

WISSEN AKTUELL

SwissFamilyDocs Conférence und Kongress CMPR 2016

Ensemble! Zusammen!



Anfang September fand zum ersten Mal ein gemeinsamer Kongress von SwissFamilyDocs und dem Kollegium für Hausarztmedizin statt. Das Motto des Kongresses « Ensemble! Zusammen » lag daher nahe. Wir waren vor Ort und präsentieren Ihnen nachfolgend zwei Beispiele aus dem reichhaltigen Themenangebot.

« Frau Doktor, ich kann nicht schlafen »

Bei bis zur Hälfte der Bevölkerung treten immer wieder Schlafstörungen auf, die sich bei 10% als Insomnie manifestieren. Frauen sind hiervon häufiger betroffen als Männer und die Einnahme von Schlafmitteln steigt mit dem Alter an. Für die Diagnose und Therapie dieser Beschwerden empfiehlt sich interdisziplinäres Arbeiten zwischen Hausarzt und Psychiater. Wobei die organmedizinische Abklärung schlafbezogener Erkrankungen durch die psychiatrisch-psychosomatische Evaluation ergänzt wird.

Schlafstörungen, so Dr. med. Miriam Straub, Psychiaterin und Psychotherapeutin in Stadelhofen und der Klinik Barmelweid, sind sehr häufig auftretende Beschwerden. Chronisch (>Monate) gestörter Schlaf beeinträchtigt die Lebensqualität und stellt ein Risiko für körperliche und psychische Erkrankungen und häufig auch für die Beziehung dar. Assoziiert ist Insomnie mit Nachtsymptomen wie Ein- und Durchschlafstörungen, frühmorgentlichem Erwachen, verminderter Schlafqualität und möglicherweise auch mit Tagessymptomen wie Tagesmüdigkeit, Konzentrationsproblemen, sowie Gedächtnis- und affektiven Störungen. Schlafstörungen sind eine komplexe Erkrankung, die viele Ursachen haben kann. Eine sorgfältige Anamnese ist daher unerlässlich.



Dr. med. M. Straub

Neben spezifischen Schlafstörungen infolge « Restless legs Syndrom » oder Schlafapnoe können auch psychische Erkrankungen (Depression, Angst, Alkoholismus, Demenz, Schizophrenie, Stress), somatische Ursachen (Schmerz, Pharmaka, Parkinson, Asthma, COPD etc.) oder exogene Faktoren (Schichtarbeit, schlafinkompatible Verhaltensweisen) zu Insomnie führen. Psychische Erkrankungen sind häufig schambesetzt und schwierig zu diagnostizieren bzw. als Ursache anzunehmen. Fragebögen (HADS, BDI, MBI) oder eine Fremdanamnese können hier hilfreich sein.

Können somatische und psychische Ursachen ausgeschlossen werden, liegt eine primäre nicht-organische Insomnie vor. Gründe können belastende Lebensereignisse, Sorgen, Ärger, Angst, Trauer, Resignation, Depression, Unruhe, Anspannung, Einschränkung der Aktivitäten, lange Bettliegezeiten, Schlafen am Tag, verschobener Biorhythmus und Konditionierung (erlernte den Schlaf-störende Gewohnheiten) sein. Zu beachten ist ferner, dass Depressionen Schlafstörungen verursachen können, umgekehrt aber Schlafmangel auch Depressionen auslösen kann. Schlafstörungen führen ferner schnell zu Angst und weiteren Schlafstörungen oder Depression.

Verschiedene weit verbreitete Fehlannahmen lassen fälschlicherweise Schlafstörungen vermuten. So dauert gesunder Schlaf nicht mindestens 8h, denn der Schlafbedarf ist individuell verschieden. Zwar benötigt die Mehrheit der Menschen 7-8h Schlaf, aber es gibt Kurzschläfer, die nur 4-5 h, Langschläfer dagegen mehr Schlaf benötigen. Ebenso wenig hängt die Tagesform von der Schlafqualität ab oder bedarf gute Leistungsfähigkeit 7-8 h Schlaf. Das Bewusstsein schaltet nie ganz ab d.h. es entsteht der falsche Eindruck, nicht zu schlafen. Ebenfalls

TAB. 1	Schlafhygieneregeln
Regelmässige Bettzeiten, ca. 7h pro Nacht	
Kein Tagesschlaf und kein Fernsehschlaf	
Kein Alkoholkonsum vor der Bettzeit	
Kein Kaffeekonsum 4–8h vor der Bettzeit	
Kein Essen oder Trinken vor/während der Bettzeit	
Ev. kein Sport nach 20 Uhr	
Angenehme Schlafumgebung	
Pufferzone Tag/Nacht	
Zubettgehritual	
Das Bett ist nur zum Schlafen da!	
Kein Licht nachts, Tageslicht am Morgen	
Keine Uhr nachts	

TAB. 2	Medikamentöse Therapieoptionen bei Schlafstörungen	
Benzodiazepine/Nichtbenzodiazepine		
Wirkdauer -	kurz	Dormicum
	mittel	Xanax, Seresta, Temesta, Lexotanil
	lang	Rivotril, Valium, Dalmadorm
zu beachten	Nach Möglichkeit keine kurzwirksamen Benzodiazepine	
	Kein abruptes Absetzen	
	Einsatzdauer beschränken	
	Nur kleine Packungen verschreiben	
Zolpidem, Imovane, Sonata	Mehr schlafanstossend, weniger angstlösend, kurzwirksam	
Antidepressiva (off label ausser Doxepin)		
	Remeron, Trittico, Surmontil, sarotr, Sinquan	
zu beachten:	Niedrige Dosis, 30 min vor Bettgezeit	
	Kein Suchtpotential, keine Muskelrelaxation, kein Absetzphänomen	
	Mehr Nebenwirkungen Cave: Interaktionen (QT-Zeit), weniger Traumschlaf, RLS	
Valdoxan	Resynchronisiert circadiane Rhythmen, verkürzt Einschlafen, aufhellende Wirkung, nebenwirkungsarm, Leberfunktionstests durchföhren!	
Neuroleptika		
	Prazine, Nozinan, Truxal, Dipiperon, Seroquel, Olanzapin	
zu beachten	Kein Abhängigkeitspotential	
	Nebenwirkungen : Spätdyskinesien	
	Bei psychiatrischer Komorbidität: Psychose, Schizophrenie	
Weitere Substanzen		
Antihistaminika	Benocten, Sanalepsi N	
	Cave: Überhang, Abhängigkeit? Nebenwirkungen, Delir im Alter	
Melatonin	Bei Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen, Jetlag	
Pflanzliche Präparate	Hopfen, Baldrian, Passionsblume, Melisse, Kawan	

Take-Home Message
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Insomnie hat häufig einen guten Grund! ◆ genügend Zeit für Anamnese und Beratung ◆ Differenzialdiagnosen beachten, Fremdanamnese ◆ nicht-medikamentöse Therapiemöglichkeiten ◆ gezielte Medikation, Nachkontrollen

bedeutet nächtliches Aufwachen nicht, schlecht zu schlafen. Wer zu wenig schläft wird weder krank noch verrückt. Dagegen ist menschliches Verhalten rhythmisch bedingt d.h. das Gehirn benötigt Zeit zum Lernen oder um sich an neue Situationen anzupassen.

Bei älteren Personen, die über Schlafstörungen klagen, hilft oft Aufklärung darüber, dass im Alter der Tiefschlafanteil sinkt oder völlig fehlt, der Remschlaf-Anteil ab- und die Aufwachhäufigkeit zunimmt, der Schlaf-Wach-Rhythmus instabiler wird und der Tagschlaf ansteigt. Dies sind biologisch bedingte physiologische Prozesse. Hilfreich für die Verbesserung der Schlafqualität können Aktivitäten am Tag sein. Die Therapie der Insomnie sollte in schlafhygienischen Verbesserungsmaßnahmen und entsprechend der Ursache, der Symptomatik, dem Alter und den Komorbiditäten des Patienten erfolgen.

An nicht-medikamentösen Massnahmen zur Verbesserung der Schlafdauer und -qualität stehen Schlafhygieneregeln (Tab.1), «Anhörung», Aufklärung und Beratung, Schlafrestriktion, Lichttherapie, Entspannungsverfahren (PMR, Autogenes Training, Biofeedback, Yoga, Meditation), Psychotherapie und «Kognitiv-behaviourale Insomnietherapie» zur Verfügung.

Eine kurzzeitige medikamentöse Entlastungstherapie unterscheidet sich von einer Langzeittherapie, bei der Suchtgefahr besteht. Schlafmittel sind zeitlich begrenzt einzusetzen und das Absetzen im Voraus zu planen. Medikamentöse Therapieoptionen sind Benzodiazepine, Antidepressiva und Neuroleptika (Tab. 2). Eine medikamentöse Therapie kann Entlastung bringen und Chronizität, Depression und Erschöpfung vorbeugen. Medikamente sind jedoch als «Helfer nicht als Heiler» zu verstehen.

Mangelernährung und Sturzabklärung im Alter

Mangelernährung

Mangelernährung, Dr. med. Natascha Deloséa, Bern, ist beim geriatrischen Patienten keine Seltenheit. Die Prävalenz liegt für Patienten zu Hause lebend bei 10–28%, im Spital bei 40–50%, in Rehabilitation bei 50% und in Alters- und Pflegeheimen bei 14–60%. Gewichtsverlust bedeutet bei einem älteren Patienten auch Muskelverlust und der Aufbau beider ist im Alter erschwert (im Alterungsprozess vom 25. bis 70.–80. Lebensjahr verliert ein Mensch 30–40% seiner ursprünglichen Muskelmasse). Gemäss den Empfehlungen der Gesellschaften für Ernährungsmedizin und Geriatrie (EUGMS -European Union Geriatric Medicine Society) braucht



Dr. med. N. Deloséa

ein jugendlicher Mensch täglich 0.8 g Protein pro kg KG und Personen über 65 Jahre 1.2–1.5 g/kg KG. So unterhält Malnutrition v.a. Mangel an Proteinen einen Kreislauf von Muskelabbau, Inaktivität, Sarkopenie und Abhängigkeit von Dritten – kurz Frailty (Fried et al. Cycle of Frailty). Die Malnutrition mit Protein- bzw. Energiemangel führt zusätzlich zu einer herabgesetzten Immunantwort mit in Folge erhöhter

Anfälligkeit für Infekte, Wundheilungsstörungen und einem gesteigerten Risiko für Dekubitus. Eine Studie (Boumendejei N et al. Lan-

et 2000;356:563L) zeigte, dass die Rate an Rehospitalisierungen mit dem Füllungsstatus des Kühlschranks korreliert war gemäss dem Motto «In frigo veritas».

Gute Hilfsmittel zur Abklärung, ob eine Mangelernährung vorliegt, sind der NRS (Nutrition Risk Scale) und MNA (Mini Nutritional Assessment).

Gangstörungen und Sturzrisiko

Die häufigsten Stürze ereignen sich mit 31% infolge umgebungsassoziierter Unfälle, 17% sind Folgen von Gang- und Gleichgewichtstörungen, 13% von Schwindel, 9% von Drop attack und 3% von orthostatischen Störungen (Rubenstein et al. Falls in older people, risk factors and strategies for prevention. Age Ageing 2006;35).

Bei den Risikofaktoren für Stürze werden intrinsische Faktoren, wie höheres Alter, zurückliegende Stürze, weibliches Geschlecht, mehr als 4 Medikamente pro Tag, Polymorbidität, Inkontinenz, reduzierte kognitive Leistung (u. a. Handlungsplanung von Bewegungsabläufen), «Post fall Syndrom», Schmerzen, Gelenkprobleme, Sehstörungen und Mangelernährung, von extrinsischen Faktoren, wie Wohnumgebung (Teppiche, Türschwellen, schlechte Beleuchtung), nicht angepasste Schuhversorgung, falsch eingestellte Gehstöcke oder Rollatoren, unterschieden.

Aus den Statistiken der BfU geht hervor, dass in der Schweiz jährlich 80 000 über 65-Jährige stürzen und 90% der 1300 an Sturzfolgen Versterbenden über 65 Jahre alt sind. Die jährlichen Kosten der Gestürzten über 65-Jährigen betragen 1.4 Milliarden Sfr. Neben einem erhöhten Mortalitätsrisiko sind Stürze bei älteren Personen häufig mit Mobilitätseinbussen nach Frakturen assoziiert.

Muskelschwäche erhöht hierbei das Sturzrisiko um das 4.4-Fache und Gang- und Balancestörungen um das 3-Fache.

Die Gehfähigkeit hängt vom Zusammenspiel verschiedener Faktoren bzw. Funktionen, wie dem Innenohr, Propriozeption, Beweglichkeit der Gelenke, Nervensystem, Muskulatur, Augen, Gehör und kardiopulmonale Ausdauer, ab. Das Sturzrisiko kann quantitativ mittels verschiedener Tests beurteilt werden (Timed up & Go-Test, Gehgeschwindigkeit). Um Gangstörungen beurteilen zu können, ist es wichtig die 8 Gangphasen eines Gangzyklus (60% Standphase und 40% Schwungphase) zu kennen und eine strukturierte Ganganalyse durchzuführen.

▼ Dr. Heidrun Ding

Quelle : SwissFamilyDocs Conference / Kongress CMPR, Montreux, 8.–9.9.2016