

chisch kranker älterer Menschen zu befassen. Von ihnen leiden derzeit immerhin zwischen 792 000 und 1,1 Millionen an einer dementiellen Erkrankung.

Professor Dr. med.
Klaus Oesterreich, Leiter der
Sektion Gerontopsychiatrie
Psychiatrische Klinik am
Klinikum der Universität
Voßstraße 4, 6900 Heidelberg 1

Stellungnahme II

Nach sorgfältigem Studium des von Herrn Kollegen Tölle verfaßten Artikels kann der Eindruck entstehen, die Probleme der psychischen Krankheiten im seneszenten Erwachsenenalter seien zumindest weitgehend gelöst. Diese Auffassung ist zwar weit verbreitet, sie ist jedoch als unzutreffend zu bezeichnen. Folgende Punkte sind hierzu anzuführen:

1. Aus sehr gut belegten epidemiologischen Studien aus den USA und England geht eindeutig hervor, daß die (nach Tölle) senile Demenz (internationales Schrifttum: Demenz vom Alzheimer-Typ) zwar nicht die einzige, so doch aber die häufigste psychische Erkrankung des seneszenten Erwachsenenalters ist. Zur „Hirnarteriosklerose“ wird im internationalen Schrifttum vermerkt, daß es sich hierbei wohl um die am häufigsten gestellte medizinische Fehldiagnose handelt.

2. Es ist sicher zutreffend, daß sich die Versorgung alter Menschen in den letzten Jahren verbessert hat. Daß sie weiter verbesserungsbedürftig ist, steht außer Frage. Anderenfalls besteht die Gefahr, daß sich Versorgungsmaßnahmen in einer gegenwärtig (noch) viel zu häufig praktizierten „Unterbringungspsychiatrie“ erschöpfen. Verbesserung der Versorgung muß aber auch beinhalten die Bereitstellung eines breitgefächerten Arsenal differentialdiagnostischer Möglichkeiten, wie

dies bereits in anderen Ländern gerade in der Alterspsychiatrie geschieht. Hier sind in erster Linie moderne Untersuchungstechniken, wie zum Beispiel die Positronen-Emissionstomographie zur Messung von Hirndurchblutung und Hirnstoffwechsel, die NMR-Tomographie oder die Bestimmung von Neurotransmittern im Liquor cerebrospinalis zu nennen, die es ermöglichen, somatische Veränderungen im Gehirn zu erfassen. Es ist bedrückend, feststellen zu müssen, daß in der Bundesrepublik weder die „hardware“ noch die „software“ zur Verfügung stehen, um den Bedürfnissen psychisch kranker alter Menschen gerecht zu werden.

3. Untersuchungsergebnisse auf morphologischen, morphobiologischen, pathophysiologischen und pathobiochemischen Gebieten, ergänzt durch die Resultate psychometrischer Untersuchungen, ermöglichen heute, eine Reihe ätiopathogenetischer Definitionen bei psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter zu formulieren. Bei der Suche nach den Ursachen psychischer Erkrankungen im seneszenten Erwachsenenalter herrscht durchaus nicht der Fatalismus, wie er für die Ursachensuche psychischer Erkrankungen im adulten Erwachsenenalter angenommen werden dürfte. Insofern besteht ein deutlicher Unterschied zur Psychiatrie des mittleren Lebensalters.

4. Bei der Behandlung zerebraler Alterserkrankungen sind die Erkenntnisse somatischer Hirnforschung und die im Alter veränderte Pharmakokinetik zu berücksichtigen, um verhängnisvolle Folgen von vornherein auszuschließen. Als ein Beispiel sei hier der Einsatz den Hirnstoffwechsel beeinflussender Psychopharmaka angeführt.

Abschließend bleibt zu sagen, daß Herrn Kollege Tölle Dank dafür gebührt, aus der Sicht des Psychiaters überhaupt einmal eine

Standortbestimmung der Alterspsychiatrie formuliert zu haben. Der Titel hätte allerdings erweitert werden sollen in „Alterspsychiatrie heute in der Bundesrepublik – Standortbestimmung und Negativbilanz“.

Professor Dr. med.
Siegfried Hoyer
Arbeitsgruppe Hirnstoffwechsel
im Institut für Pathochemie
und Allgemeine Neurochemie
der Universität Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 220/221
6900 Heidelberg

Schlußwort

Ein kurzer Artikel im DEUTSCHEN ARZTEBLATT kann nicht alles bringen, was die verschiedenen Leser erwarten, insbesondere nicht bei einem weit gespannten Thema wie Alterspsychiatrie. Was K. Oesterreich und S. Hoyer ergänzend beitragen, sei dankbar begrüßt, insbesondere die Anmerkungen zur Demenzforschung und zur Versorgungssituation. Wenn kritisch angemerkt wird, daß die „Europäische Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie“ unerwähnt blieb, ist hier nachzutragen, daß diese Gesellschaft in Zusammenarbeit mit einigen speziellen klinisch-gerontopsychiatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik wesentlich zur Förderung dieses medizinischen Gebietes beigetragen hat. Nachgeholt sei an dieser Stelle auch der Hinweis darauf, daß die früheste Monographie in deutscher Sprache von F. W. Bronisch stammt (Die psychischen Störungen des älteren Menschen, 1962).

Meine Anmerkung, die Alterspsychiatrie habe etwas nachgeholt, bezog sich auf die in den folgenden Sätzen kurz skizzierte gerontopsychiatrische Nosologie. Auch wenn S. Hoyer noch einmal auf Verbreitung und Bedeutung organischer Hirnkrankheiten im Alter hinweist (wer wollte das bestreiten?), muß, klinisch gesehen,

auf die bisher noch weniger beachteten Konfliktreaktionen und Neurosen, Depressionen und andere Psychosen im Alter unbedingt ebenso nachdrücklich hingewiesen werden.

Gehört die Alterspsychiatrie zur Psychiatrie, oder ist sie ein eigenes medizinisches Arbeitsgebiet? Die Antwort hängt von der Frage- richtung ab und berührt die Problematik der Spezialisierung in der Medizin überhaupt. Natürlich soll die Berechtigung spezialisierter Arbeitsgemeinschaften und Institutionen nicht in Frage gestellt werden; ebenso wenig kann man den gerontopsychiatrischen Arbeitsbereich aus der Psychiatrie ausklammern. Im Gegenteil: es ist zu fordern, daß der Psychiater sich mehr um die Gerontopsychiatrie bemüht (von diesem Anliegen ging mein Aufsatz aus). Wenn wir heute mit guten Gründen davon ausgehen, daß auch Nicht-Psychiater, insbesondere Allgemeinärzte und Internisten, an der

Behandlung psychisch Kranker in den gesetzten Grenzen zu beteiligen sind, kann auch die psychiatrische Gerontologie in der Zukunft nicht mehr von wenigen Spezialisten bewältigt werden; hierfür sprechen auch die von K. Oesterreich angegebenen Zahlen.

Auch was die Diagnostik und Therapie psychisch kranker alter Menschen anbetrifft, hängt es von der Blickrichtung ab, ob man die Unterschiede gegenüber der Versorgung von Patienten im mittleren Lebensalter betont oder aber die Gemeinsamkeiten herausstellt. Gerade die von S. Hoyer erwähnte Dosierung von Psychopharmaka ist ein geeignetes Beispiel für meine These, daß sich die Gerontopsychiatrie im Prinzip (!) der gleichen Methoden bedient wie die Psychiatrie insgesamt, was im übrigen auch für psychotherapeutisches Vorgehen gilt.

Soll man nun mehr Mißstände und Rückstände in der Gerontopsych-

iatrie beklagen oder auch einmal darauf hinweisen, daß etwas erreicht wurde? Beides trifft zu. Die gerontopsychiatrische Versorgung ist in der Bundesrepublik heute besser als vor 20 Jahren, aber immer noch schlechter als zum Beispiel in Großbritannien oder Skandinavien.

Die Entwicklung der Alterspsychiatrie (so der ursprüngliche Titel meines Aufsatzes) ist noch nicht so weit fortgeschritten, daß eine Zwischenbilanz möglich wird. Der Versuch einer Standortbestimmung soll aber, hierin stimmen die Meinungen überein, die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft auf ein großes und weiter zunehmendes Arbeitsgebiet hinlenken.

Professor Dr. med.
Rainer Tölle
Klinik für Psychiatrie
der Universität Münster
Albert-Schweitzer-Straße 11
4400 Münster

FÜR SIE GELESEN

Knochenmineralgehalt von amenorrhöischen und eumenorrhöischen Frauen

Ziel der Studie war es herauszufinden, ob der Östrogenmangel bei 14 amenorrhöischen Athletinnen von einem umschriebenen Knochenmassenverlust begleitet ist. Zum Vergleich wurden 14 eumenorrhöische Athletinnen herangezogen. Beide Gruppen entsprachen sich in den Auswahlkriterien Alter, Größe, Gewicht, Sportart und Trainingsprogramm. Die Knochenmasse wurde mittels Doppel- und Einfachphotonentechnik an der Lendenwirbelsäule (L₁ bis L₄) und an zwei Stellen des Unterarms bestimmt.

Die Mineraldichte der Wirbelkörper war in der Amenorrhöe-Gruppe mit durchschnittlich 1,12 Gramm pro Quadratzentimeter si-

gnifikant niedriger als in der Eumenorrhöe-Gruppe mit 1,3 Gramm pro Quadratzentimeter. Es gab jedoch keinen signifikanten Unterschied bei den Messungen am Unterarm. Bei vier Venenblutentnahmen in jeweils einwöchigen Abständen ergaben die radioimmunologischen Bestimmungen in der Amenorrhöe-Gruppe sowohl eine niedrigere mittlere Östrogen- als auch Progesteronkonzentration.

Eine dreitägige Beobachtung der Essensgewohnheiten erbrachte keinen signifikanten Unterschied bei Nahrungsaufnahme und Kalziumzufuhr. Beide Gruppen unterschieden sich nicht signifikant im Gehalt an Körperfett, Alter der Menarche, Jahren der Ausübung des Sports, Trainingshäufigkeit und -dauer, jedoch in der Kilometerzahl, die pro Woche gelaufen wurde.

Die bei Athletinnen beobachtete Amenorrhöe ist von einem Abfall der Mineraldichte der Lendenwirbelsäule begleitet. Die Autoren wollen nicht sagen, daß diese Ergebnisse amenorrhöische Frauen davon abhalten sollen, ihren Sport weiter zu betreiben. Vielmehr seien weitere Untersuchungen erforderlich, insbesondere auch bei solchen Frauen, die andere Sportarten ausüben, vor allem solche, bei denen es weniger darauf ankommt, daß der Fettanteil des Körpergewebes niedrig gehalten wird, oder bei denen es besondere Belastungen der Wirbelsäule gibt. Auch müßten Untersuchungen auf andere Skelettbereiche ausgedehnt werden. wie

Drinkwater, B. L., Nilson, K., Ches, Ch. H. et al.: Bone Mineral Content of Amenorrhöic and Eumenorrhöic Athletes. N. Engl. J. Med. 311 (1984) 277-281. Dr. Drinkwater, Department of Kinesiology DX-10, University of Washington, Seattle WA 98159