

Ein verbreitetes Leiden

Chronische Schlaflosigkeit – ein häufiger Konsultationsanlass

Angesichts der Tatsache, dass 10% der Patientinnen und Patienten in der hausärztlichen Praxis unter einer chronischen Insomnie leiden, möchte dieser Artikel für dieses Thema sensibilisieren. Die Diagnosestellung erfolgt hauptsächlich durch eine detaillierte Schlafanamnese und kann in der Praxis gestellt werden. Bei den Behandlungsempfehlungen stehen nicht pharmakologische Massnahmen im Vordergrund wobei es eine deutliche Diskrepanz zwischen den Empfehlungen und der tatsächlichen Versorgungspraxis gibt. Ziel ist es, das Bewusstsein für die Wirksamkeit nicht medikamentöser Therapien zu erhöhen und damit die Qualität der medizinischen Behandlung von Personen mit chronischer Insomnie zu verbessern.

Katja Weiss; Oliver Senn

Institut für Hausarztmedizin, Universitätsspital Zürich, Universität Zürich

Historie

Insomnie, ein Begriff der seine etymologischen Wurzeln in den lateinischen Worten «in» (kein) und «somnus» (Schlaf) findet, bezeichnet eine komplexe Schlafstörung, die sich hauptsächlich in Schwierigkeiten beim Einschlafen oder Durchschlafen äussert [1]. Die geschichtliche Bedeutung dieser Erkrankung wird deutlich, wenn man bedenkt, dass Johann Heinroth sie bereits im Jahr 1818 als die erste psychosomatische Störung identifizierte [2]. Klinisch manifestiert sich Insomnie als eine subjektive Unzufriedenheit mit der Schlafmenge und/oder -qualität und hat damit tiefgreifenden Auswirkungen auf das tägliche Leben [2].

Eine 58-jährige Patientin sucht Sie in Ihrer Hausarztpraxis auf und klagt über Tagesmüdigkeit und Schlafstörungen, was die Frage aufwirft: Wie häufig ist Schlaflosigkeit in der Praxis und was sind die Folgen?

Insomnie ist ein weit verbreitetes gesundheitliches Problem und betrifft 10–20% der Allgemeinbevölkerung [1, 3]. Etwa die Hälfte der Menschen, die von dieser Krankheit betroffen sind, erleben eine chronische Form, gekennzeichnet durch eine anhaltende Insomnie von mindestens drei Monaten, mit mindestens drei betroffenen Nächten pro Woche [4]. Im Jahr 2018 ergab eine systematische Erhebung zur Schlafqualität bei 2432 Patientinnen und Patienten im Schweizer Sentinella-Netzwerk [5, 6], dass 36% über aktuelle Schlafstörungen berichteten. Davon erfüllten 11% die Diagnosekriterien für eine chronische Insomnie, wobei Frauen mit 61% signifikant häufiger betroffen

waren. Fast die Hälfte aller Befragten hatte aktuell oder früher Schlafstörungen, und ein Drittel der Patientinnen und Patienten mit aktuellen Schlafstörungen erfüllte die Kriterien für eine chronische Insomnie.

Eine chronische Insomnie führt zu Beeinträchtigungen des täglichen Wohlbefindens. Dabei kann es zu verschiedenen Auswirkungen kommen, die von subjektiven Empfindungen wie Müdigkeit und Stimmungsschwankungen bis hin zu Einschränkungen in der Arbeitsleistung, etwa durch verringerte Konzentration reichen. Auch das Sozialverhalten kann betroffen sein, wobei Symptome wie Gereiztheit oder ein sozialer Rückzug auftreten können [4].

Die chronische Insomnie beeinträchtigt nicht nur die alltägliche Funktionsfähigkeit, sondern erhöht auch das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen [7, 8], Diabetes [9] und psychische Störungen, darunter Depression [10, 11] und bipolare Störungen [12]. Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass Insomnie das Risiko für die Entwicklung von Angststörungen [13] und Substanzabhängigkeit [14] erhöhen kann.

Welche Abklärungen machen Sie?

Bei der Diagnostik von Schlafstörungen nimmt die schlafmedizinische Anamnese eine zentrale Rolle ein. Eine umfassende Erhebung der Schlafgeschichte, unter Berücksichtigung sowohl körperlicher als auch psychischer Gesundheitsaspekte ist essenziell. Die detaillierte Befragung zur Symptomatik im Tagesverlauf

und die persönlichen Erfahrungen mit dem Schlaf können wichtige zusätzliche diagnostische Informationen liefern. Spezifische Fragen zu Phänomenen wie Kataplexie, Schlafparalyse, morgendliche Kopfschmerzen, nächtliches Wasserlassen (Nykturie), Schnarchen, beobachtete Atemaussetzer, saisonale Schwankun-

Interessiert Sie das Thema Schlafstörungen? Möchten Sie mehr dazu erfahren, wie Sie die Betreuung von Ihren schlaflosen Patientinnen und Patienten optimieren und gleichzeitig einen wertvollen Beitrag zur hausärztlichen Forschung leisten können?

Dann machen Sie doch mit bei der grossen HYPE-Studie des Instituts für Hausarztmedizin Zürich! Darin werden zwei verschiedene Herangehensweisen bei Patientinnen und Patienten ab 65 in Hausarztpraxen oder Pflegeheimen verglichen, die bereit sind, über ihre Schlafstörung bzw. ihre Schlafmedikation zu reden. Mehr Informationen und die Möglichkeit sich anzumelden, finden Sie unter folgendem Link/QR-Code. Das Team des Instituts für Hausarztmedizin Zürich bedankt sich herzlich für Ihre Mithilfe.

https://redcap.link/hype_int



gen der Symptome oder nächtliche Bewegungsstörungen, sind richtungsweisend in der Diagnosefindung [15, 16]. Neben einer sorgfältigen Anamnese können auch Fragebögen und Schlaftagebücher wertvolle diagnostische Instrumente sein. Die Erfassung einer Insomnie kann einfach mit dem international weit verbreiteten Insomnie-Schwere-Index (Insomnia Severity Index) [5] oder der Regensburger Insomnieskala [17] durchgeführt werden. Beide Instrumente ermitteln insomnische

Symptome einschliesslich der Tagesbefindlichkeit [18]. Die Schlaffeffizienz lässt sich durch die Führung eines Schlaftagebuchs ermitteln (tatsächliche Schlafzeit, dividiert durch die Bettliegezeit, multipliziert mit 100). Eine gesunde Schlaffeffizienz liegt bei Personen <60 Jahren bei ungefähr 85% und reduziert sich im Alter auf etwa 80% [19]. Aufgrund der obigen Ausführungen ist ersichtlich, dass die Diagnose der chronischen Insomnie anamnestisch gestellt werden kann, ohne dass zwingend eine

Polygraphie oder Polysomnografie notwendig ist, was auch Hausärztinnen und Hausärzten erlaubt, diese zu stellen.

Bei der Patientin zeigte sich als Ursache der Schlafstörung eine chronische (primäre) Insomnie und als Folge eine Tagesmüdigkeit. Welche evidenzbasierten Behandlungsansätze gibt es für die Behandlung der Insomnie?

In der Behandlung der Insomnie liegt der Fokus auf der Verbesserung der Schlafqualität

Substanzen	Vorteile	Nachteile
Langwirksame Benzodiazepine (BDZ) Diazepam, Flurazepam, Nitrazepam	• Kurzzeiteffekt	• Hohes Abhängigkeitspotential • Toleranz • Schlafstörungen können nach dem Absetzen zurück kommen • Schläfrigkeit tagsüber • Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme • Sturzgefahr
Kurzwirksame Benzodiazepine (BDZ) Midazolam, Triazolam		
Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten (BZRA) Zolpidem, Zopiclon (Z-Substanzen)	• Kurzzeiteffekt	• Hohes Abhängigkeitspotential • Toleranz • Schlafstörungen können nach dem Absetzen zurück kommen • Schläfrigkeit tagsüber • Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme • Sturzgefahr
Sedierende Antidepressiva Agomelatin, Amitriptylin, Mirtazapin, Trazodon, Trimipramin	(Off-Label) • Bei Patienten mit Depression, wenn diese komorbid unter Schlafstörung leiden	• Gewichtszunahme (je nach Präparat) • Beeinflussung des Herzrhythmus, Kontrolluntersuchungen notwendig (EKG)
Antipsychotika Chlorprothixen, Olanzapin, Promazin, Quetiapin	(Off-Label) • Behandlung von Schlafstörungen im Zusammenhang mit psychotischen Erkrankungen	• Gewichtszunahme • Blutbildveränderungen, Leberfunktionstörungen • Beeinflussung des Herzrhythmus, Kontrolluntersuchungen notwendig (Labor, EKG)
Antihistaminika	• Bei akuten und gelegentlichen Schlafstörungen	• Rasche Toleranz • Beeinflussung des Herzrhythmus, Kontrolluntersuchungen notwendig
Melatonin retard	• Möglicherweise wirksam bei Kindern und Jugendlichen • In der Schweiz zugelassen zur Behandlung der primären Insomnie bei >55-Jährigen	• Wirkung bei Insomnie ohne zirkadiane Rhythmusstörung gering
Phytotherapeutika Baldrian, Hopfen, Melisse, Passionsblume	• Kaum unerwünschte Arzneimittelwirkungen	• Häufig unzureichende Effektivität
Duale Orexin-Rezeptor-Antagonisten (DORA) Daridorexant (von Swissmedic zugelassen, aber nicht auf der Spezialitätenliste (SL des BAG) welches zur Kostenübernahme verpflichtet durch die OKP; Kostengutsprache kann beantragt werden, Formular via Link: https://www.vertrauensaerzte.ch/links/covercommitment/quviviq/)	• Positive Wirkungen auf Befindlichkeit und Funktionsfähigkeit am Tage • Keine Toleranzentwicklung oder Absetzinsomnie	• Kontraindikation bei gleichzeitiger Einnahme von starken CYP3A4-Inhibitoren (z. B. Itraconazol, Clarythromycin, Ritonavir) • Häufige Nebenwirkungen: Kopfschmerzen, Somnolenz, Schwindelgefühl, Ermüdung, Übelkeit • Kosten: CHF 149 für 30 Tabletten, im Vergleich zu CHF 9.80 für 30 Tabletten eines Zolpidem-Generikums [25] (Kostenstand November 2023)

Tabelle 1: Vor- und Nachteile der pharmakologischen Alternativen [5, 22–25].

und -quantität sowie auf der Reduzierung von Leid und Angst, die mit schlechtem Schlaf einhergehen. Zusätzlich zielen therapeutische Massnahmen darauf ab, die Tagesfunktion der Betroffenen zu steigern [20]. Es gibt zwei Hauptansätze für die Behandlung der Insomnie: pharmakologische (Tab. 1) und nicht pharmakologische (Tab. 2) Methoden [21], wobei nicht medikamentöse Therapien grundsätzlich zu bevorzugen sind.

Während Medikamente in der Regel für den kurzfristigen Gebrauch indiziert sind (oder begleitend bis die nicht medikamentöse Therapie Wirkung zeigt), können nicht pharmakologische Behandlungsmethoden bei chronischer Insomnie vorteilhafter sein [21]. Nicht pharmakologische Behandlungsoptionen haben im Vergleich zur pharmakologischen Therapie günstige und dauerhafte Vorteile [26].

Gemäss den aktuellen Leitlinien gilt die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) als die bevorzugte Therapie für chronische Schlafstörungen bei Erwachsenen jeden Alters [27–30]. Diese Therapieform trägt nicht nur zur Verbesserung der Schlafqualität bei, sondern fördert auch andere Aspekte der psychischen Gesundheit und Funktionsfähig-

keit. Über die Möglichkeiten des Einsatzes von Elementen der KVT-I in der Hausarztpraxis wurde an dieser Stelle im Rahmen einer Artikelserie zur Schlaflosigkeit bereits ausführlich berichtet [19]. Die Behandlung umfasst üblicherweise 6–8 Sitzungen von je 30–90 Minuten [31]. Die KVT-I hat signifikante Effekte gezeigt auf das Ausmass der Schlafstörung, die Schlaffeffizienz sowie auf die Schlafqualität. Gewöhnlich tritt eine Verbesserung des Schlafs innerhalb von vier bis acht Wochen ein [31]. Auf die inhaltlichen Aspekte der einzelnen KVT-I-Elemente wird im Folgenden nur kurz eingegangen. Die **Psychoedukation** umfasst das gemeinsame Erarbeiten von schlafbezogenem Grundlagenwissen und dessen Alltagsanwendung [19]. Wichtig ist, die individuellen Bedürfnisse und schlafstörenden Faktoren zu thematisieren. Die **Bettzeitrestriktion**, ein zentraler Wirkfaktor der KVT-I, soll durch Steigerung des Schlafdrucks die Schlafqualität verbessern. Die Steigerung der Schlaffeffizienz durch die Bettzeitrestriktion kann kurzfristig mit einer Verschlechterung der Tagessymptomatik einhergehen, weshalb die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen wichtig ist [19]. Die kognitive Therapie zielt darauf ab, **dysfunktionale Gedanken** («ich kann sowieso

nicht schlafen») zu bearbeiten [19]. Zudem sollten körperliche **Entspannungstechniken** wie die Progressive Muskelrelaxation und kognitive Entspannungstechniken eingeübt werden [19]. Es ist wichtig, auf die notwendige Zeit bis zum Therapieerfolg hinzuweisen und Patientinnen und Patienten zu motivieren, auch bei anfänglichen Schwierigkeiten die Therapie fortzusetzen.

Theorie und Praxis: Versorgungssituation in der Schweiz

Die umfangreiche Verwendung von Benzodiazepinen (BDZ) und Benzodiazepin-Rezeptorantagonisten (BZRA) oder «Z-Substanzen» in der Behandlung der Insomnie hat in den letzten Jahren sowohl international wie auch national zunehmende Aufmerksamkeit erlangt [32].

Hypnotika werden auch in der Schweiz häufig verschrieben, wobei bis zu 20% der Erwachsenen mindestens einmal ein solches Rezept erhalten haben [33], wovon zwei Drittel durch Hausärztinnen und Hausärzte verordnet wurden [34].

In 2018 betrug die extrapolierte Einjahresprävalenz für die allgemeine Schweizer Bevölkerung 8,1% für ein BZD-Rezept, 3,5% für ein

Behandlung	Vorteile	Nachteile
Schlafhygiene • Jeden Tag die gleiche Schlafenszeit • Rituale vor dem Schlafengehen (Lesen...) • Etablierung einer beruhigenden Schlafatmosphäre (Schlafzimmer sofern möglich nicht multifunktional z. B. als Arbeitszimmer einrichten) • Keine Nickerchen tagsüber • Kein Koffein, Alkohol, Nikotin, grosse Mengen an Essen/Trinken vor dem Schlafengehen	• Sicher und wirksam • Keine Kosten • Gute Langzeiteffekte	• Die alleinige Anwendung von Schlafhygiene ist oft von geringer Wirksamkeit • Keine unmittelbare Wirkung
Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) • Psychoedukation und Empfehlungen für gesunden Schlaf • Entspannungstechniken • Bettzeitrestriktion • Stimuluskontrolle • Kognitive Therapie	• Sicher und wirksam (auch bei älteren Patienten) • Therapie fördert Selbstwirksamkeit: Patienten lernen Eigenhilfe bei Symptommrückkehr • Gute Langzeiteffekte • Optimale Ergebnisse bei Begleitung durch Therapeuten • Online-Angebot verfügbar (https://blog.zurzachcare.ch/ksm-somnet-die-online-schlaftherapie) • Fördert auch andere Aspekte der psychischen Gesundheit und Funktionsfähigkeit	• Zeitaufwand • Keine unmittelbare Wirkung • Lange Wartezeiten für Therapeutentermine • beschränkte Therapieangebote - kantonale Suche von Therapeutinnen und Therapeuten über SGPP (https://www.psychiatrie.ch/sgpp)

Tabelle 2: Vor- und Nachteile der nicht pharmakologischen Alternativen [19, 23, 26].

BZRA-Rezept und 10,5% für ein BZD- und/oder BZRA-Rezept [34]. Bei knapp einem Viertel (23,1%) respektive einem Drittel (35,2%) der Patientinnen und Patienten wurden mehr als sechs BZD- respektive BZRA-Rezepte innerhalb eines Jahres ausgestellt [34].

Die Verschreibungsprävalenz steigt mit dem Alter (ungefähr 20% bei Personen im Alter von 65 bis 69 Jahren auf etwa 30% bei Personen im Alter von ≥ 85 Jahren) [32] und ist bei Frauen im Vergleich zu Männern sogar fast zweimal so hoch [32, 33, 35].

Es gibt jedoch Bedenken hinsichtlich der Risiken, die mit der Verwendung von BZD einhergehen, insbesondere bei gleichzeitiger Anwendung mit anderen Medikamenten und höheren Dosierungen [36], wobei kurzwirksame BZD nicht sicherer sind als langwirksame [37, 38]. BZRA wie Zolpidem oder Zopiclon werden oft als sicherere Alternativen betrachtet, aber auch sie sind mit Risiken verbunden, wie zum Beispiel einem erhöhten Risiko für Stürze und Verletzungen [39].

Die statistisch signifikanten, jedoch geringfügigen Verbesserungen des Schlafs durch den Gebrauch von Hypnotika stehen im Kontrast zu einem erhöhten Risiko, einschliesslich des Potenzials für Abhängigkeit, und von unerwünschten Ereignissen, die potenziell klinisch relevant sind, insbesondere bei älteren Menschen, die ein Risiko für Stürze und kognitive Beeinträchtigungen haben [40, 41]. Bei Menschen über 60 Jahren rechtfertigen die Vorteile dieser Medikamente möglicherweise nicht das erhöhte Risiko, insbesondere wenn die Patientin oder der Patient zusätzliche Risikofaktoren für kognitive oder psychomotorische unerwünschte Ereignisse hat, die zu unerwünschten Akuthospitalisationen führen können [40]. Unerwünschte kognitive Ereignisse traten fast fünfmal häufiger auf, unerwünschte psychomotorische Ereignisse waren knapp dreimal häufiger und Berichte über Tagesmüdigkeit waren fast viermal häufiger bei älteren Personen, die Beruhigungsmittel verwendeten, im Vergleich zur Placebo-Gruppe [40].

Daten aus der hausärztlichen Versorgungsforschung ergaben, dass lediglich 1% der Patientinnen und Patienten mit chronischer Insomnie eine KVT-I erhielt, welche als empfohlene Erstlinienbehandlung gilt [6]. Bei neu diagnostizierter Schlaflosigkeit bevorzugten die Ärztinnen und Ärzte Antidepressiva sowie phytotherapeutische Schlafmittel [6]. Bei Fällen mit einer komorbiden mittelschweren Depression waren Antidepressiva die erste Wahl, um beide Störungen gleichzeitig zu behandeln. Die Studie zeigte auch, dass viele Ärztinnen und Ärzte unter dem Druck standen, BZD/BZRA zu verschreiben [6]. Zusammenfassend gilt, dass beim Einsatz von Hypnotika und al-

ternativer Medikamente zur Behandlung der chronischen Insomnie eine Nutzen-Risiko Bewertung gemacht werden soll. Falls es zu einem Behandlungsversuch kommt, sollte die Dosierung insbesondere bei älteren Menschen in niedrigsten Dosen titriert werden. Zudem sollte ein Monitoring hinsichtlich potentieller Nebenwirkungen stattfinden.

Die geringe Verschreibung von KVT-I in Arztpraxen kann auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden, darunter begrenzte Kenntnisse der Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf diese Therapie, begrenzter Zugang zu KVT-I-Anbieterinnen und Anbietern sowie den Patientenerwartungen nach rascher Linderung durch Medikamente [6, 42].

Ausblick: Nicht pharmakologische Behandlungsmöglichkeiten in der Praxis stärken

Internationale Richtlinien und nationale Bemühungen im Rahmen der smarter medicine Kampagne (www.smartermedicine.ch) zielen darauf ab, Hypnotika (Erst)-Verschreibungen bei chronischen Schlafstörungen in der ambulanten und stationären Versorgung zu verhindern, respektive zu stoppen [43–45].

Die Umsetzung dieser Empfehlungen im klinischen Alltag bleibt allerdings eine Herausforderung, da das Absetzen oder die Reduktion dieser psychotropen Medikamente meistens sehr schwierig ist [46]. Hausärztinnen und Hausärzte spielen eine entscheidende Rolle bei der Betreuung von Insomnie-Patientinnen und Patienten, da sie oft die Hauptverschreiber solcher Medikamente sind [34]. Durch ihre vertrauensvolle Beziehung zu den Patientinnen und Patienten kann die Motivation zur Reduzierung des Medikamentengebrauchs regelmässig evaluiert werden und nicht pharmakologische Alternativen können thematisiert werden.

Eine kürzlich publizierte Studie bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Insomnie hat gezeigt, dass die Schlafrestriktion als wichtige Komponente der KVT-I auch als Einzelmassnahme wirksam ist [47]. Im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche allgemeine Tipps zur Schlafhygiene bekommen hat, erhielten Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe insgesamt vier individuelle Sitzungen mit Instruktion zur Schlafrestriktion innerhalb vier Wochen. Nach sechs Monaten zeigte sich ein geringeres Ausmass der Schlafprobleme in der Interventionsgruppe wobei der Effekt auch nach zwölf Monaten nachweisbar war. Das interessante an der Arbeit war, dass die Instruktion der Schlafrestriktion durch das Pflegepersonal in Hausarztpraxen durchgeführt wurde. Das Pflegepersonal wurde dabei in einer vier-stündigen Schulung auf den Ein-

satz vorbereitet. In unseren Praxen haben wir gute Erfahrungen mit der interprofessionellen Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, so dass ein solches Behandlungsangebot auch bei uns denkbar wäre. Allerdings bräuhete es für eine erfolgreiche Implementierung einerseits entsprechende Schulungsangebote für unser medizinisches Praxispersonal (MPA/MPK) und andererseits ein sinnvolles Vergütungssystem.

Zusammenfassung für die Praxis

Schlafstörungen sind ein häufiger Konsultationsanlass in der Praxis. Die chronische Insomnie beeinträchtigt stark das tägliche Wohlbefinden und erhöht das Risiko für zahlreiche körperliche und psychische Erkrankungen. Die Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) wird als effektive Erstlinienbehandlung bei Erwachsenen in jedem Alter empfohlen, jedoch aus unterschiedlichen Gründen in der aktuellen Situation zu wenig angewendet. Alternativ werden häufig Benzodiazepine und ähnliche Medikamente verschrieben, obwohl diese insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten mit Risiken verbunden sind und deren Einsatz zunehmend kritisch betrachtet wird. Die Förderung der KVT-I und die Vernetzung zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und KVT-I-Anbietenden können helfen, die Behandlung von Insomnie-Patientinnen und -Patienten zu verbessern.

Korrespondenz

Dr. med. Katja Weiss
Institut für Hausarztmedizin
Universität Zürich, Pestalozzistrasse 24
CH-8091 Zürich
[Katja\[at\]weiss.co.com](mailto:Katja[at]weiss.co.com)

Conflict of Interest Statement

Die Autorinnen und Autoren haben deklariert, keine potenziellen Interessenskonflikte zu haben.

Author Contributions

Konzept: KW und OS; Schreiben: KW; Überprüfen, Editieren, Supervision: OS. Alle Autorinnen und Autoren haben das eingereichte Manuskript gelesen und sind für alle Aspekte des Werkes mitverantwortlich.



Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://phc.swisshealthweb.ch/de/article/doi/phc-d.2024.1422058058/>