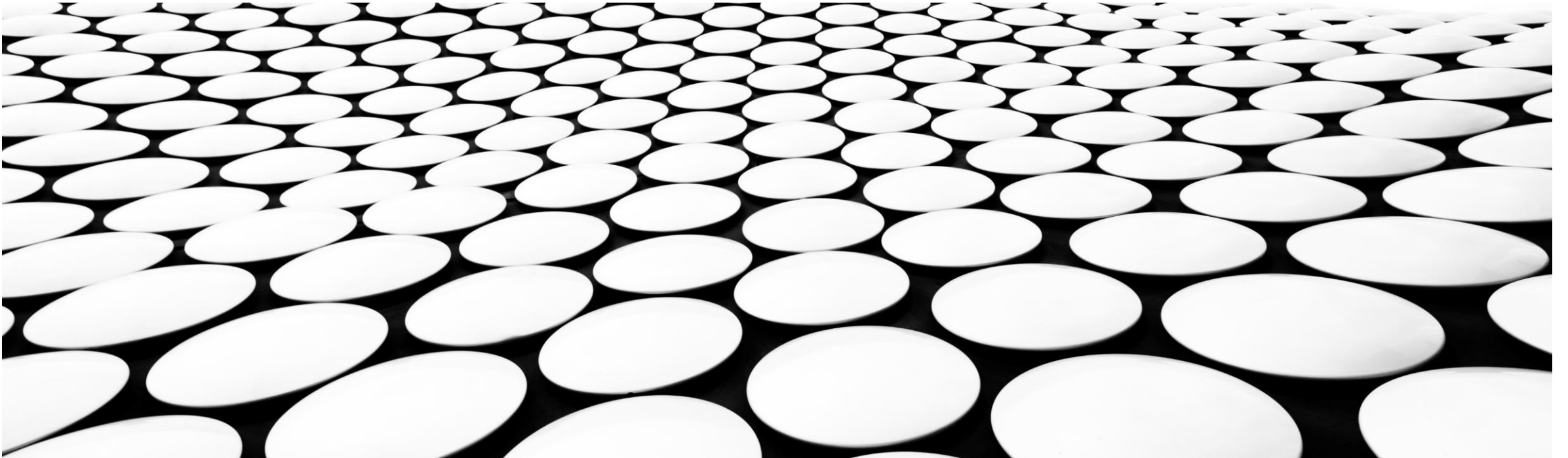

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

PRIM. DR. MICHAEL SCHNEIDER, MBA





DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE



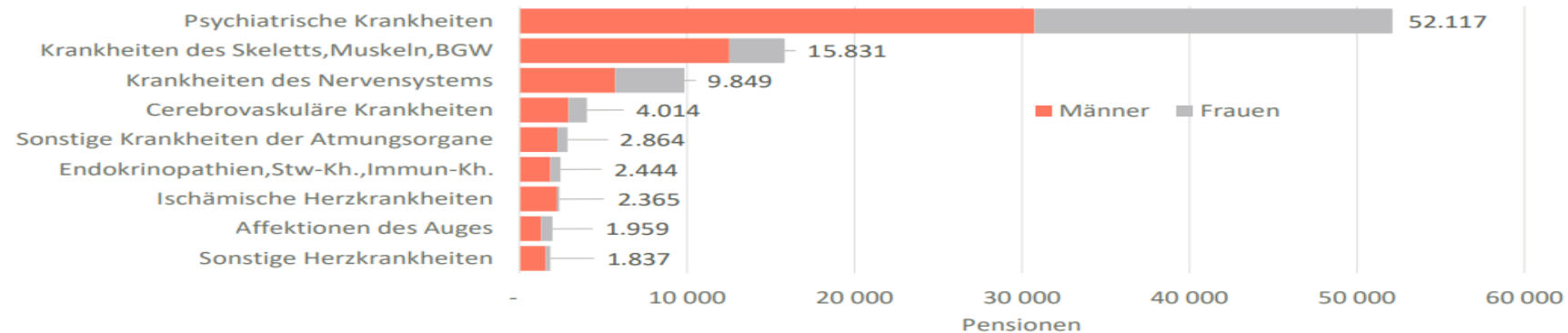
- Depressionen gehören in die Gruppe der sogenannten Affektiven Störungen
- Affektive Störungen sind v.a. durch eine krankhafte Veränderung der Stimmungslage (depressiv oder manisch) charakterisiert

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG

Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen 2022

Nach Krankheitsgruppen, absolute Zahlen



Quelle: Jahresbericht 2022 Pensionsversicherungsanstalt

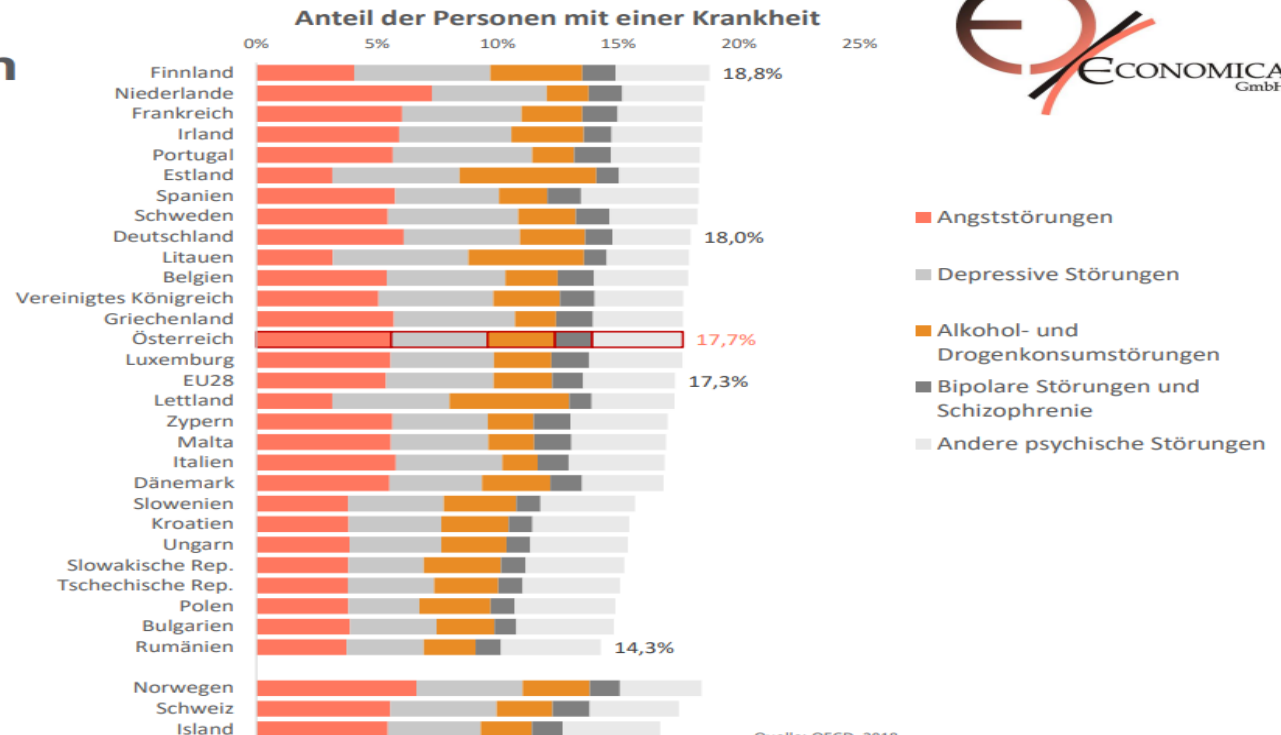
Psychiatrische Krankheiten sind mit Abstand der häufigste Grund für BU und IV-Pensionen in Österreich. Insgesamt sind 46,6% (2019: 43,8%) der Pensionen auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen, wobei dieser Wert unter den Frauen substantiell höher ausfällt (57% bzw. 41%).

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG

Prävalenz im Europäischen Vergleich

Im Jahr 2016 hatte mehr als jeder sechste Mensch in EU-Ländern ein psychisches Problem.



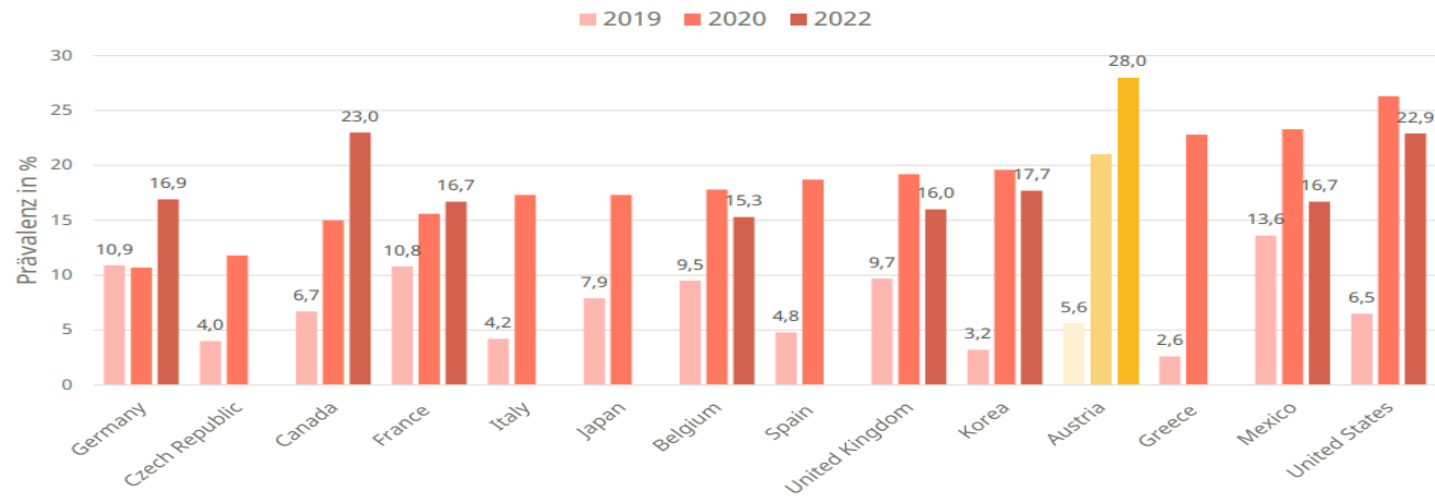
DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG

Prävalenzentwicklung COVID-19



Prävalenz von Depression bzw. depressiven Symptomen in %



Quelle: OECD, 2023; Quellen für Österreich:

- 2019: Eurostat, 2019
- 2020: Pieh, Budimir and Probst, 2020
- 2022: Humer et al., 2022

- In den meisten Ländern nahm die Prävalenz über den Pandemieverlauf erst zu und dann wieder ab.
- Besonders in Zeiten hoher Infektions- und Sterberaten bzw. strenger COVID-Maßnahmen war die Prävalenz höher.
- 2022 ist die Prävalenz zumindest 20% höher als vor der Krise. (AT = 400% höher)
- Möglicher Grund = Multiple Krisen (Corona, Inflation, Klimakrise, Kriege)

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE AUSWIRKUNG

Starker Anstieg bei psychischen Erkrankungen im ersten Halbjahr 2024



Hamburg, 18. Juli 2024. Im ersten Halbjahr 2024 gab es bundesweit einen starken Anstieg bei den psychischen Erkrankungen. Bei den Fehltagen aufgrund von Depressionen oder Anpassungsstörungen gab es im Vergleich zum Vorjahreszeitraum einen Anstieg um 14,3 Prozent. Insgesamt lag der Krankenstand in der ersten Jahreshälfte bei 5,7 Prozent und damit erneut über dem Halbjahreswert des Vorjahres (5,5 Prozent). Bereits 2023 hatte die DAK-Gesundheit den höchsten Wert seit zehn Jahren gemessen. Nach der aktuellen Analyse der Kasse kommt jede und jeder DAK-versicherte Beschäftigte im ersten Halbjahr 2024 im Durchschnitt auf rund zehn Fehltage. Die Hälfte der Erwerbstätigen war im Zeitraum von Januar bis einschließlich Juni mindestens einmal krankgeschrieben.

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

PRÄVALENZ UND SOZIODEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

- Lebenszeitprävalenz für alle Depressionsformen: 16-30% (Deutschland 11%)
- Frauen erkranken etwa doppelt so häufig
- Ersterkrankung bei Frauen tritt früher auf
- 50% erkranken in Deutschland bereits vor ihrem 31. Lebensjahr
- Erkrankungsrate in jüngeren Altersgruppen nimmt zu
- Depression ist im höheren Alter die häufigste psychische Störung (geschätzte Prävalenz von 50% der zu Betreuenden in stationären Einrichtungen der Altenpflege)
- Höchste Suizidrate bei Hochbetagten
- getrennte, geschiedene, verwitwete Personen und solche ohne enge Bezugspersonen erkranken eher
- Höheres Bildungsniveau und eine sichere berufliche Anstellung, sowie Wohnen am Land und besitzen eines Eigenheims wirken protektiv

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

RISIKOFAKTOREN FÜR DAS AUFTRETEN DEPRESSIVER STÖRUNGEN

Biologische Risikofaktoren:

- genetische Vulnerabilität (depressive Störungen in der Familiengeschichte, insbesondere bei Angehörigen ersten Grades)
- körperliche Risikofaktoren, v. a. metabolische Risikofaktoren, Stoffwechselstörungen, Adipositas, Infektionen, chronische Erkrankungen
- hormonelle Umstellung in der Pubertät, Schwangerschaft/Wochenbett, Perimenopause

Soziodemografische Faktoren:

- Geschlecht
- höheres Alter
- Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit
- niedriger sozioökonomischer Status, Armut

Psychosoziale Risikofaktoren:

- Exposition gegenüber Traumata/Katastrophen (z. B. Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung oder Verlusterlebnisse in der Kindheit, Krieg, Gewalt)
- Vereinsamung, Verwitwung, soziale Isolation
- aktuell belastende Lebensereignisse (z. B. interpersonelle Konflikte, Beziehungskrisen, Trennungen, Todesfälle, berufliche Enttäuschungen, Diagnose einer schweren Erkrankung u. a.)
- chronischer Stress, Burnout, Überforderung

Psychische Faktoren:

- andere psychische Störungen, v. a. Angst-, Substanzgebrauchs- und Persönlichkeitsstörungen

Lebensstilfaktoren:

- Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel



DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

EINTEILUNG NACH ICD-10-KLASSIFIKATION

F32 depressive Episode

- Leicht und mittel jeweils ohne und mit somatischen Syndrom
- Schwere ohne und mit psychotischen Symptomen

F33 rezidivierende depressive Störung

- Leicht und mittel jeweils ohne und mit somatischen Syndrom
- Schwere ohne und mit psychotischen Symptomen

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

EINTEILUNG NACH ICD-10-KLASSIFIKATION



Kernsymptome mit einer Dauer von zumindest 2 Wochen

- Depressive Stimmung
- Interessens und Freudeverlust
- Verminderter Antrieb

Zusatzsymptome

- Verlust des Selbstvertrauens und Selbstwertgefühls
- Selbstvorwürfe oder Schuldgefühl
- Lebensüberdruß oder Suizidgedanken
- Klagen über Denk- und Konzentrationsstörung, sowie Unentschlossenheit
- Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung
- Schlafstörung jeder Art
- Appetitverlust

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

EINTEILUNG NACH ICD-10-KLASSIFIKATION

Somatisches Syndrom

- Interessensverlust, Verlust an Freude
- Emotional blunting
- Früherwachen
- Morgentief
- Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
- Appetitverlust mit Gewichtsverlust
- Libidoverlust

Synthyme oder parathyme psychotische Symptome

- Wahn in der Regel nicht bizarr oder kulturell unangemessen wie Schuldwahn, Wahn wertlos zu sein, Wahn an einer körperlichen Krankheit zu leiden, Katastrophenwahn
- Halluzinationen wobei keine Reden in der dritten Person und keine kommandierende Stimmen vorkommen – typisch sind spöttische oder verdammende akustische Halluzinationen

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

SYMPTOME

Psychischen Symptome

- **Depressive Stimmung:** reduziertes Lebensgefühl, Schwermütig bis nichts mehr fühlen können (Gefühl der Gefühllosigkeit)
- **Antrieb:** gehemmt, unfähig sich aufzuraffen, erschöpft, energielos, Mimik und Gestik sind reduziert bis erstarrt, Sprache ist leise, monoton mit langen Pausen, langsames Formulieren
- **Interessen- und Freudlosigkeit:** äußert sich häufig im Rückzug
- **Denkstörungen:** gehemmt Denken mit Einfallsarmut und Konzentrationsstörungen, Patient befürchtet an Demenz erkrankt zu sein (Pseudodemenz), Entscheidungsschwäche mit pessimistischer Grübelneigung, Gedanken von Nichtkönnen, von Insuffizienz, von Minderwertigkeit (mangelnder Selbstwert)
- **Schuldgefühle:** Schuld nicht geliebt zu werden, überflüssig zu sein, bis hin zum Versündigungswahn mit hoher Suizidgefahr
- **Lebensüberdruß- und Suizidphantasien:** 40- 80% der Patient:innen leiden unter Suizidideen, 15- 60% weisen Suizidversuche in der Krankengeschichte auf, 10-15% der bereits einmal hospitalisierten schwer depressive Patient:innen begehen Suizid (vgl. Guze u. Robins 1970, Harris u. Barraclough 1997, Wulsin et al. 1999)
- **Hoffnungs- und Hilflosigkeit, gepaart mit negativer Selbstbewertung:** sind typisch für depressives Denken und ziehen sich auch in gesunden Zeiten als pessimistischer Persönlichkeitszug durch das Leben betroffener (Trias nach Beck), Resignation, Verzweiflung und Perspektivlosigkeit, Remanenz (Zurückbleiben) und Inkludenz (Eingeschlossenheit)
- **Angstgefühle und Irritierbarkeit:** unbestimmte Ängste, Zukunftsängste, Irritierbarkeit, das Gefühl der Überforderung oft mit quälender inneren Unruhe bei gleichzeitiger Antriebshemmung
- **Tagesschwankungen:** etwa die Hälfte der Patient:innen berichten Tagesschwankungen mit schlechtem Befinden am Vormittag und abendlicher Aufhellung

Psychomotorische und physische Symptome

- **Motorische Antriebshemmung:** bis hin zur Akinese oder Stupor
- **Motorische Übererregung:** bis hin zur Agitation
- **Vitalstörung:** Verlust des Elans, Schwung- Kraft- und Energielosigkeit
- **Schlafstörung:** rund 75% leiden an Schlafstörungen mit Einschlaf- und Durchschlafstörung sowie Früherwachen, reduzierte Tiefschlafphasen, verkürzte erste REM-Latenz, erhöhtes Auftreten von REM- Stadien im ersten Drittel der Nacht, erhöhte REM-Dichte, vermehrtes Auftreten von Alpträumen mit deutlicher Verschlechterung der objektiven und subjektiven Schlafqualität
- **Inappetenz:** oft mit erheblichen Gewichtsverlust
- **Impotenz/ Anorgasmie**
- **Verdauungsbeschwerden:** mit Blähungen, Obstipation, Diarrhoe häufig mit bizarrer Fixierung auf diese Symptome
- **Atemstörungen:** mit Druckgefühl im Brustkorb
- **Allgemeines Krankheitsgefühl**

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

SYMPTOME GEREIT NACH IHRER HÄUFIGKEIT (NACH LAUX ET AL. 1994)

Red Flags um eine Depression rasch in Betracht zu ziehen

■ Interesse- und/ oder Freudlosigkeit	96,2%
■ Schlafstörung	92,4%
■ Konzentrations- und/oder Denkstörung	86,0%
■ Angstgefühl	84,3%
■ Unruhe	80,9%
■ Psychomotorische Hemmung	77,5%
■ Gefühl der Wertlosigkeit/Schuld	74,4%
■ Anergie	73,2%
■ Gedanken an den Tod	51,2%
■ Gewichtsveränderungen	42,6%



DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

DEPRESSIONSFORMEN

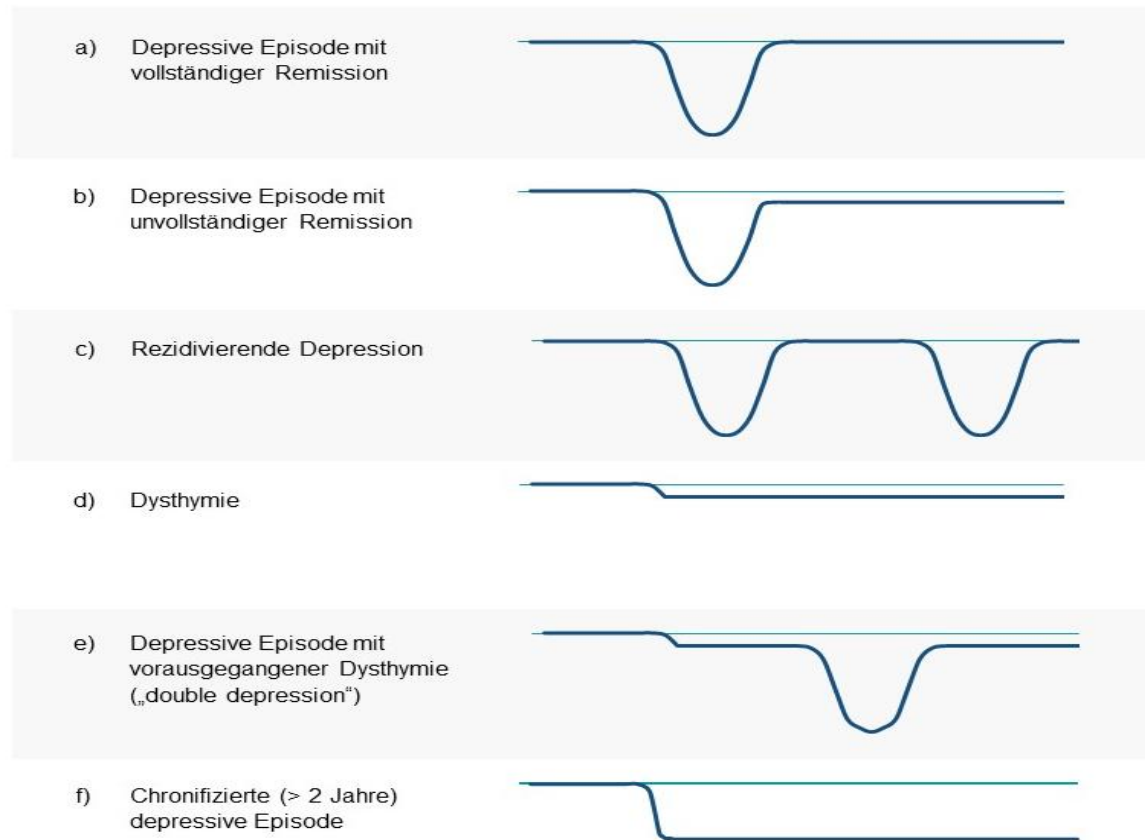
- **Gehemmte Depression:** Reduktion der Psychomotorik und Aktivität bis hin zum Stupor
- **Agitiert-ängstliche Depression:** ängstliche Getriebenheit, Bewegungsunruhe, unproduktives Verhalten, Jammern – an bipolares Spektrum denken (vgl. Maj et al. 2006)
- **Lavierte, somatisierte Depression:** vegetative Störung und vielfältige funktionelle Organbeschwerden stehen im Vordergrund nicht selten bis zur Hypochondrie
- **Psychotische Depression:** paranoide Symptome in Form von Schuldwahn, Verarmungswahn, Versündigungswahn, Ich-syntone Halluzinationen, teilweise fehlende Krankheitseinsicht
- **Atypische Depression:** Aufhellbarkeit der Stimmungslage (affektive Reagibilität), inverse vegetative Symptome mit Hyperphagie, Gewichtszunahme, vermehrter Schlaf (Hypersomnie), ängstlich-hysteroide-kritikintensive Persönlichkeitszüge
- **Saisonale Depression:** regelmäßig auftretende depressive Phasen im Herbst und Winter, Energieverlust steht häufig im Vordergrund, Häufigkeit nimmt mit dem Breitengrad des Wohnortes zu, 2/3 der Betroffenen sind Frauen
- **Altersdepression:** schwer zu erkennen, Symptome werden fälschlicherweise als natürliche Folge des Alterungsprozesses angesehen und es liegt in häufigen Fällen eine Multimorbidität sowie Polypharmazie vor, häufige Komorbidität mit altersassoziierten Hirnerkrankungen wie Alzheimerdemenz, vaskuläre Demenz, Morbus Parkinson, 20-50% dementer Patient:innen leiden zusätzlich an Depression (vgl. Weiner et al. 1994) psychopathologisch dominieren vegetative Störungen, hypochondrische Befürchtungen, kognitive Störungen, Störungen der Exekutivfunktionen wie Einschränkung beim Planungsvermögen und der Handlungsorganisation, der kognitiven Flexibilität und der abstrakten Denkleistung (vergl. Haupt 2004; Alexopoulos 2005), Suizidgedanken mit erhöhter Suizidrate
- **Postpartale Depression:** mit den Pränanztypen Insuffizienztyp, Zwangstyp, Paniktyp
- **Dysthymie:** jahrelange Herabgestimmtheit die nicht das Ausmaß einer Depression einnimmt, Grübelneigung, Schlafstörung, genussunfähig, fühlen sich unzulänglich sind aber in der Regel fähig mit den Anforderungen des tägliche Lebens fertig zu werden, reizbar, selbstabwertend
- **Kurze Depressionsformen:** kurze (2-3 Tage), etwa einmal monatlich auftretende depressive Episoden mit vollständiger Remission mit hoher sozialmedizinischer Bedeutung aufgrund häufigen Vorkommens im ambulanten und primärärztlichen Versorgungssystem
- **Therapieresistente Depression (TRD):** wenn es trotz Gabe zweier Antidepressive in ausreichender Dosis und ausreichender Verabreichungsdauer zu keiner Besserung der Symptomatik kommt

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

VERLAUFSFORMEN DER UNIPOLAREN DEPRESSION



Abbildung 1: Verläufe unipolarer depressiver Störungen



DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

VERLAUFSFORMEN DER UNIPOLAREN DEPRESSION

- 20-30% affektiver Störungen verlaufen singulär, 70-80% rezidivieren (vgl. Angst et al.)



DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

RISIKOFAKTOREN FÜR RÜCKFÄLLE/REZIDIVE

Depressionsbezogene Risikofaktoren

- höhere Anzahl vorangegangener depressiver Episoden
- kurzer Zeitraum zwischen vorangegangenen Episoden und Rezidiven (≥ 2 Rezidive innerhalb von ca. 5 Jahren)
- lange Dauer der vorangegangenen Episode(n)
- residuale Symptomatik (keine vollständige Remission)
- schwere Symptomatik
- jüngeres Alter bei Beginn der Symptomatik

Weitere Risikofaktoren

- hohes familiäres Risiko
- komorbide psychische Störungen (v. a. Angststörungen, Substanzbezogene Störungen)
- (chronische) somatische Komorbidität
- negative Kindheitserfahrungen (Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung)
- belastende Lebensumstände (Stress, Armut, Arbeitslosigkeit)
- mangelnde soziale Unterstützung, allein leben
- Grübeln, hohe kognitive Reaktivität/schlechte Stressbewältigung, Hoffnungslosigkeit, Neurotizismus

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

ERKENNEN

Anamnese

- Erzählte und erfragte Symptomatik
- Die Ausprägung der Symptome
- Den zeitlichen Verlauf
- Komorbiditäten
- Risikofaktoren und Familienanamnese
- Suizidalität
- Medikamentenanamnese
- Psychosoziale Anamnese
- Ggf. Fremdanamnese

Status psychicus

- Wachheit
- Orientierung
- Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeitsdauer
- mnestiche und kognitive Funktion
- Gedanken formal und inhaltlich
- bestehen einer produktiven Symptomatik
- Stimmungslage,
- Auslenkbarkeit
- Psychomotorik,
- Schlaf,
- vegetative Symptomatik
- Ängste, Zwänge,
- Drogen

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

FALLBEISPIEL



DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

VORLÄUFIGE DIAGNOSE – AUSSCHLUSS ANDERER ERKANKUNGEN

- Labor: BB, Elyte, Leber, Niere, Herz, CRP, TSH, ggf. ft3 und ft4, Folsäure, Vit B12, Vit D3, ggf. Eisenstatus, ggf. neurotrope Erreger inkl. Borrelien
- EKG und RR
- MR Schädel, EEG
- Schlaflabor
- Eventuell weitere Abklärung HNO, Neurologie, Interne...



DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

AUSSCHLUSS ANDERER ERKANKUNGEN UND ERKENNEN KOMORBIDER STÖRUNGEN

Psychische Erkrankungen – wie Bipolare Störungen, Anpassungsstörungen und Trauerreaktionen, Persönlichkeitsstörungen, Demenzerkrankungen, Psychosen

Organische Komorbiditäten – wie Tumorerkrankungen, muskuloskeletale-, endokrinologische-, kardiovaskuläre-, pulmonale-, metabolische Erkrankungen, Infektionskrankheiten, neurologische Erkrankungen

Psychische Komorbiditäten – wie Angst- und Panikstörungen, somatoforme Störungen, Substanzmissbrauch, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen

Medikamentennebenwirkungen



DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

BEHANDLUNGSKONZEPT



Abgestufte Behandlung nach dem biopsychosozialen Behandlungskonzept:

- Medikamentöse Therapie, neurostimulatorische Verfahren wie Elektrokonvulsionstherapie, repetitive transkranielle Magnetstimulation, Lichttherapie, Sport- und Bewegungstherapie
- Empathisches Gespräch, Hilfe zur Selbsthilfe, Stärkung der Selbstmanagement-Fähigkeiten, Psychoedukation, Psychotherapie, Ergotherapie etc.
- Soziale Maßnahmen wie Organisieren von Unterstützung, Aufbau eines Helfersystems, Organisation einer Wohnbetreuung, Organisation einer Tagesstruktur, Organisation einer mobilen psychiatrischen Betreuung, Heimhilfe, Peer Support

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

BEHANDLUNGSKONZEPT

- Ein bisschen Zeit nehmen
- Zuhören und empathisch bleiben auch wenn's schwer fällt ;-) (Pacing)
- Verstehen versuchen und eher nicht aufmuntern mit guten Ratschlägen
- Netz knüpfen, welches auch bei Suizidalität eine gewisse Sicherheit bietet
- Adhärenz schaffen durch Einbindung der Patientin/ des Patienten in die Therapieplanung
- Schlaf ermöglichen zum Beispiel mit Trazodon oder Mirtazapin oder auch mit niederpotenten Neuroleptika
- SSRI langsam aufdosieren und eventuell vorübergehend mit Olanzapin in niedriger Dosis kombinieren
- Benzo wenn möglich nur äußerst kurzfristig einsetzen



DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG

Wirkstoffklasse	Arzneistoffe (Beispiele)	Transmittersysteme	Nebenwirkungen
TZA (Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva)	Amitriptylin, Clomipramin, Doxepin, Maprotilin, Nortriptylin	Serotonin, Noradrenalin Wiederaufnahme-Hemmer	Anticholinerge Effekte: Mundtrockenheit, Miktions- und Akkommodationsstörungen, Obstipation, Ileus, Glaukomanfall; Gewichtszunahme; Sedierung; Orthostase-Reaktionen; Ödeme; Blutbildungsstörungen; Leberwerterhöhung
SSRI (selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer)	Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin	Serotonin Wiederaufnahme-Hemmer	Typische serotonerge Nebenwirkungen (gastrointestinal, sexuelle Dysfunktion)
SNRI (selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer)	Reboxetin	Noradrenalin Wiederaufnahme-Hemmer	Unruhe
MAO (Monoaminoxidase-Inhibitoren)	Moclobemid, Tranylcypromin	Serotonin, Noradrenalin, (Dopamin) MAO-A-Hemmer	wenig, Schlafstörungen
SSNRI (selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer)	Duloxetin, Venlafaxin	Serotonin, Noradrenalin Wiederaufnahme-Hemmer	serotonerge und noradrenerge Nebenwirkungen
Alpha2-Rezeptor-Antagonisten	Mianserin, Mirtazapin	Serotonin, Noradrenalin Rezeptorblockade	Müdigkeit, Gewichtszunahme
NDRI (Selektiver Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahme-Hemmer)	Bupropion	Noradrenalin, Dopamin Wiederaufnahme-Hemmer	Unruhe, Schlafstörungen
MASSA (Melatonin-Rezeptor-Agonist und Serotonin-5-HT _{2C} -Rezeptor-Antagonist)	Agomelatin	- M ₁ - und M ₂ -Agonist	Placebo-Niveau-Nebenwirkungen
Johanniskrautextrakte	Laif900, Neuroplant, Jarsin	Serotonin, Noradrenalin, Dopamin Wiederaufnahme-Hemmer	Placebo-Niveau-Nebenwirkungen

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG AM BEISPIEL VON TRAZODON

TRAZODON: EIN MULTIFUNKTIONALES ANTIDEPRESSIVUM MIT DOSISABHÄNGIGEN PHARMAKOLOGISCHEN WIRKUNGEN

Niedrige Trazodon Dosierungen (25, 50, 150 mg/Tag)



- Antagonistische Interaktion **5HT_{2A} Rezeptoren**
- Antagonistische Interaktion **5HT_{2C} Rezeptoren**
- Antagonistische Interaktion **H1 Rezeptoren**
- Antagonistische Interaktion **α1 Rezeptoren**



Blockade des Arousal Systems im Gehirn

Förderung des Schlafes und Normalisierung der Schlafarchitektur, Reduktion von Angst und Sedierung

Höhere Trazodon Dosierungen (ambulant 150-400 mg/Tag; stationär max. 600 mg/Tag)



- SERT-Blockade
- Aktivierung der **5-HT_{1A} Rezeptoren**
- Antagonistische Interaktion **5HT_{2A} Rezeptoren**
- Antagonistische Interaktion **5HT_{2C} Rezeptoren**

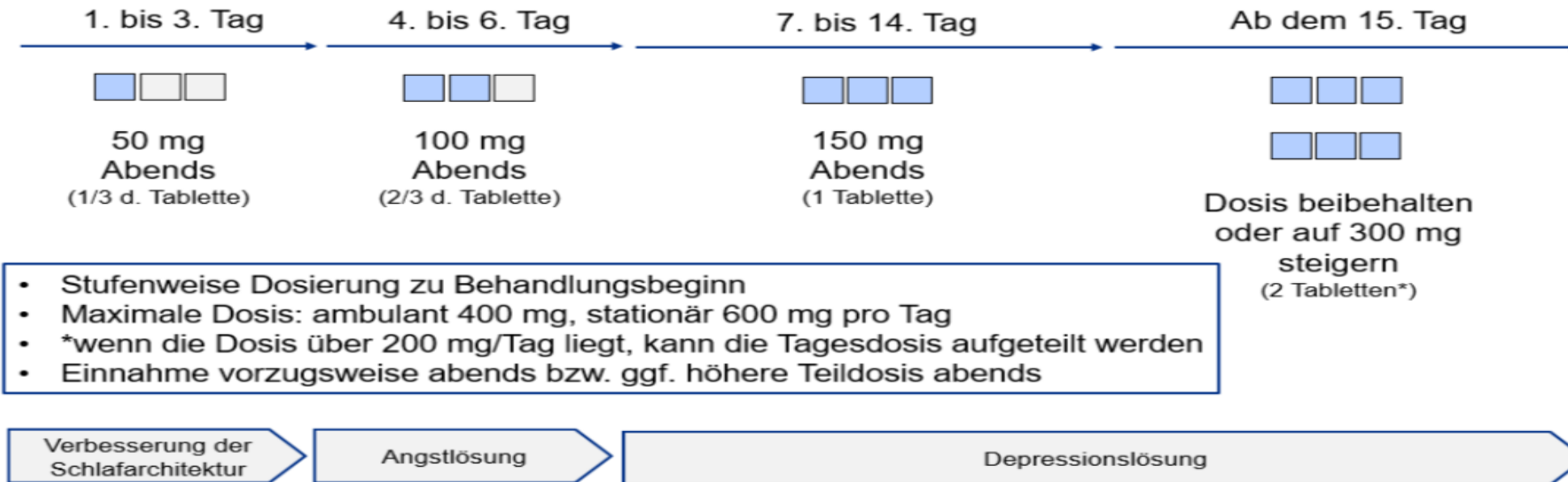
Antidepressive, anxiolytische und schlafstabilisierende Wirkung

Verbesserung kognitiver und exekutiver Funktionen

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG AM BEISPIEL VON TRAZODON

TRAZODON: DOSIERUNG



DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG MIT TRAZODON

SPEZIELLE PERSONENGRUPPEN (1/2)



LEBERFUNKTIONSSTÖRUNG

Trazodon wird intensiv über die Leber metabolisiert und wurde auch mit Lebertoxizität assoziiert. Daher ist bei Patienten mit Leberschäden, insbesondere bei schwerer Leberfunktionsstörung, Vorsicht geboten. Eine regelmäßige Überprüfung der Leberfunktion ist in Betracht zu ziehen.



NIERENFUNKTIONSSTÖRUNG

Eine Dosisanpassung ist nicht erforderlich, dennoch soll bei Patienten mit starker Beeinträchtigung der Nierenfunktion Vorsicht geboten werden.

SPEZIELLE PERSONENGRUPPEN (2/2)



ÄLTERE PATIENTEN

Niedrigere Dosierung meist ausreichend:

- 50 – 150 mg pro Tag
- Einzeldosen über 100 mg sollen vermieden werden.
- Eine Tagesdosis von 300 mg soll nicht überschritten werden.

Häufiger orthostatische Hypotonie, Schläfrigkeit und andere anticholinerge Effekte

- Vorsicht bei gleichzeitiger Einnahme anderer Arzneimittel (andere Psychopharmaka, Blutdrucksenker) und bestehenden Risikofaktoren wie Begleiterkrankungen
- Patient bzw. Pflegepersonal soll informiert sein und auf entsprechende Effekte achten



KINDER UND JUGENDLICHE

Trazodon wird aufgrund fehlender Daten über die Sicherheit **nicht** für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren empfohlen.

Fachinformation Trittico® retard , Stand der Information März 2023

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG MIT SPRAVATO (ESKETAMIN)

Gebrauchsinformation: Information für Patienten
Spravato® 28 mg Nasenspray, Lösung

Schritt 1 Vor der Anwendung

Nur vor der Anwendung des ersten Applikators:



Bitte Sie den Patienten nur vor der Anwendung des ersten Applikators, sich die Nase zu putzen.



Prüfen und bestätigen Sie die Anzahl der benötigten Applikatoren.

28 mg = 1 Applikator

56 mg = 2 Applikatoren

84 mg = 3 Applikatoren

Schritt 2 Bereiten Sie den Applikator vor



- Prüfen Sie das Verfalldatum (verwendbar bis). Wenn das Verfalldatum überschritten ist, nehmen Sie einen neuen Applikator.
- Öffnen Sie die Blisterpackung und entnehmen Sie den Applikator.



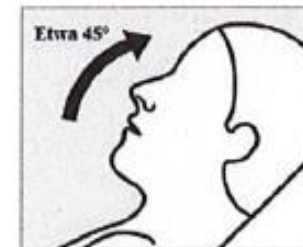
- **Fühlen Sie keinen Funktionsverlust durch.** Dies führt zu Arzneimittelverlust.
- Vergewissern Sie sich, dass im Anzeigefenster 2 grüne Punkte sichtbar sind. Ist dies nicht der Fall, entsorgen Sie den Applikator und nehmen Sie einen neuen.
- Geben Sie dem Patienten den Applikator.

Schritt 3 Vorbereitung des Patienten



Instruieren Sie den Patienten:

- Den Applikator wie in der Abbildung dargestellt zu halten und dabei den Kolben leicht mit dem Daumen zu unterstützen.
- Den Kolben nicht zu betätigen.



Instruieren Sie den Patienten:

- Während der Anwendung den Kopf um etwa 45° zurückzulehnen, damit das Arzneimittel in der Nase bleibt.

DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG MIT SPRAVATO (ESKETAMIN)

Schritt 4 Der Patient sprüht einmal in jedes Nasenloch



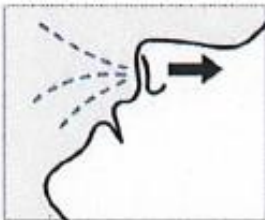
Instruieren Sie den Patienten:

- Die Spitze gerade in das erste Nasenloch einzuführen.
- Die Nasenzufuge sollte Kontakt mit der Haut zwischen den Nasenflügeln haben.



Instruieren Sie den Patienten:

- Das andere Nasenloch mit dem Finger zuzuhalten.
- Durch die Nase einatmen und dabei den Kolben bis zum Anschlag nach oben zu drücken.



Instruieren Sie den Patienten:

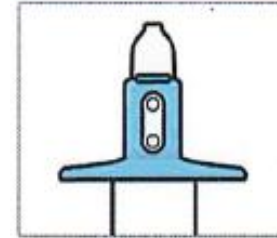
- Nach dem Sprühstoß die Nase leicht hochziehen, damit das Arzneimittel in der Nase bleibt.



Instruieren Sie den Patienten:

- Den Applikator in die andere Hand zu wechseln und die Spitze in das zweite Nasenloch einzuführen.
- Schritt 4 zu wiederholen, um den zweiten Sprühstoß abzugeben.

Schritt 5 Kontrolle der Abgabe und Ruhepause



- Lassen Sie sich den Applikator vom Patienten geben.
- Kontrollieren Sie, dass im Anzeigefenster kein grüner Punkt sichtbar ist. Wenn Sie einen grünen Punkt sehen, bitten Sie den Patienten, erneut in das zweite Nasenloch zu sprühen.
- Prüfen Sie das Anzeigefenster erneut, um sicherzustellen, dass der Applikator leer ist.



Instruieren Sie den Patienten:

- Nach der Anwendung von jedem Applikator in einer bequemen (vorzugsweise halb liegenden) Position 5 Minuten zu ruhen.
- Wenn Flüssigkeit aus der Nase tropft, die Nase mit einem Tuch abzurufen.
Nicht zu schnäuzen.



DEPRESSION – ERKENNEN UND ERSTE HILFE

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG UND DEREN NEBENWIRKUNG

