



**Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**  
**Medizinische Fakultät Mannheim**  
**Dissertations-Kurzfassung**

**Ernährungsstatus, körperliche Fitness und  
Körperzusammensetzung bei Patienten mit mittelschwerer und  
schwerer geriatrischer Depression**

Autor: Ulrike Ulrich  
Institut / Klinik: Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim (ZI)  
Doktorvater: Prof. Dr. S. Schwarz

**Hintergrund:** Gewichtsverlust und Inaktivität gehören zu den Kernsymptomen der Major Depression. Ältere Menschen haben allgemein ein stark erhöhtes Risiko für Mangelernährung, Sarkopenie, Multimorbidität und Gebrechlichkeit. Diese Faktoren sind nicht nur Prädiktoren einer erhöhten Morbidität und Mortalität, sondern können potentiell auch die Entstehung und Verlauf der Depression im höheren Lebensalter beeinflussen. Ziel dieser prospektiven, kontrollierten Kohortenstudie war die Beschreibung des Ernährungszustandes, der körperlichen Fitness und der Körperzusammensetzung bei 30 stationär behandelten älteren Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Depression bei Behandlungsbeginn und nach vier Wochen im Vergleich mit 30 psychisch gesunden Kontrollpersonen. **Methode:** 30 Patienten mit geriatrischer Depression (19/11 Frauen/Männer, 75,1±7,0 Jahre, MÅDRS 26(5-48) in stationärer psychiatrischer Behandlung und 30 gesunde Kontrollpersonen (21/9 Frauen/Männer, 71,8±7,2 Jahre, MÅDRS 1,5(0-6)). Die Patienten wurden bei Behandlungsbeginn und nach vier Wochen Therapie untersucht. Bei allen Untersuchungspunkten wurden Körperzusammensetzung (Bioimpedanzanalyse BIA), Ernährungsstatus (Mini-Nutritional-Index MNA, BMI), körperliche Fitness (Short Physical Performance Battery SPPB, Handgrip) und Laborwerte für Inflammation, HPA-Achse, Mangelzustände und Appetitregulation berücksichtigt. Die klinischen Befunde wurden mit üblichen Skalen (MÅDRS, BPRS, MMSE, Rankin, Charlson Comorbidity CCI) erfasst.

**Ergebnisse:** Im Vergleich zu den Kontrollpersonen hatten die Patienten mit Depression eine höhere Komorbidität (CCI 2(0-10) vs. 0(0-2);  $p<0.01$ ), eine ungünstigere Körperzusammensetzung (Phasenwinkel BIA 5,17±0,8 vs. 5,67±0,7;  $p<0.05$ ), einen schlechteren Ernährungsstatus (MNA 13,75(7-25) vs. 28,5(22,5-30,0),  $p<0.01$ ) und eine schlechtere Fitness (SPPB 7,5(0-12) vs. 12(6-12);  $p<0.05$ ; Handgrip 46,15±20,6 vs. 65,80±18 kg;  $p<0,01$ ). 23/30 Patienten, jedoch keine gesunden Kontrollpersonen, waren nach dem MNA kritisch mangelernährt. Die Patienten hatten im Vergleich mit den Kontrollpersonen niedrigere Serumwerte für FT3 und Zink sowie höhere Werte für Cortisol, Homocystein, saures  $\alpha$ -1-Glykoprotein und CRP ( $p<0.05$ ). Nach vier Wochen Therapie besserte sich der MÅDRS von 26(5-48) auf 9 (0-33). Im Vergleich mit der Ausgangsuntersuchung besserten sich parallel auch die Parameter für Körperzusammensetzung und Fitness (Handgrip, BIA-Parameter, SPPB) ( $p<0.05$ ).

**Diskussion:** Die überwiegende Mehrzahl der Patienten mit geriatrischer Depression ist erheblich mangel- bzw. fehlernährt. Im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen haben Patienten mit Depression eine ungünstigere Körperzusammensetzung, eine erheblich schlechtere körperliche Fitness, ein grösseres Ausmaß an somatischer Komorbidität sowie höhere Laborparameter für Inflammation und ein höheres Serumcortisol. Parallel zur Besserung der Depression kommt es nach 4 Wochen antidepressiver Therapie zu einer Besserung der untersuchten Parameter für die körperliche Fitness.