

Formation spécifique en Médecine Générale
Universität Luxembourg

Die Rolle des Allgemeinmediziners in der Betreuung depressiver geriatrischer Patienten

Travail de fin d'études
Dr. med. Pamela Frisch

Promoteur: Dr. Daniel Mart
Co-Promoteur: Dr. Carine Federspiel
Jury: Dr. Siggy Rausch
Dr. Marion Pieger
Dr. Germain Wagner

2016

1 Danksagung

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen der Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner an der Universität Luxembourg unter der Leitung von Dr. Daniel Mart und Dr. Carine Federspiel angefertigt. Ihnen gilt mein besonderer Dank für die stete Diskussionsbereitschaft und wertvolle Unterstützung bei der Erstellung dieser Abschlussarbeit. Besonderen Dank gilt ebenfalls den Mitgliedern des Prüfungskomitees Dr. Siggy Rausch, Dr. Marion Pieger und Dr. Germain Wagner.

Großen Dank gilt dem ganzen Team der Zitha Senior Gruppe, insbesondere Dr. Carine Federspiel und dem psychologischen Team unter der Leitung von Jean-Paul Steinmetz (PhD) sowie allen Bewohnern und Mitarbeitern der Seniorenheime St. Jean de la Croix, St. Zithe Contern, St. Joseph Contern und St. Joseph Petange, die mich in meiner Idee diese Arbeit zu schreiben unterstützt haben. Ohne ihre Mitarbeit wäre die Verfassung eines derzeit eingereichten Artikels über die Prävalenz und Therapie der Depression und Schmerzsymptomatik bei geriatrischen Langzeitbewohnern in Luxembourg nicht möglich gewesen.

Außerdem möchte ich allen Referenten des Fachbereiches Allgemeinmedizin der Universität Luxembourg und dem Sekretariat, geleitet von Frau Christine Valet, danken. Besonders will ich mich an dieser Stelle bei meinem Mann Stefan, meinem kleinen Sohn Björn und bei meinen Eltern für die immerwährende Unterstützung und Geduld bedanken.

2 Inhaltsverzeichnis

1	Danksagung	2
2	Inhaltsverzeichnis	3
3	Abkürzungsverzeichnis	5
4	Abstract.....	6
5	Ziel der Arbeit	7
6	Einleitung	8
7	Material und Methoden	9
8	Ergebnisse.....	11
8.1	Ergebnisse der durchgeführten Studie zur Altersdepression und der medikamentösen Therapie bei Langzeitbewohnern in Luxembourg	11
8.2	Ergebnisse der Literaturrecherche zum Thema der Altersdepression	15
8.2.1	Einteilung der depressiven Erkrankungen im Alter	15
8.2.2	Epidemiologie.....	17
8.2.3	Symptomatik der Altersdepression und die Diagnostik nach ICD10 und DSMV.....	17
8.2.4	Somatische Symptome der Altersdepression	20
8.2.5	Suizidalität beim geriatrischen Patienten	22
8.2.6	Diagnostik der Depression beim älteren Patienten anhand von Skalen	24
8.2.7	Differentialdiagnosen der Altersdepression	26
8.2.8	Risikofaktoren und somatische Folgeerkrankungen der Altersdepression.....	30
8.2.9	Prävention der Altersdepression.....	33
8.2.10	Therapie der Altersdepression in der Allgemeinmedizin: Allgemeine Richtlinien zur Betreuung des depressiven geriatrischen Patienten	35
8.2.11	Medikamentöse Therapie unter Berücksichtigung jeweiliger Komorbiditäten geriatrischer Patienten	40
8.2.11.1	Nebenwirkungen von Antidepressiva, insbesondere bei geriatrischen Patienten	46
8.2.11.2	Kontrolluntersuchungen während der antidepressiven Therapie	50
8.2.11.3	Dosiserhöhung bei initial mangelnder Besserung	50
8.2.11.4	Umändern der antidepressiven Medikation einer Substanzklasse auf eine andere (Switching).....	50
8.2.11.5	Vorgehen beim Absetzen der antidepressiven Medikation	51

8.2.12	Nicht-medikamentöse Therapiemöglichkeiten.....	52
9	Diskussion	55
10	Zusammenfassung	58
11	Literaturverzeichnis	59
12	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	69
13	Anhang	70
13.1	Geriatric Depression Scale	70
13.2	PHQ-9 Skala	73
13.3	Cornell Depressions Skala bei dementen Patienten	74
13.4	WHO 5 Fragebogen zum Wohlbefinden	75
13.5	Die Depression im Alter-Skala (DIA-S)	76

3 Abkürzungsverzeichnis

AD	Antidepressivum
ADH	Antidiuretisches Hormon
DIA-S	Depression im Alter-Skala
DSMV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKG	Elektrokardiogramm
GDS	Geriatric Depression Scale
HWZ	Halbwertszeit
ICD10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
NSMRI	Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer
PSD	Post-Stroke-Depression
SNRI	Selektive-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SSNRI	Selektive-Serotonin und Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmer
SSRI	Selektive-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
TZA	Tri- und tetrazyklische Antidepressiva
ZNS	Zentrales Nervensystem

4 Abstract

Background: Depression is a very common condition in geriatric patients. Despite this knowledge it is often under-diagnosed and under-treated. Late-life depression differs in many ways from depression earlier in the lifespan. Knowledge of how age changes the symptoms, specific risk factors as well as the response to treatments, treatment options and comorbidities in geriatric depressed patients is mostly important to the general practitioner, as first line care-taker. Depression affects patients' motivation, self-esteem and self-efficacy and may decrease their adherence to medical treatments. In addition to this, depression in geriatric patients is associated with many somatic diseases and leads to frequent medical visits, to a higher consumption of medication in general and to an increased cost of health services.

Methods: The present dissertation is mainly a literature review using online research tools as PubMed, UpToDate, DynaMed as well as common online search tools focusing on late-life depression and the role of the general practitioner in charge. Secondly I present recent findings from our study concerning the prevalence and the association of depression and pain in geriatric long-term care residents in Luxembourg.

Results: Late-life depression is a complex clinical problem. I show current guidelines and research data concerning the handling of depression in geriatric patients with focusing on the diagnosis, differential diagnosis and specificities regarding the symptoms of late-life depression, risk factors, preventive factors, suicide in late age, comorbidities and treatment in general medicine. Recent findings from Luxembourg showed that 51% of the surveyed long-term residents were treated with antidepressants, whereas 38.1% were classified as depressed. Interestingly, 16.5% of the long-term residents were depressed but were without appropriate antidepressant treatment. We also found that depressed patients suffered more from pain, required a higher number of different pain relievers and more potent analgics than patients without late-life depression.

Conclusion: The high prevalence and particularities and characteristics of late-life depression need special attention in the first line treatment by the general practitioner as well as the surrounding family and caregivers.

Keywords: Depression, age, geriatric patients, primary health care, general practitioner, diagnosis, risk factors, prevention, suicide, antidepressants, psychotherapy.

5 Ziel der Arbeit

Im Rahmen dieser Arbeit werde ich einen umfassenden Einblick in den Stand der Literatur und der Forschung zur Altersdepression geben und auf die Rolle des Allgemeinmediziners bei der Prävention, Diagnostik und Therapie dieser Pathologie eingehen. Ziel dieser Arbeit ist es auf die Besonderheiten der Depression beim geriatrischen Patienten einzugehen und die Notwendigkeit der umfassenden Betreuung durch den Hausarzt zu erläutern. Ich werde zunächst auf die Epidemiologie der Altersdepression eingehen und herausarbeiten, warum die Altersdepression eine zunehmende Rolle in unserer Gesellschaft spielt. Insbesondere werde ich auf die leitliniengerechte Diagnostik der Altersdepression anhand verschiedener Testmöglichkeiten in der Allgemeinmedizin eingehen sowie die Vielfältigkeit der Symptome herausarbeiten. Thema werden ebenfalls die möglichen Differentialdiagnosen sowie die Leitlinien zum systematischen Ausschluss möglicher organischer Ursachen sein. Außerdem werde ich Komorbiditäten und Risikofaktoren beleuchten und die Möglichkeiten zur Prävention der Altersdepression untersuchen. Weitere Kapitel werden die Wahl der adäquaten Medikation nach evidenzbasierter Studienlage und die jeweiligen Nebenwirkungsspektren der Antidepressiva behandeln. Weitere wichtige Themen sind die nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten und die Richtlinien zur Betreuung des betroffenen Patienten. Die wichtigsten „Take Home Messages“ für den Allgemeinmediziner werde ich in den jeweiligen Kapiteln farbig unterlegt darstellen.

Während meiner Weiterbildung zum Allgemeinmediziner konnte ich zudem an einer retrospektiven Studie zur Altersdepression unter der Leitung von Dr. Carine Federspiel (Zitha Senior Luxembourg) und Jean-Paul Steinmetz, PhD (Zitha Senior Luxembourg) mitarbeiten. Ich werde somit auch einen Teil der Ergebnisse dieser Studie zur Prävalenz der Altersdepression sowie den Zusammenhang der Depression und der Schmerzsymptomatik bei Seniorenheimbewohnern in Luxembourg darstellen. Die Ergebnisse wurden auf dem Kongress der European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS), Norwegen, Oslo, im September 2015 präsentiert und sind derzeit zur weiteren Veröffentlichung eingereicht (1,2).

6 Einleitung

Obwohl es weitgehend bekannt ist, dass unsere Gesellschaft zunehmend altert und Depressionen im Alter die häufigste psychische Erkrankung ist, werden etwa 50% der Altersdepressionen nicht diagnostiziert (3,4) und ein Viertel der diagnostizierten Fälle nicht oder nicht adäquat therapiert (5). Oft werden die vielfältigen Symptome der Altersdepression nicht als solche erkannt oder missinterpretiert (6,7). Immer noch wird häufig angenommen, dass es zum Alter dazugehört, schlechter zu schlafen, sich sozial zu isolieren und, dass der Appetit, die Lebensfreude sowie der Antrieb abnehmen. In über 80% der Fälle, in denen eine Altersdepression behandelt wird, wird dies vom behandelnden Allgemeinmediziner durchgeführt (8,9). Es ist somit für den betreuenden Allgemeinmediziner unabdingbar, die leitliniengerechten medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapien anzuwenden sowie gute Kenntnisse über mögliche Komplikationen und Nebenwirkungen, insbesondere beim geriatrischen Patienten, zu haben. Da der Hausarzt im engsten Kontakt mit dem geriatrischen Patienten steht, oft durch eine langjährige Betreuung im ambulanten Bereich oder in der Langzeitpflege, genießt er großes Vertrauen beim Patienten und kann bei sorgfältigem Vorgehen eine erfolgreiche Therapie durchführen. In meiner Arbeit werde ich in übersichtlicher Form die für den Hausarzt nötigen Informationen zur Altersdepression zusammenfassen, um die Betreuung dieser Patienten zu erleichtern.

- Eine depressive Grundstimmung gehört nicht zum Altern dazu.
- Die Hälfte aller Altersdepressionen werden nicht diagnostiziert und ein Viertel der diagnostizierten Fälle nicht oder nicht adäquat therapiert.

7 Material und Methoden

Diese Arbeit beinhaltet zwei Themen:

- a) **Studie zur Prävalenz von Depressionen und Schmerzen geriatrischer Patienten in luxembourger Seniorenheimen.**
- b) **Literaturrecherche anhand von wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Fachbüchern, Dissertationen, Statistiken, Artikeln aus der Fach- und Tagespresse, Sonderdrucken und Monographien.**

Die in dieser Arbeit vorgestellte Studie zur Prävalenz von Depressionen, deren Therapie, der Wahrnehmung und Therapie von Schmerzen sowie zu dem Zusammenhang dieser beiden Symptomkomplexe, wurde im Jahr 2015 unter der Leitung von Dr. Carine Federspiel (Zitha Senior Luxembourg) und Jean-Paul Steinmetz, PhD (Zitha Senior Luxembourg) durchgeführt. Alle Patienten wurden über die Studie informiert und gaben ihre Zustimmung zur Teilnahme. Die Studie wurde von einer internen Ethikkommission genehmigt. Die Studie wurde an insgesamt 194 Bewohnern (56 Männer, 138 Frauen) aus vier verschiedenen Seniorenresidenzen in Luxembourg durchgeführt. Das mittlere Alter war 84 Jahre. Ausschlusskriterien waren Dysphasie, schwerwiegende Hypoakusis und ein Mini Mental-State Test mit einem Wert von unter 16. Die medizinischen Daten wurden retrospektiv untersucht und Alter, Geschlecht, Mini Mental-State und die aktuelle antidepressive sowie analgetische Medikation erfasst. Zum Screening auf Depression wurde die 5 Punkte geriatrische Depressionsskala (GDS5, siehe Anhang) benutzt. Ein Wert von ≥ 2 ist vereinbar mit einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik. Die empfundenen Schmerzen wurden anhand der DoloPlus Skala (10–12) erfasst. Wir ermittelten die aktuelle Schmerzmedikation, die Anzahl an verschiedenen parallel verschriebenen Analgetika sowie die Potenz der eingenommenen Schmerzmedikamente nach WHO Stufenschema. Es wurden jeweils nur die Patienten als chronische Schmerzpatienten in die Auswertung aufgenommen, bei denen ein Analgetikabedarf von mehr als 8 mal in den letzten 4 Wochen bestand. Die statistischen Auswertung wurde mittels Varianzanalyse (ANOVA) und Chi-square Tests durchgeführt. P-Werte < 0.05 wurden als statistisch signifikant klassifiziert. Beim benutzten Statistikprogramm handelte es sich um SPSS (Version 17.0; SPSS, Inc., Chicago, IL).

Zur Identifizierung von online-Artikeln zum Thema Depression beim geriatrischen Patienten ist die computerisierte Datenbank für medizinische Fachartikel MEDLINE (PubMed), UpToDate, Google scholar und DynaMed ab dem 1. März 2015 durchsucht worden. Artikel aus der deutschsprachigen Fachpresse wurden mittels Internetrecherche der gängigen Suchmaschinen identifiziert.

Die benutzten Schlagwörter lauteten: Depression beim älteren Patienten, Depression in der Geriatrie, Leitlinie Depression, Altersdepression, depression and geriatrics, depression and elderly, depression and long-term residents, depression and treatment, antidepressants, antidepressants and geriatrics, depression and older adults, pharmacotherapie depression, differential diagnosis of depression, screening for depression, prevalence and depression in the elderly, depression and somatic comorbidity, depression and diabetes, depression and cardiac comorbidity, post stroke depression, suicide in the elderly, prevention of depression in the elderly, exercise in depression, psychotherapy in depression of the elderly.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden mit dem Literaturverwaltungsprogramm Zotero verwaltet.

8 Ergebnisse

8.1 Ergebnisse der durchgeführten Studie zur Altersdepression und der medikamentösen Therapie bei Langzeitbewohnern in Luxembourg

In einer rezenten Studie aus Luxembourg konnten wir nachweisen, dass geriatrische Patienten aus Seniorenheimen in 38% der Fälle als depressiv klassifiziert werden konnten (Siehe Abbildung 1). Diese Studie wurde anhand von 194 Langzeitbewohnern mit einem mittleren Alter von 84 Jahren durchgeführt und untersuchte sowohl die Prävalenz der Depression anhand der 5 Punkte-geriatrischen Depressionsskala (GDS5) wie auch die jeweilige Therapie auf ihre Wirksamkeit (1). Erstaunlicherweise erhielten insgesamt mehr als 50% aller Bewohner eine medikamentöse antidepressive Therapie. In etwa 30 % der Fälle zeigten die Patienten mit antidepressiver Therapie keine depressiven Symptome mehr und wurden somit adäquat mit einem Antidepressivum therapiert. Hingegen wiesen mehr als 20% der Bewohner trotz medikamentöser Therapie noch klinisch relevante Symptome der Altersdepression laut GDS5 Skala auf. 16% der Bewohner erhielten erstaunlicherweise trotz diagnostizierter Depression keine Therapie mit Antidepressiva (1,2).

Dies zeigt, dass viele Patienten mit eindeutiger Depression nicht behandelt werden und dass in vielen Fällen die verordnete antidepressive Therapie nicht adäquat ist.

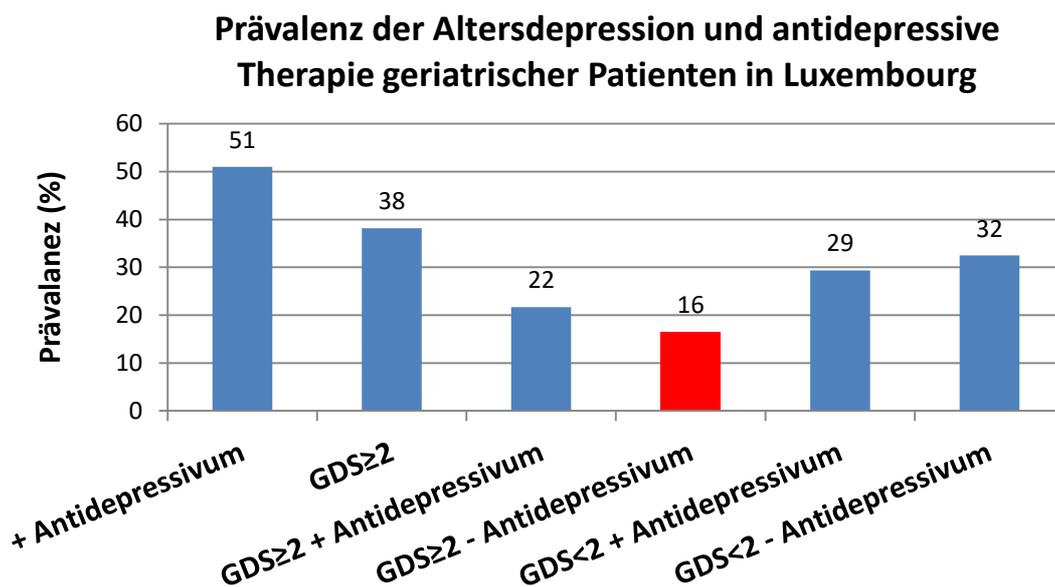


Abbildung 1: Prävalenz der Altersdepression und medikamentöse Therapie geriatrischer Patienten in Seniorenheimen in Luxembourg. GDS5 (5 Punkte-geriatrische

Depressionsskala). Werte ≥ 2 weisen die Diagnose der Altersdepression nach. Patienten mit Werten < 2 in der GDS5 werden als nicht depressiv klassifiziert. N=194 Bewohner. Modifiziert nach (1,2).

Es ist darauf hinzuweisen, dass in dieser Studie nur die medikamentöse antidepressive Therapie evaluiert wurde und nicht auf psychotherapeutische oder sonstige Therapiemöglichkeiten eingegangen wurde. Nichtsdestotrotz zeigen unsere Studienergebnisse auf regionaler Ebene, wie häufig die Depression beim älteren Patienten ist und wie wichtig und oftmals auch schwierig eine ausreichende Therapie ist (1,2).

- Auch in Luxembourg ist die Prävalenz der Altersdepression unter Heimbewohnern mit 38% sehr hoch.
- Mehr als 50% der Bewohner stehen unter antidepressiver Medikation.
- 16% der Bewohner wurden trotz Depression nicht medikamentös therapiert.

In unserer Studie untersuchten wir ebenfalls die Komorbidität von Schmerzen und Depressionen und die Auswirkungen auf die analgetische Medikation (1,2). Interessanterweise konnten wir zeigen, dass depressive Patienten stärkere Schmerzen empfinden (ermittelt durch den DoloPlus Score) (Abbildung 2) sowie mehr (Abbildung 3) und auch potentere Schmerzmittel (Abbildung 4) benötigen.

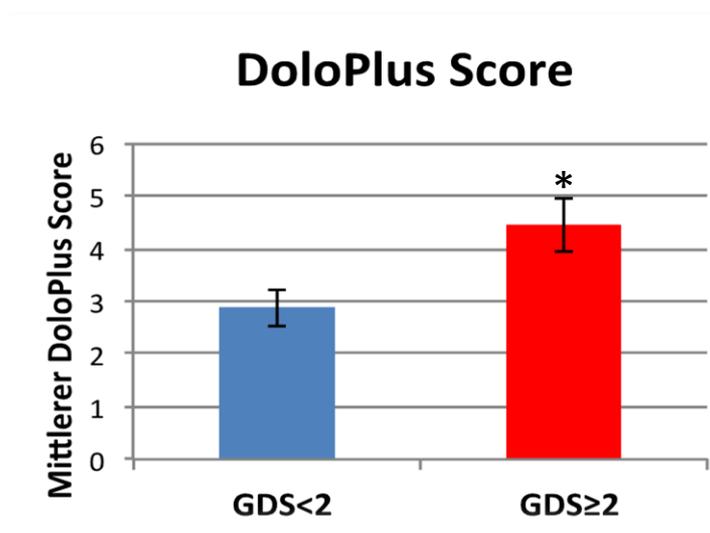


Abbildung 2: Schmerzwahrnehmung depressiver geriatrischer Patienten in Seniorenheimen in Luxembourg. Depressive Patienten empfinden stärkere Schmerzen. Die

Schmerzwahrnehmung wurde anhand der Doloplus Skala ermittelt. Je höher der Wert, umso stärker die Schmerzen. Dargestellt sind die DoloPlus Werte nicht depressiver Patienten ($GDS5 < 2$) und depressiver Patienten ($GDS5 \geq 2$). Die Fehlerbalken zeigen den Standardfehler des Mittelwertes. $GDS5 \geq 2$ $n=73$, $GDS5 < 2$ $n=119$. One-way ANOVA, $F_{(1,191)}=6.81$ (* $p=.01$). Modifiziert nach (1,2).

Mittlere Anzahl der Analgetika

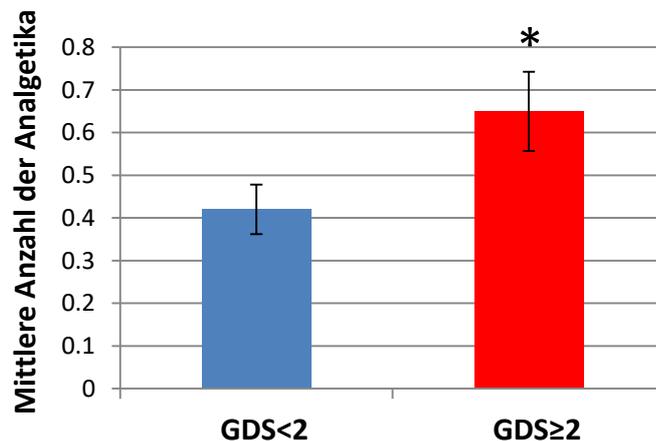


Abbildung 3: Depressive geriatrische Langzeitbewohner aus Luxemburg benötigen signifikant mehr Schmerzmedikation. Dargestellt sind die jeweilige mittlere Anzahl der verschiedenen Analgetika zum Zeitpunkt der Auswertung nicht depressiver Patienten ($GDS5 < 2$) im Vergleich zu depressiven Patienten ($GDS5 \geq 2$). Die Fehlerbalken zeigen den Standardfehler des Mittelwertes. $GDS5 \geq 2$ $n=74$, $GDS5 < 2$ $n=119$. One-way ANOVA, $F_{(1,192)}=4.85$ (* $p=.03$). Modifiziert nach (1,2).

Potenz der verordneten Analgetika

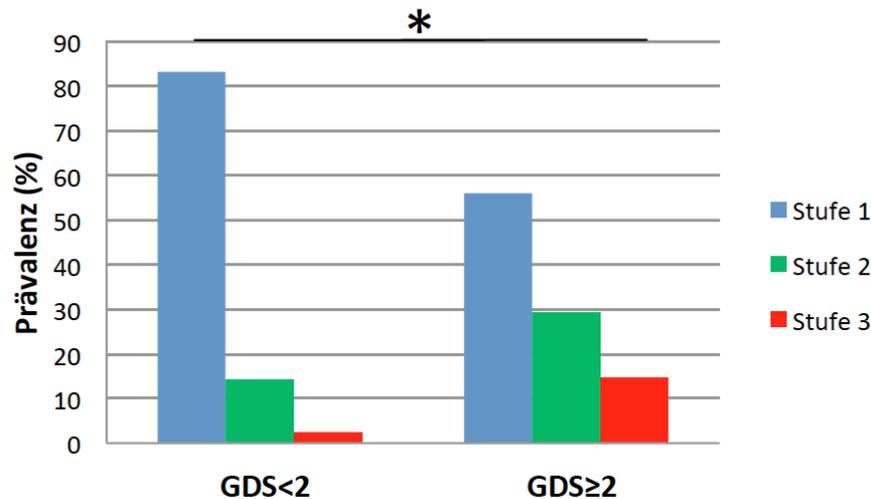


Abbildung 4: Depressive geriatrische Langzeitbewohner aus Luxemburg benötigen signifikant potentere Analgetika. Dargestellt ist die Prävalenz (%) der Patienten mit einer analgetischen Therapie nach WHO-Stufenschema. Verglichen wurden nicht depressive Patienten ($GDS5 < 2$) mit depressiven Patienten ($GDS5 \geq 2$).

Stufe 1=nicht Opiodanalgetika.

Stufe 2=niederpotente Opioide.

Stufe 3=hochpotente Opioide.

$GDS5 < 2$ Stufe 1 $n=35$, $GDS < 2$ Stufe 2 $n=6$, $GDS5 < 2$ Stufe 3 $n=1$, $GDS5 \geq 2$ Stufe 1 $n=19$, $GDS5 \geq 2$ Stufe 2 $n=10$, $GDS5 \geq 2$ Stufe 3 $n=5$.

$X^2_{(2)}=7.65$, $*p=.02$. Modifiziert nach (1,2).

- Depressive geriatrische Patienten empfinden stärkere Schmerzen.
- Depressive geriatrische Langzeitbewohner benötigen nicht nur mehr, sondern auch potentere Schmerzmittel.

8.2 Ergebnisse der Literaturrecherche zum Thema der Altersdepression

8.2.1 Einteilung der depressiven Erkrankungen im Alter

In meiner Arbeit werde ich mich hauptsächlich auf die unipolare depressive Störung, d.h. depressive Symptomatik ohne manische Phasen, beschränken. In Liste 1 und Liste 2 sind die Hauptkategorien depressiver Störungen nach ICD10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) bzw. DSMV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V) aufgelistet. Die Diagnostik nach ICD10 ist in Europa die gebräuchliche Variante.

Monophasische Depressionen zeichnen sich durch die Hauptmerkmale: depressive, gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit bzw. Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung aus. Es treten keine Phasen gehobener, euphorischer oder gereizter Stimmungslage auf, wie dies bei bipolaren Störungen wie der Manie, der Hypomanie, der Zykllothymie bzw. in gemischt manisch depressiven Phasen der Fall ist (13).

Man unterscheidet nach ICD10 eine Schweregradunterscheidung von *leichten* (F32.0), *mittelgradigen* (F32.1) und *schweren* (F32.2) *depressiven Episoden*. Der Schweregrad richtet sich nach der Anzahl der erfüllten Haupt- und Zusatzsymptome (siehe Kapitel 8.2.3). Rezidivierende depressive Störungen charakterisieren sich durch mindestens zwei depressive (leichte, mittelgradige oder schwere) Episoden.

Interessanterweise wird die leichte und mittelgradige Depression im DSMV zu der Diagnose „andere/nicht spezifizierte depressive Störungen“ gezählt.

Liste 1: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) (14,15).

F32	Depressive Episode
F32.0	Leichte Episode
F32.1	Mittelgradige Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F33	Rezidivierende depressive Störungen
F33.0	Aktuell leichte Episode
F33.1	Aktuell mittelgradige Episode
F33.2	Aktuell schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Aktuell schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F34	Anhaltende affektive Störungen
F34.1	Dysthymia
F38	Sonstige affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Liste 2: Hauptkategorien geriatrisch relevanter affektiver Störungen nach DSMV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V).

- 1) Schwere depressive Störung
- 2) Anhaltende depressive Störung (min. 2 Jahre)
- 3) Substanz-induzierte depressive Störung
- 4) Depressive Störung aufgrund einer anderen Erkrankung
- 5) Andere/nicht spezifizierte depressive Störungen (auch leichte bis mittelschwere Depressionen)

8.2.2 Epidemiologie

Depressionen sind mit einer Prävalenz zwischen 10 und 30% je nach Studie und Schweregrad sehr häufig beim geriatrischen Patienten und treten etwas häufiger bei Frauen auf (3,16–18). Bei den älteren geriatrischen Patienten steigt die Prävalenz einer Depression sogar bis zu 25% bei über 85 Jährigen und bis zu 50% in über 90 Jährigen (6). In Senioren- und Pflegeheimen ist sie mit einer Prävalenz bis zu 42% sogar noch häufiger im Vergleich zu geriatrischen Patienten, welche nicht in Heimen leben (7,17,19).

➤ Depressionen sind allgemein häufig beim geriatrischen Patienten, jedoch noch weitaus häufiger beim Heimbewohner.

8.2.3 Symptomatik der Altersdepression und die Diagnostik nach ICD10 und DSMV.

In folgendem Abschnitt werde ich auf die Symptome der Altersdepression nach ICD10 und DSMV eingehen. Neben der Einteilung nach Schweregraden werden ich die häufig im Vordergrund stehenden somatischen Symptome der Altersdepression beschreiben.

Zur Diagnosestellung der depressiven Episode nach ICD10 müssen die im folgenden erläuterten Kriterien erfüllt sein (13,20). Eine schwere Episode kennzeichnet sich durch drei Hauptsymptome und mindestens vier Nebensymptome aus (siehe Liste 3). Leichte depressive Episoden können bei zwei Hauptsymptomen und zwei Nebensymptomen diagnostiziert werden. Eine mittlere depressive Episode stellt sich aus zwei Hauptsymptomen und drei bis vier Nebensymptomen zusammen. Die Dysthymie ist dagegen eine über zwei Jahre andauernde Verstimmung, die jedoch nicht die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt.

Die Kriterien für die Diagnose einer depressiven Störung nach ICD10 sind in folgender Liste dargestellt.

Liste 3 : Kriterien der Depression nach ICD10 (13,20,21)

Hauptsymptome:

1. Depressive, gedrückte Stimmung
2. Interessenverlust und Freudlosigkeit (Anhedonie)
3. Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit (oft selbst nach kleinen Anstrengungen) und Aktivitätseinschränkung (Apathie)

Zusatzsymptome:

1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
2. Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
6. Schlafstörungen, frühmorgentliches Erwachen
7. Verminderter Appetit

Meistens beschreiben die Patienten ihre **Stimmungslage** nicht direkt als depressiv, sondern es werden Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung oder das Gefühl der Gefühllosigkeit beschrieben. Die Patienten können sich oft weder über positive Ereignisse freuen noch Trauer empfinden, fühlen sich taub. Auch diffuse Angstgefühle mit verstärkter Unsicherheit und Zukunftsangst sind häufig Symptome einer depressiven Stimmungslage. Stärkere Reizbarkeit kann im Vordergrund stehen sowie das Gefühl, durch jegliche Anforderung überfordert zu sein. Typisch kann ein ausgeprägtes „Morgentief“ sein, das sich im weiteren Tagesverlauf zurückbildet.

Der empfundene **Interessenverlust** und die **Freudlosigkeit** werden auch als Anhedonie bezeichnet. Bisher als angenehm und erfreulich empfundene Hobbys und Freizeitaktivitäten verlieren ihre Attraktivität und werden zunehmend vernachlässigt.

Energielosigkeit und Ermüdbarkeit stehen im Zusammenhang mit der Antriebslosigkeit. Alltagsaktivitäten wie Anziehen und Waschen oder soziale Kontakte werden als sehr mühsam empfunden und der Patient fühlt sich übermäßig erschöpft.

Des Weiteren ist die **Konzentration** vermindert, der **Schlaf** ist meist gestört, der **Appetit** vermindert. **Selbstwertgefühl** und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar

bei einer leichten Form können Schuldgefühle oder Gedanken über die eigene Wertlosigkeit vorkommen. Im schlimmsten Fall leidet der Patient unter einem sogenannten Schuldwahn im Rahmen seiner depressiven Störung. Auch **psychomotorisch** sind die Patienten oft eindeutig verändert. Man beobachtet entweder eine psychomotorische Hemmung oder aber eine sonst für den Patienten untypische Agitiertheit. Die verminderte **Konzentration** und Aufmerksamkeit resultiert häufig in einer Einschränkung des Denkvermögens, der Gedankenfluss ist verlangsamt oder gar gehemmt, die Patienten leiden unter Entscheidungsschwierigkeiten. Depressive Patienten sind häufig nicht in der Lage, sonst selbstverständliche Alltagsaufgaben und -aktivitäten zu bewältigen, man spricht in diesem Fall auch von einer Art **Pseudodemenz**.

Schwere depressive Episoden können durch **psychotische Elemente** begleitet sein. Wahnideen (gewöhnlich Ideen der Versündigung, der Verarmung oder einer bevorstehenden Katastrophe), Halluzinationen oder ein depressiver Stupor können auftreten (13). [SEP]

Die Dauer der Symptomatik muss laut ICD10 mindestens **14 Tage** betragen. Bei schweren depressiven Episoden kann die Diagnose jedoch auch nach weniger als zwei Wochen gerechtfertigt sein, wenn die Symptome besonders schwer sind und sehr rasch auftreten (13,14,20).

- Nach ICD10 unterscheidet man Haupt- von Nebensymptomen zur Diagnose der Depression. Die Hauptsymptome sind: Depressive Stimmung, Anhedonie, Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit. Die Zusatzsymptome sind: Verminderte Konzentration, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, negative Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, Schlafstörungen, und verminderter Appetit.
- Mindestdauer der Symptomatik sind 2 Wochen.
- Je nach Anzahl der Symptome werden leichte, mittelgradige und schwere Formen unterschieden.

Die Kriterien für die Diagnose einer depressiven Störung nach DSMV sind in folgender Liste dargestellt.

Liste 4 : Kriterien der Depression nach DSMV (15,22).

Kernsymptome:

1. Depressive Stimmung
2. Interessenverlust, Anhedonie

Zusätzliche Symptome:

1. Schlafstörungen
2. Appetitsteigerung oder Mangel, Gewichtsveränderungen
3. Aktivitätsverlust-steigerung
4. Gefühl der Wertlosigkeit
5. Suizidalität
6. Müdigkeit
7. Konzentrationsschwierigkeiten, Aufmerksamkeitsstörungen

Die Mindestdauer sind auch laut DSMV **zwei Wochen**. Weitere Kriterien sind, dass der Patient stark durch seine Symptome beeinträchtigt ist und unter einem signifikanten Funktionsverlust leidet. Um die Diagnose einer schweren Depression nach DSMV stellen zu können, müssen 1-2 der Kernsymptome vorhanden sein sowie insgesamt 5 der aufgelisteten Symptome. Ausschlusskriterien sind diagnostizierte Psychosen, depressiver Affekt durch organische Störungen sowie manische Störungen. Leichte oder mittelschwere Depressionen beinhalten die depressive Stimmung als Kernsymptom und ein bis drei zusätzliche Symptome (23).

8.2.4 Somatische Symptome der Altersdepression

Häufig berichten geriatrische Patienten nicht spontan über ihre Gemütsstimmung bzw. können diese schlecht einordnen und stellen somit somatische Beschwerden in den Vordergrund. Etwa 50% der Patienten mit Depressionen erwähnen rein somatische Symptome wie z.B. Schmerzen, Schlafprobleme, gastrointestinale Beschwerden und generelles Unwohlsein bei der Anamnese (24–26). Diese subjektiven somatoformen Symptome älterer Patienten stellen einen Grund für die Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dar. Die zugrunde liegenden psychischen Beschwerden können so leicht übersehen werden. Es ist daher wichtig, depressive Störungen auch dann als

solche zu erkennen und zumindest in Erwägung zu ziehen, wenn die Anamnese zuerst auf ein somatisches Beschwerdebild hinweist, sich aber die Symptome nicht durch eine wahrhaftige somatische Erkrankung erklären lassen. Die angegebenen Beschwerden sind häufig Schlafstörungen, Appetitstörungen, Kraftlosigkeit, Schmerzen oder andere diffuse, unspezifische Krankheitsmerkmale. Folgende Auflistung summiert Beschwerden, die häufig auf eine Depression hinweisen (13,24–26).

Liste 5: Somatische subjektive Beschwerden, ohne organisches Korrelat, die auf eine depressive Störung hindeuten können.

1. Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Mattigkeit^{[[L]]}_{SEP}
2. Schlafstörungen
3. Appetitstörungen, gastrointestinale Symptome, Gewichtsverlust
4. Diffuse Kopfschmerzen^{[[L]]}_{SEP}
5. Druckgefühl in Hals und Brust, Globusgefühl^{[[L]]}_{SEP}
6. Funktionelle Störungen von Herz und Kreislauf (z. B. Tachykardie, Arrhythmie, Synkopen),^{[[L]]}_{SEP} Atembeschwerden (z. B. Dyspnoe)
7. Schwindelgefühle, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen^{[[L]]}_{SEP}
8. Muskelverspannungen, diffuse neuralgiforme Schmerzen^{[[L]]}_{SEP}
9. Libidoverlust, Impotenz, sexuelle Funktionsstörungen^{[[L]]}_{SEP}
10. Gedächtnisstörungen^{[[L]]}_{SEP}

Bei diesen Patienten empfiehlt es sich, weitere Symptome der Depression aktiv zu explorieren um unnütze apparative Diagnostik anzuordnen.

- Bei depressiven geriatrischen Patienten stehen oft somatische Klagen im Vordergrund.
- Der Betroffene sucht vermehrt den Allgemeinmediziner auf, schildert jedoch weniger eine gedrückte Stimmung, sondern diffuse somatische Symptome.

8.2.5 Suizidalität beim geriatrischen Patienten

Das Suizidrisiko ist bei depressiv Erkrankten etwa 30-Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung (27). Insgesamt berichten 5-10% aller geriatrischen Patienten über lebensmüde Gedanken (23). 60-70 % der Patienten haben während einer akut depressiven Episode auch Suizidgedanken (27,28). Depressionen im höheren Alter korrelieren dazu mit einer hohen Suizidrate. Weltweit ist die Suizidrate der über 75-Jährigen am höchsten, besonders bei Männern steigt die Suizidrate im Alter extrem an (29) und die Zahl der erfolgreichen Suizide ist aufgrund von häufig drastischeren Methoden im Alter höher (29,30). Beträgt die Rate von versuchtem Suizid zu erfolgreichem Suizid im jüngeren Alter noch 1:10 steigt diese bei älteren Personen auf 1:4. In Abbildung 5 ist der Anstieg der erfolgten Suizide im Jahre 2012 in Deutschland nach Lebensalter dargestellt.

Suizide pro 100.000 Einwohner im Jahre 2012 nach Lebensalter (nach Stat. Bu.-A. 2014, Fiedler 2014)

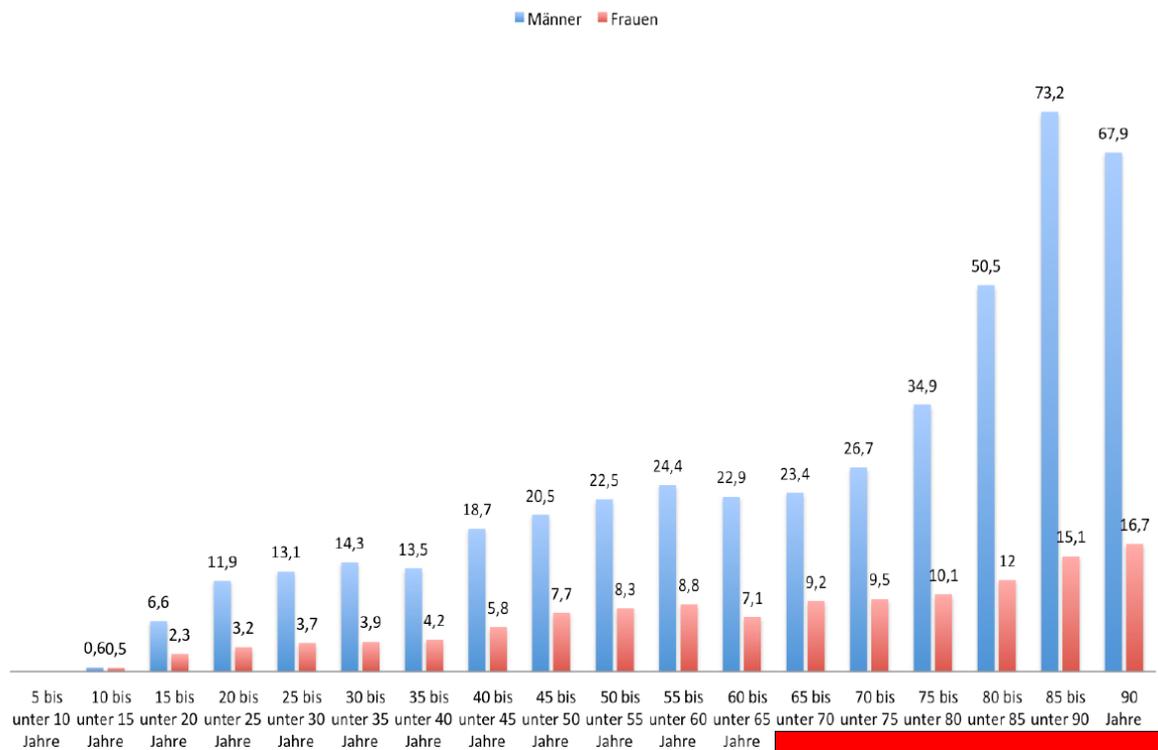


Abbildung 5: Suizide in Deutschland im Jahr 2012 nach Lebensalter. Ab 70 Jahren steigt die Rate an erfolgten Suiziden drastisch an (31–33).

Erstaunlicherweise konsultieren über 70% der geriatrischen Patienten den Hausarzt kurz vor dem durchgeführten Suizid (34).

Es ist somit unabdingbar, zu Beginn, aber auch im Verlauf die Suizidalität zu explorieren und keine Scheu vor konkreten Fragen zu haben. Es wird in der Tat von den meisten Patienten als erleichternd und entlastend empfunden, wenn das Thema offen angesprochen wird. Die Fragen sollten hierbei nach eventuellen lebensmüden Gedanken, ihrer Stärke, konkreten Plänen und Vorkehrungen, vorhergegangenen Suizidversuchen und nach Inhalten, die die jeweilige Person davon abhalten, gerichtet sein (13). Besteht der Verdacht auf akute Suizidalität und ist der Patient nicht absprachefähig, sollte eine sofortige Einweisung in eine psychiatrische Klinik erfolgen. Um das Risiko von Suizidalität zu minimieren, muss ein soziales Verbundsystem bestehen, in dem Familienangehörige, freiwillige soziale Helfer, Haus- und Fachärzte, psychosoziale Dienste und im Bedarfsfall stationäre Einrichtungen zusammenwirken (30). Ein Hauptmerkmal der Suizidprävention liegt darin, die soziale Isolation zu vermeiden. Im ambulanten Bereich kann dies z.B. durch Familienmitglieder, Vereinsaktivitäten, Sportgruppen, den Hausarzt oder den ambulanten psychiatrischen Dienst durchgeführt werden. In Luxembourg steht hierfür unter anderem der „Service de Soins Psychiatriques à Domicile“ (SPAD) oder die „Ligue Luxembourgeoise de l’Hygiène Mentale“ zur Verfügung (35,36). Weitere Adressen sind auf der Homepage der „Confédération Des Organismes Prestataires d’Aides et de Soins (COPAS) zu finden (36). Auch Tagesstätten, die der Patient regelmäßig aufsuchen kann, minimieren das Risiko einer Isolation und einer langsamen Aggravation der depressiven Symptomatik geriatrischer Patienten insbesondere, wenn diese alleinlebend sind. Eine Auflistung der Tagesstätten in Luxembourg ist unter (37) zu finden. Um im Notfall den Patienten nicht auf sich gestellt zu lassen, sollte dieser eine Liste mit Telefonnummern bereit halten, wo er zu jedem Zeitpunkt Hilfe holen kann. Diese können neben dem Hausarzt, Pflegedienst sowie den ärztlichen Notdiensten auch die Nummer der Mitarbeiter von SOS Détresse beinhalten (38). Der Hausarzt sollte dem Patienten die Möglichkeiten der Hilfestellungen erklären und die jeweiligen Unterlagen und Telefonnummern hinterlegen, um raptusartige Durchbrüche in Krisensituationen zu verhindern. In Seniorenheimen sind es vor allem Vertrauenspersonen im Pflegebereich (Vertrauenspfleger), Familienmitglieder und der Hausarzt, zu dem der geriatrische Bewohner ein vertrauensvolles Verhältnis haben sollte, um frühzeitige Anzeichen oder Andeutungen von Suizidalität zu erkennen.

- Depressionen im höheren Alter korrelieren mit einer hohen Suizidrate.
- Über 70% der Betroffenen konsultieren den Hausarzt kurz vor dem durchgeführten Suizid.
- Suizidalität muss im Gespräch konkret angesprochen werden.
- Ein soziales Verbundsystem kann Suizide erfolgreich vermeiden.

8.2.6 Diagnostik der Depression beim älteren Patienten anhand von Skalen

Neben den oben genannten Kriterien zur Diagnosestellung der Altersdepression nach ICD10 oder DSMV und dem ausführlichen Gespräch mit dem Patienten existieren verschiedene Skalen. Anhand dieser kann der behandelnde Allgemeinmediziner bei Verdacht auf eine depressive Stimmung die Symptomatik objektivieren und sie später im Verlauf zur Erfolgskontrolle nutzen. In der allgemeinärztlichen Praxis können die zumeist einfachen und kurzen Fragebögen daher von großem Nutzen sein. Da es eine Vielfalt an Tests für die Depression gibt, werde ich in dieser Arbeit nur auf die eingehen, welche in ihrer Durchführung einfach sind, in der Allgemeinmedizin praktikabel sind und auf den geriatrischen Patienten gut applizierbar sind. Zu bedenken ist, dass bei allen Fragebögen, mit Ausnahme der Cornell Skala, der Patient kognitiv in der Lage sein muss, die Fragen adäquat zu beantworten. Ein Wert von 16 im Mini Mental-State Test wird meist als unterste Grenze angesehen.

1) Zwei Fragen Screeningtool PHQ (Patient Health Questionnaire)-2: Es handelt sich um ein schnelles und einfaches Verfahren, womit Risikopatienten in einem ersten Kontakt identifiziert werden können. Werden beide Fragen mit ja beantwortet, so leidet der Patient vermutlich unter depressiven Symptomen und bedarf weiterer Exploration (9,39).

Die Fragen lauten:

- Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger traurig, depressiv oder hilflos?
- Haben Sie das Gefühl, im letzten Monate weniger Freude und Interesse an Dingen zu empfinden?

2) Geriatric Depression Scale: Es handelt sich um einen in der Geriatrie sehr häufig verwendeten Fragenkatalog, welcher in zwei langen Formen (30 oder 15 Fragen) und in einer kurzen Form (5 Fragen) existiert (9,40,41).

Die Fragen sind im Anhang zu finden. Zur Auswertung gelten folgende Werte:

GDS 5: 2-5 Punkte: depressive Störung sehr wahrscheinlich
GDS 15: 0-5 Punkte: normal
5-10 Punkte: leichte depressive Störung
11-15 Punkte: schwere depressive Störung
GDS 30 : 0-9 Punkte: normal
10-19 Punkte: leichte depressive Störung
20-30 Punkte: schwere depressive Störung

3) PHQ (Patient Health Questionnaire)-9 Skala. Basiert auf den Kriterien des DSMV. Es handelt sich um einen komplexeren Fragebogen, bei dem der Patient neun Fragen zu seiner Stimmung und Verfassung in den letzten zwei Wochen (siehe Anhang) mit Antwortpunkte von 0-3 beantworten soll (42,43). Für die Auswertung gelten folgende Werte:

5-9 Punkte: leichte depressive Störung
10-14 Punkte: mittelschwere depressive Störung
15-19 Punkte: mittelschwere bis schwere depressive Störung
ab 20 Punkte: schwere depressive Störung

4) WHO 5 Fragebogen zum Wohlbefinden. Es handelt sich um 5 Fragen, welche an den Patienten gerichtet werden bezüglich seiner Stimmung in den letzten 2 Wochen (9,44). Ein Wert unter 13 lässt auf eine depressive Störung hindeuten. Fragebogen siehe Anhang.

5) Depression im Alter-Skala (DIA-S). 2012 wurde von Heidenblut et al. die DIA- Skala als neues Mittel zum Depressionsscreening in der Geriatrie entwickelt (45). Die DIA-S orientiert sich am GDS-15, ist jedoch besser auf die Besonderheiten der geriatrischen Patienten angepasst (siehe Anhang). Es handelt sich um 10 Fragen, die vom Patienten mit ja oder nein beantwortet werden und anschließend je nach Antwort Punkte verteilt werden. Zur Auswertung:

0-2 Punkte: unauffällige Stimmung
ab 3 Punkten: Depressionsverdacht
ab 4 Punkten: eine Depression von Krankheitswert ist wahrscheinlich

6) Cornell Skala für Depressionen beim dementen Patienten. Es handelt sich um einen Fragebogen bestehend aus 19 Fragen, welcher mit einer Person durchgeführt wird, die den

Patienten gut kennt und ihn im alltäglichen Umgang beobachten kann (siehe Anhang). Dieser Test ist speziell für Patienten mit Verdacht auf Depressionen, welche ebenfalls an einer Demenz erkrankt sind (9,46,47). Bei leichteren Formen einer Demenz kann der Fragenbogen ebenfalls mit dem Patienten durchgeführt werden und anschließend mit dem Ergebnis des ersten Interviews mit der Pflegeperson verglichen werden. Ein Score über 8 Punkte weist auf eine depressive Störung hin. Die Fragen beziehen sich auf das Verhalten des Patienten in der letzten Woche.

Weitere Testverfahren sind z.B. das Hamilton Depressionsinventar (48) und die Beck Depressionsskala (49).

➤ Diagnostische Fragebögen für den Allgemeinmediziner: Zwei Fragen Screeningtool PHQ-2, Geriatrische Depressions Skala, PHQ (Patient Health Questionnaire)-9 Skala, WHO 5 Fragebogen zum Wohlbefinden, Depression im Alter-Skala (DIA-S), Cornell Skala für Depressionen beim dementen Patienten.

8.2.7 Differentialdiagnosen der Altersdepression

Insbesondere beim geriatrischen Patienten treten Symptome wie allgemeine Schwäche, Müdigkeit, Schlafstörungen, Appetitmangel sowie Konzentrationsstörungen auch im Rahmen vieler organischer Erkrankungen auf. Hier zeigt sich die Wichtigkeit einer schnellen und effektiven Abklärung möglicher somatischer Ursachen, um keine Zeit für die eigentliche Therapie der Grunderkrankung zu vergeuden.

Organische Erkrankungen können die gleichen Symptome wie die einer Depression haben und sollten dementsprechend leitliniengerecht exploriert und behandelt werden. Man spricht in diesem Fall von einer **organischen Depression** (ICD-10: F06.32). Das Vorliegen einer organischen Ursache der depressiven Störung ist nach ICD10 ein Ausschlusskriterium der echten depressiven Erkrankung. Insbesondere gilt es, **Schilddrüsenerkrankungen** auszuschließen, (Hypo- oder Hyperthyroidismus) sowie andere endokrine Erkrankungen wie Hypo- und Hyperparathyroidismus, Hypocortisolismus und Diabetes mellitus. Auch viele **neurologische Erkrankungen** wie die multiple Sklerose, Demenz, Parkinson und ein stattgefundenen nicht unbedingt sonst symptomatischer Schlaganfall gehen häufig mit depressiven Gemütsstörungen einher.

Oftmals ist es schwierig, zwischen einer Depression mit **Pseudodemenz** und einer wahren **Demenz** zu unterscheiden. Schwer depressive Patienten wirken oft kognitiv extrem eingeschränkt, da sie kaum noch reden, verlangsamt sind, sich nicht mehr selbständig versorgen und immer weniger im sozialen Kontakt stehen. Vor allem ist zu berücksichtigen, dass beide Krankheitsbilder sich in vielen Punkten ähneln, aber darüber hinaus auch Risikofaktoren für die Entwicklung des jeweiligen anderen Krankheitsbildes darstellen. Hierauf werde ich etwas später im Kapitel der Risikofaktoren für die Altersdepression noch eingehen. Erschwerend kommt hinzu, dass es nicht nur „Entweder-Oder“, sondern auch beides zeitgleich vorliegen kann. Folgende Tabelle stellt einige wichtige Unterschiede von Depression und Demenz dar.

Tabelle 1: Unterschiede von Depression und Demenz. Modifiziert nach (50).

	Depression	Demenz
Beginn	Rasch innerhalb Wochen. Zu Beginn depressive Stimmung dann erst Denkhemmung.	Langsam, >6 Monate. Zuerst intellektuelle Einschränkung, dann depressive Stimmung.
Orientierung	Vorhanden.	Gestört.
Problembewältigung	Grübelzwang.	Bagatellisierung.
Kognitive Störungen	Schwankend aber insgesamt weniger ausgeprägt, oft starke Schuldgefühle beim schlechten Abschneiden in den Tests. Verlangsamung. Eher keine Wortfindungsstörungen.	Zunehmende kognitive Einbußen, oftmals wird die Schuld bei Anderen gesucht. Ausflüchte und Erklärungen um die Fassade zu wahren. Wortfindungsstörungen.
Schlaf	Ein-Durchschlafstörungen, Grübelzwang.	Unruhe vor allem nachts mit Desorientierung.
Stimmung	Deutliche Minderung der Schwingungsfähigkeit, depressive Stimmung eher konstant. Morgens ist die Stimmung schlechter.	Fluktuation der Stimmung, Affektlabilität, möglicherweise auch Witzelzwang oder flacher Gefühlsausdruck.

		Morgens ist die Stimmung eher besser.
Sexualität	Inaktiver.	Aktiver.
Soziale Aktivitäten	Rückzug.	Versuch sozial aktiv zu bleiben und die eigenen Defizite zu verharmlosen.
Hygiene	Unauffällig.	Gestört.
Antidepressive Therapie	Besserung der Denkstörung.	Keine Besserung der kognitiven Defizite.

Interessanterweise kann die **medikamentöse Behandlung einer vorbestehenden Erkrankung** ebenfalls depressive Symptome auslösen. Hier sind zum Beispiel zu erwähnen die Therapie mit Antihypertensiva (**Beta-Blocker, Diuretika**).

Durch einfache **laborchemische Analysen** lassen sich Ursachen wie Anämie, endokrinologische Erkrankungen und Hyponatriämien leicht ausschließen. Insbesondere die **Hyponatriämie** geht mit einer ausgesprochenen Apathie, Schwäche, Übelkeit und Verlangsamung einher, welche mit depressiven Affektzeichen verwechselt werden können. Zudem kommt die Hyponatriämie beim geriatrischen Patienten sehr häufig vor (51). Die Ursachen der Hyponatriämie sind vielfältig: Dehydratation, Herzinsuffizienz, Leberzirrhose, Hypothyroidie, Syndrom der inadäquaten ADH Sekretion, Nebenniereninsuffizienz, Niereninsuffizienz, Hyperglyzämie, Neoplasien, latente Infektionen, Therapie mit Diuretika oder Kortison sowie die Behandlung mit Antidepressiva selbst verursachen ein Absinken der Natriumspiegel (52).

Mögliche Differenzialdiagnosen der Altersdepression werden in folgender Tabelle noch einmal zusammengefasst und die nötigen Untersuchungen angegeben.

Tabelle 2: Differenzialdiagnosen der Depression beim geriatrischen Patienten und die jeweiligen nötigen Zusatzuntersuchungen.

Differenzialdiagnose	Zusatzuntersuchung/Vorgehen
Anpassungsstörung	Anamnese/Verlaufsbeobachtung
Schlaganfall	Bildgebung

Intrakranielle Raumforderung, Normaldruckhydrocephalus	Bildgebung
Tumorerkrankungen insbesondere mit Befall des ZNS	Bildgebung
Multiple Sklerose	Bildgebung
M. Parkinson	Neurologische Exploration
Demenz	Bildgebung und Testverfahren
Diabetes	Laboranalysen
Hypo-Hyperthyroidie	Laboranalyse, klinische Symptomatik
Hypo-Hyperparathyroidismus	Laboranalysen
Hypocortisolismus	Laboranalysen
Anämie	Laboranalysen
Hyponatriämie	Laboranalysen
Substanzmissbrauch	Anamnese
Andere psychiatrische Erkrankungen	Anamnese/ Verlaufsbeobachtung
Autoimmunerkrankungen (systemischer Lupus, z.B.)	Anamnese, klinische Untersuchung, Laboranalysen

Die depressive Anpassungsstörung (z. B. als eine **Trauerreaktion** nach Verlust des Partners oder nach Diagnose einer körperlichen Erkrankung) ähnelt in der Symptomatik häufig einer Depression, wobei die Grenzen zwischen unbewältigter Trauer und einer depressiven Verstimmung nicht immer eindeutig sind. Trauerreaktionen klingen jedoch zumeist innerhalb zweier Monate ab, diese Patienten leiden meist nicht unter einer ausgeprägten Anhedonie, der Affekt ist weniger flach und es besteht weiterhin eine gute Schwingungsfähigkeit (Ansprechbarkeit für positive Ereignisse). Zudem sind Trauerreaktionen seltener mit vegetativen Symptomen verbunden (Gewichtsabnahme oder frühmorgendliches Erwachen), Selbstzweifel werden nicht angegeben und ^[1] Suizidabsichten sind eher selten (13). ^[2]

- Da die Symptomatik der Altersdepression oft durch somatische Beschwerden charakterisiert wird, ist die Abgrenzung zu anderen Pathologien oft erschwert.
- Wichtige Differentialdiagnosen der Altersdepression sind: Hyponatriämie, Anämie, Diabetes mellitus, hormonelle Veränderungen und neurologische Erkrankungen.
- Von der Depression abzugrenzen ist ebenfalls die Trauerreaktion nach Verlusterlebnissen.

8.2.8 Risikofaktoren und somatische Folgeerkrankungen der Altersdepression.

Die Risikofaktoren für die Entwicklung einer Altersdepression sind sehr variabel und beinhalten sowohl psychosoziale Faktoren wie auch somatische Vorerkrankungen. In folgender Liste werden die Risikofaktoren für depressive Störungen aufgezählt. Interessanterweise stellt die Altersdepression selbst auch einen wichtigen Risikofaktor für die Entwicklung somatischer Komorbiditäten dar, wie ich im Folgenden noch erläutern werde. Dies ist neben physiologischen Mechanismen auch durch das veränderte Verhalten depressiver Patienten bedingt (verminderter Antrieb, reduzierte Mitarbeit bei der Therapie und der Einnahme von Medikation) (53,54).

Liste 6 : Risikofaktoren für depressive Störungen im Alter (3,13,17,55,56).

1. Frühere depressive Episoden^[1]_[SEP]
2. Subsyndromale Depression
3. Bipolare oder depressive Störungen in der Familiengeschichte^[1]_[SEP]
4. Suizidversuche in der eigenen Vor- oder der Familiengeschichte
5. Depressionen in der Familienanamnese
6. Komorbide somatische Erkrankungen^[1]_[SEP]
7. Chronischer Schmerz
8. Schlafstörungen
9. Komorbider Substanzmissbrauch^[1]_[SEP]
10. Aktuell belastende Lebensereignisse, Autonomieverlust^[1]_[SEP](Heimeinweisung!)
11. Mangel an sozialer Unterstützung
12. Finanzielle Unsicherheit^[1]_[SEP]

13. Geringe Bildung

14. Genetische Veranlagung

Wie unter Punkt 6 aufgelistet, gehen viele **somatische Erkrankungen** (wie zum Beispiel Tumorerkrankungen, muskuloskelettale, endokrinologische, kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen, metabolische Störungen, Allergien, Infektionserkrankungen oder neurologische Erkrankungen) mit depressiven Symptomen einher. Die Lebenszeitprävalenz für eine depressive Störung bei somatisch Kranken ist in der Tat 2-3 mal höher als bei Patienten ohne somatische Komorbiditäten (17,55). Patienten mit **kardiovaskulären Vorerkrankungen** haben ein deutlich höheres Risiko, an einer Depression zu erkranken. Etwa ein Drittel aller Patienten leiden nach einem Herzinfarkt an Depressionen und diese haben wiederum ein schlechteres Outcome im Vergleich zu nicht depressiven Patienten mit Koronopathien (57). Interessanterweise haben depressive Patienten ein um 40% gesteigertes Risiko einen Herzinfarkt zu erleiden, im Vergleich zu nicht depressiven Patienten (55).

Auch Diabetes ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung einer Depression (55). Patienten mit **Diabetes** leiden etwa doppelt so häufig an Depressionen wie Patienten ohne gestörten Zuckerstoffwechsel.

Die Komorbidität **chronischer Schmerzen** und Depression ist mit bis zu 70% ebenfalls sehr hoch und hat dramatische Folgen für die Lebensqualität der Betroffenen (58,59). Etwa 65% aller depressiver Patienten leiden unter chronischen Schmerzen (26,59,60) und vice versa haben Patienten mit einem chronischen Schmerzsyndrom eine bis zu vier mal höhere Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, als die Normalbevölkerung (59,61–63). Chronische Schmerzen können somit zur Depression führen und Depressionen können eine Schmerzsymptomatik hervorrufen oder verstärken. Die Kombination von Schmerzen und Depressionen steigert zudem signifikant das Suizidrisiko (64). Dies ist besonders bei den geriatrischen Patienten aus Seniorenheimen von Bedeutung; hier ist die Prävalenz von Depressionen signifikant höher (7,19) und zeitgleich leiden diese Patienten häufig unter Schmerzen (Prävalenz von 49% bis 83% je nach Studienlage) (65). Die Komorbidität von Schmerzen und Depressionen reicht beim geriatrischen Patienten bis zu 100% (59). Dies führt oft zu einem hohen Gebrauch an Analgetika, vor allem wenn die Depression nicht adäquat behandelt wird (59,66). Den hohen Bedarf an Analgetika unter depressiven Patienten konnten wir ebenfalls in der bei luxembourgeoischen Langzeitbewohnern durchgeführten Studie bestätigen.

Depressive Patienten leiden des weiteren statistisch häufiger unter Demenzerkrankungen. Dabei ist nicht eindeutig zu beweisen, ob die Depression ein unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung einer **Demenz** ist, oder aber ein prodromales Symptom einer dementiellen Entwicklung darstellt (67,68). Patienten mit Demenz (vaskuläre Demenz, Alzheimer Demenz oder andere) entwickeln hingegen in über 50% der Fälle auch eine depressive Störung (67,68). Häufig wird in diesem Zusammenhang auch von der vaskulären Depression gesprochen (3,13,69). Rapp et al. konnten zeigen, dass Patienten mit einer Depressionsanamnese im Verlauf ihrer Demenz einen rascheren kognitiven Abbau aufwiesen als die Kontrollgruppe. Dieser Effekt war bei Patienten, die zu Beginn ihrer Demenzerkrankung an einer akuten depressiven Episode litten, stärker ausgeprägt und korrelierte mit neuropathologischen Veränderungen im ZNS dieser Patienten (70).

Affektive Störungen nach Schlaganfall, insbesondere die **Post-Stroke-Depression (PSD)**, sind ebenfalls häufig. Die Prävalenz liegt um die 20 % (71). Das Risiko einer PSD steigt mit dem Grad der körperlichen Beeinträchtigung nach Schlaganfall und die 10-Jahres Mortalität bei Patienten nach Insult mit Depression im Vergleich zu Patienten nach Schlaganfall ohne Depression ist um etwa 3-4 x höher (71).

Auch **Schlafstörungen** sind ein wichtiger Risikofaktor für die Altersdepression dar (17,72). Der Allgemeinmediziner kann somit durch Fragen nach der Schlafqualität die Risikopatienten herausfiltern und bereits vorzeitig eingreifen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass aufgrund der Häufigkeit somatischer Begleiterkrankungen beim älteren Patienten, das Risiko an Depressionen zu erkranken, gesteigert ist. Es gilt jedoch in allen Fällen vorerst zu ermitteln, ob eine körperliche Erkrankung lediglich die Symptome einer Depression vortäuscht, es sich also nicht um eine Depression im engen Sinne, sondern um eine organische Depression handelt (ICD-10: F06.32). In diesem Fall muss die Therapie der Grundkrankheit erfolgen. Dies wurde unter dem Abschnitt Differentialdiagnosen der Altersdepression erläutert.

Ist hingegen eine körperliche Erkrankung auslösend für eine wahrhaftige depressive Störung oder werden die somatischen Beschwerden durch eine Depression in ihrer Ausprägung verstärkt (z.B. chronische Rückenschmerzen), muss die Depression auch dementsprechend behandelt werden.

- Neben der genetischen Prädisposition für die Entwicklung einer Altersdepression sind die sozialen Umstände wichtige Faktoren: Belastende Lebensereignisse, Autonomieverlust (Heimeinweisung!), Mangel an sozialer Unterstützung.
- Somatische Vorerkrankungen stellen wichtige Risikofaktoren dar: Kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Schmerzen, kognitive Störungen, Schlaganfall, Schlafstörungen.
- Interessanterweise stellt die Altersdepression selbst auch ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung somatischer Komorbiditäten dar.

8.2.9 Prävention der Altersdepression

Wenn sich im Alter belastende Lebensereignisse wie Autonomieverlust, Krankheit, soziale Verluste oder die Aufgabe des eigenen Haushaltes häufen, müssen dem Betroffenen psychologische und soziale Hilfsangebote zugänglich gemacht werden. Durch zeitnahe Primärprävention und das Verhindern sozialer Isolation lassen sich in der Folge depressive Krankheitsbilder verhindern (17,73,74). Die Rolle des Hausarztes besteht darin, die Risikopatienten zu identifizieren und mit ihnen die Möglichkeiten wie psychologische Unterstützung, Seniorengruppen oder Tagesstätten herauszuarbeiten. Metaanalysen konnten nachweisen, dass vor allem soziale Aktivitäten Depressionen im Alter erfolgreich verhindern können (74).

Patienten mit subsyndromaler Depression, d.h. leichte Formen der Depression, die jedoch nicht die Kriterien für die Diagnosestellung einer depressiven Störung nach ICD10 oder DSMV erfüllen, haben ein 5-faches Risiko innerhalb eines Jahres an einer schweren Depression zu erkranken (56). Eine Studie mit 170 geriatrischen Patienten über 75 Jahren mit subsyndromaler Depression konnte nachweisen, dass eine intensivere Betreuung im Sinne eines Stufenplanes durch den Hausarzt das Risiko, an einer Depression zu erkranken, um die Hälfte reduzieren kann. Der Stufenplan bestand aus folgenden Schritten (75):

- Identifizierung von Risikopatienten mit subsyndromaler Depression
- Watchful waiting (3 Monate)
- Verhaltenstherapie und problemlösungsorientierte Psychotherapie wenn keine spontane Besserung nach 3 Monaten (3 Monate)

- Bei Aggravation/keine Verbesserung der Symptome nach 3 Monaten erneute Evaluation und ggf. antidepressive Medikation

Protektive Faktoren für die Entwicklung einer Altersdepression sind im Folgenden aufgelistet (17,73).

Liste 7: Protektive Faktoren für die Altersdepression.

1. Hoher sozioökonomischer Status
2. Höherer Bildungsstatus
3. Soziales Engagement
4. Religiöser Glaube
5. Gefühl der Selbstwirksamkeit
6. Autonomie
7. Körperliche Aktivität
8. Soziale Kontakte
9. Coping-Strategien zur Verarbeitung belastender Erlebnisse
10. Bestmögliche körperliche Verfassung, keine Schmerzen, guter Schlaf

- Die Aufgabe des Hausarztes bei der Prävention der Altersdepression ist vielfältig:
- Identifizierung von Risikopatienten.
- Enge Betreuung von Patienten mit subsyndromaler Depression.
- Bestmögliche Therapie chronischer Erkrankungen, Schmerzreduktion, Schlafverbesserung.
- Aufweisen möglicher Hilfsmittel um einem Autonomieverlust entgegen zu wirken (Rollator, Rollstuhl, Treppenlift etc.).
- Anbieten präventiver psychosozialer Hilfsangebote.

8.2.10 Therapie der Altersdepression in der Allgemeinmedizin: Allgemeine Richtlinien zur Betreuung des depressiven geriatrischen Patienten

In folgenden Abschnitten werde ich genauer auf die Leitlinien zur medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapie der Altersdepression eingehen.

Entscheiden sich Arzt und Patient für eine Therapie, gelten die folgenden Leitlinien:

Die Symptomatik des Patienten nach Beginn medikamentöser, psychotherapeutischer oder psychosozialer Maßnahmen ist nach den Empfehlungen der WHO in den ersten vier bis sechs Wochen einmal wöchentlich zu prüfen (13). Nach vier bis sechs Wochen soll der behandelnde Allgemeinmediziner genau prüfen, ob sich bereits eine Besserung zeigt und ob die Behandlung fortgesetzt oder verändert werden soll. In der Praxis wird dies durch ein zielgerichtetes Gespräch und anhand der erläuterten Skalen erfolgen. Besteht nach vier bis sechs Wochen keine Besserung, sollte die Therapie umgestellt werden (13). Generell konnte nachgewiesen werden, dass sich oftmals bereits in den ersten zwei Wochen nach Therapiebeginn eine leichte Besserung zeigt. Da beim geriatrischen Patient die Latenz oft etwas länger ist, empfiehlt es sich, bis zu sechs Wochen abzuwarten, um eine Entscheidung über den weiteren Verlauf zu fällen (13,76). Eine geringe Besserung sollte sich aber in den meisten Fällen in den ersten vier Wochen einstellen.

Die Behandlung einer Depression lässt sich in drei Phasen aufgliedern: die **Akuttherapie** (0-3 Monate), die **Erhaltungstherapie** (4-9 Monate) und die **Langzeittherapie bzw. Rezidivprophylaxe** (> ein Jahr) (77). Wird die Therapie zu früh abgebrochen, kommt es oftmals zu einem erneuten Durchbruch der Depression. Es konnte gezeigt werden, dass durch eine Erhaltungstherapie das Rückfallrisiko um 70 % gesenkt werden kann (78). Die medikamentöse Therapie der Erhaltungsphase ist dabei die gleiche wie in der Akutphase (13). Es wird generell empfohlen, die antidepressive Therapie mindestens vier bis neun Monate fortzuführen. Eine Rezidivprophylaxe sollte vor allem bei den Patienten durchgeführt werden, die zwei oder mehr depressive Episoden in der Vergangenheit hatten und/oder bedeutsame funktionelle Einschränkungen während der Erkrankung hatten (13). Diese Patienten sollten mindestens zwei Jahre lang mit der gleichen Dosis, die sich in der Akutbehandlung als effektiv erwiesen hat, behandelt werden (13,78,79).

Umfasste die Akuttherapie ausschließlich Psychotherapie, ist die Weiterführung der psychotherapeutischen Akutbehandlung über einen Zeitraum von acht- bis zwölf Monaten nach Ende der eigentlichen Therapie mit niedrigerer Sitzungsfrequenz fortzuführen (13).

Der Patient spricht auf die Behandlung an, wenn sich in der Akuttherapie eine Besserung seines Zustandes mit einer mindestens 50-%igen Abnahme der depressiven Symptomatik einstellt. Dies wird leitliniengerecht mittels Selbst- oder Fremdbeurteilungsverfahren nach vier bis sechs Wochen überprüft (13,80). Bei Patienten, welche bis dahin nicht auf die Therapie ansprechen, ist die Wahrscheinlichkeit einer Besserung unter der gewählten Medikation gering. Als Remission betitelt man einen weitgehenden symptomfreien Zustand nach der Akuttherapie. Man spricht jedoch erst von einer vollständigen Genesung, wenn der Patient sechs Monate nach Remission weiterhin symptomfrei ist. Zu Beginn einer Therapie wird der Patient wie oben erwähnt eng überwacht und jede Woche exploriert. Befindet sich der Patient nach drei bis vier Wochen in der Besserung, so können die Abstände auf alle zwei bis vier Wochen beziehungsweise alle vier Wochen ab dem 3. Monat der Therapie ausgedehnt werden. In jedem Fall ist eine engere Kontrolle beziehungsweise die Anpassung der Medikation erneut notwendig, wenn der Patient einen Rückfall (während der Erhaltungstherapie) oder ein Rezidiv (nach vollständiger Genesung) erleidet (13).

Findet keine Besserung unter der begonnenen Therapie statt, müssen folgende Fragen beantwortet werden:

Liste 8: Fragen bei Therapieresistenz (modifiziert nach (81))

1. Nimmt der Patient seine Medikamente regelmäßig?
2. Ist die Dosis adäquat?
3. Benötigt der Patient weitere nicht-medikamentöse Therapieangebote?
4. Im Fall einer nicht-medikamentösen Therapie, kann diese durch Antidepressiva ergänzt werden?
5. Ist das Antidepressivum, dasjenige mit dem optimalsten Wirkspektrum für die jeweilige Person?
6. Wird die Dosis des Antidepressivums durch Interaktionen mit anderen Medikamenten womöglich minimiert?

7. Ist die Dauer der Behandlung, bis zur Evaluation lang genug gewesen?
8. Bestehen somatische Erkrankungen die eine Depression verschlimmern oder auslösen?
9. Besteht Substanz oder Alkoholmissbrauch?
10. War die Diagnose der Depression korrekt?

Folgender Algorithmus veranschaulicht das Vorgehen bei der Therapie depressiver Erkrankungen je nach Schweregrad.

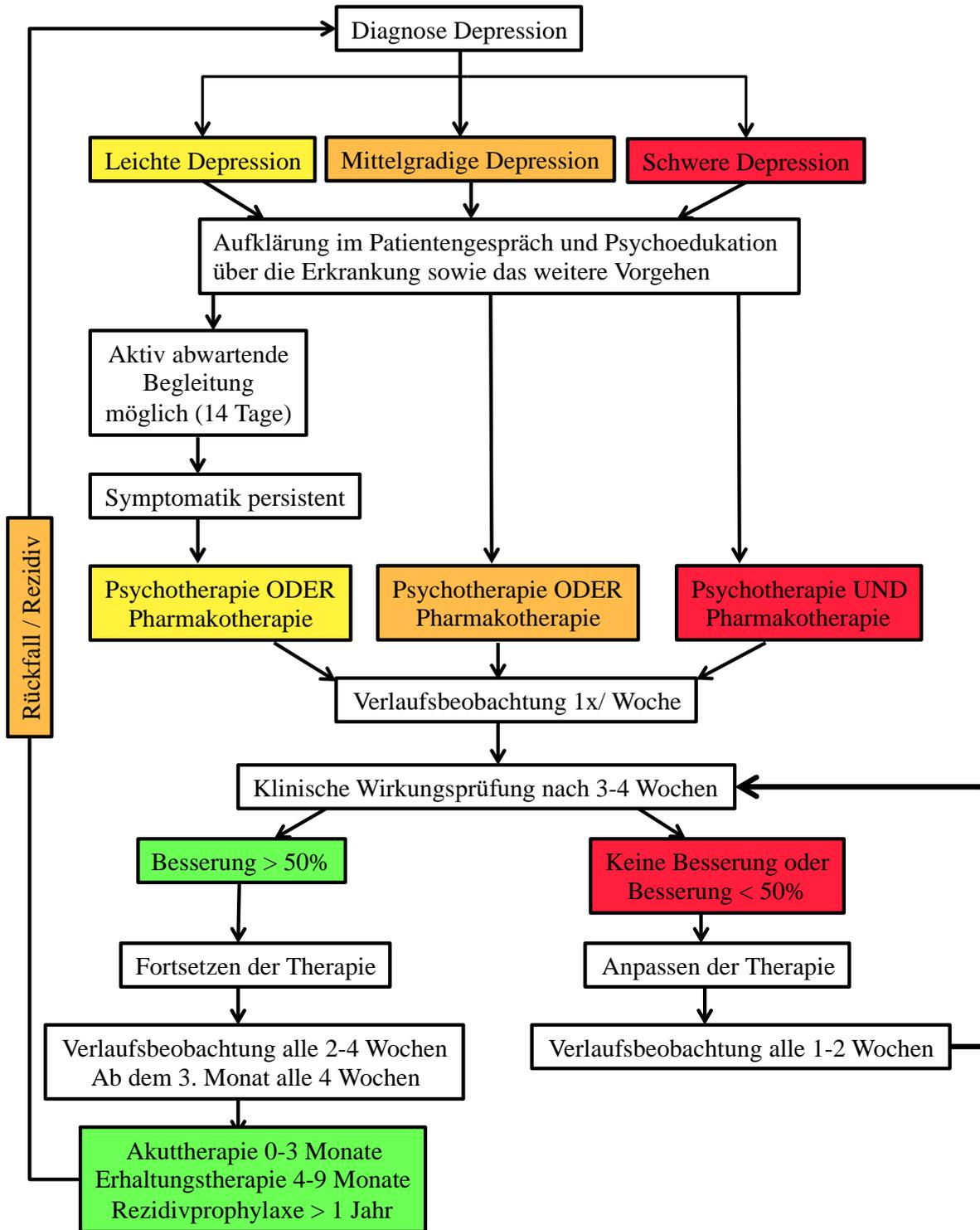


Abbildung 6: Zusammenfassender Therapiealgorithmus depressiver Störungen je nach Schweregrad. Abgewandelt nach (13).

Bei leichten depressiven Episoden wird ein genaues Abwägen der Kosten und Nutzen einer medikamentösen Therapie empfohlen. Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung leichter depressiver Episoden eingesetzt werden. In Fällen von leichteren Depressionen können erstmals zwei Wochen abgewartet werden, ob sich die Situation von selber bessert (whatchfull waiting), oder aber mit nicht-medikamentösen Möglichkeiten gearbeitet werden (13).

Bei mittelgradigen und schweren Depressionen ist hingegen eine medikamentöse Therapie oft unumgänglich und klar indiziert. Bei mittelgradigen Depressionen kann, wenn der Wunsch des Patienten besteht, zunächst nur mit Psychotherapie gearbeitet werden, es wird jedoch eine medikamentöse Therapie ebenfalls empfohlen. Bei schweren Depressionen ist eine Bitherapie mit Antidepressiva und Psychotherapie unumgänglich (13).

- In den ersten 4-6 Wochen nach Therapiebeginn wird eine Verlaufsbeobachtung einmal wöchentlich empfohlen.
- Befindet sich der Patient nach 3-4 Wochen in der Besserung, so können die Abstände auf alle 2-4 Wochen beziehungsweise alle 4 Wochen ab dem 3. Monat der Therapie ausgeweitet werden.
- Nach 4-6 Wochen soll der behandelnde Allgemeinmediziner genau prüfen, ob sich bereits eine Besserung zeigt und somit die Behandlung fortgesetzt oder verändert werden soll.
- Man unterscheidet: Akuttherapie (0-3 Monate), Erhaltungstherapie (4-9 Monate) und Langzeittherapie bzw. Rezidivprophylaxe (> ein Jahr).
- Eine Rezidivprophylaxe sollte vor allem bei Patienten durchgeführt werden, die zwei oder mehr depressive Episoden in der Vergangenheit hatten (Dauer der Therapie dann min. 2 Jahre).
- Man spricht von Ansprechen auf die Behandlung, wenn sich unter der Akuttherapie eine Besserung des Zustandes des Patienten mit einer mindestens 50-%igen Abnahme der depressiven Symptomatik einstellt.
- Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung leichter depressiver Episoden eingesetzt werden.
- In Fällen von leichteren Depressionen können zwei Wochen abgewartet werden, ob sich die Situation von selber bessert (whatchfull waiting), oder obmit nicht-medikamentösen Möglichkeiten gearbeitet werden muss.

- Bei mittelgradigen Depressionen ist eine medikamentöse Therapie mit dem Patienten zu erwägen.
- Bei schweren Depressionen ist eine medikamentöse und nicht-medikamentöse Kombinationstherapie unumgänglich und klar indiziert.

8.2.11 Medikamentöse Therapie unter Berücksichtigung jeweiliger Komorbiditäten geriatrischer Patienten

Die geriatrische Depression wird oft nicht adäquat behandelt. Für den Allgemeinmediziner sollte deshalb gelten: „**Start slow, go slow, but go!**“ (18)

In Tabelle 3 werden zur Übersicht alle Hauptklassen der Antidepressiva mit jeweiligen Anfangs- und Standarddosen beim geriatrischen Patienten aufgelistet. Auf die Nebenwirkungen beim geriatrischen Patienten werde ich im nachfolgenden Kapitel noch genauer eingehen und Empfehlungen zur Therapie auslegen.

Tabelle 3: Hauptklassen antidepressiver Therapie und Hauptvertreter der jeweiligen Gruppen. Modifiziert nach (3,5,13,18,21,82).

Substanz	Anfangsdosis mg/Tag	Standarddosis	Besonderheiten bei der Anwendung beim geriatrischen Patienten
Selektive Serotonin- Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)			Häufig Übelkeit Erhöhte Blutungsneigung, Hyponatriämie, Serotonerges Syndrom, Hypotonie
Citalopram	10	20-40	Lange HWZ, Vorsicht vor Akkumulation
Escitalopram	10	10-20	
Fluoxetin	10	20-40	Lange HWZ, Vorsicht vor Akkumulation
Fluvoxamin	50	50-150	
Paroxetin	10	20-40	Kurze HWZ, Absetzsymptome

Sertralin	25	50-150	
Selektive Serotonin und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI)			Unruhe, Hyponatriämie, Hypertonie
Venlafloxin	37,5	150-225	
Duloxetin	30	60	
Selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SNRI)			Hypertonie, anticholinerge Nebenwirkungen
Reboxetin	8	8	
Alpha2-Rezeptor-Antagonisten			Sedierung, Gewichtszunahme, Agranulozytose
Mianserin	30	60-120	
Mirtazapin	15	15-45	
Selektiver Noradrenalin- und Dopamin-Rückaufnahme-Hemmer			Schlafstörungen
Bupropion	150	150-300	
Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA) und nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI)			Anticholinerge Wirkung, Wirkverstärkung oraler Antikoagulantien, kardiale QT-Verlängerung Tachykardie, Sedierung, Dysorthostase, Blutspiegelkontrollen möglich
Amitriptylin	25-50	150	
Clomipramin	25-50	150	
Desipramin	25-50	150	
Doxepin	25-50	150	

Imipramin	25-50	150	
Maprotilin	25-50	150	
Nortriptylin	25-50	150	
Monoaminoxidase (MAO)- Inhibitoren			Serotonerges Syndrom, keine Kombination mit anderen serotonergen Substanzen! Hypertensive Krisen, tyraminarme Diät oftmals schwierig
Moclobemid (reversibel)	150	300-600	
Tranlycypromin (irreversibel)	10	30	Cave: strenge tyraminarme Diät!
Andere: Trazodon	25	200-400	Sedierung, Dysorthostase

Im Allgemeinen konnten nur wenige Unterschiede in der reinen Wirksamkeit der großen Antidepressivagruppen nachgewiesen werden (13,83). Für den geriatrischen Patienten gilt somit:

➤ **Die Wahl des richtigen Antidepressivums für den älteren Patienten richtet sich nach Komorbiditäten der Patienten und nach Neben- und Wechselwirkungsprofil der Substanzen!**

Viele Studien konnten eine bessere Verträglichkeit von SSRI beim geriatrischen Patienten nachweisen (13). Bei den SSRI sind Sertralin, Citalopram und Escitalopram eine gute Wahl, da diese ein geringeres Wechselwirkungsrisiko mit anderen Therapeutika haben (82). Trizyklika werden wegen kardiovaskulärer und anticholinergischer Nebenwirkungen insgesamt weniger empfohlen (9,82).

Eine Therapie mit einem Trizyklikum kann aus Gründen wie z.B. ausgeprägte neuropathische Schmerzen erwogen werden (23,82).

Bei Patienten mit **kardialen Vorerkrankungen** sollten **SSRI wie Fluoxetin oder Paroxetin** in Betracht gezogen werden. Für geriatrische Patienten über 60 Jahre, Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion, eingeschränktem Cytochrom P450 2C19-Metabolisierungs-Status (poor metabolizer), oder Patienten die Medikamente einnehmen, die CYP 2C19 hemmen, gilt eine Höchstdosis von 20 mg am Tag. Die Maximaldosis für Escitalopram liegt bei Patienten ab einem Alter von 65 Jahren bei 10 mg täglich. Nach Myokardinfarkt konnte Sertralin als eine sichere Therapieoption nachgewiesen werden (55,57). Generell konnte nachgewiesen werden, dass die Therapie depressiver herzkranker Patienten mit SSRI die Mortalität signifikant verminderte (84,85). Da Patienten mit Depressionen eher an kardiovaskulären Erkrankungen leiden, ist es besonders wichtig, diese Patienten adäquat zu therapieren (55). Dabei ist es derzeit noch nicht vollkommen klar, ob es für dieses Phänomen biochemische Erklärungen gibt oder es vor allem mit der oft eher ungesunden Lebensweise depressiver Patienten zusammenhängt (57).

Wie bereits erwähnt, ist die Depression nach Schlaganfall häufig zu beobachten. Zur Therapie einer **Post-Stroke-Depression** liegen derzeit folgende Empfehlungen vor: Positive Ergebnisse konnten durch eine Therapie mit **Fluoxetin** 20 mg/Tag, **Sertralin** 50-100 mg/Tag, **Citalopram** 10 mg/Tag (Alter > 65 Jahre) und 20 mg/Tag (Alter < 65 Jahre), **Escitalopram** und **Nortipylin 25-100 mg/Tag** nachgewiesen werden (13,71,82). Diese Therapie war vor allem erfolgreich, wenn sie frühzeitig (im ersten Monat) nach Insult begonnen wurde (71).

Etwa 30-40% der Patienten mit **Tumorerkrankungen** weisen depressive Symptome auf. Bei der Behandlung werden vorwiegend **SSRIs** empfohlen, aber auch Trizyklika konnten positive Effekte erzielen (13).

Interessanterweise leiden Patienten mit Diabetes mellitus doppelt so häufig unter Depressionen wie Patienten ohne gestörten Zuckerstoffwechsel (86). Die Prognose des Diabetes bei Patienten mit Depressionen ist hierbei vor allem durch die geringere Kompliance bezüglich der Medikation, der Ernährung und durch geminderte körperliche Aktivität dramatisch verschlechtert (87). Für die medikamentöse Therapie werden vor allem **SSRI (v.a. Fluoxetin und Sertralin)** empfohlen. Trizyklika sowie Mirtazapin und Mianserin werden wegen der Verschlechterung der glykämischen Kontrolle und der Gewichtszunahme nicht empfohlen. Ausnahmen bilden Patienten mit einer ausgeprägten diabetischen Neuropathie und Schmerzsyndrom, bei welchen der Einsatz von Trizyklika erwähnt werden kann (82,88,89). Bei der Therapie mit SSRI gilt es zu beachten, dass unter

SSRI der Insulinbedarf infolge einer erhöhten Insulinsensitivität sinken und eine Anpassung der Insulintherapie notwendig werden kann (13). [1]
[SEP]

Viele geriatrische Patienten leiden unter **chronischen Schmerzen** und haben somit ein höheres Risiko, an Depressionen zu erkranken sowie stärker unter der Schmerzsymptomatik zu leiden (58,63,65). Die aktuellen deutschen Leitlinien empfehlen für die Therapie der Depression bei Patienten mit chronischen Schmerzen **serotonerg und noradrenerg wirkende Antidepressiva**, aber auch trizyklische Antidepressiva (insbesondere Amitriptylin, Imipramin, Desipramin und Clomipramin) können je nach Risikoprofil des Patienten erwogen werden (13).

Geriatrische Patienten zeigen oft Komorbiditäten von depressiven und **dementiellen Symptomen**. Abzugrenzen ist hier in jedem Fall die Pseudodemenz, bei der durch eine starke Depression dementielle Symptome in den Vordergrund treten können, diese aber nach Behandlung der Depression vollständig reversibel sind (Siehe Differentialdiagnosen der Altersdepression). Die Auswahl des Antidepressivums bei Dementen sollte das anticholinerge Nebenwirkungspotential und damit die potenzielle Induktion eines Delirs und der weiteren Verschlechterung der kognitiven Funktionen mit berücksichtigen. **Somit ist der Gebrauch von anticholinerg wirksamen Trizyklika im Falle von Demenzerkrankten obsolet (13).**

Patienten mit **Morbus Parkinson** leiden in 30% der Fälle an Depressionen. Trizyklika können die Kognition verschlechtern und zu psychotischen Zuständen führen, hingegen bessern sie oft den Tremor. Trimipramin und Clomipramin sollten wegen ihrer D2-antagonistischen Wirkung gemieden werden. **Wegen dem günstigeren Nebenwirkungsprofil werden SSRI in der Regel bevorzugt (82).**

Bei geriatrische Patienten mit **Niereninsuffizienz** sollte Folgendes bei der antidepressiven Therapie beachtet werden: Bei Trizyklika sowie Citalopram, Fluoxetin und Sertralin bedarf es keiner Dosisanpassung. Im Gegensatz dazu müssen Escitalopram, Fluvoxamin, Paroxetin, Mianserin und Mirtazapin sowie SSNRI in der Dosis angepasst werden und die Patienten engmaschig überwacht werden, um eine Akkumulation der Medikamente zu verhindern (82). Die Dosis von Duloxetin muss lediglich bei höhergradiger Niereninsuffizienz (Clearance < 30 ml/min) angepasst werden (82).

- Bei der medikamentösen Therapie der Altersdepression gilt: „Start slow, go slow, but go!“
- Die Wahl des richtigen Antidepressivums für den älteren Patienten richtet sich neben den Komorbiditäten des Patienten und nach dem Neben- und Wechselwirkungsprofil der Substanz.
- Es werden vor allem SSRI empfohlen. Sertralin, Citalopram und Escitalopram sind eine gute Wahl, da diese ein geringeres Wechselwirkungsrisiko mit anderen Therapeutika haben.
- Generell wird empfohlen, die Anfangsdosis zu halbieren und langsamer aufzudosieren.
- Trizyklika sind wegen kardiovaskulärer und anticholinergischer Nebenwirkungen insgesamt weniger empfehlenswert.
- Generell wird empfohlen, bei älteren Patienten die Anfangsdosis zu halbieren und langsamer aufzudosieren.
- Bei kardialen Vorerkrankungen werden Fluoxetin oder Paroxetin (max. 20 mg/Tag) empfohlen.
- Bei einer Post-Stroke-Depression wird Fluoxetin 20 mg/Tag, Sertralin 50-100 mg/Tag, Citalopram 10 mg/Tag (Alter > 65 Jahre) oder 20 mg/Tag (Alter < 65 Jahre) oder Nortriptylin 25-100 mg/Tag empfohlen.
- Patienten mit Diabetes mellitus sollten mit SSRI (v.a. Fluoxetin und Sertralin) therapiert werden. CAVE: Unter SSRI sinkt der Insulinbedarf infolge einer erhöhten Insulinsensitivität und eine Anpassung der Insulintherapie kann notwendig sein.
- Bei chronischen Schmerzen empfehlen sich serotonerg und noradrenerg wirkende Antidepressiva aber auch trizyklische Antidepressiva (v.a. Amitriptylin, Imipramin, Desipramin und Clomipramin) sowie Venlafaxin und Duloxetin können je nach Risikoprofil des Patienten erwogen werden.
- Patienten mit Demenz: Wegen dem anticholinergen Nebenwirkungspotential ist der Gebrauch von Trizyklika obsolet.
- Patienten mit Morbus Parkinson: Trizyklika können die Kognition verschlechtern und zu psychotischen Zuständen führen, hingegen bessern sie oft den Tremor. Trimipramin und Clomipramin sollten

wegen ihrer D2 antagonistischen Wirkung gemieden werden. Generell werden auch hier SSRI empfohlen.

- Bei Niereninsuffizienz: Trizyklika sowie Citalopram, Fluoxetin und Sertralin bedürfen keiner Dosisanpassung. Escitalopram, Fluvoxamin, Paroxetin, Mianserin und Mirtazapin sowie SSNRI müssen in der Dosis angepasst werden.

8.2.11.1 Nebenwirkungen von Antidepressiva, insbesondere bei geriatrischen Patienten

Häufige Nebenwirkungen von **Serotonin-Wiederaufnahmehemmern** sind Übelkeit, Unruhe, anticholinerge Nebenwirkungen und sexuelle Dysfunktionen (13,21). Eine durch Übelkeit verminderte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme kann bei geriatrischen Patienten schnell zu gravierenden Folgen führen und soll deshalb zu Beginn jeder Therapie engmaschig überwacht werden. Selten können SSRI durch Hemmung der Serotoninaufnahme in die Thrombozyten das Auftreten von Blutungen (gastrointestinal, urogenital, intrazerebral, perioperativ) begünstigen (13,82). Beim häufig polimedizierten älteren Patienten mit einer Kombination aus SSRI und nichtsteroidalen Antirheumatika, Aspirin (auch in niedriger Dosis) oder anderen Antikoagulantien stellt dies eine Gefahrenquelle dar (82,90). Es wurde ebenfalls beschrieben, dass SSRI zum Verlust an Knochendichte und somit zu einem erhöhten Frakturrisiko führen können (91). Serotoninagonisten können ebenfalls ein Serotoninsyndrom auslösen. Es handelt sich um einen Symptomkomplex bestehend aus einer Trias von Fieber, neuromuskulären Symptomen (Hyperrigidität, Hyperreflexie, Tremor und Myoklonien) und psychopathologischen Auffälligkeiten wie Desorientation, Delir und Konzentrationsstörungen. Auch vermehrtes Schwitzen, gastrointestinale Beschwerden und epileptische Anfälle können vorkommen (21,92). Vital bedrohliche Komplikationen des serotonergen Syndroms sind insbesondere epileptische Anfälle, Herzrhythmusstörungen und ein Multiorganversagen (82).

Citalopram und Sertralin haben ein vergleichsweise geringes pharmakokinetisches Interaktionspotential. Fluoxetin hat hingegen eine lange Halbwertszeit von mehreren Tagen bzw. Wochen und kann somit die schnelle Steuerung der Therapie erschweren (82). Häufig

werden bei älteren Menschen Hyponatriämien durch eine inadäquate ADH-Sekretion unter Therapie mit SSRI beobachtet.

Da es unter SSRI in einzelnen Fällen zu starker Unruhe kommen kann, ist das mögliche Risiko einer akuten Suizidalität eng zu überwachen (13). Die Studienlage ist jedoch zurzeit noch widersprüchlich und laut aktuellen Leitlinien soll diese potentielle Gefahr kein Grund sein, eine Therapie mit SSRI nicht zu beginnen. Voraussetzung ist, dass vor allem zu Beginn der Therapie ein engmaschigeres Monitoring stattfindet und die Personen des nahen Umfeldes auf mögliche Risiken aufmerksam gemacht werden.

Zu den häufigsten Nebenwirkungen von **Venlafaxin und Duloxetin** zählen insbesondere in der Anfangsphase Appetitlosigkeit, Übelkeit, sexuelle Funktionsstörungen, innere Unruhe, Schlafstörungen und Blutdrucksteigerungen (82). Auch Hyponatriämien werden gehäuft unter Therapie mit SSRI beobachtet (82).

Mirtazapin wirkt eher sedierend, oftmals ist dies eine erwünschte Nebenwirkung und kann bei Schlafstörungen eingesetzt werden. Zudem wirkt es sich positiv auf die Gewichtszunahme aus, eine beim kachektischen geriatrischen Patienten eher positive Nebenwirkung (82). Im Falle eines bestehenden Diabetes Mellitus ist von der Gabe von Mirtazapin abzusehen.

Trazodon ist ein in der Geriatrie ebenfalls gerne eingesetztes Antidepressivum. Es wirkt sedierend und kann bei agitierten und rastlosen Patienten gute Erfolge erzielen. Unerwünschte Nebenwirkungen sind Mundtrockenheit und Schwindel mit dem einhergehenden Sturzrisiko (13).

Bei **trizyklischen Antidepressiva** beobachtet man häufig kardiovaskuläre Nebenwirkungen wie orthostatische Hypotonie, Herzfrequenzanstieg sowie Störungen der Erregungsleitung mit Verlängerungen der PQ-, QRS- und QT-Intervalle im EKG (13,82). Zudem werden trizyklische Antidepressiva bei Engwinkelglaukom, Prostatahypertrophie, schwerer Obstipation, kognitiven Störungen, Epilepsien und Verwirrheitszuständen nicht empfohlen (13). Wegen multipler Interaktionen und dem veränderten Stoffwechsel bei älteren Patienten kann es nötig sein, die jeweiligen Serumspiegel bei trizyklischen Antidepressiva zu bestimmen. Zu beachten ist ebenfalls, dass die Einnahme einer Wochenration von Trizyklika im Gegensatz zu SSRI tödlich ist. Dies ist bei Patienten mit Suizidgedanken wie auch bei Patienten mit Problemen bei der korrekten Medikamenteneinnahme unbedingt zu beachten. Weitere Nebenwirkungen werden aufgrund der anticholinergen Aktion von Trizyklika (vor allem Amitriptylin, Clomipramin, Doxepin und Trimipramin) aber auch von SSRI (vor allem Paroxetin) hervorgerufen

(82,93). Insbesondere in Kombination mit anderen anticholinerg wirksamen Medikamenten sind diese häufig sehr ausgeprägt (93). In Liste 9 sind mögliche anticholinerge Nebenwirkungen aufgeführt. Tabelle 4 listet einige der häufigsten Medikamente mit ebenfalls anticholinergischer Wirkung auf. In Kombination mit Antidepressiva sind diese häufig für die unten aufgeführten Nebenwirkungen verantwortlich.

Liste 9: Anticholinerge Nebenwirkungen

- Harnverhalt, insbesondere bei bestehender Prostatahyperplasie
- Verwirrtheitszustand bis hin zum Delir
- Kognitive Beeinträchtigungen
- Ileus
- Psychotische Symptome
- Trockene Haut
- Akkomodationsstörungen, Mydriasis
- Hyperthermie
- Vermehrtes Schwitzen
- Trockener Mund
- Tachykardie

Tabelle 4: Substanzen mit anticholinergischer Aktivität. Nach (93).

Arzneistoffgruppe	Vertreter
Antiemetika, Antivertiginosa	Dimenhydrinat, Promethazin, Scopolamin
Parkinsonmedikamente	Benzatropin, Biperiden, Trihexyphenidyl, Metixen
Gastrointestinale Spasmolytika, Sekretionshemmer	Butylscopolamin, Pirenzepin
Urologische Spasmolytika	Oxybutynin, Tolterodin, Fesoterodin, Darifenacin, Solifenacin
Inhalative Bronchodilatoren	Ipratropium, Tiotropium, Aclidiniumbromid
Mydriatika	Atropin, Scopolamin, Homatropin, Tropicamid

Intensivmedizin, präoperative Medikation	Atropin
Antiarrhythmika	Chinidin, Procainamid
Antihistaminika (Sedativa, Antiallergika)	Diphenhydramin, Promethazin, Cetirizin
Muskelrelaxanzien	Orphenadrin
Antazida	Cimetidin, Ranitidin
Antipsychotika	Chlorpromazin, Thioridazin, Clozapin, Olanzapin
Analgetika	Pethidin, Fentanyl, Methadon, Morphin, Tramadol
Benzodiazepine	Diazepam, Temazepam

- Vorsicht beim geriatrischen Patienten vor folgenden **Nebenwirkungen** einer Antidepressivatherapie:
- **SSRI:** Übelkeit, Agitiertheit, anticholinerge Nebenwirkungen, Blutungen, Hyponatriämie. CAVE vor dem Serotoninsyndrom.
- **SNRI:** Appetitlosigkeit, Übelkeit, innere Unruhe, Schlafstörungen, Hyponatriämie, und Blutdrucksteigerungen.
- Vorsicht bei der Kombination mehrerer anticholinergischer Medikamente.
- Vorsicht vor der Kombination aus SSRI und Antikoagulantien oder nichtsteroidalen Antirheumatika wegen der erhöhten Blutungsgefahr.
- Fluoxetin hat eine Halbwertszeit von bis zu 4-6 Tagen! Akkumulationsgefahr!
- Mirtazapin führt zu einer Gewichtszunahme. CAVE bei Diabetes mellitus.
- Trazodon und Mirtazapin wirken sedierend: erhöhte Sturzgefahr!
- **Trizyklika:** Kardiovaskuläre und anticholinerge Nebenwirkungen. CAVE bei Engwinkelglaukom, Prostatahypertrophie, Obstipation, Epilepsien und Verwirrheitszuständen.

8.2.11.2 Kontrolluntersuchungen während der antidepressiven Therapie

- Bei Trizyklika und Serotonin-Wiederaufnahmehemmern Serotonin-Wiederaufnahmehemmern werden wegen der Gefahr der Hypotonie regelmäßige **Blutdruckkontrollen** empfohlen.
- Insbesondere bei Therapie mit Trizyklika aber auch bei anderen Antidepressiva werden **EKG-Kontrollen** zu Beginn wie auch im weiteren Verlauf der Therapie empfohlen. In dieser Substanzklasse kommt es häufig zu Erregungsleitungsstörungen des Herzens (QT-Verlängerung und Risiko von Torsades de Pointes) (13,82).
- **Laboruntersuchungen:** Vor und nach Beginn der Therapie sollten Leberwerte, Nierenwerte, Natriämie, sowie ein großes Blutbild kontrolliert werden (13,82). Insbesondere bei SSRI besteht die Gefahr der Hyponatriämie und der Agranulozytose sowie der Anämie bei verstärktem Blutungsrisiko. Vorsicht vor der Komedikation mit gerinnungshemmenden Medikamenten.
- Regelmäßige **Gewichtskontrollen** sind vor allem bei einer Therapie mit Trizyklika und Mirtazapin indiziert, diese wirken gewichtssteigernd (13,82).

8.2.11.3 Dosiserhöhung bei initial mangelnder Besserung

Bei Trizyklika, Venlafloxin und Tranylcypromin ist eine Aufdosierung der Medikation sinnvoll, falls sich zu Beginn der Therapie nur wenig Besserung zeigt. Im Fall von SSRI ist keine positive Dosis-Wirkungs-Beziehung bekannt und eine Anhebung der Dosis wird nicht empfohlen (13). Eine Alternative ist das Antidepressivum zu wechseln oder ein zweites einer anderen Klasse hinzuzufügen, falls dies vom Patienten vertragen wird.

8.2.11.4 Umändern der antidepressiven Medikation einer Substanzklasse auf eine andere (Switching)

Bei Nicht-Ansprechen auf eine Antidepressivatherapie wird der Wechsel des Antidepressivums empfohlen. Überwiegend sollte beim Wechsel des Antidepressivums auch die Substanzklasse gewechselt werden (81). Studien konnten nachweisen, dass etwa

50% der Patienten nach einem Wechsel des Antidepressivums auf die Therapie ansprechen (13).

Bei der Umstellung von SSRI, SNRI und Clomipramin auf MAO-Hemmer ist ein ausreichender Sicherheitsabstand von 2 Wochen, bei Fluoxetin von 5 Wochen zu berücksichtigen. Eine Kombination der MAO-Hemmer mit diesen Antidepressiva ist kontraindiziert (13,82).

Generell gibt es beim Switching drei Möglichkeiten (94,95):

1. Ausschleichen: Schrittweises Absetzen des 1. AD (über min. 4 Wochen) und anschließender Switch zum 2. AD
2. Cross-Tapering: Die Dosis des 1. AD wird gesenkt und gleichzeitig erhöht man die Dosis des 2. AD
3. Sofortiger Switch

Wie hierbei vorzugehen ist, hängt vom jeweiligen 1. und 2. Antidepressivum ab und sollte leitliniengerecht und nach Fachliteratur erfolgen. Da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, werde ich auf das genaue Vorgehen beim Switchen der einzelnen Antidepressiva hier nicht eingehen.

8.2.11.5 Vorgehen beim Absetzen der antidepressiven Medikation

Antidepressiva werden wenn nötig oder erwünscht schrittweise über einen Zeitraum von vier Wochen reduziert. Eine Ausnahme ist Fluoxetin: Wegen seiner sehr langen Halbwertszeit kann es über einen kürzeren Zeitraum abgesetzt werden. Falls die Absetzsymptome schwer sind, sollte das Wiederansetzen des ursprünglichen Antidepressivums (oder eines mit längerer Halbwertszeit aus derselben Wirkstoffklasse) in wirksamer Dosierung erwogen und es unter Überwachung noch langsamer abgesetzt werden (13).

8.2.12 Nicht-medikamentöse Therapiemöglichkeiten

- Da besonders beim geriatrischen Patienten das Problem einer übermäßigen Medikation verhindert werden soll, spielen nicht-medikamentöse Behandlungen der Depression eine wichtige Rolle.

Psychotherapie

Eine psychotherapeutische Monotherapie (vor allem kognitive Verhaltenstherapie, supportive Psychotherapie und lösungsorientierte Psychotherapie) ist für leichte und mittelgradige depressive Störungen indiziert (13,23,96). Bei schweren depressiven Episoden wird die Kombinationsbehandlung aus Pharmako- und Psychotherapie empfohlen (13,23). Gloaguen et al. konnten bereits 1998 nachweisen, dass nach Akuttherapie allein mit Antidepressiva 60 % der Patienten innerhalb eines Jahres einen Rückfall erlitten, nach zusätzlicher kognitiver Verhaltenstherapie durchschnittlich nur 29 % (97). Die Kombination aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie zeigt zudem größere Wirkung auf die depressive Symptomatik im Vergleich zur Einzelbehandlung, erhöht die Wahrscheinlichkeit des Ansprechens auf die Therapie und wird vom Patienten eher akzeptiert als eine Psycho-oder Pharmakotherapie alleine (98).

Neben der therapeutischen Beziehung, die der wichtigste Wirkfaktor der Psychotherapie ist (13), erzielt die Psychotherapie durch folgende Faktoren ihren positiven Effekt in der Therapie der Altersdepression (13):

- Ressourcenaktivierung des Patienten d.h. die Fähigkeiten des Patienten zur Problembewältigung werden herausgearbeitet.
- Problemaktualisierung und Problembewältigung: Verhaltenstherapeutisch werden bestehende Probleme aktiv durcherlebt, der Patient erhält Einsicht in das konflikthafte Erleben und das daraus resultierende Verhalten und gemeinsam werden Möglichkeiten herausgearbeitet, wie er mit den aktuellen Probleme umgehen könnte. Dabei werden die auftretenden Konflikte und Gefühle genutzt, um Lösungsansätze zu erarbeiten.

Die psychotherapeutische Versorgung alter Menschen ist jedoch weitestgehend mangelhaft. Eine Studie in Österreich konnte zeigen, dass nur etwa 10 % der an Depression erkrankten und auch diagnostizierten Personen eine Psychotherapie erhielten (98). Insbesondere beim

geriatrischen Patienten ist die Psychotherapie jedoch eine wichtige Therapiemöglichkeit die ohne Nebenwirkungen sehr effektiv eingesetzt werden kann.

Bewegungstherapie und körperliche Aktivität

Der Nutzen von Bewegungstherapie in der Therapie der Altersdepression ist eindeutig nachgewiesen. In einer 16-wöchigen randomisiert-kontrollierten Studie von 156 älteren Patienten mit depressiver Episode wurde die Wirksamkeit von Sertralin mit einem körperlichen Übungsprogramm verglichen. Es konnten vergleichbare Effekte durch körperliche Betätigungen wie durch Sertralin nachgewiesen werden, wenn auch die Sertralingruppe eine schnellere Besserung aufwies (99,100). In großen Nachfolgestudien konnte der positive Effekt von körperlicher Aktivität zusätzlich zu medikamentöser und psychotherapeutische Behandlung ebenfalls bestätigt werden (101). Generell wird körperliches Training empfohlen; es steigert das Wohlbefinden und depressive Symptome werden gelindert (13). Besonders bei geriatrischen Patienten wirkt sich dies positiv auf Herz-Kreislauf, Arthrose sowie den Zuckerstoffwechsel aus. Es beinhaltet zudem eine soziale Interaktion und die Patienten profitieren durch vermehrten Kontakt mit anderen Personen. Es ist somit empfehlenswert, Sportgruppen, wenn auch auf niedrigem Niveau, fest in das Tagesprogramm von Seniorenheimen einzubeziehen und auch Patienten, die noch zu Hause leben zu ermutigen, sich in senioregerechte Sportgruppen einzuschreiben. Die Rolle des Allgemeinmediziners besteht hier insbesondere darin die Patienten aktiv auf die Teilnahme an Bewegungsgruppen anzusprechen und zu ermutigen. Bewegungsgruppen für ältere Patienten werden sehr erfolgreich von den jeweiligen Gemeinden angeboten. In vielen Seniorenheimen werden bereits sportliche Aktivitäten angeboten; Die Patienten sollen ermutigt werden an den Ausflügen, Spaziergängen oder sogar an den Bewegungsgruppen mit Anleitung eines Physiotherapeuten teilzunehmen. Der Arzt sollte gewissermaßen die Bewegungstherapie als „ärztliche Anordnung“ verschreiben. Im Rahmen des Zitha-Gesondheits-Zentrum in Luxembourg (102) sowie seit 2015 auch im Centre de la Mémoire et de la Mobilité Michel Rodange (CeM² Michel Rodange) in Luxembourg wird ganz spezifisch auf die Bedürfnisse älterer Patienten eingegangen und ein großes Programm unter dem Leitmotiv des Ageing Fit-Feeling Well angeboten (103). Neben dem positiven Effekt auf die Stimmungslage wirkt sich körperliche Aktivität auch positiv auf die Gedächtnisleistung aus (104).

Ergotherapie und soziale Interaktion

Ziel der klassischen Ergotherapie aber auch anderer Gruppenaktivitäten wie „Plaudergruppen“, Kochgruppen, Bastelgruppen und Diskussionsgruppen ist der Erhalt von Handlungsfähigkeit und die aktive Teilhabe in allen wichtigen Lebensbereichen (z.B. Selbstversorgung, Haushaltsführung, Wirtschaftliche Eigenständigkeit, Mobilität, aktive Freizeit und soziales Leben). Das Zusammentreffen depressiver älterer Patienten in der Gruppe ermöglicht es, in einem geschützten Rahmen soziale Kontakte wieder zu üben, an Selbstsicherheit zu gewinnen, die Antriebslosigkeit zu bessern und sich langsam wieder an den alltäglichen Aufgaben zu beteiligen. Mehrere Studien konnten den Nutzen dieser Therapiemöglichkeiten in der Therapie der Altersdepression nachweisen (13,105,106). Der Allgemeinmediziner soll die Teilnahme seiner Patienten an diesen Gruppen unterstützen und den Betroffenen die jeweiligen Möglichkeiten aufzeigen und deren Nutzen erklären.

- **Nicht-medikamentöse Therapieoptionen** der Altersdepression:
- Eine psychotherapeutische Monotherapie ist vor allem für leichte und mittelgradige depressive Störungen indiziert.
- Bei schweren depressiven Episoden wird die Kombinationsbehandlung aus Pharmako- und Psychotherapie empfohlen.
- Die psychotherapeutische Versorgung alter Menschen ist oft mangelhaft. Insbesondere beim geriatrischen Patienten ist die Psychotherapie eine wichtige Therapiemöglichkeit, um den Einsatz medikamentöser Therapien zu minimieren.
- Die Bewegungstherapie darf bei der Therapie der Altersdepression nicht unterschätzt werden. Insbesondere in der Gruppe verbindet es den körperlichen Effekt mit der sozialen Komponente.
- Soziale Gruppen und die Ergotherapie ermöglichen, sozial in Kontakt zu treten, an Selbstsicherheit zu gewinnen, die Antriebslosigkeit zu bessern und sich langsam wieder an alltäglichen Aufgaben zu beteiligen.

9 Diskussion

Durch den demographischen Wandel wird sich die Anzahl der über 80-Jährigen in Deutschland von derzeit 3,9 Millionen auf 10-11,6 Millionen im Jahr 2050 erhöhen und sich somit verdreifachen (107). Diese Verdreifachung ist für die übrigen europäischen Länder und somit auch für Luxemburg ebenfalls vorauszusehen. Somit wird sich auch die Anzahl an geriatrischen Patienten mit depressiver Symptomatik steigern und für den Hausarzt sowie für das Gesundheitssystem eine immer wichtigere Patientengruppe darstellen. Diese Patientengruppe gehört zu den Vielnutzern des Gesundheitssystems und trotzdem wird die Depression beim geriatrischen Patienten oftmals nicht erkannt und-oder nicht richtig behandelt. Es folgt, dass der Teufelskreis von Komorbiditäten, Funktionsbeeinträchtigungen und dem Leiden des Patienten weiter unterhalten wird. Über 90% aller Senioren suchen ihren Hausarzt regelmäßig auf (108,109) und geriatrische Patienten mit Depressionen konsultieren dabei doppelt so häufig wie die Vergleichsgruppe ohne depressive Symptome (110). Es liegt somit auf der Hand, dass die Verantwortung beim Hausarzt liegt, die Betroffenen zu identifizieren und keine Scheu vor einer leitliniengerechten Therapie zu haben.

Wie die Daten der im Jahr 2015 durchgeführten Studie (1,2) zur Prävalenz der Altersdepression bei Heimbewohnern in Luxemburg zeigen konnte, litten mehr als ein Drittel der Bewohner unter Depressionen. Mehr als die Hälfte der Patienten erhielten eine antidepressive Therapie. Zu beachten gilt, dass etwa 60% der mit Antidepressiva behandelten Patienten keine depressive Symptomatik mehr aufwiesen, jedoch in etwa 40% der Fälle die Bewohner trotz angesetzter Therapie noch immer unter klinisch relevanten depressiven Symptomen litten. Gründe für das Nichtansprechen auf die Therapie könnten in einer nicht adäquaten Therapie liegen, so wie darin, dass die Antidepressiva ihre volle Wirksamkeit noch nicht entwickelt haben und es noch Zeit braucht, bis der Therapieerfolg zu sehen ist oder aber, dass einige Patienten die Medikation nicht wie verordnet einnehmen und es an Komplianz fehlt. In 16% der Fälle wurden die Bewohner trotz deutlicher Zeichen einer Altersdepression nicht antidepressiv behandelt. Dies veranschaulicht auch auf nationaler Ebene, wie hoch der Anteil an nicht therapierten Fällen von Altersdepression ist. Anzumerken ist, dass in dieser Studie lediglich Daten zur medikamentösen Therapie erhoben wurde. Es ist bekannt, dass beim Vorliegen einer Depression diese in etwa 50% der Fälle nicht diagnostiziert wird (5,98). Dies gilt

insbesondere beim geriatrischen Patienten, bei dem die Symptome oftmals eher somatischer Natur sind, und somit oft missinterpretiert werden (24,25). Möglicherweise waren diese Bewohner in unserer Studie nicht behandelt, weil sich der behandelnde Arzt der Situation trotz erfolgter Diagnostik durch die Psychologen nicht bewusst war. Dies zeigt, wie wichtig eine enge Zusammenarbeit des behandelnden Arztes und dem Pflegepersonal beziehungsweise dem engen Umfeld des Patienten ist.

Des Weiteren konnten wir nachweisen, dass depressive Langzeitbewohner signifikant mehr Schmerzen empfanden und mehr und auch stärkere Analgetika benötigten. Es besteht somit eine eindeutig positive Korrelation zwischen Depression und Schmerzen im Alter. Es ist sowohl bekannt, dass Schmerzen durch eine bestehende Depression verstärkt werden als auch, dass chronische Schmerzen eine depressive Symptomatik auslösen können (59,111–113). Dies konnte ebenfalls durch Tarakci et al. bestätigt werden. Auch in der von ihnen durchgeführten Studie wurde eine positive Korrelation zwischen einer visuellen Schmerzskala und der von ihnen benutzten Depressionsskala nachgewiesen (114). Durch die stärker empfundenen Schmerzen depressiver Patienten kommt es, bekannterweise zu einem höheren Analgetikakonsum und es wurden öfters Opioide verschrieben (59,66). Dies konnte in unserer Studie ebenfalls nachgewiesen werden.

Leider wird immer noch häufig angenommen, dass eine depressive Grundstimmung zum Altwerden dazugehört. Des Weiteren nimmt der geriatrische Patient immer mehr Zeit in Anspruch als ein jüngerer Patient mit der gleichen Pathologie. Wird dies in die Zeitabläufe der Allgemeinmediziner integriert, kann auch beim geriatrischen Patienten eine adäquate Exploration seiner Symptome erfolgen. Nach gründlicher Prüfung und Ausschluss eventueller Differentialdiagnosen sollte ein Behandlungsversuch im Einverständnis mit dem Patienten unternommen werden. Screening Methoden wie geriatrische Depressionsskalen, die regelmäßig bei Verdacht durchgeführt werden, können die Diagnose beschleunigen und den Hausarzt sowie auch das Pflegepersonal aufmerksam werden lassen. Eine Herausforderung ist jedoch die erschwerte Diagnose der Depression beim älteren Patienten. Oft werden lediglich somatoforme Beschwerden geäußert und der Allgemeinarzt kann verleitet werden, sich auf diese zu konzentrieren. Neben der Therapie ist die Prävention der Altersdepression ebenfalls eine Herausforderung. Hierzu ist die Kenntnis der protektiven Faktoren, der entsprechenden sozialen Strukturen, aber auch der Risikofaktoren nötig. Der Hausarzt kann hier in Zusammenarbeit mit der Familie die möglichen präventiven Maßnahmen für seine geriatrischen Patienten ausarbeiten.

Es ist somit die Aufgabe des Hausarztes, nicht nur die Anzahl der verbleibenden Lebensjahre seiner Patienten zu maximieren, sondern auch deren Qualität zu optimieren.

“And in the end, it’s not the years in your life that count. It’s the life in your years.” —

Abraham Lincoln

10 Zusammenfassung

Meine Abschlussarbeit im Rahmen der Ausbildung zum Facharzt der Allgemeinmedizin an der Universität Luxemburg, beinhaltet zum Einen die Ergebnisse einer rezenten luxemburgischen Studie zur Prävalenz und Therapie der Altersdepression sowie dem Zusammenhang von Depression und Schmerz bei geriatrischen Langzeitbewohnern. Diese Studie wurde an den Bewohnern von insgesamt vier Seniorenheimen unter der Leitung von Dr. Carine Federspiel (Zitha Senior Luxembourg) und Jean-Paul Steinmetz, PhD (Zitha Senior Luxembourg) durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass über die Hälfte der geriatrischen Bewohner mit Antidepressiva behandelt werden. Mehr als ein Drittel der Bewohner litten unter Depressionen, wobei etwa 20% dieser Patienten trotz antidepressiver Behandlung immer noch symptomatisch waren und in 16% der Fälle waren die Bewohner, obwohl sie deutliche Zeichen einer Altersdepression aufwiesen, nicht medikamentös behandelt. Zudem konnten wir nachweisen, dass depressive Bewohner mehr Schmerzen empfinden und eine größere Anzahl verschiedener Analgetika sowie potentere Schmerzmittel, im Vergleich zu nicht depressiven Patienten, benötigen. Diese Daten zeigen die eindeutig positive Korrelation zwischen Depression und Schmerzen im Alter.

Beim zweiten Teil meiner Arbeit handelt es sich um eine umfassenden Literaturrecherche betreffend Häufigkeit, Symptomen und Therapiemöglichkeiten der Altersdepression sowie zu häufigen Schwierigkeiten bei der Betreuung depressiver geriatrischer Patienten in der Allgemeinmedizin. Inhalt sind die aktuellen Richtlinien zur Diagnose, mögliche Differentialdiagnosen, Risikofaktoren und präventive Faktoren sowie Komorbiditäten und die adäquate Therapie der Altersdepression durch den Allgemeinarzt. Da der Allgemeinmediziner an vorderster Stelle bei der Betreuung geriatrischer Patienten steht, habe ich den Fokus auf die wichtige Rolle der Allgemeinmedizin in der Altersdepression gelegt. Neben der medikamentösen Therapie und deren Besonderheiten beim älteren Patienten werden auch die nicht-medikamentöse Therapieoptionen wie Bewegungstherapien, soziale Gruppentherapien und die Psychotherapie dargestellt.

11 Literaturverzeichnis

1. Frisch P, Steinmetz J-P, Bourkel E, Frantzen L, Theisen-Flies C, Federspiel C. An observational study on depression and pain in long-term care residents: Prevalence and associations. submitted. 2016;
2. Frisch P, Steinmetz J-P, Bourkel E, Frantzen L, Theisen-Flies C, Federspiel C. Depression and pain: Prevalence, medication and association in long-term care residents. Poster presented at: EUGMS; 2015; EUGMS Conference. Oslo, Norway.
3. Stoppe G. Depressionen im Alter. Springer Medizin Verlag. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz. Springer Medizin Verlag. 2008;51(4):406-10.
4. Riedel-Heller PDSG, Weyerer S, König H-H, Lupp M. Depression im Alter. Nervenarzt. 2012 Oct 28;83(11):1373–8.
5. Levin CA, Wei W, Akincigil A, Lucas JA, Bilder S, Crystal S. Prevalence and treatment of diagnosed depression among elderly nursing home residents in Ohio. J Am Med Dir Assoc. 2007 Nov;8(9):585–94.
6. Aziz R, Steffens DC. What Are the Causes of Late-Life Depression? Psychiatr Clin North Am. 2013 Dec;36(4):497–516.
7. McCall WV, Kintziger KW. Late life depression: a global problem with few resources. Psychiatr Clin North Am. 2013 Dec;36(4):475–81.
8. J. Katon W. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. Dialogues Clin Neurosci. 2011 Mar;13(1):7–23.
9. Diagnosis and management of late-life unipolar depression [Internet]. [cited 2015 Aug 6]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-late-life-unipolar-depression?source=search_result&search=depression+screening&selectedTitle=4%7E16#H21
10. Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjørnnes M, Stenseth G, Hval B, et al. The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. Palliat Med. 2005 Jul;19(5):411–7.
11. Lefebvre-Chapiro S. The Doloplus-2 scale-evaluating pain in the elderly. Eur J Palliat Care 2001. 2001;8:191–194.
12. Doloplus [Internet]. [cited 2015 Oct 23]. Available from: <http://www.doloplus.com/>

13. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - nvl-0051_S3_Unipolare_Depression_2012-01_01.pdf [Internet]. [cited 2015 Apr 3]. Available from: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_S3_Unipolare_Depression_2012-01_01.pdf
14. DIMDI - DIMDI [Internet]. [cited 2015 Apr 13]. Available from: https://www.dimdi.de/static/de/export_header.htm
15. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C.; 2013.
16. Freudenstein U, Jagger C, Arthur A, Donner-Banzhoff N. Treatments for late life depression in primary care—a systematic review. *Fam Pract*. 2001 Jun 1;18(3):321–7.
17. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363–89.
18. Wächtler C, Bschor T, Flesch P, Peters M. Depression im Alter. 2010;(64):10–8.
19. Lin J-H, Huang M-W, Wang D-W, Chen Y-M, Lin C-S, Tang Y-J, et al. Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. *BMC Geriatr*. 2014 Jun 18;14(1):77.
20. ICD-10-GM-2015 Code Suche [Internet]. [cited 2015 Apr 13]. Available from: <http://www.icd-code.de/>
21. Ebert D. Psychiatrie systematisch. Vol. 7. Auflage. Bremen: UNI-MED; 2008.
22. Depression in elderly patients: DynaMed [Internet]. [cited 2015 Jul 1]. Available from: <http://web.a.ebscohost.com/dynamed/detail?sid=67c517b2-4f41-491d-9680-3d9ce637438c%40sessionmgr4003&vid=5&hid=4201&bdata=JnNpdGU9ZHluYW11ZC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#db=dme&AN=906139>
23. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003 Mar;58(3):249–65.
24. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry*. 1993 May;150(5):734–41.
25. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 1985;29(6):563–9.
26. Mathew RJ, Weinman ML, Mirabi M. Physical symptoms of depression. *Br J Psychiatry*. 1981 Oct 1;139(4):293–6.
27. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1997 Mar;170:205–28.

28. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*. 2000 Dec;157(12):1925–32.
29. Radebold H, Hirsch RD, Kipp J, Kortus R, Stoppe G, Struwe B, et al. Depressionen im Alter. Springer-Verlag; 2013. 341 p.
30. Erlemeier N, Wirtz M. Suizidalität und Suizidprävention im Alter. In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. W. Kohlhammer; 2002.
31. Statistisches Bundesamt. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Datenblätter vom 03.03.2015., Fiedler G. Suizide pro 100.000 Einwohner im Jahre 2013 nach Lebensalter. 2015.
32. Wächtler C. Depression und Suizidalität im Alter-erkennen, behandeln, vorsorgen. VII. Gerontopsychiatrisches Symposium Klinikum Warendorff; 2014.
33. Fiedler G. Nationales Suizid Präventionsprogramm für Deutschland - Suizide 2013 [Internet]. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinikum Hamburg-- Eppendorf: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention; 2015 [cited 2015 Aug 20]. Available from: <http://www.suizidpraevention-deutschland.de/informationen/suizide-2013.html>
34. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun;159(6):909–16.
35. CHNP. Soins psychiatriques à domicile (SPAD) / Offre ambulatoire psychiatrique / Rehaklinik / CHNP [Internet]. [cited 2015 Aug 3]. Available from: http://www.chnp.lu/fr/rehaklinik/offre_ambulatoire_psychiatrique/soins_psychiatriques_a_domicile_spad
36. COPAS. Les services pour personnes en psychiatrie extrahospitalière [Internet]. COPAS. [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://www.copas.lu/prestataires/les-institutions-pour-personnes-en-psychiatrie-extrahospitaliere/>
37. COPAS. Les foyers de jour pour personnes âgées [Internet]. COPAS. [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://www.copas.lu/prestataires/les-foyers-de-jour-pour-personnes-agees/>
38. Centre d'Information et de Prévention. SOS-Détresse [Internet]. 2015 [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://www.prevention-suicide.lu/la-personne-en-detresse/ou-trouver-de-laide/services-daide-par-telephone/sos-detresse/>

39. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997 Jul;12(7):439–45.
40. Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M, et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc.* 1999 Jul;47(7):873–8.
41. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982 1983;17(1):37–49.
42. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep;16(9):606–13.
43. PHQ-9 questionnaire [Internet]. [cited 2015 Aug 6]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PC%2F59307&topicKey=PSYCH%2F1719&rank=4%7E16&source=see_link&search=depression+screening&utmPopup=true
44. WHO. World Health Organization (WHO). Wellbeing measures in primary health care: the DepCare Project. Copenhagen. 1998.
45. Heidenblut S, Zank S. Entwicklung eines neuen Depressionsscreenings für den Einsatz in der Geriatrie. *Z Für Gerontol Geriatr.* 2009 Sep 18;43(3):170–6.
46. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry.* 1988 Feb 1;23(3):271–84.
47. Phillips LJ. Measuring Symptoms of Depression. *Res Gerontol Nurs.* 2012 Jan;5(1):34–42.
48. Hamilton Rating Scale - page 1 [Internet]. [cited 2015 Aug 9]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PSYCH%2F72220%7EPSYCH%2F60363%7EPSYCH%2F73164&topicKey=PSYCH%2F1725&rank=9%7E31&source=see_link&search=hamilton&utmPopup=true
49. Screening for depression [Internet]. [cited 2015 Aug 9]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression?source=machineLearning&search=Beck+scale&selectedTitle=2%7E150§ionRank=1&anchor=H22016477#H99800892>
50. Klahre AS. Demenz oder Depression-im Alter fällt die Diagnose schwer. Differentialdiagnose Depression und Demenz bei alten Patienten. In: *Medscape Deutschland* [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 3]. Available from: <http://www.medscapemedizin.de/artikel/4900896>

51. Soiza RL, Cumming K, Clarke JM, Wood KM, Myint PK. Hyponatremia: Special Considerations in Older Patients. *J Clin Med*. 2014 Aug 18;3(3):944–58.
52. Hyponatremia [Internet]. [cited 2015 Aug 19]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/search?search=Hyponatremia&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=
53. Rayner L, Price A, Evans A, Valsraj K, Higginson IJ, Hotopf M. Antidepressants for depression in physically ill people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3):CD007503.
54. B. Heßlinger MH. Komorbidität von depressiven Störungen und kardiovaskulären Erkrankungen Implikationen für Diagnostik, Pharmako- und Psychotherapie. *Nervenarzt*. 2002;73(3):205–18.
55. Uzun S, Kozumplik O, Topić R, Jakovljević M. Depressive disorders and comorbidity: somatic illness vs. side effect. *Psychiatr Danub*. 2009 Sep;21(3):391–8.
56. Lyness JM, Heo M, Datto CJ, Ten Have TR, Katz IR, Drayer R, et al. Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med*. 2006 Apr 4;144(7):496–504.
57. Taylor D. Antidepressant drugs and cardiovascular pathology: a clinical overview of effectiveness and safety. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Dec 1;118(6):434–42.
58. Han C, Pae C-U. Pain and Depression: A Neurobiological Perspective of Their Relationship. *Psychiatry Investig*. 2015 Jan;12(1):1–8.
59. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*. 2003 Nov 10;163(20):2433–45.
60. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. The relation of pain to depression among institutionalized aged. *J Gerontol*. 1991 Jan;46(1):P15-21.
61. Lépine J-P, Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2004 Oct 1;19(S1):S3–7.
62. Mossey JM, Gallagher RM, Tirumalasetti F. The Effects of Pain and Depression on Physical Functioning in Elderly Residents of a Continuing Care Retirement Community. *Pain Med*. 2000 Dec 1;1(4):340–50.
63. Bonnewyn A, Katona C, Bruffaerts R, Haro JM, de Graaf R, Alonso J, et al. Pain and depression in older people: Comorbidity and patterns of help seeking. *J Affect Disord*. 2009 Oct;117(3):193–6.
64. Fishbain DA. The association of chronic pain and suicide. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 1999 Jul;4(3):221–7.

65. Fox PL, Raina P, Jadad AR. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *CMAJ Can Med Assoc J*. 1999 Feb 9;160(3):329–33.
66. Sullivan MD, Edlund MJ, Steffick D, Unützer J. Regular use of prescribed opioids: association with common psychiatric disorders. *Pain*. 2005 Dec 15;119(1–3):95–103.
67. Pellegrino LD, Peters ME, Lyketsos CG, Marano CM. Depression in Cognitive Impairment. *Curr Psychiatry Rep*. 2013 Sep;15(9):384.
68. Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds CF. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer’s disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*. 2013 May;202(5):329–35.
69. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. “Vascular depression” hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Oct;54(10):915–22.
70. Rapp M. Der Einfluss von Depression über die Lebensspanne auf Kognition, Demenz und Mortalität im Alter. [Internet]. 2009. Available from: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000007715/Rapp.pdf;jsessionid=F3BCDF06D562CC3700306B33D15F9341?hosts=
71. Robinson RG, Spalletta G. Poststroke Depression: A Review. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2010 Jun;55(6):341–9.
72. Cho HJ, Lavretsky H, Olmstead R, Levin MJ, Oxman MN, Irwin MR. Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2008 Dec;165(12):1543–50.
73. Schoevers RA, Smit F, Deeg DJH, Cuijpers P, Dekker J, van Tilburg W, et al. Prevention of Late-Life Depression in Primary Care: Do We Know Where to Begin? *Am J Psychiatry*. 2006 Sep 1;163(9):1611–21.
74. Forsman AK, Schierenbeck I, Wahlbeck K. Psychosocial interventions for the prevention of depression in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Aging Health*. 2011 Apr;23(3):387–416.
75. van’t Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HJ, van Oppen P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: A randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Mar 1;66(3):297–304.
76. Frank C. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. 2014 Feb;60(2):121–6.
77. Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry*. 1991 May;52 Suppl:28–34.

78. Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet Lond Engl*. 2003 Feb 22;361(9358):653–61.
79. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1990 Dec 1;47(12):1093–9.
80. Thase ME. Redefining antidepressant efficacy toward long-term recovery. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 6:15–9.
81. Al-Harbi KS. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. *Patient Prefer Adherence*. 2012 May 1;6:369–88.
82. Benkert O, Hippus H. *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. 8. Auflage. Springer; 2011.
83. McCusker J, Cole M, Keller E, Bellavance F, Berard A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med*. 1998 Apr 13;158(7):705–12.
84. Taylor CB, Youngblood ME, Catellier D, Veith RC, Carney RM, Burg MM, et al. Effects of antidepressant medication on morbidity and mortality in depressed patients after myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jul;62(7):792–8.
85. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ, et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *JAMA*. 2003 Jun 18;289(23):3106–16.
86. Prabhakar V, Gupta D, Kanade P, Radhakrishnan M. Diabetes-associated depression: The serotonergic system as a novel multifunctional target. *Indian J Pharmacol*. 2015;47(1):4–10.
87. van Dooren FEP, Nefs G, Schram MT, Verhey FRJ, Denollet J, POUWER F. Depression and Risk of Mortality in People with Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* [Internet]. 2013 Mar 5 [cited 2015 Jul 27];8(3). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3589463/>
88. Markowitz S, Gonzalez JS, Wilkinson JL, Safren SA. Treating Depression in Diabetes: Emerging findings. *Psychosomatics*. 2011;52(1):1–18.
89. Petrak F, Herpertz S. Treatment of depression in diabetes: an update. *Curr Opin Psychiatry*. 2009 Mar;22(2):211–7.
90. Meijer WE, Heerdink ER, Nolen WA, Herings RC, Leufkens HM, Egberts AG. Association of risk of abnormal bleeding with degree of serotonin reuptake inhibition by antidepressants. *Arch Intern Med*. 2004 Nov 22;164(21):2367–70.

91. Haney EM, Chan BS, Diem SJ, et al. Association of low bone mineral density with selective serotonin reuptake inhibitor use by older men. *Arch Intern Med.* 2007 Jun 25;167(12):1246–51.
92. Schäfer U, Rüter E. *Psychiatrische Patienten in der Hausarztpraxis: erkennen - untersuchen - behandeln ; 9 Tabellen.* Georg Thieme Verlag; 2006. 244 p.
93. Pharmazeutische Zeitung online: Anticholinerge Arzneistoffe: Erkennen, erklären, ersetzen [Internet]. [cited 2015 Aug 4]. Available from: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/?id=49072>
94. 2012 on the 28 J. Switching and Withdrawing Antidepressants [Internet]. [cited 2015 Aug 4]. Available from: <http://www.mims.co.uk/switching-withdrawing-antidepressants/mental-health/article/882430>
95. ↗ Präsentation “Qualitätszirkel pharmaSuisse ZENTRALES NERVENSYSTEM Qualitätszirkel Ärzte-Apotheker 1.” [Internet]. [cited 2015 Aug 4]. Available from: <http://slideplayer.org/slide/737/>
96. Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF, Carpenter D, Docherty JP, Expert Consensus Panel for Pharmacotherapy of Depressive Disorders in Older Patients. The expert consensus guideline series. *Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients.* *Postgrad Med.* 2001 Oct;Spec No Pharmacotherapy:1–86.
97. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord.* 1998 Apr;49(1):59–72.
98. Gaugeler R, Jenull B, Salem I. Wird Depression im Alter ausreichend erkannt und behandelt? [Internet]. 2013 [cited 2015 Apr 3]. Available from: <https://campus.aau.at/cris/publication/0f4dc44845ae29440145b2517d417e82;jsessionid=3A0EF518BCF87B94C6FD061439DA7675.app-campus2>
99. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med.* 1999 Oct 1;159(19):2349–56.
100. Blumenthal JA, Babyak MA, Murali Doraiswamy P, Watkins L, Hoffman BM, Barbour KA, et al. Exercise and Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder. *Psychosom Med.* 2007;69(7):587–96.
101. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;9:CD004366.
102. Zitha K. ZithaKlinik - ZithaGesondheetsZentrum [Internet]. [cited 2015 Jul 26]. Available from: <http://www.zithaklinik.lu/index.php/notre-offre-de-soins/centres-multidisciplinaires/zithagesondheetszentrum>

103. Zitha Senior, Steinmetz J-P. CeM2 [Internet]. [cited 2015 Jul 26]. Available from: <http://cem2.lu/>
104. Paillard T. Preventive effects of regular physical exercise against cognitive decline and the risk of dementia with age advancement. *Sports Med - Open*. 2015;1(1):4.
105. Bobbe G. Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie. Georg Thieme Verlag; 2005. 438 p.
106. Page J. Institut für Ergotherapie, ZHAW Gesundheit [Internet]. 2015 [cited 2015 Jul 26]. Available from: <http://gesundheit.zhaw.ch/de/gesundheit/institutezentrum/ier/news-ergotherapie/news/wirkungspotenzial-von-ergotherapie-bei-depressiven-menschen.html>
107. Statistisches Bundesamt. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Annahmen und Ergebnisse. Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands bis 2050. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.; 2006.
108. Linden M, Gilberg R, Horgas AL, Steinhagen-Thiessen E. Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter [Internet]. Berlin: Berlin: Akademie Verlag.; 1996 [cited 2015 Aug 13] p. 475–95. (Die Berliner Altersstudie.). Available from: http://library.mpib-berlin.mpg.de/files/base/abstracts/Die_Inanspruchnahme_medizinischer.htm
109. Reiner G. Hilfe-und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung; 2000.
110. Heide Glaesmer TG. Die Bedeutung psychischer Beschwerden für die medizinische Inanspruchnahme und das Krankheitsverhalten Älterer. *Psychiatr Prax - PSYCHIAT PRAX*. 2008;35(4):187–93.
111. Meeks TW, Dunn LB, Kim DS, Golshan S, Sewell DD, Atkinson JH, et al. Chronic pain and depression among geriatric psychiatry inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Jun;23(6):637–42.
112. Bergh I, Steen G, Waern M, Johansson B, Odén A, Sjöström B, et al. Pain and its relation to cognitive function and depressive symptoms: a Swedish population study of 70-year-old men and women. *J Pain Symptom Manage*. 2003 Oct;26(4):903–12.
113. Unützer J, Ferrell B, Lin EHB, Marmon T. Pharmacotherapy of pain in depressed older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Nov;52(11):1916–22.

114. Tarakcı E, Zenginler Y, Kaya Mutlu E. Chronic pain, depression symptoms and daily living independency level among geriatrics in nursing home. Ağrı Ağrı Algoloji Derneğinin Yayın Organıdır J Turk Soc Algol. 2015 Jan;27(1):35–41.

12 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Prävalenz der Altersdepression und medikamentöse Therapie geriatrischer Patienten in Seniorenheimen in Luxembourg.	11
Abbildung 2: Schmerzwahrnehmung depressiver geriatrischer Patienten in Seniorenheimen in Luxembourg.	12
Abbildung 3: Depressive geriatrische Langzeitbewohner aus Luxembourg benötigen signifikant mehr Schmerzmedikation.	13
Abbildung 4: Depressive geriatrische Langzeitbewohner aus Luxembourg benötigen signifikant potentere Analgetika.	14
Abbildung 5: Suizide in Deutschland im Jahr 2012 nach Lebensalter.	22
Abbildung 6: Zusammenfassender Therapiealgorithmus depressiver Störungen je nach Schweregrad.	38
Liste 1: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).	16
Liste 2: Hauptkategorien geriatrisch relevanter affektiver Störungen nach DSMV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V).	16
Liste 3 : Kriterien der Depression nach ICD10	18
Liste 4 : Kriterien der Depression nach DSMV	20
Liste 5: Somatische subjektive Beschwerden, ohne organisches Korrelat, die auf eine depressive Störung hindeuten können.	21
Liste 6 : Risikofaktoren für depressive Störungen im Alter	30
Liste 7: Protektive Faktoren für die Altersdepression.	34
Liste 8: Fragen bei Therapieresistenz	36
Liste 9: Anticholinerge Nebenwirkungen	48
Tabelle 1: Unterschiede von Depression und Demenz.	27
Tabelle 2: Differenzialdiagnosen der Depression beim geriatrischen Patienten und die jeweiligen nötigen Zusatzuntersuchungen.	28
Tabelle 3: Hauptklassen antidepressiver Therapie und Hauptvertreter der jeweiligen Gruppen	40
Tabelle 4: Substanzen mit anticholinergem Aktivität.	48

13 Anhang

13.1 Geriatric Depression Scale

30-Fragen Version

1. Sind Sie im wesentlichen mit Ihrem Leben zufrieden?	Ja	Nein
2. Haben Sie viele Ihrer Interessen oder Aktivitäten aufgegeben?	Ja	Nein
3. Haben Sie das Gefühl, daß Ihr Leben leer ist?	Ja	Nein
4. Sind Sie oft gelangweilt?	Ja	Nein
5. Schauen Sie zuversichtlich in die Zukunft?	Ja	Nein
6. Machen Ihnen Gedanken zu schaffen, die Ihnen nicht aus dem Kopf wollen?	Ja	Nein
7. Haben Sie meistens gute Laune?	Ja	Nein
8. Sind Sie besorgt darüber, daß Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte?	Ja	Nein
9. Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	Ja	Nein
10. Fühlen Sie sich oft hilflos?	Ja	Nein
11. Sind Sie oft unruhig und nervös?	Ja	Nein
12. Ziehen Sie es vor, Zuhause zu bleiben, anstatt auszugehen und sich mit etwas Neuem zu beschäftigen?	Ja	Nein
13. Machen Sie sich oft Sorgen um die Zukunft?	Ja	Nein
14. Haben Sie den Eindruck, mit dem Gedächtnis in letzter Zeit mehr als sonst Probleme zu haben?	Ja	Nein
15. Finden Sie es schön, jetzt in dieser Zeit zu leben?	Ja	Nein
16. Fühlen Sie sich oft niedergeschlagen und bedrückt?	Ja	Nein
17. Fühlen Sie sich, so wie Sie im Augenblick sind, wertlos?	Ja	Nein
18. Machen Sie sich viele Gedanken über die Vergangenheit?	Ja	Nein
19. Finden Sie das Leben sehr aufregend?	Ja	Nein
20. Bereitet es Ihnen Mühe, neue Aufgaben zu beginnen?	Ja	Nein

21. Fühlen Sie sich voller Energie?	Ja	Nein
22. Haben Sie das Gefühl, daß ihre Situation hoffnungslos ist?	Ja	Nein
23. Haben Sie den Eindruck, daß es den meisten Menschen besser geht als Ihnen?	Ja	Nein
24. Regen Sie sich oft über Kleinigkeiten auf?	Ja	Nein
25. Ist Ihnen oft nach Weinen zu Mute?	Ja	Nein
26. Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?	Ja	Nein
27. Freuen Sie sich darauf, morgens aufzustehen?	Ja	Nein
28. Vermeiden Sie gesellige Zusammenkünfte?	Ja	Nein
29. Ist es für Sie einfach, Entscheidungen zu treffen?	Ja	Nein
30. Konnten Sie in der letzten Woche klare Gedanken fassen?	Ja	Nein

Auswertung: Für Antwort NEIN auf die Fragen 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 sowie für Antwort JA auf die übrigen Fragen gibt es je einen Punkt (9,40,41).

15-Fragen Version

1. Sind Sie im wesentlichen mit Ihrem Leben zufrieden?	Ja	Nein
2. Haben Sie viele Ihrer Interessen oder Aktivitäten aufgegeben?	Ja	Nein
3. Haben Sie das Gefühl, daß Ihr Leben leer ist?	Ja	Nein
4. Sind Sie oft gelangweilt?	Ja	Nein
5. Haben sie meistens gute Laune?	Ja	Nein
6. Sind Sie besorgt darüber, daß Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte?	Ja	Nein
7. Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	Ja	Nein
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	Ja	Nein
9. Ziehen Sie es vor, Zuhause zu bleiben, anstatt auszugehen und sich mit etwas Neuem zu beschäftigen?	Ja	Nein
10. Haben Sie den Eindruck, mit dem Gedächtnis in letzter Zeit mehr als sonst Probleme zu haben?	Ja	Nein
11. Finden Sie es schön jetzt zu leben?	Ja	Nein

12. Fühlen Sie sich, so wie Sie im Augenblick sind, wertlos?	Ja	Nein
13. Fühlen Sie sich voller Energie?	Ja	Nein
14. Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist	Ja	Nein
15. Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?	Ja	Nein

Auswertung: Für Antwort NEIN auf die Fragen 1, 5, 7, 11, 13 sowie für Antwort JA auf die übrigen Fragen gibt es je einen Punkt.

5-Fragen Version

1. Sind Sie im wesentlichen mit Ihrem Leben zufrieden?	Ja	Nein
2. Fühlen Sie sich oft hilflos?	Ja	Nein
3. Sind Sie oft gelangweilt?	Ja	Nein
4. Ziehen Sie es vor, Zuhause zu bleiben, anstatt auszugehen und sich mit etwas Neuem zu beschäftigen?	Ja	Nein
5. Fühlen Sie sich, so wie Sie im Augenblick sind, wertlos?	Ja	Nein

Auswertung: Für Antwort NEIN auf die Frage 1 sowie für Antwort JA auf die übrigen Fragen gibt es je einen Punkt.

13.2 PHQ-9 Skala

PHQ-9 depression questionnaire

Name:	Date:			
Over the last two weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
Poor appetite or overeating	0	1	2	3
Feeling bad about yourself, or that you are a failure, or have let yourself or your family down	0	1	2	3
Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite, being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual.	0	1	2	3
Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3
Total ____ =	____	+ ____	+ ____	+ ____
PHQ-9 score ≥ 10: Likely major depression				
Depression score ranges:				
5 to 9: mild				
10 to 14: moderate				
15 to 19: moderately severe				
≥ 20 : severe				
If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?	Not difficult at all ____	Somewhat difficult ____	Very difficult ____	Extremely difficult ____

PHQ: Patient Health Questionnaire.

Developed by Drs. Robert L Spitzer, Janet BW Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer, Inc. No permission required to reproduce, translate, display or distribute.

UpToDate®

13.3 Cornell Depressions Skala bei dementen Patienten

Bewertungssystem:

nicht einschätzbar	a
nicht vorhanden	0
zeitweise vorhanden	1
deutlich ausgeprägt	2

A. Stimmungsauffälligkeiten

- 1) Angst
- 2) Traurigkeit
- 3) Anhedonie, wenig Reaktion auf angenehme Ereignisse
- 4) Reizbarkeit

B. Verhaltensauffälligkeiten

- 5) Unruhe
- 6) Verlangsamung
- 7) Vielfältige körperliche Beschwerden
- 8) Interessenverlust

C. Körperliche Auffälligkeiten

- 9) Appetitverlust
- 10) Gewichtsverlust (2 Punkte wenn mehr als 2,5 kg in einem Monat)
- 11) Energieverlust

D. Störung des biologischen Rhythmus

- 12) Stimmungsschwankungen über den Tag verteilt, morgens stärker
- 13) Einschlafprobleme
- 14) Durchschlafstörungen
- 15) Frühes Erwachen

E. Auffälligkeiten in der Lebenseinstellung

- 16) Suizidvorstellungen
- 17) Geringes Selbstwertgefühl
- 18) Pessimismus
- 19) Synthyme Wahnideen

(9,46,47)

13.4 WHO 5 Fragebogen zum Wohlbefinden

Over the last two weeks	All the time	Most of the time	More than half of the time	Less than half of the time	Some of the time	At no time
I feel cheerful and in good spirits	5	4	3	2	1	0
I feel calm and relaxed	5	4	3	2	1	0
I feel active and vigorous	5	4	3	2	1	0
I wake up feeling fresh and rested	5	4	3	2	1	0
My daily life is filled with things that interest me	5	4	3	2	1	0

(44)

13.5 Die Depression im Alter-Skala (DIA-S)

Beantwortet der Patient die Fragen mit den jeweiligen in rot dargestellten Antworten markiert dies einen Punkt für die Auswertung. Modifiziert nach (45).

Ich fühle mich bedrückt	Ja	Nein
Ich habe Angst, dass ich etwas Falsches sagen oder tun könnte	Ja	Nein
Ich kann mich gut entspannen	Ja	Nein
Mein Leben kommt mir sinnlos vor	Ja	Nein
Es fällt mir schwer, mich aufzuraffen	Ja	Nein
Ich habe Angst vor der Zukunft	Ja	Nein
Ich kann mein Leben genießen, auch wenn mir manches schwerer fällt	Ja	Nein
Ich fühle mich durch Schwierigkeiten leicht überfordert	Ja	Nein
Ich muss viel grübeln	Ja	Nein
Ich bin grundsätzlich mit meinem Leben zufrieden	Ja	Nein