprochen und psychiatrische Unterstützung war nicht vorstellbar (Zank et al., 2010). Es gibt einige Studien zu dem Einfluss von Kriegserlebnissen auf die psychische Gesundheit. Die ELDERMEN-Studie zeigte beispielsweise kein erhöhtes Vorkommen psychischer Störungen (Zank et al., 2010). Des Weiteren wurden gute Selbstregulations- und Anpassungsfähigkeiten bei Personen der Kriegsgeneration festgestellt (Zank et al., 2010). Andere Studien konnten wiederum ein erhöhtes Risiko für posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Panikstörungen und eine geringere subjektive Lebensqualität feststellen (Schmidt-Traub, 2011). Hucklenbroich, Burgmer und Heuft (2014) berichten in ihrer Studie, dass die Anzahl an traumatischen Erfahrungen im Zusammenhang mit Somatisierung im Alter steht. Zudem stellten sie fest, dass die Symptome einer PTBS bei der älteren deutschen Bevölkerung mit komorbiden Störungen wie Depression oder Somatisierungsstörungen assoziiert sind.

4.1.2. Übergang ins Seniorenheim. Der Übergang ins Seniorenheim stellt ein Thema dar, welches zwischen der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie liegt (Thiele, Feichtinger, Baumann, Mitmansgruber, & Somweber, 2002). Ein erfolgreicher Umzug wird positive und präventive Auswirkungen auf das weitere Leben im Seniorenheim haben. Ein überstürzter oder ungeplanter Umzug kann jedoch zu dramatischen Reaktionen führen. Dies kann, nicht nur im Alter, zur Verschlechterung des gesamten Gesundheitszustandes, der

Labilisierung des Selbstwertgefühls und dem Absinken der Lebensqualität führen (Thiele et al., 2002).

Der Umzug in ein Seniorenheim ist ein kritisches Lebensereignis und somit ein Stressor (Laireiter, Baumann, & Messner, 2015). Der Bewertungsprozess spielt dabei eine wichtige Rolle. Wenn der Umzug als eine Herausforderung oder als ein positives Ereignis eingeschätzt wird, zeigen Personen höhere Unabhängigkeit und höheres Wohlbefinden. Die Vorbereitung auf den Umzug wirkt belastungspuffernd und eine rechtzeitige Information über die Wohn- und Lebensbedingungen ermöglicht adäquate Erwartungen, welche wiederum zur besseren Eingewöhnung führen (Thiele et al., 2002). Dennoch ist ein Umzug in ein Seniorenheim an einen langen Prozess geknüpft. Betroffene sind mit Herausforderungen konfrontiert, sich einzugewöhnen, an die neue Situation anzupassen und neue soziale Kontakte zu knüpfen. (Laireiter et al., 2015).

4.1.3. Häusliche Gewalt. In vielen Studien wurden Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen in der Kindheit und / oder im Erwachsenenalter und gesundheitlichen sowie psychischen Folgen gefunden (Hornberg, Schröttle, Böhne, Khelaifat, & Pauli, 2008). Vor allem frühe Gewalt und gehäufte Gewalterfahrungen über die Lebensspanne hinweg haben einen starken Einfluss auf den Gesundheitszustand. Es wurden Zusammenhänge zwischen aktuellen Beschwerden und erlebter Gewalt in der Kindheit oder im Erwachsenenalter gefunden (Hornberg et al., 2008). Besonders erhöht waren Probleme mit Stress- und Bewältigungsstrategien, Gedächtnisstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schwäche, Müdigkeit, Schlafprobleme, Antriebslosigkeit, Panikattacken, Selbstmordgedanken und Selbstwertprobleme. Es konnten auch Zusammenhänge zwischen Gewalterfahrungen und PTBS, Essstörungen, Angststörungen und Suizidalität gefunden werden (Hornberg et al., 2008).

4.1.4. Verlust von Ehepartner / Kind. Im höheren Alter bestehen oftmals jahrzehntelange Partnerschaften. Die Partner haben im Regelfall sehr enge abhängige Beziehungen zueinander aufgebaut. Das Versterben eines Partners wird daher häufig als Verlust eines Teils von sich selbst erlebt. Zu dem können bestimmte Grundbedürfnisse nicht mehr befriedigt werden, wie zum Beispiel nach Intimität, Bindung, Orientierung, Kontrolle und Selbstwerterhöhung. Häufig kommt es zu Orientierungslosigkeit, da gemeinsame Ziele, Erlebnisse und das soziale Leben sowie soziale Aktivitäten nun selbstständig bewältigt werden müssen (Znoj, 2004).

Auch der Verlust eines Kindes ist ein einschlägiges belastendes Erlebnis. Es kommt zum Wegfall der Elternrolle und somit der sozialen Rolle als auch zum Wegfall der Bindung zum Kind. Der Verlust eines Kindes kann die Vorstellung über die weitere Zukunft zerstören. Sehr häufig kommt es zu Schuldzuweisungen und einem Gefühl der Überlebensschuld (Znoj, 2004).

Trauer nach dem Tod des Ehepartners oder eines Kindes hilft bei der Anpassung an eine neue Realität. Wenn der Trauerprozess jedoch nicht zur Gänze abgeschlossen werden kann, kann es zu einer Anpassungsstörung oder komplizierten Trauer kommen (Znoj, 2004).

4.1.5. Altern als Risikofaktor. Mit dem Alter kommt es zu einer Zunahme von biologisch-organischen Risiken wie chronische Erkrankungen, Multimorbidität, Verlust wichtiger Bezugspersonen, sensorische und motorische Einschränkungen, Hilfsbedürftigkeit und Pflegebedürftigkeit (Maercker, 2015b).

Im Alter werden Menschen mit verschiedenen Verlusten konfrontiert, welche erfolgreich reguliert werden müssen. Verluste sind unter anderem die Berentung und der damit einhergehende Verlust einer sozialen Rolle, Verlust des Partners oder einer nahestehenden Person, aber auch physiologische und kognitive Funktionseinbußen (Maercker, 2015b). Es kommt zu sinkenden Werten der Nervenleitgeschwindigkeit, des Stoffwechsel-Grundumsatzes, der maximalen Herzfrequenz, der Muskelkraft, des maximalen Blut-Laktat Spiegels, der Vitalkapazität und der maximalen Ventilationsrate (Maercker, 2015b). Zudem kommt es zu Einschränkungen der alltäglichen Aktivitäten, aber auch zu sensorischen Beeinträchtigungen. Auch finanzielle Sorgen, traumatische Erlebnisse oder das Bewusstwerden über den Tod können erschwerend hinzukommen (Maercker, 2015b).

Diese Risiken, die mit dem natürlichen Alterungsprozess zusammenhängen, können sich erschwerend auf die Entwicklung von psychischen Störungen auswirken (Cummings & Kropf, 2011).

5. Schwere psychische Störungen

A.-K. Buchgeher

Forschungen zu schweren psychischen Störungen (engl. *severe mental illness, SMI*) sind bisher nur in sehr geringem Maße vorhanden und zeigen ferner eine heterogene Datenlage (Gühne, Becker, et al., 2015). Anzunehmen ist, dass schwere psychische Störungen grundsätzlich im jüngeren Erwachsenenalter häufiger auftreten und in erster Linie psychotische Störungen, vor allem Schizophrenie, sowie schwere affektive Störungen,

Suchterkrankungen, schwere Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen betreffen. In Deutschland leiden etwa 1-2% der Gesamtbevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren an einer schweren psychischen Störung (Gühne, Becker, et al., 2015).

5.1. Definition und Prävalenz

A.-K. Buchgeher

Bis heute fehlt eine einheitliche Definition von schweren psychischen Störungen. Eine der am bedeutendsten Arbeiten in diesem Zusammenhang ist jene von Schinnar, Rothbard, Kanter und Jung (1990). Schinnar und Kollegen verglichen als einer der Ersten 17 verschiedene Definitionen von schweren psychischen Störungen, die im Zeitraum von 1977 bis 1987 in den USA veröffentlicht wurden. Die Ergebnisse zeigten eine weitgehende Einigkeit im Bezug auf drei wesentliche Kriterien für die Definition einer SMI, nämlich Diagnose, Beeinträchtigung und Dauer. Hinsichtlich der genauen Spezifizierung und der Gewichtung dieser drei Kriterien gab es jedoch große Divergenzen. An einer repräsentativen Stichprobe von 222 Patienten wurde mit den verschiedenen Definitionen die Häufigkeit von schweren psychischen Störung ermittelt. In Abhängigkeit von der verwendeten Definition und der jeweiligen Gewichtung der Kriterien resultierte eine Auftretenshäufigkeit zwischen 4% und 88%. Die Definition des National Institut of Mental Health (NIMH) von 1987 erlangte dabei die größte Zustimmung (Schinnar et al., 1990). Nach der NIMH Definition ist eine SMI charakterisiert durch die Diagnose einer nichtorganischen Psychose oder Persönlichkeitsstörung, Beeinträchtigungen in mindestens drei von fünf Kategorien (leichte Beeinträchtigung in alltäglichen Aktivitäten, mäßige Beeinträchtigung in sozialen Funktionen, im Beruf sowie in Freizeitaktivitäten und ein soziales Verhalten, das einer medizinischen oder gerichtlichen Intervention bedarf) und durch eine gewisse Dauer (frühere Hospitalisation oder ambulante Behandlungen über einen längeren Zeitraum). Für das Kriterium der Dauer wurde von Schinnar und Kollegen eine Zeitspanne von zwei Jahren festgelegt (2-Jahre-Kriterium), das bedeutet seit mindestens zwei Jahren an einer Erkrankung zu leiden oder sich seit mindestens zwei Jahren in Behandlung zu befinden.

Aufbauend auf den Ergebnissen von Schinnar et al. (1990) führten Ruggeri et al. (2000) eine Studie zur Definition von schweren psychischen Störungen in Verona durch. Ruggeri und Kollegen untersuchten zwei unterschiedliche Definitionen, die beide eine Weiterentwicklung der Definition des NIMH (1987) darstellen. Die Kriterien der dreidimensionalen Definition für eine SMI sind die Diagnose einer nichtorganischen Psychose, eine Behandlungsdauer von zwei Jahren und eine gewisse Schwere der Beeinträchtigung

gemessen mit dem Global Assessment of Functioning (GAF; American Psychiatric Association [APA], 1987). Eine schwere Beeinträchtigung wurde mit einem GAF-Wert von 50 oder weniger festgelegt.

Im Gegensatz dazu müssen bei der zwei-dimensionalen Definition einer SMI nur die Kriterien der Dauer und der Beeinträchtigungsschwere erfüllt sein, demnach werden bei dieser Definition alle psychiatrischen Diagnosen berücksichtigt (Ruggeri et al., 2000). Die Definitionen unterscheiden sich somit von jener von Schinnar et al. (1990) in drei Punkten: Erstens wurden Persönlichkeitsstörungen von Ruggeri et al. ausgeschlossen, zweitens wurde nur die Dauer der Behandlung und nicht auch die Dauer der Erkrankung miteinbezogen und drittens wurden die Beeinträchtigungen mithilfe einer gültigen Skala quantifiziert.

Die Studie von Ruggeri et al. (2000) ergab bei Verwendung der drei-dimensionalen Definition eine 1-Jahresprävalenz für schwere psychische Störungen von 1.34 pro 1000 Einwohner. Unter Berücksichtigung aller psychiatrischen Diagnosen (zwei-dimensionale Definition) betrug die 1-Jahresprävalenz 2.33 pro 1000 Einwohner. Entsprechend der zwei-dimensionalen Definition wiesen 9% der Personen ohne eine psychotische Störung und 40% der Personen mit einer psychotischen Störung eine SMI auf. Überdies umfasste die Gruppe der schwer psychisch Erkrankten gemäß der zwei-dimensionalen Definition 58% Personen mit und 42% Personen ohne eine psychotische Störung. Angesichts dieser hohen Zahlen sprechen sich die Autoren für die Anwendung der zwei-dimensionalen Definition, also für die Einbeziehung aller psychiatrischen Diagnosen, bei Untersuchungen von schweren psychischen Störungen aus.

In der Studie von Lora, Bezzi und Erlicher (2007) zur Häufigkeit von schweren psychischen Störungen in der Lombardei wurde wiederum eine andere Definition von schweren psychischen Störungen verwendet. Neben der Diagnose einer psychiatrischen Störung und der Beeinträchtigungsschwere stellte die Intensität der in Anspruch genommenen Behandlungen ein weiteres Kriterium dar. Dementsprechend wurden Personen dann als schwer psychisch krank eingestuft, wenn sie eine psychiatrische Diagnose aufwiesen und entweder die Beeinträchtigungen eine bestimmte Schwere erreichten oder eine intensive Inanspruchnahme von Behandlungen im letzten Jahr stattfand. Der Schweregrad der Beeinträchtigungen wurde mit dem Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS; Wing et al., 1998) erhoben und für eine SMI war mindestens ein Wert von vier in einem Bereich oder mindestens ein Wert von drei in zwei Bereichen nötig. Die Intensität der Behandlung in den letzten 12 Monaten wurde folgendermaßen bestimmt: entweder eine stationäre Krankenhausaufnahme bzw. betreutes Wohnen oder mehr als vier ambulante Behandlungen

bei psychiatrisch Tätigen. Die Prävalenz von schweren psychischen Störungen lag bei 3.1 pro 1000 Einwohner älter als 14 Jahre und ist somit mit den Studienergebnissen von Ruggeri et al. (2000) vergleichbar. Von den Personen mit einer SMI litten 56% an einer schizophrenen Störung, 16% an einer affektiven Störung und 11% an einer Persönlichkeitsstörung.

5.1.1. Einflussfaktoren bei der Prävalenzschätzung. Aus den eben genannten Studien ist bereits ersichtlich, dass die Prävalenzschätzung von schweren psychischen Störungen maßgeblich von der verwendeten Definition bestimmt wird. Die Schwere der Beeinträchtigung als ein Definitionskriterium kann mit unterschiedlichen Verfahren gemessen werden (Gühne, Becker, et al., 2015). Neben der GAF-Skala und der HoNOS kann beispielsweise auch der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS; Schepank, 1995) angewandt werden. Zudem veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation die World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0; Üstün, Kostanjsek, Chatterji, & Rehm, 2010), die ebenfalls die Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus bestimmt. Je nach eingesetzter Messmethode werden unterschiedliche Ergebnisse zur Häufigkeit von SMI erreicht. Darüber hinaus kann auf das Kriterium der Erkrankungs- und Behandlungsdauer verzichtet und stattdessen die Behandlungsintensität, wie in der Studie von Lora et al. (2007), miteinbezogen werden. Dies führt folglich erneut zu unterschiedlichen Prävalenzschätzungen. Allgemeiner Konsens besteht hingegen darüber, dass nicht nur ausschließlich psychotische Störungen, sondern ebenso andere psychiatrische Diagnosen berücksichtigt werden sollen (Gühne, Becker, et al., 2015).

Ein weiterer Faktor, der auf die Schätzung der Prävalenz einen entscheidenden Einfluss hat, ist die ausgewählte Stichprobe (Gühne, Becker, et al., 2015). Die Erhebung kann einerseits in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe, andererseits in einer klinischen oder Patientenstichprobe erfolgen. Zudem besteht die Möglichkeit bei der Prävalenzschätzung auf eine spezielle Subpopulation, bei welcher psychische Erkrankungen gehäuft auftreten (z. B. im Bereich der Forensik oder Wohnungslosigkeit), zurückzugreifen. In Abhängigkeit des gewählten Erhebungszuganges ergeben sich unterschiedliche Prävalenzzahlen. Zudem können noch zusätzliche Kriterien, wie etwa fehlende Krankheitseinsicht, Ausmaß der familiären Unterstützung oder Eigen- und Fremdgefährdung, in die Berechnungen miteinfließen und zu variierenden Ergebnissen beitragen.

5.2. Charakteristika schwerer psychischer Störungen

A.-K. Buchgeher

Menschen, die an einer schweren psychischen Störung leiden, sind zum überwiegenden Teil männlich, alleinstehend und arbeitslos (Parabiaghi, Bonetto, Ruggeri, Lasalvia, & Leese, 2006). Darüber hinaus leben sie häufiger alleine, nehmen mehr Betreuungsleistungen in Anspruch und zeigen eine stärker ausgeprägte Psychopathologie sowie ein eingeschränkteres Funktionsniveau. Schwere psychische Störungen führen zu ernsthaften Schwierigkeiten in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen und letztendlich auch zu einer verminderten Lebensqualität (Gühne, Becker, et al., 2015; Gühne, Weinmann, Arnold, Becker, & Riedel-Heller, 2015).

Zusätzlich weisen schwer psychisch Erkrankte einen schlechteren Gesundheitszustand auf, leiden vermehrt an Komorbiditäten und haben eine verringerte Lebenserwartung (De Hert et al., 2011). Das Mortalitätsrisiko ist in der Gruppe der schwer psychisch Erkrankten im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung um das zwei- bis dreifache erhöht. Ein erhöhtes Krankheitsrisiko besteht für Infektionskrankheiten, kardiovaskuläre Erkrankungen, Stoffwechsel- und Atemwegserkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparats (De Hert et al., 2011).

Soziale Isolation ist ein weit verbreitetes Phänomen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Linz & Sturm, 2013). Nicht selten erfahren die Betroffenen Diskriminierung und sozialer Exklusion sowie eine geringe soziale Unterstützung. Des Weiteren ist das Risiko traumatische Ereignisse zu erleben und eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, signifikant höher in der Gruppe der schwer psychisch Erkrankten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Mauritz, Goossens, Draijer, & Achterberg, 2013). Überdies zeigen traumatisierte Personen, die zugleich an einer SMI leiden, eine schwerwiegendere Symptomatik im Gegensatz zu den Personen, die lediglich an einer schweren psychischen Erkrankung leiden.

5.3. Schwere psychische Störungen im Alter

A.-K. Buchgeher

Der Fokus von empirischen Untersuchungen zu schweren psychischen Störungen liegt vor allem auf Erwachsenen; ältere Menschen, die an einer SMI leiden, fanden bislang keine bis kaum Berücksichtigung (Ramaprasad et al., 2015). Demnach mangelt es derzeit an aussagekräftigen Studien, die sich mit den Konsequenzen einer schweren psychischen Störung im Alter beschäftigen. Ebenso gibt es kaum Ergebnisse hinsichtlich der

Lebensqualität von Menschen im höheren Lebensalter mit einer SMI. In einer Studie von Ramaprasad et al. (2015) konnte gezeigt werden, dass die Beeinträchtigungen bei älteren Menschen mit einer SMI nicht nur auf den normalen Prozess des Alterns zurückzuführen sind, sondern sehr wohl eine Konsequenz der psychischen Erkrankung darstellen und sich im Laufe der Zeit noch verschlimmern, insbesondere in den Bereichen der Selbstständigkeit und Kontaktfähigkeit. Die Lebensqualität älterer Personen mit einer schweren psychischen Störung ist dementsprechend verringert (Ramaprasad et al., 2015).

Diese niedrigere Lebensqualität von älteren Menschen mit einer SMI wird auch mit Stigmatisierungserfahrungen in Verbindung gebracht (Depla, de Graaf, Weeghel, & Heeren, 2005). Je mehr sich die Betroffenen stigmatisiert fühlen, desto niedriger ist ihre Lebensqualität. Im Gegensatz besteht zwischen der Wohnsituation (z. B. Wohnen in einem Seniorenheim), der Art der psychischen Störung und Stigmatisierungserfahrungen kein Zusammenhang (Depla et al., 2005). In Hinblick auf körperliche Krankheiten bei älteren Menschen mit einer schweren psychischen Störung tritt Diabetes häufige komorbid auf (Sajatovic et al., 2016). Daneben sind Brustschmerzen, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Atemwegserkrankungen aber auch affektive Störungen als weitere Begleiterkrankungen zu nennen (Cummings & Kropf, 2011; Sajatovic et al., 2016).

Eine 2014 in Australien durchgeführte Längsschnittstudie schätzt die Prävalenz von schweren psychischen Störungen bei älteren Männern auf 5.8% (Almeida, Hankey, Yeap, Golledge, Norman, & Flicker, 2014). Davon litten 2.5% an einer Depression 1.2% an einer Störung des schizophrenen Formenkreises, 1.8% an einer Alkoholabhängigkeit und 0.3% an einer bipolaren Störung. Überdies wiesen Männer mit einer SMI ein höheres Mortalitätsrisiko und eine um etwa drei Jahre verkürzte Lebenserwartung auf (Almeida et al., 2014).

Anderen Schätzungen zufolge sind etwa 2% der Menschen im höheren Lebensalter von einer schweren psychischen Störung betroffen (Cummings & Kropf, 2011). Die Problematik bei älteren Menschen mit einer SMI besteht besonders darin, dass sie neben den Symptomen und Konsequenzen ihrer psychischen Erkrankung gleichzeitig mit den alterstypischen Einschränkungen zurechtkommen müssen (Cummings & Kropf, 2011). Darüber hinaus verfügen ältere schwer psychisch Erkrankte zumeist über geringere finanzielle sowie soziale Ressourcen und zeigen gegenüber psychosozialen Betreuungsangeboten eine ablehnende Haltung, folglich nehmen sie weniger Betreuungsangebote in Anspruch (Cummings & Kropf, 2011). Des Weiteren mangelt es einerseits an therapeutischen Programmen für diese bestimmte Zielgruppe, andererseits ist beispielsweise das Pflegepersonal von Seniorenheimen

nicht auf die Betreuung von älteren Menschen mit schweren psychischen Störungen vorbereitet. Dementsprechend werden nicht selten die speziellen Bedürfnisse dieser Personengruppe übersehen bzw. nicht erfüllt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass schwere psychische Störungen sowohl in jüngeren als auch in älteren Jahren mit zahlreichen Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen einhergehen und die Betroffenen komplexe Behandlungs- sowie Versorgungsleistungen, die ihre individuellen Bedürfnisse berücksichtigen, benötigen.

6. Seniorenheime

S.-A. Utermöhlen

Die steigende Lebenserwartung führt zu einem größer werdenden Bevölkerungsteil, der 65 Jahre und älter ist. Im Alter steigt die Wahrscheinlichkeit ein höheres Ausmaß an Pflege und Betreuung zu benötigen. Wenn dieser Pflegedarf nicht mehr abgedeckt werden kann, besteht die Option in ein Seniorenheim zu ziehen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2016a). Mit der steigenden Lebenserwartung, nimmt somit auch die Beanspruchung von alternativen Unterkünften zu (Thiele et al. 2002). Laut einer Infratest-Erhebung (Baumann, Mitmansgruber, Thiele, & Feichtinger, 2002) lebten 1994 4-5% der über 60-Jährigen in einem Heim. Eine Studie von Bickel (1998) konnte anhand der Analyse von Sterbedaten von Personen über 65 Jahren zeigen, dass 28.6% in einem Seniorenheim verstarben. In Deutschland wurden 2009 31% der Pflegebedürftigen in Heimen versorgt (Rothgang, Müller, & Unger, 2012).

Da die meisten Häuser sowohl aus Bereichen des selbstständigen Wohnens als auch Pflegeabteilungen bestehen, können die Begriffe Altenwohnheim (bzw. Seniorenwohnheim), Altenheim (Seniorenheim) und Altenpflegeheim (Seniorenpflegeheim) nicht klar getrennt werden. Sie werden unter der Bezeichnung „stationären Einrichtung der Alten- und Seniorenpflege“ zusammengefasst (Laireiter et al., 2015). In dieser Arbeit wird der Begriff „Seniorenheim“ als Synonym für diese Bezeichnung verwendet.

Seniorenheime bieten im Regelfall je nach Bedarf professionelle Hilfe, wie Unterstützung bei (instrumentellen) Alltagsaktivitäten (z. B. durch Haushaltshilfen), Körperpflege und gesundheitsbezogener Versorgung (Therapieangebote, medizinische Versorgung, etc.) (Laireiter et al., 2015).

Pflegestufen. Zur finanziellen Unterstützung kann Pflegegeld beantragt werden. Es gibt sieben Stufen, die sich je nach dem benötigten Ausmaß an Hilfe unterscheiden. Für den Anspruch auf Pflegegeld muss die betroffene Person zumindest 65 Stunden Hilfe in der

Woche benötigen. Die Begutachtung zur Einstufung des Pflegebedarfs findet durch einen Arzt oder eine Pflegefachkraft statt. Die monatliche Unterstützung variiert zwischen 157,30€ (Pflegestufe 1) und 1.688,90€ (Pflegestufe 7) (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2016b).

6.1. Gesundheitszustand und Prävalenzen

S.-A. Utermöhlen

Zusammenfassend zum Gesundheitszustand von Bewohnern und Bewohnerinnen von Seniorenheimen in Österreich werden im Folgenden die Ergebnisse zweier Studien von Jagsch (2006) und Wancata, Benda, Hajji, Lesch und Müller (1998) dargestellt. Diese ermöglichen einen guten Einblick in dieses Themengebiet.

Zur demografischen Verteilung lässt sich sagen, dass der größte Anteil der Bewohner und Bewohnerinnen von Seniorenheimen, aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen, weiblich (ca. 75%) ist und sich im Alter von 81 und 90 Jahren befindet (ca. 50%) (Jagsch, 2006; Wancata et al., 1998). Im Durchschnitt hat jeder Bewohner und jede Bewohnerin vier internistische Diagnosen, wobei Hypertonie, Sturz oder Diabetes mellitus am häufigsten sind. Zudem hat jeder Bewohner und jede Bewohnerin durchschnittlich auch eine neurologische Erkrankung. Die häufigste Diagnose ist ein Schlaganfall, gefolgt von Parkinson. Des Weiteren nimmt jeder Bewohner und jede Bewohnerin durchschnittlich 4.9 Medikamente zu sich (Jagsch, 2006). Jagsch (2006) und Wancata et al. (1998) konnten eine Prävalenz für eine psychische Störung von 50% bzw. 72.6% finden. Die häufigsten Diagnosen sind Demenz und Depression, gefolgt von Substanzmissbrauch und Schizophrenie (Jagsch, 2006; Wancata et al., 1998).

6.2. Versorgungstand

S.-A. Utermöhlen

Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 um die Hälfte steigen wird. Es ist aber nicht nur mit einer Steigung des Pflegebedarfs zu rechnen, sondern auch mit einem Rückgang der familiären Pflegepotenziale und, aufgrund der Alterung der Gesellschaft, auch mit einem Rückgang erwerbsfähiger Personen. Demnach steigt der Bedarf, während zugleich die Arbeitskräfte weniger werden. Somit kommt es zu einer Versorgungslücke (Rothgang et al., 2012).

Durch die Risiken und Belastungen des Älterwerdens oder durch das „Mitnehmen“ von psychischen Störungen aus jüngeren Jahren (Laireiter et al., 2008), kommt es im Alter immer

öfter vor, dass Personen von psychischen Störungen, psychosomatisch bedingten Leidenszuständen und psychischen Problemen im Kontext somatischer Erkrankungen belastet sind (Reif, Birgmann, Palk, & Peböck, 2007, zitiert nach Laireiter et al., 2008).

Von den über 65-Jährigen haben 25% eine oder mehrere psychische Diagnosen. Die Zahl liegt bei über 65-Jährigen, die in einem Seniorenheim leben, sogar bei 50% bzw. 76.2% (Jagsch, 2006; Wancata et al., 1998). Die hohen Prävalenzen von psychischen Störungen im Alter, vor allem in Seniorenheimen, die Multimorbidität sowie chronischen Erkrankungen und das erhöhte Risiko für Verlustereignisse und belastende Rollenveränderungen lassen darauf schließen, dass besonders im Alter ein erhöhter Bedarf an Versorgungsleistungen besteht (Laireiter et al., 2015). Durch die Altersmorbidity kommt es zu einer allgemein erhöhten Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen, wie Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten und Medikamentenverabreichungen (Mühlig et al., 2015).

Zur psychotherapeutischen Versorgung gibt es bisher noch kaum Studien. Oftmals wird jedoch eher auf unangemessene Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems zurückgegriffen (Maercker, 2003). Diese sind nicht unbedingt zielführend und im Vergleich zu zielgerichteten Interventionen weniger kosteneffektiv (Maercker, 2003). Es konnte über die letzten Jahre dennoch gezeigt werden, dass Psychotherapie auch im Alter noch zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen kann (Laireiter et al., 2008). Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme von Psychotherapie sehr gering ist (ca. 2%) und die Betroffenen, bis auf den Hausarzt, wenig Hilfe in Anspruch nehmen (Laireiter et al., 2008). Dies macht deutlich, dass eine starke Unterversorgung vorliegt (Maercker, 2003). Gründe dafür können zum einen die fehlende Selbstständigkeit von älteren Personen sein oder die physiologischen und sensorischen Beeinträchtigungen, zum anderen die Tatsache, dass psychische Probleme im Alter oftmals nicht mehr als solche erkannt werden (Laireiter et al., 2008).

Im Rahmen der Studie „Lebensqualität im Seniorenheim“ (Jagsch, Wintgen-Samhaber, & Zapotoczky, 2006) konnte dieses Ergebnis bestätigt werden. Neben den Erhebungen von Prävalenzen zu psychischen Diagnosen wurden auch Empfehlungen für weitere Therapiemaßnahmen gegeben, zum Beispiel zu Interventionsmaßnahmen und medikamentöser Behandlung. Die empfohlenen Interventionsmaßnahmen wurden nur zur Hälfte umgesetzt. Es zeigte sich, dass die Umsetzung mit zunehmendem Alter abnahm und bei über 90-Jährigen keine Interventionen mehr umgesetzt wurden. Die Etablierung von Antipsychotika fand wiederum zu fast 100% statt, die Empfehlungen Medikamente abzusetzen wurde wiederum kaum wahrgenommen. Auch Wancata et al. (1998) konnte in

ihrer Studie aufzeigen, dass von den Personen, die von einer psychischen Störung betroffen sind, lediglich 15% psychiatrische Hilfeleistungen in Anspruch nahmen.

Für die meisten Personen ist der Hausarzt die häufigste Ansprechperson. Um zu vermeiden, dass eine psychische Störung unerkannt bleibt, sollten Hausärzte in der Lage sein, psychische Störungen im Altern zu erkennen. Zudem können somit auch negative Erwartungen gegenüber psychischen Störungen und psychologischer Unterstützung bereits dort abgewendet werden (Maercker, 2015b).

7. Diagnostik psychischer Störungen

7.1. Definition

S.-A. Utermöhlen

Als Teildisziplin der Psychologie hilft die psychologische Diagnostik bei der Beantwortung von Fragestellungen, die die Beschreibung, Klassifikation, Erklärung, Prognose und Evaluation menschlichen Verhaltens und Erlebens behandeln (Schmidt-Atzert & Amelang, 2012). Bei der klinisch-psychologischen Diagnostik werden Merkmale erfasst, die dem Bereich psychischer Störungen angehören, zum Beispiel Angst. Diese werden als latente Konstrukte bezeichnet. Die klinisch-psychologische Diagnostik hat die Aufgabe diese psychischen Merkmale beobachtbar und quantifizierbar zu machen. Mit Hilfe von wissenschaftlichen Methoden werden diese Daten über das Verhalten und Erleben einer Person sowie deren relevanten Bedingungen erhoben. Die psychologische Diagnostik, als zielorientierter Prozess, sammelt, gewichtet und integriert die erhobenen Informationen. Dies ermöglicht Schlussfolgerungen und Entscheidungen zu treffen und Fragestellungen zu beantworten (Schienle & Ille, 2011; Schmidt-Atzert & Amelang, 2012).

7.2. Funktionen

S.-A. Utermöhlen

Die Funktionen der psychologischen Diagnostik bestehen darin, Verhalten und Erleben von Menschen zu beschreiben, zu erklären, vorherzusagen und zu evaluieren (Schienle & Ille, 2011). Um dies zu ermöglichen müssen Laienaussagen jedoch erst in klinisch-psychologische Terminologien übersetzt werden. Bei der Beschreibung werden Probleme, Symptome und Zielverhalten identifiziert und benannt. Dieser Teilprozess sollte objektiv und theoriefrei ablaufen, jedoch können bestimmte Aspekte relevante Informationen liefern, welche Einfluss auf die Beschreibung haben können. Zu diesen kann beispielsweise der Arbeitskontext oder die berufliche Sozialisation zählen (Schienle & Ille, 2011).

Bei der Klassifikation werden Personen oder Situationsmerkmale bestimmten Klassen zugeordnet. Die gebräuchlichen Kategoriensysteme zur Einordnung von psychischen Störungen sind die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD, aktuelle international gültige Ausgabe ICD-10) der World Health Organisation (World Health Organisation [WHO], 1992) und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, aktuelle international gültige Ausgabe DSM-5) der APA (APA, 2013). Um entscheiden zu können, ob eine Person psychisch auffällig oder psychisch gesund ist, muss eine differentialdiagnostische Entscheidung getroffen werden. Bei dieser wird mit Hilfe von Ein- und Ausschlusskriterien entschieden, ob Symptome einer bestimmten Klasse zugeordnet werden können oder nicht (Schienle & Ille, 2011).

7.3. Haupt- und Nebengütekriterien

S.-A. Utermöhlen

Die Güte der Verfahren ist ausschlaggebend für die Datenerhebung und die Auswahl der Methoden (Schienle & Ille, 2011). Hauptgütekriterien sind Objektivität, Reliabilität und Validität. Objektivität bedeutet Stabilität, das heißt man kommt zu dem gleichen Ergebnis unabhängig vom Diagnostiker. Reliabilität bedeutet Zuverlässigkeit, damit ist die Messgenauigkeit des Verfahrens gemeint. Validität bedeutet Gültigkeit, das heißt das Verfahren misst das, was es angibt zu messen. Die Verfahren müssen nicht nur die Hauptgütekriterien erfüllen, sondern auch Nebengütekriterien, welche die ethische Angemessenheit der Verfahren ermöglichen. Zu den Nebengütekriterien zählen Ökonomie (Sparsamkeit), Nützlichkeit, Zumutbarkeit, Verständlichkeit, Vollständigkeit, Angemessenheit der Rückmeldung und Testfairness (Schienle & Ille, 2011). Des Weiteren ist darauf zu achten, dass aktuelle Normwerte zum Vergleich der Ergebnisse vorliegen, nur so kann eine aussagekräftige Diagnose getroffen werden (Schienle & Ille, 2011).

7.4. ICD-10 und DSM-5

S.-A. Utermöhlen

Die ICD-10 der WHO (1992) und das DSM-5 der APA (2013) sind zwei verbindliche Klassifikationssysteme. Es wird versucht die Erkrankungen international anerkannt und Kulturen übergreifend zu beschreiben. Kennzeichen der Klassifikationssysteme sind einerseits eine deskriptive Klassifikation der Erkrankungen, eine operationale Diagnostik, bei welcher definierte Symptom-, Zeit-, Verlaufs- und Ausschlusskriterien und Diagnosealgorithmen berücksichtigt werden, andererseits eine multiaxiale Diagnostik,

wonach psychische Erkrankungen auf mehreren Achsen bzw. Dimensionen beschrieben werden können. Das Komorbiditätsprinzip, bei welchen die Möglichkeit geboten wird, gemeinsam auftretende, unterschiedliche psychische Erkrankungen getrennt zu diagnostizieren und zu kodieren, ist ein weiteres Charakteristikum dieser Klassifikationssysteme (Schneider, Weber-Papen, & Hettmann, 2012).

Es wird versucht beide Klassifikationssysteme möglichst kompatibel zu gestalten. Da in Deutschland und Österreich im medizinischen Kontext die Verwendung der ICD-10 üblich ist, wird im Nachfolgenden nur auf die ICD-10 eingegangen (Schneider et al., 2012).

Die ICD-10 ist ein Klassifikationssystem für Krankheiten verschiedenster Art. Seit 1948 bzw. seit der 6. Auflage werden auch psychische Erkrankungen erfasst. Das Kapitel V kodiert psychische Erkrankung mit den Nummer F00 bis F99. Im Tabelle 2 werden die F-Kategorien, die Störungsgruppen und die Charakteristika beschrieben (Schneider et al., 2012).

Tabelle 2

F-Kategorien nach ICD 10 mit Störungsgruppe und Charakteristika (Schneider et al., 2012)

F-Kategorie und Störungsgruppe	Charakteristika
F0 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen)	Nachweis hirnorganischer Krankheit, Verletzung od. Funktionsstörung des Gehirns; Untergliederung nach Typus u. Schweregrad der kognitiven-sensorischen Störung
F1 (Psychische u. Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen)	Nachweis einer Verursachung durch psychotrope Substanzen; Kodierung der verursachenden Substanz an 3. Stelle (z. B. F10: Alkohol), an 4. Stelle Kodierung des im Vordergrund stehenden klinischen Aspekts (z. B. F10.0: Akute Alkoholintoxikation)
F2 (Schizophrenie, schizotype u. wahnhafte Störungen)	Nachweis v. Denk- u./od. Wahrnehmungsstörungen; Untergliederung nach Syndromen (z. B. paranoide Schizophrenie) od. Verlauf (z. B. anhaltende wahnhafte Störung)
F3 (Affektive Störungen)	Nachweis v. Veränderungen in Stimmung u. Antrieb; Untergliederung nach Verlaufsformen
F4 (Neurotische-, Belastungs- u. somatoforme Störungen)	Hohe Bedeutung psychischer Verursachung; Untergliederung nach phänomenologischen Syndromen (z. B. Zwang) od. äußere Belastung (z. B. Anpassungsstörung)
F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen u. Faktoren)	Nachweis v. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Funktionsstörungen; Untergliederung nach funktionalen Zusammenhängen
F6 (Persönlichkeits- u. Verhaltensstörungen)	Nachweis anhaltender, gestörter Verhaltensmuster; Untergliederung nach typologischen Gesichtspunkten

Fortsetzung

F7 (Intelligenzminderung)	Beeinträchtigung d. Intelligenzfunktion; Differenzierung nach Schweregrad
F8 (Entwicklungsstörungen)	Beginn der Störung in d. (frühen) Kindheit; defizitäre od. verzögerte Entwicklung v. Funktionen, d. eng mit biologischer Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind
F9 (Verhaltens- u. emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit u. Jugend)	Früher Beginn d. Störungen, überwiegend durch psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst

7.5. Gerontopsychologische Diagnostik

A.-K. Buchgeher

Die gerontopsychologische Diagnostik ist eine Teildisziplin der klinisch-psychologischen Diagnostik und versucht den diagnostischen Besonderheiten im höheren Lebensalter Rechnung zu tragen (Rupprecht, et al., 2015). Als Ziele sind unter anderem eine altersgerechte Erfassung der individuellen Merkmalsausprägungen und der vorhandenen Fähigkeiten, insbesondere der kognitiven Funktionen, sowie die Früherkennung einer Demenzerkrankung definiert (Rupprecht, et al., 2015). Darüber hinaus wird die Erhebung sowohl der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit als auch der Selbstständigkeit bei älteren Menschen verfolgt. In diesem Zusammenhang erfahren ebenfalls soziale Aspekte, wie zwischenmenschliche Beziehungen, soziale Unterstützung sowie die allgemeine Umwelt der Personen Berücksichtigung (Rupprecht, et al., 2015).

7.5.1. Besonderheiten der Diagnostik im Alter. Hinsichtlich der Verwendung psychologischer Verfahren im Alter, die für das jüngere Erwachsenenalter entwickelt wurden, muss mit einer eingeschränkten Aussagekraft der diagnostischen Ergebnisse gerechnet werden (Rupprecht et al., 2015). Dies ist auf altersbedingte kognitive, motorische und sensorische Veränderungen zurückzuführen. Zudem weisen ältere Menschen eine geringere zeitliche Belastbarkeit und unzureichende Erfahrung mit testpsychologischen Situationen auf. Eine weitere Spezifik gerontopsychologischer Untersuchungen ist die erhöhte Tendenz zu Antwortverfälschungen, die einerseits auf Tendenzen der Zustimmung oder der sozialen Erwünschtheit, andererseits auf Verständnisschwierigkeiten oder Erinnerungsfehlern zurückzuführen sind (Fleischmann & Oswald, 2001). Überdies verändern sich gewisse psychische Funktionen mit dem Alter strukturell, beispielsweise sind die intellektuellen Fähigkeiten im höheren Alter von einer Dedifferenzierung betroffen (Fleischmann & Oswald, 2001; Rupprecht et al., 2015). Dedifferenzierung der intellektuellen Fähigkeiten meint, dass

die Intelligenz im höheren Lebensalter im Vergleich zum jüngeren Erwachsenenalter von einem stärkeren Zusammenhang unterschiedlicher kognitiven Leistungen geprägt ist (Titz, 2014). Dies hat zur Folge, dass Testergebnisse bei älteren Menschen andere Leistungskomponenten abbilden und diese somit nicht mehr mit Testergebnissen von jüngeren Menschen vergleichbar sind (Fleischmann & Oswald, 2001; Rupprecht et al., 2015).

In Hinblick auf differenzialdiagnostische Besonderheiten in der gerontopsychologischen Diagnostik sind vor allem zwei Punkte zu erwähnen (Rupprecht et al., 2015). Zum einen gehen viele psychische Störungen mit körperlichen Beschwerden einher und erschweren somit die Abgrenzung zu körperlichen Erkrankungen. Zum anderen kann sich die Unterscheidung zwischen einer Demenz und einer Depression aufgrund der hohen Komorbidität dieser beiden Störungen und der ähnlichen Symptomatik sehr schwierig gestalten. Auf weitere zu berücksichtigende Aspekte bei der Differenzialdiagnostik verschiedener Störungen im Alter wird im Kapitel 8. *Klassifikation psychischer Störungen* eingegangen.

Lebensqualität und Selbstständigkeit. Im Allgemeinen wird die Lebensqualität von älteren Menschen mit altersunabhängigen Diagnoseverfahren, deren Verwendung sich in der Gerontopsychologie bewährt hat, gemessen (Rupprecht et al., 2015). Verfahren, die eigens zur Messung der Lebensqualität im gerontopsychologischen Bereich konzipiert wurden, fokussieren auf den subjektiv erlebten Prozess des Alterns (Rupprecht et al., 2015). Das Interesse liegt bei solchen Verfahren auf den körperlichen Symptomen, dem allgemeinen Körperempfinden, den intellektuellen Fähigkeiten, dem Selbstbild und den gesellschaftlichen wie instrumentellen Tätigkeiten einer Person (Rupprecht et al., 2015).

Die Feststellung des Ausmaßes der Selbstständigkeit und der Funktionseinschränkungen hat in der gerontopsychologischen Diagnostik einen hohen diagnostischen Stellenwert (Rupprecht et al., 2015). Grund dafür ist, dass sowohl die Selbstständigkeit als auch die bestehenden Funktionseinschränkungen augenscheinlich Aussagen über die Pflegebedürftigkeit bzw. die alltäglichen Bewältigungskompetenzen einer Person ermöglichen und somit Auskunft über notwendige Indikationen geben. Im Bezug auf alltägliche Tätigkeiten sind die basalen Aktivitäten (z. B. Körperpflege, Essen, Mobilität) von den instrumentellen Aktivitäten (z. B. Einkaufen, Kochen, Regelung finanzieller Angelegenheiten) zu unterscheiden (Rupprecht et al., 2015). Für die Erhebung beider Aktivitäten liegen verschiedene Methoden vor, die meistens auf Fremdeinschätzungen basieren (Fleischmann & Oswald, 2001).

Schließlich ist noch anzumerken, dass in jedem diagnostischen Prozess, so auch im gerontopsychologischen Setting, eine umfassende Anamnese unerlässlich ist (Gutzmann & Frölich, 2003). Eine valide Anamneseerhebung kann jedoch gerade bei älteren Menschen mitunter eine Herausforderung darstellen (Gutzmann & Frölich, 2003). In solchen Fällen ist es relevant, Fremdbeurteilungen von nahen Angehörigen oder Pflegepersonal einzuholen, um somit zum Beispiel den Krankheitsbeginn und den Krankheitsverlauf feststellen zu können. Ergänzend ist darauf zu achten, dass während eines Anamnesegespräches auf die individuellen Bedürfnisse und die sensorischen bzw. kognitiven Beeinträchtigungen der älteren Menschen eingegangen werden (Gutzmann & Frölich, 2003). Vor allem bei Menschen im höheren Lebensalter ist es wesentlich, ihnen das Gefühl des Zuhörens zu vermitteln, anderenfalls kann die Bereitschaft zur Kooperation sehr rasch verschwinden. Aus diesem Grund ist in diesen Angelegenheiten ein simples monotones Abfragen selten zielführend (Gutzmann & Frölich, 2003).

8. Klassifikation psychischer Störungen

8.1. Angststörung

S.-A. Utermöhlen

Störungsbild. Angststörungen lassen sich charakterisieren durch Furcht im Sinne eines Bedrohungsgefühls und Vermeidung, im Sinne einer dominierenden automatischen Bewältigungsstrategie (Maercker, 2011).

Angststörungen sind gekennzeichnet durch eine unangemessene Angstreaktion, welche immer wieder auftritt, der Angst vor Situationen oder Dingen, die keine reale Gefahr darstellen, und dysfunktionalen Bewältigungsstrategien (Maercker, 2011). Angststörungen lassen sich jedoch unterscheiden durch den Inhalt der Angst, diese kann die Angst vor bestimmten Objekten, Tätigkeiten oder Situationen sein, aber auch allgemeine und anhaltende Befürchtungen. Auch die zeitliche Dynamik der Angstreaktionen und die Art der Bewältigungsstrategien variieren zwischen verschiedenen Angststörungen. Beispielsweise ist eine Panikstörung gefolgt von einer rapiden Fluchtentwicklung, während bei einer Zwangsstörung dysfunktionale, stereotypische Bewältigungsstrategien im Zentrum stehen (Maercker, 2011).

Eine Panikstörung ist gekennzeichnet durch das Auftreten von Panikattacken (Maercker, 2011). Panikattacken sind starke Angstanfälle mit körperlichen (z. B. beschleunigter Herzschlag, Schwitzen, Zittern, Atemnot, Übelkeit) und kognitiv-emotionalen Symptomen (z. B. Angst vor Kontrollverlust, Angst zu sterben, Depersonalisation) (Maercker, 2011). Eine

Panikattacke tritt im Regelfall spontan auf und hat innerhalb von zehn Minuten ihren Höhepunkt erreicht. Ein großer Teil der Panikstörungen geht mit Agoraphobie einher (Maercker, 2011). Betroffene haben Angst vor Plätzen und Situationen, in der Angstsymptome auftreten können oder ein Verlassen der Situation als schwierig erlebt wird. Daher werden solche Situationen oftmals vermieden (Maercker, 2011).

Die Kernsymptome einer Generalisierten Angststörung (GAS) sind übermäßige, exzessive Sorgen und Ängste. Weiters bestehen körperliche und kognitiv-emotionale Symptome. Für die Diagnose einer GAS müssen mehrere der Symptome über einen Zeitraum von mind. sechs Monate bestehen (Maercker, 2011).

Eine soziale Phobie ist gekennzeichnet von der Angst vor (sozialen) Situationen, in denen ein menschlicher Umgang notwendig ist oder vor Situationen, in denen eine Leistung verlangt wird und man sich bei dieser blamieren könnte (Maercker, 2011). Es wird befürchtet, dass das eigene Verhalten oder körperliche Symptome negativ eingeschätzt werden. Typische Merkmale sind weiters Gefühle von Scham und Demütigung sowie ein Vermeidungsverhalten, welches das alltägliche Leben stark beeinträchtigt (Maercker, 2011).

Bei spezifischen Phobien besteht Angst vor und Vermeidung von bestimmten Situationen oder Objekten, zum Beispiel Höhen, Enge, Tiere, Fliegen (Maercker, 2011).

Angststörungen treten überwiegend in der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter auf. Bei fehlender Behandlung kann es zu chronischen Problemen kommen. Angststörungen treten häufig mit depressiven Störungen und Abhängigkeitsstörungen gemeinsam auf (Maercker, 2011).

Altersspezifisches Störungsbild. An sich gibt es keine großen Unterschiede in dem Erscheinungsbild von Angststörungen im Alter im Vergleich zu jüngeren Altersklassen, jedoch werden Angststörungen im Alter seltener erkannt (Risch & Wilz, 2015). Dies kann zu einer geringeren Lebensqualität führen, aber auch zum Risikofaktor für psychische und körperliche Folgeerkrankungen werden und im schlimmsten Fall zu einer erhöhten Mortalität führen (Risch & Wilz, 2015). Angstsymptome wie zum Beispiel Schwindel, Atemnot oder Herzrasen werden sehr oft von körperlichen Erkrankungen überdeckt, die ähnliche Symptome haben. Auch funktionelle Einschränkungen können die Symptome einer Angststörung verdecken (Risch & Wilz, 2015). Zudem sind Sorgen und Ängste über den Altersprozess hinweg nur schwer von pathologischer Angst zu unterscheiden. Im Alter werden Symptome noch dazu oftmals später berichtet (Risch & Wilz, 2015). Auch Medikamente können ähnliche Symptome auslösen. Bei der Diagnostik von Angststörungen im Alter sind also all diese Aspekte zusätzlich zu erheben und abzuwiegen (Risch & Wilz, 2015).

Prävalenz. Die 12-Monatsprävalenz von Angststörungen in der gesamten Gesellschaft liegt bei ca. 12% (Wittchen & Jacobi, 2011). Die Prävalenz von Angststörungen im Alter liegt bei ca. 10%, es gibt jedoch viele unterschiedliche Werte und so ergeben sich für die einzelnen Angststörungen folgende Prävalenzen: GAS 1.2-7.3%, Agoraphobie 0.4-5.2%, spezifische Phobien ca. 4.8%, soziale Phobie 0.6-2.3% und Panikstörungen 0.1-1.0% (Risch & Wilz, 2015). Es wird angenommen, dass spezifische und soziale Phobien oftmals in der Kindheit entstehen, Panikstörungen im frühen bis mittleren Erwachsenenalter und GAS im höheren Alter. Oftmals gehen Angststörungen im Alter komorbid mit Depressionen, anderen Angststörungen oder Erkrankungen wie Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder gastrointestinalen Erkrankungen einher (Risch & Wilz, 2015).

Differentialdiagnostik. Insbesondere bei der Diagnostik einer GAS ist darauf zu achten, dass sich die Symptome einer GAS und die Symptome depressiver Störungen teilweise überschneiden. Daher wird keine GAS diagnostiziert, wenn eine Depression vorliegt. Zusätzlich ist eine Schilddrüsenüberfunktion auszuschließen, da die Symptome einer GAS durch diese verursacht werden können (Maercker, 2011).

8.2. Zwangsstörungen

S.-A. Utermöhlen

Störungsbild. Zwangspatienten leiden unter unterschiedlichen aufdrängenden Zwängen bzw. Zwangsimpulsen. Diese wiederholen sich gegen den Willen der betroffenen Personen immer wieder und können kaum willentlich beeinflusst werden (Arolt, Reimer, & Dilling, 2011). Bei einer Zwangsstörung treten oftmals Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gemeinsam auf (Schmidt-Traub, 2011). Negative Intrusionen lösen unangenehme Gefühle und zwanghaftes Verhalten aus. Es besteht das Bedürfnis die aversiven Gedanken, wie Ängste, Ekel, Schuldgefühle, Traurigkeit oder Aggressionen zu neutralisieren oder zu vermeiden (Schmidt-Traub, 2011). Sehr oft haben Zwangspatienten das Gefühl einen Schaden begrenzen zu müssen oder Sauberkeit und Ordnung zu halten (Schmidt-Traub, 2011). Zwangsstörungen sind charakterisiert durch Misstrauen gegenüber dem eigenen Gedächtnis, Leiden an den eigenen Zweifeln und emotionalem Druck, welcher das eigene Verhalten beeinflusst und oftmals auch Angehörige belastet (Schmidt-Traub, 2011).

Für die Diagnose einer Zwangsstörung müssen die Zwangsgedanken und / oder Zwangshandlungen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen täglich bestehen (Schmidt-Traub, 2011). Die betroffene Person glaubt, dass dies die eigenen Gedanken und

Handlungen sind und nicht von anderen beeinflusst werden. Es kommt zu einem dauernden Wiederholen, welches als unangenehm empfunden wird und zumindest eine der Gedanken / Handlungen wird als übertrieben eingeschätzt. Es wird erfolgloser Widerstand geleistet. Nach den Zwangsgedanken bzw. -handlung kann es kurzzeitig zu einer Erleichterung von Angst oder Anspannung kommen, die Gedanken und Handlungen werden hingegen nicht als angenehm empfunden. Zwangspatienten empfinden ein subjektives Leiden und psychosoziale Einschränkungen (Schmidt-Traub, 2011).

Prävalenz. Bis vor einigen Jahren wurde angenommen, dass eine Zwangsstörung zwar eine sehr schwerwiegende Störung sei, jedoch sehr selten vorkomme. Mittlerweile ist davon auszugehen, dass die Prävalenz von Zwangsstörungen zwischen 1% und 2% liegt (Reinecker, 2011). Die Prävalenz unterscheidet sich nicht zwischen verschiedenen Altersklassen (Schmidt-Traub, 2011). Dieses Ergebnis konnte auch das Modul zur psychischen Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS-MH) bestätigen, die eine Prävalenz von 1.1% bei Personen zwischen 65 und 79 Jahren fand (Mühlig et al., 2015).

Altersspezifisches Störungsbild. Das Störungsbild der Zwangsstörung unterscheidet sich im Alter kaum von dem Störungsbild Jüngerer. Kennzeichnend ist allerdings, dass Ältere oftmals von stärkerer Besorgnis betroffen sind (Schmidt-Traub, 2011).

8.3. Anpassungsstörung

S.-A. Utermöhlen

Störungsbild. Eine Anpassungsstörung wird ausgelöst durch eine entscheidende Lebensveränderung oder ein belastendes Lebensereignis (z. B. Unfall, Beginn einer schweren Erkrankung oder Verlust eines nahestehenden Menschen) (Arolt et al., 2011). Während des Anpassungsprozesses kann es dabei zu subjektivem Leiden und sozialer Beeinträchtigung kommen, welche soziale Funktionen und Leistungen behindern können. Kernsymptome sind gedankliches Verhaftetsein und Fehlanpassung an die neue Situation (Maercker, 2015a). Weitere Symptome sind depressive Stimmung, Angst, Besorgnis und Sorge, mit der gegenwärtigen Situation nicht zurechtzukommen (Arolt et al., 2011). Die Symptomatik beginnt innerhalb eines Monats nach dem Ereignis und hält in der Regel nicht länger als sechs Monate an. Eine Anpassungsstörung kann jedoch zu anderen Störungen führen, wie etwa Depression, Substanzmissbrauch oder Angststörungen. Mit einer Anpassungsstörung kommt es zudem zu einer erhöhten Suizidrate (Arolt et al., 2011; Maercker, 2015a).

Bei einer Anpassungsstörung lassen sich verschiedene Untergruppen unterscheiden (Arolt et al., 2011). Ein vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen

Monat dauert, wird als kurze depressive Reaktion diagnostiziert (Arolt et al., 2011). Eine längere depressive Reaktion ist charakterisiert durch einen leichteren depressiven Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation. Die Dauer überschreitet jedoch keine zwei Jahre. Das Vorhandensein von Angst und depressiven Symptomen ist als Angst und depressive Reaktion gemischt zu diagnostizieren (Arolt et al., 2011). Eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen hat eine Symptomatik, die verschiedene affektive Qualitäten wie Angst, Depression, Sorgen, Anspannung und Ärger betreffen. Führende Symptome einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten sind Störungen der Gefühle und des Sozialverhaltens (Arolt et al., 2011). Andere spezifische Anpassungsstörungen beziehen sich auf Ereignisse wie zum Beispiel Kulturschock, Trauerreaktion oder Hospitalismus (Arolt et al., 2011).

Prävalenz. Zur Prävalenz von Anpassungsstörungen gibt es bisher kaum Daten. Die Prävalenz in der gesamten Bevölkerung wird auf 0.3-0.6% geschätzt (Bengel & Hubert, 2010). Bei Menschen im höheren Alter ist die Prävalenz höher und liegt zwischen 2-8% (Bengel & Hubert, 2010).

Differentialdiagnostik. Eine Anpassungsstörung ist durch vielfältige, aber wenig spezifische Symptome charakterisiert. Diese sind nur schwer von anderen psychischen Störungsbildern zu unterscheiden. Für die Diagnose sind das Vorliegen und die Ausprägung eines oder mehrerer Stressoren, die zeitliche Abfolge, die Art und Schwere der Symptome und die Dauer zu identifizieren. Eine Anpassungsstörung soll jedoch erst diagnostiziert werden, wenn die Symptome keiner anderen spezifischen psychischen Störung zugeordnet werden können (Bengel & Hubert, 2010).

Eine Anpassungsstörung und eine akute Belastungsstörung werden hauptsächlich durch die Dauer der Symptome und die Ausprägung und Art des Stressors unterschieden. Bei einer akuten Belastungsstörung geht ein ungewöhnlicher belastender Stressor der Störung zeitlich voraus, während bei einer Anpassungsstörung der Stressor zwar meistens weniger intensiv ist, jedoch eine individuelle Vulnerabilität gegenüber diesem besteht. Auch die Dauer der Symptome unterscheidet sich zwischen den Störungen (Bengel & Hubert, 2010).

Die Schwierigkeit, eine posttraumatische Belastungsstörung von einer Anpassungsstörung zu unterscheiden, liegt vor allem darin, eine Trennung zwischen einem katastrophalen, außergewöhnlichen Stressor und einem kritischen Lebensereignis zu finden (Bengel & Hubert, 2010). Daher wird das Kriterium vom Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses

als ausschlaggebender Unterschied gesehen und gilt als diagnoseleitend für eine PTBS (Bengel & Hubert, 2010).

Depressive Störungen und Anpassungsstörungen haben als gemeinsame Merkmale einen Stressor, depressive Symptome und vegetative Symptome, unterscheiden sich jedoch in der Ausprägung der Symptome und der Dauer der Symptomatik (Bengel & Hubert, 2010).

Eine GAS und eine Anpassungsstörung haben ebenfalls einen Stressor und Angstsymptome als Merkmale, bei einer GAS bestehen hingegen anhaltende Ängste und Sorgen, die sich nicht auf ein Objekt oder ein Ereignis beziehen. Andere Angststörungen haben die gleichen gemeinsamen Merkmale, unterscheiden sich jedoch in der Schwere der Symptome (Bengel & Hubert, 2010).

Die Gemeinsamkeiten einer somatoformen Störung, einer chronischen Erschöpfung und einer Anpassungsstörung sind die depressiven Symptome, die Angstsymptome und die vegetativen Symptome. Der Unterschied zwischen den Störungsbildern liegt darin, dass bei einer somatoformen Störung multiple körperliche Symptome bestehen und die Symptomatik länger anhält (Bengel & Hubert, 2010).

8.3.1. Komplizierte Trauer. Störungsbild. Einfache Trauer, zum Beispiel nach dem Tod einer nahestehenden Person, wird als Bewältigungsstrategie zur Anpassung an eine neue Realität gesehen. Prozesse des Aufschaukelns durch dysfunktionale Gedanken, mangelnde soziale Unterstützung und maladaptive Bewältigungsstrategien können verstärkend darauf wirken, sodass der Trauerprozess nicht abgeschlossen werden kann. Es kann zu einer komplizierten Trauer kommen (Znoj, 2004).

Komplizierte Trauer ist von den Kernsymptomen her als Sich-Sehnen und anhaltendem gedanklichen Verhaftetsein gekennzeichnet (Maercker, 2015a). Weitere Symptome sind intrusive Gedanken und Gefühle, extreme Reizbarkeit, Vermeiden spezifischer Trauerauslöser, selbstschädigendes Verhalten, Panikattacken, depressive Reaktionen und Gefühle innerlicher Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit (Znoj, 2004). Das Verhalten von Betroffenen ist gekennzeichnet durch starke, impulsive Reaktionen wie Wut, Schuldgefühle und Angst. Manchmal zeigt sich eine verzögerte Trauerreaktion (Znoj, 2004). Die Trauer nimmt in ihrer Intensität nicht kontinuierlich ab und wird oftmals nicht als Traurigkeit erlebt. Es gelingt keine Anpassung an eine neue Wirklichkeit (Znoj, 2004). Komplizierte Trauer kann zu gesundheitlichen Problemen wie beispielsweise Schlaf- oder Essstörungen und erhöhte Anfälligkeit für Infektionserkrankungen führen. In der Regel kommt es zur Vernachlässigung

des sozialen Netzes, Einbußen im Bereich des beruflichen Funktionierens und Vereinsamung (Znoj, 2004).

Prävalenz. Für eine komplizierte Trauer gibt es erst seit dem DSM-5 eine spezifische Diagnose, bei der ICD-10 ist am ehesten eine Anpassungsstörung zu diagnostizieren (Znoj, 2004). Daher ist es bisher schwer klare Prävalenzen für komplizierte Trauer zu erheben. Kersting, Brähler, Glasmer und Wagner (2011) konnten in ihrer Studie zur Prävalenz von komplizierter Trauer, mit einer Stichprobe von 2520 Personen im Alter von 14 bis 95 Jahren, eine Prävalenz von 3.7% finden. Bei Personen, die den Verlust einer nahestehenden Person erlebt haben, fanden sie eine erhöhte Prävalenz von 6.7%.

8.4. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

S.-A. Utermöhlen

Störungsbild. Psychotrope Substanzen werden dadurch definiert, dass sie als natürlich oder chemisch aufbereitete oder als synthetische Stoffe zentralnervös auf den Organismus einwirken und Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen (Bühringer & Behrendt, 2011). Zu psychotropen Substanzen zählen laut WHO Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa und Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene, flüchtige Lösungsmittel, Tabak (Arolt et al., 2011; Bühringer & Behrendt, 2011). Alle Stoffe können bei der ersten Einnahme sehr individuelle positive Auswirkungen haben. Die positiven Auswirkungen können auf somatischer (z. B. Wachheit, Beruhigung, Schmerzlinderung), psychischer (z. B. Angstabbau, Euphorie) oder sozialer Ebene (z. B. Akzeptanz bei Dritten) stattfinden. Die Auswirkungen können wiederum dazu führen, dass der Konsum in Frequenz und Menge gesteigert wird. Bei einer Substanzstörung kommt es zum Kontrollverlust von Zeitpunkt, Ort, Dauer und Menge des Konsums (Bühringer & Behrendt, 2011).

Unabhängig von der Substanzklasse lassen sich vier Diagnoseformen unterscheiden (Maercker, 2011). *Intoxikation* ist ein Vergiftungs- bzw. Überdosierungszustand (Maercker, 2011). In diesem Zustand kommt es zu einer Störung vom Bewusstsein, der Kognition, der Wahrnehmung, der Affekte und des Verhaltens. Es kann auch zum Delir kommen, welches meistens Desorientierung zur Folge hat, aber auch zu lebensbedrohlichem Koma führen kann (Maercker, 2011). Mit *Entzug* ist gemeint, dass nach einer Pause des Konsums, dem Absetzen oder Reduzieren der Einnahme es zu einem akuten physischen und psychischen Belastungszustand kommt. *Missbrauch* bzw. *schädlicher Gebrauch* als weitere Diagnoseform ist gekennzeichnet durch unangebracht hohen Gebrauch. Missbrauch führt zu verschiedenen sozialen Beeinträchtigungen, wie zum Beispiel wiederholtes Versagen bei wichtigen

Verpflichtungen, Substanzkonsum in gefährlichen Situationen, Probleme mit dem Gesetz oder wiederholte zwischenmenschliche Probleme. Diese Beeinträchtigungen müssen einen Monat sehr hoch ausgeprägt sein oder innerhalb von 12 Monaten immer wiederkehren (Maercker, 2011). Missbrauch gilt als Vorstufe der Abhängigkeit und wird nur diagnostiziert, wenn nicht bereits eine Abhängigkeit vorliegt (Arolt et al., 2011). Die vierte Diagnoseform ist die *Abhängigkeit* (Maercker, 2011). Abhängigkeit beschreibt einen unangepasst hohen Gebrauch. Die Abhängigkeit ist charakterisiert durch Toleranzentwicklung, Entzugssymptomen, Kontrollverlust bei der Einnahme sowie Craving (Zustand des Verlangens), einem hohen zeitlichen Aufwand für die Beschaffung und durch den Konsum sowie der Erholung und der Beeinträchtigung von sozialen und beruflichen Lebensbereichen. Die Merkmale müssen mindestens 12 Monate bestehen (Maercker, 2011).

Der Begriff „Störung“ wurde als neutraler Begriff statt Sucht oder Krankheit eingeführt. Das zentrale Merkmal einer Substanzstörung besteht in der psychischen Abhängigkeit, die sich durch Craving und Kontrollverlust äußert. Teilweise findet zusätzlich auch eine körperliche Abhängigkeit statt. Weitere Merkmale, die in unterschiedlichem Ausmaß vorhanden sein können, sind akute oder chronische Erkrankungen, psychische Störungen und soziale Probleme (Bühner & Behrendt, 2011).

Prävalenz. Die 12-Monatsprävalenz für Alkoholabhängigkeit in der gesamten Bevölkerung liegt bei 2.4%, für Nikotinabhängigkeit bei 6.3%, für problematischem Medikamentenkonsum bei 4% und für Cannabisabhängigkeit bei 0.4% (Bühner & Behrendt, 2011). Man geht davon aus, dass der Konsum von Alkohol und Nikotin im Alter abnimmt, der problematische Medikamentenkonsum jedoch zunimmt (Mühlig et al., 2015). Die Prävalenz von irgendeiner Suchtstörung im Alter liegt bei 6% (Mühlig et al., 2015). Für Alkoholabhängigkeit ab dem Alter von 60 Jahren konnten Prävalenzen von 2-6,5% gefunden werden (Wolter, 2015). Es ist davon auszugehen, dass die Prävalenz von problematischem Medikamentenkonsum bei ca. 4% liegt (Wolter, 2015). Die Prävalenz für Nikotinabhängigkeit beträgt ebenfalls 4% (Mühlig et al., 2015).

Altersspezifisches Störungsbild. Substanzstörungen sind im Alter weit verbreitet, obwohl sie oftmals nicht als solche erkannt werden. Überdies wird angenommen, dass die Prävalenzen steigen werden. Die Einnahme von Suchtmitteln bei „somatische Komorbidität, Multimorbidität und Polypharmazie sowie geringer physiologischen Reserven“ (Wolter, 2015, S. 280) geht mit einer hohen Gefahr einher.

8.5. Nichtorganische Schlafstörungen

S.-A. Utermöhlen

Regulärer Schlaf besteht aus verschiedenen Stadien. Diese unterscheiden sich in Rapid-Eye-Movement-Schlaf (REM-Schlaf) und Non-REM-Schlaf (Grözingen & Schneider, 2012). REM-Schlaf ist vor allem gekennzeichnet durch schnelle Bewegungen der Augen, welche dem Schlaf auch den Namen „Rapid-Eye-Movement-Schlaf“ verleihen. Zudem fehlt während des REM-Schlafs der Muskeltonus fast zur Gänze und die elektrische Aktivität des Gehirns ist dem des Wachzustandes sehr ähnlich. Der Non-REM-Schlaf wiederum besteht aus leichteren Schlaf-Stadien und dem Tiefschlaf. Ein REM-Schlaf und ein Non-REM-Schlaf ergeben einen Schlafzyklus (Grözingen & Schneider, 2012). Im Regelfall werden pro Nacht vier bis sechs Schlafzyklen durchlaufen. Bei Störungen in den Schlafzyklen kann es zu nicht erholsamen Schlaf kommen. Nicht erholsamer Schlaf kann schwerwiegende Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität haben (Grözingen & Schneider, 2012).

Störungsbild. Bei der Diagnose wird zwischen den Gruppen Insomnie, Hypersomnie, Parasomnien und Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus unterschieden (Grözingen & Schneider, 2012). Insomnien sind Störungen beim Einschlafen oder Durchschlafen oder Betroffene haben eine schlechte Schlafqualität. Betroffene empfinden den Schlaf als ungenügend. Insomnien werden vor allem gekennzeichnet durch starkes Grübeln über die negativen Konsequenzen der Schlafstörungen (Grözingen & Schneider, 2012). Hypersomnien zeichnen sich durch eine übermäßige Schlafneigung (z.B. exzessive Tagesschläfrigkeit oder Schlafattacken werden des Tages) und einen verlängerten Übergang zum vollen Wachzustand trotz genügend Schlaf aus. Bei Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus entspricht der persönliche Schlaf-Wach-Rhythmus nicht dem der Umgebung. Parasomnien werden charakterisiert durch abnorme Ereignisse, die im Zusammenhang zum Schlaf oder Schlafstadien stehen. Dies können etwa Schlafwandel, Albträume oder Pavor nocturnus sein. Parasomnien werden je nach Schlafstadium, in welchem sie auftreten, klassifiziert (Grözingen & Schneider, 2012). Nichtorganische Schlafstörungen werden zumeist durch psychogene Faktoren ausgelöst (Grözingen & Schneider, 2012).

Prävalenz. An insomnischen Beschwerden leiden ca. 10% der gesamten Bevölkerung (Grözingen & Schneider, 2012). Ein Drittel dieser Personen haben eine nichtorganische Insomnie. Die Prävalenz von Hypersomnie ist bisher noch unklar, bisherigen Schätzungen zufolge liegt die Prävalenz bei 0.005% (Grözingen & Schneider, 2012). Schlafstörungen bzw. Probleme im Zusammenhang mit Schlaf treten im Alter sehr häufig auf (Maercker, 2015b). Es gibt dazu jedoch kaum Prävalenzwerte. Diverse Forschungsergebnisse berichten von einer

Prävalenz von Insomnien bei ca. 20% und einem gehäuftem Auftreten von Hypersomnien bei älteren Menschen (Maercker, 2015b). Bei der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) wurden mit Hilfe des Pittsburgh Sleeping Quality Inventory (PSQI) Insomnie-Screening-Diagnosen gestellt und 11.1% Einschlafstörungen gefunden. Dabei wurde angegeben, dass Betroffene dreimal oder häufiger die Woche von den Problemen betroffen sind, wobei Frauen öfters betroffen waren als Männer. Darüber hinaus wurde einerseits bei Durchschlafschwierigkeiten eine Zunahme mit dem Alter gefunden, andererseits nimmt die subjektive Schlafqualität mit dem Alter ab (Mühlig et al., 2015). Die Schlafqualität wurde von 21.2% der 60-Jährigen als schlecht und von 1.9% als sehr schlecht beurteilt. Zusätzlich verringerte sich die effektive Schlafdauer (Mühlig et al., 2015).

Altersspezifisches Störungsbild. Menschen über 60 Jahre haben häufiger Schlafprobleme. Im Alter kommt es zu einer veränderten Schlafstruktur, insofern als die Schlafstadien häufiger wechseln, wodurch es zum häufigerem Aufwachen kommt. Die veränderte Schlafstruktur führt auch zu einer geringeren Schlaftiefe und durch weniger Tiefschlaf kommt es wiederum zu weniger effizientem Schlaf (Schmidt-Traub, 2011).

Differentialdiagnostik. Eine Schlafstörung ist ein Symptom sehr vieler psychischer, aber auch körperlicher Erkrankungen. Zudem können Schlafstörungen durch bestimmte Substanzen ausgelöst werden. Für die Diagnose einer Schlafstörung ist daher eine ausführliche Exploration notwendig, um abzuklären, ob die Schlafstörung tatsächlich ein eigenes Krankheitsbild darstellt (Grözinger & Schneider, 2012).

8.6. Affektive Störungen

A.-K. Buchgeher

Affektive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit und gehen sehr häufig mit anderen psychischen Störungen einher (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011; Deisenhammer, 2012a). Allgemein umfassen affektive Störungen psychische Störungen, die die Affektivität und die Stimmung betreffen und eine Veränderung dieser bewirken (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2015). Die veränderte Gemütslage geht grundsätzlich mit einem ebenso veränderten Aktivitätsniveau einher. Überdies wird der Beginn der affektiven Störungen bzw. der einzelnen Episoden meist mit belastenden Lebensereignissen assoziiert. Ein weiteres Charakteristikum der affektiven Störungen ist, dass diese in der Regel wiederholt auftreten und die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Episode mit jeder vorangegangenen Episode steigt (Dilling et al., 2015). Aus diesem Grund besteht vor allem bei affektiven Störungen die Gefahr der Chronifizierung. Im Bezug auf den Verlauf der affektiven

Störungen werden zwei grundlegende Begrifflichkeiten unterschieden (Arolt et al., 2011): Ein unipolarer Verlauf bezeichnet entweder eine depressive oder eine manische Episode. Ein bipolarer Verlauf schließt sowohl depressive als auch manische Episode ein.

Affektive Störungen weisen eine sehr hohe Lebenszeitprävalenz auf. Für Frauen liegt diese bei 25%, für Männer bei 12% (Deisenhammer, 2012a). Dieser Geschlechtsunterschied ist vor allem auf die unipolare Depression zurückzuführen, bei der Frauen ein höheres Risiko haben. Eine Erstmanifestation affektiver Störungen ist in jedem Lebensalter möglich, jedoch ist die Auftretenswahrscheinlichkeit im dritten Lebensjahrzehnt am höchsten (Deisenhammer, 2012a).

In den folgenden Absätzen wird nun auf die einzelnen affektiven Störungen näher eingegangen.

8.6.1. Depressive Erkrankungen. Störungsbild. Die Symptome einer *depressiven Episode* können sich auf unterschiedliche Weise manifestieren und haben Auswirkungen auf mehrere Bereiche, die etwa den Gefühlsbereich, das soziale Kontaktverhalten, die kognitiven Leistungen und das formale Denken sowie die körperlichen Funktionen betreffen (Deisenhammer & Hausmann, 2012). Die Hauptsymptome sind gedrückte Stimmung, Interessensverlust bzw. Freudlosigkeit und Verminderung des Antriebs. Die Antriebsverminderung wiederum führt nicht selten zu einer erhöhten Ermüdbarkeit. Darüber hinaus klagen depressive Personen zumeist über verminderte Konzentration, vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, vermindertem Appetit, negativen Zukunftsperspektiven, Wertlosigkeitsgefühle sowie Schlafstörungen und Suizidgedanken oder bereits erfolgten Suizidhandlungen (Dilling et al., 2015). Angst und Somatisierungssymptome (z. B. Kopfschmerzen, Schwindel) sind häufige Depressionskorrelate, die die Diagnosestellung zum Teil erschweren (Deisenhammer & Hausmann, 2012). Im Allgemeinen müssen die Symptome seit mindestens zwei Wochen bestehen, um eine depressive Episode diagnostizieren zu können, sind die Symptome jedoch in einem ungewöhnlichen schweren und schnellen Ausmaß vorhanden bzw. aufgetreten, können weniger langanhaltende Zeitspannen berücksichtigt werden (Dilling et al., 2015).

Im Falle von wiederholt auftretenden depressiven Episoden ist von einer *rezidivierenden depressiven Störung* auszugehen (Dilling et al., 2015). Die Symptomatik einer rezidivierenden depressiven Störung unterscheidet sich nicht von der einer depressiven Episode, lediglich müssen sich bei einer rezidivierenden depressiven Störung mindestens zwei Episoden, die zeitlich voneinander getrennt mindestens zwei Wochen andauert haben,

in der Vorgeschichte finden. Eine rezidivierende depressive Störung kann dann als „gegenwärtig remittiert“ klassifiziert werden, wenn die Kriterien zwar in der Anamnese, jedoch nicht im derzeitigen Zustand, erfüllt sind (Dilling et al., 2015).

In Abhängigkeit von der Anzahl, der Art und der Schwere der vorhandenen Symptome werden nach ICD-10 drei Schweregrade einer depressiven Episode bzw. einer rezidivierenden depressiven Störung unterschieden: leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden (Dilling et al., 2015). Sofern eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert wird, wird der Schweregrad mit der zusätzlichen Bezeichnung „gegenwärtig leichte / mittelgradige / schwere Episode“ versehen. Zudem besteht sowohl bei einer einzelnen depressiven Episode als auch bei einer rezidivierenden depressiven Störung die Möglichkeit ein somatisches Syndrom oder psychotische Symptome diagnostisch mit zu kodieren (Dilling et al., 2015).

Zusätzlich werden noch anhaltende affektive Störungen unterschieden und in diesem Zusammenhang ist insbesondere die Dysthymia zu erwähnen (Dilling et al., 2015). Die Dysthymia bezeichnet eine chronische depressive Verstimmung, die seit Jahren besteht und deren Schweregrad nicht das Ausmaß einer leichten oder mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störung erreicht (Dilling et al., 2015). Die Dysthymia war früher auch unter dem Begriff der neurotischen Depression bekannt (Deisenhammer, 2012b). Andauernde Müdigkeit, depressive Verstimmung, ständiges Grübeln und Klagen sowie verminderte Genussfähigkeit sind charakteristisch für diese anhaltende affektive Störung (Deisenhammer, 2012b; Dilling et al., 2015). Personen mit Dysthymia sind in der Lage die Aufgaben des alltäglichen Lebens zu meistern, nichtsdestotrotz wird ihre Lebensqualität durch diese Störung beeinträchtigt (Deisenhammer, 2012b; Dilling et al., 2015).

Altersspezifisches Störungsbild. Grundsätzlich ist das Störungsbild im Alter nicht anders als im jüngeren Erwachsenenalter (Hautzinger, 2015). Dennoch gestaltet sich die Diagnose einer Depression bei älteren Menschen schwieriger, da häufig die depressiven Symptome als solche nicht erkannt werden bzw. falsch gedeutet werden. Körperlichen Erkrankungen, der Abbau der geistigen Fähigkeiten und die depressiven Symptome treten im Alter zumeist gleichzeitig auf und überschneiden sich teilweise, sodass diese gemeinsam als eine natürliche Folge des Alterns angesehen werden (Niklewski & Baldwin, 2003). Schätzungen zufolge leiden 30-40% der älteren Patienten beim Hausarzt an einer nicht erkannten Depression und erhalten keine angemessene Behandlung, was wiederum zu einer Verschlechterung bis hin zu einem chronischen Verlauf der Erkrankung führen kann (Hautzinger, 2000). Anzumerken ist, dass das Alter an sich nicht die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken erhöht, jedoch im höheren Alter mehr Risikofaktoren bestehen, die eine Depression auslösen können

(Hautzinger, 2000; Niklewski & Baldwin, 2003). Hierbei sind folgende Risikofaktoren zu nennen: frühere Depressionen, weibliches Geschlecht, Verlust sozialer Rollen und Aufgaben, Verwitmung oder Scheidung, Verlust nahestehender Personen, körperliche Erkrankungen sowie chronische Funktionseinschränkungen, Defizite von kognitiven Fähigkeiten, reduziertes Interesse und Aufgaben und verminderte Lebenszufriedenheit (Hautzinger, 2000; Niklewski & Baldwin, 2003).

Die Mortalität ist bei älteren depressiven Patienten im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung um ein Vielfaches höher (Marksteiner, Hinterhuber, & Haring, 2012; Niklewski & Baldwin, 2003). Zum einen sind körperliche Erkrankungen, die gleichzeitig zu einer Depression bestehen, bei älteren Menschen sehr viel häufiger anzutreffen, zum anderen kann eine Depression im Alter den Verlauf einer körperlichen Erkrankung negativ beeinflussen (Marksteiner et al., 2012; Niklewski & Baldwin, 2003). Als häufige komorbide körperliche Erkrankungen sind arterielle Hypertonie (52%), koronare Herzkrankheit (52%), degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates (31%) sowie Herzinsuffizienz (24%) und Magen-Darm-Erkrankungen (21%) zu nennen (Marksteiner et al., 2012). Weitere Begleiterkrankungen sind unter anderem Diabetes mellitus, COPD und neurologische Erkrankungen (Marksteiner et al., 2012).

Prävalenz. Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen weltweit. Epidemiologische Studien schätzen die Lebenszeitprävalenz von depressiven Episoden bei Erwachsenen auf über 20% (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011) bzw. zwischen 15-20% (Arolt et al., 2011). Die 12-Monatsprävalenz von depressiven Episoden liegt bei etwa 7% (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011). Die Dysthymia weist eine Lebenszeitprävalenz von 4.5% auf. Die Annahme, dass ein Prävalenzanstieg im höheren Lebensalter stattfindet, hat heutzutage keine Gültigkeit mehr (Hautzinger, 2015). Nicht selten werden jedoch Pflegeheime und andere stationäre Einrichtungen bei der Prävalenzschätzung depressiver Erkrankungen im höheren Lebensalter nicht mitberücksichtigt, sodass dies zu einer Unterschätzung der Prävalenzraten führen kann. Die Prävalenzraten von Depressionen im Alter liegen zwischen 1-7% (Niklewski & Baldwin, 2003). Die Befunde der Berliner Altersstudie lassen auf eine Prävalenz von etwa 9% schließen (Helmchen et al., 1996). Epidemiologische Studien, die an internistischen und chirurgischen Krankenhausstationen durchgeführt wurden, kommen hingegen auf eine Prävalenz depressiver Symptomatik von 30% (Hautzinger, 2015). An depressiven Symptomen leiden den Angaben von Bevölkerungsstudien zufolge 27% der älteren Menschen. Dysthymia weist bei älteren Personen eine Prävalenz von 2% auf (Zank et al., 2010).

Differentialdiagnostik. Wie bereits erwähnt, müssen bei der Diagnosestellung einer Depression im höheren Alter mehrere Aspekte berücksichtigt werden. Festzuhalten ist, dass sich die Differentialdiagnose zwischen einer Altersdepression und echten körperlichen Erkrankungen sehr schwierig gestalten kann, vor allem weil sich eine Depression im Alter häufig auch in körperlichen Beschwerden manifestiert (Marksteiner et al., 2012). In Hinblick auf somatische Beschwerden ist anzumerken, dass ältere Menschen dazu neigen depressive Gefühle als unbedeutend hinzustellen und hingegen körperliche Beschwerden stärker in den Vordergrund rücken. Hierbei ist es von besonderer Relevanz gezielt nach depressiven Symptomen, wie etwa Interessensverlust, zu fragen und zugleich körperliche Erkrankungen (z. B. Tumore, hirnorganischer Abbauprozess, Schilddrüsenerkrankungen), welche eine depressive Verstimmung auslösen können, auszuschließen (Niklewski & Baldwin, 2003). Außerdem muss berücksichtigt werden, dass diverse Medikamente ebenso depressive Symptome hervorrufen können, ohne dass eine tatsächliche depressive Erkrankung zugrunde liegt (Hautzinger, 2015).

Schlafstörungen sind differentialdiagnostisch ebenfalls zu berücksichtigen, da insbesondere anhaltende Schlafstörungen fälschlicherweise als altersbedingt angesehen werden (Niklewski & Baldwin, 2003). Ein gestörtes Schlafverhalten sowie eine dadurch bedingte ständige Müdigkeit kann jedoch Ausdruck einer Depression sein.

Die Differentialdiagnose einer Depression im Alter erfordert nicht zuletzt die Abgrenzung von einer Demenzerkrankung (Hautzinger, 2015; Niklewski & Baldwin, 2003). Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass ältere depressive Patienten bei testpsychologischen Anforderungen variierende bzw. konsistent gute Leistungen und demente Patienten konsistent schlechte Ergebnisse erbringen (Hautzinger, 2015). Zudem zeigen ältere depressive Patienten keine Auffälligkeiten hinsichtlich Orientierung, Aufmerksamkeit, Auffassung und neurologische Symptomatik. Für eine Depression sprechen weiters frühere depressive Episoden, Antriebsminderung und anhaltende depressive Stimmung.

8.6.2. Manische Erkrankungen. Störungsbild. Unter dem Oberbegriff manische Erkrankungen werden die Hypomanie und die manische Episode zusammengefasst (Dilling et al., 2015). Die Hypomanie ist vereinfacht ausgedrückt eine nicht voll ausgeprägte Manie mit einer kürzeren Dauer und milderem Verlauf (Deisenhammer & Hausmann, 2012; Dilling et al., 2015). Personen mit einer Hypomanie weisen einen gesteigerten Antrieb sowie eine höhere Leistungsfähigkeit und Vitalität auf, diese Symptome sind jedoch nicht voll ausgeprägt (Dilling et al., 2015). Zudem finden sich keine Halluzinationen oder Wahn unter

den Symptomen einer Hypomanie. Die hypomanische Symptomatik und der damit verbundene Zustand der deutlich gehobenen Stimmung wird als „normal“ angesehen, auch aufgrund dessen wird die Krankheitswertigkeit einer Hypomanie selten von den Betroffenen und deren Angehörigen erkannt. In weiterer Folge wird somit eine Hypomanie häufig nicht bzw. falsch diagnostiziert (Arolt et al., 2011; Deisenhammer & Hausmann, 2012).

Die Symptomatik einer Manie betrifft sowohl die Affektivität als auch das Denken, die kognitive Leistungsfähigkeit und den Antrieb sowie die Vitalität (Arolt et al., 2011). Eine manische Episode ist gekennzeichnet durch eine meist der Situation unangemessenen gehobenen Stimmung sowie einer extremen Selbstüberschätzung und einen Verlust der sozialen Hemmungen (Arolt et al., 2011). Es zeigt sich weiters ein stark gesteigerter Antrieb einhergehend mit Größenideen sowie einem verminderten Bedürfnis nach Schlaf. Die kognitive Leistungsfähigkeit erscheint den Betroffenen gesteigert, während tatsächlich eine geringe Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne zu beobachten sind (Arolt et al., 2011). Formale und inhaltliche Denkstörungen äußern sich in Form von Gedankenrasen, Wahnformen und einer mitunter verworrenen Sprache. Hinsichtlich der Diagnostik einer manischen Episode sind Fremdeinschätzungen essenziell, da oft das subjektive Krankheitsgefühl der Betroffenen selbst nicht vorhanden ist (Arolt et al., 2011).

Die Symptome müssen mindestens seit einer Woche bestehen, um eine manische Episode diagnostizieren zu können (Dilling et al., 2015). Bei der Diagnosestellung ist noch zu berücksichtigen, ob die Manie ohne oder mit psychotischen Symptomen (Halluzinationen, Wahngedanken) einhergeht. Zusätzlich gilt es zu beachten, dass die Diagnose einer Manie nur für eine einzelne manische Episode vergeben wird, „wenn zuvor oder später affektive depressive, manische oder hypomanische Episoden auftreten, ist eine bipolare affektive Störung zu diagnostizieren“ (Dilling et al., 2015, S. 160).

Altersspezifisches Störungsbild. Im Allgemeinen zeigen sich beim Störungsbild einer Manie keine wesentlichen altersspezifischen Unterschiede (Jacoby, 2003). Überdies gilt eine Erstmanifestation einer Manie oder einer Hypomanie im höheren Alter als selten und unwahrscheinlich (Jacoby, 2003; Marksteiner et al., 2012).

Prävalenz. Die Lebenszeitprävalenz einer manischen Episode liegt bei 0.2% und der Hypomanie bei 2% (Arolt et al., 2011). Studien zur Prävalenz manischer Erkrankungen bei älteren Menschen sind kaum vorhanden, dies ist auch damit zu begründen, dass, wie bereits erwähnt, ein erstmaliges Auftreten einer manischen Episode im höheren Lebensalter eher selten ist (Jacoby, 2003).

Differentialdiagnostik. Zunächst ist die Unterscheidung zwischen Hypomanie und Manie zu treffen, wobei die Erfüllung der sozialen und beruflichen Anforderungen, welche bei manischen Patienten sehr stark bis hin zu vollständig beeinträchtigt ist, ein entscheidendes Kriterium darstellt (Dilling et al., 2015; Jacoby, 2003). Darüber hinaus ist die Manie von der Schizophrenie abzugrenzen, was insbesondere dann eine diagnostische Schwierigkeit ist, wenn bereits ausgeprägte Wahngedanken und ein gewalttätiger Zustand vorherrschend sind (Dilling et al., 2015).

8.6.3. Bipolare Erkrankung. Störungsbild. Eine bipolare affektive Störung zeichnet sich sowohl durch manische bzw. hypomanische als auch durch depressive Symptome aus (Dilling et al., 2015). Menschen, die an einer bipolaren Störung leiden, erleben wiederholte Phasen mit einerseits gesteigertem Antrieb und gehobener Stimmung und andererseits mit vermindertem Antrieb und depressiver Stimmung. Zwischen den manischen und depressiven Phasen kommt es meist zu einer vollständigen Verbesserung der Symptomatik. Die durchschnittliche Dauer der manischen Episoden, die grundsätzlich plötzlich und unvermittelt eintreten, beträgt vier Monate, hingegen dauern die depressiven Episoden durchschnittlich bis zu sechs Monate an (Dilling et al., 2015). Bipolare Störungen weisen zudem eine hohe Komorbiditätsrate auf (Deisenhammer & Hausmann, 2012). Häufige Komorbiditäten sind Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen. Insbesondere Abhängigkeitserkrankungen sind bei fast 61% der Betroffenen vorzufinden (Deisenhammer & Hausmann, 2012).

Der Beginn einer bipolaren Störung kann in jedem Lebensalter erfolgen und der anschließende Verlauf einer solchen Störung ist schwer zu prognostizieren, da bipolare Störungen sehr unterschiedlich verlaufen (Dilling et al., 2015). Darüber hinaus werden zwei Formen unterschieden: Bipolar I Störung und Bipolar II Störung (Deisenhammer & Hausmann, 2012). Die Bipolare II Störung ist hauptsächlich durch depressive hypomanische Episoden gekennzeichnet und kann chronisch verlaufen. Im Gegensatz dazu weist die Bipolare I Störung sowohl depressive als auch manische Episoden, eine höhere Rückfälligkeit und einen geringeren zeitlichen Abstand zwischen den einzelnen Episoden auf.

Bezüglich der Diagnosestellung müssen mindestens zwei affektive (hypomanisch, manisch, depressive oder gemischt) Episoden vorliegen, um eine bipolare affektive Störung diagnostizieren zu können (Dilling et al., 2015). Zudem wird bei der Diagnosestellung ebenfalls die Art der momentanen Episode (z.B. gegenwärtig hypomanische Episode), das

Vorhandensein von psychotischen Symptomen sowie im Falle von gegenwärtigen depressiven Episoden der Schweregrad von diesen klassifiziert.

Altersspezifisches Störungsbild. Das Krankheitsbild einer bipolaren Störung im Alter differenziert sich nicht sehr von jenem in jüngeren Jahren, lediglich ist bei älteren Personen eine leichte depressive Verstimmung nach Beendigung der manischen Episode festzustellen (Jacoby, 2003). Die depressiven Phasen scheinen mit dem Alter an Häufigkeit und Dauer zu zunehmen und die Abschnitte der einzelnen Phasen werden kürzer (Dilling et al., 2015).

Prävalenz. Bipolare affektive Störungen haben eine Lebenszeitprävalenz von etwa 1% (Arolt et al., 2011). Andere epidemiologische Untersuchungen gehen von einer Lebenszeitprävalenz von 1-5% aus (Meyer & Bauer, 2011). Geschlechterunterschiede sind bei bipolaren Störungen nicht zu beobachten. Die Prävalenz von bipolaren Störungen im Alter werden auf etwa 0.1% geschätzt (Mühlig et al., 2015).

Differentialdiagnostik. Differentialdiagnostisch sind bipolare Störungen vor allem von anderen körperlichen und substanzbedingten Störungen abzugrenzen (Arolt et al., 2011). Wie bereits erwähnt stellt auch die Unterscheidung zwischen einer manischen und hypomanischen Episode eine diagnostische Schwierigkeit dar, welche jedoch wichtig und unerlässlich ist. Um eine bipolare Störung eindeutig diagnostizieren zu können, müssen weiters eine Schizophrenie und andere psychotische Störungen ausgeschlossen werden.

8.7. Posttraumatische Belastungsstörung

A.-K. Buchgeher

Störungsbild. Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wird zu den Traumafolgestörungen gezählt und durch ein belastendes Ereignis, das von außerordentlichem bzw. katastrophenartigem Ausmaß ist, hervorgerufen (Dilling et al., 2015; Maercker, 2013). Zu solchen auslösenden Ereignissen werden etwa Naturkatastrophen, menschlich verursachte Katastrophen, Vergewaltigung, schwerwiegende Unfälle, erlebte Folter sowie Zeuge von Gewaltverbrechen oder Terrorismus gezählt (Dilling et al., 2015). Eine PTBS kann einerseits sehr rasch nach dem erlebten Trauma, andererseits aber auch mit einer zeitlichen Verzögerung von bis zu sechs Monaten nach dem Trauma entstehen. Das Auftreten einer PTBS nach einigen Jahren oder Jahrzehnten ist eher unwahrscheinlich, in seltenen Fällen jedoch möglich (Maercker, 2013). Überdies kann eine PTBS in jedem Lebensalter entstehen (Maercker, 2013).

Die Symptomatik einer PTBS lässt sich in drei Hauptgruppen einteilen (Maercker, 2013): Dazu gehören Intrusionen (anhaltende Erinnerungen) oder sogenannte „Flashbacks“

(wiederholtes Wiedererleben des Traumas) sowie ein Vermeidungsverhalten hinsichtlich Situationen, die dem erlebten Trauma gleichen bzw. mit diesem assoziiert werden. Zusätzlich tritt ein erhöhtes vegetatives Erregungsniveau auf, das sich in Form von Schlaflosigkeit, auffällender Schreckreaktionen und gesteigerter Wachsamkeit äußert. Darüber hinaus zeigen Menschen, die an einer PTBS leiden, folgende weitere Symptome (Maercker, 2013): Konzentrationsschwierigkeiten, vermindertes Interesse und Vermeidung von Aktivitäten, Teilnahmslosigkeit bzw. Gleichgültigkeit und abgestumpftes Gefühlserleben sowie ein Entfremdungsgefühl von Personen, die das traumatisierende Ereignis nicht erlebt haben. In weiterer Folge sind Zustände von Angst und Depression sowie Suizidgedanken nicht selten, ebenso wie ein gesteigerter Konsum von Alkohol oder ein Konsum illegaler Drogen (Dilling et al., 2015).

Der Verlauf einer PTBS kann sich mitunter sehr variabel gestalten, grundsätzlich bestehen jedoch sehr gute Heilungschancen, sofern die Betroffenen eine Behandlung erfahren (Dilling et al., 2015; Maercker, 2013). In Ausnahmefällen kann es zu einer Chronifizierung oder einer dauerhaften Veränderung der Persönlichkeit kommen (Dilling et al., 2015).

Altersspezifisches Störungsbild. Das Wissen über altersspezifische Merkmale einer PTBS ist derzeit noch relativ gering (Maercker, 2015a). Es ist davon auszugehen, dass ältere Menschen im Laufe ihres Lebens mehrmals traumatische Erlebnisse erfahren haben wie etwa Kriegserfahrungen oder schwere Krankheiten. Ferner tendieren ältere Menschen dazu posttraumatische Symptome mit den Worten, dass es früher nun einmal so gewesen sei, zu bagatellisieren oder zeigen sich zu schambesetzt, um über derartige psychische Belastungen zu sprechen.

Für das höhere Lebensalter haben sich drei unterschiedliche Formen einer PTBS etabliert (Maercker, 2015a): Eine chronische PTBS basiert auf einem früheren Trauma und kann durch jegliche Traumata ausgelöst worden sein, in Hinblick auf das Alter sind hierbei vor allem Kriegs- sowie Fluchterlebnisse und damit verbundene Erfahrungen relevant. Der zweite PTBS-Typus bezeichnet die aktuelle PTBS, die durch neuere im höheren Lebensalter erlebte Traumata ausgelöst werden kann. In diesem Zusammenhang gelten Gewalterfahrungen durch Familienmitglieder oder Pflegekräfte, lebensbedrohliche Erkrankungen sowie Stürze und Unfälle als Hauptauslöser. Der dritte Typ ist die verzögert auftretende PTBS, bei welcher ein früheres Trauma nach jahrelanger störungsfreier Zeit wieder auftritt. Dieses neuerliche Wiederkommen ist zum Teil mit Verlusten sozialer Rollen und Verpflichtungen im Alter verbunden, wodurch die Betroffenen wieder mehr Zeit erhalten in ihren Erinnerungen zu schwelgen (Maercker, 2015a).

Obwohl die Symptomatik einer PTBS im höheren Lebensalter keine gravierende Unterschiede aufzeigt, scheinen ältere Menschen im Umgang mit und in der Verarbeitung von Traumata andere Strategien als jüngere Menschen anzuwenden (Maercker, 2015a). So wird das Vermeidungsverhalten im Alter aufgrund von einer generellen Einschränkung der Mobilität als ein natürlicher Teil des Alterungsprozesses angesehen. Ebenso werden die durch die Traumatisierung hervorgerufenen Schlafschwierigkeiten von älteren Menschen als Bestandteil des Alterns betrachtet und nicht mit dem Trauma assoziiert. Das Gefühl der Entfremdung wird weniger bewusst wahrgenommen, da die Einsamkeit im höheren Alter zunimmt. Zusätzlich sind die Gedächtnisorganisation und -funktion bei älteren Menschen verändert und dadurch kommt es zum Beispiel zu einem selektiven Erinnern, wobei die Zeit des Traumas absichtlich ausgeklammert wird (Maercker, 2015a). Das alles kann dazu führen, dass ein erlebtes Trauma und die Erinnerungen an dieses von älteren Menschen „weniger angst- und affektbesetzt erlebt wird, sondern eher als ein trauriger Schicksalsschlag, der die Lebensbilanz im Vergleich zu anderen Menschen negativ gestaltet“ (Maercker, 2015a, S. 185).

Prävalenz. Im Bezug auf die Prävalenzzahlen der posttraumatischen Belastungsstörung muss berücksichtigt werden, dass diese je nach Herkunft der Schätzungen unterschiedlich ausfallen können (Maercker, 2013). Grund dafür ist, dass eine PTBS durch traumatische Erlebnisse hervorgerufen wird und die Wahrscheinlichkeit ein solches Trauma zu erleben in bestimmten Regionen vergleichsweise höher ist. In bestimmten Ländern etwa kommen Naturkatastrophen häufiger vor oder ist es wahrscheinlicher Opfer von Folter zu werden. In den USA beträgt die Lebenszeitprävalenz für eine PTBS 6.3%. In Deutschland liegt die 1-Jahresprävalenz bei 2.3%, wobei zu beachten ist, dass es sich hierbei nicht um eine Lebenszeitprävalenz handelt. Andere bevölkerungsrepräsentative Studien berichten von einer Lebenszeitprävalenz von 8% (Schönfeld, Boos, & Müller, 2011). Ein höhere Lebenszeitprävalenz, nämlich bis zu 58%, weisen zudem Menschen, die regelmäßig traumatisierenden Erlebnissen ausgesetzt sind (z. B. Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen der Polizei, Feuerwehr oder Rettung), auf (Schönfeld et al., 2011). Darüber hinaus existiert ein Geschlechterunterschied, demnach haben Frauen ein zweimal höheres Risiko an einer PTBS zu leiden als Männer. Dies wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass Frauen häufiger sexuellen Missbrauch oder Vergewaltigungen erfahren als Männer. Anzumerken ist jedoch auch, dass nicht jeder, der ein Trauma erfährt, zwingend eine PTBS entwickeln muss (Schönfeld et al., 2011).

Die Prävalenzrate für eine posttraumatische Belastungsstörung liegt bei den 65- bis 79-Jährigen bei 1.8% (Mühlig et al., 2015). Während andere Studie von einer Prävalenz von 3.8% bei den über 60-Jährigen ausgehen (Maercker, 2013).

Differentialdiagnostik. Die Differentialdiagnose einer PTBS umfasst den Ausschluss mehrerer anderer psychischer Störungen (Haase & Schützwohl, 2013). Zum einen muss eine akute Belastungsreaktion, die einen früheren Beginn und eine kürzere Dauer aufweist, ausgeschlossen werden. Zum anderen ist die PTBS von einer Anpassungsstörung zu unterscheiden. Eine Anpassungsstörung ist dann zu diagnostizieren, wenn die Symptome zwar einer PTBS ähneln, jedoch die erforderliche Symptomanzahl für eine PTBS nicht erfüllen und das auslösende traumatische Ereignis nicht von außergewöhnlichem oder katastrophalem Ausmaß ist. Aufgrund der Tatsache, dass Angst und Depressivität häufig mit einer PTBS assoziiert werden, sind Angststörungen sowie Depressionen abzugrenzen. Hierbei sind vor allem auch spezifische Phobien zu beachten bzw. auszuschließen, die beispielsweise nach einem Verkehrsunfall auftreten können und von einem starken Vermeidungsverhalten gekennzeichnet sind (Maercker, 2013). Darüber hinaus gilt es, das Vorhandensein von körperlichen Erkrankungen, die eine ähnliche Symptomatik hervorrufen können (z. B. Hirnverletzungen), abzuklären (Haase & Schützwohl, 2013).

8.8. Somatoforme Störungen

A.-K. Buchgeher

Störungsbild. Somatoforme Störungen charakterisieren sich durch körperliche Symptome, die jedoch nicht oder nur unzureichend auf organische Ursachen zurückzuführen sind (Morschitzky, 2000). Sofern organische Ursachen vorhanden sind, sind diese nicht ausreichend, um „die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innere Beteiligung der Patienten“ (Morschitzky, 2000, S. 57) zu begründen. Personen, die an einer somatoformen Störung leiden, berichten von langwierigen persistenten körperlichen Beschwerden. Die Betroffenen verlangen aufgrund dieser stabilen Symptomatik wiederholte Male medizinische Untersuchungen, diese werden selbst dann eingefordert, wenn von medizinischer Sicht bereits mehrfach eine körperliche Erkrankung als Ursache ausgeschlossen wurde (Morschitzky, 2000). Weitere charakteristische Merkmale sind häufigere und längere Krankenstände, ein nach Aufmerksamkeit suchendes Verhalten und ein Negieren psychischer Ursachen als Krankheitsauslöser (Dilling et al., 2015; Morschitzky, 2000). Depressive sowie ängstliche Symptome treten nicht selten komorbid auf (Dilling et al., 2015).

Somatoforme Störungen beschränken sich nicht auf einzelne Organe, Systeme oder Körperfunktionen, sowohl jedes Körperteil als auch jedes Köpersystem und jede Körperfunktion kann davon betroffen sein (Morschitzky, 2000). Dementsprechend werden verschiedene Formen von somatoformen Störungen unterschieden (Dilling et al., 2015). Neben der *Somatisierungsstörung*, bei der seit mindestens zwei Jahren vielfache körperliche Beschwerden ohne ausreichende körperliche Begründung vorliegen müssen, kann die Diagnose einer *undifferenzierten Somatisierungsstörung* vergeben werden, sofern die vorliegenden Symptome das Störungsbild einer Somatisierungsstörung nicht vollständig erfüllen. Darüber hinaus existiert eine *somatoforme autonome Funktionsstörung*, bei welcher vor allem das kardiovaskuläre, respiratorische oder gastrointestinale System betroffen sind, sowie weiters eine *anhaltende Schmerzstörung*, die durch einen ständigen und schweren bestehenden Schmerz geprägt ist (Dilling et al., 2015).

Altersspezifisches Störungsbild. Grundsätzlich gilt, dass somatoforme Störungen bei älteren Menschen in ihrem Auftreten keine markanten Besonderheiten aufweisen (Hiller, 2015). Im höheren Alter gestaltet es sich jedoch zunehmend schwieriger eine somatoforme Störung klar von einer organischen Erkrankung, und vice versa, zu trennen (Heuft, 2013). Gründe dafür sind, dass das höhere Lebensalter von einer Zunahme körperlicher Beschwerden und Erkrankungen bzw. einer Multimorbidität geprägt ist. Insbesondere sind das sensorische, kardiovaskuläre und urogenitale System sowie Schmerzen in Rücken und Gelenken von einem altersbedingten Abbauprozess betroffen (Hiller, 2015). Anhand eines Beispiels wird die Schwierigkeit einer eindeutigen Diagnose bei älteren Menschen skizziert:

Bei einem 70-Jährigen, der sich 4 Jahre zuvor einer Bypass-Operation unterzogen hatte und jetzt wiederholt mit herzbezogenen Schmerzen und Ängsten notfallmäßig kardiologisch aufgenommen wurde, ohne dass erneut ein organischer Befund zu erheben gewesen wäre. Da jedoch in der konsiliarischen Untersuchung ein schwerer familiärer Konflikt, der ihm „zu Herzen ging“, gesichert werden konnte, kann man ein „Lernen am Modell“ vermuten. Die vorauslaufende organische Herzerkrankung stellte die erinnerte (erlernte) Folie für die jetzige Symptomwahl, unterstützt durch leichte Schmerzen im Bereich der Thorakotomienarbe. (Heuft, 2013, S. 460)

Weiters ist anzumerken, dass ältere Menschen und auch Ärzte im Allgemeinen dazu tendieren körperliche Beschwerden als eine natürliche Folge des Alterungsprozesses und nicht als Ergebnis psychischer Faktoren ansehen (Hiller, 2015).

Prävalenz. Somatoforme Störungen werden gemeinsam mit affektiven Störungen und Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen gezählt (Martin & Rief, 2011). Epidemiologisch weisen somatoforme Störungen eine 1-Monatsprävalenz von 7.5% sowie eine geschätzte Lebenszeitprävalenz von 12.9% auf. Das Auftreten einer Schmerzstörung

oder einer undifferenzierten Somatisierungsstörung ist dabei vermehrt zu verzeichnen (Martin & Rief, 2011). Zusätzlich besteht bei Frauen eine zweimal höhere Auftretenswahrscheinlichkeit, die unter anderem auf eine andere Körperwahrnehmung, eine höhere Bereitschaft medizinische Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen und hormonelle Faktoren zurückgeführt wird (Morschitzky, 2000). Zusätzlich steht ein niedrigeres Bildungsniveau bzw. niedriger sozioökonomischer Status mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit eine somatoforme Störung zu entwickeln im Zusammenhang (Martin & Rief, 2011).

Prävalenzschätzungen berichten von einer 12-Monatsprävalenz von 2.0% für somatoforme Störungen bei den 65- bis 79-Jährigen (Mühlig et al., 2015). Die 12-Monatsprävalenz einer Schmerzstörung liegt in dieser Altersgruppe bei etwa 1.6% und jene einer Somatisierungsstörung bei etwa 0.8%. Insgesamt ist somit eine niedrigere Prävalenz für das höhere Lebensalter zu verzeichnen.

Differentialdiagnostik. Für eine endgültige und eindeutige Diagnose einer somatoformen Störung sind zunächst körperliche Erkrankungen als Ursache für die Beschwerden auszuschließen (Dilling et al., 2015). Zusätzlich müssen affektive Störungen und Angststörungen ausgeschlossen werden, die, wie bereits erwähnt, sehr häufig komorbid auftreten. Ebenso ist das Vorliegen einer hypochondrischen Störung abzuklären (Dilling et al., 2015). Die wesentlichen Unterschiede einer hypochondrischen Störung sind, dass einerseits die Aufmerksamkeit der Betroffenen hauptsächlich auf den Symptomen selbst sowie deren Auswirkungen liegt und andererseits der Glaube an einer sehr schwerwiegenden progressiven Krankheit zu leiden. Zuletzt gilt es auch wahnhafte Störungen von einer somatoformen Störung abzugrenzen (Dilling et al., 2015).

8.9. Psychotische Störungen

A.-K. Buchgeher

Störungsbild. Der Gruppe der psychotischen Störungen umfasst Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (Dilling et al., 2015). Die *Schizophrenie* stellt die wichtigste und häufigste Störung in dieser Gruppe dar und umfasst selbst mehrere Formen. Insgesamt werden sechs schizophrene Subtypen unterschieden (Dilling et al., 2015): paranoide, hebephrene, katatone und undifferenzierte Schizophrenie, sowie das schizophrene Residuum und Schizophrenia simplex. Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Affekts sind bestimmend und charakteristisch für die schizophrenen Störungen.

Die *schizotype Störung* ähnelt in ihrem klinischen Erscheinungsbild der Schizophrenie. Halluzinationen, Wahn und schwere Störungen des Verhaltens fehlen bei der schizotypen Störung jedoch meistens (Dilling et al., 2015). Die *wahnhaften Störungen*, die mit der Schizophrenie nicht in Verbindung zu stehen scheinen, sind sehr heterogen und wenig verstanden. Sie werden je nach ihrer Dauer in zwei Gruppen unterteilt: anhaltende wahnhafte Störungen und akute vorübergehende psychotische Störungen (Dilling et al., 2015).

Altersspezifisches Störungsbild. Eine Erstmanifestation nach dem 60. Lebensjahr gilt als äußerst selten (Riecher-Rössler, 2003). Das Krankheitsbild einer spät beginnenden Schizophrenie weist kaum Differenzen auf, lediglich von einer häufigeren paranoiden Symptomatik, einem weniger abgeflachten Affekt sowie vermehrten optischen, olfaktorischen und taktilen Halluzinationen wird berichtet. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass sich die schizophrenen Verläufe im Alter verändern (Marksteiner et al., 2012). Insofern, dass akute schizophrene Symptome seltener sind und das Alter sowohl zu einer Stabilisierung als auch zu einer Linderung der Symptomatik beiträgt (Marksteiner et al., 2012).

Prävalenz. Die Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie beträgt rund 1% (Rey, 2011). Ein erhöhtes Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken wird sowohl mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status als auch mit dem Leben in einer Großstadt in Verbindung gebracht. Zudem ist eine familiär bedingte Häufung der Schizophrenie festzustellen, demgemäß steigt das Erkrankungsrisiko für Angehörige ersten Grades auf 10% an (Hofer & Fleischhacker, 2012). Obwohl bezüglich der Prävalenz keine Geschlechtsunterschiede festzustellen sind, besteht ein geschlechtsspezifischer Unterschied im erstmaligen Auftreten der Erkrankung. Die schizophrene Symptomatik setzt bei Männern im Vergleich zu Frauen durchschnittlich drei bis fünf Jahre früher ein (Rey, 2011).

Nach wie vor sind aussagekräftige epidemiologische Studien hinsichtlich der Häufigkeit von psychotischen Störungen im Alter spärlich (Mühlig et al., 2015). Bisherigen Forschungsergebnissen zufolge wird die Prävalenzrate für eine psychotische Störung in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen auf 1.3% geschätzt. Derzeit wird jedoch auch diskutiert, ob es im höheren Alter nicht doch zu einer Erhöhung der Prävalenz für diese Störungsgruppe kommt, da diese häufig gemeinsam mit einer Demenzerkrankung auftreten können und das Störungsbild im Alter Veränderungen aufweisen kann (Mühlig et al., 2015).

Differentialdiagnostik. Aufgrund des Fehlens spezieller psychologischer Tests und eindeutiger Biomarker basiert die Diagnosestellung einer Schizophrenie in erster Linie auf den vorliegenden Symptomen sowie dem Verlauf (Arolt et al., 2011). Differentialdiagnostisch

müssen körperlich bedingte psychische Störungen sowie epileptische oder drogeninduzierte Psychosen ausgeschlossen werden (Arolt et al., 2011; Dilling et al., 2015).

II. Empirischer Teil

9. Fragestellungen und Hypothesen

A.-K. Buchgeher und S.-A. Utermöhlen

Im folgenden Abschnitt werden nun die Fragestellungen und Hypothesen vorgestellt, die in der vorliegenden Studie empirisch untersucht werden.

9.1. Fragestellungen

1. Wie hoch ist die Prävalenzrate von schweren psychischen Störungen bei über 65-jährigen Menschen, die in einem Seniorenheim leben?
2. Welche Prävalenzen ergeben sich für die einzelnen psychischen Störungen bei über 65-jährigen Menschen, die in einem Seniorenheim leben?
3. Welche psychischen Störungen treten bei über 65-jährigen Menschen, die in einem Seniorenheim leben, häufig komorbid auf?
4. Unterscheidet sich die Einschätzung der Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus und folglich die Schwere einer psychischen Störung nach Selbst- oder Fremdeinschätzung?
5. Unterscheiden sich Personen mit und ohne schwere psychische Störungen im höheren Lebensalter hinsichtlich biografischer Variablen (Geschlecht, Bildungsniveau, Familienstand, Anzahl der Kinder, Anzahl der Enkelkinder, Erleben von traumatischen Ereignissen und häuslicher Gewalt, Anzahl körperlicher Erkrankungen)?
6. Unterscheidet sich die Gruppe der schwer psychisch Erkrankten von der Gruppe der psychisch erkrankten bzw. nicht psychisch erkrankten Menschen im Seniorenheim hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme von zusätzlichen medizinischen, pflegerischen und / oder psychologischen Betreuungsleistungen?

9.2. Hypothesen

Wie berichtet sind Forschungsergebnisse zur Prävalenz von schweren psychischen Störungen bzw. psychischen Störungen bei Bewohnern und Bewohnerinnen von Seniorenheimen nur in geringem Ausmaß vorhanden und liefern zudem wenig differenzierte Prävalenzzahlen. Infolgedessen wird sowohl für die erste als auch für die zweite Fragestellung keine konkrete Hypothese formuliert, sondern lediglich eine explorative Fragestellung. Zusätzlich wird die dritte Fragestellung ebenfalls explorativ untersucht, da für die Altersgruppe der über 65-jährigen Menschen unzureichende Studienergebnisse vorliegen, um diesbezüglich konkrete Hypothesen zu formulieren.

Im Kapitel zu schweren psychischen Störungen (vgl. 5.1.1. *Einflussfaktoren bei der Prävalenzschätzung*) ist bereits auf die unterschiedlichen Verfahren zur Einschätzung der Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus hingewiesen worden. Aussagekräftige Studien fehlen hingegen hinsichtlich des Einflusses der Art der Beurteilung, das heißt entweder durch Fremdeinschätzung (z. B. durch das Pflegepersonal) oder durch die Einschätzung der eigenen Person, und inwieweit Fremd- und Selbsteinschätzung voneinander abweichen. Aufgrund dessen wird auch für die vierte Fragestellung ausschließlich eine explorative Fragestellung vorgegeben.

Sowohl die Hypothesen zur fünften als auch zur sechsten Fragestellung beziehen sich auf Menschen, die in einem Seniorenheim leben. Es wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf den Zusatz „in einem Seniorenheim leben“ verzichtet.

9.2.1. Explorative Fragestellungen.

EF1. Wie hoch ist die Prävalenzrate von schweren psychischen Störungen bei über 65-jährigen Menschen, die in einem Seniorenheim leben?

EF2. Welche Prävalenzen ergeben sich für die einzelnen psychischen Störungen bei über 65-jährigen Menschen, die in einem Seniorenheim leben?

EF3. Welche psychischen Störungen treten bei über 65-jährigen Menschen, die in einem Seniorenheim leben, häufig komorbid auf?

EF4. Unterscheidet sich die Einschätzung der Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus und folglich die Schwere einer psychischen Erkrankung je nach Selbst- oder Fremdeinschätzung?

9.2.2. Hypothesen zur fünften Fragestellung.

H1.1. Es existiert hinsichtlich der Häufigkeit von schweren psychischen Störungen ein Geschlechtsunterschied. Männer leiden häufiger an schweren psychischen Störungen als Frauen. Mehrere Studien berichten von einem Geschlechtsunterschied bei schweren psychischen Störungen (Lora et al., 2007; Parabiaghi et al., 2006). Demnach sind Personen, die an einer schweren psychischen Störung leiden, häufiger männlich.

H1.2. Hinsichtlich des Familienstandes unterscheiden sich Menschen mit einer schweren psychischen Störung und Menschen ohne eine schwere psychische Störung. Schwer psychisch erkrankte Menschen sind im Vergleich zu weniger schwer psychisch erkrankten Menschen signifikant häufiger ledig und allein lebend (Parabiaghi et al., 2006).

H1.3. Im Bezug auf die Anzahl von Kinder und Enkelkinder unterscheiden sich Menschen mit einer schweren psychischen Störung und Menschen ohne eine schwere psychische Störung. Menschen mit einer schweren psychischen Störung haben weniger Kinder und Enkelkinder als Menschen ohne eine schwere psychische Störung.

H1.4. Im Bezug auf die Anzahl von engen Beziehungen unterscheiden sich Menschen mit einer schweren psychischen und Menschen ohne eine schwere psychische Störung. Menschen mit einer schweren psychischen Störung haben weniger enge Beziehungen als Menschen ohne eine schwere psychische Störung.

H1.5. Im Bezug auf die Besuchshäufigkeit unterscheiden sich Menschen mit einer schweren psychischen und Menschen ohne eine schwere psychische Störung. Menschen mit schweren psychischen Störungen erhalten weniger oft Besuch als Menschen ohne eine schwere psychische Störung.

Die Hypothesen H1.3., H1.4. und H1.5. sind einerseits auf die Tatsache zurückzuführen, dass schwer psychisch erkrankte Menschen mehrheitlich unverheiratet sind und alleine sowie sozial isolierter leben (Linz & Sturm, 2013; Lora et al., 2007; Parabiaghi et al., 2006). Andererseits berichten Cummings und Kropf (2011) konkret von einer niedrigeren Anzahl von Kindern bei Personen mit einer SMI.

H1.6. Hinsichtlich der Teilnahme an Freizeitangeboten unterscheiden sich Menschen mit einer schweren psychischen Störung und Menschen ohne eine schwere psychische Störung. Menschen mit einer schweren psychischen Störung nehmen seltener an Freizeitangeboten teil als Menschen ohne eine schwere psychische Störung. Diese Annahme wird ebenfalls daraus abgeleitet, dass Menschen mit einer schweren psychischen Störung eher zu einem von sozialer Isolation geprägten Lebensstil tendieren (Linz & Sturm, 2013).

H1.7. Menschen mit einer schweren psychischen Störung und Menschen ohne eine schwere psychische Störung weisen ein unterschiedliches Bildungsniveau auf. Bisherige Untersuchungen zeigten, dass Personen mit einer SMI häufiger arbeitslos und Empfänger von staatlichen Sozialleistungen sind (Lora et al., 2007; Sanchez, Rosenthal, Tansey, Frain, & Bezyak, 2016). Basierend auf diesen Resultaten wird davon ausgegangen, dass Menschen mit einer SMI auch ein niedrigeres Bildungsniveau aufweisen.

H1.8. Im Erleben traumatischer Erlebnisse zeigen sich bei Menschen mit einer schweren psychischen Störung und Menschen ohne eine schwere psychische Störung Unterschiede.

Menschen mit einer schweren psychischen Störung erleben mehr traumatische Erlebnisse als Menschen ohne eine schwere psychische Störung.

H1.9. Im Erleben von häuslicher Gewalt unterscheiden sich Menschen mit einer schweren und Menschen ohne eine schwere psychische Störung. Menschen mit einer schweren psychischen Störung erleben häufiger häusliche Gewalt als Menschen ohne eine schwere psychische Störung.

Forschungsergebnissen zufolge ist die Wahrscheinlichkeit traumatische Erlebnisse, wie beispielsweise Opfer häuslicher Gewalt zu sein, und eine PTBS zu entwickeln bei Menschen mit einer SMI im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant erhöht (Maurtiz et al., 2013). Darüber hinaus sind beim gleichzeitigen Bestehen einer SMI und einer PTBS die psychiatrischen Symptome stärker ausgeprägt.

H1.10. Hinsichtlich der Anzahl körperlicher Erkrankungen unterschieden sich Menschen mit einer schweren psychischen Störung und Menschen ohne eine schwere psychische Störung. Menschen mit einer schweren psychischen Störung weisen eine höhere Anzahl körperlicher Erkrankungen als Menschen ohne eine schwere psychische Störung auf. Zum einen ist bekannt, dass Menschen im höheren Lebensalter vielfach multimorbid sind, zum anderen haben schwer psychisch Erkrankte nicht nur einen schlechteren Gesundheitszustand, sondern leiden auch vermehrt an Komorbiditäten (De Hert et al., 2011; Maercker, 2015b). Zusätzlich besteht bei Menschen mit einer SMI, vor allem bei älteren Menschen mit einer SMI, ein erhöhtes Risiko an bestimmten Krankheiten, wie etwa Erkrankungen des Bewegungsapparats oder Diabetes, zu erkranken (De Hert et al., 2011; Sajatovic et al., 2016).

9.2.3. Hypothesen zur sechsten Fragestellung.

H2.1. Menschen mit einer schweren psychischen Störung, Menschen mit einer psychischen Störung und Menschen ohne eine psychische Störung weisen hinsichtlich des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit Unterschiede auf. Untersuchungen zufolge besteht zwischen der Anzahl psychiatrischer Diagnosen und der Pflegestufe sowie zwischen der Anzahl psychiatrischer Medikamente und der Pflegestufe ein positiver Zusammenhang (Jagsch, 2006). Das bedeutet, je mehr psychiatrische Diagnosen vorliegen bzw. je mehr psychiatrische Medikamente eingenommen werden, desto höher ist die Pflegestufe. Es wurde kein Zusammenhang zwischen der Anzahl anderer Diagnosen und der Pflegestufe bzw. zwischen der Anzahl an anderen Medikamenten und der Pflegestufe gefunden. Zudem beeinträchtigen schwere

psychische Erkrankungen insbesondere im höheren Lebensalter die Selbstständigkeit, was wiederum zu einem erhöhten Pflegebedarf führen kann (Ramaprasad et al., 2015).

H2.2. Menschen mit einer schweren psychischen Störung, Menschen mit einer psychischen Störung und Menschen ohne eine psychische Störung weisen hinsichtlich der Inanspruchnahme von zusätzlichen medizinischen, pflegerischen und / oder psychologischen Betreuungsleistungen Unterschiede auf. Laut Cummings und Kropf (2011) nehmen ältere Menschen, die schwer psychisch erkrankt sind, weniger Betreuungsleistungen in Anspruch, da sie über keine ausreichenden finanziellen Mittel verfügen. Demgegenüber stellen jedoch mehrere Studien fest, dass Personen mit einer SMI signifikant öfters Betreuungsangebote wahrnehmen (Gühne, Becker, et al., 2015; Lora et al., 2007; Parabiaghi et al., 2006). Im Einklang mit diesen Studienergebnissen und als Konsequenz des erhöhten Pflegebedarfs wird entgegen der Annahme von Cummings und Kropf (2011) eine stärkere Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, sowohl im medizinischen als auch pflegerischen Bereich, angenommen.

10. Methode

10.1. Forschungsdesign

S.-A. Utermöhlen

Zur Beantwortung der Fragestellungen und der Überprüfung der Hypothesen wurde eine epidemiologische Vorgehensweise anhand eines querschnittlichen Ein-Gruppen-Designs gewählt. Es wurde eine zufällig ausgewählte Stichprobe aus der Grundgesamtheit aller Bewohner und Bewohnerinnen zu einem Messzeitpunkt untersucht. Die Entscheidung eine Zufallsstichprobe, im Gegensatz zu einer klinischen Stichprobe, heranzuziehen, liegt vor allem darin begründet, dass psychische Störungen im Alter häufig unerkannt bzw. nicht diagnostiziert sind. Zur Erfassung von bereits bestehenden psychischen und körperlichen Diagnosen, der kognitiven Leistungsfähigkeit, des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit und der psychosozialen Beeinträchtigungen der ausgewählten Teilnehmer und Teilnehmerinnen beantwortete das Pflegepersonal Fragebögen. Die Prävalenzzahlen schwerer psychischer Störungen sowie die Häufigkeitsverteilung einzelner psychischer Störungen wurden mit einem klinisch-diagnostischen Interview, das mit den Bewohnern und Bewohnerinnen durchgeführt wurde, erhoben. Die gesamte Datenerhebung erfolgte durch die Studienleiterinnen. Der Verzicht einer Kontrollgruppe ist damit zu begründen, dass

Gruppenvergleiche innerhalb der ausgewählten Stichprobe ausreichend waren, um die für die Studie formulierten Fragestellungen und Hypothesen zu beantworten bzw. zu überprüfen.

10.2. Stichprobe

S.-A. Utermöhlen

Gewinnung der Stichprobe. Die Stichprobe wurde auf 60 Teilnehmer und Teilnehmerinnen begrenzt und setzte sich ausschließlich aus Bewohnern und Bewohnerinnen aus Seniorenheimen der Stadt Wien zusammen. Dies ist einerseits den begrenzten zeitlichen Ressourcen seitens der Studienleiterinnen als auch des Pflegepersonals der Seniorenheime geschuldet. Auf der anderen Seite konnte somit die Durchführung und Machbarkeit der Studie gewährleistet werden.

Die Suche nach teilnehmenden Seniorenheimen erwies sich schwieriger als erwartet. In einem ersten Schritt wurden insgesamt 58 Seniorenheime schriftlich um ihre Teilnahme gebeten. Insgesamt lehnten 37 Seniorenheime eine Teilnahme ab, die restlichen Seniorenheime gaben keine Rückmeldung. Aus diesem Grund wurde das ursprüngliche Studiendesign adaptiert und die Teilnehmerzahl von anfänglich 100 auf 60 reduziert. Eine schriftliche Anfrage mit dem nun vorliegenden Studiendesign wurde erneut an mehrere Seniorenheime gesendet, wovon sich zwölf bereit erklärten an der Studie teilzunehmen. Insgesamt ergab sich eine Anzahl von 3352 Bewohnern und Bewohnerinnen. Um die angestrebte Stichprobengröße von 60 Personen zu erreichen, ergab sich somit eine Auswahlquote von 1.79% pro Haus. Nachdem die einzelnen Seniorenheime anonymisierte Bewohnerlisten zur Verfügung stellten, wurden diese mit Hilfe eines Zufallsalgorithmus (www.random.org/sequences) in eine zufällige Reihenfolge gebracht. Anschließend wurden die ersten 1.79% der Bewohner und Bewohnerinnen (aufgerundet auf die nächste ganze Zahl) ausgewählt und um eine Teilnahme ersucht. Falls eine Person nicht in die Stichprobe aufgenommen werden konnte, wurde die nächste Person auf der Liste herangezogen.

Ein- und Ausschlusskriterien. Die Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie waren folgende Kriterien: Zunächst mussten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ständige Bewohner bzw. Bewohnerinnen eines Seniorenheims und 65 Jahre oder älter sein. Ferner brauchte es die freiwillige und schriftliche Einverständniserklärung der Bewohner oder Bewohnerinnen bzw. der Sachwalter bzw. Sachwalterinnen zur Teilnahme an der Studie. Zuletzt mussten die teilnehmenden Personen sowohl über ausreichende Deutschkenntnisse als auch über ausreichende kognitive Fähigkeiten verfügen.

Befragbarkeit. Darüber hinaus wurde das Interview nur mit den Bewohnern und Bewohnerinnen durchgeführt, wenn die Befragbarkeit gegeben war. Eine Person wurde als befragbar angesehen, wenn sie freiwillig an der Studie teilnahm, über ausreichende kognitive Fähigkeit verfügte und wenn eine Durchführung als sinnvoll und zumutbar eingestuft wurde.

Bevor die ausgewählten Personen über die Studie informiert und um ihre Teilnahme gebeten wurden (siehe Anhang 16.1. *Teilnehmerinformation*), wurde mit Unterstützung des Pflegepersonals entschieden, ob eine Teilnahme an der Studie sinnvoll und zumutbar ist. Für den Fall, dass eine Teilnahme aus gesundheitlichen Gründen oder aufgrund von unkooperativem Verhalten seitens des Bewohners oder der Bewohnerin nicht möglich war, wurde die nächste Person auf der Zufallsliste ausgewählt.

Die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde durch das Unterschreiben einer Einverständniserklärung (siehe Anhang 16.2. *Einverständniserklärung Teilnehmer*) gewährleistet. Vor der Durchführung und der Befragung des Pflegepersonals wurden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen über die Studie informiert und aufgeklärt. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Teilnahme vollkommen freiwillig sei sowie die Daten anonymisiert und nicht an Dritte weitergegeben werden. Falls eine der ausgewählten Personen besachwaltet war, wurde der Sachwalter / die Sachwalterin von der Studie in Kenntnis gesetzt und um die Zustimmung zur Teilnahme gebeten (siehe Anhang 16.3. *Einverständniserklärung Sachwalter*). Dies war jedoch bei keiner Person, die an der Studie teilnahm, der Fall.

Nach der Zustimmung der Bewohner bzw. Bewohnerinnen stufte das Pflegepersonal die kognitiven Fähigkeiten der jeweiligen Personen mit Hilfe der Global Deterioration Scale (GDS; Ihl & Fröhlich, 1991) ein. Sofern die kognitiven Fähigkeiten einem Grad von 1, 2 oder 3 entsprachen, wurden die Personen in die Studie aufgenommen und das Interview mit ihnen durchgeführt. Bei einem GDS Grad 4 wurde nochmals in Absprache mit dem Pflegepersonal individuell entschieden, ob eine Teilnahme der betroffenen Person zugemutet werden konnte. Bewohner bzw. Bewohnerinnen, die einen GDS Grad von 5 oder höher aufwiesen, wurden zwar in die Studie inkludiert, allerdings nicht interviewt.

10.2.1. Beschreibung der Stichprobe. Insgesamt umfasst die Gesamtstichprobe 62 Personen. Mit 54 (87.1%) Bewohner und Bewohnerinnen konnte das Interview vollständig durchgeführt werden. Bei 4 (6.5%) Personen musste das Interview aufgrund unerwarteter Umstände seitens der Interviewerinnen bzw. seitens der Bewohner und Bewohnerinnen abgebrochen werden. Zusätzlich wurde bei 4 (6.5%) weiteren Personen ein GDS-Grad über 4

festgestellt, somit sind diese zwar in der Gesamtstichprobe enthalten, das Interview wurde mit ihnen jedoch nicht durchgeführt.

Im Bezug auf die Geschlechterverteilung waren Frauen, sowohl in der Gesamtstichprobe (71%) als auch in der Interviewstichprobe (66.7%), häufiger vertreten. Die Altersspanne in der Gesamtstichprobe und in der Interviewstichprobe reichte von 58-95 Jahren. In der Gesamtstichprobe lag das Durchschnittsalter bei 84.02 Jahren und in der Interviewstichprobe bei 83.39 Jahren. Grundsätzlich wurde zwar das Einschlusskriterium mit 65 Jahren oder älter festgelegt, dennoch wurden Personen, die jünger als 65 Jahre aber dauerhafte Bewohner und Bewohnerinnen waren, miteinbezogen. Die Mehrheit der teilnehmenden Personen waren österreichische Staatsbürger und verwitwet. Hinsichtlich der kognitiven Leistungseinbußen wiesen die Bewohner und Bewohnerinnen mehrheitlich zweifelhafte kognitive bis keine Leistungseinbußen auf. Die Dauer des Wohnens in den jeweiligen Seniorenheimen reichte von weniger als einem Jahr bis hin zu 14 Jahren, wobei sich die Gesamtstichprobe und die Interviewstichprobe diesbezüglich kaum unterschieden. In Tabelle 3 sind weitere für die Fragestellungen relevante Charakteristika der beiden Stichproben angeführt.

Tabelle 3

Stichprobenbeschreibung

	<u>Stichprobe</u>	
	Gesamtstichprobe	Interview-Stichprobe
n	62	54
Geschlecht, n (%)		
Frauen	44 (71%)	36 (66.7%)
Männer	18 (29%)	18 (33.3%)
Altersspanne in Jahren	58-95	58-95
<i>M (SD)</i>	84.02 (8.04)	83.39 (8.34)
Bildung, n (%)		
Volksschule	2 (3.2%) ^a	2 (3.7%)
Pflichtschule	26 (41.9%) ^a	23 (42.6%)
Obere Sekundarstufe ^b	31 (50%) ^a	29 (53.8%)
Tertiärstufe ^c	--	--
Nationalität, n (%)		
Österreich	61 (98.4%)	53 (98.1%)
Deutschland	1 (1.6%)	1 (1.9%)

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 3

Familienstand, n (%)		
Verheiratet / in einer Beziehung	14 (22.6%) ^d	14 (26%)
Verwitwet	34 (54.8%) ^d	29 (53.7%)
Geschieden	9 (14.5%) ^d	8 (14.8%)
Ledig	3 (4.8%) ^d	3 (5.6%)
GDS-Werte, n (%)		
Stadium 1	36 (58.1%)	35 (64.8%)
Stadium 2	16 (25.8%)	15 (27.8%)
Stadium 3	6 (9.7%)	4 (7.4%)
Stadium 4	2 (3.2%)	--
Stadium 5	2 (3.2%)	--
Stadium 6	--	--
Stadium 7	--	--
Anzahl Kinder, Range		
	0-7 ^e	0-7
<i>M (SD)</i>	1.61 (1.33) ^e	1.52 (1.18)
Anzahl Enkelkinder, Range		
	0-7 ^f	0-6
<i>M (SD)</i>	1.79 (1.77) ^f	1.72 (1.62)
Anzahl enge Beziehungen, Range		
	0-20 ^g	0-20
<i>M (SD)</i>	4.82 (5.18) ^g	4.99 (5.35)
Häufigkeit von Besuchen, n (%) ^h		
1x pro Woche	30 (48.4%)	25 (46.3%)
2-3x pro Woche	10 (16.1%)	10 (18.5%)
> 3x pro Woche	3 (4.8%)	3 (5.6%)
2-3x pro Monat	7 (11.3)	6 (11.1%)
1x pro Monat	3 (4.8%)	3 (5.6%)
< 1x pro Monat	6 (9.7%)	6 (11.1%)
Anzahl körperliche Diagnosen, Range ⁱ		
	0-10	0-10
<i>M (SD)</i>	1.81 (2.29)	1.87 (2.39)
Dauer des Wohnens, Range in Jahre ⁱ		
	0.17-14.58	0.17-14.58
<i>M (SD)</i>	4.14 (3.02)	4.18 (3.09)

Anmerkung. ^a 59 aufgrund fehlender Daten; ^b Obere Sekundarstufe = Lehrabschluss, Meisterprüfung, Berufsbildende mittlere Schule, Hochschulreife; ^c Tertiärstufe = Universitätsabschluss; ^d 57 aufgrund fehlender Daten; ^e 59 aufgrund fehlender Daten; ^f 58 aufgrund fehlender Daten; ^g 59 aufgrund fehlender Daten; ^h 59 und 53 aufgrund fehlender Daten; ^j 36 und 31 aufgrund fehlender Daten; ⁱ 45 und 39 aufgrund fehlender Daten

Eine detaillierte Beschreibung der Interview-Stichprobe, aufgeteilt auf die drei Gruppen Gesunde, Psychisch Erkrankte und Schwer psychisch Erkrankte wird in Tabelle 4 wiedergegeben. In allen drei Teilstichproben stellten Frauen die Mehrheit dar. Das Durchschnittsalter war in der Gruppe der Gesunden mit 84 Jahren am höchsten. Die Dauer des Wohnens im Seniorenheim erstreckte sich in den Gruppen der Gesunden und schwer

psychisch Erkrankten von unter einem Jahr bis zu zehn Jahren, in der Gruppe der psychisch Erkrankten von unter einem Jahr bis zu 14 Jahren.

Tabelle 4

Beschreibung der Interview-Stichprobe

	Gesunde	Psychisch Erkrankte	Schwer psychisch Erkrankte
n	29	22	3
Geschlecht, n (%)			
Frauen	17 (58.6%)	17 (77.3%)	2 (66.7%)
Männer	12 (41.4%)	5 (22.7%)	1 (33.3%)
Altersspanne in Jahren	68-95	58-95	66-92
<i>M (SD)</i>	84.00 (7.35)	82.68 (9.19)	82.67 (14.47)
Bildung, n (%)			
Volksschule	2 (6.9%)	--	--
Pflichtschule	11 (38%)	11 (50%)	1 (33.3%)
Obere Sekundarstufe ^a	16 (55.1%)	11 (50%)	2 (66.7%)
Tertiärstufe ^c	--	--	--
Nationalität, n (%)			
Österreich	28 (96.6%)	22 (100%)	3 (100%)
Deutschland	1 (3.4%)	--	--
Familienstand, n (%)			
Verheiratet / in einer Beziehung	9 (31.0%)	5 (22.7%)	--
Verwitwet	13 (44.8%)	13 (59.1%)	3 (100%)
Geschieden	6 (20.7%)	2 (9.1%)	--
Ledig	1 (3.4%)	2 (9.1%)	--
Dauer des Wohnens, Range in Jahre	0.17-10.83	0.50-14.58	0.33-10.00
<i>M (SD)</i>	3.79 (2.86)	4.47 (3.16)	4.80 (4.88)

Anmerkung. ^a Obere Sekundarstufe = Lehrabschluss, Meisterprüfung, Berufsbildende mittlere Schule, Hochschulreife

10.3. Messinstrumente

A.-K. Buchgeher

10.3.1. Fremdbefragung. Die Fremdbefragung durch das Pflegepersonal umfasste drei Verfahren sowie einen selbst erstellten Fragebogen. Es wurden die kognitiven Fähigkeiten, der Pflegebedarf und die Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus sowie deren Schweregrad erfragt. Weiters wurden körperliche und psychische Diagnosen und in Anspruch genommene medizinische, pflegerische und psychologische Behandlungen erfasst.

Global Deterioration Scale (GDS; Ihl & Fröhlich, 1991). Die GDS gehört zu den sogenannten Reisberg-Skalen, die zur Einschätzung des Schweregrades einer Demenz bei älteren Menschen entwickelt wurden und aus insgesamt drei Messinstrumenten bestehen (Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1988). Neben der GDS zählen die Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) und die Functional Assessment Staging (FAST) dazu. In der vorliegenden Studie wurde lediglich die GDS verwendet, die eine Fremdbeurteilung der kognitiven Leistungseinbußen einer Person ermöglicht (Ihl & Fröhlich, 1991). Es werden sieben Stadien kognitiver Leistungseinbußen angeführt, beginnend bei „keine kognitiven Leistungseinbußen“ bis hin zu „sehr schwere kognitive Leistungseinbußen“. Zusätzlich ist eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Stufen vorhanden, die die Einstufung erleichtert. Die Vorteile dieses Verfahrens liegen zum einen in einer sehr kurzen Bearbeitungszeit (ca. 5-10 Minuten) und der Vergleichbarkeit der Einbußen, zum anderen besitzt es eine gute psychometrische Qualität. Die Retest-Reliabilität beträgt .92 und die Interrater-Reliabilität wird mit .92-.97 angegeben. Bezüglich der Validität zeigen sich hohe bis sehr hohe Korrelationen (-.58 bis -.70) mit anderen Messinstrumenten zur Einschätzung kognitiver Leistungseinbußen.

Barthel-Index (Mahoney und Barthel, 1965). Der Barthel-Index, ursprünglich von Mahoney und Barthel (1965) entwickelt, gilt in der Geriatrie als das am weitesten verbreitete Instrument zur Erhebung der alltäglichen Selbstversorgungsfähigkeiten (Lübke, Meinck, & Renteln-Kruse, 2004). Der Barthel-Index ist einfach zu handhaben und relativ schnell zu bearbeiten. Er umfasst 10 Items, die grundlegende Alltagsfunktionen erfragen (z. B. Essen, Duschen oder Toilettenbenutzung) und jeweils mit 0, 5, 10 oder 15 Punkten bewertet werden. Ein Wert von 100 entspricht einer vollständigen Selbstständigkeit. Ungeachtet des häufigen und beliebten Einsatzes des Barthel-Index weist er methodische Mängel auf (Lübke et al., 2004). Aufgrund dessen beschäftigten sich bereits zahlreiche Studien mit entsprechenden Modifikationen. Das Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index stellt eine solche Überarbeitung der deutschen Version des Barthel-Index dar und gilt mittlerweile als Standardverfahren im geriatrischen Bereich (Lübke, Grassl, Kundy, Meier-Baumgartner, & Wilk, 2001; Lübke et al., 2004). Das Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index ist ordinalskaliert und besitzt eine interne Konsistenz (Cronbach's α) von .90-.93. Das Manual ist im Internet frei zugänglich und wurde in dieser Version in der vorliegenden Arbeit verwendet (https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/systematik/hamburger_manual.pdf).

Health of the Nation Outcome Scales⁶⁵⁺ (HoNOS⁶⁵⁺; Burns et al., 1999). Die Erfassung der Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus und deren Schwere erfolgte

anhand der HoNOS65+. Die HoNOS65+ basiert auf der HoNOS für Erwachsene (Wing et al., 1998) und stellt eine Erweiterung dieser für die Altersgruppe von über 65-Jährigen dar. Es wurde die deutsche Version dieses Verfahrens, HoNOS65+D, verwendet (Andreas et al., 2012). Die HoNOS65+D erhebt die Beeinträchtigungsschwere von 12 Problembereichen (z. B. Verhaltensauffälligkeiten, gedrückte Stimmung, andere psychische und verhaltensbezogene Probleme, Probleme mit alltäglichen Aktivitäten). Diese Bereiche werden mit einer Skala von 0 (*kein Problem*) bis 4 (*schweres bis sehr schweres Problem*) bewertet. Ein Glossar mit detaillierten Beschreibungen der einzelnen Bereiche steht zusätzlich zur Verfügung. In Hinblick auf die psychometrische Qualität der HoNOS65+ erbrachten mehrere Studien gute reliable und valide Ergebnisse. Die Werte der internen Konsistenz für die gesamte HoNOS65+D (Cronbach's α .5) und für 10 aus 12 Items (Cronbach's α .6) sind hingegen als weniger zufriedenstellend zu bezeichnen. (Andreas et al., 2012). Andreas und Kollegen fordern dazu weitere Forschungen, in welchen beispielsweise die Interrater-Reliabilität erhoben wird. Die Untersuchungen der Validität des HoNOS55+D erzielten wiederum zufriedenstellende Ergebnisse (z. B. Korrelation von .7 mit der HADS-Depressionsskala). Sowohl die Verwendung des Glossars zur HoNOS65+D als auch des Beurteilungsbogens wurden von Andreas und Kollegen genehmigt und für diese Studie zur Verfügung gestellt.

Anamnese-Fragebogen. Mit einem selbst erstellten Fragebogen wurden sowohl körperliche als auch psychische Diagnosen und sonstige Beeinträchtigungen der Bewohner und Bewohnerinnen erhoben (siehe Anhang 17.1. *Anamnese-Fragebogen I*). Darüber hinaus wurde die Dauer, seit der sich der Bewohner bzw. die Bewohnerin in der Einrichtung befindet, erfragt. Medizinische, pflegerische und / oder psychologische bzw. psychotherapeutische Betreuungsleistungen, die der Bewohner oder die Bewohnerin erhält, wurden ebenfalls erfasst. Abschließend wurde die Compliance beurteilt und eingeschätzt, ob die betreffende Person mehr Interventionen als andere Personen benötigt.

Für den Fall, dass das Interview mit einem Bewohner bzw. einer Bewohnerin aufgrund mangelnder kognitiver Fähigkeiten nicht durchgeführt werden konnte, wurde dem Pflegepersonal ein anderer Fragebogen vorgelegt (siehe Anhang 17.2. *Anamnese-Fragebogen II*). Dieser Fragebogen enthält zusätzlich zur medizinischen Anamnese weitere Fragen zu den soziodemographischen Daten der Person, wie etwa Familienstand und höchste abgeschlossene Schulausbildung.

10.3.2. *Befragung der Bewohner und Bewohnerinnen.* Mit den Bewohnern und Bewohnerinnen wurde ein klinisch-psychologisches diagnostisches Interview in der Dauer von ca. einer bis eineinhalb Stunden durchgeführt. Überdies beurteilten die Bewohner und Bewohnerinnen mit Hilfe eines Selbstbeurteilungsfragebogens ihre psychosozialen Beeinträchtigungen und den Schweregrad dieser.

The Composite International Diagnostic Interview for the elderly (CIDI65+; Andreas et al., 2013). Das CIDI65+ wurde von der Forschergruppe von Andreas et al. (2013) zur Erfassung von psychischen Störungen bei älteren Menschen entwickelt und stellt eine Erweiterung des von der WHO konzipierten Composite International Diagnostic Interview dar (CIDI; dt. Version von Wittchen & Semler, 1991). Sowohl das CIDI als auch das CIDI65+ sind standardisierte und strukturierte klinische Interviews zur Erhebung psychischer Störungen. Das CIDI65+ berücksichtigt altersspezifische Besonderheiten in Hinblick auf soziale, kognitive und psychologische Faktoren. Unter Anwendung des CIDI65+ können somatoforme, affektive und psychotische Störungen als auch Angststörungen und Zwangsstörungen sowie Abhängigkeitserkrankungen, Anpassungsstörungen und Belastungsstörungen diagnostiziert werden (Andreas et al., 2013). Das Interview ist in Sektionen unterteilt, die jeweils die Diagnosekriterien bestimmter Störungen abfragen. Die einzelnen Sektionen sowie die dazugehörige psychische Störung werden in Tabelle 5 berichtet.

Tabelle 5

Einzelne Sektionen des CIDI65+ (Andreas et al., 2013)

Sektion	Psychische Störung
Sektion B	Abhängigkeitserkrankung (Nikotin)
Sektion C	Somatoforme Störungen
Sektion D	Angststörungen
Sektion E	Depressive Störungen
Sektion F	Bipolare Störungen
Sektion G	Psychotische Störungen
Sektion I	Abhängigkeitserkrankung (Alkohol)
Sektion K	Zwangsstörungen
Sektion L	Abhängigkeitserkrankung (Drogen / Medikamente)
Sektion M	Kognitive Beeinträchtigungen
Sektion N	Anpassungsstörungen und Belastungsstörungen

Zu Beginn werden in Sektion A neben Fragen zu soziodemographischen Daten auch Fragen zur Lebensqualität sowie zum Gesundheitszustand als auch zu möglichen vor kurzem aufgetretenen Problemen gestellt. In Sektion Q werden abschließend noch erhaltene

Betreuungsleistungen erfragt und in Sektion X die Verhaltensbeobachtungen des Interviewers bzw. der Interviewerin eingetragen. Darüber hinaus stehen dem Interviewer bzw. der Interviewerin Screening-Listen zur Verfügung, auf denen körperliche und psychische Merkmale von Störungen angeführt sind und auf denen vorhandene bzw. zutreffende Merkmale von den befragten Personen angekreuzt werden.

Bisher kam das CIDI65+ in nur wenigen Studien zum Einsatz und auch hinsichtlich der psychometrischen Qualität fehlen derzeit noch umfassende Untersuchungen. Erste psychometrische Forschungsergebnisse lassen jedoch darauf schließen, dass es sich beim CIDI65+ um ein reliables Instrument zur Diagnostik von psychischen Störungen bei älteren Menschen handelt (Wittchen et al., 2015). Die Intrarater-Reliabilität (Cohens κ) für irgendeine psychische Störung beispielsweise beträgt .63 und ist somit als gut zu bezeichnen.

Zur Verwendung des CIDI65+ für diese Studie wurde zunächst die Erlaubnis der Autoren eingeholt. Letztendlich wurde eine adaptierte Version des CIDI65+ in Papier-Bleistift-Format verwendet, die bereits in einer vergleichbaren Studie eingesetzt wurde (Grünberger, 2013). Zusätzlich wurden weitere Anpassungen vorgenommen. Zum einen wurde auf die Sektion M, welche die kognitiven Fähigkeiten einer Person beurteilt, vollständig verzichtet, da bereits vor der Durchführung des Interviews die kognitive Leistungsfähigkeit der Teilnehmer und Teilnehmerinnen durch das Pflegepersonal eingeschätzt wurde. Zum anderen wurde der letzte Teil des Interviews (Sektion Q) um einige Fragen erweitert, nämlich um Fragen zur Inanspruchnahme von und Zufriedenheit mit den Freizeitangeboten und den psychologischen / psychotherapeutischen und medizinischen Betreuungsleistungen im Seniorenheim und zu Änderungswünschen bezüglich den Freizeitangeboten und Betreuungsleistungen. Es wurde darauf geachtet, dass die Durchführung des CIDI65+ nicht länger als 90 Minuten dauerte.

Mit dem CIDI65+ werden DSM-IV-TR Diagnosen gestellt, aufgrund der in Deutschland und Österreich üblichen Verwendung der ICD-10 (vgl. 7.4. *ICD-10 und DSM-5*) wurden die gestellten DSM-IV-TR Diagnosen mit Hilfe von Tabellen („Crosswalks“) in ICD-10 Diagnosen transformiert. In weiterer Folge werden somit ausschließlich ICD-10 Diagnosen berichtet.

World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0; Üstün et al., 2010). Die WHODAS 2.0. ist ein Verfahren zur Einschätzung von gesundheitlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen. Es werden sechs Bereiche abgefragt: Verständnis und Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Umgang mit anderen Menschen, Alltagsaktivitäten sowie Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Die Einschätzung der Schwierigkeit in diesen Bereichen erfolgt von 1 (*keine*) bis 5 (*sehr starke / nicht möglich*) und

bezieht sich auf die letzten 30 Tage. Darüber hinaus liegt die WHODAS 2.0. sowohl in einer Langversion mit 36 Items als auch in einer Kurzversion mit 12 Items vor. Dieses Verfahren ist zudem als Selbst- oder Fremdbeurteilungsfragebogen verfügbar. Die Werte der internen Konsistenz aller sechs Bereiche sind mehrheitlich als angemessen bis hin zu sehr gut zu bezeichnen (Cronbach's α .94-.98; Üstün et al., 2010). Andere Studienergebnisse bestätigen die hohen Werten der internen Konsistenz (Cronbach's α .77-.98; Garin et al., 2010). Die Validität des Verfahrens ist ebenfalls als gut zu klassifizieren und es zeigen sich im Vergleich mit ähnlichen Messinstrumenten Werte von .45-.65 (Üstün et al., 2010). Es ist anzumerken, dass sich diese Werte auf die Gesamtversion mit 36 Items beziehen. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Kurzversion mit 12 Items vorgelegt. Berechnungen für die interne Konsistenz der 12 Items und des Gesamtwertes in der vorliegenden Studie sind in Tabelle 6 angeführt. Die interne Konsistenz des Gesamtwertes gilt mit .82 als gut, die einzelnen Skalen weisen akzeptable Werte auf mit Ausnahme der ersten Skala Verständnis und Kommunikation. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass jede Skala lediglich aus zwei Items besteht und Cronbach's α durchaus von der Anzahl der Items abhängig ist (Schermerle-Engel & Werner, 2012).

Das Manual sowie die einzelnen Testversionen werden von der WHO online zur Verfügung gestellt (<http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>).

Tabelle 6

Cronbach's α des WHODAS 2.0 (12-Item Version)

Skala	Cronbach's α
Verständnis und Kommunikation	.16
Mobilität	.86
Selbstversorgung	.71
Umgang mit anderen Menschen	.50
Alltagsaktivitäten	.59
Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	.68
Gesamtwert	.82

10.4. Definition schwerer psychischer Störungen

A.-K. Buchgeher

Basierend auf den angeführten Studien zur Definition von schweren psychischen Störungen (vgl. 5.1. *Definition und Prävalenz*) wird in der gegenständlichen Untersuchung folgende Definition von schweren psychischen Störungen verwendet: Erstens, Vorliegen einer nicht-organischen psychischen Störung. Zweitens, Erkrankungs- oder Behandlungsdauer seit mindestens zwei Jahren. Drittens, Vorliegen einer gewissen Schwere der durch die Störung

hervorgerufenen Beeinträchtigungen, nämlich entweder in der HoNOS65+D mindestens ein Wert von 4 in einem Bereich oder mindestens ein Wert von 3 in zwei Bereichen (ausgenommen Item 5 „Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung“) oder im WOHDAS 2.0 ein Gesamtwert von 4 (Üstün et al., 2010).

Die Entscheidung alle nicht-organischen psychischen Störungen zu berücksichtigen begründet sich in der allgemeinen Forderung nicht ausschließlich psychotische Erkrankungen miteinzubeziehen (Gühne, Becker, et al., 2015). Der Fokus auf nicht-organische psychische Störungen schließt hier folglich dementielle Erkrankungen aus. Zum einen wäre eine Durchführung des Interviews mit dementen Personen nicht möglich, zum anderen wurden in den bisherigen Studien Demenzerkrankungen ebenfalls nicht einbezogen.

Die Dauer der Erkrankung bzw. der Behandlung ist zwar umstritten, wird hier jedoch als ein Kriterium herangezogen und folgt damit dem Ansatz von Schinnar et al. (1990) sowie Ruggeri et al. (2000).

Die durch die Störung hervorgerufenen Beeinträchtigungen als ein weiteres Kriterium zu werten, ist ebenso im Einklang mit der Mehrheit der Untersuchungen zu SMI. Im Gegensatz zu zahlreichen Studien werden die Beeinträchtigungen nicht mit der GAF erhoben, sondern mit der HoNOS65+D und der WHODAS 2.0. Dies erschien aus mehreren Gründen angemessen. Einerseits bietet sich mit der HoNOS65+D ein speziell für ältere Menschen konzipiertes Messinstrument an, andererseits erlaubt die HoNOS65+D eine detailliertere Beschreibung klinischer und psychosozialer Probleme einer Person und ist somit informativer als die GAF (Lora et al., 2007). Darüber hinaus ist die GAF in der aktuell gültigen Version des DSM-5 nicht mehr enthalten, stattdessen wurde die WOHDAS 2.0 eingeführt (Gold, 2014). Die WOHDAS 2.0 erlaubt eine konzeptuelle Unterscheidung zwischen medizinischen und psychischen Erkrankungen und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen. Des Weiteren stellt die WHODAS 2.0 die Funktionalität stärker in den Vordergrund, während bei der GAF vor allem die Schwere und die Symptome vordergründig sind (Gold, 2014; Lora et al., 2007). Bezüglich der psychometrischen Qualität wurde die GAF mehrfach kritisiert, hingegen sind die bisherigen psychometrischen Untersuchungen zur WOHDAS 2.0 vielversprechend.

Der Verwendung der WOHDAS 2.0 als Selbstbeurteilungsfragebogen und zusätzliches Verfahren zur Erhebung der psychosozialen Beeinträchtigungen liegen explorative Überlegungen zugrunde. Es soll damit die subjektive Sicht der betroffenen Personen berücksichtigt und festgestellt werden, ob sich die subjektive Einschätzung von der Fremdeinschätzung unterscheidet.

10.5. Befragungszeitraum und Vorgehensweise

S.-A. Utermöhlen

Nachdem die Seniorenheime sich für die Teilnahme an der Studie bereit erklärten, wurde mit der zuständigen Person von jedem Haus ein erster Termin vereinbart. In diesem Gespräch wurde einerseits der Ablauf der Studie im Detail vorgestellt, andererseits wurden die ausgewählten Bewohner und Bewohnerinnen besprochen und entschieden, ob die Durchführung des Interviews mit diesen sinnvoll und zumutbar ist. Mit den Seniorenheimen wurden jeweils zwei Tage bestimmt, an denen die Interviews stattfinden. Die ausgewählten Personen wurden vom Pflegepersonal vorab mit einem Informationsblatt (siehe Anhang *16.1 Teilnehmerinformation*) über die Studie und den Ablauf informiert, insbesondere wurde auf die zufällige Auswahl, Freiwilligkeit der Teilnahme und die Anonymität hingewiesen. In Anbetracht der Tatsache, dass ältere Menschen gegenüber dem Thema Psychologie und psychische Störungen mitunter eine ablehnende Haltung zeigen, wurde der Begriff „schwere psychische Störungen“ bei der Präsentation der Studie vermieden. Stattdessen wurden die Ziele der Studie mit dem Fokus auf das seelische Befinden und die Gesundheit beschrieben. Sofern die Bewohner und Bewohnerinnen einer Teilnahme zustimmten, wurde ein Termin an einem der zwei festgelegten Tage für die Befragung vereinbart.

Anschließend führten die Studienleiterinnen das klinisch-psychologische Interview an den vereinbarten Terminen mit den Bewohnern und Bewohnerinnen durch. Vor Beginn erfolgte nochmals eine Aufklärung über die Studie sowie das Unterzeichnen der Einverständniserklärung und gegebenenfalls die Klärung offener Fragen. Im Regelfall wurden zwei Interviews (je ein Interview pro Studienleiterin) parallel durchgeführt. Die Fragebögen für das Pflegepersonal wurden entweder gleich im Beisein der Studienleiterinnen beantwortet oder im Seniorenheim hinterlegt und zu einem späteren Zeitpunkt abgeholt.

Das erste Gespräch fand am 8. Juni 2016 statt, das erste Interview am 15. Juni 2016 und das letzte Interview am 18. Juli 2016. Die Studie wurde somit in sechs Wochen durchgeführt.

10.6. Ethik

S.-A. Utermöhlen

Informed consent. Den teilnehmenden Bewohnern und Bewohnerinnen wurde vor der Durchführung des Interviews eine Einverständniserklärung vorgelegt. Auf dieser wurde sowohl die Studie, ihre Ziele und Hintergrundinformationen als auch die Studienleiterinnen vorgestellt. Mit ihrer Unterschrift stimmten die Bewohner und Bewohnerinnen einer

freiwilligen Teilnahme an der Studie zu und gaben zugleich ihr Einverständnis, dass Auskünfte über ihre Krankenakte gegeben werden.

Datenschutz. Alle Daten wurden mittels eines Versuchspersonencodes anonymisiert. Es ist nach Durchführung der Studie kein Rückschluss auf die Bewohner und Bewohnerinnen oder das Seniorenheim möglich. Die Daten wurden ausschließlich von den Studienleiterinnen bearbeitet und nicht an Dritte weitergeben.

Zumutbarkeit. In Absprache mit dem Pflegepersonal wurde vor der Durchführung des Interviews entschieden, ob eine Teilnahme des Bewohners bzw. der Bewohnerin zumutbar ist. Es bestand zu jedem Zeitpunkt des Gespräches die Möglichkeit Pausen einzulegen oder das Interview abubrechen, sowohl von Seiten der Bewohner und Bewohnerinnen als auch von Seiten der Studienleiterinnen. Weitestmöglich wurde zusätzlich darauf geachtet das Interview kurz zu halten und individuelle Aspekte zu berücksichtigen.

Umgang mit Ergebnissen. Eine Einzelauswertung fand nicht statt, somit wurden weder den Bewohnern und Bewohnerinnen selbst noch dem Pflegepersonal Einzelergebnisse rückgemeldet.

Aufwandsentschädigung. Eine Aufwandsentschädigung wurde den Teilnehmern und Teilnehmerinnen nicht geboten. Einerseits standen keine ausreichenden finanziellen Mittel zur Verfügung, andererseits sollte die Teilnahme auf freiwilliger Basis und nicht durch finanzielle Anreize erfolgen.

10.7. Durchführung der Untersuchung

S.-A. Utermöhlen

Die Gewinnung von Seniorenheimen stellte zu Beginn die größte Schwierigkeit dar. Nachdem jedoch das Studiendesign angepasst wurde, stimmten die Heime einer Teilnahme relativ rasch zu. Die Auswahl der Teilnehmer und Teilnehmerinnen gestaltete sich ebenfalls komplizierter als anfangs erwartet. Im Falle einer Absage des Bewohners oder der Bewohnerin wurde aus ethischen Gründen nicht nach dem Grund der Ablehnung gefragt. Es ist davon auszugehen, dass hierbei die Stigmatisierung gegenüber dem Thema Psychologie und psychische Störung einen maßgeblichen Einfluss hatte. Die Seniorenheime lehnten eine Teilnahme mancher Bewohner bzw. Bewohnerinnen ab, sofern diese bei der betreffenden Person nicht zumutbar oder sinnvoll war.

Letztendlich stimmten, von insgesamt 126 angefragten Bewohnern und Bewohnerinnen, 62 Personen einer Teilnahme zu und es ergab sich eine Ausschöpfungsquote von 49.21%. Eine detaillierte Beschreibung der Ausschöpfungsquote je nach Einrichtung ist in Tabelle 7

angeführt. Die Seniorenheime werden aus datenschutzrechtlichen Gründen in der gesamten Arbeit nicht namentlich angeführt, die Anonymität der einzelnen Seniorenheime sowie deren Bewohner und Bewohnerinnen und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen soll somit gewahrt bleiben.

Tabelle 7

Ausschöpfungsquote je nach Seniorenheim mit Häufigkeiten

Senioren-heim	n	<u>Interview</u>		Ausschöpfungs- quote in %	<u>Ablehnung durch</u>	
		Teilnahme	Ausschluss		Bewohner / Bewohnerin	Senioren-heim
Haus 1	10	5	5	50.00	5	0
Haus 2	9	6	3	66.67	1	2
Haus 3	13	3	10	13.00	3	7
Haus 4	9	5	4	55.56	2	2
Haus 5	7	4	3	57.14	1	2
Haus 6	14	5	9	35.71	7	2
Haus 7	7	6	1	85.71	1	0
Haus 8	11	5	6	45.45	3	3
Haus 9	7	5	2	71.43	1	1
Haus 10	10	4	6	40.00	1	5
Haus 11	12	6	6	50.00	5	1
Haus 12	17	8	9	47.06	7	2
Gesamt	12	62	64	49.21	37	27

Die teilnehmenden Bewohner und Bewohnerinnen bekundeten großes Interesse an der Studie und waren während des Interviews bemüht alle Fragen zu beantworten. Die Mehrheit der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zeigte sich offen und gesprächsbereit. Zudem erhielten die Studienleiterinnen abschließend sowohl von den Bewohnern und Bewohnerinnen als auch von den Seniorenheimen positive Rückmeldungen. Die Zusammenarbeit mit den einzelnen Häusern gestaltete sich weitestgehend problemlos, lediglich die Gewinnung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen erwies sich in manchen Heimen zu Beginn schwierig. Dementsprechend musste mehrmals auf Ersatzpersonen aus der Zufallsstichprobe zurückgegriffen werden. Ungeachtet der Tatsache, dass die Auswahl der Ersatzpersonen ebenfalls randomisiert erfolgte, ist anzunehmen, dass dies Verzerrungen der Stichprobe zur Folge hatte. Insbesondere aufgrund Selbstselektion ist die Repräsentativität der Stichprobe nur mehr mit Einschränkungen gegeben.

In Hinblick auf die Fremdbefragung durch das Pflegepersonal traten insofern keine Schwierigkeiten auf, als dass sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bereit erklärten die Fragebögen auszufüllen. Eine vollständige Beantwortung des Anamnese-Fragebogens

erfolgte jedoch nicht bei allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen, dies führte vor allem bei den biografischen Variablen zu fehlenden Daten (vgl. 10.2.1. *Beschreibung der Stichprobe*). Grundsätzlich wurde den Seniorenheimen freigestellt, ob die Fragebögen sofort, unter Beisein der Studienleiterinnen, oder zu einem späteren Zeitpunkt ausgefüllt wurden. Im Falle eines späteren Ausfüllens der Fragebogen wurde ein neuerlicher Termin zu Abholung dieser mit den Studienleiterinnen vereinbart. Hierbei wurde insbesondere auf die zeitlichen Ressourcen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Rücksicht genommen.

Im Allgemeinen ist festzuhalten, dass die Studie nach der anfänglichen Adaptierung planmäßig und in dem vorgesehenen Zeitrahmen durchgeführt werden konnte.

10.8. Statistische Analyse

A.-K. Buchgeher

Für die Berechnung der Prävalenz schwerer psychischer Störungen sowie einzelner psychischer Störungen wurde folgende Formel angewandt: $P = \frac{\text{Anzahl Erkrankter}}{\text{Gesamtpopulation}}$ (Kreienbrock, Pigeot, & Ahrens, 2012). Die Prävalenz stellt den Anteil erkrankter Menschen an einer Gesamtpopulation dar und ist eine epidemiologische Maßzahl, die über die Verteilung einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt informiert.

Die Beurteilung unterschiedlicher Einschätzungen der Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus erfolgte mittels einer qualitativen Betrachtung und Gegenüberstellung der Fremd- und Selbsteinschätzungen bzw. der HoNOS65+D und WHODAS 2.0.

Zur Überprüfung der Hypothesen der vierten und fünften Fragestellung kamen verschiedene statistischen Verfahren zur Anwendung, die im Nachstehenden erklärt werden.

Chi-Quadrat-Tests (χ^2 -Tests) werden eingesetzt, wenn erwartete Häufigkeiten mit beobachteten Häufigkeiten bzw. Häufigkeitsverteilungen verglichen werden (Bortz & Lienert, 2008). Sowohl Unterschieds- als auch Zusammenhangshypothesen können mit χ^2 -Tests untersucht werden. Für den Fall, dass die erwarteten Häufigkeiten kleiner als 5 sind, wird der exakte Test nach Fisher-Yates (Fisher's exact test) angewandt. Der exakte Test nach Fisher-Yates wird normalerweise bei einer 2x2-Kontingenztafel durchgeführt, kann jedoch auch bei größeren Kontingenztafeln verwendet werden (Field, 2009).

Der *t*-Test für unabhängige Stichproben dient dem Vergleich zweier Mittelwerte von zwei unabhängigen Stichproben (Field, 2009). Die Verfahrensvoraussetzungen sind Normalverteilung, Varianzhomogenität, metrische Skaleneigenschaften der abhängigen Variable und unabhängige Daten. Bei Verletzungen der Verfahrensvoraussetzungen wird auf

die nicht-parametrischen Verfahren Mann-Whitney-Test (*U*-Test) und Mediantest zurückgegriffen. Im Allgemeinen hat der *U*-Test eine höhere Testmacht als der Mediantest, er verliert jedoch an Macht, wenn die Stichproben ungleich groß sind (Bortz & Lienert, 2008). In diesem Fall soll stattdessen der Mediantest verwendet werden.

Die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) erlaubt den Vergleich von mehr als zwei Mittelwerten und ermöglicht zum Beispiel Aussagen über signifikante Unterschiede von drei Gruppen (Field, 2009). Die Verfahrensvoraussetzungen sind gleich wie beim *t*-Test für unabhängige Stichproben. Bei Nicht-Erfüllung der Voraussetzungen wird ein nicht-parametrisches Verfahren wie der Kruskal-Wallis-Test (*H*-Test) angewandt. Ein exakter Test ist dann durchzuführen, wenn die kleinste Stichprobe nicht größer als 5 ist (Bortz & Lienert, 2008).

Die Prüfung der Normalverteilung erfolgte mit dem Kolmogorov-Smirnov Test (K-S Test) und der Varianzhomogenität mit dem Levene-Test. Als Effektgröße wurde Cohens *d* berechnet, wobei ein Wert von 0.2 einem kleinen Effekt, 0.5 einem mittelgroßen Effekt und 0.8 einem großen Effekt entspricht (Bortz & Schuster, 2010). Das Signifikanzniveau aller Hypothesen wurde mit $\alpha = .05$ festgelegt. Die statistische Auswertung erfolgte, wenn nicht anders angeführt, mit der Interview-Stichprobe und mittels der Statistik Software IBM® SPSS® Statistics (Version 23).

11. Ergebnisse

11.1. Prävalenzrate schwerer psychischer Störungen

A.-K. Buchgeher

Die Prävalenz für eine schwere psychische Störung nach HoNOS65+D beträgt für die Interview-Stichprobe 5.56%. Wenn lediglich die Gruppe der psychisch Erkrankten berücksichtigt wird, beträgt die Prävalenz für eine schwere psychische Störung nach HoNOS65+D sogar 12%. Insgesamt erfüllten drei Personen die Kriterien einer schweren psychischen Störung. Neben der Diagnose einer nicht-organischen psychischen Störung wiesen die drei Personen eine Erkrankungs- bzw. Behandlungsdauer von mindestens zwei Jahren auf und die Fremdeinschätzung der Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus mittels der HoNOS65+D ergab mindestens ein Wert von 4 in einem Bereich oder mindestens ein Wert von 3 in zwei Bereichen (ausgenommen Item 5 „Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung“). Bei zwei Personen wurde eine psychische Störung, bei einer Person wurden drei psychische Störungen diagnostiziert. Demnach beträgt die Komorbiditätsrate 33.3%. Die Diagnosen nach ICD-10

waren wie folgt: psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol, leichte depressive Episode sowie Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (komplizierte Trauer nach DSM-5) und Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt.

Nach Selbsteinschätzung mittels der WHODAS 2.0 lag bei drei anderen Personen eine schwere psychische Störung vor. Demnach beträgt die Prävalenz für eine schwere psychische Störung nach WHODAS 2.0 für die Interview-Stichprobe ebenfalls 5.56% und für die Gruppe der psychisch Erkrankten 12%. Bei einer Person wurde eine psychische Störung, bei einer Person wurden zwei psychische Störungen und bei einer Person wurden drei psychische Störungen diagnostiziert. In diesem Fall liegt die Komorbiditätsrate bei 66.6%. Die Diagnosen nach ICD-10 waren wie folgt: psychische und Verhaltensstörung durch Nikotin, schwere depressive Episode sowie rezidivierende mittelgradige depressive Episode und Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (komplizierte Trauer nach DSM-5).

Aufgrund der Tatsache, dass einerseits die Kurzversion der WHODAS 2.0 in der vorliegenden Studie keine sehr guten Werte der interne Konsistenz aufwies und andererseits die Anwendung der HoNOS65+D zur Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus als bewährt sowie allgemein akzeptiert gilt, wurden in den weiteren statistischen Analysen lediglich die schweren psychischen Störungen, die nach der Einschätzung der HoNOS65+D ein entsprechend beeinträchtigtes Funktionsniveau aufweisen, miteinbezogen.

Erhaltene Hilfeleistungen. Alle drei Betroffenen erhielten zum Zeitpunkt der Befragung keine psychologische / psychotherapeutische oder ärztliche Hilfe sowie keine psychiatrische Medikation. Eine Person gab an, ihrer Meinung nach nicht an psychischen Problemen zu leiden und daher auch keine Hilfe zu brauchen. Eine weitere Person berichtete dazu, nicht zu glauben, dass eine Behandlung helfen könnte und eine solche deshalb nicht in Anspruch nehmen zu wollen. Die dritte Person führte an, alleine mit ihren Problemen und Symptomen fertig zu werden. In der anamnestischen Fremdbefragung durch das Pflegepersonal wurde bei keinem der drei Personen eine bereits bekannte psychische Diagnose dokumentiert.

11.2. Prävalenzraten einzelner psychischer Störungen

A.-K. Buchgeher

Die Prävalenz für irgendeine psychische Störung nach ICD-10 liegt für die Interview-Stichprobe bei 46.30%. Mindestens eine psychische Störung wurde bei 25 Bewohner und Bewohnerinnen diagnostiziert (inklusive der drei Personen mit SMI). Affektive Störungen, insbesondere depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen, Anpassungsstörungen und phobische Störungen sowie Schlafstörungen waren die am

häufigsten diagnostizierten Störungen. Die Häufigkeiten und Prävalenzraten einzelner psychischer Störungen sind in Tabelle 8 aufgelistet.

Tabelle 8

Häufigkeiten und Prävalenzen psychischer Störungen

	<i>f</i>	Prävalenz in %
F1 Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen	8	14.81%
- F10 Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol	1	1.85%
- F17 Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak	7	12.96%
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	17	31.47%
- F45 Somatoforme Störungen	2	3.70%
- F45.0 Somatisierungsstörung	1	1.85%
- F45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung	1	1.85%
- F40 Phobische Störungen	6	11.11%
- F40.01 Agoraphobie mit Panikstörung	2	3.70%
- F40.1 Soziale Phobie	1	1.85%
- F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien	3	5.56%
- F41 Andere Angststörungen	1	1.85%
- F41.0 Panikstörung	1	1.85%
- F42 Zwangsstörung	1	1.85%
- F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)	1	1.85%
- F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	8	14.81%
- F43.21 Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion ^a	7	12.96%
- F43.22 Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion, gemischt	1	1.85%
F3 Affektive Störungen	11	20.37%
- F32 Depressive Episode	5	9.26%
- F32.0 Leichte depressive Episode	3	5.56%
- F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	2	3.70%
- F33 Rezidivierende depressive Störungen	5	9.26%
- F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	2	3.70%
- F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	3	5.56%
- F31 Bipolare affektive Störung	1	1.85%
- F31.7 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert	1	1.85%
F51 Nichtorganische Schlafstörungen	7	12.96%
- F51.0 Nichtorganische Insomnie	7	12.96%

Anmerkung. ^a komplizierte Trauer nach DSM-5

Erhaltene Hilfeleistungen. Wie in Tabelle 9 angeführt gaben fünf Bewohner und Bewohnerinnen mit einer psychischen Störung an, in den letzten 12 Monaten Hilfe aufgesucht zu haben. Davon erhielten zwei Personen eine medikamentöse sowie psychologische bzw.

psychotherapeutische Behandlung. Ausschließlich psychologische Behandlung wurde von zwei Betroffenen in Anspruch genommen. Lediglich eine Person führte an, ihren Hausarzt aufgrund seelischer Probleme aufgesucht zu haben und derzeit Medikamente zu erhalten, jedoch keine zusätzliche psychologische Behandlung.

Von den anderen Bewohnern und Bewohnerinnen mit einer psychischen Störung gaben 16 Personen an, keine Hilfe aufgrund psychischer Probleme aufgesucht zu haben. Diese Entscheidung wurde von acht Betroffenen mit der Aussage „Ich habe keine psychischen Probleme (gehabt) und brauche daher keine Hilfe“ begründet. Insgesamt sechs Personen lehnten eine Hilfe ab, da sie ihren Angaben nach alleine mit ihren Problemen und Symptomen fertig werden. Eine Person berichtete, dass sie nicht die Möglichkeit gehabt habe, ärztliche oder psychologische Unterstützung aufzusuchen bzw. diese nicht verfügbar gewesen sei. Eine andere Person führte an, nicht gewusst zu haben, wo sie Hilfe hätte suchen sollen.

Im Bezug auf bereits bekannte psychische Diagnosen fehlten bei elf Personen diesbezüglich die Angaben in der Fremdbefragung. Im Fall der anderen elf Bewohner und Bewohnerinnen war bei neun Personen vorab keine psychische Diagnose bekannt, bei einer Person lag die Diagnose einer Depression und bei einer weiteren Person die Diagnosen einer Angststörung, Depression und PTBS vor.

Tabelle 9

In den letzten 12 Monaten erhaltene Hilfeleistungen

	n ^a
Hilfe aufgesucht bzw. erhalten	
Ja	5
Nein	16
Art der Behandlung	
Hausarzt	1
Medikamente	3
Psychotherapie	1
Psychologe	4

Anmerkung. ^a 21 aufgrund fehlender Daten

11.2.1 Komorbiditäten. Die Komorbiditätsrate für zwei oder mehr psychische Störungen beträgt für die Interview-Stichprobe bei 52%. Bei 44% der befragten Bewohner und Bewohnerinnen lagen zwei psychische Störungen vor, bei 8% drei psychische Störungen. Die Tabelle 10 gibt die Häufigkeiten und die genauen Kombinationen der festgestellten komorbiden Störungen wieder. Die Tabelle wird zeilenweise gelesen und gibt an, wie viele Personen zusätzlich zu einer bestimmten psychischen Störung (siehe linke Spalte) eine

weitere Störung haben. Die kursiv gesetzten Zahlen stellen die Gesamthäufigkeiten der jeweiligen psychischen Störungen dar. Somit zeigt sich beispielsweise, dass von den Personen, die an einer affektiven Störung litten, 27.27% eine komorbide phobische Störung bzw. andere Angststörung hatten und weitere 27.27% eine zusätzliche Belastungs- bzw. Anpassungsstörung. Des Weiteren wiesen 42.86% der von einer phobischen Störung oder einer anderen Angststörung betroffenen Personen zusätzlich eine affektive Störung auf.

Tabelle 10

Komorbiditäten: Häufigkeiten und Kombinationen^a, Interview-Stichprobe (N = 54)

	F1 Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen	F3 Affektive Störungen	F40 Phobische Störungen + F41 Andere Angststörungen	F42 Zwangsstörung	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	F45 Somatoforme Störungen	F51 Nichtorganische Schlafstörungen
F1 Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen	8 12.5%	1 9.09%	0 0.00%	0 0.00%	2 25%	0 0.00%	0 0.00%
F3 Affektive Störungen	1 9.09%	11 27.27%	3 27.27%	0 0.00%	3 27.27%	1 9.09%	2 18.18%
F40 Phobische Störungen + F41 Andere Angststörungen	0 0.00%	3 42.86%	7 28.57%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	2 28.57%
F42 Zwangsstörung	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%	1 1.85%	0 0.00%	0 0.00%	0 0.00%
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen, Anpassungsstörungen	2 25%	2 25%	1 12.5%	0 0.00%	8 14.29%	1 12.5%	1 12.5%
F45 Somatoforme Störungen	0 0.00%	1 50%	0 0.00%	0 0.00%	1 50%	2 100%	0 0.00%
F51 Nichtorganische Schlafstörungen	0 0.00%	2 28.57%	2 28.57%	0 0.00%	1 14.29%	0 0.00%	7 12.5%

Anmerkung. ^a Häufigkeiten in absoluten Werten und Prozentwerten angeben

11.3. Einschätzung der Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus

S.-A. Utermöhlen

Zur Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus wurden einerseits die HoNOS65+D als Fremdbeurteilung durch das Pflegepersonal und die WOHDAS 2.0 als Selbstbeurteilung

durch die Bewohner und Bewohnerinnen eingesetzt. Der Einschätzung des Pflegepersonals mittels HoNOS65+D zufolge lag bei drei Personen eine ausreichende Schwere der Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus für die Bezeichnung einer schweren psychischen Störung vor. Diese drei Personen selbst schätzen mittels WOHDAS 2.0 jedoch ihr psychosoziales Funktionsniveau weniger schwer ein und erfüllten demnach nicht das Ausmaß für eine SMI.

Auf der anderen Seite beurteilten drei andere Bewohner und Bewohnerinnen mit der WOHDAS 2.0 ihr psychosoziales Funktionsniveau so schwer, dass ihre diagnostizierte Störung als eine schwere psychische Störung eingestuft hätte werden müssen. Die Selbsteinschätzung dieser drei Bewohner und Bewohnerinnen wurde allerdings nicht durch die Fremdbeurteilung des Pflegepersonals mittels HoNOS65+D bestätigt. Somit zeigte sich, dass die Selbst- und Fremdeinschätzung der Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus bei insgesamt sechs Personen nicht übereinstimmte, bei den restlichen 48 Bewohner und Bewohnerinnen stimmten die Einschätzungen überein.

11.4. Schwere psychische Störungen im höheren Alter und biografische Variablen

S.-A. Utermöhlen

SMI und Geschlecht. Nach der Durchführung eines exakten Tests nach Fisher-Yates zeigte sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied ($p = .745$, Fisher's exact test). Demnach traten schwere psychische Störungen bei Männern und Frauen gleich häufig auf.

SMI und Familienstand. Hinsichtlich eines Unterschiedes des Familienstandes bei Menschen mit und ohne eine schwere psychische Störung zeigte sich kein signifikantes Ergebnis ($p = .787$ Fisher's exact test). Das bedeutet, dass sich Menschen mit und ohne eine schwere psychische Störung im Bezug auf den Familienstand nicht unterschieden und Bewohner und Bewohnerinnen mit einer schweren psychischen Störung nicht signifikant häufiger ledig waren.

SMI und Anzahl von Kinder und Enkelkinder. Die Ergebnisse eines Mediantests zeigten keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl von Kinder [$Mdn = 1.50$, $\chi^2(1) = 0.35$, $p = .50$] und Enkelkinder [$Mdn = 1.00$, $\chi^2(1) = 0.22$, $p = .50$] bei Bewohner und Bewohnerinnen mit bzw. ohne eine schwere psychische Störung. Folglich hatten Personen mit einer schweren psychischen Störung nicht signifikant weniger Kinder und Enkelkinder.

SMI und Anzahl enger Beziehungen. Bewohner und Bewohnerinnen mit einer schweren psychischen Störung differierten in der Anzahl enger Beziehungen nicht signifikant von Bewohner und Bewohnerinnen ohne eine schwere psychische Störung [$Mdn = 3.00$, $\chi^2(1) =$

0.28, $p = .50$]. Bewohner und Bewohnerinnen mit einer schweren psychischen Störung wiesen nicht signifikant weniger engere Beziehungen auf.

SMI und Besuchshäufigkeit. Ein Mediantest erbrachte hinsichtlich der Besuchshäufigkeit keine signifikanten Resultate [$Mdn = 2.00$, $\chi^2 (1) = 1.52$, $p = .272$]. Bewohner und Bewohnerinnen mit einer schweren psychischen Störung erhielten nicht signifikant weniger Besuch.

SMI und Bildungsniveau. Im Bezug auf das Bildungsniveau zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Bewohner und Bewohnerinnen mit bzw. ohne eine schwere psychische Störung [$Mdn = 2.00$, $\chi^2 (1) = 0.11$, $p = 1.00$].

SMI und Teilnahme an Freizeitangeboten. Der exakte Test nach Fisher-Yates lieferte kein signifikantes Ergebnis im Bezug auf eine Teilnahme an den Freizeitangeboten ($p = .132$ Fisher's exact test). Somit nahmen Bewohnern und Bewohnerinnen, die an einer schweren psychischen Störung leiden, nicht signifikant weniger an den Freizeitaktivitäten teil.

SMI und körperlicher Erkrankungen. Die Durchführung eines Mediantests lieferte kein signifikantes Ergebnis hinsichtlich eines Unterschiedes bei der Anzahl körperlicher Erkrankungen [$Mdn = 1.00$, $\chi^2 (1) = 1.09$, $p = .272$]. Demnach wiesen Bewohner und Bewohnerinnen mit einer schweren psychischen Störung nicht signifikant mehr körperliche Erkrankungen auf. In Tabelle 10 sind zusätzlich noch die Häufigkeiten körperlicher Erkrankungen in der Interview-Stichprobe angeführt. Die häufigste körperliche Erkrankung war arterielle Hypertonie, gefolgt von Osteoporose und Arthrose sowie periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK).

Tabelle 11

Häufigkeit körperlicher Erkrankungen in der Interview-Stichprobe ($N = 54^a$)

	<i>f</i>
Angina Pectoris	1
Arterielle Hypertonie	7
Arthrose	3
COPD	1
Degenerative Wirbelsäulenerkrankung	1
Diabetes Mellitus	2
Ecthyma	1
Intrakranielle Verletzung	1
Hemineglect	1
Herzinsuffizienz	2
Hyperurikämie	1
Lumbalgie	1

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 11

Nierenschaden	1
Ödem	1
Osteoporose	4
PAVK	3
Polyarthritis	1
Prostatahyperplasie	1
Pulmonalembolie	1
Stauungsdermatitis	1
Thyreoiditis	1
Ulcus Cruris	1
Vertebrostenose	1
Vorhofflimmern	3
Wirbelsäulenimppressionsfraktur	1
Z. n. Insult	2

Anmerkung. ^a 31 aufgrund fehlender Daten

SMI und traumatische Erlebnisse. In Hinblick auf traumatische Erlebnisse unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander [$Mdn = 1.00$, $\chi^2 (1) = 2.23$, $p = .130$]. Infolgedessen erlebten Bewohner und Bewohnerinnen mit einer schweren psychischen Störung nicht signifikant mehr traumatische Erlebnisse. Die Tabelle 11 gibt die Häufigkeit genannter traumatischer Erlebnisse der interviewten Personen wieder. Am häufigsten berichteten Bewohner und Bewohnerinnen von dem (unerwarteten) Tod einer nahestehenden Person als traumatisches Erlebnis. Schreckliche Erlebnisse als Zivilist in einer Kriegszone wurde als zweithäufigstes und eine ernsthafte Erkrankung des Kindes oder einer anderen nahestehenden Person als dritthäufigstes traumatisches Erlebnis genannt.

Tabelle 12

Häufigkeit traumatischer Erlebnisse in der Interview-Stichprobe (N = 54^a)

	<i>f (%)</i>
Kriegserfahrungen, schreckliche Erlebnisse als Soldat	3 (3.90%)
Ereignisse als Helfer in einer Kriegszone	2 (2.60%)
Schreckliche Erlebnisse als Zivilist in einer Kriegszone	12 (15.58%)
Erlebnisse als Flüchtlinge	1 (1.30%)
Autounfall mit Verletzung	1 (1.30%)
Anderer lebensbedrohender Unfall	1 (1.30%)
Durch den Menschen verursachte Katastrophe (wie eine Explosion in einer Fabrik)	1 (1.30%)
Lebensbedrohende Erkrankung	3 (3.90%)
Verlust von Geld, finanzielle Notlage oder Ruin	1 (1.30%)
Erleben einer schweren Enttäuschung oder eines Betruges	2 (2.60%)
Trennung oder Scheidung	1 (1.30%)

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 12

Umzug	3 (3.90%)
Wegzug der Kinder oder Enkel	1 (1.30%)
Als Kind von Betreuern geschlagen worden	3 (3.90%)
Von (Ehe-) Partner oder jemand anderem geschlagen	3 (3.90%)
Verfolgt worden	1 (1.30%)
(unerwarteter) Tod einer nahestehenden Person	25 (32.47%)
Ernsthafte Erkrankung des Kindes / einer anderen Person	7 (9.09%)
Traumatisches Ereignis einer nahestehenden Person	3 (3.90%)
Andere traumatische Ereignisse	3 (3.90%)

Anmerkung. ^a 51 aufgrund fehlender Daten

SMI und häusliche Gewalt. Das Ergebnis des exakten Tests nach Fisher-Yates zeigte keinen signifikanten Unterschied im Erleben von häuslicher Gewalt zwischen Bewohnern und Bewohnerinnen mit bzw. ohne eine schwere psychische Störung ($p = .831$ Fisher's exact test). Dementsprechend erlebten Bewohnern und Bewohnerinnen mit einer schweren psychischen Störung nicht signifikant häufiger häusliche Gewalt.

11.5. Schwere psychische Störungen im höheren Alter, Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungsleistungen

A.-K. Buchgeher

SMI und Pflegebedürftigkeit. Nach der Durchführung eines exakten H -Tests zeigte sich für die Pflegebedürftigkeit kein signifikantes Ergebnis [$H(2) = 4.67, p = .088$]. In Tabelle 12 sind die Mittelwerte des Barthel-Index für die drei Gruppen angeführt. Es wurden Gruppenmittelwertsvergleiche zwischen den drei Gruppen mit Mediantests durchgeführt. Die Vergleiche lieferten keine signifikanten Unterschiede, aus diesem Grund werden die Ergebnisse hier nicht weiter angeführt.

Tabelle 13

Mittelwerte des Barthel-Index ($N = 54$)

	Gesunde	Psychisch Erkrankte ^b	Schwer psychisch Erkrankte
n	23 ^a	22	3
Barthel-Index Gesamtwert, $M (SD)$	91.96 (16.29)	86.59 (14.34)	76.67 (17.56)

Anmerkung. ^a aufgrund fehlender Daten, ^b ohne SMI

SMI und Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen. Das Ergebnis eines exakten H -Tests lieferte für die Inanspruchnahme von zusätzlichen medizinischen, pflegerischen und / oder

psychologischen Betreuungsleistungen signifikante Unterschiede [$H(2) = 8.45, p = .016$]. In Tabelle 13 sind die Mittelwerte der Anzahl der in Anspruch genommenen Betreuungsleistungen der drei Gruppen angeführt.

Tabelle 14

Mittelwerte der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen (N = 54)

	Gesunde	Psychisch Erkrankte ^a	Schwer psychisch Erkrankte
n	29	22	3
Anzahl der in Anspruch genommenen Betreuungsleistungen, <i>M (SD)</i>	0.10 (0.31)	0.73 (1.08)	1.00 (1.00)

Anmerkung. ^a ohne SMI

In weiteren Analysen wurden Gruppenmittelwertsvergleiche für die drei Gruppen mittels Mediantests durchgeführt. Die Ergebnisse lieferten einen signifikanten Unterschied und einen großen Effekt für die Gruppen Gesunde und Psychisch Erkrankte [$Mdn = 0, \chi^2(1) = 5.00, p = .039, d = 0.85$]. Psychisch erkrankte Bewohner und Bewohnerinnen nahmen signifikant mehr Betreuungsleistungen in Anspruch als gesunde Bewohner und Bewohnerinnen. Der Vergleich der Gruppen Gesunde und Schwer psychisch Erkrankte wies ein tendenziell signifikantes Ergebnis auf [$Mdn = 0, \chi^2(1) = 6.54, p = .056, d = 1.22$]. Der Vergleich zwischen den Gruppen Psychisch Erkrankte und Schwer psychisch Erkrankte zeigte keinen signifikanten Unterschied, aus diesem Grund werden die Ergebnisse hier nicht berichtet.

11.6. Deskriptive Auswertung weiterer relevanter Variablen

A.-K. Buchgeher

Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und Lebensqualität. Insgesamt gab die Mehrheit der befragten Bewohner und Bewohnerinnen, nämlich 66.7%, an, mit der eigenen Gesundheit zufrieden bzw. sehr zufrieden zu sein. Lediglich 11.1% der Bewohner und Bewohnerinnen äußerten, mit der eigenen Gesundheit unzufrieden bis sehr unzufrieden zu sein. Diesbezüglich detailliertere Angaben sind in Tabelle 14 wiedergegeben.

Nach der Einschätzung der Lebensqualität befragt, befanden 63% der Bewohner und Bewohnerinnen ihre Lebensqualität als gut bzw. sehr gut. Eine schlechte bis sehr schlechte Lebensqualität wurde lediglich von 9.3% der Personen berichtet. In Tabelle 15 sind die genauen Ergebnisse der Einschätzung der Lebensqualität beschrieben.

Tabelle 15

Einschätzung der Zufriedenheit der eigenen Gesundheit (N = 54)^a

	n (%)
Sehr zufrieden	6 (11.1%)
Zufrieden	30 (55.6%)
Weder noch	12 (22.2%)
Unzufrieden	4 (7.4%)
Sehr unzufrieden	2 (3.7%)

Anmerkung. ^a $M (SD) = 2.80 (1.11)$, $Md = 3$

Tabelle 16

Einschätzung der Lebensqualität (N = 54)^a

	n (%)
Sehr gut	6 (11.1%)
Gut	28 (51.9%)
Weder noch	15 (27.8%)
Schlecht	4 (7.4%)
Sehr schlecht	1 (1.9%)

Anmerkung. ^a $M (SD) = 2.37 (0.85)$, $Md = 2$

Zufriedenheit mit der Betreuung und mit dem Freizeitangebot im Seniorenheim. Die Bewohner und Bewohnerinnen zeigten sich mehrheitlich mit der Betreuung im Seniorenheim (sehr) zufrieden, nur 5.6% der Befragten waren mit dieser nicht zufrieden. Ebenso wurden die vom Seniorenheim angebotenen Freizeitaktivitäten als überwiegend (sehr) zufriedenstellend bewertet. Etwa die Hälfte der Bewohner und Bewohnerinnen (46.3%) nahm regelmäßig an den Freizeitaktivitäten teil. Die genauen Resultate der eingeschätzten Zufriedenheit mit der Betreuung und den Freizeitangeboten sind in Tabelle 16 dargestellt.

Konkrete Veränderungswünsche der Bewohner und Bewohnerinnen. Auf die Frage nach mehr Betreuung im Seniorenheim antworteten 79.6% der Bewohner und Bewohnerinnen mit Nein und 14.8% der Bewohner und Bewohnerinnen mit Ja (5.6% machten diesbezüglich keine Angaben). Nach konkreten Veränderungswünschen befragt, berichteten 13 Personen (24.1%) solche zu haben. Am häufigsten wurden hierbei Veränderungswünsche im Bezug auf die Pflege und Betreuung genannt. Die Bewohner und Bewohnerinnen äußerten mehrfach den Wunsch nach einer persönlicheren, individuelleren und korrekten Betreuung durch das Pflegepersonal sowie nach mehr Zeit für den einzelnen Menschen und einen menschlicheren differenzierteren Umgang. In diesem Zusammenhang wurde ebenfalls angemerkt, dass gerade im Bereich der Pflege vielfach reduziert worden sei, was sich negativ auf die Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen auswirke und somit mehr pflegerisches und medizinisches

Personal gefordert werde. Darüber hinaus wurde von den Bewohnern und Bewohnerinnen angemerkt, dass zum einen die Thematik der Vereinsamung im Seniorenheim und die damit einhergehenden Probleme kaum berücksichtigt werden, zum anderen entwickle sich das Seniorenheim immer mehr zu einem Pflegeheim. Dies bedeute, dass immer mehr Bewohner bzw. Bewohnerinnen aufgenommen werden, die erhöhten Pflegebedarf hätten. Der wahrgenommene Zustand habe zur Konsequenz, dass es einerseits weniger Betreuung für gesündere und jüngere Bewohner und Bewohnerinnen gebe und andererseits die Freizeitangebote reduziert werden. Es mangle „an Leben“ im Seniorenheim.

Tabelle 17

Einschätzung der Zufriedenheit der Betreuung und des Freizeitangebotes (N = 54)

	<u>Zufriedenheit mit</u>	
	<u>Betreuung^a</u>	<u>Freizeitangebot^b</u>
	<u>n (%)^c</u>	<u>n (%)^d</u>
Sehr zufrieden	31 (57.4%)	26 (48.1%)
Zufrieden	18 (33.3%)	16 (29.6%)
Nicht zufrieden	3 (5.6%)	1 (1.9%)

Anmerkung. ^a $M (SD) = 1.46 (0.61)$, $Md = 1$; ^b $M (SD) = 1.42 (0.55)$, $Md = 1$; ^c 52 aufgrund fehlender Daten; ^d 43 aufgrund fehlender Daten

12. Diskussion

12.1. Prävalenz und Definition von SMI

A.-K. Buchgeher

Anhand einer Zufallsstichprobe aus Bewohnern und Bewohnerinnen von Seniorenheimen der Stadt Wien wurde die Prävalenz für schwere psychische Störungen berechnet. Es ergab sich für diese spezielle Zielgruppe eine Prävalenz für eine SMI von 5.56%. Für die Stichprobe der psychisch erkrankten Bewohner und Bewohnerinnen lag die Prävalenz für eine SMI sogar bei 12%. Eine schwere psychische Störung wurde lediglich bei drei Personen festgestellt, die psychischen Störungen umfassten Alkoholabhängigkeit, affektive Störungen und Anpassungsstörungen. Diese geschätzte Prävalenz ist mit den Ergebnissen anderer Studien durchaus vergleichbar. Die Studie von Almeida et al. (2014) beispielsweise berichtet von einer Prävalenz für eine SMI bei älteren Männern von 5.8%, in weiteren Untersuchungen wird von einem Prävalenzwert für SMI von etwa 2% bei älteren Personen ausgegangen (Cummings & Kropf, 2011). Hinsichtlich der Prävalenz bei jüngeren Erwachsenen im Alter von 18 bis 65 Jahren liegt diese bei 1-2% bzw. beträgt die 1-Jahresprävalenz 2.33 pro 1000 Einwohner (Gühne, Becker, et al., 2015; Ruggeri et al. 2000).

Wie bereits erwähnt, wird die Schätzung der Prävalenz für SMI von der jeweiligen Definition bzw. von den verwendeten Verfahren beeinflusst. Die hier präsentierte Studie betreffend ist in diesem Zusammenhang auf mehrere Aspekte aufmerksam zu machen. Einerseits wird dem von mehreren Forschungsgruppen genannten Vorschlag, alle psychiatrischen Diagnosen miteinzubeziehen, im Gegensatz zu der ausschließlichen Berücksichtigung psychotischer Störungen, zugestimmt. Dies ist einerseits damit zu begründen, dass keine der in dieser Studie festgestellten schweren psychischen Störungen einer psychotischen Störung entsprach. Dies bedeutet jedoch nicht, dass es sich allein aufgrund dessen um weniger schwere psychische Erkrankungen handelt. Andererseits treten im höheren Alter psychotische Störungen im Vergleich zu affektiven Störungen oder Angst- und Schlafstörungen seltener auf. Im Sinne einer allgemein akzeptierten und einheitlichen Definition von schweren psychischen Störungen sollte dieser, wenn auch altersspezifischer, Umstand anerkannt und miteinbezogen werden. Darüber hinaus erscheint die Einschätzung des Schweregrad psychosozialer Beeinträchtigungen als ein sinnhaftes sowie zweckmäßiges Diagnosekriterium für eine SMI.

Dennoch ist anzumerken, dass neben einer Fremdbeurteilung auch eine Selbsteinschätzung der betroffenen Personen aufschlussreich sein kann. Zum einen zeigen die Vergleiche von Fremd- und Selbsteinschätzung des beeinträchtigten psychosozialen Funktionsniveaus in der vorliegenden Untersuchung, dass diesbezüglich nur bis zu einem bestimmten Ausmaß Übereinstimmung herrscht. Zum anderen ist, insbesondere in der gegenständlichen Studie, anzunehmen, dass das Pflegepersonal die ausgewählten Bewohner und Bewohnerinnen nicht ausreichend kannten und nicht ausreichend über deren Fähigkeiten informiert waren, womit die Zuverlässigkeit der Beurteilung möglicher psychosozialer Beeinträchtigungen nicht vollständig gewährleistet zu sein scheint. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass in einigen wenigen Fällen die subjektive Einschätzung der Interviewerinnen bezüglich des Schweregrads psychosozialer Beeinträchtigungen nicht konkordant zur Sichtweise des Pflegepersonals war und nach Einschätzung der Interviewerinnen eine ausreichende Schwere für eine SMI gegeben gewesen wäre.

Zusätzlich ergibt sich bei der Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus bei Menschen im höheren Lebensalter die Schwierigkeit zwischen alterstypischen Beeinträchtigungen bzw. Konsequenzen des normalen Alternsprozesses und die durch eine psychische Erkrankung hervorgerufenen Einschränkungen zu differenzieren. Sowohl für die Betroffenen selbst als auch für das Pflegepersonal ist es nicht immer offensichtlich, ob nun das Alter oder die psychische Störung ursächlich ist. Die Verwendung weitere relevanter

Faktoren, zum Beispiel die Unterstützung von Familie und eine fehlende Krankheitseinsicht, wie bereits von Gühne, Becker, et al. (2015) aufgezeigt, sollten jedoch in zukünftigen Untersuchungen und besonders in dieser Altersgruppe der über 65-Jährigen in Betracht gezogen werden. Nichtsdestotrotz stellt die Fremdeinschätzung ein wesentliches Instrument zur Beurteilung des Vorliegens einer SMI dar.

Abschließend ist zum Kriterium der Dauer noch hinzuzufügen, dass der Nutzen dieses Kriteriums kritisch zu hinterfragen ist. Zum einen muss eine langjährig bestehende psychische Erkrankung nicht zwingenderweise mit massiven psychosozialen Einschränkungen einhergehen, zum anderen kann bereits eine erst seit kurzem bestehende psychische Erkrankung sehr wohl zu maßgeblichen negativen Folgen in unterschiedlichen Lebensbereichen führen. Dies war auch in der hier vorgestellten Studie mehrfach zu beobachten.

Die Möglichkeit stattdessen die Behandlungsintensität, wie von Lora et al. (2007) vorgeschlagen, miteinzubeziehen, erweist sich gerade im Bereich der Gerontologie als schwierig. Zumindest nahmen sowohl die schwer psychisch erkrankten als auch der Großteil der psychischen erkrankten Bewohner und Bewohnerinnen der vorliegenden Untersuchungen keine psychologischen / psychotherapeutischen oder ärztlichen Hilfeleistungen in Anspruch. Dem zugrunde liegen mag vor allem, dass Personen im höheren Alter nach wie vor eine eher ablehnende Haltung der Psychologie und damit verbundenen therapeutischen Behandlungen entgegen bringen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Berücksichtigung aller psychischen Störungen sowie der Schweregrad der durch die Störung hervorgerufenen psychosozialen Beeinträchtigungen für die Definition einer schweren psychischen Störung auch im höheren Lebensalter ausschlaggebend sind. Die Dauer der Erkrankung bzw. der Behandlung und die Behandlungsintensität stellen zwei weitere definitorische Aspekte dar, auf die, wenn auch im Kontext der Gerontologie umstritten, vorläufig zurückgegriffen werden sollte.

Ungeachtet der Diskussion um eine einheitliche Definition einer SMI zeigt auch diese Studie mit 5.56% eine hohe Prävalenz sowie mit 33.30% eine hohe Komorbiditätsrate für schwere psychische Störungen und verdeutlicht einmal mehr die wissenschaftliche Relevanz dieser Thematik sowie die Notwendigkeit eines entsprechenden Handlungsbedarfs. Neben einer einheitlichen Definition von schweren psychischen Störungen sind angemessene Interventionen, die die speziellen Bedürfnisse von älteren Menschen mit einer SMI berücksichtigen und auf die altersbedingten Veränderungen bzw. Einschränkungen eingehen, gefordert.

12.1.1. Prävalenz einzelner psychischer Störungen. Der Fokus der hier präsentierten Studie lag auf schweren psychischen Störungen, dennoch können die hohen Prävalenzwerte für psychische Störungen nicht außer Acht gelassen werden. Demnach lag die Prävalenz für irgendeine psychische Störung nach ICD-10 bei 46.30%, affektive Störungen (20.37%) waren am häufigsten vertreten, gefolgt von Anpassungs- (14.81%) und Schlafstörungen (12.96%) sowie Angststörungen (12.96%). Diese Häufigkeitsverteilung entspricht dem üblichen Bild der häufigsten und wichtigsten psychischen Störungen im höheren Lebensalter (Maercker, 2015b). Diese hohen Prävalenzwerte sind auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, so etwa auf individuelle lebensgeschichtliche Faktoren, auf besonders traumatische Erlebnisse (z. B. Umzug ins Seniorenheim, Tod nahestehender Personen) oder aber auf gesundheitliche Aspekte sowie auf den Prozess des Älterwerdens an sich und auf damit verbundene Schwierigkeiten bzw. Veränderungen.

Komorbiditäten. Die hier berichtete Komorbiditätsrate von 52% spricht dafür, dass psychische Störungen sehr häufig mit mindestens einer weiteren psychischen Störung einhergehen. Darüber hinaus zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass vor allem affektive Störungen, Angststörungen und Belastungs- bzw. Anpassungsstörungen häufig komorbid auftreten. Die Mehrheit, der von einer dieser Störungen betroffenen Bewohner und Bewohnerinnen, wies zugleich eine weitere psychische Störung auf. Diese Ergebnisse stehen somit im Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen (Deisenhammer, 2012a; Maercker, 2011).

Die Annahme, dass (schwere) psychische Störungen im Alter oftmals unerkannt bleiben und somit die Betroffenen keine entsprechende Behandlung erhalten, wird von den hier zusammengetragenen Ergebnissen bekräftigt. Eine psychische Diagnose wurde lediglich bei zwei befragten Personen in der anamnestischen Befragung durch das Pflegepersonal vorab bekannt gegeben. Es bleibt fraglich, ob die psychischen Störungen tatsächlich nicht bekannt waren oder aber die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen diese nicht bekannt geben wollten. Im Hinblick auf erhaltene psychotherapeutische bzw. psychologische Behandlungen lehnte, wie bereits erwähnt, die Mehrheit der Bewohner und Bewohnerinnen eine solche Unterstützung ab. In Anbetracht der hohen Auftretenshäufigkeit von psychischen Störungen, der hohen Komorbiditätsrate und der geringen Behandlungsintensität scheint es angebracht, sowohl die Bewohner und Bewohnerinnen als auch das Pflegepersonal hinsichtlich psychischer Erkrankungen und entsprechenden psychotherapeutischen Maßnahmen zu sensibilisieren und die Aufmerksamkeit auf individuelle Bedürfnissen zu lenken.

12.2. Fremd- und Selbsteinschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus

A.-K. Buchgeher

Es wurde bereits kurz auf die Unterschiede der Fremd- und Selbsteinschätzung im Bezug auf das psychosoziale Funktionsniveau hingewiesen. Es ist nochmals anzumerken, dass es sich bei den Verfahren, der HoNOS65+D und der WHODAS 2.0, um zwei unterschiedliche Verfahren handelt, womit die Vergleichbarkeit der beiden durchaus kritisch zu betrachten ist. Dennoch zeigte sich bei dem Vergleich, dass die nach der Beurteilung der HoNOS65+D festgestellten schweren psychischen Störungen nicht gleichermaßen einer schweren psychischen Störung nach Beurteilung mittels WHODAS 2.0 entsprachen. Dies kann bedingt sein durch unzureichendes Wissen des Pflegepersonals, welches folglich zu einer falschen Einschätzung möglicher psychosozialer Beeinträchtigungen führen kann, durch eine über- oder unterschätzte Selbstbeurteilung der Bewohner und Bewohnerinnen, oder durch eine mangelnde Ernsthaftigkeit bei der Beantwortung der Fragebögen seitens des Pflegepersonals und der Personen selbst. Im Allgemeinen erwiesen sich HoNOS65+D und WHODAS 2.0 als leicht zu handhabende Verfahren, jedoch sollte die HoNOS65+D von Menschen beantwortet werden, die die betroffene Person sehr gut kennen, um eine möglichst valide Einschätzung zu erhalten.

12.3. Unterschiede zwischen SMI und Nicht-SMI

A.-K. Buchgeher

Die hier untersuchten Hypothesen bezogen sich auf Unterschiede zwischen Bewohner und Bewohnerinnen mit bzw. ohne eine SMI hinsichtlich biografischer Variablen sowie der Pflegebedürftigkeit und zusätzlicher Betreuungsleistungen. Im Bezug auf biografische Variablen, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Im Gegensatz zu bisherigen Studienergebnissen waren Personen mit einer schweren psychischen Störung weder häufiger männlich, ledig und alleinstehend, noch lebten sie sozial isolierter und erhielten weniger Besuch. Ebenso wiesen Bewohner und Bewohnerinnen mit einer schweren psychischen Störung keine geringere Anzahl von Kindern und Enkelkindern sowie engen Beziehungen auf. Im Bildungsniveau und in der Teilnahme an den Freizeitangeboten unterschieden sich schwer psychisch Erkrankte nicht von anderen Bewohner und Bewohnerinnen. Darüber hinaus wurde ebenso die Annahme, dass schwer psychisch Erkrankte häufiger traumatische Erlebnisse erleben und häufiger Opfer von häuslicher Gewalt sind, nicht bestätigt. Entgegen mehrfachen Belegen für einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand von Menschen mit einer SMI konnte dies in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden. Schwer

psychisch Erkrankte zeichneten sich nicht durch eine signifikant höhere Anzahl an körperlichen Erkrankungen aus. Demgegenüber ließen die Werte des Barthel-Index zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit eine Tendenz dahingehend erkennen, dass schwer psychisch Erkrankte eine höhere Pflegebedürftigkeit im Vergleich zu psychisch erkrankten und gesunden Bewohnern und Bewohnerinnen aufweisen. Die Untersuchungen zu Unterschieden in der Inanspruchnahme zusätzlicher medizinischer, pflegerischer und / oder psychologischer Betreuungsleistungen zeigten ähnliche Resultate. So nahmen schwer psychisch erkrankte Personen signifikant mehr Betreuungsleistungen in Anspruch als gesunde Bewohner und Bewohnerinnen. Beides zusammengefasst lässt die vorsichtige Schlussfolgerung zu, dass Personen im höheren Lebensalter mit einer schweren psychischen Störung einen allgemein schlechteren Gesundheitszustand haben und somit mehr Pflege sowie Betreuung benötigen.

Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass die gesamte Stichprobe, insbesondere die Stichprobe der schwer psychisch Erkrankten, im Vergleich zu anderen Studien sehr klein ist. Diese sehr geringe Zahl von Personen mit einer SMI führt zu einer zweifelhaften Aussagekraft und Gültigkeit der hier präsentierten Ergebnisse. Es ergeben sich infolgedessen zwei Interpretationsmöglichkeiten der Resultate: Erstens, alle bisherigen Forschungsergebnisse zu schweren psychischen Störungen und deren Charakteristika entsprechen nicht den tatsächlichen Gegebenheiten; zweitens, die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind aufgrund der zu geringen Stichprobe nicht aussagekräftig. Letztgenanntes ist hierbei eher anzunehmen. Dennoch ist die vorgestellte Studie mit ihren Ergebnissen nicht als unerheblich zu beurteilen. Vielmehr ist diese Studie als eine Grundlage für zukünftige Forschungen anzusehen.

12.4. Lebensqualität und Zufriedenheit im Seniorenheim

A.-K. Buchgeher

Die Mehrheit der Bewohner und Bewohnerinnen zeigte eine hohe Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit sowie mit der subjektiven Lebensqualität. Zudem wurden die angebotenen Freizeitaktivitäten überwiegend als zufriedenstellend bewertet. In Hinblick auf die Betreuung in den Seniorenheimen war ebenfalls eine allgemeine Zufriedenheit zu beobachten, wenn auch diesbezüglich mehrfach die Forderungen nach gewissen Veränderungen geäußert wurden. Zusammengefasst betrachtet beziehen sich diese Forderungen vornehmlich auf einen menschlicheren und differenzierteren Umgang gegenüber den Bewohnern und Bewohnerinnen von Seiten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der

Seniorenheime. Im Gespräch mit Bewohnern und Bewohnerinnen wurde eine immer stärkere Entwicklung des Seniorenheims in Richtung eines Pflegeheims angemerkt. Die jüngeren bzw. mobileren Senioren und Seniorinnen fühlten sich in der Betreuung zunehmend mit anderen mehr pflegebedürftigeren Personen gleichgestellt. Anderes formuliert wünschen sich diese Bewohner und Bewohnerinnen eine Umgebung mit mehr Leben sowie Sinnhaftigkeit.

Im Sinne des erfolgreichen Alterns sollten Seniorenheime ihren Bewohnern und Bewohnerinnen weiterhin sowohl die Möglichkeit und den Raum zur Selbstständigkeit und Verwirklichung gesetzter Ziele bieten als auch sie dahingehend ermutigen. Insbesondere in Hinblick auf die steigende Lebenserwartung erscheint diesbezüglich ein Umdenken und ein Umstrukturieren notwendig.

12.5. Limitationen der Studie

S.-A. Utermöhlen

Wegen geringer zeitlicher Ressourcen, sowohl von Studienleiterinnen als auch vom Pflegepersonal, wurde die Stichprobe auf 60 Personen begrenzt. Diese im Verhältnis zu vergleichbaren Studien sehr kleine Stichprobengröße ist als eine Limitation der Studie anzusehen. Dementsprechend erscheint es sinnvoll und interessant diese Studie zukünftig mit einer größeren Anzahl von Teilnehmern und Teilnehmerinnen durchzuführen. Des Weiteren wurde beim Ausfall eines ausgewählten Bewohners oder einer ausgewählten Bewohnerin zwar die nächste Person aus der Zufallsstichprobe ausgewählt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass es dadurch ungewollt zu Selektionseffekten kam. Die Repräsentativität der Stichprobe ist somit nicht zur Gänze gegeben.

Die Fremdbefragung des Pflegepersonals zeigt weitere Limitationen der Studie auf: Zum einen wurden mehr als die Hälfte der Anamnese-Fragebögen vom Pflegepersonal unausgefüllt retourniert. Mangelnde zeitliche Ressourcen seitens des Personals stellen eine mögliche Ursache dafür dar. Eine weitere Erklärung besteht darin, dass die Einwilligung zur Teilnahme an der Studie von den Direktoren und Direktorinnen der Seniorenheime gegeben und das Pflegepersonal zumeist nicht vorab in die Entscheidung miteinbezogen wurde. Konsequenterweise fehlte daher den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zum Teil die Einsicht in die Studienziele, somit wurde auch der persönliche Mehrwert der Studie nicht erkannt. Unter Umständen führte dies zusätzlich zu einem geringeren Interesse an der Studienteilnahme bzw. an der Studie selbst sowie zu einer geringeren Unterstützung der Studienleiterinnen.

Eine weitere Limitation bezieht sich auf die Fremdeinschätzung der psychosozialen

Ressourcen mithilfe der HoNOS65+D. Hierbei stellt sich konkret die Frage, inwieweit die Einschätzung des Pflegepersonals korrekt und gewissenhaft vorgenommen wurde. Erschwerend kommt hinzu, dass eine ungenaue Beantwortung ebenso auf eine zu geringe Einsicht des Pflegepersonals in die psychosoziale Aspekte des Lebens der Bewohner und Bewohnerinnen zurückzuführen ist. Dieser Umstand bestätigte sich insbesondere dann, wenn Teilnehmer und Teilnehmerinnen sehr selbstständig wohnten, keine Pflegeleistungen in Anspruch nahmen und dem Pflegepersonal kaum bekannt waren. Die geringe Anzahl an in der Studie diagnostizierten schweren psychischen Störungen kann, unabhängig von dem Grund (mangelnde Gewissenhaft oder unzureichendes Wissen), durch solch eine inakkurate Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus bedingt sein.

Hinsichtlich der Befragung der Bewohner und Bewohnerinnen erwies sich die Einstellung zur Psychologie als Schwierigkeit. Viele Senioren und Seniorinnen zeigten im Gespräch mit den Studienleiterinnen eine kritische Haltung gegenüber psychischen Störungen und Belastungen sowie gegenüber psychotherapeutischen Betreuungsangeboten. Es wurde beispielsweise mehrfach von Personen angegeben, bei psychischen Problemen keine Hilfe zu benötigen, da ihrer Meinung nach entweder keine Probleme bestehen oder aber sie selbst damit zurechtkommen. In vielen Fällen ist jedoch anzunehmen, dass sich die Betroffenen ihre psychischen Belastungen selbst nicht eingestanden und diese lieber ignorierten als sich mit diesen auseinanderzusetzen. Ein vergleichbares Bild war im Bezug auf traumatische Erlebnisse zu beobachten. So wurden erlebte Traumata von den Bewohnern und Bewohnerinnen mehrheitlich mit Aussagen wie „Das war halt früher einfach so“ oder „Das war halt der Krieg“ bagatellisiert. Dies lässt ebenfalls auf ein Nichteingestehen einer psychischen Belastung durch derartige traumatische Erlebnisse schließen.

12.6. Verfahrenskritik

S.-A. Utermöhlen

Der CIDI65+ führte bei der Durchführung zu gewissen Einschränkungen. Da der CIDI65+ ein vollstrukturiertes Interview ist, ist eine Durchführung genau nach den Vorgaben notwendig. Im Interviewsetting kam es zu einigen Umständen, die eine exakte Durchführung des CIDI65+ erschwerten. Nach Rückmeldungen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen sowie durch Beobachtungen der Studienleiterinnen wurde festgestellt, dass sich die Länge und Wortwahl mancher Fragen für die Senioren bzw. Seniorinnen als schwer verständlich erwiesen. Einige Fragen erstrecken sich über mehrere zusammenhängende Sätze, sodass es zum Beispiel bei Personen mit einem beeinträchtigten Hörvermögen kaum möglich war

solche langen Fragen vollständig und durchgehend vorzulesen. Darüber hinaus ist ein vollstrukturiertes Interview zusätzlich sehr unflexibel. Für die Arbeit mit älteren Menschen und vor allem im Setting eines Seniorenheimes ist eine möglichst flexible Durchführung aber von großem Vorteil. In einem Seniorenheim gibt es geregelte Abläufe, wie etwa die fixen Zeiten des Mittagessens oder der pflegerischen Tätigkeiten, an welche die Bewohner und Bewohnerinnen größtenteils sehr gewöhnt sind. Abweichungen von diesen werden nur sehr ungern akzeptiert. Daraus ergibt sich, dass für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Bewohner und Bewohnerinnen eines Seniorenheimes der Studienablauf, die Durchführung eines Interviews bzw. die diagnostischen Instrumente zumindest ein gewisses Maß an Flexibilität aufweisen sollten, um diese an die Gewohnheiten der Personen anpassen und um somit letztendlich die Studie gewährleisten zu können. Demnach ist für zukünftige Studien die Verwendung eines flexibleren Interviewformats zu empfehlen.

Zudem ergaben sich bei der Erstellung der Diagnose im Zusammenhang mit altersspezifischer Symptomatik weitere Schwierigkeiten. In dem Sinne, dass einige Symptome nur subklinisch wahrgenommen wurden und demgemäß die Diagnose für die jeweilige Störung aufgrund unzureichender Erfüllung der ICD-10 Kriterien nicht gestellt werden konnte. Das bedeutet, dass sich die Symptome auf eine Weise äußerten, die nicht den üblichen Diagnosekriterien entsprach und somit auch nicht mit dem CIDI65+ diagnostizierbar waren, oder die Symptome von anderen schwerwiegenderen Symptomen einer z. B. internistischen Erkrankung überdeckt wurden und folglich ebenso wenig mit dem CIDI65+ eindeutig einer psychischen Störung zugeordnet werden konnten. Der CIDI65+ berücksichtigt zwar altersbedingte kognitive, soziale und körperliche Veränderungen, die allgemeinen Diagnosekriterien nach ICD-10 oder DSM-5 berücksichtigen diese Veränderungen jedoch nicht. In dem Wissen, dass derzeit keine eigenen Diagnosekriterien für ältere Menschen existieren und wenn, dann nur als Forschungsdiagnosen (Rupprecht et al., 2015), besteht die Lösung der genannten Problematik allerdings genau in der Miteinbeziehung von altersspezifischen Störungsbildern psychischer Störungen. Eine Entwicklung von Diagnosekriterien, die die psychischen und physischen Aspekte des Älterwerdens einschließen, sollte somit stärker im Fokus zukünftiger Forschungen stehen, insbesondere auch aufgrund der stetigen Zunahme dieser Altersgruppe.

12.7. Ausblick

S.-A. Utermöhlen

Wie bei den Limitationen bereits angesprochen, erwies sich ein vollstrukturiertes Interview

als nicht vollkommen geeignet für die diagnostische Arbeit mit Menschen im Seniorenheim. Das Problem dabei ist jedoch, dass es bisher kaum Verfahren gibt, die für Personen im höheren Alter geeignet sind und der CIDI65+ diesbezüglich eine der wenigen Ausnahmen darstellt. Es erscheint daher eine logische Konsequenz und Forderung, weitere Verfahren zu entwickeln oder zumindest dahingehend zu adaptieren, dass bestehende Instrumente altersfair sind. Darüber hinaus sollte einerseits das Format eine flexiblere Durchführung erlauben, andererseits auf die Instruktionen, Testlänge und Testvorlagen geachtet werden. In erster Linie bedarf es einer Formulierung, die für ältere Menschen leicht verständlich ist.

Zusätzlich sind, wie schon mehrfach angemerkt, altersspezifische Besonderheiten bei psychischen Störungen zu berücksichtigen. Die Wichtigkeit dieser Forderung ist am Beispiel der Depression noch einmal verdeutlicht erkennbar: Viele Teilnehmer und Teilnehmerinnen merkten an, dass Interessen sowie Hobbies in ihrem Alter nicht mehr wichtig seien und sie schon längere Zeit Durch- oder Einschlafschwierigkeiten haben. Dies führte dazu, dass Fragen zum Interessensverlust und zu Schlafstörungen als Symptome der Depression nicht mehr auf korrekter Weise beantwortet wurden. Somit waren auf den ersten Blick die Diagnosekriterien Interessensverlust und Schlafstörungen einer depressiven Störung erfüllt. Bei genauerem Nachfragen offenbarte sich jedoch, dass die Schlafprobleme durch den Drang, mehrmals in der Nacht urinieren zu müssen, bedingt sind und das Symptom des Interessensverlustes darauf zurückzuführen sei, dass die Ausübung bestimmter früherer Hobbies altersbedingt einfach nicht mehr möglich ist. Diese Problematik führt wieder zum bereits erwähnten Punkt, der in Zukunft eine wichtige Rolle spielen wird: Es bedarf eigener Diagnosekriterien für psychische Störungen für das Alter ab 65 Jahren. Dies ermöglicht nicht nur eine richtige Diagnoseerstellung, sondern erlaubt zugleich die Entwicklung angemessener Intervention.

Im Zuge der Studie wurde ein sehr geringes Vorwissen im Bezug auf das Thema schwere psychische Störungen und psychische Störungen im Alter beobachtet. Neben einer besseren Aufklärung der Betroffenen selbst, ist eine bessere und umfassendere Aufklärung der Seniorenheime, sowohl der Leitungen als auch der Pflegepersonen, und der Familien sowie Angehörigen von Nöten. Nur so kann das Verständnis für psychische Störungen und für die speziellen Bedürfnisse betroffener Personen erweitert werden, welches in weiterer Folge zu mehr Betreuung und letztendlich zu einer Steigerung der Lebensqualität dieser Menschen führen kann. Zugleich ermöglicht eine Sensibilisierung von Bewohnern und Bewohnerinnen, von Angehörigen sowie von Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen hinsichtlich dieser Thematik der Stigmatisierung von schweren psychischen Störungen bei Menschen im höheren

Lebensalter entgegenzuwirken.

Das Ergrauen der Welt ist eine unumkehrbare Entwicklung. Es wird immer mehr ältere Menschen geben, die zudem ein höheres Lebensalter erreichen werden. In der heutigen Zeit werden den Menschen ab einem gewissen Alter ihre Aufgaben aberkannt und sie verlieren somit auch ihre soziale Rolle in der Gesellschaft. Vor allem in Seniorenheimen werden die Bewohner und Bewohnerinnen mit diesem Verlust ihrer sozialen Rollen konfrontiert, nicht wenige empfinden aufgrund dessen einen fehlenden Lebenssinn. Viele Bewohner und Bewohnerinnen teilten mit, jeden Tag einfach so vor sich hinzuleben ohne wirkliche Aufgaben und sich oftmals zu wünschen nicht mehr aufzuwachen. In Anbetracht der zum Teil jahrelangen Aufenthaltsdauer in Seniorenheimen, in der vorliegenden Studien beispielsweise bis zu 14 Jahren, erleben die Bewohner und Bewohnerinnen bereits jetzt sehr viele Jahre, in denen sie diese Sinnlosigkeit empfinden. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist anzunehmen, dass die Aufenthaltsdauer in Seniorenheimen zunehmen wird und somit auch die Jahre, in denen diese Menschen dem Verlust ihrer sozialer Rollen und einem fehlenden Lebenssinn ausgesetzt sind. Die Folge daraus ist, dass ein gesellschaftlicher Wandel stattfinden muss, welcher die derzeitige Rolle von Senioren und Seniorinnen in der Gesellschaft neu definiert und erweitert.

Eine gewisse Veränderung findet schon durch die Implementierung von innovativen Projekten statt, wie zum Beispiel Mehrgenerationenhäuser. Diese Projekte bieten einen Raum, in dem verschiedene Generationen aufeinandertreffen und sich gegenseitig unterstützen. Dies kann beispielsweise in Form einer Zusammenführung eines Seniorenheimes und eines Kindergartens geschehen. Die Vorteile dieser Projekte liegen darin, dass einerseits die Senioren und Seniorinnen durch die Unterstützung bei der Betreuung von Kindern wieder eine Aufgabe erhalten und wieder einen Sinn verspüren, andererseits die Kinder weitere Betreuungs- und Bezugspersonen haben sowie durch den Kontakt mit einer älteren Generation neue Perspektiven gewinnen.

Mit dem gesellschaftlichen Wandel sollte nicht nur die Einstellung zum Alter seitens der allgemeinen Bevölkerung verändert werden, sondern auch die Einstellung von Menschen im höheren Lebensalter zur Psychologie. Trotz der hohen Häufigkeit psychischer Störungen im Alter und der Effektivität von psychotherapeutischen Interventionen im Alter nehmen ältere Menschen nur sehr selten psychologische Hilfestellungen in Anspruch. Demnach bedarf es dringend einer Erweiterung der Betreuungsangebote und eines Abbaus der Vorbehalte gegenüber der Psychologie.

Die demografischen Veränderungen tragen dazu bei, dass die hier diskutierte Thematik immer mehr an gesellschaftlicher Relevanz gewinnt. Um aussagekräftigere Ergebnisse und verlässlichere Daten, vor allem zur Prävalenz sowie zu den Auswirkungen von schweren psychischen Störungen im Alter zu erhalten, sind weitere Forschungen in diesem Bereich der Gerontopsychologie unerlässlich.

13. Literaturverzeichnis

- Almeida, O. P., Hankey, G. J., Yeap, B. B., Golledge, J., Norman, P. E., & Flicker, L. (2014). Mortality among people with severe mental disorders who reach old age: A longitudinal study of a community-representative sample of 37892 men. *PLOS One*, 9 (10), 1-11. doi:10.1371/journal.pone.0111882
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised; DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreas, S., Härter, M., Volkert, J., Hausberg, M., Sehner, S., Wegscheider, K., ... Schulz, H. (2013). The MentDis_ICF65+ study protocol: Prevalence, 1-year incidence and symptom severity of mental disorders in the elderly and their relationship to impairment, functioning (ICF) and service utilisation. *BMC Psychiatry*, 13 (62), 1-10. doi:10.1186/1471-244X-13-62
- Andreas, S., Hausberg, M., Volkert, J., Sehner, S., Härter, M., & Schulz, H. (2012, June). *How to measure symptom severity in patients with mental disorders in the elderly? Psychometric evaluation of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales for the elderly (HoNOS65+D)*. Poster presented at the 43rd Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Virginia Beach, Virginia USA.
- Arolt, V., Reimer, C., & Dilling, H. (2011). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie* (7., bearbeitete Aufl.). Berlin: Springer.
- Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H.-U. (2011). Depressive Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 878-914). Berlin: Springer.
- Baumann, U., Mitmansgruber, H., Thiele, C., & Feichtinger, L. (2002). Übergang ins Seniorenheim: eine Herausforderung für Senioren - und für Psychologen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S.283-318). Berlin: Springer.
- Bengel, J., & Hubert, S. (2010). *Anpassungsstörung und Akute Belastungsreaktion*. Göttingen: Hogrefe.
- Bickel, H. (1998). Das letzte Lebensjahr: Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 193-204. doi:10.1007/s003910050034

- Bortz, J., & Lienert, G. A. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung* (3., aktualisierte und bearbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer.
- Bühringer, G., & Behrendt, S. (2011). Störungen durch Substanzkonsum: Eine Einführung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 697-714). Berlin: Springer.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2016a). *Allgemeines zu Alten- und Pflegeheimen*. Abgerufen am 25. Juli 2016 von der Website HELP.gv.at: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360543.html>
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2016b). *Höhe des Pflegegeldes*. Abgerufen am 25. Juli 2016 der Website HELP.gv.at: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360516.html>
- Burns, A., Beevor, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M., ... Hadden, S. (1999) Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS65+). *The British Journal of Psychiatry*, 174, 424-427. doi:10.1192/bjp.174.5.424
- Cummings, S. M., & Kropf, N. P. (2011). Aging with a severe mental illness: Challenges and treatments. *Journal of Gerontological Social Work*, 54, 175-188. doi:10.1080/01634372.2010.538815
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., ... Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10, 52-77. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x
- Deisenhammer, E. A. (2012a). Epidemiologie und Verlauf. In W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 154-155). Wien: Springer.
- Deisenhammer, E. A. (2012b). Anhaltende affektive Störungen: Zylothymia, Dysthymia F34. In W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 173). Wien: Springer.
- Deisenhammer, E. A., & Hausmann, A. (2012). Affektive Störungen (ICD-10 F3). In W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 153-195). Wien: Springer.
- Depla, M. F. I. A., de Graaf, R., Weeghel, J. van., & Heeren, T. J. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 146-153. doi:10.1002/gps.1264

- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (10., überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). Los Angeles, CA: Sage.
- Fleischmann, U. M., & Oswald, W. D. (2001). Diagnostik im Alter. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann, & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 301-314). Stuttgart: Thieme.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2003). Strategien guten Alterns. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 4-10). Stuttgart: Thieme.
- Garin, O., Ayuso-Mateos, J. L., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagut, G., ... Ferrer, M. (2010). Validation of the “World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2“ in patients with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8 (51), 1-15. doi:10.1186/1477-7525-8-51
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie* (18., aktualisierte Auflage). München: Pearson.
- Gold, L. (2014). DSM-5 and the assessment of functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42, 173-181.
- Grözinger, M., & Schneider, F. (2012). Nichtorganische Schlafstörungen (F51). In F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 381-395). Berlin: Springer.
- Grünberger, T. (2013). *Prävalenzen allgemeiner und altersspezifischer psychischer Störungen bei Bewohnern von Seniorenheimen des Bundeslandes Salzburg*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Salzburg.
- Gühne, U., Becker, T., Salize, H.-J., & Riedel-Heller, S. G. (2015). Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? *Psychiatrische Praxis*, 42, 415-423. doi:10.1055/s-0035-1552715
- Gühne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Becker, T., & Riedel-Heller, S. G. (2015). S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: Evidence and recommendations. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265, 173-188. doi:10.1007/s00406-014-0558-9
- Gutzmann, H., & Frölich, L. (2003). Klinische Untersuchung und Psychometrie. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 88-106). Stuttgart: Thieme.

- Haase, A., & Schützwohl, M. (2013). Diagnostik und Differenzialdiagnostik. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 95-120). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (2015). Depressive Störungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S. 119-138). Berlin: Springer.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M., & Wilms, H.-U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S.185-219). Berlin: Akademie Verlag.
- Heuft, G. (2003). Psychosomatische Erkrankungen. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 457-465). Stuttgart: Thieme.
- Hiller, W. (2015). Somatoforme Störungen und Schmerzstörungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S. 207-229). Berlin: Springer.
- Hoch, E., & Kroger, C. B. (2011). Nikotinabhängigkeit. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 767-782). Berlin: Springer.
- Hofer, A., & Fleischhacker, W. W. (2012). Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (ICD-10 F2). In W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 111-151). Wien: Springer.
- Hornberg, C., Schröttle, M., Böhne, S., Khelaifat, N., & Pauli, A. (2008). *Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Hucklenbroich, K., Burgmer, M., & Heuft, G. (2014). Psychological consequences of earlier and acute traumatization in the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47 (3), 202-208. doi:10.1007/s00391-014-0625-x
- Ihl, R., & Frölich, L. (1991). *Die Reisberg-Skalen. Deutschsprachige Bearbeitung der Global Deterioration Scale, der Brief Cognitive Rating Scale und des Functional Assessment Staging von Barry Reisberg u.a.* Weinheim: Beltz Test.
- Jacoby, R. (2003). Manie. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 432-435). Stuttgart: Thieme.
- Jagsch, C. (2006). Leben im Seniorenheim: Medizinische und psychotherapeutische Aspekte. In C. Jagsch, I. Wintgen-Samhaber, & K. Zapotoczky (Hrsg.), *Lebensqualität im Seniorenheim* (S. 18-65). Linz: Trauner Verlag.

- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131, 339-343. doi:10.1016/j.jad.2010.11.032
- Kreienbrock, L., Pigeot, I., & Ahrens, W. (2012). *Epidemiologische Methoden* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Laireiter, A.-R., Baumann, U., Messer, R., Lenzenweger, R., Krammer, E., & Crombach, H. (2008). Psychotherapie im Seniorenheim. Konzept und Evaluation. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 21 (1), 61-99. doi:10.1024/1011-6877.21.1.61
- Laireiter, A.-R., Baumann, U., & Messer, R. (2015). Gerontopsychologie in Einrichtungen der Seniorenpflege. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S.289-314). Berlin: Springer.
- Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns* (11., korrigierte Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Lindenmeyer, J. (2011). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 743-766). Berlin: Springer.
- Linz, S. J., & Sturm, B. A. (2013). The phenomenon of social isolation in the severely mentally III. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49, 243-254. doi:10.1111/ppc.12010
- Lora, A., Bezzi, R., & Erlicher, A. (2007). Estimating the prevalence of severe mental illness in mental health services in Lombardy (Italy). *Community Mental Health Journal*, 43, 341-357. doi:10.1007/s10597-006-9078-z
- Lübke, N., Grassl, A., Kundy, M., Meier-Baumgartner, H. P., & Will, J. (2001). Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index. *Geriatric Journal* 1-2, 41–46.
- Lübke, N., Meinck, M., & Renteln-Kruse, W. von (2004). Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 316–326. doi:10.1007/s00391-004-0233-2
- Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie. Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. *Psychotherapeut*, 48, 132-149. doi:10.1007/s00278-003-0290-9
- Maercker, A. (2011). Klassifikation psychischer Störungen bei Erwachsenen. In F. Petermann, A. Maercker, W. Lutz, & U. Stangier (Hrsg.), *Klinische Psychologie - Grundlagen* (S. 207-244). Göttingen: Hogrefe.
- Maercker, A., (2013). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 13-34). Berlin: Springer.

- Maercker, A., (2015a). Belastungs- und Traumafolgestörungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S. 181-206). Berlin: Springer.
- Maercker, A., (2015b). Psychologie des höheren Lebensalters. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S. 3-41). Berlin: Springer.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 21, 61–65.
- Marksteiner, J., Hinterhuber, H., & Haring, C. (2012). Gerontopsychiatrie. In W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 353-394). Wien: Springer.
- Martin, A., & Rief, W. (2011). Somatoforme Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 1021-1038). Berlin: Springer.
- Mauritz, M. W., Goossens, J. J., Draijer, N., & Achterberg, T. van. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-15. doi:10.3402/ejpt.v4i0.19985
- Meyer, T. D., & Bauer, M. (2011). Bipolare Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 857-877). Berlin: Springer.
- Morschitzky, H. (2000). *Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund*. Wien: Springer.
- Mühlig, S., Neumann-Thiele, A., Teichmann, C., & Paulick, J. (2015). Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S. 43-70). Berlin: Springer.
- National Institut of Mental Health (1987). *Towards a model for a comprehensive community-based mental health system*. Washington, DC: NIMH.
- Niklewski, G., & Baldwin, B. (2003). Depressive Erkrankungen. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 436-448). Stuttgart: Thieme.
- Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: A useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 457-463. doi:10.1007/s00127-006-0048-0

- Pschyrembel, W. (2014). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. Berlin: De Gruyter.
- Ramaprasad, D., Rao, N. S., & Kalyanasundaram, S. (2015). Disability and quality of life among elderly persons with mental illness. *Asian Journal of Psychiatry*, 18, 31-36. doi:10.1016/j.ajp.2015.10.007
- Reinecker, H. S. (2011). Zwangsstörungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 1005-1020). Berlin: Springer.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1988). The Global Deterioration Scale (GDS). *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 661-663.
- Rey, E.-R. (2011). Psychotische Störungen und Schizophrenie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 797-856). Berlin: Springer.
- Riecher-Rössler, A. (2003). Spät beginnende schizophrene und paranoide Psychosen. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (S. 414-423). Stuttgart: Thieme.
- Risch, A. K., & Wilz, G. (2015). Angststörungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S.139-158). Berlin: Springer.
- Rothgang, H., Müller, R., & Unger, R. (2012). *Themenreport „Pflege 2030“ - Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155. doi:10.1192/bjp.177.2.149
- Rupprecht, R. (2008). Psychologische Theorien zum Alternsprozess. In W. D. Oswald, G. Gatterer, & U. M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie* (2., aktualisierte und erweiterte Aufl., S. 13-25). Wien: Springer.
- Rupprecht, R., Gunzelmann, T., & Oswald, W. D. (2015). Gerontopsychologische Diagnostik. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S. 89-105). Berlin: Springer.
- Sajatovic, M., Gunzler, D., Einstadter, D., Thomas, C., McCormick, R., Perzynski, A. T., ... Blixen, C. (2016). A preliminary analysis of individuals with serious mental illness and comorbid diabetes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 226-229. doi:10.1016/j.apnu.2015.11.004

- Sanchez, J., Rosenthal, D. A., Tansey T. N., Frain, M. P., & Bezyak, J. L. (2016). Predicting quality of life in adults with severe mental illness: Extending the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Rehabilitation Psychology, 61*, 19-31. doi:10.1037/rep0000059
- Schepank, H. (1995). *Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schermelleh-Engel, K., & Werner, C. S. (2012). Methoden der Reliabilitätsbestimmung. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 119-142). Berlin: Springer.
- Schienle, A., & Ille, R. (2011). Klinisch-psychologische Diagnostik. In J. Lehrner, K. Stolba, G. Traun-Vogt, & S. Völkl-Kernstock (Hrsg.), *Klinische Psychologie im Krankenhaus* (S. 48-58). Wien: Springer.
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1602-1608. doi:10.1176/ajp.147.12.1602
- Schmid, M. (2014). Entwicklungsaufgaben. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (17. Aufl., S. 492). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schmidt-Atzert, L., & Amelang, M. (2012). *Psychologische Diagnostik* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schmidt-Traub, S. (2011). *Angststörungen im Alter*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, F., Weber-Papen, S., & Hettmann, M. (2012). Diagnose und Klassifikation. In F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 31-36). Berlin: Springer.
- Schönfeld, S., Boos, A., & Müller, J. (2011). Posttraumatische Belastungsstörung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 984-1004). Berlin: Springer.
- Thiele, C., Feichtinger, L., Baumann, U., Mitmansgruber, H., & Somweber, M. (2002). Der Umzug ins Seniorenheim. Erfahrungen von Senioren und Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36* (6), 556-564. doi:10.1007/s00391-002-0067-8
- Titz, C. (2014). Intellektuelle Fähigkeiten, Dedifferenzierung. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (17. Aufl., S. 791). Bern: Verlag Hans Huber.
- United Nations. (2002). *World Population 1950-2050*. New York: UN Publications.
- United Nations. (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables*. New York: UN Publications.

- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. Geneva: World Health Organization.
- Wancata, C., Benda, N., Hajji, M., Lesch, O. M., & Müller, C. (1998). Prevalence and course of psychiatric disorders among nursing home admissions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 74-79. doi:10.1007/s001270050025
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B. G., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18. doi:10.1192/bjp.172.1.11
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2011). Epidemiologische Beiträge zu Klinischen Psychologie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 57-90). Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U., & Semler, G. (1991). *Composite International Diagnostic Interview. CIDI Interviewheft (deutsche Bearbeitung)* (World Health Organization, Ed.). Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.-U., Strehle, J., Gerschler, A., Volkert, J., Dehoust, M. C., Sehner, S., ... Andreas, S. (2015). Measuring symptoms and diagnosing mental disorders in the elderly community: The test-retest reliability of the CIDI65+. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24, 116-129. doi:10.1002/mpr.1455
- Wolter, D. K. (2015). Sucht. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S.257-288). Berlin: Springer.
- World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Zapotoczky, K. (2006). Lebensqualität im Alter. In C. Jagsch, I. Wintgen-Samhaber, & K. Zapotoczky (Hrsg.), *Lebensqualität im Seniorenheim* (S. 3-17). Linz: Trauner Verlag.
- Zank, S., Peters, M., & Wilz, G. (2010). *Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Znoj, H. (2004). *Komplizierte Trauer*. Göttingen: Hogrefe.

14. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. <i>Jahrgänge und Alter zum Zeitpunkt einschlägiger historischer Ereignissen des 20. Jhd.</i>	19
Tabelle 2. <i>F-Kategorien nach ICD 10 mit Störungsgruppe und Charakteristika (Schneider et al., 2012)</i>	32
Tabelle 3. <i>Stichprobenbeschreibung</i>	66
Tabelle 4. <i>Beschreibung der Interview-Stichprobe</i>	68
Tabelle 5. <i>Einzelne Sektionen des CIDI65+ (Andreas et al., 2013)</i>	71
Tabelle 6. <i>Cronbach's α des WHODAS 2.0 (12-Item Version)</i>	73
Tabelle 7. <i>Ausschöpfungsquote je nach Seniorenheim mit Häufigkeiten</i>	77
Tabelle 8. <i>Häufigkeiten und Prävalenzen psychischer Störungen</i>	81
Tabelle 9. <i>In den letzten 12 Monaten erhaltene Hilfeleistungen</i>	82
Tabelle 10. <i>Komorbiditäten: Häufigkeiten und Kombinationen</i>	83
Tabelle 11. <i>Häufigkeit körperlicher Erkrankungen in der Interview-Stichprobe</i>	85
Tabelle 12. <i>Häufigkeit traumatischer Erlebnisse in der Interview-Stichprobe</i>	86
Tabelle 13. <i>Mittelwerte des Barthel-Index</i>	87
Tabelle 14. <i>Mittelwerte der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen</i>	88
Tabelle 15. <i>Einschätzung der Zufriedenheit der eigenen Gesundheit</i>	89
Tabelle 16. <i>Einschätzung der Lebensqualität</i>	89
Tabelle 17. <i>Einschätzung der Zufriedenheit der Betreuung und des Freizeitangebotes</i>	90

III. Anhang

15. Abstract

A.-K. Buchgeher & S.-A. Utermöhlen

Studien zu schweren psychischen Störungen (engl. *severe mental illness, SMI*) liefern eine heterogene Datenlage, zudem beschränken sie sich meist auf die Altersspanne von 18 bis 65 Jahren. Basierend auf bisherigen Forschungsergebnissen liegt die Prävalenz für SMI für Menschen zwischen 18 und 65 Jahren bei etwa 2%. Epidemiologische Studien zur Häufigkeit von SMI sowie psychischen Störungen bei Personen im höheren Lebensalter sind nur in sehr geringem Maße vorhanden. Die vorliegende Studie widmet sich dieser Thematik mit dem Ziel einen Überblick über die Verbreitung von SMI in Seniorenheimen der Stadt Wien zu schaffen und Unterschiede zwischen Personen mit und ohne SMI zu untersuchen. Mit 54 in einem Seniorenheim lebenden Personen wurde ein klinisch-psychologisches diagnostisches Interview unter Anwendung des CIDI65+ durchgeführt. Es ergab sich eine Prävalenz für SMI von 5.56%, die Prävalenz irgendeiner psychischen Störung nach ICD-10 betrug 46.30%. Die Ergebnisse zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit und ohne SMI hinsichtlich biografischer Variablen und Pflegebedürftigkeit. In der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen ergab sich ein signifikanter Unterschied. Demnach nahmen psychisch erkrankte Bewohner und Bewohnerinnen signifikant mehr Betreuungsleistungen in Anspruch als gesunde Personen. Der Vergleiche der in Anspruch genommenen Betreuungsleistungen zwischen den Gruppen Gesunde und Schwer psychisch Erkrankte lieferte ein tendenziell signifikantes Ergebnis. Die Ergebnisse der Prävalenz stehen im Einklang mit anderen Studienergebnissen. Zukünftige Untersuchungen werden gefordert, insbesondere die Entwicklung altersadäquater Diagnoseverfahren sowie Diagnosekriterien.

Studies on severe mental illness (SMI) provide heterogeneous data, furthermore most of the studies have focused on the age range between 18 and 65 years. Based on previous results the prevalence of SMI in people between 18 and 65 years is about 2%. There is lack of epidemiological studies on the prevalence of SMI and mental disorders among elderly people. The present study therefore addresses this issue with the aim to provide an overview of the frequency of SMI in retirement homes in Vienna and to investigate differences between people with and without SMI. A clinical-psychological diagnostic interview using the CIDI65+ was conducted with 54 persons living in a retirement home. Prevalence rate of SMI was 5.56%, the prevalence of any mental disorders according to ICD-10 was 46.30%. Results revealed no significant differences between people with and without SMI with regard to

biographical variables and need for care. Concerning the utilization of care services, a significant difference was found. Residents with a mental disorder used care services on a significant higher basis than residents without a mental disorder. A comparison of used care services between residents with and without a severe mental disorder showed a marginal trend toward significance. The results of prevalence of SMI are consistent with previous studies. Further research is required, especially regarding the development of age appropriate diagnostic instruments and diagnostic criteria.

16. Teilnehmerinformation und Einverständniserklärung

16.1. Teilnehmerinformation

Teilnehmerinformation

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

im Rahmen einer Studie der Universität Wien zu dem Thema „Psychisch schwer erkrankte Menschen im Seniorenheim“ möchten wir Sie ganz herzlich einladen, an dieser Studie teilzunehmen.

Ziel der Studie

Psychische Erkrankungen, insbesondere schwere psychische Erkrankungen, von älteren Menschen zählen bis heute zu einem wenig erforschten Bereich. Bisher ist noch wenig über das seelische Wohlbefinden von BewohnerInnen von Seniorenheimen bekannt. Häufig werden seelische Beschwerden im höheren Lebensalter nicht erkannt und bleiben unbehandelt. Mit der vorliegenden Studie wollen wir einen Beitrag dazu leisten, das Wissen über psychische Erkrankungen im Alter sowie deren Behandlung zu erweitern und auf diese Weise den Betroffenen helfen und sie unterstützen.

Was bedeutet die Teilnahme für Sie?

Die Teilnahme bedeutet für Sie, dass an 1-2 vereinbarten Terminen eine psychologisch-diagnostische Untersuchung mit Ihnen durchgeführt wird. Das gesamte Interview wird ca. 1-1,5 Stunden dauern. Dabei werden wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem seelischen Wohlbefinden und Ihrer Persönlichkeit stellen. Mit Ihrem Einverständnis würden wir sehr gerne auch mit Ihrem Pflegepersonal über Ihren Gesundheitszustand sowie Ihr Befinden reden.

Zum Ablauf

In den kommenden Tagen werden wir, Frau Buchgeher und Frau Utermöhlen, uns bei Ihnen persönlich vorstellen und Ihnen weitere Informationen zum Ablauf der Studie geben bzw. haben Sie die Möglichkeit Fragen an uns zu richten. Zudem erhalten Sie eine Einverständniserklärung, die weitere Informationen für Sie beinhaltet. Dieses Formular lesen Sie sich in Ruhe durch. Bei auftretenden Fragen oder Unklarheiten wenden Sie sich bitte jederzeit an uns. Nachdem Sie die Einverständniserklärung aufmerksam durchgelesen und sich für die Teilnahme an unserer Studie entschieden haben, unterschreiben Sie diese. Anschließend werden wir gemeinsam einen Termin für den ersten Teil des Interviews vereinbaren.

Rechtliche Hinweise

Ihre Teilnahme an der Studie ist vollkommen freiwillig. Sie können die Untersuchung jederzeit, auch während der Befragung, ohne Angabe von Gründen abbrechen. Alle Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Anonymität bleibt stets gewahrt. Die Daten werden ausschließlich anonym ausgewertet. Eine personenbezogene Auswertung findet nicht statt, somit können Ihnen auch keine persönlichen Ergebnisse mitgeteilt werden.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Anna-Katharina Buchgeher, BSc, Tel.: [REDACTED]

Sophie-Antonia Utermöhlen, BSc, Tel.: [REDACTED]

Ao. Univ.-Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter

E-Mail: uniwien-smi@gmx.net

Universität Wien, Fakultät Psychologie, Institut für angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung

16.2. Einverständniserklärung Teilnehmer

Einverständniserklärung

Vp-Nr.: _____

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

im Rahmen einer Studie der Universität Wien zu dem Thema „Schwere Psychische Störungen in Seniorenheimen“ möchten wir Sie ganz herzlich einladen, an dieser Studie teilzunehmen.

Ziel der Studie

Psychische Erkrankungen, insbesondere schwere psychische Erkrankungen, von älteren Menschen zählen bis heute zu einem wenig erforschten Bereich. Bisher ist noch wenig über das seelische Wohlbefinden von BewohnerInnen von Seniorenheimen bekannt. Häufig werden seelische Beschwerden im höheren Lebensalter nicht erkannt und bleiben unbehandelt.

Mit der vorliegenden Studie wollen wir einen Beitrag dazu leisten, das Wissen über psychische Erkrankungen im Alter sowie deren Behandlung zu erweitern und auf diese Weise den Betroffenen helfen und sie unterstützen.

Was bedeutet die Teilnahme für Sie?

Die Teilnahme bedeutet für Sie, dass an 1-2 vereinbarten Terminen eine psychologisch-diagnostische Untersuchung mit Ihnen durchgeführt wird. Das gesamte Interview wird ca. 1-1,5 Stunden dauern. Dabei werden wir Ihnen einige Fragen zu Ihrem seelischen Wohlbefinden und Ihrer Persönlichkeit stellen. Mit Ihrem Einverständnis würden wir sehr gerne auch mit Ihrem Pflegepersonal über Ihren Gesundheitszustand sowie Ihr Befinden reden.

Rechtliche Hinweise

Ihre Teilnahme an der Studie ist vollkommen freiwillig. Sie können die Untersuchung jederzeit, auch während der Befragung, ohne Angabe von Gründen abbrechen.

Alle Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Ihre Anonymität bleibt stets gewahrt. Die Daten werden ausschließlich anonym ausgewertet. Eine personenbezogene Auswertung findet nicht statt, somit können Ihnen auch keine persönlichen Ergebnisse mitgeteilt werden.

Kontakt für Rückfragen

Anna-Katharina Buchgeher, BSc, Tel.: [REDACTED]

Sophie-Antonia Utermöhlen, BSc, Tel.: [REDACTED]

E-Mail: uniwien-smi@gmx.net

Universität Wien, Fakultät Psychologie, Institut für angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung

Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Einverständniserklärung gelesen und verstanden zu haben. Ich erkläre mich einverstanden an der Studie teilzunehmen. Meine Teilnahme erfolgt freiwillig. Ich bin damit einverstanden, dass meine Pflegerin/mein Pfleger und meine Psychologin/mein Psychologe befragt werden und erlaube ausdrücklich, dass Auskünfte über meine Krankenakte gegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

Unterschrift Studienleiter

16.3. Einverständniserklärung Sachwalter

Einverständniserklärung

Vp-Nr.: _____

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

im Rahmen einer Studie der Universität Wien zu dem Thema „Schwere Psychische Störungen in Seniorenheimen“ werden Senioren und Seniorinnen um ihre Teilnahme gebeten. Wir möchten Sie deshalb bitten, mit Ihrer Unterschrift einer Teilnahme der von Ihnen vertretenen Person zuzustimmen.

Ziel der Studie

Psychische Erkrankungen, insbesondere schwere psychische Erkrankungen, von älteren Menschen zählen bis heute zu einem wenig erforschten Bereich. Bisher ist noch wenig über das seelische Wohlbefinden von BewohnerInnen von Seniorenheimen bekannt. Häufig werden seelische Beschwerden im höheren Lebensalter nicht erkannt und bleiben unbehandelt. Mit der vorliegenden Studie wollen wir einen Beitrag dazu leisten, das Wissen über psychische Erkrankungen im Alter sowie deren Behandlung zu erweitern und auf diese Weise den Betroffenen helfen und sie unterstützen.

Was bedeutet die Teilnahme für Sie?

Die Teilnahme bedeutet, dass an 1-2 vereinbarten Terminen eine psychologisch-diagnostische Untersuchung mit ausgewählten Personen durchgeführt wird. Das gesamte Interview wird ca. 1-1,5 Stunden dauern. Dabei werden wir einige Fragen zum seelischen Wohlbefinden und zur Persönlichkeit stellen. Mit Ihrem Einverständnis würden wir sehr gerne auch mit dem Pflegepersonal über den Gesundheitszustand sowie das allgemeine Befinden der von Ihnen vertretenen Person reden.

Rechtliche Hinweise

Die Teilnahme an der Studie ist vollkommen freiwillig. Sie oder die von Ihnen vertretene Person können die Untersuchung jederzeit, auch während der Befragung, ohne Angabe von Gründen abbrechen. Alle Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Anonymität bleibt stets gewahrt. Die Daten werden ausschließlich anonym ausgewertet. Eine personenbezogene Auswertung findet nicht statt, somit können auch keine persönlichen Ergebnisse mitgeteilt werden.

Kontakt für Rückfragen

Anna-Katharina Buchgeher, BSc, Tel.: [REDACTED]

Sophie-Antonia Utermöhlen, BSc, Tel.: [REDACTED]

E-Mail: uniwien-smi@gmx.net

Universität Wien, Fakultät Psychologie, Institut für angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung

Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Einverständniserklärung gelesen und verstanden zu haben. Ich stimme einer freiwilligen Teilnahme von Frau/Herrn _____ zu, die/der von mir vertreten wird. Ich bin damit einverstanden, dass das zuständige Pflegepersonal befragt wird und erlaube ausdrücklich, dass Auskünfte über die Krankenakte gegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift Sachwalter/ges. Vertreter

Unterschrift Studienleiter

17. Anamnese-Fragebogen

17.1. Anamnese-Fragebogen I

Abschließend werde ich Ihnen noch einige Fragen stellen. Bitte beantworten Sie diese nach bestem Wissen und Gewissen. Wenn möglich, beziehen Sie dabei die aktuelle Krankengeschichte (inkl. ärztliche Befunde) mit ein. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können bzw. sich bei einer Antwort unsicher sein, so teilen Sie mir das bitte mit.

Seit wann ist der/die BewohnerIn Ihrer Einrichtung? _____

Medizinische Anamnese:

Derzeitige körperliche Diagnose(n) laut Krankenakte: _____

Derzeitige psychische Diagnose(n) laut Krankenakte: _____

Falls psychische Diagnose(n) bestehen, wann wurde(n) die Diagnose(n) erstmals gestellt? _____

Welche sonstigen (körperlichen) Beschwerden / Beeinträchtigungen (z.B. Hör- / Sehvermögen) bestehen? _____

Welche zusätzlichen medizinischen Behandlungen erhält sie/er? _____

Welche zusätzlichen psychologischen /psychotherapeutischen Behandlungen erhält sie/er? _____

Welche zusätzlichen pflegerischen Behandlungen erhält sie/er? _____

Besteht ausreichend Compliance? ☐ ja ☐ nein

Benötigt sie/er Ihrer Einschätzung nach mehr Interventionen/Betreuung als andere BewohnerInnen? ☐ nein ☐ ja, weil _____

Möchten Sie noch etwas Wichtiges hinzufügen, was noch nicht gefragt wurde? ☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Unterstützung!

17.2. Anamnese-Fragebogen II

Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen. Bitte beantworten Sie diese nach bestem Wissen und Gewissen. Wenn möglich, beziehen Sie dabei die aktuelle Krankengeschichte (inkl. ärztliche Befunde) mit ein. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können bzw. sich bei einer Antwort unsicher sein, so teilen Sie mir das bitte mit.

GDS - Wert: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

Angaben zur Person:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Alter in Jahren: _____

Nationalität: ☐ Österreich ☐ Deutschland ☐ andere: _____

Seit wann ist der/die BewohnerIn Ihrer Einrichtung? _____

Familienstatus:

☐ Ledig ☐ Verheiratet ☐ Verwitwet ☐ In einer Beziehung ☐ Geschieden / Getrennt

Anzahl Kinder: _____

Anzahl Enkelkinder: _____

Häufigkeit Besuche von Familie / Freunde: _____ (pro ☐ Woche / ☐ Monat / ☐ Jahr)

Höchste abgeschlossene Schulbildung:

- | | |
|---|--|
| ☐ Pflichtschule (z.B. Hauptschule, Realschule) | ☐ Hochschulreife (Matura, Fachabitur) |
| ☐ Lehrabschluss | ☐ Bachelor |
| ☐ Meisterprüfung | ☐ Master / Magister / Diplom |
| ☐ berufsbildende Schule (z.B. HAS / HASCH) | ☐ Doktorat / PhD |

Medizinische Anamnese:

Derzeitige körperliche Diagnose(n) laut Krankenakte:

Derzeitige psychische Diagnose(n) laut Krankenakte:

Falls psychische Diagnose(n) bestehen, wann wurde(n) die Diagnose(n) erstmals gestellt?

Möchten Sie noch etwas Wichtiges hinzufügen, was noch nicht gefragt wurde? ☐ nein ☐ ja,
und zwar: _____

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Unterstützung!