



die  
elisabethinen

gesundheit & leben

---

# Der Ältere Mensch und die Angst



# Gliederung

- *Definition*
- *Angstmorphologie im Gehirn und Körper*
- *Demenz und Angst*
- *Aspekte von Angst und Trauma*
- *Angstthemen im Alter*
- *Existenzielle Ängste*
- *Angststörungen – GAS und Fallangst und deren Therapie*
- *Angst vor dem Alter*



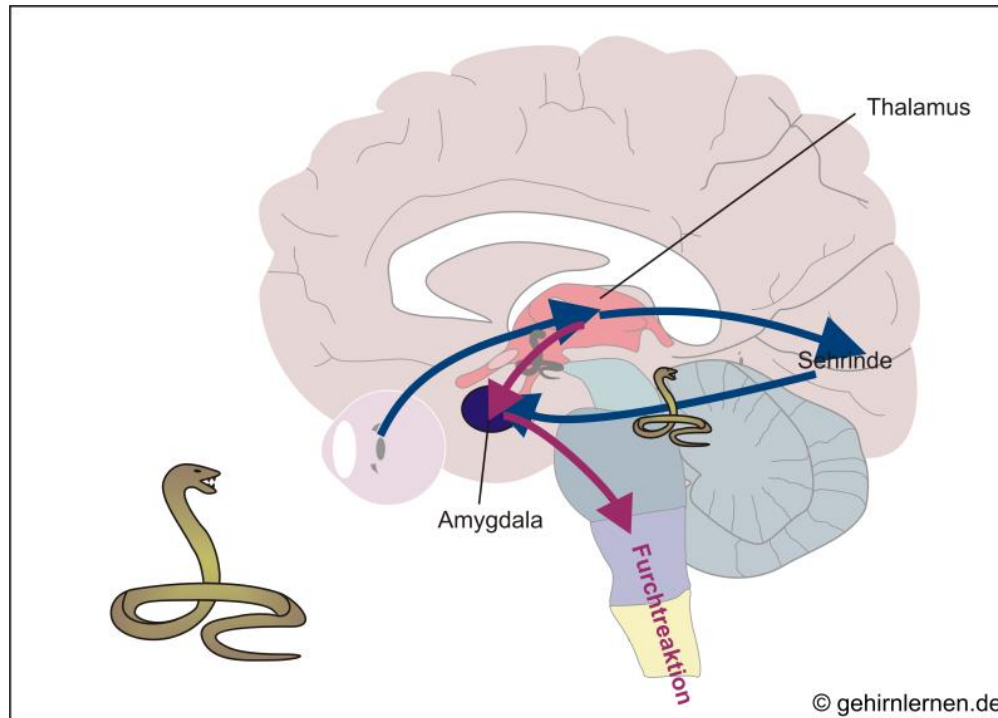
# Definition von Angst

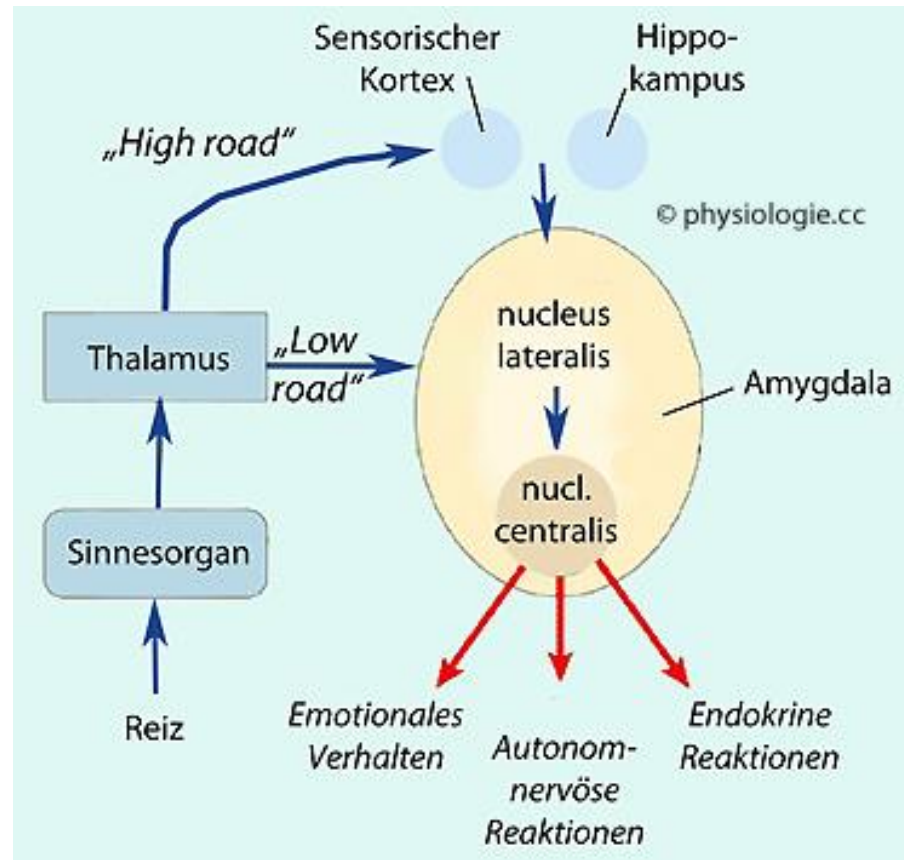
- *Angst ist ein Gefühl bzw. ein diffuser Gefühlszustand bedroht zu sein. Dabei spielt es keine Rolle ob tatsächlich eine reale Gefahr droht oder ob diese Gefahr nur erwartet wird oder lediglich möglich erscheint.*
- *Angst gehört zu den Basisemotionen so wie Freude, Überraschung Wut, Traurigkeit und Ekel*



# Definition von Furcht

*Als Furcht bezeichnet man die emotionale Reaktion auf als gefährlich empfundene Objekte (Lebewesen, Gegenstände oder Situationen). Furcht kennzeichnet also das Gefühl, das durch eine eindeutige bzw. konkrete und bewusste Bedrohung entsteht*



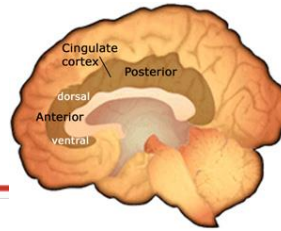




# Gehirnstrukturen im Angsterleben

- **Amygdala:** zentrale Rolle in der Verarbeitung von Angst und der Entstehung von Angstreaktionen. Sie ist maßgeblich daran beteiligt, emotionale Informationen zu bewerten und eine angemessene Reaktion auf angstauslösende Reize zu initiieren
- **Hippocampus:** Speicherung und Abruf von angstbezogenen Informationen
- **Präfrontaler Cortex:** Der präfrontale Cortex ist an der Regulation von Emotionen und der Bewertung von Informationen beteiligt. Er hat eine hemmende Wirkung auf die Amygdala, die für die Angstverarbeitung zentral ist. Der präfrontale Cortex spielt eine Schlüsselrolle bei der Umstrukturierung und Neubewertung von angstauslösenden Situationen und Gedanken. Eine Störung oder Dysfunktion des präfrontalen Cortex kann zu einer verminderten Fähigkeit führen, Ängste zu kontrollieren und zu regulieren.





- **Anteriorer cingulärer Cortex (ACC):** ist an der Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit und der Verarbeitung von emotionalen Reizen beteiligt. Er spielt eine Rolle bei der Bewertung von Bedrohungen und der Regulierung von Angstreaktionen. Störungen im ACC können zu einer erhöhten Aktivierung der Angstreaktionen führen.



Der sensorische Cortex verarbeitet sensorische Informationen, einschließlich angstauslösender Reize, und leitet sie an den präfrontalen Cortex weiter. Der präfrontale Cortex bewertet diese Reize, kontextualisiert sie und reguliert die Angstreaktion. Er hemmt die Amygdala und moduliert die Angst. Durch ihre Zusammenarbeit ermöglichen sie eine angemessene Verarbeitung und Regulation von Angst.





# Angststörungen und Gedächtnis

- *Implizites und explizites Gedächtnis spielen eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen.*
- *Implizites Gedächtnis: Unbewusste, automatische Gedächtnisprozesse, die bei Angststörungen zu automatischen Angstreaktionen auf bestimmte Reize oder Situationen führen können.*
- *Explizites Gedächtnis: Bewusste, intentionale Gedächtnisprozesse, die bei Angststörungen negative Erinnerungen an traumatische Ereignisse oder Ängste verstärken können.*



# Angst und Demenz

- *Prävalenz : Angststörungen sind bei Menschen mit Demenz häufiger (20-30%) als in der Allgemeinbevölkerung.*
- *Neurodegenerative Veränderungen im Gehirn, kognitive Einschränkungen, Verlust der Kontrolle, Umgebungsveränderungen und Begleitsymptome wie Depressionen können zur Angst beitragen*
- *Angstsymptome können sich in Verhaltensänderungen, motorischer Unruhe, Aggressivität, Schlafstörungen oder anderen körperlichen Symptomen zeigen*
- *Gefühl der Desorientierung kann Angst auslösen*
- *Bedeutung der Betreuung: Einfühlsame und individuell angepasste Betreuung, Schaffung einer ruhigen Umgebung, Förderung von Kommunikation und sozialer Interaktion, Aktivitäten zur Freude und Entspannung sowie umfassende Unterstützung verbessern die Bewältigung von Angst und Lebensqualität*
- *Die Diagnose ist herausfordernd, erfordert Aufmerksamkeit auf Veränderungen im Verhalten und eine multimodale Behandlung mit medikamentösen und nicht-medikamentösen Interventionen*



# Demenz und die Angst

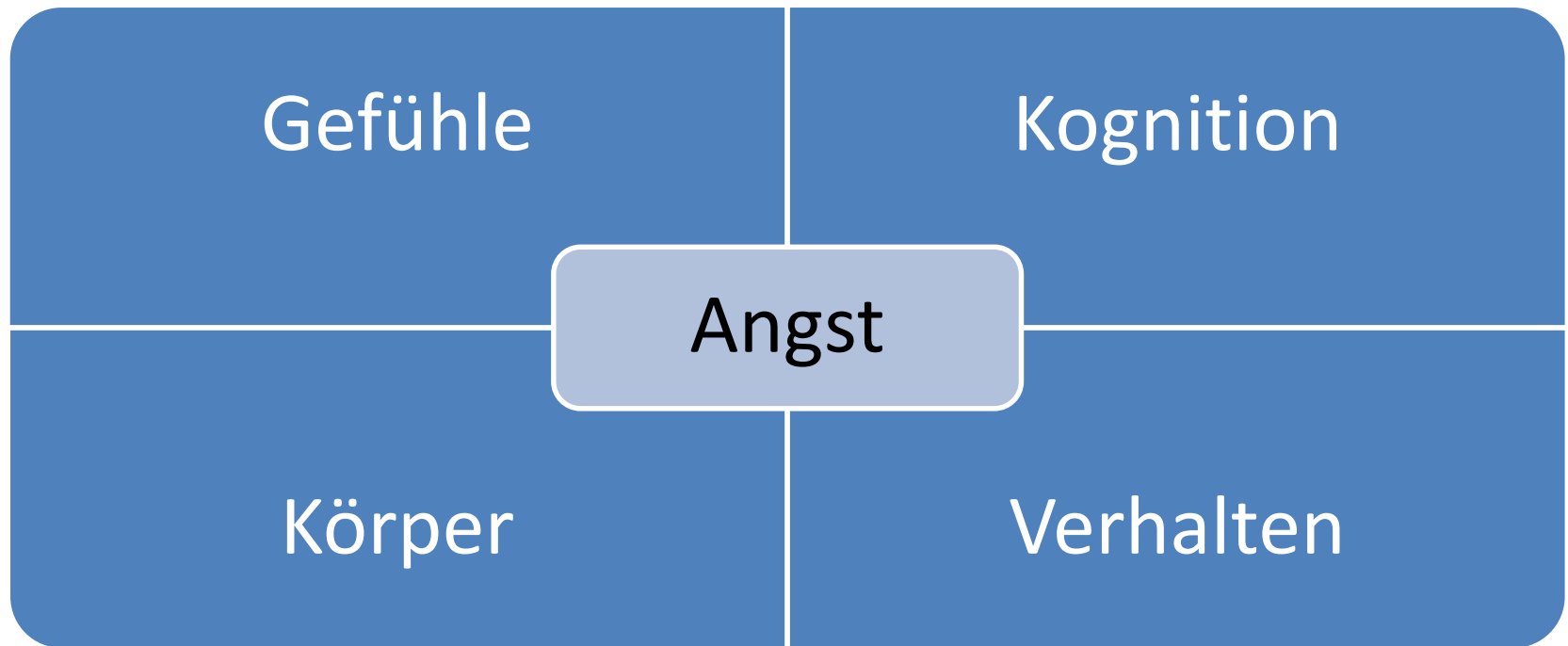
## S3 Leitlinie

- *Es existiert für die Therapie der Angst und Angststörung bei Patienten mit Demenz keine evidenzbasierte medikamentöse Therapie*
  - *Aber*
- *Galantamin – bei leichter bis mittelgradiger Demenz*
- *Donepezil – bei mittelschwerer bis schwerer Demenz*
- *Antidepressiva und Pregabalin wie bei Nicht- Demenzkranken*
- *Benzodiazepine und Antipsychotika sollten vermieden werden – nur bei sehr ausgeprägter und quälender Angstsymptomatik – und erst dann wenn sonst nicht beherrschbar*



# Angst – kausal, alt

- *In der aktuellen Situation nicht nachvollziehbare Ängste können „alte Ängste“ sein, die „damals“ durchaus berechtigt waren – Kriegserfahrungen am eigenen Leib, Vertreibung und Flucht, Armut, Aufwachsen mit kriegstraumatisierten Eltern waren für die Mehrheit der aktuell über 75jährigen Lebensrealität*
- *Bei überwältigenden Lebenserfahrungen wird das auslösende Ereignis „dissoziiert“ – die Erinnerung an das Ereignis kann komplett fehlen, nur die Symptome des damaligen Erlebens (zB Angst) treten nach einer symptomfreien Latenzzeit wieder auf – typische Auslöser für das Auftreten der Symptome: Krankheit, kognitiver Abbau, Verluste*





# ICD 10/ ICD 11

## Angst- oder furchtbezogene Störungen

ICD-10		ICD-11	
Code	Bezeichnung	Code	Bezeichnung
F40.0/40.01	Agoraphobie mit/ohne Panikstörung	6B02	Agoraphobie
F40.1	Soziale Phobie	6B04	Soziale Angststörung
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobie	6B03	Spezifische Phobie
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	6B01	Panikstörung
F41.1	Generalisierte Angststörung	6B00	Generalisierte Angststörung
F41.8	Sonstige spezifische Angststörungen	6B0Y	Andere spezifische Angststörungen
F41.9	Nicht näher bezeichnete Angststörungen	6B0Z	Nicht näher bezeichnete Angststörungen
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst im Kindesalter	6B05	Trennungsangststörung
F94.0	Elektiver Mutismus	6B06	Selektiver Mutismus

**Tab. 6:** Vergleichende Darstellung der Angststörungen in ICD-10 und ICD-11



# Schwierigkeiten bei der Diagnose im Alter

- *Körperliche Erkrankungen: Angstsymptome werden manchmal mit anderen körperlichen Beschwerden verwechselt.*
- *Komorbidität: Angst kann von begleitenden Depressionen überdeckt werden.*
- *Stigmatisierung und Scham: Ältere Menschen verbergen oft ihre Angstsymptome aufgrund von Stigmatisierung.*
- *Mangelnde Sensibilisierung: Angststörungen im Alter werden oft unterdiagnostiziert.*
- *Altersbedingte Veränderungen: Körperliche und kognitive Veränderungen beeinflussen die Angstpräsentation.*
- *Nebenwirkung von Medikamenten*



- Angst vor Einsamkeit
- *Angst vor Isolation*
- *Angst vor Fremdbestimmung*
- *Angst vor Verarmung*
- *Angst vor Leistungsverlust*
- *Angst vor Identitätsverlust*
- *Angst v. Verlust d. sozialen Status*



- Angst vor eingeschränkter Mobilität
- Angst vor Schmerzen
- Angst vor Stürzen (Fallangst)
- Angst vor Gedächtnisverlust
- Angst vor Verlust des Lebenssinnes
- Angst vor Altersdiskriminierung
- Angst vor Pflegebedürftigkeit



- Angst vor Gedächtnisverlust
- Angst vor Schmerzen
- Angst vor Abhängigkeit
- Angst vor Krankheit
- Angst vor Vernachlässigung
- Angst vor Verlust der eigenen Würde



die  
elisabethinen

gesundheit & leben

---

- Angst vor Impotenz
- Angst den Partner zu verlieren
- Angst vor Verlust von Attraktivität



die  
elisabethinen

gesundheit & leben

---

– *Angst vor Sterben und Tod*



# Existenzielle Ängste

- *Endlichkeit der menschlichen Existenz*
- *Art des Sterben-Müssens (Leidenszustände – Isolation)*
- *Weiterleben bzw. nicht Weiterleben nach dem Tod*
- *Sinn des Lebens*
- *Freiheit und Verantwortung im Leben (Fehlentscheidungen/Schuld)*



# Existenzielle Angstthemen

- *Angst vor dem eigenen Sterben (Leidenmüssen)*
- *Angst vor dem eigenen Tod (nicht mehr Sein)*
- *Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen (Mitansehen von Leid)*
- *Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen (Beziehungsverlust)*
- *Angst vor endgültiger physischer Zerstörung nach dem Tod*
- *Angst vor dem Kontakt mit Sterbenden/Toten (eigener Tod Konfrontation)*
- *Angst vor dem Danach des eigenen Todes und dem von Bezugspersonen*



# Verlauf einer Angststörung

Normales  
Verhalten



Krankhaftes  
Verhalten



# Krankhafte Angst

- *Angst hat ihre Schutzfunktion verloren*
- *Situation, vor der Angst besteht, ist nicht mehr angemessen*
- *Erhebliches Leid oder erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen*
- *Angst schützt nicht mehr, sondern kann sogar gefährden*





# DGPPN Fact Sheet 2023

*In Deutschland sind jedes Jahr etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen- Erkrankung betroffen*

*Zu den häufigsten Erkrankungen zählen*

- *Angststörungen (15,4 %),*
- *affektiven Störungen 9,8 %, (unipolare Depression allein 8,2 %)*
- *Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7 %)*



Krankheitsaspekt	Panikstörung/ Agoraphobie	Generalisierte Angststörung	Soziale Phobie	Spezifische Phobie
Lebenszeitprävalenz	6,1%	5,7%	12,1%	12,5%
12-Monatsprävalenz	3,5%	3,1%	6,8%	8,7%
Geschlechterverhältnis (f:m)	2,2 : 1	2 : 1	1,4 : 1	2,3 : 1
Erkrankungsalter (Median)	24	31	13	7
Wichtige Komorbiditäten	Andere Angststörungen, Depression, Dysthymie, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen			
Erbfaktor	48%	31,6%	24-51%	20-40%

Quellenangaben: Voderholzer, U., Hohagen, F. Therapie psychischer Erkrankungen. Elsevier, 2013



# Prävalenz der Angststörungen im Alter

- *1,2 – 15% in der Normalbevölkerung (Bryant et al. 2008)*
- *10% Prävalenz im höheren Alter (Lenze et al 2011)*
- *20 % Prävalenz von bedeutsamen Angstsymptomen*
- *15- 30% auch Kriterien einer Major Depression (Ayers 2007)*
- *Patienten mit Panikstörung zu 76% auch eine GAD und zu 47% eine andere phobische Störung*
- *Häufige komorbide Erkrankungen sind Diabetes Mellitus, Angina pectoris, COPD und gastrointestinale Erkrankungen (Boerner 2004)*
- *Erhöhte Mortalität (Bryant et al. 2008)*
- *Zu 50% werden Angsterkrankungen im Alter übersehen (Schmidt Taub 2011)*



# Generalisierte Angststörung (GAS)

Mindestens 6 Monate anhaltende **Anspannung und Besorgnis** bzgl. alltäglicher Ereignisse. Zusätzlich 4 weitere Symptome aus folgenden Bereichen.

Vegetative Symptome	Thorax Abdomen	Psychische Symptome	Anspannung	Unspezifische Symptome	Allgemeine Symptome
Herzklopfen	Atembeschwerden	Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit	Muskelverspannung Nervosität	Erschreckt werden/ übertriebene Reaktion wegen Sorgen oder Angst	Hitzewallungen
Schweißausbrüche	Beklemmungsgefühl	Derealisation Depersonalisation	Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden	Konzentrations- schwierigkeiten Einschlafstörungen	Kälteschauer
Tremor	Thoraxschmerzen- missempfindungen	Angst vor Kontrollverlust	Gefühle von Aufgedrehtsein	Leeregefühl im Kopf	Kribbelgefühle
Mundtrockenheit	Nausea oder abdominelle Missempfindungen	Angst zu sterben	Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zum Entspannen	Anhaltende Reizbarkeit	Gefühllosigkeit



# GAS Epidemiologie

- *Mit über 7% die häufigste Angststörung bei den 55 bis 85 jährigen*  
(Wittchen et al 2002)
- *Lebenszeitprävalenz liegt bei 5,1 % und die 12 Monatsprävalenz bei 3,1%* (Kessler et al 2001)
- *GAS hält durchschnittlich 10 Jahre an*
- *50 % treten erstmalig im höheren Alter auf*
- *Spontan Remissionen liegen bei 20 bis 33 % (Volz& Stiglitz 2010)*



# Funktion von Sorgen

- *Von einer Sorge zur nächsten – damit Vermeidung eine Sorge zu Ende zu denken*
- *Rückversicherung und Kontrolle: viele Anrufe-*
- *Versuchen vergebens Sorgen zu unterdrücken*
- *Hören keine Nachrichten mehr (Vermeidung)*
- *Weichen vermeintlich bedrohlichen Situationen aus*

# Metakognitionen

- „Sorge = Vorsorge“

*Wenn ich mir Sorgen mache, dann wird nichts Schlimmes geschehen*

- „Ich kann meine Sorgen nicht beenden“

*Meine Sorgen sind unkontrollierbar; die Sorgen werden Überhand nehmen*



# Besonderheiten der GAS im Alter

- *Sorgen um Erkrankungen (Angeh., Freude oder selbst), Gebrechlichkeit, Autonomie und Einsamkeit*
- *Verluste bringen den eigenen Tod näher, - Angst dem Leben nicht gewachsen zu sein*
- *Kognitive Beeinträchtigungen lösen Sorgen und Ängste aus*
- *Mangelernährung – Schwäche verstärken Angstbereitschaft*
- *Somatische Erkrankungen: COPD/ Asthma/ RR /Herzrythmusstörungen oder endokrine Erkrankungen(SD / Cushing) neurologische Erkrankungen( MS / Epilepsie) substanzbezogene Störungen (Alk /Sedativa/ Steroide/ Koffein)*





# Therapeutische Aspekte bei GAS

- *Psychoedukation: Gibt Sicherheit – entlastet*
- *VT Ansätze:*
  - ✓ Automatisierte Gedanken
  - ✓ Dysfunktionale Grundannahmen
    - Angst ist ein Zeichen von persönlicher Schwäche
  - ✓ Konzentrationslenkung



# Konfrontation:

- *Konfrontation in sensu: z.B.: Sorgenhierarchie – man muss wirklich im Gefühle der Angst sein*
- *Imagination*
- *Systematische Desensibilisierung – Kombination aus Konfrontation in sensu mit Entspannungsübungen*
- *Konfrontation in vivo – Graduierte Vorgangsweise vor allem bei älteren PatientInnen*
- *Interozeptive Konfrontation: bei erhöhter Angstsensibilität – Körperliche Symptome die Angstsymptomen ähneln sind interne Auslöser der Angst –*
  - Willkürliche Hyperventilation



# Entspannungsverfahren

- *Progressive Muskelentspannung*
- *Sensorisches Entspannungstraining nach B. Weitzman*
- *Bodyscan*
- *Visualisierungsübung (Kraftplatz – ruhiger Entspannungsort)*
- *Bauchaatmung*
- *Meditation*
- *Sportliche Bewegung*
- *Entspannende Beschäftigung*



- ***Bewältigung von Alltagsproblemen und Stress***
  - Problem und Zieldefinition
  - Suche nach alternativen Lösungswegen
  - Bewertung von Lösungsmöglichkeiten
  - Entscheidung für die beste Lösungsmöglichkeiten
  - Planung der Umsetzung
  - Rückblick und Bewertung
- ***Gesundheitsverhalten***
- ***Reminiszenztherapie: Möglichkeit Bilanz zu ziehen und mit sich und dem gelebten Leben ins Reine zu kommen – Neubewertungen und Anerkennung für sich selbst und sein Leben***



# Achtsamkeitsansätze in der Angstbehandlung

- ***Meditation:*** Durch regelmäßige Meditation lernt man, den gegenwärtigen Moment bewusst wahrzunehmen und die eigenen Gedanken, Emotionen und körperlichen Empfindungen ohne Wertung zu beobachten.
- ***Akzeptanz und Loslassen:*** Angst anzunehmen und loszulassen, anstatt dagegen anzukämpfen.
- ***Mitgefühl und liebevolle Güte:*** Mitgefühl für sich selbst und andere zu entwickeln, kann bei Angststörungen helfen.
- ***Vergänglichkeit:*** Die Anerkennung der Vergänglichkeit hilft, Ängste vor Verlust und Veränderung zu mindern und eine tiefere Akzeptanz für den gegenwärtigen Moment zu entwickeln.



# weitere Bausteine in der Therapie

- *Metakognitive Therapie (Sorgen über Sorgen)*
- *ACT (Akzeptanz und wertorientierte Aktivitätsaufbau)*
- *Spiritualität*
- *Schlafhygiene*
- *Schmerztherapie*
- *Angehörigenarbeit*



**Tabelle 9. Medikamente für die Behandlung der generalisierten Angststörung**

Substanzklasse	Empfehlung	Evidenzkategorie	Empfehlungsgrad	
SSRIs	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollen die SSRIs Escitalopram oder Paroxetin angeboten werden.	1a*	A+	
	<b>Medikament</b>			<b>Tagesdosis</b>
	Escitalopram <sup>1</sup>			10–20 mg
	Paroxetin			20–50 mg
SNRI	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollen die SNRIs Duloxetin oder Venlafaxin angeboten werden.	1a*	A+	
	Duloxetin			60–120 mg
	Venlafaxin			75–225 mg
Kalziummodulator	Patienten mit einer generalisierten Angststörung sollte Pregabalin angeboten werden.	1a*	B+	
	Pregabalin			150–600 mg
Trizyklisches Anxiolytikum	Wenn Therapien mit der Empfehlung A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer generalisierten Angststörung Opipramol angeboten werden.	1b*	0+	
	Opipramol			50–300 mg
Azapiron	Wenn Therapien mit der Empfehlung A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer generalisierten Angststörung Buspiron angeboten werden.	1b*	0+	
	Buspiron			15–60 mg



Diagnose	Wirkstoff	Substanzen	Empfehlungsgrad nach Eccles & Mason, 2001*	Empfohlene Dosierung bei Erwachsenen (mg)
Panikstörung	SSRI	Citalopram	A	20 – 40
		Escitalopram	A	10 – 20**
		Sertralin	A	50 – 150
		Paroxetin	A	20 – 50
	SNRI	Venlafaxin	A	75 – 225
	Trizyklikum	Clomipramin	B	75 – 250
Generalisierte Angststörung	SSRI	Escitalopram	A	10 – 20**
		Paroxetin	A	20 – 50
	SNRI	Venlafaxin	A	75 – 225
		Duloxetin	A	60 – 120
	Kalziummodulator	Pregabalin	A	150 – 600
	Trizyklikum	Opipramol	0	50 – 300
Soziale Angststörung	SSRI	Escitalopram	A	10 – 20**
		Paroxetin	A	20 – 50
		Sertralin	A	50 – 150
	SNRI	Venlafaxin	A	75 – 225
	RIMA	Moclobemid	Expertenkonsens	300 – 600

SSRI: selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer  
 SSNRI: selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer  
 RIMA: reversibler Hemmer der Monoaminoxidase A  
 \* Evidenzgrad A: zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz – „Soll“-Empfehlung; Evidenzgrad B: gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien – „Sollte“-Empfehlung; Evidenzgrad 0: Bericht von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten – „Kann“-Empfehlung.  
 Expertenkonsens: Die Evidenzlage ließ keine eindeutige Bewertung zur Beantwortung relevanter klinischer Fragestellungen zu.  
 \*\* Die Regeldosis sollte wegen einer möglichen QTc-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei Patienten über 65 Jahre 10 mg/Tag

**Tab. 7:** Psychopharmakotherapie der Angststörungen: Empfehlungsgrad und Dosierung (Quelle: Sachs G., modifiziert nach S3-Leitlinie 2014)





### Box 3.2 Generalised anxiety disorder

#### Clinical presentation

- Excessive and uncontrollable worry
- Motor tension, restlessness, irritability
- Somatic symptoms (e.g. hyperventilation, tachycardia and sweating)
- GAD is often co-morbid with major depression, panic disorder or OCD
- 12-month prevalence 1.7–3.4%

Drug	Comment
<b>Crisis management</b>	
Benzodiazepines	Normally for short-term use only: max. 2–4 weeks, although some are of the opinion that risks are overstated <sup>25</sup>
<b>First-line drug treatment</b> (in order of preference) <sup>25</sup>	
SSRIs (up to maximum licensed dose)	May initially exacerbate symptoms. A lower starting dose is recommended. Fluoxetine and sertraline are preferred options <sup>11</sup>
SNRIs (up to maximum licensed dose)	May initially exacerbate symptoms. A lower starting dose is recommended
Pregabalin 150–600 mg/day in divided doses	Response may be seen in the first week of treatment <sup>26</sup>
<b>Second-line drug treatment</b> (less well tolerated or weak evidence base, no order of preference)	
Agomelatine 10–50 mg/day <sup>27,28</sup>	10 mg tablets are not available in the UK. Agomelatine has been shown to prevent relapse over a 6-month period <sup>29</sup>
Beta blockers Propranolol 40–120 mg/day in divided doses	Initiate at 40 mg and titrate dose up to effect if needed. Useful for somatic symptoms, particularly tachycardia <sup>40</sup>
Buspirone 15–60 mg/day in divided doses	Has a delayed onset of action, takes up to 6 weeks to show equal efficacy with benzodiazepines <sup>41</sup>
Hydroxyzine 50–100 mg/day in divided doses	It is unclear whether hydroxyzine's efficacy is due to an anxiolytic effect or a sedative effect <sup>42</sup>
Quetiapine (MR, 50–300 mg)	Recommended as monotherapy. Probably not effective as adjunctive therapy to SSRI/SNRI in treatment resistance <sup>43</sup>

The Maudsley  
Prescribing guidelines in  
psychiatry (2021)



**Box 3.2** (Continued)

Drug	Comment
<b>Tricyclic antidepressants</b>	
Clomipramine 50–250 mg/day <sup>44–46</sup>	Initiate clomipramine at 10 mg/day and increase the dose gradually
Imipramine 75–200 mg/day in divided doses <sup>47</sup>	Initiate imipramine 25 mg every 4 days; when at 100 mg can increase in 50 mg increments <sup>9</sup>
<b>MAOI</b>	For mixed anxiety and depressive states. Patients need to avoid food high in tyramine
Phenelzine 45–90 mg/day in divided doses <sup>48</sup>	
Mirtazapine 15–30 mg nocte <sup>49,50</sup>	
Vortioxetine 2.5–10 mg <sup>51</sup>	Standardised mean difference = –0.118, i.e. small effect size. Greater benefit for patients with severe GAD, HAMA $\geq 25$
<b>Experimental</b>	
Chamomile 220–1500 mg/day	Two RCTs, one positive, one negative, using standardised doses of chamomile and placebo <sup>52</sup>
<i>Gingko biloba</i> 240–480 mg/day	One positive RCT using two standardised doses of <i>Gingko biloba</i> and placebo <sup>53</sup>
Lavender oil preparation 80–160 mg/day	One positive RCT using standardised doses of lavender oil compared to placebo and paroxetine <sup>54</sup>
Riluzole 50–100 mg/day doses <sup>55</sup>	Liver function monitoring required
<b>Non-drug treatments<sup>25,56</sup></b>	
■ Applied relaxation	
■ CBT	
■ Exercise	

CBT, cognitive behavioural therapy; GAD, generalised anxiety disorder; HAMA, Hamilton Anxiety Rating Scale; MAOI, monoamine oxidase inhibitor; MR, modified release; RCT, randomised controlled trial; SNRI, serotonin–noradrenaline reuptake inhibitor; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor; TCA, tricyclic antidepressant.



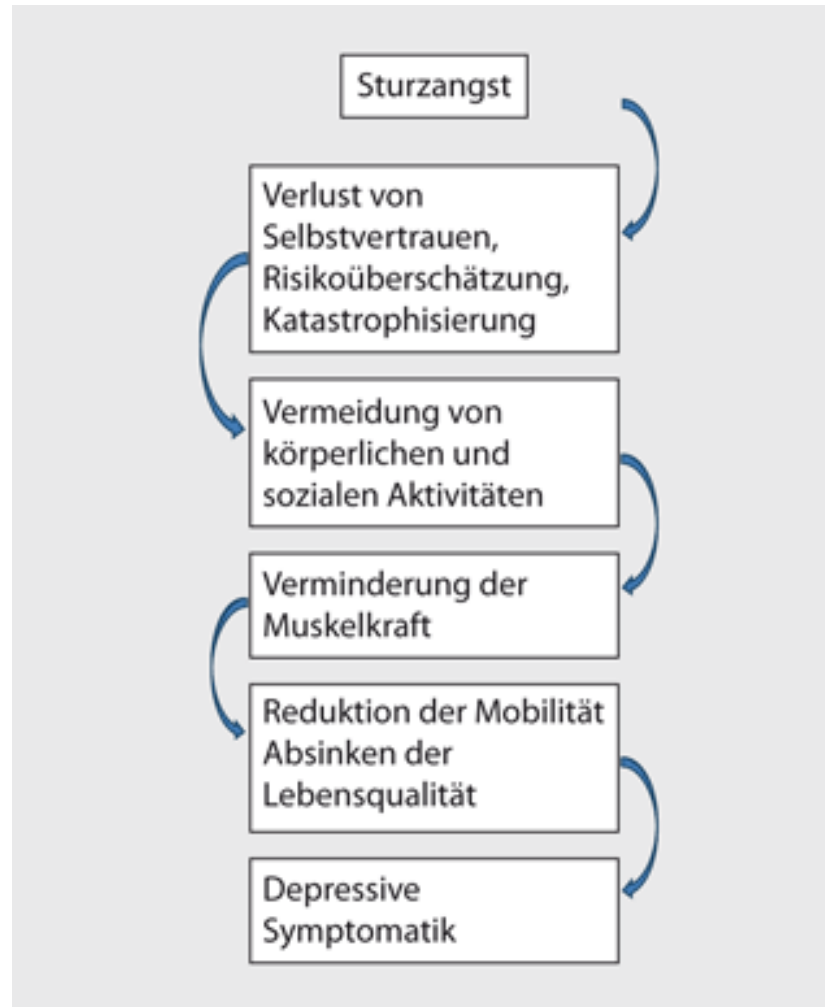
# Stürze- Fallangst

- *Etwa ein Drittel der über 65-Jährigen und etwa die Hälfte der über-85-Jährigen stürzt ungefähr einmal pro Jahr*
- *Pflegeheimbewohner haben ein erhöhtes Sturzrisiko, (Frauen mehr).*
- *10 bis 20 % der Stürze gehen mit behandlungsbedürftigen Verletzungen einher.*
- *5 % der Stürze führen zu Knochenbrüchen*
- *1 bis 2 % zu Hüftfrakturen*
- *Angst vermindert die posturale Stabilität*



# Stürze mit schweren Folgen

- *Etwa ein Drittel der Hochbetagten stirbt innerhalb eines Jahres nach stationärer Behandlung einer Hüftfraktur.*
- *Die Hälfte erlangt ihre ursprüngliche Beweglichkeit nicht mehr zurück*
- *20 Prozent werden ständig pflegebedürftig.*
- *Aber auch bei weniger folgenschweren Stürzen sind die Heilungsprozesse oft langwierig, und das Selbstvertrauen erhält einen Dämpfer. Hinzu kommt die Angst, erneut zu stürzen. Sie ist oft belastender als die Stürze selbst.*
- *Schätzungen gehen davon aus, dass etwa **25 bis 50 Prozent** aller Älteren mehr oder weniger stark unter Sturzangst leiden, Frauen sind mehr betroffen als Männer, ebenso Hochbetagte und Personen, die schon einmal schwer gestürzt sind.*





# Personenbezogene Risikofaktoren:

- *Muskelschwäche der Beine*
- *Arthrose in Knien und Hüfte*
- *Gebrechlichkeit*
- *Sturz in den letzten Monaten*
- *Störungen der Balance und des Gangs*
- *Einschränkungen von Sehen und Hören*
- *Depression, Demenz, Delir*
- *hohes Alter*
- *Herz-Kreislauf-Probleme, Blutdruckschwankungen,*
- *Einnahme sturzbegünstigender Medikamente (vor allem Psychopharmaka, Diuretika, Antihypertensiva, Antiarrhythmika)*
- *Einnahme von vier und mehr Medikamenten*
- *schlechtes Schuhwerk*
- *fehlende oder defekte Gehhilfen*



# Umgebungsbezogene Faktoren

- *Stolperfallen (Türschwellen, lose Teppichkanten und Kabel)*
- *schlechte Beleuchtung*
- *Treppen ohne Geländer*
- *rutschige, wacklige oder unebene Böden*
- *hohe Einstiege in Duschen und Wannen*
- *steile Wege und Treppen*
- *Mangel an Unterstützung und Beratung*



**Tab. 1** Deutsche Version der Falls Efficacy Scale – International Version (FES-I)

**Falls Efficacy Scale-International Version (FES-I)**

Wir würden Ihnen gerne einige Fragen darüber stellen, welche Bedenken Sie haben hinzufallen, wenn Sie bestimmte Aktivitäten ausführen. Bitte denken Sie noch mal darüber nach, wie sie diese Aktivität normalerweise ausführen. Wenn Sie die Aktivität z. Zt. nicht ausführen (z. B. wenn jemand ihren Einkauf erledigt), geben Sie bitte (trotzdem) eine Antwort um anzuzeigen, ob Sie Bedenken *hätten* zu stürzen, wenn Sie die Aktivität ausführen *würden*. Markieren sie bitte diejenige Angabe, die am ehesten ihrem eigenen Empfinden entspricht, um anzuzeigen welche Bedenken Sie haben zu stürzen, wenn Sie diese Aktivität ausüben

Aktivitäten	Keinerlei Bedenken 1	Einige Bedenken 2	Ziemliche Bedenken 3	Sehr große Bedenken 4
1 Den Hausputz machen (z. B. kehren, staubsaugen oder Staub wischen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 Sich an- oder ausziehen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3 Einfache Mahlzeiten zubereiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4 Ein Bad nehmen oder duschen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 In einem Laden einkaufen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6 Von einem Stuhl aufstehen oder sich hinsetzen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7 Eine Treppe hinauf- oder hinuntergehen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8 In der Nähe der Wohnung draußen umhergehen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9 Etwas erreichen, was sich oberhalb des Kopfes oder auf dem Boden befindet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10 Das Telefon erreichen, bevor es aufgehört zu klingeln	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11 Auf einer rutschigen Oberfläche gehen (z. B. wenn es nass oder vereist ist)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12 Einen Freund oder Verwandten besuchen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13 In einer Menschenmenge umhergehen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14 Auf unebenem Boden gehen (z. B. Kopfsteinpflaster, ungepflegter Gehweg)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15 Eine Steigung hinauf- oder hinunter gehen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16 Eine Veranstaltung besuchen (z. B. ein Familientreffen, eine Vereinsversammlung oder Gottesdienst)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Gesamtwert von >23 weist auf eine hohe Sturzangst





# Therapie der Fallangst

- *Kritisches Hinterfragen der verordneten Medikamente*
- *Physiotherapeutische Behandlung*
  - Krafttraining
  - Geschwindigkeitstraining
  - Posturales Gleichgewichtstraining
  - Terraintraining
  - Sturztraining (auch Üben des Wiederaufstehens)
  - Hilfsmittel





– *Psychotherapeutische Behandlung*

- Psychoedukation
- VT Strategien – Verhaltens und Bedingungsanalysen
- Entspannungstechniken
- Expositionsübungen
- Selbstwirksamkeitsverstärkung

– *Allgemein*

- Identifizieren von Gefahrenstellen („Stolperfallen“ etc.) in der häuslichen und externen Umgebung (26 % weniger Stürze - Cochrane 3/2023 )
- durch Aufräumen oder das Anbringen von Handläufen und rutschfesten Streifen an Treppen (38 Prozent weniger Stürze bei Menschen mit erhöhtem Sturzrisiko)



die  
elisabethinen

gesundheit & leben



Anzeige · 

Haben Sie Angst vorm Älterwerden? Jetzt an der großen ZEIT-Umfrage teilnehmen und als Dankeschön 4 Wochen DIE ZE... Mehr anzeigen

## DIE ZEIT - Umfrage



[www.zeit.de](http://www.zeit.de)

**DIE ZEIT - Umfrage**

Weitere Infos



## DIE ZEIT

Umfrage

Haben Sie Angst vorm Älterwerden?

- Ja
- Manchmal
- Nein
- Ich weiß nicht

---

Was macht Ihnen am Älterwerden  
am meisten Angst?

- Einsamkeit
- Ungewissheit
- Gesundheitszustand
- Finanzielle Situation
- Etwas anderes
- Gar nichts

Was würden Sie im Alter gerne tun?

- Reisen oder Ausflüge machen
- Studieren oder eine Ausbildung machen
- Kochen, Gartenarbeit oder Handwerk
- Kreativ tätig sein
- Lesen
- Etwas anderes
- Ich weiß nicht



# Haben sie Angst vor dem Alter?

- ***Alters Survey*** (Dittmann 2001):
  - bei Jüngeren Personen 40-46) zeigte sich eine deutlich größere Sorge und Angst vor nachlassender Gesundheit im Alter wie bei Älteren 70-86 jährigen
- ***Subjektive Sicht des Alterns*** : (Berliner Altersstudie 1996)
  - Je älter die Teilnehmer waren desto gesünder fühlten sie sich im Vergleich zu ihren peers !
- ***Akzeptanz des Alterungsprozesses*** :
  - Sind alternde Menschen in der Lage die Abnahme der Leistungsfähigkeit und Gesundheit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als einen natürlichen Prozess zu sehen dann können sie die Einschränkungen besser integrieren und haben eine wesentlich bessere Lebensqualität! (Buttler 2007)



die  
elisabethinen

gesundheit & leben

---

2018 verklagte Emile Ratelband die Gemeinde Arnhem, sein Geburtsjahr standesamtlich von 1949 auf 1969 zu ändern. Dies entspreche seinem körperlichen Zustand, und eine standesamtliche Änderung des Namens und des Geschlechts im Geburtenbuch sei ja auch statthaft. Außerdem müsse er mit dem Geburtsjahr 1949 Altersdiskriminierung befürchten. Die Rechtsbank von Gelderland wies die Klage am 3. Dezember 2018 in erster Instanz als unbegründet zurück.



# Wer die Zukunft fürchtet , verdirbt sich die Gegenwart

(Lothar Schmidt 1922)

