

Chronische Insomnie begünstigt ernsthafte Komorbiditäten.



© AdobeStock

Chronische Insomnie verlangt einen ganzheitlichen Therapieansatz unter Berücksichtigung möglicher Komorbiditäten.

Seit diesem Jahrtausend wird die Insomnie in allen medizinischen Diagnosesystemen als eine eigenständige Krankheit anerkannt. Oft bleibt nämlich ein gestörter Schlaf als chronische Insomnie bestehen, selbst wenn der Auslöser beseitigt oder die ursächliche Grunderkrankung vollständig ausgeheilt ist.

Die Behandlung einer chronischen Insomnie ist anspruchsvoll, verlangt Geduld und ein überdurchschnittliches zeitliches Engagement von

Seiten des behandelnden Arztes sowie Disziplin von Seiten des Patienten. In den bestehenden Leitlinien ist die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) als Firstline-Ansatz definiert. Die Umsetzung stellt im Praxisalltag jedoch eine gewisse Herausforderung dar. Dazu kommt: Elemente der Verhaltenstherapie wie zum Beispiel Schlafrestriktion können bei vulnerablen Personen das Risiko für bipolare, epileptische oder parasomnische Störungen erhöhen.¹ Bei betag-

ten Personen und bei Patienten mit Depression oder Angsterkrankung können gewisse Empfehlungen bezüglich Schlafgewohnheiten und Schlafhygiene zu einer Überforderung und Verstärkung der Insomnie führen.¹

Die Auswirkungen einer chronischen Insomnie zu unterschätzen ist – vom Leidensdruck für die Betroffenen ganz zu schweigen – auch aus medizinischer und aus gesundheitsökonomischer Sicht nachteilig. Hier eine – nicht abschliessende – Auflistung möglicher Komorbiditäten, die durch eine chronische Insomnie begünstigt werden können. Einige sind korrelativ, stehen also mit einer Insomnie in Verbindung. Die Kausalität muss teilweise in Zukunft noch genauer untersucht werden. Dazu braucht es Interventionsstudien, die zurzeit noch nicht verfügbar sind.

1. Auswirkungen auf den Körper

Chronische Insomnie führt dazu, dass das Immunsystem geschwächt wird und die Patienten anfälliger für Krankheiten und Infektionen werden. Gleichzeitig wird auch der Stoffwechsel vom Schlafmangel negativ beeinflusst, da er die Zellen daran hindert, den Blutzuckerspiegel zu regulieren.

Augen und Augenanhangsgebilde

Glaukom; Menschen, die weniger als drei Stunden pro Nacht schliefen, zeigten dreimal häufiger

4 Fragen an Prof. Dr. med. Ramin Khatami

Ist eine chronische Insomnie eine Krankheit oder ein Symptom für eine Krankheit?

Ramin Khatami: «Die Frage zieht sich seit Jahrzehnten durch die Diskussion und die Literatur. Heute wissen wir, dass eine Insomnie wahrscheinlich als Symptom beginnt und dann in einer eigenständigen Krankheit münden kann und dass dies häufiger geschieht als man früher angenommen hat. Patienten haben gewisse Prädispositionen, dazu kommen Belastungsfaktoren. Darunter entstehen dann die Schlafstörungen. Da kann man es noch als Symptome bezeichnen. Aber – und das ist das Wichtige, was wir gelernt haben – in der Zeitabhängigkeit, entwickeln sich eigenständige Mechanismen, woraus eine Krankheit entsteht. Dies zu unterscheiden, ist sehr wichtig,

Denn wenn man die Mechanismen nicht behandelt, sondern nur das Symptom, dann werden die Patienten auch nicht besser schlafen. Von daher stimmt der Ansatz zu sagen, eine Insomnie kann sich zu einer eigenständigen Krankheit mit eigenständigen Mechanismen entwickeln und ist es auch im häufigsten Fall.»

Wie werden in Ihrer Klinik Komorbiditäten bei Patienten mit einer chronischen Insomnie untersucht?

Ramin Khatami: «Schlafmedizin ist ein multidisziplinäres Fach und muss entsprechend organisiert sein. Das ist auch von der Fachgesellschaft so definiert. In unserem Fall sehen verschiedene Fachrichtungen den Patienten und beurteilen ihn von ihrer Seite. Da gehören die Psychiater als wichtige Fachdisziplin dazu. Denn wir wissen, dass die Insomnie ein grosses Risiko für psychiatrische Erkrankungen ist, allen voran Angsterkrankungen, depressive Erkrankungen, aber auch zum

Beispiel Suchterkrankungen. Dazu kommen psychiatrische Komorbiditäten, die ein zusätzliches Risiko darstellen. Es bestehen diverse komplexe Interaktionen. Wenn man diese ignoriert, kann man weder die Folgen der Insomnie gut behandeln, noch deren Ursachen genau einordnen. Es bestehen auch Risiken für somatische Folgeerkrankungen. Wir lernen viel über das Risiko von Adipositas, kardiovaskuläre Erkrankungen, arterielle Hypertonie, Diabetes und weitere Erkrankungen. Eine somatische Abklärung ist wichtig, was wir bei uns in unserem multidisziplinären Team berücksichtigen.»

Wie gestaltet sich die Umsetzung der empfohlenen Therapiemassnahmen gemäss den Leitlinien im klinischen Alltag?

Ramin Khatami: «Im klinischen Alltag ist die Umsetzung aus verschiedenen Gründen tatsächlich schwierig. Die Umsetzung des kognitiven Ver-

ger Sehnervenschäden durch ein Glaukom als Probanden mit sieben Stunden Nachtruhe.²

Blut, blutbildende Organe – Immunsystem

Personen mit weniger als fünf Stunden Schlaf im Vergleich zu Personen mit sieben bis acht Stunden Schlaf hatten 55,3 % mehr Erkältungen und Infektionen.³

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Adipositas; Diabetes mellitus Typ 2; Hormonstörungen durch gestörten Schlafrhythmus

Herz-Kreislaufsystem

Apoplex⁵; Risikofaktoren für Schlaganfälle wg. Folgen einer Insomnie⁶; Herzinsuffizienz⁷; Hypertonie⁸

Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Morbus Bechterew⁹; Rheumatoide Arthritis⁹; Sjögren-Syndrom⁹; Systemischer Lupus erythematodes (SLE)⁹

*Schlafstörungen bei Patienten ohne Schlafapnoe (non-apnea sleep disorder, NSD)

2. Auswirkungen auf die Psyche

Menschen, die trotz Müdigkeit nicht einschlafen können, laufen Gefahr, psychische Krankheiten wie Depressionen, Angststörungen und ADHS zu entwickeln.

Psyche – Nervensystem

Alkoholabusus; Angststörungen; Depression; Erschöpfung und Müdigkeit – Burnout-Syndrom; Konzentrationsschwäche; Stress; Zwangsstörungen
Neben KVT-I sind Medikamente die am häufigsten angewendete Therapieoption. Die seit

Daridorexant (QUVIVIQ®) ab Juni in der Schweiz verfügbar

Ab Mitte Juni 2023 wird in der Schweiz mit Daridorexant (Produktname QUVIVIQ®) vom Schweizer Biotechunternehmen Idorsia ein neuer Wirkstoff den verschreibenden Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stehen: Die neue, orale Therapieoption ist indiziert zur Behandlung von Erwachsenen mit Schlafstörungen, deren Symptome seit mindestens drei Monaten anhalten und eine beträchtliche Auswirkung auf die Tagesaktivität haben (chronische Insomnie).¹¹ Daridorexant ist ein dualer Orexin-Rezeptor-Antagonist (DORA) und erster Vertreter dieser Wirkstoffklasse in Europa. Swiss-medica hat das Medikament Ende 2022 für die Anwendung zugelassen.¹¹ Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass bei chronischer Schlaflosigkeit wachheitsfördernde Hirnregionen nachts überaktiv bleiben (Hyperarousal).^{12,13} Der Neurotransmitter Orexin regt diese Wachheit an. Daridorexant blockiert die Wirkung von Orexin. Dies ermöglicht einen stabileren Schlaf, ohne die Proportionen der Schlafphasen zu verändern.^{14,15}

Zwei Phase III-Studien mit 1'800 Teilnehmenden

Wirksamkeit und Sicherheit von Daridorexant wurde in zwei multizentrischen, randomisierten, doppelblinden und Placebo kontrollierten Phase-III-Studien (301 und 302) untersucht.¹⁶ Die Daten aus den zwei Zulassungsstudien mit insgesamt über 1'800 Teilnehmenden zeigten für QUVIVIQ® 50 mg, dass die Patienten etwa 30 Minuten schneller einschliefen, nach Einsetzen des Schlafs etwa 30 Minuten weniger Zeit im Wachzustand verbrachten, in Monat 3 im Vergleich zum Ausgangswert etwa eine Stunde mehr Schlaf pro Nacht hatten.¹⁶ Die Patienten fühlten sich in den Monaten 1 und 3 im Vergleich zum Ausgangswert weniger müde, weniger schläfrig und energiegeladener am Tag.16 Unter QUVIVIQ® zeigte sich bei älteren Menschen kein Anstieg der Sturzhäufigkeit im Vergleich zu Placebo.¹¹ Klinische Daten liegen für eine kontinuierliche Behandlung während bis zu 12 Monaten vor.¹¹

Jahrzehnten verwendeten Wirkstoffe fördern nicht das natürliche Schlafverhalten, sondern verursachen eher eine Sedierung der Patienten. Insbesondere die Folgen für die Tagesfunktionalität werden dabei unterschätzt und wurden bisher nicht wesentlich untersucht. Der Bedarf für neue, nachhaltig wirksame Therapieoptionen ist evident.

von Max Winiger



Literatur

Vollständige Literaturliste, Kurzfachinformation und Weiterführende Informationen via QR-Code.

haltens ist mit der aktuellen Versorgungsmöglichkeit nicht ganz realitätsabgeglichen. Das liegt am Kenntnisstand, an der Ausbildung, beginnend bei den Studenten, die kaum etwas über Schlaf erfahren bis hin zur ärztlichen Ausbildung, bei der Insomnie auch kaum ein Thema ist. Auch die Hausärzte, die an sich erster Ansprechpartner sein sollten, haben die CBT-I Thematik nicht immer präsent.

Es bestehen Initiativen, diese Voraussetzungen zu optimieren. Aber Fakt ist, die Patienten haben mit Versorgungsschwierigkeiten zu kämpfen. Dazu kommen patientenspezifische Schwierigkeiten. Es braucht eine hohe Disziplin, es braucht Überwindung und es braucht Verständnis für die Therapie. Deswegen heisst es ja «kognitive» Verhaltenstherapie: Die Patienten müssen verstehen, warum sie trotz Schlafmangel noch weniger schlafen sollen. Versteht der Patient dies nicht, verändert er auch sein Verhalten nicht. Ärzte müssen dies

gut vermitteln können, das Kognitive ernst nehmen, Zeit investieren und dem Patienten erklären, was er zu tun hat und warum.»

Chronische Insomnie verlangt nach interdisziplinärem Austausch, insbesondere mit dem Hausarzt. Wie wird dies in Ihrer Klinik gehandhabt?

Ramin Khatami: «Wir haben drei Ebenen: Die erste Ebene ist der persönliche Kontakt. Der ist ganz wichtig, denn nicht jeder Patient ist gleich. Als Spezialklinik streben wir danach, dass die einfachen und leichten Patienten vom Hausarzt gut therapiert werden können. Wenn es aber komplexer wird, zum Beispiel durch Komorbiditäten oder auch durch lange Chronizität, dann wollen wir den Lead übernehmen und die Vorgaben definieren können. Ziel ist, dass wir die Patienten nach Möglichkeit in einem frühen Stadium ihrer Erkrankung sehen wollen, wenn sich sekundäre Mechanismen und die Insomnie noch nicht etabliert haben.

Die zweite Ebene ist, dass wir viel Wert drauf legen, den Hausärzten Wissen zu vermitteln. Hausärzte brauchen noch mehr Informationen über die kognitive Verhaltenstherapie. Sie wird immer noch verwechselt mit Schlafhygiene, was aber zwei unterschiedliche Verfahren sind. Wir brauchen praxistaugliche Tools, um die kognitive Verhaltenstherapie praxisnah umzusetzen. Das ist unsere dritte Ebene: Wir verfolgen eine Initiative des Berner Instituts für Hausarztmedizin (BIHAM), welches ein Programm mit dem Ziel entwickelt, die kognitive Verhaltenstherapie auf pragmatische Art und Weise zu den Hausärzten zu bringen und dort auch wirklich umzusetzen.»



Prof. Dr. med. Ramin Khatami
Chefarzt Schlafmedizin und
Epileptologie an der Klinik Barmelweid,
Barmelweid