

Standortbestimmung zum Insomnie-Management in der Hausarztpraxis

Micheline Maire^{a,b}, Tamara Scharf^a, Simone B. Duss^c, Christoph Merlo^{d,i}, Elisabeth Hertenstein^e, Thomas Berger^f, Carlotta L. Schneider^e, Stefanie Linder^a, Raphaël Heinzer^g, Christoph Nissen^e, Claudio L. A. Bassetti^{c,h}, Reto Auer^a

^a Institute of Primary Health Care (BIHAM), University of Bern, Bern, Switzerland; ^b Internal Medicine, Cantonal Hospital, Zug, Switzerland; ^c Department of Neurology, Sleep-Wake-Epilepsy Center, University Hospital (Inselspital) and University of Bern, Bern, Switzerland; ^d Institute of Primary and Community Care, Lucerne, Switzerland; ^e University Hospital of Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Switzerland; ^f Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Institute of Psychology, University of Bern, Bern, Switzerland; ^g Center for Investigation and Research in Sleep (CIRS), University Hospital of Lausanne, Lausanne, Switzerland; ^h Neurology Department, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia; ⁱ Sentinella – Swiss Epidemiological System, Federal Office of Public Health FOPH, Bern, Switzerland

Einführung

Die Insomnie gehört neben dem Schlafapnoe- und Restless Legs-Syndrom zu den häufigsten Schlafstörungen in der Hausarztpraxis. Chronische Insomnie wird nach DSM-5 [1] diagnostiziert, wenn subjektive Ein- oder Durchschlafstörungen oder Früherwachen über die Dauer von mindestens drei Monaten an mindestens drei Nächten pro Woche auftreten und es dadurch zu Störungen der Tagesbefindlichkeit kommt. Dies kann sowohl das subjektive Erleben betreffen (z.B. Müdigkeit, Verstimmung) oder sich auch auf Arbeitsfähigkeit (z.B. verminderte Konzentrationsfähigkeit) oder soziale Interaktionen (Gereiztheit, sozialer Rückzug) auswirken [1]. Gemäss internationalen Leitlinien ist die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) die Therapie der ersten Wahl [2–4], ein Manualbasiertes, multimodales Verfahren, welches in der Regel in vier bis acht Einzel- oder Gruppensitzungen durch einen geschulten Therapeuten durchgeführt wird. Das Verfahren wird mit Erfolg zunehmend auch online angeboten [5] oder kann unter Begleitung durch die Betroffenen mit Selbsthilfebüchern durchgearbeitet werden (siehe z.B. [6]). Aus anderen Ländern ist bekannt, dass die Umsetzung dieser Erstlinientherapie in der klinischen Praxis bislang unzureichend ist und weiterhin hauptsächlich Benzodiazepine (BZD) und Benzodiazepin-Rezeptoragonisten (BZRA, «Z-Medikamente» wie Zolpidem) eingesetzt werden [7] – trotz bekannter unerwünschter Wirkungen.

In zwei Studien mit Schweizer Hausärzt:innen haben wir die Epidemiologie und das therapeutische Management der chronischen Insomnie in Theorie und Praxis

untersucht [8, 9]. Die Resultate dieser Studien stellen wir in diesem Artikel vor und präsentieren zudem eine Entscheidungsstütze zur Therapieauswahl, die im Praxisalltag mit den Patient:innen gemeinsam diskutiert werden kann, um im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung für jeden Patienten die optimale Herangehensweise zu finden. Zielgruppe für die Entscheidungsstütze sind primär Patient:innen mit Erstdiagnose einer chronischen Insomnie.

Situation in der Schweiz

Epidemiologie

Zwischen Mai und Oktober 2018 wurden insgesamt 132 Meldeärzt:innen des Sentinella-Netzwerkes gebeten, konsekutiv je 40 erwachsene Patient:innen zu ihrem Schlaf zu befragen [8]. Insgesamt konnten wir die Daten von 83 Sentinella-Meldeärzt:innen (Antwortrate 63%) auswerten, die 2432 Patient:innen nach ihrer Schlafqualität befragt haben. Die Hälfte der Patient:innen waren Frauen (51%), das Durchschnittsalter betrug 58 Jahre (SD ±18). Von allen Befragten gaben 36% an, momentan Schlafstörungen (jeglicher Ätiologie) zu haben, davon 56% Frauen. Ein Zehntel (11%, n = 269) aller Befragten erfüllte die Diagnosekriterien für eine chronische Insomnie nach DSM-5, davon signifikant mehr Frauen (61%, OR 1,4) [8]. Knapp 6% waren unter einer laufenden Behandlung remittiert, davon 68% Frauen [8]. Weitere 4% gaben an, früher unter Schlafstörungen gelitten zu haben, nun aber ohne laufende Behandlung symptomfrei zu sein. Fast die Hälfte aller Befragten hatten demnach aktuell oder in der Vergangenheit Schlafstörungen (siehe Abb. 1, adaptiert aus

[8]), und ein Drittel der Patient:innen, die aktuell Schlafstörungen angab, qualifizierte für die Diagnose der chronischen Insomnie. Subjektive Schlafstörungen zum Zeitpunkt der Erhebung waren signifikant mit früheren Insomnie-Episoden assoziiert (OR 3,0).

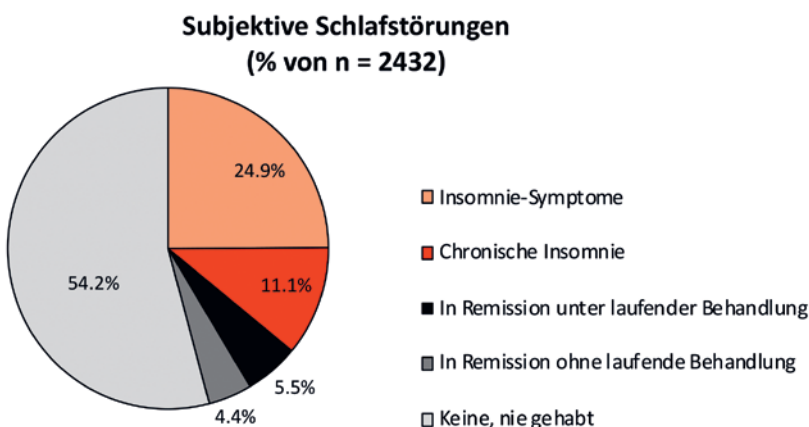


Abbildung 1: Subjektive Schlafstörungen bei erwachsenen Patient:innen in Schweizer Hausarztpraxen. Anteil Patient:innen, die aktuell unter subjektiven Schlafstörungen leiden (Insomnie-Symptome), Patient:innen, die die DSM-5-Diagnosekriterien für chronische Insomnie erfüllen (Chronische Insomnie), Patient:innen mit Schlafstörungen in der Vergangenheit, die unter aktuell laufender Behandlung remittiert sind, Patient:innen, die früher Schlafstörungen hatten, aber aktuell ohne Beschwerden sind ohne Therapie, und Patient:innen, die noch nie unter Schlafstörungen gelitten haben. Eigene Daten, angepasst publiziert in [8]. © 2020 European Sleep Research Society. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von John Wiley & Sons.

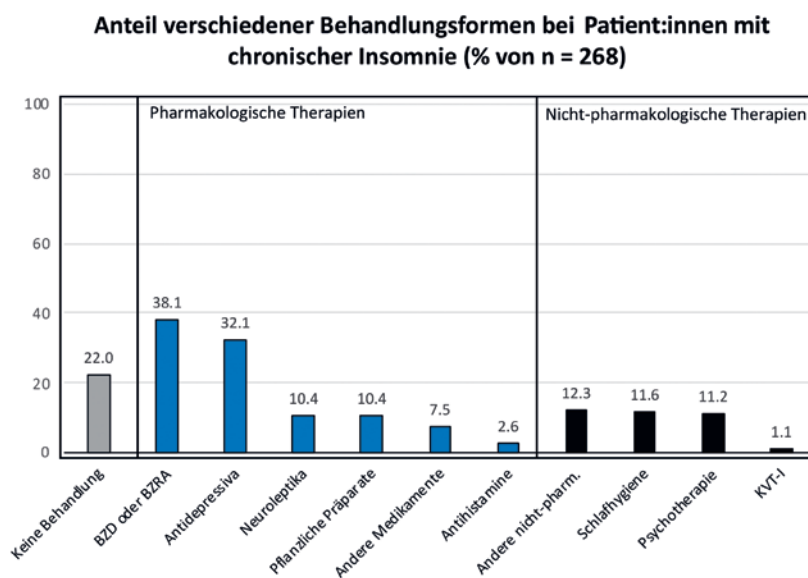


Abbildung 2: Behandlung von Patient:innen mit chronischer Insomnie. Anteil verschiedener Behandlungsformen bei Patient:innen mit chronischer Insomnie (n = 268), aufgeteilt nach pharmakologischen (blaue Balken) und nicht-pharmakologischen (schwarze Balken) Ansätzen. Pro Patient:in waren Mehrfachantworten möglich. Grauer Balken: Patient:innen ohne laufende Behandlung. BZD: Benzodiazepine, BZRA: Benzodiazepin Rezeptor-Agonisten, Andere nicht-pharm.: Nicht weiter spezifizierte nicht-pharmakologische Ansätze. KVT-I: Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie. Angepasst publiziert in [8], © 2020 European Sleep Research Society. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von John Wiley & Sons.

Die teilnehmenden Hausärzt:innen erfassten auch die häufigsten Komorbiditäten der Patient:innen mit chronischer Insomnie (Auflistung siehe [8]). Bei 75% lag mindestens eine dieser Komorbiditäten vor – sehr häufig waren Depression (49%), Angststörungen (38%) und chronische Schmerzen (35%).

Therapie: Theorie und Praxis

Bei Patient:innen, die die Diagnosekriterien für chronische Insomnie erfüllten, sowie bei denjenigen in Remission unter laufender Behandlung, erfassten die Ärzt:innen die Therapieform. Patient:innen beider Gruppen nahmen häufig BZD oder BZRA ein (38% der Patient:innen mit Insomnie bzw. 51% derjenigen in Remission). Bezeichnend ist, dass zwei Drittel der Patient:innen mit Insomnie angab, BZD/BZRA dauerhaft einzunehmen, d.h. mehrmals pro Woche über mehr als einen Monat. Frauen und ältere Patient:innen wurden häufiger medikamentös behandelt (OR 2,4 bzw. 4,1). Ebenso war die Einnahme von BZD/BZRS mit höherem Alter (>65 Jahre) assoziiert (OR 5,8). Nur 1% aller Patient:innen erhielten die störungsspezifische Erstlinienbehandlung KVT-I [8]. In Abbildung 2 sind die Behandlungsmodalitäten der Patient:innen mit Insomnie dargestellt (adaptiert aus [8]).

Parallel zu der oben beschriebenen Studie haben wir sowohl den Sentinella-Meldeärzt:innen, als auch den Lehrärzt:innen des Berner Institut für Hausarztmedizin der Universität Bern (total n = 820), zwei Fallvignetten vorgelegt; davon konnten 395 Fragebögen (Antwortrate 48%) ausgewertet werden [9]. Bei der ersten Fallvignette, eine neu diagnostizierte, «reine» chronische Insomnie ohne depressive Symptomatik empfahlen zur medikamentösen Behandlung fast zwei Drittel (65%) pflanzliche Schlafmittel («Phytotherapeutika»), die Hälfte wählte Antidepressiva (49%), 18% BZRA und lediglich 4% BZD. In der zweiten Vignette, wo komorbid zur Erstdiagnose chronische Insomnie eine mittelschwere Depression vorlag, wählten die Hausärzt:innen mehrheitlich Antidepressiva (95%), meist mit der Begründung, damit beide Störungen parallel zu behandeln [9]. Bei den nicht-medikamentösen Therapien wurde bei beiden Vignetten am häufigsten begleitend Schlafhygiene-Massnahmen empfohlen oder zu mehr physischer Aktivität geraten. Beim Fallbeispiel mit komorbider Depression wurde ausserdem öfters zu Psychotherapie geraten. Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) wurde in beiden Vignetten eher selten empfohlen (8% bei reiner Insomnie, bzw. 9% bei Insomnie und komorbider Depression), allerdings wählten einige Hausärzt:innen mit Schlafrestriktion (11% bzw. 4%) und Entspannungsverfahren

(27% bzw. 12%) zusätzlich zwei sehr wirksame Komponenten der KVT-I [9].

Der Unterschied zwischen Praxis und Fallvignette v.a. bezüglich BZD/BZRA und pflanzlichen Schlafmitteln kann aus unterschiedlichen Gründen zustande gekommen sein: einerseits könnte die soziale Erwünschtheit (Antworttendenz in Fragebögen, bei welcher der/die Antwortende seine Antworten den wahrgenommenen sozialen Erwartungen anpasst) seitens Hausärzt:innen eine Rolle spielen, da die negativen Effekte von BZD/BZRA allseits bekannt sind und pflanzliche Präparate «harmlos» erscheinen. Oder aber Hausärzt:innen verschreiben tatsächlich initial pflanzliche Präparate, und die Patient:innen nehmen dadurch an, durch das initiale Verschreiben von pflanzlichen Präparaten, die Insomnie sei mit einer «Tablette» zu behandeln [8, 9]. Weil Phytotherapeutika bei manifester, chronischer Insomnie jedoch kaum wirksam sind [2], könnten Patient:innen verleitet werden, im Verlauf ein stärkeres Präparat zu verlangen. Tatsächlich fühlen sich gemäss unserer Studie die Hälfte der Hausärzt:innen von ihren Patient:innen unter Druck gesetzt, BZRA/BZD zu verschreiben. Allerdings gaben auch zwei Drittel aller Hausärzt:innen an, nichts oder wenig über KVT-I zu wissen, und nur etwa ein Fünftel kannten einen KVT-I-Anbieter in ihrer Umgebung [9].

Ausblick

Die Daten unserer Studie zeigen erstmals systematisch, dass die chronische Insomnie auch in Schweizer Hausarztpraxen ein häufiges Problem ist und die Patient:innen selten die Therapie der ersten Wahl, d.h. KVT-I, erhalten. Gerade ältere Patient:innen mit Insomnie, die ein hohes Risiko für Nebenwirkungen haben, nahmen häufig BZD/BZRA ein, obwohl dagegen deutliche Warnungen verschiedener Expert:innen-gruppen ausgesprochen wurden (e.g., Beers Criteria [10], www.smartermedicine.ch). Angelehnt an Koffel et al. [11] lassen sich basierend auf unseren Daten verschiedene Hindernisse zur Implementation von KVT-I als Therapie der Wahl identifizieren: Fehlender Zugang zu bzw. Kenntnisse von KVT-I-Anbieter:innen, Unkenntnis dieses Ansatzes bzw. dessen Wirksamkeit, die Wahrnehmung der Insomnie als Symptom einer anderen Erkrankung, das nicht eigenständig behandelt werden muss sowie die Präferenz einer medikamentösen Lösung seitens Patient:innen und/oder Hausärzt:innen [9]. Weiter muss beachtet werden, dass die KVT-I für Patient:innen und Behandler:innen mit mehr Aufwand verbunden ist, viel Eigeninitiative und eine gewisse Gesundheitskompetenz erfordert. Je nach Anbieter:in bzw. Versicherungsmodell kann KVT-I

auch kostspielig sein. Mittlerweile übernehmen aber einige Schweizer Krankenkassen die Kosten von KVT-I-online-Programmen, und mit der Umsetzung des kürzlich beschlossenen Anordnungsmodells für Psychotherapie sollte in Zukunft zudem auch zu KVT-I ein erleichterter Zugang mit Deckung über die Grundversicherung zu erwarten sein.

Zur Verbesserung der Versorgungssituation müssten die Hausärzt:innen und KVT-I-Anbieter:innen besser vernetzt werden, ein offizielles Verzeichnis von KVT-I-Therapeut:innen wäre dazu sehr hilfreich. Alternativ könnten in Zukunft interessierte Hausärzt:innen selbst auch KVT-I mit ihren Patient:innen durchführen: erste Kurse werden auch in der Schweiz angeboten (jeweils im Frühjahr am Schlaf-Wach-Epilepsie-Zentrum SWEZ in Bern, Kontakt: [sandra.carrabetta\[at\]upd.ch](mailto:sandra.carrabetta[at]upd.ch)). Dieses Angebot soll in Zukunft noch weiter ausgebaut werden [7]. Aktuell laufen Entwicklungen zur Anpassung und Vereinfachung von KVT-I für besondere Behandlungssettings, wie z.B. die stationäre psychiatrische Versorgung [12]. Die Übertragung solcher Konzepte auf die besonderen Bedürfnisse von Hausärzt:innen und Patient:innen in diesem Behandlungssetting könnte die weitere Implementierung und Verbreitung unterstützen. Auch Apotheker:innen, die nebst den Hausärzt:innen häufig erste Anlaufstelle sind für Patient:innen mit Schlafstörungen, könnten in Zukunft eine Rolle beim Angebot von KVT-I übernehmen.

Nichtsdestotrotz gibt es Situationen – vorwiegend bei akuter Insomnie beispielsweise in Belastungssituationen – in denen eine kurzfristige medikamentöse Therapie angezeigt sein kann oder aufgrund mangelnden Zugangs bzw. auf Basis individueller Entscheidung die KVT-I nicht geeignet ist [2]. Dabei sollten kurzwirksame BZD/BZRA oder sedierende Antidepressiva gewählt werden. Bei Letzteren sind geringere Dosen notwendig als bei Behandlung der Depression und die sedierende Wirkung tritt in der Regel sofort ein. Eine Therapiedauer von vier Wochen soll nicht überschritten werden [2].

Partizipative Therapiewahl – eine Entscheidungsstütze

Unsere Daten zeigen, dass Patient:innen in befragten Arztpraxen unterschiedlich behandelt werden. Manche Hausärzt:innen verschreiben Phytotherapeutika, andere nicht – sehr wenige empfehlen oder verschreiben KVT-I, die Therapie der ersten Wahl gemäss internationalen Leitlinien. Patient:innen sind bezüglich Werten und Präferenzen unterschiedlich – eine Patientin möchte lieber schlicht Medikamente erhalten, ein anderer Patient möchte Medikamente vermeiden und

Behandlung	Was?	Wirksamkeit nach Leitlinie ¹	Nachteile und Nebenwirkungen	Kosten
 Schlafhygiene	Empfehlungen zu Schlafgewohnheiten	⊕⊖	– Schlafhygiene alleine oft wenig wirksam	Keine
 Schlaftraining Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I)	Einzel-/ Gruppentherapie 	⊕⊕⊕ <i>Gute Langzeiteffekte</i>	– Zeitaufwand 8-12x ca. 60 min/Woche – Kein sofortiger Effekt (individuell, Ø nach 2-4 W.) 	CHF 18/Tag (KK, wenn ärztlich verordnet)
	Online-Therapie 	⊕⊕	– Bei Online- und Selbsthilfebüchern optimale Wirkung mit (virtueller) Begleitung von Therapeutin	Ab CHF 90 (z.T. KK)
	Selbsthilfebücher 	⊕		CHF 20-50 (SK)
 Benzodiazepine, Z-Medikamente (z.B. Zolpidem)	Medikament zur Einnahme vor dem Zubettgehen	⊕⊕ <i>Kurzzeiteffekt Therapie über >4 Wochen soll vermieden werden</i>	– Abhängigkeit, Toleranz (Dosis muss erhöht werden) – Schlafstörung kann nach Absetzen zurückkommen – Schläfrigkeit tagsüber – Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme  – Sturzgefahr – ⚠ bei Einnahme von Alkohol/anderen Medikamenten	CHF 0.50/Tag (KK)
		⊕ <i>Kurzzeiteffekt</i>	– Gewichtszunahme (je nach Präparat)  – Beeinflussung des Herzrhythmus  – Kontrolluntersuchungen notwendig (EKG)	CHF 0.60/Tag (KK)
		⊖ <i>Nutzen-Risiko-Profil ungünstig</i>	– Gewichtszunahme – Blutbildveränderungen, Leberfunktionsstörungen  – Beeinflussung des Herzrhythmus  – Kontrolluntersuchungen notwendig (Labor, EKG) 	CHF 0.30/Tag (KK)
		⊖	– ⚠ bei Einnahme von anderen Medikamenten – Beeinflussung des Herzrhythmus  – Kontrolluntersuchungen notwendig	CHF 1.05/Tag (SK)
		⊖ ⊕	– Nebenwirkungen selten – Wirkung bei Insomnie ohne zirkadiane Rhythmusstörung gering	CHF 1.80/Tag (SK)
		⊖	– Nebenwirkungen selten	CHF 1.05/Tag (SK)

¹ Wirksamkeit gemäss Leitlinien: +++ = sehr gut, ++ = gut, + = akzeptabel, Ø = kaum wirksam, – = Nebenwirkungen überwiegen, KK = Kostenübernahme durch die Grundversicherung der Krankenkasse, abzüglich Selbstbehalt und Franchise, SK = Selbstkosten

Abbildung 3: Eine Entscheidungsstütze für die unterschiedlichen Behandlungen und Wahlmöglichkeiten [14, 15].

würden lieber KVT-I versuchen. Dass Behandlungen und Wahlmöglichkeiten zwischen Arztpraxen unterschiedlich sind, wurde in verschiedenen Studien mit dem Begriff «Variation in care» beschrieben und aufgezeigt. Der partizipative Aspekt der Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis wird immer aktueller und wird mitunter durch die Bestrebungen von Smarter Medicine (www.smartermedicine.ch) erfasst [13]. Vor diesem Hintergrund haben wir eine Entscheidungsstütze (Abb. 3) entworfen [14, 15], die Empfehlungen basieren auf den aktuellen europäischen Guidelines für Insomniebehandlung. Wir zeigen die Auswahl verschiedener Therapien, die zu erwartende Wirksamkeit und die wichtigsten Vor- und Nachteile der verfügbaren Therapien auf und führen auch den geschätzten Zeitaufwand sowie ungefähre Kosten auf. So wird Ärzt:innen ermöglicht, die Präferenzen der Patient:innen zu diesen verschiedenen Aspekten zu berücksichtigen [14, 15]. Die Zielgruppe sind dabei primär Patient:innen mit Neudiagnose einer chronischen Insomnie. Für Patient:innen mit bereits bestehender Diagnose und laufender (medikamentöser) Therapie kann die Entscheidungsstütze jedoch auch hilfreich sein, um die Optionen neu zu überdenken – gerade bei Patient:innen, die bereits seit Jahren Hypnotika einnehmen, kann KVT-I unterstützend angeboten werden, mit dem Ziel, die Medikamente im Verlauf zu re-

duzieren oder gar abzusetzen. Die Entscheidungsstütze soll auch dazu dienen, die KVT-I als Therapieempfehlung bei Hausärzt:innen und Patient:innen kontinuierlich mit all ihren Vor- und Nachteilen ins Bewusstsein zu rufen. Vielleicht gelingt es auch, Hausärzt:innen dazu anzuregen, sich mit Anbieter:innen zu vernetzen oder die Expertise selbst zu erwerben. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Entscheidungsstütze ist ein zentrales Ziel, Feedback von Anwender:innen an die korrespondierende Autorin nehmen wir daher sehr gerne entgegennehmen.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur zur Entscheidungshilfe

- Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017 Dec;26(6):675–700. 10.1111/jsr.12594288755811365-2869.
- Sateia et al. (2017). Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *JCSM*
- Qaseem et al. (2016) Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*.
- Maire et al. (2019) Diagnostik und Therapie in der Hausarztpraxis: Insomnie. *Swiss Medical Forum* 2019;19(17–18):292–8.

Literatur

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

Micheline Maire, Ph.D.
Bernern Institut für
Hausarztmedizin
Mittelstrasse 43
CH-3012 Bern
[micheline.maire\[at\]biham.unibe.ch](mailto:micheline.maire[at]biham.unibe.ch)