

Gerontopsychiatrie

Dies vorweg: Bei der Psychiatrie des alten Menschen handelt es sich nicht um eine möglicherweise recht interessante, aber angesichts wichtigerer Herausforderungen doch wohl eher zu vernachlässigende Petitesse unseres Mutterfachs. 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 nervenärztlichen 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 [1] 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.

Prof. Beske hat in seinem Beitrag eindrucksvoll die Entwicklung der Zahl der Alzheimerkranken dargestellt. Dass wir aber auch schon heute unserer Verantwortung gegenüber den Demenzkranken nur sehr bedingt wahrnehmen machen die ersten Ergebnisse einer von der DGGPP gerade durchgeführten Befragung aller knapp 12.000 ambulanten Pflegedienste in Deutschland deutlich. Bei den betreuten Pflegebedürftigen gibt es nach Einschätzung des Pflegepersonals eine große Zahl von demenzkranken Patienten, die nie vom Arzt diagnostiziert wurden. Auf zwei diagnostizierte Kranke kommt etwa ein unerkannter Demenzkranker. Von den vom Arzt als erkrankt diagnostizierten Patienten erhält nur jeder zweite ein Antidementivum, das den Verlauf der Krankheit zu verlangsamen vermag. Die Studie zeigt außerdem, dass in mehr als 70 Prozent aller Fälle die Überlastung der pflegenden Angehörigen dazu führt, dass Betroffene in ein Pflegeheim umziehen müssen.

Die Zahl der psychisch kranken Älteren wird aber 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 [2]. 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 [3] 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. Hoffnung für die Zukunft gibt in diesem Zusammenhang ein aktueller epidemiologischer Befund [4], nach dem Erkrankungen, die in der eigenen Altersgruppe häufiger sind, auch mehr positive Aufmerksamkeit genießen. Im Prozess des Ergrauens der Gesellschaft dürften sich also

die Alterskrankheiten einer zunehmenden Akzeptanz erfreuen. Ich werde darauf noch zurück kommen.

Gegenüber den alten Patienten hat die deutsche Psychiatrie eine Bringschuld. Im stationären Bereich hatte sie in den 90iger Jahren im Gegensatz zu allen anderen medizinischen Fächern eine Abnahme des Anteils älterer Patienten zu verzeichnen. 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 [6]. 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 [7] nahe legt. Sehr ähnlich stellt sich das Problem in den USA dar, wo Ettner [8] 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.

Angesichts des Rückgangs der Beitragszahler bei steigendem finanziellen Bedarf für zusätzliche medizinische Technologien nimmt der Kostendruck auf das Gesundheitssystem unbezweifelbar zu. Die Frage nach der Allokation der vorhandenen Ressourcen, also nach der Verteilung knapper Güter auf konkurrierende Verwendungsweisen, ist nicht nur im Titel dieses Symposiums 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. Es gibt gute Gründe für die Annahme, dass zukünftig auch bei uns nicht mehr alle medizinisch angezeigten Maßnahmen für alle finanziert werden können, dass also eine Rationierung medizinischer Leistungen ins Auge gefasst wird, wie immer der politisch korrekte Euphemismus auch lauten mag. Wenn aber Rationierung allgemein akzeptiert werden soll, so muss sie sich auf der Basis einer gerechten Verteilung der Gesundheitsgüter anhand transparenter Kriterien vollziehen.

Das kalendarische Alter wird als Kriterium für die Rationierung medizinischer Güter und Dienstleistungen immer wieder angeführt. Aus der Vielzahl der in diesem Zusammenhang genannten Gründe [10] seien einige aufgeführt [nach: 11]: Alter sei ein einfach festzustellendes Kriterium, bei alten Patienten finde sich ein besonders hohes Einsparpotential, jüngere Menschen sollen eine höhere volkswirtschaftliche Produktivität aufweisen und schließlich sei das Alter als Rationierungskriterium nicht diskriminierend, da

jeder früher oder später von den Vor- und Nachteilen betroffen sei. Wie sieht es mit der Belastbarkeit dieser Argumente aus? Das Geburtsdatum ist sicher ein hartes Faktum, das allerdings nicht zur Identifizierung einer homogenen Gruppe der „Alten“ dient. Im Gegenteil findet sich eine mit dem Alter in den verschiedensten Bereichen zunehmende Differenzierung, so dass 30-40jährige einander wesentlich ähnlicher sind, als 70-80jährige. 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. Nach einer Untersuchung von Brockmann [12] machten zwar die medizinischen Kosten im letzten Lebensjahr einen Großteil der gesamten Krankheitskosten aus, diese Kosten waren aber bei älteren Verstorbenen geringer als bei jüngeren. Man kann diese Daten auch als einen Hinweis auf eine bereits aktuell stattfindende subliminale 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. Das letzte Argument behauptet eine Chancengleichheit, die schon jetzt nur als theoretisch anzusehen ist [11]. Es ist allerdings tröstlich zu wissen, dass die Orientierung am Gesamtzustand des Patienten selbst unter den Befürwortern des Alterskriteriums ein recht stabiles Regulativ darzustellen scheint [13]. Im Vierten Altenbericht der Bundesregierung [14] wird unterstrichen, dass alle Lebensphasen ethisch gleichrangig sind, was eine Abwertung des Alters und der Hochaltrigkeit ausschließt.

Wenn also eine Begrenzung der Leistungen im Gesundheitswesen ansteht, so sollten deren Konsequenzen auf alle Altersgruppen gleichgewichtig verteilt werden.

Die Psychiatrie-spezifische Seite der Allokationsdebatte ist bisher wesentlich im Kontext der Anti-Stigma Diskussion thematisiert worden. Die erwähnte Untersuchung von Schomerus et al. [4] 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.