

Psychisch kranke alte Menschen: Wo sind sie geblieben?

H. Gutzmann, Berlin

Im Krankenhausreport '99 wird von Reister (2000) die Krankenhausdiagnosestatistik ("L4 Statistik") analysiert. Die Diagnosestatistik ist Teil der Krankenhausstatistik, in der vom Statistischen Bundesamt neben Diagnoseangaben der Krankenhauspatienten auch die Grunddaten (Betten, Personal etc.) und Kosten aller Krankenhäuser jährlich dargestellt werden. In der Diagnosestatistik werden entsprechend der Bundespflegesatzverordnung alle im Berichtsjahr aus dem Krankenhaus entlassenen (einschließlich der im Krankenhaus verstorbenen) vollstationären Patienten erfaßt. Bei Mehrfachaufnahmen zählt jeder Aufenthalt gesondert. Die Diagnosestatistik umfaßt folgende Merkmale:

- Geschlecht
- Geburtsmonat, Geburtsjahr
- Zugangsdatum (Tag, Monat, Jahr)
- Abgangsdatum (Tag, Monat, Jahr)
- Sterbefall (ja/nein)
- Hauptdiagnose (3stelliger ICD-9 Schlüssel)
- Operation im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose (ja/nein)
- Fachabteilung, in der der Patient am längsten gelegen hat
- Wohnort des Patienten (Postleitzahl, Gemeindenamen)

Alter und Nutzung von Krankenhausbetten

Reister (l.c.) vergleicht auf der Basis der Zusammenfassung der L4 Statistik die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte unterschiedlicher Altersgruppen zwischen den Jahren 1994 und 1997 (vgl. Tab 1). Es zeigt sich, daß in diesem Zeitraum insgesamt eine deutliche Vermehrung der Krankenhausaufenthalte mit steigendem Alter der Patienten zu verzeichnen ist. In der Altersklasse 45 – 64 Jahre stieg die Patientenzahl seit 1993 um 14%, in der Altersklasse ab 65 Jahre sogar um 25%. Neben der Alterung der Bevölkerung macht der Autor insbesondere eine Erhöhung der Behandlungshäufigkeit in den höheren Jahrgängen für die steigende Patientenzahl verantwortlich.

Tab 1:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (ohne "Stundenfälle)

(nach Reister 2000)

Berichtszeitraum	1994	1995	1996	1997	Diff. 94/97
Patienten insgesamt	14.455.38	14.832.19	15.196.41	15.458.02	+ 1.002.63 9
	6	4	6	5	
Davon im Alter (Jahre)					
0- <15	10,3%	9,8%	9,4%	9,2%	- 0,9%
15- <45	32,4%	31,6%	31,1%	30,7%	- 1,7%
45- <65	26,3%	26,7%	26,8%	26,9%	+ 0,6%
65 und mehr	30,9%	31,9%	32,7%	33,2%	+ 2,3%

Auf die Frage, welche Fachabteilungen an diesem Anwachsen der Gruppe alter Patienten beteiligt sind, gibt es eine ebenso knappe wie eindeutige Antwort: Alle außer der Psychiatrie (vgl.Tab 2). Die Zuwächse sind teils geringer (z. B. Augenheilkunde: von 68,9% auf 69,8%), teils ausgeprägter(z.B. Chirurgie von 27,9% auf 30,7%; Neurologie von 29,5% auf 33,7%; Innere Medizin von 51,7% auf 53,4%). Die Psychiatrie hingegen hat im Zeitraum zwischen 1994 und 1997 eine Abnahme des Anteils älterer Patienten von 16,6% auf 15,1% zu verzeichnen!

Diese fast 10 prozentige Abnahme bezieht sich allerdings nicht auf alle stationären Versorgungsformen gleichermaßen. 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.

Tab 2:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (ohne "Stundenfälle")
nach der Fachabteilung mit der längsten Verweildauer (nach Reister 2000)

	Patienten 1994			Patienten 1997		
		45–64	65+		45–64	65+
	Anzahl	In %	In %	Anzahl	In %	In %
Augenheilkunde	405.410	18,7	68,9	438.350	18,4	69,8
Chirurgie	3.667.330	28,9	27,9	3.844.480	29,7	30,7
Innere Medizin	4.375.110	31,5	51,7	4.828.570	31,2	53,4
Neurologie	302.000	35,7	29,5	357.320	34,5	33,7
Psychiatrie	466.170	27,2	16,6	549.330	27,9	15,1
<i>?Darunter KH mit ausschließlich psychiatrischen oder neurologischen Betten</i>						
	301.320	26,9	17,6	339.590	26,7	16,7
<i>?Darunter psychiatrische Abteilungen*</i>						
	164.850	27,9	14,6	209.740	30,0	12,4
Insgesamt	14.453.940	26,4	30,9	15.464.760	26,8	33,2

*: rechnerisch ermittelt

Hypothesen zur Sonderrolle der Psychiatrie

Als mögliche Begründungen für diese Entwicklung bieten sich Hypothesen an:

1. Die Zahl der stationär behandlungsbedürftigen Patienten im höheren Lebensalter hat abgenommen,
2. Alte Patienten mit psychiatrischen Erstdiagnosen werden wegen ihrer bekannten somatischen Komorbidität zunehmend in anderen Fachdisziplinen behandelt,
3. Qualität und Kapazität teilstationärer und ambulanter psychiatrischer Angebote haben die Notwendigkeit stationärer Aufnahmen dieser Patientengruppe ebenso verringert, wie die zunehmende Leistungsfähigkeit komplementärer Strukturen,

Hat der Bedarf abgenommen ?

Für die erste Hypothese bietet weder die Demographie noch die Epidemiologie auch nur die Spur einer Unterstützung. Kürzlich wurde für die USA ein Anstieg von 6,3 (1990) über 8 (2010) auf 15 Mio gerontopsychiatrischer Behandlungsfälle (ohne Demenzen) im Jahr 2030 prognostiziert (Jeste et al. 1999). Den stärksten Zuwachs erwarten die Autoren – wegen der erweiterten Möglichkeiten der Frühdiagnose – bei den leichter und – wegen der verbesserten medizinischen Technologie – vor allem bei den besonders schwer psychisch Erkrankten. In einer Hochrechnung (Goldsmith et al. 1993) für den Zeitraum bis 2010 wurde für die USA eine Zunahme von 25% für alle psychiatrischen stationären Aufnahmen prognostiziert. Für die Gruppe der über 65jährigen ergab sich eine erwartete Zunahme von über 40%. Sie war damit die Gruppe mit der größten Zuwachsrate. Für Deutschland sind mir vergleichbar solide Prognosen für den stationären Bedarf in der Psychiatrie nicht bekannt. Die Abnahme des Anteils gerontopsychiatrischer Patienten wäre möglicherweise etwas anders zu sehen, wenn sich für die Gesamtzahl der stationär behandelten psychiatrischen Patienten ebenfalls eine Reduktion ergeben hätte, wenn sich also für alle Altersgruppen eine gleichsinnige Entwicklung abzeichnen würde. Dies ist aber nicht der Fall.

Tab 3:

Psychiatrische Patienten und Patienten mit psychiatrischen Diagnosen im Vergleich 1994/1997 (nach Reister 2000)

	Patienten		Veränderungen 94/97	
	1994	1997	Anzahl	%
ICD-9: 290-319	726.962	804.450	77.488	+ 10,66
Psychiatrische Patienten	466.170	549.330	83.160	+ 17,84
KiJu Psychiatrie	22.910	25.310	2400	+ 10,48
Psychiatrische Diagnosen bei Patienten "nicht-psychiatrischer" Fächer*	237.882	229.810	8072	+ 3,39

*: rechnerisch ermittelt

Insgesamt ergab sich zwischen 1994 und 1997 vielmehr eine Zunahme der stationären Behandlungsfälle in der Psychiatrie um 17,84% (vgl. Tab 3). Die Schere zwischen jungen und alten Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung geht immer weiter auf. Nach der vorliegenden Literatur ist dies wahrscheinlich eine Spezialität der deutschen Psychiatrie. Für die erste Hypothese ergibt sich also kein plausibler Beleg.

Ist die Somatik eingesprungen ?

Die zweite Hypothese weist in Richtung der somatischen Krankenhäuser. Nach Herzog und Stein (1994) ist in Deutschland davon auszugehen, daß etwa 10% aller Patienten in Allgemeinkrankenhäusern an behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen leiden. Bei den über 65jährigen sind dies nach einer Mannheimer Studie sogar mindestens 30% (Bickel et al. 1993). In der "Patientenstrukturanalyse Psychiatrie" konnte Böcker (1993) nachweisen, daß die Inanspruchnahme somatischer Betten durch psychisch Kranke dort am größten war, wo nahegelegene psychiatrische Betten fehlten. Die Zunahme der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sollte dieses Problem allerdings entschärft haben. Die im Krankenhausreport '99 veröffentlichten Zahlen lassen darauf schließen, daß Patienten mit psychiatrischen Erstdiagnosen in "nichtpsychiatrischen" Fächern nur marginal (3,39%) zugenommen haben. Über die Frage, ob dieser Befund nicht häufig einer versehentlichen Unterkodierung oder auch einer gezielten Fehlkodierung angesichts eines zunehmenden Drucks der Kostenträger zu schulden ist, kann nur spekuliert werden. Wenn aber die Mehrzahl der Patienten korrekt diagnostiziert worden ist, oder wenn wenigstens die Zahl der Fehlkodierten zwischen beiden Erhebungszeitpunkten nicht grob abweicht, kann die Abnahme in den psychiatrischen Aufnahmezahlen nicht im Sinne der zweiten Hypothese durch eine kompensatorische Zunahme psychiatrischer Patienten in somatischen Disziplinen erklärt werden.

Gibt es hinreichend leistungsfähige komplementäre Strukturen?

Die Dritte Hypothese ist auf der Basis der Bundesstatistik nicht zu klären. Es scheint aber legitim, den Einfluß innovativer Versorgungsstrukturen in gerontopsychiatrischen Modellregionen auf die Entwicklung stationärer Aufnahmezahlen hin zu überprüfen. Die Grundhypothese dabei ist, daß eine vernetzte außerstationäre Versorgung eine stationäre Aufnahmen seltener erforderlich macht. Zwei Modellregionen (Gütersloh und Kaufbeuren) weisen solche differenzierten komplementären Strukturen auf und können

auf einige Jahre erfolgreicher Arbeit zurückblicken. In Kaufbeuren (Valdez–Straube et al. 1999) ist über 5 Jahre der Modellerprobung und der anschließenden Regelnutzung der vernetzten Versorgung zwischen 1993 und 1998 nur eine geringe Abnahme der stationären Aufnahmen (von 455 auf 400 Patienten) bei gleichzeitiger Fallzahlerhöhung der aufsuchenden Ambulanz von 400 auf 1300 erfolgt. In Gütersloh (Steinkamp und Werner 1997) wurden im gleichen Zeitraum unter ähnlichen Bedingungen sogar zunächst mehr Patienten aufgenommen bis – auf höherem Niveau als vor dem Modellprojekt – eine Stabilisierung der Aufnahmezahlen erfolgte (1993: 327, 1998: 676 Patienten). Gleichzeitig verzeichnete der ambulante Bereich eine mehr als verdoppelte Nachfrage (1993: 620; 1998: 1494 Patienten). Diese Befunde aus Regionen, in denen im Rahmen von Modellprojekten gerontopsychiatrisch optimierte Versorgungsstrukturen geschaffen werden konnten, machen deutlich, daß selbst unter diesen Bedingungen regionale Besonderheiten zu Buche schlagen, die im Einzelfall zunächst sogar auf dem Wege des Case–finding zu einer Vermehrung der stationären Aufnahmen führen können. Eine dramatische Reduktion stationärer Aufnahmen ist also auch bei Implementierung optimierter Versorgungsstrukturen auf kurze Sicht nicht zu erwarten. Selbst wenn flächendeckend solche Versorgungsstrukturen realisiert wären, was, wie man konstatieren muß, durchaus nicht der Fall ist, würde dies die Rarefizierung der alten Patienten in der Allgemeinpsychiatrie nicht erklären können. Auch die dritte – zugegeben sehr optimistische – Hypothese ist wohl zu verwerfen.

Heime als Psychiatrie–Ersatz ?

Bei Betrachtung der Versorgungslandschaft fällt schließlich nur ein Bereich auf, in dem psychisch kranke alte Menschen zunehmend häufiger anzutreffen sind. Es handelt sich dabei um die Senioren– und Pflegeheime. Es ist festzuhalten, daß der Anteil der Pflegeplätze kontinuierlich auf Kosten von Altenheim– und Wohnplätzen zugenommen und die Prävalenz psychischer Störungen im Pflegeheim ungleich höher als im Altenheim ist. Tatsache ist ferner, daß die Zahl der Pflegebedürftigen (im Sinne von Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung) in vollstationärer Versorgung in den letzten Jahren steil angestiegen ist (Zimmer et al. 1998). Im Moment ist also die Hypothese naheliegend, daß alte psychisch kranke Patienten, die im Prinzip der stationären Aufnahme in der Psychiatrie bedürfen, an den Krankenhäusern vorbei unmittelbar in die Heime transferiert werden, ohne vorher fachliche Diagnose oder Therapie zu erfahren. Man muß die kritische Frage aufwerfen, ob die Schwelle zur

stationären Aufnahme für diese Patienten in der Abteilungspsychiatrie nicht oft zu hoch ist. Trotz einzelner positiver Beispiele (z.B. Kipp et al. 1998) spricht die Bundesstatistik eine eindeutige Sprache. Die Psychiatrie muß sich gegenüber dieser Klientel ihrer Verantwortung bewußt stellen. So lange die Situation durch eine stationäre Unterversorgung alter Patienten geprägt ist, sind Gerontopsychiatrische Abteilungen als Schrittmacher der stationären, teilstationären und auch ambulanten Versorgung unverzichtbar (Wächtler et al. 1998). Nur sie haben in der Vergangenheit innovative Versorgungskonzepte für dieses Klientel vorgelegt und umgesetzt. Sie sind auch Motor für die Qualitätssicherung im komplementären Bereich und als Impulsgeber in den Regionen unverzichtbar (Wolter–Henseler 1996). Nur dort, wo eine spezifisch Gerontopsychiatrische Versorgung funktioniert, entspricht das versorgte Klientel auch den demographischen und epidemiologischen Erwartungen. Langfristig wird – auf dem Wege des Aufbaus leistungsfähiger Verbundstrukturen – die Bedeutung des stationären Bereichs wahrscheinlich abnehmen. Soweit sind wir aber noch lange nicht.

Wenn man Qualität in der Psychiatrie für alte Patienten realisieren will, muß man zunächst Versorgungsstrukturen aufbauen, die sich an den Bedürfnissen der alten Menschen orientieren (WHO 1998) und geeignet sind, auf lange Sicht den stationären Bereich zu entlasten (Hirsch et al. 1999). Der umgekehrte Weg, die spezialisierten stationären Angebote primär in Frage zu stellen oder sie gar von vornherein abzubauen, läßt dagegen große Teile der Patienten unterversorgt. Wenn Kunze (1981) davon sprach, daß das ethische Hauptproblem der Psychiatrie sich zunehmend vom Akut– auf den Langzeitbereich, d.h. von den Kliniken auf die Heime verschiebt, so beschreibt dieser für die Allgemeinpsychiatrie geprägte Satz immer noch und wohl sogar immer mehr die Versorgungsrealität für alte psychisch kranke Menschen.

Literatur:

- Bickel H, Cooper B, Wancata J: Psychische Erkrankungen von älteren Allgemeinkrankenhauspatienten: Häufigkeit und Langzeitprognose. *Nervenarzt* 64 (1993) 53–61.
- Böcker F: Versorgung psychisch Kranker in somatischen Abteilungen. *Krankenhauspsychiatrie Sonderheft* 4 (1993) 9–12.
- Goldsmith H F, Manderscheid R W, Henderson M J, Sacks A J: Projection of inpatient admissions to specialty mental health organizations: 1990 to 2010. *Hosp Comm Psychiatry* 44 (1993) 478– 483.

- Herzog T, Stein B: Forschungsvorhaben zur psychiatrischen und psychosomatischen Konsiliar-Liaison-tätigkeit in Deutschland. Spektrum der Psychiatrie 23 (1994) 176–183.
- Hirsch RD, Holler G, Reichwaldt W, Gervink T (Hrsg.): Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Band 114 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos, Baden-Baden 1999.
- Jeste D V, Alexopoulos, G S, Bartels S J, Cummings J L, Gallo J J, Gottlieb M D et al: Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health. Arch Gen Psychiatry 56 (1999) 848–853.
- Kipp J, Kristen R, Kunze H, Schmied H-P, Thies J: Basisdokumentation: Die stationäre Versorgung einer Region durch ein Psychiatrisches Krankenhaus und eine psychiatrische Abteilung. Nervenarzt 69 (1998) 782–790.
- Kunze H: Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime. Psychisch Kranke und Behinderte im Abseits der Psychiatrie-Reform. Enke, Stuttgart 1981.
- Reister M: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1994–1997. In: M Arnold, M Litsch & F W Schwartz (Hrsg) Krankenhaus-Report '99 (S. 273–288). Schattauer, Stuttgart 2000.
- Steinkamp G, Werner B: Effekte eines Gerontopsychiatrischen Zentrums auf das regionale Versorgungssystem psychisch gestörter älterer Menschen. Leske + Budrich, Opladen 1997.
- Valdes-Stauber J, Nißle K, von Cranach M: Veränderungen der Inanspruchnahme stationärer Behandlung nach Einführung eines Gerontopsychiatrischen Zentrums. Psychiat Prax 26 (1999) 289–293.
- Wächtler C, Laade H, Leidinger F, Matzetzoglu S, Nissle K, Seyffert W, Werner B: Gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur: Bestehendes verbessern, Lücken schließen, die Versorgungselemente "vernetzen". Spektrum 27 (1998) 94–98.
- Wolter-Henseler D: Gerontopsychiatrie in der Gemeinde. Bedarfsermittlung und Realisierungsmöglichkeiten für ein Gerontopsychiatrisches Zentrum am Beispiel Solingen. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1996.
- World Health Organization & World Psychiatric Organization: Organization of care in psychiatry of the elderly – a technical consensus statement. Aging & Mental Health 2 (1998) 246–252.
- Zimber A, Schäufele M, Weyerer S: Alten- und Pflegeheime im Wandel: Alltagseinschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten nehmen zu. Gesundheitswesen 60 (1998) S. 239–246