

Stefan Klöppel Frank Jessen (Hrsg.)

Praxishandbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie

Diagnostik und Therapie im höheren Lebensalter

3. Auflage

Leseprobe



Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeine Grundlagen	3	Prävention psychischer Störungen im Alter	17
1	Warum ist eine spezifische Gerontopsychiatrie erforderlich?	3	Oliver Tüscher, Stefan Klöppel	
1.1	Demografischer Wandel und somatische Multimorbidität	3	3.1 Kognitive Resilienz im Alter	17
1.2	Fachliche Gründe für eine spezifische Alterspsychiatrie	3	3.1.1 Kognitive und neuronale Veränderungen im Alter	18
1.3	Die Alterspsychiatrie in den europäischen Weiterbildungssystemen	5	3.1.2 Zentrale Konzepte zu kognitiver Resilienz im Alter	18
1.4	Medizinischdidaktische Aspekte	5	3.1.3 Risikofaktoren für kognitiven Abbau und Demenz.	19
1.5	Gesundheitspolitische Aspekte	5	3.2 Emotionale Resilienz im Alter – Resilienz- und Risikofaktoren.	20
2	Epidemiologie gerontopsychiatrischer Erkrankungen	7	4 Sozialpsychiatrische Konzepte und ambulante Versorgungsstrukturen	23
2.1	Die Häufigkeit psychischer Störungen im Alter	7	Anna Hegedüs, Melina Hasler, Armin von Gunten, Claudia Lötscher	
2.2	Demenzerkrankungen – steiler Anstieg mit dem Alter	8	4.1 Sozialpsychiatrie	23
2.3	Leichte kognitive Störungen.	9	4.1.1 Sozialpsychiatrisches Denken und Handeln	23
2.4	Delir – in der Bevölkerung selten, in der stationären Versorgung häufig.	11	4.1.2 Sozialpsychiatrie im Alter.	24
2.5	Depression – bevölkerungsmedizinische Bedeutung im Alter bisher unterschätzt	11	4.2 Ambulante Versorgungsstrukturen	25
2.6	Suizide im Alter	12	4.2.1 Pflegegeleitete Modelle.	25
2.7	Angsterkrankungen – im Alter zu wenig beachtet	12	4.2.2 Multiprofessionelle Teams	27
2.8	Somatoforme Störungen in der Bevölkerung.	12	4.2.3 Konsiliar- und Liaisonstätigkeit	27
2.9	Schizophrenie und psychotische Syndrome im Alter	13	4.2.4 Case Management	28
2.10	Zwangsstörungen im Alter.	13	4.2.5 Beratung.	29
			4.2.6 Peer-Begleitung	29
			4.2.7 Caring Communities	29
		5	Der geriatrische Patient in der Gerontopsychiatrie	33
			Bernhard Heimbach	
		5.1	Geriatrischer Patient	34
		5.2	Epidemiologie	35
		5.3	Identifikation geriatrischer Patient	35
		5.4	Geriatritypische Multimorbidität	36

5.5	Herausforderungen im höheren Lebensalter	37	8	Rechtlicher Rahmen und Fahrtüchtigkeit	73
5.6	Sarkopenie und <i>Frailty</i>	38		Björn Schmitz-Luhn, Henning Hachtel, Michael Falkenstein, Ute Brüne-Cohrs	
5.7	Geriatrisches Assessment.	41	8.1	Einwilligungsfähigkeit und Stellvertretung	73
5.8	Das multiprofessionelle Team	44		Björn Schmitz-Luhn, Henning Hachtel	
6	End of Life Treatment und Palliativversorgung	51	8.1.1	Einwilligungsfähigkeit	73
	Klaus Maria Perrar, Heidrun Golla		8.1.2	Vorgehen bei Einwilligungsunfähigkeit	74
6.1	Palliativmedizin und Gerontopsychiatrie.	51	8.1.3	Sterben lassen.	80
6.2	Nahtstellen	52	8.2	Fahreignung.	82
6.3	Gesundheitliche Versorgungsplanung	53		Michael Falkenstein, Ute Brüne-Cohrs	
6.4	Ethische Fallbesprechung.	54	8.2.1	Rechtsvorschriften.	82
6.5	Sterbephase	54	8.2.2	Einschätzung der Fahreignung bei Demenzerkrankungen	82
6.5.1	Anzeichen des Versterbens	54	II	Grundlagen therapeutischer Verfahren	
6.5.2	Therapie- und Pflegezieländerung . .	55	9	Psychotherapie im Alter	89
6.5.3	Verzicht auf Krankenhausverlegung	55		Simon Forstmeier, Bernd Ibach, Bernadette Ruhwinkel	
6.5.4	Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme	55	9.1	Einleitung.	89
6.6	Betreuung Sterbender	56	9.2	Grundlagen der Psychotherapie . . .	90
6.7	Medikamente in der Sterbephase . .	56	9.2.1	Gerontopsychologische Modelle . . .	90
6.8	Hospizliche und palliative Versorgung	58	9.2.2	Allgemeine altersbezogene Modifizierungen psychotherapeutischer Verfahren	90
6.8.1	Allgemeine Palliativversorgung	59	9.2.3	Verbreitung von Psychotherapie im Alter.	91
6.8.2	Spezialisierte Palliativversorgung . . .	59	9.3	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren	91
6.9	Palliativversorgung und Demenz . .	60	9.3.1	Behaviorale Verfahren.	91
6.10	Zukünftige Herausforderungen . . .	62	9.3.2	Kognitive Verfahren.	92
7	Gerontopsychiatrie, Migration und Transkulturalität	65	9.3.3	Achtsamkeitsbasierte Verfahren. . . .	93
	Iliya Petkov Peyneshki		9.4	Psychodynamische Verfahren.	94
7.1	Historische Eckdaten zur Migration im deutschsprachigen Raum	65	9.4.1	Altersspezifische Konflikte und Aktualkonflikte	95
7.2	Postmigrantische Gesellschaft: spezifische Vulnerabilität gerontopsychiatrischer Patienten. .	66	9.4.2	Psychodynamische Gruppentherapie	97
7.3	Depression im Alter und Migrationshintergrund	67	9.4.3	Spezielle Übertragungskonstellationen	97
7.4	Demenz und Migration	69	9.5	Systemische Verfahren.	98
7.5	Klinisches Vorgehen bei Menschen mit Migrationshintergrund in der Gerontopsychiatrie.	70	9.5.1	Methodisches Vorgehen	98

9.5.2	Thematische Besonderheiten	99	12	Nicht invasive Hirnstimulation .	129
9.5.3	Systemische Paartherapie	100		Alexander Sartorius, Lutz Frölich	
9.6	Wirksamkeitsnachweise	101	12.1	Transkranielle	
10	Pharmakotherapie bei älteren Patienten	105		Gleichstromstimulation	129
	Heinrich Burkhardt		12.2	Repetitive transkranielle	
10.1	Epidemiologie und grundlegende Aspekte	105		Magnetstimulation.	130
10.2	Altersassoziierte Veränderungen der Pharmakokinetik	106	12.3	Elektrokonvulsionstherapie	131
10.3	Altersassoziierte Veränderungen der Pharmakodynamik	108	12.3.1	Durchführung	131
10.4	Nutzen-Risiko-Relation bei älteren und geriatrischen Patienten	109	12.3.2	Erhaltungs-EKT	132
10.5	Spezielle unerwünschte Wirkungen bei Älteren und unerwünschte Wirkungen allgemein	110	12.3.3	Wirksamkeit	132
10.6	Polypharmazie und Multimorbidität	112	12.3.4	Nebenwirkungen/Kontraindikationen	134
10.7	Interaktionen	113	12.3.5	Leitlinien	135
10.8	Selbstmanagement	114	12.3.6	Gerontopsychiatrie	135
10.9	Monitoring und Risikominimierung	115	13	Digitale Therapeutika	139
10.10	Off-Label-Behandlung	116		Brooke C. Schneider, Jan Philipp Klein, Thomas Berger, Stefan Klöppel	
10.11	Probleme in der Langzeittherapie mit Pharmaka	117	13.1	Begriffsdefinition: Digitale Therapeutika	140
10.12	Maßnahmen und Hilfen zur rationalen Pharmakotherapie bei Älteren	118	13.2	Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	140
11	Adhärenz bei älteren Patienten	121	13.3	Verordnung	141
	Heinrich Burkhardt		13.4	Wirksamkeit digitaler Therapeutika bei älteren Menschen	142
11.1	Allgemeine Aspekte und epidemiologische Daten	121	13.4.1	Depression, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	142
11.2	Kategorisierungen und theoretische Konzepte	122	13.4.2	Psychische Belastungen bei körperlichen Symptomen und Erkrankungen	143
11.3	Psychologische Aspekte und Patientenwissen	124	13.4.3	Schlafstörungen	144
11.4	Besonderheiten bei älteren Patienten	125	13.4.4	Anhaltende Trauer	144
11.5	Beratung und Interventionen	126	13.4.5	Einsamkeit	144
11.6	Arzt-Patient-Beziehung und Adhärenz	127	13.4.6	Demenz/Leichte kognitive Störung	145
			13.5	Begleitung	145
			13.6	Barrieren und Unterstützungsbedarf bei der Nutzung digitaler Therapeutika	145
			13.7	Ausblick: Weitere Entwicklungen im Bereich digitaler Therapeutika	146

III Psychiatrische Ursachen häufiger Symptome in der Altersmedizin

14	Mangelernährung in der Gerontopsychiatrie	153
	Heinz Unger	
14.1	Definition Malnutrition	153
14.2	Prävalenz	154
14.3	Folgen	154
14.3.1	Ursachen	155
14.4	Malnutrition und Polymedikation ..	155
14.5	Malnutrition und Hyponatriämie ..	155
14.6	Malnutrition in der Geronto- psychiatrie	156
14.7	Mikronährstoffe und geronto- psychiatrische Erkrankungen	157
14.8	Diagnostik einer Malnutrition	158
14.9	Was tun bei gerontopsychiatrischen Patienten, die nicht gut essen? ...	159
14.10	Ethische Probleme bei der Ernährung von Patienten mit fort- geschrittener Demenz	159
14.11	Demenzprävention durch Ernährung?	160
15	Schlafstörungen im Alter	165
	Lukas Frase, Dieter Riemann, Claudio L.A. Bassetti, Christoph Nissen	
15.1	Definition und Epidemiologie.	165
15.2	Diagnostisches Vorgehen.	166
15.2.1	Schlafbezogene Verhaltensweisen ..	166
15.2.2	Zirkadiane Besonderheiten im Alter	168
15.2.3	Schlaf und Wachheit beeinträch- tigende Substanzen.	169
15.2.4	Symptomatische Schlafstörungen bei anderweitigen Erkrankungen.	170
15.3	Spezifische Schlafstörungen.	171
15.3.1	Insomnien	171
15.3.2	Restless-Legs-Syndrom	172
15.3.3	Komplexe nächtliche Verhaltens- störungen	173
15.3.4	Schlafbezogene Atmungsstörungen	174

16	Störungen der Sexualfunktion im Alter	177
	Michael Berner, Maximilian Bröse	
16.1	Einleitung.	177
16.2	Lust und Sexualität im Alter.	178
16.3	Altern und sexuelle Dysfunktion ..	179
16.4	Wichtige medizinische Komorbiditäten von sexuellen Funktionsstörungen im Alter	179
16.4.1	Kardiovaskuläre Probleme	179
16.4.2	Diabetes mellitus.	180
16.4.3	Depressionen und andere psychiatrische Erkrankungen sowie Psychopharmakotherapie	180
16.5	Sexuelle Störungen im Alter im Kontext hormoneller Veränderungen	181
16.6	Sexualität unter Pflegeheim- bewohnern.	182
16.7	Sexualität und unangemessenes sexuelles Verhalten bei Demenz und Morbus Parkinson.	182
16.8	Diagnostische und therapeutische Grundsätze.	183

IV Krankheitsspezifische Besonderheiten bei der Behandlung älterer Patienten

17	Präsentation psychiatrischer Syndrome im Alter	187
	Oliver Tüscher	
18	Kognitive Störungen	191
	Egemen Savaskan, Axel Wollmer, Jens Benninghoff	
18.1	Das Delir im Alter: Klinische Besonderheiten und Therapie	191
	Egemen Savaskan	
18.1.1	Definition	191
18.1.2	Prävalenz im Alter	192
18.1.3	Pathologische Veränderungen.	192
18.1.4	Risikofaktoren.	193
18.1.5	Vorhandene Leitlinien und Empfehlungen.	194
18.1.6	Klinische Besonderheiten.	194

18.1.7	Diagnostik und Assessment	195	20.4	Chronische schizophrene Psychosen im höheren Alter	282
18.1.8	Prävention des Delirs im Alter	196	20.5	Syndrome wahnhafter Miss- identifikationen	283
18.1.9	Therapie	197	20.5.1	Capgras-Syndrom	283
18.2	Demenzen	201	20.5.2	Fregoli-Syndrom	284
	Axel Wollmer, Jens Benninghoff		20.5.3	Derealisationen	284
18.2.1	Einleitung	201	20.6	Hypochondrischer Wahn	284
18.2.2	Diagnostik	202	20.6.1	Eigengeruchswahn	285
18.2.3	Therapie	222	20.6.2	Dermatozoen-Wahn	285
18.2.4	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia	228	20.6.3	Wahnhafte Dysmorphophobie	285
18.2.5	Versorgungsaspekte	237	20.7	Halluzinatorische Syndrome	286
19	Psychische und Verhaltens- störungen durch psychotrope Substanzen/Sucht und Substanzstörungen im Alter	243	20.7.1	Charles-Bonnet-Syndrom	286
	Dirk K. Wolter, Stephan Mühlig		20.7.2	Musische Halluzinationen	286
19.1	Definitionen und Begriffs- bestimmung	243	20.8	Therapie psychotischer Störungen im höheren Lebensalter	287
19.2	Epidemiologie	246	21	Affektive Störungen	293
19.2.1	Alkoholbezogene Störungen	247		Stefan Klöppel, Peter Brieger, Hans-Jörg Assion	
19.2.2	Tabakbezogene Störungen	248	21.1	Depression im Alter	293
19.2.3	Medikamentenbezogene Störungen	249		Stefan Klöppel	
19.2.4	Illegale Drogen	250	21.1.1	Epidemiologie	293
19.3	Ätiologie	251	21.1.2	Diagnostik	294
19.4	Therapiemöglichkeiten	253		Sabine Hellwig	
19.4.1	Alkoholbezogene Störungen	254	21.1.3	Therapie	297
19.4.2	Tabakbezogene Störungen	261	21.1.4	Medikamentöse Therapie	298
19.4.3	Medikamentenbezogene Störungen	263	21.1.5	Psychotherapie	304
19.5	Sucht und neurokognitive Störungen bzw. Demenz	269	21.1.6	Nicht invasive Hirnstimulation	305
	Dirk K. Wolter		21.1.7	Schlafentzug, Licht- und Bewegungstherapie	305
19.5.1	Wernicke-Korsakow-Syndrom und alkoholassoziierte Demenzen	269	21.1.8	E-Mental-Health	305
19.5.2	Benzodiazepine und Kognition	270	21.1.9	Mehrdimensionale Therapieansätze	306
20	Psychoseerkrankungen im höheren Lebensalter	277	21.1.10	Antidepressive Therapien bei somatischen Grundkrankheiten	306
	Tillmann Supprian		21.2	Bipolare Störung im Alter	312
20.1	Paranoid-halluzinatorische Psychosen mit Erstmanifestation im höheren Lebensalter und das Konzept der „Spätschizophrenie“	278		Peter Brieger, Hans-Jörg Assion	
20.2	Wahnhafte Störungen und die Frage einer sog. „Altersparanoia“	279	21.2.1	Formen bipolarer Störungen im höheren Lebensalter	313
20.3	Organische psychische Störungen	280	21.2.2	Epidemiologie	314
			21.2.3	Verlauf und Ausgang	314
			21.2.4	Klinik/Psychopathologie	314
			21.2.5	Diagnose und Differenzialdiagnose im Alter	316
			21.2.6	Früh- und Spätmanifestationen	317
			21.2.7	Behandlung der bipolaren Störung	318

22	Angst- und Zwangsstörungen im Alter	323	24	Persönlichkeitsstörungen im Alter	357
	Borwin Bandelow, Klaus Pfeiffer, Eric Lenouvel, Sefik Tagay, Tobias Freyer			Robert Perneckzy	
22.1	Angst im Alter	323	24.1	Hintergrund	358
	Borwin Bandelow		24.2	Epidemiologie	359
22.1.1	Diagnostik	324	24.2.1	Prävalenz	359
22.1.2	Epidemiologie	324	24.3	Komorbidität	359
22.1.3	Ursachen	326	24.3.1	Alzheimer-Demenz	359
22.1.4	Therapie	327	24.3.2	Therapie	361
22.1.5	Fazit	330	24.3.3	Fazit	361
22.2	Sturzangst	331	25	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Alter	365
	Klaus Pfeiffer, Eric Lenouvel			Swantje Matthies	
22.2.1	Hintergrund	331	25.1	ADHS als Erkrankung der Lebensspanne	365
22.2.2	Erklärungsmodelle	332	25.2	Diagnostik	366
22.2.3	Anamnese und Assessments	332	25.3	Prävalenz und Persistenz	366
22.2.4	Interventionen	334	25.4	Komorbidität	367
22.3	Traumafolgestörungen mit verzögertem Beginn	336	25.5	Neuropsychologische Auffälligkeiten	367
	Sefik Tagay		25.6	Differenzialdiagnose	368
22.3.1	Einleitung	336	25.7	Psychosoziale Auswirkungen	368
22.3.2	Epidemiologie	338	25.8	Therapie	368
22.3.3	Erklärungsmodelle	338	25.8.1	Medikamentöse Therapie	368
22.3.4	Behandlungsansätze	340	25.8.2	Psychotherapie	369
22.4	Die Zwangsstörung im höheren Lebensalter	342	26	Autismus im hohen Alter	371
	Tobias Freyer			Ludger Tebartz van Elst	
23	Somatoforme Störungen	345	26.1	Autismus, Eigenschaftscluster, Störung und Erkrankung der gesamten Lebensspanne	371
	Christian Albus		26.1.1	Epidemiologie und Diagnostik	372
23.1	Begriffsbestimmung	345	26.1.2	Autismus zwischen Normvariante und neuropsychiatrischer Krankheit	373
23.2	Epidemiologie	346	26.1.3	Komorbidität und Differenzialdiagnose	373
23.3	Diagnostik	346	26.1.4	Autistische Besonderheiten im hohen Alter	374
23.3.1	Grundlagen	346	26.2	Therapie	374
23.3.2	Klinische Diagnostik	347	26.2.1	Medikamentöse Therapie	375
23.3.3	Wichtige Differenzialdiagnosen	349	26.2.2	Psychotherapie	375
23.3.4	Erkennen von schweren Krankheitsverläufen	349	Register		379
23.3.5	Zusammenfassung Diagnostik	350			
23.4	Therapie	352			
23.4.1	Grundlagen	352			
23.4.2	Psychosomatische Grundversorgung	352			
23.4.3	Psychotherapie	353			
23.4.4	Medikation	354			
23.4.5	Zusammenfassung Therapie	354			



Allgemeine Grundlagen

1	Warum ist eine spezifische Gerontopsychiatrie erforderlich?	3
2	Epidemiologie gerontopsychiatrischer Erkrankungen	7
3	Prävention psychischer Störungen im Alter	17
4	Sozialpsychiatrische Konzepte und ambulante Versorgungsstrukturen	23
5	Der geriatrische Patient in der Gerontopsychiatrie	33
6	<i>End of Life Treatment</i> und Palliativversorgung	51
7	Gerontopsychiatrie, Migration und Transkulturalität	65
8	Rechtlicher Rahmen und Fahrtüchtigkeit	73

1

Warum ist eine spezifische Gerontopsychiatrie erforderlich?

1.1	Demografischer Wandel und somatische Multimorbidität	3
1.2	Fachliche Gründe für eine spezifische Alterspsychiatrie	3
1.3	Die Alterspsychiatrie in den europäischen Weiterbildungssystemen	5
1.4	Medizindidaktische Aspekte	5
1.5	Gesundheitspolitische Aspekte	5

1.1 Demografischer Wandel und somatische Multimorbidität

Die demografischen Veränderungen werden vor dem Hintergrund der Häufigkeit psychischer Störungen im Alter zu einem Mehrbedarf an gerontopsychiatrischen Therapien führen (> Kap. 2). Dieser Effekt dürfte sich noch dadurch verstärken, dass Generationen altern, die eher bereit sind, negative Stereotypen und stigmatisierende Haltungen abzulehnen und psychische Erkrankungen zu akzeptieren und behandeln zu lassen.

Die Alterung der Bevölkerung wird die Gesundheitssysteme in Europa stark – wenn auch in unterschiedlichem Maße – beeinflussen. Die Angebote von psychosozialen Leistungen für ältere Menschen und die Systeme der sozialen Unterstützung und der Gesundheitsversorgung sind in Europa sehr unterschiedlich. Während es in einigen Ländern bereits ein gut entwickeltes System der gerontopsychiatrischen Versorgung gibt, erfolgt die Betreuung in südlichen und östlichen Ländern derzeit noch häufig im familiären Rahmen.

1.2 Fachliche Gründe für eine spezifische Alterspsychiatrie

Parallel zur Entwicklung der Geriatrie hat sich mit der Gerontopsychiatrie ein Fachgebiet entwickelt, das den Bedürfnissen älterer Menschen Rechnung trägt.

Wie in vielen der folgenden Kapitel ausgeführt und in > Kap. 17 zusammengefasst, treten für alternde Menschen typische Erkrankungen wie die Demenzen auf, aber auch das klinische Bild vieler psychischer Störungen ändert sich im Alter. Gut bekannt ist dies z. B. für die Depression. Betroffen sind aber auch die Abhängigkeitserkrankungen mit einem Rückgang exzessiven Konsums und stattdessen oft über Jahre andauernd eine *Low-Dose*-Abhängigkeit. Im Alter ändert sich jedoch nicht nur die Manifestation psychischer Krankheiten, sondern auch deren spezifische Behandlung. Viele psychische Erkrankungen (z. B. Angststörungen, Depressionen, Missbrauch von Alkohol oder Schlafmitteln) sind mit altersspezifischen Risikofaktoren verbunden: soziale Benachteiligung gepaart mit Einsamkeit, schlechte Lebensqualität, Behinderung, abnehmende kognitive Fähigkeiten, körperliche Erkrankungen und Funktionseinschränkungen.

Die Behandlung psychischer Erkrankungen bei älteren Patienten unterscheidet sich von der Behandlung jüngerer Personen. Die Unterscheidungen sind weitreichend und betreffen alle Ebenen des Behandlungsansatzes: die biologische, die psychologische, die soziale und die spirituelle Dimension. Die körperlichen Gegebenheiten, die emotionalen, beziehungs-mäßigen und sozialen Bedürfnisse, aber auch die spirituell-existenziellen Bedürfnisse unterscheiden sich sowohl in den verschiedenen Lebensphasen als auch in den verschiedenen Generationen und sozio-kulturellen Prägungen.

Im Bereich der Psychotherapie haben diese Anpassungen u. a. dazu geführt, dass beispielsweise eine spezifische *Late-Life*-Spezialisierung der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) entwickelt wurde, in welcher Themen wie der Rollenwechsel im Kontext der Pensionierung oder der Verlust des Freundeskreises im Fokus stehen (> Kap. 9). Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung bereitet in vielen Einrichtungen die Psychotherapie bei Abhängigkeits-erkrankungen. In deren Gruppentherapien werden oft die Rückkehr ins Berufsleben oder andere spezifische Rollenerwartungen, z. B. als Elternteil, als Motivatoren für Abstinenz thematisiert. Diese sind aber natürlich für Menschen über 65 Jahre nicht mehr in gleicher Weise relevant. Neben den thematischen Anpassungen benötigen ältere Menschen aber auch ein angepasstes Setting. Dies beinhaltet adaptierte Versorgungsstrukturen wie z. B. spezialisierte aufsuchende Dienste und stationäre Einrichtungen, aber auch Therapieformen (> Kap. 4). Dazu gehören z. B. kürzere und dafür häufigere Therapiesitzungen, eine an die individuellen Möglichkeiten angepasste kognitive und wissensvermittelnde Komponente, aber auch der Einbezug basaler Zugangsmöglichkeiten wie die kognitive Stimulation. Hierzu gehört u. a. die Arbeit mit Gegenständen oder Musik aus jüngeren Jahren des Patienten. Für die kognitive Stimulation besteht in allen Phasen der Demenz eine gut belegte Wirksamkeit auf übergeordnete Variablen wie u. a. der Stresslevel von Patienten und Angehörigen.

Spezifische Herausforderungen gibt es auch bei der Diagnose von psychischen Erkrankungen im Alter, z. B. durch Überschneidungen mit Demenz. Die Prozesse im Rahmen der Diagnostik von psychischen Erkrankungen oder von Hirnleistungsstörungen sind klar definiert und in Form von Leitlinien oder Emp-

fehlungen festgehalten. Diagnostische Abklärungen benötigen meist das Zusammenwirken von Spezialistinnen und Spezialisten mehrerer Fachgebiete, koordiniert von einem Facharzt oder einer Fachärztin für Alterspsychiatrie. Ohne eine Spezialisierung in diesem Fachgebiet können die Herausforderungen in Diagnostik und Therapie nicht gemeistert werden.

Noch umfangreicher sind die Anforderungen an die Gerontopsychiatrie durch die oft bestehenden somatischen Begleiterkrankungen, da die somato-psychische Komorbidität die diagnostischen und Behandlungsprozesse erschwert. Die somatischen Erkrankungen und die funktionellen Einschränkungen nehmen generell mit dem Alter zu, Patienten mit psychischen Erkrankungen sind aber besonders gefährdet, somatische Begleiterkrankungen zu entwickeln (z. B. durch einen mit den psychischen Erkrankungen verbundenen ungünstigen Lebensstil oder durch metabolisch negative Effekte einiger Psychopharmaka). Insbesondere bei der Erforschung medikamentöser psychiatrischer Therapieverfahren bestehen aber große Wissenslücken, da viele Studien ältere Menschen und insbesondere solche mit somatischen Begleiterkrankungen ausgeschlossen haben. Von großer Bedeutung sind jedoch die im Alter regelhaft auftretenden Veränderungen bei der Pharmakokinetik und -dynamik (> Kap. 10).

Wegen der oft dauerhaft vorhandenen kognitiven Einschränkungen und der Multimorbidität müssen die spezialisierten Kliniken und Heime spezifische Qualitätsanforderungen erfüllen, die neben der Infrastruktur auch die medizinische Versorgung betreffen. Diese Konstellation führt aber auch zu besonderen Herausforderungen bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Behandlungen ohne Zustimmung sowie bewegungseinschränkende Maßnahmen). Beide Aspekte wurden kürzlich für die Schweiz eingehend diskutiert.

Durch die Ansiedlung des Fachs im Schnittbereich zwischen Psychiatrie und Somatik ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von großer Bedeutung. Dies gilt insbesondere für die Geriatrie, die Neurologie, die Neuropsychologie und das *Neuroimaging* (Neuroradiologie und Neuronuklearmedizin). Sowohl bei den psychiatrischen wie auch den psychotherapeutischen Ansätzen sollte die Heterogenität der älteren Patienten berücksichtigt werden (> Kap. 5). Die an vielen Standorten noch vorhandene räumliche Trennung

zwischen Psychiatrie und Somatik stellt hierbei eine wesentliche Hürde für die optimale Behandlung dar.

Als Folge des Fachkräftemangels haben zahlreiche Alters- und Pflegeheime Mühe, die psychiatrische Versorgung sicherzustellen. Dadurch ergibt sich die Gelegenheit für die alterspsychiatrischen Kliniken, ihren (rein beratenden) Konsiliardienst in einen aufsuchenden Behandlungsdienst umzuwandeln und die Therapien in den Heimen selbst und in eigener Verantwortung anzubieten.

In den letzten Jahren sind zahlreiche Abklärungs- und Behandlungsleitlinien und -empfehlungen veröffentlicht worden. Im Gegensatz zu früheren *Guidelines* wurden die neueren nicht mehr monodisziplinär entwickelt, sondern versuchen, verschiedene Ansätze und Sichtweisen interprofessionell zu integrieren. Außerdem sind sie bestrebt, verfügbare wissenschaftliche Evidenz angemessen zu berücksichtigen. Allerdings handelt es sich dabei meistens um nationale Leitlinien, denn auf internationaler Ebene ist es weniger gelungen, gerontopsychiatrische Behandlungsempfehlungen zu entwickeln.

1.3 Die Alterspsychiatrie in den europäischen Weiterbildungssystemen

Die Weiterbildung in Alterspsychiatrie hat ihren Ursprung in den angelsächsischen Ländern und blieb bis auf relativ wenige Ausnahmen (die Schweiz, Frankreich, Schweden, Holland, Tschechien, Rumänien) beschränkt. Richtungsweisend waren die Empfehlungen der UEMS: Einerseits gab es die Empfehlung, die Alterspsychiatrie als Subspezialität innerhalb des Gesamtfachs Psychiatrie mit eigenen Weiterbildungsprogrammen und Zertifizierungen zu etablieren. Andererseits wurde die Empfehlung ausgesprochen, die Alterspsychiatrie in den *Common Trunk* einzugliedern, welcher das Wissen und die klinischen Fertigkeiten, die von allen angehenden Psychiaterinnen und Psychiatern gefordert werden und die somit den obligatorischen Teil der Weiterbildung ausmachen, bezeichnet. Im deutschsprachigen Raum sind diese beiden Empfehlungen allerdings nur in der Schweiz umgesetzt worden.

1.4 Medizindidaktische Aspekte

Durch die Verortung der Alterspsychiatrie an der Schnittstelle zwischen Somatik und Psychiatrie ergeben sich auch für die medizinische Lehre besondere Herausforderungen. Typische Themen sind die Ausgestaltung von Curricula und die spezifischen Ansätze zur Vermittlung von Kompetenzen. Gerade die Weiterentwicklung von bereits aus dem Medizinstudium bekannten *Entrustable Professional Activities* (EPA) bietet für die Alterspsychiatrie interessante Ansätze zur Entwicklung einer auf Kompetenzen basierenden Weiterbildung.

1.5 Gesundheitspolitische Aspekte

Die gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen, welche durch die demografische Alterung hervorgerufen worden sind, haben auch zu einer Reihe von nationalen und internationalen Initiativen, Projekten, Positionspapieren und Konsenserklärungen geführt, welche die *Mental Healthcare for the Elderly* (MHCE) betreffen. Mit Ausnahme von Ländern wie Großbritannien, Kanada, Australien oder Neuseeland beschränken sich nationale Strategien und Aktionspläne oft auf die Demenz und wurden meistens von medizinischen Vereinigungen und national agierenden gemeinnützigen Organisationen entwickelt. Internationale Stellungnahmen entstanden entweder unter politischer Schirmherrschaft (z. B. *European Silver Paper*, *Mental Health and Wellbeing in Older People*) oder durch das Wirken internationaler Organisationen (z. B. Alzheimer Europe, WHO, WPA, UEMS) und decken ein breiteres Themenspektrum innerhalb der MHCE ab: Versorgungsmodelle, Implementierungsstrategien, Angebotsstrukturen für die ältere Bevölkerung, Unterstützung der betreuenden Angehörigen, Behandlungskonzepte, Aus- und Weiterbildung des Fachpersonals, Interprofessionalität, Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens älterer Menschen, Prävention, Stigma u. a. m.

Zusammenfassung

Die gesellschaftlichen Veränderungen haben dazu geführt, dass die Psychiatrie und Psychotherapie für den alternden Menschen heute nicht mehr eine Randexistenz innerhalb der Medizin fristet. Sowohl in Bezug auf das Versorgungsangebot als auch auf den Status der Fachdisziplin an den Universitäten und in der medizinischen Gemeinschaft bestehen von Land zu Land zwar teils noch erhebliche Unterschiede. Grundsätzlich ist aber ein Zusammenhang zwischen dem *Standing* der Disziplin innerhalb der Ärzteorganisationen und der universitären Lehrpläne und den Angeboten des jeweiligen Gesundheitsversorgungssystems erkennbar. Trotz der unbestrittenen Emanzipation in den letzten beiden Jahrzehnten muss die Alterspsychiatrie noch weitere Schritte unternehmen, um den Rang zu erreichen, der ihr in unserer Gesellschaft eigentlich zustehen sollte.

LITERATUR

- Camus V et al.; World Psychiatric Association section on old age psychiatry (2003). Teaching and training in old age psychiatry: a general survey of the World Psychiatric Association member societies. *Int J Geriatr Psychiatry* 18: 694–699.
- Commission of the European Communities (2009). Communication from the commission to the European parliament and the council on a European initiative on Alzheimer's disease and other dementias http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/documents/com2009_380_en.pdf (letzter Zugriff: 09.05.2025).
- Cruz-Jentoft AJ et al. (2009). European silver paper on the future of health promotion and preventive actions, basic research, and clinical aspects of age-related disease. *Eur J Ageing* 6:51–57.
- Draper B, Low L (2004). What is the effectiveness of older age mental health services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- European Communities (2010). Mental Health and Well-Being in Older People – Making it Happen. Conclusions from the Thematic Conference. https://health.ec.europa.eu/document/download/e7f72142-263e-48cb-af67-ebbe2db715db_en?filename=ev_20100628_report_en.pdf (letzter Zugriff: 12.06.2025)
- Graham N et al. (2003). Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 18: 670–678.
- Gustafson L et al. (2003). Skill-based objectives for specialist training in old age psychiatry. *Int J Geriatr Psychiatry* 18: 686–693.
- Katona C et al. (2009). World psychiatric association section of old age psychiatry consensus statement on ethics and capacity in older people with mental disorders. *Int J Geriatr Psychiatry* 24: 1319–1324.
- Klöppel S, von Gunten A, Georgescu D (2022). Qualitätsstandards in der Alterspsychiatrie. *Praxis*. 111 (12): 660–666.
- Klöppel S, Georgescu D (2023). Freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Alterspsychiatrie. *Praxis*. 112(13): 652–658.
- Pinilla S, Matthes O, Gehret A et al. (2021). Entrustable Professional Activities in der psychiatrischen Weiterbildung: Ein vielversprechendes Konzept. *Praxis*. 110(1): 30–36.
- Pinilla S, Lerch S, Nendaz M, Huwendiek S, Klöppel S (2025). Weiterbildungsdidaktik in der Alterspsychiatrie und -psychotherapie – Eine Literaturübersicht. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 93(04): 138–146.
- UEMS Section for Psychiatry (2001). Report of the UEMS Section for Psychiatry: Old Age Psychiatry.
- UEMS Section for Psychiatry/European Board of Psychiatry (2003). Charter on Training of Medical Specialists in the EU (Chapter 6): Requirements for the Specialty of Psychiatry.
- www.europsy.net/app/uploads/2024/07/ETR_UEMS_2024.pdf (letzter Zugriff: 12.06.2025)
- UEMS Section of Psychiatry (2013) Old Age Psychiatry in Europe. <https://static1.squarespace.com/static/60bcce6f16d6b011fa363469/t/634ef288e1b28662c3683ce1/1666118280577/2013Oct-Old-Age-Psych-in-Europe.pdf> (letzter Zugriff: 12.06.2025)
- UEMS Section of Psychiatry (2017). Training Requirements for the Specialty of Psychiatry. <https://static1.squarespace.com/static/60bcce6f16d6b011fa363469/t/65be9f460ba5792db96b9024/1706991431577/ETR2022+%28compiled%29+.pdf> (letzter Zugriff: 12.06.2025)
- UEMS Section of Psychiatry (2018). The profile of a psychiatrist. <https://static1.squarespace.com/static/60bcce6f16d6b011fa363469/t/634ef2c202606e4159e6fa54/1666118339542/UEMS-PS-PROFILE-OF-A-PSYCHIATRIST-2018-1.pdf> (letzter Zugriff: 12.06.2025)
- World Health Organization and World Psychiatric Association (1996). Psychiatry of the Elderly: a consensus statement. Geneva: WHO.
- World Health Organization and World Psychiatric Association (1997). Organization of care in psychiatry in the elderly: a technical consensus statement. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2009). Improving health systems and services for mental health. Geneva, WHO.
- World Health Organization and Alzheimer's Disease International (2012). Dementia: a health public priority. Geneva: WHO.
- World Psychiatric Association (2002). WPA Institutional Program on the Core Training Curriculum for Psychiatry. Yokohama: WPA.

2

Epidemiologie gerontopsychiatrischer Erkrankungen

2.1	Die Häufigkeit psychischer Störungen im Alter	7
2.2	Demenzerkrankungen – steiler Anstieg mit dem Alter	8
2.3	Leichte kognitive Störungen	9
2.4	Delir – in der Bevölkerung selten, in der stationären Versorgung häufig	11
2.5	Depression – bevölkerungsmedizinische Bedeutung im Alter bisher unterschätzt ..	11
2.6	Suizide im Alter	12
2.7	Angsterkrankungen – im Alter zu wenig beachtet	12
2.8	Somatoforme Störungen in der Bevölkerung	12
2.9	Schizophrenie und psychotische Syndrome im Alter	13
2.10	Zwangsstörungen im Alter	13

2.1 Die Häufigkeit psychischer Störungen im Alter

Deutschland ist ein Land der Langlebigen geworden, und ältere Menschen werden unsere Gesellschaft, unsere Wartezimmer und unsere Kliniken zunehmend prägen. Der aktuelle Anteil der Personen ab 60 Jahren an der Gesamtbevölkerung betrug 2014 27 %, wird im Jahr 2030 auf 35 % und 2050 auf 38 % steigen. Überproportional wird der Anteil der hochaltrigen Personen ab 80 Jahren zunehmen. Waren es 2014 nur 6 %, werden es 2050 13 % sein. Die Zahlen in anderen deutschsprachigen Ländern und Regionen sind ähnlich. Die Verschiebung der Altersstruktur wird als demografischer Wandel bezeichnet und speist sich

aus niedrigen Geburtenraten und steigender Lebenserwartung. Ende 2014 lebten in Deutschland ungefähr 17.000 Senioren, die 100 Jahre oder älter waren. Da Frauen eine höhere Lebenserwartung haben, ist das Geschlechterverhältnis im Alter zugunsten der Frauen verschoben und erreicht bei den über 100-Jährigen 85 % (Statistisches Bundesamt 2016).

Angaben zur Häufigkeit von Erkrankungen, die ausschließlich in medizinischen Settings, d. h. in ambulanten oder stationären Einrichtungen, gewonnen werden, sind mit einer Unterschätzung der Krankheitslast verbunden. 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. Die 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. Klassische Zugänge sind Feldstudien, die idealerweise im Längsschnitt als Kohortenstudie eine meist große bevölkerungsrepräsentative Stichprobe untersuchen.

Solche Studien geben Auskunft über die Häufigkeit psychischer Störungen im Sinne des Krankenstandes, also der **Prävalenz** oder der Neuerkrankungsrate, der **Inzidenz**. Unter der Prävalenz, dem häufigsten Krankheitsmaß, versteht man **die Gesamtzahl aller Krankheitsfälle**, die in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprevalenz) oder während einer Zeitperiode (Periodenprävalenz), meist einem Jahr, auftreten. Davon zu unterscheiden ist die lebenslange (*Life-time*-) Prävalenz, sie umfasst den Anteil der an einem bestimmten Stichtag lebenden Bevölkerung, die jemals in ihrem Leben eine bestimmte Krankheit hatte. Als Inzidenz wird die **Häufigkeit der neu aufgetretenen Krankheiten** innerhalb eines bestimmten Zeitraums (z. B. eines Jahres) beschrieben. Dies ist ganz unabhängig davon, ob die Erkrankungen zum Ende der Zeitperiode noch bestehen oder nicht. Inzidenzen lassen sich nur im Rahmen von Längsschnittstudien erfassen. Die Inzidenzrate wird berechnet als der Quotient der im Intervall neu Erkrankten dividiert durch die Anzahl der Personen, die vor und während der ersten und zweiten Erhebung nicht an der betreffenden Krankheit litten. Die Prävalenz ist eine Funktion der Inzidenz einer Krankheit und ihrer Dauer (Weyerer und Bickel 2007).

Wenn man Aussagen zur Häufigkeit einer Erkrankung machen will, muss man klar definieren, was ein „Fall“ ist. Dabei orientiert sich die Forschung zu einem an den aktuellen Klassifikationssystemen wie dem *International Classification of Diseases* (ICD) und dem amerikanischen *Manual Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) (**kategorialer Ansatz**). Klassifikationssysteme von psychischen Erkrankungen sind einem ständigen Wandel unterworfen und werden permanent angepasst, was die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen einschränkt. Als Al-

ternative zum diagnostisch kategorialen Vorgehen bei der Falldefinition wird für bestimmte Störungsbereiche ein **dimensionaler Ansatz** verfolgt. Durch den Einsatz bestimmter Skalen oder Testverfahren wird die Position der Studienteilnehmer auf einem Kontinuum der Funktionsbeeinträchtigung ohne Bezug zu nosologischen und kategorialen Konzepten bestimmt. Beispiele sind hier die Anzahl und Schwere depressiver Symptome oder das Ausmaß kognitiver Einbußen. Dieses Vorgehen ist naheliegend, da psychische Störungen regelhaft nicht als leicht identifizierbare und abgrenzbare Entitäten in der Bevölkerung vorkommen, sondern entsprechend einem Schweregradspektrum mit Übergängen zwischen gesund und krank. Auch unter Verwendung dieses dimensionalen Ansatzes können über *Cut-off*-Werte auf der Basis empirischer Befunde Fälle definiert werden. Die Fallfindung in der psychiatrischen Epidemiologie basiert auf standardisierten diagnostischen Instrumenten, die sich in erster Linie auf Probandenbefragungen stützen und die um testpsychologische Untersuchungen oder Fremdbeurteilungsskalen ergänzt werden können.

Ausgehend von dem Problem psychiatrischer Klassifikationssysteme zielt das neue Forschungskonzept der *Research Domain Criteria* (RDOC) auf die dimensionale Beschreibung umschriebener Dysfunktionalitäten (Cuthbert und Insel 2013). Parallelen zum traditionellen dimensional Ansatz in der epidemiologischen Forschung werden hier deutlich, obgleich die RDOCs im engeren Sinne noch keinen Eingang in Feldstudien gefunden haben.

2.2 Demenzerkrankungen – steiler Anstieg mit dem Alter

Der Begriff **Demenz** beschreibt zunächst ein ätiologisch unspezifisches Syndrom. Als Kernmerkmale fungieren erworbene Beeinträchtigungen in mehr als einem kognitiven Bereich (typisch sind insbesondere Gedächtnisbeeinträchtigungen wie auch Beeinträchtigungen in anderen Bereichen, so beispielsweise der Aufmerksamkeit, der Sprache oder exekutiver Funktionen), die so schwerwiegend sind, dass die Betroffenen ihre Alltagsanforderungen nicht mehr selbstständig meistern können. Hinzu kommen häufig Verhaltens-

änderungen (WHO 2024a). Feldstudien treffen vornehmlich eine Unterscheidung nach den beiden häufigsten Demenztypen, der Alzheimer-Demenz (AD) und der vaskulären Demenz, wobei gerade im höheren Alter zunehmend Mischformen dieser beiden Typen vorliegen (Custodio et al. 2017). Auch gibt es eine ganze Reihe an weiteren Grunderkrankungen bzw. Ursachen für die Entwicklung einer Demenz, wie beispielsweise die Frontotemporale Demenz, Demenzen durch Morbus Parkinson oder die Lewy-Körper-Krankheit sowie Demenzen verursacht durch Alkohol und andere psychoaktive Substanzen (WHO 2024a). Grundsätzlich wird jedoch die **Alzheimer-Krankheit** nach wie vor als wichtigste Ursache für die Entstehung einer Demenz angesehen, da sie geschätzt zu 60–70 % aller Demenzfälle (mit) beiträgt (WHO 2023).

Demenzen treten selten unterhalb von 65 Jahren auf und sind wegen ihres steilen Altersanstiegs die wichtigsten neurologisch-psychiatrischen Alterskrankheiten. Zur Häufigkeit von Demenzerkrankungen gibt es inzwischen gut gesicherte Wissensbestände, die eine verlässliche Beschreibung von Häufigkeit und Verteilung gestatten. Metaanalysen führen die Ergebnisse verschiedener einzelner Studien zusammen. Unstrittig ist der steile Altersgang der Demenzprävalenz. Während in der Altersgruppe der 65–69-Jährigen etwas mehr als 1 % der Bevölkerung unter Demenzen leidet, ist rund ein Drittel der über 90-Jährigen betroffen (WHO 2015). In der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung, bei der 1.265 Senioren (75 Jahre und älter) systematisch im häuslichen Umfeld untersucht wurden, war bei den über 90-Jährigen sogar jeder Zweite betroffen (Riedel-Heller et al. 2001). Analog zu den Prävalenzraten steigen auch die Neuerkrankungs- oder Inzidenzraten von Demenzen mit dem Alter stark an. So zeigte sich beispielsweise in einer systematischen Übersichtsarbeit der WHO eine Verdopplung der Inzidenz alle 5,9 Altersjahre – beginnend bei 3,1 Fällen pro 1.000 Personenjahren unter Risiko bei 60- bis 64-Jährigen ansteigend auf 175,0 Fälle pro 1.000 Personenjahren unter Risiko bei über 95-Jährigen (WHO 2015). Bezogen auf Alterseinflüsse gibt es allerdings auch seit vielen Jahren Studien, die darauf hindeuten, dass sich der exponentielle Anstieg in Prävalenz und Inzidenz von Demenz bei den Hochaltrigen über 90 Jahren zumindest etwas abflacht (z. B. Jorm et al. 1987, Miech et al. 2002). Menschen, die dieses hohe Alter erreichen, scheinen möglicherweise

von einer besonderen Kombination aus genetischen und evtl. auch Umweltfaktoren beeinflusst zu sein, die zumindest ein noch weiteres Ansteigen der Raten verhindert. Bezogen auf Einflüsse des Geschlechts zeigen aktuelle Metaanalysen ein höheres Demenzrisiko bei Frauen. Die diskutierten möglichen Ursachen für diese Unterschiede sind jedoch vielgestaltig, komplex und bedürfen weiterer Forschungsanstrengungen (Gong et al. 2023).

In den letzten Jahren gab es einige interessante Hinweise aus Feldstudien, die ihre Untersuchungen im selben Gebiet mit nahezu identischen Instrumentarien im Abstand von Dekaden untersuchten, dass später geborene Senioren ein etwas geringfügigeres Demenzrisiko aufweisen könnten als früher Geborene (z. B. Matthews et al. 2013; Satizabal et al. 2016). Studien verweisen auf einen sogenannten Kohorteneffekt, der allerdings möglicherweise auf die westlichen Industrienationen beschränkt bleibt (Roehr et al. 2018). Es wird angenommen, dass Veränderungen der letzten Jahre mit einer substanziellen Reduktion der Risikofaktoren für Demenz einhergingen, die sich ihrerseits auf die Häufigkeit von Demenzen in der Altenbevölkerung auswirkten. Von Beginn der beobachteten Veränderungen an werden hier u. a. bessere Bildung, eine stärker stimulierende Umwelt im Kindesalter und ein besseres Management kardiovaskulärer Risikofaktoren wie auch Lebensstilveränderungen in diesem Zusammenhang stark diskutiert (Riedel-Heller 2014). Entsprechend potenziell beeinflussbare Faktoren finden sich daher auch in Empfehlungen der WHO zur individuellen Risikoreduktion von kognitivem Abbau und Demenz (WHO 2019, 2023).

2.3 Leichte kognitive Störungen

MERKE

Leichte kognitive Störung ist ein Sammelbegriff zur Bezeichnung einer erworbenen Minderung der kognitiven Leistungsfähigkeit, die jedoch noch nicht so schwerwiegend ist, dass sie die Kriterien einer Demenz erfüllt, gleichwohl aber über einen altersgemäßen Leistungsrückgang hinausgeht. In den internationalen Klassifikationssystemen ICD-11 und DSM-5 diesbezüglich neu aufgeführte spezifischere Diagnosen der Leichten Neurokognitiven Störung könnten dazu beitragen, die entsprechend klinisch relevanten Phänomene besser zu erfassen.

Mit **leichten kognitiven Störungen** werden allgemein solche Zustände charakterisiert, bei denen kognitive Leistungen von Menschen zwischen den Leistungen von gesunden und den Leistungen von an Demenz erkrankten Personen liegen. In der Literatur fanden sich in den letzten Jahrzehnten dutzende verschiedene Begrifflichkeiten für solche leichten kognitiven Störungen, die auf sehr verschiedenen Konzepten mit zum Teil stark unterschiedlichen Kriterien basieren (Stokin et al. 2015). Als gemeinhin bedeutendstes dieser Konzepte sei hier das **Mild Cognitive Impairment (MCI)** genannt, welches deutlich auf die Charakterisierung einer möglichen Vorstufe einer Demenz ausgelegt war (Winblad et al. 2004, Petersen et al. 2004). Anlehnend an das MCI-Konzept wurden in den aktuellsten Versionen der internationalen Klassifikationssysteme – ICD-11 und DSM-5 – Diagnosen einer **leichten neurokognitiven Störung** spezifiziert, welche die Erfassung klinisch relevanter Zustände leichter kognitiver Störungen in Abgrenzung von nicht pathologischen Zuständen (z. B. rein altersbedingten kognitiven Beeinträchtigungen) verbessern und vereinheitlichen sollen (American Psychiatric Association 2013, 2022; WHO 2024b). Beide Diagnosen betonen entsprechend einen nachweisbaren Abbau kognitiver Leistungen in einem oder mehreren Bereichen, der eine Verschlechterung gegenüber einem früheren Funktionsniveau darstellt, jedoch nicht auf das „normale“ Altern zurückzuführen ist. Die kognitiven Leistungseinbußen sind nicht so schwerwiegend, dass sie die Fähigkeit zur unabhängigen Bewältigung der Alltagsaktivitäten substanziell beeinträchtigen. Diagnoseabhängig werden bestimmte Erkrankungen, Störungen und Zustände als Ursachen im Sinne einer Differenzialdiagnose (z. B. Delir, akute Substanzintoxikation, andere psychische Störungen) ausgeschlossen. Zugleich werden verschiedene mögliche zugrunde liegenden Ätiologien spezifiziert, so beispielsweise erworbene Erkrankungen des zentralen Nervensystems, wie z. B. die Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Erkrankungen oder Infektionen, wie z. B. HIV.

Zu den neuen Diagnosen leichter kognitiver Störungen liegen aufgrund deren Aktualität bisher nur wenige epidemiologische Ergebnisse vor. Eine erste Feldstudie aus Leipzig, welche die DSM-5-Diagnose der leichten neurokognitiven Störung zugrunde legte, ergab eine Prävalenz von 20,3 % bei 60- bis 79-jährigen Erwachsenen (Luck et al. 2016). Bezieht man auch

Vorgängerkonzepte wie MCI mit ein, so zeigt sich insgesamt, dass leichte kognitive Störungen in der Altenbevölkerung häufig sind. So wurde z. B. in der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung ebenfalls bei etwa jeder fünften Person (19,3 %) ab 75 Jahren eine leichte kognitive Störung nach MCI-Kriterien diagnostiziert (Busse et al. 2006). Die deutsche AgeCoDe-Studie und internationale Arbeiten kamen zu ähnlichen Ergebnissen (Luck et al. 2007, Petersen et al. 2016). Weniger Studien gibt es zur Inzidenz von leichten kognitiven Störungen (Luck et al. 2010). Die jährliche Inzidenz von MCI betrug in der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung bei den über 75-Jährigen 76,5 pro 1.000 Personenjahre unter Risiko, wobei sich auch hier analog zu den epidemiologischen Demenzergebnissen signifikant höhere Inzidenzraten in den höheren Altersgruppen zeigten.

Zentrales Kriterium für den weiteren Verlauf ist der Übergang zur Demenz, der als **Konversion** bezeichnet wird. Dabei wird einerseits deutlich, dass leichte kognitive Störungen durchaus eine **Risikogruppe für die Demenzentwicklung** darstellen. So entwickelten beispielsweise von den Personen mit leichten kognitiven Störungen zu Beginn der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung 40,2 % eine klinisch manifeste Demenz innerhalb des Studienverlaufs (mittlere Beobachtungslänge = 4,3 Jahre). Die Konversionsrate war damit deutlich höher als bei den kognitiv uneinträchtigten Teilnehmern (15 %; Luck et al. 2008). Mitchell und Shiri-Feshki (2009) geben in einer Metaanalyse eine jährliche Konversionsrate von 5–10 % an. Andererseits sind die Verläufe heterogen. Obgleich fast alle Menschen, die an einer Demenz erkranken, zuvor Prodromalsyndrome in Form einer leichten kognitiven Störung zeigen, gibt es viele Menschen mit einer leichten kognitiven Störung, die letztlich nicht zur Demenz voranschreitet, sondern entweder stabil bleibt oder sich sogar zurückbildet, weil beispielsweise keine demenzbezogene Ätiologie vorliegt. Eine Metaanalyse auf der Grundlage populationsbasierter Studien zeigte diesbezüglich, dass 23 % der Menschen mit MCI wieder zu einer normalen kognitiven Leistung zurückkehrten (Canevelli et al. 2016). Die klinische Relevanz der aktuellen DSM-5- bzw. ICD-11-Diagnosen leichter kognitiver Störungen ist daher auch in hohem Maße davon abhängig, inwieweit die zugrunde liegende Ätiologie zuverlässig erfasst werden kann.

2.4 Delir – in der Bevölkerung selten, in der stationären Versorgung häufig

Delirien sind akut auftretende Störungen der Aufmerksamkeit, der Orientierung und des Bewusstseins, begleitet von Störungen des Denkens, des emotionalen Erlebens, des Verhaltens und des Schlaf- und Wachrhythmus (WHO 2024c). Angaben zum Vorkommen von Delirien in der Allgemeinbevölkerung sind mit großer Unsicherheit verbunden, da diese vorübergehenden Störungen von oft kurzer Dauer im Rahmen von epidemiologischen Feldstudien nur schwer erfasst werden können (Davis et al. 2013). Was wir über die Häufigkeit von Delirien wissen, stammt daher hauptsächlich aus Untersuchungen an stationär behandelten Krankenhauspatienten. Einhergehend mit verschiedenen – gerade auch mit zunehmendem Alter wahrscheinlicheren – Risikofaktoren (akute Erkrankungen oder Verschlechterung chronischer Erkrankungen, Infektionen, starke Schmerzen, Operationen/Anästhesie, Gabe von Medikamenten insbesondere von Sedativa/Hypnotika und Anticholinergika etc.) ist das Risiko für die Entwicklung von Delirien im Krankenhaussetting besonders hoch (Marcantonio 2017). So zeigten sich in einer Studie von Boettger et al. (2021) bei Intensivpatienten Raten von 47–84 % und bei Patienten der Mehrheit der anderen Fachbereiche Raten von immerhin noch 20–40 %. Höheres Alter der Patienten war mit einem substanziiell erhöhten Risiko für ein Delir verbunden. Entgegen der verbreiteten Auffassung, dass es sich bei Delirien um vorübergehende und vollständig reversible Störungen handelt, gibt es eine wachsende Zahl von Studien, die beträchtliche Risiken für persistierende Störungen und die nachfolgende Entwicklung einer Demenz nahelegen (Pereira et al. 2021, Whitby et al. 2022).

2.5 Depression – bevölkerungsmedizinische Bedeutung im Alter bisher unterschätzt

Depressive Störungen im Alter sind häufig und folgeschwer. Sie sind mit Funktionsbeeinträchtigungen, einer reduzierten Lebensqualität, erhöhten Suizid-

raten sowie einer erhöhten nicht-suizidalen Mortalität verbunden. Die bevölkerungsmedizinische Bedeutung von depressiven Störungen bei Hochaltrigen wurde lange unterschätzt. Da die depressiven Störungen ein Kontinuum bilden von leichtesten Verstimmungen bis hin zu schwersten Störungen, sind Angaben der Prävalenz sehr stark von den verwendeten Falldefinitionen abhängig. So verwenden einige Studien standardisierte diagnostische Interviews entsprechend der gängigen Klassifikationssysteme (kategoriale Diagnose). Eine Metaanalyse bevölkerungsbasierter Studien ergab eine Prävalenz von 7,2 % (95 %-KI 4,4–10,6 %) für Major Depression bei über 75-Jährigen (Luppa et al. 2012). Andere Studien verwenden Skalen wie zum Beispiel die Geriatric Depression Scale (GDS) oder die Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) mit festgelegten Cut-offs, um depressive Symptomatik abzubilden (dimensionaler Ansatz). Diese skalenbasierten Prävalenzen zur Erfassung depressiver Symptomatik liegen oft höher als Prävalenzen der Major Depression, die mittels standardisierter Interviews auf der Grundlage der gängigen Klassifikationssysteme erfasst wurden. So ergab eine Metaanalyse für über 75-Jährige eine Prävalenz für eine depressive Symptomatik von 17,1 % (95 %-KI 9,7–26,1 %). Eine deutsche bevölkerungsrepräsentative populationsbasierte Studie berichtete eine Prävalenz depressiver Symptomatik von 14 % (95 %-KI 12–17 %; Luppa et al. 2012). Aktuelle Metaanalysen weltweiter Studien, die methodisch hinsichtlich der Repräsentativität der Stichproben als auch im Hinblick auf die verwendeten Falldefinitionen sehr heterogen sind, berichteten eine Prävalenz für eine Depression bei älteren Menschen von 13,3 % (95 %-KI 8,4–20,3 %) bzw. 19,2 % (95 %-KI 13,0–27,5 %; Abdoli et al. 2022, Jalali et al. 2024). Eine Übersicht zu Neuerkrankungsraten für depressive Störungen bei über 75-Jährigen erbrachte heterogene Befunde mit Inzidenzen für Major Depression von 0,2–14,1 pro 100 Personenjahren (Büchtemann et al. 2012). Eine aktuelle deutsche Studie fand eine Inzidenz depressiver Symptomatik von 3,9 pro 100 Personenjahren (95 %-KI 3,6–4,2; Maier et al. 2022). Ein substanziieller Teil der depressiven Erkrankungen im Alter verläuft **chronisch**. Über einen Beobachtungszeitraum von acht Jahren zeigten 40 % der Studienteilnehmer in einer deutschen bevölkerungsrepräsentativen Studie einen intermittierenden oder chronischen Verlauf (Luppa et al. 2012). Comijs et al. (2015) zeigten in

einer niederländischen Kohorte mit depressiven alten Menschen die in psychiatrischen und primärärztlichen Settings rekrutiert wurden, dass nach zwei Jahren noch fast die Hälfte depressiv waren. Depressive Störungen treten bei Frauen etwa doppelt so häufig auf wie bei Männern. Man geht von einem U-förmigen Altersgang mit erneutem Ansteigen der Rate jenseits des 75. Lebensjahres aus (Sutin et al. 2013).

2.6 Suizide im Alter

Suizide treten bei älteren Menschen wesentlich häufiger auf als bei jüngeren, das gilt auch für Deutschland. Bei den 65- bis 70-Jährigen waren es im Jahr 2023 18,1 Suizide pro 100.000 Einwohner, die Zahl steigt bis zu den über 90-Jährigen auf 55,4 pro 100.000 Einwohner (Statistisches Bundesamt 2024a). Männer sind besonders gefährdet. Gerade bei alten Menschen ist zudem mit einer höheren Dunkelziffer zu rechnen. Für die Suizidraten gibt es in Deutschland erhebliche regionale Unterschiede. Gab es über die letzten Jahrzehnte insgesamt einen kontinuierlichen und deutlichen Rückgang der Suizidraten, lässt sich seit 2019 wieder ein leichter Anstieg beobachten (Statistisches Bundesamt 2024b). Über die Gründe hierfür kann nur spekuliert werden.

2.7 Angsterkrankungen – im Alter zu wenig beachtet

Obgleich **Angststörungen** im jungen und im mittleren Lebensalter zu den häufigsten psychischen Störungen zählen, fanden diese im hohen Lebensalter bisher wenig Beachtung. Im ICD-10 werden phobische Störungen, zu denen die Agoraphobie, die soziale Phobie und die spezifische Phobie zählen, von anderen Angststörungen wie der Panikstörung oder der generalisierten Angststörung unterschieden. Allen phobischen Störungen ist gemeinsam, dass sie sich in anhaltender unangemessener Angst vor bestimmten Situationen und Objekten ausdrücken. Schätzungen zufolge sind relevante Angstsymptome in der Al-

tenbevölkerung weit verbreitet und erreichen eine Prävalenz von über 15–52 % in Bevölkerungsstudien (Bryant et al. 2008). Eine aktuelle Übersichtsarbeit und Metaanalyse schätzt die globale Prävalenz von Angstsymptomen bei älteren Menschen auf 28 % (Shafiee et al. 2024). Eine deutsche Studie bei Hochaltrigen berichtet über eine Prävalenz von Angstsymptomatik von 14,5 % (95 %-KI 12,4–16,8; Welzel et al. 2019). Die Diagnosekriterien für eine Angststörung werden hingegen seltener erfüllt. Die Schätzungen liegen hier bei 1–17 % (Bryant et al. 2008, Canuto et al. 2018). Den größten Anteil haben generalisierte Angststörungen, Phobien und Agoraphobien (Witlox et al. 2021). Eine systematische Übersicht wies ein hohes Rückfall- und Persistenzrisiko aus (Sami et al. 2015). Die Neuerkrankungsraten im Alter sind sehr niedrig, wobei die Studienlage für die Altersgruppe älterer Menschen bisher gering ist. Es muss davon ausgegangen werden, dass die meisten Störungen überwiegend in der Jugend oder im frühen bis mittleren Erwachsenenalter auftreten und einen chronischen Verlauf bis ins hohe Alter nehmen. Zu beachten ist jedoch, dass sich die Ausprägung von Ängsten mit dem Alter verändert, was die Diagnosestellung erschweren kann (Wolitzky-Taylor et al. 2010). So erleben ältere Menschen mit generalisierter Angststörung beispielsweise mehr Schlafstörungen und zeigen zugleich ein geringeres Bedürfnis nach Beruhigung im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen (Altunoz et al. 2018). Daneben äußern sich Ängste bei älteren Menschen zum Teil stärker in somatischen Symptomen (Bryant et al. 2008) oder Gedächtnisbeschwerden (Williams et al. 2017). Komorbiditäten mit Depression, somatoformen Störungen, aber auch körperlichen Erkrankungen sind häufig. Im Vergleich zu Männern sind Frauen fast doppelt so häufig von einer Angsterkrankung betroffen (Riedel-Heller et al. 2006).

2.8 Somatoforme Störungen in der Bevölkerung

Somatoforme Belastungsstörungen oder somatoforme Störungen bei alten Menschen verschiedener Schwere sind verbreitet und drücken sich durch die exzessive Beschäftigung mit wechselnden körperlichen

Symptomen aus. Die somatischen Symptome können hierbei durchaus körperliche Ursachen haben. Charakteristisch für Betroffene sind nicht die somatischen Symptome an sich, sondern vielmehr die Art und Weise, wie Betroffene diese darbieten und interpretieren. Die genaue Erfassung der Prävalenz ist schwierig, da die vorhandenen Diagnoseinstrumente nur bedingt für die Altenbevölkerung geeignet sind. Hilderink et al. (2013) berichten in einer Übersichtsarbeit von Raten zwischen 1,5 bis 13 %. In einer hochwertigen Studie von Leiknes et al. (2007) werden für schwere akute somatoforme Störungen im Alter Prävalenzen von 3,5 % für Männer und 6,5 % für Frauen berichtet. Möglicherweise nehmen die Raten mit dem Alter ab, methodische Gründe sind für diesen Befund allerdings nicht ausgeschlossen (Hilderink et al. 2013).

2.9 Schizophrenie und psychotische Syndrome im Alter

Die **Schizophrenie** ist eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung mit einer Lebenszeitprävalenz von 0,5–1 %. Studien, die sich mit Spätmanifestationen der Schizophrenie befassten, fanden einen Anteil von 7–25 % der Patienten mit einem Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr. Nach dem 65. Lebensjahr sind schizophrene Neuerkrankungen extrem selten, insbesondere, wenn paranoide und andere wahnhaftige Störungen sorgfältig ausgeschlossen werden (Hambrecht 2003; Riecher-Rössler 2003).

Psychotische Syndrome im Alter sind eine sehr heterogene Gruppe von Störungen. Ihre Erfassung in Feldstudien ist schwierig. Wenige Studien richteten ihr Augenmerk direkt auf psychotische Symptome und nutzten verschiedene Quellen der Information auch durch nahe Angehörige. Dabei wurde eine Prävalenz psychotischer Symptome bei nicht demenzkranken alten Menschen von bis zu 10 % gefunden (Riedel-Heller et al. 2006).

2.10 Zwangsstörungen im Alter

Zwangsstörungen sind mit einer Prävalenz von 0,5 % im Alter sehr selten und deshalb auch in Feldstudien schwer zu quantifizieren. Skoog & Skoog (1999) legten eine Studie zum Langzeitverlauf von Zwangsstörungen vor. Sie untersuchten Menschen, die 47 Jahre zuvor wegen einer Zwangserkrankung behandelt wurden. Bei über 80 % fand sich nach dieser langen Zeit eine Zustandsverbesserung, eine völlige Remission fand sich bei 20 %. Die meisten Patienten wiesen eine Residualstörung mit subklinischer Symptomatik auf. Ungünstiger war der Ausgang, wenn sowohl Zwangsgedanken als auch Zwangshandlungen vorlagen.

Zusammenfassung

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. Psychische Störungen im Alter sind häufig und folgeschwer für den Einzelnen, aber auch für die Solidargemeinschaft im Hinblick auf die Krankheitskosten. Das trifft besonders auf die Demenzerkrankungen zu. Aktuelle Daten legen nahe, dass die bevölkerungsmedizinische Bedeutung der Depressionen im Alter bisher unterschätzt wurde. Die Datenbasis zur Häufigkeit weiterer psychischer Störungen im Alter, wie z. B. den Angsterkrankungen und somatoformen Störungen im Alter, ist ausbaufähig. Psychische Störungen im Alter zählen zu den zentralen Versorgungsherausforderungen der Zukunft.

LITERATUR

- Abdoli N et al. (2022). The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis. *S.Neurosci Biobehav Rev.* 132: 1067–1073.
- Altunoz U, Kokurcan A, Kirici S, Bastug G, Ozel-Kizil ET (2018). Clinical characteristics of generalized anxiety disorder: older vs. young adults. *Nord J Psychiatry.* 72: 97–102.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.).
- Boettger S et al. (2021). The prevalence rates and adversities of delirium: Too common and disadvantageous. *Palliat Support Care*. 19(2): 161–169.
- Büchtemann D et al. (2012) Incidence of late-life depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 142(1–3): 172–179.
- Busse A, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG (2006). Progression of mild cognitive impairment to dementia: A challenge to current thinking. *Br J Psychiatry*. 189: 399–404.
- Bryant C, Jackson H, Ames D (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *J Affect Disord*. 109 (3): 233–250.
- Canevelli M et al. (2016). Spontaneous Reversion of Mild Cognitive Impairment to Normal Cognition: A Systematic Review of Literature and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 17(10): 943–948.
- Canuto A et al. (2018). Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. *Am J Geriatr Psychiatry*. 26 (2):174–85.
- Comijs HC et al. (2015). The two-year course of late-life depression; results from the Netherlands study of depression in older persons. *BMC Psychiatry*. 15: 20.
- Custodio N, Montesinos R, Lira D, Herrera-Pérez E, Bardales Y, Valeriano-Lorenzo L (2017). Mixed dementia: A review of the evidence. *Dement Neuropsychol*. 11(4): 364–370.
- Cuthbert BN, Insel TR (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Med*. 11: 126.
- Davis DH et al. (2013). The epidemiology of delirium: Challenges and opportunities for population studies. *Am J Geriatr Psychiatry*. 21(12): 1173–89.
- Goldberg D, Huxley P (1980). *Mental health in the community: The pathways to psychiatric care*. London: Tavistock Publications.
- Gong J et al. (2023). Cohort Studies of Memory in an International Consortium (COSMIC). Sex differences in dementia risk and risk factors: Individual-participant data analysis using 21 cohorts across six continents from the COSMIC consortium. *Alzheimers Dement*. 19(8): 3365–3378.
- Hambrecht M (2003). Chronische Schizophrenie und Residualzustände im Alter. In: Förstl H (Hrsg). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Stuttgart: Thieme: S. 410–413.
- Hilderink PH, Collard R, Rosmalen JG, Oude Voshaar RC (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 12(1): 151–156.
- Hofman A et al. (1991). The prevalence of dementia in Europe: A collaborative study of 1980–1990 findings. *Eurodem Prevalence Research Group*. *Int J Epidemiol*. 20(3): 736–748.
- Jalali A et al. (2024). Global prevalence of depression, anxiety, and stress in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 24(1): 809.
- Jorm AF, Korten AE, Henderson AS (1987). The prevalence of dementia: A quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 76(5): 465–479.
- Leiknes KA, Finset A, Moum T, Sandanger I (2007). Current somatoform disorders in Norway: Prevalence, risk factors and comorbidity with anxiety, depression and musculoskeletal disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 42(9): 698–710.
- Luck T 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, Busse A, Hensel A, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG (2008). Mild cognitive impairment and development of dementia. *Psychiatr Prax*. 35(7): 331–336.
- Luck T, Luppa M, Briel S, Riedel-Heller SG (2010). Incidence of mild cognitive impairment: A systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 29(2): 164–175.
- Luck T et al. (2017). Prevalence of DSM-5 Mild Neurocognitive Disorder in Dementia-Free Older Adults: Results of the Population-Based LIFE-Adult-Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 25(4): 328–339.
- Luppa M et al. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 136(3): 212–221.
- Maier A et al. (2022). Incidence and risk factors of depressive symptoms in the highest age groups and competing mortality risk. Evidence from the AgeCoDe-AgeQualiDe prospective cohort study. *J Affect Disord*. 308: 494–501.
- Marcantonio ER (2017). Delirium in Hospitalized Older Adults. *N Engl J Med*. 377(15): 1456–1466.
- Matthews FE et al. (2013). 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(9902): 1405–1412.
- Miech RA, Breitner JC, Zandi PP, Khachaturian AS, Anthony JC, Mayer L (2002). Incidence of AD may decline in the early 90 s for men, later for women: The Cache County study. *Neurology*. 58(2): 209–218.
- Mitchell AJ, Shiri-Feshki M (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia – meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatr Scand*. 119(4): 252–265.
- Pereira JV, Aung Thein MZ, Nitchingham A, Caplan GA (2021). Delirium in older adults is associated with development of new dementia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 36(7): 993–1003.
- Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L (2014). Mild cognitive impairment: A concept in evolution. *J Intern Med*. 275(3): 214–228.
- Riechel-Rössler A (2003). Spät beginnende Schizophrenie und paranoide Psychosen. In: Förstl H (Hrsg). *Lehrbuch*

- der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Stuttgart: Thieme: S. 414–423.
- Riedel-Heller SG, Busse A, Aurich C, Matschinger H, Angermeyer MC (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, Busse A, Angermeyer MC (2006). The state of mental health in old-age across the “old” European Union – a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 113(5): 388–401.
- Riedel-Heller SG, Lupp M (2013). Depression im Alter – was trägt die aktuelle epidemiologische Forschung bei? *Psychiatr Prax*. 40(4): 173–175.
- Riedel-Heller SG (2014). Decreasing dementia incidence rates? Implications for public health and prevention. *Psychiatr Prax*. 41(8): 407–409.
- Ritchie K, Kildea D (1995). Is senile dementia “age-related” or “ageing-related”? – evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old. *Lancet*. 346(8980): 931–934.
- Roehr S, Pabst A, Luck T, Riedel-Heller SG (2018). Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis. *Clin Epidemiol*. 10: 1233–1247.
- Sami MB, Nilforooshan R (2015). The natural course of anxiety disorders in the elderly: A systematic review of longitudinal trials. *Int Psychogeriatr*. 27: 1061–1069.
- Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chêne G, Dufouil C, Seshadri S (2016). Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med*. 374(6): 523–532.
- Shafiee A, Mohammadi I, Rajai S, Jafarabady K, Abdollahi A (2024). Global prevalence of anxiety symptoms and its associated factors in older adults: A systematic review and meta-analysis. *J of Gen and Family Med*. 00:1–12.
- Skoog G, Skoog I (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 56(2): 121–127.
- Statistisches Bundesamt (2016). Ältere Menschen in Deutschland und in der EU. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2024a). Anzahl der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (Suizide) in Deutschland in den Jahren von 1980 bis 2023. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/583/umfrage/sterbefaelle-durch-vorsaetzeliche-selbstbeschaedigung/> (letzter Zugriff: 30.10.2024)
- Statistisches Bundesamt (2024b). Präventionstag gegen Suizid: Jeder 100. Todesfall in Deutschland ist ein Suizid. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/09/PD24_N046_23211.html (letzter Zugriff: 30.10.2024)
- Stokin GB, Krell-Roesch J, Petersen RC, Geda YE (2015). Mild Neurocognitive Disorder: An Old Wine in a New Bottle. *Harv Rev Psychiatry*. 23(5): 368–376.
- Sutin AR, Terracciano A, Milanese Y, An Y, Ferrucci L, Zonderman AB (2013). The trajectory of depressive symptoms across the adult life span. *JAMA Psychiatry*. 70(8): 803–811.
- Weyerer S, Bickel H (2007). Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. *Grundriss Gerontologie*, Bd. 14. Stuttgart: Kohlhammer.
- Welzel FD et al. (2019). Prevalence of Anxiety Symptoms and Their Association With Loss Experience in a Large Cohort Sample of the Oldest-Old. Results of the AgeCoDe/ AgeQualiDe Study. *Front Psychiatry*. 10: 285.
- Williams MW et al. (2017). Anxiety symptoms bias memory assessment in older adults. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 32(9): 983–990.
- Whitby J, Nitchingham A, Caplan G, Davis D, Tsui A (2022). Persistent delirium in older hospital patients: an updated systematic review and meta-analysis. *Delirium (Bielef)*. 1: 36822.
- WHO (2015). World Alzheimer Report 2015 – The global impact of dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/> (letzter Zugriff: 04.11.2024)
- WHO. Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia. WHO Guidelines. Geneva: World Health Organization, 2019.
- WHO (2023). Dementia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (letzter Zugriff: 04.11.2024)
- WHO (2024a). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 01/2024) – Dementia. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#546689346> (letzter Zugriff: 04.11.2024)
- WHO (2024b). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 01/2024) – Mild Neurocognitive Disorder. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#195531803> (letzter Zugriff: 18.11.2024)
- WHO (2024c). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 01/2024) – Delirium. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#897917531> (letzter Zugriff: 04.11.2024)
- Winblad B et al. (2004) Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: Report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med*. 256(3): 240–246.
- Witlox M et al. (2021). Prevalence of anxiety disorders and subthreshold anxiety throughout later life: Systematic review and meta-analysis. *Psychol Aging*. 36(2): 268–287.
- Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*. 27(2): 190–211.

3

Oliver Tüscher, Stefan Klöppel

Prävention psychischer Störungen im Alter

3.1	Kognitive Resilienz im Alter	17
3.1.1	Kognitive und neuronale Veränderungen im Alter	18
3.1.2	Zentrale Konzepte zu kognitiver Resilienz im Alter	18
3.1.3	Risikofaktoren für kognitiven Abbau und Demenz	19
3.2	Emotionale Resilienz im Alter – Resilienz- und Risikofaktoren	20

Die Prävention psychischer Störungen im Alter kann entsprechend altersspezifischer Resilienzphänomene in die Prävention kognitiver Störungen (kognitiver Abbau und Demenz) und emotionaler (Stress-assoziiertes) Störungen (Depression und Ängste) gegliedert werden. Bedeutsam im Hinblick auf die Stress-assoziierte Resilienz ist die Beobachtung, dass das subjektive Wohlbefinden im Alter stabil bleibt oder sogar zunimmt, obwohl Altern mit zahlreichen körperlichen und sozialen Einschränkungen einhergeht. Dieser sogenannte **Positivitätseffekt im Alter** (Carstensen und DeLiema 2018) geht sowohl mit einer geringeren Häufigkeit schwerer Depressionen im Alter (Busch et al. 2013) als auch mit einer höheren selbstberichteten psychischen Resilienz (Kunzler et al. 2018) einher. Dies weist auf altersspezifische Resilienzphänomene hin (d. h. kognitive und emotionale Resilienz im Alter) und bietet spezifische Ansatzpunkte für resilienzfördernde Präventionsmaßnahmen. Im Einklang mit modernen Resilienzkonzepten (Kalisch et al. 2017) werden sowohl kognitive als auch emotionale Resilienz im Folgenden als ergebnisorientierte Phänomene („Outcome-basiert“; als Ergebnis eines individuellen Entwicklungsprozesses) und nicht als unveränderliche Eigenschaften diskutiert. Abschließend werden universelle Präventionsmaßnahmen wie Ernährung und Bewegung betrachtet.

MERKE

Die Prävention psychischer Störungen im Alter kann entsprechend altersspezifischer Resilienzphänomene in die Prävention kognitiver Störungen (kognitiver Abbau und Demenz) und emotionaler (Stress-assoziiertes) Störungen (Depression und Ängste) gegliedert werden.

3.1 Kognitive Resilienz im Alter

Sind Altern und altersbedingte Funktionsverluste „normale“ physiologische Prozesse (Mendoza-Núñez und Mendoza-Soto 2024) oder sind biologische Alterungsprozesse und Funktionsverluste, sogenannte „*Hallmarks of Aging*“ (López-Otín et al. 2023), grundsätzlich pathologisch? Für die kognitive Resilienz im Alter lassen sich entsprechend zwei Resilienzbereiche operationalisieren: die Resilienz gegenüber dem altersdurchschnittlichen kognitiven Abbau und die Resilienz gegenüber demenziellen Erkrankungen (Wolf et al. 2019).

Welches Präventionsziel soll also verfolgt werden? Soll die Funktionsfähigkeit des individuellen mittleren Lebensalters erhalten bleiben, oder orientiert sich das Ziel am durchschnittlichen psychosozialen Funktionsniveau der entsprechenden Altersgruppe? Die Beobachtung, dass 10–20 % älterer Menschen eine Funktionsfähigkeit auf oder nahe dem Niveau

des mittleren Lebensalters erreichen (z. B. Sebastian et al. 2013, Wolf et al. 2014), hat zur Entwicklung verschiedener **Konzepte** wie **des gesunden Alterns** („*Healthy Aging*“, Menassa et al. 2023) oder **der Resilienz im Alter** („*Resilient Aging*“, Wolf et al. 2019, Stern et al. 2023) geführt. Beide Konzepte zielen darauf ab, die (kognitive) Funktionsfähigkeit trotz biologischer Alterungsprozesse zu erhalten und die Anzahl der Lebensjahre ohne oder mit nur geringen Funktionseinschränkungen zu erhöhen. Sie stehen damit im Einklang mit dem WHO-Ziel des gesunden Alterns und sind unabhängig von der Debatte darüber, ob Altern eine Krankheit oder ein „normaler“ physiologischer Prozess ist (Mendoza-Núñez und Mendoza-Soto 2024).

3.1.1 Kognitive und neuronale Veränderungen im Alter

Im Vordergrund der kognitiven Veränderungen stehen dabei fluide Intelligenzleistungen mit einer Verlangsamung der Denkgeschwindigkeit und einer Verschlechterung des Arbeitsgedächtnisses, der exekutiven Funktionen, der komplexeren Aufmerksamkeitsprozesse sowie, weniger stark, des episodischen Gedächtnisses. Dagegen bleibt die kristalline Intelligenz, also beispielsweise das Wortwissen, bis ins hohe Alter weitgehend erhalten (Park und Reuter-Lorenz 2009). Resilienz gegenüber kognitivem Abbau bedeutet nicht, die neurobiologischen Alterungsprozesse aufzuhalten, sondern trotz alters- oder krankheitsbedingter Veränderungen eine relativ gute kognitive Leistungsfähigkeit zu bewahren (Wolf et al. 2019). Während nachfolgend Ansätze aus der Hirnforschung abgeleitet werden, bestehen kumulierte Belege für handlungstheoretische, psychologische Modelle wie dem SOK-Ansatz (Selektion, Optimierung, Kompensation) nach Baltes & Baltes (1990). Durch die Beschränkung auf wesentliche Funktionen (Selektion) und deren intensives Üben (Optimierung) können sich entwickelnde Defizite kompensiert werden.

Die **Aufrechterhaltung komplexer Hirnfunktionen** auf der neuronalen Netzwerkebene hängt maßgeblich von der **strukturellen und funktionellen Vernetzung der beteiligten Hirnregionen** ab, welche durch die Integrität der Nervenfasern und deren Myelinisierungsgrad bestimmt wird. Mit zunehmendem

Alter verringern sich sowohl die Nervenverbindungen als auch die Myelinisierung. Besonders betroffen sind die frontalen Assoziationskortex, die als evolutionsgeschichtlich jüngste Hirnregionen zuerst altern, was zu einem altersbedingten Abbau von frontal nach parietal führt. Parallel dazu kommt es zu Veränderungen der Gehirndurchblutung, insbesondere in den kleineren Gefäßen. Dieser biologische vaskuläre Alterungsprozess wird durch **kardio-vaskuläre Risikofaktoren (v. a. Hypertonus)** verstärkt.

Die spezifischen pathologischen Veränderungen (z. B. β -Amyloid), die zur Entwicklung einer Demenz führen, werden in ➤ Kap. 18.2 ausführlich dargestellt.

3.1.2 Zentrale Konzepte zu kognitiver Resilienz im Alter

Zentrale mechanistische Konzepte zu kognitiver Resilienz im Alter sind die der „*Cognitive Reserve*“ (Stern et al. 2023), der „*Scaffolding Theory of Aging and Cognition-Revised*“ (STAC-R, Reuter-Lorenz und Park 2024) und das mathematisch hergeleitete Modell genereller und dynamischer Resilienzfactoren (Wolf et al. 2019). Allen Konzepten gemein ist die Idee, dass sowohl aktive als auch passive kognitive und neuronale Netzwerkmechanismen intrinsische (z. B. Genetik oder Proteostase mit Proteinaggregaten) als extrinsische (psychosoziale Stresserfahrungen, nutritiv-toxische Einflüsse) Belastungen aktiv oder passiv kompensieren. Ebenso wie aktuelle Theorien und Modelle zu (allgemeiner) psychologischer Resilienz (Kalisch et al. 2015), fordern die drei genannten Konzepte inzwischen eine longitudinale (z. T. lebenslange) Betrachtung von Resilienzfactoren, -mechanismen und -prozessen, welche, auch empirisch belegt, zwingend erforderlich ist (Fischer et al. 2024).

Das **Konzept der kognitiven Reserve** („*Cognitive Reserve*“) von Stern (2023) befasst sich mit individuellen Unterschieden in kognitiven Verläufen, die mit aktiven Veränderungen der neuronalen Ressourcen oder der Neuropathologie einhergehen. Komplementär dazu ist die Erhaltung des Gehirns („*Brain Maintenance*“) verantwortlich für individuelle Unterschiede in kognitiven Verläufen, die mit Unterschieden in der Geschwindigkeit der Gehirnveränderung verbunden sind. Im Gegensatz dazu befasst sich die

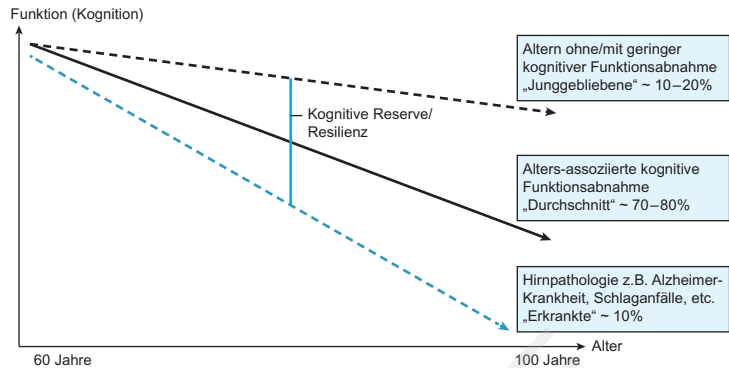


Abb. 3.1 Konzept der kognitiven Reserve [P553, L231]

Hirnreserve („*Brain Reserve*“) mit dem neurobiologischen Zustand des Gehirns (Anzahl der Neuronen, Synapsen usw.) zu einem beliebigen Zeitpunkt. Die Hirnreserve beinhaltet keine aktive Anpassung der funktionellen kognitiven Prozesse. Kognitive Reserve, Gehirnerhaltung und Hirnreserve sind nach diesem Konzept komplementäre Teile kognitiver Resilienz (> Abb. 3.1).

Das **Konzept der STAC-R** besagt, dass kognitive Funktionen durch die Aktivierung zusätzlicher (meist frontaler) Hirnareale unterstützt werden können (Reuter-Lorenz und Park 2024). Zentraler Teil einer Reihe von (lebenslangen) Kompensationsmechanismen ist die „**Hemispheric Asymmetry Reduction in Older Adults**“ (**HAROLD**) als funktioneller und struktureller Netzwerkmechanismus. Während junge Erwachsene bei kognitiven Aufgaben hauptsächlich eine Gehirnhälfte nutzen, aktivieren ältere Erwachsene verstärkt beide Hemisphären, um die gleiche Leistung zu erzielen (z. B. Sebastian et al. 2013). Ältere Personen, die eine unilaterale Verarbeitung beibehalten, schneiden in diesen Aufgaben schlechter ab als jene, die bihemisphärische Prozesse nutzen.

Neuere, empirisch getriebene Modelle deuten darauf hin, dass zwischen **globalen Resilienzfaktoren** wie Bildung und **dynamischen Resilienzfaktoren** wie der Größe des Hippocampus in Abhängigkeit von neurodegenerativen Pathologien (z. B. Tau-Belastung), unterschieden werden kann (Wolf et al. 2019). Während globale Faktoren in allen Stadien der Gehirnalterung Schutz bieten, werden dynamische Faktoren erst bei fortschreitender Pathologie relevant. Ein zentraler neuronaler Netzwerkmechanismus ist die strukturelle Netzwerkeffizienz, d. h. das Ausmaß der strukturellen

Vernetztheit des Gehirns, das den Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit trotz β -Amyloid-Belastung voraussagt (Fischer et al. 2021)

Eine zentrale Herausforderung der aktuellen Forschung zu kognitiver Resilienz ist es, herauszufinden, ob und inwieweit aktive **Resilienzmechanismen** wie die kognitive Reserve, HAROLD oder dynamische **Resilienzprozesse** gefördert werden können, um kognitive Resilienz zu stärken. Ein Beispiel für eine gezielt-mechanistische, indizierte Präventionsintervention auf molekularer Ebene ist die Stimulation der Amyloid- α -Sekretase, die das Gleichgewicht von „schlechtem“ zu „gutem“ β -Amyloid verschiebt und so, im Tierexperiment, die Amyloidpathologie und den kognitiven Abbau verhindert und im Menschen durch Retinoide induzierbar ist (Endres et al. 2014).

3.1.3 Risikofaktoren für kognitiven Abbau und Demenz

Neben der oben beschriebenen Forschung zu den Mechanismen kognitiver Resilienz bietet aktuell vor allem die epidemiologische Forschung evidenzbasierte Ansätze zur Prävention von kognitivem Abbau und Demenz. Zentral ist als Referenz hier der regelmäßig aktualisierte Bericht der Lancet Commission for Dementia prevention, intervention, and care (Livingston et al. 2024, Livingston et al. 2025), wenn auch methodisch sicher nicht unumstritten (Livingston et al. 2025). Die aktuelle Version benennt 14 modifizierbare Risikofaktoren, die fast die Hälfte (45 %) der Demenzfälle verhindern oder verzögern könnte. Für die Alterspsychiatrie relevant sind dabei insbesondere

die folgenden, für deren Modifikation auch in der 2. Lebenshälfte noch Evidenz besteht (in Klammern die Prozent Demenzfälle, die durch die Modifikation des Faktors verhindert werden können):

- Früh im Leben:
 - Eine für alle verfügbare qualitativ hochwertige Bildung und Förderung kognitiv stimulieren der Aktivitäten in der Lebensmitte zum Schutz der Kognition (5 %)
- In der Lebensmitte (ab der 2. Lebenshälfte):
 - Hörgeräte für Menschen mit Hörverlust und Verringerung schädlicher Lärmbelastung, um Hörverluste zu reduzieren (7 %)
 - Erkennung und Behandlung eines hohen LDL-Cholesterinspiegels ab der Lebensmitte (7 %)
 - Depressionen wirksam behandeln (3 %)
 - Förderung des Tragens von Helmen und Kopfschutz bei Kontaktsportarten und auf Fahrrädern (3 %)
 - Fördern von Bewegung (2 %)
 - Verringerung des Zigarettenkonsums (2 %)
 - Vorbeugung oder Reduzierung von Bluthochdruck und Aufrechterhaltung eines systolischen Blutdrucks von ≤ 130 mm Hg ab einem Alter von 40 Jahren (3 %)
 - Ein gesundes Gewicht halten und Übergewicht sowie Fettleibigkeit (1 %) so früh wie möglich behandeln, was auch zur Vorbeugung von Diabetes (2 %) beiträgt
 - Verringerung des hohen Alkoholkonsums (2 %; z. B. durch Preiskontrolle und stärkere Sensibilisierung für das Ausmaß und die Risiken eines übermäßigen Konsums)
- In höherem Lebensalter:
 - Vorrang für ein altersfreundliches und unterstützendes kommunales Wohnumfeld und Verringerung der sozialen Isolation (5 %) durch Erleichterung der Teilnahme an Aktivitäten und des Zusammenlebens mit anderen
 - Verringerung der Belastung durch Luftschadstoffe (3 %)
 - Screening und Behandlung von Sehkraftverlust (2 %) für alle zugänglich machen

Zudem gibt es gute empirische Evidenz dafür, dass die **Ernährung einen relevanten Modulator des Demenzrisikos** darstellt. Die Datenlage ist mittlerweile konsistent und neuronal-mechanistisch belegt für die sogenannte **mediterrane Diät** (Ballarini et al. 2021),

mit der sich die kognitive Leistungsfähigkeit besser aufrechterhalten und das Demenzrisiko reduzieren lässt. Obwohl es eine Reihe positiver Befunde gibt, bleiben die Erkenntnisse für andere Diätanweisungen und Nahrungsergänzungsmittel empirisch schwach oder inkonsistent (Vitamin B, D, C, E, Fischöl, mehrfach ungesättigte Fettsäuren, grüner Tee, Resveratrol).

Ein Beispiel, wie neurokognitive Resilienzmechanismen mit epidemiologisch nachgewiesenen Resilienzfaktoren auch noch innerhalb des Alters differenziell zusammenhängen, ist der **Einfluss von Bewegung auf die Konnektivität** des Gehirns speziell in höherem Lebensalter (Wolf et al. 2020). Dies illustriert auch die Notwendigkeit einer differenzierten Erforschung von Resilienz und Prävention **innerhalb** des höheren Lebensalters.

MERKE

Risiko und Resilienz für kognitive und emotionale Störungen sind auch im Lebensabschnitt über 65 Jahre nicht homogen verteilt. Eine altersspezifische Resilienzförderung und Prävention sind notwendig.

3.2 Emotionale Resilienz im Alter – Resilienz- und Risikofaktoren

Obwohl das Altwerden oft mit negativen psychosozialen Veränderungen verbunden ist, die Selbstwert und soziale Aktivitäten einschränken, weisen ältere Menschen insgesamt ein **hohes Maß an Wohlbefinden und eine erstaunlich gute Lebensqualität** auf (Carstensen und DeLiema 2018). Überraschenderweise ist die Häufigkeit von zumindest schweren Depressionen bei älteren Menschen tendenziell niedriger (Busch et al. 2013) und die selbstberichtete Resilienz sogar größer als bei jüngeren Erwachsenen (Kunzler et al. 2018). Dies lässt die Vermutung zu, dass ältere Menschen **resilienter gegenüber stressbedingten Störungen** sein könnten als jüngere (Kunzler et al. 2018).

Als psychologische Dimension der emotionalen Resilienz im Alter werden altersspezifische emotionale Prozesse wie der **Positivitätseffekt** und die **sozio-emotionale Selektivitätstheorie** beschrieben (Carstensen und DeLiema 2018). Im Alter verschiebt sich



Psychiatrische Ursachen häufiger Symptome in der Altersmedizin

14	Mangelernährung in der Gerontopsychiatrie	153
15	Schlafstörungen im Alter	165
16	Störungen der Sexualfunktion im Alter	177

LESERPROBE

14

Heinz Unger

Mangelernährung in der Gerontopsychiatrie

14.1	Definition Malnutrition	153
14.2	Prävalenz	154
14.3	Folgen	154
14.3.1	Ursachen	155
14.4	Malnutrition und Polymedikation	155
14.5	Malnutrition und Hyponatriämie	155
14.6	Malnutrition in der Gerontopsychiatrie	156
14.7	Mikronährstoffe und gerontopsychiatrische Erkrankungen	157
14.8	Diagnostik einer Malnutrition	158
14.9	Was tun bei gerontopsychiatrischen Patienten, die nicht gut essen?	159
14.10	Ethische Probleme bei der Ernährung von Patienten mit fortgeschrittener Demenz	159
14.11	Demenzprävention durch Ernährung?	160

„Ich bin dankbar über mein hohes Alter, weil es das Verlangen nach guten Gesprächen erhöht und das Verlangen nach gutem Essen verringert hat.“

Cicero, de senectute, 44 v. Chr.

14.1 Definition Malnutrition

MERKE

Der Begriff Mangelernährung (Malnutrition) ist bisher nicht verbindlich definiert. Nach der aktuell in Revision befindlichen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) wird bei einem unbeabsichtigten auffälligen Gewichtsverlust (> 5 % in 3 Monaten oder > 10 % in 6 Monaten) oder einer deutlich reduzierten Körpermasse (Fett- und Muskelmasse; BMI < 20 kg/m²) von Mangelernährung gesprochen.

Malnutrition im Alter korreliert mit einer Verschlechterung der Alltagskompetenz, erhöhter Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen sowie erhöhter Morbidität wie Mortalität. Sie wird als wesentlicher Faktor bei der Entstehung der Alterssyndrome Sarkopenie und Gebrechlichkeit angesehen (> Kap. 5.6). Zur Abgrenzung der Begrifflichkeiten sei noch darauf hingewiesen, dass die DGEM zusätzlich den Ausdruck „Fehlernährung“ als Überbegriff verwendet. Dieser ist in der Altersmedizin jedoch wenig verbreitet.

Mangelernährung – Übersicht zum Krankheitsbild	
Punktprävalenz	Mehr als 60 % der Pflegeheimbewohner und mehr als 80 % der älteren Patienten im Krankenhaus sind manifest mangelernährt oder haben das Risiko für eine Mangelernährung.
Erkrankungsgipfel	Jenseits des 70. Lebensjahres bei gleichzeitig bestehenden physischen und/oder psychischen Erkrankungen und funktionellen Beeinträchtigungen.
Besonderheiten bei älteren Menschen	• Am häufigsten bei Demenzpatienten • Oft schon vor Beginn kognitiver Symptome, aber erst spät bemerkt Prognostisch ungünstiges Zeichen
Relevante Leitlinien	Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz (GESKES), der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung (AKE) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) 1. „Klinische Ernährung in der Geriatrie“ https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/073-019 2. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics (Volkert et al. 2019) www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_guideline_on_clinical_nutrition_and_hydration_in_geriatrics.pdf

BOX 14.1

Übergewicht im Alter als Schutzfaktor

Während bei jüngeren Menschen eine Adipositas mit einer verkürzten Lebenserwartung einhergeht, dreht sich dies im Alter: Nach derzeitiger Studienlage profitieren ältere Menschen von einem leichten Übergewicht und zeigen insgesamt die geringste Gesamtmortalität. Sofern keine Folgekrankheiten bestehen, bieten sich hier offenbar Reserven für Zeiten, in denen die Ernährung problematischer wird. Allerdings kann verbunden mit eingeschränkter Aktivität wie Mobilität ein verstärkter Muskelabbau zum Phänomen der sarkopenen Adipositas führen.

14.2 Prävalenz

Mit steigendem Alter und einem sich verschlechternden Gesundheitszustand gewinnen Ernährungsprobleme wie Appetitlosigkeit und reduzierte Nahrungsaufnahme mit Zeichen von Mangelernährung (Malnutrition) und konsekutivem Gewichtsverlust zunehmend an Bedeutung. Eine Übersichtsarbeit findet Hinweise auf Mangelernährung bei 22 % der untersuchten geriatrischen Patienten in Akutkliniken und bei je 29 % der Patienten in Rehakliniken und Langzeitpflegeeinrichtungen (Cereda et al. 2016). Nach einer Auswertung von *nutritionDay*-Daten deutscher Krankenhäuser sind 37,4 % der eingeschlossenen Patienten als manifest mangelernährt einzustufen, wobei lediglich 11,6 % auch tatsächlich als mangelernährt erkannt werden (Volkert et al. 2020).

14.3 Folgen

Mangelernährung hat weitreichende Folgen für betagte Patienten: Es kommt zu einem Abbau von Muskelmasse und Muskelkraft („Sarkopenie“) und letztlich sind Mangelernährung und Reduktion von Muskelmasse mit die entscheidenden Faktoren bei der Entstehung des gefürchteten **Frailty-Syndroms** (= Altersgebrechlichkeit; > Kap. 5.6). Dies wiederum hat erhebliche Folgen für körperliche wie geistige Mobilität: exemplarisch genannt seien hier Gangunsicherheit und Stürze, zunehmende ADL-

Defizite, Verschlechterung der kognitiven Funktionen und das *Postfall-Syndrom* (= Sturzangst bei Menschen, die schon einmal gestürzt sind) mit einem weiteren Rückzug (> Kap. 22.2).

14.3.1 Ursachen

In der Regel liegt der Mangelernährung beim älteren Menschen eine unzureichende Nahrungsaufnahme zugrunde, seltener ein erhöhter Nährstoffbedarf oder eine Malassimilation. Schon beim **gesunden Altern** finden sich eine Reihe physiologischer Veränderungen, die einer Mangelernährung Vorschub leisten. Neben Kauproblemen und einer Presbyphagie (durch degenerative oder involutive Veränderungen im Alter ausgelöste Schluckstörung) sind in erster Linie Veränderungen der Sinnesorgane (Abnahme von Visus, Geruch und Geschmack) und des Magen-Darm-Trakts (verzögerte Magenentleerung) zu nennen. Weiterhin kommt es zu komplexen hormonellen und neuroendokrinen Mechanismen wie die Zunahme von Transmittern, die die Nahrungsaufnahme hemmen (anorexigener Transmitter), und der Rückgang orexigener Transmitter.

Hinzutretende körperliche wie psychische Multimorbidität und die damit einhergehende reduzierte Funktionalität erhöhen weiter das Risiko für eine Mangelernährung bei Hochaltrigen. Häufigster gemeinsamer Nenner der **krankheitsassoziierten Malnutrition** ist die Induktion proinflammatorischer Zytokine (**endogene „Appetitkiller“**), die im ZNS unmittelbar auf Neuronenverbände im Hypothalamus einwirken und so Appetit und auch Durstempfinden reduzieren.

14.4 Malnutrition und Poly-medikation

Das Risiko für eine Malnutrition ist nicht nur abhängig von Alter und Grad der Multimorbidität, sondern auch von der Anzahl der eingenommenen Medikamente. Bei rund 42 % der über 65-jährigen gesetzlich Versicherten liegt nach dem Versorgungs-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) Poly-

pharmazie (fünf oder mehr Wirkstoffe) vor (Güster et al. 2012). Die Folge sind Interaktionen und eine deutlich erhöhten Sturz- wie Delirgefahr. Viele dieser Medikamente beeinflussen die Nahrungsaufnahme negativ über unerwünschte Nebenwirkungen wie Anorexie, Übelkeit, Mundtrockenheit, Obstipation oder Schläfrigkeit.

MERKE

Exogene Appetitkiller

- Antidepressiva (trizyklische ebenso wie SSRI, SNRI, ect.)
- Klassische hochpotente Neuroleptika (CAVE: **Dysphagie** als Symptom der extrapyramidalen Nebenwirkungen)
- Antiparkinsonmedikamente (Amantadin, L-Dopa, Dopaminagonisten)
- Donepezil
- Antirheumatika (NSAID) und Analgetika (Opiate, Opioide)
- Allopurinol
- Digitalispräparate und Diuretika
- Antineoplastische Zytostatika
- ASS (CAVE: häufig **erosive Gastritis** → Indikation reevaluieren, ggf. reduzieren oder absetzen)
- Metformin
- Protonenpumpen-Inhibitoren (CAVE: erhöhtes Frakturrisiko unter Langzeittherapie und schlechtere **Proteinverdauung** → Malnutrition). In einer prospektiven Kohortenstudie wurde sogar eine **erhöhte Demenzrate** diskutiert (Gomm et al. 2016).

Infolge der Polypharmazie erleiden alte Menschen häufig ein chronisches „**pharmakologisches Polytrauma**“, weshalb die gesamte Medikation regelmäßig einer **Reevaluation** unterzogen werden sollte (> Kap. 10).

14.5 Malnutrition und Hyponatriämie

Die Hyponatriämie ist die **häufigste Elektrolytstörung im Alter**, welche u. a. **auch Übelkeit und Erbrechen** verursacht. Ursächlich liegt neben vermehrter Wasserzufuhr (selten) eine Volumendepletion mit Natrium-Verlust → Wasserverlust (z. B. bei Salz-Verlustniere oder Erbrechen/Diarrhö) oder ein

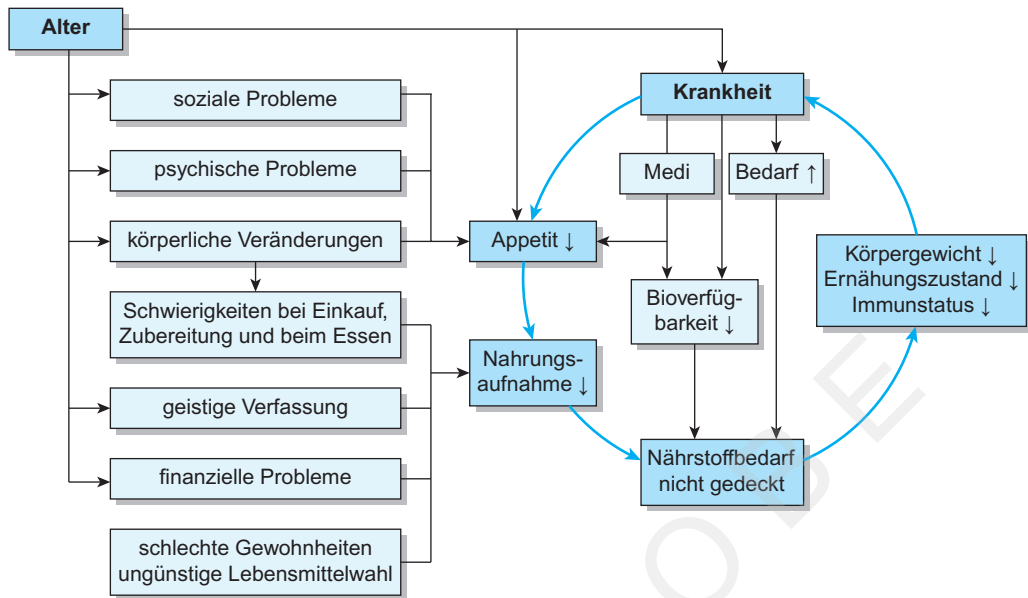


Abb. 14.1 Teufelskreis der Malnutrition [F963-002, L231]

SIADH (= Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion) vor. Auslöser für ein SIADH sind internistische (Tumorerkrankung, Pneumonie) oder neurologische Erkrankungen (z. B. Schlaganfall).

MERKE

Weiterer Auslöser für Hyponatriämie können häufig in der Gerontopsychiatrie eingesetzte **Medikamente** sein:

- **Antidepressiva:** SSRI, SNRI, TZA
- **Neuroleptika:** v. a. Haloperidol
- **Antiepileptika:** Carbamazepin und Oxcarbazepin
- **Analgetika:** Nichtsteroidale Antirheumatika, v. a. Diclofenac; Opiate und Opiode, v. a. Fentanyl
- **Orale Antidiabetika:** Sulfonylharnstoffe
- **Thiaziddiuretika**

Durch die gegenseitige Beeinflussung von Gesundheits- und Ernährungszustand kann ein schwer zu durchbrechender Teufelskreis entstehen (> Abb. 14.1).

14.6 Malnutrition in der Gerontopsychiatrie

Demenzerkrankungen sind die häufigste Ursache einer chronischen Mangelernährung im Alter. Dabei kann ein verändertes Essverhalten schon **sehr früh** im Krankheitsverlauf auftreten: fehlendes Hungergefühl und verminderte Nahrungsaufnahme bei Patienten mit AD oder Hunger auf Süßigkeiten und unkontrolliertes Essen bei frontotemporaler Demenz. Typisch ist eine **langsame Gewichtsabnahme**, die schon Jahre vor Beginn der kognitiven Symptome beobachtet werden kann (Wang et al. 2021). Zur genauen Ursache dieses früh einsetzenden Gewichtsverlusts gibt es viele Hypothesen, letztlich bleibt sie ungeklärt (Stewart et al. 2005). Klar ist, dass diese Gewichtsabnahme in der Regel nicht Folge eines erhöhten Energieverbrauchs ist, sondern auf eine geringere Nahrungsaufnahme und eine kalorische Unterversorgung zurückgeht (Holm und Soderhamn 2003). In mehreren Studien wurde bei bestehender Malnutrition ein beschleunigter Krankheitsprogress mit reduzierter Lebensqualität und erhöhter Mortalität nachgewiesen (Soto et al. 2012). Nach einer Untersuchung von Forschern der Mayo Clinic (Alhurani

et al. 2017) zeigte sich eine Korrelation zwischen Gewichtsabnahme und dem Risiko, an einer milden kognitiven Beeinträchtigung zu erkranken. Unter Adjustierung von Geschlecht, Bildung und genetischer Prädisposition (ApoE-Allel) erhöhte sich pro fünf zusätzlichen Kilo Gewichtsverlust das Risiko um 24 %. Ein Gewichtsverlust im hohen Alter könnte damit ein **Marker für das Demenzrisiko** sein. Ob sich jedoch durch Interventionen zur Gewichtsstabilisierung das Demenzrisiko senken lässt, bleibt im Rahmen der Studie offen. Dennoch sollte Malnutrition bei Demenzkranken schon **früh im Therapiefokus** stehen. So konnte in prospektiven Studien gezeigt werden, dass die Folgen einer Mangelernährung zumindest teilweise vermeidbar sind (Milne et al. 2009) und dass Mangelernährung auch bei Demenzpatienten durch angemessene Präventions- und Therapiemaßnahmen verhindert werden kann (Hanson et al. 2011). Auch wenn letztlich die Auswirkungen einer Ernährungstherapie auf relevante Eckpunkte wie Kognition, Alltagskompetenz oder gar Sterblichkeit bisher kaum untersucht sind, gehen zahlreiche Experten von einem erheblichen Therapiepotenzial bei Demenzpatienten aus, vor allem in frühen bis mittleren Krankheitsstadien.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung spielt die veränderte Wahrnehmung eine zunehmende Rolle:

- Fehlende Einsicht in die Notwendigkeit von Essen und Trinken.
- Speisen werden nicht als solche erkannt.
- Gefühle von Angst und Bedrohung (Wahnvorstellungen, Vergiftungsängste).
- Ablauf beim Essen oder der Umgang mit Besteck ist nicht mehr bekannt (Apraxie).

Hinzu kommen oft auch Verhaltensauffälligkeiten und psychomotorische Unruhe, die den Energiebedarf noch steigern können. In den fortgeschrittenen Krankheitsstadien werden auch zunehmend **Schluckstörungen** beobachtet, mit der Gefahr einer Aspiration. Oft kommt es in diesen Stadien auch zu ethisch schwierigen Entscheidungssituationen, wenn es z. B. um Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr mittels Sonde durch Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) geht.

CAVE

Sedierende Psychopharmaka als Malnutritiionsursache

In allen Demenzstadien sollte der Einfluss von **sedierenden Psychopharmaka** als mögliche Ursache für eine verminderte Nahrungsaufnahme in Betracht gezogen werden.

Aber auch die häufig somatoform ausgestalteten **depressiven Erkrankungen** im Alter gehen aufgrund von Appetitverlust und Antriebsstörung oft mit Zeichen der Mangelernährung und mit einem Gewichtsverlust einher. Manche depressive Patienten haben auch eine stimmungverbessernde Wirkung durch längere Nahrungskarenz erfahren und meiden daher zeitweise die Nahrungsaufnahme. Bei **wahnhaften Erkrankungen** spielen oft Vergiftungsängste, aber auch neuroleptikainduzierte **Schluckstörungen** eine wichtige Rolle.

MERKE

Klinische Hinweise auf eine mögliche Dysphagie

- Unklare Fieberschübe, rezidivierende Bronchitiden
- Belegte Stimme
- Gurgelige Stimme (Retentionen zwischen Zungenrund und Epiglottis oder auf den Stimmbändern)
- Häufiges Verschlucken mit Husten und Räuspern
- Speichelfluss aus dem Mund
- Speisereste in den Wangentaschen
- Aphonie oder Stimmprobleme
- Ausspucken von Speichel/Nahrung
- Nasopharyngeale Penetration
- Angst vor dem Essen/Abwehr

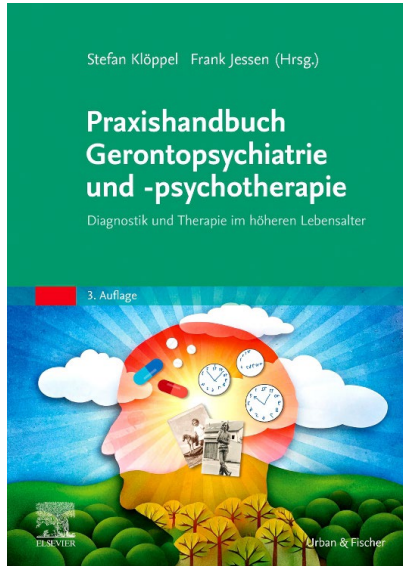
14.7 Mikronährstoffe und gerontopsychiatrische Erkrankungen

Nach aktueller Studienlage besteht offenbar ein Zusammenhang zwischen einer Depression und einem gestörtem **Zinkstoffwechsel** (Whitfield et al. 2015). Und auch ein **Vitamin-D-Mangel** ist mit einem erhöhten Depressionsrisiko verbunden (Imeida et al. 2015). Dabei ist gerade ein Vitamin-D-Mangel bei geriatrischen Patienten weit verbreitet: Bei 96 % der Patienten einer geriatrischen Rehabilitationsklinik lagen die Mess-

Praxishandbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie

Diagnostik und Therapie im höheren Lebensalter

Stefan Klöppel / Frank Jessen (Hrsg.)



3. Auflage 2025.
386 Seiten, 30 farb. Abb., Kartoniert
ISBN 9783437211553

Altersdepression, Demenz, Altersparanoia ... – die Zahl altersbedingter Erkrankungen nimmt mit der demografischen Entwicklung rapide zu. Das Praxishandbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie zeigt die Besonderheiten dieser Erkrankungen und informiert über Diagnose und Therapie. Sie erfahren, wie sich bereits bestehende psychische Erkrankungen wie z.B. ADHS, Schizophrenie oder Zwang im Alter verändern und wie die Therapie entsprechend angepasst werden muss. Neben konventioneller und digitaler Psychotherapie werden auch pharmakologische und interventionelle Optionen vor dem Hintergrund einer oft vorhandenen Multimorbidität berücksichtigt.

Sie erhalten

- qualitätsgesichertes Wissen renommierter Autoren unter Bezug auf vorhandene Evidenz und Leitlinien-basiert,
- Fallbeispiele für den maximalen Praxisbezug,
- Abbildungen, Tabellen und Info-Kästen zur Veranschaulichung und zum besseren Verständnis der Zusammenhänge.

Topaktuelles Wissen von führenden Expertinnen und Experten: kompakt, übersichtlich und praxisorientiert!

Neu in der umfassend überarbeiteten 3. Auflage:

- neue, zusätzliche Kapitel zur Prävention psychischer Störungen im Alter sowie zu digitalen Therapeutika
- fundierte Behandlung zentraler Themen wie Demenzprävention durch Ernährung und Antikörper-Therapien bei Demenz
- aktuelle Hinweise auf Leitlinien und Änderungen durch die Einführung des neuen ICD-11

Dieses Buch richtet sich an Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten; Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Neurologinnen und Neurologen, sowie an Klinische Psychologinnen und Psychologen.



ELSEVIER

elsevier.de