

Depression im Alter – was trägt die aktuelle epidemiologische Forschung bei?

Depression in Late Life – What does Epidemiology Add?

Autoren

Steffi G. Riedel-Heller, Melanie Lupp

Institut

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät, Universität Leipzig



Prof. Dr. med.
Steffi G. Riedel-Heller



Melanie Lupp

Bevölkerungsmedizinische Bedeutung lange unterschätzt

Depressive Störungen im Alter sind folgenschwer. Sie sind mit Funktionsbeeinträchtigungen, einer reduzierten Lebensqualität, erhöhten Suizidraten sowie einer erhöhten nicht suizidalen Mortalität verbunden.

Obwohl die Erkrankungsgruppe einen festen Platz im Spektrum gerontopsychiatrischer Erkrankungen hat, wurde die bevölkerungsmedizinische Bedeutung für Hochaltrige lange unterschätzt. Die psychiatrisch-epidemiologische Forschung, die sich mit der Häufigkeit sowie der zeitlichen und räumlichen Verteilung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung und deren Risikofaktoren beschäftigt, hat hier viel beizutragen.

Häufigkeit, Verlauf und Risikofaktoren

Depressionen gehören nach den Demenzen zu den häufigsten psychischen Störungen im höheren Lebensalter. Schwere Formen, die mit den gängigen Klassifikationssystemen erfasst werden, sind seltener als leichtere. Eine aktuelle Metaanalyse bevölkerungsbasierter Studien ergab eine Prävalenz von 7,2% (95%-KI 4,4–10,6%) für Major Depression bei über 75-Jährigen [1]. Darüber hinaus erlebt eine substantielle Zahl von Senioren eine depressive Symptomatik, die nicht die geforderten Kriterien des ICD-10 oder DSM-IV erfüllen. Gleichwohl sind die Betroffenen davon beeinträchtigt. Die genannte Metaanalyse ergab eine Prävalenz für depressive Symptomatik, wie sie im Allgemeinen mit Depressionsskalen gemessen wird, von 17,1% (95%-KI 9,7–26,1%) [1]. Eine weitere Metaanalyse, die über 50-Jährige inkludierte kam auf 19,5% [2]. Die Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA75+), eine populationsbasierte Studie, bei der die deutsche Version der Center for Epidemiologic Studies De-

pression Scale (CES-D) zum Einsatz kam, ergab eine Prävalenz von 14% (95%-KI 12–17%) [3]. In der AgeCoDe-Studie, der größten laufenden Alterskohortenstudie in Deutschland, waren es, gemessen mit der Geriatric Depression Scale (GDS-15), 10% [4]. Ältere Migranten erscheinen besonders belastet [5]. Eine systematische Übersichtsarbeit fand Neuerkrankungsraten von 0,2–14,1 pro 100 Personenjahre [6]. Ein substanzieller Teil der Erkrankungen verläuft chronisch. Über einen Beobachtungszeitraum von 8 Jahren zeigten 40% der Studienteilnehmer einen intermittierenden oder chronischen Verlauf [3]. Eine 2011 publizierte Übersicht unterstreicht die Relevanz von sogenannten unterschweligen Depressionen, die ein substanzielles Risiko für die Entwicklung einer Major Depression darstellen [7].

Weibliches Geschlecht, funktionelle Beeinträchtigungen aufgrund verschiedener somatischer Erkrankungen, insbesondere Mobilitäts- und Sehbeeinträchtigungen, sowie ein eingeschränktes soziales Netzwerk können als wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung von depressiven Symptomen gelten [8–10]. Die Richtung der Assoziation von funktionellen Beeinträchtigungen und depressiven Symptomen war lange unklar. Aktuelle Ergebnisse deuten darauf hin, dass funktionelle Beeinträchtigungen durch somatische Erkrankungen ein Risikofaktor für die Entwicklung depressiver Symptomatik sind und diesen oft vorausgehen.

Zahlreiche Befunde zeigen, dass komorbide depressive Störungen den Verlauf somatischer Erkrankungen, insbesondere kardiovaskulärer Erkrankungen, deutlich negativ beeinflussen [11, 12].

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343120>
Psychiatr Prax 2013; 40: 173–175
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med.
Steffi G. Riedel-Heller
Institut für Sozialmedizin,
Arbeitsmedizin und Public
Health (ISAP)
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
Steffi.Riedel-Heller@medizin.
uni-leipzig.de

Versorgungsepidemiologische Befunde

▼ Eine aktuelle Metaanalyse zeigt, dass depressive Störungen im Alter im primärärztlichen Setting unterdiagnostiziert sind. Grob die Hälfte bleibt unerkannt. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Grad der Erkennung für alte Menschen deutlich unter dem von Depressionen im jüngeren Alter liegt [13]. Obwohl Depressionen behandelbar sind, werden auch Patienten, die als solche identifiziert werden, nur selten behandelt [14]. Versorgungsepidemiologische Befunde zur psychotherapeutischen Behandlungspraxis für depressive alte Menschen in Deutschland existieren nicht. Das ist wenig verwunderlich.

Trotzdem gehören Menschen mit depressiven Störungen zu den Vielnutzern des Gesundheitssystems, wobei die allerwenigsten eine depressionsspezifische Behandlung erhalten. Eine aktuelle systematische Übersicht zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Kosten bei Patienten mit depressiven Störungen zeigte durchgehend, dass die ambulanten, stationären sowie die Gesamtkosten depressiver Senioren ein Drittel über den entsprechenden Kosten nicht depressiver Senioren liegen [14]. Erste deutsche Daten zu den direkten Kosten von depressiven Störungen bei über 75-jährigen Allgemeinarztpatienten ergaben durchschnittliche jährliche direkte Gesamtkosten in Höhe von 5241 Euro für Depressive und von 3648 Euro für Nichtdepressive [15]. Obgleich auf unterschiedlichem Kostenniveau angesiedelt, ist dies auch mit den klassischen US-amerikanischen Studien vergleichbar [16–18].

Eine Pilotanalyse zum Verlauf der Versorgungskosten bei depressiver Symptomatik im höheren Alter aus der eigenen Arbeitsgruppe zeigt darüber hinaus, dass leichte depressive Symptome auch die Versorgungskosten in der Zukunft deutlich beeinflussen, unabhängig von vorliegenden körperlichen Erkrankungen [19].

Fazit und Implikationen für die Versorgung

▼ Aktuelle epidemiologische Forschung unterstreicht die Relevanz depressiver Symptomatik für Hochaltrige. Depressive Störungen im Alter sind behandelbar. Internationale Arbeiten zeigen, dass sowohl psychopharmakologische Interventionen [20, 21], als auch psychotherapeutische Interventionen [22], wie z. B. die speziell für das allgemeinärztliche Setting entwickelte Problemlöse-Therapie (PST-PC) oder die interpersonelle Psychotherapie (IPT), sich für ältere Menschen als praktikabel und effektiv erwiesen haben. In einer deutschen Studie konnte auch für alte Menschen gezeigt werden, dass kognitive Verhaltenstherapie als Gruppentherapie eine gut angenommene, effiziente Behandlungsform darstellt [23]. Andere nicht pharmakologische Interventionen, wie physische Aktivierung und soziale Vernetzung zeigen ermutigende Resultate [24]. In der nationalen Versorgungsleitlinie zur Depression wird die Versorgung depressiver Störungen im Alter nur unzureichend aufgegriffen und nicht systematisch recherchiert [25].

Das Verständnis der Patientenperspektive wird gegenwärtig wenig berücksichtigt. Im Gegensatz zu früheren Annahmen, Senioren würden psychopharmakologische Interventionen präferieren, gibt es international zunehmend Evidenz, dass auch alte Menschen psychosozialen Interventionen einen bevorzugten Stellenwert einräumen [26].

Deutsche Senioren sind mehrheitlich regelmäßig bei ihrem Hausarzt in Behandlung. Er gilt nach wie vor als erster Ansprech-

partner für psychische und somatische Probleme älterer Menschen. Eine Metaanalyse zeigt, dass einfache Trainingsprogramme für den allgemeinärztlichen Versorgungsbereich zur Erhöhung der Erkennungs- und Behandlungsraten ineffektiv sind [27] und komplexe Interventionen notwendig werden. International spielen deshalb positiv evaluierte Versorgungsmodelle eine besondere Rolle, die fachspezifische Expertise in das primärärztliche Setting inkludieren [28, 29]. Das IMPACT-Programm ist das am besten untersuchte Programm, das die stärkste Evidenz im Hinblick auf die Wirksamkeit einer kombinierten kollaborativen, gestuften Behandlung zeigte [28]. Niedrigschwellige Interventionen, die Selbstmanagementansätze einschließen und zum Beispiel körperliche Aktivitäten fördern, stellen sinnvolle Weiterentwicklungen dieser Versorgungsmodelle dar [30].

Epidemiologische und versorgungsepidemiologische Forschung zeigt, dass mit der demografischen Entwicklung depressive Störungen im Alter zu einer zentralen und drängenden Versorgungsherausforderung gehören werden. Evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeiten und exzellent evaluierte Versorgungsarrangements für alte depressive Menschen liegen international vor. Es besteht dringender Handlungsbedarf, um zur internationalen Entwicklung aufzuschließen.

Danksagung

Der Beitrag entstand im Zusammenhang mit den Projekten AgeMooDe (Depression im Alter: Versorgungsbedarf, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Kosten, BMBF: 01GY1155A).

Literatur

- 1 Luppá M, Sikorski C, Luck T et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2012; 136: 212–221
- 2 Volkert J, Schulz H, Härter M et al. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2013; 12: 339–353
- 3 Luppá M, Luck T, König HH et al. Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. *J Affect Disord* 2012; 142: 166–171
- 4 Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Kohler L et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord* 2008; 111: 153–163
- 5 Aichberger MC, Neuner B, Hapke U et al. Association between migrant status and depressive symptoms in the older population in Germany. *Psychiatr Prax* 2012; 39: 116–121
- 6 Bichtemann D, Luppá M, Bramesfeld A et al. Incidence of late-life depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2012; 142: 172–179
- 7 Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H et al. A tune in “a minor” can “b major”: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord* 2011; 129: 126–142
- 8 Luppá M, Sikorski C, Luck T et al. Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life – results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *Int J Geriatr Psychiatry* 2012; 27: 286–295
- 9 Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Wiese B et al. Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. *Age Ageing* 2013; 42: 173–180
- 10 Schwarzbach M, Luppá M, Sikorski C et al. The relationship between social integration and depression in non-demented primary care patients aged 75 years and older. *J Affect Disord* 2013; 145: 172–178
- 11 Blazer DG. Depression in late life: Review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58: 249–265
- 12 Lehner T, Konnopka A, Riedel-Heller S et al. Diabetes Mellitus and Comorbid Depression: Economic Findings from a Systematic Literature Review. *Psychiatr Prax* 2011; 38: 369–375
- 13 Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do Primary Care Physicians Have Particular Difficulty Identifying Late-Life Depression? A Meta-Analysis Stratified by Age. *Psychother Psychosom* 2010; 79: 285–294

- 14 *Luppa M, Sikorski C, Motzek T et al.* Health Service Utilization and Costs of Depressive Symptoms in Late Life – A Systematic Review. *Curr Pharm Des* 2012; 18: 5936–5957
- 15 *Luppa M, Heinrich S, Matschinger H et al.* Direct costs associated with depression in old age in Germany. *J Affect Disord* 2008; 105: 195–204
- 16 *Katon WJ, Lin E, Russo J et al.* Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 897–903
- 17 *Luber MP, Meyers BS, Williams-Russo PG et al.* Depression and service utilization in elderly primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 169–176
- 18 *Unützer J, Patrick DL, Simon G et al.* Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older – A 4-year prospective study. *JAMA* 1997; 277: 1618–1623
- 19 *Luppa M, König HH, Heider D et al.* Direct costs associated with depressive symptoms in late life – a 4.5 year prospective study. *Int Psychogeriatr* 2013; 25: 292–302
- 20 *Wilson K, Mottram P, Sivanranthan A et al.* Antidepressant versus placebo for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 2: CD000561
- 21 *Gill D, Hatcher S.* Antidepressants for depression in medical illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 4: CD001312
- 22 *Wolf NJ, Hopko DR.* Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: A critical review. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 131–161
- 23 *Hautzinger M, Welz S.* Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression im Alter. *Z Gerontol Geriatr* 2004; 37: 427–435
- 24 *Blake H, Mo P, Malik S et al.* How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clin Rehab* 2009; 23: 873–887
- 25 *DGPPN, BÄK, KBV, AWMF Hrsg.* Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Reihe: Interdisziplinäre S3-Praxisleitlinien. Berlin: Springer; 2010
- 26 *Gum AM, Arian PA, Hunkeler E et al.* Depression treatment preferences in older primary care patients. *Gerontologist* 2006; 46: 14–22
- 27 *Sikorski C, Luppa M, König HH et al.* Does GP training in depression care affect patient outcome? – A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 10
- 28 *Skultety KM, Zeiss A.* The treatment of depression in older adults in the primary care setting: An evidence-based review. *Health Psychol* 2006; 25: 665–674
- 29 *Skultety KM, Rodriguez RL.* Treating geriatric depression in primary care. *Curr Psychiatry Rep* 2008; 10: 44–50
- 30 *Yeung A, Geldman G, Fava M.* Self-Management of Depression. Cambridge: Cambridge University Press; 2010