

## Zürcher Gerontologietag vom 14. Oktober 1999: Die Referate und Workshops



### Gerontopsychiatrie gestern und heute

*Dr. W. Uhde, Gerontopsychiatrisches Zentrum Hegibach /  
PUK Zürich*

Erst in den letzten Jahrzehnten hat die Gerontopsychiatrie begonnen, sich zu einer Subspezialität der allgemeinen Psychiatrie zu entwickeln. Innerhalb der Psychiatrie hat die Behandlung Älterer eher eine randständige Rolle gespielt. Von besonderer Bedeutung für den biologisch orientierten Forschungsansatz in der Gerontopsychiatrie waren die Arbeiten Alois Alzheimers zur Demenz. Traurige Berühmtheit erlangte seine Patientin Auguste D., die am 26.11.1901 bereits als schwer demente Patientin in die "Anstalt für Irre und Epileptische" in Frankfurt am Main eingewiesen wurde. Nachdem sie im April 1906 verstorben war, untersuchte Alzheimer ihr Gehirn und veröffentlichte 1907 seine Ergebnisse in dem Aufsatz "Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde" in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie (1).

Während die Entwicklung der Psychoanalyse einen entscheidenden Beitrag zur Psychiatrie dieses Jahrhunderts leistete, spielte Sigmund Freud für die Gerontopsychiatrie eine eher unglückliche Rolle. So schrieb er: "Das Alter der Kranken spielt bei der Auswahl zur psychoanalytischen Behandlung insofern eine Rolle, als bei Personen nahe an oder über 50 Jahre einerseits die Plastizität der seelischen Vorgänge zu fehlen pflegt, auf welche die Therapie rechnet - alte Leute sind nicht mehr erziehbar -, und als andererseits das Material, welches durcharbeiten ist, die Behandlungsdauer ins Unabsehbare verlängert" (2). Freuds Einstellung zur Behandlung älterer Menschen blieb durchgängig skeptisch. Diese Einstellung gegenüber Älteren war in der Psychotherapie lange Zeit vorherrschend und beginnt sich erst allmählich zu verändern.

In den letzten Jahrzehnten gewann die Gerontopsychiatrie zunehmend an Bedeutung. Das dürfte zu einem wesentlichen Teil durch eine einzigartige epidemiologische Veränderung im Verlauf des 20. Jahrhunderts bedingt sein: der Zunahme der älteren Bevölkerung. So stieg in der Schweiz der Anteil der 60 - 69-jährigen Senioren in der Zeit von 1900 bis 1990 um ca. die Hälfte, der Anteil der 70 bis 79-jährigen Betagten hat sich mehr als verdoppelt und der der über 80-jährigen Hochbetagten ist auf das 8-fache angestiegen.

Welche Erkrankungshäufigkeiten und Besonderheiten finden sich in diesem Alterssegment? Die häufigste psychiatrische Erkrankung des älteren Menschen ist die Demenz. Abbildung 1 zeigt die Häufigkeit, wie sie sich in unterschiedlichen weltweit durchgeführten epidemiologischen Studien gezeigt hat: Die Demenz stellt vor dem 65. Lebensjahr eher eine Rarität dar, während sie nach dem 65. Lebensjahr mit zunehmendem Alter kontinuierlich ansteigt.

Die Depression ist die zweithäufigste psychiatrische Erkrankung im Alter. Depressive Störungen unterschiedlicher Schweregrade finden sich in ca. 20-25% der Fälle, schwere depressive Störungen in ca. 3-5%. Zusätzlich finden sich auch alle aus der Allgemeinpsychiatrie bekannten Störungsbilder.

Die veränderte Situation legte eine kritische Bestandsaufnahme nahe und rief nach neuen Konzepten. Neben der schon erwähnten randständigen Rolle lag das Schwergewicht der gerontopsychiatrischen Behandlung bisher auf der stationären Langzeitbehandlung und der Fokussierung auf hirnorganische Erkrankungen.

Die Benachteiligung älterer, insbesondere hirnorganisch erkrankter Personen in der psychiatrischen Versorgung zeigte sich exemplarisch in einer Studie von C. und K. Ernst (3): In Zü-

rich untersuchten sie 172 Kranke, denen 1973 aus Platzmangel die Aufnahme in die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich verwehrt wurde. Von den Abgewiesenen waren 74,7% 60-jährig und älter, 68,6% waren hirnkrank. Über die Hälfte der Abgewiesenen über 60-Jährigen, 128 Patienten, blieb in der Folgezeit innerhalb und ausserhalb von Spitälern und Heimen unterbetreut, zum Teil unter unannehmbaren Bedingungen. Wurden sie dennoch anderweitig hospitalisiert, waren die Hospitalisierungszeiten wesentlich länger, als es dem Durchschnitt psychiatrischer Patienten entsprach.

Ein Schwergewicht einer modernen gerontopsychiatrischen Versorgung sollte im ambulanten Bereich liegen, um dem älteren Menschen möglichst lange ein Wohnen in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen und die bestehenden sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten. Dazu müssen gemeindenahere Beratungs- und Behandlungsangebote geschaffen werden mit klarer Durchlässigkeit von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten. Wegen der Multimorbidität älterer Menschen ist eine enge Verzahnung von Psychiatrie und anderen medizinischen Fachbereichen notwendig. Häufig ist die Erhaltung der Selbständigkeit und die Schaffung einer möglichst hohen Lebensqualität in der Behandlung entscheidend. Dazu dient das Assessment, die Klärung von Erkrankungen, Defiziten, Ressourcen und anstehenden Behandlungsschritten, in einem multiprofessionellen Team, zur Integration der unterschiedlichen Informationen und Sichtweisen aus medizinisch-psychiatrischer, psychologischer, sozialarbeiterischer und pflegerischer Perspektive.

Gesamtgesellschaftlich gesehen besteht immer noch ein deutlicher Bedarf am Ausbau einer adäquaten Versorgungsstruktur für ältere, psychisch kranke Menschen. Dabei kann man auf das Wissen und die zum Teil langjährige Erfahrung einzelner Zentren zurückgreifen. Ein entscheidender Impuls zur Entwicklung der Gerontopsychiatrie kam aus Lausanne: Bereits 1968 wurde von Müller, Villa und Bircher das "Centre ambulatoire de psycho-gériatrie" eröffnet, nachdem fünf Jahre zuvor die Psycho-geriatriische Klinik ihre Pforten geöffnet hatte. 1974 wurde dann zusätzlich eine Tagesklinik in Betrieb genommen (4). 1976 entwickelte Müller das Prinzip der Sektorisierung für den Kanton Waadt als Schritt zur gemeindenahen Psychiatrie (5). Im Kanton Zürich spielte Albert Erlanger eine Vorreiterrolle beim Aufbau neuer Versorgungsstrukturen. 1979 eröffnete er den ersten gerontopsychiatrischen Beratungsdienst des Kantons in Wetzikon. Anfang 1983 wurde zusätzlich eine Alten-Tagesklinik eröffnet (6).

Zur Versorgung der Stadt Zürich eröffnete die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich 1996 das Gerontopsychiatrische Zentrum Hegibach (GPZ). Das GPZ hat den Auftrag, die Psychiatrieregion Zürich zu versorgen, im stationären Bereich den Sektor Ost. Im Versorgungsbereich Zürich leben ca. 60.000 Menschen über 65 Jahren, was einem Anteil von 23% an der Wohnbevölkerung entspricht.

Um diesem Versorgungsauftrag gerecht zu werden bietet das GPZ ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen an (Abbildung 2). Das Ambulatorium bietet psychiatrische Betreuung, teilweise auch mit Hausbesuchen, psychotherapeutische Behandlungen, Gesprächsgruppen, sozialarbeiterische Beratung und Unterstützung und im Rahmen einer Gedächtnissprechstunde Demenzabklärungen an. Als teilstationäre Einrichtung steht eine Tagesklinik mit 12 Plätzen zu Verfügung. Zugewiesen werden überwiegend depressiv Erkrankte zur Krisenintervention, um eine stationäre Aufnahme zu vermeiden, oder zur gestuften Entlassung, um den stationären Behandlungserfolg auszubauen und eine schnellere Entlassung zu ermöglichen. Der stationäre Bereich teilt sich in zwei Akutstationen mit jeweils 19 Betten auf. Eine Akutstation ist auf Demenzerkrankungen spezialisiert. Eingewiesen werden häufig mittelschwer bis schwer Demente mit Verhaltensstörungen. Neben der Diagnostik stehen Pharmako-, Milieuthherapie und Angehörigenberatung im Mittelpunkt der Behandlung. Die andere Akutstation ist für alle gerontopsychiatrischen Erkrankungen zuständig, bei denen keine dementielle Erkrankung im Vordergrund steht. Dabei liegt das Schwergewicht auf der Behandlung von Depressionen.

Die verschiedenen Angebote unter einem Dach sollen eine reibungslose Versorgungskette ermöglichen, um den Bedürfnissen des Kranken nach Selbständigkeit und einem weiteren Leben in seiner häuslichen Umgebung möglichst weit nachzukommen (7). Das soll abschliessend an einer Fall-Vignette gezeigt werden:

Frau D., eine gepflegte ältere Dame, Mitte 70, wurde unserer Tagesklinik wegen einer sich über 2 Jahre schleichend entwickelnden Depression zugewiesen. Sie war verwitwet, lebte alleine und hatte ein gutes Verhältnis zu ihrer, allerdings entfernt lebenden Tochter. Bei leichter Erschöpfbarkeit und deutlicher innerer Unruhe, konnte sie anfangs nur eingeschränkt am Programm der Tagesklinik teilnehmen. Im Verlauf stabilisierte sie sich wieder und trat auf eigenen Wunsch aus. Ca. 1 Jahr später wandte sie sich in leicht verschlechtertem Zustand an unser Ambulatorium. Unter ambulanter ärztlicher Betreuung blieb sie zunächst stabil. Dann entwickelte sich aber doch eine deutliche depressive Verstimmung, sodass wir sie stationär aufnehmen mussten. Unter stationären Bedingungen bildete sich die Depression wieder zurück. Nach Entlassung wurde sie weiter ambulant und tagesklinisch durch uns betreut und blieb unter diesen Bedingungen bisher rückfallfrei.

Literaturangaben:

- (1) Konrad und Ulrike Maurer: Alzheimer - Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit, Piper Verlag, München 1998.
- (2) Sigmund Freud (1905): Über Psychotherapie, Studienausgabe Ergänzungsband, Schriften zur Behandlungstechnik, S. Fischer Verlag, Frankfurt, 5. Korrigierte Auflage, 1997, Seite 116.
- (3) C. und K. Ernst: Das Schicksal abgewiesener Alterskranker, Schweiz. Med. Wschr. 105, Nr. 25, 1975, S.793-799.
- (4) R. Kaufmann: Betreuung von alterspsychiatrischen Patienten in einem multidisziplinären Zentrum, Z. Gerontologie, 14, 1981, S. 40-47.
- (5) C. Müller: Die Entwicklung vom Grossspital zur gemeindenahen Psychiatrie - ein Beispiel, Nervenarzt, 47, 1976, S.295-299.
- (6) A. Erlanger: Die Aufgabe des Verbleibs gerontopsychiatrischer Patienten in ihrer Umgebung - Erfahrungen mit direkter und indirekter Hilfestellung sowie mit flankierenden Massnahmen an einem psychiatrischen Zentrum in der Schweiz, aus: R. Radebold (Hrsg.): Gerontopsychiatrie, Janssen Symposien, 1984.
- (7) U. Schreiter Gasser und M. Steiner: Gerontopsychiatrie als Spezialgebiet, Geriatrie Praxis 3, 1999, S. 31-36.