

Schlafstörungen im Alter

Altersnormale Veränderungen von ernsten Ursachen unterscheiden

Ältere Patienten klagen häufig über Schlafstörungen. Sie müssen dann behandelt werden, wenn die Lebensqualität leidet, funktionelle Probleme im Alltag auftauchen oder die Selbstversorgung ungünstig beeinflusst wird. So gross die Zahl der Schlafstörungen, so unterschiedlich und vielfältig ist auch die Therapie.

Jeanina Schlitzer und Helmut Frohnhofen

Schlafstörungen sind häufiger Anlass für den Arztbesuch. Ist der Schlaf des Patienten nicht erholsam, vermindern sich sein Wohlbefinden und seine Lebensqualität. Die Folge: Er ist reizbar, weniger stresstolerant, seine Leistungsfähigkeit lässt nach.

Obwohl viele Patienten über schlechten Schlaf klagen – sowohl im Krankenhaus als auch in der Hausarztpraxis –, findet dies meist wenig Berücksichtigung. Gerade ältere Menschen leiden häufig darunter. Das Wissen um Schlafstörungen und die Abgrenzung des im höheren Alter noch normalen Schlafs von ernst zu nehmenden Störungen sollten jedem geläufig sein, der ältere Patienten betreut. *Tabelle 1* zeigt wichtige Fachbegriffe im Zusammenhang mit Schlaf.

Kenntnisse über die altersnormalen Veränderungen sind wichtig, um Fehlerwartungen des Patienten an das eigene Schlafvermögen zu korrigieren und normalen von relevant gestörtem Schlaf abzugrenzen (*2*). *Tabelle 2* zeigt die Schlafparameter, die sich mit zunehmendem Alter verändern. Die Daten stammen aus einer Metaanalyse mit 3577 Probanden und einer Altersspanne von 5 bis 102 Jahren (*3*). Die Gesamtschlafzeit nimmt demnach vom 40. bis zum 70. Lebensjahr um etwa 10 Minuten pro Lebensdekade ab und verändert sich danach kaum noch. Alle 10 Jahre sinkt der Tiefschlafanteil um etwa 2 und die Schlafeffizienz um etwa 3 Prozent. Vom 30. bis zum 70. Lebensjahr steigt die nächtliche Wachzeit (WASO) um etwa 10 Minuten pro Lebensdekade an und bleibt dann etwa auf diesem Niveau. Weniger deutliche Veränderungen zeigten die Einschlaf latenz und der Anteil an Leichtschlaf (Schlafstadien 1 und 2). Die Zeit der

20-Jährigen, die sie brauchen, bis sie einschlafen, war um etwa 5 Prozent kürzer als die der über 70-Jährigen (*3*).

Die Anamnese ist die Grundlage, um eine Schlafstörung im Alter abzuklären. Typischerweise klagen Patienten über Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen, Tagesschläfrigkeit oder nicht erholsamen Nachtschlaf. Diese Symptome können einzeln oder in Kombination auftreten (*4*), erlauben aber noch keine verlässliche Diagnosestellung. Zur weiteren Abklärung haben sich Screeningfragen bewährt (*Tabelle 3*) (*4*).

Schlaflosigkeit (Insomnie) beim alten Menschen

Eine Insomnie liegt vor, wenn der Schlaf als ungenügend erlebt wird oder der Patient sich nach der üblichen Schlafzeit nicht erholt fühlt (*1*). Die Diagnose darf gestellt werden, wenn die Symptomatik an wenigstens 3 Tagen in der Woche auftritt und für wenigstens 1 Monat andauert.

Etwa die Hälfte der älteren Menschen ist von einer Insomnie betroffen (*5*). Untersuchungen zeigen, dass bei über 90 Prozent der Personen höheren Alters die Schlaflosigkeit mit zusätzlich vorliegenden Erkrankungen assoziiert ist. Man sollte deshalb immer nach zugrunde liegenden Erkrankungen suchen (*Tabelle 4*) (*6*). Höheres Lebensalter allein ist dabei kein isolierter Risikofaktor für die Entwicklung einer Insomnie. Lebenszufriedenheit, Sozialisation, geistige Gesundheit und Komorbiditäten sind wesentlichere Einflussfaktoren (*3*). Ältere Menschen mit Insomnie stürzen häufiger, zeigen öfter kognitive Probleme, sind in ihrer Leistungs- und Selbstversorgungsfähigkeit deutlicher beeinträchtigt und haben eine höhere Mortalität als Ältere ohne Insomnie (*4*).

Behandlungsgrundlage der Insomnie im höheren Alter ist die konsequente Suche nach auslösenden Faktoren und Erkrankungen. Neben einer Umsetzung der Empfehlungen der Schlafhygiene (*Tabelle 5*), die eher mässig wirksam ist, müssen vor allem depressive Episoden und persistierende Schmerzen erkannt und behandelt werden (*7*). Verhaltenstherapeutische Massnahmen wie Stimuluskontrolle und Schlafrestriktion sowie Entspannungsverfahren sind auch bei alten Menschen wirksam (*7, 8*).

Mit der schlafphysiologischen Absenkung der akustischen Weckschwelle reagieren ältere Patienten auch auf relativ leise Geräusche mit Aufwachen – ein Problem gerade in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Einfache Massnahmen, wie die Berücksichtigung dieser Tatsache durch die Mitarbeiter in Krankenhaus und Heim oder das Tragen von Ohrstöpseln durch den Patienten, können hier für Abhilfe sorgen. Konstante Bett- und Aufstehzeiten stabilisieren den Tag-Nacht-Rhythmus und wirken hierdurch schlaffördernd. Die im Bett nicht schlafend verbrachte Zeit sollte so kurz wie möglich gehalten und auf Stimulanzen wie Kaffee, Alkohol oder Nikotin in den letzten Stunden vor dem Schlafengehen sollten verzichtet werden. Viele alte Menschen sind empfindlich

MERKSÄTZE

- ❖ Ist der Schlaf nicht erholsam, vermindern sich Wohlbefinden und Lebensqualität.
- ❖ Bei über 90 Prozent der älteren Menschen ist Schlaflosigkeit mit zusätzlichen Erkrankungen assoziiert.

Tabelle 1:

Wichtige Begriffe aus der Schlafmedizin (1)

Terminus	Definition	Normalwert im höheren Lebensalter
Gesamtbettzeit (total time in bed, TIB)	Zeit vom Zubettgehen bis zum endgültigen Aufstehen am Morgen	sollte die Gesamtschlafepisode nicht wesentlich überschreiten
Gesamtschlafepisode (sleep period time, SPT)	Gesamtzeit vom Einschlafen bis zum letztmaligen Erwachen	zwischen 6 und 8 h
Gesamtschlafzeit (total sleep time, TST)	Summe sämtlicher Schlafstadien während einer Schlafepisode	zwischen 6 und 8 h
Schlafstadium	polysomnografische Klassifikation der 5 Stadien non-REM und REM	Verteilung ändert sich im Laufe der Nacht
Schlafzyklus	Zusammenfassung einer Folge der Schlafstadien non-REM und REM	Dauer 60–90 min
Einschlaflatenz (sleep latency, SL)	Zeit zwischen dem Löschen des Lichts und dem Auftreten der ersten Schlafzeichen	< 30 min
Schlafeffizienz (sleep efficiency, SE)	Quotient aus TST und TIB	> 80%
Wachliegezeit (wake after sleep onset, WASO)	Summe der Wachzeit nach dem Einschlafen und vor dem engültigen Erwachen	bis zu 2 h
Aufwachereignis (arousal)	Weckreaktion beim Schlafenden	

Tabelle 2:

Qualitative Veränderungen von Parametern des Schlafes im mittleren und höheren Lebensalter (5)

Altersgruppen (Jahre)	40–60 vs. 60–70	60–70 vs. > 70
Gesamtschlafzeit	↓	↔
Einschlaflatenz	↔	↔
Schlafeffizienz	↓	↓
Stadium 1	↑	↔
Stadium 2	↑	↔
Tiefschlaf	↓	↔
REM-Schlaf	↓	↔
REM-Latenz	↔	↔
WASO	↑	↔

und können nach 10 Stunden noch unter dem schlafhemmenden Effekt einer Tasse Kaffee leiden. Nikotin hemmt das Einschlafvermögen. Alkohol führt nach initial verbessertem Einschlafen durch eine milde Entzugssymptomatik in der zweiten Nachthälfte zu Durchschlafstörungen.

Mittagsschlaf besser lassen

Schlafphasen tagsüber reduzieren das nächtliche Schlafvermögen ebenso wie abendliche körperliche Anstrengung und sollten daher unterbleiben. Opulente Mahlzeiten führen, wie auch Alkohol, zu einem häufiger unterbrochenen Nachtschlaf. Grössere Flüssigkeitsmengen am Abend stören den Schlaf durch die induzierte Nykturie. Immobilität und langes Sitzen tagsüber, zum Beispiel in Rollstühlen, führt zur Flüssigkeitseinlagerung in den Unterschenkeln. Die Umverteilung nach dem Zubettgehen fördert die Diurese und führt zu einer Nykturie mit entsprechendem Einfluss auf den Nachtschlaf (9).

Tabelle 3:

Screeningfragen zur Aufdeckung von Schlafstörungen bei älteren Menschen (4)

- ❖ Um wie viel Uhr gehen Sie normalerweise zu Bett?
- ❖ Zu welcher Uhrzeit erwachen Sie morgens normalerweise?
- ❖ Fällt es Ihnen häufig schwer einzuschlafen?
- ❖ Wie oft wachen Sie in der Nacht auf?
- ❖ Wenn Sie nachts aufwachen, fällt es Ihnen schwer, wieder einzuschlafen?
- ❖ Schnarchen Sie nachts, oder haben Sie Atempausen?
- ❖ Bewegen Sie sich nachts häufig im Bett, oder treten Sie um sich?
- ❖ Wissen Sie, ob Sie im Schlaf essen, herumlaufen, treten oder schreien?
- ❖ Fühlen Sie sich tagsüber überwiegend müde oder schläfrig?
- ❖ Schlafen Sie mehrfach tagsüber ein?
- ❖ Kommt es vor, dass Sie tagsüber einschlafen, ohne dies zu wollen?
- ❖ Wie viel Schlaf benötigen Sie, um sich wach und leistungsfähig zu fühlen?
- ❖ Nehmen Sie irgendwelche Präparate, um Ihren Nachtschlaf zu verbessern?

Für die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen sind als Präparategruppen Phytopharmaka, Benzodiazepine, Nichtbenzodiazepinhypnotika und Antidepressiva mit sedierender Komponente sowie Melatonin bekannt (4).

Tabelle 6 zeigt eine Auswahl gängiger Medikamente bei Insomnie. Der kurzfristige Einsatz (bis zu 4 Wochen) kann durch den schnellen Wirkeintritt sinnvoll sein, um den

Tabelle 4:

Häufige Ursachen für eine sekundäre Insomnie im Alter (4)

Ursachen komorbider Insomnien

- ❖ Depression
- ❖ somatische Erkrankungen
- ❖ Demenzsyndrome
- ❖ unbehandelter Schmerz
- ❖ Immobilität und Bettlägrigkeit
- ❖ unerwünschte Medikamenteneffekte
- ❖ ungünstige Umgebung (Temperatur, Lärm)
- ❖ Nykturie
- ❖ fehlende Sozialkontakte, Einsamkeit, Sorgen

Tabelle 5:

Regeln für die Schlafhygiene

- ❖ Meiden von Genussmitteln am Nachmittag
- ❖ kleine Schlafphasen tagsüber (allenfalls kurzer [30 min] Mittagsschlaf)
- ❖ keine körperlich schweren Arbeiten am Nachmittag
- ❖ keine grossen Mahlzeiten abends
- ❖ regelmässige Bettgehzeiten und Aufstehzeit
- ❖ Vermeiden langer Liegezeiten im Bett, ohne zu schlafen
- ❖ angenehme und schlaffördernde Umgebung schaffen

Patienten zu entlasten. Gerade im höheren Lebensalter besteht jedoch das Problem der Langzeiteinnahme von Hypnotika bei relativ guter Verträglichkeit und fehlender Dosissteigerung. Hier muss individuell und pragmatisch abgewogen werden, ob eine Weiterverordnung im Gesamtkontext nicht die weniger schlechte Vorgehensweise ist. Zu bedenken bleibt jedoch, dass die chronische Einnahme von Benzodiazepin-hypnotika mit einem Verlust von Muskelmasse assoziiert ist

und damit den Syndromen Sarkopenie (Muskelmasseverlust) und Frailty (Gebrechlichkeit) Vorschub leisten kann.

Nach anderen Erkrankungen suchen

Da es praktisch keine Langzeitstudien zum Nachweis einer anhaltenden Wirksamkeit für die Hypnotikabehandlung gibt, muss man gerade im hohen Lebensalter oft von einer komorbiden Insomnie ausgehen. Weil die Nebenwirkungen einer Therapie mit Hypnotika bei alten Menschen mit Verwirrtheit, Inkontinenz, Muskelschwäche und Sturz erheblich sind, sollte die Indikation streng gestellt werden (4). Viel bedeutsamer ist die intensive Suche und Behandlung verursachender Komorbiditäten (4). ❖

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Helmut Frohnhofer
 Kliniken Essen Mitte, Knappschafts Krankenhaus
 D-45276 Essen

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Mayer G et al.: S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, Kurzfassung. DGSM 2001, Berlin, Heidelberg.
2. Cooke JR, Ancoli-Israel S: Normal and abnormal sleep in the elderly. *Handb Clin Neurol* 2011; 98: 653–665.
3. Ohayon MM et al.: Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep* 2004; 27: 1255–1273.
4. Bloom HG et al.: Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 761–789.
5. Ancoli-Israel S: Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner. *Sleep* 2000; 23 Suppl 1: S23–S30.
6. Lichstein KL et al.: Primary versus secondary insomnia in older adults: subjective sleep and daytime functioning. *Psychol Aging* 2001; 16: 264–271.
7. Martin JL, Ancoli-Israel S: Assessment and diagnosis of insomnia in non-pharmacological intervention studies. *Sleep Med Rev* 2002; 6: 379–406.
8. Martin J et al.: Assessment and treatment of sleep disturbances in older adults. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 783–805.
9. Kupelian V et al.: Nocturia and quality of life: results from the Boston area community health survey. *Eur Urol* 2012; 61: 78–84.

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 19/2016. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autoren. Anpassungen an Schweizer Verhältnisse erfolgten durch die Redaktion von ARS MEDICI.

Tabelle 6:

Auswahl von Medikamenten zur Behandlung von Insomnien

Substanzgruppe	Substanz	Handelsname	Halbwertszeit (h)	Dosierung (mg)
mittellang wirksame Benzodiazepine 5–24 h	Oxazepam	Anxiolit®, Seresta®	6–15	5–30
	Bromazepam	Lexotanil®	8–20	3–12
	Lormetazepam	Loramet®, Noctamid®	8–15	1–2
	Temazepam	Normison®	8–20	10–40
	Brotizolam	nicht im AK der Schweiz	9	0,125–0,25
kurz wirksame Benzodiazepine < 5 h	Triazolam	Halcion®	1,4–4,6	0,125–0,25
Imidazopyridine	Zolpidem	Stilnox®, Zoldorm® und Generika	2–4	5–10
Cyclopyrralone	Zopiclon	nicht im AK der Schweiz	5–6	3,75–7,5
Melatonin	Melatonin ret.	Circadin®	3,5–4	2