

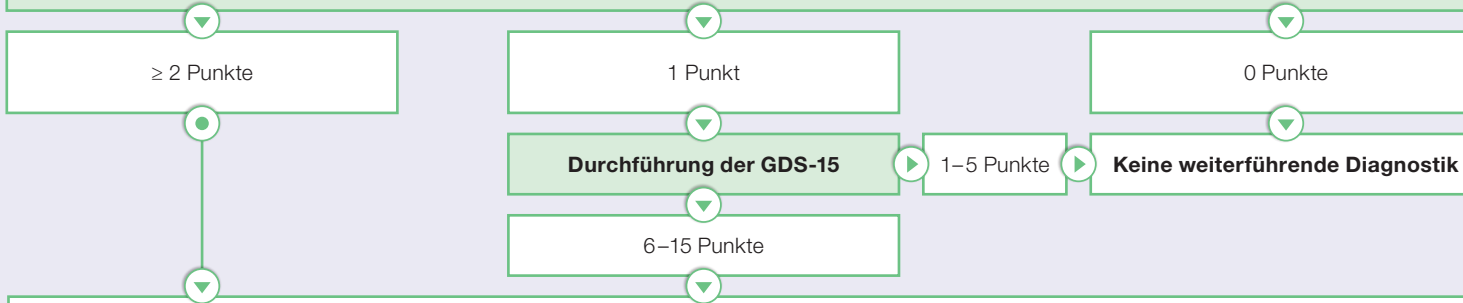
Depression im Alter¹

Geriatrisches Assessment²

Erstdiagnostik durch Hausärztin/-arzt

Durchführung der Geriatrischen Depressionsskala Short-Form (GDS-4)

(bei Einverständnis der Patientin/des Patienten) (siehe Rückseite)



Verdacht auf depressive Störung

- Erfassung von Haupt- und Nebensymptomen (Dauer ≥ 2 Wochen) (Beispielfragen zur Symptomerfassung siehe Innenseite)
- Abklärung von Differenzialdiagnosen

Hauptsymptome

- Depressive, gedrückte Stimmung
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit (oft nach kleinen Anstrengungen) und Aktivitätseinschränkung

Nebensymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlung
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Erforderliche Untersuchungen zur Abklärung von Differenzialdiagnosen³

- Labor zum Ausschluss organischer Ursachen: Blutbild, TSH, Vitamin B12, Folsäure, CRP, BSG, Elektrolyte, Harnstatus (Schnelltest), Nüchtern-Blutzucker, Nieren- und Leberfunktionsparameter
- Abklärung
 - Funktionaler Status (physische Funktion (ADL), kognitive Funktion (DD beginnende Demenz), Frailty)
 - Komorbiditäten (kardiovaskuläre Risikofaktoren, Multimorbidität)
 - Medikation/Polypharmazie

Depressive Episode (mind. 2 Haupt- und 2 Nebensymptome)

Mit oder ohne somatisches Syndrom

- (mind. 4 der folgenden Symptome):
- Interessensverlust/Freudlosigkeit
 - Emotionslosigkeit
 - Frühmorgendliches Erwachen (≥2 Std. früher)
 - Morgentief
 - Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
 - Deutlicher Appetitverlust
 - Gewichtsabnahme (>5 % des Körpergewichts)
 - Deutlicher Libidoverlust

Mit oder ohne psychotische Symptome:

- Wahnideen
- Halluzinationen
- Stupor

Thematisierung und Abklärung von Suizidalität⁴

CAVE: Bei Verdacht auf akute Suizidalität ist psychiatrische Einschätzung erforderlich; bei fehlender Bereitschaft aufgrund einer akuten Gefährdung akute Einweisung in Psychiatrie



Fachärztin/-arzt für Psychiatrie

zur weiterführenden Diagnostik (inkl. standardisierter Rating-Skala und explorativem Gespräch) bzw. weiteren Abklärung

¹ Im Fokus stehen geriatrische Patientinnen/Patienten.

² Ein generelles Screening auf Depression wird nicht empfohlen. Ein Screening bei erhöhtem Risiko wird jedoch empfohlen und sollte i.R. des geriatrischen Assessments erfolgen. **Die Patientin/der Patient muss vorab adäquat über Vor- und Nachteile des Screeningtests informiert werden.**

Risikofaktoren

- Somatische Komorbidität
- Weibliches Geschlecht
- Positive Familienanamnese
- Depression in der Vorgeschichte
- Verlust oder Trennung
- Interpersonelle Konflikte
- Überforderung/Stress
- Einsamkeit

3 Differenzialdiagnosen

- Beginnende Demenz
- Trauerreaktion
- Organische depressive Störung (Hypothyreose, Multiple Sklerose, Schlaganfall u.a.)
- Angst-, Panikstörung
- Substanzmissbrauch
- Schizophrenie

4 Abklärung von Suizidalität

- A. Suizidrisiko abschätzen (siehe Risikofaktoren Suizidalität)
- B. Suizidgedanken aktiv ansprechen („Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?“)

Risikofaktoren Suizidalität

- Hohes Lebensalter
- Verwitwet oder geschieden
- Männliches Geschlecht
- Vorangehender Suizidversuch
- Verlustereignis
- Soziale Isolation, Einsamkeit
- Chronische Schmerzen
- Substanzmissbrauch
- Schwere Depression
- Suizidgedanken

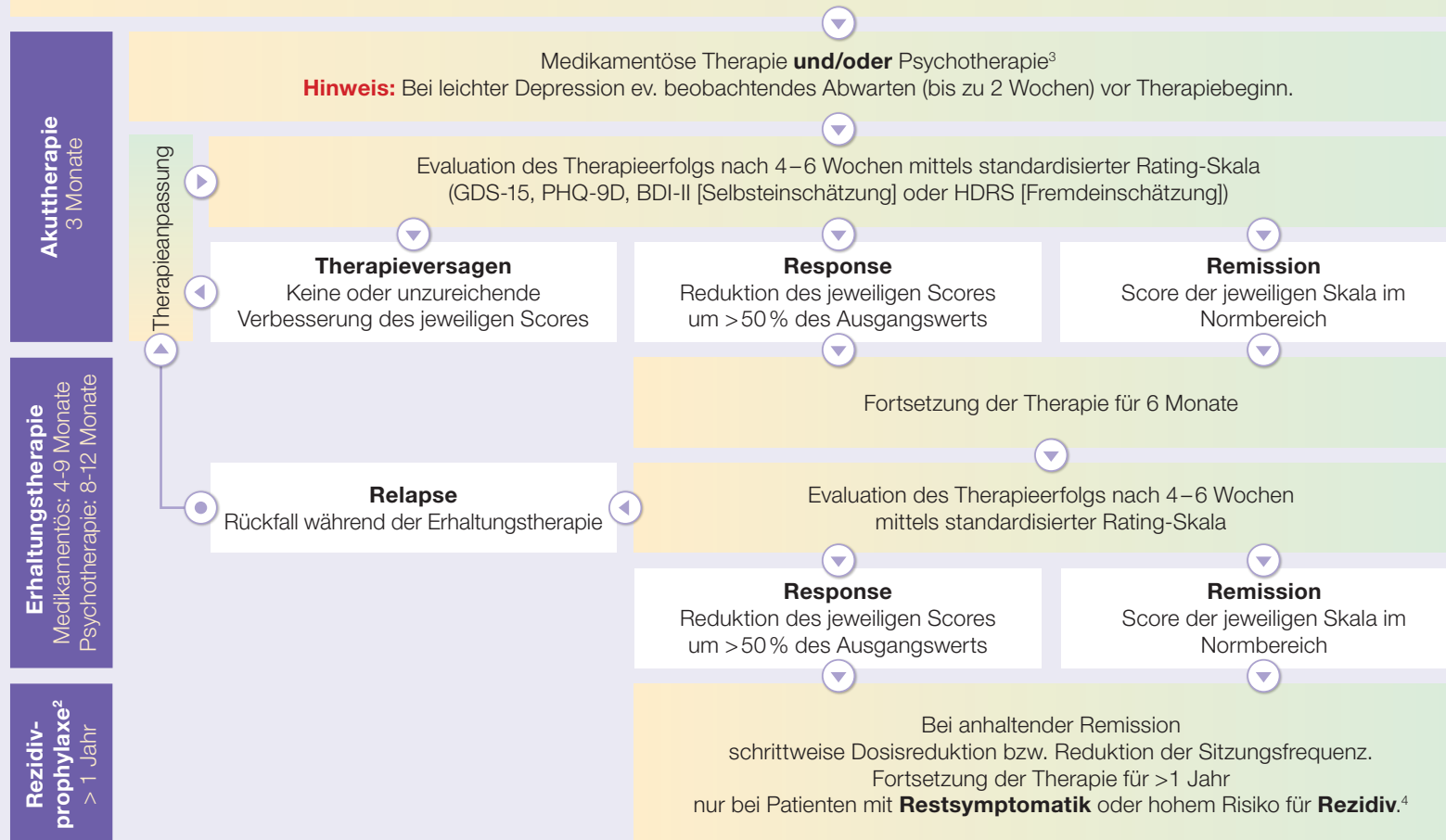
Phasen der Depressionstherapie

Erstverordnung von Psychopharmaka durch Fachärztin/-arzt nach Erhebung eines psychopathologischen Befundes. Weiterverordnung und Betreuung durch Hausärztin/-arzt. Jährliche fachärztliche Re-Evaluierung. **Zur Verlaufskontrolle soll vor Einleitung einer medikamentösen oder nicht-medikamentösen Therapie eine standardisierte Rating-Skala eingesetzt werden.¹**

Depressive Episode² (mindestens 2 Haupt- und 2 Nebensymptome)

Empfohlene Allgemeinmaßnahmen:

- **Aufklärung und Mitarbeit der Patientin/des Patienten (evidenzbasierte Patienteninformation)**
- **Niederschwellige psychosoziale Maßnahmen und Selbstmanagement (z. B. Selbsthilfegruppen)**
- Partizipative Entscheidungsfindung
- Psychoedukation (z. B. ärztliches Gespräch)
- Körperliche Aktivität (Mischung aus Kraft- und Ausdauertraining)



1 Standardisierte Rating-Skala

- z. B. Selbsteinschätzung mittels
- GDS-15 (siehe Rückseite)
 - Patient Health Questionnaire-9 deutsch (PHQ-9D)
 - Beck-Depressions-Inventar II (BDI-II) oder Fremdeinschätzung mittels
 - Hamilton-Depressions-Rating-Skala (HDRS)
- Mit der gleichen Skala wird später der Therapieerfolg evaluiert.

2 Weitere Einteilung nach dem zeitlichen Verlauf:

- Neu aufgetretene Symptomatik: **Erstmanifestation**
- Wiederaufgetretene Symptomatik nach mehreren Monaten ohne affektive Symptomatik: **Rezidiv**
- Lang anhaltende, gering ausgeprägte depressive Stimmungsstörung: **Dysthymia**
- Depressive Episode > 2 Jahre: **Chronifizierte Depression**
- Wechsel mit manischen Phasen: **Bipolare Störung** (diese ist im Weiteren nicht Gegenstand dieser Pfade)

3 Rasche und effiziente Behandlung einer Depression im Alter ist wesentlich, sonst hohe Wahrscheinlichkeit der Verschlechterung und Chronifizierung.

4 Risikofaktoren für Rezidiv

- Restsymptome
- Vorgegangenes Rezidiv
- Starke funktionelle Einschränkungen
- Verminderte Bewältigungsressourcen

Therapieverfahren und spezielle Empfehlungen¹

Erstverordnung von Psychopharmaka durch Fachärztin/-arzt nach Erhebung eines psychopathologischen Befundes. Weiterverordnung und Betreuung durch Hausärztin/-arzt. Jährliche fachärztliche Re-Evaluierung.

Therapieverfahren¹

Medikamentöse Therapie

Auswahl des Medikaments (abhängig von Wirkweise (aktivierend, dämpfend), Verträglichkeit, Überdosierungssicherheit, Ansprechen in früherer Episode, Komorbidität, Patientenpräferenzen)

Wirkstoffgruppe	Wesentliche Wirkstoffe	Wirkung auf Antrieb	Wichtige Nebenwirkungen (NW)
SSRI	Citalopram, Escitalopram, Sertralin	aktivierend	gastro-intestinal, Schlafstörungen/Erregung, sexuelle Dysfunktion CAVE: Plasma-Spiegelveränderung durch CYP-Enzym-Beeinflussung u. a. durch Hemmer des CYP2C19 (z. B. PPI Omeprazol, Lansoprazol), Wechselwirkungen beachten! – z. B. erhöhtes Risiko für GI-Blutungen bei Kombination von SSRI mit Antikoagulantien, Corticoiden oder NSAR! Hinweis: Die SSRI Paroxetin und Fluoxetin sind aufgrund des starken Interaktionspotentials im Alter eher nicht geeignet.
SNRI	Duloxetin, Milnacipran, Venlafaxin	aktivierend	gastro-intestinal, Schlafstörungen/Erregung, sexuelle Dysfunktion, bei Venlafaxin Blutdruckerhöhung möglich
TZA	Amitriptylin	dämpfend	anticholinerg, Sedierung, orthostatische Hypotension, kardiovaskuläre NW, Gewichtszunahme, bei Überdosierung hohe Letalität Hinweis: Im Alter nur bedingt geeignet aufgrund NW und starkem Interaktionspotential, daher nur in speziellen Situationen.
NASSA	Mirtazapin (α -2- und 5-HT _{2/3} -Antagonist)	dämpfend	Sedierung, Gewichtszunahme, selten Restless-Legs-Syndrom
SSRI + 5HT₂ Blocker	Trazodon	dämpfend Vorteil: zusätzlich schlafinduzierend	Sedierung, selten Priapismus
NDRI	Bupropion	aktivierend	Schlafstörungen/Erregung (gering), kann Krampfschwelle senken
RIMA	Moclobemid	aktivierend	Schlafstörungen/Erregung (gering)

Hinweis: Bei antidepressiver Behandlung von Depression mit Suizidalität kann begleitende Therapie mit z. B. Benzodiazepinen notwendig sein² – dabei mögliche Nebenwirkungen wie z. B. Sturzgefahr beachten.

Psychotherapie

Auswahl des Verfahrens (abhängig von Verfügbarkeit eines Platzes, zeitnaher Beginn der Therapie, vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten)

- Kognitive Verhaltenstherapie (am besten belegt) oder integrative Verhaltenstherapie
- Interpersonelle Psychotherapie (Kombination psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch)
- Psychodynamische Verfahren (Konflikt- und Problemlösungsorientiert, Reminiszenztherapie)
- Systemische Verfahren, Familientherapie

Weitere Therapieverfahren

Effektnachweise gibt es für

- Körperliches Training
- Lichttherapie
- Elektrokonulsive Therapie (schwere Fälle und bei Therapieversagen)
- Wachtherapie (nur in Kombination mit medikamentöser Therapie) **CAVE:** im Alter meist nicht geeignet
- Repetitive transkranielle Magnetstimulation (nur bei Therapieversagen)
- Ergotherapie
- Supplementierung mit Omega-3-Fettsäuren
- Phytotherapie (z.B. Johanniskraut – **CAVE:** CYP-Interaktion)

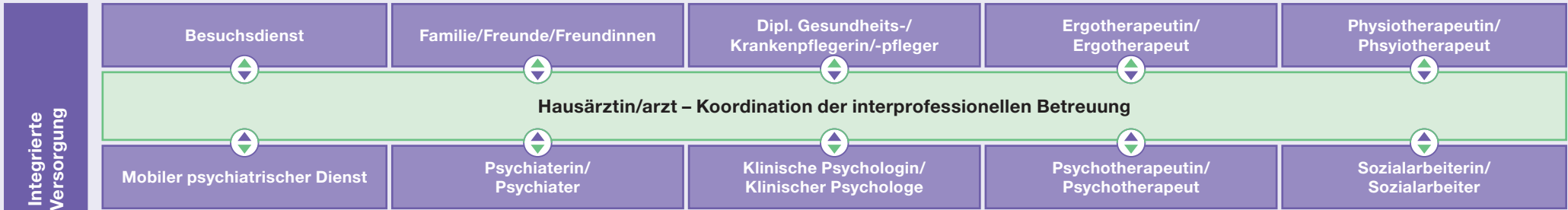
Therapieresistenz und Rezidivbehandlung	Therapieresistenz (keine Response)	Rezidiv unter medikamentöser Therapie	Rezidiv unter Remission
	Empfohlen: <ul style="list-style-type: none"> Überprüfung der Adhärenz Überprüfen der Dosierung 	Erwogen werden kann: <ul style="list-style-type: none"> Spiegelbestimmung Dosiserhöhung Augmentation (z. B. Lithium, Quetiapin) Kombinationsbehandlung (Mirtazapin + SSRI oder SNRI) Switching (auch Substanzklasse wechseln!) 	Wie Erstbehandlung

Langzeit-Management und Nachsorge

Alte Menschen mit oder nach einer Depression bedürfen der regelmäßigen Nachsorge (geriatrisches Assessment einmal jährlich).

Hier sollte geachtet werden auf:

- Rezidiv der Depression?
- Entwicklung einer Demenz?
- Entstehung oder Zunahme von Frailty?



Im Rahmen der integrierten Versorgung sollen nach partizipativer Entscheidung angeboten werden, obwohl keine explizite Studienevidenz vorliegt:

- Soziotherapie
- Häusliche psychiatrische Krankenpflege (vor allem bei Komorbidität mit entsprechendem Pflegebedarf)

Legenden	Empfohlen:	Empfehlungsgrad A/S Empfehlungsgrad B Empfehlungsgrad O/E	Handlungsempfehlung für Hausärztin/-arzt	Handlungsempfehlung für Fachärztin/-arzt	Ersteinstellung/Therapieanpassung durch Fachärztin/-arzt, Weiterverordnung durch Hausärztin/-arzt
	Erwogen werden kann/Geachtet werden sollte auf:				

1 Weiterführende Informationen: Kasper, K., Lehofer, M., Sachs, G., Bartova, L., Dold, M., Erfurth, A. et al. (2019). Depression: Medikamentöse Therapie. Konsensus-Statement – State of the Art 2019. *CliniCum neuropsych*. Kasper, S., Erfurth, A., Sachs, G., Aichhorn, W., Bartova, L., Bengesser, S. et al. (2021): Therapieresistente Depression: Diagnose und Behandlung. Konsensus-Statement. *JATROS Neurologie & Psychiatrie*.

2 vgl. Behandlung mit Antidepressiva erhöht häufig zunächst den Antrieb; Stimmungsverbesserung tritt meist später ein, wodurch sich Suizidgefahr erhöht.

Abkürzungen: ADL = Activities of Daily Living | BSG = Blutsenkungsgeschwindigkeit | CYP = Cytochrom P450 | DD = Differenzialdiagnose | GDS = Geriatrische Depressionsskala | GI-Blutung = Gastrointestinale Blutung | MAO = Monoaminoxidase | NSAR = Nicht-steroidale Antirheumatika | NASSA = Noradrenerg und spezifisch serotonerges Antidepressivum | NDRI = Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahmehemmer | PPI = Protonenpumpeninhibitor | RIMA = Reversible Hemmer der Monoaminoxidase | SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer | SNRI = Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer | TZA = Trizyklische Antidepressiva

Besonderheiten – Hinweise Diagnostik und Therapie

Besonderheiten

Diagnostik im Alter

- Ältere Patientinnen/Patienten schildern ihre Depression oft nicht als Traurigkeit etc., sondern in körperlichen Symptomen wie Herzbeschwerden, Bauchweh, Globusgefühl, Vergesslichkeit...
- Demenz ist die häufigste Differentialdiagnose. Depressionen und Demenzen treten oft gemeinsam auf und daher muss auch immer Demenz abgeklärt werden.
- Symptome von Depression, hirnorganischen Erkrankungen und Medikamentennebenwirkungen können sich überlagern und die Diagnostik, insbesondere jene mittels Fragebögen, erschweren.
- Zu den am häufigsten verordneten depressiogenen Medikamenten zählen: Beta-blocker, Opioider, Antiparkinson-Medikamente, Corticosteroide.

Therapie im Alter

Nebenwirkungen: Hier sind anticholinerge Nebenwirkungen und Orthostase (v. a. bei TZA) sowie SIADH (Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion) bei serotonergen Antidepressiva besonders zu betonen.

Wichtigste Interaktionen:

- Erhöhte Blutungsgefahr bei Kombination von SSRI und SNRI mit Thrombozytenaggregationshemmern, Antikoagulantien und NSAR
- Gefahr Serotonin-Syndrom bei Kombination serotonerger Substanzen (u. a. SSRI, SNRI, MAO-Hemmer, Linezolid, Selegilin, Opioidanalgetika, Dextromethorphan)
- QT-Zeit-Verlängerung besonders bei Citalopram, Escitalopram, Venlafaxin, Mirtazapin bei Kombination mit anderen QT-Zeit verlängernden Substanzen (u. a. Antipsychotika, Makrolid- und Chinolon-Antibiotika, Methadon, Sotalol).
- Plasma-Spiegelveränderung durch CYP-Enzym-Beeinflussung z. B. Sertralin hemmt mittelstark 2D6: Spiegelerrhöhung von CYP-2D6 Substraten (u. a. Metoprolol, Tamoxifen, Amitriptylin, Venlafaxin, Duloxetin, Haloperidol, Risperidon, Aripiprazol) und ausbleibende Aktivierung von Codein, Tramadol, Tamoxifen; weiteres Beispiel: Plasmaspiegel von CYP-2C19-Substraten Citalopram und Escitalopram können durch CYP-2D19 Hemmer (u. a. Omeprazol, Fluconazol) erhöht werden; auch bei Johanniskraut kommt es zu CYP-Interaktion.

Mit niedrigster Dosierung beginnen und langsam aufdosieren (veränderter Metabolismus): „**Start low, go slow**“

Beispielfragen zur Symptomerfassung (DGPPN et al., 2015)

Hauptsymptome

Depressive Stimmung	Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt? Gab es Zeiten, zu denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?
Interessenverlust und Freudlosigkeit	Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren? Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?
Erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel	Haben Sie Ihre Energie verloren? Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen? Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?

Nebensymptome

Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren? Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?
Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl? Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?
Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit	Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe? Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?
Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven	Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst? Haben Sie Pläne für die Zukunft?
Suizidgedanken/ Suizidhandlungen	Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein? Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun? Haben Sie versucht, sich etwas anzutun? Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?
Schlafstörungen	Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert? Schlafen Sie mehr/weniger als sonst?
Verminderter Appetit	Hatten Sie mehr/weniger Appetit in der letzten Zeit? Haben Sie ungewollt abgenommen?

Quelle: DGPPN, BÄK, KBV & AWMF. (2015). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Langfassung* (2. Auflage, Version 5) (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Hrsg.).

Geriatrische Depressionsskala (GDS-4 Short Version) (D'Ath et al. 1994 in Grob et al., 2010)	ja	nein	
1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (2)	Anzahl der erreichten Punkte: _____/6 Beurteilung: ≥ 1 Punkt = wahrscheinliche Depression
2. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben leer ist?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	
3. Haben Sie dauernd Angst, dass Ihnen etwas Böses zustoßen könnte?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	
4. Fühlen Sie sich meist glücklich und zufrieden?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (2)	

Geriatrische Depressionsskala (GDS-15) (Yesavage et al. 1982 in ÖGGG, 2011)	ja	nein	
1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	Anzahl der erreichten Punkte: _____/15 Beurteilung: 0–5 Punkte = wahrscheinlich keine Depression 6–10 Punkte = leichte bis mäßige Depression wahrscheinlich 11–15 Punkte = schwere Depression wahrscheinlich
2. Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei ohne Sinn?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	
4. Ist Ihnen oft langweilig?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	
5. Sind Sie meist gut drauf?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	
6. Haben Sie manchmal Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	
7. Wachen Sie morgens gerne auf?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	
9. Hadern Sie mit der Vergangenheit?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	
10. Haben Sie das Gefühl ein schlechteres Gedächtnis zu haben als andere Leute Ihres Alters?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	
11. Finden Sie, es ist schön, jetzt zu leben?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	
12. Würden Sie sich als kontaktfreudig bezeichnen?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	
13. Haben Sie viel Tatendrang?	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	
14. Finden Sie Ihre Lage oft hoffnungslos?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	
15. Glauben Sie, dass es den meisten Leuten Ihres Alters besser geht als Ihnen?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	

Quellen: Grob, D., Bopp, I., Geser, C., Truttmann, B., Angst, E., Beck, S. et al. (2010). *Waid-Guide*. Teil 1: Tests für die multidimensionale Abklärung. Stadtspital Waid Zürich, Klinik für Geriatrie und Rehabilitation. ÖGGG. (2011). *Österreichisches geriatrisches Basisassessment*. Wien: Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie.