

8. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie 14. bis zum 17. Februar 2007, Mannheimer

Eröffnungsansprache Prof. Hans Gutzmann, Präsident der DGGPP

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
die Zeichen mehren sich, dass die Gerontopsychiatrie im fachlichen Spektrum, das die Psychiatrie abdeckt, immer deutlicher wahrgenommen wird. Bei der Psychiatrie des alten Menschen handelt es sich, wie Sie wissen, aber nicht um eine möglicherweise recht interessante, jedoch angesichts wichtigerer Herausforderungen doch wohl eher zu vernachlässigende Petitesse unseres Fachs. Es geht vielmehr um die Zukunft der Psychiatrie selbst.

Altern wird in unseren Tagen zum ersten Mal zum Massenphänomen. Viele der heute unter 50-Jährigen Kolleginnen und Kollegen werden erleben, was heute schon in Praxen in Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern üblich ist: die Mehrheit der Patientinnen und Patienten ist älter als 65 Jahre. Dies wird auch in anderen Regionen der Republik psychiatrischer Alltag werden. Spätestens zu diesem nicht mehr fernen Zeitpunkt wird sich die Argumentation über das Pro und Contra einer separierten psychiatrischen Versorgung umkehren. Spätestens dann dürften Stimmen immer lauter werden, die Schutz- und Rückzugsräume für jüngere psychisch Kranke reklamieren, da man denen die gerontopsychiatrisch geprägte Umgebung integrierter arbeitender Stationen nicht mehr zumuten könne. Die Zahl der psychisch kranken Älteren wird auch ohne den Einbezug der Demenzkranken in den nächsten 30 Jahren um 275% zunehmen, weil die Lebenserwartung älterer psychisch Kranker steigen und die Mortalität jüngerer psychisch Kranker sinken wird. Als zusätzliches Problem ist zu erwarten, dass die Zahlen der Leichtkranken durch Prophylaxe und intensiviertes Case-finding steigen und den Druck auf ambulante Strukturen erhöhen wird, während die Zahl der Schwerkranken mit ihrem stationären Behandlungsbedarf wegen der steigenden Lebenserwartung auch dieser Gruppe überproportional zunehmen dürfte. Vorsorge zu treffen für dieses demographische und epidemiologische Szenario heißt, sich darüber klar zu werden, dass wir in einem alternden Land alt werden, in dem immer noch weitgehend darüber Konsens besteht, dass dem Alter nur wenige gute Seiten abzugewinnen sind. Seine mediale Präsenz lässt es bestenfalls als amüsant bis lächerlich, schlimmstenfalls als bedrohlich dastehen. Positiv konnotierte Altersweisheit ist trotz interessanter Forschungsansätze in der öffentlichen Wahrnehmung immer noch eher eine romantische Reminiszenz und kein Alltagsphänomen. Solange Altern im öffentlichen Bewusstsein vermeintlich immer nur die anderen betrifft, wird sich das Dilemma nicht lösen lassen. Denjenigen unter den Leserinnen und Lesern, die sich gerontopsychiatrischen Fragen bisher eher aus der Distanz gewidmet und Hebephrenien eher dem Kernbestand psychiatrischer Erkrankungen zugerechnet haben als Demenzen, sei somit nahe gelegt, sich umzustellen: Babyboomer, tua res agitur! Hoffnung für die Zukunft gibt in diesem Zusammenhang ein aktueller epidemiologischer Befund, nach dem Erkrankungen, die in der eigenen Altersgruppe häufiger sind, auch mehr positive Aufmerksamkeit genießen.

Gegenüber den alten Patienten hat die deutsche Psychiatrie eine Bringschuld. Im stationären Bereich hatte sie im Zeitraum zwischen 1994 und 1997 im Gegensatz zu allen anderen medizinischen Fächern eine Abnahme des Anteils älterer Patienten zu verzeichnen. Während im Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser nur eine geringe Reduktion von stattfand, war für die psychiatrischen Abteilungen ein drastisches Absinken zu beobachten. Die gleichzeitig deutlich angestiegene Kapazität an Heimplätzen legte den Gedanken nahe, dass viele alte psychisch Kranke direkt von der Häuslichkeit ohne kompetente Intervention eines Facharztes oder einer Fachabteilung direkt ins Heim transferiert wurden. Möglicherweise ging diese Entwicklung in den stationären Bereichen auch mit einer Vernachlässigung der Hochaltrigen und Verschiebung des diagnostischen Spektrums zu Lasten der organisch begründeten psychischen Erkrankungen einher, wie eine Studie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser nahe legt. Sehr ähnlich stellt sich das Problem in den USA dar, wo Ettner bei der Analyse von 170.000 Medicare-Patienten feststellte, dass die Aufnahme in einer Psychiatrischen Fachabteilung desto unwahrscheinlich wurde, je älter die Patienten waren, je mehr sie unter einer somatischen Komorbidität zu leiden hatten und je seltener bei ihnen die Diagnosen Schizophrenie oder Bipolare Erkrankung vorlagen. Auch dort haben die Kolleginnen und Kollegen das gerontopsychiatrische Kerngeschäft offensichtlich noch wenig ins Herz geschlossen. Es wird zu analysieren sein, ob und in welchem Umfang sich andere Fächer tatsächlich psychiatrischer Patienten annehmen, wie es eine Analyse von Versichertendaten [9] vor Einführung des DRG-Systems nahe legte. Die unterschiedliche Systematik der Finanzierung, bei der jetzt Fallpauschalen in allen somatischen Fächern den tagesgleichen Pflegesätzen in der Psychiatrie gegenüber stehen, macht dies für den stationären Bereich bis auf wenige Ausnahmen unwahrscheinlich. Bei ambulanten Patienten dagegen gibt es Hinweise, dass Nachbarfächer wie Neurologie oder Geriatrie durchaus Kompetenz und Zuständigkeit für psychiatrische Krankheitsbilder reklamieren.

Die Frage nach der Allokation der vorhandenen Ressourcen, also nach der Verteilung knapper Güter auf konkurrierende Verwendungsweisen, ist aufgeworfen. Es konkurrieren aber nicht nur die Autobahn mit der Universität, das Schwimmbad mit der Schule oder das Museum mit dem Krankenhaus um öffentliche Mittel, es konkurrieren auch stationärer und ambulanter Bereich. Selbst auf der Ebene der Krankheiten findet ein Wettbewerb um knappe Ressourcen und um die öffentliche Gunst [4] statt.

Entgegen einer auch in der Öffentlichkeit häufig zu vernehmenden Position sind die mit einer altersbezogenen Zuteilung medizinischer Leistung verknüpften Einsparpotentiale nicht offensichtlich. Verschiedene Ergebnisse hinsichtlich der altersbezogenen Kostenverteilung belegen, dass die Krankenhauskosten für Hochbetagte deutlich niedriger liegen als die für jüngere Altersgruppen. Man kann diese Daten auch als einen Hinweis auf eine bereits aktuell stattfindende verdeckte Rationierung deuten. Die Argumente, die sich auf die höhere volkswirtschaftliche Produktivität junger Menschen und den höheren Gewinn an gesunden Lebensjahren bei ihnen beziehen, bedürfen als primär ökonomische Parameter zunächst einer ethischen Bewertung durch die Gesellschaft.

Die Psychiatrie-spezifische Seite der Allokationsdebatte ist bisher wesentlich im Kontext der Anti-Stigma Diskussion thematisiert worden. Eine Untersuchung der Leipziger Epidemiologen fügt dem einen gerontopsychiatrischen Aspekt hinzu. Bei Telefoninterviews stellte sich heraus, dass die Deutsche Bevölkerung Rationierungen von Gesundheitskosten eher bei psychiatrischen als bei somatischen Erkrankungen akzeptiert, wobei die Alkoholkrankheit besonders wenig öffentliche Akzeptanz genießt.

Bemerkenswert ist aber, dass die Alzheimer-Krankheit bei der Frage, welche Krankheiten bei einer möglicherweise notwendig werdenden Rationierung ausgenommen werden sollten, als einzige psychiatrische Erkrankung besser abschneidet als Rheumatismus und Diabetes und nur wenig schlechter als AIDS. Die öffentliche Akzeptanz der Alzheimer-Krankheit könnte also auch für die Anti-Stigma Kampagne unseres Fachs Bedeutung gewinnen und es leichter machen, sich zur Gerontopsychiatrie zu bekennen.

Diejenigen, die bei diesem Kongress erstmals intensiver mit gerontopsychiatrischen Fragen konfrontiert sind, sollten sich durch die vielen spannenden Beiträge und Diskussionen angeregt fühlen, die Gerontopsychiatrie als prägenden Teil der Zukunft der Psychiatrie nicht nur zu akzeptieren, sondern diese unausweichliche Entwicklung auch aktiv zu mit zu gestalten.