Abschlussarbeit

Depression

bei geriatrischen PatientInnen

eingereicht von

Dr. Ina Falkner

zur Erlangung des

Geriatrie-Diploms 2025

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 4
2. Zielsetzung 6
3. Ätiologie und Risikofaktoren 7
   3.1. Biologische Ursachen und Risikofaktoren 7
   3.2. Psychologische Ursachen und Risikofaktoren 8
   3.3. Soziale Ursachen und Risikofaktoren 9
   3.4. Wechselwirkungen zwischen den Faktoren 9
4. Methoden 11
   4.1. Ausführliche Anamnese 11
   4.2. Klinische Untersuchung / Status 11
   4.3. Beobachtung und Fremdanamnese 11
   4.4. Labordiagnostik 12
   4.5. Standardisierte Screening-Instrumente 12
   4.6. Psychologische Tests 13
   4.7. Bildgebende Verfahren 13
   4.8. Apparative Diagnostik 13
5. Therapiemöglichkeiten 14
   5.1. Psychotherapeutische Ansätze 14
   5.2. Psychologische Therapiemassnahmen 15
   5.3. Medikamentöse Therapie 15
   5.4. Soziale und psychosoziale Interventionen 17
   5.5. Ergänzende Maßnahmen 18
6. Fallbeispiel – 74 jährige Patientin 19
   6.1. Aufnahmebefund 19

6.2. Diagnostische Abklärung 20
6.3. Fazit der durchgeführten Diagnostik 21
6.4. Therapie-Massnahmen 21
6.5. Zusammenfassung des Aufenthaltes 23
7. Diskussion 25
8. Schlussfolgerung 26
9. Zusammenfassung 27
10. Literaturverzeichnis 28

1. Einleitung

Die Depression im Alter ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen bei geriatrischen Patienten und stellt eine erhebliche Herausforderung für unser Gesundheitssystem dar. Mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft und der steigenden Lebenserwartung nimmt die Bedeutung dieser Erkrankung weiter zu.
Es leiden etwa 10–15 % der älteren Bevölkerung an einer klinisch relevanten Depression, wobei die Prävalenz bei hospitalisierten oder pflegebedürftigen Patienten auf bis zu 30 % ansteigen kann [1, 2].
Trotz dieser hohen Zahlen bleibt die Altersdepression häufig unerkannt und untherapiert, was schwerwiegende Folgen für die Betroffenen und deren Umfeld haben kann.

Die Altersdepression unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der Depression im jüngeren Lebensalter. Während bei jüngeren Patienten oft psychische Symptome wie Antriebslosigkeit, Interessenverlust und gedrückte Stimmung im Vordergrund stehen, äußert sich die Depression bei älteren Menschen häufig durch unspezifische somatische Beschwerden. Dazu zählen unter anderem chronische Schmerzen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Ermüdbarkeit, Gewichtsverlust oder gastrointestinale Symptome [4]. Ebenso können rezid. Schwindelanfälle, Kribbeln im Körper, Kopfschmerzen und innere Unruhe auftreten, oft begleitet von einer kognitiven Verschlechterung mit Konzentrations,- und Gedächtnisstörungen (Pseudodemenz).
Diese somatischen Symptome führen nicht selten dazu, dass die Depression als solche nicht erkannt wird und stattdessen eine rein somatische Ursache vermutet wird. Dies erschwert die Diagnosestellung erheblich und verzögert die Einleitung einer adäquaten Therapie [5].

Ältere Menschen neigen auch häufig dazu, psychische Beschwerden zu bagatellisieren oder als unvermeidlichen Bestandteil des Alterns zu betrachten. Dies führt dazu, dass viele Betroffene keine Hilfe in Anspruch nehmen und die Erkrankung dadurch unbehandelt bleibt [2].

Die Folgen einer unbehandelten Depression im Alter sind gravierend. Neben einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität und einer erhöhten Suizidrate führt die

Erkrankung auch zu einer Verschlechterung somatischer Erkrankungen, einer erhöhten Mortalität und einem höheren Risiko für Pflegebedürftigkeit [2]. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer frühzeitigen Diagnostik und einer individuell angepassten Therapie.

Die Behandlung der Altersdepression erfordert einen multidisziplinären Ansatz, der psychologische, soziale, physio,- und ergotherapeutische und medikamentöse Interventionen umfasst.

Die vorliegende Arbeit widmet sich dem Thema Depression beim geriatrischen Patienten und beleuchtet die besonderen Herausforderungen in der Diagnostik und Therapie.
Neben einer Betrachtung der Ursachen und Therapiemöglichkeiten wird ein Fallbeispiel vorgestellt, das die Problematik praxisnah illustriert.
Eine 74 jährige Patientin, welche mit multiplen somatischen Beschwerden im Dezember 2024 an der akutgeriatrischen Abteilung des KH Waiern vorstellig wurde und zur umfassenden Abklärung und Therapie stationär aufgenommen wurde.

2. Zielsetzung

- Sensibilisierung für die Altersdepression als eigenständige und ernstzunehmende Erkrankung.
- Analyse der Ursachen, Risikofaktoren und diagnostischen Herausforderungen.
- Darstellung und Bewertung der verschiedenen Therapiemöglichkeiten, einschließlich medikamentöser und psychosozialer Ansätze.
- Praxisnahe Veranschaulichung der Problematik und Lösungsansätze anhand eines Fallbeispiels.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen dazu beitragen, ein besseres Verständnis für die Altersdepression zu schaffen und die Versorgung geriatrischer Patienten zu verbessern. Insbesondere soll die Bedeutung einer frühzeitigen Diagnostik und einer individuell angepassten Therapie hervorgehoben werden, um die Lebensqualität der Betroffenen und deren Umfeld nachhaltig zu steigern sowie das Gesundheitssystem zu entlasten.

3. Ätiologie und Risikofaktoren

Die Depression im Alter ist eine multifaktorielle Erkrankung.

3.1. Biologische Ursachen und Risikofaktoren

a) Neurobiologische Veränderungen

Im Alter kommt es zu physiologischen Veränderungen im Gehirn, die die Entstehung einer Depression begünstigen können. Eine zentrale Rolle spielen dabei Dysfunktionen im Neurotransmitterhaushalt, insbesondere ein Mangel an Serotonin, Noradrenalin und Dopamin [1]. Zusätzlich können altersbedingte Veränderungen in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse zu einer erhöhten Stressreaktivität führen, was das Risiko für depressive Episoden erhöht.

b) Chronische somatische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen wie Krebs, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Herzinsuffizienz oder Rheumatische Erkrankungen sind bei älteren Menschen weit verbreitet und stellen einen bedeutenden Risikofaktor für Depressionen dar. Diese Erkrankungen können nicht nur durch ihre körperlichen Einschränkungen die Lebensqualität mindern, sondern auch durch die damit verbundene Belastung die psychische Gesundheit beeinträchtigen [2]. Schmerzen, die häufig mit chronischen Erkrankungen einhergehen, sind ein weiterer Faktor, der depressive Symptome verstärken kann.

c) Neurodegenerative Erkrankungen

Erkrankungen wie Alzheimer-Demenz oder Parkinson sind eng mit der Entwicklung von Depressionen im Alter verbunden. Bei Patienten mit Parkinson wird beispielsweise eine Prävalenz von Depressionen von bis zu 50 % berichtet [4]. Die neurodegenerativen Prozesse führen zu strukturellen und funktionellen Veränderungen im Gehirn, die depressive Symptome begünstigen können.

d) Medikamenteninduzierte Depressionen

Bestimmte Medikamente, die häufig bei älteren Menschen eingesetzt werden, können depressive Symptome auslösen oder verstärken. Dazu gehören Betablocker, Kortikosteroide, Benzodiazepine und einige Antikonvulsiva [5].

Ebenso depressiogen wirkende Pharmaka können sein: Virostatika (zB. Aciclovir, Interferon A), Ca-Antagonisten, ACE Hemmer (zB. Enalapril), Antisympathikomimetika (zB. Alfa-Methyl-DOPA, Reserpin, Clonidin), Antimykotika (zB. Amphotericin B), Antibiotika (zB. Isoniazid) oder auch Metoclopramid [6].
Ebenso kann ein Missbrauch von Alkohol oder Drogen zu einer Depression führen.

e) Mangelerscheinungen:
Ein Mangel an Vitamin D, Vitamin B12, Vitamin B6 oder Folsäure kann zu depressiven Symptomen führen. Auch ein Mangel an Omega-3-Fettsäuren, Eisen oder Zink wird mit Depressionen in Verbindung gebracht.

f) Genetische Veranlagung
Das weibliche Geschlecht ist prädisponiert.
Eine familiäre Vorbelastung kann das Risiko einer Depression erhöhen.

3.2. Psychologische Ursachen und Risikofaktoren

Das Erleben des Altwerdens ist belastend und fördert die Entstehung von Depressionen, gerade in unserem Kulturkreis. Alt zu werden bedeutet für viele Menschen chronischer Stress, welcher wiederum Depressionen wahrscheinlicher macht. Das Alter ist die Zeit der Verluste und Belastungen.

a) Verlust und Trauer / Life Events
Der Verlust von Angehörigen, Freunden oder Lebenspartnern ist ein häufiges Ereignis im Alter und stellt einen bedeutenden Risikofaktor für die Entwicklung einer Depression dar. Trauerreaktionen können in eine depressive Episode übergehen, insbesondere wenn keine ausreichende soziale Unterstützung vorhanden ist [2].
Ebenso können Stress-Situationen zu einer Depression führen.

b) Einsamkeit und soziale Isolation
Einsamkeit und soziale Isolation sind häufige Probleme im Alter. Studien zeigen, dass ältere Menschen, die wenig soziale Kontakte haben, ein signifikant höheres Risiko für depressive Symptome aufweisen [4]. Der Verlust sozialer Netzwerke, beispielsweise durch den Tod von Freunden oder den Umzug in ein Pflegeheim, kann die Isolation verstärken.

c) Autonomieverlust

Der Verlust der Selbstständigkeit, sei es durch körperliche Einschränkungen oder die Notwendigkeit von Pflege, kann zu einem Gefühl der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit führen. Diese Faktoren sind eng mit der Entwicklung von Depressionen verbunden [1].

3.3. Soziale Ursachen und Risikofaktoren

a) Finanzielle Ängste

Finanzielle Probleme oder die Angst vor Armut im Alter können eine erhebliche psychische Belastung darstellen. Besonders betroffen sind ältere Menschen mit niedrigen Renten oder ohne ausreichende finanzielle Absicherung [2].

b) Institutionalisierung

Der Umzug in ein Pflegeheim oder eine andere Institution kann für viele ältere Menschen eine traumatische Erfahrung sein. Der Verlust des gewohnten Umfelds und die Anpassung an eine neue Lebenssituation können depressive Symptome auslösen oder verstärken [4].

c) Stigmatisierung psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind in vielen Altersgruppen stigmatisiert, jedoch besonders stark bei älteren Menschen. Diese Stigmatisierung führt dazu, dass depressive Symptome oft nicht geäußert oder als Schwäche wahrgenommen werden, was die Diagnostik und Behandlung erschwert [5].

3.4. Wechselwirkungen zwischen den Faktoren

Die genannten biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren wirken oft nicht isoliert, sondern in komplexer Wechselwirkung. Beispielsweise kann eine chronische Erkrankung (biologischer Faktor) zu sozialer Isolation (sozialer Faktor) und einem Verlust der Autonomie (psychologischer Faktor) führen, was das Risiko für eine Depression weiter erhöht. Diese multifaktorielle Genese unterstreicht die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes in der Diagnostik und Therapie.

Zu erwähnen sind auch die extrem hohen Raten der Komorbidität von Depression und Angst, welche beim alten Menschen um ein Vielfaches höher als beim jungen Patienten sind.
Besonderes geachtet werden sollte bei älteren Menschen auf eine eventuell auftretende suizidale Einengung. Statistiken aus allen westlichen Industrieländern belegen, dass die Suizidrate alter Menschen weit über der von jüngeren liegt.
Möglicherweise ist die Konstellation: alt, krank und einsam, die in dieser Population sehr häufig anzutreffen ist, als besonderer Risikofaktor zu werten [8].

Faktoren welche für eine hohe Suizidgefahr sprechen, sind [6]:

- Männliches Geschlecht, Alter > 80 Jahre, verwitwet oder geschieden,
- Suizidversuche in der Vorgeschichte,
- Substanzmissbrauch (Alkohol, Benzodiazepine),
- Agitation, depressiver Wahn,
- Konkrete Suizidvorstellungen und Suizidpläne.

4. Methoden

Aufgrund der unspezifischen Symptomatik und der häufigen Überlagerung mit somatischen Erkrankungen ist bei der Diagnostik einer Depression eine sorgfältige und strukturierte Vorgehensweise notwendig.
Im Folgenden werden die wichtigsten Methoden zur Untersuchung von Depressionen bei geriatrischen Patienten dargestellt:

4.1. Ausführliche Anamnese

Erhebung von:

- Psychischen Symptomen: Erhebung von Symptomen wie gedrückter Stimmung, Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle, Gefühle der Wertlosigkeit, Todesgedanken oder Suizidgedanken.
- Somatischen Beschwerden: Abklärung von körperlichen Symptomen wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, chronischen Schmerzen oder gastrointestinalen Beschwerden, die häufig mit Depressionen assoziiert sind.
- Sozialen und psychosozialen Faktoren: Erfassung von Einsamkeit, sozialer Isolation, Verlust von Angehörigen oder finanziellen Problemen.
- Medikamentenanamnese: Überprüfung von Medikamenten, die depressive Symptome auslösen oder verstärken können.
- Familienanamnese: Abklärung von psychischen Erkrankungen in der Familie.

4.2. Klinische Untersuchung / Status

Internistischer sowie Neurologischer und Psychiatrischer Status.

4.3. Beobachtung und Fremdanamnese

Das Verhalten des Patienten während der Untersuchung (z. B. Mimik, Gestik, Sprachfluss) kann Hinweise auf depressive Symptome geben.
Die Fremdanamnese umfasst Informationen von Angehörigen oder Pflegepersonal, insbesondere wenn der Patient seine Symptome nicht mehr klar äußern kann.

4.4. Labordiagnostik

- Blutbild, CRP, Senkung: Ausschluss von Anämie oder Infektionen.
- Schilddrüsenparameter: Überprüfung auf Hypo,- oder Hyperthyreose.
- Vitaminspiegel: Vitamin D, Vitamin B12, Vitamin B6 und Folsäure
- Blutzucker, Elektrolyte und Leber-/Nierenwerte: Ausschluss von metabolischen Störungen.

4.5. Standardisierte Screening-Instrumente

a) Geriatrische Depressions-Skala (GDS)

Die GDS ist speziell für ältere Menschen entwickelt worden und umfasst eine Kurzversion mit 15 Fragen (GDS-15) sowie eine Langversion mit 30 Fragen (GDS-30).

Die GDS-15 Version ist in der klinischen Praxis am weitesten verbreitet.

Auswertung GDS-15:

0-5 Pkt.: Normbereich

6-10 Pkt.: leichte bis mässige depressive Symptomatik

11-15 Pkt.: schwere depressive Symptomatik

GDS-30:

Hier deutet ein GDS-Wert von über 20 Punkten auf eine schwere Depression hin [5].

b) Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das BDI ist ein weit verbreitetes Instrument zur Erfassung depressiver Symptome, das auch bei älteren Patienten eingesetzt werden kann.

- Es umfasst 21 Items, die verschiedene Aspekte der Depression abdecken, wie Stimmung, Schlaf und Appetit.

c) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Die HADS ist ein Instrument zur Erfassung von Angst- und Depressionssymptomen bei Patienten mit somatischen Erkrankungen.

Sie ist besonders geeignet, da sie somatische Symptome wie Schlafstörungen oder Appetitlosigkeit nicht überbewertet.

d) Depression im Alter Skala (DIA-S)

Neu entwickelte geriatrische Depressions-Skala, diese umfasst 10 Items welche mit ja oder nein beantwortet werden müssen.

Ab 4 Pkt. ist eine Depression von Krankheitswert wahrscheinlich. [7]

4.6. Psychologische Tests

- Mini-Mental-Status-Test (MMST): Zur Abgrenzung von Depressionen und Demenz, da depressive Symptome bei älteren Menschen oft mit kognitiven Beeinträchtigungen verwechselt werden.
- Uhrentest: Ein einfacher Test zur Erkennung kognitiver Defizite, die auf eine Demenz hinweisen können.
- MoCa Test: Zur Erkennung milder kognitiver Störungen (MCI) sowie früher Stadien einer Demenz.
- DemTect oder CERAD zur erweiterten kognitiven Testung.

4.7. Bildgebende Verfahren

- CCT oder MRT cerebri: um strukturelle, funktionelle Veränderungen zu identifizieren.
- PET: Zur Untersuchung von Stoffwechselveränderungen im Gehirn, die mit Depressionen assoziiert sein können.

4.8. Apparative Diagnostik

EKG, EEG, Sonographien, ev. Endoskopie.

5. Therapiemöglichkeiten

Die Behandlung der Depression beim geriatrischen Patienten erfordert einen ganzheitlichen therapeutischen Ansatz, der sowohl psychologische, soziale, physio,- und ergotherapeutische als auch medikamentöse Interventionen umfasst. Aufgrund der besonderen Herausforderungen im Alter, wie der häufigen Komorbidität mit somatischen Erkrankungen und der erhöhten Empfindlichkeit gegenüber Nebenwirkungen von Medikamenten, ist eine individuell angepasste Therapie essenziell. Dieses Kapitel beleuchtet die wichtigsten Therapiemöglichkeiten, die bei der Behandlung von Depressionen im Alter zur Verfügung stehen.

5.1. Psychotherapeutische Ansätze

Psychotherapie ist ein zentraler Bestandteil der Behandlung von Depressionen, auch bei älteren Patienten. Studien zeigen, dass psychotherapeutische Verfahren bei geriatrischen Patienten ebenso wirksam sind wie bei jüngeren Menschen [2]. Die häufigsten Ansätze sind:

a) Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)
Die kognitive Verhaltenstherapie ist eine evidenzbasierte Methode, die darauf abzielt, negative Denkmuster und Verhaltensweisen zu identifizieren und zu verändern. Bei älteren Patienten liegt der Fokus oft auf der Bewältigung von Verlusten, der Förderung von Selbstwirksamkeit und der Verbesserung der Problemlösefähigkeiten [4]. CBT kann sowohl in Einzel- als auch in Gruppensitzungen durchgeführt werden.

b) Interpersonelle Therapie (IPT)
Die interpersonelle Therapie konzentriert sich auf zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Rollen. Sie ist besonders geeignet für ältere Menschen, die unter Einsamkeit, sozialer Isolation oder dem Verlust von Angehörigen leiden. Ziel ist es, soziale Unterstützung zu fördern und Konflikte in Beziehungen zu bearbeiten [1].

c) Lebensrückblicktherapie
Diese Form der Therapie ist speziell für ältere Menschen entwickelt worden und zielt darauf ab, das Leben des Patienten zu reflektieren und positive Erinnerungen zu stärken.

Sie kann helfen, ein Gefühl von Sinn und Erfüllung zu fördern und depressive Symptome zu lindern.

5.2. Psychologische Therapiemassnahmen

Dazu zählen psychologische Einzelbehandlungen (zB. Einzelgespräche, Entspannungsbett, therapeutische Spaziergänge) und auch klinisch-psychologische Gruppenbehandlungen (zB. Gruppenbehandlungen mit psychoedukativen, genussfördernden und gerontopsychosomatischen Interventionen, Entspannungsgruppen nach Jacobson, Autogenes Training und vieles mehr.

5.3. Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie ist ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung von Depressionen im Alter, insbesondere bei mittelschweren bis schweren Depressionen. Aufgrund der altersbedingten Veränderungen im Stoffwechsel und der häufigen Polypharmazie ist jedoch eine sorgfältige Auswahl und Überwachung der Medikation erforderlich (DGPPN, 2017).

Prinzipiell steht bei der Wahl der antidepressiven Medikation die Orientierung an den Nebenwirkungen im Vordergrund.
Gründe für ein erhöhtes Nebenwirkungs-Risiko sind zB. in der Veränderung der Pharmakokinetik zu sehen:

- die Albuminkonzentration im Serum sinkt und damit die Plasmaproteinbindung der Medikamente
- die alterstypische Veränderung der Verteilungsvolumina bewirkt eine verminderte Gewebsbindung des Pharmakons
- der gastrointestinale fist-pass-Metabolismus nimmt ab, ebenso die hepatische und renale Elimination

Das sind Faktoren, die eine höhere Plasmakonzentration und Toxizität bei gleicher Applikationsdosis erwarten lassen. Eine kompetitive Hemmung bei Mehrfachmedikation kann diesen Effekt verstärken.
Daneben kommt es zu Veränderungen der Pharmakodynamik mit Veränderung der Rezeptorempfindlichkeit und reduzierter Fähigkeit im Alter zur Homöostase des Elektrolythaushaltes.

Gefahren von Überdosierungen bestehen auch durch Fehleinnahmen aufgrund kognitiver Störungen.
Bei organischen Vor-Erkrankungen (kardial, renal) kommt es häufiger zu Nebenwirkungen.

Die Bestimmung des Medikamentenspiegels (therapeutisches Drug-Monitoring) gewinnt immer mehr an Bedeutung.
Sollte nach 3 Wochen keine Wirkung eintreten, dann ist ein Wechsel auf ein Antidepressivum aus einer anderen pharmakologischen Gruppe indiziert.
Bei weiterer Therapieresistenz gibt es die Möglichkeit einer Kombinationsbehandlung (2 Antidepressiva) oder einer Augmentationsbehandlung (zB. Kombination mit Lithium, Schilddrüsenhormonen oder Östrogenen) oder in Ausnahmefällen einer Infusionsbehandlung.
Bei depressiver Wahnbildung kann eine Kombination mit einem atypischen Antipsychotikum (zB. Quetiapin oder Risperidon) in niedriger Dosis indiziert sein, wobei an die depressiogene Nebenwirkung vieler Antipsychotika gedacht werden muss. [6]
Begleitend können ergänzend Phytotherapeutika zum Einsatz kommen.

<u>Spezielle Aspekte antidepressiver Therapie im Alter [9]:</u>

- Einschleichende Dosierung
- Geringe maximale Dosishöhe (ca. 50% der empfohlenen Richtdosis für jüngere Pat)
- Monotherapie
- Sorgfältige Nutzen-Risiko-Analyse (Nebenwirkungsprofil, individuelle Risikofaktoren)
- Engmaschiges Drug-Monitoring (Laborwerte, Plasmaspiegel, EKG, EEG)
- Ausführliche Aufklärung von Patient und Angehörigen bzw. Betreuungspersonen
- Arzneimittelinteraktionen
- Berücksichtigung altersabhängiger pharmakokinetischer und pharmakodynamischer Besonderheiten
- Somatische Basisuntersuchung
- Gesamtbehandlungskonzept

Auswahl gängiger Antidepressiva in der Geriatrie [6]:

- SSRI = Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer
  SSRIs wie Sertralin, Citalopram und Escitalopram gelten als Mittel der ersten Wahl bei älteren Patienten. Sie haben ein günstiges Nebenwirkungsprofil und sind gut verträglich. Häufige Nebenwirkungen sind: Gastrointestinale NW, Übelkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Schwindel und ein erhöhtes Risiko für Hyponatriämie [2].

- NaSSA = Tetrazyklische Antidepressiva (zB. Mirtazapin)
  Mirtazapin ist besonders bei älteren Patienten mit Schlafstörungen und Appetitlosigkeit geeignet, da es sedierende und appetitsteigernde Eigenschaften hat.
  Nebenwirkungen sind: Gewichtszunahme, Sedierung, Mundtrockenheit, Tremor, Ödeme, Faszikulationen [4].

- SSNRI = Serotonin-Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer (zB.Venlafaxin, Duloxetin)
  Haben ähnliche Nebenwirkungen wie die SSRIs, zusätzlich Allergie, Blutdruckanstieg, Übelkeit, Appetitverminderung, Obstipation.

- TZA = Trizyklische Antidepresiva wirken anticholinerg und werden heute seltener eingesetzt. Diese müssen langsam aufdosiert werden.
  Kontraindikationen sind: Prostatahypertrophie und Engwinkelglaukom.

- Ebenso gibt es pfanzliche Präparate, welche eine antidepressive Wirkung haben (zB. Johanniskraut, Lasea,...).

5.4. Soziale und psychosoziale Interventionen

a) Förderung sozialer Kontakte

Die Einbindung in soziale Netzwerke, beispielsweise durch Angehörige, Freunde oder Nachbarschaftshilfen, kann depressive Symptome lindern. Tageskliniken oder Seniorengruppen bieten strukturierte Aktivitäten und fördern den sozialen Austausch [2].

b) Geriatrische Tageskliniken

Die geriatrische Tagesklinik ist ein wichtiger Bestandteil der Nachsorge. Sie bietet eine Kombination aus medizinischer Betreuung, Physiotherapie, Ergotherapie und sozialer Unterstützung. Dies hilft, die soziale Isolation zu durchbrechen und die Lebensqualität zu verbessern.

c) Unterstützung durch Angehörige

Angehörige spielen eine zentrale Rolle in der Betreuung älterer Menschen mit Depressionen. Sie können nicht nur emotionale Unterstützung bieten, sondern auch bei der Organisation von Arztbesuchen und der Einhaltung der Medikation helfen.

5.5. Ergänzende Maßnahmen

a) Bewegungstherapie / Physiotherapie / Ergotherapie

Regelmäßige körperliche Aktivität hat nachweislich positive Effekte auf die Stimmung und das allgemeine Wohlbefinden. Bewegungstherapie kann in Form von Physiotherapie, Spaziergängen oder leichten Sportarten wie Yoga oder Schwimmen oder Tanzen durchgeführt werden [4].

b) Ernährung

Eine ausgewogene Ernährung, die reich an Omega-3-Fettsäuren, Vitaminen und Mineralstoffen ist, kann depressive Symptome positiv beeinflussen. Ein Mangel an Vitamin D, B12 oder Folsäure sollte ausgeschlossen und gegebenenfalls behandelt werden.

c) Lichttherapie und Schlafentzugstherapie

Bei Patienten mit saisonal bedingten Depressionen kann eine Lichttherapie hilfreich sein. Sie ist besonders bei älteren Menschen mit Schlafstörungen und Antriebslosigkeit wirksam [1].

d) EKT (Elektrokonvulsionstherapie)

Diese Therapie ist indiziert bei schweren depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen oder wenn die Kombination zweier Antidepressiva oder eine Augmentationsbehandlung erfolglos geblieben sind und die Schwere des klnischen Bildes das Behandlungs,- und Narkoserisiko rechtfertigt. [6]

6. Fallbeispiel – 74 jährige Patientin

Der folgende Patientenfall illustriert die Komplexität der Diagnostik und Therapie von Depressionen bei geriatrischen Patienten anhand einer 74-jährigen Patientin.
Frau R. wurde mit multiplen somatischen Beschwerden und einem initialen GDS-Wert von 11 Punkten im Dezember 2024 an der akutgeriatrischen Abteilung des KH Waiern in Feldkirchen i. Kärnten stationär aufgenommen.
Die Patientin zeigte eine Vielzahl unspezifischer Symptome, die sowohl auf eine somatische als auch auf eine psychische Ursache hindeuten konnten. Im Verlauf des stationären Aufenthalts wurde eine umfassende interdisziplinäre Abklärung durchgeführt.

6.1. Aufnahmebefund

- Sozialanamnese

74 jährige Patientin, verwittwet, alleine lebend in ihrer Wohnung. Sie hat drei erwachsene Kinder, die sie regelmässig besuchen. Jedoch berichtet die Patientin über eine zunehmende Einsamkeit und das Gefühl, im Alltag überfordert zu sein. Bisher konnte sie den Haushalt noch komplett selbsständig führen, zwischenzeitlich wird ein Rollmobil verwendet.

- Medizinische Vorgeschichte

Die Patientin leidet seit Jahren an einer chron. Lumboischialgie mit immer wiederkehrenden Schmerzen, sie hat eine art. Hypertonie sowie eine vorbek. Struma diff. et nodosa und hat bis vor 2 Wochen 5-8 Zigaretten pro Tag geraucht. Allergien sind keine bekannt.
Es besteht der Zustand nach Appendektomie, Cholezystektomie und Mammakontenentfernung (gutartig) vor 20 Jahren. Ebenso hatte sie eine Borreliose vor 10 Jahren, damals wurde vom Hausarzt eine antibiotische Therapie verordnet.
Ihre Prämedikation besteht aus: Euthyrox 25 mcgr, Amlodipin 5mg und Paspertin Tbl. bei Übelkeit.

- Aktuelle Anamnese und Symptomatik

Die Pat. gibt an, in den letzten Monaten vermehrt unter Übelkeit mit Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Durchfall und Schlafstörungen zu leiden. Zusätzlich berichtet sie über

eine zunehmende Vergesslichkeit seit ein paar Wochen und über Antriebslosigkeit. Diese Beschwerden würden lt. Pat. zu einer deutlichen Einschränkung ihrer Lebensqualität führen, was sie sehr belaste.

6.2. Diagnostische Abklärung

Labor:
Im Zugangslabor zeigt sich ein negativer CRP Wert, es besteht eine Niereninsuffizienz CKD 3a mit einer GFR von 57 und einem Kreatinin von 1,03mg/dl.
Die Elektrolyte zeigen sich ausgeglichen, Folsäurespiegel und Vit B12 Spiegel liegen im Normbereich.
Es besteht ein Vitamin D Mangel von 21,11ng/ml, zusätzlich besteht eine Hypothyreose mit einem TSH Wert von 4,23 mU/l.

Somatische Diagnostik:

- Ultraschalluntersuchungen: keine pathologischen Auffälligkeiten im Abdomen, bekannte Struma multinodosa bds., keine Karotisstenose bds.

- Echokardiographie: Diastolische Funktionsstörung Grad I, sonst altersentsprechender Echo-Befund.

- HOLTER EKG und 24 Stunden Blutdruck-Messung: keine Rhythmusstörungen, keine Pausen, Blutdruck im hochnormalen Bereich.

- Schädel-CT: diskrete Stammganglienverkalkung, Ausschluss einer Ischämie, keine intrakranielle Blutung, kein Tumor.

- CT LWS: multisegmentale Osteochondrosen, Diskusprotrusion L4/L5 rechts, keine Neuroforamenstenosen.

- Gastroskopie: apfelgrosse Hiatushernie und makroskopisch V.a. leichte Antrumgastritis, jedoch histologisch kein morphologisch fassbarer pathologischer Befund, keine HP Besiedelung, kein Anhalt für Malignität.

Neurologische Abklärung:

Keine Hinweise auf neurodegenerative Erkrankungen wie Parkinson oder Demenz.
Verdacht auf Spannungskopfschmerz, depressive Episode.

Psychologische Diagnostik:
Im MMSE erreicht die Pat. 29 von 30 möglichen Punkten und im Uhrentest 9 von 9 möglichen Punkten, dies lässt keinen Verdacht auf eine kognitive Beeinträchtigung zu.

In der Geriatrischen Depressions-Skala (GDS) erreicht die Pat. initial 11 von 15 möglichen Punkten, damit beschreibt sich die Pat. zum Aufnahmezeitpunkt als schwergradig depressiv.
In der Kontrolle vor Entlassung zeigt sich eine Verbesserung der GDS auf 5 Punkte, damit beschreibt sich die Pat. zum Entlassungszeitpunkt als nur noch leichtgradig depressiv.

Psychiatrische Abklärung:
Die psychiatrische Untersuchung bestätigt die Diagnose einer schweren Depression.
Die Patientin berichtet über Interessenverlust und Antriebslosigkeit, präsentiert sich stimmungsmässig gedrückt, ist jedoch positiv affizierbar und distanziert sich glaubhaft von Suizidgedanken.

6.3. Fazit der durchgeführten Diagnostik

Die umfassende somatische Abklärung ergibt keine organische Ursache für die von der Pat. angegebenen Beschwerden.
Die Symptome werden somit im Kontext einer schweren Depression (GDS: 11 Pkt.) interpretiert, die sich primär durch somatische Beschwerden äußerte.

6.4. Therapie-Massnahmen

Fr. R. wird in das multimodale geriatrische Therapieregime einbezogen und erhält regelmässige physiotherapeutische, ergotherapeutische und psychologische Betreuungsmassnahmen. Ebenso erfolgen tägliche ärztliche Visiten.

Medikamentöse Therapie:

- Eine antidepressive Therapie mit Escitalopram 5mg wird eingeleitet (anfänglich in der halben Dosierung, welche bei guter Verträglichkeit nach 1 Woche auf 1 ganze Tbl. tgl. gesteigert werden kann).
- Ergänzend erhält die Pat. bei Schlafproblemen pflanzliche Ein,- und Durchschlaf-Dragees.
- Bei zwischenzeitlich aufgetretener innerer Unruhe wird anfänglich eine Bedarfsmedikation mittels Quetialan 25mg verordnet.

Zu erwähnen ist, dass sich die Pat. anfänglich sehr ablehnend gegenüber einer medikamentösen Therapie-Einleitung zeigt.

- Die laufende Euthyrox-Dosis wird bei hypothyreotischem TSH Wert gesteigert.
- Bei vorliegendem Vitamin D Mangel erfolgt eine Vitamin D Substitution mittels Oleovit D3 Tropfen.
- An analgetischer Therapie wird eine Metagelanbasis eingeleitet und eine Lokaltherapie mittels Schmerzölbehandlung wird ergänzend durchgeführt.

Psychologische Therapie:

Die Patientin erhält regelmäßige klinisch-psychologische Einzelbehandlungen in Form von Einzelgesprächen und in Form des Entspannungsbettes. Es wird Ankerarbeit geleistet.

Zusätzlich nimmt sie an den klinisch-psychologischen Gruppenbehandlungen teil. Die Pat. nimmt regelmässig am Gedächtnistraining in der Gruppe teil und lernt Entspannungstechniken nach der Jacobson Methode.

Ebenso erfolgen entlastende und befreiende Spaziergänge mit psychologischer Begleitung und eine Teilnahme in der Kunstgruppe und in der Kochgruppe.

Ergänzend besucht die Pat. auch gerne die wöchentlich angebotenen Messen in unserer Kapelle.

Auch die Angehörigen der Pat. werden im weiteren Verlauf in die psychologischen Gespräche mit einbezogen.

Physiotherapie:

Zur Linderung der Wirbelsäulenschmerzen erhält die Pat. regelmässige Wärmepackungen, Elektrotherapien und Tape-Anlagen. Die Pat. fährt selbstständig Motomed Beine zur Stärkung der Muskulatur und zum Grundlagenausdauertraining. Zusätzlich erhält sie Massagen, eine Lokale Salben,- und Ölbehandlung und eine Magnetfeldtherapie im LWS Bereich.

Ergotherapie:
Im Rahmen der ergotherapeutischen Betreuung erfolgt mit der Pat. eine Hilfsmittelberatung, ansonsten besteht kein weiterer ergotherapeutischer Bedarf. In den ADLs beschreibt sich die Pat. als selbstständig.

Sozialdienst:
Unser Sozialdienst wird eingeschaltet, ein Pflegegeldantrag wird gestellt.
Eine häusliche Hilfestellung wird von der Pat. aktuell nicht benötigt.
Die Anmeldung zur Teilnahme an der geriatrischen Tagesklinik und an unserer Selbsthilfegruppe 60+ erfolgt.

6.5. Zusammenfassung des Aufenthaltes

Bei Fr. R. wurde eine schwere depressive Episode nachgewiesen, mit einem initialen GDS-Score von 11 Punkten.
Die Pat. erhielt ein multimodales Therapiekonzept, zusätzlich wurde eine medikamentöse antidepressive Therapie eingeleitet.
Am 3. Tag des Aufenthaltes kam es zu einem plötzlichen Präkollapsgeschehen, im daraufhin durchgeführten SchädelCT wurden keine Pathologien nachgewiesen.
Ebenso zeigten sich keine wesentlichen Auffälligkeiten in den restlichen medizinischen Untersuchungen. Es erfolgte eine umfangreiche internistische Abklärung, zusätzlich wurde eine Gastroskopie durchgeführt.
Im Verlauf des stationären Aufenthalts präsentierte sich die Pat. stimmungsmässig zunehmend aufgehellter und es war eine deutliche Verbesserung ihrer Symptome bemerkbar.
Der GDS-Wert sank von anfänglich 11 Punkten auf zuletzt 5 Punkte bei Entlassung, was auf eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik hinwies.
Die somatischen Beschwerden, insbesondere die Übelkeit und die Kopfschmerzen sistierten. Die Patientin berichtete über eine verbesserte Schlafqualität und eine gesteigerte Lebensfreude. Die Schmerzen verbesserten sich und auch die Vergesslichkeit war kaum noch ein Thema.
Frau R. wurde in deutlich gebessertem AZ in die Häuslichkeit entlassen.

Die Patientin wurde nachfolgend an die geriatrische Tagesklinik überwiesen und sie besuchte zusätzlich in regelmässigen Abständen die Selbsthilfegruppe 60+. In diesem

Setting erhielt sie weiterhin psychosoziale Unterstützung und physiotherapeutische Maßnahmen.
Die medikamentöse Therapie mit Escitalopram wurde fortgesetzt und regelmäßige Kontrolltermine zur Überprüfung der Wirksamkeit und Verträglichkeit der laufenden Therapie wurden vereinbart.
Ebenso wurden regelmässige Verlaufskontrollen beim niedergelassenen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie empfohlen.

Bemerkenswert war in diesem Fall die Tatsache, dass die Pat. nach Stabilisierung Ihrer psychischen Situation angab, dass sie sich an die ersten Tage des stationären Aufenthaltes kaum mehr erinnern konnte. Letztendlich normalisierte sich der kognitive Zustand der Pat. wieder vollständig (cave: Pseudodemenz!)

7. Diskussion

Das Fallbeispiel der 74 jährigen Patientin Frau R. verdeutlicht die Herausforderungen in der Diagnostik und Therapie einer Depression bei geriatrischen Patienten.

Die unspezifischen somatischen Beschwerden führten zunächst zu einer umfangreichen somatischen Abklärung, bevor die psychische Ursache erkannt wurde.
Dies unterstreicht die Bedeutung einer interdisziplinären Zusammenarbeit und einer ganzheitlichen Betrachtung von Patienten.

Die erfolgreiche Behandlung der Patientin zeigt, dass eine Kombination aus medikamentöser Therapie, psychosozialer Unterstützung sowie physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Maßnahmen zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität führen kann.
Besonders hervorzuheben ist die Bedeutung der weiterführenden Nachbetreuung in Form der geriatrischen Tagesklinik und der Selbsthilfegruppe, welche der Patientin eine strukturierte Tagesgestaltung und das Knüpfen von sozialen Kontakten ermöglichte..



Symbolfoto für eine gelungene Alters-Depressions Behandlung.

8. Schlussfolgerung

Eine Altersdepression sollte frühzeitig erkannt und behandelt werden!

Eine unbehandelte Altersdepression führt zu schwerem Leiden, sozialem Rückzug und kann sich sogar in psychotischen Wahnvorstellungen äußern und im Extremfall zu Suizid führen.
Mit der richtigen Diagnose und Behandlung ist die Altersdepression jedoch in vielen Fällen heilbar, und die Betroffenen können wieder Lebensfreude und eine Sinnhaftigkeit ihres Daseins finden.

Positive Schlussfolgerungen durch Behandlung einer Depression:

- Heilung ist möglich.
- Wiederfindung der Lebensfreude.
- Verbesserung der Lebensqualität.
- Stärkung des Selbstwertgefühls.
- Stärkung von Ressourcen.
- Verbesserung der psychischen und physischen Verfassung.
- Prävention von Gefahren.
- Förderung der Resilienz.
- Vorbeugung von Suizid.
- Reduktion der Polypharmazie.
- Entlastung des Gesundheitssystems.

9. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beleuchtet die Altersdepression, welche sich oft durch unspezifische somatische Beschwerden wie Schmerzen oder Schlafstörungen äußert, was die Diagnostik erschwert. Die Ursachen sind multifaktoriell und umfassen neurobiologische Veränderungen, chronische Erkrankungen, soziale Isolation und Verlustereignisse. Auch Medikamente können depressive Symptome verstärken.

Die Diagnostik erfolgt durch Anamnese, standardisierte Instrumente wie die Geriatrische Depressions-Skala (GDS) und ergänzende Verfahren zur Ausschlussdiagnostik.
Die Therapie kombiniert psychologische, soziale, physio,- und ergotherapeutische sowie medikamentöse, ärztliche und pflegerische Maßnahmen.

Mittels Fallbeispiel einer 74-jährigen Patientin kann gezeigt werden, wie eine schwere Depression durch ein multimodales Therapiekonzept zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität führen kann.

10. Literaturverzeichnis

[1] Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. The Lancet, 365(9475), 1961–1970. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2.

[2] Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58(3), 249–265.

[3] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2017). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression.

[4] Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. Annual Review of Clinical Psychology, 5, 363–389. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.

[5] Heun, R., & Papassotiropoulos, A. (1999). The validity of the Geriatric Depression Scale and the Beck Depression Inventory in the assessment of elderly patients with major depression. Journal of Affective Disorders, 54(2–3), 119–126.

[6] Schwärzler F., Wormstall H. (2009). Fortbildung: Die Depression des älteren Menschen, https://www.rosenfluh.ch/rosenfluh/stories/publikationen/Psychiatrie/2008_04/07_PSY_Depression_4.08.pdf.

[7] Heidenblut S., Zank S. (2009). Entwicklung eines neuen Depressionsscreenings für den Einsatz in der Geriatrie. Springer Verlag, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2009 43:170-176.

[8] Böhmer F., Rhomberg H.P., et al. (2003). Grundlagen der Geriatrie. Verlagshaus der Ärzte. 1.Auflage, ISBN 3-901488-34-0.

[9] Böhmer F., Rhomberg H.P., et al. (2003). Grundlagen der Geriatrie. Verlagshaus der Ärzte. 1.Auflage, ISBN 3-901488-34-0.