

Das „alte“ Europa kommt in die Jahre. Jeder Dritte wird 2050 über 60 Jahre alt sein [1]. Die Konsequenzen der demografischen Talfahrt erfasst alle Bereiche der Gesellschaft. Psychiatrisches Handeln wird zunehmend davon geprägt sein. Das Spektrum psychischer Störungen im Alter unterscheidet sich deutlich von dem jüngerer Kohorten. Worauf müssen wir uns einrichten? Was wissen wir gegenwärtig über die Häufigkeit der einzelnen psychischen Störungen im Alter?

Eine systematische Recherche aktueller europäischer Studien zur Prävalenz psychischer Störungen (seit 1990) zeigte Folgendes:

Die meisten Studien beschäftigen sich mit der Häufigkeit von *Demenzen*. Sie zeichnen ein recht klares Bild: Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen steigt exponentiell mit dem Alter von 0,8% bei den 65–69-Jährigen bis auf 28,5% bei den über 90-Jährigen [2]. Bevölkerungsprojektionen zufolge wird sich die Zahl Demenzkranker in Europa damit in den nächsten 50 Jahren von 7,1 Millionen auf mehr als das Doppelte (16,2 Millionen) erhöhen [3].

Weniger klar ist das Bild zur Häufigkeit von *depressiven Störungen*. Einig ist man sich, dass klinisch relevante depressive Syndrome im Alter häufig sind. Eine Metaanalyse (EURODEP) von neun europäischen Studien ergab eine Prävalenz von 12,3% [4]. Studien, die auf Symptomskalen basieren, berichten im Allgemeinen jedoch höhere Prävalenzen als Studien, die diagnostische Kriterien der modernen Klassifikationssysteme zugrunde legen. In einer griechischen Bevölkerungsstudie wurden 27,1% der Befragten anhand einer Depressionsskala als depressiv ein-

geschätzt (CES-D: ≥ 16), während nur ein Drittel davon nach DSM-III (9,5%) diagnostiziert wurde [5]. Schwere depressive Störungen im Alter sind mit durchschnittlich 1,8% eher selten [6]. Nehmen depressive Störungen mit steigendem Alter zu? Diese Frage kann aufgrund der vorliegenden Daten nicht schlüssig beantwortet werden. Einige Autoren legen sogar einen komplexen Verlauf nahe, mit einer Spitze in der Lebensmitte oder während der Jahre vor der Pensionierung, einer niedrigen Häufigkeit in den ersten 10–15 Jahren danach und einem Anstieg nach dem 75. Lebensjahr [7].

Regelrecht dünn wird die Datenlage, wenn wir wissen wollen, wie häufig andere psychische Störungen im Alter sind. Betrachtet man psychische Störungen aus einer Bevölkerungsperspektive, so spielen Angststörungen und Alkoholabhängigkeit in jüngeren Kohorten eine große Rolle. Mit steigendem Alter nimmt die Häufigkeit dieser Störungen ab. Für *Angststörungen* schwanken die Angaben zwischen 4 und 14% [8,9]. Klinisch relevante Angstsymptome sind jedoch mit mehr als 20% auch im Alter häufig [8,10,11]. Die wenigen vorliegenden Studien zur Alkoholabhängigkeit bei alten Menschen nennen Häufigkeiten zwischen 0,5–3,3% [12,13]. Keine fundierten Aussagen können zur Häufigkeit von Medikamentenabhängigkeit und somatoformen Störungen im Altersgang getroffen werden. Wir konnten nur eine Studie finden, die Angaben zur *Medikamentenabhängigkeit* bei 70–100-Jährigen macht. Demnach sind 0,5% der Senioren davon betroffen. Bei steigendem Anxiolytika-, Hypnotika- und Sedativagebrauch im Alter kann von einer Häufung im Altersgang ausgegangen werden. Für *somatoforme Störungen* wurden in einer deutschen Studie sehr niedrige Raten (0,3%) bei kategorialer Diagnostik nach DSM-IV gefunden. Nach ICD-10 war schlichtweg

Institutsangaben

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller, MPH · Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig ·
Johannisallee 20 · 04317 Leipzig · E-mail: ries@medizin.uni-leipzig.de

Bibliografie

Psychiatr Prax 2004; 31: 327–329 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-828380
ISSN 0303-4259

keiner der Studienteilnehmer betroffen. Dies steht im Widerspruch zu zahlreichen somatoformen Symptomen in der Bevölkerung: fast ein Viertel der in dieser Studie Befragten klagt über mindestens acht somatoforme Beschwerden [14]. *Psychotische Syndrome* stellen eine sehr heterogene Erkrankungsgruppe dar. Begrenzt man sich auf schizophrene Erkrankungen bei Personen über 65, so ist die Prävalenz gering [15]. Betrachtet man jedoch psychotische Symptome insgesamt, so scheinen diese mit dem Alter zuzunehmen. Eine schwedische Studie fand, dass jeder 10. ältere Mensch (Demenzranke ausgeschlossen) unter psychotischen Symptomen leidet [16]. Das wäre deutlich mehr als bisher vermutet. *Delirante Syndrome* gelten als häufigste Komplikation bei hospitalisierten alten Menschen. Ein klassischer Feldstudienansatz zur Bestimmung der Häufigkeit ist aufgrund der Symptomatik (Akuität, fluktuierender Verlauf) nicht zielführend. Studien zur Häufigkeit von Delirien beziehen sich deshalb meist auf bestimmte Einrichtungen bzw. Klinikabteilungen oder auf Patientengruppen, die sich einer bestimmten Operation unterzogen haben. Eine finnische Studie versucht eine Bevölkerungsperspektive: Anhand von medizinischen Behandlungsdokumentationen wurde ermittelt, dass im Verlauf von drei Jahren 10% der über 85-jährigen (Demenzranke ausgenommen) ein Delir durchmachten [17].

Dieser kurze Abriss zu grundsätzlichen epidemiologischen Fragestellungen macht Folgendes deutlich:

Zur Häufigkeit von Demenzen existieren recht genaue Vorstellungen. Epidemiologische Forschung konzentriert sich nunmehr weit über die Deskription hinaus auf Risikofaktoren und sucht Antworten präventiver Natur auf das drängendste Gesundheitsproblem überhaupt. Demenzielle Erkrankungen sind Forschungsschwerpunkt. Das trifft auf alle Bereiche der Forschungstätigkeit zu – von den Grundlagen, über die Klinik und bis hin zur Versorgung.

Überraschend ist, dass grundlegende epidemiologische Fragestellungen zu den anderen psychischen Störungen im Alter unbeantwortet bleiben. Klinisch relevante depressive, ängstliche, somatoforme oder auch psychotische Symptome sind bei Senioren häufig zu finden. Sie werden jedoch von den modernen Klassifikationssystemen nicht erfasst. Aktuelle Klassifikationssysteme spiegeln die Präsentation psychischer Beschwerden alter Menschen nur unzureichend wider. Für den einzelnen Hilfesuchenden mag dies weniger relevant sein – vorausgesetzt, er trifft auf einen gerontopsychiatrisch erfahrenen Therapeuten. Für die Beschreibung des gerontopsychiatrischen Versorgungsbedarfs, die Versorgungsplanung, die Stimulierung weiterer Forschung und die Evaluation von Interventionen ist eine Klärung dieser Diskrepanz unabdingbar. Denn unser Blick muss sich weiten und das gesamte Spektrum psychischer Störungen im Alter einbeziehen.

Klinisch relevante psychische Störungen im Alter sind häufig. Es wird sofort klar, dass die Aufgaben nur gemeindenah und in breiter Kooperation aller Beteiligten (Stichwort: Gerontopsychiatrisches Verbundsystem) bewältigt werden können [18–21]. Unser Fachgebiet wird zunehmend von den Problemlagen älterer Menschen geprägt [22, 23]. Ein Umdenken wurde eingeleitet, die Umsetzung in den Versorgungsalltag verläuft schleppend. Dieses

erste Themenheft „Gerontopsychiatrie“ ist hier ein eindeutiges Signal, damit zukünftig mehr Betroffene von den praktischen und konzeptionellen Entwicklungen profitieren können.

Was erwartet Sie in diesem Themenheft?

Die Fokussierung auf Demenzen spiegelt sich in diesem Heft wider. Bis auf eine Arbeit widmen sich die Beiträge unterschiedlichen Facetten dieses Themas. Henrike Wolf und Hermann-Josef Gertz informieren in einer Übersicht über vaskuläre Demenzen, die zweithäufigste Demenzerkrankung nach der Alzheimer-Krankheit. Sie bringen Ordnung in die Begriffsvielfalt, zeigen aktuelle Trends in Diagnostik und Therapie und wenden sich ausführlich einem spannenden Aspekt, der Prävention zu. Siegfried Weyerer et al. machen die Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulanter Versorgung und stationärer Altenhilfe zum Thema. Im Vergleich zur traditionellen Heimbetreuung werden eine Reihe positiver Aspekte der Tagespflege aufgezeigt. Eine mangelnde Auslastung dieser Einrichtungen macht deutlich, dass diese Betreuungsmöglichkeiten in den Köpfen der pflegenden Angehörigen unzureichend präsent sind. Was Menschen über Demenzerkrankungen denken und welche Informationen sie bekommen, entscheidet auch darüber, wann und wo sie Hilfe suchen. Dies ist der Ausgangspunkt für Melanie Ehmann et al., die das Bild von Demenzerkrankungen in der Lokalpresse analysiert haben. Johannes Wancata et al. untersuchen die Häufigkeit von nicht kognitiven Symptomen bei Demenzkranken in Allgemeinkrankenhäusern und Pflegeheimen. Sie zeigen schwerwiegende Konsequenzen dieser potenziell behandelbaren Störungen auf. Marinella Damian et al. legen eine Arbeit zur neuropsychologischen Demenzdiagnostik auf Hausarzt-, Facharzt- und Spezialambulanzebene vor. Horst Bickel et al. widmen sich einer anderen psychischen Störung, dem postoperativen Delir. Delirien bei alten Patienten sind häufig und folgeschwer. Die Autoren beschreiben Inzidenz und Risikofaktoren eines Delirs nach Hüftoperationen – besonders für die konsiliarisch tätigen Psychiater eine spannende Lektüre.

Literatur

- Lutz W, Scherbov S. First probabilistic population projections for the European Union. In: Lutz W (Hrsg): *Kompendium der Familienforschung in Österreich 1999*. Vienna: Schriftenreihe des ÖIF, 1999; Nr. 7: 123–139
- Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Carlo A Di, Breteler MM, Copeland JR, Dartigues JF, Jagger C, Martinez-Lage J, Soininen H, Hofman A. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology* 2000; 54 (11, Suppl 5): S4–S9
- Wancata J, Musalek M, Alexandrowicz R, Krautgartner M. Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *Eur Psychiatry* 2003; 18: 306–313
- Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, Lobo A, Magnusson H, Mann AH, Meller I, Prince MJ, Reischies F, Turriana C, deVries MW, Wilson KC. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 312–321
- Madianos MG, Gournas G, Stefanis CN. Depressive symptoms and depression among elderly people in Athens. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86: 320–326
- Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307–311

- ⁷ Palsson S, Skoog I. The epidemiology of affective disorders in the elderly: a review. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12 (Suppl 7): S3 – 13
- ⁸ Schaub RT, Linden M. Anxiety and anxiety disorders in the old and very old – results from the Berlin Aging Study (BASE). *Compr Psychiatry* 2000; 41 (2 Suppl 1): 48 – 54
- ⁹ Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, Malafosse A, Bouleenger JP. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 147 – 152
- ¹⁰ Himmelfarb S, Murrell SA. The prevalence and correlates of anxiety symptoms in older adults. *J Psychol* 1984; 116: 159 – 167
- ¹¹ Larkin BA, Copeland JR, Dewey ME, Davidson IA, Saunders PA, Sharma VK, McWilliam C, Sullivan C. The natural history of neurotic disorder in an elderly urban population. Findings from the Liverpool longitudinal study of continuing health in the community. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 681 – 686
- ¹² Helmchen H, Linden M, Wernicke T. Psychiatrische Morbidität bei Hochbetagten. *Nervenarzt* 1996; 67: 739 – 750
- ¹³ Fichter M. Psychische Erkrankungen und verlaufsbeeinflussende Faktoren bei älteren Menschen. In: Fichter M (Hrsg): *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer-Verlag, 1990: 162 – 176
- ¹⁴ Hessel A, Geyer M, Gunzelmann T, Schumacher J, Brähler E. Somatoforme Beschwerden bei über 60-Jährigen in Deutschland. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36: 287 – 296
- ¹⁵ Copeland JR, Dewey ME, Scott A, Gilmore C, Larkin BA, Cleave N, McCracken CF, McKibbin PE. Schizophrenia and delusional disorder in older age: community prevalence, incidence, comorbidity, and outcome. *Schizophr Bull* 1998; 24: 153 – 161
- ¹⁶ Östling S, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 53 – 59
- ¹⁷ Rahkonen T, Eloniemi-Sulkava U, Halonen P, Verkkoniemi A, Niinisto L, Notkola IL, Sulkava R. Delirium in the non-demented oldest old in the general population: risk factors and prognosis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 415 – 421
- ¹⁸ Mahler A. Möglichkeiten und Notwendigkeit gemeindenaher gerontopsychiatrischer Netzwerke. *Psychiat Prax* 2003; 30: 297 – 303
- ¹⁹ Staedt J, Sparfeld F, Otto A, Stoppe G. Stationäre gerontopsychiatrische Behandlung – ein Vergleich zwischen integrierter versus separierter Versorgung an psychiatrischen Universitätskliniken, Teil 1: Patientencharakteristika. *Psychiat Prax* 2003; 30: 242 – 247
- ²⁰ Staedt J, Sparfeld F, Otto A, Stoppe G. Stationäre gerontopsychiatrische Behandlung – ein Vergleich zwischen integrierter versus separierter Versorgung an psychiatrischen Universitätskliniken, Teil 2: Diagnosen und Behandlung. *Psychiat Prax* 2003; 30: 248 – 255
- ²¹ Wetterling T, Junghanns K. Gerontopsychiatrischer Konsiliardienst. *Psychiat Prax* 2002; 29: 311 – 314
- ²² Rainer M, Jungwirth S, Kruger-Rainer C, Croy A, Gatterer G, Haushofer M. Pflegende Angehörige von Demenzerkrankten: Belastungsfaktoren und deren Auswirkung. *Psychiat Prax* 2002; 29: 142 – 147
- ²³ Schneider B, Weber B, Maurer K, Frölich L. Problematik der Beurteilung depressiver Symptome Demenzkranker. *Psychiat Prax* 2002; 29: 76 – 82