

# **Position der DGGPP zur Anfrage des Sachverständigenrats an die Medizinischen Fachgesellschaften vom 03.04.2000**

## **Vorbemerkung:**

Während des Studiums - und insbesondere während der psychiatrischen Weiterbildungszeit - fehlt es nach wie vor an entsprechenden Qualifizierungsstandards für Alterspsychiatrie. Für die Alterspsychiatrie sind diese Weiterbildungsmängel bereits 1975 in der ersten Enquête und erneut 1988 in der Expertenkommission beschrieben worden. Eine kompetente Gerontopsychiatrie ist unverzichtbar; andere Fachgebiete, etwa die Geriatrie, können nicht die Aufgaben der Gerontopsychiatrie übernehmen (Hirsch et al. 1999). Diese Position steht in Übereinstimmung mit den gemeinsamen Consensus-Statements von WHO und WPA, in denen dringend der Weiterbildungsschwerpunkt Gerontopsychiatrie eingefordert wird (WHO/WPA 1998). Um diesem Mangel zu begegnen, wurde von der DGGPP in diesem Jahr eine Weiterbildungsakademie gegründet.

## **"Indikationsbezogene Befragung"**

### **Problembeschreibung:**

Psychische Störungen bei alten Menschen sind häufig. Man kann davon ausgehen, daß etwa 25 - 30% der Altenbevölkerung unter ihnen leiden, 6 - 10% von ihnen sogar in einer Intensität, die eine fachärztliche oder gar stationäre Intervention erforderlich machen würde. Demenzen machen dabei zwei Drittel bis drei Viertel der Krankheitsfälle aus. Schwere depressive Störungen liegen bei 2-5%, paranoide Syndrome bei mehr als 4% und eine Alkoholkrankheit bei 0,5-2% der Altenbevölkerung vor (Bickel, 1997). Ein besonderes Problem stellt das Delir im Alter dar (s.u.) Bei älteren Allgemeinkrankenhauspatienten, sie sind mehr als doppelt so zahlreich wie ihr Anteil an der Bevölkerung erwarten ließe, findet sich in mehr als 30% der Fälle eine behandlungsbedürftige psychiatrische Komorbidität (Bickel, Cooper & Wancata, 1993), die allerdings ärztlicherseits meist unentdeckt bleibt. Etwa ein Viertel der Patienten einer Nervenarztpraxis sind älter als 60 Jahre (Bochnik & Koch, 1990) - mit deutlich steigender Tendenz. Bei mehr als 40% der Bewohner von Altenheimen liegen psychische Störungen vor. Dabei handelt es sich nicht nur um Demenzen. Mindestens ein Drittel von ihnen dürfte vielmehr unter gravierenden depressiven Symptomen leiden (Weyerer et al. 1995). Lediglich 5 bis 20% der älteren Menschen mit einer eindeutigen depressiven Erkrankung erhalten überhaupt eine spezifische antidepressive Therapie, im Heim dürfte dieser Anteil noch niedriger liegen. Es ist gut belegt, daß depressive Störungen bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen die somatische Genesung nicht nur verzögern, sondern auch einen wesentlichen Risikofaktor für den letalen Ausgang von Myokardinfarkten darstellen (Musselman et al. 1998). An dieser wie an vielen anderen Stellen wird eine Interdependenz zwischen der Gerontopsychiatrie und somatischen Fächern deutlich, die, würde sie nur hinreichend wahrgenommen, nicht nur den Patienten eine bessere Behandlung sondern auch dem Sozialsystem eine substantielle Entlastung brächte.

Die gelegentlich formulierte Vorstellung, daß das allgemeinspsychiatrische Angebot allein diesem Bedarf genügen könnte, ist durch die Versorgungsrealität nicht gestützt. Weniger als 10% der epidemiologisch zu erwartenden erheblich psychisch kranken alten Menschen werden von Sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen gesehen (Überblick bei Wolter-Henseler, 1996). Man muß also von einer erheblichen Unterversorgung dieses Klientels ausgehen. Andererseits geht es nicht nur um eine quantitative Angleichung des

Angebots an den Bedarf. Die Multidimensionalität der Problemlagen psychisch kranker älterer Menschen und ihrer Angehörigen sowie die Komplexität der professionellen Versorgungslandschaft erfordert vielmehr eine spezifische gerontopsychiatrische Versorgungsplanung und -steuerung (Hirsch et al. 1999).

Im ambulanten Bereich besteht mindestens eine "latente" Unter- und Fehlversorgung. Auf der einen Seite ist dieser Mangel begründet dadurch, daß die Identifikation gerontopsychiatrischer Syndrome als "behandlungsbedürftige Krankheiten" in der Standardversorgung noch bei weitem nicht die Regel ist (besonders gut belegt ist dies bei Demenzen und Depressionen). Zum anderen, weil die Patienten und Angehörigen selbst sich der therapeutischen Möglichkeiten in der Regel nicht bewußt sind und auch viele Krankheitszustände nicht als solche begreifen. Das Kundenverhalten ist also (noch) nicht geeignet, den Mangel auf der Anbieterseite zu korrigieren.

Im stationären Bereich hat die Psychiatrie im Gegensatz zu allen anderen medizinischen Fächern (!) eine Abnahme des Anteils älterer Patienten im Zeitraum zwischen 1994 und 1997 von 16,6% auf 15,1% zu verzeichnen. Während im Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser nur eine geringe Reduktion von 17,6% auf 16,7% stattfand, war für die psychiatrischen Abteilungen ein drastisches Absinken von 14,6% auf 12,4% zu beobachten (Reister, 2000)! Möglicherweise geht diese Absinken sogar einher mit einer Verschiebung des diagnostischen Spektrums zu Lasten der organisch begründeten psychischen Erkrankungen, wie eine Studie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG 1997) nahelegt. Der Befund der Bundesstatistik allein ist allerdings schon geeignet, die Sorge um eine manifeste Unterversorgung im stationären Bereich zu begründen, da die wahrscheinlichste Begründung für diese Entwicklung in der parallel zu konstatierenden massiven Zunahme psychisch Kranker im Heimbereich zu sehen ist. Der Gedanke ist zwingend, wenn auch aktuell nicht hinreichend zu belegen, daß viele alte psychisch Kranke direkt von der Häuslichkeit ohne kompetente Intervention eines Facharztes oder einer Fachabteilung direkt ins Heim transferiert werden. Daß somatische Bereiche (z.B. Innere Abteilungen) dabei eine nennenswerte Rolle spielen, ist derzeit nicht wahrscheinlich zu machen.

### **Empfehlungen:**

#### **Vorschlag der Nutzung einer Hauptindikation als Indikator für die Qualität einer Versorgungsstruktur: Das Delir im Alter**

Ein Delir kann grundsätzlich bei jedem Menschen und in jedem Lebensalter auftreten. Besonders gefährdet sind allerdings Kinder und vor allem alte Menschen. Die spezifische Anfälligkeit alter Menschen macht das Delir in besonderem Maße zu einer "Erkrankung des höheren Lebensalters". Ein Delir gilt als häufigste Komplikation bei hospitalisierten alten Menschen. Die Prävalenzangaben schwanken allerdings je nach gewählten Einschlusskriterien, nach Risikokonstellation des Klientels und nach Art der untersuchten Einrichtung zwischen 10% und über 50% (Inouye 1994). Ein besonderes Problem stellt die weit verbreitete Ignoranz gegenüber diesem Krankheitsbild dar, die in der Konsequenz dazu führt, daß wohl mehr als die Hälfte der Delire unerkannt ablaufen (Arden et al. 1993). Dies ist umso problematischer, da Delire häufig die ersten und nicht ganz selten auch die einzigen Zeichen einer schweren körperlichen Erkrankung sind (Inouye et al. 1999). Die Inzidenz eines Delirs während des stationären Aufenthalts älterer Patienten beträgt etwa 20-30% (Inouye et al. 1993) und differiert je nach Grad und Ausprägung der Grundkrankheit. Angesichts der Komplexität möglicher somatischer Pathomechanismen (Kasper & Jung 1995), die beim alten Patienten eine Rolle spielen können, erscheinen diese Ziffern nicht überraschend. Neben einer Vielzahl somatischer Erkrankungen führen bei alten Patienten oft medikamentöse

Interventionen zum Delir. Eine große Zahl von Substanzen, die häufig beim alten Patienten eingesetzt werden, können auch in therapeutischen und nicht allein in toxischen Dosierungen delirante Episoden auslösen. Ob die langzeitige Mortalität von Delirpatienten bei Berücksichtigung von Einflußfaktoren wie Alter, Schwere der somatischen Grunderkrankung, Demenz und psychosozialer Behinderung real erhöht ist, ist noch nicht endgültig gesichert (Inouye et al. 1998). Delirpatienten befinden sich allerdings länger in stationärer Behandlung, die sich zudem komplikationsreicher gestaltet, und müssen häufiger danach in ein Seniorenheim umsiedeln (Francis & Kapoor 1992).

Für die Prognose jeglichen Delirs ist das schnelle Erkennen und kausale Behandeln von zentraler Bedeutung. Wegen dieser unstrittigen Situation wurde das Delir bei alten Patienten als Marker-Erkrankung zur Erfassung stationärer Behandlungs- und Pflegequalität vorgeschlagen (Inouye et al. 1999a). Darüberhinaus könnte die Delirhäufigkeit auch als Qualitätsindikator von komplexen geriatrisch-gerontopsychiatrischen Versorgungssystemen dienen. Es scheint nicht unrealistisch, die Auftretenshäufigkeit von Deliren im Alter wesentlich zu reduzieren, indem einfache präventive Maßnahmen umgesetzt werden. Allein die Anwendung eines Protokolls, das wesentliche Risikofaktoren wie Schlafmangel, Immobilität, Seh- und Hörstörungen sowie Pharmakotherapie und Dehydratation strikt kontrolliert, konnte in einem Allgemeinkrankenhaus eine Reduktion des Delirrisikos bei alten Patienten um etwa ein Drittel bewirken (Inouye et al. 1999b).

### **Abschließende Betrachtungen**

Gemeindebezogene gerontopsychiatrische Interventionen können von einer multizentrisch angelegten Versorgungsforschung, die die Ebenen der direkten Klientenarbeit, die Kooperation zwischen den Trägern und die Koordination im Verbund umfaßt (u.a. für Fragen der Qualitätssicherung, des Auf- und Ausbaus von Angebotsstrukturen und der Lenkung und Absicherung von Finanzierungsströmen) direkt profitieren. Sei es, indem die Effektivität einer umschriebenen Maßnahme wie einer Tagespflegeeinrichtung zweifelsfrei belegt (vgl. Zank & Schacke 1998), und so die weitere Förderungswürdigkeit unterstrichen wird; sei es, daß über die Ermittlung versorgungsepidemiologischer Daten für eine Region die Zielsicherheit einzelner Interventionen erhöht wird. So konnte in zwei Bezirken Berlins mittels eines neu entwickelten Instruments der Anteil gerontopsychiatrischer Klienten in Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege so überzeugend dargestellt werden, daß im Einzelfall sogar pflegesatzrelevante Konsequenzen gezogen werden konnten (Gutzmann et al. 1998). Versorgungsforschung im Verbund kann also sowohl für die Region als auch für den einzelnen Träger unmittelbare Effekte entfalten.

Die gemeindebezogene Intervention im Interesse des alten Menschen kann heute kaum noch als isolierte Maßnahme gedacht werden (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, 1993). Vielmehr ist die Vernetzung unterschiedlicher Dienste und Anbieter sowohl aus fachlich-qualitativen, als auch aus ökonomischen Gründen zwingend. Das Gerontopsychiatrische Verbundsystem steht für eine regionale, an Bezirksgrenzen oder Einzugsgebieten ausgerichtete gemeinsame Kooperationsstruktur von Trägern der Gerontopsychiatrie, Altenhilfe, Altenpflege und Geriatrie (Gutzmann & Widmaier-Berthold 2000). Bisher besteht allerdings ein schmerzlicher Mangel an kooperationsbereiten niedergelassenen (Fach-) Ärzten und eine noch lange nicht befriedigende Bereitschaft der Kostenträger, Verbundsysteme als Versorgungselemente positiv wahrzunehmen oder gar zu unterstützen.

### **Literatur auf Anfrage bei der DGGPP**