

# Somatische Kofaktoren

*Siegfried Weyerer*

- 2.1      **Multimorbidität – 14**
- 2.2      **Objektive und subjektive Gesundheit – 14**
- 2.3      **Depression und körperliche Erkrankungen – 15**
- 2.4      **Depression und Einschränkungen der Alltagsaktivitäten – 15**
- 2.5      **Depression und Mortalität – 16**
- 2.6      **Zusammenfassung und Folgerungen – 17**
- Literatur – 17**

Mit der gestiegenen Lebenserwartung hat sich das Spektrum der körperlichen Erkrankungen quantitativ von den akuten zu den chronischen Krankheiten verschoben. Bestimmten früher Infektionskrankheiten die Lebenserwartung und das Krankheitsmuster, so stehen heute die Zivilisationskrankheiten im Vordergrund: Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache, Erkrankungen des Bewegungsapparats und Diabetes mellitus haben an Bedeutung gewonnen, Krankheiten, deren Verlauf man durchaus beeinflussen kann durch präventive Maßnahmen. Alte Menschen sind jedoch nicht nur stärker als andere Altersgruppen von chronischen Erkrankungen betroffen, sie leiden darüber hinaus häufig an mehreren Krankheiten gleichzeitig.

## 2.1 Multimorbidität

Unter Multimorbidität versteht man zumeist das gleichzeitige Auftreten von 3 oder mehr chronischen Erkrankungen. Dabei kann es sich um Komorbiditäten handeln

- innerhalb des Spektrums somatischer Erkrankungen (z. B. Diabetes und Bluthochdruck);
- innerhalb des Spektrums psychischer Erkrankungen (z. B. Depression und Demenz;  
► Kap. 22);
- zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen (► Kap. 19, ► Kap. 20, ► Kap. 21).

Psychische Erkrankungen können auf verschiedene Weise das Risiko für körperliche Erkrankungen erhöhen. Bei bestimmten Erkrankungen kann ein direkter Zusammenhang bestehen. Das gilt beispielsweise für körperliche Folgeerkrankungen wie Leberzirrhose bei Alkoholmissbrauch oder das erhöhte Suizidrisiko bei Depressiven.

Eine indirekte Beziehung besteht dann, wenn psychische Erkrankungen mit einem bestimmten gesundheitsschädigenden Verhalten (wie Nikotinsucht) verknüpft sind, die das Auftreten körperlicher Erkrankungen begünstigen.

Der Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen kann ein Hinweis auf gemeinsame Krankheitsursachen sein: Eine koronare Herzerkrankung in Verbindung mit einer vaskulären Demenz weist auf eine Arteriosklerose als

gemeinsame Grunderkrankung hin und diese wiederum auf Risikofaktoren wie z. B. Bluthochdruck.

Die komplexe Wechselwirkung zwischen verschiedenen Risikofaktoren (wie Bewegungsmangel und Überernährung) und körperlichen Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes sowie psychiatrischen Erkrankungen wie Depression und Demenz hat Häfner (1986) an folgendem Beispiel deutlich gemacht: Ein passiver Lebensstil begünstigt Bewegungsmangel und Überernährung. In deren Folge kann sich ein Diabetes mellitus entwickeln, der nach langjährigem Bestehen das Auftreten einer Depression und die Entwicklung eines zerebralen Gefäßprozesses begünstigt. Die depressive Krankheit hat eine Vernachlässigung diätetischer Regeln und medizinischer Verordnungen zur Folge, die zur Dekompensation des Diabetes und, im Zusammenhang damit, zu einem Hirninfarkt führt. Als Folge des Hirninfarkts verbleibt eine Demenz mit Pflegebedürftigkeit.

## 2.2 Objektive und subjektive Gesundheit

Chronische körperliche Erkrankungen führen häufig zu funktionellen Einschränkungen und haben dabei einen starken Einfluss auf die subjektive Gesundheit. Die objektive und subjektive Bedeutung von Krankheit muss sehr differenziert und individuell betrachtet werden. Neben den klinisch objektivierbaren Sachverhalten spielt das subjektive Erleben eine wichtige Rolle. Objektive Gesundheitsprobleme umfassen medizinische Diagnosen und durch Tests, Befragung oder Beobachtung gewonnene Daten zu Funktionseinschränkungen. Diese müssen sich nicht zwingend negativ auf die Lebenszufriedenheit auswirken. In epidemiologischen Studien zeigte sich, dass objektive Beschwerden im Alter zwar zunehmen, die Zufriedenheit der Menschen aber deshalb nicht unbedingt schlechter wird. Eine „gute Gesundheit“ im Alter bedeutet häufig nicht Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung, sondern sie bedeutet vielmehr Abwesenheit von quälenden und dauernden Beschwerden, z. B. Schmerzen. Als ein weiterer Aspekt bei der Betrachtung der subjektiven und objektiven Gesundheit muss berücksichtigt werden: Die subjektive Bedeutung einer chronischen Erkrankung im Alter wird am Anfang stärker

wahrgenommen als im Verlauf, wobei die Bewältigung dieser Situation durch Anpassungsleistungen eine wichtige Rolle spielt.

### 2.3 Depression und körperliche Erkrankungen

Ein diagnostisches Problem, das in besonderer Weise ältere Menschen betrifft, ist die Abgrenzung bzw. der Zusammenhang von Depression und einzelnen körperlichen Erkrankungen. Diese Erkrankungen können sowohl als Ursache wie auch als Folge der Depression diskutiert werden.

Bei der Diagnostik depressiver Erkrankungen älterer Menschen ist es häufig schwierig abzuklären, ob Klagen über somatische Beschwerden depressiver Personen Symptome einer körperlichen Erkrankung oder Ausdruck einer depressiven Symptomatik sind. Das Vorherrschen von körperlichen Beschwerden und das häufige Fehlen der emotionalen depressiven Symptomatik erschweren die Diagnostik einer depressiven Erkrankung bei älteren Menschen.

Keine Hinweise fanden Ernst und Angst (1995) für die Annahme, dass im höheren Alter Depression verdeckt wird durch somatische Symptome. Im höheren Alter ist eine Zunahme somatischer Symptome weniger auf eine Somatisierung der Depression, sondern auf das häufigere Auftreten somatischer Erkrankungen zurückzuführen.

In einer bundesweit repräsentativen Stichprobe von 51.000 Patienten aus der primärärztlichen Versorgung ergaben sich signifikant erhöhte Depressionsraten für nahezu alle untersuchten Krankheitsgruppen (Pieper et al. 2008):

- Ko- und Multimorbidität somatischer wie auch somatischer mit depressiven Störungen sind die Regel. „Reine“ (nicht komorbide) Depressionen sind ebenso die Ausnahme wie reine somatische Erkrankungen.
- Das Depressionsrisiko steigt kontinuierlich mit der Anzahl komorbider Krankheiten. Die Punktprävalenz der Depression betrug bei Personen ohne komorbide Erkrankung 4,6 % und stieg bei Personen mit 6 und mehr Erkrankungen auf 13,3 % an.
- Besonders ausgeprägte Assoziationen fanden sich für schwere Herzinsuffizienzen (Odds

Ratio: 5,8), zerebrale Insulte (OR: 2,5) diabetische Folgekomplikationen (OR: 1,7–2,0), koronare Herzerkrankungen (OR: 1,7), und muskuloskelettäre Erkrankungen (OR: 1,5). Im Vergleich dazu waren die Depressionsraten bei Hyperlipidämie nur leicht erhöht (OR: 1,1).

- Komorbide Depression und steigende Multimorbidität waren mit zunehmender Arbeitsunfähigkeit und niedriger Lebensqualität assoziiert.

Es gibt zahlreiche Befunde, die dafür sprechen, dass körperliche Erkrankungen und Behinderungen eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung einer Depression spielen können. Beispielsweise konnte auch im Rahmen der Stirling County Studie (Murphy et al. 1992), einer prospektiven Bevölkerungsstudie, gezeigt werden: Liegt zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung eine somatische Erkrankung vor, so ist die Wahrscheinlichkeit für das erstmalige Auftreten einer Depression mehr als 2-mal so hoch wie bei den körperlich Gesunden. Umgekehrt kann eine Depression den körperlichen Gesundheitszustand beeinflussen: Sie kann zur Vernachlässigung in der Selbstpflege, zu inadäquater Ernährung oder zu Veränderungen in der Immunabwehr und dadurch zu einer Verschlechterung der körperlichen Gesundheit führen.

Ein weiteres Beispiel für die Bedeutung somatischer Kofaktoren ist der Zusammenhang zwischen Schmerz und Depression. Schmerzen führen zu einer Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Bei Vorliegen einer Depression werden Schmerzen intensiver wahrgenommen, und es kommt zu einer zusätzlichen Einschränkung von körperlichen Aktivitäten. Mossey et al. (2000) untersuchten über 60-jährige Männer und Frauen mit selbstständiger Lebensführung und konnten einen signifikanten Zusammenhang nachweisen zwischen dem Vorliegen von depressiven Symptomen und gesteigertem Schmerzerleben.

### 2.4 Depression und Einschränkungen der Alltagsaktivitäten

Die alleinige Verwendung von Krankheitsdiagnosen mag innerhalb der Medizin für die Betrachtung von akut erkrankten jüngeren Patienten ausreichend

sein, sie ist jedoch untauglich für ältere Menschen. Gerade bei chronischen Alterserkrankungen steht nicht der kurative Aspekt im Vordergrund, sondern die therapeutische Intervention bezieht sich hier auf eine Langzeitbehandlung und einen dauerhaften Umgang mit zumeist mehreren Erkrankungen. Die eigentlichen Konsequenzen der chronischen Erkrankung bei älteren Patienten, wie z. B. die funktionellen Einschränkungen, werden in den Klassifikationen der Krankheitsdiagnosen nicht erfasst. Die funktionellen Defizite sind aber entscheidend für das alltägliche Leben eines älteren Patienten und haben eine große Bedeutung für deren Lebensqualität.

Aus zahlreichen Untersuchungen wissen wir, dass das Risiko für eine Depression deutlich erhöht ist, wenn ältere Menschen aufgrund einer körperlichen Erkrankung in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind. Bereits Anfang der 1980er Jahre konnte in einer Bevölkerungsstudie in Mannheim gezeigt werden, dass das psychiatrische Erkrankungsrisiko mit zunehmender Einschränkung in der Hausarbeit und in der Selbstversorgung sehr stark ansteigt (Cooper und Sosna 1983). Die durch Immobilität bedingte Hilfsbedürftigkeit stellt offensichtlich eine besondere Risikokonstellation für psychische Erkrankungen im höheren Alter dar, wobei Depressionen quantitativ die größte Rolle spielen. Von den psychisch Kranken wies nahezu jeder zweite, von den psychisch Gesunden dagegen nur jeder fünfte eine Einschränkung in der Beweglichkeit auf.

Im Rahmen der Berliner Altersstudie konnten diese Ergebnisse bestätigt werden (Linden et al. 1999): Depressionen traten wesentlich häufiger bei hilfsbedürftigen, multimorbiden, immobilen und multimedikamentös behandelten älteren Menschen auf.

Im Rahmen der AgeCoDe Studie, die in 6 großstädtischen Regionen Deutschlands durchgeführt wurde, konnte der Zusammenhang zwischen Depression und Einschränkung der Alltagsaktivitäten eindrucksvoll bestätigt werden (Weyerer et al. 2008). Nach Kontrolle soziodemografischer Merkmale (Geschlecht, Alter, Bildung, Lebenssituation) und gesundheitlicher Faktoren (körperliche Erkrankungen, leichte Gedächtnisstörungen, Alkoholkonsum) fand sich ein sehr starker Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Depressionen und Einschränkungen der Mobilität: Das Depressionsrisiko war bei Patienten mit Mobilitätseinschränkungen

fast 3-mal so hoch wie bei unbeeinträchtigten Patienten. Weitere deutliche Beziehungen fanden sich bei Patienten mit Einschränkungen des Seh- und Hörvermögens, wobei das Depressionsrisiko um das 1,5-Fache erhöht war.

## 2.5 Depression und Mortalität

Es besteht kein Zweifel, dass das Mortalitätsrisiko bei depressiven Patienten signifikant erhöht ist. Unterschiede in den Ergebnissen können jedoch auch darauf zurückzuführen sein, dass wichtige sozioökonomische Merkmale und der Gesundheitszustand nicht kontrolliert wurden. Da an einer Depression Erkrankte häufiger den unteren sozialen Schichten angehören, mehr gesundheitliche Risiken (Rauchen, Alkoholmissbrauch, körperliche Inaktivität) und häufiger einen schlechteren körperlichen Gesundheitszustand aufweisen, kann dadurch das erhöhte Mortalitätsrisiko bei depressiven älteren Menschen mitverursacht werden. Penninx et al. (1999) kamen nach Kontrolle konfundierender sozioökonomischer und gesundheitsbezogener Variablen zu folgendem Ergebnis: Sowohl für schwere Depressionen (Major Depression) als auch für leichtere Depressionen (Minor Depression) fand sich ein signifikant ca. 1,8-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko.

Einer neueren Metaanalyse – basierend auf 22 Studien – zufolge (Cuijpers et al. 2013) war das relative Risiko mit 1,58 (95 % CI: 1,31–1,89) besonders hoch bei Probanden mit einer schweren Depression (Major Depression). Aber auch bei leichteren Krankheitsformen (Subthreshold Depression) war das relative Mortalitätsrisiko mit 1,33 (95 % CI: 1,11–1,61) etwas niedriger, aber immer noch signifikant erhöht.

Einen großen Einfluss auf das Mortalitätsrisiko hat die Dauer der Depression. Dies konnte in einer großen britischen Langzeitstudie gezeigt werden, in der 9.560 ältere Menschen 4-mal im Studienverlauf ihre depressiven Symptome einschätzten (White et al. 2016). Mit der Dauer der Depression nahm nach Kontrolle von Geschlecht und Alter die Sterberate von 41 % auf 148 % zu. Depressionen, die weniger als ein Jahr andauert hatten, hatten dagegen keinen signifikanten Einfluss auf die Sterberate.

Insgesamt war – nach Kontrolle von Geschlecht und Alter – das Mortalitätsrisiko bei depressiven

Personen im Vergleich zu nicht Depressiven signifikant um 26 % erhöht (Hazard Ratio: 1,26; 95 % CI: 1,19–1,32). Nach zusätzlicher Kontrolle aller chronischen Erkrankungen reduzierte sich das Mortalitätsrisiko (HR: 1,20; 95 % CI: 1,13–1,26). Nach Kontrolle soziodemografischer Merkmale (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, alleinlebend), von Lebensstilfaktoren (Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität), von Behandlung mit Antidepressiva, von kognitivem Status und von chronischen Erkrankungen und Einschränkungen der Alltagsaktivitäten war das Mortalitätsrisiko bei Depressiven im Vergleich zu nicht Depressiven nur noch um 6 % erhöht (HR: 1,06; 95 % CI: 0,99–1,12).

Aktuelle depressive Erkrankungen, frühere depressive Phasen und Suizidversuche zählen zu den wichtigsten Ursachen für Suizide. Auf der Grundlage von anamnestischen Angaben liegen nach Lonnqvist (2000) bei 36–90 % aller Suizidenten depressive Störungen vor. Als weitere Risikofaktoren für suizidales Verhalten im höheren Alter werden häufig folgende somatische Kofaktoren genannt: Abnahme körperlicher Leistungsfähigkeit, chronische Erkrankungen mit tödlichem Ausgang und Erkrankungen mit Schmerzen.

Suizide treten bei älteren Menschen wesentlich häufiger auf als bei jüngeren (► Kap. 8). Wegen spezifischer Schwierigkeiten bei der Ermittlung der Todesursachen im höheren Alter dürfte die tatsächliche Suizidrate bei älteren Menschen noch höher sein. Aufgrund der erhöhten Multimorbidität werden suizidale Handlungen bei älteren Menschen nicht immer dokumentiert. Auch sind latente suizidale Handlungen wie das Einstellen der Nahrungszufuhr, mit der Absicht zu sterben, häufig schwer zu erkennen.

## 2.6 Zusammenfassung und Folgerungen

Zwischen körperlichen Erkrankungen und Depressionen können zahlreiche Wechselwirkungen bestehen. So können depressive Symptome von einer somatischen Grunderkrankung verursacht werden wie etwa Depressivität bei Hyperthyreose. Körperliche Erkrankungen und ihre Folgen können die psychische Gesundheit beeinträchtigen, z. B. als

Auslöser einer Depression. Andererseits zeigen viele depressive Patienten ein Krankheitsverhalten, das die körperliche Gesundheit schädigen kann. Verminderter Antrieb und körperliche Inaktivität können die Entwicklung von somatischen Erkrankungen und funktionellen Einschränkungen begünstigen. Das gleichzeitige Auftreten verschiedener Erkrankungen bei einer Person ist in Forschung und Klinik ein Thema von wachsender Bedeutung. Die Komorbidität von Depressionen und somatischen Erkrankungen kann Diagnose und Therapie – z. B. wegen möglicher Medikamenteninteraktionen – erschweren. Außerdem kann sich die durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern erhöhen.

Die Situation alter, chronisch erkrankter und oft auch multimorbider Patienten erfordert ein über akutmedizinische Modelle hinausgehendes Verständnis von Krankheit. Da die Erkrankungen in vielen Fällen nicht kurativ behandelt werden können, müssen neben den Diagnosen auch andere Aspekte in die Betrachtung einbezogen werden: die Auswirkungen der Krankheit auf den Alltag und die Lebensqualität der Betroffenen sowie die Möglichkeiten, mit dauerhaften Einschränkungen umzugehen.

Auf der Grundlage epidemiologischer Ergebnisse ist es möglich, Personen zu identifizieren, die als Hochrisikogruppe für depressive Erkrankungen betrachtet werden müssen. Darauf lassen sich Interventionen aufbauen, bei denen Risikofaktoren, wie Beeinträchtigung in den Alltagsfunktionen, potenziell veränderbar sind. Beispielsweise könnten mit Hilfe körperlicher Aktivierungsmaßnahmen funktionelle Beeinträchtigungen gebessert werden, und eine solche Verbesserung könnte das Auftreten depressiver Störungen reduzieren.

## Literatur

- 
- Cooper B, Sosna U (1983) Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. *Nervenarzt* 54:239–249
- Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J, Penninx BW (2013) Differential mortality rates in major depression and subthreshold depression: meta-analysis of studies that measured both. *Br J Psychiatry* 202:22–27
- Ernst C, Angst J (1995) Depression in old age. Is there a real decrease in prevalence? A review. *Eur Arch of Psychiatry Clin Neurosci* 245:272–287

- Häfner H (1986) Psychische Gesundheit im Alter. Fischer, Stuttgart
- Linden M, Kurtz G, Baltes MM, Geiselman B, Lang FR, Reischies FM, Helmchen H (1999) Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt* 69:27–37
- Lonnqvist JK (2000) Epidemiology and causes of suicide. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJJ, Andreasen NC (Hrsg) *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press, New York, S 1033–1039
- Mossey JM, Gallagher RM, Tirumalasetti F (2000) The effects of pain and depression on physical functioning in elderly residents of a continuing care retirement community. *Pain Med* 1:340–350
- Murphy JM, Monson RR, Olivier DC, Zahner GEP, Sobol AM, Leighton AH (1992) Relations over time between psychiatric and somatic disorders: The Stirling County Study. *Am J Epidemiol* 136:95–105
- Penninx BWJH, Geerlings SW, Deeg DJH, van Eijk JTM, van Tilburg W, Beekman ATF (1999) Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Arch Gen Psychiatry* 56:889–895
- Pieper L, Schulz H, Klotsche J, Eicler T, Wittchen HU (2008) Depression als komorbide Störung in der primär-ärztlichen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 4:411–421
- Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, Pentzek M, Kaduszkiewicz H, Bachmann C, Angermeyer MC, Lippa M, Wiese B, Mösch E, Bickel H for the German AgeCoDe Study group (German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients) (2008) Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord* 111:153–163
- White J, Zaninotto P, Walters K, Kivimäki M, Demakakos P, Biddulph J, Kuman M, De Oliveira C, Gallacher J, Batty GD (2016) Duration of depressive symptoms and mortality risk: the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *Br J Psychiatry*. doi: [10.1192/bjp.114.155333](https://doi.org/10.1192/bjp.114.155333)

## Altersdepression

Ein interdisziplinäres Handbuch

Fellgiebel, A.; Hautzinger, M. (Hrsg.)

2017, XXI, 340 S. 41 Abb., 25 Abb. in Farbe., Hardcover

ISBN: 978-3-662-53696-4