

Gesundheitspolitische Aspekte der Gerontopsychiatrie^{*)}

Rolf D. Hirsch,

Derzeitige gesundheitspolitische Diskussionen in der Bundesrepublik Deutschland verdeutlichen, wie unzureichend die Medizin auf die veränderten Strukturen in der Bevölkerung, die sich wandelnden Wertevorstellungen und auf gegenwärtige gesellschaftliche Erfordernisse vorbereitet ist. Primär fühlt sich die Medizin erst dann angesprochen, wenn eine Erkrankung vorliegt. "Zum Arzt geht man, wenn man krank ist". Mehr als 98 % aller Gesundheitsausgaben werden für diese kurativen Maßnahmen ausgegeben (4). Erst in den letzten Jahren sind "zunehmend die Teilhabe von Gesunden und Kranken am gesellschaftlichen Leben, die eigenständige Wahrnehmung von sozialen Rollen und Aufgaben bis hin zur subjektiv empfundenen Lebensqualität zu entscheidende Bezugspunkten" (18) geworden. "Gesundheitsförderung" ist seit 1989 eine Pflichtaufgabe für die gesetzlichen Krankenkassen geworden. Für Ärzte, die überwiegend im naturwissenschaftlichen Denken ausgebildet werden, ist es nicht einfach, sich darauf einzustellen, daß sie jetzt nicht nur für Krankheiten sondern auch für gesundheitsfördernde und –erhaltende Maßnahmen, einschließlich des psychischen und sozialen Wohlbefindens, zuständig sind. Hinzukommt, daß sie hierbei mit anderen Professionen zusammenarbeiten müssen. Ohne ein interdisziplinär arbeitendes Team ist z.B. in der Versorgung alter Menschen keine effektive Arbeit möglich.

Über eine Verbesserung des Gesundheitswesens und deren Weiterentwicklung wird heute in erster Linie unter Kostengesichtspunkten diskutiert und weniger danach gefragt, welche Leistungen für die betroffenen Menschen erforderlich sind. Zudem hat man den Eindruck, daß ein kranker alter Mensch trotz vermehrter zusätzlicher finanzieller "Eigenbeteiligung" immer mehr zum Spielball der verschiedenen Kostenträger (Krankenkassen, Pflegekassen, Träger der Sozialhilfe) wird. Diese Bezeichnung ist allerdings sehr irreführend, da jeder Bürger Beiträge für seine Kranken-, Pflege- und Sozialversicherung bezahlt oder bezahlt hat und zudem weitere Steuerabgaben entrichtet, aus denen gesundheitsrelevante Leistungen bezahlt werden. Bedenklich ist, daß von einer solchen "Selbstbeteiligung" die unteren Sozialschichten, die am häufigsten und am schwersten erkranken, und damit in erster Linie alte Menschen, finanziell am stärksten belastet werden.

In keiner Gesundheitsdiskussion fehlen die Hinweise auf "Qualitätssicherung", "Gesundheitsmanagement", "Kosten–Nutzen–Relation" und "Effektivität der Gesundheitsversorgung". Mehr als je zuvor fühlt sich dennoch ein kranker und/oder pflegebedürftiger alter Mensch zwischen ambulanten, klinischen und rehabilitativen medizinischen Einrichtungen und denen der Altenhilfe "verschoben". Durch Medien ist er verunsichert, welche Hilfen ihm nützen. Sehr unterschiedlich sind auch in der Ärzteschaft die Ansichten über Altern und Alter sowie über Möglichkeiten von Interventionen bei psychisch kranken alten Menschen. Die seit Jahrzehnten geforderte Gleichstellung von somatisch und psychisch Kranken harret ebenso der Verwirklichung wie der Abbau von Mehrklassenpsychiatrie und Vorurteilen gegenüber alten Menschen.

^{*)} Veröffentlicht in: psycho 1997, 23, Sonderheft 1/97, 14–24.

Von der ärztlich–praktischen Arbeit zur Gesundheitspolitik

Der klinisch tätige Gerontopsychiater sieht sich einer Vielzahl von Bedürfnissen und Wünschen der Patienten, ihrer Angehörigen und der Mitarbeiter auf der Station gegenüber. Er muß zahlreiche und z.T. verwirrende sowie widersprüchliche hierarchisch strukturierte Vorgaben, Organisationsabläufe, Trägervorschriften und Gesetze berücksichtigen. Zudem wird er – anders als die übrigen Mediziner – konfrontiert mit der überwiegend gesellschaftlich geforderten Ausübung von Zwang (Aufenthalt in einer geschlossenen Station und Behandlung z.T. gegen den Willen eines Patienten). All dies muß er in sein ärztliches Handeln einbeziehen. Erwartet wird von ihm dabei rasches, wissenschaftlich fundiertes und psychosozial orientiertes Handeln sowie dessen Dokumentation in mehrfacher Ausführung (z.B. Krankengeschichte, Basisdokumentation, Einträge in Krankenkurven) und Beachtung der Unterbringungs– und Betreuungsgesetze. Sein tägliches Handeln wird weiter beeinflusst durch einen beständigen Wechsel zwischen der Bewältigung von akuten Krisensituationen (z.B. Sturz eines Patienten, Kreislauf–Kollaps, Herzstillstand), die einer sofortigen Intervention bedürfen, Absprachen mit den Mitarbeitern, Telefonaten, zeitlich vorgegebene Fertigstellung von Gutachten, Anhörungen durch Richter, psychotherapeutisch orientierten Gesprächen mit Patienten und deren Familien, die auf einer ruhigen gewährenden Haltung basieren. Seine Arbeit ist geprägt von vielen Störungen, von sofortigem raschem Handeln in akuten Situationen und von einer psychotherapeutischen Haltung in Einzel–, Familien– und Gruppengesprächen: ein steter Wechsel von Akutmedizin zu Sozialpsychiatrie oder Psychotherapie. Belastend kommt – z.T. mehr als bei den übrigen Berufsgruppen, die in der Gerontopsychiatrie arbeiten – eine geringe Wertschätzung der gerontopsychiatrischen Arbeit hinzu und die gesellschaftlich provozierte Meinung, daß sich der Aufwand für Alte nicht mehr lohnen würde.

Oft wird ein Gerontopsychiater eingefangen in die jeweiligen vielschichtigen Problembereiche (somatische, psychische und/oder soziale) eines einzelnen älteren Patienten. Wird z.B. ein Patient mit schweren internistischen Erkrankungen eingewiesen, der zudem ein dementielles Syndrom hat, so bleibt ihm kaum die Zeit, zu überlegen, ob dieser nicht eher in einem somatischen Krankenhaus behandelt werden sollte. "In einer anderen Klinik hat der Patient ja doch keine Chance, aufgenommen zu werden", mag er denken und sich an viele frustrierende diesbezügliche Erfahrungen erinnern. Mancher dieser Patienten war zuvor bereits von mehreren Kliniken abgelehnt worden und man möchte ihm ein Weiterschicken ersparen. Ist es auch human, so zu handeln, so festigen sich dadurch doch auch Mißstände. Nicht selten ist in Telefongesprächen, in welchen über eine mögliche Aufnahme gesprochen wird, zu hören "Der Patient ist so alt und da kann ich ihn keiner anderen Klinik mehr zumuten" oder "Wenn Sie den Patienten nicht aufnehmen, dann schicke ich ihn per PsychKG; dann müssen Sie ihn nehmen". Eine Vielzahl von weiteren Beispielen können belegen, daß die Gerontopsychiatrie häufig als "letztes Glied der medizinischen Versorgungskette" und als "Sammelsurium für die Patienten, die keiner haben will" mißbraucht wird.

Wie soll bei diesen Gegebenheiten ein Gerontopsychiater Abstand, Ruhe und Zeit finden, um diese zu hinterfragen und zu reflektieren? Erkennt er auch gesundheitspolitische Mängel, so fehlt ihm oft die Unterstützung und Ausdauer, über diese zu diskutieren, sie offenzulegen und auf notwendige Veränderungen hinzuwirken. Dies könnte durch die Einrichtung eines zunächst abteilungsinternen

gerontopsychiatrischer Qualitätszirkels, in welchem die verschiedenen Ebenen der Qualitätsbeurteilung und –sicherung zu erarbeiten sind, erreicht werden. Die Einrichtung eines solchen Zirkels dürfte das derzeit nützlichste lokale Instrument sein, welches oft nicht erkannte und ungewollte Mißstände verringern, die Kommunikation untereinander fördern und eine größere Arbeitszufriedenheit bewirken würde.

Seit 1989 hat sich durch die Wiederbelebung der Arbeitsgruppe "Gerontopsychiatrie" des Arbeitskreises der Leiter der öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland ein vermehrtes Selbstbewußtsein der klinisch tätigen Gerontopsychiater gebildet. Dies hat 1992 zur Gründung der "Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie" geführt, die als Sprachrohr für die Gerontopsychiatrie tätig ist und nachhaltig auch zu gesundheitspolitischen Fragen Stellung nimmt. In Bearbeitung sind derzeit Qualitätsstandards zu bestimmten Bereichen der Gerontopsychiatrie (z.B. Behandlung von Demenzen und Depressionen, Umgang mit Zwangsmaßnahmen).

Der psychisch kranke alte Mensch

Verfügt auch der größte Teil der alten Menschen über eine ausreichende seelische und körperliche Gesundheit bis in das höchste Alter, so treten doch manche psychische Krankheiten im höheren Lebensalter häufiger auf. Die ICD–10 und das DSM–IV werden dem alterspsychiatrischen Bild einer Erkrankung, die zusätzliche bei Jüngeren in dieser Weise nicht auftretende Faktoren aufweisen, nicht voll gerecht. Eine Reihe von Besonderheiten sind im Umgang mit psychisch kranken alten Menschen zu berücksichtigen. Diese sind mehr oder weniger durch den Alternsprozess, der mehrdimensional sowie dynamisch verläuft und kein "Abbau"– sondern ein "Umbauprozess" ist, bedingt. (14). Von besonderer Bedeutung sind: erhöhte soziale Vulnerabilität, veränderte Fähigkeit zur Adaptation, veränderte körperliche Gegebenheiten, Multimorbidität, Neigung zur Chronizität, verzögerte Rekonvaleszenz und Veränderung der Pharmakokinetik sowie –dynamik. Zu beachten ist auch die große inter– und intraindividuelle Schwankungsbreite der somatischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten beim alternden und alten Menschen.

Durch diese Gegebenheiten bedingt, bedarf es einer individuellen und patientenorientierten Sicht– und Handlungsweise des Arztes und seines Teams. Ein kranker alter Mensch läßt sich nicht in seine Krankheiten ("Multimorbidität") unterteilen, die es zu "bekämpfen" gilt ("Polipragmasie"). Er verfügt zudem immer noch über Kompetenzen, an denen anzusetzen oft erfolgsversprechender ist als nur an den "Defekten".

In der Altenhilfe wird heute vom "Kunden" gesprochen, für den die einzelnen Einrichtungen ihre Leistungen anbieten, die er in Anspruch nehmen kann. Wird mit dieser Bezeichnung auch betont, daß die Leistungsanbieter sich nach dem Leistungssuchenden zu richten haben, ein sehr zu unterstützender Gesichtspunkt, so ist diese Bezeichnung für den psychisch kranken alten Menschen weniger geeignet. Ein alter Patient hat in der Regel keine Möglichkeit, Art, Zeitpunkt und Umfang der in Anspruch zu nehmenden Leistungen selbst zu bestimmen. Auch seine Angehörigen können dies nicht. "Das Arzt–Patient–Verhältnis ist keine

gewöhnliche Produzenten–Konsumenten–Beziehung. Es gibt kein Gleichgewicht von Anbietern und Nachfragern. Der nachfragende Patient wird mit dem "Monopol" des ärztlichen Wissens konfrontiert" (5). Beim diagnostischen und therapeutischen Vorgehen hat der Arzt einen großen Ermessensspielraum, der hauptsächlich von dessen medizinischem Kenntnisstand abhängt. Da die gerontopsychiatrische Kompetenz bei vielen Ärzten unzureichend ist, dürften die Chancen auf eine dem derzeitigen Wissensstand der Gerontologie und insbesondere der Gerontopsychiatrie entsprechende Diagnostik und Behandlung für einen psychisch kranken alten Menschen nicht sehr groß sein. Andererseits muß man sich auch von der Vorstellung verabschieden, daß alles, was medizinisch möglich und machbar ist, auch im Einzelfall sinnvoll und effizient sein muß. Doch das richtige patienten–, qualitäts– und auch ökonomisch orientierte Maß zu finden, bedarf eines mehrschichtigen "Assessments", welches nur im Rahmen eines interdisziplinär arbeitenden Teams erstellt werden kann.

Einige Problemfelder der Gerontopsychiatrie

Unterstützt durch die Empfehlungen und Formulierungen der Psychiatrie–Enquête 1975 (6), der Expertenkommission 1988 (2) und der Enquête–Kommission "Demographischer Wandel 1994 (9) sowie durch die Vorgaben der "Psychiatrie–Personal–Verordnung" (3) ist die Gerontopsychiatrie, worauf von der WHO 1996 (7) hingewiesen wurde, "ein Zweig der Psychiatrie". Zudem ist sie mit Bereichen der Altenhilfe sowie Geriatrie verwoben, bezieht psychotherapeutisches Wissen und die Erkenntnisse der verschiedenen gerontologischen Subdisziplinen in ihre Denk– und Handlungsweisen ebenso ein wie Teilwissen weiterer wissenschaftlicher Disziplinen (14). Ist die Gerontopsychiatrie auch in der Medizin verankert, so bedarf es doch "der unerläßlichen engen Interaktion zwischen den medizinischen und nichtmedizinischen, besonders sozialpsychologischen Fächern" (17). Gerontopsychiatrie versteht sich daher als ein "interdisziplinäres Gebiet und nicht nur als eine lose Aneinanderreihung verschiedener Einzelfächer" (17). Wird eine solche Beschreibung der Gerontopsychiatrie auch allgemein akzeptiert, so heißt dies noch lange nicht, daß sie in der Praxis in dieser Form mit den sich hieraus ergebenden Folgerungen arbeiten kann. Zu sehr ist im medizinischen Denken noch das Defizitmodell des Alterns und gesellschaftlich ein eher negatives Altersbild vorhanden.

Die Veränderung der gerontopsychiatrischen Abteilungen von einer Ansammlung von "Pflege– und Siechenstationen" zu akuten Behandlungseinheiten wurde schon vor der Inkraftsetzung des Gesundheits–Struktur–Gesetzes (Trennung von Pflege und Behandlung) in vielen Kliniken mit der Maßnahme bewirkt, daß alle über 60–65jährigen psychisch kranken klinisch behandlungsbedürftigen alten Menschen einer Versorgungsregion, für die eine psychiatrische Klinik zuständig ist, in diesen aufgenommen werden sollen. Dies entspricht dem allgemeinen Konsens, daß die Gerontopsychiatrie zwar auch für die Versorgung von Demenzkranken zuständig ist, darüber hinaus aber für alle anderen psychischen Erkrankungen, die im Alter auftreten können. Dieses Qualitätsmerkmal ist allerdings immer noch nicht in allen Kliniken festzustellen.

Noch immer oder bereits wieder wird darüber diskutiert, ob gerontopsychiatrische Abteilungen bzw. Stationen für psychisch kranke alte Menschen sinnvoller wären als

integrierte Abteilungen bzw. Stationen, die alle Altersstufen behandeln (außer der Kinder und Jugendlichen). Z.B. werden in Berlin aus nicht nachvollziehbaren Gründen gerontopsychiatrische Stationen abgebaut und psychisch kranke alte Menschen wieder in allgemeinpsychiatrischen Stationen integriert. Betroffene wurden vor diesen Maßnahmen noch nicht einmal zur Diskussion eingeladen. Entsprechendes wird im Rahmen eines "Regionalisierungskonzeptes" auch in einem südwestdeutschen Landeskrankenhaus diskutiert. Bezeichnenderweise werben meist "Erwachsenenpsychiater", die z.T. noch nie in der Gerontopsychiatrie gearbeitet haben, für eine integrierte Behandlung. Aufgrund der hierarchischen und selten management-orientierten psychiatrischen Klinikstrukturen werden diesbezügliche Fragen den Machtverhältnissen entsprechend entschieden. Natürlich sind kommunale und politische Gremien überfordert, wenn sie unterschiedliche Sichtweisen von Psychiatern vorgestellt bekommen und dann Entscheidungen treffen sollen. Keinesfalls kann sich die Diskussion nach dem Prinzip "entweder-oder" erschöpfen. Entscheidender ist, dem Kranken eine qualitätsorientierte gerontopsychiatrische Behandlung zu gewährleisten. Von einer Vielzahl von Faktoren, nicht nur von der Örtlichkeit, ist abhängig, wo diese am ehesten gewährleistet wird. Diese Diskussion sollte erst innerhalb der Psychiatrie, am sinnvollsten im Rahmen eines Qualitätszirkels, geführt werden. Mag auch der Vergleich einer früher üblichen Schulklasse, in der alle Kinder eines Ortes unterrichtet wurden, nicht ganz zutreffen, so ist er dennoch nicht abwegig. Zudem kommt niemand auf die Idee, ein 12-jähriges Kind in der Allgemeinpsychiatrie behandeln zu wollen. Andererseits werden aber von Vertretern des integrativen Modells 20jährige mit 80-jährigen auf einer Station behandelt. Empirische Untersuchungen darüber, wie alte Menschen dies sehen und welche Vor- und Nachteile ein Integrationsmodell haben kann, gibt es derzeit nicht. Bekannt ist aber aus der Alterspsychotherapie, daß ältere Menschen altersgleich zusammengesetzten Gruppe bevorzugen.

Gerontopsychiatrische Kompetenz, die eine unabdingbare Voraussetzung für eine fachgerechte patientenorientierte Behandlung psychisch kranker alter Menschen ist, erstreckt sich nicht nur auf Diagnoseerstellung und medizinische Behandlung, sondern auch ein gerontopsychiatrisches Assessment, eine mehrdimensionale Arbeitsweise mit einem gerontopsychiatrischen Team und auf die Zusammenarbeit mit den regionalen Einrichtungen der Altenhilfe. Sie ist fundiert in der spezifisch gerontopsychiatrischen Sichtweise (14).

Hat sich durch die Psychiatrie-Personal-Verordnung (3) zunächst eine personelle Verbesserung auch für die Gerontopsychiatrie ergeben, so kann aus gerontopsychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden, warum für psychisch kranke alte Menschen weniger Arzt- und noch weniger Diplom-Psychologen-Stellen notwendig sein sollen als in der Allgemeinpsychiatrie und Suchtbehandlung. Diese Situation spitzt sich derzeit aufgrund des allgemeinen Stellenabbaus in den Kliniken noch mehr zu. Hinzukommt, daß die Verweildauern deutlich sinken und dadurch bedingt die Mitarbeiter unter noch größerem Leistungsdruck stehen als bisher. Diese Mißstände tragen nicht dazu bei, daß Ärzte und Diplom-Psychologen freiwillig und motiviert in die Gerontopsychiatrie wechseln. Vermehrt vorrangig wird auf Kosten von psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsnotwendigkeit die akute somatische Behandlung, die sehr viel Zeit beansprucht und nicht aufschiebbar ist. Auch die aktivierende gerontopsychiatrische Pflege verringert sich, um notwendige körperliche Pflege zu gewährleisten.

Blickt man auf die derzeitige Demenzforschung und die hierfür bereitgestellten öffentlichen Forschungsgelder, so entsteht der Eindruck, daß überwiegend Pharmafirmen eine Weiterentwicklung der therapeutischen Möglichkeiten nachhaltig unterstützen. Daß diese biologische Forschungen bevorzugen und nach effizienten Medikamenten fahnden, ist ihnen nicht vorzuwerfen, werden doch die Demenzen als rein organische Erkrankungen gesehen, obwohl deutliche Hinweise darauf bestehen, daß auch weitere Faktoren (psychische, soziale und ökologische) den dementiellen Prozeß beeinflussen. Weder in der Grundlagenforschung noch in der interventionsgeleiteten werden derzeit Untersuchungen durchgeführt, die auch nichtorganische Faktoren berücksichtigen. Es bleibt daher nicht aus, daß in der Praxis vielfältige psychologische und psychosoziale Interventionen durchgeführt werden, deren Nutzen und Qualität nicht bewiesen ist. Gesundheitspolitische Forderung ist, daß bei dieser sehr schweren Erkrankung und deren Folgen, die nicht nur den Kranken und seine Familie, sondern auch die Gesellschaft – nicht nur finanziell – sehr belasten, nicht einseitige organische Forschungen gefördert werden, sondern die Forschung auf mehreren Ebenen interdisziplinär durchgeführt wird.

Ethische Fragen der Gerontopsychiatrie bedürfen immer wieder erneuter fachlicher, politischer, öffentlicher aber auch patientenorientierter Diskussion. Die heutige Apparatedizin, unterstützt durch vielfältige Pharmaka und medizinische Hilfsmittel, kann erhebliche Besserungen bewirken, aber auch langes Siechtum fördern. Wann soll z.B. eine Magensonde gelegt werden? Ist es zu unterstützen, einem Demenzpatienten einen Schrittmacher oder eine Hüftgelenksprothese einzusetzen? Wer bestimmt, ob und welche lebensverändernden Maßnahmen eingesetzt werden? Wer trägt die Verantwortung? Sehr unterschiedlich sind die Aussagen über die von *Helmchen und Lauter* (11) aufgeworfene und noch lange nicht abgeschlossene Diskussion: "Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen?" Diese wurde durch den Entwurf einer europäischen Konvention zur Bioethik vom Oktober 1994 ausgelöst. Angegriffen wird insbesondere der Passus, der eine Forschung bei einwilligungsunfähigen Personen unter bestimmten Bedingungen für zulässig erklärt. Sind die Argumente für die Zulässigkeit insbesondere dann, wenn Forschungsergebnisse nicht von unmittelbarem Nutzen für die Gesundheit des Betroffenen sind, wirklich so stichhaltig, wie von manchen behauptet wird? Ist es gesellschaftlich inhuman, wenn diese nicht durchgeführt werden? Welche Tore können hierdurch geöffnet, welche unübersehbaren Folgen in Kauf genommen werden?

Ein weiteres ethisches Problem stellen die Zwangsmaßnahmen in der Gerontopsychiatrie dar. Nach einer empirischen Untersuchung (15) werden ca. 96% der Fixierungen in der Gerontopsychiatrie aus anderen Gründen (z.B. Sturzgefahr, Schwindel, Unruhe, SONDENSICHERUNG) durchgeführt als in der Allgemeinpsychiatrie. Werden auch im Mittel 21% der Patienten innerhalb von 24 Stunden zumindest einmal fixiert, so schwanken diese Angaben und deren Häufigkeit zwischen den gerontopsychiatrischen Abteilungen sehr. Gibt es auch eine Vielzahl von Gründen hierfür, so ist die Qualifikation der Mitarbeiter, die Personalstärke (Zeitdruck), Supervision und das Milieu in einer Klinik entscheidend. Wird zu viel und zu häufig zwangseingewiesen und fixiert? Dies wird zwar vermutet, diesbezügliche objektive Angaben fehlen jedoch. Auch gesundheitspolitische Auseinandersetzungen hierüber stehen erst am Anfang. Gesetze, Verordnungen und Dokumentationspflicht reichen

für eine Verringerung von Gewaltmaßnahmen nicht aus. Es besteht auch der Eindruck, daß durch das neue Betreuungsrecht mehr als zuvor Fixierungen insbesondere in Altenheimen durchgeführt werden. Gesundheitspolitische Überlegungen dürfen hier nicht beim Fixier-Ereignis und den aktuell betroffenen Personen stehen bleiben, sondern müssen sich auch um strukturelle Problembereiche kümmern, die das Handeln der Betroffenen beeinflussen. Psychiatrische Kliniken haben eben nicht nur einen Behandlungsauftrag sondern auch den, die Gesellschaft zu schützen oder zu entlasten. Letzterer ist gesellschaftlich sowie politisch definiert und wandelt sich. Wer fühlt sich aber für die in der Psychiatrie Tätigen verantwortlich und schützt diese?

Prävention–Behandlung–Rehabilitation–Pfleger: abgrenzbare Bereiche?

Mit den Begriffen "Prävention", "Behandlung", "Rehabilitation" und "Pfleger" sollen unterschiedliche Vorgehensweisen und Handlungsfelder für ein jeweils bestimmtes Klientel ungeschrieben werden. Sind sie auch für die Praxis notwendig, so sind sie keine eindeutig abgrenzbaren Bereiche, auch wenn dies durch ihre Definitionen in den Gesetzestexten vermittelt wird. Sie weisen auf den jeweiligen Kostenträger hin. Ungeachtet von den vielen "Grauzonen", die zu Disputen darüber führen, wer was zu bezahlen hat, wird gerade im Hinblick auf die psychisch kranken alten Menschen deutlich, wie schädlich für sie die "tradierte Dichotomie zwischen Gesundheits- und Sozialsektor" (1) ist. Zunehmend ist zu beobachten, daß alte Menschen sehr schnell zu "Pflegerfällen" deklariert und damit von einer gezielten Behandlung oder Rehabilitation ausgeschlossen werden. Gezeigt hat sich, daß die Pflegeversicherung die spezifischen Bedürfnissen psychisch kranker alter pflegebedürftiger Menschen nicht ausreichend berücksichtigt. Zu sehr ist diese von der naturwissenschaftlicher Sichtweise geprägt. Die derzeit zur Diskussion stehenden Zeitvorgaben für Pflegeleistungen dürften eine qualifizierte abrechenbare Pflege weiter erschweren.

Die politische Forderung "Rehabilitation vor Pflege" ist noch nicht umgesetzt. Eine Rehabilitation, entsprechend den Gesetzesvorgaben, findet derzeit in der Gerontopsychiatrie nicht statt. Vermischen sich auch die Möglichkeiten von Behandlung und Rehabilitation in der Gerontopsychiatrie mehr als in der Geriatrie und sollten schon deshalb in derselben Einrichtung bzw. nur durch ein ambulantes Team durchgeführt werden, so dürfte deren Nichtanwendung eher in strukturellen Mängeln und im Konfliktfeld der "Verteilungskämpfe" liegen. Andererseits ist die geriatrische Rehabilitation in aller Munde und hat sich fast explosionsartig ausgedehnt. Kritisch ist anzumerken, daß diese Entwicklung zwar grundsätzlich zu begrüßen ist, bedenkt man aber die gesetzlichen Vorgaben zur Rehabilitation und deren engen Zeitrahmen für Interventionen, so könnte dies auch zum Schaden für den alten Menschen sein. Der Wechsel von Einrichtungen und die dadurch verkürzbaren Liegezeiten in Akutkrankenhäusern dürften kaum so effizient und kostensparend sein, wie dies vorgegeben wird.

Gesundheitspolitisch vorrangig ist die Frage, unter welchen Bedingungen man nicht nur das Leben verlängern, sondern wie die Lebensqualität möglichst lange erhalten bleiben kann. Anhaltspunkte gibt es dafür, daß in Zukunft neben immer mehr alten Menschen, die ohne größere gesundheitliche Beeinträchtigungen leben, die Anzahl der schwerstpflegebedürftigen alten Menschen erheblich zunehmen wird. Welche primären präventiven Interventionen sind notwendig, um diese Entwicklung zu

verringern? Natürlich beginnt Prävention nicht erst im Alter. Doch gilt es, für die jetzt alten Menschen Möglichkeiten zur Verringerung von Krankheiten (meist sekundäre oder tertiäre Prävention) sowie deren Folgen zu erforschen und gleichzeitig primäre Präventionsforschung zu betreiben. Notwendig ist, den Blick nicht nur auf die Versorgung Kranker zu richten, sondern die Gesundheitsforschung nicht als "Krankheitsforschung" zu verstehen, zu untersuchen, unter welchen Lebensbedingungen Krankheiten verringert oder verhindert werden können und welche präventiven Maßnahmen jeder selbst ergreifen kann.

Regionales Versorgungskonzept: Ambulant vor stationär?

Im ambulanten Bereich wird die Versorgung psychisch kranker Älterer hauptsächlich durch die niedergelassenen Hausärzte und nur zum Teil durch Nervenärzte, selten von Psychotherapeuten, gewährleistet. Gerontopsychiatrische Ambulanzen z.B. an Landeskrankenhäusern werden erst jetzt vermehrt eingerichtet. Einen deutlichen "Aufschwung" haben in den letzten Jahren die gerontopsychiatrischen Tageskliniken (1990: 12 und 1996: 29 Tageskliniken) genommen (19). Gerontopsychiatrische Zentren (Ambulanz, Tagesklinik, Altenberatung), die "als treibende Kraft der gerontopsychiatrischen Versorgung" bezeichnet werden (2) und dennoch nicht unumstritten sind (12), gibt es in einigen Regionen (z.B. Bonn, Gütersloh, Kaufbeuren, Kempten, Münster), weitere sind derzeit im Aufbau.

Die klinisch–stationäre Behandlung wird meist in gerontopsychiatrischen Abteilungen von Landes– bzw. Bezirkskrankenhäusern oder auf Stationen von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt. Zu beobachten ist, daß vermehrt psychisch chronisch schwerstkranke (demente) und multimorbide Patienten in gerontopsychiatrische Abteilungen eingewiesen werden, akut psychisch kranke alte Menschen (z.B. depressive) eher in Universitätskliniken oder z.T. auch in somatische Krankenhäuser.

Besonders schwierig ist derzeit die Situation der Altenheime und Altenpflegeheime, deren gerontopsychiatrische Versorgung selten gewährleistet ist.. Diese Einrichtungen entwickeln sich immer mehr zu –pointiert ausgedrückt– "Intensiv–Altenpflegeanstalten" oder "Siechenhäuser". Zu beobachten ist, daß zwischen der Gerontopsychiatrie, Geriatrie und der Altenhilfe "Verschiebebahnhöfe" entstehen bzw. entstanden sind.

Bemühen sich auch viele Einrichtungen um eine regionale Zusammenarbeit, so sind dies meist doch eher Lippenbekenntnisse und hängen allein von der Motivation und Energie der Mitarbeiter ab. Bisher existiert außer dem in Berlin 1995 als Modell eingerichteten gerontopsychiatrischen Versorgungsverbund noch kein weiterer.

Die Forderung "ambulant vor stationär" ist nicht neu. Unterschiedlich sind die Vorstellungen des "Machbaren". Hinzu kommen vielfältige Eigen–Interessen der Leistungsträger (niedergelassene Ärzte, ambulante Dienste, Kliniken, Altenheime u.a.) und Vorstellungen der Kommunen sowie Politiker. Das Subsidiaritätsprinzip trägt mit dazu bei, daß die Verteilungskämpfe noch zu selten den regionalen Bedürfnissen untergeordnet werden. Existieren auch z.T. Vorgaben für die einzelnen Leistungsträger, wieviele Plätze sie vorhalten dürfen (z.B. Bedarfsplanung für Klinikbetten), so sind diese bisher regional in keiner Weise abgestimmt. V. Ferber

(10) spricht von einer "organisierten Nicht-Verantwortlichkeit". Völlig unbekannt ist, wie eine Versorgungsregion aussehen soll, die optimal eine ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung für psychisch kranke alte Menschen gewährleistet. Wurde auch in der Psychiatrie-Enquête (2) gefordert, eine diesbezügliche Modellregion einzurichten und zu erforschen, so ist diese Forderung bisher immer noch nicht erfüllt worden. Das Schließen von Krankenhausbetten bewirkt noch lange keine Verbesserung der ambulanten Versorgung. Auf den "freien Markt" in der Gesundheitsversorgung zu vertrauen hieße naiv zu denken. Bekanntlich müssten viele psychisch kranke alte Menschen nicht in eine Klinik eingewiesen werden, auch nicht von Altenheimen, wenn eine ausreichend ambulante gerontopsychiatrische Versorgung vorhanden wäre. Ein effizientes Instrument für eine regionale diesbezügliche Gesundheitspolitik, welches zunehmend an Bedeutung gewinnt und auch zu einer sinnvollen gerontopsychiatrischen regionalen Versorgung führen kann, ist die "Gesundheitsberichterstattung". Diese dient der Planung politischer Entscheidungen und insbesondere der Steuerung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Gesundheitssystemgestaltung (16).

Qualifikation der Professionellen

Voraussetzung einer gerontopsychiatrischen Qualitätsarbeit ist eine diesbezügliche Qualifikation derjenigen, die mit psychisch kranken alten Menschen arbeiten. Qualifizierende Maßnahmen sind kein Luxus, sondern eine notwendige gesellschaftlich lohnende Investition, um Patienten nicht zu schaden, Qualitätsmängel und hohe Folgekosten bei Fehlentscheidungen und -handlungen zu vermeiden. Die derzeitige Qualifikation der mit psychisch kranken alten Menschen Arbeitenden ist immer noch z.T. unzureichend, insbesondere bei Ärzten. Noch immer gibt es z.B. keinen Lehrstuhl für Gerontopsychiatrie. Nur an wenigen Universitäten werden gerontopsychiatrische Vorlesungen und Seminare gehalten. Wer anschließend in der Gerontopsychiatrie arbeitet, muß sich die notwendigen Kenntnisse in der Praxis erwerben und ist auf Lektüre sowie Fachkongresse angewiesen. Leider besteht eine gewisse Ignoranz in der ärztlichen Weiterbildung (z.B. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie), auch wenn es jetzt eine fakultative Weiterbildung in klinischer Geriatrie gibt (13). Kein Psychiater oder Nervenarzt muß während seiner Weiterbildungszeit gerontopsychiatrisch gearbeitet haben. Ob ein Weiterbildungsassistent die Chance erhält, sich gerontopsychiatrische Kompetenz zu erwerben, hängt allein von dem Weiterbildner ab. Da im Gesundheitswesen dem Arzt die führende Rolle und Verteilerfunktion zugewiesen ist, ist auch eine Verbesserung der Kenntnisse der Allgemeinmediziner in Gerontopsychiatrie erforderlich.

Erfreulicherweise bestehen in den übrigen Berufsgruppen immer mehr Aufbaustudiengänge, Weiterbildungslehrgänge und Angebote, die gerontopsychiatrische Kompetenzen berufsbezogen vermitteln (Sozialarbeiter, Psychologen, Pädagogen, Krankenpflegeberufe u.a.). Erheblich zugenommen haben regional und überregional berufsbezogene und interdisziplinäre Fortbildungsangebote in der Gerontopsychiatrie.

Gesundheitspolitisch notwendig ist, daß das Risiko, daß ein in der Gerontopsychiatrie kaum aus- bzw. weitergebildeter Arzt psychisch kranke alte Menschen versorgt, verringert wird. Es bedarf daher einer kritischen Überprüfung

der universitären Lehrpläne und der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Da sich das Gebiet der Gerontopsychiatrie erheblich erweitert hat und der Erwerb der gerontopsychiatrischen und –psychotherapeutischen Kompetenz hohe Ansprüche an den Arzt stellen, ist es nur folgerichtig, im Rahmen des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie / Nervenheilkunde einen Schwerpunkt "Gerontopsychiatrie" einzurichten. Darüber hinaus sollte aber jeder Psychiater und Nervenarzt auch über eine allgemeine gerontopsychiatrische Kompetenz verfügen. Erfreulicherweise werden diese Forderungen zunehmend unterstützt.

Ausblick

In der Gesundheitspolitik ist in den letzten Jahren viel in Bewegung gekommen. Zumindest werden starre Denk- und Handlungsmuster nicht mehr toleriert. Auch die Gerontopsychiatrie muß ihren Beitrag dazu leisten. Mit ihrem derzeitigen Wissen kann sie diese Aufgabe auch bewältigen. Allerdings ist sie gut beraten, mit der Psychiatrie, Geriatrie und Altenhilfe in enger Kommunikation zu bleiben. Versucht der Gerontopsychiater, in der Behandlung an vorhandenen Kompetenzen anzusetzen, so sollte er dies auch in der Auseinandersetzung mit gesundheitspolitischen Fragen tun, um nicht zu resignieren und Geldknappheit als Argument anzuführen, denn: "Eine moderne Industriegesellschaft kann es sich problemlos leisten, auch den Alten und Schwerstkranken ein würdiges Leben zu garantieren; sie muß sie nicht vertrösten, ihrem Schicksal überlassen, weil angeblich kein Geld da ist" (8).

Literatur:

1. Bergener, M.: Die Rolle des Krankenhauses in der psychiatrischen Versorgung. In Jovic, N., A. Uchtenhagen (Hrsg.): Psychische Störungen im Alter. Fachverlag, Zürich, 1990, 133–146.
2. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn, 1988.
3. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Grundlagen der Personalbemessung in der stationären Psychiatrie. Bonn, oJ.
4. Deppe, H.–U.: Perspektiven der gesundheitspolitik, Bundesrepublik Deutschland und Europäische Gemeinschaft. Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/Main, 1990.
5. Deppe, H.–U.: "Kostenexplosion" und wirtschaftlicher Wettbewerb im Gesundheitswesen. Management & Krankenhaus (1997) 2, 6.
6. Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200 u. 7/4202. Bonn, Heger, 1975.
7. Division of Mental Health and Substance Abuse, WHO: Psychiatrie älterer Menschen, ein Consensus Statement. Nervenarzt 68/1997, 80–83.
8. Ederer, G., P. Ederer: Das Erbe der Egoisten. Goldmann, München, 1997.
9. Enquête-Kommission Demographischer Wandel Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Deutscher Bundestag, Drucksache 12/7876, Bonn, 1994.
10. Ferber, Chr.v.: Wie läßt sich die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verbessern? Wie können medizinische und soziale Dienstleistungen sich verbessern? Zit. n. (18)
11. Helmchen, H., H. Lauter: Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen? Thieme, Stuttgart, 1995.

12. Hirsch, R.D.: Das Gerontopsychiatrische Zentrum – (k)eine Zukunft? In Remlein, K.–H., P. Netz (Hrsg.): Von der Siechenstation zum Gerontopsychiatrischen Zentrum. Jakob von Hoddis, Gütersloh, 1996, 86–110.
13. Hirsch, R.D.: Ärztliche Weiter- und Fortbildung in der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 30 (1997), 89–93.
14. Hirsch, R.D., B. Baumgarte, A. Brand, R. Kortus, Chr. Kretschmar, F. Leidinger, H. Loos, H. Radebold, C. Wächtler): Gerontopsychiatrie–zum Selbstverständnis der Gerontopsychiatrie– Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Untergruppe der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie des AK der Leiter der öffentlichen Psychiatrischen Krankenhäuser in der BRD. Bonn, 1992.
15. Hirsch, R.D., E.U. Kranzhoff: Bewegungseinschränkende Maßnahmen in der Gerontopsychiatrie, – Teil I. Krankenhauspsychiatrie (1996). 7, 99–104.
16. Hurrelmann, K., G. Murza: Regionale Gesundheitsberichterstattung: Instrument einer effizienten Gesundheitspolitik. In Murza, G., K. Hurrelmann (Hrsg.): Regionale Gesundheitsberichterstattung. Juventa, Weinheim, 1996, 8–31.
17. Oesterreich, K.: Definition der Gerontopsychiatrie: Gibt es eine spezifische gerontopsychiatrische Identität? In Hirsch, R.D., R. Kortus, H. Loos, C. Wächtler (Hrsg.): Gerontopsychiatrie im Wandel: vom Defizit zur Kompetenz. Bibliomed, Melsungen 1995.
18. Schwartz, F.W., I. Haase, W. Hofmann, M. Klein–Lange, H. Brenner, R. Müller: Einführung: Gegenstand und Aufgaben der Gesundheitssystemforschung. In Schwartz, F.W. u.a. (Hrsg.): Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Denkschrift / Deutsche Forschungsgemeinschaft. VCH, Weinheim, 1995, 1–11.
19. Wächtler, C.: Überblick über den aktuellen Stand der gerontopsychiatrischen Tageskliniken. Vortrag auf dem Symposium "20 Jahre Gerontopsychiatrische Tageskliniken in der Bundesrepublik", Forum Rehabilitation "Brennpunkte in der Psychiatrie", Hamburg, 2.–4. Mai 1996.