

Gerontopsychiatrie – wozu?

G. Stoppe, G. Stiens, L. Maeck

Im Heft 6/2001 dieser Zeitschrift gingen die Autoren Cornelia Goesmann und Rolf Heyde darauf ein, wieviel in der Altersmedizin derzeit noch im Argen liegt. Dem ist nur zuzustimmen. Es sollen hier deshalb nicht die dort bereits dargestellten Fakten und die Analyse wiederholt werden. Dieser Artikel hat vielmehr das Ziel, den speziellen Beitrag der Gerontopsychiatrie an der Altersmedizin hervorzuheben, was besonders wichtig in einem Land scheint, in dem sich die Geriatrie überwiegend wenn nicht gar ausschließlich internistisch definiert. Gerade in dieser Altersgruppe wäre jedoch die Zusammenarbeit über "bio–psycho–soziale Grenzen" hinweg äußerst wünschenswert. Dies wird im folgenden bei einzelnen Krankheiten und Problemen mehrfach dargelegt.

Fragt man nach dem Verständnis von Gerontopsychiatrie, so findet man auch in der Ärzteschaft häufig recht unscharfe Vorstellungen. Einige verstehen darunter ausschließlich eine Art "Demenz–Psychiatrie", wengleich hierbei immerhin anerkannt wird, daß Demenzen eine der Hauptdiagnosegruppen des Faches darstellen. Andere können sich Gerontopsychiatrie auch weitgehend ohne Ärzte vorstellen und benutzen den Begriff nahezu synonym für Pflege und die entsprechende(n) Einrichtungen. Vielfach werden Demenzerkrankungen, vor allem die Alzheimer Krankheit, als *Behinderungen*, dargestellt, was die bedauernswerte Folge haben könnte, daß sie nicht wie andere *Krankheiten* zu beforschen und kurativ sowie rehabilitativ anzugehen sind. Und nicht zuletzt gibt es noch das Problem mit der Meinung von Laien, aber auch von Ärzten, Gedächtnisstörungen, depressive Verstimmungen oder Schlafstörungen seien im Alter normal, respektive nachvollziehbare Folgen von Lebensumständen oder gar "Patienten–Karrieren". Die "normale Altersverwirrtheit" solle schließlich nicht zu einer Krankheit gemacht werden, was dann das Gesundheitswesen auch noch "unnötig" verteuere. Keiner käme auf die Idee, die ebenfalls häufige Arthrose oder Hypertonie als nicht behandlungsbedürftige altersassoziierte Behinderung zu verstehen. Eine solche Einstellung ignoriert zudem die Tatsache, daß 70 Prozent der Hochbetagten nicht dement sind und auch noch selbständig leben können. Andererseits zeigen solche Positionen aber auch das bekannt besonders negative Altersbild von Ärzten.

Was sagen uns die Zahlen zur Versorgungsrealität?

Allein die Zunahme der Gruppe der Hochbetagten wird dazu führen, daß die Anzahl gerontopsychiatrischer Behandlungsfälle in den nächsten Jahren sich insgesamt verdoppeln wird. In den USA prognostizierten Jeste et al. (1999) einen Anstieg von 6,3 Mio. (1990) über 8 Mio. (2010) auf 15 Mio. gerontopsychiatrischer Behandlungsfälle im Jahre 2030 unter Ausschluß der Demenzen! Auch die Demenzen werden jedoch in der Bundesrepublik bis zum Jahr 2030 doppelt so viele Personen betreffen und von heute etwa 1,2 Mio. (bei Einschluß leichter Fälle) auf dann 2,5 Mio. ansteigen. Nach WHO Schätzungen gibt es heute bereits etwa 29 Millionen Demente weltweit .

Um so eindrucksvoller ist, daß sich die bekannte Zunahme des Anteils älterer Menschen in der deutschen Psychiatrie offensichtlich selbst kaum abbildet. Im Krankenhausreport 1999 stellte Reister die Diagnosedaten der Krankenhauspatienten von 1994 denen von 1997 gegenüber. Während in diesem Zeitraum der Anteil der in deutschen Kliniken stationär behandelten Patienten im Alter von über 65 Jahren von 30,9 Prozent auf 33,2 Prozent anstieg und sich dies auch in Fächern wie der inneren Medizin, Chirurgie oder auch Neurologie und Augenheilkunde jeweils deutlich abbildete, verzeichnete die Psychiatrie im Verlauf sogar einen Rückgang des Anteils von 16,6 Prozent auf 15,1 Prozent (Reister 1999)!

Eine sorgfältige Analyse läßt den Schluß zu, daß gerontopsychiatrische Patienten überhaupt nicht das Krankenhaus erreichen, sondern oft primär Heimen zugewiesen werden (Gutzmann 2001). Ein steigender Anteil von mittlerweile mehr als zwei Drittel dementer Patienten – nicht eingerechnet weitere gerontopsychiatrische Fälle – an den Heimbewohnern scheint dies weiter zu belegen. Dies führt zur der Frage, inwieweit eine gerontopsychiatrische Diagnostik oder Behandlung hier nicht nur in einigen Fällen Heimaufnahmen verhindern oder zumindest hätten verzögern können, erst recht, wenn sie früh im Krankheitsprozeß erfolgen würden.

Ein Anstieg des Anteils gerontopsychiatrischer Patienten in somatischen Abteilungen ist zumindest, was die kodierten Hauptdiagnosen angeht, nicht zu verzeichnen, wenngleich behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen speziell bei der älteren Bevölkerung in mehr als jedem 4. Fall der stationären Patienten anzutreffen sind. Viele Untersuchungen belegen eindrucksvoll, daß die in 30 – 60 Prozent der Fälle vorhandene psychiatrische Komorbidität, insbesondere mit einer Depression oder einer Demenz, die Langzeitprognose z.B. von hüftgelenksnahen Frakturen erheblich verschlechtert (Holmes & House 2000). Depressionen erhöhen auch das Mortalitätsrisiko nach Herzinfarkt oder bei koronarer Herzerkrankung auf das mindestens dreifache (Denollet et al. 1996, Whooley et al. 1998). Andersherum weisen auch psychisch kranke alte häufig körperlich Krankheiten auf (Adamis & Ball 2000, Stoppe et al. 1999a). Dies belegt die o.g. Notwendigkeit einer engen Kooperation der Disziplinen. Die Basis einer guten Kooperation ist aber nicht nur die Anerkennung der Notwendigkeit und die wechselseitige Wertschätzung sondern auch die Kenntnis von den Möglichkeiten der anderen Disziplinen.

In unseren eigenen Untersuchungen konnten wir zeigen, daß gerontopsychiatrische stationäre Aufnahmen in der Mehrzahl der Fälle ohne einen fachärztlichen ambulanten Kontakt im Vorfeld erfolgen (Stoppe et al. 1999a, b). Dies weist darauf hin, daß ein noch nicht ausgeschöpftes Potential zu Verhinderung stationärer Aufnahmen vorhanden ist. Dies weist wie auch die o.g. "Primäreinweisung" in die Heime auf die Vorrangigkeit einer Verbesserung der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung hin. Diese hätte ihre Aufgaben dann nicht nur im "Akute-Krisen-Management" in späten Krankheitsphasen, sondern auch im Feld der Früherkennung und Prävention, was vielerorts seit Jahren gefordert wird. Die bisher eher langsam zunehmende Zahl Gerontopsychiatrischer Zentren, Tageskliniken und Gedächtnissprechstunden ist dafür nur ein Schritt und ist durch einen Kompetenzzuwachs im nicht-psychiatrischen Bereich zu "ergänzen".

Alle Prognosen gehen jedoch zunächst davon aus, daß eine aufmerksamere und kompetentere Hinwendung zur Gerontopsychiatrie vorübergehend zu einer Erhöhung stationärer Aufnahmen und Behandlungskosten führen wird, weil bisher unentdeckte (nicht als Fälle identifizierte) Patienten einer Behandlung unterzogen würden. Langfristig ist jedoch durch eine angemessene gerontopsychiatrische ambulante und teilstationäre sowie stationäre Versorgung mit einer Entlastung der stationären Einrichtungen und sicher auch der Heime zu rechnen (Gutzmann 2001).

Welche Problemstellungen erscheinen besonders relevant?

Depressionen sind mit einer Prävalenz von etwa 15 Prozent die häufigste Erkrankung in der Gerontopsychiatrie. Sie treten gerade im Alter sehr häufig im Kontext mit (oft chronischen) körperlichen Erkrankungen auf, insbesondere von Gefäßerkrankungen, mit Schmerzen verbundenen Erkrankungen sowie solchen, die die Mobilität beeinträchtigen. Häufigkeitsangaben von bis zu 50 Prozent depressiver Erkrankungen z.B. im ersten Jahr nach einem Schlaganfall sowie die oben bereits erwähnten Untersuchungsergebnisse, daß eine komorbide Depression Verlauf und Prognose der somatischen Erkrankungen verschlechtern, lassen die Depressionsbekämpfung im höheren Lebensalter zu einer vordringlichen ärztlichen Aufgabe werden. Vor dem Hintergrund, daß gerade mit modernen Behandlungsmöglichkeiten Depressionen auch im Alter genauso gut behandelt werden können wie in jüngeren Lebensabschnitten, ist eine bessere und frühere Diagnose von Depressionen zu fordern. Gerade bei körperlichen Erkrankungen oder nach Verlusterlebnissen scheint es nahezu liegen, depressive Symptome als nachvollziehbare Folge dieser Umstände zu betrachten.

Zumindest ist dann die "Unterdiagnose" besonders deutlich. Durch eine kompetente psychopathologische Diagnostik läßt sich jedoch sehr wohl ein krankhaftes depressives Syndrom von Trauer oder nicht-pathologischen belastungsreaktiven Symptomen unterscheiden (Stoppe 2000).

Bedeutsam auch im Kontext der Depressionserkennung und –behandlung ist die **Suizidprävention** im Alter. In fast allen Ländern der Welt sind die Suizidraten bei den über 75-Jährigen am höchsten. Männer finden sich unter den Suizidopfern etwa viermal häufiger als Frauen. Der Statistik erschließen sich derzeit noch nicht die ungezählten Fälle unklarer Todesursachen bzw. von Medikamenten-Intoxikationen unklarer Genese, die sicherlich nicht selten auch einen suizidalen Hintergrund haben.

Es gibt inzwischen eine Fülle von Daten, die belegen, daß z.B. Screening-Maßnahmen die Depressionserkennung erleichtern können. Die Behandlungen sind einfacher und wirkungsvoller geworden und zur Suizidprävention gibt es ebenfalls wirksame Strategien. Sie warten darauf, eingesetzt zu werden!

Die **Demenzen** sind die zweithäufigste Erkrankung in der Gerontopsychiatrie und treten mit zunehmendem Lebensalter mit immer größerer Häufigkeit auf. In Anbetracht des prognostizierten Anstiegs der Hochbetagten wird deshalb gerade die Gruppe der Demenzkranken häufiger vertreten sein. Insbesondere die mit zwei Dritteln der Fälle häufigste Demenz, die Alzheimer-Erkrankung, erfährt in den letzten Jahren eine intensive Ursachen- und Therapieforschung. So ist es inzwischen möglich geworden, die einzelnen Demenzerkrankungen mit hoher Sicherheit früh und sehr spezifisch zu diagnostizieren. Dies ermöglicht frühe Interventionen sowie spezifische Therapien bei den zugrundeliegenden neurodegenerativen Prozessen. Das wiederum bewirkt eine Verlangsamung von Krankheitsprogression, Erleichterung der ambulanten Pflege und Verzögerung bzw. Vermeidung von Heimaufhalten. Erfreulicherweise spiegelt sich dies in den Empfehlungen, z.B. denen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zur Demenztherapie, inzwischen auch eindeutig wieder.

Gerade im Bereich der Demenzen ist das System der Betreuung der Kranken im Auge zu behalten. Insbesondere Frauen leisten als Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter hier vielfach unbezahlte wertvolle Arbeit und tragen das Risiko einer eigenen psycho-physischen Erkrankung dafür mit sich. Unterstützungsangebote, wie sie z.B. über Alzheimer-Gesellschaften, ambulante Beratungsstellen und andere Einrichtungen zunehmend, z.T. bisher auch nur modellhaft, angeboten werden, sind dringend zu fordern und auf ihre flächendeckende Umsetzbarkeit zu überprüfen.

Zu beachten ist, daß Demenzkranke auch körperlich krank werden können, jedoch zu einer adäquaten Beschwerdeschilderung oft nicht in der Lage sind. Hier ist der betreuende Arzt in seiner diagnostischen Sensibilität stark gefordert.

Verwirrheitszustände bzw. delirante Syndrome sind ebenfalls sehr häufig. Ein Grund dafür ist neben den schon genannten häufigen hirnorganischen Erkrankungen auch die gerade im Alter häufige Polypharmazie. Den über 60jährigen werden mehr als 50 Prozent aller Medikamente verordnet. Auch der Psychopharmakagebrauch steigt an. Nach den Angaben des Arzneiverordnungsreports 1999 findet sich z.B. für die Gruppe der Hypnotika / Sedativa ein Anstieg des Konsums ab dem 5. Lebensjahrzehnt mit Werten von 2,8 (45 – 49jährige), 5,6 (55 – 59jährige), 8,4 (65 – 69jährige), 15,7 (75 – 79jährige) auf 21,0 (80 – 84jährige) DDD (= definierte Tagesdosen) je Versicherter der GKV (Schwabe & Paffrath 2000).

Verwirrheitszustände treten häufig im Kontext mit somatischen Eingriffen bzw. in stationären Behandlungen auf. Sind sie protrahiert und relativ symptomarm, entgehen sie oft der Diagnose. Gerade postoperative Verwirrheitszustände scheinen in vielen Fällen vermeidbar. Oftmals z.B. handelt es sich um Verwirrheitszustände, die nach 1 – 2 Wochen stationärer Behandlung in Folge einer Nicht-Weiterverordnung von Benzodiazepinen auftreten. Gerade der Schlafmittelkonsum wird häufig bei der stationären Aufnahme nicht berichtet und führt zu unnötigen Verwirrheitszuständen und Verlängerungen stationärer Aufenthalte (McInnes & Powell 1994). Hier könnten einfache Maßnahmen bereits hilfreich sein.

Der hohe Medikamentenkonsum, auch von Psychopharmaka, "verbindet" die Gerontopsychiatrie auch mit der **Sturzprävention**! Sie erhöhen das Risiko für hüftgelenksnahe Frakturen um den Faktor 1,7. Diese "typischen Knochenbrüche" im Alter gehen immer noch mit einem hohen Grad an Invalidisierung sowie Mortalität einher (Tinetti & Williams 1997). Stehen sie im Kontext zu einer inadäquaten (Psycho-)Pharmakotherapie, stellen sie vermeidbare Ereignisse mit vermeidbaren Folgekosten dar. Gerade Sedativa und Hypnotika werden häufig über Jahre fortgesetzt verordnet, nachdem sie wegen kurzfristiger Schlafstörungen oder geklagter Ängstlichkeit einmal angesetzt wurden. Auch hier eröffnet sich nicht nur ein therapeutisches sondern auch ein Präventionspotential.

Wie erreicht gerontopsychiatrische Kompetenz die Patienten?

Hierzu muß zunächst sichergestellt sein, daß gerontopsychiatrische Kompetenz in der notwendigen Menge vorhanden ist. Schaut man sich die medizinische Ausbildung an den Universitäten an, so findet man hier nicht nur eine viel zu geringe Zahl an Lehrstühlen für Allgemeinmedizin oder Geriatrie, sondern in der Gerontopsychiatrie sogar einen "Rückgang". Von den bis vor wenigen Jahren noch vorhandenen vier(!) Professuren für Gerontopsychiatrie (in Berlin, Leipzig, Heidelberg und Göttingen) werden die in Berlin und in Göttingen wohl nicht mehr für notwendig gehalten. Dies kann keine adäquate Ausstattung für eine entsprechende Lehre angehender Ärzte sein. Dies hat aber auch Konsequenzen für die Forschung an Universitätskliniken. Hier könnten kooperative Forschungsstrukturen zwischen Universitäten und Versorgungskrankenhäusern (und Heimen?) hilfreich sein.

In der Ausbildung zum Psychiater oder Allgemeinarzt gibt es immer noch keine adäquate Pflichtweiterbildung im Bereich der Alterspsychiatrie. In Anbetracht von einem Anteil alter Patienten in den niedergelassenen Praxen von über 30 Prozent erscheint eine geriatrisch-gerontopsychiatrische Weiterbildungspflicht nicht völlig unsinnig.

Erfreulich sind die in den letzten Monaten initiierten Verbesserungen der Situation, sowohl auf der Ebene der Ministerien als auch der Ärztekammern und ärztlichen Berufsverbände und Fachgesellschaften. So trägt beispielhaft die Gründung der *Deutschen Akademie für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.* dem Bedarf an strukturierter Fort- und Weiterbildung Rechnung.

Schlußwort:

Vieles konnte nicht angesprochen werden: Besonderheiten der Psychotherapie, Probleme der Forschung wie der rechtlichen Regelungen, der Ethik oder die Dimensionen von Gewalt und Mißbrauch, um nur Beispiele zu nennen. Insgesamt ist die Gerontopsychiatrie ein Feld mit Zukunft und großen Potentialen. Mit ihrer spezifischen Herangehensweise ist sie bereits heute wesentliches Gebiet der Altersmedizin. Sie zu nutzen und zu fördern, würde einer zunehmend alternden Gesellschaft gut anstehen.

(Die Angaben in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis.)

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:

*Priv.-Doz. Dr. med. Gabriela Stoppe
Dr. med. Gerthild Stiens
Dr. med. Lienhard Maeck
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Georg-August-Universität
Von-Siebold-Straße 5
37075 Göttingen*