

# Schlafstörungen nicht als «naturgegeben» akzeptieren!

Wer tagsüber aktiver ist, schläft nachts besser

**Schlaflose Patienten – atemlose Pflegende: ein bekannter Teufelskreis im Pflegealltag. Wie können mit gezielten Massnahmen beide Ruhe finden?** Stefan Müller



Stefan Müller ist Sozialarbeiter und freier Journalist. Er schreibt unter anderem über Themen zu Gesundheit und Gesellschaft.  
info@texteallerart.ch

Das ältere Menschen mehr Schlaf brauchen, ist ein weitverbreiteter Irrtum. Das Schlafbedürfnis bleibt ab 30 Jahren mehr oder weniger konstant, bei durchschnittlich sieben bis acht Stunden. Der falsche Eindruck entsteht durch das frühe Schlafengehen und zeitige Aufwachen vieler Senioren. «Wir werden aufs Alter zunehmend zum Morgenmenschen», kommentiert Daniel Brunner, Schlafspezialist und Leiter des Zentrums für Schlafmedizin Hirslanden, diese natürliche Entwicklung. Allerdings verändert sich mit der Zeit das Schlafverhalten klar und deutlich, was verschiedene Gründe hat. «Einerseits führt der Alterungsprozess bei jedem Menschen zu Veränderungen im Organismus, welche man als ein «Nachlassen der inneren Uhr» bezeichnen kann», sagt David Garcia, Leiter der Schlafsprechstunde des Unispitals Zürich. Dies bedeutet, dass das Zentralnervensystem immer mehr Mühe hat, zwischen Tag und Nacht zu unterscheiden, wodurch der Schlaf wie beim Neugeborenen «polyphasisch» wird. Folglich schläft man in der Nacht kürzer und weniger tief, unterbrochen durch 60 bis 150 kurze Aufwachepisodes. Umgekehrt neigt man häufiger zu kleinen «Siestas», welche sich chaotisch über den ganzen Tag verteilen, wodurch sich der Nachtschlaf nochmals verkürzt. Ein Teufelskreis.

Andererseits gilt es laut Garcia zu bedenken, dass die menschliche Fähigkeit, sich an neue Gegebenheiten anzupassen, durch den Alterungsprozess des Nervensystems abnimmt. «Können wir in jungen Jahren problemlos während der Woche «wenig» und an Wochenenden «viel» schlafen, so schaffen wir mit zunehmendem Alter psychisch diese «Schlafsprünge» nicht mehr», führt der Mediziner als Beispiel an. So überrascht es wohl wenig, dass ältere Menschen sich stärker mit Schlafproblemen herumschlagen als jüngere. Grosse Untersuchungen in der Altersbevölkerung in den USA und der Schweiz haben gezeigt, dass mehr als 50 Prozent der Personen an einer Schlafstörung leiden. Die meisten Klagen der über 65-Jährigen betreffen Ein- und Durchschlafprobleme sowie zu kurzen Schlaf.

**Zuerst Grundleiden suchen** Dies hat Konsequenzen für den Alltag in den Pflegezentren: Schlaflose, übernachtigte Patienten leiden – mit ihnen das Pflegepersonal. Wie finden aber die Patienten wieder

ihre dringend benötigte Nachtruhe? Trotz häufigem Auftreten findet Garcia die Problematik nicht «etwas Normales». Wer schlecht schlafe, verliere überdies kognitive Fähigkeiten, vermöge weniger für sich selbst zu sorgen und laufe Gefahr in (gefährliche) Unfälle verwickelt zu werden. Schlafstörungen gehörten daher umgehend abgeklärt.

In einem ersten Schritt muss der Arzt erkennen, ob die Schlafproblematik Folge eines anderen (körperlichen oder psychischen) Grundleidens ist. Beispielsweise können Patienten mit Herz-Kreislauf-Problemen in der Nacht Atemnot oder Harndrang entwickeln, wodurch ihr Schlaf deutlich gestört wird. Dasselbe gilt für Menschen mit einer Atemwegserkrankung (wie zum Beispiel Asthma) oder mit chronischen Schmerzen, die aus verständlichen Gründen keine Nachtruhe finden. Ebenfalls schlafstörend wirkt sich das vermehrte Wasserlösen aus, verursacht entweder durch eine Prostatavergrösserung bei den Männern oder durch eine Blasenschwäche bei den Frauen.

Auf der anderen Seite grübeln Menschen vermehrt, die unter einer Depression leiden, wodurch sie nachts schlecht einschlafen können. Ältere Menschen sind zudem zusehends mit seelischen Schmerzen konfrontiert, etwa durch den Verlust von Ange-

## Emotionale Faktoren sind die grosse Herausforderung

Für die beiden Pflegefachfrauen Ursula Feiner und Monika Götsch vom Zürcher Pflegezentrum Bachwiesen gehören Schlafstörungen zum «täglichen Geschäft»: «Um den Bewohnern einen guten Schlaf zu ermöglichen, ist es wichtig, die Biografie der Bewohner zu kennen. Diese Kenntnis hilft uns, die Schlafgewohnheit individuell anzupassen», erklärt Monika Götsch, Leiterin der geschützten Abteilung für demente Bewohner. Am Abend achte man zudem auf eine ruhige Atmosphäre. Denn: «So wie man abends in den Wald ruft, kommt es in der Nacht zurück», weiss sie aus Erfahrung. Welche Schlafprobleme halten am meisten auf Trab? «Emotionale Faktoren bei Schlafstörungen sind die grosse Herausforderung für die Pflegenden», sagt Ursula Feiner, Leiterin einer gemischten Abteilung. Dies seien unter anderem Verlustängste, die in der Nacht nagen; das Alleinsein. Hier gelte es, Aufmerksamkeit zu schenken, etwa mit einem Gespräch. Manchmal reichten auch ein Orangenblütentee, Baldrian tropfen oder vielleicht das Anschalten des Fernsehers. Öfters benötige jemand einfach Licht und Geräusche. «Wir nehmen gelegentlich auch jemanden ins Stationszimmer», flicht Monika Götsch ein. Generell würden sie jene pflegerischen Massnahmen treffen, die nach ISO empfohlen seien.



hörigen, was wiederum manch schlaflose Nächte nach sich zieht. Auch können Störungen im Schlafverhalten die ersten Anzeichen einer beginnenden Demenz sein. Und schliesslich schadet regelmässiger Alkoholkonsum dem Schlaf.

**Bitte Packungsbeilage lesen!** Daneben gilt es stets im Auge zu behalten, dass sich viele Arzneien, die zur Behandlung dieser Gesundheitsprobleme eingesetzt werden, sowohl direkt als auch indirekt auf die Schlafarchitektur und -qualität auswirken können. Das pharmakologische Wissen des Arztes ist gefordert. «Ein Präparatwechsel, eine Dosisanpassung oder eine Verschiebung des Einnahmezeitpunktes kann in einem solchen Fall die Problematik zum Verschwinden bringen», erklärt Garcia.

«Vielfach werden auch viel zu viele Medikamente eingenommen», konstatiert Brunner. Tagsüber würden die Menschen dadurch gedämpft und müde, was sicherlich auch durch den verbreiteten hohen Konsum an Schlaf- und Beruhigungsmitteln zu erklären sei.

Wenn alle anderen Ursachen ausgeschlossen sind, bleiben die «primären» Schlaferkrankungen übrig, wie z.B. das Schlafapnoe<sup>1</sup> oder das Restless-Legs-Syndrom<sup>2</sup>. Meistens sind sie vorbestehend und verschärfen sich im Alter allenfalls nochmals. «Daher ist es wichtig, dass der Arzt über die gesamten Daten der Krankheitsgeschichte verfügt», sagt Garcia.

**«Schlafmythen» verhindern Schlaf** Liegt die Ursache der Schlafstörung in einer anderen Erkrankung, so muss man Letztere vorrangig behandeln und nicht das vordergründige Schlafproblem. Garcia legt deshalb Wert darauf, dass jede Behandlung eines älteren Menschen in ein Gesamtkonzept eingebettet ist. «Nichtpharmakologische Ansätze müssen hierin auch ihren Platz haben», betont er. So hätten Ärzte

und Pflegende die Aufgabe, die Patienten nicht nur über Schlafhygiene, sondern auch über «Schlafmythen» aufzuklären. Es gebe etwa Menschen, die der Meinung seien, ihr Schlaf habe ausschliesslich aus Tiefschlaf zu bestehen, was nachweislich falsch sei.

Dieser Glaube belastet diese Menschen derart, dass sie nachts aus Angst, ihr Schlaf könnte nicht immer diese tiefe Qualität aufweisen, kaum zu schlafen vermögen. Dies führt dazu, dass sie bereits um 18 Uhr ins Bett gehen, nach acht Stunden Schlaf morgens um zwei Uhr aufwachen und das Gefühl haben, «die ganze Nacht nicht geschlafen zu haben» – «was im wörtlichen Sinne zwar stimmt, aber nichts mit einer Störung des Schlafs zu tun hat», diagnostiziert Garcia.

**Mehr Aktivitäten am Tag** Passivität und Untätigkeit machen müde und verschlechtern überdies den Nachtschlaf. Wer kennt das nicht aus eigener Erfahrung? Aus Studien weiss man heute, dass aktive und gesunde Rentner weniger Probleme mit dem Schlaf haben als kranke und behinderte. Demgegenüber werden Mobilitäts-, Seh- und Hörbehinderte weniger stimuliert, wodurch es ihnen schwerer fällt, sich längere Zeit wach zu halten. «Ganz wichtig ist es deshalb», sagt Schlafspezialist Brunner, «tagsüber genügend stimuliert zu werden, um eine stabile Wachheit zu erlangen.» Neben körperlich und mental stimulierenden Aktivitäten bräuchten die Menschen auch genügend soziale Kontakte.

Was das Nickerli am Tag anbelangt, empfiehlt Brunner: Weil es sich ohnehin meist nicht vermeiden lasse, doch lieber willentlich einen Mittagsschlaf von nicht mehr als einer Stunde einschalten und dafür sich nicht als «Opfer fühlen». Abends dafür sich erst hinlegen, wenn man sich wirklich müde fühlt, das Bett eine absolute Notwendigkeit ist.

Da das Schlafverhalten immer stark mit den

Schlaflose Menschen leiden. Gemeinsam können aber Lösungen für das Problem gefunden werden.  
Foto: Martin Glauser

1 «Schnarchen-mit-Atempause-und-Luftschnap-pen»-Syndrom

2 «Unruhige-Beine»-Syndrom



natürlichen Veränderungen des Alterns zusammenhängt, gilt es, diese Tatsache laut Brunner in ein positives Licht zu stellen. Einige einfache Verhaltensänderungen sind dafür hilfreich: Abends wenig trinken und vor dem Zubettgehen nochmals das Klo aufsuchen; oder nachts, wenn man aufwacht, das Bett verlassen. «Früher wurde mit diesen nächtlichen Stunden ein viel natürlicherer Umgang gepflegt», weiss Brunner. Die «Sternzeit» sei genutzt worden für astronomische oder philosophische Betrachtungen. Warum sollte man heute das erste Aufwachen und die Frische hernach nicht wieder positiv nutzen für etwas Bildendes, für ungestörtes Denken, für neue Einsichten?

**Pflegende stellen erste Diagnose** Schlafstörungen sollten von Patienten wie Pflegenden laut Garcia ernst genommen und nicht einfach als «naturgegeben» hingenommen werden. Wenn jemand im Alters- und Pflegeheim nachts keine Ruhe finde, dann sei das ein Zeichen dafür, dass etwas nicht Ordnung sei. Dasselbe, wenn Herr Y. oder Frau X. sich tagsüber nicht aktivieren lasse und nur vor sich hin döse. Schlimmstenfalls habe man es mit einem deliranten Zustand zu tun, was für die betroffene Person tödlich enden könne.

Mit verschiedenen Massnahmen hat das Pflegepersonal die Möglichkeit, den Schlaf der Patienten zu fördern:

- zum Beispiel mit solchen, die zur Akzentuierung des Tag-Nacht-Unterschieds beitragen. Das heisst während des Tages viel Sonnenlicht, eine angepasste körperliche und geistige Aktivierung. Wenn die betroffene Person nicht immer mobilisierbar ist, so können Lichttherapiegeräte Hilfe verschaffen. Ausserdem ist zu vermeiden, dass die Patienten schon vor 19 Uhr schlafen gehen;
- mit Aufklärungsarbeit: Die schlaflosen Nächte bereiten den betroffenen Patienten vielfach schon im Voraus Angst. Ebenso sorgen sich viele Patienten wegen ihrer kurzen Nickerchen im Verlauf des Tages. Man muss versuchen, den Patienten diese Ängste zu nehmen, ihnen Verhaltenstipps geben

- und sie über «Schlafmythen» aufklären (**siehe oben?????**);
- Mit Selbstdiagnostizieren: Sinnvoll ist es auch, wenn die Pflegenden gleich selbst lernen, die häufigsten Schlafstörungen und Ursachen zu erkennen:
    - Schlafapnoe
    - Restless-Legs-Syndrom (neurologische Störung)
    - zu langer Schlaf am Tag
    - Schlafhygiene
    - Erkennen einer Depression. ■

# Patienten sollen nicht zum Schlafen gezwungen werden

Im Gespräch mit dem Geriater Markus Anliker

**Der Geriater Markus Anliker plädiert dafür, dass bei Schlafproblemen nicht gleich zu Medikamenten gegriffen wird. Zuerst soll man Alternativen anbieten wie Lesen, Musikhören oder Fernsehen.** Stefan Müller

*Schlafprobleme sind auch in Pflegeheimen an der Tagesordnung. Häufig auch als Folge des hohen Medikamenteneinsatzes älterer Menschen.*

Das ist richtig. Die Reaktion auf Medikamente ist jedoch von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Während die einen eine Substanzgruppe problemlos vertragen, leiden andere unter Nebenwirkungen, unter anderem solchen, die den Schlaf beeinflussen können. Zum Beispiel:

- Viele Medikamente haben eine stopfende Wirkung; ein übervoller Darm stört den Schlaf, er kann sogar zu nächtlicher Inkontinenz führen.
- Diuretika, die länger wirken, führen zu nächtlich erhöhter Urinproduktion und entsprechendem Drang, die Blase zu entleeren.
- Anregende Antidepressiva, zum Beispiel aus der Gruppe der Serotonin-Reuptake-Hemmer, können den Schlaf stören.
- Einzelne Menschen reagieren auf Benzodiazepine paradox und finden unter diesen Medikamenten keine Ruhe.
- Opiate in nicht individuell angepasster Dosierung können zu Wahnvorstellungen führen.

«Wenn ich nicht schlafen kann, lese ich in einem Buch oder in einem Heftli. Meistens schlummere ich dann wieder ein. Genauso mache ich es beim Einschlafen, oder es gibt noch einen Schwatz mit der Nachbarin.»

Patientin

*Bekanntlich ist der Schlafmittelkonsum unter älteren Menschen sehr verbreitet. Mit welchen Folgen?*

Zur Anwendung kommen dabei oft Medikamente aus der Gruppe der kurz wirksamen Benzodiazepine (zum Beispiel Stilnox). Diese haben ein hohes Abhängigkeitspotenzial, und es besteht eine Tendenz, die Dosis zu erhöhen. In den ersten Stunden nach der Einnahme führen sie durch ihre Sedation zu einer hochgradigen Sturzgefahr. – Am besten, man beginnt gar nie damit.

Die früher angewendeten, länger wirksamen Benzodiazepine (zum Beispiel Mogadon) haben ebenfalls ein Gewöhnungspotenzial. Sie vermindern den Wachzustand auch am Tag und die Muskelspannungen führen zu einem Sturzrisiko, auch können sie den Grund einer kognitiven Störung darstellen.

Benzodiazepine mit einer mittleren Wirkzeit (z.B. Seresta), in einer tiefen Dosierung, sind wahrscheinlich noch der harmloseste Ansatz bei der Verwendung dieser Substanzen gegen Schlafschwierigkeiten. Alle Benzodiazepine haben einen Gewöhnungseffekt und die unerwünschten Nebenwirkungen auf das Gehirn und die Muskulatur.

Neuroleptika (z.B. Seroquel, Dipiperon, Risperdal) sind bei nicht durch Psychosen verursachten Schlafstörungen nicht angezeigt, sie sind gefährlich. Sie haben viele unerwünschte Nebenwirkungen und sollten deshalb für diese Indikation nicht angewendet werden.

*Wie kann man Schlafstörungen behandeln, ohne gleich zu Medikamenten zu greifen?*

Wenn eine ursächliche Erkrankung ausgeschlossen respektive behandelt ist, stehen nichtmedikamentöse Massnahmen im Vordergrund. Im Speziellen sollen grosszügig pflanzliche Produkte, denen eine schlafanstossende Wirkung zugesprochen wird, zum Einsatz kommen, wie zum Beispiel Baldrian.

*Was für Tipps geben Sie Pflegenden im Umgang mit Schlafschwierigkeiten ihrer Patienten?*

Ich rate Folgendes: Sie sollen zunächst die Ursache der Schlafstörung suchen und dann spezifisch behandeln. Falls keine Ursache gefunden wird, soll der alte Mensch auf keinen Fall zum Schlafen gezwun-

Medikament/Gruppe	Indikation	Mögliche Nebenwirkung
Diuretika	Hoher Blutdruck, Ödeme	Nächtlich erhöhte Urinproduktion/vermehrter Harndrang
Serotonin-Reuptake-Hemmer	Depression	Schlafstörungen
Benzodiazepine	Angst, Muskelverspannung, Schlafprobleme	Ruhelosigkeit, erhöhte Sturzgefahr
Opiate	Schmerzen	Wahnvorstellungen
Abführmittel	Verstopfung	Vermehrter Stuhlgang
Blutdruckmittel (Betablocker)	Hoher Blutdruck	Wirken anregend
Atemstimulanzien	Atemwegserkrankungen (Asthma)	Wirken anregend

gen werden. Stattdessen sollten die Pflegenden Alternativen anbieten wie Lesen, Musikhören oder Fernsehen. Nützen nichtmedikamentöse Massnahmen und pflanzliche Mittel nichts, sollte nicht gleich nach dem Arzt gerufen und ein Schlafmittel verlangt werden. Wiederholt machte ich die Erfahrung, dass Paracetamol (z.B. Acetalgin oder Dafalgan) in einer kleinen Dosis (500 mg) eine gute Wirkung hat. Wie man sich diese Wirkung genau erklären kann, weiss ich auch nicht. Eine kleine Dosis dieses Medikaments ist auf Dauer harmloser als Benzodiazepine.

*Zum Schluss noch: Wie stehts eigentlich um Ihren Schlaf?*

Mir rauben gelegentlich die Gedanken an unsere Zukunft den Schlaf – eine Zukunft mit sehr viel mehr alten Menschen, unter anderem mit kognitiven Einschränkungen und der Notwendigkeit, sie zu betreuen. Wir müssen ausserordentliche Massnahmen treffen, damit wir in den nächsten 30 bis 40 Jahren die Anforderungen bewältigen können, welche die zukünftigen vielen alten Menschen an die Gesellschaft stellen werden. So müssen wir eine Bildungsoffensive für qualifizierte Pflegenden lostreten und uns nicht mit Laien- und Halbwissen in der Behandlung und Pflege von alten Menschen zufriedengeben. ■



**Markus Anliker** ist Geriater und als Leitender Arzt im Pflegezentrum in Baar tätig. Sein Bemühen für ein professionelles Verständnis der Langzeitpflege zeigt sich auch in seinem Engagement für das RAI-System als systematisches geriatrisches Assessment in den Alters- und Pflegeheimen. Foto: zVg



Foto: Martin Grauser