

Schlafstörungen in Form von Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder frühmorgentlichem Erwachen in Verbindungen mit Einschränkungen der Tagesbefindlichkeit gehören zu den häufigen Gesundheitsbeschwerden und werden in im klinischen Alltag oft berichtet. Die neueren Diagnosesysteme, wie das amerikanische *Diagnostic and Statistical Manual* in der 5. Auflage (DSM-5) sowie die sich abzeichnende Neuauflage der *International Classification of Diseases* in der 11. Auflage (ICD-11) konzeptualisieren Insomnie nochmal klarer nicht als Begleitsymptom, sondern als eigenständige diagnostische Entität, als insomnische Störung. Diese Konzeptualisierung trägt den Beobachtungen der letzten Jahre Rechnung, dass eine insomnische Störung einen Risikofaktor darstellt, an weiteren Erkrankungen wie z.B. Depression oder kardiovaskulären Erkrankungen zu erkranken. Weiterhin stellt eine komorbid vorliegende insomnische Störung einen Risikofaktor für einen ungünstigeren Verlauf verschiedener anderer Erkrankungen dar. Dies betont, dass eine schlafspezifische Diagnostik und Behandlung nicht nur zu einer Verbesserung der Schlafstörung, sondern auch zu einer Verbesserung von anderen Gesundheitsparametern und der Lebensqualität beitragen kann. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, hervorzuheben, dass alle internationalen Leitlinien darin übereinstimmen, dass die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) die Therapie der ersten Wahl darstellt – also nicht eine medikamentöse Behandlung. Eine medikamentöse Behandlung ist nur dann indiziert, wenn die kognitive Verhaltenstherapie nicht erfolgreich oder nicht verfügbar ist. Die KVT-I beinhaltet allgemeine Ratschläge zum Schlaf-Wach-Verhalten, als wichtigstes einzelnes Element eine Bettzeit-Restriktion und zusätzlich Entspannungsverfahren und kognitive Elemente, bei denen dysfunktionale Annahmen über Schlaf hinterfragt und korrigiert werden. Gerade die Basiselemente mit Ratschlägen zu gesundem Schlaf-Wach-Verhalten und eine Bettzeit-Restriktion sind in ihrer Wirksamkeit belegt und einfach in den Alltag zu implementieren. Aktuell laufen in der Schweiz wie auch in vielen anderen Ländern Bemühungen, die Implementierung und Verbreitung der KVT-I weiter zu verbessern, um das häufige Störungsbild Insomnie leitliniengerecht und wirksam zu behandeln. Insbesondere kann die bessere Implementierung dazu beitragen, eine weiterhin vorliegende Überverschreibung von Schlafmitteln zu reduzieren.

Ich freue mich, dass *Primary and Hospital Care* hier mit einem aktuellen Beitrag zu Insomnie in diese Richtung geht, denn gerade Hausärztinnen und Hausärzte sind diejenigen, die entscheidend zur besten Versorgung beitragen. In den nachfolgend geplanten Artikeln sollen die Hintergründe der Versorgungssituation in der Schweiz, aber auch das konkrete Vorgehen der KVT-I näher beleuchtet werden.

Prof. Dr. med. Christoph Nissen

Chefarzt, stv. Direktor

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Schlafserie Teil 1

Schlafstörungen – Leitliniengerechte Abklärung und Behandlung

Eva Birrer

Ehemals Seeklinik Brunnen

Ein- und Durchschlafstörungen (Insomnien) sind ein häufiger Beratungsanlass in der Hausarztpraxis [1, 2]. Ungefähr 6–10% der Bevölkerung leiden unter einer klinisch relevanten Insomnie [3]. Sie ist eine ernstzunehmende Erkrankung und ein Risikofaktor für diverse gesundheitliche Probleme, wie etwa kardiovaskuläre Erkrankungen [2] und Diabetes [4]. Zudem belegt die Literatur, dass Patientinnen und Patienten mit Insomnien ein hohes Risiko für das spätere Auftreten einer Depression [5–7] oder einer bipolaren Störung [8] aufweisen. Ähnliche Zusammenhänge konnten auch für Insomnien und Suizidalität, Suizidversuche bzw. vollzogene Suizide hergestellt werden [9–12]. Es gibt Hinweise darauf, dass der REM-Schlaf (*rapid eye movement sleep*) negative Affekte im emotionalen Gedächtnis runterreguliert [13, 14]. Dies passt zu den Befunden, die zeigten, dass schlafgestörte Menschen eine erhöhte emotionale Reaktivität aufweisen [15]. Schlaf scheint also wichtig für die Emotionsregulation [16]. Epidemiologische Studien zeigen auf, dass Insomnien auch ein Risikofaktor für die Entwicklung von Angststörungen [17] und Substanzabhängigkeit [7] sind. Dies

weist darauf hin, dass die Behandlung von Insomnien hinsichtlich organischer und psychischer Erkrankungen präventiv sein kann. Arbeiten sind jedoch notwendig, die prüfen, ob die Behandlung der Insomnie zu einer Verbesserung der genannten gesundheitlichen Probleme führt.

Schlafstörungen haben viele verschiedene Ursachen

Schlafstörungen können vielfältige Ursachen haben. Aufgrund der Komplexität empfiehlt es sich, leitliniengerecht vorzugehen (siehe Abb. 1 als Online-Appendix). Unerlässlich ist eine genaue Schlafanamnese mit einer Abklärung körperlicher und psychischer Erkrankungen. Ein- und Durchschlafstörungen sind dann behandlungsbedürftig, wenn Patienten sich erheblich durch die Symptomatik beeinträchtigt fühlen (A). Wichtig ist zudem, dass Patienten an den zirkadianen Rhythmus angepasst sind (B). Oftmals helfen schon Aufklärung und Informationen über die Funktionsweise des Schlafs und der eigenen zirkadianen Rhythmik. So ist

Innere Medizin				Neurologie			
Substanzgruppe/ Substanz	Schläfrigkeit	Wachheit	Schlafstörung	Substanzgruppe/ Substanz	Schläfrigkeit	Wachheit	Schlafstörung
Antihypertensiva				Antiepileptika			
Methyldopa	+	-	(+)	Carbamazepin	+	-	-
Clonidin	+	-	+	Oxcarbazepin	+	-	-
Betarezeptoren- blocker	-	-	+	Phenobarbital	+	-	-
ACE-Hemmer, AT- 2-Blocker	+	-	-	Primidon	+	-	-
Analgetika				Diazepam	+	-	-
NSAR	-	-	+	Lamotrigin	+	+	+
Opioide	+	-	-	Topiramamat	+	+	+
Kortikoide				Levetiracetam	+	-	-
Glukokortikoide	-	-	+	Zonisamid	+	-	-
Diuretika				Gabapentin	+	-	-
Thiazide	-	-	+	Pregabalin	+	-	-
Kaliumsparende Diuretika	+	-	-	Parkinsonmedikamente			
Magen-Darm-Medikamente				NMDA-Agonisten	(+)	(+)	-
Dopamin- Antagonisten	(+)	-	-	Levodopa	(+)	-	++
Anticholinergika	+	-	-	Ergot- Dopaminagonisten	+	-	-
				Non-Ergot- Dopaminagonisten	++	-	-
				COMT-Hemmer	+	-	++

Tabelle 1: Schlafbezogene Nebenwirkungen von Medikamenten (Liste nicht vollständig).

es etwa normal, dass ältere Menschen aufgrund der inneren Uhr, die im Alter vorverlagert ist, früher am Morgen aufwachen («Lerchen»). Typische Abendmenschen («Eulen») haben oft Schwierigkeiten einzuschlafen, wenn sie sich unter Druck setzen, früh einschlafen zu *müssen*. Schichtarbeitende haben spezifische Beratungsbedürfnisse, da sie gegen ihren inneren Rhythmus arbeiten müssen. In der Anamnese sollte auf jeden Fall nach Medikamenten, die den Schlaf stören können, gesucht werden (C). Die Substanzen, die zu einer Tagesschläfrigkeit, Wachheit oder einer Schlafstörung führen können, sind vielfältig (Tab. 1). Wenn die Schlafstörung zeitlich in Zusammenhang mit einer Neueinnahme von Medikamenten steht, sollte eine Umstellung erwogen werden.

Erfassung mittels Fragebögen und Skalen

Schlafstörungen treten oft komorbid mit organischen bzw. psychischen Erkrankungen auf (D). Während die ICD-10 (*international statistical classification of diseases and related health problems*, zehnte Auflage der WHO) unterscheidet, ob Schlafstörungen organisch oder nichtorganisch bedingt sind [18], kennt das DSM-V (*diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fünfte Auflage der APA) diese Unterscheidung nicht, und unterscheidet auch nicht mehr zwischen primä-

ren und sekundären Insomnien. Es wird der Überbegriff insomnische Störungen eingeführt und damit die häufige Komorbidität der Insomnie und die Notwendigkeit, sowohl die Schlafstörung als auch die weitere organische oder psychische Erkrankung zu behandeln betont [19]. Aus diesem Grund ist eine ausführliche somatische bzw. psychiatrische Anamnese wichtig. Oftmals erweist es sich als hilfreich, die genaue Tagessymptomatik zu erfragen sowie wie der Schlaf erlebt wird, um weitere Hinweise für ein diagnostisches Vorgehen zu erhalten. Organische Schlafstörungen wie das Restless-Legs-Syndrom oder die schlafbezogene Atemstörung müssen zudem in die Differenzialdiagnose einbezogen werden. In Tabelle 2 sind die wichtigsten organischen Erkrankungen aufgelistet, die zu Schlafstörungen führen können.

Neben einer genauen Anamnese helfen Fragebögen und Schlaftagebücher auf die richtige Fährte. Um die Tagesbefindlichkeit bzw. eine Tagesschläfrigkeit zu erfassen, hilft die *Epworth Schläfrigkeitsskala* [20]. Ein Wert >10 gilt als pathologisch und abklärungsbedürftig. Oftmals ist eine erhöhte Tagesschläfrigkeit assoziiert mit organischen Störungen im Schlaf (d.h. Schlafapnoen, schlafbezogene Bewegungsstörungen im Schlaf, Narkolepsie). Aber Achtung: Bei einer Schlafapnoe weisen Frauen oft eine weniger ausgeprägte assoziierte Tages symptomatik auf. Sie zeigen

Tabelle 2: Organische Erkrankungen, die zu Schlafstörungen führen können (modifiziert nach [2]).

Chronische Nieren- und Magen-Darm-Erkrankungen
Chronischer Schmerz z.B. bei rheumatischen Erkrankungen
Endokrinologische Erkrankungen
Epilepsien
Extrapyramidalmotorische Erkrankungen
Herz- und Lungenerkrankungen
Kopfschmerzen
Maligne Erkrankungen
Polyneuropathien
Schlaganfall
Multiple Sklerose
Starker Juckreiz bei Hauterkrankungen
Restless-Legs-Syndrom; schlafbezogene Bewegungsstörungen im Schlaf
Schlafbezogene Atemstörungen

eher eine Tagesmüdigkeit, depressive Symptome und insomnische Beschwerden, dies im Gegensatz zu Männern, die eher eine ausgeprägte Tagesschläfrigkeit bei Schnarchen aufweisen.

Eine Insomnie lässt sich leicht mit dem international verbreiteten Fragebogen *Insomnia Severity Index* [21] oder der *Regensburger Insomnieskala* [22] erfassen. Diese erheben insomnische Beschwerden inklusive der Tagesbefindlichkeit.

Therapieoptionen bei Insomnie

Fallvignette

Eine 58-jährige Frau wird wegen einer therapieresistenten Depression in die Klinik zur stationären Behandlung eingewiesen. Die Patientin beschreibt eine ausgeprägte Insomnie, die auf keine Schlafmittel oder sedierende Antidepressiva anspricht. Die (Chronologie der) Symptomatik zeigte eine seit Jahren bestehende Tagesmüdigkeit, einen unerholbaren Schlaf mit vielen kurzen Wachphasen, Ausdehnung der Bettzeiten (um die Müdigkeit zu bekämpfen), eine später hinzukommende Einschlafstörung und eine weitere Gewichtszunahme durch Inaktivität bei zuvor schon bestehendem Übergewicht. Eine jahrelange chronische Belastung am Arbeitsplatz wurde als mitverursachend für die Depression angesehen.

Als Beginn der Symptomatik wurde der nicht erholsame Schlaf sowie eine Durchschlafstörung mit Tagesmüdigkeit angegeben. Die Aktigraphie (Bewegungsmessung, die zur Objektivierung des Schlaf-Wach-Rhythmus für 14 Tage abgegeben wurde) zeigte einen unregelmässigen Schlaf-Wach-Rhythmus sowie viele Bewegungen in der Nacht. Da die Patientin zudem angab, gelegentlich zu schnarchen, wurde eine polysomnographische Untersuchung durchgeführt. Diese förderte ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom zutage, eine lange unerkannte organische Ursache für die Tagessymptomatik. Die später hinzugekommene Einschlafstörung konnte leicht erklärt werden. Durch die Schlafapnoe entwickelte die Patientin eine erhebliche Tagesmüdigkeit. Sie versuchte diese mit mehr Schlaf zu kompensieren. Sie ging immer früher ins Bett (entgegen

ihrem chronobiologischen Rhythmus), verminderte durch die ausgedehnten Bettzeiten ihren Schlafdruck, erlebte Grübelepisoden und Sorgen in ihren nächtlichen Wachphasen (insbesondere wegen ihrer chronischen Arbeitsbelastung), was die Einschlafproblematik verstärkte. Die Lösung bestand in einer multimodalen Therapie: Neben der Depressionsbehandlung wurde eine CPAP-Therapie für die Schlafapnoe, gepaart mit einer kognitiv-behavioralen Insomnietherapie durchgeführt. Letztere hat sich als nachhaltiger und überlegener gegenüber pharmakologischen Behandlungen erwiesen.

Bisher gibt es noch kein ideales Hypnotikum, das allen Kriterien (wie spezifischer Wirkmechanismus, keine Abhängigkeitsentwicklung, gute somatische Verträglichkeit etc.) entspricht [2, 23, 24]. Bezüglich der Kurzzeitwirkung (weniger als vier Wochen) von pharmakologischen Hypnotika kann gesagt werden, dass Benzodiazepine und Benzodiazepinrezeptoragonisten am besten untersucht sind und generell signifikante positive Veränderungen von subjektiven und polysomnographischen Schlafparametern fördern, jedoch auch mehr unerwünschte Arzneimittelwirkungen hervorrufen [25–27]. Das Abhängigkeitspotenzial von Benzodiazepinen und Benzodiazepinrezeptoragonisten ist unumstritten [28]. Ausserdem haben Benzodiazepine aufgrund langer Halbwertszeiten die Tendenz zu Hangover-Effekten. Ein solcher Hangover kann sich durch eine Beeinträchtigung der morgendlichen Leistungsfähigkeit, der Arbeitsfähigkeit und des psychosozialen Leistungsvermögens ausdrücken [2]. Diese Problematik ist bei Benzodiazepinrezeptoragonisten weniger stark ausgeprägt, da diese kürzere Halbwertszeiten haben. Jedoch gehen kürzere Halbwertszeiten mit schnelleren Toleranz-, Rebound- und Abhängigkeitseffekten einher [29, 30]. Es konnte ausserdem ein signifikanter Zusammenhang zwischen Zolpidemgebrauch und Suizid oder Suizidversuchen nachgewiesen werden [31]. Weitere Studien zeigten den negativen Effekt von Benzodiazepinen und Benzodiazepinrezeptoragonisten auf Infektionen [32] und die Fahrtüchtigkeit [33–35]. Da nach Absetzen von Hypnotika die Insomnie meistens wieder zurückkehrt (Insomnierebound), ist vor allem die Frage nach der Langzeitbehandlung von grosser Bedeutung. Studien, die sich mit langfristiger Medikation (mindestens zwölf Wochen) befassten, zeigten, dass positive Effekte von Hypnotika über die Zeit abnehmen und das Risiko der körperlichen Gewöhnung mit steigender Anwendungsdauer zunimmt [2]. Weitere Medikamente, die bei der Behandlung von Schlafstörungen angewendet werden, sind sedierende Antidepressiva und Antipsychotika. Für die von Patienten weit verbreitete Anwendung von Antihistaminika, Melatonin und Phytotherapeutika gibt es keine gesicherte oder eine widersprüchliche Datenlage.

In unserem Fallbeispiel lernte die Patientin die Hilfslosigkeit mit einer kognitiven Verhaltenstherapie gegenüber der Schlafstörung abzulegen. Die kognitive Verhaltenstherapie gilt als Therapie der ersten Wahl zur Behandlung von Insomnien, gerade weil die Langzeiteffekte gegenüber der pharmakologischen Therapie gemäss einigen Studien besser sind (s.o.) Mit einer Bettzeitverkürzung konnte sie den Schlafdruck aufbauen. Sie verliess das Bett, wenn sie nicht schlafen konnte (Stimuluskontrolle) und lernte, schlafschädliche Gedanken und Grübeleien zu erkennen und kontrollieren. Dadurch verbesserte sich der Schlaf erheblich und sie tolerierte die CPAP-Therapie, was die Tagesbefindlichkeit inklusive der depressiven Symptomatik stark verbesserte. Sie lernte auch, sich zu entspannen und eigene Grenzen zu akzeptieren.

In diesem Fallbeispiel erwies sich die Kombination von CPAP-Therapie und stationärer Insomnietherapie als erfolgreich, wobei die Insomnietherapie die Etablierung einer CPAP-Therapie überhaupt erst ermöglichte. Auch ein Jahr nach der Behandlung ruft die Patientin in einer Kontrollkonsultation schon von weitem «ich schlafe immer noch gut!». Die depressive Symptomatik war verschwunden und die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt. Wichtig an diesem Beispiel war die leitliniengerechte Abklärung bzw. Behandlung der körperlichen Grunderkrankung UND der Insomnie.

Aus klinischer Erfahrung werden komplementäre Behandlungsmethoden (Akupunktur, achtsamkeitsbasierte Methoden, Entspannungsverfahren, Yoga etc.) von Patienten sehr geschätzt. Insbesondere, wenn die Selbstwirksamkeit durch eine kognitive Verhaltenstherapie gestärkt und die Hilfslosigkeit gegenüber Schlafstörungen vermindert wurde, können diese Therapien ergänzend eingesetzt werden. Als alleinige Option zur Behandlung von chronischen Insomnien sind diese komplementären Behandlungsmethoden nicht zu empfehlen, weil die Wirksamkeit zu gering bzw. die zum Teil unzureichende Datenlage schwierig einzuschätzen ist.

In der ambulanten Praxis erweist sich eine stufenweise Behandlung der Insomnie oftmals als praktikabel. Eine wichtige und niederschwellige Ergänzung zu ambulanten wie stationären Behandlungen sind Onlineprogramme (www.somn.io oder www.ksm-somnet.ch), die sich als wirksam erwiesen haben [36–38]. Diese personalisierten Onlineprogramme folgen dem Goldstandard der oben beschriebenen kognitiven Verhaltenstherapie. Es wird zudem viel Information vermittelt, wie Schlaf gelingt und etliche Schlafmythen, die oftmals Insomnien aufrechterhalten, werden relativiert.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Aufgrund der Datenlage kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Behandlung einer Erkrankung (wie Depression) in jedem Fall zu einer Linderung der Insomnie führt [18]. Die Insomnie sollte für sich diagnostiziert und behandelt werden. Eine Insomnie, die komorbid mit einer anderen Erkrankung auftritt, nicht gesondert zu behandeln, gilt heute als überholt.

Verdankung

Die Autorin bedankt sich bei Dr. med. René Fiechter, Lungenfachzentrum Fiechter, der uns die Tabelle 1 freundlicherweise zur Verfügung gestellt hat.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.primary-hospital-care.ch.

Der Online-Appendix ist als separates Dokument verfügbar unter: <https://primary-hospital-care.ch/article/doi/phc-d.2021.10284>.



Korrespondenz:
Dr. phil. Eva Birrer
ehemals Seeklinik Brunnen
Praxis Schlaf und Psyche
Dorfstrasse 13
CH-6340 Baar
[eva.birrer\[at\]hin.ch](mailto:eva.birrer[at]hin.ch)