

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es finden sich zahlreiche Hinweise darauf, dass in unserem Land die Gerontopsychiatrie im fachlichen Spektrum, das die Psychiatrie abdeckt, immer deutlicher wahrgenommen wird. So ist in vielen Nervenarzt-Praxen, besonders in den neuen Bundesländern, die Mehrheit der Patientinnen und Patienten älter als 65 Jahre. Die Zahl der psychisch kranken Älteren wird sich auch ohne den Einbezug der Demenzkranken in den nächsten Jahren mehr als verdoppeln. Die Zahlen der Leichtkranken werden durch Prophylaxe und intensiviertes Case-finding steigen und den Druck auf ambulante Strukturen erhöhen. Gleichzeitig wird die Zahl der Schwerkranken mit ihrem stationären Behandlungsbedarf wegen der steigenden Lebenserwartung überproportional zunehmen. Vorsorge zu treffen für dieses demographische und epidemiologische Szenario heißt, sich darüber klar zu werden, dass wir in einem Land alt werden, in dem immer noch weitgehend darüber Konsens besteht, dass dem Alter nur wenige gute Seiten abzugewinnen sind, obwohl doch die Menschen nicht nur länger leben, sondern auch ein höheres Alter in weitgehender Gesundheit erreichen. Solange Altern im öffentlichen Bewusstsein vermeintlich immer nur die anderen betrifft, wird sich das Dilemma nicht lösen lassen. Hoffnung für gibt in diesem Zusammenhang, dass Erkrankungen, die in der eigenen Altersgruppe häufiger sind, hier auch mehr positive Aufmerksamkeit genießen. Ein weiteres Argument stützt sich auf Befunde, nach denen die Menschen, die schon in jüngeren Jahren eine positive Einstellung zu Alten und zum Altern hatten, später ein statistisch bedeutsam niedrigeres kardiovaskuläres Risiko tragen. Dem Altern schon früh positive Seiten abzugewinnen lohnt sich! Das braucht man den Vertreterinnen und Vertretern der Gerontopsychiatrie allerdings nicht erst zu sagen. Wir gestalten die Zukunft unseres Fachs, solchermaßen argumentativ gestärkt, allerdings um so nachhaltiger.

Dass die Gerontopsychiatrie bei der Entwicklung und Implementierung innovativer Versorgungsstrukturen im Gesamtfach eine Vorreiterrolle spielt, spricht sich herum. Die »Ambulantisierung« gerontopsychiatrischer Angebote braucht auch unter gegenwärtigen Rahmenbedingungen keine Utopie mehr zu sein. Nicht zuletzt deshalb, weil sie schon mittelfristig kostengünstiger ist, als herkömmliche Versorgungsstrukturen. Die Aufgaben eines Verbundsystems, also die multidisziplinäre Diagnostik und Therapie alter psychisch kranker Bürger, ihre Rehabilitation und Pflege mit dem Ziel der für alle angestrebten gesellschaftlichen Teilhabe, sowie die Sicherung der Kontinuität von der Akutbehandlung bis zur ambulanten Versorgung, können aber erst unter Einbeziehung aller Verantwortlichen Kostenträger und Leistungserbringer erfolgreich umgesetzt werden. Dass die Gesundheitsministerkonferenz der Länder kürzlich die Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden beauftragt hat, in dem im Jahr 2012 vorzulegenden Bericht »Psychiatrie in Deutschland –

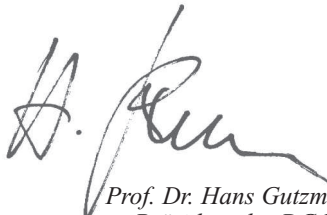
Strukturen, Leistungen, Perspektiven« die beiden Themen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gerontopsychiatrie schwerpunktmäßig zu behandeln und entsprechende Handlungsempfehlungen herauszuarbeiten, lässt für unser Fach hoffen.

Noch ist aber viel zu tun. Dass die bei uns gerade anlaufende Debatte über die Priorisierung von Gesundheitsleistungen muss mit der notwendigen Offenheit und der noch zwingenderen Ehrlichkeit geführt wird, liegt auch in unserer Verantwortung. Fehlende Transparenz des Versorgungsgeschehens und der Entscheidungsfindung wird als wesentliche Ursache für die mangelnde Akzeptanz bisheriger Gesundheitsreformen sowie auch für den Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem gesehen. Eine Berücksichtigung der Werte, Präferenzen und Erwartungen der Bevölkerung bei Priorisierungsverfahren gilt als unabdingbar für eine gerechte Verteilung medizinischer Leistungen.

Die DGGPP hat sich schon früh, erinnert sei nur an unsere beiden letzten Kongresse, diesem Themenkreis gewidmet. Der diesjährige Kongress mit seinem Motto: »Alterspsychiatrie 2009: Seelische Gesundheit und Menschenwürde« verfolgt konsequent die Verschränkung von medizinischen und ethischen Kernthemen, wobei traditionell auf Interdisziplinarität und die Berücksichtigung gesellschaftlicher Kontexte besonderer Wert gelegt wird. Einige Beispiele mögen die Breite des thematischen Spektrums belegen:

- Ärztliche Versorgung in Heimen
- Auswirkungen des Gesundheitsfonds
- Europäische Entwicklungen
- Demenz-Screeningverfahren
- Humor in Therapie und Pflege
- Neuroleptika im Alter: Wirksamkeit und Risiken
- Nichtmedikamentöse Demenztherapie
- Gerontopsychiatrische Therapien in der GKV am Beispiel Demenz
- Palliative Behandlung/Sterbebegleitung
- Plastizität im Alter
- Psychotherapie im Alter
- Schnittstelle Gerontopsychiatrie/Geriatrie




Prof. Dr. Hans Gutzmann
Präsident der DGGPP

Wir danken der Firma Janssen Cilag GmbH in Neuss für die Übernahme der Druckkosten dieses Abstractbandes.