

Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität München

Vorstand: Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller

Abteilung für Klinische Neurophysiologie

Leiter: Prof. Dr. Ulrich Hegerl

**Die Effektivität von Fortbildungen für
Altenpflegekräfte zum Thema
„Depression und Suizidalität“.**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Dipl.-Psychogerontologin Anja Ziervogel M.A.

aus Leisnig

2003

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. U. Hegerl
Mitberichterstatter:	Priv. Doz. Dr. G.D. Borasio Prof. Dr. Dr. A. Schuh
Dekan:	Prof. Dr. med. Dr.h.c. K. Peter
Tag der mündlichen Prüfung:	26.01.2004

*„Was die Weisheit des Alters gegenüber
den Leidenschaften betrifft, so ist sie ja schon eine
gute Sache, aber das Alter bringt, weil es auch ein
Stück Leben ist, eben immer wieder neue Lagen,
denen gegenüber wir nicht weise sind, weil sie neu
sind und Neues fordern.*

*So macht man weiter Versuche und Dummheiten,
und hat den Jüngeren nichts voraus als ein Plus an
Geduld.“*

Hermann Hesse

Vorwort

Wir hören oft, dass alten Leuten zugestanden wird depressiv zu sein, weil sie an schwerer Arthritis leiden, einen Schlaganfall hatten oder weil ihre Kinder in großer Entfernung leben. Das ist eine problematische Interpretation der Altersdepression. Krankheiten, schwierige Umstände sind belastend, und ein Mensch, der große Schwierigkeiten durchmacht, kann schwermütig oder voll Trauer sein, aber er muss deshalb nicht unbedingt an einer Depression erkranken.

Wenn wir uns selbst, unseren Eltern oder unseren älteren Freunden und Verwandten zugestehen, depressiv zu sein, wenn wir akzeptieren, dass Älterwerden „deprimiert“ sein heißt, und wenn wir die Symptome einer behandelbaren Krankheit ignorieren, dann berauben wir uns selbst und diejenigen, die uns nahe stehen, der Möglichkeit einer konsequenten Behandlung.

Der Ausspruch „Für einen 75jährigen hält er sich ziemlich gut“ kommt einem nicht unbekannt vor. Hierbei kommt zum Ausdruck, dass es einem 75jährigen normalerweise schlecht geht. Hintergrund dieser Annahme ist der normale Alterungsprozess, der schon etwa ab dem dreißigsten Lebensjahr einsetzt, welcher mit einem geringen, aber progressiven Abbau der Lungen-, Nieren-, Leber-, Gedächtnis- und anderer Körperfunktionen verbunden ist. Dieser Abbau hat eine abnehmende Flexibilität bezüglich körperlicher und psychischer Belastungen zur Folge. Die Verletzbarkeit hängt somit einerseits mit körperlichen Voraussetzungen, denen der Umwelt, der Biographie jedes einzelnen und andererseits mit den Belastungen, denen jeder Mensch ausgesetzt ist, zusammen.

Wenn alte Menschen depressiv sind, so ist dies nicht eine logische oder gar natürliche Folge des Alters, sondern, so wie bei jüngeren Menschen auch, eine Erkrankung, die behandelt werden kann und muss.

Danksagung

Diese Arbeit hätte ohne die vielfältige Unterstützung und Ermutigung einiger Personen nicht entstehen können.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. U. Hegerl, Leiter der Abteilung für Klinische Neurophysiologie in der Psychiatrischen Klinik der Ludwig Maximilians Universität München und Sprecher des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“, für die Überlassung des Dissertationsthemas sowie für die wissenschaftliche Betreuung.

Großer Dank gilt Herrn J. Stefanek M.A., wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Psychiatrischen Klinik, da er mir bei der Erstellung der statistischen Analysen stets beratend zur Seite stand und mich immer wieder persönlich motivierte.

Ebenfalls großer Dank gilt Herrn Dipl.-Psych. D. Althaus, wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Psychiatrischen Klinik im Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“, der mir vor allem in inhaltlichen Fragen ein anregender Diskussionspartner war und mich bei der Erstellung dieser Arbeit mit guten Ratschlägen unterstützt hat.

Weiterhin danke ich Herrn Prof. Dr. med. H.-J. Möller, der als Direktor der Psychiatrischen Klinik der Ludwig Maximilians Universität die Rahmenbedingungen für ein solches Vorhaben bereitgehalten hat.

Danken möchte ich den Kolleginnen und Kollegen, insbesondere Frau S. Matern, Herrn M. Rehaag, meinen Eltern und Freunden, die durch wertvolle Hinweise und Anregungen mein Vorhaben immer wieder bereichert und unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

1.	<i>Einleitung</i>	9
2.	<i>Depression im Alter</i>	11
2.1.	Definition: Altersdepression.....	11
2.2.	Epidemiologie	13
2.3.	Ätiologie	14
2.4.	Mortalität	17
2.5.	Prognose	18
2.6.	Schweregradeinschätzung	19
2.7.	Behandlung von Altersdepression	21
2.7.1.	Pharmakotherapie	22
2.7.2.	Psychotherapie.....	23
2.7.3.	Schlafentzugsbehandlung	24
2.7.4.	Elektrokonvulsionstherapie (EKT).....	24
2.7.5.	Weitere Therapien	25
2.8.	Differentialdiagnose Demenz – Depression	26
3.	<i>Suizidalität im Alter</i>	29
3.1.	Definition: Suizidalität	29
3.2.	Zusammenhang zwischen Depression und Suizid.....	31
3.3.	Epidemiologie von Suizidalität im Alter.....	32
3.4.	Depression und Suizidalität im Alten- und Pflegeheim.....	34
4.	<i>Depressions- und Suizidprävention</i>	38
4.1.	Begriffsbestimmung: Suizidprävention	38
4.2.	Maßnahmen zur Suizidprävention.....	39
4.3.	Fortbildung: eine Maßnahme zur Depressions- und Suizidprävention?	39
4.3.1.	Bisherige Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Fortbildungen	40
4.3.1.1.	Fortbildungen für Hausärzte	40
4.3.1.2.	Fortbildungen im Pflegebereich.....	41
4.3.2.	Einstellungen und Wissenstransfer in Fortbildungen für Pflegekräfte	43
5.	<i>Ziel und Hypothesen der Studie</i>	46
6.	<i>Methoden</i>	50
6.1.	Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“	51
6.2.	Entwicklung und Beschreibung der Fortbildungskonzeption	54
6.2.1.	Didaktik der Fortbildung.....	54

6.2.1.1.	Inhaltsanalyse	54
6.2.1.2.	Didaktische Reduktion.....	55
6.2.1.3.	Lehrziele	55
6.2.1.4.	Konzeptionelle und methodische Möglichkeiten.....	56
6.2.1.5.	Kurz-Manual: Fortbildung „Depression, Suizidalität“ für Altenpflegekräfte	57
6.3.	Fragebogen als Evaluationsinstrument.....	58
6.4.	Untersuchungsablauf	60
6.5.	Forschungsdesign.....	61
6.6.	Verwendete statistische Tests.....	62
6.7.	Stichprobenbeschreibung	63
7.	<i>Ergebnisse</i>.....	67
7.1.	Wissensveränderungen	67
7.1.1.	Prävalenzschätzungen von Depression in Alten- und Pflegeheimen	67
7.1.2.	Symptome	68
7.1.3.	Abgrenzung Depression-Demenz.....	69
7.1.4.	Ursachen	70
7.1.5.	Behandlung	74
7.2.	Einstellungen zu Depression und Suizidalität im Alter	81
7.3.	Verhaltensintentionen bei suizidalen Absichten von Heimbewohnern.....	84
8.	<i>Diskussion</i>.....	89
8.1.	Einstellungen zu Depression im Alter	90
8.2.	Prävalenzschätzungen von Depression in Alten- und Pflegeheimen	92
8.3.	Symptome	93
8.4.	Ursachen	94
8.5.	Behandlung	95
8.6.	Suizidalität im Alter	99
8.7.	Gegenüberstellung dieser Untersuchung zu der Bevölkerungsumfrage	101
8.8.	Fortbildungskonzept und Evaluierungsdesign.....	103
8.9.	Bewertung und Ausblick.....	107
9.	<i>Zusammenfassung</i>.....	111
10.	<i>Literaturverzeichnis</i>.....	114
11.	<i>Anhang</i>	129

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Gesamtüberblick über untersuchte Forschungsbereiche	60
Tabelle 2:	Soziodemographie der untersuchten Gruppen.....	65
Tabelle 3:	Schätzungen Punktprävalenzen zur Prä-, Post- und Follow-up-Messung	67
Tabelle 4:	Antworten auf die Frage „Was kann bei der Entstehung von Depression im Alter häufig eine Rolle spielen?“	71
Tabelle 5:	Antworten auf die Frage „Für wie geeignet halten Sie folgende Möglichkeiten zur Behandlung von Depressionen im Alter?“	76
Tabelle 6:	Statistische Unterschiede zu drei Messzeitpunkten zur Beurteilung der Eigenschaften von Antidepressiva	78
Tabelle 7:	Anteile der Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen mit Psychopharmakaverschreibungen zur Prä- und Post-Messung	80
Tabelle 8:	Statistische Unterschiede zu drei Messzeitpunkten von Einstellungen der Altenpflegekräfte zu Suizid im Alter	83
Tabelle 9:	Statistische Unterschiede zu drei Messzeitpunkten ausgewählter Verhaltensoptionen bei Suizidgefährdung eines Altenheimbewohners	85
Tabelle 10:	Signifikante statistische Unterschiede zu drei Messzeitpunkten ausge- wählter Verhaltensoptionen nach Suizidversuch eines Altenheimbewohners	87

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Kriterien einer Depression nach ICD-10	11
Abbildung 2:	Ursachenmodell der Depression.....	15
Abbildung 3:	WHO-Studie „Global Burden of Disease“ Verlorene Lebensjahre durch Erkrankung	17
Abbildung 4:	Prognose der major Depression in verschiedenen Altersgruppen	19
Abbildung 5:	Optimierungsspielraum hinsichtlich depressiver Erkrankungen	20
Abbildung 6:	Depression und Demenz	28
Abbildung 7:	Terminologische Abgrenzung in der Suizidforschung.....	30
Abbildung 8:	Suizidraten in Deutschland 1998	33
Abbildung 9:	Darstellung einer Weiterbildungskonzeption	44
Abbildung 10:	Modellentwurf zu strukturellen Einflussgrößen im Transferprozess	45
Abbildung 11:	Der Zeitplan des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“	51
Abbildung 12:	Vier-Ebenen-Modell	52
Abbildung 13:	Untersuchungsablauf	61
Abbildung 14:	Ergebnisse - Typische Symptome der Altersdepression.....	69
Abbildung 15:	Ergebnisse – Wissen „Pseudodemenz“	70
Abbildung 16:	Ergebnisse – Ätiologie der Depression im Alter	71
Abbildung 17:	Ergebnisse – Behandelbarkeit der Depression im Alter	74
Abbildung 18:	Ergebnisse – Behandlungsmöglichkeiten der Depression im Alter	76
Abbildung 19:	Ergebnisse – Haben Antidepressiva Nebenwirkungen?	79
Abbildung 20:	Ergebnisse – Machen Antidepressiva abhängig/ süchtig?	79
Abbildung 21:	Ergebnisse – Verändern Antidepressiva die Persönlichkeit?	80
Abbildung 22:	Ergebnisse – Meinungen zur Depression im Alter als Erkrankung.....	82
Abbildung 23:	Ergebnisse – Meinungen zu Suizid im Alter	83
Abbildung 24:	Ergebnisse – Verhaltensintentionen bei Suizidgefährdung eines Heimbewohners	86
Abbildung 25:	Ergebnisse – Verhaltensintentionen nach Suizidversuch eines Heimbewohners	88

1. Einleitung

Die Lebenserwartung hat in den westlichen Industrienationen erheblich zugenommen. Ältere Personen haben mit 60 Jahren oft noch etwa ein Drittel ihrer Lebensspanne vor sich. Die Altersgruppe der Menschen über 75 Jahre wächst derzeit sogar am schnellsten. Zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen dieser Altersgruppe gehören neben den dementiellen Erkrankungen die Depressionen. Depressive Störungen sind schwere und häufig lebensbedrohliche Erkrankungen, die eine konsequente Therapie erfordern. Dies gilt aus verschiedenen Gründen in einem noch stärkerem Maße für Depressionen bei alten Menschen.

10-15% (Wulsin et al., 1999; Schneider et al., 2001) der depressiven Patienten sterben an Suizid. Dieses Risiko ist bei Männern in der Altersgruppe über 65 Jahre noch höher (Hegerl et al., 2001b). Aber auch die häufig mit depressiven Störungen assoziierte Rückzugstendenz und Immobilität sowie eine durch depressive Symptome bedingte ungenügende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme können im höheren Lebensalter rasch zu lebensbedrohlichen Situationen führen.

Depression ist nicht mit Trauerreaktionen gleichzusetzen. In einem Trauerprozess kommt es nach einer bestimmten Zeit des Rückzuges und des bewussten Abschiednehmens zu einer Neuorientierung des Lebens (Glick et al., 1974). Laut Clayton et al. (1974) gehen Trauerzustände aber in 15% der Fälle in behandlungsbedürftige Depressionen über. Ebenfalls zu unterscheiden ist die Depression von dem Zustand der depressiven Befindlichkeitsstörung. Jeder kennt Tage, an denen man sich über nichts freuen kann, an denen man verstimmt, ohne Energie ist, sich schlecht, schuldig, unfähig oder unruhig fühlt. Diese Gefühle sind, wie andere (positive) Gefühle, Teil unserer emotionalen Grundausstattung und haben zunächst nichts mit der Erkrankung Depression zu tun (Whybrow, 1997). Denn meist ist man in der Lage, auch mit negativen Gefühlen angemessen umzugehen, sie anzunehmen oder zu bewältigen. Der Auslöser für diese Gefühle stellt oft eine nachvollziehbare Reaktion auf persönliche Ereignisse dar. Die Dauer des Stimmungstiefs beträgt oft wenige Tage. Depression ist dagegen oft nicht an spezielle Auslöser gekoppelt und umfasst längere Zeiträume. Viele der Betroffenen leiden im Stillen, die Krankheit wird nicht erkannt, fehldiagnostiziert und vor allem nicht behandelt.

Die Depression ist eine Erkrankung, die in allen Altersstufen vorkommt. Die Problematik der Altersdepression wird dadurch verstärkt, dass sich die Depression hinter der „Maske“ körperlicher Symptome verstecken kann (latente Depression). Bron (1990) konnte in einer Studie zu alterstypischen Besonderheiten der Depression im Alter zeigen, dass vegetative Störungen, hypochondrische Befürchtungen und körperliche Angstsymptome bei depressiven älteren Patienten stärker in den Vordergrund des klinischen Bildes treten als bei jüngeren depressiven Patienten. Demnach klagen ältere depressive Patienten auch häufiger über eine Minderung der Gedächtnisleistungen und des Konzentrationsvermögens.

In einer Reihe von Studien wurde gezeigt, dass insuffizient behandelte Depressionen den Verlauf anderer körperlicher Erkrankungen negativ beeinflussen und mit einer erhöhten Mortalität einhergehen (Frasure-Smith et al., 1995; Pratt et al., 1996, Linden et al., 1998).

Selbst bei Fachleuten bestehen Defizite im Wissen um Erkennen und Behandlung von Depression im Alter (Lebowitz et al., 1997; Nelson, 2001). Dabei sind Optimierungsmöglichkeiten zu Diagnostik und Therapie von großer Bedeutung. In der hier vorliegenden Arbeit soll *eine* Interventionsmaßnahme – Fortbildungen für Altenpflegekräfte – vorgestellt und auf ihre Effektivität untersucht werden. Der erste Teil der Arbeit erläutert theoretische Hintergründe zu Depression und Suizidalität älterer Menschen; anschließend werden Sachverhalte zum Wissenstransfer durch Fortbildungen und die Entwicklung eines spezifischen Fortbildungs-Konzeptes erläutert. Die im Rahmen des depressions- und suizidpräventiven Projektes „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ durchgeführten Fortbildungen für Altenpflegepersonal wurden mittels eines standardisierten Fragebogens evaluiert. Die genaue Erläuterung des Erhebungsinstrumentes, des methodischen und statistischen Vorgehens erfolgt im Kapitel 6. Danach werden die Ergebnisse der Fragebogenerhebungen vorgestellt und in Bezug auf theoretische Befunde diskutiert.

2. Depression im Alter

Nachfolgend werden theoretische Grundlagen und Studien zur Epidemiologie, Ätiologie, Risikofaktoren, Mortalität, Prognose, Schweregradeinschätzung, Behandlungsmöglichkeiten der Depression im Alter sowie differentialdiagnostische Aspekte zwischen Demenz und Depression ausführlicher erörtert.

2.1. Definition: Altersdepression

Für alle Altersklassen wird die depressive Episode als eine mit gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und Antriebsminderung einhergehende, aktivitätshemmende, psychische Störung definiert. Gemäß ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, WHO/ Dilling et al., 1991) müssen, wie in Abbildung 1 dargestellt, folgende Symptome vorliegen, um schwere, mittelgradige und leichte Depressionen zu diagnostizieren:

A) <ul style="list-style-type: none">• Depressive Stimmung• Verlust von Interesse und Freude• Erhöhte Ermüdbarkeit	B) <ul style="list-style-type: none">• Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit• Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen• Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit• Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven• Suizidgedanken, erfolgte suizidale Handlungen• Schlafstörungen• Appetitminderung
leicht:	mindestens 2 Symptome aus A und 2 aus B
mittelgradig:	mindestens 2 Symptome aus A und 3 aus B
schwer:	alle 3 aus A und mindestens 4 aus B
bei schweren Episoden oft Wahn (z.B. Versündigungswahn, Verarmungswahn) oder depressiver Stupor	

Abbildung 1: Kriterien einer Depression nach ICD-10

Die Sonderstellung der Altersdepression ist in der europäischen wie der amerikanischen Psychiatrie über viele Jahrzehnte aufrechterhalten worden (Rosenthal, 1968). Gurland (1976) aber konnte zeigen, dass sich das klinische Bild und der Verlauf der Depression im Alter nicht kategorial von depressiven Störungen in früheren Lebensabschnitten unterscheidet. Diese Auffassung setzte sich nach und nach durch. In den aktuellen psychiatrischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, Saß et al., 1996) kommt die Depression im Alter nicht mehr als nosologische Entität vor. Sie geht auf in den verschiedenen Diagnosen innerhalb der affektiven Störungen. Die ätiologischen, psychopathologischen und prognostischen Besonderheiten der Depression im Alter haben aber noch immer Gültigkeit.

So neigen, laut Zaudig (2001), alte Menschen häufiger zur Bagatellisierung depressiver Symptome. Außerdem werden psychische Störungen oder Krankheiten nicht oder weniger akzeptiert, besteht verstärkt eine Somatisierungsneigung, eine Überschneidung von psychischen Krankheiten und somatischen Symptomen einer Depression; z.B. kann ein unklares Schmerzsyndrom bei alten Patienten Ausdruck einer zugrunde liegenden Depression sein

Dies konnte in einer Vergleichsuntersuchung von Göbel et al. (1997) zur Symptomatik der Altersdepression an einer Stichprobe von 51 depressiver älterer Patienten (>50 Jahre) belegt werden. So zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen zunehmenden Lebensalter und hypochondrischem Somatisieren, während der Faktor Schuldwahn negativ mit dem Alter korrelierte, d.h. Schuldgefühle und Wahnphänomene lassen mit zunehmenden Alter nach.

Auch Baldwin und Tomenson (1995) beschreiben in ihrer Studie bei einer Stichprobe von 21 Patienten mit frühem Beginn der Depression (<59 Jahre) und 36 Patienten mit spätem Beginn, dass bei letzteren - den älteren Patienten, eine Akzentverschiebung der Symptomatik in Richtung verstärkter Agitiertheit, Angst, Hypochondrie, Misstrauen und die Neigung, somatische Symptome in den Vordergrund zu stellen, erfolgt.

König et al. (1993) heben wiederum insbesondere Symptome wie Interessenverlust, Schlafstörungen, Suizidgedanken und auch hypochondrische Befürchtungen als beste Diskriminatoren zwischen depressiven und nichtdepressiven Alterspatienten hervor.

Sie kommen zu dem Schluss, dass die Berücksichtigung somatischer Beschwerden (z.B. Kopfschmerz, Schwindel, Herzstolpern, Bauchschmerzen, Brustdruck usw.) ohne organisches Korrelat sehr hilfreich bei der Identifizierung depressiver alter Menschen sein kann. Sie weisen jedoch auf die Tatsache hin, dass sich auch bei nichtdepressiven, organisch Erkrankten in 2/3 aller Fälle Schlafstörungen, Müdigkeit oder Verlangsamung finden.

2.2. Epidemiologie

Depressionen gehören neben dementiellen Erkrankungen zu den am häufigsten auftretenden psychischen Störungen im höheren Lebensalter (Bergener, 1998).

Die Ergebnisse epidemiologischer Studien über die Punktprävalenz depressiver Störungen hängen davon ab, welche Patientenstichproben untersucht und welche diagnostischen Kriterien dabei angewandt werden. Depressive Symptome sind sehr viel häufiger als die operational definierten Krankheitsbilder der depressiven Episode (bzw. major Depression) oder der Dysthymie. Eine relevante depressive Störung nach ICD-10 Kriterien (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, WHO/Dilling et al., 1991) entwickeln bis zu 10% der über 70jährigen (Linden et al., 1998).

Immer wieder wird die Frage diskutiert, ob es im Alter eine Zunahme von Depressionen gibt. In der Literatur wird diese Annahme nicht gestützt. Im Gegenteil: neuere Ergebnisse weisen auf niedrigere Prävalenzraten zwischen 1% und 9% hin (Copeland et al., 1999; Henderson et al., 1993; Helmchen et al., 1996).

Die Epidemiological Catchment Area Study (Myers et al., 1984) in drei US-amerikanischen Großstädten zeigte, dass die Häufigkeit ausgeprägter Depressionen vom Typ der major Depression mit steigendem Alter nicht zunimmt, sondern tendenziell sinkt. Die niedrigeren Prävalenzraten erklären sich vermutlich dadurch, dass leichtgradige Ausprägungen depressiver Syndrome nicht erfasst wurden.

Daraus darf aber nicht der Schluss gezogen werden, dass die Depression als psychische Gesundheitsstörung im Alter an Bedeutung verliert. Die „Berliner Altersstudie“ (Linden et al., 1998) hat nachgewiesen, dass Depressionen nach den Demenzzuständen die zweithäufigste Gruppe der psychischen Erkrankungen darstellen und keine eindeutige Altersabhängigkeit zeigen. Leichtere – „subdiagnostische“ – Ausprägungsformen der Depression sind nach dieser Studie zweieinhalb mal häufiger als die spezifisch diagnostizierten Depressionen.

Andere Studien zu subdiagnostischen Ausprägungsformen bestätigen diese Prävalenzangaben ebenfalls (Schneider et al., 2000; Copeland et al., 1999).

Bei Patienten mit körperlichen Krankheiten und Behinderungen ist die Häufigkeit von Depressionen erhöht (Krishnan et al., 2002a; Penninx et al., 2001). Eine vermehrte Wahrscheinlichkeit depressiver Störungen besteht auch nach Schlaganfällen (Hüwel et al., 1998). Aus diesem Grunde ist es nicht verwunderlich, dass die Prävalenz depressiver Episoden bei den Bewohnern von Pflegeheimen deutlich über der von gleichaltrigen Personen liegt, die außerhalb von derartigen Institutionen leben. Für die Diagnose der major Depression werden Werte von circa 15% (Ernst, 1997) angegeben. Sogenannte subsyndromale (leichtere) Depressionen erreichen in Altenheimen dagegen Prävalenzen von 35 – 40% (Weyerer et al., 1995; Linden et al., 1998)

2.3. Ätiologie

In Abbildung 2 ist ein Ursachenmodell dargestellt, welches die unterschiedlichen Entstehungsbedingungen der Depression aller Altersklassen veranschaulichen soll. Die Ursachen reichen von psychologischen Faktoren (Seligman, 1975; Beck et al., 1981), psychosozialen Aspekten (Fuchs & Flugge; 2001, Kivela et al., 1996; Draper & Anstey, 1996) wie beispielsweise Verlustereignissen über depressive Symptome bei schweren körperlichen Krankheiten (Bigot et al., 1999; Ammon-Cavanaugh et al., 2001), Persönlichkeitseigenschaften (Abrams et al., 1998) bis zur genetischen Disposition (Heun et al., 1996; Schoevers et al., 2000).

Es herrscht überwiegend Einigkeit darüber, dass eine gemeinsame „Endstrecke“ verschiedener Prozesse, die Einfluss auf biochemische (z.B. Aminstoffwechsel, Neurotransmittersysteme, Rezeptoren) und neuronale Veränderungen (z.B. limbisches Strukturen) haben (Krishnan, 2002b; Levenes et al., 1999; Spreux-Varoquaux et al., 2001), eine Depression verursachen können.

Auch im Alter sind die Ursachen der Depression komplex. Laut Kortus und Wolfersdorf (1995) ist die Depression im höheren Lebensalter im Vergleich zur Depression im mittleren Lebensalter häufig durch modifizierte Lebensumstände (psychosoziale Aspekte) gekennzeichnet.

Auch Laux und Müller (1999) kommen zu dem Schluss, dass es mit Beginn des Ruhestandes zu gehäuften Verlusterlebnissen sowie Veränderungen des Rollengefüges und soziale Positionen, einhergehend mit Identitätskrisen, Umstrukturierung der Familienformation sowie der Freizeit und der Wohn- und finanziellen Situation kommt. Soziale Entpflichtung sowie gesellschaftliche Entwertung beim Ausscheiden aus dem Berufsleben können gerade heute erhebliche Verunsicherungen und Wertfragen nach sich ziehen.

Hautzinger (2000b) geht davon aus, dass Defizite bei Fertigkeiten und Ressourcen im Alter eine Depression zusätzlich begünstigen können. Auch sind, so Hautzinger, Personen mit reduzierten Interessen, Zielen, Aktivitäten, Beschäftigungen und alternativen Handlungsräumen anfälliger für Depressionen als Personen, die im Alter auf vielfältige Interessen, breitgestreute Aktivitäten und Handlungsspielräume zurückgreifen können. Schließlich gelingt Menschen mit starren, wenig flexiblen und rigiden Vorstellungen, hohen Ansprüchen und Perfektionismus, ausgeprägter Misserfolgsorientierung und fatalistischen Attributionsstilen die Anpassung an sich verändernde Gegebenheiten und unveränderbaren Entwicklungen deutlich schwerer; was das Festhalten an alten Zielen und Ansprüchen und damit Enttäuschung und Hilflosigkeit begünstigt und somit das Depressionsrisiko erhöht.

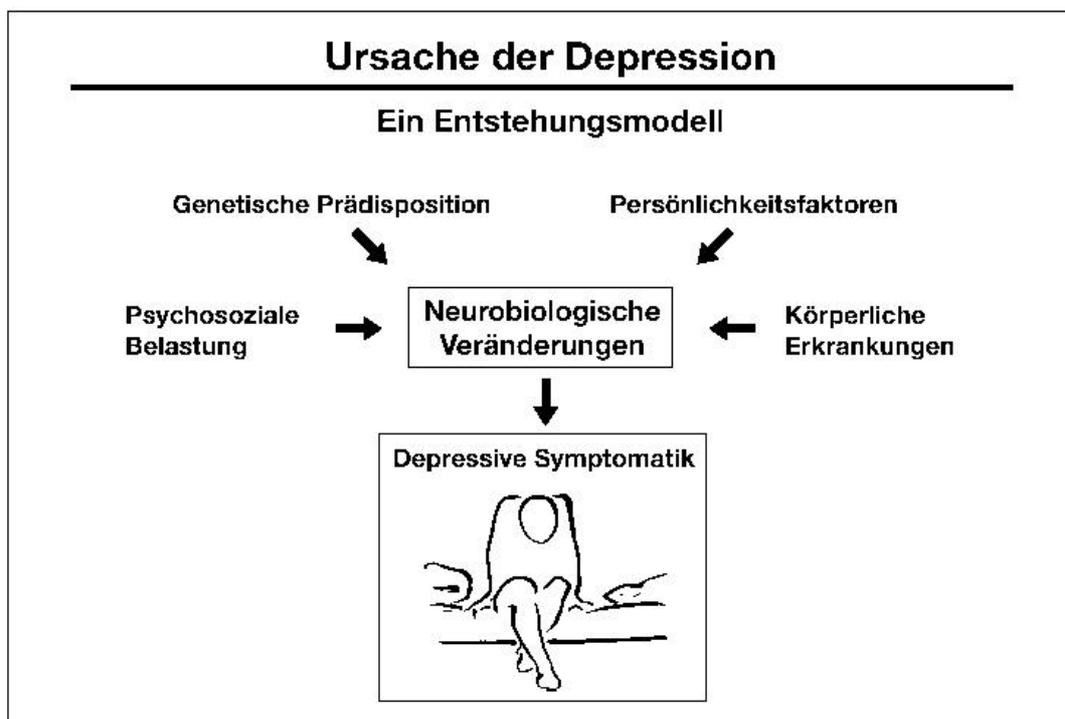


Abbildung 2: Ursachenmodell der Depression

Normales Altern führt zu einer Zunahme vieler Erkrankungen wie Tumoren, Schlaganfällen, Bluthochdruck, koronaren Herzerkrankungen, Parkinson und Demenz sowie chronischen Schmerzzuständen (Hegerl & Hoff, 2003b). Viele dieser Erkrankungen führen zu einer deutlichen Zunahme von Depressionen, was aktuelle Studien belegen (Alexopoulos et al., 2002; Penninx et al., 2001; Krishnan et al., 2002a; Lee et al., 2001). Die häufige Multi- und Komorbidität stellt dabei ein besonderes Problem dar. So konnten Welz et al. (1997) in einer Bevölkerungsstudie bei über 65jährigen zeigen, dass 32,2% der 189 untersuchten über 65jährigen an drei oder vier Erkrankungen, 19,4% an fünf oder sechs und 20,6% an mehr als sechs Erkrankungen gleichzeitig litten.

Robertson und Katona (1996) konnten den Zusammenhang von hoher Komorbidität einiger somatischer Krankheiten mit Depression, beispielsweise Diabetes mellitus bis 50%, Morbus Parkinson bis 40%, Herzinsuffizienz bis 40%, cerebrovaskuläre Insulte bis 50% gut belegen.

Auch Rao et al. (2001), Livingston et al. (2000) und Linden et al. (1995) wiesen ein Zusammenwirken somatischer Erkrankungen und Depression bei älteren Patienten nach. Ergebnisse der oben genannten Studien von Alexopoulos et al., Penninx et al., Krishnan et al. und Lee et al. zeigten zudem sowohl ein zeitgleiches Auftreten mehrerer psychischer Erkrankungen (z.B. Angst und Depression, Depression und Abhängigkeit), als auch eine Komorbidität psychischer und somatischer Krankheiten, die zudem noch in Wechselwirkungen stehen können (z.B. Apoplex und Depression) (Hüwel et al., 1998).

Besonders zu beachten sind auch Medikamente als Verursacher depressiver Syndrome, beispielsweise können Cortison, β -Blocker, Antibiotika (Gyrasehemmer) sowie Interferon Depressionen hervorrufen (Zaudig et al., 1989; Spina & Scordo, 2002).

An der Entstehung der Depression im Alter sind nach Ergebnissen einer klinischen Studie (N=405) von Musetti et al. (1989) genetische Faktoren und Persönlichkeitseigenschaften weniger häufig beteiligt als bei depressiven Störungen jüngerer Menschen.

2.4. Mortalität

Ergebnisse einer WHO-Studie (Murray & Lopez, 1997b) zeigten, dass - gemessen an dem Indikator DALY (Disease Associated Lost Years), der die durch vorzeitiges Versterben verlorenen Lebensjahre berücksichtigt -, die unipolare Depression nach den kardiovaskulären Erkrankungen an zweiter Stelle rangiert. In Abbildung 3 sind die Ergebnisse aufgeführt.

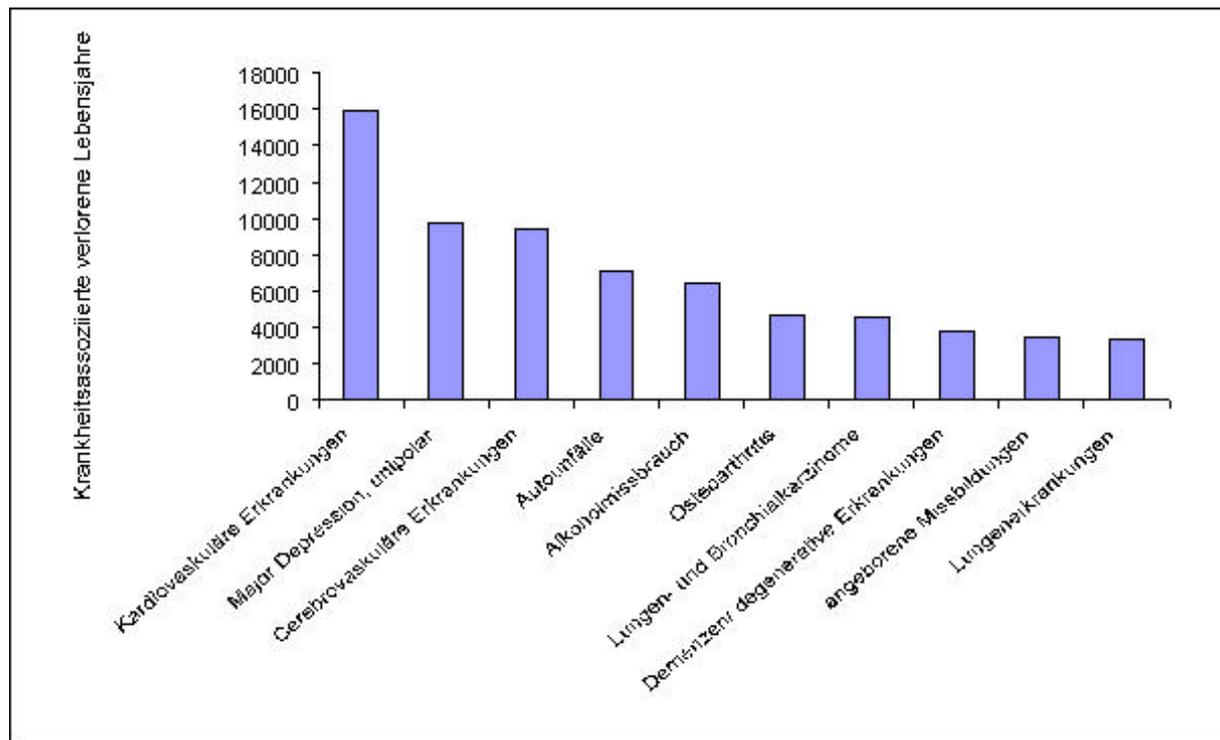


Abbildung 3: WHO-Studie „Global Burden of Disease“ Verlorene Lebensjahre durch Erkrankung (Murray & Lopez, 1997b)

Brody et al. (1993) ermittelten in ihrem 3,8 Jahres-Follow-up eine Mortalitätsrate von 17%, was einer jährlichen Rate von 4,5% entsprechen würde.

In vielen empirischen Studien (Thomas et al., 1992; Copeland et al., 1992; Fichter et al., 1995) wurde die erhöhte Mortalität depressiver Patienten auf gleichzeitig vorhandene akute oder chronische Erkrankungen zurückgeführt. Andere Untersuchungen zeigten jedoch auch unter Berücksichtigung körperlicher Erkrankungen einen Zusammenhang zwischen depressiven Erkrankungen und Mortalität auf.

So konnten Ganzini et al. (1997) im Rahmen einer Follow-up-Studie an institutionalisierten Kriegs-Veteranen zeigen, dass sowohl der Schweregrad somatischer Erkrankungen als auch eine vorhandene depressive Erkrankung allein das Mortalitätsrisiko beeinflusste.

Auch die Ergebnisse von Rovner (1993), erhoben an 454 Heimbewohnern, zeigten, dass eine depressive Erkrankung ein unabhängiger Risikofaktor für eine erhöhte Mortalität ist.

In einer Metaanalyse kommen Saz und Dewey (2001) zu dem Ergebnis, dass depressive Menschen ein erhöhtes Risiko haben, zu versterben (Odds Ratio 1,73; 95% Konfidenzintervall 1,53 – 1,95).

2.5. Prognose

Die meisten klinischen Studien zeigen, dass mehr als 70% der älteren Patienten, die an einer major Depression leiden und antidepressiv behandelt werden, remittieren, sofern sie ausreichend lange die in Leitlinien empfohlene Dosierung eines Antidepressivums erhalten haben.

In einer Langzeit-Studie (Stoudemire et al., 1993) von therapieresistenten Depressionen bei älteren Patienten zeigte sich, dass 15 Monate nach Behandlung durch Antidepressiva oder Elektrokonvulsionstherapie (EKT) 47% klinisch gebessert waren; vier Jahre später stieg dieser Anteil sogar auf 71% an.

Die Erfolgsaussichten einer antidepressiven Therapie werden aber, wie Baldwin und Tomenson (1995) in einer Studie zeigten, durch bestimmte Faktoren gemindert, die insbesondere im Alter gehäuft auftreten. Hierzu zählen vorangegangene depressive Episoden, eine vorbestehende Dysthymie, akute wie chronische somatische Erkrankungen, die Anzahl der eingenommenen Medikamente, Hilfsbedürftigkeit und kritische Lebensereignisse wie schwere Krankheit oder Verlust einer nahestehenden Person. Außerdem wird die Prognose durch ein adäquates soziales Netzwerk beeinflusst (Gorge et al., 1989).

Eine inadäquate Behandlung depressiver Störungen führt neben dem subjektiven Leid für die Betroffenen auch zu großen Belastungen für Angehörige, Pflegende und für das soziale Umfeld, aber auch zu erhöhten Kosten durch unspezifische Behandlung, mehr Praxisbesuchen und nicht notwendigen diagnostischen Maßnahmen. Es wird geschätzt, dass bei 2/3 der nicht als depressiv erkannten und daher nicht adäquat behandelten älteren Patienten zusätzlich sechs Arztbesuche pro Jahr bei einem Allgemeinarzt anfallen (Katona, 1995; DAK-Gesundheitsreport, 2002).

Dem behandelnden Allgemeinarzt tragen diese Patienten somatische Beschwerden vor, die letztlich Ausdruck der nicht erkannten Depression sind.

In Abbildung 4 sind Ergebnisse einer in Australien durchgeführte 4-Jahres Katamnese (Brodaty et al., 1993) dargestellt, welche den graduellen Unterschied der Prognose zwischen Patienten unterschiedlicher Altersgruppen zeigen. Die Rückfallrate nach gebesserter major Depression bei älteren Patienten ist nicht höher als bei jüngeren, der Anteil chronischer Verläufe jedoch größer und die Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Remission geringer.

Diese Ergebnisse konnten auch Reynolds et al. (1996a) und Thomas et al. (2002) in ihren Studien zeigen.

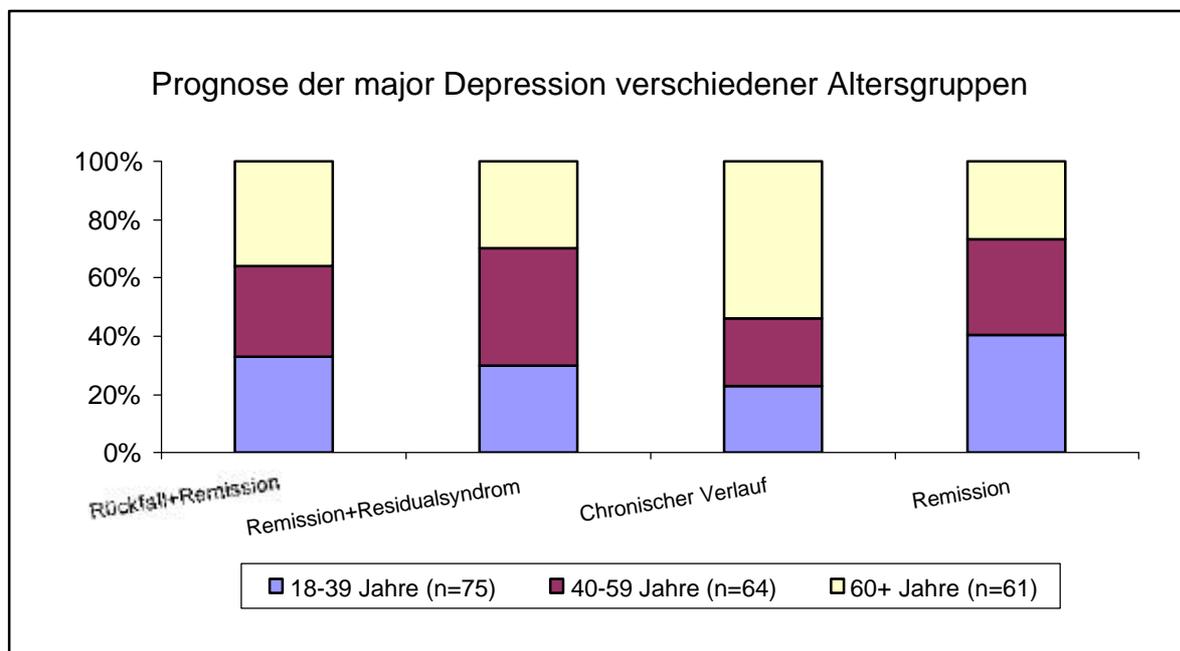


Abbildung 4: Prognose der major Depression in verschiedenen Altersgruppen (Brodaty et al., 1993)

2.6. Schweregradeinschätzung

Depressionen sind nach den Ergebnissen der WHO-Studie Global Burden of Disease (Murray & Lopez, 1997a) in den entwickelten Ländern die Volkskrankheit Nr. 1, wenn die Zahl der Erkrankungsjahre pro Bevölkerung und die Schwere der Beeinträchtigung berücksichtigt werden. Diabetes und auch Herz-Kreislaufkrankungen nehmen hier nachfolgende Rangpositionen ein.

Abbildung 5 veranschaulicht, dass den Hausärzten bei der Früherkennung depressiver Störungen eine besondere Verantwortung zukommt. Die meisten depressiven Patienten befinden sich in hausärztlicher Betreuung, die Depression wird aber nur bei einer Minderheit erkannt und konsequent behandelt. Hegerl (2003a) geht davon aus, dass das diagnostische und therapeutische Defizit bei älteren Menschen noch dramatischer sein dürfte, da hier Diagnose und Therapie durch eine Reihe von Faktoren zusätzlich kompliziert werden.

In einer Überblicksarbeit kommen Lebowitz et al. (1997) zu dem Schluss, dass das Konsensuspapier des National Institutes of Health von 1991 zur unzureichend diagnostizierten und inadäquaten Behandlung der Depression im Alter noch immer Gültigkeit hat (National Institut of Health, 1992).

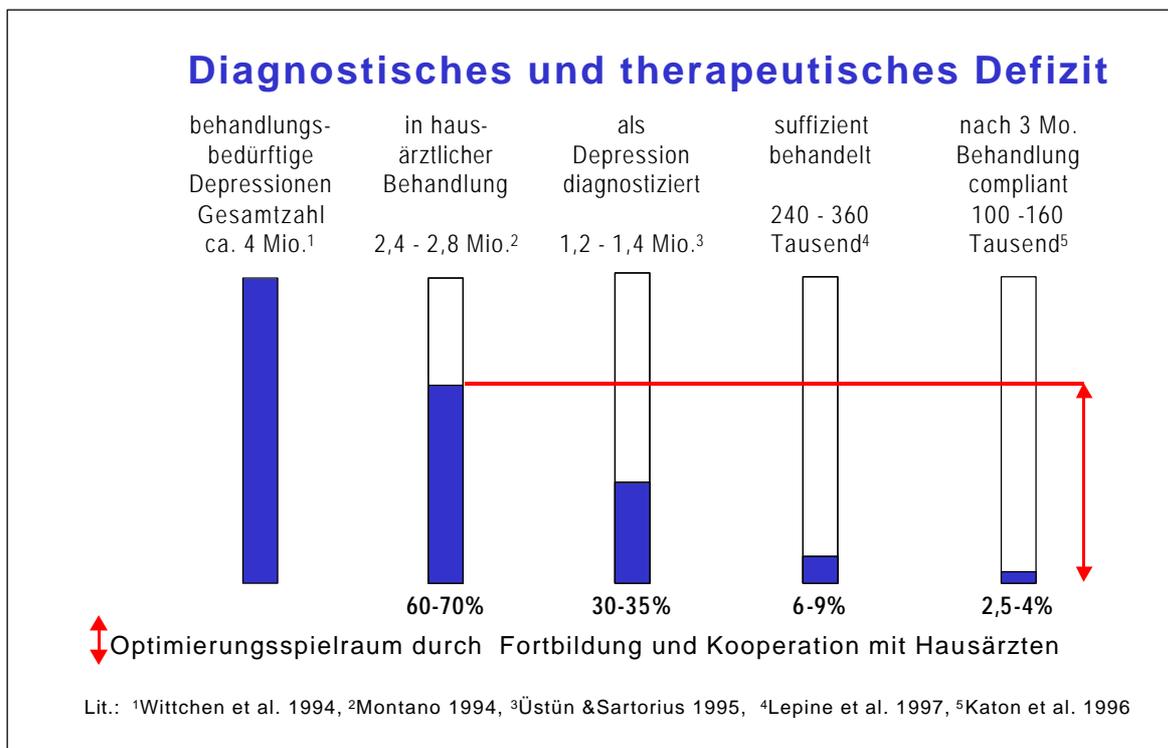


Abbildung 5: Optimierungsspielraum hinsichtlich depressiver Erkrankungen

2.7. Behandlung von Altersdepression

Gerade bei älteren Menschen gibt es ein großes therapeutisches Defizit (Linden et al., 1998a), da die Gefahr groß ist, die depressive Symptomatik nicht als therapiebedürftige Krankheit, sondern als nachvollziehbare Reaktion auf betrübliche Lebensumstände im Alter aufzufassen (Hegerl et al., 2001c)

Für Depressionen im Alter bestehen aber gute Therapiemöglichkeiten, die den Patienten nicht vorenthalten werden dürfen.

Pharmako- und Psychotherapie stellen die wichtigsten Therapiesäulen dar. Ein Überblick von Plattner et al. (2001) über aktuelle Studien aus den 1990er Jahren zur vergleichenden Wirksamkeit von Psycho- und Pharmakotherapie gegenüber einer kombinierten Therapie zeigt, dass der kombinierte Einsatz von Psychotherapie und Pharmakotherapie aufgrund der Datenlage nicht generell für jeden Patienten empfohlen werden kann. In der Akutbehandlung von Patienten mit major Depression ist eine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung gegenüber Psychotherapie und Pharmakotherapie alleine nicht nachweisbar. Bezogen auf die Langzeitbehandlung von Patienten mit major Depression zeigt die methodisch herausragende Studie aus der Arbeitsgruppe um Frank (1990), dass eine Kombinationsbehandlung der Behandlung mit nur interpersoneller Psychotherapie überlegen ist, nicht aber der Behandlung mit Trizyklika.

Dieses Bild differenziert sich weiter, wenn man Subgruppen von Patienten betrachtet. So profitieren ältere Patienten vor allem in Bezug auf die Langzeitbehandlung von der Kombination interpersonelle Psychotherapie und Trizyklika (Reynolds et al., 1999a und 1999b). In einer Metaanalyse zur Effektivität der Therapien untereinander und als Kombinationstherapie zur Behandlung der Altersdepression stellten Gerson et al. (1999) fest, dass sich in den publizierten Daten der letzten 20 Jahre keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Behandlung mit trizyklischen und Serotonin-Wienderaufnahme-Hemmer (SSRI) zeigten. Die Daten für psychotherapeutische Intervention (kognitive Verhaltenstherapie, Verhaltenstherapie und psychodynamische Therapien) älterer depressiver Patienten zeigten signifikante Verbesserungen gegenüber der Placebogruppe, nicht aber gegenüber der Pharmakotherapie-Gruppe.

Im Folgenden werden die Behandlungsmethoden Pharmakotherapie, Psychotherapie sowie weitere Behandlungsoptionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bei älteren Patienten erörtert.

2.7.1. Pharmakotherapie

Es gibt einige placebokontrollierte Parallelgruppen-Versuche an älteren Patienten (>65) (Klysner et al., 2002; Hegerl & Möller, 2000; Mittmann et al., 1999; Newhouse et al., 2000) die die Wirksamkeit von Antidepressiva bei der Behandlung von Depression des höheren Lebensalters belegen.

Die Wirksamkeit antidepressiver Medikation bei der Behandlung älterer Patienten wird auch durch zahlreiche Studien unterstützt, die verschiedene Antidepressiva der 2. Generation und 3. Generation mit klassischen Antidepressiva verglichen (Montgomery, 1998; Emslie & Judge, 2000). Die Response-Quote auf Antidepressiva liegt bei älteren Patienten etwa in der von jüngeren Patienten bekannten Größenordnung von 60-80% (Reynolds et al., 1996a; Möller et al., 2000).

Die leichte Handhabbarkeit, das geringe Nebenwirkungsprofil und die Überdosierungssicherheit sind jedoch Vorteile der SSRI und neuerer Antidepressiva (Hegerl & Möller, 2000), die insbesondere bei der Altersdepression zum Tragen kommen.

Antidepressiva haben kein Abhängigkeitspotential und verändern nicht die Persönlichkeit. Bei der Medikamentenauswahl sind zudem spezielle Vor- und Nachteile unterschiedlicher Antidepressiva-Klassen im Hinblick auf die bei alten Menschen häufigen Begleiterkrankungen (Kurzthaler et al., 2001) und Begleitmedikationen zu berücksichtigen. Dosisänderungen sollten bei alten Menschen generell in kleineren Schritten erfolgen. Die therapeutische Dosis ist jedoch nicht grundsätzlich, sondern nur für einige Antidepressiva niedriger (Hegerl & Möller, 2000).

Insgesamt kann aus den vorliegenden Befunden der Schluss gezogen werden, dass Antidepressiva auch bei älteren Menschen sehr gut wirksam sind.

50% aller Altenheimbewohner und 75% aller über 70jährigen nehmen, wie Laux et al. (2001) berichten, Psychopharmaka ein. Es werden dabei jedoch überwiegend Tranquilizer verschrieben. Lediglich 6% aller älteren Patienten mit der Diagnose Depression erhalten Antidepressiva.

Die häufig diskutierten, auf der Dichotomie „psychogen versus somatogen“ basierenden Ursachenmodelle vernachlässigen neurobiologische Einflussfaktoren, die bei psychoreaktiv erscheinenden Depressionszuständen durchaus ähnlich sein können wie bei den mehr körperlichen Formen der Krankheit. So gelten, wie im Kapitel 2.3. erläutert, Änderungen in zentralen Neurotransmittersystemen als neurobiologisches Äquivalent von Depression. Aber nicht nur durch Medikamente, sondern auch durch psychologische Interventionen können neurobiologische Änderungen erzeugt werden, die den Wirkungen spezifisch bindender Psychopharmaka ähneln (Aldenhoff, 1997).

2.7.2. Psychotherapie

„Psychotherapie für ältere Patienten ist möglich, zunehmend üblich, doch längst nicht selbstverständlich“ beginnt Martin Hautzinger sein Kapitel über Psychotherapie im Alter in Förstls Lehrbuch der Gerontopsychiatrie (Förstl, 1997).

Verhaltens- und kognitive Therapie halten eine Reihe von Modellen und Techniken auch für kognitiv beeinträchtigte Patienten bereit. Doch sind auch hier, wie bei jeder Psychotherapie, Lernfähigkeit und Kooperation die Grundvoraussetzungen. Es bedarf bei älteren Patienten einer speziellen Erfahrung, die Motivation zur Psychotherapie herzustellen und aufrechtzuerhalten.

Zur Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bei Älteren liegen einige Studien (Hautzinger, 1992; Thompson, 1996; Walker & Clarke, 2001) vor. Die meisten untersuchten Personen waren zwischen 66 und 74 Jahre alt, können also zu den „jungen“ Alten gerechnet werden. Das typische Behandlungssetting in den Studien war die ambulante Gruppentherapie und die ambulante Individualtherapie. Insgesamt sind die erzielten Veränderungen (Effektstärken der Verhaltenstherapie) als gut zu beurteilen. Auch die Ergebnisse einer neueren Studie von Hautzinger (2000a) zu verhaltenstherapeutischen Gruppenprogrammen zeigten positive, depressionsreduzierende Veränderungen. Jedoch wurde die Notwendigkeit, umfangreiche (mit größeren Fallzahlen) kontrollierte Therapiestudien durchzuführen, bevor weitreichende Empfehlungen für die klinische Versorgung gegeben werden können, betont.

Psychoanalytische Therapie von über 60jährigen ist laut Radebold (1997) möglich, sinnvoll und langfristig (katamnestisch belegt) erfolgreich (Stern & Lovestone, 2000; Wheelock, 1997; Peters, 1992). Voraussetzung zur tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Therapie sind die gleichen wie diejenigen für jüngere Patienten: die Fähigkeiten zur Introspektion, zur Bildung einer bearbeitbaren Übertragungssituation sowie zum Zugang zu „unbewusstem Material“ (Träumen).

Studien zu Psychotherapie, erhoben an Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen, konnten nicht recherchiert werden.

2.7.3. Schlafentzugsbehandlung

Die Schlafentzugsbehandlung ist ein etabliertes Verfahren in der Behandlung von Depressionen. Im Gegensatz zu allen anderen antidepressiv wirkenden Therapiemethoden tritt der Effekt innerhalb weniger Stunden ein. Allerdings ist die therapeutische Wirkung nur flüchtig, in der Regel kommt es in der folgenden Nacht zu einem Rezidiv der Depression. Einer vor einigen Jahren publizierten Metaanalyse (Wu & Bunney, 1990) zufolge beträgt die Response-Rate eines einmaligen totalen Schlafentzuges etwa 59%. Bei 83% der unmedizierten und 59% der medizierten Patienten kommt es nach dem folgenden Nachtschlaf zu einem Rückfall in die Depression. Zur Wirksamkeit und Verträglichkeit der Schlafentzugstherapie speziell für ältere Patienten gibt es keine nennenswerten Untersuchungen.

2.7.4. Elektrokonvulsationstherapie (EKT)

Eine weitere Behandlungsmethode ist die Elektrokonvulsionsstherapie (EKT), bei der Folkerts (1997) keine spezifische Indikationen bei älteren Patienten sieht. Das Hauptindikationsgebiet zur EKT auch bei älteren Patienten sind, laut Folkerts, therapieresistente Depressionen. Die Responsequoten auf die EKT werden mit 50-75% angegeben (Wetterling et al., 1998). Die Wirksamkeit der EKT bei älteren, depressiven Patienten konnte in einer Untersuchung von Flint und Gagnon (2002) bestätigt werden.

2.7.5. Weitere Therapien

Neben den vorab dargestellten spezifischen Therapiemethoden spielen gerade bei alten Patienten eine Reihe weiterer Behandlungsmöglichkeiten eine Rolle.

Das Eingehen auf den (oft behinderten oder kranken) Körper und die Wiederherstellung verlorengegangener bzw. die Stärkung vorhandener physischer und psychischer Alltagskompetenz mittels Ergotherapie (Kipp et al., 2000), Soziotherapie (Oxman & Hull, 2001) und aktivierender Pflege sind unerlässliche Bestandteile des Gesamtbehandlungsplans (Unutzer et al., 2002).

Wie Lord und Menz (2002) zeigten, kann Bewegung, beispielsweise kurze Spaziergänge, das Wohlbefinden von depressiven Patienten positiv beeinflussen und helfen, den Erfolg einer Behandlung dauerhaft zu stabilisieren.

Die Effektivität von Musiktherapie konnte in einer Untersuchung von Hanser & Thompson (1994) belegt werden. Dabei wurden 30 ältere, ambulante Patienten mit der Diagnose major Depression nach einem randomisierten Design in drei Gruppen (Gruppe 1: Selbst-Lern-Programm - mit einmal wöchentlichem Trainings-Besuch eines Musiktherapeuten; Gruppe 2: gleich - lediglich ein wöchentlicher Anruf des Musiktherapeuten; Gruppe 3: Warteliste-Kontrollgruppe) aufgeteilt. Die Werte in den verwendeten, standardisierten Depressionstests verbesserten sich signifikant für die ersten beiden Gruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe und konnten in einem Neun-Monats-Follow-up bestätigt werden.

Die Wiedereingliederung in die alte Umgebung (z.B. mit Hilfe von Sozialstationen, betreutem Wohnen usw.) oder die Vermittlung in eine betreuende Einrichtung (Tagesstätte, Wohngemeinschaft, Heim) bedürfen einer speziell auf das höhere Alter bezogenen Erfahrung der beteiligten Sozialpädagogen.

Voraussetzung dafür ist, so auch Unutzer et al. (2002), eine multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Diagnostik und Therapieplanung sowie eine ausreichende personelle, materielle und räumliche Ausstattung. Eine adäquate Betreuung der Patienten durch die Pflegekräfte, Information der Angehörigen und Kontakt zu den Angehörigen Stützung der Patienten mittels ärztlichen Gesprächs sind in jedem Falle unverzichtbar.

2.8. Differentialdiagnose Demenz – Depression

Die Differentialdiagnose von Depression und Demenz gestaltet sich im klinischen Alltag der Gerontopsychiatrie häufig als besonders schwierig, denn gerade bei älteren Patienten kommt es oft zu einer Überlappung von Krankheitssymptomen, die mit einer Alzheimer Demenz, bzw. einer Depression einhergehen (Kötter et al., 1996). Zusammenhänge zwischen neurodegenerativen Prozessen und depressiver Symptomatologie bei Betagten können nicht ausgeschlossen werden.

So konnten Wurthmann et al. (1995) in einer Untersuchung mittels Computertomographie bei älteren Patienten mit Depression (N=34), Demenz (N=29) und einer gesunden Kontrollgruppe (N=43) zeigen, dass sich bei depressiven älteren Menschen häufig morphologische Veränderungen in der Hirnsubstanz finden. Auch Förstl (1991) diskutiert, ob Veränderungen im Bereich aminergener Neuronengruppen des Hirnstammes möglicherweise das Substrat affektiver und kognitiver Störungen darstellen, von denen sowohl Patienten mit Alzheimer-Demenz als auch Patienten mit major Depression betroffen sein können.

Die Interpretation ist allerdings schwierig und bewegt sich im bekannt kontroversen differentialdiagnostischen Gebiet „Depression versus Demenz“. Insbesondere im Frühstadium dementieller Krankheiten sind depressive „Entgleisungen“ häufig und werfen die Frage reversibler oder irreversibler kognitiver Defizite auf (Zaudig, 1993). Besonders häufig ist Depression bei beginnenden Demenzen (Welz, 1997), beispielsweise bei der Demenz vom Alzheimer Typ, wobei in etwa 10-20% der Fälle eine zusätzliche Depressionsdiagnose besteht, in weiteren 15-20% eine deutliche depressive Symptomatik (Förstl et al., 1992; Zaudig, 1995). Es gibt auch eine Häufung von klinisch relevanten Depressionsdiagnosen bei seniler Demenz vom Lewy-Körperchen-Typ in 38% der Fälle (Lauter, 1992).

Viele ältere depressive Patientinnen und Patienten haben kognitive Defizite, die auf den ersten Blick den Symptomen einer beginnenden Demenz ähneln, beispielsweise Beeinträchtigungen mnestischer und exekutiver Funktionen. Dies macht, wie eine Studie von Schumacher et al. (1997) zeigte, gerade in Altersheimen die Diagnosestellung schwierig, da schnell an kognitive Beeinträchtigungen im Rahmen einer Demenz gedacht wird.

Es ist, wie Jüptner et al. (2002) behaupten, davon auszugehen, dass die Differenzierung zwischen Demenz (vor allem im Anfangsstadium) und Depression, insbesondere im Altenpflegebereich, nicht ausreichend geschieht.

Im Rahmen einer Übersicht analysierten Theml et al. (2001) Ergebnisse von Metaanalysen im Hinblick auf die Frage, welche kognitiven Funktionen in der neuropsychologischen Diagnostik berücksichtigt werden sollten, um die Validität differentialdiagnostischer Entscheidungen im Bereich Depression versus Alzheimersche Krankheit zu verbessern. Sie stellten fest, dass für die Differentialdiagnose ein multidisziplinärer Ansatz erforderlich ist, der labormedizinische, neurologische, elektroencephalographische (Frodl-Bauch et al., 1999) und neuropsychologische (DesRosiers et al., 1995) Befunde sowie Ergebnisse der funktionellen Bildgebung (Cho et al., 2002) integriert.

Unter differentialdiagnostischen Aspekten geben Kurz et al. (1991) an, dass depressive Patienten im täglichen Leben orientiert sind, während bei dementen Patienten die zeitliche und örtliche Orientierung schon in leichtgradigen Stadien unscharf werden kann. Bei der Schilderung ihrer Beschwerden neigen depressive Patienten zu einer Überbewertung ihrer kognitiven Defizite, während Demenzkranke sie eher bagatellisieren. Neuropsychologische Untersuchungen können bei depressiven Patienten Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen zu Tage fördern, in der Regel werden aber keine Einschränkungen bezüglich Sprache oder konstruktiver Fähigkeiten beobachtet. Gerade diese finden sich aber bei einigen leichtgradig dementen Patienten. Die Wortflüssigkeit ist herabgesetzt, die Wortfindung ist erschwert, das Benennen ist unsicher und inkorrekt, das Nachzeichnen geometrischer Figuren und die Verarbeitung von räumlicher Information bereiten Schwierigkeiten.

Wenn bei einem Patienten gleichzeitig ein Demenz- und ein Depressionssyndrom vorliegen, müssen laut Reischies (1993) verschiedene mögliche Sachverhalte erwogen werden. Zum einen kann eine Demenz als Primärerkrankung vorliegen und das depressive Syndrom ist als reaktiv anzusehen oder aufgrund der hirnräumlichen Schädigung aufgetreten. Umgekehrt kann eine Depression Primärerkrankung sein und die Störung kognitiver Leistungen, welche Anlass geben, ein Demenzsyndrom anzunehmen, ist Folge der Depression selbst – man spricht hier auch von dem Begriff der „Pseudodemenz“.

Allerdings ist die bei einer derartigen Situation zu erwartende volle Reversibilität der Störung kognitiver Leistungen nach Abklingen der Depression eher die Ausnahme. Als weitere Möglichkeit muss eine zufällige Komorbidität der häufigen Alterserkrankungen Demenz und Depression erwogen werden (siehe auch Abbildung 6) (Wernicke et al., 2001).

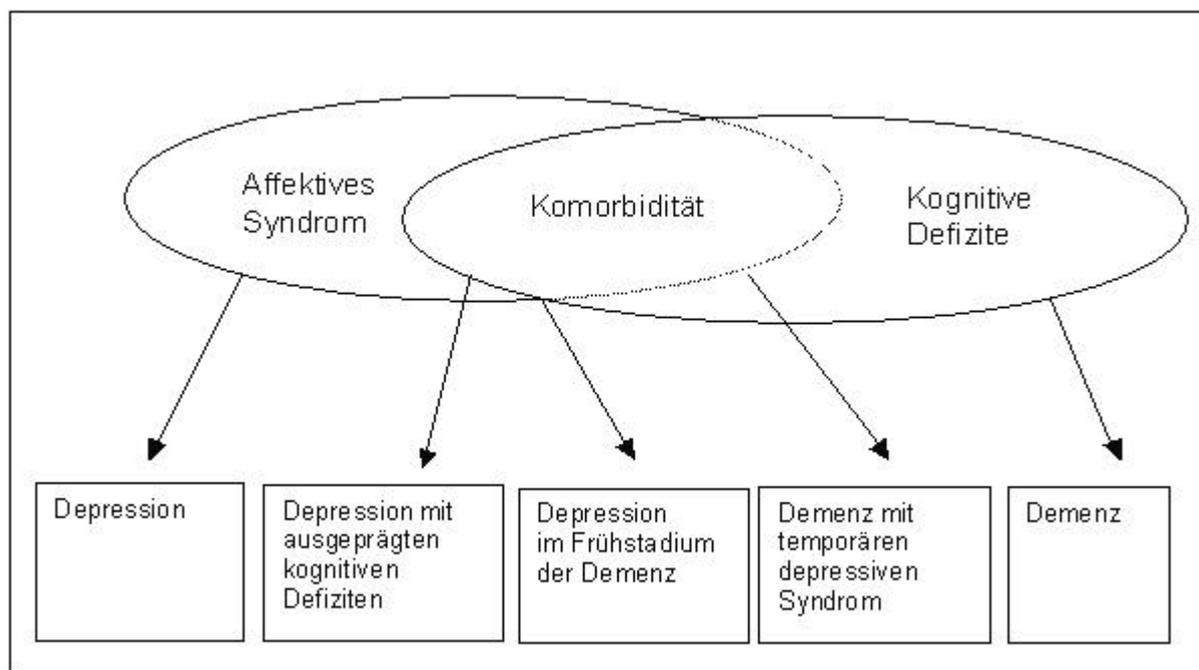


Abbildung 6: Depression und Demenz (Wernicke et al., 2001)

3. Suizidalität im Alter

Die Einstellungen zum Suizid allgemein und zum Suizid im Alter wandelten sich im Laufe der Geschichte und waren seit jeher den gesellschaftlichen Strömungen und dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der jeweiligen Epoche unterworfen. In Philosophie, Soziologie, Psychologie, Psychiatrie und Biologie sind verschiedene Suizidtheorien entwickelt worden. Auch wenn sie nicht immer den alten Menschen in ihre Erwägung explizit mit einbeziehen, sind die Hypothesen und Schlussfolgerungen in den meisten Fällen auf das höhere Lebensalter übertragbar.

3.1. Definition: Suizidalität

In der Literatur zur Suizidforschung finden sich bisher keine einheitlich verwendeten Begrifflichkeiten (Schmidtke, 1988). Das liegt zum einen an der Komplexität des Phänomens selbst, das die unterschiedlichsten Formen selbstschädigenden Verhaltens einschließt. Zum anderen haben die einzelnen Fachdisziplinen eigene Akzentuierungen und Abgrenzungen in der Terminologie vorgenommen. Nicht zuletzt unterliegen Fachtermini einem kulturgeschichtlichen Bedeutungswandel, was am Beispiel des Begriffs „Selbstmord“ aufgezeigt werden kann. Von der moralischen Stigmatisierung weitgehend befreit, spricht man heute international von Suizid oder im deutschsprachigen Raum auch von Selbsttötung.

Der Begriff Suizidalität umfasst nicht nur manifeste Suizidhandlungen, also Suizide und Suizidversuche, sondern auch Suizidphantasien, -gedanken und -ankündigungen, die in ihrer Ernsthaftigkeit oft unterschätzt werden.

Darüber hinaus wird unter Suizidalität auch der Phasenablauf einer Entwicklung verstanden, die manifesten Suizidhandlungen vorausgeht (Pöldinger, 1988). Pöldinger untergliedert in *Phase 1: Erwägung*, *Phase 2: Ambivalenz*, *Phase 3: Entschluss zur Suizidhandlung*.

Wolfersdorf (1995, S. 2) definiert Suizidalität als „die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handeln lassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.“

In Abbildung 7 ist der Begriff „Suizidalität“ nochmals schematisch dargestellt:

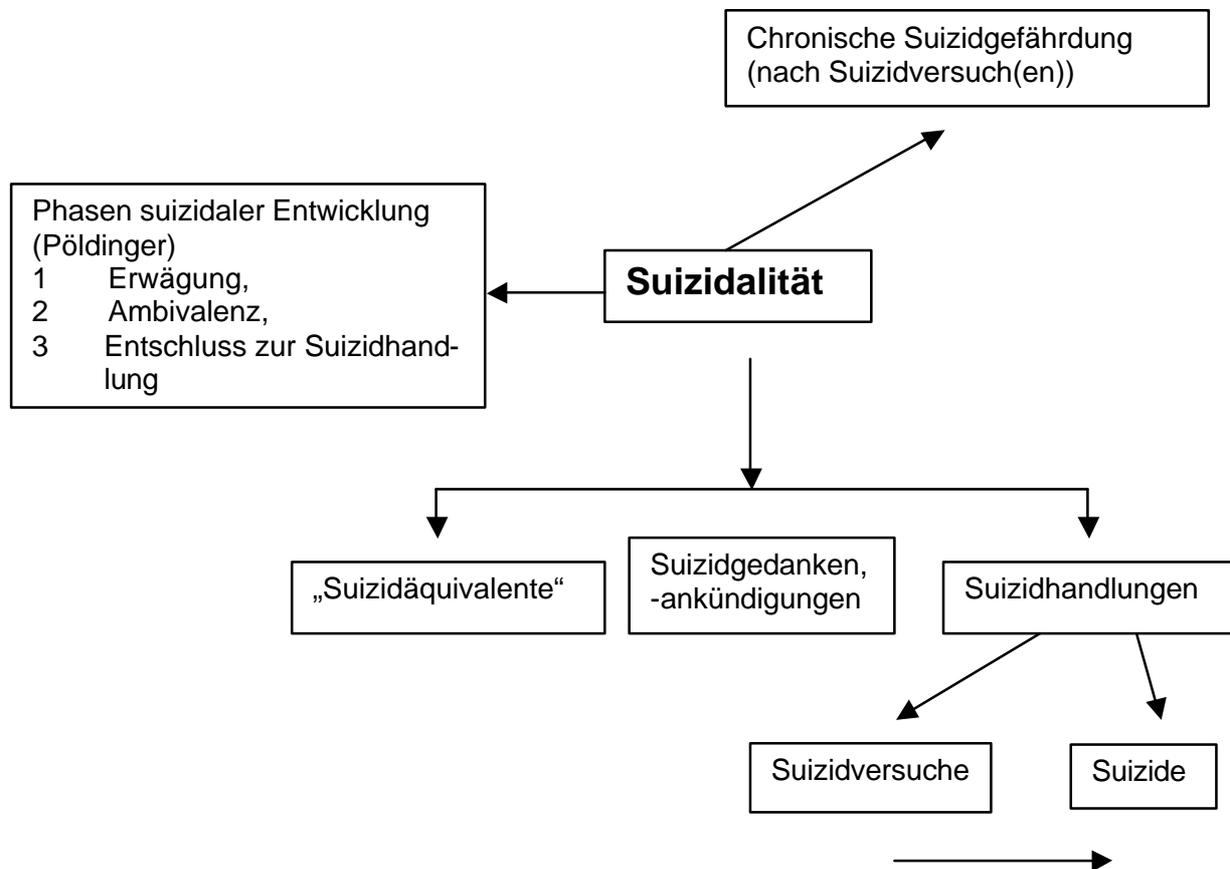


Abbildung 7: Terminologische Abgrenzung in der Suizidforschung

Der Suizid**versuch** dominiert bei jüngeren Menschen (häufiger Frauen), im Alter dagegen kommt ihm weniger Bedeutung zu.

Laut aktueller WHO-Definition ist der Suizidversuch „eine Handlung mit nichttödlichem Ausgang, bei der ein Individuum absichtlich ein nicht-habituell Verhalten beginnt, das ohne Intervention von dritter Seite eine Selbstschädigung bewirken würde, oder absichtliche eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht, und die zum Ziel hat, durch die aktuellen oder erwarteten Konsequenzen Veränderungen zu bewirken.“ (Bille-Brahe et al., 1997).

Charakteristisch für den Alterssuizid ist die höhere Letalität suizidaler Handlungen. Die Zahl der Suizidversuche nimmt hingegen im Alter ab (Schmidtke et al., 1996). Eine Besonderheit suizidaler Handlungen älterer Menschen ist die häufige Wahl harter Suizidmethoden, zu denen „Erhängen“, „Erschießen“ und „Sprung aus Höhe“ gerechnet werden (Teising, 1992). Sie sind in der Regel „mit Schmerzen verbunden, können die Körperintegrität verändern und führen oft schnell zum Tode“ (Schmitt & Mundt, 1991, S. 440). Reversible Entscheidungen in letzter Sekunde sind bei diesen Methoden meist nicht möglich (im Gegensatz z.B. zur Tabletteneinnahme). Männer greifen häufiger zu den harten Methoden, was neben anderen, z.B. genetischen Faktoren, als eine mögliche Erklärung für die höheren Suizidraten bei Männern gesehen werden kann.

Über Suizidalität und suizidales Verhalten von Heimbewohnern gibt es nur wenige empirische Untersuchungen. Zuverlässige Angaben über Art und Häufigkeit suizidaler Verhaltensweisen von alten Menschen in Heimen liegen für Deutschland kaum vor.

3.2. Zusammenhang zwischen Depression und Suizid

Wie psychologische Autopsiestudien (De Leo, 1997; Bronisch, 1996; Hawton et al., 1998; Conwell et al., 1996; Foster et al., 1997) belegen, ist Suizid eng mit psychiatrischer Morbidität assoziiert, insbesondere mit Depression.

In einer Literaturübersicht kommt Lönnqvist (2000) zu dem Ergebnis, dass bei 90% der vollendeten Suizide eine psychische Erkrankung im Vorfeld nachzuweisen ist. In 40-70% der Fälle handelte es sich dabei um eine depressive Erkrankung. Ein erhöhtes Suizidrisiko haben zudem Menschen mit Suizidversuch in der Vorgeschichte, schweren Erkrankungen sowie ältere Männer (Szanto et al., 2002).

Anhand der Daten der „Berliner Altersstudie“ konnten Barnow und Linden (1997) zeigen, dass fast alle suizidalen alten Menschen psychopathologische Auffälligkeiten zeigen. 54 untersuchte Personen waren als suizidal eingestuft worden, lediglich zwei von ihnen waren psychopathologisch unauffällig. Wolfersdorf (1995) betrachtet die Diagnose „Depression“ als den größten Risikofaktor für Suizid.

Auch Erlemeier (1998) geht davon aus, dass der Zusammenhang zwischen Depression und Suizidgefährdung im Alter besteht und seine besondere Brisanz durch die Begleitsymptomatik bekommt, die darin besteht, dass vegetative Störungen, somatische Leiden, kognitive Einbußen, paranoide Krankheitsängste, soziale Verluste und Vereinsamung das Alter besonders belasten können. Jedoch scheint dieser Zusammenhang in der hausärztlichen Versorgung nicht so präsent zu sein. Nur 2,4% von 170 Hausärzten zogen, laut einer Studie mit Fallvignetten von Stoppe et al. (1999), bei ihren älteren depressiven Patienten Suizidalität in Betracht.

Abschließend sei erwähnt, dass Depression und Suizidalität nicht unkritisch zu einem Einheitssyndrom zusammengefasst werden sollten. Erlemeier (1992a) betont, dass Suizidhandlungen auch im Alter zwar häufig die Endphase depressiver Erkrankungen, d.h. ihre letzte Konsequenz sind, aber nicht immer zum Suizid führen müssen.

3.3. Epidemiologie von Suizidalität im Alter

Zahlreiche methodische Probleme erschweren die Erhebung statistischer Daten zu Suizid und Suizidversuch. Gerade Statistiken zu Suizidhandlungen im Alter können als Schätzungen angesehen werden. Die Unterbewertung der „stillen“ oder „verdeckten“ Suizide - gemeint sind damit zum Beispiel die Verweigerung der Nahrungsaufnahme oder das Unterlassen der notwendigen Medikamenteneinnahme - und die zahlreichen Grenzfälle zu tödlichen Unfallverletzungen und weiteren unklaren Todesursachen, führen zu einer großen Dunkelziffer nicht amtlich erfasster Suizide, insbesondere von alten Menschen.

Die offizielle Todesursachenstatistik (Statistisches Bundesamt) zeigt, dass die Suizidrate, d.h. die Anzahl der Suizide bezogen auf 100.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe, mit steigendem Alter zu-, die Rate der Suizidversuche (soweit sie zuverlässig erfasst werden kann) dagegen abnimmt (Erlemeier, 1998).

Wie in Abbildung 8 dargestellt, erreicht die Suizidrate ihren Höhepunkt bei den Männern über 75 Jahren. So ist die Suizidrate der 75-80jährigen Männer im Zeitraum 1953-1990 von 40 auf 70 pro 100.000 gestiegen (Pohlmeier, 1994). Ebenso wird ein Anstieg der Suizidrate von über 44% auf 90 pro 100.000 in der Altersgruppe der Männer von 80 bis 85 Jahren festgestellt.

Die Steigerung in der nächsthöheren Altergruppe (85 bis 90 Jahre) betrug 100%. Die Suizidrate der Frauen liegt bei 30 pro 100.000, auch hier war ein Anstieg um 50% im oben genannten Zeitraum zu verzeichnen (Pohlmeier, 1994).

Während die Suizidzahlen insgesamt gesunken sind (Schmidtke et al., 1996), ist in dieser Altersgruppe ein Anstieg zu verzeichnen. Bei den Frauen verläuft der Anstieg der Suizidrate insgesamt flacher, sie erreicht ihren Gipfel aber auch im hohen Alter. Statistisch gesehen nimmt sich somit in Deutschland etwa alle zwei Stunden ein über 65jähriger das Leben. Von den circa jährlich 12.000 Suizidenten deutschlandweit betreffen rund 30% Menschen ab 65 Jahre, bei einem Anteil von circa 15% an der Gesamtbevölkerung (Kerres, 1998).

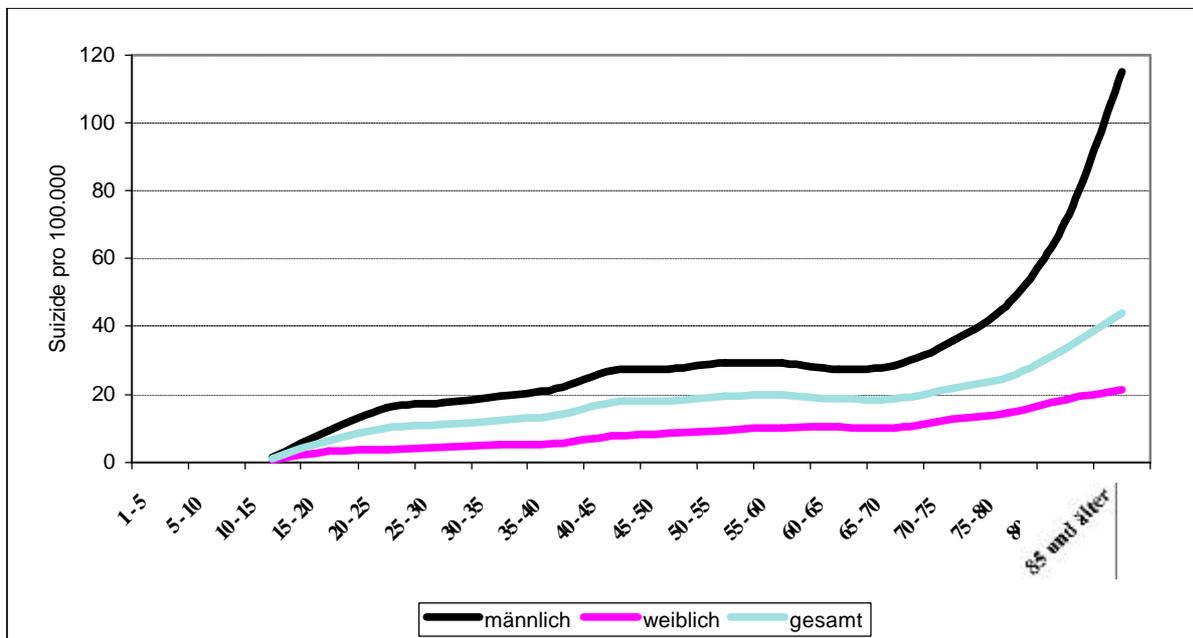


Abbildung 8: Suizidraten in Deutschland 1998 (Statistisches Bundesamt 1998)

3.4. Depression und Suizidalität im Alten- und Pflegeheim

Aufgrund verbesserter Bedingungen der häuslichen Pflege sowie umfangreicher Angebote ambulanter Versorgungseinrichtungen erfolgt in der heutigen Zeit die Übersiedlung in ein Alters- oder Pflegeheim so spät wie möglich.

In einer deutschlandweit durchgeführten Befragung (Gräßel, 1998) von familiären Pflegepersonen (N=1911) wurden als Hauptursache für die Einweisung in ein Heim das Fehlen eines funktionierenden Netzwerkes familiärer oder ambulanter Hilfen genannt.

Die Gründe, warum ein alter Mensch in ein Alten- oder Pflegeheim übersiedelt, sind eher negativer Art. Dies konnte eine Erhebung im Rahmen des Forschungsprojektes „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ (Infratest-Studie, 1993) anhand einer Befragung von 26.000 Haushalten mit insgesamt 61.000 Personen aus dem gesamten Bundesgebiet zeigen, die unter anderem auch folgende Gründe für eine notwendig gewordene Heimeinweisung explorierte:

- Schlechter körperlicher und geistiger Gesundheitszustand lässt ein sicheres Verbleiben in der Wohnung nicht mehr zu
- Eine Überweisung erfolgt direkt vom Akutkrankenhaus ins Heim mit dem Etikett „Pflegefall“
- Die Pflege und Versorgung ist zu hause nicht mehr gewährleistet, weil pflegebereite und -fähige Angehörige nicht (mehr) vorhanden sind
- Ungeeignete Wohnverhältnisse, wie zu kleine Wohnungen oder problematische Treppen, verhindern eine Pflege zu hause

Diese Fakten konnten auch in einer Untersuchung (N=123) von Wetterling und Schürmann (1997) belegt werden. Als wichtigste Gründe für die Heimeinweisung wurden in dieser Untersuchung Beeinträchtigungen in der Selbstversorgung (Haushaltsführung) und der Körperpflege genannt. Wesentliche Ursache waren in den meisten Fällen kognitive Störungen. Die Wahrscheinlichkeit, in ein Heim eingewiesen zu werden, stieg mit der Zahl der Beeinträchtigungen.

Im Vergleich zu den allgemeinen Prävalenzangaben depressiver Erkrankungen in der Altenbevölkerung (siehe Kapitel 2.2.) finden sich in Alten- und Pflegeheimen mit 35 – 42% (Weyerer et al., 1995; Brodaty et al., 2001) deutlich erhöhte Prävalenzen.

Unter Zugrundelegung dieses Anteils von circa 40% depressiv Erkrankter und circa 640.000 Alten- und Pflegeheimbewohnern (Statistisches Bundesamt, 2001) leiden in Deutschland ungefähr 256.000 Heimbewohner unter Depressionen.

Aufgrund dieser hohen Prävalenzzahlen sollte jedoch nicht angenommen werden, dass eine Unterbringung im Alten- und Pflegeheim als depressionsauslösend betrachtet werden kann.

In einer Übersichtsarbeit kommt Ernst (1997) zu dem Schluss, dass für die Entwicklung depressiver Symptome mehr der Verlust der Selbständigkeit und weniger der Eintritt in eine Alten- und Pflegeheim ausschlaggebend ist.

Hänel (1999) und Hirzel-Wille (2002) gehen zudem davon aus, dass depressive Verstimmungen meist schon zuvor bestanden haben, sich in der neuen Lebenssituation im Heim verstärken können und sich in zahlreichen offenen und verdeckten Formen manifestieren. Der Übergang zu suizidalem Verhalten, insbesondere zu indirekten, selbstschädigenden Handlungen ist fließend (Draper et al., 2002). Die Situation der depressiven bzw. depressiv gewordenen älteren Bewohnern in den meisten Alten- und Pflegeheimen ist in folgenden Punkten zusammengefasst:

- schlechte Vorbereitung auf die Heimaufnahme
- Anpassung der Bewohner an eine neue, meist ungewollte Situation
- keine Perspektive
- Belohnung für Inaktivität durch Zuwendung und Pflege
- Zusammenleben mit zu vielen dementen Bewohnern
- kaum Angehörigenbetreuung

Es gibt kaum empirische Untersuchungen zu suizidalen Verhalten von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen. In einer älteren Untersuchung konnten Götze & Schmidt (1991) eine Suizidrate von 19,2 unter 5202 Hamburger Pflegeheimbewohnern nachweisen. In dieser Untersuchung bejahten jedoch auch 45% der Heimbewohner, dass sie im letzten Jahr daran gedacht hatten, nicht mehr leben zu wollen. 13% äußerten Suizidgedanken und 5% hatten in der Vergangenheit einen Suizidversuch unternommen. Ihre Suizidgedanken verhielten sich parallel zur Lebenszufriedenheit und zu depressiven Erkrankungen. Die Todeswünsche nahmen mit steigendem Alter zu und standen im Zusammenhang mit schweren Erkrankungen.

Diese ausgeprägte „Lebensmüdigkeit“ konnte in einer Untersuchung von Forsell et al. (1997) an einer schwedischen Population von 969 älteren (>75) Menschen bestätigt werden. So gaben 13,3% der Befragten an innerhalb der letzten zwei Wochen an Suizid gedacht zu haben. Bei 1/4 dieser Personen (mit Suizidgedanken) lag zudem die Diagnose einer major Depression vor.

Gut qualifiziertes und für die Pflege und Betreuung psychisch auffälliger Bewohner speziell ausgebildetes Personal ist die Voraussetzung, sich der Herausforderung einer guten Pflegequalität und Versorgung sowie Aufgaben wie der gezielten Förderung der Selbständigkeit der Bewohner stellen zu können. Jedoch haben, nach statistischen Angaben des Bundesamtes (2001), lediglich 30% der Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen einen Berufsabschluss als staatlich anerkannte Alten- und Krankenpflegefachkräfte. Knapp die Hälfte aller Beschäftigten arbeitet ohne Berufsabschluss oder ist noch in Ausbildung. Im Vergleich zum ambulanten Pflegebereich sind therapeutische Berufe in Alten- und Pflegeheimen kaum vertreten.

Gerade adäquate pflegerische Hilfeleistungen bilden oftmals die Basis, auf der therapeutische Interventionen für depressiv erkrankte und suizidgefährdete Bewohner ausgebaut werden können.

Diesen Stellenwert erhält die Pflege einerseits durch ihre starke zeitliche Präsenz bei den Bewohnern – damit prägt sie ein gutes Stück des Alltags – und andererseits wirkt sie im therapeutischen Prozess als Rückmeldung der Bewohner-Befindlichkeit.

Die meisten Alten- und Pflegeheime arbeiten auch im Hinblick auf gerontopsychiatrische Bewohner mit einer Vielzahl von Allgemeinärzten zusammen (Recht der freien Arztwahl), die nicht immer über ausreichend Sachkenntnis bezüglich gerontopsychiatrischer Erkrankungen verfügen. Aufgrund der dadurch auftretenden Kommunikations- und Kooperationsschwierigkeiten zwischen den Hausärzten und Pflegekräften gestaltet sich eine gute Teamarbeit erheblich schwieriger (Bartholomeyczik, 2001).

Dies bestätigte eine Befragung von Pflegepersonal zur Arbeitszufriedenheit (Barthelme et al., 1999), in der erhebliche Defizite in der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal als Unzufriedenheitsfaktoren genannt werden.

In dieser Befragung wird zudem geschildert, dass Visiten ohne Informationen der Pflegekräfte stattfinden und die Medikamentenverordnungen lediglich durch Abgabe eines Rezeptes im Dienstzimmer der Einrichtung erfolgt.

Gerade aber ein intensiver Informationsaustausch zwischen den Pflegemitarbeitern und den betreuenden Ärzten ist ein zentraler Faktor für eine gute medizinische Versorgung der depressiven und suizidgefährdeten Patienten im Heim.

4. Depressions- und Suizidprävention

In Deutschland gab es im Jahr 2001 offiziell 11.000 Suizide (Statistisches Bundesamt), davon ein Großteil bei Männern >60Jahre und eine vielfach höhere Zahl an erfassten Suizidversuchen (Schmidtke et al., 1996).

Suizide und Suizidversuche gehen mit großem persönlichem Elend für die Betroffenen, aber auch mit erheblichem volkswirtschaftlichen Schaden einher (Stoudemire et al., 1993; Wolfersdorf, 1997). Deshalb wurden und werden in vielen Ländern zahlreiche Präventionsprogramme durchgeführt mit dem Ziel, die Suizidzahlen zu senken. Dabei wurden zum einen primär präventive Maßnahmen eingeleitet (z.B. pädagogische Programme an Schulen) (Paykel et al., 1998; Ploeg et al., 1996), zum anderen gab es vor allem im Bereich der sekundären (z.B. Früherkennung und wirkungsvolle Behandlung) (Callahan et al., 1994; Lepine et al., 1997; Morgan et al., 1993) und tertiären Prävention (Verhinderung von Chronifizierung; Rückfallprophylaxe) (Coppen et al., 1991; Müller-Oerlinghausen et al., 1992) Initiativen. Jedoch ist die Evidenz der Wirksamkeit derartiger Maßnahmen umstritten (Gunnell & Frankel, 1994). Ein wesentlicher Grund für die Zweifel an der Wirksamkeit suizidpräventiver Maßnahmen besteht im Mangel an gut validierten, kontrollierten und aussagekräftigen Studien. Ursache dafür sind spezifische methodische Probleme, mit der die Suizidologie zu kämpfen hat (Althaus & Hegerl, 2001).

4.1. Begriffsbestimmung: Suizidprävention

Prinzipiell lassen sich drei Ebenen der Prävention unterscheiden (Caplan, 1964). Erlemeier (1992b) adaptierte diese Ebenen für Suizidprävention. Die Primärprävention setzt sich zum Ziel, der suizidalen Gefährdung generell und durch ein gesellschaftlich „gutes Klima“ vorzubeugen. Die Sekundärprävention möchte den bereits in einer Krise befindlichen Menschen optimal helfen. Die Tertiärprävention umfasst Maßnahmen nach einem Suizidversuch sowie Interventionen für eine längerfristige Nachbetreuung.

Der Begriff „Suizidprophylaxe“ lässt sich nicht scharf vom Begriff „Suizidprävention“ trennen, dementsprechend viele Autoren verwenden ihn synonym.

Die im folgenden vorgestellte Intervention zielt insbesondere auf eine Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen ab und versucht auf diese Weise, suizidpräventiv wirksam zu sein.

4.2. Maßnahmen zur Suizidprävention

Wie in Kapitel 3.2. erläutert, sind unbehandelte Depressionen eine der Hauptursachen von Suiziden. Dringender Handlungsbedarf ergibt sich aus der Tatsache, dass es bei der Versorgung depressiver Patienten nicht tolerierbare diagnostische und therapeutische Defizite gibt. Nur circa 10% der behandlungsbedürftigen Patienten erhalten eine suffiziente Therapie (Lepine et al., 1997). Die diagnostischen und therapeutischen Defizite bei der Betreuung depressiver Patienten sind besonders markant bei alten Menschen und bei multimorbiden Menschen, wie sie in Alten- und Pflegeheimen betreut werden (Lebowitz et al., 1997; Linden et al., 1998).

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Bericht zu Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, (Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, 2001), speziell auf das Problem der Unterversorgung bei depressiven Störungen aufmerksam gemacht und in der Pressemitteilung ganz besonders auf „die markanten Defizite in der Versorgung depressiv erkrankter alter Menschen in Alten- und Pflegeheimen ...“ hingewiesen.

4.3. Fortbildung: eine Maßnahme zur Depressions- und Suizidprävention?

Für die anzustrebende Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten in Alten- und Pflegeheimen kommt den Pflegekräften in ihrer Vermittlerfunktion zwischen Bewohnern, Arzt und Angehörigen eine wichtige Rolle zu (Bell & Goss, 2001; Bartholomeyczik, 2001). Da der Angehörigenkontakt zu den Bewohnern nicht so häufig und intensiv ist (Port et al., 2001), stellen Pflegekräfte meist die engsten Bezugspersonen dar.

Kerres (1998) konstatiert, dass das Thema „Depression und Suizid“ in der Aus- und Fortbildung aber selten behandelt wird, wobei eben auch dieses Thema im eigenen Erleben der Pflegekräfte eine große Rolle im Umgang mit den Bewohnern darstellen kann.

Diese Aussage wird durch eine empirische Untersuchung von Muthny et al. (1993) gestützt, die sich mit der allgemeinen Fortbildungssituation in stationären Alteneinrichtungen beschäftigte. So bejahten nur 34% der befragten 255 Pflegekräfte die Frage, ob regelmäßig Fortbildungsmaßnahmen in ihrer Einrichtung stattfinden. Es wurde zudem deutlich, dass bei den Fortbildungsveranstaltungen Maßnahmen zur Qualifizierung der psychosozialen Betreuung eine nachrangige Position einnahmen. Ein hoher Fortbildungsbedarf hinsichtlich gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder wurde auch in einer Erhebung der Gerontopsychiatrischen Fachkoordination Mittelfranken (Lezius, 2002) ermittelt. Von den insgesamt 93 gaben 87 der befragten Einrichtungen (stationäre und ambulante Altenhilfe) Fortbildungsbedarf im Bereich Gerontopsychiatrie an. Circa 80% der befragten Einrichtungen halten die derzeitige Wissensausstattung ihrer Pflegekräfte, vor allem zu den Krankheitsbildern Demenz (79%) und Depression (77%), für unzureichend.

4.3.1. Bisherige Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Fortbildungen

4.3.1.1. Fortbildungen für Hausärzte

Rutz et al. (1989) initiierten auf der Insel Gotland ein Programm, das durch Fortbildung von Allgemeinärzten und damit einhergehender Optimierung von Diagnose und Behandlung depressiver Störungen eine signifikante Reduktion der Suizide erreichen konnte.

Weiterhin kam es zu einer Senkung stationärer Behandlungen aufgrund depressiver Zustände um 30%, die Verschreibung von Antidepressiva nahm von weniger als 50% des schwedischen Durchschnitts auf über 80% zu – während die Zahl der Verschreibungen von Sedativa und Hypnotika um 30% abnahm. Diese Veränderungen waren jedoch nur vorübergehend. Nach circa 10 Jahren wurde wieder das Ausgangsniveau (Beginn des Programms) erreicht.

Demgegenüber stehen Zweifel an der suizidpräventiven Wirksamkeit von Fortbildungsprogrammen, wie Ergebnisse einer aktuellen Studie von Thompson et al. (2000) zeigen.

Eine kontrollierte randomisierte Stichprobe (N=60) von Allgemeinarztpraxen erhielt ein Fortbildungsprogramm zu Diagnose und Behandlung von Depressionen. Sowohl Ärzte als auch Arzthelferinnen und Assistenten wurden zu vierstündigen Seminaren eingeladen. Darüber hinaus wurden Informationsvideos und weiteres didaktisches Material ausgegeben. Die Kursleiter standen den jeweiligen Arztpraxen bis zu neun Monaten nach Seminarende für zusätzliche Informationen bzw. Beratung zur Verfügung. Die Fortbildung wurde von den Teilnehmern gut aufgenommen und 80% glaubten, zukünftig depressiv erkrankte Menschen besser behandeln zu können. Nachfolgeuntersuchungen ergaben jedoch, dass die geschulten Praxen weiterhin nicht mehr Depressionen erkannten als die Kontrollgruppe. Zudem unterschieden sich die Patienten beider Gruppen hinsichtlich klinischer Verbesserungen nicht voneinander. Somit kann der Schluss gezogen werden, dass eine Reduktion der Suizidrate durch edukative Maßnahmen in der Primärversorgung eher unwahrscheinlich ist.

4.3.1.2. Fortbildungen im Pflegebereich

Fortbildungen sollen als Personalentwicklungsmaßnahmen einen Beitrag zur Qualifizierung der Mitarbeiter leisten. Solche Maßnahmen können dazu dienen, Erkenntnisse der wissenschaftlichen Grundlagenforschung an beruflich Pflegende anwendungsbezogen zu vermitteln. Bei dem zunehmenden Qualifizierungsdruck durch die gegebenen Arbeitsanforderungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege erhalten Fortbildungsmaßnahmen ein besonderes Gewicht.

Eine Wirksamkeitserfassung solcher Fortbildungen im Kontext Pflegeheim wurde in Deutschland bisher stark vernachlässigt, obwohl diese Maßnahmen für die gegenwärtige Arbeitssituation immer stärker an Gewicht gewinnen und ihre Inhalte einen hohen Grad an Differenzierung aufweisen (Rohleder, 1999).

In einem Prä-Post-Kontrollgruppen-Design konnten Maxfield et al. (1996) mit N=97 und McCallion et al. (1999) mit N=88 zum Thema „Umgang mit Problemverhalten bei demenzkranken Bewohnern“ vornehmlich in den Bereichen Wissen und Einstellungen eine kurzfristige Wirksamkeit der Fortbildung zeigen. Durch eine Follow-up-Messung konnte die langfristige Wirksamkeit der Fortbildung nicht nachgewiesen werden.

Studien zu Fortbildungen zum Thema „Umgang mit Inkontinenz“ (Campbell et al., 1991, Colling et al., 1992), die Veränderung in Wissensbereichen untersuchten, zeigten wiederum nur kurzfristige Effekte, die im Follow-up nicht bestätigt werden konnten. Aus der Darstellung dieser Studien ist nicht nachvollziehbar, wie viele Mitarbeiter teilgenommen haben. Langfristige Auswirkungen auf die Outcome-Parameter konnte dabei nur in einer Studie (Schnelle, 1993) festgestellt werden.

Evaluationsstudien zu Fortbildung von Pflegepersonal zum Thema „Depression und Suizidalität von älteren Menschen“ konnten nicht identifiziert werden.

Es gibt Studien über Schulungen zur Informationsvermittlung (Whooley et al., 2000; Lin et al., 2000; Robinson et al., 1997) für ältere depressive Patienten innerhalb der hausärztlichen Betreuung, welche aber wenig Effekte zeigten.

Unutzer et al. (2001a) zeigten in einer randomisierten, kontrollierten Multicenter-Studie, dass es durch ein 12monatiges Schulungsprogramm für ältere Patienten mit der Diagnose major Depression oder Dysthymie, das von medizinisch-psychiatrischen und pflegerischen Experten durchgeführt wurde, neben der Besserung des Befindens der Patienten/Bewohner zusätzlich zu einer Kostenersparnis kam.

In einer weiteren Untersuchung beschreiben Unutzer et al. (2001b), dass richtiges Wissen zu Antidepressiva und deren adäquate Verordnung hinsichtlich der besseren Versorgung von älteren depressiven Menschen eine beachtliche Rolle spielt.

In einer amerikanischen Untersuchung zur Schulung von Pflegekräften in geriatrischen Heimen mit Hauptinhalten zu psychiatrischen Symptomen, Psychotherapie, Antidepressivatherapie und Elektrokrampftherapie kamen die Autoren (Bell & Goss, 2001) zu dem Schluss, dass Verbesserungen im Wissensstand der Pflegekräfte ein wichtiger Faktor zur Prävention und in der Behandlung von älteren depressiven Menschen waren.

4.3.2. Einstellungen und Wissenstransfer in Fortbildungen für Pflegekräfte

Der Sozialpsychologe Allport (1935) definierte Einstellungen als: „einen seelischen und nervlichen Bereitschaftszustand, der - durch die Erfahrung organisiert - einen richtenden Einfluss auf die Reaktion des Individuums ausübt, mit dem es verbunden ist“. In diesem Sinn ist „Einstellung“ also von zentraler Wichtigkeit für Planung und Ausführung von Handlungen. Reine Wissensinhalte sind vergleichsweise leicht zu vermitteln; Einstellungen sind dagegen komplexer organisiert und zeitlich überdauernder.

Einstellungen spielen auch in der Pflege eine wichtige Rolle. Reichert und Wahl (1992) sowie Dunkel (1994) konnten durch wissenschaftliche Befragungen von Pflegekräften in Alten- und Pflegeheimen belegen, dass medizinisch-pflegerische Fachvertreter und Arbeitskräfte sozial-pflegerischer Berufe ihr berufliches Handeln nicht nur nach rational-professionellen Maßstäben ausrichten, sondern eben subjektive und oft unreflektierte Einstellungen, Erwartungen und Emotionen in Pflegeinteraktionen einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Qualität der Pflege ausüben. Dieser Einfluss wird in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion über Pflegeleitbilder, Pflegestandards und Qualitätssicherung in der Altenpflege aber leicht übersehen.

Amerikanische Studien (Williams, 1982; Chandler et al., 1986) zeigten, dass 75% des Pflegepersonals negative Einstellungen zu alten Menschen und wenig Wissen über den normalen Alterungsprozess hatten. Hierbei wurde auch gezeigt, dass Wissen über und Bewertung von alten Menschen mit dem Ausbildungsstand des Pflegepersonals kovariiert.

In anderen, etwas älteren Studien (Kahana & Kiyak, 1984; Bagshaw & Adams, 1986), wurde der Zusammenhang zwischen Einstellungen zu alten Menschen, Empathie und Interaktionsformen des Personals in der Pflege von Bewohnern in Pflegeheimen untersucht. Auch hier zeigte sich: je negativer die Einstellungen der Pflegekräfte gegenüber alten Menschen waren, umso niedriger war der Grad der Empathie und umso höher eine sachlich ausgerichtete Pflegeorientierung.

Übertragen Teilnehmer von Fortbildungsveranstaltungen erworbene Inhalte in ihre konkrete berufliche Alltagssituation, dann spricht man in der Lernpsychologie von „Transfer“. Von einem gelungenen Transfer wird, laut Mutzeck (1988), dann gesprochen, wenn Wissen erworben, im Gedächtnis gespeichert, und dann nicht mehr nur theoretisch abgerufen wird, sondern einer „Bewährungsprobe im Alltag“ standhält.

Mandl et al. (1993) stellen die Weiterbildung als gesamten Lern- bzw. Transferprozess in einer Spirale dar. Zwei Bewegungsphasen entfalten sich aneinander: die Schulungsphase und die Transferphase. Die Transferphase scheint bereits in der Schulungsphase anzusetzen. Die einzelnen Phasen eines Transferprozesses, die in eine gelungene Fortbildungskonzeption einbezogen werden sollen, sind in Abbildung 9 schematisch dargestellt.

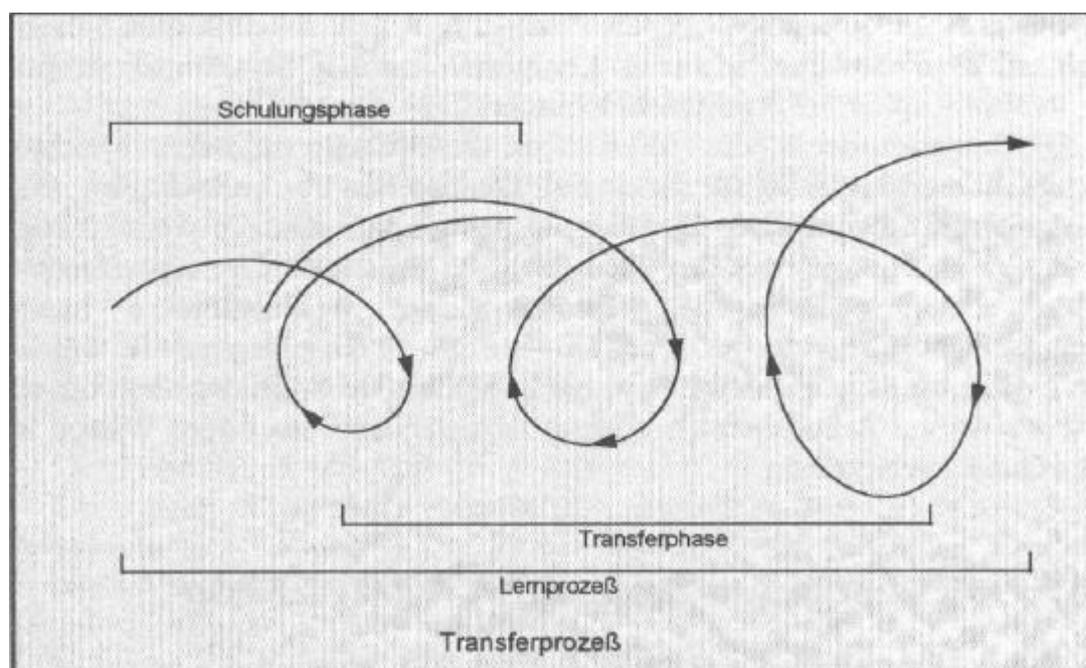


Abbildung 9: Darstellung einer Weiterbildungskonzeption (Strittmatter-Haubold, 1995, S. 23)

Strittmatter-Haubold (1995) zeigte in einer empirischen Studie, dass bestimmte Voraussetzungen den Wissenstransfer bestimmen (siehe Abbildung 10). Die drei engeren inhaltlichen Einflussgrößen einer Transferphase werden von Strittmatter-Haubold als „Interaktionsraum“ zwischen der *Person* in einer bestimmten *Situation* zu einem spezifischen *Gegenstand* betrachtet.

Unter dem „Gegenstand“ eines Transferprozesses wird das Wissen, das in Handlung überführt werden soll, verstanden. Mit „Situation“ wird die räumliche, zeitliche und personale Dimension der absichtsvoll handelnden Person dargestellt.

Eine Bedingung für Transfer ist eine anwendungsspezifische Qualität der Schulung, in dem intensive Lernprozesse in möglichst vielen Dimensionen (affektiver und kognitiver Bereich, Wahrnehmungs- und Handlungsbereich) gefördert werden. Auch Umweltbedingungen wie etwa interpersonaler, organisatorischer, technischer, institutioneller und vor allem struktureller Art können sich auf die Schulungssituation und den Transferprozess auswirken (Strittmatter-Haubold, 1995).

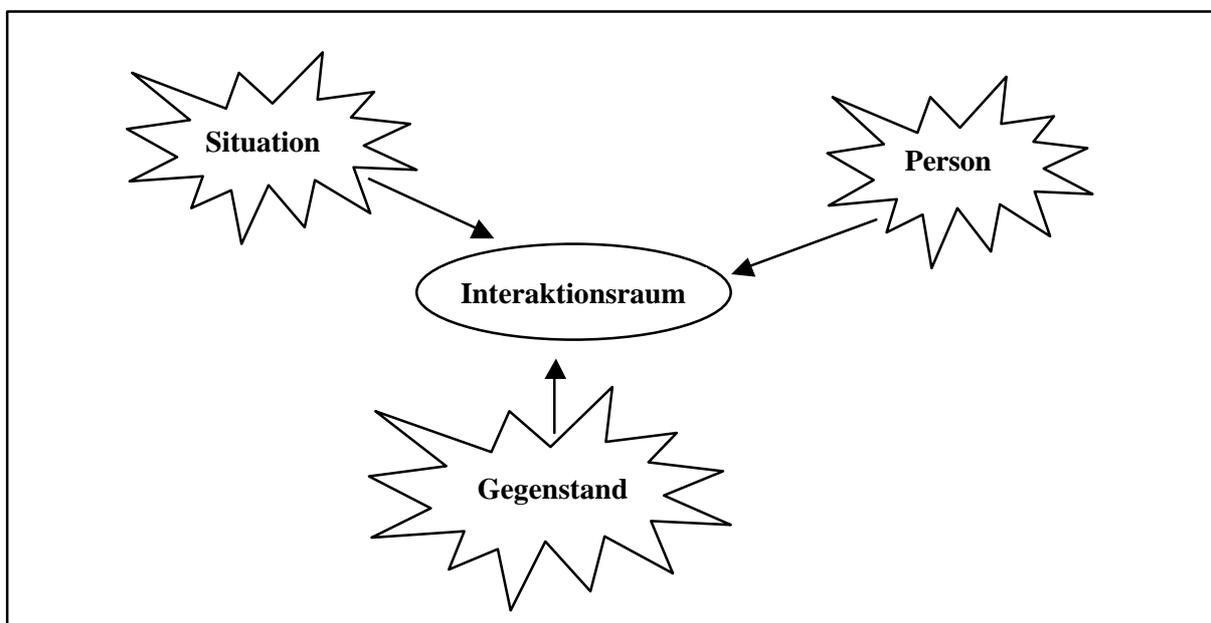


Abbildung 10: Modellentwurf zu strukturellen Einflussgrößen im Transferprozess (Strittmatter-Haubold, 1995, S. 30)

In der vorliegenden Untersuchung zur Messung der Effektivität von Fortbildungen zum Thema Depression bei Altenpflegekräften wurden Einstellungen und Altersbilder diskutiert und weitere Ausgangsbedingungen (z.B. Vorwissen, Berufserfahrung) sowie interaktive Elemente für einen günstigen Transferprozess berücksichtigt.

Inwieweit das vermittelte Wissen transferiert wurde und in Handlungen des Pflegealltags angewendet wird, konnte nicht untersucht werden.

5. Ziel und Hypothesen der Studie

Diese Studie soll die Effektivität von Fortbildungen für Altenpflegekräfte zum Thema „Depression und Suizidalität“ untersuchen.

Bereits vorliegende Studien zur Effektivität von Fortbildungen im Altenpflegebereich (Maxfield et al. 1996; McCallion et al., 1999; Unutzer et al., 2001a) konnten in den Bereichen Wissen und Einstellungen eine kurzfristige Wirksamkeit mittels Prä- Postmessung zeigen. Langfristige Effekte in einer Follow-up-Messung konnten dagegen nur selten nachgewiesen werden.

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ (6.1.) wurden in Nürnberg Fortbildungen zur Thematik „Depression und Suizidalität“ für Altenpflegekräfte durchgeführt.

In den Fortbildungen sollten die Altenpflegekräfte speziell über psychische, somatische und kognitive Symptome, Ursachen und Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten der Altersdepression unterrichtet werden. Ein weiterer wichtiger Inhalt war das Thema Suizidalität im Alter. Die Fortbildungsziele sind im Kapitel 6.2.1.3. ausführlicher dargestellt.

Hauptziel der vorliegenden Untersuchung ist die Evaluation der durchgeführten Fortbildungen hinsichtlich kurzfristiger und langfristiger Veränderungen im Wissen, Einstellungen und Verhaltensintentionen der Pflegekräfte.

Dabei zielten die Wissensveränderungen auf verschiedene Teilbereiche (z.B. biologische Bedingtheit der Depression, Behandlung mit Antidepressiva).

Dass Depression eben keine normale Alterserscheinung ist und Suizid in den meisten Fällen nicht ohne Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung erfolgt, sollte sich beispielsweise in den Einstellungen der Pflegekräfte nach der Fortbildung widerspiegeln. Hinsichtlich des Umgangs mit suizidalen, älteren Bewohnern sollten Veränderungen von Verhaltensintentionen evaluiert werden.

Zur Prüfung der Effektivität der Fortbildungen für Altenpflegekräfte wurden folgende Hypothesen, die statistisch getestet wurden, aufgestellt.

Die in der Literatur berichtete große Spannweite von Prävalenzangaben zu Depression im Alter und die in der Gesellschaft vorherrschenden Ansichten zum Alter, insbesondere gegenüber Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen, führen eher zu der Annahme, dass schwere Depressionen im Alter viel häufiger vorkommen als im mittleren Erwachsenenalter (siehe Kapitel 2.2.). Aufgrund dessen wurden die zwei folgenden Hypothesen aufgestellt.

1. Pflegekräfte in Alten- und Pflegeheimen gehen davon aus, dass die Hälfte Ihrer Bewohner an Depressionen leiden. Durch die Fortbildung wird eine Reduktion der von den Altenpflegekräften geschätzten Depressions-Prävalenz erreicht.
2. Depressionen werden vor der Schulung eher als Ausdruck des normalen Alterungsprozesses gesehen. Diese Einstellung wird durch die Schulung dahingehend geändert, dass Depression auch im Alter als behandelbare Erkrankung und weniger als Ausdruck des normalen Alterungsprozesses beurteilt werden.

Somatische Beschwerden oder Schmerzzustände, die klagend und anklagend vorgebracht werden, bestimmen häufig das Krankheitsbild der Altersdepression (siehe auch Kapitel 2.1.). Dem klinischen Eindruck nach klagten ältere depressive Patienten auch häufiger über eine Minderung der Gedächtnisleistung und des Konzentrationsvermögens. Für die Fortbildung kann die anschließend formulierte These aufgestellt werden.

3. Typische Symptome von Depression im Alter, gerade die im Vordergrund stehenden körperlichen Beschwerden, werden gegenüber den Symptomen Freudlosigkeit und Schlafstörungen nach der Fortbildung stärker differenziert.

Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit (Kapitel 2.3.) näher erläutert, korrelieren (neuro)biologische Veränderungen im Hirnstoffwechsel mit dem Auftreten von Depressionen. In der Literatur bzw. Lehrbüchern für die Altenpflege wird dieser ätiologische Aspekt zu wenig berücksichtigt. Psychosozialen Umständen von älteren Menschen wird mehr Bedeutung zugemessen. Demnach ist anzunehmen, dass das spezifische Wissen über die Ätiologie von Altersdepression vor der Fortbildung gering ist. Folgende Hypothese kann aufgestellt werden:

4. Das spezifische Wissen über die Ätiologie von Altersdepression ist zu Beginn der Fortbildung gering. Genetische Aspekte, Medikamente und vor allem neurobiologische Veränderungen im Hirnstoffwechsel werden im Vergleich zu anderen Ursachen, wie z.B. Verlusterlebnissen und Vereinsamung, nach der Fortbildung als wichtigere Faktoren für die Entstehung einer Depression angesehen als vor der Fortbildung.

Eine besonders schwierige Frage bei der Beurteilung von Depressionen im Alter ist die der Differentialdiagnose gegenüber Demenzen (vgl. Kapitel 2.8.). Das Auftreten kognitiver Störungen im Rahmen einer Depression kann somit fälschlicherweise dem klinischen Erscheinungsbild einer Demenz - der sogenannten „Pseudodemenz“ - zugeordnet werden.

5. Nach der Fortbildung wird häufiger angegeben, dass sich hinter dem Klagen über Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen eine Depression verbergen kann, die sogenannte „Pseudodemenz“.

Die Prognose depressiver Erkrankung im Alter ist bei adäquater Behandlung gut (Kap. 2.5.). Behandlungen bei älteren depressiven Menschen mit antidepressiven Medikamenten werden aber bislang nur unzureichend durchgeführt (Linden et al., 1998). Wie in Kapitel 2.7. beschrieben, ist die Wirksamkeit von Psychopharmakotherapie und anderen Behandlungsansätzen nachgewiesen. Dies setzt ein Wissen über die vorhandenen Therapiemöglichkeiten, vor allem der mit Vorurteilen behafteten Antidepressivagabe, voraus.

Hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten sind folgende Hypothesen aufzustellen:

6. Die Behandlungsaussichten einer Depression im Alter werden von den meisten Pflegekräften nach der Schulung günstiger als davor beurteilt.
7. Die Gabe von Antidepressiva als Behandlungsmöglichkeit wird vor der Fortbildung, im Vergleich zu anderen Möglichkeiten wie etwa Bewegung, Fernsehen als Ablenkung oder Kontakt zu den Angehörigen, als weniger geeignet eingeschätzt. Das Antidepressiva zur Behandlung der Altersdepression gut geeignet sind, wird nach der Fortbildung von den Altenpflegekräften überwiegend erkannt.

Wie die Ausführungen im Kapitel 3.3. zeigen, sind depressive ältere Menschen suizidgefährdet. Es herrschen aber hinsichtlich der Kenntnisse von Anzeichen akuter Suizidalität und entsprechender Verhaltensweisen der Pflegekräfte gegenüber suizidalen älteren Menschen große Unsicherheiten. Durch die Fortbildung ist folgendes zu erwarten:

8. Offenes Ansprechen von Suizidalität wird, im Vergleich zu anderen Verhaltensintentionen, nach der Fortbildung vom überwiegenden Anteil der Pflegekräfte als richtiges Verhalten eingestuft.

Es besteht ein komplexer Zusammenhang zwischen Depression und Suizid. Dies wurde, wie in Kapitel 3.2. aufgeführt, in psychologischen Autopsiestudien belegt. Die Gründe, warum Suizide im Alter geschehen, werden von der Gesellschaft weniger ernst genommen. Somit ist von nachfolgender These auszugehen:

9. Dass Suizide meist als Folge einer psychiatrischen Erkrankung geschehen, wird nach der Fortbildung von mehr Pflegekräften angegeben als davor.

6. Methoden

Nachfolgend werden die Entwicklungsprozesse des Fortbildungskonzeptes, der Fragebögen und der gesamte Untersuchungsablauf dargestellt. Die vorab aufgestellten Hypothesen wurden innerhalb des in diesem Kapitel erläuterten Forschungsdesigns untersucht.

Die hier vorliegende Studie wurde im Rahmen des Großforschungsprojektes Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“ (Hegerl & Ziegler, 2000) realisiert.

Das Großforschungsprojekt läuft über fünf Jahre und wird vom Bundesministerium für Forschung und Bildung gefördert. Es ist damit das größte Projekt zu dieser Thematik in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Eingebunden in das Netzwerk sind 18 Forschungseinrichtungen und Universitätskliniken, ferner Bezirks- und Landeskrankenhäuser, Psychosomatische Kliniken, niedergelassene Ärzte und Praxisnetze, Krankenkassen und weitere wichtige Partner im Versorgungssystem. Das Zentrum des bundesweiten Netzes befindet sich in der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Die größten Forschungsdefizite und Optimierungsspielräume bezüglich depressiver Störungen bestehen auf der Ebene der Primärversorgung (Lepine et al., 1997; Üstün et al. 1995; Katon et al., 1996). Die aktive Einbindung von Hausärzten ist deshalb ein zentraler Aspekt des Netzes. Diese vertikale Kommunikationsachse zwischen universitären Zentren und niedergelassenen Ärzten wird in beide Richtungen (Wissens-transfer, Erhebung von Forschungsdaten im ambulanten Bereich) und im Rahmen mehrerer Teilprojekte genutzt und durch die Beteiligung niedergelassener Ärzte am Lenkungsgremium gefestigt.

Inhaltlich gliedert sich das Projekt in sechs Teilprojekte. Diese bestehen jeweils aus mehreren thematisch verbundenen Subprojekten:

Teilprojekt 1: Suizidalität - Modelle zur effektiveren Gestaltung von Suizidprävention

Teilprojekt 2: Behandlung leichter depressiver Syndrome

Teilprojekt 3: Qualitätsmanagement in der Depressionsbehandlung

Teilprojekt 4: Wirkmechanismen antidepressiver Therapien

Teilprojekt 5: Molekulargenetik / Pharmakogenetik

Teilprojekt 6: Therapieresistenz und Chronizität schwerer Depressionsformen

6.1. Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“

Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“, ein Subprojekt des vorab beschriebenen Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“, ist ein weltweit einmaliges Projekt zur Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen und zur Suizidprävention. Mit umfangreicher Evaluation des Projektes beträgt die Laufzeit insgesamt vier Jahre (siehe Abbildung 11).

Zum "Nürnberger Bündnis gegen Depression" gehören Ärzte, Psychotherapeuten, Beratungsstellen, das Gesundheitsamt, das Klinikum Nürnberg Nord, die Stadt Nürnberg, die Kirchen und viele weitere Einrichtungen.

Koordiniert werden die Aktivitäten von der wissenschaftlichen Zentrale an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

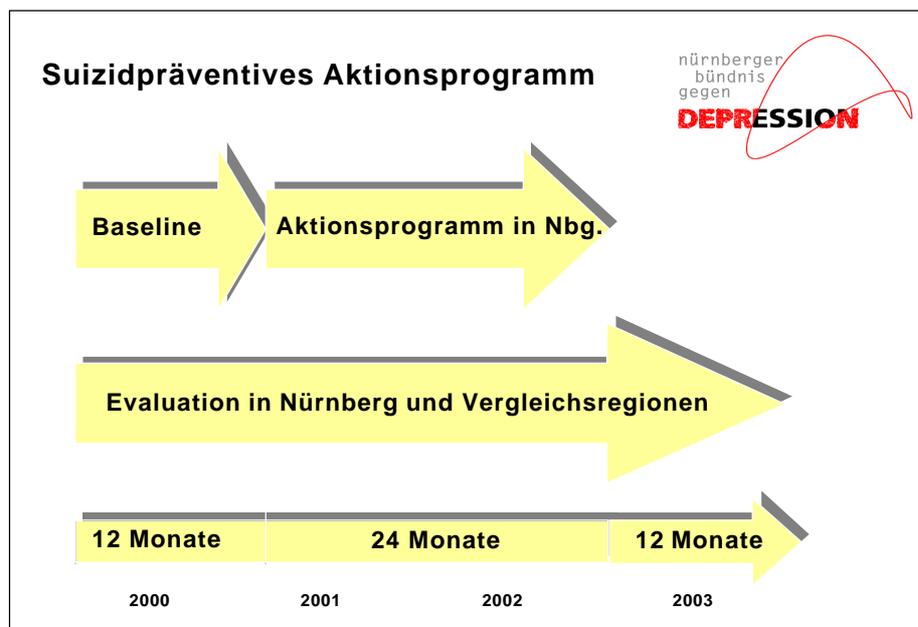


Abbildung 11: Der Zeitplan des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“

Die Hauptziele des Bündnisses sind die vorhandenen Versorgungsstrukturen für depressive Patienten zu optimieren, die (Früh)erkennung von Depressionen zu verbessern, die Suizide und Suizidversuche zu senken und damit depressions- und suizidpräventiv wirksam zu sein.

Durch einen Vier-Ebenenansatz (siehe Abbildung 12) wird versucht, auf unterschiedlichen Ebenen des Versorgungssystems gleichzeitig anzusetzen. Dadurch sollen Synergieeffekte erreicht werden, die die Effekte einer Einzelmaßnahme deutlich übersteigen.

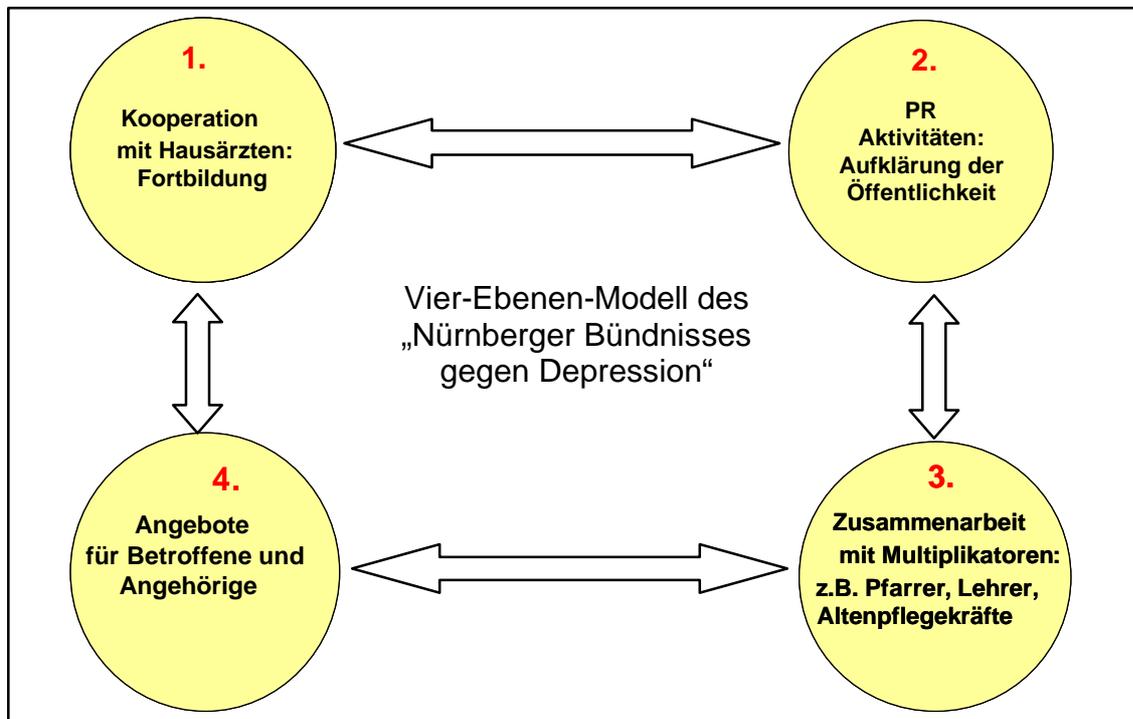


Abbildung 12: Vier-Ebenen-Modell

Im einzelnen heißt das:

- (1) **Kooperation mit Ärzten und Psychotherapeuten:** Hier war die Zusammenarbeit mit den Praxisnetzen sowie mit dem Klinikum Nürnberg Nord von besonderer Bedeutung.
- (2) **Aufklärung der Öffentlichkeit:** Zum Thema Depression wurden verschiedene Informationsmaterialien entwickelt (Flyer, Ratgeberbroschüren, Aufklärungsvideo für Patienten und Angehörige). Auf die Thematik wurde mit Großplakaten und durch einen Kinospot aufmerksam gemacht, der über den Interventionszeitraum von zwei Jahren lief. Darüber hinaus wurde immer wieder in öffentlichen Veranstaltungen auf die Thematik aufmerksam gemacht (Vorträge, Podiumsdiskussionen, Aktionstage etc.).

- (3) Für eine erfolgreiche Aufklärungskampagne war zudem eine enge Zusammenarbeit mit **Rundfunk und Printmedien** von entscheidender Bedeutung.
- (4) **Fortbildungen für unterschiedliche Multiplikatoren:** Innerhalb von zwei Jahren wurden in Nürnberg circa 1500 Ärzte, Lehrer, Berater, Pfarrer, Altenpflegekräfte zum Thema Depression weiterqualifiziert. Durch dieses umfassende Fortbildungsangebot sollte ein wichtiger Beitrag geleistet werden, dass Depressionen früher erkannt werden und die Betroffenen somit an geeignete Stellen weitervermittelt werden konnten. Die Datenerhebung für die hier vorliegende Untersuchung erfolgte im Rahmen dieser Fortbildungsmaßnahmen.
- (5) Als spezielles **Angebot für die Hochrisikogruppe** der Patienten nach Suizidversuch wurde eine spezielle Telefon-Hotline eingerichtet. Dadurch sollte im Falle einer Krise ein schneller und unbürokratischer Zugang zu einer fachärztlichen Betreuung hergestellt werden können. Auch der Einbindung von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen kam dabei eine wichtige Bedeutung zu.

6.2. Entwicklung und Beschreibung der Fortbildungskonzeption

Gemäß den im Kapitel 4.3.2. entsprechend beschriebenen Voraussetzungen, Bedingungen sowie Einflussgrößen und Schwierigkeiten von Wissenstransfer wurde im Rahmen der vorliegenden Studie ein möglichst umfassendes Fortbildungskonzept entwickelt.

Dabei war es wichtig, ein theoriegeleitetes Vorgehen zu wählen. Zur didaktischen und methodischen Aufbereitung der Fortbildung wurde, in eingeschränktem Rahmen, das Modell von Döring (1990) heran gezogen.

6.2.1. Didaktik der Fortbildung

Die didaktische Aufbereitung des Themas erfolgte nach Döring (1990) in verschiedenen Teilschritten. Nach der Inhaltsanalyse (Kapitel 6.2.1.1.) wurde die didaktische Reduktion (Kapitel 6.2.1.2.) sowie eine Lehrzielformulierung (Kapitel 6.2.1.3.) vorgenommen. Im Anschluss sollen methodische Möglichkeiten (Kapitel 6.2.1.4.) sowie das Konzept für die durchgeführte Fortbildung „Depression im Alter“ (Kapitel 6.2.1.5.) vorgestellt werden.

6.2.1.1. Inhaltsanalyse

Im ersten Schritt zur Bearbeitung des Themas stellte sich die Frage 'Warum und in welchem beruflichen Zusammenhang sollen die Teilnehmer zum Thema Altersdepression unterrichtet werden und welche Inhalte sollten sie lernen?'

Depressive Symptome gehören, wie in vorangegangenen Kapiteln erörtert, zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Wichtig ist, dass im Arbeitsbereich von Altenpflegern (z.B.: Altenpflegeheim, Gerontopsychiatrie) das subjektive Empfinden existiert, vermehrt mit depressiven alten Menschen in Kontakt zu stehen. Für sie ist es daher wichtig, Kompetenz in diesem Bereich zu erwerben. Voraussetzung dafür ist, über Kenntnisse zu Symptomen, zur Entstehung und Aufrechterhaltung und über Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen zu verfügen. Praktische Relevanz haben dabei auch Verhalten, Umgang und Gespräche mit depressiven, suizidgefährdeten älteren Menschen in konkreten Situationen.

6.2.1.2. Didaktische Reduktion

Hinsichtlich didaktischer Reduktion sollte der Dozent sich selbst unter anderem folgende Fragen beantworten:

1. Welches Vorwissen bringen die Teilnehmer mit ?
2. Welche Schwerpunkte setze ich als Dozent ?
3. Welche Bereiche sind besonders wichtig für den beruflichen Alltag ?
4. Welches Material (Video, Fallbeispiele, Rollenspiele) habe ich zur Verfügung?
5. Wie viel Zeit benötige ich für das Thema ?

Im Kontext des pflegerischen Alltags steht der professionelle kommunikative Umgang. Das heißt, neben einem inhaltlichen Verständnis von Depressionen gilt es ein Wissen zu vermitteln, welches auf mehrdimensionale Begleitung und Pflege ausgerichtet ist. Hierbei kann der persönliche Umgang mit den eigenen depressiven Anteilen der Pflegekräfte (Teresi et al., 2001) während der Fortbildung zum Ausdruck kommen.

Ein wichtiges Thema der Schulung muss die Behandlungsmöglichkeit mit spezifischen antidepressiven Medikamenten und deren Wirkung und Nebenwirkungen sein. Hier bietet es sich an, mit einem Facharzt für Psychiatrie zusammenzuarbeiten.

Im Abschnitt „Konzeptionelle und Methodische Möglichkeiten“ (siehe Kapitel 6.2.1.4.) werden die konkreten Vorgehensweisen vorgestellt.

6.2.1.3. Lehrziele

Für die Fortbildung der Altenpflegekräfte lassen sich, auf Basis der in den Kapiteln 2 und 3 beschriebenen theoretischen Grundlagen und Studien, folgende Lehrziele bzw. Kernbotschaften nennen:

- Depression ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung
- Bei der Genese der Depression wird ein mehrdimensionales Entstehungsmodell diskutiert, dabei soll der biologischen Bedingtheit (neurobiologische Veränderungen im Hirnstoffwechsel) besondere Beachtung beigemessen werden

- Depression ist auch im Alter gut behandelbar; Psychopharmakotherapie – insbesondere mit (neueren) Antidepressiva – ist effektiv
- Suizide geschehen meist als Folge einer psychiatrischen Erkrankung; Suizidäußerungen sollen ernst genommen und direkt angesprochen werden

6.2.1.4. Konzeptionelle und methodische Möglichkeiten

Wie Döring betont, ist kommunikative Interaktion für den Schulungserfolg sehr wichtig. Der Dozent sollte einerseits mit dem einzelnen Schulungsteilnehmer als auch mit der gesamten Gruppe in intensivem Kontakt stehen, andererseits jedoch auch dem einzelnen Teilnehmer ermöglichen, in Gesprächskontakt zu den anderen zu treten.

Ebenso wichtig ist es, ganzheitlich zu arbeiten, das heißt die unterschiedlichen Sinneskanäle Hören, Sehen, Sprechen und Handeln mit einzubeziehen.

Außerdem sollten folgende Möglichkeiten bei der Konzepterstellung und Umsetzung der Fortbildung berücksichtigt werden:

- kiss-Prinzip (“keep it simple and stupid”)
- weniger ist mehr
- nicht mehr als 4 Botschaften
- gute Gliederung
- gut strukturierte Folien
- Diskussion
- Rollenspiele
- Flip Chart
- prägnantes Handout
- Transparenz im Vorgehen

Eine gemeinsame Reflexion am Ende der Veranstaltung wird als sehr sinnvoll angesehen und dient dazu, Rückmeldung darüber zu bekommen, in welchen Bereichen sich die Teilnehmer gut durch den theoretischen Unterricht vorbereitet fühlen und in welchen Bereichen Kritik festzustellen ist.

Rollenspiel als Methode

Im Rollenspiel werden Interaktionsabläufe zwischen Personen simuliert. Die Situation und die Rollen der mitwirkenden Personen sind beim angeleiteten Rollenspiel vorgegeben. Das Geschehen zwischen den Personen, der dynamische Verlauf des Gesprächs oder einer Verhandlung dient als Material für einen Lernprozess.

Eine wichtige Funktion des Lernens im Rollenspiel ist es, die Wirkungen von Rollen zu erfahren und Folgerungen daraus zu ziehen. Das Rollenspiel bietet einen weiten Spielraum für die Lerngestaltung im Kommunikations- und Interaktionsbereich. Die Methode selbst löst komplexe Prozesse aus, die in ihren Einzelheiten kognitiv nicht erfasst werden können.

6.2.1.5. Kurz-Manual: Fortbildung „Depression, Suizidalität“ für Altenpflegekräfte

Die Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien und Fachliteratur zum Thema „Depression und Suizidalität im Alter“ (inhaltliche Aspekte: Einstellungen zu Depression/Suizidalität Symptomatologie, Differentialdiagnose Depression versus Demenz, Behandlungsmöglichkeiten, Pharmakotherapie) sowie die vorher erläuterten didaktischen Methoden berücksichtigend, wurde ein den vorgesehenen Lehrzielen entsprechendes Manual für die vierstündige Fortbildung der Pflegekräfte konzipiert.

Titel der Veranstaltung: „Depression im Alter – Erkennen und Handeln“

Fortbildungsdauer: 4 Stunden

Dozenten: Dipl.-Psychogerontologe/in, Facharzt für Psychiatrie

Adressaten: Altenpflegekräfte unterschiedlicher Qualifikationen

Örtlichkeiten: in den Räumen der teilnehmenden Institution

Zielformulierung: Die große Bedeutung depressiver Erkrankungen wird vermittelt. Altenpflegekräfte werden speziell über die **Symptome** (psychische, somatische, kognitive), **Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten und Ursachen der Altersdepression** unterrichtet. Sie sollen in die Lage versetzt werden, mögliche **depressive Störungen**, auch im Zusammenhang mit anderen Funktionsstörungen im Alter, zu **erkennen und angemessen zu reagieren**. Ein weiterer Aspekt wird das **Erkennen von und der Umgang mit Suizidalität** sein.

Methoden:

- Vortrag mit Folien
- Diskussion
- Film/ Videosequenz
- Rollenspiel

Ausgehändigtes Material:

- Ratgeber und Flyer „Depression“ zur Weitergabe an Bewohner und Angehörige
- Aufklärungsvideo (zwei pro Station) zur Weitergabe an Bewohner und Angehörige
- Handout (siehe Anhang)

6.3. Fragebogen als Evaluationsinstrument

In umfangreichen Recherchen konnte kein spezifischer Evaluations-Fragebogen zur Effektivität von Fortbildungen für Altenpflegekräfte gefunden werden.

Im Rahmen des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ ist, in Zusammenarbeit mit dem Institut für Kommunikationswissenschaften (Prof. Brosius) der Ludwig-Maximilians-Universität München und dem Bayerischen Forschungsverbund Public Health – Öffentliche Gesundheit (Prof. Hasford), für eine repräsentative Telefonumfrage der Öffentlichkeit ein Fragebogen speziell zu Wissen und Einstellungen zum Thema „Depression“ (siehe Anhang) entwickelt worden. Es bot sich an diesen Fragebogen als Vorlage zu nutzen.

Der hier vorliegende Fragebogen wurde entsprechend der Thematik Depression und Suizidalität *im Alter* und für die Fortbildungsteilnehmer (Altenpflegekräfte) adaptiert und mit neuen Fragen ergänzt. Bei vielen Fragen wurde in den Antwortvorgaben auf die Präsentation einer Zwischenform ("unentschieden", "weder-noch", "mittelmäßig wichtig", "teilweise") verzichtet, um die Befragten zu veranlassen, sich für eine von zwei Antwortrichtungen zu entscheiden.

Der inhaltliche Teil des Datenerfassungsbogens gliederte sich insgesamt in drei Bereiche mit zwölf Fragen: Einstellungen zu Depression und Suizid im Alter, Wissen und Verhaltensintentionen zum Umgang mit Suizidalität. Wissen wurde nochmals untergliedert in Symptome, Differentialdiagnose, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Depression im Alter.

Zusätzlich wurden zwei leicht abgewandelte Fragebögen für die Post- und Follow-up-Befragung entwickelt. Im Post-Fragebogen (zweiter Messzeitpunkt; unmittelbar nach der Schulung) und Follow-up-Fragebogen (dritter Messzeitpunkt, drei Monate nach der Schulung) wurde nicht mehr nach soziodemographischen Daten gefragt. Statt dessen wurde zusätzlich nach der Anzahl bekannter Suizidversuche innerhalb des letzten Jahres im jeweiligen Heim gefragt und wie die Befragten das Risiko einschätzten, dass Suizide in Alten- und Pflegeheimen durch den Arzt verdeckt wurden. Außerdem wurde nur im Post-Fragebogen die Frage gestellt, wie die Fortbildung von den Teilnehmern beurteilt (Rückmeldung) wurde. Die drei Versionen des Fragebogens finden sich im Anhang. Der Zeitaufwand zur Bearbeitung der Fragebögen betrug jeweils circa 15 Minuten.

Um eine längsschnittliche Analyse trotz Gewährleistung der absoluten Anonymität möglich zu machen, wurden die Teilnehmer gebeten, am Anfang einen Code anzugeben (Geburtsdatum der Mutter, z.B. 22/05/1935).

Fragen zu Wissen, Einstellungen und Verhaltenstendenzen schlossen sich Fragen nach soziodemographischen Merkmalen an.

Um die Praktikabilität des Untersuchungsinstrumentes zu überprüfen, wurde ein Prä-Test in ausgewählten Stationen mit einer kleinen Stichprobe von Pflegekräften der Psychiatrischen Klinik der LMU durchgeführt. Hierbei sollte überprüft werden, ob die Fragen und Antwortvorgaben ausreichend plausibel und verständlich waren und ausreichend Varianz gegeben war. Die Ergebnisse zeigten, dass sich der Fragebogen bewährt hatte und somit, bis auf wenige Modifikationen, übernommen werden konnte.

6.4. Untersuchungsablauf

Tabelle 1 gibt zusammengefasst eine Übersicht über die wichtigsten Forschungsgebiete, die in der vorliegenden Arbeit untersucht wurden. Dabei handelt es sich um Wissen(szuwachs) zum Thema „Depression im Alter“ und Verhaltensintentionen zu Suizidalität, die im wesentlichen aus den Lernzielen abgeleitet wurden und die die Fortbildungskonzeption repräsentieren (vgl. Kapitel 6.2.).

Tabelle 1: Gesamtüberblick über untersuchte Forschungsbereiche

	Untersuchungsgegenstand (und Methode)	Erhebungszeitpunkt
Versuchsgruppe (VG) in Nürnberg, Kontrollgruppe (KG) in Mün- chen	Baseline Wissen und Verhal- tensintentionen, Einstellun- gen, Angaben zur Person (Fragebogen)	Vorher
	Lernzuwachs durch die Fortbildung (Fragebogen); Bewertung der Fortbildung	Nachher
	Längerfristige Veränderun- gen im Wissen, Verhaltens- intentionen, Einstellungen (Fragebogen)	Follow-up

Der zeitliche Rahmen der Vorbereitungsphase sowie der Untersuchung betrug insgesamt ein Jahr und neun Monate. Der Zeitaufwand für die Entwicklung der Fortbildungskonzeption sowie der Fragebögen, der Erstellung der Fortbildungsmaterialien, der Durchführung des Prä-Tests und der gesamten Organisation und Datenkontrolle betrug, verteilt auf acht Monate, circa 256 Stunden (siehe Abbildung 13).

Die Durchführung und Datenerhebung der insgesamt 24 Fortbildungen fand direkt nach der Vorbereitungsphase in den darauffolgenden 13 Monaten statt.

Inklusive einer dreimonatigen Auswertungsphase konnte das gesamte Vorhaben nach zwei Jahren abgeschlossen werden.

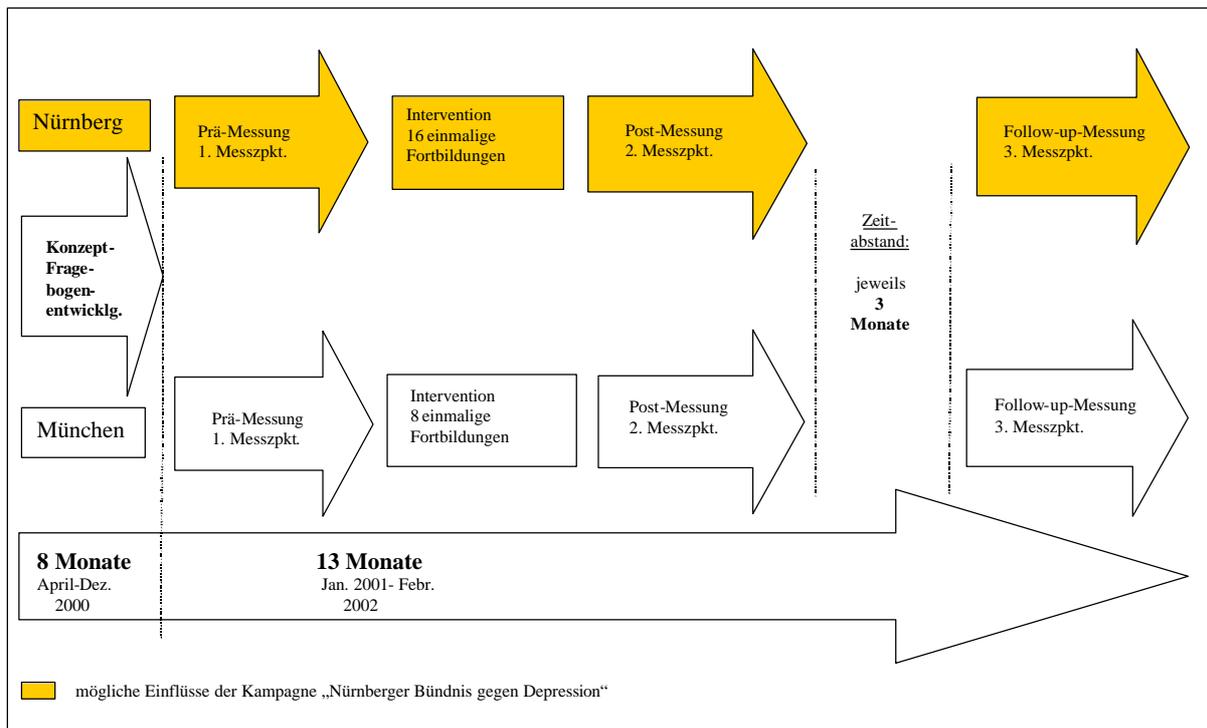


Abbildung 13: Untersuchungsablauf

6.5. Forschungsdesign

In Nürnberg wurden 40 Alten- und Pflegeheime kontaktiert, von denen 17 mit insgesamt 291 Altenpflegekräften das Fortbildungsangebot zum Thema „Depression, Suizidalität“ annahmen. Damit konnten, laut Pflegestatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik, 43,4% der in Nürnberger Heimen beschäftigten Pflegekräften erreicht werden.

Um mögliche Effekte der Aktivitäten des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ zu kontrollieren, wurde in München ebenfalls eine Auswahl von Alten- und Pflegeheimen kontaktiert. Hier erhielten 10 Einrichtungen mit insgesamt 83 Teilnehmern Fortbildungen.

Die Fortbildungen beider Gruppen fanden gleichmäßig verteilt über das gesamte Jahr 2001 und in der Arbeitszeit der Pflegekräfte statt und waren für sie kostenlos.

Von einem Kontrollgruppendesign zur Kontrolle von Messeffekten („Versuchskanincheneffekt“) und unabhängigen, zeitlich parallel stattfindenden Ereignissen („Zeitgeschehen“) oder Veränderungen bei den Teilnehmern („Reifungsprozesse“) wurde abgesehen, weil eine Kooperation von Institutionen für solche Kontrollbedingungen ohne Zweifel nicht gegeben gewesen wäre.

Insgesamt wurden 24 vierstündige Fortbildungen für insgesamt 374 Altenpflegekräfte von der Autorin und einem Facharzt für Psychiatrie gehalten. Unmittelbar nach der Fortbildung erfolgte die Post-Erhebung. In dieser Zweit-Erhebung betrug die Rücklaufquote 88,7%, da einige Teilnehmer die Fortbildung früher verlassen mussten und somit keinen Fragebogen ausfüllen konnten. Zur Evaluierung eines Langzeiterfolges wurde nach drei Monaten ein Follow-up dieser Befragung durchgeführt. Die Rücklaufquote der Fragebögen der Follow-up-Messung betrug 58%. Ergebnisse der Drop-out-Analyse finden sich im Kapitel 6.7.

6.6. Verwendete statistische Tests

Querschnittlich wurden die Daten in Abhängigkeit des Skalenniveau mittels t-Test, Mann-Whitney-Test, Exaktem Test nach Fisher und dem Pearson Chi-Quadrat-Test ausgewertet.

Längsschnittlich wurden die Variablen mit dem Wilcoxon-Test, dem McNemar-Test und für polydichotom gestufte Merkmale mit dem Bowker-Test analysiert. Aus Praktikabilitätsgründen wurde keine Alpha-Adjustierung vorgenommen.

Um die Auswirkungen der Aktivitäten des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ auf die Altenpflegekräfte der Nürnberger Stichprobe zu kontrollieren, wurde der Nürnberger Schulungsgruppe eine Kontrollgruppe aus München gegenüber gestellt.

Die statistische Prüfung auf Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Nürnberger Gruppe erfolgte mit Messwiederholungs-Varianzanalysen für ordinale Daten von Brunner und Langer (1999). Mit diesem Verfahren können gleichzeitig sowohl Unterschiede in den Ausgangswerten als auch unterschiedliche Verläufe über die Zeit hinweg (Zeit-Gruppen-Interaktionen) getestet werden.

Die Unterschiede vor und nach der Fortbildung sowie im Follow-up wurden auf einem Signifikanzniveau von 5% zweiseitig getestet.

6.7. Stichprobenbeschreibung

Tabelle 2 enthält die Ausprägungen der soziodemographischen Merkmale in beiden Stichproben. Im Vergleich gab es bei der Nürnberger und der Münchener Stichprobe zur Prä-Messung (Baseline) lediglich in zwei Merkmalen signifikante Unterschiede in soziodemographischen Daten. Diese Unterschiede zeigten sich hinsichtlich Ausbildungsniveau und dem Tätigkeitsbereich der Pflegekräfte.

In der Münchener Kontrollgruppe ist der Anteil der Krankenschwestern, die in der Pflege tätig sind und an der Fortbildung teilgenommen haben, um circa 10% höher als in der Nürnberger Gruppe. Wiederum ist der Anteil der examinierten Altenpflegekräfte in Nürnberg um circa 10% höher als in München. Damit ist der Unterschied im Ausbildungsniveau für die beiden Stichproben weitestgehend ausgeglichen und praktisch nicht relevant.

Der signifikante Unterschied zwischen der Nürnberger und Münchener Stichprobe zu Angaben des Tätigkeitsbereiches hat keine praktische Bedeutsamkeit, weil sich die Arbeit „im Wohnbereich“ kaum von der „auf Pflegestation“ unterscheidet.

Zur Überprüfung eines Effektes der Nürnberger Kampagne wurden nichtparametrische Messwiederholungs-Varianzanalysen für ordinalskalierte Variablen (Brunner & Langer, 1999) gerechnet. In der Testung auf Unterschiede im Ausgangsniveau beider Stichproben zu Wissen und Einstellungen konnten keine signifikanten Unterschiede gezeigt werden. Es wurden die Variablen analysiert, die in Hinblick auf die Outcome-Kriterien sehr wichtig waren, wie beispielsweise „Depression ist eine Erkrankung, die vom Arzt und/oder Psychologen behandelt werden sollte“, „Veränderter Stoffwechsel im Gehirn“ als eine Hauptursache bei der Entstehung der Depression, „Behandlung mit Antidepressiva“ und im Umgang mit suizidalen älteren Menschen „Ganz genau nachfragen, wie es der/die Betroffene gemeint hat“, wenn ein/e Bewohner/in erzählt, es sei alles so hoffnungslos und habe ja keinen Sinn mehr.

Da das Ausgangsniveau beider Stichproben in Bezug auf soziodemographische Merkmale, Wissen und Einstellungen gleich war, wurden diese zur statistischen Analyse zusammengefasst.

Von den insgesamt 374 befragten Altenpflegekräften mit einer durchschnittlich 9,2jährigen Berufserfahrung ($SD=7,7$) waren annähernd die Hälfte examinierte Altenpfleger, 288 Frauen und 63 Männer und 23 Personen ohne Angaben des Geschlechts. Der Modus des Alters lag zwischen 41-50 Jahren.

Tabelle 2: Soziodemographie der untersuchten Gruppen

Variablen	Nürnberg N=291 Angaben in %	München N=83 Angaben in %	p	Gesamt N= 374 Angaben in %
Geschlecht	Männer: 17,2 Frauen: 75,9 Keine Angaben: 6,9	Männer: 15,7 Frauen: 80,7 Keine Angaben: 3,6	=.742 ¹	Männer: 16,8 Frauen: 77,1 Keine Angaben: 6,1
Ausbildung	Examen Krankenschwester: 10,7 Examen AltenpflegerIn: 39,5 Kurzausbildg Krankenhilfe: 4,1 Kurzausbildg. Altenpflegehilfe: 8,2 Angelernte Pflegekraft: 5,8 noch in Ausbildg.: 12,7 Laienhelfer: 2,7 Keine Angaben: 7,6	Examen Krankenschwester: 21,7 Examen AltenpflegerIn: 31,3 Kurzausbildg Krankenhilfe: 2,4 Kurzausbildg. Altenpflegehilfe: 7,2 Angelernte Pflegekraft: 10,8 noch in Ausbildg.: 3,6 Laienhelfer: 2,7 Keine Angaben: 10,8	=.012 ²	Examen Krankenschwester: 13,1 Examen AltenpflegerIn: 37,6 Kurzausbildg Krankenhilfe: 4,1 Kurzausbildg. Altenpflegehilfe: 3,7 Angelernte Pflegekraft: 8,0 noch in Ausbildg.: 10,7 Laienhelfer: 2,1 Keine Angaben: 10,9
Alter	19-30 Jahre: 13,1 31-40 Jahre: 23,7 41-50 Jahre: 32,6 51-60 Jahre: 16,8 61-70 Jahre: 6,9 keine Angaben: 4,5	19-30 Jahre : 8,4 31-40 Jahre: 37,3 41-50 Jahre: 25,3 51-60 Jahre: 25,3 61-70 Jahre: 6,9 keine Angaben: 0	=.501 ³	19-30 Jahre: 12,0 31-40 Jahre: 26,9 41-50 Jahre: 30,9 51-60 Jahre: 18,7 61-70 Jahre: 5,3 keine Angaben: 6,1
Deutsch als Muttersprache	70,4	75,9	=.493 ¹	71,5
Jahre im Pflegeberuf	Mittel: 9,0 (± 7,1)	Mittel: 9,8 (± 9,5)	=.527 ⁴	Mittel: 9,2 (± 7,7)
Position	LaienpflegerIn: 3,1 Altenpflege- KrankenpflegehelferIn: 23,7 AltenpflegerIn/ Krankenschwester: 31,6 Stationsleitung: 11,0 Pflegedienstleitg.: 1,7 Keine Angaben: 18,2	LaienpflegerIn: 2,4 Altenpflege- KrankenpflegehelferIn: 31,3 AltenpflegerIn/ Krankenschwester: 32,5 Stationsleitung: 4,8 Pflegedienstleitg.: 4,8 Keine Angaben: 14,5	=.187 ²	LaienpflegerIn: 2,9 Altenpflege- KrankenpflegehelferIn: 25,6 AltenpflegerIn/ Krankenschwester: 31,7 Stationsleitung: 9,6 Pflegedienstleitg.: 2,4 Keine Angaben: 19,7
Tätigkeitsbereich	Im Wohnbereich: 6,9 Auf Pflegestation: 63,6 überwieg. Nachtwache: 1,7 Sonstige: 9,3 Keine Angaben: 16,5	Im Wohnbereich: 21,7 Auf Pflegestation: 65,1 überwieg. Nachtwache: 1,2 Sonstige: 0 Keine Angaben: 8,4	<.001 ²	Im Wohnbereich: 10,1 Auf Pflegestation: 64,0 überwieg. Nachtwache: 1,9 Sonstige: 8,7 Keine Angaben: 17,1

¹ Exakter Test nach Fisher

² Chi-Quadrat-Test

³ Mann-Whitney-Test

⁴ t-Test

Die Hervorhebung durch Fettdruck kennzeichnet den Modus

Drop-out-Analyse

Die Drop-out-Analyse zur Post-Messung sowie zur Follow-up-Messung im Vergleich zur Prä-Messung mittels Chi²-Test ergab keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf soziodemographische Merkmale. Lediglich im Ausbildungsprofil zeigten sich zu beiden Messzeitpunkten signifikante Unterschiede zwischen den Drop-out-Gruppen und der Gruppe, für die Daten zu allen drei Messzeitpunkten vorlagen. Der Anteil der Auszubildenden sank von 10,7% zur Prä-Messung auf 8,5% zur Post-Messung bzw. 5,8% zur Follow-up-Messung. Umgekehrt stieg der Anteil der examinierten Altenpfleger von 37,6% zur Prä-Messung auf 45,5% zur Post-Messung bzw. 48,9% zur Follow-up-Messung.

Die gleichen Analysen wurden für die wichtigsten Fragevariablen durchgeführt. Hierbei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Drop-out-Gruppe und der Gruppe, für die Daten zu allen drei Messzeitpunkten vorlagen.

7. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Daten aus der Fragebogenerhebung vor, nach und im Drei-Monats-Follow-up sind in den anschließenden Unterpunkten Wissen, Einstellungen zu Depression und Suizidalität im Alter und Verhaltensintentionen bei suizidalen Absichten von Heimbewohnern aufgeführt.

In den nachfolgenden Ergebnissen zeigte sich oftmals bei gleich hohen Effekten zwischen Prä- und Post-Messung sowie Prä- und Follow-up-Messung, dass der Effekt zwischen Prä- und Follow-up-Messung im Gegensatz zu Prä- und Post-Messung statistisch nicht abgesichert werden konnte, weil die Stichprobengröße deutlich geringer und somit auch die Teststärke geringer war.

7.1. Wissensveränderungen

Im Fragebogen wurden zum Wissen speziell Fragen zu Prävalenzeinschätzungen von Depressionen im Alten- und Pflegeheim, Symptomen, Differentialdiagnose, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Altersdepression gestellt. Diese Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

7.1.1. Prävalenzschätzungen von Depression in Alten- und Pflegeheimen

Tabelle 3 zeigt die zu verschiedenen Zeitpunkten eingeschätzten Punkt- Prävalenzen (vgl. Hypothese 1).

Tabelle 3: Schätzungen Punktprävalenzen zur Prä-, Post- und Follow-up-Messung

	Prä-Erhebung N= 321	Post-Erhebung N= 297	Follow-up-Erhebung N= 146
Prävalenz	46%	42,5%	43%
Standardabweichung	23,5%	20,5%	23,5%
Minimum	5%	5%	0%
Maximum	100%	100%	100%

Die Frage lautete: „Wenn Sie sich 20 Bewohner Ihrer Station vorstellen: Was meinen Sie, wie viele davon leiden an einer Depression? Schreiben Sie bitte die Ziffer in das Kästchen.“

Auffallend ist, dass die Prävalenzschätzungen der Pflegekräfte auf Ihrer/einer Station mit 20 Bewohnern sehr hoch sind. Die Schätzungen der Prävalenz von behandlungsbedürftigen Depressionen beträgt 46% und schwächt sich zur Post- und Follow-up-Erhebung etwas ab.

Die Einschätzungsveränderungen zwischen der Prä- und Post-Messung $t(285) = 2.829$, $p = .005$ sowie zwischen Prä- und Follow-up-Messung $t(124) = 0.625$, $p = .533$ sind nicht signifikant.

7.1.2. Symptome

Angenommen wurde, dass das spezifische Wissen über typische Symptome von Altersdepression vor der Fortbildung geringer war als danach (vgl. Hypothese 3).

Es wurde gefragt, welche Anzeichen einer Depression gerade im Alter typisch sind und welche nicht. Hier sollten fünf Symptom-Vorgaben dichotom, d.h. mit „sehr typisch“ oder „nicht typisch“, beantwortet werden. Außer dem Symptom „Verwirrtheit“ wurden vor der Schulung die Symptome „Freudlosigkeit“, „körperliche Beschwerden und Schmerzen“, „Konzentrationsstörungen“ und „Schlafstörungen“ überwiegend als sehr typisch beurteilt. Die höchsten Werte erzielten dabei, auch nach der Fortbildung, „Freudlosigkeit“ und „Schlafstörungen“ (vgl. Abbildung 14). Diese Einschätzung wurde durch die Fortbildung noch verstärkt: „Freudlosigkeit“, McNemar $\chi^2 = 7.605$, $p = .005$; „Schlafstörungen“, McNemar $\chi^2 = 11.161$, $p = .001$.

Nach einem Zeitraum von drei Monaten zeigten die Einschätzungen in Bezug auf die Ausgangslage des Items „Schlafstörungen“ keine signifikanten Unterschiede mehr (McNemar $\chi^2 = 1.829$, $p = .175$; Freudlosigkeit: McNemar $\chi^2 = 2.12$, $p = .143$).

Der größte Wissenszuwachs durch die Fortbildung ergab sich bei den Antworten „Konzentrationsstörungen“, McNemar $\chi^2 = 26.752$, $p < .001$ und „Körperliche Beschwerden/Schmerzen“, McNemar $\chi^2 = 7.680$, $p = .005$ als typische Anzeichen für Depression.

Der signifikant hohe Wissenszuwachs bei dem Symptom „Konzentrationsstörungen“ konnte im Follow-up (McNemar $\chi^2 = 3.698$, $p = .054$) nicht mehr nachgewiesen werden.

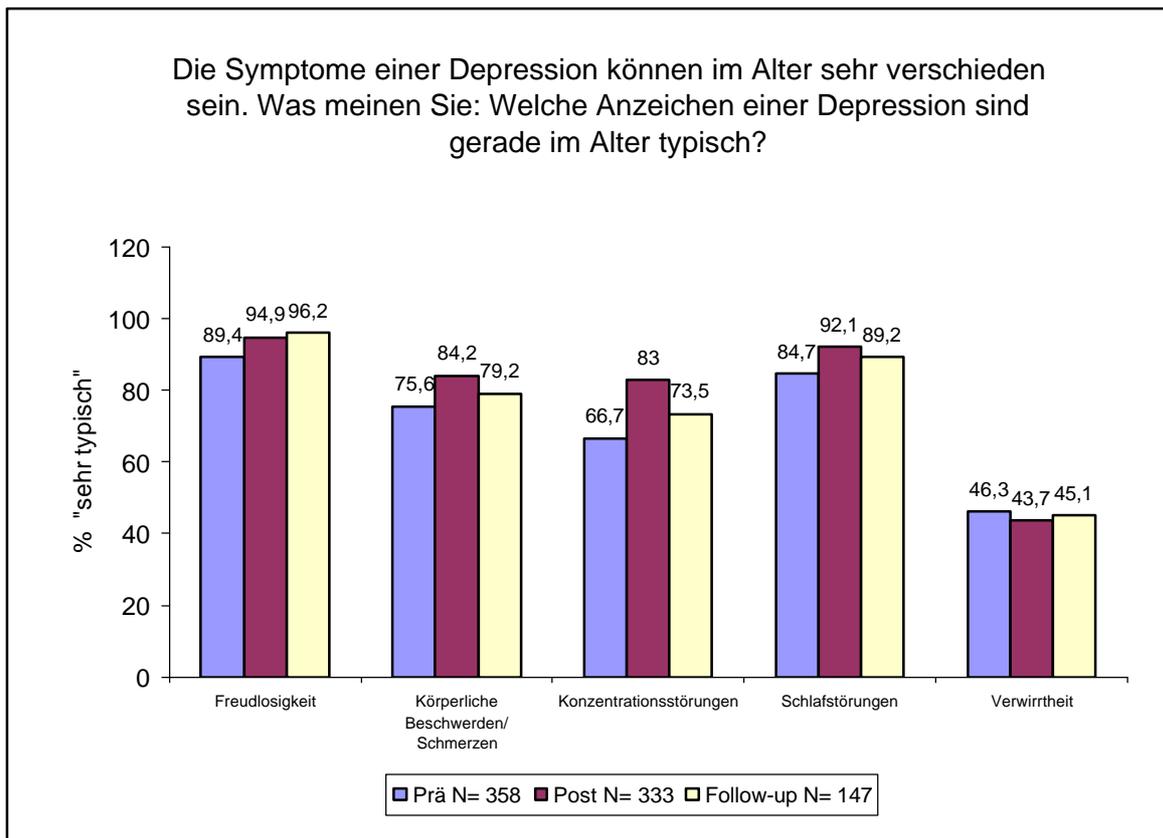


Abbildung 14: Ergebnisse - Typische Symptome der Altersdepression

7.1.3. Abgrenzung Depression-Demenz

Im Fragebogen wurden den teilnehmenden Pflegekräften drei Antworten vorgegeben, die sie jeweils mit „zutreffend“ oder „nicht zutreffend“ beurteilen sollten, um zu erfassen, ob der Begriff „Pseudodemenz“ richtig definiert wurde (vgl. Hypothese 5).

Den Teilnehmern wurden zur Beantwortung der Frage „Was verstehen Sie unter Pseudodemenz?“ folgende Antwortmöglichkeiten vorgegeben: „eine unerkannte Demenz“, „eine Demenz im Anfangsstadium“, „eine Depression, die durch dementielle Symptome verdeckt wird“.

Die Ergebnisse der ersten Befragung zeigten überraschenderweise, dass der Begriff „Pseudodemenz“ von 84,6% der Befragten und nach der Schulung von 89,4% der Befragten richtig definiert wurde, McNemar $\chi^2 = 1.688$, $p = .194$.

Auffallend und anders als in der Erstbefragung ist, dass die Wiederholungsmessung nach drei Monaten einen signifikanten Zuwachs des Wissens ergab, McNemar $\chi^2 = 4.321$, $p = .036$. Die Ergebnisse aller Antworten sind in Abbildung 15 dargestellt.

Der Anteil der Pflegekräfte, die „Pseudodemenz“ wiederum als eine unerkannte Demenz, also falsch definierten, nahm kontinuierlich über die Messzeitpunkte hinweg ab.

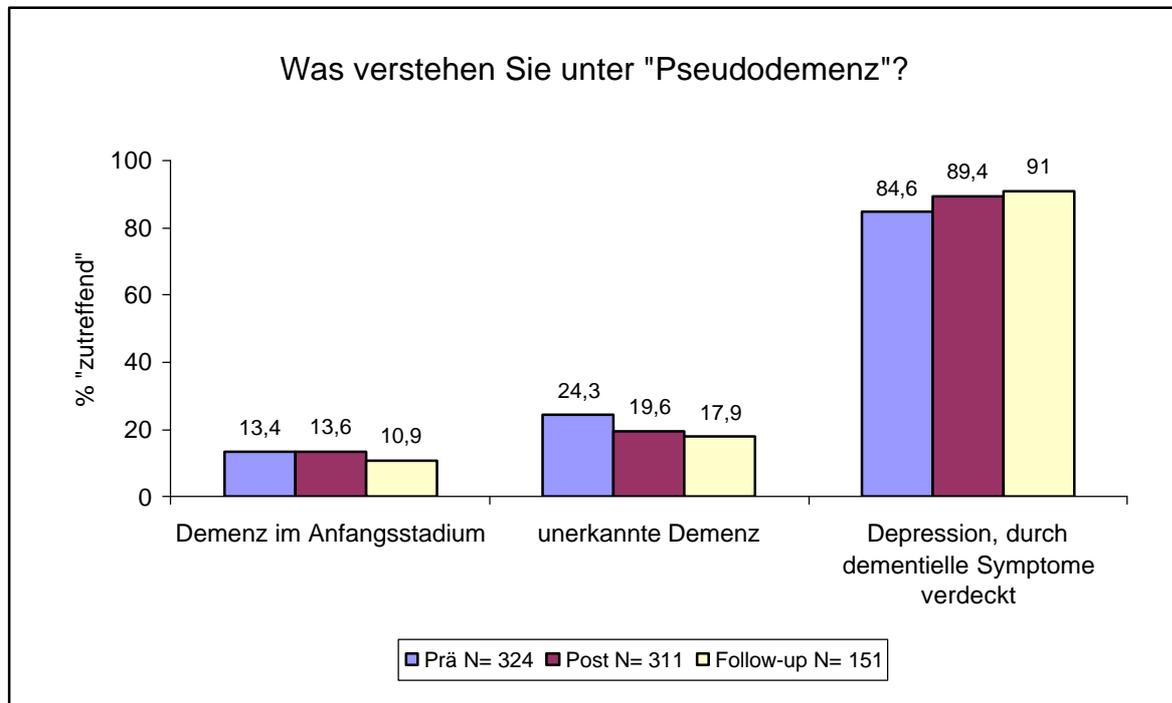


Abbildung 15: Ergebnisse – Wissen „Pseudodemenz“

7.1.4. Ursachen

Entsprechend Hypothese 4 ist davon auszugehen, dass neurobiologische Veränderungen im Gehirn, d.h. ein veränderter Hirnstoffwechsel, mit der Entstehung von Depressionen in hohem Maße korrelieren, den Altenpflegekräften weitgehend unbekannt ist.

Zur Einschätzung, welche Faktoren bei der Entstehung der Depression eine Rolle spielen können, wurden den Pflegekräften folgende zehn Antworten vorgegeben: Verlusterlebnisse, Nebenwirkung von Medikamenten, häufiges Vorkommen von Depression in der Familie, Vereinsamung, chronische Schmerzen, veränderter Stoffwechsel im Gehirn, geringer Bildungsstand/Intelligenz, Umweltgifte, Veränderung der Nahrungsaufnahme, Schlafmangel. Die Beantwortung erfolgte auf einer vierstufigen Rangskala („gar nicht“, „wenig“, „ziemlich“, „stark“).

Die Ergebnisse zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten für die Ausprägung „stark“ sind in Tabelle 4 dargestellt.

Abbildung 16 zeigt die Antworten mit den prägnantesten Unterschieden zwischen den einzelnen Messzeitpunkten.

Ein signifikanter Wissenszuwachs war dabei bei den Items „Häufiges Vorkommen in der Familie“, Wilcoxon $Z = -6.172$, $p < .001$; „Vereinsamung/Isolation“, Wilcoxon $Z = -3.540$, $p < .001$; „Veränderung der Nahrungsaufnahme“, Wilcoxon $Z = -3.149$, $p = .002$ und „Nebenwirkung von Medikamenten“, Wilcoxon $Z = -2.069$, $p = .038$ zu verzeichnen.

Hervorzuheben ist der hochsignifikante Wissenszuwachs hinsichtlich der biologischen Bedingtheit („veränderter Stoffwechsel im Gehirn“) Wilcoxon $Z = -7.178$, $p < .001$. Nach drei Monaten waren keine Effekte der Schulung zu verzeichnen.

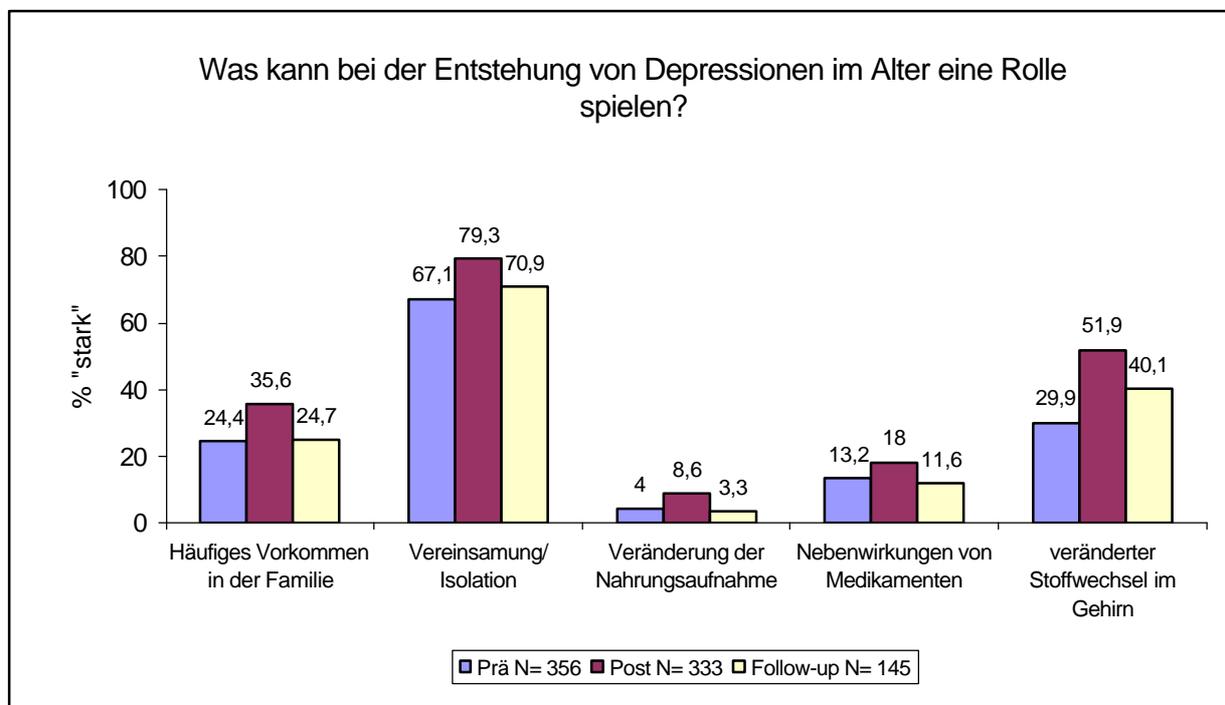


Abbildung 16: Ergebnisse – Ätiologie der Depression im Alter

Tabelle 4: Antworten auf die Frage „Was kann bei der Entstehung von Depression im Alter häufig eine Rolle spielen?“

chronische Schmerzen	„gar nicht“ in %	„wenig“ in %	„ziemlich“ in %	„stark“ in %
Prä-Messung	1,4	12,0	41,8	44,8
Post-Messung	1,2	8,5	41,7	48,6
Follow-up-Messung	1,3	10,8	40,5	47,5
Prä-Post:	Wilcoxon $Z = -1.608$, $p = .116$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $Z = -0.272$, $p = .810$			

geringer Bildungsstand/ Intelligenz	„gar nicht“ in %	„wenig“ in %	„ziemlich“ in %	„stark“ in %
Prä-Messung	40,0	45,1	12,4	2,5
Post-Messung	47,8	37,8	9,4	5,0
Follow-up-Messung	54,6	31,6	11,2	2,6
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.771$, $p = .438$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -1.172$, $p = .246$			
Häufiges Vorkommen in der Familie	„gar nicht“ in %	„wenig“ in %	„ziemlich“ in %	„stark“ in %
Prä-Messung	5,1	27,5	43,0	24,4
Post-Messung	1,2	17,3	45,9	35,6
Follow-up-Messung	1,3	34,4	39,6	24,7
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -6.172$, $p < 001$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.666$, $p = .514$			
Vereinsamung/ Isolation	„gar nicht“ in %	„wenig“ in %	„ziemlich“ in %	„stark“ in %
Prä-Messung	0	3,6	29,2	67,1
Post-Messung	1,2	1,8	17,7	79,3
Follow-up-Messung	0	1,9	27,2	70,9
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -3.540$, $p < .001$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.571$, $p = .542$			
Veränderung der Nahrungsaufnahme	„gar nicht“ in %	„wenig“ in %	„ziemlich“ in %	„stark“ in %
Prä-Messung	25,7	47,7	22,6	4,0
Post-Messung	21,5	43,9	26,1	8,6
Follow-up-Messung	32,7	44,4	19,6	3,3
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -3.149$, $p = .002$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.392$, $p = .702$			
Nebenwirkung von Medikamenten	„gar nicht“ in %	„wenig“ in %	„ziemlich“ in %	„stark“ in %
Prä-Messung	2,5	40,9	43,4	13,9
Post-Messung	4,0	32,8	45,2	18,0
Follow-up-Messung	4,5	40,0	43,9	11,6
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -2.069$, $p = .039$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.335$, $p = .757$			

Schlafmangel	„gar nicht“ in %	„wenig“ in %	„ziemlich“ in %	„stark“ in %
Prä-Messung	4,7	29,5	40,9	24,8
Post-Messung	7,0	22,1	38,2	32,7
Follow-up-Messung	13,5	18,1	40,0	28,4
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -1.341$, $p = .180$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.812$, $p = .423$			
veränderter Stoffwechsel im Gehirn	„gar nicht“ in %	„wenig“ in %	„ziemlich“ in %	„stark“ in %
Prä-Messung	3,1	25,6	41,3	29,9
Post-Messung	1,9	8,4	37,9	51,9
Follow-up-Messung	1,3	23,7	34,9	40,1
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -7.178$, $p < .001$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.193$, $p = .850$			
Umweltgifte (z.B. Blei in Luft, Nitrat im H₂O)	„gar nicht“ in %	„wenig“ in %	„ziemlich“ in %	„stark“ in %
Prä-Messung	27,2	53,1	16,1	3,6
Post-Messung	26,2	53,8	17,4	2,6
Follow-up-Messung	28,6	51,9	17,5	1,9
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.308$, $p = .763$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.532$, $p = .618$			
Verlusterlebnisse	„gar nicht“ in %	„wenig“ in %	„ziemlich“ in %	„stark“ in %
Prä-Messung	0,6	3,3	17,5	78,6
Post-Messung	0,9	1,2	18,7	79,2
Follow-up-Messung	0,6	0	22,8	76,6
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.264$, $p = .809$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.710$, $p = .546$			

7.1.5. Behandlung

Die Prognose einer Depression im Alter ist bei adäquater Therapie gut. Jedoch ist davon auszugehen, dass dies von einem großen Anteil der Pflegekräfte nicht so gesehen wird (vgl. Hypothese 6).

So wurden die Teilnehmer der Fortbildung gefragt: „Was meinen Sie: wie gut kann eine Depression behandelt werden?“ und gebeten, in einer Fünfer-Skala („sehr gut“, „ziemlich gut“, „mittelmäßig gut“, „weniger gut“, „überhaupt nicht gut“) darauf zu antworten.

Die Ergebnisse der Erstbefragung zeigen (vgl. Abbildung 17), dass die Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen im Alter von 18,1% als „sehr gut“ eingeschätzt wurden. Die Mehrzahl der Befragten (49%) ging davon aus, dass Depressionen im Alter „ziemlich gut“ oder „mittelmäßig gut“ (27,2%) behandelbar sind. Eine Minderheit beurteilte die Chance einer erfolgreichen Behandlung als „weniger gut“ (4,9%) und als „überhaupt nicht“ (0,9%) gut.

Erfreulich war die Zunahme um 29,7% in der Beurteilung „sehr guter“ Behandlungsaussichten. Dieser signifikante Wissenszuwachs, Wilcoxon $Z = -10.346$, $p < .001$, welcher alle Ausprägungen der vorgegebenen Skala berücksichtigt, konnte selbst nach drei Monaten in hohem Maße bestätigt werden, Wilcoxon $Z = -3.622$, $p < .001$.

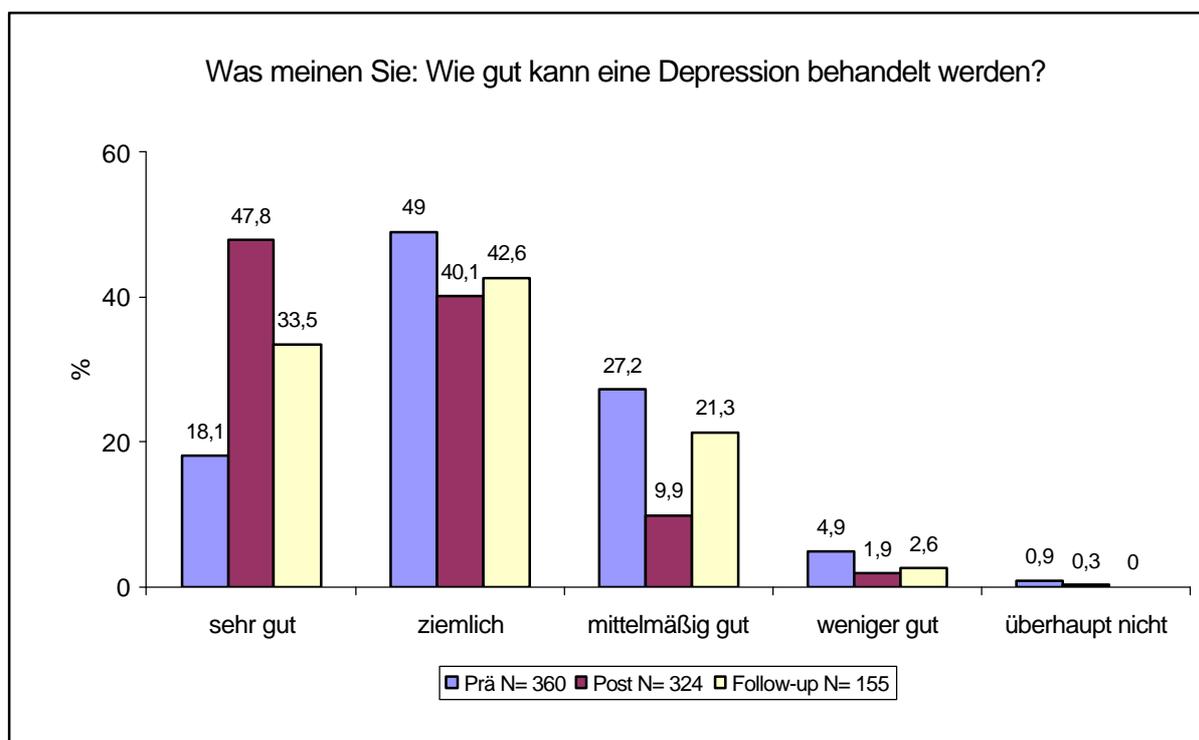


Abbildung 17: Ergebnisse – Behandelbarkeit der Depression im Alter

Die Wirksamkeit von Antidepressiva auch bei der Altersdepression ist, wie in Kapitel 2.7.1. vorab erläutert, belegt.

Die Ergebnisse der Baseline-Befragung zeigen jedoch, dass die Gabe von Antidepressiva als Behandlungsstrategie, im Vergleich zu anderen Optionen, wie beispielsweise angenehme Beschäftigungen, Bewegung, Kontakt zu den Angehörigen, Schlaf- und Beruhigungsmittel, viel Schlaf, beten und/oder Fernsehen, als ungeeignet eingeschätzt wurden (vgl. Abbildung 18 und auch Hypothese 7).

Die Teilnehmer wurden im Fragebogen aufgefordert, auf einer vierstufigen Rangskala („sehr gut geeignet“; „etwas geeignet“; „weniger geeignet“; „gar nicht geeignet“) die oben genannten Behandlungsmöglichkeiten von Depression danach einzuschätzen, für wie geeignet sie diese halten.

Die zunächst in hohem Maße als sehr gute Behandlungsmöglichkeit der Depression eingeschätzten Variablen „angenehme Beschäftigungen anbieten“ (83,9%) und „Bewegung“ (84,8%) wurden über die Messzeitpunkte hinweg als weniger geeignet eingestuft (vgl. Tabelle 5). Als sehr wichtig wurde der „Kontakt zu den Angehörigen“ bewertet. Dies konnte durch die Fortbildung noch etwas verstärkt werden.

Dass Schlaf- und Beruhigungsmittel zur richtigen Behandlung von Depression eingesetzt werden können, wurde vor der Schulung von 6,6% der Befragten als richtige Behandlung von Depression angesehen. Nach der Schulung stieg dieser Anteil auf 17,6%. Dieses Ergebnis wurde jedoch durch die Schulung nicht beabsichtigt.

Hervorzuheben ist das Ergebnis, dass der Anteil derjenigen, die die „Gabe von Antidepressiva“ als sehr gut geeignete Behandlungsmöglichkeit einschätzten, zur Post-Erhebung um 34,3% anstieg, Wilcoxon $Z = -8.815$, $p < .001$. Dieser positive Schulungseffekt blieb auch nach drei Monaten hoch signifikant, Wilcoxon $Z = -4.328$, $p < .001$.

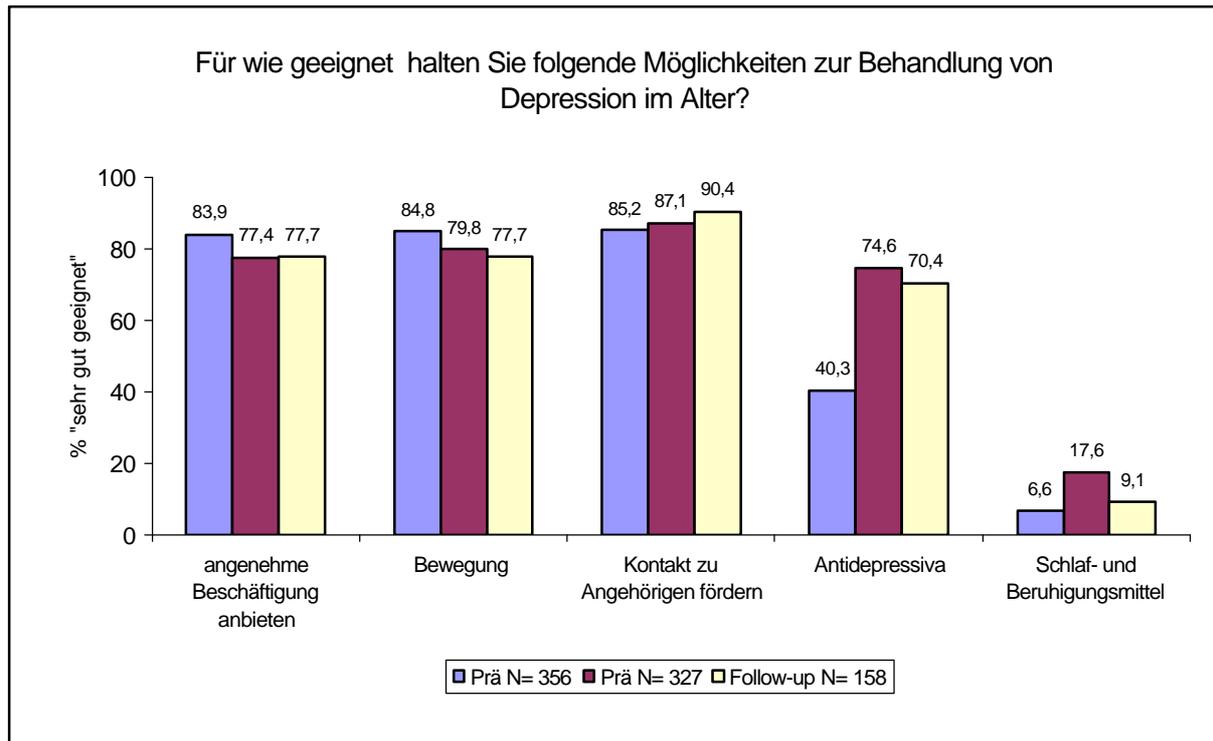


Abbildung 18: Ergebnisse – Behandlungsmöglichkeiten der Depression im Alter

Tabelle 5: Antworten auf die Frage „Für wie geeignet halten Sie folgende Möglichkeiten zur Behandlung von Depressionen im Alter?“

angenehme Beschäftigung anbieten	„sehr gut geeignet“ in %	„etwas geeignet“ in %	„weniger geeignet“ in %	„gar nicht geeignet“ in %
Prä-Messung	83,9	13,6	2,3	0,3
Post-Messung	77,4	19,2	2,5	0,9
Follow-up-Messung	77,7	20,4	1,3	0,6
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -1.808$, $p = .070$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -1.537$, $p = .140$			
beten	„sehr gut geeignet“ in %	„etwas geeignet“ in %	„weniger geeignet“ in %	„gar nicht geeignet“ in %
Prä-Messung	21,9	38,0	27,5	12,6
Post-Messung	21,3	29,7	29,0	20,0
Follow-up-Messung	16,8	37,6	34,9	10,7
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -2.808$, $p = .005$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -1.497$, $p = .139$			

Bewegung fördern (z.B. Spaziergänge)	„sehr gut geeignet“ in %	„etwas geeignet“ in %	„weniger geeignet“ in %	„gar nicht geeignet“ in %
Prä-Messung	84,8	11,8	2,8	0,6
Post-Messung	79,8	16,5	2,8	0,9
Follow-up-Messung	77,7	19,1	1,9	1,3
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -1.782$, $p = .078$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -3.181$, $p = .001$			
durch Fernsehen ablenken	„sehr gut geeignet“ in %	„etwas geeignet“ in %	„weniger geeignet“ in %	„gar nicht geeignet“ in %
Prä-Messung	6,2	24,9	42,4	26,6
Post-Messung	9,6	23,9	40,7	25,8
Follow-up-Messung	5,1	17,9	40,4	36,5
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -1.019$, $p = .303$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -1.856$, $p = .065$			
möglichst Kontakt zu den Angehörigen fördern	„sehr gut geeignet“ in %	„etwas geeignet“ in %	„weniger geeignet“ in %	„gar nicht geeignet“ in %
Prä-Messung	85,2	13,4	0,9	0,6
Post-Messung	87,1	10,4	1,8	0,6
Follow-up-Messung	90,4	7,0	1,3	1,3
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.322$, $p = .807$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.947$, $p = .408$			
Antidepressiva verabreichen	„sehr gut geeignet“ in %	„etwas geeignet“ in %	„weniger geeignet“ in %	„gar nicht geeignet“ in %
Prä-Messung	40,3	36,9	20,0	2,9
Post-Messung	74,6	19,6	3,4	2,4
Follow-up-Messung	70,4	21,1	5,9	2,6
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -8.815$, $p < .001$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -4.328$, $p < .001$			
Schlaf- und Beruhigungsmittel verabreichen	„sehr gut geeignet“ in %	„etwas geeignet“ in %	„weniger geeignet“ in %	„gar nicht geeignet“ in %
Prä-Messung	6,6	31,8	43,6	17,9
Post-Messung	17,6	32,0	36,1	14,4
Follow-up-Messung	9,1	36,4	36,4	18,2
Prä-Post:	Wilcoxon $\underline{Z} = -4.977$, $p < .001$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.822$, $p = .415$			

viel Schlaf	„sehr gut geeignet“	„etwas geeignet“	„weniger geeignet“	„gar nicht geeignet“
	in %	in %	in %	in %
Prä-Messung	29,0	38,3	26,3	6,3
Post-Messung	33,6	26,6	29,9	10,0
Follow-up-Messung	31,6	33,5	25,9	8,9
Prä-Post:	Wilcoxon $Z = -1.628$, $p = .105$			
Prä-Follow-up:	Wilcoxon $Z = -1.555$, $p = .122$			

Wie die Ergebnisse in Tabelle 5 zeigen, wurde die Pharmakotherapie zunächst als weniger geeignete Behandlungsmöglichkeit der Altersdepression beurteilt. Nach der Schulung wurde diese Therapie als wesentlich geeigneter eingeschätzt.

Aufgrund der Vorurteile gegenüber den Eigenschaften von Antidepressiva wird den Betroffenen zu oft eine gute Behandlung vorenthalten (vgl. Hypothese 7).

Im Fragenkomplex nach speziellen Eigenschaften von Antidepressiva wurde nach der Beurteilung von Nebenwirkungen (in den Antwortvorgaben: „große“, „mäßige“, „geringe“, „keine“), Abhängigkeitspotential und persönlichkeitsverändernden Eigenschaften (in den Antwortvorgaben: „ja“, „manchmal“, „nein“) gefragt.

Die Untersuchung auf zeitliche Unterschiede hinsichtlich dieses spezifischen Wissens über Pharmakotherapie ergab, dass nach der Fortbildung signifikant mehr Pflegekräfte (jeweils um = 26%) den Antidepressiva günstige Eigenschaften zuordneten und damit als geeignetere Behandlungsmöglichkeit einschätzten (siehe Abbildung 19-21). Diese signifikanten Unterschiede sind in Tabelle 6 dargestellt

Tabelle 6: Statistische Unterschiede zu drei Messzeitpunkten zur Beurteilung der Eigenschaften von Antidepressiva

Antwortvorgabe	Messung auf Unterschiede Prä - Post	Messung auf Unterschiede Prä - Follow-up
„Haben Antidepressiva Nebenwirkungen?“	Wilcoxon $Z = -10.091$, $p < .001$	Wilcoxon $Z = -6.437$, $p < .001$
„Machen Antidepressiva abhängig?“	Bowker $\chi^2 = 150.3874$, $FG = 3$, $p < .001$	Bowker $\chi^2 = 34.8297$, $FG = 3$, $p < .001$
„Verändern Antidepressiva die Persönlichkeit?“	Bowker $\chi^2 = 145.3373$, $FG = 3$, $p < .001$	Bowker $\chi^2 = 40.5982$, $FG = 3$, $p < .001$

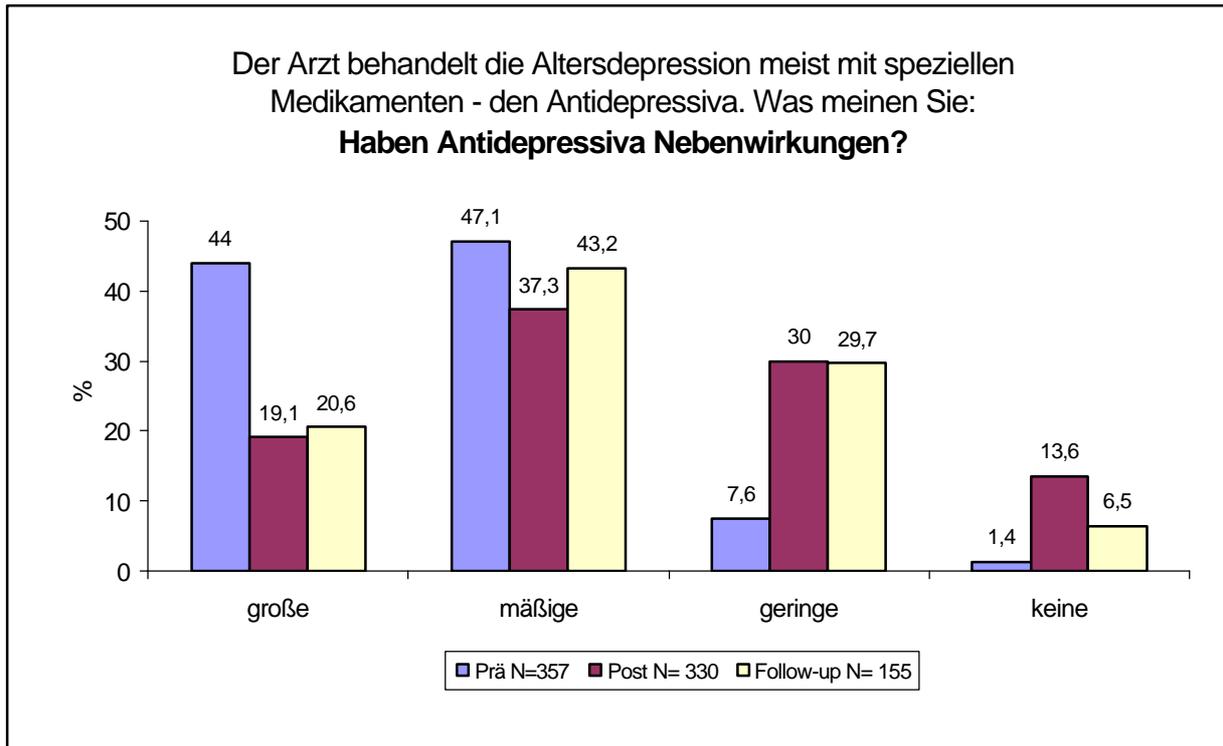


Abbildung 19: Ergebnisse – Haben Antidepressiva Nebenwirkungen?

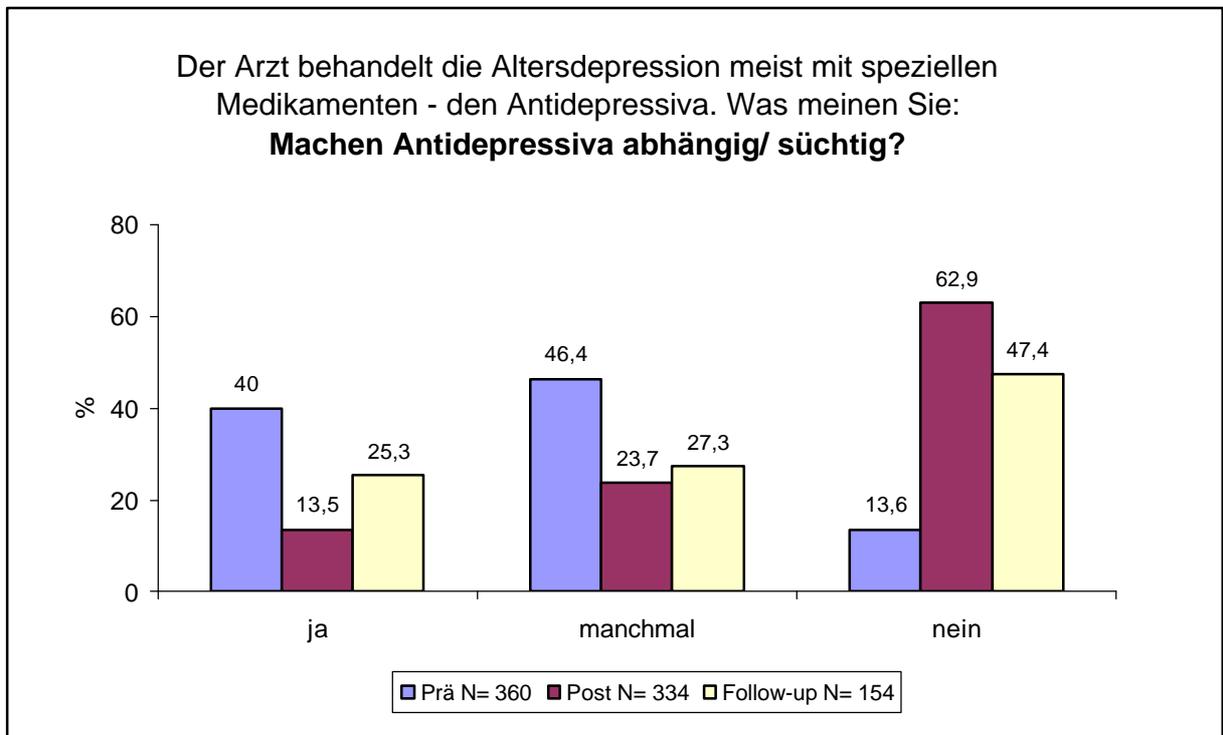


Abbildung 20: Ergebnisse – Machen Antidepressiva abhängig/ süchtig?

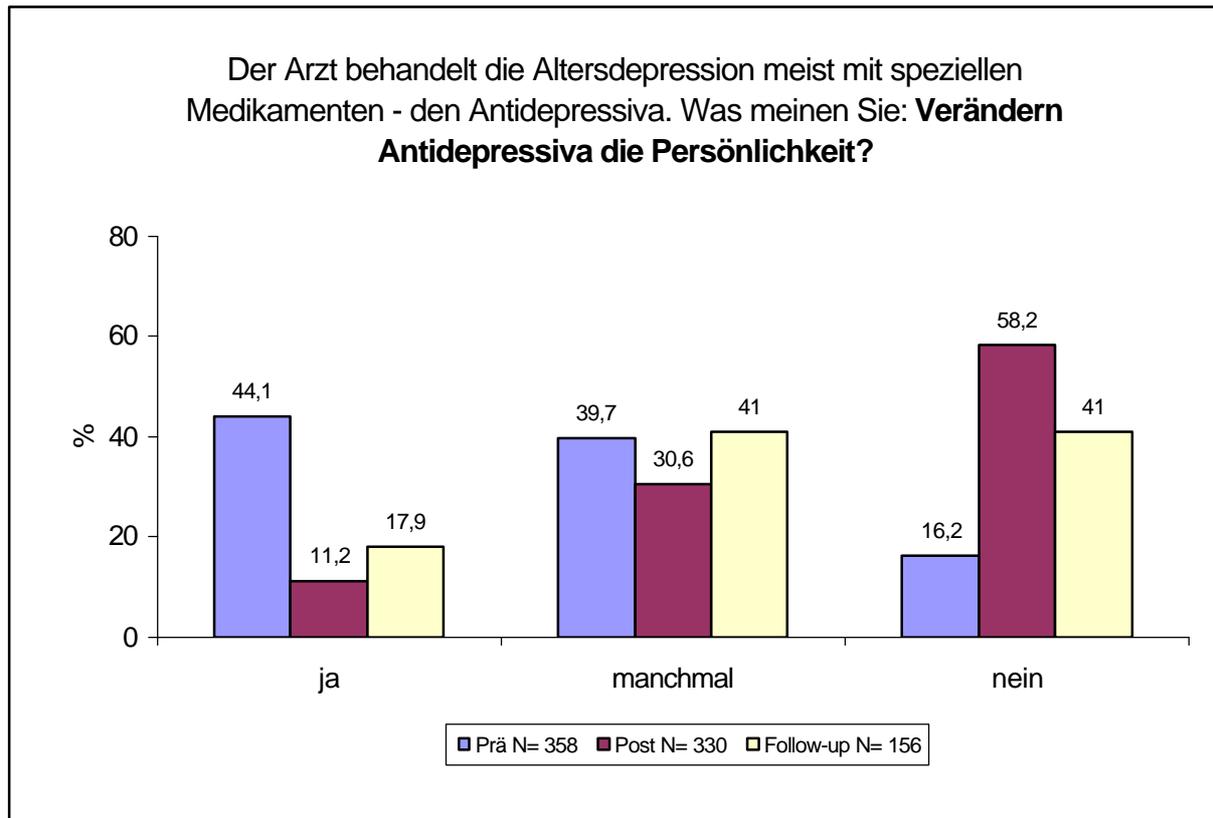


Abbildung 21: Ergebnisse – Verändern Antidepressiva die Persönlichkeit?

Um festzustellen, inwieweit sich die Antidepressivaverabreichungen bei Heimbewohnern innerhalb von vier Wochen nach der Fortbildung veränderten, wurden die Alten- und Pflegeheime gebeten, Medikamentenprofile der Bewohner für statistische Zwecke zur Verfügung zu stellen. Es lieferten leider nur zwei Heime mit insgesamt 207 Bewohnern Daten, die für eine zumindest deskriptive Darstellung geeignet waren.

So ergaben sich folgende durchschnittliche, in Tabelle 7 dargestellte, Prozentzahlen für Bewohner mit Psychopharmakamedikation in beiden Heimen.

Tabelle 7: Anteile der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen mit Psychopharmakaverschreibungen zur Prä- und Post-Messung

	<i>Prä-Messung (vor der Fortbildung)</i>	<i>Post-Messung (nach der Fortbildung)</i>
Antidepressiva	7%	8%
Benzodiazepine	10,4%	11,5%
Neuroleptika	27,9%	29,2%

Die Ergebnisse zeigen, dass Antidepressiva mit 7% zu den am geringsten verschriebenen Psychopharmaka in Altersheimen zählen. Benzodiazepine werden in 10,4% der Fälle bzw. Bewohner verabreicht; Neuroleptika werden mit Abstand am häufigsten (27,9%) verabreicht. Vier Wochen nach der jeweiligen Fortbildung wurde ein leichter Anstieg aller Psychopharmaka festgestellt.

7.2. Einstellungen zu Depression und Suizidalität im Alter

In Abbildung 22 sind die Meinungen und Einstellungen („stimme eher zu“ – Antworten in %) über Depression im Alter zu den drei Erhebungszeitpunkte graphisch dargestellt. Bei der Beantwortung der Frage konnte zwischen der Antwortvorgabe „stimme eher zu“ und „stimme eher nicht zu“ gewählt werden.

Depressionen wurden vor der Fortbildung von 19,5% der Befragten eher als Ausdruck des normalen Alterungsprozesses gesehen. Nach der Fortbildung sank der Anteil derjenige, die Depressionen im Alter einem normalen Alterungsprozess zuschreiben, auf 13,9%. Dieses Ergebnis war statistisch signifikant (McNemar $\chi^2 = 5.352$, $p = .020$).

Nach drei Monaten sank der Anteil derjenigen, die mit „stimme eher zu“ antworteten auf 9,2%. Auch dieses Ergebnis konnte statistisch nicht abgesichert werden (McNemar $\chi^2 = 3.115$, $p = .076$).

Der Meinung, die Überwindung der Depression bei Älteren sei eine Frage des Willens, stimmten vor Beginn der Fortbildung 21,3% zu, danach waren nur noch 15,5% der Befragten dieser Meinung und nach drei Monaten 13,9%. Die Testungen auf Unterschiede zwischen Prä- Post-Erhebung zeigten einen signifikanten Anstieg des Anteils derjenigen, die diese Frage verneinten, McNemar $\chi^2 = 4.688$, $p = .029$. Diese Meinungsveränderung konnte nach drei Monaten, McNemar $\chi^2 = 1.531$, $p = .215$ nicht beibehalten werden.

Lediglich 19,9% stimmten der Aussage „Depression ist eine Erkrankung wie z.B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychologen behandelt werden sollte“ nicht zu. Der gleichen Aussage stimmten vor der Schulung 80,1% und nach der Schulung 87,8% zu, McNemar $\chi^2 = 10.580$, $p < .001$.

Eine prozentuelle Zunahme konnte auch nach drei Monaten festgestellt werden (86,6% der befragten Pflegekräfte mit „stimme eher zu“- Antworten), jedoch war der Unterschied statistisch nicht signifikant, McNemar $\chi^2 = 1.885$, $p = .169$ (vgl. auch Hypothese 2).

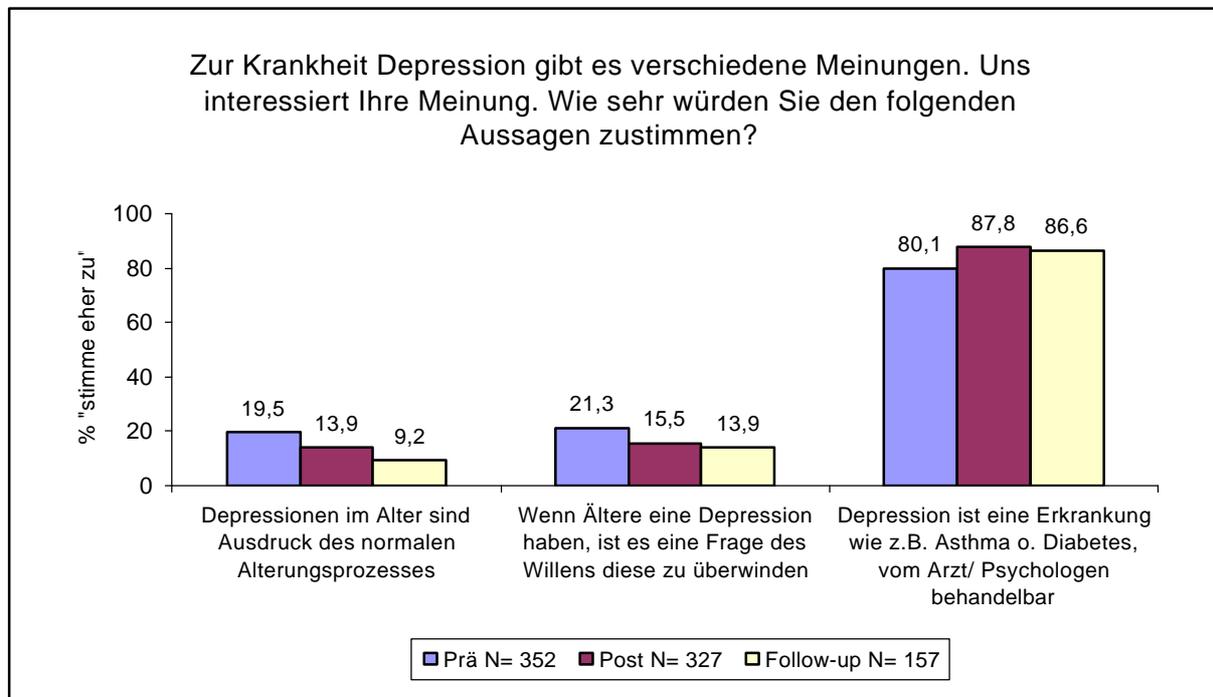


Abbildung 22: Ergebnisse – Meinungen zur Depression im Alter als Erkrankung

In welchem Ausmaß Suizid im Alter als Folge einer psychiatrischen Erkrankung gesehen wurde (vgl. Hypothese 9) geht aus Abbildung 23 hervor. Zur Auswahl standen vier Antwortvorgaben („stimme sehr zu“ bis „stimme gar nicht zu“).

Nur 31,4% der Befragten gaben vor der Fortbildung an, dass Suizid in den meisten Fällen eine Folge psychiatrischer Erkrankungen ist. Nach der Fortbildung stimmen 55,6% der Teilnehmer dieser Aussage zu, Wilcoxon $Z = -6.871$, $p < .001$. Bemerkenswert ist, dass dieser signifikante Unterschied auch im Follow-up (40,9% „stimme eher zu“-Antworten) bestätigt werden konnte, Wilcoxon $Z = -2.414$, $p = .015$.

Bei den restlichen drei Antwortvorgaben konnten keine signifikanten Unterschiede im Prä- Postvergleich und im Prä- Follow-up-Vergleich gefunden werden. Die Signifikanzniveaus aller Antwortvorgaben sind in Tabelle 8 dargestellt:

Tabelle 8: Statistische Unterschiede zu drei Messzeitpunkten von Einstellungen der Altenpflegekräfte zu Suizid im Alter

Antwortvorgabe	Messung auf Unterschiede Prä - Post	Messung auf Unterschiede Prä – Follow-up
„Suizid ist meist Folge einer psychiatrischen Erkrankung“	Wilcoxon $\underline{Z} = -6.871, p < .001$	Wilcoxon $\underline{Z} = -2.414, p = .015$
„Suizid im Alter ist eher akzeptabel als bei jüngeren Menschen“	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.943, p = .350$	Wilcoxon $\underline{Z} = -1.233, p = .231$
„Das Leben im Alter kann genauso lebenswert sein wie sonst auch“	Wilcoxon $\underline{Z} = -1.221, p = .005$	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.176, p = .865$
„Suizid ist Ausdruck menschlicher Freiheit“	Wilcoxon $\underline{Z} = -2.818, p = .224$	Wilcoxon $\underline{Z} = -0.782, p = .439$

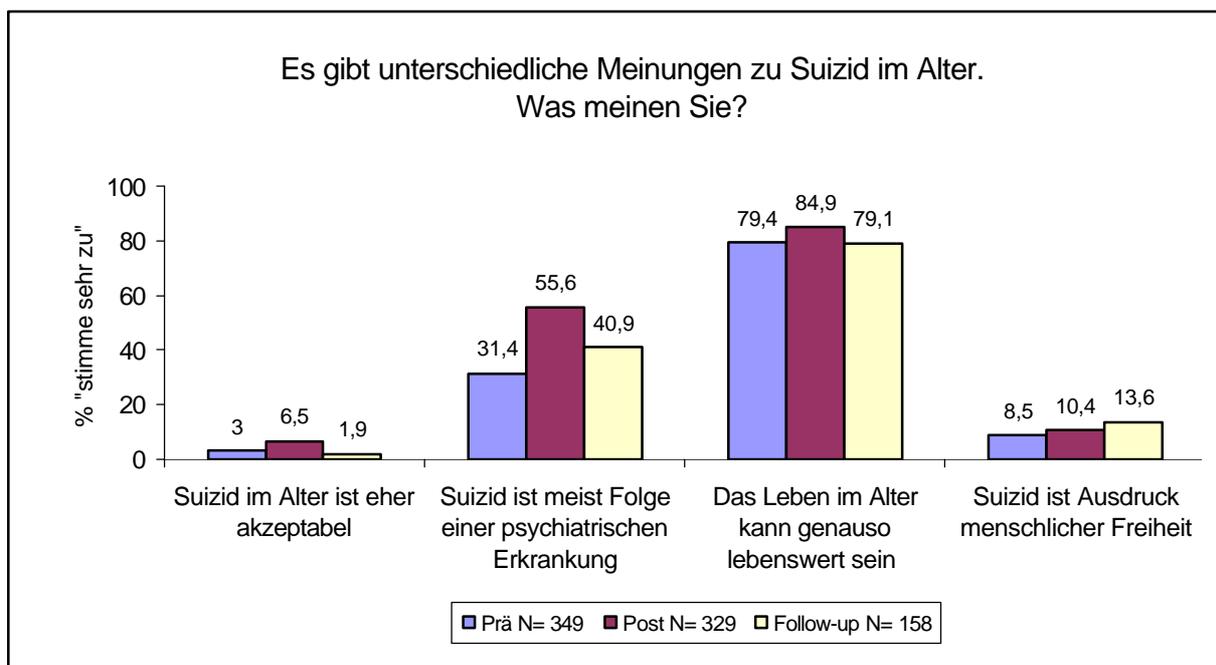


Abbildung 23: Ergebnisse – Meinungen zu Suizid im Alter

7.3. Verhaltensintentionen bei suizidalen Absichten von Heimbewohnern

In der vorliegenden Untersuchung wurden Verhaltenstendenzen von Pflegekräften hinsichtlich vermuteter Suizidalität älterer Heimbewohner erfasst. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Kenntnisse von Anzeichen und Verhaltensweisen, die auf Suizidalität schließen lassen, gering sind (vgl. auch Hypothese 8).

Folgende Situation wurde vorgegeben: „Ein/e Bewohner/in in Ihrem Alten- und Pflegeheim erzählt Ihnen, alles ist so hoffnungslos und hat ja keinen Sinn mehr.“ Auf diese Frage wurden sechs Antworten vorgegeben, auf die die Befragten mit „Ja“ oder „Nein“ antworten sollten:

„Wenn ich das nächste Mal einen Angehörigen/ Bezugsperson treffe, spreche ich ihn unbedingt diesbezüglich an“

„Ich spreche noch in derselben Woche mit dem Hausarzt.“

„Ich frage ganz genau nach, wie er/sie das gemeint hat; woran er/sie dabei denkt.“

„Ich lasse mich nicht auf ein längeres Gespräch ein, um seine Hoffnungslosigkeit nicht noch weiter zu verstärken.“

„Ich spreche im Team/ mit Kollegen, was wir unternehmen können.“

„Ich sage nichts und denke nur – dieser arme alte Mensch tut mir leid.“

Bei allen Antworten sind die „Ja“-Antworten als richtige Verhaltensintentionen zu interpretieren, mit Ausnahme der Verhaltensvorgabe „ich sage nichts und denke nur – dieser arme alte Mensch tut mir leid“; welche auf „Nein“ gepolt war.

Die Ergebnisse in Tabelle 9 zeigen, dass vor allem die ersten zwei (siehe oben) Antwortvorgaben über die drei Messzeitpunkte hinweg positiv beeinflusst werden konnten. Der signifikante Unterschied zwischen der Prä-Erhebung und der Follow-up-Erhebung konnte nur für die Antwort „Wenn ich das nächste Mal einen Angehörigen/ Bezugsperson treffe, spreche ich ihn unbedingt diesbezüglich an“ statistisch nachgewiesen werden. In Abbildung 24 sind die „Ja-Antworten“ zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten der sechs Antwortvorgaben aufgeführt.

Tabelle 9: Statistische Unterschiede zu drei Messzeitpunkten ausgewählter Verhaltensoptionen bei Suizidgefährdung eines Altenheimbewohners

Antwortvorgabe	Messung auf Unterschiede Prä - Post	Messung auf Unterschiede Prä - Follow-up
„Wenn ich das nächste Mal einen Angehörigen/ Bezugsperson treffe, spreche ich ihn unbedingt diesbezüglich an“	McNemar $\chi^2 = 8.036$, $p = .004$	McNemar $\chi^2 = 2.769$, $p = .092$
„Ich spreche noch in derselben Woche mit dem Hausarzt“	McNemar $\chi^2 = 17.333$, $p < .001$	McNemar $\chi^2 = 2.45$, $p = .115$
„Ich frage ganz genau nach, wie er/ sie das gemeint hat; woran er/ sie dabei denkt“	McNemar $\chi^2 = 3.3684$, $p = .065$	McNemar $\chi^2 = 0.100$, $p = 1.000$
„Ich lasse mich nicht auf ein längeres Gespräch ein, um seine Hoffnungslosigkeit nicht noch weiter zu verstärken“	McNemar $\chi^2 = 0.742$, $p = .389$	McNemar $\chi^2 = 2.893$, $p = .087$
„Ich bespreche im Team/ mit Kollegen, was wir unternehmen können“	McNemar $\chi^2 = 0.1250$, $p = .727$	McNemar $\chi^2 = 2.893$, $p = .625$
„Ich sage nichts und denke nur: dieser arme alte Mensch tut mir leid“	McNemar $\chi^2 = 0.307$, $p = .581$	McNemar $\chi^2 = 0.100$, $p = .754$

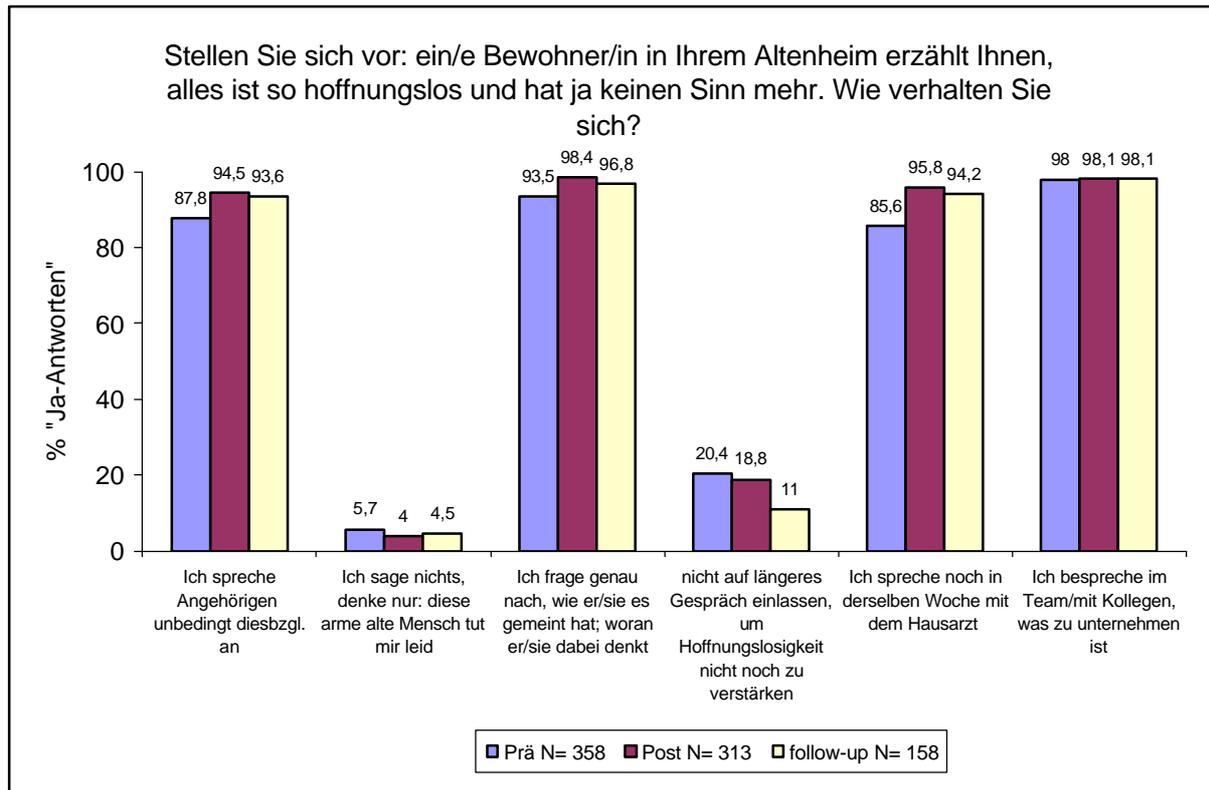


Abbildung 24: Ergebnisse – Verhaltensintentionen bei Suizidgefährdung eines Heimbewohners

In einer weiteren Frage („Wenn einer Ihrer Heimbewohner/in einen Suizidversuch unternommen hat: Was tun Sie dann?“), die Verhaltensintentionen hinsichtlich akuter Suizidalität erfassen sollte, wurden insgesamt sechs Antworten vorgegeben, die das mögliche Handeln nach einem unternommenen Suizidversuch abfragten:

„Ich unterrichte unverzüglich den Arzt.“

„Ich suche das Gespräch mit den Angehörigen/Bezugspersonen.“

„Ich verhalte mich, als ob nichts passiert wäre.“

„Ich schlage dem Hausarzt vor, einen Psychiater kommen zu lassen.“

„Ich vermeide Suizid und Suizidgedanken als Gesprächsthemen.“

„Ich spreche diese Person möglichst direkt auf ihre Suizidgedanken und einen evtl. vorausgegangenen Suizidversuch an.“

Die Teilnehmer konnten mit „Ja“ oder „Nein“ antworten. Bei den Antworten „Ich verhalte mich als ob nichts passiert wäre“ und „Ich vermeide Suizid und Suizidgedanken als Gesprächsthemen“ lag die Positivpolung auf der Antwort „Nein“. Bei den anderen vier Antworten sind die „Ja“-Antworten richtig.

Die Ergebnisse der Prä-Messung zeigten, dass bei den Antworten: „Ich unterrichte unverzüglich den Arzt“ und „Ich suche das Gespräch mit den Angehörigen“ schon 98,9% beziehungsweise 97,2% der Befragten mit „Ja“ antworteten.

Auf ähnlich hohem Ausgangsniveau lagen die „Nein“-Antworten bei der Antwort „Ich verhalte mich, als ob nichts passiert wäre“. Diese günstige Ausgangslage konnte durch die Fortbildung über die Messzeitpunkte hinweg beibehalten werden. Die Ergebnisse aller Antworten zu den drei Messzeitpunkten sind in Abbildung 25 dargestellt.

In Tabelle 10 sind die Ergebnisse der Tests auf statistische Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten dargestellt, die signifikant waren. Die Antworten, die keine signifikanten Unterschiede ergaben, wurden nicht aufgeführt.

Tabelle 10: Signifikante statistische Unterschiede zu drei Messzeitpunkten ausgewählter Verhaltensoptionen nach Suizidversuch eines Altenheimbewohners

Antwortvorgabe	Messung auf Unterschiede Prä - Post	Messung auf Unterschiede Prä – Follow-up
„Ich schlage dem Hausarzt vor, einen Psychiater kommen zu lassen“	McNemar $\chi^2 = 20.250$, $p < .001$	McNemar $\chi^2 = 0.160$, $p = .690$
„Ich spreche diese Person möglichst direkt auf ihre Suizidgedanken und einen evtl. vorausgegangenen Suizidversuch an“	McNemar $\chi^2 = 61.038$, $p < .001$	McNemar $\chi^2 = 10.256$, $p = .001$
„Ich vermeide Suizid und Suizidgedanken als Gesprächsthemen“	McNemar $\chi^2 = 23.045$, $p < .001$	McNemar $\chi^2 = 2.857$, $p = .090$

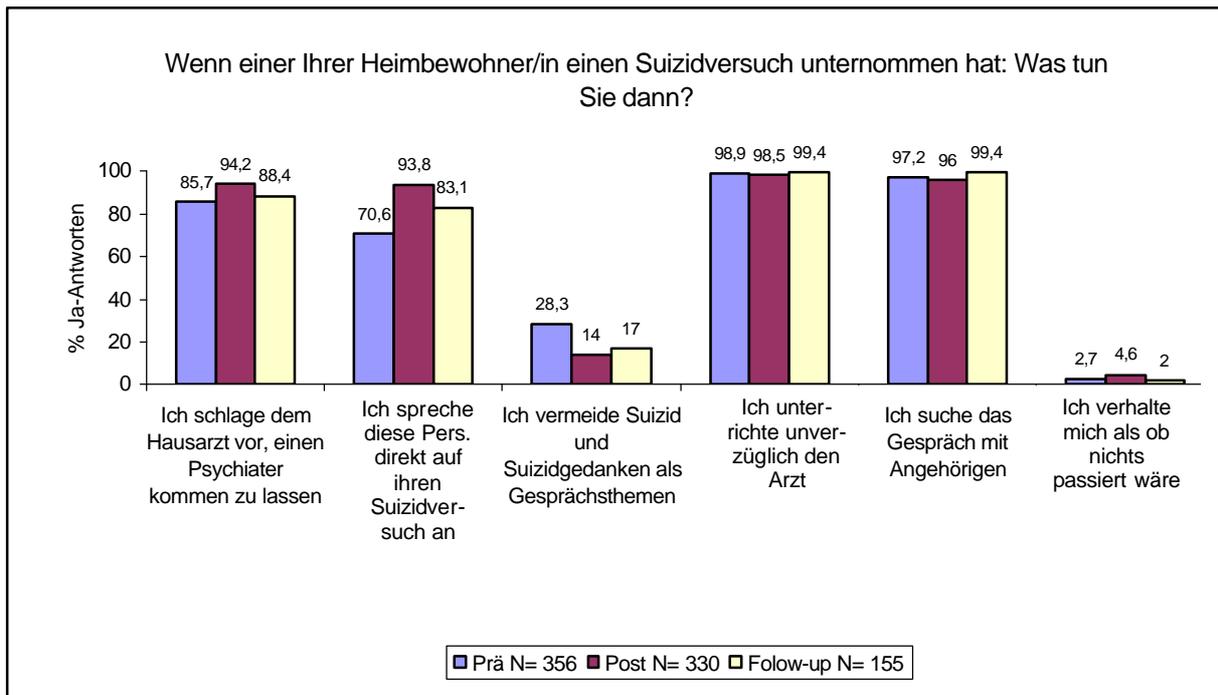


Abbildung 25: Ergebnisse – Verhaltensintentionen nach Suizidversuch eines Heimbewohners

8. Diskussion

Die vorliegende Untersuchung wurde im Rahmen des depressions- und suizidpräventiven Projektes „Nürnberger Bündnis gegen Depression“, Subprojekt des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ (Hegerl & Ziegler, 2000), durchgeführt.

Es wurden insgesamt 24 vierstündige (einmalige) Fortbildungen für 374 Altenpflegekräfte von der Autorin und einem Facharzt für Psychiatrie gehalten. Von den 374 befragten Altenpflegekräften mit einer durchschnittlichen 9,2-jährigen Berufserfahrung (SD= 7,7) waren 288 Frauen und 63 Männer. Die meisten Teilnehmer waren zwischen 41 und 50 Jahre alt, examiniert und in einer Pflegestation tätig.

Um mögliche Einflüsse auf die Wissensveränderung durch die Aktivitäten des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ zu kontrollieren, wurden in München ebenfalls Altenpflegemitarbeiter geschult. Die Ergebnisse der Kontrollgruppe haben gezeigt, dass die Effekte unabhängig von der Kampagne „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ waren.

Mit einem Fragebogen wurden die Outcome-Parameter „Wissen“ und „Einstellungen“ erhoben.

Die Ergebnisse im Prä- Postvergleich sprechen für eine kurzfristige Wirksamkeit der Fortbildungsmaßnahme „Depression im Alter“. Eine mittel- bzw. langfristige Wirksamkeit der Fortbildung konnte für einige wesentliche Variablen in der 3-Monats-Follow-up-Messung gezeigt werden. In vergleichbaren Studien (Maxfield et al., 1996; McCallion et al., 1999; Campbell et al., 1991; Colling et al., 1992) zur Evaluation von Fortbildungsmaßnahmen von Pflegekräften mit niedrigen ($N < 160$) Stichprobengrößen konnten teilweise kurzfristige Effekte, jedoch keine langfristigen Effekte (Follow-up) festgestellt werden. Die in der vorliegenden Untersuchung signifikanten langfristigen Wissensveränderungen bei wesentlichen Variablen zur Thematik „Depression im Alter“ sprechen für einen Erfolg der Fortbildung.

Die im Fortbildungskonzept formulierten Kernbotschaften konnten weitgehend vermittelt werden. So werden Depression auch im Alter als eine behandlungsbedürftige Erkrankung eingeschätzt. In der Genese der Depression werden neurobiologische Veränderungen im Hirnstoffwechsel als Hauptfaktor gesehen.

Die Altenpflegekräfte geben an, dass die Behandlungsmöglichkeiten der Depression im Alter gut sind. Es zeigt sich außerdem ein Wissenszuwachs hinsichtlich der Eigenschaften von Antidepressiva. So erkennen die Pflegekräfte überwiegend, dass Antidepressiva nicht abhängig machen, nicht die Persönlichkeit verändern und nur geringe Nebenwirkungen haben. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass auch die Kernbotschaften zum Schwerpunkt Suizidalität im Alter bei dem überwiegenden Anteil der Fortbildungsteilnehmer transferiert werden konnte. Die zwei Kernbotschaften dazu waren: „Suizide geschehen meist als Folge einer psychiatrischen Erkrankung“ und „Suizidäußerungen sollen ernst genommen werden und direkt angesprochen werden“.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zu Einstellungsveränderungen der Pflegekräfte hinsichtlich Depression im Alter diskutiert. Anschließend erfolgt eine differenzierte Diskussion zu den Veränderungen des Wissens zu Prävalenzschätzungen, Symptomen, Differentialdiagnose, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der Altersdepression. Auf den Aspekt der Suizidalität im Alter wird zum Schluss näher eingegangen.

8.1. Einstellungen zu Depression im Alter

Im Bereich der Altenpflege wird leicht übersehen, dass die Fachleute ihr berufliches Handeln nicht nur nach rational-professionellen Maßstäben ausrichten, sondern subjektive und oft unreflektierte Einstellungen, Erwartungen und Emotionen in Pflegeinteraktionen einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Qualität der Pflege ausüben. In der Gesellschaft ist noch immer das „Defizit-Bild des Alters“ weit verbreitet. Deshalb scheint das in Institutionen, Organisationen und Ausbildungsstätten der Altenarbeit propagierte positive Altersbild in den Praxisalltag der Pflegekräfte schwer umsetzbar. Mit dem „positiven Altersbild“ ist das in den 80er Jahren entwickelte Kompetenzmodell des Alters, welches die besonderen Fähigkeiten alter Menschen in den Mittelpunkt der Betrachtung stellt (Weitergabe traditioneller Werte), gemeint. Symptome der Depression werden oft als altersgemäß eingeschätzt, hohes Alter wird mit Depressionen gleichgesetzt; Depression wird somit nicht als Erkrankung gesehen.

Deshalb wurde zu Beginn der Fortbildung speziell auf den Krankheitsaspekt eingegangen und betont, dass die (Alters)Depression eine behandelbare Erkrankung und nicht Ausdruck des normalen Alterungsprozesses oder willensabhängig ist.

Nach der Fortbildung verringerte sich der Anteil derjenigen, die „Depressionen im Alter als Ausdruck des normalen Alterungsprozesses“ einschätzen um 1/3 (davor: 20%). Drei Monaten nach der Schulung verringerte sich der Anteil derjenigen, die dieser Aussage zustimmten erfreulicherweise um die Hälfte. Die Bedeutung dieser Meinungsveränderung zu Depression im Alter wird durch die signifikante Steigerung in der Einschätzung „ob Depression eine behandelbare Erkrankung ist“, verstärkt. So stimmen neun von zehn Teilnehmern selbst drei Monate nach der Schulung der Aussage zu, dass Depression eine Erkrankung ist, die vom Arzt der Psychologen behandelt werden sollte.

Einstellungen der Pflegekräfte zum Alterungsprozess gerade im Umgang mit Heimbewohnern spielen eine entscheidende Rolle. Dies konnten Weber et al. (1997) in einer empirischen Studie zeigen. Verschiedene Interventionsstudien (Chandler et al., 1986; Intrieri et al., 1993) in Form von gerontologischer/geriatrischer Weiterbildung, in denen nach dem Prä-Posttest-Kontrollgruppendesign wissens- und einstellungsverändernde Effekte von Alterswissen und Altersbildern überprüft wurden, zeigten, dass sich diese durch Fort- und Weiterbildung nicht wesentlich modifizieren ließen. Eine mögliche Erklärung für diese niedrigen Schulungsunterschiede könnte das relativ hohe Ausgangswissen bzw. der „Deckeneffekt“ sein, nachdem sich die im Prä-Test schon eher neutralen bis positiven Ergebnisse durch die Fortbildung nicht mehr merklich verbessern ließen.

Die in der Literatur beschriebenen recht niedrigen Veränderungen zu Einstellung und Meinungen in Bezug auf das Alter konnten in der hier vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Wie in Hypothese 2 formuliert, erfolgte eine Einstellungsänderung dahingehend, dass Altersdepression als behandelbare Erkrankung und weniger als Ausdruck des normalen Alterungsprozesses beurteilt wurde.

8.2. Prävalenzschätzungen von Depression in Alten- und Pflegeheimen

Die Prävalenzschätzungen depressiver Erkrankungen im Alter zeigen eine breite Spanne auf Grund methodischer Unterschiede einzelner Studien. Für Alten- und Pflegeheime werden Prävalenzzahlen für schwere Depressionen von 15% (Ernst, 1997) und subsyndromale - d.h. leichtere und teilweise nicht scharf definierte Depressionsformen, bei welchen die Kriterien der ICD-10 nicht zutreffen müssen - von 35 – 40% (Weyerer, 1995; Linden et al., 1998) angegeben. Unbekannt war bisher, wie Altenpflegekräfte die Prävalenz einschätzten.

Bei der Frage zur Einschätzung der Depressions-Prävalenz lag vor allem das Erkenntnisinteresse zugrunde, ob die Verbreitung der Depression unter den Alten- und Pflegeheimbewohnern realistisch wahrgenommen wird.

In der vorliegenden Untersuchung gaben die Pflegekräfte schon vor Beginn der Fortbildung hohe Prävalenzen bis zu 46% an, die sich nach der Fortbildung nur geringfügig änderten. Diese hohe Einschätzung könnte zum einen Hinweis auf Bagatellisierungstendenzen sein und zum anderen auf eine Tendenz, Depression im Alter als „normale“ Alterserscheinung wahrzunehmen. Denn auffällig viele, knapp 1/5 der Befragten, überschätzten die Verbreitung mit Angaben von 75-100%.

Auch kann diese hohe Prävalenzschätzung Ausdruck der eigenen Befindlichkeit von Pflegekräften im praktischen Alltag und der Atmosphäre auf Station sein.

Durch die Fortbildung konnte keine Reduktion dieser Schätzungen erreicht werden. Mit einer vierstündigen, einmaligen Fortbildung scheint es zudem schwierig, die oben genannten möglichen Aspekte zu bearbeiten und somit differenziertere Häufigkeitsangaben zu erwarten. Da bei der Fragestellung nicht zwischen leichten und schweren Formen der Depression differenziert wurde, ist es schwierig, den als „richtig“ definierten Antwortbereich zu bestimmen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass alle Formen depressiver Erkrankungen bei der Beantwortung dieser Frage einbezogen wurden.

In der Literatur ist eine große Spannbreite von Prävalenzen zu finden, deren Angaben offensichtlich nicht immer klar zwischen schweren und leichten Depressionen im Alter unterscheiden. Weitere, methodisch abgesichertere epidemiologische Studien sind erforderlich.

8.3. Symptome

Die Symptome der Altersdepression unterscheiden sich nicht generell von denen der Depression in jüngeren Jahren. Jedoch dominieren häufig somatische Symptome bzw. das Klagen über körperliche Beschwerden. Wie Göbel et al. (1997), Baldwin und Tomenson (1995) bei depressiv älteren Patienten zeigen konnten, verbirgt sich häufig hinter somatischen Symptomen oder hypochondrisch-ängstlichen Klagen eine (latente) Depression.

In der Fortbildung wurde auf diese Akzentverschiebung besonders hingewiesen. Allerdings konnte die aufgestellte Hypothese „Typische Symptome von Depression im Alter, gerade die im Vordergrund stehenden körperlichen Beschwerden, werden gegenüber den Symptomen Freudlosigkeit und Schlafstörungen nach der Fortbildung stärker differenziert“ nicht bestätigt werden. Dies könnte daran liegen, dass das Ausgangsniveau der Pflegekräfte schon sehr hoch war, denn knapp vier von fünf Teilnehmern stimmten schon vor der Fortbildung der Aussage „Körperliches Beschwerden sind gerade im Alter ein typisches Anzeichen für Depression“ zu. „Freudlosigkeit“ und „Schlafstörungen“ als typisches Symptom der Altersdepression wurden ähnlich hoch eingeschätzt.

Es ist zu vermuten, dass Symptome der Depression vermittelt werden konnten. Jedoch wurden von den Pflegekräften körperliche Beschwerden bzw. die Somatisierungsneigung als typisches Symptom der Depression im Alter nicht explizit wahrgenommen. Zudem ist anzunehmen, dass „Schlafstörungen“ zu den somatischen Symptomen gerechnet werden und deshalb so hoch eingeschätzt wurden.

Da fast die Hälfte der Befragten auch „Verwirrtheit“ als ein typisches Symptom der Altersdepression sahen, ist davon auszugehen, dass Depression und Demenz nicht so genau voneinander unterschieden wurden. Wenn sich Depression durch Verlangsamung im Denken oder Denkhemmung sowie durch Merk- und Konzentrationsstörungen und/oder typische „ich weiß nicht“ Antworten äußert, kann gerade im Alter die Diagnosestellung schwierig sein, da auch an kognitive Beeinträchtigungen im Rahmen einer Demenz gedacht werden muss (Schumacher et al. 1997). Versteckt sich hinter dem Klagen über Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen eine Depression, spricht man auch von „Pseudodemenz“.

In der Fortbildung wurde auf die Schwierigkeit der differentialdiagnostischen Abgrenzung von bzw. der Unterscheidung zwischen Demenz und Depression im Alter eingegangen. Dabei wurde auch der Begriff „Pseudodemenz“ erklärt. Schon vor der Schulung waren die richtigen Beurteilungen zum Begriff „Pseudodemenz“ mit 85% Stimmen recht hoch. Dieser hoher Ausgangswert konnte durch die Fortbildung noch verstärkt werden. Signifikant war der Unterschied jedoch erst im Follow-up. Somit kann die Hypothese bestätigt werden, dass nach der Schulung „Pseudodemenz“ häufiger richtig definiert wird als vor der Fortbildung. Dieser positive Effekt nach drei Monaten könnte damit erklärt werden, dass sich die Pflegekräfte nach der Fortbildung gerade mit dieser Thematik nochmals verstärkt auseinandergesetzt, die Unterlagen durchgeschaut und sich mit anderen Pflegekräften auf Station ausgetauscht haben.

8.4. Ursachen

In der Fortbildung wurden die ätiologischen Faktoren der Altersdepression ausführlich behandelt. Dabei wurde auch erwähnt, dass genetische Faktoren und Persönlichkeitseigenschaften bei der Entstehung der Depression im Alter eine Rolle spielen können, jedoch weniger häufig als bei jüngeren Menschen (Musetti et al., 1989).

Negative und ungünstige Lebensereignisse, beispielsweise Verlusterlebnisse und Vereinsamung, spielen hingegen im Alter eine größere Rolle. Das zeigte sich auch in der hohen Einschätzung dieser ursächlichen Aspekte schon vor der Schulung. So schätzten vier von fünf Pflegekräften Verlusterlebnisse und mehr als drei von fünf Vereinsamung als „starke“ Entstehungsbedingungen der Depression im Alter ein. Diese Einschätzung konnte durch die Fortbildung noch verstärkt werden. Wie in Hypothese 4 formuliert, wurden genetische Aspekte, Nebenwirkung von Medikamenten und vor allem neurobiologische Veränderungen im Hirnstoffwechsel nach der Fortbildung als wichtigere Faktoren für die Entstehung einer Depression angesehen als vor der Fortbildung.

Eine neurobiologische Bedingtheit wurde vor der Fortbildung von lediglich 1/4 der Teilnehmer vermutet - ebenso häufig wie genetische Aspekte oder Schlafmangel.

Nach der Fortbildung wurden neurobiologische Veränderungen im Hirnstoffwechsel von über der Hälfte der Pflegekräfte als wichtige Ursache der Depression gewertet, während genetische Bedingtheit und Schlafmangel gleich bedeutend wie vor der Fortbildung eingeschätzt wurden.

Diese Veränderungen im Wissen konnten in der Follow-up-Messung jedoch nicht bestätigt werden. Da aber gerade auf die Hauptursache „neurobiologische Veränderungen im Hirnstoffwechsel“ in der Fortbildung eingegangen wurde, sind verschiedene Gründe für dieses Ergebnis denkbar. Zum einen ist zu vermuten, dass die Referentin diesen ätiologischen Aspekt nicht klar genug herausgestellt hat. Zum anderen aber sehen und hören die Pflegekräfte nahezu täglich die äußeren Veränderungen (Verluste) und die Klagen über Einsamkeit. Neurotransmitterveränderungen sind dagegen sehr abstrakt und für die Pflegekräfte weniger ersichtlicher.

8.5. Behandlung

In der Fortbildung wurde auf die gute Behandelbarkeit der Depression auch im Alter ausführlich eingegangen. Die Ergebnisse der Prä- Post- und Follow-up-Messung zeigten, dass ein statistisch signifikanter Wissenszuwachs bei den Altenpflegekräften hinsichtlich genereller Behandlungsaussichten erfolgte.

Über die Hälfte der Fortbildungsteilnehmer sehen die Depression im Alter als gut behandelbar an. Dieser hohe Ausgangswert konnte durch die Fortbildung noch verbessert werden. So sahen nach der Fortbildung neun von zehn Teilnehmern eine Altersdepression als gut behandelbar an. Für einen Schulungserfolg spricht, dass drei Monate nach der Fortbildung noch fast acht von zehn Befragten die Altersdepression als gut behandelbar einschätzten.

Die Hypothese „Behandlungsaussichten einer Depressionen im Alter werden von den meisten Pflegekräften nach der Schulung als günstiger beurteilt“ kann somit bestätigt werden.

Bei den Behandlungsmöglichkeiten ist eine hohe Akzeptanz von unspezifischen Methoden zu erkennen. So nennen vier von fünf Fortbildungsteilnehmern „angenehme Beschäftigung anbieten“, „Bewegung fördern“ und „Kontakte zu den Angehörigen fördern“ als sehr gut geeignete Möglichkeiten zur Behandlung der Depression im Alter.

„Fernsehen als Ablenkung“ sehen 1/3 der Teilnehmer vor der Fortbildung als eine „gut geeignete“ Behandlungsoption.

Die pharmakologische Behandlung wird vor der Fortbildung hingegen deutlich skeptischer gesehen: nur zwei von fünf bezeichnen sie als sehr gut geeignet. Dies entspricht ungefähr der Akzeptanz von „viel Schlaf“ als geeignete Behandlungsoption. Während die unspezifischen Methoden kaum einer Wissensänderung unterliegen, werden nach der Schulung pharmakotherapeutische Behandlungsmethoden von fast vier von fünf Altenpflegekräften als sehr gut geeignet eingeschätzt. Erfreulich ist, dass auch drei Monate danach diese Wissensveränderung beibehalten wurde. Die in zahlreichen Studien (Dunner et al., 1992; Hoyberg et al., 1996; Montgomery, 1998; Volz et al., 1995) belegte gute Wirksamkeit von Antidepressiva zur Behandlung der Depression im Alter konnte somit vermittelt werden.

Besonders deutlich werden die Wissensdefizite der Fortbildungsteilnehmer, wenn nach den Eigenschaften von Antidepressiva gefragt wird. In der Ausgangssituation werden von fast der Hälfte aller Teilnehmer Antidepressiva mit großen Nebenwirkungen, Sucht und Persönlichkeitsveränderungen assoziiert. Das deutet darauf hin, dass Antidepressiva nicht differenziert genug gesehen werden. Es scheint eine Vermischung bzw. Verwechslung von der Wirkung antidepressiver Medikamente mit der von Tranquillizern und Neuroleptika statt zu finden. Es liegt die Vermutung nahe, dass die negative Einschätzung der Antidepressiva sich auch in den starken Vorbehalten gegenüber einer therapeutischen Intervention mit Antidepressiva vor der Fortbildung äußerte.

Durch die Fortbildung konnte bei den Pflegekräften eine Reduktion des vorab so großen Wissensdefizits erreicht werden. So gaben nur noch knapp 1/4 der Teilnehmer in der Follow-up-Messung an, dass Antidepressiva sehr große Nebenwirkungen hätten, süchtig machten und die Persönlichkeit veränderten.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der größte Wissenszuwachs hinsichtlich der Behandlung von Depression im Alter bei den Variablen „Antidepressivagabe“ und den Eigenschaften dieser Psychopharmakogruppe erfolgte. Zudem konnte eine Wissensveränderung dahingehend festgestellt werden, dass Bewegung und Fernsehen als Behandlungsmöglichkeit nach der Schulung weniger hoch gewertet wurden als davor.

Psychopharmakaverschreibungen in Alten- und Pflegeheimen

Die sehr positiven Wissensveränderungen der Pflegekräfte hinsichtlich der Einschätzung zur Behandlung der Depression mit Antidepressiva könnten somit auch auf eine Veränderung im praktischen Alltag, d.h. eine verbesserte Versorgung von depressiven älteren Bewohnern bzw. Patienten schließen lassen. Möglicherweise kann ein fundierteres, differenzierteres Wissen zur Behandlung der Depression und der Eigenschaften von neueren Antidepressiva (SSRI`s) die Altenpflegekräfte bestärken den Arztkontakt früher zu suchen und den Arzt konsequenter auf die Symptome und optimale medikamentöse Therapie der Depression ihrer Heimbewohner hinzuweisen.

Im Studiendesign war angestrebt worden, die vermuteten Schlussfolgerungen aus den Ergebnisse der Fortbildung empirisch zu belegen. Leider war diesbezüglich eine Validierung des Schulungserfolges nicht möglich, denn die Erfassung der entsprechenden Medikamentenprofile stellte sich als außerordentlich schwierig heraus. Selbst nach vorausgegangener persönlicher Kontaktaufnahme mit den Pflegedienstleitern und/ oder der Heimleitung und ausführlicher Erklärung des Vorhabens war der Rücklauf entsprechender Daten marginal. Daraufhin wurde nochmals postalisch Kontakt mit den jeweiligen 15 Heimen aufgenommen. Da es externen Personen aus Datenschutzgründen nicht möglich ist, in die Dokumentationsbögen Einsicht zu nehmen, wurde eine finanzielle Aufwandsentschädigung angeboten. Nach dem postalischen Kontakt wurde in den Heimen wiederholt telefonisch nachgefasst. Hierbei entstand der Eindruck, dass die Heime extrem vorsichtig und zurückhaltend in der Herausgabe von Informationen/ Daten ihrer Heime waren.

Eine Rolle könnten die negativen Berichte der Medien in der Vergangenheit sowie wirtschaftliche und gesellschaftspolitische Gründe sein. Leider erhielt die Autorin nur sehr wenige Daten, welche keine repräsentative Auswertung ermöglichten.

Auf Basis der vorliegenden Daten wurden Antidepressiva nur 7% der Bewohner in Altenheimen verabreicht, obwohl Prävalenzzahlen von Depressionen mit 15% (major Depression) bis zu 40% (subsyndromale Depression) in der Literatur angegeben werden. Der ermittelte niedrige Anteil von Antidepressivaverschreibungen wird auch von Laux et al. (2001) beschrieben. Für 10,4% der Bewohner wurden Benzodiazepine verschrieben. Mit 27,9% werden Neuroleptika am häufigsten verabreicht. Studien (Ruths et al., 2001; Osborne et al., 2002; Goldberg, 2002) zeigen, dass Neuroleptika in Heimen oft für nichtpsychotisches Verhalten (z.B. Aggressivität) und psychologische Symptome, wie sie beispielsweise bei der Demenz auftreten, verabreicht werden. Dies könnte die höheren Neuroleptikaverschreibungen erklären.

Bei dieser kleinen Teilstichprobe wurde, vier Wochen nach der Fortbildung, keine signifikante Zunahme aller Psychopharmakaverabreichungen festgestellt. Hier sind valide Erhebungen an größeren Stichproben erforderlich.

8.6. Suizidalität im Alter

Gerade innerhalb der Gruppe der älteren Menschen ist das Suizidrisiko besonders hoch (Erlemeier, 1998). Es konnte in zahlreichen psychologischen Autopsiestudien (Lönqvist, 2000; Bronisch, 1996; Hawton et al., 1998; Conwell et al., 1996; Foster et al., 1997) nachgewiesen werden, dass suizidale Handlungen häufig mit psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Depression, assoziiert sind.

Dieser Zusammenhang spiegelte sich jedoch im Praxis-Wissen der Pflegekräfte zu Beginn der Schulung bei nur 1/3 der Teilnehmer wieder. Hier konnte durch die Schulung, wie in Hypothese 9 behauptet, ein signifikanter Wissenszuwachs erfolgen. Der überwiegende Teil der Fortbildungsteilnehmer gab nach der Fortbildung an, „Suizide geschehen meist als Folge einer psychiatrischen Erkrankung“.

Auch nach drei Monaten stimmten dieser Aussage noch 41% der Pflegekräfte zu. Diese Erkenntnis könnte zu Einstellungsänderungen dahingehend beitragen, dass Suizide eben nicht als Ausdruck menschlicher Freiheit oder „freie Willensentscheidung“ gesehen werden. Der Mensch ist verzweifelt, meist an einer Depression erkrankt und kann einfach keinen anderen Ausweg sehen. Hier ist die Bezugsperson, im Heim das Pflegepersonal, gefordert, Gesprächsbereitschaft zu signalisieren, Zuwendung und Vertrauen aufzubauen und die dahinter stehenden Symptome zu erkennen und zu handeln.

Laut Wolfersdorf (1993) und Kerres (1998) ist die Unsicherheit im Umgang mit suizidalen, älteren Menschen besonders markant. 1/3 der befragten Pflegekräfte glauben vor der Schulung Suizidgedanken nicht offen thematisieren zu dürfen.

Es wurde in der Schulung mehrfach angesprochen, dass bei Äußerungen, die auf Suizidalität hinweisen, direktes Nachfragen wichtig und richtig ist (Wolfersdorf, 1993). In Rollenspielen wurden diesbezüglich beispielhafte Gesprächssituationen demonstriert und geübt. Nach der Schulung konnte eine signifikante Reduktion dieser irrtümlichen Ansicht um 24% erreicht werden.

Entsprechend waren die Ergebnisse zu der Komplementäraussage „Suizid als Gesprächsthemen vermeiden“. Die Anzahl derjenigen, die dieser Aussage zustimmten, ging signifikant zurück.

Bedeutsam könnte dieses Wissen für die Pflegekräfte in der Hinsicht sein, dass es nun möglicherweise weniger beängstigend ist, in einer solchen Situation zu handeln und die Heimbewohner direkt auf Suizidgedanken anzusprechen. Es ist zu vermuten, dass sich eine gewisse Sicherheit im Umgang mit suizidalen Bewohnern auch günstig auf die eigene Befindlichkeit und somit auf die Pflegeatmosphäre auswirkt und das wiederum die Wahrnehmung der Bewohner positiv beeinflusst (sie werden ernst genommen).

Dass Suizidprävention durch frühzeitiges Erkennen und optimale Behandlung von Depression erfolgen kann, sollte die Pflegekräfte motivieren ihre zentrale Vermittlerrolle verantwortungsvoll zu übernehmen und somit Anerkennung und Wertschätzung von Angehörigen und Ärzten zu erfahren.

Diese Ergebnisse sprechen für die Bestätigung der Hypothese 8, die besagt, dass offenes Ansprechen von Suizidalität nach der Fortbildung vom überwiegenden Anteil der Pflegekräfte als richtiges Verhalten eingestuft wird.

Eine Erfassung von Suiziden und Suizidversuchen in Altersheimen ist problematisch, weil die Heime und deren Träger befürchten, mit negativen Schlagzeilen in der Öffentlichkeit zu stehen. Der derzeitige Pflegenotstand, die in diesem Zusammenhang sehr negative vergangene Berichterstattung und der gesellschaftspolitische Hintergrund verlangen einen sehr sensiblen Umgang mit dieser Thematik. Deshalb sind Umfragen und Dokumentationseinsichten in Alten- und Pflegeheimen außerordentlich schwierig, was eigene Erfahrungen in der vorliegenden Untersuchung belegen und in anderen Untersuchungen (Weyerer et al., 1998) bestätigt wurde.

Nach der Fortbildung wurde den Pflegekräften die Frage gestellt: „Ist Ihnen bekannt, wie viele Suizidversuche es im letzten Jahr in Ihrer Einrichtung gab?“. Darauf antworteten vier von fünf Pflegekräfte mit „Nein“, was wiederum nicht viel über tatsächlich verübte (verdeckte) Suizidversuche aussagt, da lediglich nach der Bekanntheit gefragt wurde. Von den Teilnehmern, die angaben, dass Ihnen Suizidversuche in Ihrem Heim bekannt waren, wurde die Zahl von insgesamt 30 Suizidversuchen genannt.

Zusätzlich wurde noch die Frage gestellt: „Was glauben Sie, wie oft werden in Alten- und Pflegeheimen Suizide durch den Arzt vertuscht?“. Auf einer fünfstufigen Skala von „immer“ bis „nie“ sollte diese Frage von den Pflegekräften beantwortet werden.

So glaubt der überwiegende Anteil der Pflegekräfte (74%), dass Suizide im Alten- und Pflegeheimen „vertuscht“ werden. Dies spricht für die Tabuisierung dieser Thematik und die bestehenden Ängste hinsichtlich Suizidalität.

8.7. Gegenüberstellung dieser Untersuchung zu der Bevölkerungsumfrage

Im Rahmen des depressions- und suizidpräventiven Projektes „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ fanden, wie bereits erwähnt, intensive Aufklärungsaktivitäten für die Allgemeinbevölkerung statt. Vor Kampagnebeginn und zehn Monate danach wurden in Nürnberg und einer Kontrollregion Meinungsumfragen durchgeführt. 1426 zufällig ausgewählte Personen der Öffentlichkeit zwischen 18 und 99 Jahren wurden mit einem vollstrukturierten computergestützten Telefoninterview unter anderem zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Störungen befragt (Althaus et al., 2002). Der dazu - in Zusammenarbeit mit dem Institut für Kommunikationswissenschaften (Prof. Brosius) der Ludwig-Maximilians-Universität München und dem Bayerischen Forschungsverbund Public Health – Öffentliche Gesundheit (Prof. Hasford) - entwickelte Fragebogen, diente als Vorlage des in der vorliegenden Untersuchung verwendeten Fragebogens. Dieser wurde entsprechend der Thematik Depression und Suizidalität *im Alter* und für die Fortbildungsteilnehmer (Altenpflegekräfte) adaptiert und durch neue Fragen ergänzt.

Einige Ergebnisse der Baseline-Messung (Ausgangsniveau) und der Post-Messung (nach zehn Monaten) der Fragen zu Wissen und Einstellungen zum Thematik „Depression“ können demnach mit den Ergebnissen (Prä-Post-Follow-up) der hier vorliegenden Arbeit verglichen werden.

So stimmten beispielsweise der Aussage „Depression ist eine Erkrankung, die vom Arzt oder Psychologen behandelt werden sollte“ zur Baseline-Messung ebensoviel Personen der Öffentlichkeit wie der befragten Pflegekräfte zu. Wenn man davon ausgeht, dass die Altenpflegekräfte in Ihrer Ausbildung und im praktischen Alltag mit diesem Thema konfrontiert werden, ist das gleich hohe Ausgangsniveau der Pflegekräfte als relativ schlecht zu bewerten.

Jedoch zeigten sich bei der Telefonumfrage keine Wissensveränderung in einer Zweitbefragung nach zehnmonatiger Kampagnedauer, während es bei den Pflegekräften zu einer signifikanten Wissenssteigerung kam.

Durch die Fortbildung konnte kein Lernzuwachs bei den Fragevariablen zur Ätiologie der Depression „Stoffwechselstörung im Gehirn“ und „Vererbung“ gezeigt werden. Auch in der Telefonumfrage konnten diesbezüglich keine Veränderungen festgestellt werden. Es zeigt somit wie schwer es ist, diese eher abstrakten ätiologischen Faktoren zu vermitteln und diesbezüglich Einstellungen zu verändern.

Die Ergebnisse der Prä- Post- und Follow-up-Messung zeigten, dass ein statistisch signifikanter Wissenszuwachs bei den Altenpflegekräften hinsichtlich genereller Behandlungsaussichten erfolgte. So stimmten 18,1% der Pflegekräfte vor der Fortbildung der Aussage zu, dass Depression im Alter sehr gut behandelbar sei.

In der Bevölkerungsumfrage waren es zur gleichen Fragestellung 15,5%. Soziodemographische Daten hierzu zeigen aber auch, dass in der Bevölkerungsumfrage ein wesentlich geringerer Anteil (knapp 10%) Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen bzw. aus dem gerontologischen Arbeitsfeld waren. Das erklärt das niedrigere Ausgangsniveau des spezifischen Wissens. Nach der Fortbildung war bei den Altenpflegekräften ein Wissenszuwachs um fast 30% zu verzeichnen, nach drei Monaten war erfreulicherweise noch immer ein Wissenszuwachs von 15,5% im Vergleich zur Ausgangssituation messbar. In der Bevölkerungsumfrage gab es hingegen keine Veränderungen in der Wiederholungs-Messung nach zehn Monaten.

Hinsichtlich Wissen um pharmakotherapeutische Behandlung liegen die Altenpflegekräfte auf einem höheren Ausgangsniveau (40%) im Vergleich zur Bevölkerungsumfrage (31%). Jedoch sind diese Unterschiede nicht als sehr relevant einzuschätzen, da bei Pflegekräften aufgrund Ihrer Ausbildung und Medikamentenverabreichung im Heimalltag von einem höheren Wissen ausgegangen werden kann.

Die Wissensdefizite wurden besonders deutlich, wenn nach den Eigenschaften von Antidepressiva gefragt wurde. Die große Mehrheit der Allgemeinbevölkerung glaubte, Antidepressiva zögen starke Nebenwirkungen nach sich, machten süchtig und veränderten die Persönlichkeit.

Dies könnte insofern ein zusätzlich wichtiges Indiz für das Behandlungsdefizit in der Versorgungsverbesserung sein, dass Angehörige älterer, depressiver Bewohner aufgrund der vermeintlich schlechten Eigenschaften von Antidepressivaeinnahmen ab-raten.

Die Pflegekräfte beurteilten die Eigenschaften von Antidepressiva zur Baseline-Befragung weniger negativ. Vergleichsweise zur Bevölkerungsumfrage sei auch hier anzumerken, dass die besseren Einschätzungen der Pflegekräfte für ihre spezifische Ausbildung und Tätigkeit im Gesundheitswesen und die signifikanten Veränderungen in der Wissensveränderung für die Effektivität der Fortbildung sprechen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es im Ausgangsniveau zu Wissensaspekten hinsichtlich der Thematik „Depression“ geringe Unterschiede zwischen der Bevölkerung und den Pflegekräften gibt. Diese lassen sich allerdings für die Pflegekräfte mit ihrer Tätigkeit im Gesundheitswesen und dem damit erhöhtem Wissen zur Thematik erklären. Auch wenn der Lernzuwachs durch die Fortbildungen für die Altenpflegekräfte in Prozentwerten niedrig erscheint, ist dieser trotzdem praktisch bedeutsam, wenn man vergleichsweise die Ergebnisse der Bevölkerungs-Messung nach zehnmonatiger Kampagne heranzieht, welche keine Veränderungen im Wissen zu „Depression“ zeigen konnten.

8.8. Fortbildungskonzept und Evaluierungsdesign

Die einmaligen vierstündigen Fortbildungen konnten im Rahmen des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ kostenfrei und für alle in der Altenarbeit tätigen, interessierten Personen in den jeweiligen Heimen und zu mehreren Zeitpunkten angeboten werden. Damit sollte die höchstmögliche Teilnehmerquote erreicht werden.

Die Heimleitungen reagierten sehr positiv auf das Angebot der Fortbildung zur Thematik „Depression und Suizidalität“ und erleichterten die Organisation einer solchen Fortbildung. Sie signalisierten, dass dieses Thema sehr wichtig und bisher zu selten in Fortbildungen behandelt worden sei. Die Frage nach Vertiefungsseminaren von Seiten der Teilnehmer unmittelbar nach der Schulung spricht für das große Interesse und den großen Bedarf nach derartigen Fortbildungen.

Umfangreiches Informationsmaterial sowie ein Handout, in dem die dargebotenen inhaltlichen Aspekte zusammengestellt waren, wurden nach der Fortbildung an die Teilnehmer ausgegeben. Der Zeitrahmen von vier Stunden für eine Fortbildung war gewählt worden, weil die Pflegekräfte nicht länger vom Dienst freigestellt werden konnten. In diesen vier Stunden war jedoch nur die Vermittlung von Basiswissen zur Thematik „Depression und Suizidalität“ und keine Vertiefung von verschiedenen Einzelproblemen möglich, so dass spezifische Kurse wie beispielsweise Gesprächsführung mit depressiven/suizidalen älteren Menschen gesondert angeboten werden sollten. Auch um die Nachhaltigkeit des überwiegend kurzfristigen Wissenszuwachses der Fortbildung zu erreichen, sind weitere Schulungen zur Wiederholung des Wissens notwendig.

Ursachen für den geringeren langfristigen Lernzuwachs können zum einen heimspezifische Arbeitsanforderungen, Mitarbeiterführung, Zusammenarbeit im Team und/oder das Betriebsklima insgesamt sein. Zum anderen können die Ursachen beim Mitarbeiter selbst liegen. Zu nennen sind beispielsweise bereits vorhandene Fähigkeiten, Kenntnisse und Interessen, aber auch die individuelle Ausprägung sogenannter Schlüsselqualifikationen wie Flexibilität, Offenheit und soziale Kompetenzen. Letztlich gibt es eine dritte Quelle für mögliche Transferschwierigkeiten - den Referenten selbst. Es liegt gerade in der Person des Referenten, sich auf die Fähigkeiten und Voraussetzung der Kursteilnehmer einzustellen und die Inhalte verständlich zu vermitteln. Zu einem größeren Lernzuwachs könnte in zukünftigen Fortbildungen die Einschränkung der Fortbildungsinhalte und dafür mehr Redundanz der zu vermittelnden Kernbotschaften beitragen.

Im Fragebogen nach der hier vorgestellten und evaluierten Fortbildung wurden die Pflegekräfte um eine schriftliche Einschätzung der gesamten Fortbildung auf einer fünfstufigen Skala („sehr interessant“; „interessant“; „teilweise interessant“; „weniger interessant“; „uninteressant“) gebeten. Fast vier von fünf Personen gaben an, dass die Fortbildung „sehr interessant“ war. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Interesse der Teilnehmer mit Aufmerksamkeit und Lernbereitschaft zusammen hängen.

Es stellt sich die Frage, wie eine noch höhere Aufmerksamkeit über die Zeitspanne von vier Stunden erreicht werden kann. Eventuell ist dabei eine kleinere Teilnehmerzahl je Fortbildung sinnvoll, damit die Interaktion zwischen den Teilnehmern und zwischen Referenten und jedem Teilnehmer noch mehr gefördert werden kann.

In der Drop-out-Analyse zeigte sich, dass zur Post- und Follow-up-Messung überproportional mehr examinierte Altenpflegekräfte an der Befragung teilnahmen. Dies spricht für eine höhere Bereitschaft der besser qualifizierteren Pflegekräfte an derartigen Studien/ Befragungen teilzunehmen.

Da die Responserate der Follow-up-Messung mit 58% nicht sehr hoch war, wurde eine sorgfältige Drop-out-Analyse für eine Auswahl von Fragevorgaben durchgeführt. Die Vermutung, es könnten an der Follow-up-Erhebung nur diejenigen teilgenommen haben, die besonders viel wussten, bestätigte sich nicht.

Zur Kontrolle eines möglichen Einflusses der Aktivitäten des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ wurden in Münchener Alten- und Pflegeheimen ebenfalls Fortbildungen, gleichmäßig verteilt über das Jahr, durchgeführt. Die Analysen der beiden Stichproben zeigten keinen Einfluss über die Zeit (ein Jahr) auf die Ergebnisse der Fortbildung. Zur Festlegung der angemessenen Stichprobengröße hinsichtlich der Teststärken wurde eine Fallzahlschätzung vorgenommen. Aus Praktikabilitätsgründen wurde keine Alpha-Adjustierung vorgenommen. Dadurch haben die Ergebnisse nicht ein gleiches Maß an Beweiskraft wie bei klinischen Studien, sondern wie in sozialwissenschaftlichen Feldstudien üblich.

Die Unterschiede im Wissen durch die Fortbildung sind nicht nur statistisch signifikant, sondern vor allem auch von praktischer Relevanz. So können auch recht geringe signifikante Veränderungen von 10% beispielsweise bei der Einschätzung „Depression sei eine behandlungsbedürftige Erkrankung“ und dass „Veränderungen im Stoffwechsel des Gehirns“ bei der Entstehung der Depression eine wesentliche Rolle spielen“ bedeutsam sein, wenn es um die Behandlungsmöglichkeiten der Depression im Alter geht. Die Altenpflegekräfte weisen möglicherweise mit diesem Wissen den Arzt eher auf depressive Bewohner und eine erforderliche optimale Behandlung hin.

Hierbei können auch die gewonnenen Veränderungen in den Einschätzungen zur Antidepressivagabe bzw. der Eigenschaften dieser Medikamentengruppe eine große Rolle für eine bessere Therapie älterer Heimbewohner sein.

Zur Erfassung von Wissen bzw. Wissensveränderungen und Einstellungen und deren Veränderungen durch die Fortbildung wurde als das geeignetste Instrument der Fragebogen gewählt. Als zusätzliche Evaluationskriterien sollten „Veränderungen in der Psychopharmakaverordnung nach der Fortbildung“ (Zunahme von Antidepressiva, Abnahme von Benzodiazepinen und Neuroleptika) sowie die „Abnahme von Suizidversuchen der Heimbewohner“ erfasst werden. Im Medikationsverhalten konnten, wie in Kapitel 7.1.5. berichtet, keine Veränderungen gezeigt werden. Auch die wenig validen Angaben zu Suizidversuchen (siehe Kapitel 8.6), die im Fragebogen erfasst wurden, lassen keine Interpretation des Fortbildungserfolges zu.

Inwieweit die gelernten Inhalte von den Pflegekräften tatsächlich in ihre konkrete Alltagssituation umgesetzt werden, lernpsychologisch auch „Transfer“ genannt, kann vor allem durch das Verfahren der empirischen Beobachtung untersucht werden. Dieses Verfahren wurde in der vorliegenden Arbeit aus Praktikabilitätsgründen nicht angewendet. Eine weitere Möglichkeit, den gelungenen „Transfer“ der Fortbildungsinhalte zukünftig zu evaluieren, könnten zusätzliche Befragungen von Ärzten, Angehörigen und den Bewohnern/ Patienten selbst sein.

Um eine längsschnittliche Analyse trotz Gewährleistung der absoluten Anonymität möglich zu machen, wurden die Teilnehmer gebeten, am Anfang des Fragebogens einen Code anzugeben (Geburtsdatum der Mutter, z.B. 22/05/1935). Es gab keine Doppelnennungen, allerdings wurde in wenigen Fällen der Code nicht ausgefüllt. Dennoch hat sich das Geburtsdatum der Mutter als Code bewährt, um längsschnittlich Daten zu erfassen.

Auch die Abstufungen (zwei- oder vierstufig) in den Antwortvorgaben haben sich überwiegend als sinnvoll erwiesen. Vielleicht können bei einigen Fragen, wie beispielsweise zu Behandlungsmöglichkeiten, statt der Vierer-Ausprägung („sehr gut“, „etwas geeignet“, „weniger geeignet“, „gar nicht geeignet“) ein Ausprägung auf zwei Ebenen („gut geeignet“, „nicht gut geeignet“) die Auswertung erleichtern und präzisieren.

Da bei der ersten Frage „Ältere Menschen werden häufiger krank. Manchmal handelt es sich um eine leichte, manchmal aber auch um eine sehr schwere Krankheit. Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 (sehr leichte Erkrankung) bis 10 (sehr schwere Erkrankung), wie schwer die folgenden Krankheiten sind. Kreuzen Sie bitte jeweils ein Kästchen an“ Depression schon vor Beginn der Fortbildung im Verhältnis zu anderen Erkrankungen wie z.B. Oberschenkelhalsbruch, Demenz, Arterienverkalkung und Diabetes als schwere Erkrankung eingeschätzt wurde, kam es bei den Post- und Follow-up-Erhebungen zu „Deckeneffekten“. Deshalb wurde diese Frage in der Ergebnisdarstellung nicht berücksichtigt. Bei einer Wiederholung der Erhebung mit diesem Fragebogen kann auf diese Frage verzichtet werden.

Diese hohen Ergebnisse zur Baseline-Erhebung könnten mit dem Auftreten des „Priming-Effektes“ erklärt werden, d.h. durch das Angebot der Fortbildung mit der Überschrift „Depression und Suizidalität im Alter“ werden vor allem hinsichtlich Verhaltensintentionen und Einstellungen bestimmte Richtungen im Antwortverhalten getriggert.

8.9. Bewertung und Ausblick

Fortbildungsmaßnahmen gelten als Maßnahmen zur Qualitätssicherung bzw. Qualitätsentwicklung (Frank et al., 1997). Nach den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 80 SGB XI, ebd.) ist ein Träger verpflichtet, die Qualifikation der Mitarbeiter durch funktions- und aufgabenbezogene Fortbildungen sicherzustellen sowie das Fachwissen regelmäßig zu aktualisieren. Daraus folgt, dass ein Träger, wenn er für seine Mitarbeiter regelmäßig Fortbildungen organisiert, automatisch einen ausreichenden Beitrag zur Qualitätssicherung leistet. Dabei wird davon ausgegangen, dass Fortbildungen immer zu einer Qualifizierung der Teilnehmer führen.

Die Ergebnisse der bisher vorliegenden Studien stellen die Annahme, Fortbildungen seien immer effektiv, durchaus in Frage. In der vorliegenden Untersuchung zeigen vor allem die Ergebnisse zu den langfristigen Wirkungen der Fortbildung, dass Fortbildungen nicht immer zur Qualitätsentwicklung beitragen, da nicht zwangsläufig davon ausgegangen werden kann, dass die vermittelten Inhalte auch in den Arbeitsalltag übertragen werden (können).

Innerhalb des heterogenen Berufsfeldes der Pflege gibt es zudem (inhaltliche und zeitliche) Uneinheitlichkeiten in den bestehenden Ausbildungsgängen und Qualifikationsniveaus. Dabei wird zudem deutlich, dass die Pflegeausbildung vorrangig auf medizinisch-pflegerische Fächer ausgerichtet ist. Gerade im Hinblick auf die Implementierung von Qualitätssicherung sollte in der Altenpflege-Ausbildung eine offizielle Integration von Inhalten zu psychischen und psychiatrischen Störungen im Alter gefordert werden.

Um Fortbildungen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe anbieten zu können, sind bislang für den jeweiligen Referenten keine spezifischen Qualifikationen erforderlich. Die Ausbildung in einer bestimmten Disziplin und Berufserfahrungen werden gegenwärtig in den meisten Fällen als ausreichend angesehen. Eine Feststellung der fachlichen, pflegerischen, pädagogischen und sozialen Kompetenzen eines Referenten findet so gut wie nicht statt. Dabei liegt es gerade an dieser Person, sich auf die Fähigkeiten und Voraussetzung der Kursteilnehmer einzustellen und die Inhalte verständlich zu vermitteln. Um Qualitätsentwicklung durch Fortbildungen tatsächlich zu ermöglichen, ist es demzufolge empfehlenswert, auch für die Befähigung zum „Fortbilder“ Standards zu formulieren, die eine Überprüfung seiner Fähigkeiten und Fortbildungskonzepte ermöglichen. Auch hier ist mehr Transparenz nötig, um letztlich eine Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner stationärer Einrichtungen zu erreichen.

Replikationen der vorliegenden Untersuchung sind wünschenswert, um die gewonnenen Ergebnisse zu Wissenszuwachs und Einstellungsänderungen zu bestätigen. Wie sich in den bisher vorliegenden Studien zur Evaluation von Fortbildungsmaßnahmen zeigte, ist die Interpretation der Ergebnisse durch die Verwendung von unterschiedlichen, überwiegend selbstentwickelten Messinstrumenten jedoch stark eingeschränkt. Deshalb sollten validere, reliabelere Instrumente entwickelt werden. Damit wäre eine bessere Vergleichbarkeit der Studien möglich.

Es müssen insbesondere professionelle Helfer durch Wissenserweiterung befähigt werden, in der Diagnostik, Therapie und Begleitung depressiver und suizidgefährdeter Menschen Problembewusstsein, professionelle Handlungsfähigkeit und kommunikative Kompetenz zu entwickeln. Neben einer gut dokumentierten Pflegeplanung sollten hinsichtlich Depressionserkennung und verantwortungsvoller und kompetenter Begleitung von depressiven älteren Menschen in Pflegeheimen regelmäßige und flächendeckende, erfahrungsbezogene und persönlichkeitsorientierte Fort- und Weiterbildungen zu gerontopsychiatrischen Themen, insbesondere Depression, für die Mitarbeiter stattfinden.

Für eine Verbesserung in der gerontopsychiatrischen Versorgung von Heimbewohnern kommt den Allgemeinärzten ebenfalls eine wichtige Bedeutung zu. Deshalb erscheint die Stärkung der Fachdisziplin Gerontopsychiatrie im Medizinstudium sowie intensive Fort- und Weiterbildung in Bezug auf gerontopsychiatrische Krankheitsbilder für niedergelassene Ärzte als dringend angebracht.

Bei der Versorgung von Alten- und Pflegeheimen wird derzeit kaum fachärztliches und therapeutisches Personal einbezogen, welches eine angemessene Behandlung und pflegerische Betreuung gewährleisten könnte.

Da mangels klarer Definition des Pflegebegriffs im Sozialgesetzbuch und mit Einführung der Pflegeversicherung eine künstliche Trennung der Kostenträger für einen Krankheits- und einen Pflegefall erfolgte, sind Finanzierungen gerontopsychiatrischer Pflegeleistungen unzureichend gegeben. Für diesen Bereich fühlt sich kein Kostenträger zuständig. So lange dies jedoch ungeklärt ist, werden „nicht abrechenbaren Leistungen“ im professionellen Altenpflegebereich nicht erbracht werden. Psychische Beeinträchtigungen spielen bei der Festlegung der Pflegestufen immer noch eine untergeordnete Rolle. Deshalb ist es derzeit schwierig mit den Pflegegeldleistungen den wahren Betreuungsaufwand psychiatrischer Patienten gerecht zu werden.

In Anbetracht der ungünstigen Finanzsituation der Sozialsysteme in Deutschland sind derartige Forderungen schwer zu erfüllen. Jedoch könnten manche Maßnahmen, z.B. auch Fortbildungen, durch Ausnutzung von Synergieeffekten oder durch Vermeidung teurer Folgekosten eine Nichtbehandlung kostenneutral amortisieren.

Detailliertere Kosten-Nutzen-Rechnungen wären interessante Forschungsschwerpunkte zukünftiger Studien.

Erfreulicherweise ist es gelungen, im Rahmen der Gesundheitsinitiative „Bayern aktiv“, gefördert von der bayerischen Staatsregierung unter Federführung des Staatsministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz, eine Ausweitung der Fortbildungsaktivitäten „Depression und Suizidalität im Alter“ für Altenpflegekräfte zu erreichen. Hierbei sollen Dozenten (Diplom-Psychogerontologen und Fachärzte für Psychiatrie) in „train-the-trainer-Seminaren“ zur Durchführung von Fortbildungen für Altenpflegekräfte nach dem hier vorgestellten Konzept geschult werden. Bayernweit sollen somit in Alten- und Pflegeheimen circa 300 Fortbildungen durchgeführt werden, um den Kenntnisstand zu Depressionen und Suizidalität der Mitarbeiter zu verbessern. Die Wirksamkeit dieser Fortbildungen wird evaluiert.

9. Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund:

Mit der verlängerten Lebenserwartung und dem gleichzeitigen Geburtenrückgang wird die Zahl der älteren Menschen, hauptsächlich in den Industrieländern, immer größer. Zu der häufigsten psychiatrischen Erkrankung im Alter gehört, neben der Demenz, die Depression. Parallel dazu steigt, besonders bei älteren Männern, das Suizidrisiko exponentiell an. 10-15% der über 65jährigen leiden an Depressionen und in Alters- und Pflegeheimen sogar 30-40%.

Gerade bei älteren Menschen besteht ein besonders großes Defizit bezüglich Diagnose und Therapie depressiver Erkrankungen.

Pflegekräfte in den Senioren- und Pflegeheimen sind oft die wichtigsten Personen im Umgang mit den älteren Bewohnern. Physische und/oder psychische Befindlichkeitsstörungen werden zuerst von ihnen beobachtet. Sie haben somit eine wichtige Vermittlerfunktion zwischen Bewohnern, Angehörigen und Arzt.

Ziel der in der vorliegenden Studie durchgeführten Interventionsmaßnahme „Fortbildung“:

Ziel der Fortbildungen war es, das Wissen der Altenpflegekräfte über die Krankheit zu erweitern, was auch ein besseres Erkennen von Suizidabsichten einschließt. Dadurch sollten die Mitarbeiter im Seniorenpflegebereich in noch größerem Umfang für das Erkrankungsbild der Depression im Alter qualifiziert und sensibilisiert werden sowie in ihrer wichtigen Vermittlerfunktion unterstützt werden, um dadurch einen wichtigen Beitrag zur Depressions- und Suizidprävention im Altenpflegebereich zu leisten.

Ziel der Studie:

In der vorliegenden Studie sollte die Effektivität dieser Fortbildungen untersucht werden.

Methodik:

Innerhalb des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“, eines zweijährigen depressions- und suizidpräventiven Programms, welches im Rahmen des „Kompetenznetzes Depression, Suizidalität“, gefördert vom Bundesministeriums für Bildung und Forschung stattfand, erhielten in Nürnberg, laut Pflegestatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik, 43,4% der in den Heimen beschäftigten Pflegekräften eine kostenlose vierstündige Fortbildung zum Thema „Depression und Suizidalität“.

Zur Kontrolle wurde in München ebenfalls eine Auswahl von Alten- und Pflegeheimen kontaktiert und für deren Mitarbeiter Fortbildungen durchgeführt.

Insgesamt wurden 24 Fortbildungen für 374 Pflegekräfte von einer Psychogerontologin und einem Facharzt für Psychiatrie durchgeführt. Die Fortbildung fand in der Arbeitszeit der Pflegekräfte statt und war für sie kostenlos.

Durch einen standardisierten Fragebogen vor und unmittelbar nach der Fortbildung wurden die Outcome-Parameter Wissen und Einstellungen zu Depression und Suizidalität im Alter erfasst. Zur Evaluierung eines Langzeiterfolges wurde nach drei Monaten ein Follow-up (Rücklaufquote = 58%) dieser Befragung durchgeführt.

Für die Fortbildung wurde ein spezifisches Konzept ausgearbeitet, das didaktische Methodenvielfalt und interaktive Elemente berücksichtigte (z.B. Rollenspiele).

Kernbotschaften der Fortbildung waren:

- Depression ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung
- Bei der Genese der Depression wird ein mehrdimensionales Entstehungsmodell diskutiert, dabei soll der biologischen Bedingtheit (neurobiologische Veränderungen im Hirnstoffwechsel) besondere Beachtung beigemessen werden
- Depression ist auch im Alter gut behandelbar; Psychopharmakotherapie – insbesondere mit (neueren) Antidepressiva – ist effektiv
- Suizide geschehen meist als Folge einer psychiatrischen Erkrankung; Suizidäußerungen sollen ernst genommen und direkt angesprochen werden

Ergebnisse:

Altenpflegekräfte haben hinsichtlich depressiver Störungen und suizidalen Verhaltens älterer Menschen erhebliche Wissensdefizite. Vergleiche der Prä-, Post- und Follow-up-Erhebungen zeigen einen überwiegend kurzfristigen signifikanten Wissenszuwachs.

So zeigten sich signifikante Verbesserungen hinsichtlich des Wissens über die biologische Bedingtheit von Depressionen, während soziale und/oder psychologische Aspekte schon vor den Schulungen als wichtig erachtet wurden.

Besonders großen Wissenszuwachs erzielten die Schulungen im Bereich der Pharmakotherapie. Nach der Fortbildung und im Follow-up wurde die Pharmakobehandlung mit Antidepressiva als wesentlich geeigneter eingeschätzt. Eine repräsentative Erfassung von Veränderungen bei Verschreibungsprofilen war nicht möglich.

Einstellungen zu „Suizid im Alter“ konnten verändert werden. Vor allem der Aussage, dass Suizide meist Folge einer psychiatrischen Erkrankung sind, stimmten nach der Fortbildung signifikant mehr Pflegekräfte zu.

Schlussfolgerungen:

Die Wirksamkeit der Fortbildung zu fachspezifischem Wissen, insbesondere zur biologischen Bedingtheit und pharmakologischen Behandlung von Altersdepression, konnte langfristig belegt werden.

Fortbildungen zum Thema „Depression, Suizidalität“ für Altenpflegekräfte können somit zur Wissenserweiterung beitragen. Wünschenswert ist es, dass dadurch die Altenpflegekräfte ihre Handlungskompetenzen in der Depressions- und Suizidprävention bzw. zur Optimierung von Diagnose und Therapie der Depression bei älteren Menschen mittel- und langfristig erweitern können.

10. Literaturverzeichnis

- Abrams, R. C., Spielman, L. A., Alexopoulos, G. S., & Klausner, E. (1998). Personality disorder symptoms and functioning in elderly depressed patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 6(1), 24-30.
- Aldenhoff, J. (1997). Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. *Nervenarzt*, 68, 379-389.
- Alexopoulos, G. S., Buckwalter, K., Olin, J., Martinez, R., Wainscott, C., & Krishnan, K. R. (2002). Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanism and treatment. *Biol Psychiatry*, 52(6), 543-558.
- Allport, F. W. (1935). Attitudes. In: Murchison, C. (Hrsg.), *Handbook of Social Psychology* (798-884). Worcester: Clark Univ. Press.
- Althaus, D., & Hegerl, U. (2001). Die Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen. Aktueller Forschungsstand und resultierende Implikationen. *Nervenarzt*, 72(9), 677-684.
- Althaus, D., Stefanek, J., Hasford, J., & Hegerl, U. (2002). Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. *Nervenarzt*, 73(7), 659-664.
- Ammon-Cavanaugh, S. v., Furlanetto, L. M., Creech, S. D., & Powell, L. H. (2001). Medical illness, past depression and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality. *Am J Psychiatry*, 158(1), 43-48.
- Arnold, R. (1991). Betriebliche Bildungsarbeit als Beitrag zur Personal- und Organisationsentwicklung. In: Arnold, R. (Hrsg.), *Taschenbuch der betrieblichen Bildungsarbeit* (156-169). Hohengehren.
- Avon, J., Soumerai, S. B., Everitt, D. E., Ross-Degnan, D., Beers, M. H., & Sherman, D. (1992). A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. *N Engl J Med*, 327(3), 168-173.
- Bagshaw, M., & Adams, M. (1986). Nursing home nurses' attitudes, empathy and ideologic orientation. *Int J Aging Hum Dev*, 22, 235-246.
- Baldwin, R. C., & Tomenson, B. (1995). Depression in later life. A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *Br J Psychiatry*, 167, 649-652.
- Barnow, S., & Linden, M. (1997). Lebensüberdruss und Todeswünsche im hohen Alter: Ergebnisse aus der Berliner Altersstudie (BASE). In: Radebold, H., Hirsch R. D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B., Wächtler, C. (Hrsg.), *Depression im Alter* (136-139). Darmstadt: Steinkopff
- Barthelme, G., Garms-Homolova, V., & Polak, U. (1999). Belastungen in der ambulanten Pflege. In R. Schmitdt & H. Entzian & K.-I. Gierke & T. Klie (Hrsg.), *Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune* (235-243). Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Bartholomeyczik, S. (2001). Professionelle Kompetenz in der Pflege. Teil II. *Pflege Aktuell*, 55(6), 344-347.

- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg,
- Bell, M., & Goss, A. J. (2001). Recognition, assessment and treatment of depression in geriatric nursing home residents. *Clin Excell Nurse Pract*, 5(1), 26-36.
- Bergener, M. (1998). Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter. In: Kruse, A. (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie*, Band 1: Grundlagen (87-105). Göttingen: Hogrefe.
- Bigot, T., Trouillet, C., Hardy, P., Pinabel, F., & Feline, A. (1999). Depression and somatic diseases. On one retrospective study of 210 patients with major Depression hospitalized in a psychiatric hospital. *Encephale*, 25(1), 3-10.
- Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., De Leo, D., Schmidtke, A., Crepet, P., Loennqvist, J., Michel, K., Salander Renberg, E., Stiles, T. C., Wasserman, D., Aagaard, B., Egebo, H., & Jensen, B. (1997). A Repetition-Prediction Study of European parasuicide populations: A summary of the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on parasuicide in co-operation with the EC Concerted Action on attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 95(2), 81-86.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 3. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer.
- Brodaty, H., Harris, L., Peters, K., Wilhelm, K., Hickie, I., Boyce, P., Mitchell, P., Parker, G., & Eysers, K. (1993). Prognosis of depression in the elderly. A comparison with younger patients. *Br J Psychiatry*, 163, 589-596.
- Brodaty, H., Luscombe, G., Peisah, C., Anstey, K., & Andrews, G. (2001). A 25-year longitudinal, comparison study of the outcome of depression. *Psychol Med*, 31(8), 1347-1359.
- Bron, B. (1990). Alterstypische psychopathologische Besonderheiten bei endogenen und neurotisch-reaktiven Depressionen im höheren Lebensalter. *Nervenarzt*, 61, 170-175.
- Bronisch, T. (1996). Studien zur Beziehung von Depression und Suizidalität. *Nervenheilkunde*, 15, 518-522.
- Brunner, E., & Langer, F. (1999). *Nichtparametrische Analyse longitudinaler Daten*. München, Wien: R. Oldenbourg Verlag.
- Callahan, C. M., Hendrie, H. C., Dittus, R. S., Brater, D. C., Hui, S. L., & Tierney, W. M. (1994). Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc*, 42(8), 839-846.
- Campbell, E. B., Knight, M., Benson, M. & Colling, J. (1991). Effects of an incontinence program on nursing home staff's knowledge, attitudes, and behavior. *Gerontologist* 31, 788-794.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. London: Tavistock.

- Chandler, J. T., Rachal, J. R., & Kazelskis, R. (1986). Attitudes of long-term care nursing personnel toward the elderly. *Gerontologist*, 26, 551-555.
- Cho, M. J., Lyoo, I. K., Lee, D. W., Kwon, J. S., Lee, J. S., Lee, D. S., J.K., J., & Lee, M. C. (2002). Brain single photon emission computed tomography findings in depressive pseudodementia patients. *J Affect Disord*, 69(1-3), 159-166.
- Clayton, P. J., Herjanic, M., Murphy, E., & Woodruff, R. (1974). Mourning and depression: their similarities and differences. *Can Psychiatr Assoc J*, 19, 309-312.
- Colling, J., Ouslander, J., Hadley, B. J. (1992). The effects of patterned urge-response toiletting (purt) on urinary incontinence among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 40,135-141.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., C., C., Herrman, J. H., Forbes, N. T., & Caine, E. D. (1996). Relationship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*, 153, 1001-1008.
- Copeland, J. R., Davidson, I. A., Dewey, M. E., Larkin, B. A., McWilliam, C., Saunders, P. A., Scott, L. R., Sharma, V., & Sullivan, C. (1992). Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudodementia: prevalence, incidence and three-year outcome in Liverpool. *Br. J. Psychiatry*, 161, 230-239.
- Copeland, J. R. M., Beekman, A. T. F., Dewey, M. E., Hooijer, C., Jordan, A., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnusson, H., Mann, A. H., Meller, I., Prince, M. J., Reischies, F., Turrina, C., de Vries, M. W., & Wilson, K. C. M. (1999). Depression in Europe. *Br J Psychiatry*, 174, 312-321.
- Coppen, A., Standish, B. H., Bailey, J., Houston, G., Silcocks, P., & Hermon, C. (1991). Does lithium reduce the mortality of recurrent mood disorders? *J Affect Disord*, 23(1), 1-7.
- Cuijpers, P., & van Lammeren, P. (2001b). Secondary prevention of depressive symptoms in elderly inhabitants of residential homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16(7), 702-708.
- DAK Gesundheitsmanagement, H. (2002). *DAK-Gesundheitsreport 2002*. Hamburg: IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH.
- De Leo, D. (1997). Note sui comportamenti suicidari di anziani in ospedale generale (Considerations on suicidal behaviour of general hospital elderly inpatients). *Ital J Suicidol*, 7, 49-51.
- DesRosiers, G., Hodges, J. R., & Berrios, G. (1995). The neuropsychological differentiation of patients with very mild Alzheimer's disease and/or major Depression. *J Am Geriatr Soc*, 43(11), 1256-1263.
- Dilling, H., Mombour, M. W., & Schmidt, M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen in der 10. Revision (ICD-10) Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, Göttingen, Toronto: Huber und Hogrefe.

- Döring, K. (1990). *Lehren in der Weiterbildung*. Ein Dozentenleitfaden. Weinheim: Beltz.
- Draper, B., & Anstey, K. (1996). Psychosocial stressors, physical illness and the spectrum of depression in elderly inpatients. *Aust N Z J Psychiatry*, 30(5), 567-572.
- Draper, B., H., B., Low, L. F., Richards, V., Paton, H., & Lie, D. (2002). Self-destructive behaviors in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*, 50(2), 354-358.
- Dunkel, W. (1994). *Pflegearbeit - Alltagsarbeit. Eine Untersuchung der Lebensführung von Altenpflegerinnen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Dunner, D. L., Cohn, J. B., Walshe, T., Cohn, C. K., Feighner, J. P., Fieve, R. R., Halikas, J. A., Hartford, J. T., Hearst, E. D., & Settle, E. C. (1992). Two combined, multicenter double-blind studies of paroxetine and doxepin in geriatric patients with major depression. *J Clin Psychiatry*, 53(Suppl), 57-60.
- Emslie, G., & Judge, R. (2000). Tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors: use during pregnancy, in children/adolescents and in the elderly. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)*, 403, 26-34.
- Erlemeier, N. (1992a). *Suizidalität im Alter (38-42)*. Bericht über den aktuellen Forschungsstand. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Stuttgart: Kohlhammer.
- Erlemeier, N. (1992b). *Suizidalität im Alter (87-99)*. Bericht über den aktuellen Forschungsstand. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Stuttgart: Kohlhammer.
- Erlemeier, N. (1998). Suizidalität im Alter. In: *Kruse, A., Psychosoziale Gerontologie (299-314). Band 1: Grundlagen, Göttingen: Hogrefe*.
- Ernst, C. (1997). Epidemiology of depression in late life. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 107-112.
- Fichter, M. M., Meller, I., Schröppel, H., Steinkirchner, R. (1995). Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community: prevalence and comorbidity. *Br J Psychiatry*, 166, 621-629.
- Flint, A. J., & Gagnon, N. (2002). Effective use of electroconvulsive therapy in late-life depression. *Can J Psychiatry*, 47(8), 734-741.
- Folkerts, H. W. (1997). Einsatz der Elektrokrampftherapie bei älteren Patienten. In: Radebold, H., Hirsch R. D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B., Wächtler, C. (Hrsg.), *Depression im Alter (160-162)*. Darmstadt: Steinkopff
- Forsell, A., Jorn, A. F., & Windblad, B. (1997). Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Acta Psychiatr Scand.*, 95, 108-111.
- Förstl, H. (1991). Das Demenz-Syndrom der Depression. *Neuropsychiatrie*, 5(1), 26-29.
- Förstl, H., Burns, A., Chairns, N., Luthert, P., Lantos, P., & Levy, R. (1992). Organische Grundlagen depressiver Symptome bei der Alzheimer Demenz. Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung. *Nervenarzt*, 63, 566-574.
- Förstl, H. (1997). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie*. Stuttgart: Enke.

- Foster, T., Gillespie, K., & McClelland, R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*, 170, 447-452.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Perel, J. M., Cornes, C., Jarrett, D. B., Mallinger, A. G., Thase, M. E., McEachran, A. B., & Grochocinski, V. J. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*, 47(12), 1093-1099.
- Frank, W., Schellhorn, W., & Wienand, M. (1997). *PflegeVG. Textausgabe des Sozialgesetzbuches - Elftes Buch (SGB XI - Soziale Pflegeversicherung - mit einer systematischen Einführung)*. Neuwied: Luchterhand.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91, 999-1005.
- Frodl-Bauch, T., Bottlender, R., & Hegerl, U. (1999). Neurochemical substrates and neuro-anatomical generators of the event-related P300. *Neuropsychobiology*, 40(2), 86-94.
- Fuchs, E., & Flugge, G. (2001). Psychosoziale Belastung als Ursache molekularer und struktureller Veränderungen im Gehirn. *Z Psychosom Med Psychother*, 47(1), 80-97.
- Ganzini, L., Smith, D. M., Fenn, D. S., & Lee, M. A. (1997). Depression and mortality in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc*, 45, 307-312.
- Gerson, S., Belin, T. R., Kaufmann, A., Mintz, J., & Jarvik, L. (1999). Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. *Harv Rev Psychiatry*, 7(1), 1-28.
- Glick, I. O., Weiss, S., & Parks, C. M. (1974). *The first year of bereavement*. New York: John Wiley.
- Göbel, H., Kipp, J., & Struwe, B. (1997). Symptomatik der Alterdepression und die Diagnose der Depression nach ICD-10 - erste Ergebnisse einer Vergleichsuntersuchung. In: Radebold, H., Hirsch R. D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B., Wächtler, C. (Hrsg.), *Depression im Alter (88-92)*. Darmstadt: Steinkopff
- Goldberg, R. J. (2002). Management of behavioral complications of dementia. *Med Health R*, 85(9), 281-285.
- Gorge, L. K., Blazer, D. G., & Hughes, D. C. (1989). Social support and the outcome of major Depression. *Br J Psychiatry*, 154, 478-485.
- Götze, P., & Schmitt, B. (1991). *Suicidality and depressive moods in old age - A study of suicidality and depressive moods among occupants of a state nursing home*. Paper presented at the International conference on suicide prevention and crisis intervention. 1.-5.9.1991, Hamburg.
- Gräßel, E. (1998). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31(1), 52-56.
- Gunnell, D., & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ*, 308(6938), 1227-1233.

- Gurland, B. J. (1976). The comparative frequency of depression in various adult age groups. *J Gerontol*, 31, 283-292.
- Hänel, T. (1999). Depression und Suizidalität im Alter. *Geriatric Praxis*, 6, 23-26.
- Hanser, S. B., & Thompson, L. W. (1994). Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *J Gerontol*, 49(6), 265-269.
- Hautzinger, M. (1992). Cognitive behavior therapy with depressed elderly patients: initial experience and results. *Z Gerontol*, 25(6), 369-372.
- Hautzinger, M. (2000a). Kognitive Verhaltenstherapie depressiver Störungen im Alter. *Psychotherapie in Psychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 5(1), 122-128.
- Hautzinger, M. (2000b). *Depression im Alter (3-17)*. Weinheim: Psychologie Verlags Union Beltz.
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., & Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord*, 50, 269-276.
- Hegerl, U., & Möller, H.-J. (2000). Pharmakotherapie der Altersdepression. *Nervenarzt*, 71(1), 1-8.
- Hegerl, U., & Ziegler, W. (2000). Kompetenznetz Depression. *Psycho*, 26(6), 332-342.
- Hegerl, U., Zaudig, M., & Möller, H.-J. (Hrsg.) (2001a). *Depression und Demenz im Alter - Abgrenzung, Wechselwirkung, Diagnose, Therapie*. Wien; New York: Springer Verlag.
- Hegerl, U., Zaudig, M., & Möller, H.-J. (2001b). Einleitung. In: Hegerl, U., Zaudig, M., & Möller, H.-J. (Hrsg.). *Depression und Demenz im Alter - Abgrenzung, Wechselwirkung, Diagnose, Therapie (1-6)*. Wien; New York: Springer Verlag.
- Hegerl, U., Zaudig, M., & Möller, H.-J. (2001c). Antidepressiva. In: Hegerl, U., Zaudig, M., & Möller, H.-J. (Hrsg.). *Depression und Demenz im Alter - Abgrenzung, Wechselwirkung, Diagnose, Therapie (79-100)*. Wien; New York: Springer Verlag.
- Hegerl, U. (2003a). Altersdepression. In: Hegerl, U. & Hoff, P., (Hrsg.), *Depressionsbehandlung unter komplizierten Bedingungen - Komorbidität, Multimedikation, Geriatrische Patienten (88-97)*, in Druck.
- Hegerl, U. & Hoff, P., (Hrsg.) (2003b). *Depressionsbehandlung unter komplizierten Bedingungen - Komorbidität, Multimedikation, Geriatrische Patienten (18-71)*, in Druck.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M., & Wilms, H. U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In: *Die Berliner Altersstudie BASE.*, 185-219.
- Henderson, A. S., Korten, A. E., Jorm, A. F., Christensen, H., Scott, L. R., Doyle, C., & Mackinnon, A. J. (1993). The prevalence of depressive disorders and the distribution of depressive symptoms in later life: a survey using Draft ICD-10 and DSM-III-R. *Psychol Med*, 23, 719-729.

- Heun, R., Hardt, J., Burkart, M., & Maier, W. (1996). Validity of the family history method in relatives of gerontopsychiatric patients. *Psychiatry Res*, 62(3), 227-238.
- Hirzel-Wille, M. (Hrsg.). (2002). *Suizidalität im Alter* (3-9). Bern, Berlin, Brüssel, Frankfurt a.M., New York, Oxford, Wien: Peter Lang.
- Hüwel, J., Weisner, B., Kemmer, H., & Heyder, J. (1998). Depressive Verstimmung im Akutstadium nach erstmaligem ischämischen Hirninfarkt. *Nervenarzt*, 69(4), 330-334.
- Infratest-Studie (1993). *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung"*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jakob, A., Busse, A., Riedel-Heller, S. G., Pavlicek, M., & Angermeyer, M. C. (2002). Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in Alten- und Altenpflegeheimen im Vergleich zu Privathaushalten. *Z Gerontol Geriatr*, 35(5), 474-481.
- Jüptner, M., Paulus, H. J., & Gastpar, M. (2002). Wahnhafte Depression als Differentialdiagnose der Demenz vom Alzheimer-Typ. *Nervenarzt*, 73, 468-470.
- Kahana, E. T., & Kiyak, H. A. (1984). Attitudes and behavior of staff in facilities for the aged. *Res Aging*, 6, 395-416.
- Katon, W., Robinson, P., von Korff, M., Lin, E., Bush, T., E., L., G., S., & Walker, E. (1996). A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 53(10), 924-932.
- Katona, C. (1995). Rationalizing antidepressants for elderly people. *Int Clin Psychopharmacol*, 10, (Suppl) 1, 37-40.
- Kerres, A., & Falk, F. (1997). *Kommunikation in Ausbildung und Praxis*.: Brigitte Kunz Verlag.
- Kerres, A. H. (1998). *Suizidalität*. Medizinische Fachinformation in der Pflege: Loseblattsammlung.
- Kipp, J., Herda, C., & Schwarz, H. G. (2000). Wirkfaktoren der Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 39(6), 17-21.
- König, H. G., Blazer, D. G., Krishnan, K. R., & Sibert, T. E. (1993). Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major Depression. *J Am Geriatr Soc*, 41, 1169-1176.
- Kötter, H.U., Hampel, H., Möller, H.J. (1996). Dementia or Depression? Differential diagnosis when symptoms overlap. *Alzheimer Insights*, 2, 5-9.
- Kivela, S. L., Kongas Saviaro, P., Laippala, P., Pakkala, K., & Kesti, E. (1996). Social and psychosocial factors predicting depression in old age: a longitudinal study. *Int Psychogeriatr*, 8(4), 635-644.
- Klysner, R., Bent Hansen, J., Hansen, H. L., Lunde, M., Pleidrup, E., Poulsen, D. L., Andersen, M., & Petersen, H. E. (2002). Efficacy of citalopram in the prevention of recurrent depression in elderly patients: placebo-controlled study of maintenance therapy. *Br J Psychiatry*, 181, 29-35.

- Kortus, R., & Wolfersdorf, M. (1995). Umgang mit depressiven älteren Patienten. In: Hirsch, R. D., Kortus, R., Loos, H. & Wächtler, C. (Hrsg.), *Gerontopsychiatrie im Wandel: vom Defizit zur Kompetenz* (183-195), überarbeitete und ergänzte Beiträge der 1. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Melsungen: Bibliomed.
- Krishnan, K. R., DeLong, M., Krämer, H., Carney, R., Spiegel, D., Gordon, C., McDonald, W., Dew, W., Alexopoulos, G. S., Buckwalter, K., Cohen, P. D., Evans, D., Kaufmann, P. G., Olin, J., Otey, E., & Wainscott, C. (2002a). Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry*, 52(6), 559-588.
- Krishnan, K. R. (2002b). Biological risk factors in late life depression. *Biol Psychiatry*, 52(3), 185-192.
- Kurz, A., Haupt, M., Romero, B., Zimmer, R., Lauter, H., & Gräfin von Einsiedel, H. (1991). Kognitive Störungen bei Depression oder beginnende Alzheimersche Krankheit? Ein Beitrag zur Differentialdiagnose. *Z Gerontopsychol Psychiat*, 4, 34-40.
- Kurzthaler, I., Hotter, A., Miller, C., Kemmler, G., Halder, W., Rhomberg, H. P., & Fleischhacker, W. (2001). Risk profile of SSRIs in elderly depressive patients with co-morbid physical illness. *Pharmacopsychiatry*, 34(3), 114-118.
- Lauter, H. (1992). Präsenile und senile Demenzen. In: Hopf, H., Poeck, K. & Schliack, H. (Hrsg.), *Neurologie in Praxis und Klinik* (Band II, 410-473).
- Laux, G., Dietmaier, O., & König, W. (2001). *Pharmakopsychiatrie*. 3. aktualisierte und ergänzte Auflage. München: Urban & Fischer.
- Laux, G., & Müller, W. E. (1999). *Altersdepression: Erkennen und Behandeln* (7-9). Neu-Isenburg: LinguaMed-Verlag-GmbH.
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds, C. F., 3rd, Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., Conwell, Y., Katz, I. R., Meyers, B. S., Morrison, M. F., Mossey, J., Niederehe, G., & Parmelee, P. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA*, 278(14), 1186-1190.
- Lee, Y., Choi, K., & Lee, Y. K. (2001). Association of comorbidity with depressive symptoms in community-dwelling older persons. *Gerontology*, 47(5), 254-262.
- Lepine, J. P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (1997). Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*, 12(1), 19-29.
- Levenes, C., Daniel, H., & Crepel, F. (1998). Long-term depression of synaptic transmission in the cerebellum: cellular and molecular mechanisms revisited. *Prog Neurobiol*, 55(1), 79-91.
- Lezius, M. (2002). *Bestandsaufnahme der gerontopsychiatrischen Pflege in Nürnberg. Erste Ergebnisse*. Nürnberg: Gerontopsychiatrische Fachkoordination Mittelfranken (GeFa).
- Lin, E. H., von Korff, M., Russo, J., Katon, W., Simon, G. E., Unutzer, J., Bush, T., Walker, E., & Ludman, E. (2000). Can depression treatment in primary care reduce disability? A stepped care approach. *Arch Fam Med*, 9(10), 1052-1058.

- Linden, M., Borchelt, M., Barnow, S., & Geiselmann, B. (1995). The impact of somatic morbidity on the Hamilton Depression Rating Scale in the very old. *Acta Psychiatr Scand*, 92(2), 150-154.
- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Lang, F. R., & Reischies, F. M. (1998). Depression bei Hochbetagten, Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69(1), 27-37.
- Livingston, G., Watkin, V., Milne, B., Manela, M. V., & Katona, C. (2000). Who becomes depressed? The Islington community study of older people. *J Affect Disord*, 58(2), 125-133.
- Lönnqvist, J. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Depression. In: Hawton, K. (Hrsg.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. (107-120). Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons.
- Lord, S. R., & Menz, H. B. (2002). Physiologic and health predictors of 6-minute walk performance in older people. *Arch Phys Med Rehabil*, 83(7), 907-911.
- Mandl, H., Gruber, H., & Renkl, A. (1993). Das träge Wissen. *Psychologie Heute*, 9, 64-69.
- Maxfield, M. C., Lewis, R. E., & Cannon, S. (1996). Training staff to prevent aggressive behavior of cognitively impaired elderly patients during bathing and grooming. *J Gerontol Nurs*, 22, 37-43.
- McCallion, P., Toseland, R. W., Lacey, D., & Banks, S. (1999). Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 39, 546-558.
- McCurren, C., Dowe, D., Rattle, D., & Looney, S. (1999). Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy. *Appl Nurs Res*, 12(4), 185-195.
- Minsel, W. R. (1979). Erziehungstraining für Lehrer unter curricularen und evaluativen Aspekten. In: Brandstädter, J., Reinert, G.; Schneewind, K.-A. (Hrsg.) *Pädagogische Psychologie: Probleme und Perspektiven (419-432)*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mittmann, N., Herrmann, N., Shulman, K. I., Silver, I. L., Busto, U. E., Borden, E. K., Naranjo, C. A., & Shear, N. H. (1999). The effectiveness of antidepressants in elderly depressed outpatients: a prospective case series study. *J Clin Psychiatry*, 60(10), 690-697.
- Möller, H.-J., Müller, E., & Volz, H. P. (2000). *Psychopharmakotherapie - Ein Leitfaden für die Praxis (51-89)*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Montgomery, S. A. (1998). Efficacy and safety of the selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in elderly patients. *Int Clin Psychopharmacol*, 13(Suppl 5), 49-54.
- Morgan, H. G., Jones, E. M., & Owen, J. H. (1993). Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry*, 163, 111-112.
- Müller-Oerlinghausen, B., Müser-Causemann, B., & Volk, J. (1992). Suicides and parasuicides in a high-risk patient group on and off lithium long-term medication. *J Affect Disord*, 25, 261-270.

- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1997a). Global and regional descriptive epidemiology of disability: incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (Hrsg.), *The Global Burden of Disease* (201-246). Harvard: Harvard University Press.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1997b). The global burden of disease in 1990: Final results and their sensitivity to alternative epidemiological perspectives, discount rates, age-weights and disability weights. In: Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (Hrsg.), *The Global Burden of Disease* (247-293). Harvard: Harvard University Press.
- Musetti, L., Perugi, G., Soriani, A., Rossi, V. M., Cassano, G. B., & Akiskal, H. G. (1989). Depression before and after age 65. A re-examination. *Br J Psychiatry*, 155, 330-336.
- Muthny, F. A., Bermejo, I., & von Gierke, E. (1993). Erlebte Belastungen und Bedarf an psychosozialer Fortbildung/Supervision in der stationären Altenpflege. *Zeitschrift für Gerontologie*, 26(5), 395-403.
- Mutzeck, W. (1988). *Von der Absicht zum Handeln. Rekonstruktion und Analyse Subjektiver Theorien zum Transfer von Fortbildungsinhalten in den Berufsalltag* (23-321). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., Holzer, C. E. r., Leaf, P. J., Orvaschel, H., Anthony, J. C., Boyd, J. H., Burke, J. D. J., & Kramer, M. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry*, 41(10), 959-967.
- National Institute of Health. Consensus Conference (1992). diagnosis and treatment of depression in late life. *J Am Med Assoc*, 8, 1018-1024.
- Nelson, J. C. (2001). Diagnosing and treating depression in the elderly. *J Clin Psychiatry*, 62 (Suppl) 24, 18-22.
- Newhouse, P. A., Krishnan, K. R., Doraiswamy, P. M., Richter, E. M., Batzar, E. D., & Clary, C. M. (2000). A double-blind comparison of sertraline and fluoxetine in depressed elderly outpatients. *J Clin Psychiatry*, 61(8), 559-568.
- Osborne, A. C., Hooper, R., Chi Li, K., Swift, C. G., & Jackson, S. H. D. (2002). An indicator of appropriate neuroleptic prescribing in nursing homes. *Age Ageing*, 31, 435-439.
- Oxman, T. E., & Hull, J. G. (2001). Social support and treatment response in older depressed primary care patients. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 56(1), 35-45.
- Paykel, E. S., Hart, D., & Priest, R. G. (1998). Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry*, 173, 519-522.
- Penninx, B. W., Beekman, A. T., Honig, A., Deeg, D. J., Schoevers, R. A., van Eijk, J. T., & van Tilburg, W. (2001). Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 58(3), 221-227.
- Peters, M. (1992). Stationäre Psychotherapie Älterer in einer psychoanalytisch ausgerichteten psychosomatischen Klinik. *Z Gerontol*, 25, 360-364.
- Plattner, A., Möller, H. J., & Hegerl, U. (2001). Additive Effekte kombinierter Psycho- und Pharmakotherapie für depressive Patienten: Illusion oder Tatsache? *Verhaltenstherapie*, 11(3), 180-188.

- Ploeg, J., Ciliska, D., Dobbins, M., Hayward, S., Thomas, H., & Underwood, J. (1996). A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. *Can J Public Health*, 87(5), 319-324.
- Pohlmeier, H. (1994). Steigende Suizidrate im Alter? Folge von Einsamkeit für Männer und Frauen. *Evangelische Impulse*(3), 27-29.
- Pöldinger, W. (1988). Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In: Hippus, H., Schmauß, M. (Hrsg.), *Aktuelle Aspekte der Psychiatrie in Klinik und Praxis. V. Kongress des Medizinischen Forums Ingolstadt 1987* (57-64). München: Zuckschwerdt.
- Port, C. L., Gruber-Baldini, A. L., Burton, L., Baumgarten, M., Hebel, J. R., Zimmerman, S. I., & Magaziner, J. (2001). Resident contact with family and friends following nursing home admission. *Gerontologist*, 41(5), 589-596.
- Pratt, L. A., Ford, D. E., Crum, R., Armenian, H. K., Gallo, J. J., & Eaton, W. W. (1996). Depression, psychotropic medication and risk of myocardial infarction. *Circulation*, 94, 3123-3129.
- Proctor, R., Burns, A., Powell, H. S., Tarrier, N., Faragher, B., Richardson, G., Davies, L., & South, B. (1999). Behavioural management in nursing and residential homes: a randomised controlled trial. *Lancet*, 354 (9172), 26-29.
- Radebold, H., Hirsch, R. D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B., & Wächtler, C. (1997). *Depression im Alter*. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Rao, R., Jackson, S., & Howard, R. (2001). Depression in older people with mild stroke, carotid stenosis and peripheral vascular disease: a comparison with healthy controls. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16(2), 175-183.
- Reichert, M., & Wahl, H. W. (1992). Psychologische Forschung in Alten- und Altenpflegeheimen in den achtziger Jahren. Teil II: Personal, Heime als "System". *Z f Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 5, 87-113.
- Reischies, F. M. (1993). Heterogeneity of the time course of cognitive performance of depressed patients. In: Bergener, M., Belmaker, R.H. & Tropper, M.S. (Hrsg.), *Psychopharmacotherapy for the elderly -research and clinical implications* (318-327). New York: Springer.
- Reynolds, C. F., 3rd. (1996a). Depression: making the diagnosis and using SSRIs in the older patient. *Geriatrics*, 51(10), 28-34.
- Reynolds, C. F., 3rd, Frank, E., Dew, M. A., Houck, P. R., Miller, M., Mazumdar, S., Perel, J. M., & Kupfer, D. J. (1999a). Treatment of 70(+)-year-olds with recurrent major depression. Excellent short-term but brittle long-term response. *Am J Geriatr Psychiatry*, 7(1), 64-69.
- Reynolds, C. F., 3rd, Frank, E., Perel, J. M., Imber, S. D., Cornes, C., Miller, M. D., Mazumdar, S., Houck, P. R., Dew, M. A., Stack, J. A., Pollock, B. G., & Kupfer, D. J. (1999b). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA*, 281(1), 39-45.
- Robertson, M. M., & Katona, C. E. (1996). *Perspectives in psychiatry. Depression and physical illness* (413-425). 6. Auflage, Chichester: John Wiley & Sons.

- Robinson, P., Katon, W., von Korff, M., Bush, T., Simon, G., Lin, E., & Walker, E. (1997). The education of depressed primary care patients: what do patients think of interactive booklets and a video? *J Fam Pract*, *44*(6), 562-571.
- Rohleder, C. (1999). Untersuchungen zur Fort- und Weiterbildungssituation in der Altenarbeit. Köln: *Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)*.
- Rosenthal, S. H. (1968). The involuntal depressive syndrome. *Am J Psychiatry*, *124*(2135f).
- Rovner, B. W. (1993). Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient. *Am J. Med.*, *94*, 19-22.
- Ruths, S., Straand, J., & Nygaard, H. A. (2001). Psychotropic drug use in nursing homes - diagnostic indications and variations between institutions. *Eur J Clin Pharmacol*, *57*(6-7), 523-528.
- Rutz, W., Walinder, J., Eberhard, G., Holmberg, G., von, K. A., von, K. L., Wistedt, B., & Aberg, W. A. (1989). An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr.Scand.*, *79*(1), 19-26.
- Saß, H., Wittchen, H. U., & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. Deutsche Bearbeitung und Einführung*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Saz, P., & Dewey, M. E. (2001). Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry*, *16*(6), 622-630.
- Schmidtke, A. (1988). Suizidologie - von der Domain- zur Doctrinforschung? *Suizidprophylaxe*, *15*, 87-106.
- Schmidtke, A., Weinacker, B., & Fricke, S. (1996). Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch. *Nervenheilkunde*, *15*, 496-506.
- Schmitt, W., & Mundt, C. (1991). Zur Differentialtypologie von Patienten mit harten und weichen Suizidmethoden. *Nervenarzt*, *62*, 440-444.
- Schneider, B., Müller, M. J., & Philipp, M. (2001). Mortality in affective disorders. *J Affect Disord*, *65*(3), 263-274.
- Schneider, G., Kruse, A., Nehen, H. G., Senf, W., & Heuft, G. (2000). The prevalence and differential diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years and older. *Psychother Psychosom*, *69*(5), 251-260.
- Schnelle, J. F., Newman, D., White, M., Abbey, J., Wallston, K. A., Fogarty, T., & Ory, M. G. (1993). Maintaining continence in nursing home residents through the application of industrial quality control. *Gerontologist*, *33*, 114-121.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Geerlings, M. I., Jonker, C., & Van Tilburg, W. (2000). Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *J Affect Disord*, *59*(2), 127-137.
- Schumacher, J., Zedlick, D., & Frenzel, G. (1997). Depressive mood and cognitive impairment in results of old age nursing homes. *Z Gerontol Geriatr*, *30*(1), 46-53.

- Seligman, M. E. P. (1975). *Learned helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Sherbourne, C. D., Wells, K. B., Duan, N., Miranda, J., Unutzer, J., Jaycox, L., Schoenbaum, M., Meredith, L. S., & Rubenstein, L. V. (2001). Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 58(7), 696-703.
- Spina, E., & Scordo, M. G. (2002). Clinically significant drug interactions with antidepressants in the elderly. *Drugs Aging*, 19(4), 299-320.
- Spreux Varoquaux, O., Alvarez, J. C., Berlin, I., Batista, G., Despierre, P. G., Gilton, A., & Cremniter, D. (2001). Differential abnormalities in plasma 5-HIAA and platelet serotonin concentrations in violent suicide attempters: relationships with impulsivity and depression. *Life Sci*, 69(6), 647-657.
- Statistisches Bundesamt. (2001). *Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Bonn: Statistisches Bundesamt (www.gbe-bund.de).
- Stern, J. M., & Lovestone, S. (2000). Therapy with the elderly: introducing psychodynamic psychotherapy to the multi-disciplinary team. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15(6), 500-505.
- Stoppe, G., Sandholzer, H., Huppertz, C., Duwe, H., & Staedt, J. (1999). Family physicians and the risk of suicide in the depressed elderly. *J Affect Disord*, 54(1-2), 193-198.
- Stoudemire, A., Hill, C. D., Morris, R., & Lewinson, B. J. (1993). Long-term outcome of treatment-resistant depression in older adults. *Am J Psychiatry*, 150, 1539-1540.
- Strittmatter-Haubold, V. (1995). *Handlungsleitung: eine empirische Studie zum Transfer von Fortbildungsinhalten (37-219)*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Szanto, K., Gildengers, A., Mulsant, B. H., Brown, G., Alexopoulos, G. S., & Reynolds, C. F. (2002). Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs Aging*, 19(1), 11-24.
- Teising, M. (1992). *Alt und lebensmüde: Suizidneigung bei älteren Menschen (34-119)*. München; Basel: E. Reinhardt.
- Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M., & Eimicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(12), 613-620.
- Theml, T., Heldmann, B., & Jahn, T. (2001). Der Beitrag der Neuropsychologie zum Problem der Differentialdiagnose Depression versus Demenz. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 12(4), 302-313.
- Thomas, C., Kelman, H. R., Kennedy, G. J., Ahn, C., & Yang, C. Y. (1992). Depressive symptoms and mortality in elderly persons. *J Gerontol*, 47, 80-87.
- Thomas, L., Mulsant, B. H., Solano, F. X., Black, A. M., Bensasi, S., Flynn, T., Harman, J. S., Rollman, B. L., Post, E. P., Pollock, B. G., & Reynolds, C. F., 3rd. (2002). Response speed and rate of remission in primary and specialty care of elderly patients with depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10(5), 583-591.

- Thompson, C., Kinmonth, A. L., Stevens, L., Peveler, R. C., Stevens, A., Ostler, K. J., Pickering, R. M., Baker, N. G., Henson, A., Preece, J., Cooper, D., & Campbell, M. J. (2000). Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*, 355(9199), 185-191.
- Thompson, C., Wilkinson, G., Angst, J., Kind, P., & Wade, A. (1996). Effective management of depression today: report from an interactive workshop. *Int Clin Psychopharmacol*, 11(Suppl 1), 45-50.
- Thompson, L. W. (1996). Cognitive-behavioral therapy and treatment for late-life depression. *J Clin Psychiatry*, 57(Suppl 5), 29-37.
- Unutzer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., Hoffing, M., Della Penna, R. D., Noel, P. H., Lin, E. H., Arean, P. A., Hegel, M. T., Tang, L., Belin, T. R., S., O., & C., L. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 288(22), 2836-2845.
- Unutzer, J., Katon, W., Williams, J. W. J., Callahan, C. M., Harpole, L., Hunkeler, E. M., Hoffing, M., Arean, P., Hegel, M. T., Schoenbaum, M., Oishi, S. M., & Langston, C. A. (2001a). Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial. *Med Care*, 39(8), 785-799.
- Unutzer, J., Rubenstein, L. V., Katon, W. J., Tang, L., Duan, N., Lagomasino, I. T., & Wells, K. B. (2001b). Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Arch Gen Psychiatry*, 58(58), 935-942.
- Üstün, T. B., & Sartorius, N. (1995). Mixed anxiety and depressive disorder. *Psychopathology*, 28(Suppl 1), 21-25.
- Walker, D. A., & Clarke, M. (2001). Cognitive behavioural psychotherapy: a comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. *Aging Ment Health*, 5(2), 197-199.
- Welz, R. (1997). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In: Wenglein, E. (Hrsg.), *Das dritte Lebensalter. Psychodynamik und Psychotherapie bei älteren Menschen* (165-182). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wernicke, T. F., Reischies, F., & Linden, M. (2001). Epidemiologie von Depression und Demenz im Alter. In: Hegerl, U., Zaudig, M. & Möller, H.-J. (Hrsg.), *Depression und Demenz im Alter - Abgrenzung, Wechselwirkung, Diagnose, Therapie* (5-17). Wien; New York: Springer Verlag.
- Wetterling, T., & Schürmann, A. (1997). Gründe für eine Heimeinweisung bei stationär aufgenommenen gerontopsychiatrischen Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 30(6), 469-473.
- Wetterling, T., Michels, R., & Dilling, H. (1998). Elektrokrampftherapie bei therapieresistenter Altersdepression. Ein Erfahrungsbericht. *Nervenarzt*, 69(7), 617-621.
- Weyerer, S., Mann, A. H., & Ames, D. (1995). Prävalenz von Depression und Demenz bei Altenheimbewohnern in Mannheim und Camden (London). *Z Gerontol Geriatr*, 28(3), 169-178.

- Weyerer, S., Schäufele, M., & Zimber, A. (1998). Epidemiologie des Psychopharmakagebrauchs im höheren Alter. In: Havemann-Reinecke, U. W. & Fleischmann, H (Hrsg.), *Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter* (38-49). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Wheelock, I. (1997). Psychodynamic psychotherapy with older adult: challenges facing the patient and the therapist. *Am J Psychother*, 51(3), 431-444.
- Whooley, M. A., Stone, B., & Soghikian, K. (2000). Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med*, 15(5), 293-300.
- Whybrow, P. C. (1997). *A mood apart: depression, mania and other afflictions of the self* (91-120). New York: BasicsBooks.
- Williams, A. (1982). *Nurses`attitudes toward aging and old people*. unveröffentlichte Dissertation, University of Denver.
- Wolfersdorf, M. (1993). Therapie der Suizidalität. In: Möller, H.-J. (Hrsg.), *Therapie psychiatrischer Erkrankungen* (715 - 732): Enke Verlag.
- Wolfersdorf, M. (1995). Suizidalität- Begriffsbestimmung und Entwicklungsmodelle suizidalen Verhaltens. In: Wolfersdorf, M. & Kaschka, W. P. (Hrsg.), *Suizidalität - Die biologische Dimension*. (1-16). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Wolfersdorf, M. (1997). Suicide prevention - recognizing and treating acute suicidal behavior. *Fortschr Med*, 115(11), 38-40, 43-34.
- Wu, J. C., & Bunney, W. E. (1990). The biological basis of an antidepressant response to sleep deprivation and relapse: review and hypothesis. *Am J Psychiatry*, 147, 14-21.
- Wulsin, L. R., Vaillant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med*, 61(1), 6-17.
- Wurthmann, C., Bogerts, B., & Falkai, P. (1995). Brain morphology assessed by computed tomography in patients with geriatric depression, patients with degenerative dementia, and normal control subjects. *Psychiatry Res*, 61(2), 103-111.
- Zaudig, M. (1993). Demenz und Depression. Diagnose und Differentialdiagnose. *Psycho*, 19, 613-624.
- Zaudig, M. (1995). Altersdepression. *Psycho*, 21, 97-107.
- Zaudig, M. (2001). Diagnose und Differentialdiagnose der Depression und Demenz im Alter. In: Hegerl, U., Zaudig, M., & Möller, H.-J. (Hrsg.), *Depression und Demenz im Alter - Abgrenzung, Wechselwirkung, Diagnose, Therapie* (19-38). Wien; New York: Springer Verlag.
- Zaudig, M., Bose, M. v., Weber, M., Bremer, M. M., & Ziegelsgänsberger, W. (1989). Psychotic effects of ofloxacin. *Pharmacopsychiatry*, 22, 11-15.

11. Anhang

Fragebogen: Messzeitpunkt 1 (Prä)

Fragebogen: Messzeitpunkt 2 (Post)

Fragebogen: Messzeitpunkt 3 (Follow-up)

Handout der Fortbildung

Fragebogen der telefonischen Bevölkerungsumfrage zur suizidpräventiven Wirksamkeit eines lokalen Awareness-Programms

Fragebogen

zur Effektivität einer Fortbildung für Altenpflegekräfte zum Thema „Altersdepression“

Messzeitpunkt 1 (Prä-Messung)

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

mit diesem Fragebogen möchten wir erfassen, ob unsere Fortbildung zum Thema „Altersdepression“ effektiv war und was es noch zu verbessern gilt. Deshalb ist uns Ihre Meinung sehr wichtig.

Die besondere psychische Situation alter Menschen in Pflege- und Altenheimen erfordert eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozialpflege, Medizin, Sozialarbeit und Psychologie. Deshalb ist es aus wissenschaftlicher Sicht von großer Bedeutung mit Ihnen, den Pflegenden, enger zusammenzuarbeiten. Wie praktische Erfahrungen zeigen, ist es für Sie nicht einfach, unter einem ungünstigen, vorrangig somatisch ausgerichteten Personalschlüssel in Altenpflegeeinrichtungen zu arbeiten. Verstärkte positive Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und verbesserte Aus- und Fortbildungsangebote sind erforderlich.

Deshalb führen wir mit Unterstützung des Bundesministerium für Bildung und Forschung an der Universität München zur Zeit ein Forschungsprojekt durch, das sich zum Ziel gesetzt hat die Versorgungssituation depressiv Erkrankter zu verbessern.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen. Setzen Sie dazu bitte ein Kreuz (☐) in das dafür vorgesehene Kästchen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft.

Ihre Aussagen werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt, deshalb benutzen wir einen Code.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Leiter des Kompetenznetzes Depression



Dipl.-Psychogeront. Anja Ziervogel
wiss. Mitarbeiterin des Kompetenznetzes Depression

Datum des Interviews

Name des Seniorenheims

Um zu wissen, ob sich in Ihrer Wahrnehmung zum Thema „Depression“ etwas geändert hat, möchten wir Sie später bitten, den Fragebogen nochmals auszufüllen. Da wir Sie dann anonymisiert wiedererkennen wollen, verwenden wir einen Code, der keine persönlichen Daten beinhaltet und nicht nachvollziehbar ist.

Code (Geburtsdatum der Mutter)

Wenn Ihre Mutter am 16.05.1912 geboren wurden wäre, würde der Code sein:

16	05	1912
Tag	Monat	Jahr

Tragen Sie jetzt bitte in die leeren Kästchen **Ihren** Code ein, das heißt das Geburtsdatum **Ih-**
rer Mutter:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Jahr

1. **Ältere Menschen werden häufiger krank. Manchmal handelt es sich um eine leichte, manchmal aber auch um eine sehr schwere Krankheit. Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 (sehr leichte Erkrankung) bis 10 (sehr schwere Erkrankung), wie schwer die folgenden Krankheiten sind. Kreuzen Sie bitte jeweils ein Kästchen an.**

Bruch des Oberschenkels										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Demenz										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Arterienverkalkung										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Diabetes										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depression										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. **Zur Krankheit Depression gibt es verschiedene Meinungen. Uns interessiert Ihre Meinung. Wie sehr würden Sie den folgenden Aussagen zustimmen?**

stimme eher zu	stimme eher nicht zu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	“Depressionen im Alter sind Ausdruck des normalen Alterungsprozesses”
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	“Wenn ältere Menschen eine Depression haben, ist es vor allem eine Frage des Willens diese zu überwinden.“
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	“Depression ist eine Erkrankung wie z.B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychologen behandelt werden sollte.”

3. **Wenn Sie sich 20 Bewohner Ihrer Station vorstellen: was meinen Sie, wie viele davon leiden an einer Depression? Schreiben Sie bitte die Ziffer in das Kästchen.**

4. Was kann bei der Entstehung von Depression im Alter häufig eine Rolle spielen?

gar nicht	wenig	ziemlich	stark	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlusterlebnisse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nebenwirkung von Medikamenten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufiges Vorkommen von Depression in der Familie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vereinsamung/ Isolation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veränderter Stoffwechsel im Gehirn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geringer Bildungsstand/ Intelligenz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Umweltgifte (z.B. Blei in der Luft, Nitrat im Wasser)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veränderung der Nahrungsaufnahme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafmangel

5. Stellen Sie sich vor: Ein Bewohner/in in Ihrem Alten- und/ oder Pflegeheim erzählt Ihnen, alles ist so hoffnungslos und hat ja keinen Sinn mehr. Wie verhalten Sie sich?

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ich das nächste Mal einen Angehörigen/ Bezugsperson treffe, spreche ich ihn unbedingt diesbezüglich an. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich lasse mich nicht auf ein längeres Gespräch ein, um seine Hoffnungslosigkeit nicht noch weiter zu verstärken. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bespreche im Team/ mit Kollegen, was wir unternehmen können. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich sage nichts und denke nur: dieser arme alte Mensch tut mir leid. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich frage ganz genau nach, wie er/ sie das gemeint hat; woran er/ sie dabei denkt. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich spreche noch in derselben Woche mit dem Hausarzt. |

6. Die Symptome einer Depression können im Alter sehr verschieden sein. Was meinen Sie: Welche Anzeichen einer Depression sind gerade im Alter typisch und welche sind nicht typisch?

- | sehr typisch | nicht typisch | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verwirrtheit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Freudlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Körperliche Beschwerden und Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlafstörungen |

7. Was verstehen Sie unter „Pseudodemenz“?

- | zutreffend | nicht zutreffend | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eine unerkannte Demenz |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eine Demenz im Anfangsstadium |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eine Depression, die durch dementielle Symptome verdeckt wird |

8. Wenn einer Ihrer Heimbewohner(in) einen Suizidversuch unternommen hat: Was tun Sie dann?

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich unterrichte unverzüglich den Arzt. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich suche das Gespräch mit den Angehörigen/ Bezugspersonen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich verhalte mich als ob nichts passiert wäre. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich schlage dem Hausarzt vor, einen Psychiater kommen zu lassen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich vermeide Suizid und Suizidgedanken als Gesprächsthemen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich spreche diese Person möglichst direkt auf seine Suizidgedanken und einen evtl. vorausgegangenen Suizidversuch an. |

9. Für wie geeignet halten Sie folgende Möglichkeiten zur Behandlung von Depressionen im Alter?

sehr gut etwas weniger gar nicht
geeignet geeignet geeignet geeignet

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | möglichst Kontakt zu den Angehörigen/ Bezugspersonen fördern |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaf- und Beruhigungsmittel verabreichen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | angenehmen Beschäftigungen anbieten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | viel Schlaf |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medikamente (Antidepressiva) verabreichen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | durch Fernsehen ablenken |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bewegung fördern (z.B. Spaziergänge) |

10. Was meinen Sie: wie gut kann eine Depression behandelt werden?

sehr gut	ziemlich	mittelmäßig gut	weniger gut	überhaupt nicht gut
<input type="checkbox"/>				

11. Der Arzt behandelt die Altersdepression meist mit speziellen Medikamenten: den Antidepressiva. Was meinen Sie:

Haben Antidepressiva Nebenwirkungen?

- große
- mäßige
- geringe
- keine

Machen Antidepressiva abhängig/ süchtig?

- ja
- manchmal
- nein

Verändern Antidepressiva die Persönlichkeit?

- ja
- manchmal
- nein

12. Es gibt ja unterschiedliche Meinungen zu Suizid im Alter. Was meinen Sie:

stimme sehr zu	stimme etwas zu	stimme weniger zu	stimme gar nicht zu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suizid im Alter ist eher akzeptabel als bei jüngeren Menschen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suizid ist meist Folge einer psychiatrischen Erkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Leben im Alter kann genauso lebenswert sein wie sonst auch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suizid ist Ausdruck menschlicher Freiheit

Für statistische Zwecke benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person. Beantworten Sie bitte zum Schluss folgende Fragen, indem Sie das Zutreffende ankreuzen:

Geschlecht:

- weiblich
- männlich

Ihr Alter in Jahren:

- 19-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61-70

Was ist Ihre Muttersprache?

- deutsch
- Andere Muttersprache; welche _____

Welche Ausbildung haben Sie absolviert?

- Examen als Krankenschwester/ -pfleger
- Examen als Altenpfleger/in
- Kurzausbildung in Krankenpflegehilfe
- Kurzausbildung in Altenpflegehilfe
- angelernte Pflegekraft ohne spezifische Ausbildung
- noch in Ausbildung zur _____
- evtl. früherer Beruf/ Tätigkeit _____
- Laienhelfer

Ihre gegenwärtige Tätigkeit:

- im Wohnbereich (eines Altenwohn- oder Altenheimes)
- auf einer Pflegestation (im Alten- oder Pflegeheim)
- überwiegend als Nachtwache
- ambulante Altenpflege

In welcher Position arbeiten Sie derzeit?

- Laienpfleger/in
- Altenpflege-/ Krankenpflegehelfer/in
- Altenpfleger/in oder Krankenschwester
- Stationsleitung
- Pflegedienstleitung
- Sonstige

Wie viele Jahre sind Sie im Pflegeberuf (ohne Unterbrechung) tätig?

_____ Jahre

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen

zur Effektivität einer Fortbildung für Altenpflegekräfte zum Thema „Altersdepression“

Messzeitpunkt 2 (Post-Messung)

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

mit diesem Fragebogen möchten wir erfassen, ob unsere Fortbildung zum Thema „Altersdepression“ effektiv war und was es noch zu verbessern gilt. Deshalb ist uns Ihre Meinung sehr wichtig.

Die besondere psychische Situation alter Menschen in Pflege- und Altenheimen erfordert eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozialpflege, Medizin, Sozialarbeit und Psychologie. Deshalb ist es aus wissenschaftlicher Sicht von großer Bedeutung mit Ihnen, den Pflegenden, enger zusammenzuarbeiten. Wie praktische Erfahrungen zeigen, ist es für Sie nicht einfach, unter einem ungünstigen, vorrangig somatisch ausgerichteten Personalschlüssel in Altenpflegeeinrichtungen zu arbeiten. Verstärkte positive Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und verbesserte Aus- und Fortbildungsangebote sind erforderlich.

Deshalb führen wir mit Unterstützung des Bundesministerium für Bildung und Forschung an der Universität München zur Zeit ein Forschungsprojekt durch, das sich zum Ziel gesetzt hat die Versorgungssituation depressiv Erkrankter zu verbessern.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen. Setzen Sie dazu bitte ein Kreuz (☐) in das dafür vorgesehene Kästchen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft.

Ihre Aussagen werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt, deshalb benutzen wir einen Code.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Leiter des Kompetenznetzes Depression



Dipl.-Psychogeront. Anja Ziervogel
wiss. Mitarbeiterin des Kompetenznetzes Depression

Datum des Interviews

Name des Seniorenheims

Um zu wissen, ob sich in Ihrer Wahrnehmung zum Thema „Depression“ etwas geändert hat, möchten wir Sie später bitten, den Fragebogen nochmals auszufüllen. Da wir Sie dann anonymisiert wiedererkennen wollen, verwenden wir einen Code, der keine persönlichen Daten beinhaltet und nicht nachvollziehbar ist.

Code (Geburtsdatum der Mutter)

Wenn Ihre Mutter am 16.05.1912 geboren wurden wäre, würde der Code sein:

16	05	1912
Tag	Monat	Jahr

Tragen Sie jetzt bitte in die leeren Kästchen **Ihren** Code ein, das heißt das Geburtsdatum **Ih-**
rer Mutter:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Jahr

1. **Ältere Menschen werden häufiger krank. Manchmal handelt es sich um eine leichte, manchmal aber auch um eine sehr schwere Krankheit. Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 (sehr leichte Erkrankung) bis 10 (sehr schwere Erkrankung), wie schwer die folgenden Krankheiten sind. Kreuzen Sie bitte *jeweils ein* Kästchen an.**

Bruch des Oberschenkels										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Demenz										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Arterienverkalkung										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Diabetes										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depression										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. **Zur Krankheit Depression gibt es verschiedene Meinungen. Uns interessiert Ihre Meinung. Wie sehr würden Sie den folgenden Aussagen zustimmen?**

	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		“Depressionen im Alter sind Ausdruck des normalen Alterungsprozesses”
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		“Wenn ältere Menschen eine Depression haben, ist es vor allem eine Frage des Willens diese zu überwinden.“
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		“Depression ist eine Erkrankung wie z.B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychologen behandelt werden sollte.”

3. **Wenn Sie sich 20 Bewohner Ihrer Station vorstellen: was meinen Sie, wie viele davon leiden an einer Depression? Schreiben Sie bitte die Ziffer in das Kästchen.**

4. Was kann bei der Entstehung von Depression im Alter häufig eine Rolle spielen?

gar nicht	wenig	ziemlich	stark	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlusterlebnisse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nebenwirkung von Medikamenten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufiges Vorkommen von Depression in der Familie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vereinsamung/ Isolation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veränderter Stoffwechsel im Gehirn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geringer Bildungsstand/ Intelligenz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Umweltgifte (z.B. Blei in der Luft, Nitrat im Wasser)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veränderung der Nahrungsaufnahme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafmangel

5. Stellen Sie sich vor: Ein Bewohner/in in Ihrem Alten- und/ oder Pflegeheim erzählt Ihnen, alles ist so hoffnungslos und hat ja keinen Sinn mehr. Wie verhalten Sie sich?

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ich das nächste Mal einen Angehörigen/ Bezugsperson treffe, spreche ich ihn unbedingt diesbezüglich an. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich lasse mich nicht auf ein längeres Gespräch ein, um seine Hoffnungslosigkeit nicht noch weiter zu verstärken. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bespreche im Team/ mit Kollegen, was wir unternehmen können. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich sage nichts und denke nur: dieser arme alte Mensch tut mir leid. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich frage ganz genau nach, wie er/ sie das gemeint hat; woran er/ sie dabei denkt. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich spreche noch in derselben Woche mit dem Hausarzt. |

6. Die Symptome einer Depression können im Alter sehr verschieden sein. Was meinen Sie: Welche Anzeichen einer Depression sind gerade im Alter typisch und welche sind nicht typisch?

- | sehr typisch | nicht typisch | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verwirrtheit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Freudlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Körperliche Beschwerden und Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlafstörungen |

7. Was verstehen Sie unter „Pseudodemenz“?

- | zutreffend | nicht zutreffend | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eine unerkannte Demenz |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eine Demenz im Anfangsstadium |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eine Depression, die durch dementielle Symptome verdeckt wird |

8. Wenn einer Ihrer Heimbewohner(in) einen Suizidversuch unternommen hat: Was tun Sie dann?

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich unterrichte unverzüglich den Arzt. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich suche das Gespräch mit den Angehörigen/ Bezugspersonen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich verhalte mich als ob nichts passiert wäre. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich schlage dem Hausarzt vor, einen Psychiater kommen zu lassen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich vermeide Suizid und Suizidgedanken als Gesprächsthemen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich spreche diese Person möglichst direkt auf seine Suizidgedanken und einen evtl. vorausgegangenen Suizidversuch an. |

9. Für wie geeignet halten Sie folgende Möglichkeiten zur Behandlung von Depressionen im Alter?

sehr gut etwas weniger gar nicht
geeignet geeignet geeignet geeignet

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | möglichst Kontakt zu den Angehörigen/ Bezugspersonen fördern |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaf- und Beruhigungsmittel verabreichen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | angenehmen Beschäftigungen anbieten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | viel Schlaf |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medikamente (Antidepressiva) verabreichen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | durch Fernsehen ablenken |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bewegung fördern (z.B. Spaziergänge) |

10. Was meinen Sie: wie gut kann eine Depression behandelt werden?

sehr gut ziemlich mittelmäßig gut weniger gut überhaupt nicht gut

11. Der Arzt behandelt die Altersdepression meist mit speziellen Medikamenten: den Antidepressiva. Was meinen Sie:

Haben Antidepressiva Nebenwirkungen?

- große
- mäßige
- geringe
- keine

Machen Antidepressiva abhängig/ süchtig?

- ja
- manchmal
- nein

Verändern Antidepressiva die Persönlichkeit?

- ja
- manchmal
- nein

12. Es gibt ja unterschiedliche Meinungen zu Suizid im Alter. Was meinen Sie:

stimme sehr zu	stimme etwas zu	stimme weniger zu	stimme gar nicht zu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suizid im Alter ist eher akzeptabel als bei jüngeren Menschen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suizid ist meist Folge einer psychiatrischen Erkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Leben im Alter kann genauso lebenswert sein wie sonst auch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suizid ist Ausdruck menschlicher Freiheit

13. Ist Ihnen bekannt: Wie viele Suizidversuche es im letzten Jahr in Ihrer Einrichtung gab?

- Nein
- Ja, es waren _____ Suizidversuche

14. Was glauben Sie, wie oft werden in Alten- und Pflegeheimen Suizide durch den Arzt vertuscht?

- immer
- oft
- manchmal
- selten
- nie

„Die Fortbildung fand ich.....“

- sehr interessant
- interessant
- teilweise interessant
- wenig interessant
- uninteressant

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen

zur Effektivität einer Fortbildung für Altenpflegekräfte zum Thema „Altersdepression“

Messzeitpunkt 3 (Follow-up-Messung)

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

mit diesem Fragebogen möchten wir erfassen, ob unsere Fortbildung zum Thema „Altersdepression“ effektiv war und was es noch zu verbessern gilt. Deshalb ist uns Ihre Meinung sehr wichtig.

Die besondere psychische Situation alter Menschen in Pflege- und Altenheimen erfordert eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozialpflege, Medizin, Sozialarbeit und Psychologie. Deshalb ist es aus wissenschaftlicher Sicht von großer Bedeutung mit Ihnen, den Pflegenden, enger zusammenzuarbeiten. Wie praktische Erfahrungen zeigen, ist es für Sie nicht einfach, unter einem ungünstigen, vorrangig somatisch ausgerichteten Personalschlüssel in Altenpflegeeinrichtungen zu arbeiten. Verstärkte positive Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit und verbesserte Aus- und Fortbildungsangebote sind erforderlich.

Deshalb führen wir mit Unterstützung des Bundesministerium für Bildung und Forschung an der Universität München zur Zeit ein Forschungsprojekt durch, das sich zum Ziel gesetzt hat die Versorgungssituation depressiv Erkrankter zu verbessern.

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen. Setzen Sie dazu bitte ein Kreuz (☐) in das dafür vorgesehene Kästchen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie zutrifft.

Ihre Aussagen werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt, deshalb benutzen wir einen Code.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Leiter des Kompetenznetzes Depression



Dipl.-Psychogeront. Anja Ziervogel
wiss. Mitarbeiterin des Kompetenznetzes Depression

Datum des Interviews

Name des Seniorenheims

Um zu wissen, ob sich in Ihrer Wahrnehmung zum Thema „Depression“ etwas geändert hat, möchten wir Sie später bitten, den Fragebogen nochmals auszufüllen. Da wir Sie dann anonymisiert wiedererkennen wollen, verwenden wir einen Code, der keine persönlichen Daten beinhaltet und nicht nachvollziehbar ist.

Code (Geburtsdatum der Mutter)

Wenn Ihre Mutter am 16.05.1912 geboren wurden wäre, würde der Code sein:

16	05	1912
Tag	Monat	Jahr

Tragen Sie jetzt bitte in die leeren Kästchen **Ihren** Code ein, das heißt das Geburtsdatum **Ih-**
rer Mutter:

Tag	Monat	Jahr

1. **Ältere Menschen werden häufiger krank. Manchmal handelt es sich um eine leichte, manchmal aber auch um eine sehr schwere Krankheit. Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 (sehr leichte Erkrankung) bis 10 (sehr schwere Erkrankung), wie schwer die folgenden Krankheiten sind. Kreuzen Sie bitte *jeweils ein* Kästchen an.**

Bruch des Oberschenkels										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Demenz										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Arterienverkalkung										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Diabetes										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depression										
sehr leicht	<input type="checkbox"/>	sehr schwer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. **Zur Krankheit Depression gibt es verschiedene Meinungen. Uns interessiert Ihre Meinung. Wie sehr würden Sie den folgenden Aussagen zustimmen?**

	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		“Depressionen im Alter sind Ausdruck des normalen Alterungsprozesses”
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		“Wenn ältere Menschen eine Depression haben, ist es vor allem eine Frage des Willens diese zu überwinden.“
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		“Depression ist eine Erkrankung wie z.B. Asthma oder Zuckerkrankheit, die vom Arzt oder Psychologen behandelt werden sollte.”

3. **Wenn Sie sich 20 Bewohner Ihrer Station vorstellen: was meinen Sie, wie viele davon leiden an einer Depression? Schreiben Sie bitte die Ziffer in das Kästchen.**

4. Was kann bei der Entstehung von Depression im Alter häufig eine Rolle spielen?

gar nicht	wenig	ziemlich	stark	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verlusterlebnisse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nebenwirkung von Medikamenten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufiges Vorkommen von Depression in der Familie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vereinsamung/ Isolation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veränderter Stoffwechsel im Gehirn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geringer Bildungsstand/ Intelligenz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Umweltgifte (z.B. Blei in der Luft, Nitrat im Wasser)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veränderung der Nahrungsaufnahme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafmangel

5. Stellen Sie sich vor: Ein Bewohner/in in Ihrem Alten- und/ oder Pflegeheim erzählt Ihnen, alles ist so hoffnungslos und hat ja keinen Sinn mehr. Wie verhalten Sie sich?

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ich das nächste Mal einen Angehörigen/ Bezugsperson treffe, spreche ich ihn unbedingt diesbezüglich an. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich lasse mich nicht auf ein längeres Gespräch ein, um seine Hoffnungslosigkeit nicht noch weiter zu verstärken. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bespreche im Team/ mit Kollegen, was wir unternehmen können. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich sage nichts und denke nur: dieser arme alte Mensch tut mir leid. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich frage ganz genau nach, wie er/ sie das gemeint hat; woran er/ sie dabei denkt. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich spreche noch in derselben Woche mit dem Hausarzt. |

6. Die Symptome einer Depression können im Alter sehr verschieden sein. Was meinen Sie: Welche Anzeichen einer Depression sind gerade im Alter typisch und welche sind nicht typisch?

- | sehr typisch | nicht typisch | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verwirrtheit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Freudlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Körperliche Beschwerden und Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlafstörungen |

7. Was verstehen Sie unter „Pseudodemenz“?

- | zutreffend | nicht zutreffend | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eine unerkannte Demenz |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eine Demenz im Anfangsstadium |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eine Depression, die durch dementielle Symptome verdeckt wird |

8. Wenn einer Ihrer Heimbewohner(in) einen Suizidversuch unternommen hat: Was tun Sie dann?

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich unterrichte unverzüglich den Arzt. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich suche das Gespräch mit den Angehörigen/ Bezugspersonen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich verhalte mich als ob nichts passiert wäre. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich schlage dem Hausarzt vor, einen Psychiater kommen zu lassen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich vermeide Suizid und Suizidgedanken als Gesprächsthemen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich spreche diese Person möglichst direkt auf seine Suizidgedanken und einen evtl. vorausgegangenen Suizidversuch an. |

9. Für wie geeignet halten Sie folgende Möglichkeiten zur Behandlung von Depressionen im Alter?

sehr gut etwas weniger gar nicht
geeignet geeignet geeignet geeignet

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | möglichst Kontakt zu den Angehörigen/ Bezugspersonen fördern |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaf- und Beruhigungsmittel verabreichen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | angenehmen Beschäftigungen anbieten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | viel Schlaf |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medikamente (Antidepressiva) verabreichen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | durch Fernsehen ablenken |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bewegung fördern (z.B. Spaziergänge) |

10. Was meinen Sie: wie gut kann eine Depression behandelt werden?

sehr gut ziemlich mittelmäßig gut weniger gut überhaupt nicht gut

11. Der Arzt behandelt die Altersdepression meist mit speziellen Medikamenten: den Antidepressiva. Was meinen Sie:

Haben Antidepressiva Nebenwirkungen?

- große
- mäßige
- geringe
- keine

Machen Antidepressiva abhängig/ süchtig?

- ja
- manchmal
- nein

Verändern Antidepressiva die Persönlichkeit?

- ja
- manchmal
- nein

12. Es gibt ja unterschiedliche Meinungen zu Suizid im Alter. Was meinen Sie:

stimme sehr zu	stimme etwas zu	stimme weniger zu	stimme gar nicht zu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suizid im Alter ist eher akzeptabel als bei jüngeren Menschen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suizid ist meist Folge einer psychiatrischen Erkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Leben im Alter kann genauso lebenswert sein wie sonst auch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suizid ist Ausdruck menschlicher Freiheit

13. Ist Ihnen bekannt: Wie viele Suizidversuche es im letzten Jahr in Ihrer Einrichtung gab?

- Nein

- Ja, es waren _____ Suizidversuche

14. Was glauben Sie, wie oft werden in Alten- und Pflegeheimen Suizide durch den Arzt vertuscht?

- immer

- oft

- manchmal

- selten

- nie

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fortbildung

XX.XX.2001
(13.00-17.00 Uhr)

„Depression und Suizidalität im Alter“

Handout



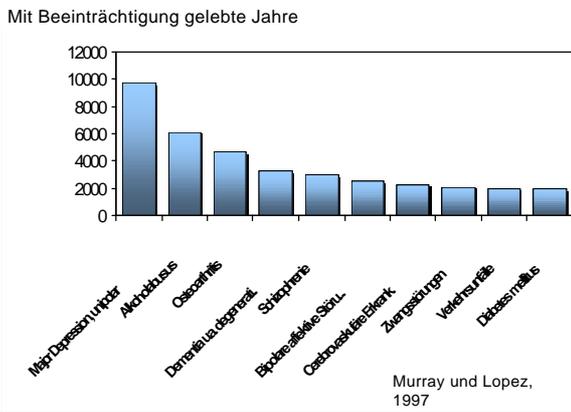
Dipl.-Psychogerontologin Anja Ziervogel
wiss. Mitarbeiterin im Kompetenznetz „Depression“
Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilian-Universität München
e-mail: anja.ziervogel@psy.med.uni-muenchen.de

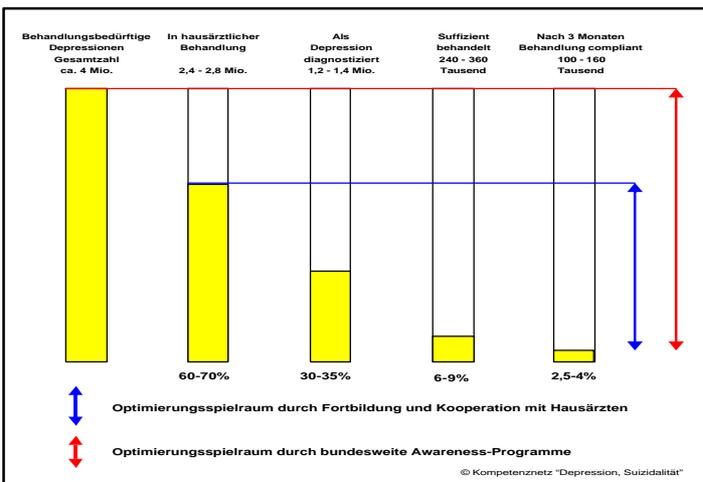
Vorurteile zur Depression

- „kennt jeder“, keine richtige Krankheit
- ist persönliches Versagen
- Antidepressiva
 - machen abhängig
 - verändern die Persönlichkeit
 - können tatsächliche Probleme nicht beseitigen



Weltweite Belastung durch Krankheiten





Symptome einer Depression

- Affektive Störungen
- Kognitive Störungen
- Somatische Symptome



Affektive Störungen

- Traurigkeit oder Unfähigkeit zu trauern
- Innere Leere
- Angst
- Niedergeschlagenheit
- Hoffnungslosigkeit
- Gefühllosigkeit
- Insuffizienz- und Schuldgefühle
- Suizidgedanken
- Verarmungsängste





Kognitive Störungen

- Psycho-motorische Hemmung
- Motorische und geistige Antriebsschwäche
- Verlangsamung des Denkens
- Blockierung
- Antriebsmangel oder aber innere Unruhe
- Konzentrationsstörungen

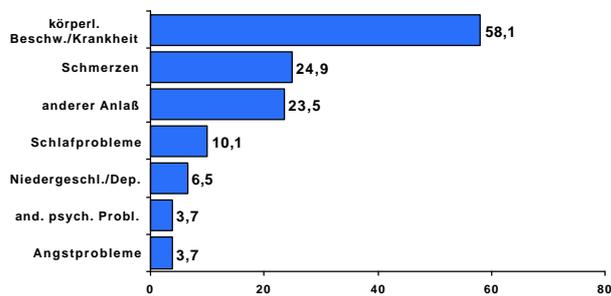


Somatische Symptome

- Energielosigkeit
- Erschöpfungszustände
- Müdigkeit
- Mattigkeit
- Schlafstörungen
- Verdauungsbeschwerden
- Schmerzen
- Organbeschwerden



Anlass für Arztbesuch depressiver Patienten



Wittchen et al. 2000

Diagnose

Probleme in der Diagnose

- Unspezifische Symptome
- Somatisierung
- Komorbidität
- Stigmatisierung



Erscheinungsbilder

- Gehemmte Depression
- Agitierte Depression
- Somatisierte „larvierte“ Depression
- Wahnhafte Depression



Diagnosen

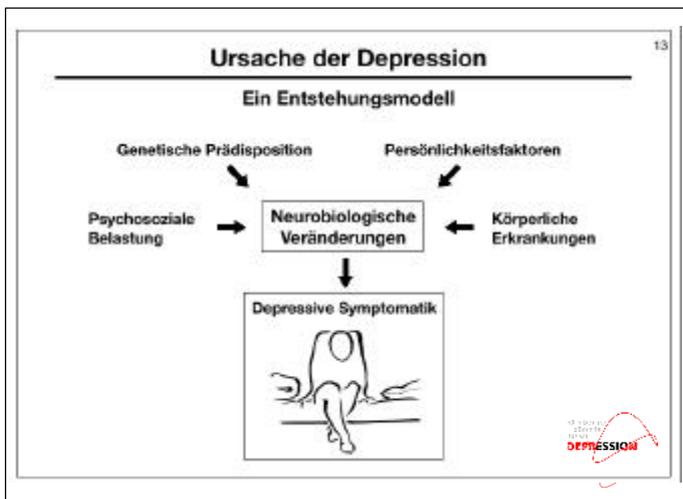
	unipolare Depression
	bipolare affektive Störung (Depression und Manien)
	chronische Depression (Dysthymie)



Schlüsselfragen nach Verlust-Syptomen

1. Verlust von Freude und Interesse
2. Verlust des Elan, der Entschlusskraft, der Libido?
3. Verlust der Konzentrationsfähigkeit, Denkhemmung
4. Verlust des Selbstwertgefühls mit Suizidimpulsen?
5. Schlafstörungen





Wichtig: Differentialdiagnose

Depression kann auch die Folge von organischen Erkrankungen sein:

- Endokrinologische Erkrankungen: Schilddrüsenfunktionsstörungen
- Degenerative Hirnerkrankungen
- Tumore
- Hirntrauma
- nach Schlaganfällen (vor allem bei frontalen Läsionen)
- Entzündliche Systemerkrankungen (z.B. Lupus)
- Rheumatologische Erkrankungen (z.B. Polyarthrosen)
- Neurologische Krankheiten (z.B. Morbus Parkinson)
- Chronische Schmerzstörung
- Entzündliche ZNS- Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose)
- Medikamenten induziert

Medikamente und Suchtmittel mit depressionsfördernder Wirkung

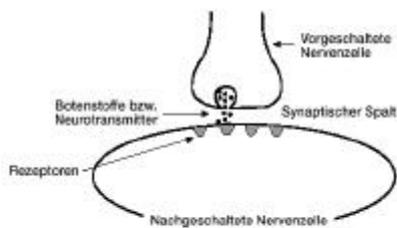
- Prednison® (auch manisch-depressive Zustände, psychotische Episoden)
- Vasodilatoren (Mittel gegen Schwindel): Stugeron® , Sibelium®
- Benzodiazepine: Temesta®, vor allem in Kombination mit Alkohol!
- Neuroleptika; Haldol®
- Antiparkinsonmittel: Madopar®
- Antispastika (Muskelrelaxantien): Lioresal®
- Antihypertonika: Betablocker, Reserpin
- Alkohol; Kokain



Ursache der Depression

14

Biochemie der Depression



© Kompetenznetz „Depression, Suizid/MIT“

Folgen einer Depression im Alter

- Suizidalität
- Rückzug, Immobilität
- Bettlägerigkeit
- ungenügende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- erhöhte Mortalität an körperlichen Begleiterkrankungen



Therapie der Altersdepression

Falls möglich immer dreigleisig:

- Pharmakotherapie
- Psychotherapie
- Milieuthherapie

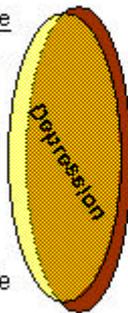


Zwei Seiten einer Münze

Psychische Seite

- Psychosoziale Belastung
- Persönlichkeit

↑
Psychotherapie



Körperliche Seite

- Genetische Empfindlichkeit
- Hirntätigkeit
- Körperliche Erkrankungen

↑
Pharmakotherapie



Psychopharmaka im Alter

- ca. 50% aller Altenheimbewohner nehmen Psychopharmaka ein
- 75% aller über 70jährigen werden mit Psychopharmaka behandelt
- überwiegend werden Tranquilizer verschrieben
- von allen diagnostizierten Depressiven erhielten nur 6% Antidepressiva

Quelle: Laux et al. (2000): Pharmakopsychiatrie



Altersbedingte Gesichtspunkte

- Abbau und Ausscheidung von Medikamenten oft vermindert
- Anfälligkeit für Nebenwirkungen oft erhöht
- Medikamente müssen oft niedriger dosiert werden.

- oft zusätzliche (körperliche) Erkrankungen
- gleichzeitige Behandlung mit mehreren Medikamenten
- Wechselwirkungen müssen berücksichtigt werden.

- oft verzögertes Einsetzen der erwünschten Wirkung.
- ältere Menschen sind mit komplizierten Verordnungsplänen und/ oder Darreichungsformen manchmal überfordert.



Altersbedingte Veränderungen der Verarbeitung von Psychopharmaka im Körper

- beeinträchtigte Ösophagus-Passage bei Bettlägerigkeit
- verringerte Aufnahme von Medikamenten aus dem Magen-Darm-Trakt
- veränderte Stoffwechselung (z.B. in der Leber)
- verringerte Ausscheidung (i.d.R. über Niere und/ oder Leber)
- biologische Veränderungen des Gehirns im Alter



Pharmakotherapie im Alter

- Beginn der Therapie mit niedriger Dosierung
- Langsame Dosiserhöhung
- So wenig Medikamente wie möglich
- Engmaschige Beobachtung von Wirkung und Nebenwirkungen
- Einfache Einnahmeregeln
- Sicherstellung der Compliance
- Vermeidung anticholinerg wirksamer Substanzen



Psychopharmakotherapie: die wichtigsten Medikamentengruppen

1. Beruhigungsmittel / Tranquillizer:

- wirken sehr schnell/ wichtig für akute Krisen
- dämpfen und machen schläfrig
- Gewöhnungseffekt und hohes Suchtpotential

2. Neuroleptika:

- werden vor allem bei Psychosen/ Schizophrenien eingesetzt
- dämpfen und verändern die Persönlichkeit
- häufig starke Nebenwirkungen (vor allem motorischer Bereich)

3. Antidepressiva:

- keine Veränderung der Persönlichkeit
- Leichte bis mittlere Nebenwirkungen
- Keine Gewöhnung / keine Suchtgefahr



Medikamentöse Therapie

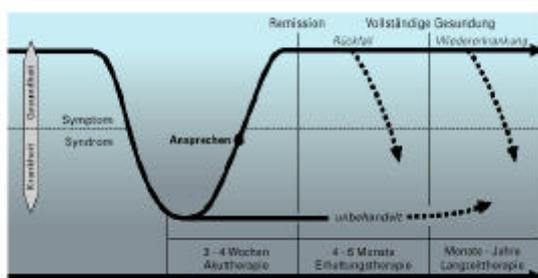
Antidepressiva

- Tri- und tetrazyklische Antidepressiva
- Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
- MAO-Hemmer
- Phytotherapeutika
- Neue Substanzen



Therapie

Pharmakotherapie



15

Prinzipien beim Verschreiben von Antidepressiva

- Dosis eher niedriger als bei jüngeren Menschen
- Längere Latenz bis Eintritt der Wirkung
- Behandlungsdauer: minimal 6 Wochen
- Drug monitoring manchmal nötig und sinnvoll
- Compliance Probleme
- Prognose: ca. 70% der Patienten erholen sich, 25% werden chronisch depressiv



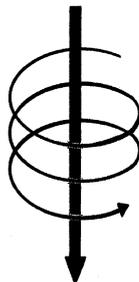
Psychotherapie

- wieder positive Erfahrungen ermöglichen
- Unterbrechung negativer Gedankenkreise
- Erwerb von neuen Bewältigungsstrategien



Den Weg in eine depressive Stimmung kann man mit dem Bild einer Spirale verdeutlichen:

1. Sie haben im Alltag keine positiven Erlebnisse.



2. Sie fühlen sich niedergeschlagen und haben keine richtige Lust etwas zu tun.

3. Ihre Stimmung wird schlechter, und Sie tun nur noch das Nötigste.

4. Sie haben überhaupt nichts mehr, an dem Sie sich freuen können.

5. Ihre Stimmung ist auf dem Nullpunkt, und Ihnen ist alles zuviel.



Spezifische Psychotherapie
Kognitive Verhaltenstherapie

- **Aufbau angenehmer, Abbau belastender Erfahrungen (Tagesplan)**
- **Veränderung von depressiven Einstellungen und Überzeugungen**
- **Unterbrechung depressiver Gedankenkreise**
- **Verbesserung der sozialen Wahrnehmung**
- **Aufbau neuer Kompetenzen**
- **Stabilisierung der erreichten Veränderungen (Übung im Alltag)**
- **Vorbereitung zur Bewältigung zukünftiger Krisen**



10 antidepressive Verhaltensmuster

- Führung akzeptieren
- Entlastungen von Entscheidungen
- Entlastung von überfordernden Aufgaben
- einfache Fragen stellen - Zeit lassen
- Depressionen erklären (inkl. Suizidgedanken, Hoffnungslosigkeit, Körperbeschwerden)
- Realistische Hoffnung geben
- Schrittweise Aktivierung
- Geordnete Zielstrukturen
- Klare, verlässliche Haltung
- Hilfe mit Medikamenten



Empfehlungen im Umgang mit depressiven Klienten
„Was man vermeiden soll“

- Aufforderung, „sich zusammenzureißen“
- Verdrängung, Verharmlosung der Symptome
- Aufforderung, fröhlich zu sein
- Patient in „Kuraufenthalte“ schicken
- Tabuisierung von Suizidgedanken
- zu frühe Aktivierung (Überforderung)
- zu lange Schonhaltung (Passivierung)
- eindimensionale Therapie



Empfehlungen im Umgang mit depressiven Klienten

„Was man tun soll“

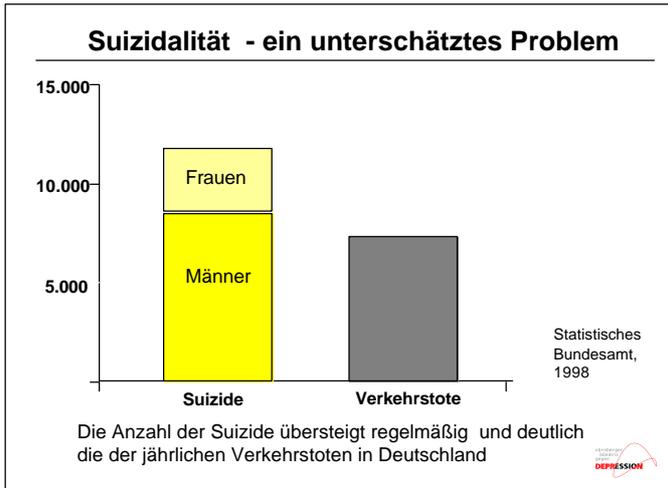
- Zuversicht und Vertrauen in die Genesung schaffen
- Die Symptome als Krankheit erklären
- Behandlungsplan erklären (geordnete Zeitstruktur)
- Empathische Zuwendung intensivieren
- Aussprache über Suizidimpulse
- Schrittweise, vorsichtige Aktivierung
- Lebenspartner/ Familie in Therapie miteinbeziehen
- Dreigleisige Therapie (Psycho-/ Pharmakotherapie)

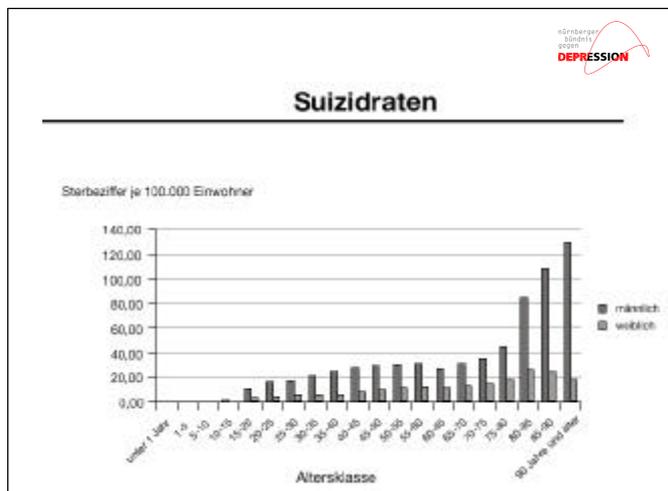


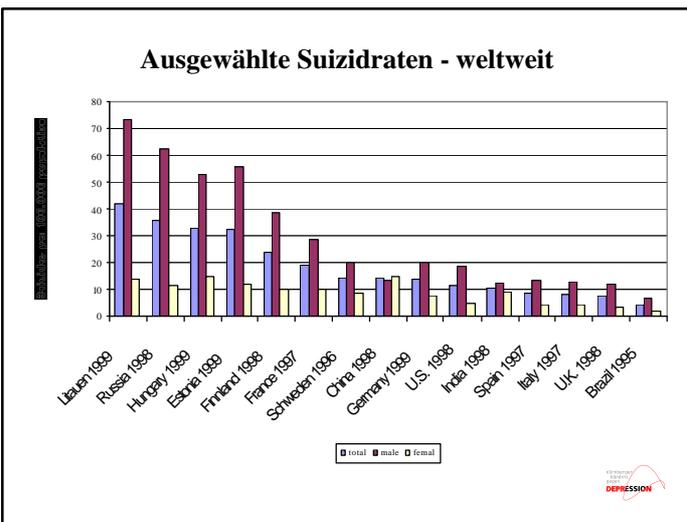
Zusammenfassung: Depression

- ist eine (häufige) Erkrankung
- hoher Leidensdruck
- kann jeden treffen
- lebensbedrohlich
- ist behandelbar









Depression und Suizidalität

- 15 % mit schwerer Depression versterben durch Suizid
- 20-60 % weisen einen Suizidversuch auf
- 40-70 % leiden an Suizidideen

40 % der Suizidopfer haben eine Woche vorher ihren Hausarzt aufgesucht



Risikofaktoren für Suizidalität:

- Schwere depressive Verstimmung
- Ankündigung/ Drohung von Suizid
- Drängende Suizidgedanken
- Große Hoffnungslosigkeit und fehlende Zukunftsperspektive
- Soziale Isolation und zunehmender Rückzug
- Klient reagiert ausgesprochen gereizt, aggressiv oder ist agitiert
- Suchterkrankung
- Suizidversuch in der Vorgeschichte
- Klient hat ein Suizidarrangement getroffen, das eine Auffindung schwierig oder unmöglich macht
- Klient hat eine positive Familienanamnese mit Suiziden und/ oder Suizidversuchen
- Keine Distanzierung von Suizidideen/ Suizidversuch (auch nicht nach einem ausführlichen Gespräch)



Hinweise auf Suizidalität

- Aufgabe von Hobbies/ Interessen
- Regelung des Lebens/ Sterbens: Testament erstellen, Abschied nehmen,
- Abmelden von Zeitschriftenabonnements
- (häufige) Arztbesuch(e)
- „Wiedervereinigungswünsche“
- „Gedenktage“
- Äußerung von Lebensüberdruß „nicht mehr leben wollen“
- Suizidideen/ Suizidankündigungen
- „Ruhe vor dem Sturm“
- Sammeln von Suizidmitteln
- Verweigerung der Nahrungsaufnahme
- Verweigerung medizinischer Maßnahmen



Achtung:

Wer fest zum Suizid entschlossen ist, wirkt oft **ruhiger, gefestigter und weniger verzweifelt.**

Die Mitwelt kann zu dem **trügerischen Schluss** kommen, es gehe endlich wieder aufwärts und **unterschätzt die akute Gefährdung!**



Depression und Suizidalität

Kernfragen

- Suizidgedanken, -absichten
- Suizidideen
- Aktive Planung
- Suizidankündigungen oder -drohungen
- Frühere Suizidversuche



Depression und Suizidalität

Kernfragen

- Suizide in Familie und Umfeld
- Todeswünsche
- Hoffnungslosigkeit, Perspektivlosigkeit
- Starke Gekränktheit
- Bilanzierung
- Risikogruppen

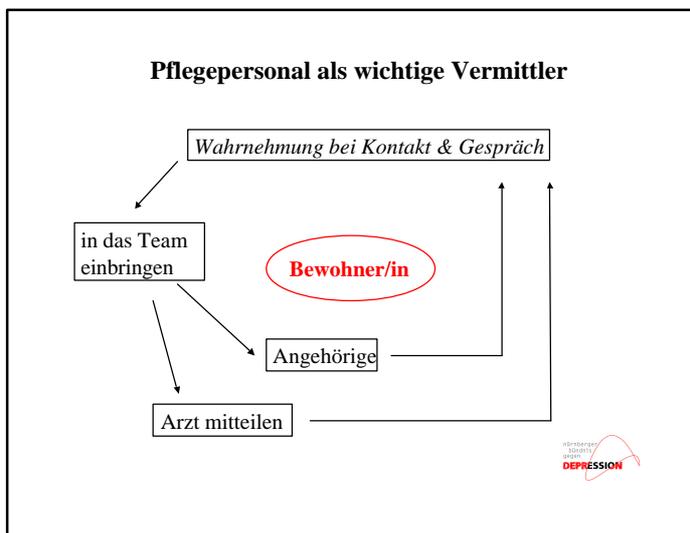


Depression und Suizidalität

Umgang mit dem Patienten

- Suizidankündigung ernstnehmen (als Notsignal verstehen)
- Suizidalität offen ansprechen
- Bagatellisierung oder Dramatisierung vermeiden
- Vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre schaffen
- Hoffnung vermitteln
- Feste Vereinbarungen treffen
- Hohe Beziehungsdichte sichern (engmaschige Betreuung)





Differentialdiagnose Depression/ Demenz

Für eine primäre <i>Depression</i> sprechen	Für eine Demenz (DAT) sprechen
Eher rascher Beginn, rasche Progredienz	Eher schleichender Beginn, langsamer Verlauf
Familie bemerkt i.d.R. die Krankheit	Fam. realisiert die Krankheit nicht oder verdrängt sie
Schuldgefühle	Keine Schuldgefühle
Leidensdruck, Klagen, Krankheitseinsicht	Eher geringer Leidensdruck (Bagatellisierung)
Typisch: „Ich weiß nicht“ Antworten	Typisch: „beinah richtig“ Antworten, Ausweichantworten
Keine Orientierungsstörungen	Zeitliche Desorientierung



Für eine Depression sprechen	Für eine Demenz sprechen
Denken ist gehemmt, verlangsamt	Denken ist gestört, „durcheinander“
Keine sundowns (sondern abendliche Aufhellung);	typisch: sundowns abendl. Verwirrungszustände; Tag-Nacht-Umkehr
Urteilsfähigkeit i.d.R. erhalten	Urteilsfähigkeit ist meistens eingeschränkt



Geriatrische Depressionsskala – GDS – Kurzform (Yesavage et. al., 1983)

1. Sind Sie im Wesentlichen mit Ihrem Leben zufrieden?
2. Haben Sie viele Ihrer Interessen und Aktivitäten aufgegeben?
3. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben leer ist?
4. Sind Sie oft gelangweilt?
5. Schauen Sie zuversichtlich in die Zukunft?
6. Sind Sie besorgt darüber, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte?
7. Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?
9. Ziehen Sie es vor, zu Hause zu bleiben, anstatt aus zu gehen und sich mit etwas Neuem zu beschäftigen?
10. Haben Sie den Eindruck, dass Sie in letzter Zeit mehr Probleme mit dem Gedächtnis haben als die meisten?
11. Finden Sie es schön, jetzt in dieser Zeit zu leben?
12. Fühlen Sie sich ziemlich wertlos, so wie Sie zur Zeit sind?
13. Fühlen Sie sich voll Energie?
14. Haben Sie das Gefühl, Ihre Situation ist hoffnungslos?
15. Haben Sie den Eindruck, dass es den meisten Menschen besser geht als Ihnen?

ja/**nein**
ja/nein
ja/nein
ja/nein
ja/**nein**
ja/nein
ja/**nein**
ja/nein
ja/nein
ja/**nein**
ja/nein
ja/**nein**
ja/nein
ja/**nein**
ja/**nein**
ja/**nein**
ja/**nein**



Anja Ziervogel
Frauenlobstr. 4/ 221
80337 München

e-mail: Anja.Ziervogel@psy.med.uni-muenchen.de
Tel.: 089-51605783 oder 0172-3467134

Lebenslauf

Persönliche Daten

Geburtsdatum: 9. Dezember 1973
Geburtsort: Leisnig

Schulbildung

1980 -1990 Polytechnische Oberschule in Döbeln
1990 -1992 Lessing - Gymnasium in Döbeln
Abschluss: Abitur

Studium

WS 1992 - SS 1997 Magisterstudium der Erziehungswissenschaft
(1.Nebenfach: Psychologie; 2.Nebenfach: Kulturwissen-
schaft) an der Universität Leipzig
Abschluss: Magistra Artium

Jan. – Dez. 1996 Auslandsstudium (Psychologie) an der Rijks-Universiteit
Leiden/ Niederlande

SS 1998 - WS 2000 Aufbaustudiengang **Dipl.-Psychogerontologie** an der
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Praktika

1993 - 1997 während des Studiums in verschiedenen Institutionen der
Kinder-, Jugend- und Erwachsenenarbeit, Jugend- und
Kulturamt
in Leipzig und Döbeln

März - Juli 1998 in der Gerontopsychiatrischen Abteilung des Park - Kran-
kenhauses Leipzig

Sept. - Okt. 1998 im Verbund Gemeindenaher Psychiatrie, Neuropsychiatrie
und psychologischer Behandlungs- und Beratungsstelle
Leipzig

Mai 1999 – März 2000 im Rahmen der Dipl.-Arbeit vielfältige Erfahrungen
(Betreuung, Diagnostik, Datenerhebung, SET-übungen)
im Alzheimer-Therapiezentrum der Neurologischen Klinik
in Bad Aibling

Berufserfahrung
seit März 2000

wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt
„Kompetenznetz Depression, Suizidalität“ an der Psychiat-
rischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität Mün-
chen.