

Psychische Störungen im Alter

Eine Bevölkerungsperspektive Von Steffi G. Riedel-Heller

Psychische Störungen im Alter sind häufig und folgenschwer. Das trifft uneingeschränkt für die beiden wichtigsten psychischen Erkrankungen, den demenziellen Erkrankungen aber auch den depressiven Störungen im Alter zu. Epidemiologische Feldstudien geben Auskunft zu Häufigkeit der Erkrankungen in der Bevölkerung ganz unabhängig von ihrem Diagnose- und Behandlungsstatus. Während sich in den letzten Jahren das Bewusstsein geschärft hat, dass Demenzerkrankungen zentrale Herausforderungen alternder Gesellschaften darstellen, wurde die bevölkerungsmedizinische Bedeutung der depressiven Syndrome unterschätzt. Der Beitrag fasst aktuelle Ergebnisse zur Häufigkeit als auch zu Risiko- und Schutzfaktoren zusammen und schlägt eine Brücke zu den Herausforderungen in Prävention und Behandlung.



Steffi G. Riedel-Heller
Prof. Dr., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Direktorin des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) an der Universität Leipzig.

Menschen, die mit ihren Angehörigen im ambulanten Setting oder in Kliniken fachspezifische Hilfe suchen, weil sie sich zum Beispiel zu gar nichts mehr auffinden können oder Gedächtnisstörungen bemerkt haben, sind nur eine Teilmenge jener Menschen, die z.B. an einer depressiven Erkrankung oder einer leichten kognitiven Störung leiden. Goldberg und Huxley haben diesen Umstand als „Pyramide erkannter und unerkannter psychischer Störungen in der Bevölkerung“ konzeptualisiert (Goldberg und Huxley 1980). Diejenigen Menschen mit psychischen Erkrankungen, die wir in den Kliniken sehen, bilden dabei die Spitze, mehr sind in fachspezifischer ambulanter Behandlung oder erkannt und unerkannt beim Hausarzt. Psychiatrische Epidemiologie beschäftigt sich mit der Basis dieser „Pyramide“ und wirft einen Blick auf die Häufigkeit der Erkrankungen in der Bevölkerung ganz unabhängig von ihrem Diagnose- und Behandlungsstatus. Psychiatrische Epidemiologie beschäftigt sich dabei mit Häufigkeiten des Auftretens, das heißt mit der Prävalenz (Krankenstand) oder der Inzidenz (Neuerkrankungsrate) als auch mit Risiko- und Schutzfaktoren.

Im Alter gehören leichte kognitive

Störungen und Demenzerkrankungen sowie depressive Störungen zu den häufigsten psychischen Störungen. Die Relevanz dieser psychischen Störungen ist enorm, denn Deutschland gehört zu den alternden Gesellschaften, charakterisiert durch eine steigende Lebenserwartung, eine konstant niedrige Geburtenrate und damit einen steigenden Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft.

Demenzerkrankung – Herausforderung alternder Gesellschaften

Demenzielle Erkrankungen nehmen mit dem Alter exponentiell zu, darauf verweisen eine große Zahl von bevölkerungsbasierten Feldstudien. Obgleich die Alzheimererkrankung als die häufigste Demenzform gilt, haben gerade im höheren und sehr hohen Alter die meisten Kranken oft Mischformen, die neben den für Alzheimererkrankung typischen Veränderungen auch vaskuläre Veränderungen im Gehirn aufweisen. Die Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung, bei der 1265 Senioren 75 Jahre und älter systematisch im häuslichen Umfeld untersucht wurden, ergab Raten von 5% bei den 75–79-Jährigen, bei den über 90-Jährigen war jeder zweite be-

troffen (Riedel-Heller et al. 2001). Diese Studie inkludierte auf der Grundlage einer im Einwohnermeldeamt gezogenen Stichprobe, auch Menschen in Alten- und Altenpflegeheimen. Wir wissen, dass Demenzerkrankungen heute der Hauptgrund einer Aufnahme in ein Pflegeheim darstellt. Aus diesen bevölkerungsrepräsentativen Kohorten wissen wir, dass es im Durchschnitt nur vier Jahre dauert, bis Senioren, die in einem Privathaushalt wohnen und an einer Demenz erkranken, in eine solche Institution eintreten (Luppa et al. 2012a). Für Deutschland liegen die jährlichen Kosten auf gesamtgesellschaftlicher Perspektive auf der Grundlage der AgeCoDe-Studie¹ für leichte Demenzen bei 15 000 Euro, für mittelschwere Demenzen bei 32 000 Euro und bei schweren demenziellen Erkrankungen bei 42 000 Euro (Leicht et al. 2011). Dabei machen die medizinischen Kosten nur einen kleinen Teil aus, der Löwenanteil fällt auf Pflegekosten, wobei sich die Anteile nahezu hälftig auf die formelle Pflege durch Pflegedienste oder Pflege in Institutionen und die informelle Pflege durch Angehörige aufteilen. Dies unterstreicht den Stellenwert pflegender Angehöriger bei der aktuellen Versorgung Demenzkranker in Deutschland.

Aktuell gibt es einige Hinweise aus Feldstudien, die ihre Untersuchungen im selben Gebiet mit nahezu identischen Instrumentarien im Abstand von Dekaden untersuchten, dass möglicherweise später geborene Senioren ein etwas geringfügigeres Demenzrisiko aufweisen als jünger Geborene (Matthews et al. 2013; Christensen et al. 2013). Studien verweisen auf einen sogenannten Kohorteneffekt, der möglicherweise auf die westlichen Industrienationen beschränkt bleibt. Obgleich mit der demografischen Entwicklung Demenzerkrankungen trotzdem das Public-Health-Problem Nummer eins bleiben, weisen diese Ergebnisse auf eine wichtige Implikation hin. Es wird diskutiert, dass Umwelt und soziale Veränderungen mit einer substanziellen Reduktion der Risikofaktoren für Demenz einhergehen. Bessere Bildung, stärkere stimulierende Umwelt im Kindesalter und ein besseres Management kardio-vasculärer Risikofaktoren als auch Lebensstilveränderungen werden in diesem Zusammenhang diskutiert.

In den 90er-Jahren wurde eine Reihe wichtiger Risikofaktoren für Demenz und Alzheimererkrankung identifiziert. In den letzten Jahren hat die Forschung insbesondere zu sogenannten modifizierbaren Risikofaktoren viele neue Erkenntnisse gebracht (Mangialasche et al. 2012). Der Lebensstil hat sich als bedeutsam erwiesen. Ausgewogene Ernährung z. B. in Form einer mediterranen Ernährung als auch ein aktiver Lebensstil mit körperlicher Bewegung, sozialer und geistiger Aktivität, schützen nachweislich vor Demenzerkrankungen. Wir wissen, dass gerade Übergewicht und Adipositas als auch Bluthochdruck im mittleren Lebensalter das Risiko von Demenzerkrankung im Alter erhöhen. Deshalb hat das Management von metabolischen vaskulären Risikofaktoren einen zentralen Stellenwert. Dazu gehört auch eine konsequente Einstellung des Blutzuckers. Die AgeCoDe-Studie zeigte, dass das erhöhte Risiko für zuckerkrank Menschen, an einer Demenz zu erkranken, bei guter Einstellung und Behandlung der Zuckerkrankheit wieder auf das normale Risiko der Menschen in der entsprechenden Altersgruppe zurückgeht (Ramirez et al. 2015). Zudem konnte gezeigt werden, dass schon moderate körperliche Aktivitäten eine Wirkung haben, und es gibt Hinweise, dass wirklich jeder Schritt zählt. In

der großen deutschen AgeCoDe-Studie konnte sogar gezeigt werden, dass sich ein genetisches Risiko (ApoE4-Allel) durch einen entsprechenden Lebensstil mit körperlicher Bewegung quasi „wettmachen“ lässt (Luck et al. 2013). Während früher Demenzerkrankungen allein als Alterserkrankungen gesehen wurden, stellt sich heute zunehmend die Lebenslaufperspektive auf die Erkrankung ein. Man weiß heute, dass Demenzerkrankungen einen über Dekaden vorangehenden Verlauf haben. Den meisten Erkrankungen gehen leichte kognitive Störungen und präklinische Veränderungen voraus.

Circa 15 bis 20% aller Senioren über 75 haben eine leichte kognitive Störung, bei weitem nicht alle davon entwickeln eine Demenz (Luck et al. 2008; Luck et al. 2007). Diese frühen Veränderungen stehen heute im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Ebenso wird deutlich, dass bei der Evaluation von Risikofaktoren eine Lebensspannenperspektive eingenommen werden muss. Diese Ergebnisse haben zu einem verstärkten Nachdenken über Prävention geführt und in der Tat könnte in Deutschland ein merklicher Teil der Demenzfälle verhindert werden, wenn die entsprechenden Risikofaktoren nur um 10, 25 oder 50% in der Bevölkerung reduziert würden (Luck & Riedel-Heller 2015). In Europa sind deshalb groß angelegte Präventionsstudien auf dem Weg, die eine große Anzahl von Senioren mit multimodalen Interventionen (Ernährungsberatung, Bewegung, kognitives Training und soziale Aktivität, Monitoring, Management von metabolischen und vaskulären Risikofaktoren) versorgen. Die Ergebnisse der FINGER-Studie wurden jüngst im Lancet publiziert und zeigen sehr ermutigende Resultate (Ngandu et al. 2015).

Depression im Alter – bevölkerungsmedizinisch unterschätzt

Neben den demenziellen Erkrankungen gehören depressive Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Obgleich die Erkrankungsgruppe einen festen Platz im Spektrum gerontopsychiatrischer Erkrankungen hat, wurde die bevölkerungsmedizinische Bedeutung depressiver Syndrome für Hochaltrige lange unterschätzt (Riedel-Heller und Luppá 2013). Depressive Syndrome sind häufig und folgen schwer. Das trifft für den Einzelnen aber

auch für die Solidargemeinschaft zu. Sie gehen mit Funktionseinschränkungen und einer reduzierten Lebensqualität einher. Zudem wissen wir, dass das Vorliegen komorbider depressiver Störungen den Verlauf somatischer Erkrankungen deutlich negativ beeinflussen kann. Überdies sind das Suizidrisiko sowie die nicht-suizidale Mortalität deutlich erhöht (Riedel-Heller und Luppá 2013). Erste deutsche Daten zu den direkten Kosten von depressiven Störungen bei über 75-jährigen Allgemeinanzpatienten ergaben durchschnittliche jährliche direkte Gesamtkosten in Höhe von 5241 Euro für Depressive und von 3648 Euro für Nichtdepressive (Luppá et al. 2008). Diese Studie bestätigte, dass ältere Menschen mit depressiven Störungen zu den Vielnutzern der Gesundheitssysteme gehören. Diese erhöhten Kosten kommen jedoch nicht durch depressionsspezifische Interventionen und Behandlungen zustande.

Eine aktuelle Metaanalyse bevölkerungsbasierter Studien ergab eine Prävalenz von 7,2% für majore Depression bei über 75-Jährigen. Darüber hinaus erlebt ein substanzieller Teil der Senioren eine relevante depressive Symptomatik, die jedoch nicht die geforderten Kriterien des ICD-10 oder DSM IV erfüllt. Die genannte Metaanalyse ergab eine Prävalenz für depressive Symptomatik von 17,1% (Luppá et al. 2012b). Eine weitere Metaanalyse, die über 50-Jährige inkludierte, kam auf 19,5% (Volkert et al. 2013). Betrachtet man die Entwicklung depressiver Symptome über die Lebensspanne, so ist von einem eher U-förmigen Verlauf auszugehen, der eine Zunahme bei den über 75-Jährigen bis ins hohe Alter erfährt (Sutin et al. 2013). Etwas höhere Prävalenzen werden bei Menschen mit chronisch körperlichen Erkrankungen, kognitiven Beeinträchtigungen und bei Menschen in Alten- und Altenpflegeheimen messbar. Über einem Beobachtungszeitraum von 8 Jahren zeigten in der Leipziger Langzeitstudie 40% der Studienteilnehmer einen intermittierenden oder chronischen Verlauf (Luppá et al. 2012c). Zudem haben die sogenannten unterschwelligen Depressionen, also jene Personen mit depressiver Symptomatik, die (noch) nicht die Diagnosekriterien der gängigen Klassifikationssysteme erfüllen, ein substantielles Risiko für die Entwicklung einer Major Depression (Meeks et al. 2011).

Ogleich für die Depression im Alter zahlreiche biologische und psychosoziale Risikoschutzfaktoren diskutiert werden, ist die empirische Basis weitaus geringer als der Kenntnisstand zu kognitiven Störungen (Aziz und Steffens 2013). Funktionelle Beeinträchtigung aufgrund verschiedener somatischer Erkrankungen, insbesondere Mobilitäts- und Sehbeeinträchtigungen sowie ein eingeschränktes soziales Netzwerk können als wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung von depressiven Symptomen gelten (Luppa M et al. 2012d; Weyerer et al. 2013, Schwarzbach et al. 2013).

Die systematische Übersicht zeigte, dass fehlende soziale Beziehungen mit dem Auftreten einer Depression im Alter assoziiert sind und dabei qualitative Aspekte der Beziehung eine wichtigere Rolle spielen als quantitative Aspekte. Das ist nicht überraschend, wir entwickeln und erleben unsere Identität durch soziale Beziehungen in Familie, in Partnerschaft, mit Kollegen und Nachbarn. Soziale Bezüge prägen unser Denken und Fühlen und sind zentral für das Erleben von Glück, Erfolg und Erfüllung. Soziale Netzwerke sind Muster von Interaktionen, die sich über die Zeit entwickeln. Soziale Beziehungen ändern sich auch im Lebenslauf. Entsprechend der sozio-emotionalen Selektivitätstheorie von Laura Carstensen spielen emotionale Nähe, Fürsorge, Kompetenz und Weitergeben wollen im höheren Alter eine größere Rolle als Zugehörigkeit, Anerkennung und Status (Carstensen et al. 1999; Wrzus et al. 2013).

Umso schwerer wiegen Verluste von Vertrautem. Im Rahmen der AgeCoDe-Studie konnte gezeigt werden, dass insbesondere Partnerverlust eine Risikokonstellation für depressive Erkrankung im Alter darstellt und sowohl das neue Auftreten depressiver Symptome als auch einer Major Depression assoziiert sind (Sikorski et al. 2014). Hochaltrigkeit, Feminisierung, Individualisierung, multilokale Mehrgenerationenfamilien, mehr kinderlose Frauen, späte Mutterschaft und Erwerbstätigkeit als auch die Ausdehnung familiärer Netzwerke, die zunehmende Relevanz außerfamiliärer Netzwerke lassen Altern in Deutschland zu einer Herausforderung werden. Soziale Integration erweist sich auch hier als ein Zukunftsthema.

Prävention und Versorgung

Psychische Störungen im Alter, insbesondere Demenzen, aber auch die bisher unterschätzten Depressionen im Alter zählen zu den Versorgungsherausforderungen der Zukunft. Eine gemeindenahere und vernetzte transsektorale Versorgung ist unabdingbar und lässt Betroffene länger zu Hause in ihrem gewohnten Lebensumfeld leben (Baumgardt et al. 2014). Sozialpsychiatrische Konzepte weisen hier den Weg. International wurde unter dem Stichwort „collaborative care“ in vielen Studien gezeigt, dass diese Versorgungsformen wirksam und kosteneffektiv sind (Low et al. 2011; Unützer et al. 2008) und auf Beispiele guter Praxis in Deutschland sei verwiesen (Valdes-Stauber et al. 2007; 2014). Ein Blick auf die Schutzfaktoren dieser häufigen psychischen Störungen im Alter macht zudem deutlich, wie viel Prävention ausrichten könnte: „Vorbeugen ist besser als Heilen“ – der Gedanke ist nicht gerade neu. Sogar die Enquête zur Lage der Psychiatrie (1975), Grundstein unseres heutigen gemeindenahen Versorgungssystems, räumte der Primärprävention psychischer Störungen ein ganzes Kapitel ein (Deutscher Bundestag 1975). In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion wird der Präventionsgedanke wieder entdeckt. Auch hier hat die Sozialpsychiatrie viel beizutragen. ●

Anmerkung

1 Die AgeCoDe-Studie (= German Study on Ageing, Cognition and Dementia) ist eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Kompetenznetzes Degenerative Demenzen geförderte Studie.

Literatur

Aziz R, Steffens DC. (2013) What are the causes of late-life depression? *Psychiatr Clin North Am*, 36(4): 497–516.

Baumgardt J, Radisch J, Touil E et al. (2014) Aspects of Sustainability in Outpatient Health Care for Demented Individuals. *Psychiatr Prax*, 41(8): 424–431.

Carstensen LL, Isaacowitz DM, Charles ST. (1999) Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *Am Psychol*, 54(3): 165–181.

Christensen K, Thinggaard M, Oksuzyan A et al. (2013) Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *Lancet*, 382: 1507–1513.

Deutscher Bundestag (1975) Enquete 1975 – Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Im Internet: <http://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung/enquete.html>; Stand: 08.07.2013

Goldberg D, Huxley P. (1980), *Mental Illness*

in the Community. The Pathway to Psychiatric Care, London.

Leicht H, Heinrich S, Heider D et al. (2011). Net costs of dementia by disease stage. *Acta Psychiatr Scand*, 124(5): 384–395.

Low LF, Yap M, Brodaty H. (2011) A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*, 11: 93.

Luck T, Busse A, Hensel A, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG. [Mild cognitive impairment and development of dementia]. *Psychiatr Prax*. 2008 Oct;35(7):331–6.

Luck T, Riedel-Heller SG. (2015) Prävention von Alzheimerdemenz in Deutschland – Eine Hochrechnung des möglichen Potentials der Reduktion ausgewählter Risikofaktoren, Nervenarzt, im Druck.

Luck T, Riedel-Heller SG, Kaduszkiewicz H et al. (2007) Mild cognitive impairment in general practice: age-specific prevalence and correlate results from the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Dement Geriatr Cogn Disord*, 24(4): 307–316.

Luck T, Riedel-Heller SG, Luppa M et al. (2013) Apolipoprotein E epsilon 4 genotype and a physically active lifestyle in late life: analysis of gene-environment interaction for the risk of dementia and Alzheimer's disease dementia. *Psychol Med*, 44: 1319–1329.

Luppa M, Heinrich S, Matschinger H et al. (2008) Direct costs associated with depression in old age in Germany. *J Affect Disord*, 105: 195–204

Luppa M, Riedel-Heller SG, Stein J et al. (2012a) Predictors of institutionalisation in incident dementia – results of the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe study). *Dement Geriatr Cogn Disord*, 33(4): 282–288.

Luppa M, Sikorski C, Luck T et al. (2012b) Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 136(3): 212–221.

Luppa M, Luck T, König HH et al. (2012c) Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. *J Affect Disord*, 142: 166–171.

Luppa M, Sikorski C, Luck T et al. (2012d) Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life – results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *Int J Geriatr Psychiatry*, 27: 286–295.

Mangialasche F, Kivipelto M, Solomon A et al. (2012) Dementia prevention: current epidemiological evidence and future perspective. *Alzheimers Res Ther*, 4(1): 6.

Matthews FE, Arthur A, Barnes LE et al. (2013) Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Collaboration. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet*, 382: 1405–1412.

Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H et al. (2011) A tune in “a minor” can “b major”: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord*, 129: 126–142.

Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A et al. (2015) A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomized controlled trial. *Lancet*, 385(9984): 2255–2263.

Ramirez A, Wolfsgruber S, Lange C et al. (2015) Elevated HbA1c is associated with increased risk of incident dementia in primary care patients. *J Alzheimers Dis*, 44(4): 1203–1212.

Riedel-Heller SG, Busse A, Aurich C et al. (2001) Prevalence of dementia according to DSM-III-R and ICD-10: results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75+). Part 1. *Br J Psychiatry*, 179: 250–254.

Riedel-Heller SG, Lupp M. (2013) Depression in late life – what does epidemiology add? *Psychiatr Prax*, 40(4): 173–175.

Schwarzbach M, Lupp M, Sikorski C et al.

(2013) The relationship between social integration and depression in non-demented primary care patients aged 75 years and older. *J Affect Disord*, 145: 172–178.

Sikorski C, Lupp M, Hesel K et al. (2014) The role of spousal loss in the development of depressive symptoms in the elderly – implications for diagnostic systems. *J Affect Disord*, 161: 97–103.

Sutin AR, Terracciano A, Milaneschi Y et al. (2013) The trajectory of depressive symptoms across the adult life span. *JAMA Psychiatry*, 70(8): 803–811.

Unützer J, Katon WJ, Fan MY et al. (2008) Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care*, 14(2): 95–100.

Valdes-Stauber J, Nissle K, Schäfer-Walkmann S et al. (2007) Gerontopsychiatry in the community. Results of a gerontopsychiatric outpatient network. *Psychiatr Prax*, 34 (3): 129–133.

Valdes-Stauber J, Putzhammer A, Kilian R. (2014) Decentralized outpatient teams in community-based psychiatric care: Comparison of two Bavarian rural catchment areas. *Nervenarzt*, 85(5): 596–605.

Volkert J, Schulz H, Härter M et al. (2013) The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Res Rev*, 12: 339–353.

Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Wiese B et al. (2013) Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. *Age Ageing*, 42: 173–180.

Wrzus C, Hänel M, Wagner J et al. (2013) Social network changes and life events across the life span: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 139(1): 53–80.

Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept im Alter

Depressionen und Depressionsrisiken wahrnehmen

Von Rüdiger Noelle

Beim Assessment des Verhaltensmusters „Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept“ (Gordon, 2013) liegt der Fokus auf den subjektiven Gedanken, Gefühlen und Einstellungen gegenüber der eigenen Person. Die vielen Dimensionen dieser persönlichen Stimmungslage werden beschrieben als:

- **Identität** - Die als Selbst erlebte innere Einheit einer Person, die Körpergrenze einer Person, die das Selbst vom Nicht-Selbst unterscheidet. Identität ist eng mit dem eigenen Namen verbunden.
 - **Selbstachtung oder Selbstwertgefühl**: Das Gefühl für die eigene menschliche Würde. Gefühle und Gedanken, die auch die Selbsteinschätzung oder das Selbstbildnis betreffen.
 - **Selbstwirksamkeit** - Die Wahrnehmung der eigenen kognitiv-funktionellen und sozialen Fähigkeiten.
 - **Körperbild** - Das geistige Bild vom eigenen Körper, von dessen Aussehen und Funktionen.
- Darüber hinaus liegt der Fokus auf der Stimmungslage der Person (Gordon, 2013, p. 101).

Bei der Pflege von gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Menschen ist es neben der Demenz die depressive Stimmungslage, die häufig vorkommt. Allerdings finden sich manifeste Depressionen bei Älteren (über 65) nur zwischen 3% und 5% der Bevölkerung. Aber immerhin bejahen 27% dieser Bevölkerungsgruppe depressive Symptomatiken bei sich zu kennen. „Prävalenzschätzungen ernsthafter Depressionen bei älteren Menschen, die in Heimen und anderen Institutionen leben, erreichen Werte zwischen 15% und 25%“ (Hautzinger, 2000, p. 14).

Depressionen werden bei älteren Patienten oftmals nicht erkannt und dementsprechend nicht behandelt. Einer der Gründe dafür ist, dass ältere depressive Patienten nicht über ihre Stimmungslage klagen, sie dem Alter zuschreiben und an einer hohen somatischen Komorbidität leiden, die primär diagnostiziert und behandelt wird. Das Alter kann dann schnell als Schicksal wahrgenommen werden. Diese Patienten leben dann zunehmend in der Vergangenheit, „als alles noch besser war“.



Rüdiger Noelle

Diakon, Prof. Dr., Lehrstuhl BWL in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft an der Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld. Psychiatrische Pflege und Management.

Gerade im Blick auf die mit vielen Verlusten verbundene Lebenslage des Alters ist es wichtig, Depressionen möglichst früh zu erkennen, denn eine einmal eingenommene pessimistische Grundhaltung setzt eine Abwärtsspirale in Gang.

Bei großen äußeren Veränderungen (wie einem Einzug in ein Seniorenheim) ist es bisweilen schwer, zwischen „normalen“ Irritationen, Alterserscheinungen und pathologischen Entwicklungen zu unterscheiden. Auch die Verluste unterschiedlichster Art die zunehmend zum Leben gehören, seien es Verluste von Fähigkeiten mit einer Eingrenzung der Möglichkeiten das