



Selbstmedikation bei Senioren

Möglichkeiten und Grenzen bei verschiedenen Symptomen

Elisabeth Thesing-Bleck und Iris Hinneburg | Gesundheitsbeschwerden führen viele Menschen zuerst in die Apotheke. Von den rund 4 Millionen Apothekenkunden pro Tag kommt mehr als jeder Zweite in die Offizin, um ein Arzneimittel zu erwerben, das nicht vom Arzt verordnet ist. Etwa 30 Prozent der Kunden mit Selbstmedikationswunsch sind über 60 Jahre alt.

Rund zwei Drittel der Selbstmedikationskunden in der Apotheke äußern einen Präparatwunsch, jeder Dritte schildert ein Krankheitsbild. Gerade bei Senioren sind jedoch viele Beschwerden nicht eindeutig: Sie können durch den natürlichen Alterungsprozess bedingt sein, auf leichten Gesundheitsstörungen beruhen oder auf ernsthafte Erkrankungen sowie auf Nebenwirkungen von Medikamenten hinweisen. Daher muss der Apotheker prüfen, ob eine Selbstmedikation überhaupt möglich ist: Sind die Beschwerden auf das Alter zurückzuführen? Lassen sie sich in der Selbstmedikation behandeln? Oder soll der Patient besser einen Arzt aufsuchen?

Symptom: Probleme mit der Blase

Probleme rund um die Blasenentleerung nehmen im fortgeschrittenen Alter zu. Die kompetente Beratung in der Apotheke erschöpft sich jedoch bei

Weitem nicht im diskreten Verkauf von Inkontinenzprodukten. Vor allem muss der Apotheker beachten, dass Harninkontinenz ein tabuisiertes Thema ist. Den Betroffenen ist die Blasenschwäche oft so peinlich, dass sie nicht einmal mit ihrem Hausarzt darüber sprechen. Zugleich ist der individuelle Leidensdruck sehr hoch. Nicht selten ist Harninkontinenz auch ein Grund für Pflegebedürftigkeit. Dabei ist Inkontinenz im Alter kein unausweichliches und unabänderliches Schicksal. Die Prävalenz dieses Symptoms nimmt zwar mit steigendem Alter zu – etwa 30% der über 65-Jährigen sollen an Symptomen der Harninkontinenz leiden –, doch betrachten Altersmediziner Inkontinenz nicht als einen Teil des physiologischen Alterungsprozesses. Grundformen der Harninkontinenz sind

- Dranginkontinenz,
- Stressinkontinenz,
- Überlaufinkontinenz und
- funktionelle Inkontinenz.

Allerdings können auch Mischformen vorkommen. Hinter allen Formen können sich eine Reihe von Erkrankungen und anderen Faktoren verbergen (siehe Tab. 1) [17]. Bei älteren Patienten ist es daher wichtig, nicht nur diskret Inkontinenzprodukte zu verkaufen, sondern auch darauf hinzuweisen, dass die Ursache der Blasenschwäche ärztlich abgeklärt werden sollte. In einigen Fällen kann die Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung die Blasenentleerungsstörungen verbessern, in anderen Fällen kann eine gezielte therapeutische Intervention die Beschwerden lindern. Dazu gehören beispielsweise physiotherapeutische Übungen zur Stärkung des Beckenbodens bei der Stressinkontinenz oder Arzneimittel zur Behandlung eines benignen Prostatasyndroms [17].

Wenn ältere Kunden in der Selbstmedikation Inkontinenzprodukte oder Präparate verlangen, die für die Indikation Harndrang und Blasenschwäche beworben werden, sollte in der Apotheke auch immer ein Blick auf die eingenommenen Medikamente geworfen werden. Denn einige Arzneimittel können eine Harninkontinenz verursachen oder verstärken. Dazu zählen Diuretika, α -Rezeptoragonisten sowie Arzneistoffe mit anticholinergischer Wirkung (etwa Neuroleptika, Antidepressiva, Biperiden), die Harnverhalten und nachfolgend eine Überlaufinkontinenz auslösen können. Calciumantagonisten können durch Flüssigkeitsretention und Nykturie ebenfalls zu einer Inkontinenz beitragen. Paradoxerweise kann diese Nebenwirkung auch bei Anticholinergika wie Oxybutynin auftreten, die zur Behandlung der Dranginkontinenz eingesetzt werden [18]. Wenn Diuretika zur Pharmakotherapie gehören, sollten die Patienten das Arzneimittel möglichst nicht abends einnehmen, um nächtlichen Harndrang zu vermeiden [17].

Ein Miktionsprotokoll, das die Blasenentleerungen, eventuelle Inkontinenzepisoden und die Flüssigkeitszufuhr festhält, kann eine gute Vorbereitung für den Arztbesuch sein. Entsprechende Vordrucke oder Hefte bieten etwa die Hersteller von Präparaten gegen Blasenschwäche oder die Deutsche Kontinenz Gesellschaft ebenso an wie Broschüren zum Thema, die den Einstieg in ein Beratungsgespräch erleichtern können. Wenn Senioren unter Blasenschwäche leiden, sollen sie auf keinen Fall vorsorg-

lich die Trinkmenge reduzieren. Denn damit verstärkt sich die Gefahr einer Exsikkose, was weitere Probleme mit sich bringt [17].

Bei geriatrischen Patienten spielen häufig auch funktionelle Aspekte bei der Harninkontinenz eine Rolle, etwa wenn durch die eingeschränkte Mobilität oder eingeschränktes Sehvermögen nachts die Toilette nicht schnell genug erreicht werden kann oder die Senioren Angst vor Stürzen haben. Hilfsmittel wie etwa Urinflaschen und Hinweise an die Betroffenen oder Angehörigen können dann helfen, das Inkontinenzproblem zu verbessern [14].

Der Nutzen von Präparaten mit β -Sitosterol oder Sägepalmenextrakten beim benignen Prostatasyndrom ist unter Experten umstritten. In früheren Studien fanden sich Hinweise, dass die Präparate die Symptomatik verbessern, auch wenn kein Einfluss auf die Progression der Prostatavergrößerung gezeigt werden konnte [10]. In einer neueren Untersuchung ließ sich allerdings auch mit qualitativ hochwertigen Präparaten auf der Basis von Sägepalmenextrakt keine Verbesserung der Symptome beim benignen Prostatasyndrom finden [21].

Symptom: Schwindel

Schwindel ist im Alter ein häufiges Symptom. So berichten bei über 70-Jährigen zwischen 50 und 60% der Patienten über entsprechende Beschwerden. Bekannt ist, dass mit fortschreitendem Alter sich verschiedene Strukturen des Gleichgewichtssystems verändern. Trotzdem ist Schwindel kein typisches Alterszeichen, das unkritisch akzeptiert werden sollte. Denn die Beschwerden können auf eine ganze Reihe von pathologischen Veränderungen zurückgehen: So kann beispielsweise eine primäre Erkrankung des Gleichgewichtsorgans vorliegen, aber auch nicht-vestibuläre Krankheiten. Mögliche Differentialdiagnosen umfassen unter anderem orthostatische Veränderungen, Hypoglykämien, Morbus Parkinson, zerebrale vaskuläre Störungen, kardiale Synkopen und Arrhythmien. Gleichzeitig ist Schwindel ein multifaktorielles Geschehen, an dem nicht nur die eigentliche Erkrankung, sondern auch weitere alters- oder krankheitsbedingte Faktoren beteiligt sind. So können etwa Senioren mit Erkrankungen des Bewegungsapparates Schwindel

Tab. 1: Einteilung der Harninkontinenz (modifiziert nach [17, 18])

Form	Ursache
Dranginkontinenz – gehäufte heftiger Harndrang mit spontanen Blasenentleerungen	Überaktivität des Detrusors wegen Reizblase, Harnwegsinfekte, ZNS-Erkrankungen
Belastungsinkontinenz – unfreiwilliger Harnverlust bei erhöhtem abdominellem Druck, etwa beim Niesen, Lachen, Heben, Bücken	Schwäche von Blasenphinkter und Beckenboden, etwa nach Geburt oder Prostataoperation
Überlaufinkontinenz – Blasenentleerung bei erhöhtem Druck in der Harnblase	Obstruktionen durch BPS oder Prostatakarzinom; neurogene Störungen des Detrusors durch anticholinerge Medikamente, bei diabetischer Neuropathie oder Bandscheibenvorfall (Cauda-equina-Syndrom)
Funktionelle Inkontinenz – bei intakter Anatomie und Physiologie der Harnwege	Neurologische Erkrankungen (Demenz), Störungen von Mobilität oder Kognition, fehlende Hilfsmittel, unzureichende Anpassung der Umgebung

durch orthostatische Dysregulation schlechter kompensieren. Deshalb ist Schwindel im Alter auch häufig ein Risikofaktor für Stürze [15,16].

Wenn Senioren in der Apotheke über Schwindel klagen, sollten sie umgehend an den Hausarzt verwiesen werden, damit eine Differentialdiagnose erfolgen kann. Auch fachärztliche Beratung (HNO, Neurologie) kann hilfreich sein. In der Apotheke sollte aber auf jeden Fall überprüft werden, ob Medikamente an der Schwindelsymptomatik beteiligt sind. So kann Schwindel als Nebenwirkung bei einer Reihe von Arzneimitteln zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auftreten (etwa Diuretika, Betablocker, Vasodilatoren), aber auch bei zahlreichen Psychopharmaka, Muskelrelaxanzien, Opioid-Analgetika und Antikonvulsiva [4, 5]. Dimenhydrinat ist für die Behandlung von Schwindel zwar zugelassen, kommt aber leitliniengerecht nur relativ selten und bei wenigen Indikationen zum Einsatz [16]. Für die Selbstmedikation von Schwindel bei Senioren ist es aufgrund der starken anticholinergen Nebenwirkungen nicht geeignet [17]. Ginkgo ist zugelassen für die Behandlung von Schwindel durch vaskuläre Ursachen. Einige kleinere Studien haben zwar eine Wirksamkeit gezeigt [6], die Aussagekraft in Bezug auf den Nutzen ist aber unter anderem durch die kleinen Fallzahlen fraglich. Eine gute Anlaufstelle für eine umfassende Diagnostik kann eine Schwindelambulanz sein, die es in vielen größeren Städten gibt.

Symptom: Vergesslichkeit

Dass mit dem Alter das Gedächtnis nachlässt, wird von vielen älteren Menschen als natürlich betrachtet. Doch nimmt die geistige Leistungsfähigkeit nicht pauschal ab: Altersmediziner beschreiben, dass bei gesunden Senioren zwar die Zugriffszeiten auf Gedächtnisinhalte etwas verlängert sind, die auf Erfahrung aufbauenden Leistungen („kristalline“ Intelligenz) dagegen kaum abnehmen [19].

Allerdings können Alterungserscheinungen auch in Formen leichter kognitiver Beeinträchtigungen (mild cognitive impairment, MCI) übergehen. Beim MCI vergessen die Betroffenen Informationen, an die sie sich vorher leicht erinnert haben, etwa Verabredungen, Telefongespräche oder für sie interessante Ereignisse wie Termine von Bundesligaspielen. Die Bewältigung des Alltags ist in der Regel nicht eingeschränkt. Patienten mit MCI haben ein erhöhtes Risiko, in den nächsten Jahren an einer Demenz zu erkranken [11]. Wenn neu entstandene kognitive Störungen länger als ein halbes Jahr bestehen und die Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigen, stellen Altersmediziner die Diagnose Demenz. Am häufigsten sind daran neurodegenerative Erkrankungen wie die Alzheimer-Krankheit oder Demenz bei M. Parkinson beteiligt, gefolgt von vaskulären Demenzen [17].

Gedächtnisstörungen oder dementive Symptome können aber auch durch eine ganze Reihe anderer Faktoren ausgelöst werden, wie endokrine Störungen, Elektrolytverschiebungen oder Erkrankungen mit Raumforderungen im Gehirn. Auch Medikamente können Gedächtnisstörungen auslösen oder

verstärken. Dazu gehören etwa Psychopharmaka und Arzneimittel mit zentralnervösen Nebenwirkungen sowie Antihypertonika [19].

Klagen Senioren in der Apotheke über Gedächtnisschwäche oder Vergesslichkeit, sollte also dringend ein Arztbesuch zur genauen Abklärung empfohlen werden. In einigen Städten gibt es auch „Gedächtnisambulanzen“ mit spezialisierten Ärzten.

Mit welchen Maßnahmen sich der geistige Abbau aufhalten lässt, ist unter Fachleuten umstritten. Eine neuere Übersichtsarbeit hat modifizierbare Risikofaktoren der Demenz untersucht. So hat sich in epidemiologischen Studien gezeigt, dass vermehrte körperliche Aktivität, Trainingsprogramme zur Erhöhung der kognitiven Reserve und ein moderater Alkoholkonsum das Risiko verringern, während Übergewicht und Raucher ein erhöhtes Risiko haben. Auch wird eine Assoziation zwischen Demenz und den Erkrankungen Hypertonie, Diabetes, Schlaganfall und Hypercholesterinämie berichtet. Auch Depressionen können zur Entwicklung einer Demenz beitragen [13, 20].

Interventionsstudien zur Prävention der Demenz sind dagegen bisher enttäuschend verlaufen. Ein Nutzen von Vitamin E, B-Vitaminen oder Ginseng ist bisher nicht eindeutig nachgewiesen [1, 20]. Auch die Datenlage zu Ginkgo-Extrakten ist widersprüchlich. So haben große randomisierte placebo-kontrollierte Studien keinen Nutzen zur Demenzprävention gezeigt [2, 3, 14]. Die Ergebnisse der GuidAge-Studie, die die Wirksamkeit eines standardisierten Ginkgo-Extraktes an Patienten mit beginnenden Gedächtnisstörungen untersuchte, sind noch nicht vollständig publiziert.

Symptom: Akute Verwirrtheit

Mit fortschreitendem Lebensalter steigt das Risiko, einen akuten Verwirrheitszustand (Delir) zu erleiden, stark an. Unter Delirien versteht man Verwirrheitszustände, die durch mehrere Symptome gekennzeichnet sind. Die Anzeichen treten in der Regel gleichzeitig auf [14]:

- Störung der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins,
- globales kognitives Defizit,
- Störungen der Psychomotorik,
- dementsprechend sowohl hyperaktive als auch hypoaktive klinische Erscheinungsbilder,
- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus,
- emotionale (affektive) Störungen.

Ältere Menschen sind dafür besonders gefährdet, insbesondere dann, wenn noch weitere Risikofaktoren hinzukommen. Ein Beispiel: Die Einnahme von Arzneimitteln mit anticholinergen Nebenwirkungen erhöht bei älteren Patienten das Risiko für ein akutes Delir. Kommt dann noch ein Flüssigkeitsverlust beispielsweise durch starkes Schwitzen im Sommer hinzu, steigt die Gefahr noch weiter an.

Verwirrtheit als Nebenwirkung

Von einigen Arzneimitteln oder Arzneimittelklassen sind akute Verwirrheitszustände als unerwünschte Arzneimittelwirkung bekannt. Besonders

Verwirrt durch Arzneimittel

Bei älteren Menschen häufig eingesetzte Arzneimittel, die akute Verwirrheitszustände auslösen können (nach [8, 14])

- Antidepressiva, insbesondere trizyklische
- Neuroleptika
- Lithium
- Benzodiazepine
- L-Dopa, Dopaminagonisten
- Atropin und Scopolamin
- Beta-Lactam-Antibiotika
- Diuretika
- Betablocker
- H₂-Blocker (z. B. Cimetidin und Ranitidin)
- Antiepileptika
- Analgetika (NSAR und Opiate)
- Herzglykoside und Theophyllin (dosisabhängig)

Arzneistoffe mit anticholinergen Eigenschaften haben ein hohes Risikopotenzial, bei älteren Menschen ein Delir auszulösen. Aber auch andere Arzneistoffe können an der Entstehung eines Delirs beteiligt sein (siehe Kasten) [8].

Einige Formen von akuten Delirien verlaufen so spektakulär, dass man den betroffenen Patienten in der Apotheke kaum begegnet, weil sie zügig ärztlich behandelt werden. Andererseits gibt es aber auch

unauffällige Verlaufsformen, die häufig falsch interpretiert werden. Altersmediziner gehen davon aus, dass etwa zwei Drittel aller Delirien nicht als solche erkannt werden [14]. Hier gilt es, in der Apotheke ganz besonders wachsam zu sein, etwa wenn Arzneimittel verordnet sind, die ein besonders hohes Risiko für entsprechende Nebenwirkungen haben.

In fast allen Fällen werden akute Delirien durch Schlafstörungen eingeleitet. Gleichzeitig können OTC-Präparate zur Schlafförderung, die Antihistaminika wie Doxylamin enthalten, aufgrund der anticholinergen Nebenwirkungen auch selbst Delirien auslösen. Deshalb ist bei älteren Patienten, die rezeptfreie Schlafmittel verlangen, besondere Aufmerksamkeit geboten [7, 8].

Weitere Ursachen für akute Verwirrtheit

Neben den Arzneimitteln können auch viele nicht stoffliche Triggerfaktoren ein Delir auslösen. Das wichtigste Risiko ist das fortgeschrittene Lebensalter selbst. Menschen mit Demenz sind zusätzlich zu ihren kognitiven Einschränkungen auch für das Auftreten von akuten Delirien gefährdet. Aber auch Infekte können sich als akute Verwirrheitszustände zeigen. Störungen im Elektrolyt- und Wasserhaushalt können ebenfalls akute Bewusstseinsstörungen hervorrufen. Der Flüssigkeitshaushalt von Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter ist viel stör- ▷

Tab. 2: Anhaltspunkte zur Unterscheidung von akuten und chronischen Verwirrheitszuständen
(modifiziert und erweitert nach [19])

	Delir	Demenz
Beginn und Dauer	akut eintretende Bewusstseinstörung, dauert wenige Stunden bis Tage	schleichender Beginn, dauert Jahre
Prognose	Rückbildung möglich	progredienter, chronischer Verlauf
Aufmerksamkeit	stets gestört, fahrig	anfangs unbeeinträchtigt, schleichende Abnahme im Verlauf der Erkrankung
Gedankliche Leistungen	spontan eingeschränkt mit Reduktion des abstrakten Denkvermögens und des Kurzzeitgedächtnisses	schleichende Abnahme im Verlauf der Erkrankung
Orientierung	stets gestört	unterschiedlich gestört, schleichende Verschlechterung
Tagesverlauf	fluktuierendes, schwankendes Zustandsbild, zeitweise symptomfrei, meist nächtliche Verschlechterung	weitgehend konstantes Zustandsbild, Schwankungen sind aber möglich
Tag-Nacht-Rhythmus	immer gestört: Wachheit in der Nacht, Schläfrigkeit am Tag	fragmentierter Schlaf
Aktivität	hyperaktiv oder apathisch	„kramen“, umherwandern, bei Anwesenheit weiterer Personen „vor sich hin dämmern“
Halluzinationen	häufig	selten

anfälliger als in jüngeren Jahren, besonders bei sehr schlanken und untergewichtigen Personen. Im Alter nimmt der Wasseranteil am Körpergewicht ständig ab, der Fettanteil steigt hingegen an. Oft beobachten wir, dass bei älteren Menschen auch das Durstgefühl abnimmt. Verbindliche Trinkpläne sind dann ausgesprochen hilfreich. Bei pflegebedürftigen Patienten kommen oft noch Schluckstörungen erschwerend hinzu. Im Laufe des Lebens verschiebt sich außerdem die hormonelle Regulation des Wasser- und Natriumhaushaltes [14].

Die Exsikkose ist im fortgeschrittenen Lebensalter die häufigste Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes. Dieses Krankheitsbild entsteht durch unzureichende Flüssigkeitszufuhr oder durch übermäßige Flüssigkeitsverluste. Häufige Ursachen sind Störungen im Magen-Darm-Trakt wie Erbrechen und Durchfall. Aber auch über die Haut können nennenswerte Flüssigkeitsverluste auftreten. Starkes Schwitzen im Sommer kann bei älteren Patienten einen deutlich erhöhten Flüssigkeitsbedarf nach sich ziehen. Bei durch Fieber bedingtem Schwitzen müssen pro Grad Temperaturanstieg 500 ml Flüssigkeit zusätzlich getrunken werden [14]. Bei Bedarf können in der Selbstmedikation auch Pulver zur Herstellung von oralen Rehydratationslösungen angeboten werden.

Einige Anzeichen für einen Flüssigkeitsmangel können auch in der Selbstmedikation erkannt oder erfragt werden. Sie zu kennen ist wichtig, um abschätzen zu können, wann ein älterer Patient einer ärztlichen Behandlung bedarf. Eine trockene Zunge, trockene Mundschleimhäute, Sprechschwierigkeiten mit einer tonlosen heiser wirkenden Stimme [14] können auch in Beratungsgesprächen in der Apotheke erkannt und als Hinweise auf einen möglicherweise bereits bestehenden Flüssigkeitsmangel

gewertet werden. Kommen zu Durchfall, Erbrechen oder Fieber noch weitere Faktoren hinzu, die einen Flüssigkeitsverlust begünstigen wie sommerliche Temperaturen, reduziertes Körpergewicht oder ein schlechter Allgemeinzustand, sind oftmals die Grenzen der Selbstmedikation erreicht.

Wichtig ist es auch, dass Pflegenden für das Phänomen Delir sensibilisiert werden. Wenn pflegende Angehörige etwa berichten: „Die Oma ist heute ein bisschen stärker verwirrt als sonst“, sollte der Apotheker aufmerksam nachfragen.

Abgrenzung von Verwirrtheit und Demenz

In der Apothekenpraxis kann es für die Beratung wichtig sein, ob akute Verwirrheitszustände vorliegen, oder ob es sich um chronische Verläufe handelt. Akute Delirien können bei dementen Patienten noch zusätzlich zu einer bestehenden Demenz auftreten. Diese plötzlich auftretende neue Erkrankung wird vom Umfeld häufig nicht als solche wahrgenommen, sondern eher als Verschlechterung eines bestehenden Zustandes gewertet. Bei einem Verdacht auf einen solchen Fall sollte immer zu einer ärztlichen Abklärung geraten werden. Tabelle 2 liefert einige Anhaltspunkte zur Abgrenzung von akuter und chronischer Verwirrtheit.

Symptom: Müdigkeit und Leistungsschwäche

Nachlassende Leistungsfähigkeit ist ein Phänomen, das häufig mit dem Alterungsprozess in Zusammenhang gebracht wird. Für einen typischen geriatrischen Patienten haben Altersmediziner in diesem Zusammenhang den Begriff „Frailty-Syndrom“ geprägt. Der englische Begriff „Frailty“ bedeutet „Gebrechlichkeit“ und beschreibt häufige Symptome

bei älteren Patienten: Gewichtsabnahme, Erschöpfung, Schwäche, verminderte Gehgeschwindigkeit und verringerte körperliche Aktivität [17]. Die meisten Senioren wünschen sich aber, bis ins hohe Alter fit und leistungsfähig zu bleiben. Um dieses Ziel zu erreichen, unternehmen ältere Menschen oft große Anstrengungen. Die öffentliche Apotheke ist dafür oftmals ihr erster Ansprechpartner. Nachlassende Leistungsfähigkeit ist auch ein wichtiges Beratungsthema der Selbstmedikation, etwa wenn geriatrische Patienten Tonika oder Stärkungsmittel verlangen.

Abgesehen von der häufig fraglichen Wirksamkeit dieser Produkte sollte in der Selbstmedikationsberatung nicht vergessen werden, dass neben dem Alterungsprozess selbst auch eine Vielzahl von körperlichen und seelischen Erkrankungen sowie Lebensstilfaktoren zu Müdigkeit und Leistungsschwäche führen können (siehe Textkasten).

Die Übersicht macht deutlich, dass bei den Symptomen Müdigkeit und Leistungsschwäche die Grenzen der Selbstmedikation schnell erreicht sind. Wichtig ist der Hinweis an die Patienten, die Ursache ärztlich abklären zu lassen. Auch bei bereits bekannten Grunderkrankungen können neu auftretende Symptome ein Zeichen für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sein.

Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Benommenheit können aber auch als Nebenwirkungen von Arzneimitteln auftreten. Viele Medikamente, die ältere

Müdigkeit und Leistungsschwäche

Mögliche Ursachen für Müdigkeit und Leistungsschwäche bei Senioren (Auswahl, nach [9])

Somatische Erkrankungen

- Maligne Tumoren
- Hämatologische Grunderkrankungen (z. B. Anämien)
- Autoimmunerkrankungen
- Infektionen
- Endokrine Erkrankungen (z. B. Störungen der Schilddrüsenfunktion)
- Schlaf-Apnoe-Syndrom
- Chronische Herzinsuffizienz

Psychische Erkrankungen

- Schlafstörungen
- Endogene Depression
- Demenz
- Abusus von Benzodiazepinen

Sonstige Ursachen

- Nebenwirkungen von Medikamenten
- Malnutrition

Patienten häufig einnehmen, kommen in Betracht. Dazu gehören Antiemetika, (trizyklische) Antidepressiva, Antihistaminika, Sedativa und Hypnotika sowie Neuroleptika, Antihypertonika, Parkinsonmittel oder Opiode [7, 9].





Literaturtipp

„Medizin des Alterns und des alten Menschen“ ist gemäß der Approbationsordnung für Ärzte ein Unterrichtsfach im Medizinstudium. Dieses Buch folgt der thematischen Gliederung des Rahmencurriculums, das die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie den medizinischen Fakultäten empfohlen hat. Zwölf erfahrene Ärzte, ein Zahnarzt, ein Apotheker und ein Diplom-Physiotherapeut vermitteln fundiert und gut verständlich die relevanten Themen. Von A wie Antidementiva bis Z wie Zahnersatz werden die Inhalte anschaulich und umfassend dargestellt.

Dieses Buch richtet sich in erster Linie an Medizinstudenten, es nützt jedoch allen, die beruflich mit der Therapie alter Menschen befasst sind.



Gerald F. Kolb und Andreas Leischker (Herausgeber)

Medizin des alternden Menschen

Lehrbuch zum Gegenstandskatalog der neuen ÄApprO

XXII, 354 Seiten, 60 s/w Abbildungen, 21 farbige Abbildungen, 83 Tabellen, 3 Seiten Farbtafeln. Geb. 36,- Euro. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2009 ISBN 3-978-8047-2415-0

Dieses Buch können Sie einfach und schnell bestellen unter der Postadresse:

Deutscher Apotheker Verlag
Postfach 10 10 61
70009 Stuttgart

oder im Internet unter: www.buchoffizin.de

oder per Telefon unter: (07 11) 25 82-3 41 oder -3 42

Nicht-medikamentöse Zusatzhinweise haben ihren festen Platz in der Selbstmedikationsberatung von Müdigkeit und Leistungsschwäche. Regelmäßig sollten auch Rentnerinnen und Rentner darauf aufmerksam gemacht werden, dass sie ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Erholung möglichst vermeiden sollten. Ruhe, Entspannung und ausreichend Schlaf sind gerade im Alter wichtig. Körperliche Bewegung oder Sport vorrangig im Freien, soziale Beziehungen und dosierte Arbeit können sich ebenfalls förderlich auf die Beseitigung von Müdigkeit und Leistungsschwäche auswirken. Eine gesunde Lebensführung begünstigt körperliche Fitness bis in hohe Alter. Eine übermäßige Coffeinzufuhr kommt außerdem als Auslöser für Schlafstörungen in Betracht. In der Beratung sollte deshalb darauf hingewiesen werden, wie die Einnahme coffeinhaltiger Arzneimittel und Getränke am späten Nachmittag sich auf den Schlaf auswirken können.

Malnutrition als Ursache von Leistungsschwäche im Alter

Kognitive Leistungsminderung, Müdigkeit und Leistungsschwäche können auch Hinweise auf eine unzureichende und fehlerhafte Ernährung sein. Als Mangelernährung im engeren Sinne bezeichnet man eine energetisch ausreichende aber einseitige Ernährung mit unzureichendem Gehalt an Eiweiß, Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen [14].

Bei der Beratung älterer Patienten in der Apotheke muss deshalb auch immer daran gedacht werden, ob Ernährungsfaktoren der Auslöser für Müdigkeit und Leistungsschwäche sein können. Bedauerlicherweise können mangelernährte ältere Menschen in der Apotheke häufiger beobachtet werden. Verantwortlich für diese Situation ist oftmals der physiologische Alterungsprozess selbst. Mit steigendem Alter lassen die Speichelsekretion und der Geschmackssinn nach, so dass ältere Menschen oft keinen Appetit mehr haben. Schlecht sitzende Zahnprothesen und Kaustörungen, aber auch schlecht sanierte oder fehlende Zähne sowie Entzündungen der Mundschleimhaut führen dazu, dass ältere Menschen die Lust am Essen verlieren. Einige verschreibungspflichtige Medikamente können Appetitmangel oder Mundtrockenheit als oft sehr unangenehm empfundene Nebenwirkungen aufweisen. Zu diesen Medikamenten zählen Antibiotika, Psychopharmaka und auch einige Antihypertensiva [14]. Aber auch psychosoziale Faktoren können an dem Phänomen Malnutrition beteiligt sein. Häufig sind ältere Menschen betroffen, die alleine im Haushalt leben und sich selbst versorgen.

Eine kurzzeitig auftretende Mangelernährung kann Gegenstand der Selbstmedikationsberatung sein. Das gilt insbesondere dann, wenn sie als Folge schwerer Erkrankungen in der Rekonvaleszenz auftritt. Aber auch Erkrankungen mit erhöhtem Grundumsatz machen oft eine Nahrungsergänzung erforderlich. Die Substitution von Mikronährstoffen kann unter diesen Bedingungen notwendig sein. Auch der Einsatz einer hochkalorischen Spezialnahrung kann für kurze Zeit erwogen werden. In der Beratung muss in jedem Einzelfall entschieden werden, ob durch eine Selbstmedikation Abhilfe geschaffen werden kann. Oftmals ist aber bei mangelernährten älteren Menschen eine weitergehende psychosoziale Unterstützung nötig.

Fazit

Die Beratung älterer Menschen in der Selbstmedikation stellt für Apothekerinnen und Apotheker eine zunehmend größere Herausforderung dar. Aufgrund der Veränderungen, die der demografische Wandel mit sich bringt, wird die Zahl der Beratungsgespräche mit Selbstmedikationswunsch stetig ansteigen. Die Entscheidung, ob Patienten und Patienten im fortgeschrittenen Lebensalter ihre geschilderten Symptome noch in eigener Verantwortung selbst therapieren können, wird zunehmend schwieriger. Deshalb sollten sich Apothekerinnen und Apotheker rechtzeitig auf diese neuen Heraus-

forderungen einstellen. Die Ausweitung der fachlichen Kompetenz und der Kommunikationsfähigkeit der öffentlichen Apotheke sind die Basis für eine erfolgreiche Beratung und langfristige Betreuung dankbarer geriatrischer Kunden. ◀

Literatur

- [1] Geng J, Dong J, Ni H et al. Ginseng for cognition. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(12):CD007769.
- [2] Birks J, Grimley Evans J. Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD003120.
- [3] DeKosky ST, et al. Ginkgo biloba for prevention of dementia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008;300(19):2253–62.
- [4] Eaton DA, Roland PS. Dizziness in the older adult, part 1. Evaluation and general treatment strategies. *Geriatrics* 2003;58:28–36.
- [5] Furman JM, Razb Y, Whitney SL. Geriatric vestibulopathy assessment and management. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2010;18:386–391.
- [6] Hamann KF. Ginkgo-Spezialextrakt bei Schwindel. *HNO* 2007;55:258–263.
- [7] Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107(31–32):543–51.
- [8] Iglseider B, et al. Medikamenten-induzierte Delirien älterer Menschen. *Wien Med Wochenschr* 2010;160: 281–285.
- [9] S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Müdigkeit. AWMF-Registernr. 053-002, Stand November 2006.
- [10] S2-Leitlinie der Deutsche Gesellschaft für Urologie. Therapie des benignen Prostata-syndroms. AWMF-Registernr. 043-035, Stand Februar 2009.
- [11] Petersen RC. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med* 2011;364:2227–34.
- [12] Von Renteln-Kruse W (Hrsg). *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Steinkopff Verlag, Darmstadt 2009.
- [13] Ritchie K, et al. Designing prevention programmes to reduce incidence of dementia: prospective cohort study of modifiable risk factors. *BMJ* 2010;341:c3885.
- [14] Snitz BE, et al. Ginkgo biloba for preventing cognitive decline in older adults: a randomized trial. *JAMA* 2009;302:2663–70.
- [15] Walter LE, et al. Schwindel und Stürze im Alter. Teil 1: Epidemiologie, Pathophysiologie, vestibuläre Diagnostik und Sturzrisiko. *HNO* 2008;56:833–842.
- [16] Walter LE, et al. Schwindel und Stürze im Alter. Teil 2: Sturzdiagnostik, Prophylaxe und Therapie. *HNO* 2008;56:927–937.
- [17] Wehling M, Burkhardt H (Hrsg). *Arzneitherapie für Ältere*. Springer, Berlin/Heidelberg 2011.
- [18] Zeyfang A, Hagg-Grün U, Nikolaus T. *Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Springer, Berlin/Heidelberg 2008.
- [19] Kolb G, Leischker A (Hrsg). *Medizin des alternden Menschen*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2009.
- [20] Ballard C, et al. Alzheimer's disease. *Lancet* 2011;377:1019–31.
- [21] Barry M, et al. Effect of Increasing Doses of Saw Palmetto Extract on Lower Urinary Tract Symptoms. *JAMA* 2011;306(12):1344–1351.

Autorinnen

Elisabeth Thesing-Bleck
 Hander Weg 25 B, 52072 Aachen
 Dr. Iris Hinneburg
 Wegscheiderstr. 12, 06110 Halle (Saale)