

Sechs Fachartikel in Kürze

Gesundheitsförderung im Alter in der Hausarztpraxis

Claudia Kessler^a, Ralph M. Steinmann^b

^a MPH, FMH für Prävention und Gesundheitswesen, Koordinationsstelle Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter

^b Dr. phil., MAS Gesundheitsförderung und Prävention, Projektleiter, Gesundheitsförderung Schweiz

Ziel der Gesundheitsförderung im Alter ist es, die Qualität der verbleibenden Lebensjahre zu steigern, um die Autonomie der älteren Personen möglichst lange zu wahren. Studien belegen: Eine Verhaltensänderung lohnt sich auch im fortgeschrittenen Alter.

Die typische Grundversorgerpraxis in der Schweiz spiegelt die demographische Entwicklung in unserem Land: Hauptklientel sind heute die älteren Menschen, mit einem stetig zunehmenden Anteil hochaltriger Männer und insbesondere Frauen. Diese Entwicklung wirft für die Gesellschaft viele Fragen auf. Sie sollte jedoch auch als eine zentrale Errungenschaft des letzten Jahrhunderts verstanden werden, zu der nicht zuletzt die gute medizinische Versorgung beigetragen hat. Da drängt sich natürlich die Frage auf: braucht es denn noch eine Gesundheitsförderung im Alter? Ziel der letzteren ist allerdings nicht in erster Linie eine weitere Reduktion der Mortalität oder die Erhöhung der Lebenserwartung. Vielmehr geht es darum, die Qualität der verbleibenden Lebensjahre zu steigern und so möglichst vielen älteren Menschen ein Altern in Gesundheit und Autonomie zu ermöglichen. Dies schafft nicht nur für sie selbst und ihre Angehörigen einen Mehrwert.

¹ Geschlechterneutrale Formulierung: Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Differenzierung, z.B. Patient/innen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

Weniger Stürze, weniger Übergewicht und Mangelernährung, mehr Bewegung und eine bessere psychische Gesundheit bedeuten zunächst weniger Leid auf der individuellen Ebene. Auf der gesellschaftlichen Ebene heisst das jedoch weniger Hospitalisationen, weniger ambulante Pflegekosten, weniger Heimeinweisungen und geringere medizinische und soziale Folgekosten. Und die gute Nachricht dabei ist: Für die Förderung der Gesundheit ist es nie zu spät! Unzählige Studien belegen, dass Verhaltensänderungen hin zu einem gesünderen Lebensstil auch in fortgeschrittenem Alter noch möglich sind und gesundheitliche Wirkung zeigen. Aus der Literatur [1] und der Praxis wissen wir zudem, dass gerade ältere Menschen bei Fragen zur Gesundheit sich gerne auf den Rat und die Empfehlungen ihrer Ärzte¹ abstützen.

Grundversorger spielen bekanntlich eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, gesundheitsrelevante Risiken früh zu entdecken, ältere Patienten zu sensibilisieren und zu informieren und sie bei Bedarf an entsprechende Angebote und Fachstellen weiterzuleiten. Allerdings zeigt ein kürzlich veröffentlichter Obsan-Bericht [2], dass Schweizer Grundversorger im internationalen Vergleich mit ihren älteren Patienten selten präventive Gespräche zu Themen der Ernährung, Bewegung und psychischen Gesundheit führen (Abb. 1).

Anders als oft befürchtet bedingt Gesundheitsförderung in der Arztpraxis keine fundamentale Reform und bedeutet auch nicht zwangsläufig Mehraufwand für die häufig überlasteten Grundversorger. Vielmehr geht es darum, im Arzt-Patientengespräch mit dem entsprechenden Sensorium die richtigen Fragen zu stellen, die individuellen Bedürfnisse und aktuellen Empfehlungen zu kennen und zu wissen, auf welche Stelle und welches Angebot (z.B. der Pro Senectute, Turnverbände, Ernährungsberatung) äl-

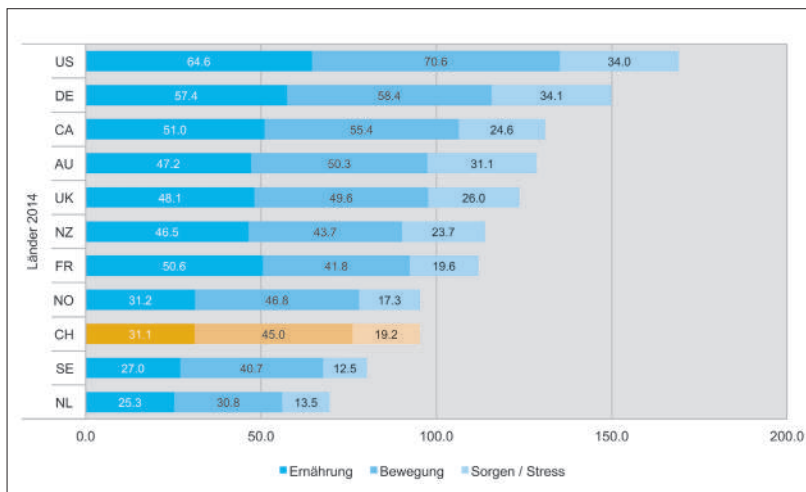


Abbildung 1: Art der geführten Präventionsgespräche in den letzten 2 Jahren bei den 55-jährigen und älteren Personen. Internationaler Vergleich (2014, Anteile in %) [2].

tere Menschen zur Förderung ihrer Gesundheit aufmerksam gemacht werden können. Um aufzuzeigen, dass es bei der Gesundheitsförderung im Alter in der Hausarztpraxis nicht um abstrakte Konzepte sondern um ärztliche Dienstleistungen geht, die sich in der Regel einfach in die Grundversorgung einbauen lassen, haben sich sechs renommierte Schweizer Autorenteamer diesen Fragen für ihre Fachbereiche angenommen. In jedem Team stellte ein Hausarzt sicher, dass Inhalte und Gewichtung auf die Bedürfnisse der Hauptzielgruppe der Grundversorger zugeschnitten wurden. Ende 2014 erschien dazu eine Serie von sechs Fachartikeln im Swiss Medical Forum (Ausgaben 2014/45–50). Im Folgenden werden ausgewählte «Highlights» und Kernbotschaften aus jedem der Artikel zusammengefasst.

Tabelle 1: Musterbeispiel für ein ärztliches Beratungsgespräch gemäss motivierender Gesprächsführung und ein Bewegungsrezept [3].

Wie kann eine ältere inaktive Person dazu motiviert werden, eine spezifisch angepasste Bewegung aufzunehmen?

Was könnte Sie dazu motivieren, dass Sie eine Steigerung Ihrer Bewegung in Betracht ziehen?

Worin könnten Ihrer Meinung nach drei Vorteile einer Steigerung Ihrer gewöhnlichen Bewegung bestehen?

In welchem Masse, auf einer Skala von 0 bis 10, könnte diese Veränderung Ihrer Meinung nach für Sie wichtig / von Nutzen sein?

Warum eher bei (= X) auf der Skala als beispielsweise bei (= X-2)?

Wenn Sie sich entschliessen würden, Ihre Bewegung zu steigern: Was könnte Ihnen dabei helfen, dieses Ziel zu erreichen?

«Bewegung im Alter: Dafür ist es nie zu spät!» [3]

Die Autoren präsentieren wissenschaftliche Quellen, welche belegen, dass Bewegung die stabilste Nutzen-evidenz hinsichtlich Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter aufzeigt. Zentrale Wirkungs-Faktoren sind die Vermeidung von Sarkopenie und sturzbedingten Frakturen. Insbesondere wird auf den Zusammenhang von Bewegung und kognitiven Fähigkeiten und ihrer präventiven Wirkung auf den Verlauf bei Demenz-Krankheiten hingewiesen – ein zentraler Motivationsfaktor für ältere Menschen. Die Autoren widmen deshalb der Frage, wie ältere Menschen – insbesondere Bewegungs-inaktive Personen – zu regelmässiger Bewegung motiviert werden können, ein eigenes Kapitel. Ein Musterbeispiel aus der motivierenden Gesprächsführung zeigt auf, wie ein solches Beratungsgespräch in der Hausarztpraxis geführt werden könnte (Tab. 1 und 2).

Bei der Beratung gilt es auf den Unterschied zwischen körperlicher und sportlicher Aktivität hinzuweisen. Letzte steht für viele ältere Menschen nicht mehr im Vordergrund. Ebenso wird von den Autoren betont, dass es keine absolute Kontraindikation für die Wiederaufnahme spezifisch angepasster Bewegung gebe. Als Bewegungsempfehlungen werden diejenigen des Bundesamts für Sport für ältere Menschen² [4] abgegeben: Bei Personen mit guter Gesundheit empfehlen diese entweder 2½ Stunden Bewegung pro Woche (Aktivitäten des täglichen Lebens, Gartenarbeit oder Sport in mittlerer Intensität

Tabelle 2: Beispiel, wie der Hausarzt körperliche Bewegung verschreibt.

Name und Vorname des Patienten:	BLANC Claude	Geburtsdatum:	7. Juli 1936
Name und Vorname des Arztes:	Dr. LAENNEC René	Datum:	23. November 2014
		Kontrolltermin:	5. Mai 2015
BEWEGUNGSREZEPT			
Art der Bewegung	Leichte Intensität	Mittlere Intensität	Mittlere bis hohe Intensität
Beispielaktivitäten	zügig gehen, Hausarbeit usw.	schnell gehen, Treppensteigen, Gartenarbeit, Radfahren usw.	leichtes Joggen, Gehen im Gebirge, leichter Sport usw.
Beurteilung der Intensität	nicht ausser Atem sein	leicht ausser Atem sein	ausser Atem sein und leicht schwitzen
Tage/Woche	4x	2x	nach Belieben
Minuten/Tag	30 Min.	30 Min.	
Gesamtdauer/ Woche	2 Stunden	1 Stunde	
Kommentar			
– Wählen Sie Aktivitäten zur Verbesserung von Kraft, Gleichgewicht und Beweglichkeit (z.B. Tai-Chi-Kurse, Turnen usw.)			
– Bevorzugen Sie Bewegungen zur Verbesserung der Ausdauer, die aber das Knie schonen (cf. Arthrose): z.B. Wassergymnastik, Schwimmen, Walking mit Stöcken usw. Fahren Sie Rad in Abhängigkeit von den Schmerzen (cf. Lumbalgie).			
– Gestalten Sie Ihre Bewegung abwechslungsreich!			
Anschrift des Arztes		Datum und Unterschrift des Arztes	
Chemin des Fleurettes 1006 Lausanne		R. Laennec	

² Der betreffende Flyer kann mit den aktuellen Empfehlungen in den drei Landessprachen unter [info\[at\]hepa.ch](mailto:info[at]hepa.ch) bestellt werden.

Tabelle 3: Wichtige Sturz-Risikofaktoren und deren Abklärung und Massnahmen in der Praxis [5].

Risikofaktor	Abklärung in der Praxis	Massnahme	Jederzeit
Orthostase, Arrhythmie oder höhergradiger AV-Block	Schellong-Test, Holter-EKG	– Absetzen von bradycardisierenden und diuretischen Medikamenten – Steigern der Trinkmenge; gezielte Behandlung – Schrittmacher	
Polymedikation (Psychopharmaka, Antihypertensiva)	Regelmässige Überprüfung der Indikation	– Reduktion und/oder Absetzen resp. Ersatz durch risikoärmere Medikamente – Medikamentenplan abgeben, Dosett®	
Kognition / Neurologische Erkrankung	Kognitive Abklärung / Neurostatus	– Gemäss Abklärung, ggf. Demenzbehandlung, evtl. Orthesen	
Osteoporose-Risiko	Familiäre und persönliche Anamnese; Diagnostik, z.B. Densitometrie	– Kalzium- und Vitamin-D-Gabe – Osteoporosetherapie	
Störung von Gang, Balance oder Muskelkraft	Ganganalyse, Funktionstest	– Ernährung – Training – Physiotherapie – Ergotherapie	
Funktionelle Einschränkungen / Sturzangst	Anamnese/Fragebogen	– Physiotherapie – Ergotherapie – Rollator – Kognitive Verhaltenstherapie; cave: Anxiolytika	
Inkontinenz	Urinstatus, Restharnbestimmung, urologisch-gynäkologische Abklärung	– Bei Infekt gezielte Antibiotikatherapie – Bei Inkontinenz Pessar; cave: Anticholinergika	
Visusminderung	Visus-Testung / Ophthalmologische Abklärung	– Glaukombehandlung – Kataraktoperation – Unifokale Brille	
Stolperfallen zu Hause	Fragebogen, mit Hilfe von Angehörigen, Spitex, Ergotherapie	– Elimination, Hausbesuch!	

Steigerung der körperlichen Aktivitäten. Gezieltes Trainingsprogramm.

wie Gehen, zum Beispiel ½ Stunde fünfmal pro Woche) oder 1¼ Stunden Bewegung in höherer Intensität (Nordic Walking, Langlauf etc.). Diese Aktivitäten sollen idealerweise auf mehrere Wochentage verteilt werden. Der Artikel enthält ein Beispiel eines «Bewegungsrezepts» (Tab. 2). Damit kann den Patienten ein auf ihre spezifischen Bedürfnisse und gesundheitliche Situation zugeschnittenes Mass an Bewegung «verordnet» werden. Für eine langfristige Aufrechterhaltung der Bewegungsaktivität reicht jedoch ein einmaliges Beratungsgespräch in der Regel nicht aus. Wichtig ist eine regelmässige Nachfrage und Unterstützung in den Folge-Sprechstunden.

Erfassung des Sturzrisikos und Sturzprävention in der Hausarztpraxis [5]

Stürze im Alter sind ein häufiges Problem. Sie gehen mit erhöhter Morbidität und Mortalität einher und führen zu sozialer Isolation und jährlichen Folgekosten in Milliardenhöhe. Viele Studien haben gezeigt, dass Stürze und sturzbedingte Verletzungen mit multifaktoriellen Interventionen verhindert werden können. Ein systematisches Sturz-Assessment in der Hausarztpraxis hilft, modifizierbare Risikofaktoren zu identifizieren. Zur Abklärung sollten

wiederholt Screening-Fragebogen und funktionelle Untersuchungen (z. B. Einbein-Standtest, Timed-Up-and-Go-Test oder Tandem-Standtest) eingesetzt werden (Tab. 3). Die empfohlenen Tests werden im Artikel erläutert. Insbesondere soll auch auf Risiken, wie zum Beispiel ein Sturzereignis im letzten Jahr, zentral wirksame Substanzen, Depression oder Innenohr-Problematik, geachtet werden. Die Risiken werden im Beratungsgespräch thematisiert und, wenn immer möglich, systematisch eliminiert. Zur Sturzprävention gibt es wirkungsvolle Interventionen, welche auch bei gebrechlichen Personen effektiv zum Einsatz kommen können und auf die der Hausarzt hinweisen sollte. Wichtig ist zudem die Diagnose und Therapie einer Mangelernährung. Trainingsangebote zur Sturzprävention müssen zwingend Kraft- und Gleichgewichtskomponenten beinhalten. Bewegung und Training sollten für Personen mit Sturzrisiko rezeptiert werden. Qualitativ hochwertige Angebote finden sich zum Beispiel in den Kursbroschüren der kantonalen Geschäftsstellen der Pro Senectute und auf www.infosenior.ch. Für Übungen, welche ältere Personen zuhause durchführen können, empfiehlt sich das Übungsprogramm 3x3 der bfu³.

³ <http://www.bfu.ch/de/ratgeber/ratgeber-unfallverh%C3%BCtung/im-und-ums-haus/st%C3%BCrze/st%C3%BCrze/stuerze>

Gesundheitsrisiko Vereinsamung im Alter [6]

Einsamkeit muss nicht zwingend negativ sein. Sie kann auch eine selbstgewählte, erlernte Umgangsstrategie mit einer bestimmten Lebenssituation darstellen. Eigentliche Vereinsamung jedoch, unter welcher eine Person leidet und welche aus naheliegenden Gründen in der Häufigkeit mit fortschreitendem Alter zunimmt, hat erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen. Studien belegen bei sozial isolierten Personen eine erhöhte vorzeitige Sterblichkeit, häufigere körperliche Beschwerden, weniger Selbstheilungskräfte sowie eine erhöhte Komplikationsrate. Eine gute soziale Vernetzung im Alter ist als eigentliche gesundheitliche Ressource zu verstehen, die auch in der Hausarztpraxis gefördert werden kann und sollte. Für verschiedene Interventionen, wie zum Beispiel Gruppenangebote oder Besuche von Demenzkranken durch Freiwillige, ist die Wirksamkeit wissenschaftlich belegt. Ein wichtiger Beitrag der Grundversorger kann darin bestehen, Patienten mit einem Risiko zur Vereinsamung zu erkennen und sie frühzeitig angemessenen Angeboten zuzuführen. Zum Screening bietet das neue Erwachsenenenschutzrecht eine ideale Opportunität. Im Hinblick auf eine spätere allfällige Urteilsunfähigkeit sollten dem Hausarzt für alle älteren Patienten die vertretungsberechtigten Personen bekannt sein. Entsprechende Abklärungen können auch an die medizinische Praxisassistentin delegiert werden und sollten regelmässig im Rahmen der Aktualisierung der Personalien überprüft werden. Die MPA könnte zu diesem Zweck den vorgeschlagenen Leitfaden verwenden (Tab. 4).

Kann ein Patient keine Bezugsperson angeben, ist das mögliche Risiko zur Vereinsamung durch den Arzt anzusprechen. Nach einem Austausch mit der betroffenen Person können mögliche Angebote zur sozialen Vernetzung vorgeschlagen werden. Mit der Einwilligung des Patienten kann eine Überweisung veranlasst werden. Dies setzt allerdings voraus, dass Ärzte die in ihrer Region existierenden Angebote kennen (wie z.B. Besuchsdienste vom Schweizerischen Roten Kreuz, Gruppenkurse der Pro Senectute, Freiwilligendienste von Kirchen).

Abhängige ältere Menschen beim Hausarzt [7]

Sucht betrifft bekanntlich alle Altersgruppen. Auch bei älteren Menschen sind Abhängigkeitsprobleme häufig, insbesondere in Form von Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Laut Suchtmonitoring Schweiz von 2012 [8] erreicht der tägliche Alkoholkonsum bei den über 74-Jährigen mit mehr als 26% die höchsten Anteile. Als riskant gilt ein täglicher Alkoholkonsum von >24 g pro Tag bei Männern, was ca. 0,6 l Bier oder 0,3 l Wein entspricht (bei Frauen die Hälfte) – vorausgesetzt, dass zwei alkoholfreie Tage pro Woche eingehalten werden und keine zusätzlichen somatischen oder medikamentösen Risiken vorhanden sind. Eine Alkoholproblematik kann zudem die Kognitionsdefizite bei Demenzkranken erheblich verstärken. Bei den über 65-Jährigen nehmen 13% täglich oder fast täglich ein psychoaktives Medikament ein. Diese Risiken gilt es in der Hausarztpraxis zu erkennen. Allerdings ist die Diagnostik in dieser Altersgruppe erschwert, da sich ältere Patienten meist mit komplexen somatischen und psychosozialen Krankheitsbildern präsentieren. Entzugssymptome im Alter können sich primär somatisch, z. B. in Form einer hypertensiven Krise, manifestieren. Das wichtigste diagnostische Instrument bleibt die sorgfältige Anamnese. Präventive Massnahmen und Beratungs- und Motivationsgespräche sollten möglichst früh einsetzen. Ihre Wirksamkeit ist für ältere Menschen mit Suchtproblematik nachgewiesen – auch bei Personen mit länger bestehender Abhängigkeit. Zudem sollte der Hausarzt altersgerechte Medikamente verschreiben und risikoärmere Alternativen zu einer Benzodiazepin-Medikation kennen. Als positiver Nebeneffekt kann dadurch auch das Sturzrisiko im Alter reduziert werden. In Fällen von schwerer Abhängigkeit sollte eine Überweisung an eine spezialisierte medizinische Versorgung (z.B. Alterspsychiatrie, Memory Klinik) erwogen werden.

Tabelle 4: Leitfaden für Gespräche der MPA zur Ergänzung der Personalien in den Patientenakten für den Fall einer Urteilsunfähigkeit [6].

1. Sind Ihre persönlichen Angaben noch gültig (Adresse, Telefon, E-Mail)?
2. An wen sollen wir uns wenden, sollten Sie krank werden und nicht mehr entscheiden können? Wer ist in einem solchen Fall ihre Vertrauensperson?
3. Entspricht diese einer der 7 vom Gesetz vorgesehenen Personen?*
4. Wenn nicht, bitten wir Sie, eine solche zu bevollmächtigen, am einfachsten mit einer Patientenverfügung. Haben Sie schon eine?
5. Gegebenenfalls die Patientenverfügung der FMH in den beiden Versionen zur Auswahl unter www.fmh.ch/services/patientenverfuegung herunterladen und ausgedruckt zum Ausfüllen mitgeben; darauf hinweisen, dass die gewünschte Vertrauensperson darin als bevollmächtigte Person bezeichnet werden sollte.
6. Bitte um Rückmeldung nach Erstellen der Patientenverfügung, spätestens bei der nächsten Konsultation.
7. Ärztin oder Arzt informieren und weiteres Vorgehen absprechen.

* siehe Gesetz über den Kindes- und Erwachsenenschutz (KESG), 213.316. 1.2.2012. https://www.sta.be.ch/belex/d/bag-pdf/bag_12-47.pdf

Weitere Informationen finden sich im Artikel sowie in ausgewählten Informationsquellen:

Informationsquellen zum Thema Sucht im Alter [7]:

- Dossier Sucht im Alter: www.infoset.ch/de/dossiers/alter
- Informationen für Hausärzte zu den gängigsten Suchtmitteln, nicht spezifisch für ältere Menschen (in d/f/i): www.praxis-suchtmedizin.ch
- Nationale Wissensplattformen für ältere Menschen mit Suchtproblemen sowie Angehörige und Berufsgruppen, die solche Menschen beraten und behandeln: www.suchtundalter.ch, www.alkohol-im-alter.ch
- Von der ZüFAM betriebene Website, die Angebote im Bereich Sucht im Alter des Kantons Zürich auflistet: www.suchtimalter.ch

Mangelernährung im Alter [9]

Die Diskussion um die «Epidemie» von Übergewicht und Adipositas in unserer von Überfluss geprägten Gesellschaft überlagert die Tatsache, dass Mangelernährung und -erscheinungen bei älteren Menschen ein häufiges gesundheitliches Problem mit hohen Folgekosten darstellen. Gemäss verschiedenen Studien sind bei Spitaleintritt ca. 20% der Patienten betroffen – besonders ältere Menschen. Eine Mangelernährung kann bei Personen mit Unter-, Normal- und Übergewicht vorliegen. Ein wichtiges diagnostisches Kriterium stellt der ungewollte Gewichtsverlust dar.

Fallbeschreibung – unglaublich, aber wahr, und nicht selten

Ein 65-jähriger Patient meldete sich beim Arzt wegen einem zunehmend geblähten Bauch. Er verspürte keinen Appetit mehr und fühlte sich nach ein paar Bissen bereits satt; gewisse Speisen ekelten ihn richtig an. Der Zustand verschlechterte sich kontinuierlich über die nächsten Monate, und der Mann wurde schliesslich zur Abklärung ins Krankenhaus eingewiesen. Sein Gesicht war eingefallen mit Fehlen des subkutanen Fettgewebes. Die Knochenkanten an der oberen Thoraxapertur traten hervor, das Abdomen war gebläht und es war offensichtlich, dass der Patient sprichwörtlich «nichts mehr auf den Rippen» hatte. Anamnestisch hatte er über die letzten acht Monate mehr als 20% seines Körpergewichtes verloren. Die Abklärungen ergaben ein Kolonkarzinom, welches vollständig operativ entfernt werden konnte. Durch eine intensive Rehabilitation und ernährungstherapeutische Betreuung hat sich der Patient gut erholt. [9]

Eine Verschlechterung des Ernährungszustandes sollte frühzeitig und, wenn möglich, bereits in der Hausarztpraxis erkannt werden. Auch bei knapper Konsultationszeit kann mit Hilfe von drei Schlüsselfragen und dem Auflegen der Broschüre «Mangelernährung trotz Überfluss?»⁴ bereits ein wesentlicher

Beitrag geleistet werden. Nährstoffdefizite können auch bei der klinischen Untersuchung (z.B. Lippen, Zahnfleisch und Zunge) sichtbar sein. Ernährungsempfehlungen sollten zudem die Ursachen der sogenannten Altersanorexie berücksichtigen und an die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen angepasst werden. In der Praxis kann einer Mangelernährung oft mit einfachen Massnahmen vorgebeugt werden (Tab. 5).

Besonders wichtig ist es, bei älteren Menschen auf eine ausreichende Zufuhr von Wasser, Energie und Proteinen zu achten. Die Rolle von Vitamin D wird in der folgenden Zusammenfassung ausgeführt.

Weitere Tipps und Tricks zur altersgerechten Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis finden sich im Originalartikel [10]. Die Zusammenarbeit mit einer anerkannten Ernährungsberaterin ist jedoch immer empfehlenswert.

Tabelle 5: Mögliche Massnahmen zur Verhinderung von Mangelernährung [9].

Korrektur von oropharyngealen Problemen

Adäquate Behandlung akuter und chronischer Krankheiten, Zahnbehandlung, Schlucktraining

Angenehme Essumgebung schaffen

Essen am Tisch in einem Esszimmer gemeinsam mit anderen; ruhige und entspannte Atmosphäre; Unterstützung beim Essen

Modifikation von Mahlzeiten und Lebensmitteln

Berücksichtigung persönlicher Vorlieben, zusätzliche Zwischen- mahlzeiten, Fingerfood, Veränderung von Textur und Konsistenz von Speisen

Anreicherung von Speisen und Gerichten

Mit gehaltvollen Lebensmitteln wie Rahm, Butter, Öl oder mit Nährstoffkonzentraten wie Maltodextrin oder Proteinpulver

Trinknahrung

Vitamin-D-Supplementation in der Praxis [10]

Mehr als die Hälfte der älteren Menschen weisen einen Vitamin-D-Mangel auf – bei den Hüftbruch-Patienten liegt der Anteil gar bei >80%. Neben den allgemeinen Gründen für die Vitamin-D-Unterversorgung kommen bei älteren Menschen besondere Risiken hinzu. Sie vermeiden die direkte Sonnenexposition und ihre Haut produziert viermal weniger Vitamin-D als jene jüngerer Menschen. Das Bundesamt für Gesundheit hat 2012 neue Richtlinien zur Vitamin-D-Versorgung der Bevölkerung herausgegeben.⁵ Diese sind gemäss den Autoren auch bei der heute vorliegenden Evidenz noch relevant. Die aktuelle Evidenzlage wird im Originalartikel ausführlich diskutiert. Die Supplementation mit den für Personen ab 60 Jahren empfohlenen 800 IE/Tag reduziert

⁴ <http://www.fial.ch> > Dokumente > andere wichtige Dokumente

⁵ Vitamin D-Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit BAG: <http://www.blv.admin.ch> > Themen > Ernährung von A bis Z > Vitamin D

Tabelle 6: Aktionsblatt Praxis Vitamin D im Alter [10].

Warum Vitamin D Supplementation bei älteren Erwachsenen 60+?	Vitamin-D-Mangel ist bei älteren Erwachsenen weitverbreitet (>50%/>80% bei Hüftbruchpatienten) Vitamin-D-Supplementation mit 800 IE/Tag reduziert Stürze und Hüftfrakturen evidenzbasiert um etwa 30% Vitamin-D-Supplementation mit 800 IE/Tag gleicht Mangel in >97% älterer Erwachsener aus
Bei wem vorher 25-Hydroxivitamin D im Blut messen / kontrollieren?	Kein Screening für Prophylaxe mit 800 IE Vitamin D notwendig Messung bei erhöhtem Risiko für schweren Vitamin-D-Mangel: Sturz/Hüftbruch/dunklere Hautfarbe/Adipositas/Malabsorption Kontrolle nach 2 Monaten (+400 IE heben Spiegel um 4 ng/ml)
Wieviel supplementieren?	800 IE/Tag 5600 IE/Woche 24000 IE/Monat 100000 IE/4 Monate

Tabelle 7: Vitamin D Supplemente mit Kosten pro Monat (*Produkte die in der Schweiz laut BAG Vitamin D Bericht 2012⁵ auf dem Markt und in der Apotheke erhältlich sind**)

Supplemente Vitamin D	Kosten pro Monat für 800 IE pro Tag oder 24000 IE pro Monat
ViDe3 (Wild) (Alkohol-basiert) 100 IE/Tropfen	2.45 CHF (Inhalt = 45000 IE/10 ml Flasche entspricht 4500 IE/ml) (<i>einziges Produkt das von den Krankenkassen bezahlt wird</i>)
Vitamin D3 Streuli (Alkohol-basiert) 100 IE/Tropfen	2.82 CHF (Inhalt = 40000 IE/10 ml Flasche entspricht 4000 IE/ml)
Vitamin D3 Wild (Öl-basiert) 500 IE/Tropfen	2.70 CHF (Inhalt = 200000 IE/10 ml Flasche entspricht 20000 IE/ml)

* Weitere Produkte, die zum Beispiel im Supermarkt bezogen werden, sind in der Regel niedriger dosiert und haben keine Prüfung einer Arzneimittelbehörde wie Swissmedic durchlaufen.

Stürze und Hüftfrakturen Evidenz-basiert um ca. 30% und gleicht bei nahezu allen älteren Menschen den Mangel aus. Die prophylaktische Gabe wird lebenslang empfohlen und kann, ausser bei Personen mit Verdacht auf einen schweren Vitamin-D-Mangel, ohne vorgängige Blutspiegel-Kontrolle erfolgen. Bei Personen mit belegtem schweren Vitamin-D-Mangel sind passager oder dauerhaft höhere Dosen empfohlen: 1500–2000 IE/Tag. Ziel ist das Erreichen eines normalen Vitamin-D-Spiegels (25-Hydroxy-Vitamin-D ≥ 20 ng/ml, ≥ 50 nmol/l) (Tab. 6).

Die Gabe von Vitamin D erfolgt am besten peroral. Die Einnahme soll während der Mahlzeit erfolgen. Die tägliche (800 IE), wöchentliche (5600 IE) oder monatliche (24000 IE) Supplementation sind gleichwertig. Vitamin-D-Tropfen sind rezeptfrei erhältlich und kostengünstig (ca. 3 Franken pro Monat und Person). In Anbetracht des volksgesundheitlichen Nutzens hinsichtlich Reduktion von Sturz und Hüftbruchrisiko stellt diese Massnahme, welche in der Hausarztpraxis eingeleitet werden kann, eine kosteneffiziente Intervention dar (Tab. 7).

Dieser Artikel beruht auf sechs Fachartikeln zu Themen der Gesundheitsförderung im Alter, die im Rahmen einer Partnerschaft mit dem nationalen Projekt «Via – Best Practice Ge-

sundheitsförderung im Alter» (<http://gesundheitsfoerderung.ch/via>) von Gesundheitsförderung Schweiz in Zusammenarbeit mit Kantonen und der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie im Swiss Medical Forum (Ausgaben 2014/45–50) erschienen sind. Die FMH und das Kollegium für Hausarztmedizin unterstützen diese Initiative.

Literatur

- Braun B, Marstedt G. Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. Newsletter Gesundheitsmonitor. 2014;2.
- Camenzind P, Petrini L. Personen 55+ im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014. OBSAN Dossier. 2014;43.
- Büla C, Jotterand S, Martin BW, Bize R, Lenoble-Hoskovec C, Seematter-Bagnoud L. Bewegung im Alter: Dafür ist es nie zu spät! Schweiz Med Forum. 2014;14(45):836–841.
- Hepa Bundesamt für Sport: Gesundheitswirksame Bewegung bei älteren Erwachsenen: Empfehlungen für die Schweiz. 2013.
- Münzer T, Gnädinger M. Erfassung des Sturzrisikos und Sturzprävention in der Hausarztpraxis. Schweiz Med Forum. 2014;14(46):857–861.
- Wettstein A, Dytar D, Kälin M. Gesundheitsrisiko Vereinsamung im Alter. Schweiz Med Forum. 2014;14(47):877–880.
- Ruhwinkel B, Wieser M. Abhängige ältere Menschen beim Hausarzt. Schweiz Med Forum. 2014;14(48):877–880.
- Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegaler Drogen in der Schweiz im Jahr 2012. SuchtSchweiz. 2013.
- Imoberdorf R, Rühlin M, Beerli A, Ballmer PE. Mangelernährung im Alter. Schweiz Med Forum. 2014;14(49):877–880.
- Bischoff-Ferrari HA, Rosemann T, Grob D, Theiler R, Simmen H. Vitamin-D-Supplementation in der Praxis. Schweiz Med Forum. 2014;14(50):877–880.

Korrespondenz:
Dr. med. Claudia Kessler
Koordinationsstelle Via
– Best Practice Gesundheitsförderung im Alter
Gesundheitsförderung
Schweiz
Dufourstrasse 30
Postfach 311
3000 Bern 6
kessler[at]public-health-services.ch