

Abklärung und nicht-medikamentöse Therapieoptionen

Schlafstörungen in der hausärztlichen Praxis

Ein Drittel der Schweizer Bevölkerung klagt über Schlafstörungen (1). Eine chronische Insomnie liegt bei 6–15% der Bevölkerung vor, wobei Frauen über die gesamte Lebensspanne deutlich häufiger betroffen sind (2). Aufgrund der hohen Prävalenz, der Chronifizierungstendenz (3), der grossen sozioökonomischen Auswirkungen (4) und der vorhandenen Therapie-Schwierigkeiten sind die Insomnien ein bedeutendes Public-Health-Problem. So wird das natürliche Depressionsrisiko durch eine Insomnie verdoppelt (5). Zusammenhänge von kurzer Schlafdauer mit Diabetesrisiko und metabolischem Syndrom werden derzeit untersucht (6). Die Lebensqualität vieler Patienten wird in hohem Masse negativ beeinflusst (7). Häufig wird auf die Schilderung von Schlafproblemen mit Einleitung einer Hypnotika-Therapie reagiert; in der Folge steigt mit zunehmendem Alter in der Schweizer Bevölkerung der Schlafmittelkonsum an (8,9). Situativ und vorübergehend auftretende Insomnien sind sehr häufige Phänomene und bedürfen meist keiner Behandlung. Therapiert werden sollten insbesondere chronische Schlafstörungen (>3 Monate), die zu einer hohen Beeinträchtigung führen. Erfreulicherweise existieren wirkungsvolle Therapiealternativen auch jenseits der sedierenden Pharmakotherapie, über die der vorliegend Artikel einen Überblick gibt.

Klassifikation

Zur Einordnung der Diagnosen wird von Experten die internationale Klassifikation der Schlafstörungen verwendet (ICSD-3, erschienen 2014) (10); daneben stehen ICD 10 (11) und DSM 5 (12) ergänzend zur Verfügung.

In der ICSD-3 wurde aufgrund der aktuellen Forschungslage die Unterscheidung von neun «primären» Insomnietypen der ICSD-2 aufgegeben, unterschieden werden gegenwärtig lediglich folgende Insomnien:

1. Chronische Insomnie (Chronic Insomnia Disorder, Dauer >3 Monate) (Tab. 1)
2. Kurzzeit Insomnie (Short Term Insomnia Disorder, Dauer <3 Monate)
3. Andere insomnische Krankheiten (Other Insomnia Disorder)
4. Sowie Isolierte Symptome und Normvarianten:
 - a. Verlängerte Bettliegezeiten (Excessive Time in Bed)
 - b. Kurzschläfer (Short Sleeper)

Die Insomnien sind nach heutigem Forschungsstand als eigenständige Störungen zu betrachten und können mit anderen Störungen interagieren. Eine chronische Insomnie verdoppelt einerseits das natürliche Depressionsrisiko und stellt andererseits einen bedeutenden Risikofaktor für ein Rezidiv einer abgeklungenen depressiven Episode dar (13).



Dr. med.
Jens. G. Acker
Zurzach

Melanie Wüst,
B. Sc.
Luzern

Dr. sc. nat.
Katharina Stingelin
Zurzach

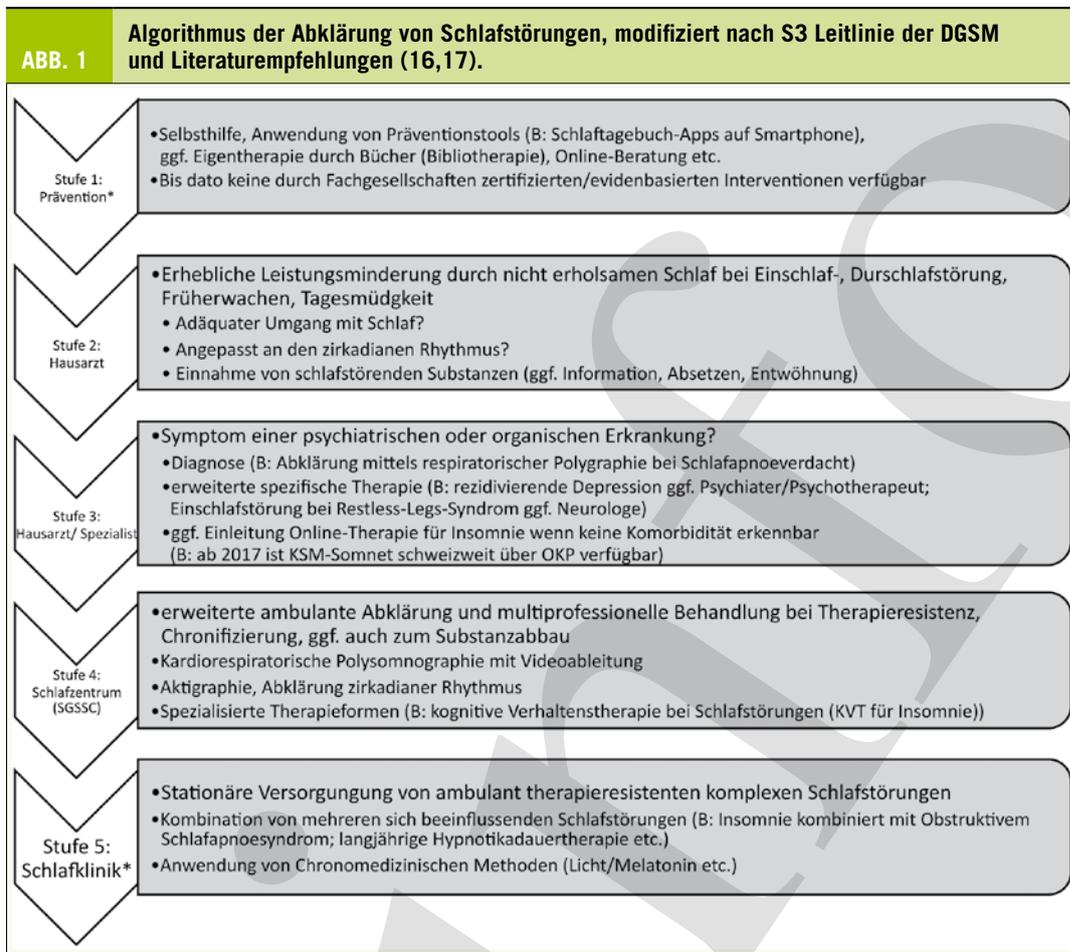
Klinischer Algorithmus für Insomnien (Abb. 1)

Stufe eins: Prävention

Erkennung und fachgerechte Therapie von Schlafstörungen ermöglichen nach heutigem Kenntnisstand einen frühen Einstieg in die Entwicklungskaskade von stressbezogenen und psychischen Störungen. Präventionstools wie zum Beispiel Applikationen für Smartphone-Geräte werden derzeit auf Bevölkerungsebene untersucht und stellen eine Option für die frühe Erkennung einiger Störungen dar. Sie

TAB. 1 Insomniekriterien nach ICSD-3

a)	Der Patient klagt über Einschlaf-, Durchschlafprobleme, Früherwachen oder chronisch nicht erholsamen und schlechten Schlaf. Bei Kindern wird dies meist durch die Eltern festgestellt, etwa wenn die Kinder nicht zu Bett gehen oder nicht im eigenen Bett schlafen wollen.
b)	Der Patient berichtet zumindest über eine der folgenden Formen von Beeinträchtigungen der Tagesbefindlichkeit bzw. Leistungsfähigkeit, die auf die Schlafschwierigkeiten zurückgeführt werden können: <ul style="list-style-type: none"> • Müdigkeit/Fatigue oder Krankheitsgefühl • der Aufmerksamkeit, der Konzentration oder des Gedächtnisses • soziale oder berufliche Einschränkungen oder schlechte Schulleistungen • Irritabilität oder Beeinträchtigungen der Stimmung (B: Gereiztheit) • Tagesschläfrigkeit • Reduktion von Motivation, Energie oder Initiative • erhöhte Anfälligkeit für Fehler, Arbeitsunfälle oder Unfälle (B. beim Führen eines Fahrzeugs) • Sorgen um den Schlaf
c)	Die Schlafstörung kann nicht ausreichend erklärt werden durch unzureichende Ruhezeiten (d.h. es wird ausreichend lange geruht) oder durch ungünstige Umgebungsfaktoren (d.h. sichere Schlafumgebung, dunkel, ruhig, bequem)
d)	Die Schlafstörung und die damit zusammenhängenden Tages-symptome treten mindestens dreimal pro Woche auf.
e)	Die Schlafstörung und die damit zusammenhängenden Tages-symptome sind seit mindestens drei Monaten vorhanden.
f)	Die Schlaf-/Wachsymptome können nicht durch eine andere Schlafstörung besser erklärt werden.



TAB. 2 Abklärungsfragen bei Schlafstörungen

1. Art der Schlafstörung (v.a. Einschlaf-, Durchschlafproblem, Früherwachen, Mischform)
2. Bettzeiten, Schlafdauer, nächtliches Erwachen (inkl. Verhalten, ggf. durchgeführte Massnahmen bei Schlafunterbrechungen)
3. Tagesbefindlichkeit (Müdigkeitskrisen, Naps/Siesta/Nickerchen) und Funktionsbeeinträchtigung (Konzentrationsprobleme, Reizbarkeit, Unfälle/Beinahe-Unfälle in Zusammenhang mit Müdigkeit/Schläfrigkeit)
4. Vorgeschichte der Schlafstörung: erstes Auftreten, Verlauf, Dauer, ergriffene Massnahmen, ggf. Phasen mit normalem Schlaf vorhanden?
5. Medikamentenanamnese (inkl. Hausmittel, frei verkäufliche Präparate) und Genussmittelanamnese (insbesondere Drogen, Alkohol, Koffein)
6. Lifestylefaktoren (Sport, Medienkonsum)
7. Organische/psychische Erkrankungen
Ggf. Schlafprotokoll über 14 Tage ausfüllen lassen (Erhebung von Arbeits- und Freizeitphasen, Vorlage Link im Anhang)

TAB. 3 Medikation als Auslöser von Schlafstörungen

Alkohol und andere Rauschmittel
Antibiotika (B: Gyrasehemmer)
Antriebssteigernde Antidepressiva (B: SSRI, NSRI)
Antidementiva (B: Piracetam)
Blutdruckmittel (B: β -Blocker) und Asthmamedikamente (B: Theophyllin, β -Sympathomimetika)
Diuretika (B: Thiazide)
Hormonpräparate (B: Thyroxin, Steroide)
Stimulierende Substanzen (Koffein und synthetische Substanzen, Amphetamine, Ecstasy)
Analgetika (B: NSAR)
Antiepileptika (B: Lamotrigin)

verfolgen meist einen psychoedukativen Ansatz und vermitteln im Idealfall evidenzbasierte Empfehlungen zum Schlaf-Wach-Verhalten, Informationen zu Schlafstörungen und Folgeerkrankungen. Selbsthilfebücher und Online-Beratungsverfahren sind ein weiterer Ansatz zur Frühtherapie von entstehenden Schlafstörungen.

Stufe zwei: Hausarzt

Aufgrund der hohen Prävalenz von Schlafstörungen kommt der hausärztlichen Steuerungsfunktion eine besondere Bedeutung zu. Wichtig ist eine genaue Einschätzung der klinischen Bedeutung von Patientenbeschwerden. Bewährt hat sich eine schlafmedizinische Basisanamnese (Tab. 2).

Anschliessend werden die häufigsten somatischen und pharmakotherapeutischen Ursachen von Insomnien abgeklärt (Tab. 3 und 4). Auf hausärztlicher Ebene sollte ein verhaltensmedizinischer Behandlungsversuch vor Einleitung einer längerdauernden Phar-

makotherapie unternommen werden. Basale Empfehlungen zum Schlafverhalten haben eine nachgewiesene Wirkung und können gut in der hausärztlichen Praxis in Schriftform abgegeben werden (Regeln für einen gesunden Schlaf, Regeln der Stimulus Kontrolle).

Anamneserhebung

Bei der Anamneserhebung ist auf eine umfassende und detaillierte Befunderhebung unter Berücksichtigung von körperlichem und psychopathologischem Zustand zu achten. Komorbide Erkrankungen sollten berücksichtigt und der Einsatz von Medikamenten und anderen Substanzen erfragt werden (Tab. 2).

Die wesentlichen Elemente der Anamneserhebung sind die primären Insomnie Beschwerden, die Bedingungen vor Beginn des Nachtschlafes, der Schlaf-Wach Rhythmus, nächtliche Symptome die den Schlaf stören, Tagesaktivitäten und Tagesfunktion.

TAB. 4	Auswahl organischer Erkrankungen, die zu Insomnie führen können
Chronische Nierenerkrankungen/Magen-Darm-Erkrankungen	
Chronischer Schmerz (B: bei rheumatischen Erkrankungen)	
Endokrinologische Erkrankungen	
Epilepsien	
Extrapyramidalmotorische Erkrankungen	
Herz- und Lungenerkrankungen	
Kopfschmerzen	
Maligne Erkrankungen	
Polyneuropathien	
Hirninfrakt	
Multiple Sklerose	
Juckreiz bei dermatologischen Erkrankungen	

TAB. 5	Regeln für gesunden Schlaf und Stimuluskontrolle
Regeln für einen gesunden Schlaf	
<ul style="list-style-type: none"> • Verzicht auf längere «Nickerchen» tagsüber (vertretbar: ca. 20–30 Minuten vor 15 Uhr) • regelmässige Aufsteh- und Zubettgehzeiten (max. 30 Minuten Abweichung) • Einführen eines persönlichen Einschlafrituals • keine koffeinhaltigen Getränke nach dem Mittagessen • Alkohol weitgehend vermeiden und nicht als «Schlafmittel» einsetzen • Verzicht auf Appetitzügler • regelmässige körperliche Aktivität • allmähliche Verringerung körperlicher und geistiger Aktivität vor dem Zubettgehen • Im Schlafzimmer für eine angenehme Atmosphäre sorgen • In der Nacht nicht auf die Uhr schauen 	
Regeln der Stimuluskontrolle:	
<ul style="list-style-type: none"> • während der Nacht nicht die Uhrzeit kontrollieren • bei subjektiv unangenehmen Wachphasen während der Nacht und erschwertem Einschlafen das Bett verlassen und einer ruhigen Aktivität nachgehen; das Bett erst wieder aufsuchen, wenn Müdigkeit eintritt • Benutzen sie das Bett nur zum Schlafen, d.h. nicht zum Lesen, Trinken, Rauchen oder Fernsehen (sexuelle Aktivitäten ausgenommen). • Wenn sie nach gefühlten 15 min noch wach sind, stehen sie erneut auf und gehen sie in ein anderes Zimmer. Gehen sie erst wieder ins Bett, wenn sie sich schläfrig fühlen. • Stehen sie jeden Morgen zur gleichen Zeit auf. • Verzicht auf tagsüber auf Schlafphasen. 	

Erfragt werden das Muster der Schlafstörung, Dauer der Symptome, Häufigkeit von Schlafproblemen, Schweregrad der nächtlichen Schlafstörung sowie etwaig folgende Tagesbeeinträchtigung und Verlauf der Störung im Längsschnitt.

Es sollte der Versuch unternommen werden, auslösende sowie aufrechterhaltende Faktoren der Insomnie zu erfragen. Darüber hinaus sollten vorausgehende Behandlungsversuche und deren Therapieeffekte erhoben werden. In den Standardfragebögen (14) werden die Schlafumgebung, Aktivitäten vor dem Schlafengehen, emotionaler Zustand bei Beginn der Ruhephase erfragt.

Es wird empfohlen, den möglichen Zusammenhang zwischen neu verordneter Medikation und dem Neu-Auftreten einer Insomnie zu überprüfen (Tab. 2).

Stufe drei: Einbeziehung von Spezialisten

Schlafstörungen können auf Spezialistenebene therapiert und weiter versorgt werden (B: Einschlafstörung bei abendlicher Beinunruhe, v.a. Restless-legs-Syndrom).

Verhaltensmedizinische Therapien können von spezialisierten Psychotherapeuten durchgeführt werden; die schlafmedizinischen Fachgesellschaften bemühen sich hier um eine breite Qualifikation bereits ab Ausbildungsebene.

Stufe vier: Zuweisung zu einem Schlafmedizinischen Zentrum

Spätestens bei ambulanter Therapieresistenz sollte die Zuweisung in ein spezialisiertes Zentrum der schweizerischen Gesellschaft für Schlafmedizin angedacht werden. Wir empfehlen von Hypnotika-Dauerverordnungen über einen Zeitraum von drei Monaten abzusehen.

In einem Schlafmedizinischen Zentrum (SGSSC) können weitergehende Abklärungen der Störung durchgeführt werden. Zudem ist dort eine umfassende neuropsychiatrische Beurteilung von Schlafstörungen verfügbar. Störungen des zirkadianen Rhythmus können mittels Aktigraphie und Schlafprotokollen erfasst und diagnostiziert werden. Verhaltensmedizinisch spezialisierte Therapeuten können eine intensiviertere Therapie der Insomnie in einem ambulanten Setting durchführen. Üblicherweise sind 5–8 Sitzungen für einen zufriedenstellenden initialen Therapieeffekt ausreichend. Stabilisierungssitzungen werden je nach Bedarf individuell vereinbart.

Stufe fünf: Stationäre Insomnietherapie

Bei komplexen Schlafstörungen, die im ambulanten Behandlungssetting nicht remittieren, stehen in einigen wenigen spezialisierten Kliniken stationäre Therapieangebote zur Verfügung.

Zum Beispiel kann bei bereits lang andauerndem Hypnotika-Gebrauch ein langfristiger Abbau der Präparate erst nach einem hinreichenden Aufbau alltagsstabiler Kompetenzen angegangen werden. Begleitende organische (B: Restless-legs-Syndrom, obstruktives Schlafapnoesyndrom) und psychiatrische Krankheiten (zum Beispiel rezidivierende depressive Episoden, Erschöpfungszustände, Angsterkrankungen) werden in der Therapieplanung berücksichtigt und im Rahmen der poststationären Nachsorgephase angegangen.

Die stationäre Insomnietherapie ist nach heutigem Kenntnisstand das wirkungsvollste Verfahren bei Therapieresistenz (15).

Therapieoptionen nichtmedikamentös

Für den deutschsprachigen Raum wurde von der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin im Jahre 2016 die S3- Leitlinie «Nicht erholsamer Schlaf» mit dem Unterkapitel «Insomnie beim Erwachsenen» in überarbeiteter Form vorgelegt (18), die den heutigen Forschungsstand berücksichtigt und einen umfassenderen Überblick über aktuelle Evidenz der Therapieverfahren bietet.

Situativ und transient auftretende Insomnien sind häufig und bedürfen meist keiner Behandlung. Behandlungsbedürftig sind chronische Insomnien. Nach den aktuellen Therapieempfehlungen sollte zu Beginn der Therapie in jedem ein Fall ein nicht-medikamentöser Behandlungsversuch unternommen werden.

In der hausärztlichen Beratung können «Regeln für einen gesunden Schlaf» und «Regeln der Stimuluskontrolle» kurz besprochen oder in Druckform abgegeben werden (Tab. 5).

Die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie ist die derzeit bewährteste Alternative zur medikamentösen Therapie. Sie verbindet kognitive und verhaltensbasierte Komponenten. Veränderungen von schlafbezogenen Mustern bzw. Überzeugungen und der dadurch verursachten schlafhinderlichen Verhaltensweisen sind das Ziel dieser psychotherapeutischen Intervention.

Durch umfassende Aufklärung und Beratung werden schlafbezogene Ängste, Fehlerwartungen und Frustration über schlechten Schlaf aufgelöst. Ziel ist die Herstellung einer positiven Assoziation zur Schlafumgebung und dem Schlaf selbst (B: durch Einschlafrituale, Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion). Die Fähigkeit zur Entspannung wird sowohl auf der körperlichen als auch auf der geistigen Ebene gefördert. Hierzu dienen Entspannungstrainings (B: PMR nach Jacobsen, Biofeedback) und kognitive Techniken wie Konzen-

tration auf beruhigende Gedankenbilder, Unterbrechen von schlafstörendem Gedankenkreisen und Beenden von Problemgrübeln. Durch Schlafplanung und Tagesaktivitäten wird ein geregelter Schlaf-Wach-Rhythmus wiederhergestellt. Wirkungsvoll sind die Begrenzung der oft überlangen Bettliegezeiten und der Abbau kompensatorischer Verhaltensmustern (19). Durch den erhöhten Schlafdruck wird eine Reduktion der Einschlafprobleme und/oder nächtlichen Wachphasen erreicht.

Take-Home Message

- ◆ Die Insomnie ist ein eigenständiges Störungsbild mit hoher Prävalenz
- ◆ Präventionsprogramme für Insomnie mit flächendeckender Verfügbarkeit befinden sich in Entwicklung (B: Smartphone-Applikation)
- ◆ Eine Online-Therapie zu Lasten der OKP ist in der Schweiz seit 2017 verfügbar
- ◆ Akute oder leichtgradige Beschwerdebilder können bereits auf der Ebene des Hausarztes abgefangen werden.
- ◆ Chronifizierte und komplexere Formen der Insomnie bedürfen einer intensivierten Behandlung. Diese kann in SGSSC-Schlafzentren erfolgen
- ◆ Bei Therapieresistenz ist eine stationäre Insomnietherapie in Spezialkliniken verfügbar
- ◆ Pharmakologische Therapie der Insomnie kann in der Akutphase zur Unterstützung eingesetzt werden. Die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (CBT-I) erreicht jedoch mittelfristig überlegene Therapieeffekte.

Im Verlauf der weiteren Therapie wird die psychogene Ursache der Schlafstörung erarbeitet. Die Wahrnehmung, das Verhalten und die Lebensgestaltung vor dem Hintergrund seelischer Konflikte und einem daraus resultierenden schlafstörenden Fehlverhalten werden modifiziert.

In der abschliessenden Nachsorgephase wird der Alltagstransfer der o.g. Therapieschritte gesichert.

Download – Link für Fragebögen und Schlafprotokoll: http://www.dgsm.de/fachinformationen_frageboegen_schlafstagebuecher.php?language=german

Schlafmedizinische Literatur: http://www.dgsm.de/fachinformationen_literaturhinweise.php?language=german

Weitere Abklärungsfragebögen und Therapiehilfsmittel sind auf Anfrage bei den Autoren erhältlich:

acker@ksm.ch oder nirkko@ksm.ch

Dr. med. Jens. G. Acker

Melanie Wüst, B. Sc.

Dr. sc. nat. Katharina Stingelin

KSM Klinik für Schlafmedizin, Zurzach, Luzern und Zürich-Flughafen
Badstrasse 33, 5330 Bad Zurzach
acker@ksm.ch

Interessenkonflikt: Alle Autoren haben in Zusammenhang mit diesem Artikel keine Interessenkonflikte deklariert.

Literatur:

1. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). Psychische Gesundheit in der Schweiz | OBSAN. <http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-der-schweiz-2> (accessed Mar 20, 2017).
2. Wetter TC, Klösch G, Crönlein T. Prävention chronischer Insomnien. *Somnologie* 2015; 19: 80–87. doi:10.1007/s11818-015-0002-z.
3. Zhang J, Lam SP, Li SX, et al. Long-term outcomes and predictors of chronic insomnia: a prospective study in Hong Kong Chinese adults. *Sleep Med* 2012; 13: 455–62. doi:10.1016/j.sleep.2011.11.015.
4. Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Gregoire JP, Savard J, Baillargeon L. Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep medicine* 2009; 10: 427–38. doi:10.1016/j.sleep.2008.04.005.
5. Baglioni C, Riemann D. Is chronic insomnia a precursor to major depression? Epidemiological and biological findings. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 511–18. doi:10.1007/s11920-012-0308-5.
6. Schmid SM, Hallschmid M, Schultes B. The metabolic burden of sleep loss. *The lancet. Diabetes & endocrinology* 2015; 3: 52–62. doi:10.1016/S2213-8587(14)70012-9.
7. Bolge SC, Doan JF, Kannan H, Baran RW. Association of insomnia with quality of life, work productivity, and activity impairment. *Qual Life Res* 2009; 18: 415–22. doi:10.1007/s11136-009-9462-6.
8. Bachmann N, Schuler D, Burla L. Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2012: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), 2015.
9. Janhsen K, Roser P, Hoffmann K. The problems of long-term treatment with benzodiazepines and related substances. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 1–7. doi:10.3238/arztebl.2015.0001.
10. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders 3rd ed. ICSD3, 2014.
11. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Forschungskriterien 1994.
12. Riemann D. Schlaf-Wach-Störungen im DSM-5. *InFo Neurologie* 2014; 16: 42–50. doi:10.1007/s15005-014-0787-5.
13. Riemann D, Baglioni C, Spiegelhalder K. Schlafmangel und Insomnie. Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2011; 54: 1296–302. doi:10.1007/s00103-011-1378-y.
14. Liendl S, Hoffmann RM. Compliance-Probleme bei der Bearbeitung von Abend-Morgen-Protokollen—Entwicklung einer Kurzversion der Standardprotokolle der DGSM. *Somnologie* 1999; 3: 73–77. doi:10.1007/s11818-999-0013-8.
15. Crönlein T. Schwere chronische Insomnien stationär behandeln. *Schlaf* 2016; 05: 136–40.
16. Espie CA. «Stepped Care»: A Health Technology Solution for Delivering Cognitive Behavioral Therapy as a First Line Insomnia Treatment. *Sleep* 2009; 32: 1549–58.
17. Riemann D, Baum E, Cohrs S, et al. S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. *Somnologie* 2017; 21: 2–44. doi:10.1007/s11818-016-0097-x.
18. DGSM. S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen – Kapitel «Schlafbezogene Atmungsstörungen». *Somnologie* 2017; 20: 97–180.
19. Fernando III A, Arroll B, Falloon K. A double-blind randomised controlled study of a brief intervention of bedtime restriction for adult patients with primary insomnia. *Journal of Primary Health Care* 2013; 5: 5–10.