

DER
FALL

Depression bei Älteren erkennen

 Kathrin Rothfischer

Frau M., 78 Jahre...*

Eine 78-jährige Patientin mit bekannter Herzinsuffizienz (HFpEF), Diabetes mellitus Typ 2 und Panarthrose klagt über immer wieder auftretende Bauchschmerzen, Übelkeit und Unwohlsein sowie Kopfschmerzen. Außerdem berichtet sie, keinen Appetit mehr zu haben und sich zu nichts mehr aufraffen zu können. Im Seniorencafé und in der Hockergymnastikgruppe sei sie schon länger nicht mehr gewesen. Auch leide sie an zunehmend wirren Phasen und starker Vergesslichkeit; diese Zustände würden aber immer wieder verschwinden und dann sei „alles normal“. Im Gespräch schildert sie Angst vor der zunehmenden Pflegebedürftigkeit und vor dem Sterben. Sie wolle den Kindern nicht zur Last fallen. Sie habe „irgendwie keine Lust zu gar nichts und es sollte jetzt zu Ende gehen“.

* fiktive Person

Bei älteren Menschen ist es oft nicht einfach, eine Depression festzustellen. Denn häufig klagen die Betroffenen vor allem über körperliche oder kognitive Probleme.



Das sagt der **Hausarzt**

Ich erfasse zunächst die allgemeinen Laborwerte und führe einen allgemeinen Check-up und das geriatrische Basisassessment mit einer DemTect*-Untersuchung durch (Ergebnis: zwölf Punkte). Außerdem frage ich die Geriatrische Depressionsskala (GDS)** ab (Ergebnis: elf Punkte). Die Diagnose Depression sichere ich mithilfe der ICD-11-Kriterien und durch das Bestimmen des Schweregrads nach ICD-10 (s. Tab. 1 und 2). Das Ergebnis „sechs bis sieben Symptome“ weist auf eine mittelgradige Depression hin.

Für die Behandlung ist es wichtig, die sozialen Kontakte und das Eingebundensein zu reaktivieren. Das schließt auch die Teilnahme am Seniorencafé und an der Hockergymnastik ein. In Absprache mit dem familiären Umfeld sollten gemeinsame Mahlzeiten sowie die familiäre Teilhabe ermöglicht werden. Auf Wunsch der Angehörigen erfolgt die Behandlung mit Sertralin 50 mg einmal morgens. Ich erkläre den Angehörigen, dass Antidepressiva (hier SSRI) wirksam sind, aber eine geringe Wirkstärke auf-

weisen. Zudem weise ich darauf hin, dass zusätzlich auch eine psychotherapeutische Intervention (KVT) möglich ist. Frau M. und die Angehörigen bevorzugen eine hausärztliche Gesprächsbegleitung. Dazu planen wir Verlaufstermine, auch um die psychosozialen Aspekte, die Aktivitäten und die Teilhabe zu erfassen. Zusätzlich erfolgt im Rahmen dieser Termine auch ein Verträglichkeitsmonitoring. Einen Interaktionscheck mit den bestehenden Medikamenten habe ich durchgeführt (mittels „Drug Interaction Checker“, s. www.hausarzt.link/hx9b4). Vor der Behandlung



Dr. med. Reto Schwenke

Gemeinschaftspraxis für Allgemein- und Familienmedizin
Akademische Lehr- und Forschungspraxis der Universität Heidelberg
Walzbachtal

mit SSRI ist auch ein EKG wichtig. ●

Interessenkonflikte: keine. Mitgliedschaft HÄV, DEGAM, DGPR, Ärztesellschaft für Erfahrungsheilkunde.

* www.hausarzt.link/XFX3T;
> 12 Punkte: altersgemäße kognitive Leistung; 9-12 Punkte: Hinweis auf MCI

** erhältlich zum Beispiel hier:
www.hausarzt.link/dQZLT; ≥ 6 Punkte: depressive Störung wahrscheinlich

Das sagt der **Spezialist**

Die Vorstellung einer Patientin mit den geschilderten Symptomen kann durchaus den einen oder anderen Fallstrick bereithalten. Generell muss nach Anamnese und Untersuchung zunächst jede Form einer organischen Ursache ausgeschlossen werden, vor allem in Hinblick auf die verschiedenen Organsysteme betreffenden Leitsymptome (gastrointestinale Beschwerden, Kopfschmerz, diffuses depressives Syndrom, fragliches Delir).

Dem geneigten Kliniker mag im vorliegenden Fall ein vielleicht noch aus dem Studium erinnertes Satz einfallen: „Stein-, Bein- und Magenpe-



Dr. med. Dominik Büll
Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie,
München

– und ein bisschen traurig sein!“ Die Rede ist vom – im klinischen Alltag gar nicht so seltenen – Zufallsbefund eines primären Hyperparathyreoidismus. Gerade bei diffusen gastrointestinalen Beschwerden und neuropsychiatrischen Auffälligkeiten wie depressiven und (nicht

seltenen!) psychotischen Symptomen sowie intermittierenden Verschlechterungen wie bei Frau M. sollten Sie immer an eine solche Differenzialdiagnose denken. Neben neuropsychiatrischen Symptomen wie Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Depressionsneigung, Desorientierung und Gedächtnisstörungen können nierenassoziierte Symptome, Polydipsie und Polyurie auftreten. Beschwerden des Magen-Darm-Trakts wie Appetitlosigkeit, Erbrechen, Gewichtsabnahme und Verstopfung können durch eine Hyperkalzämie ebenso verursacht sein wie Störungen der Herz-Kreislauf-Funktion (Herzfrequenzsteigerungen, Rhythmusstörungen, Bluthochdruck). Die

Im Alltag des Psychiaters ist gerade bei diffusen neuropsychiatrischen Symptomen immer eine organische Ursache auszuschließen.

häufigste Organmanifestation ist das Nierensteinleiden, das zur kompletten Verkalkung des Nierengewebes führen kann. Bei sehr hohen Kalziumspiegeln können lebensbedrohliche Krisen auftreten, die zu einem akuten Nierenversagen und Hirnfunktionsstörungen (!) bis hin zum Koma führen können. [1] Die Diagnose des primären Hyperparathyreoidismus er-



folgt recht unkompliziert über die Bestimmung von Calcium, Phosphat und Parathormon. Bei Diagnosestellung müsste die Vorstellung zur ggf. chirurgischen Intervention erfolgen.

Nach erfolgter organischer Ausschlussdiagnostik und negativem Ergebnis sollte im Rahmen der Möglichkeiten des Praxisalltags die weitere differenzialdiagnostische Abklärung erfolgen. Hier ist vor

allem wichtig zu unterscheiden, ob es sich um eine Depression bzw. (pseudo-)demenzielle Entwicklung oder um ein bereits beginnendes demenzielles Syndrom (MCI) handelt. Oft steht bei Erstvorstellung im Rahmen eines beginnenden neurodegenerativen Prozesses eher eine affektive Symptomatik im Vordergrund bzw. fallen die nachlassenden kognitiven Funktionen zunächst nicht

auf oder werden bagatellisiert.

Bei entsprechendem Befund sollte dann leitliniengerecht anbehandelt werden, hierzu sei auf die jeweiligen einschlägigen S3-Leitlinien* [2,3] verwiesen. Die Behandlung sollte im Shared Decision Making mit der Patientin erfolgen, wobei Sie – falls möglich – die Angehörigen hinzuziehen sollten. ●

Interessenkonflikte: Dr. Büll erhält Vortragshonorare und Reise- oder Weiterbildungskosten oder Teilnahmegebühren durch die Firmen Medice, Takeda und Neuraxpharm.

Quellen/Literatur:

1. Universitätsklinikum Marburg, www.hausarzt.link/wM35w
2. NVL „Unipolare Depression“, Version 3.2, 2022. AWMF-Register-Nr. nvl-005
3. S3-Leitlinie Demenzen. Version 4.0, 2023. AWMF-Register Nr. 038-013

* Anmerkung der Redaktion: Einige Experten, auch aus der DEGAM, äußerten Kritik an der aktualisierten Demenz-Leitlinie (mehr dazu s. www.hausarzt.link/Se8mB).

Das sagt die evidenzbasierte Medizin

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Risikofaktoren können zum Beispiel Schlafstörungen, (neu auftretende) körperliche Erkrankungen oder der Verlust des Partners sein. Dabei stellen ältere Patienten oft vor allem körperliche Beschwerden oder kognitive Beeinträchtigungen in den Vordergrund. [1]

Generell empfiehlt die NVL „Unipolare Depression“ [2], Menschen mit erhöhtem Risiko für eine Depression bei Kontakten in der Hausarztversorgung Maßnahmen zur Früherkennung anzubieten. Liegen Beschwerden oder Merkmale vor, die auf eine depressive Störung hinweisen, empfiehlt die NVL, das Vorliegen einer depressiven Störung bzw. das Vorhandensein weiterer Symptome einer depressiven Störung aktiv zu explorieren.

Die psychopathologische Befunderhebung bzw. Diagnose nach ICD erfolgt durch Erfassung der Haupt- und Zusatzsymptome, Bestimmung des Schweregrads (s. Tab. 1 und 2) und Erfassung der Verlaufsaspekte. Eine Ergänzung können psychometrische Tests darstellen; für den ambulanten Versorgungsalltag empfiehlt die NVL den Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9) und die Geriatrische Depressionsskala (GDS). [2]

Zur Differenzialdiagnostik sowie zum Ausschluss somatischer Ursachen, Begleiterkrankungen oder Kontraindikationen hinsichtlich der geplanten Behandlung können zusätzliche Untersuchungen nötig sein. Aufgrund der im Alter gängigen Polymedikation ist es wichtig abzuklären, ob die Einnahme bestimmter Medikamente als Auslöser einer Depression infrage kommt (zum Beispiel Be-

tablocker, Prazosin, Clonidin, Kortikosteroide, Cimetidin, manche Antibiotika) [2, 3]. Bei allen Patienten mit einer depressiven Störung soll Suizidalität regelmäßig klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden [2].

Zur Behandlung depressiver Störungen kommen gemäß NVL in Abhängigkeit von Schweregrad und Erkrankungsphase verschiedene Optionen in Betracht, die einzeln oder in Kombination eingesetzt werden können. Bei der Aufklärung und Information über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten sollen die unterschiedlichen Optionen mit ihren Vor- und Nachteilen umfassend und in verständlicher Form dargestellt werden; Entscheidungen sollen entsprechend dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung erfolgen. Wenn die Patienten einverstanden sind, sollen An-

gehörige in die Aufklärung, Information und Behandlung eingebunden werden.

Bezüglich der Auswahl der Antidepressiva weist die NVL unter anderem darauf hin, dass bei älteren Menschen mit somatischen Vorerkrankungen ein erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen besteht und dass Kontraindikationen, die Gefahr von Arzneimittelinteraktionen sowie mögliche Effekte auf die Komorbidität zu beachten sind. Die Autoren machen außerdem darauf aufmerksam, dass die Wirklatenz von Antidepressiva bei älteren Menschen länger sein kann. [2] ●

Hinweis: Die NVL Unipolare Depression [2] beinhaltet auch die (Unter-)Kapitel „Ältere Patient*innen“ sowie „Komorbidität“. Diese befinden sich aktuell noch in Bearbeitung.

Literatur:

1. Stoppe G. Depressionen im Alter. Bundesgesundheitsblatt 51, 406–410 (2008). doi: 10.1007/s00103-008-0508-7
2. NVL „Unipolare Depression“, Version 3.2, 2022. AWMF-Register-Nr. nvl-005
3. Depression im Alter. MMW - Fortschritte der Medizin 164, 35 (2022). doi: 10.1007/s15006-022-1067-9

Tab. 1: Bestimmen des Schweregrads depressiver Episoden nach ICD-10-GM [2]

Hauptsymptome <ul style="list-style-type: none"> ● depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen ● Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind ● verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit 	≥ 2	≥ 2	3
	+	+	+
Zusatzsymptome <ul style="list-style-type: none"> ● Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls ● unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle ● wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten ● Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit ● psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv) ● Schlafstörungen jeder Art ● Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung 	≥ 1	≥ 3	≥ 5
Summe der Symptome	4-5	6-7	≥ 8
Dauer der Symptome ≥ 2 Wochen	↓	↓	↓
Schweregrad nach ICD-10-GM	leicht	mittelgradig	schwer
ohne psychotische Symptome	F32/33.0	F32/33.1	F32/33.2
mit psychotischen Symptomen	-	-	F32/33.3

Tab. 2: Bestimmen des Schweregrads depressiver Episoden nach ICD-11-Kriterien [2]

Affektives Cluster <ul style="list-style-type: none"> ● gedrückte, depressive Stimmung ● Interessenverlust, Freudlosigkeit 				≥ 1
				+
Kognitives Cluster <ul style="list-style-type: none"> ● verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit ● vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit ● Hoffnungslosigkeit ● wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken/-handlungen 				≥ 3
Neurovegetatives Cluster <ul style="list-style-type: none"> ● Schlafstörungen ● signifikant verminderter oder erhöhter Appetit ● psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung ● Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit 				
Symptome ≥ 2 Wochen fast jeden Tag				≥ 5
Ausprägung der Symptomatik	kein Symptom stärker ausgeprägt	mehrere Symptome stärker ausgeprägt oder große Anzahl an gering ausgeprägten Symptomen	viele/die meisten Symptome stärker ausgeprägt oder geringere Anzahl von Symptomen intensiv ausgeprägt	
Funktionsfähigkeit (persönlich, familiär, sozial, schulisch, beruflich ...)	in einem oder mehreren Bereichen etwas eingeschränkt	in mehreren Bereichen erheblich eingeschränkt	in den meisten Bereichen ernsthaft eingeschränkt	
Schweregrad nach ICD-11	leicht	mittelgradig	schwer	
ohne psychotische Symptome	6A70/71.0	6A70/71.1	6A70/71.3	
mit psychotischen Symptomen	-	6A70/71.2	6A70/71.4	

Gemäß ICD-11 müssen für die Diagnose einer depressiven Episode mindestens 5 Symptome (ICD-10: 4) vorliegen, davon mindestens eines aus dem affektiven Cluster. Die Einstufung der Episodenschwere (leicht, mittelgradig, schwer) erfolgt in der ICD-11 – anders als in der ICD-10 – nicht anhand der Summe der Symptome, sondern berücksichtigt neben der Anzahl auch deren Intensität sowie den Grad der Funktionseinschränkung.