

# DER ARZNEIMITTELBRIEF

Unabhängiges Gesundheitsmagazin

Herausleitung  
Herausgeber: Herrath, Wolf-Dieter Ludwig,  
Herausgeber: Oelkers, Thomas Schneider,  
Herausgeber: Schuler  
Herausgeber: Arbeiterinnen  
Herausgeber: Lehmknecht, Gisela Schott

Jahrgang 50  
Nr. 4  
Berlin  
April 2016



## Behandlung von Schlaflosigkeit im Alter [CME]

**Zusammenfassung:** Schlaflosigkeit (Insomnie) ist im Alter ein sehr häufiges Problem, und gerade ältere Menschen werden deswegen vorwiegend medikamentös behandelt. Nicht-medikamentöse Behandlungsoptionen, wie z.B. kognitive Verhaltenstherapie, sind ebenfalls wirksam, werden aber wenig genutzt. Typische „Schlafmittel“ (meist Agonisten des Benzodiazepinrezeptors) und andere sedierende Pharmaka sollten bei alten Menschen wegen des ungünstigen Verhältnisses von Nutzen und Risiken prinzipiell sehr zurückhaltend eingesetzt werden, d.h. nach Prüfung, ob eine medikamentöse Behandlung die beste Wahl ist, und wenn ja, dann zeitlich begrenzt. Erscheint die Verordnung eines Schlafmittels indiziert, müssen die Betroffenen über Dosierung, Wirkungen sowie potenzielle Neben-, Wechsel- und Nachwirkungen gut aufgeklärt werden. Dazu gehört auch die Information über die zeitliche Begrenzung der Therapie. Die Auswirkungen einer solchen Therapie sollten im Rahmen von Konsultationen ärztlich beobachtet werden. Die Art der Schlafstörung sowie somatische und psychische Ursachen sollten differenzialdiagnostisch abgeklärt und – falls möglich – ursächlich behandelt werden.

Schlaflosigkeit (Insomnie, unzureichender Nachtschlaf) liegt definitionsgemäß vor, wenn über eine verkürzte Dauerschlafzeit berichtet wird:  $\leq 6$  Stunden pro Nacht  $\geq 3$  mal/Woche über zumindest einen Monat. In der Allgemeinbevölkerung zählt Schlaflosigkeit zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden. Sie nimmt jenseits des 50. Lebensjahres deutlich zu, wobei Frauen häufiger betroffen sind. 20–40% der über 65-jährigen klagen darüber. Dabei ändert sich die altersphysiologische Schlafarchitektur, es kommt zu einer stärkeren Fraktionierung der Schlafphasen, und Tiefschlafphasen werden seltener. Mit zunehmendem Alter werden auch verschiedene Krankheiten häufiger, die den Nachtschlaf beeinträchtigen können, z.B. Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes, obstruktive Schlafapnoe, Restless legs, Depression, Prostatahyperplasie und kognitive Beeinträchtigungen (1). Neuere Forschungsergebnisse weisen auf eine Assoziation von Schlafstörungen und der Abnahme kognitiver Leistungen hin – und vice versa (2).

Obwohl aktuelle Empfehlungen die nicht-medikamentösen Therapieverfahren (Aufklärung, kognitive Verhaltenstherapie, Schlafhygiene) in den Vordergrund stellen (3), werden sie selten praktiziert und die Insomnie bei alten Menschen meist rein medikamentös behandelt.

Ein ideales Schlafmittel hätte folgende Eigenschaften: rasche Wirkung, ausreichende Wirksamkeit ohne Beeinträchtigung des Schlafprofils, minimale Nebenwirkungen und

## Inhalt

Behandlung von Schlaflosigkeit im Alter . . . . .	25
Eine weitere Metaanalyse zum optimalen Ausmaß der Blutdrucksenkung bei Hypertonikern (mit Diabetes mellitus) . . . . .	27
Therapie der Hypertonie: Betablocker erhöhen bei älteren Patienten das Risiko für orthostatische Hypotension. . . . .	28
Langzeitantibiose bei Lyme-Borreliose nutzlos und potenziell gefährlich . . . . .	29
Wirksamkeit nicht-steroidaler Antiphlogistika bei Arthroseschmerzen im Knie- oder Hüftgelenk – eine Netzwerk-Metaanalyse . . . . .	29
Cochrane-Review zur Therapie von Übelkeit und Erbrechen in der Notaufnahme . . . . .	30
Bei tuberkulöser Meningitis ist eine intensiviertere Therapie nicht wirksamer als die Standardtherapie . . . . .	31
Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur frühen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel . . . . .	31

Dosisangaben ohne Gewähr.

Toxizität, geringes Interaktionspotenzial, kein Toleranz- und Abhängigkeitsrisiko sowie fehlende Sedierung am folgenden Tag. Ein Arzneimittel, das alle diese Eigenschaften erfüllt, steht jedoch nicht zur Verfügung. Arzneimittel, die nur schlafanstoßend wirken, verändern bereits den physiologischen Schlafablauf. Daneben finden sich nahezu obligat – abhängig auch von Halbwertszeit (HWZ) und Verteilungsvolumina – sog. Hangover-Effekte, die bei alten Menschen auch die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigen sowie das Sturzrisiko erhöhen.

Zur Behandlung von Schlafstörungen werden Wirkstoffe aus mehreren Gruppen angewendet: Benzodiazepine und Benzodiazepin-Analoga, Antihistaminika, Melatonin, Phytopharmaka sowie – meist Off-label – sedierende Antidepressiva und Antipsychotika.

Die am häufigsten verordneten Schlafmittel sind Benzodiazepinrezeptor-Agonisten. Sie umfassen neben den klassischen Benzodiazepinen auch die Benzodiazepin-Analoga (sog. Z-Substanzen: Zaleplon, Zolpidem, Zopiclon), die auf Grund einer Interaktion mit dem GABA-A-Rezeptor im Gehirn komplex wirken.

Ältere Studien zeigen für *Benzodiazepine* (darunter Brotizolam, Diazepam, Estazolam, Flunitrazepam, Flurazepam, Midazolam, Temazepam, Triazolam) eine Verbesserung von Schlaflatenz (Einschlafzeit) und Schlafdauer (4), allerdings hat diese Stoffgruppe zahlreiche Nebenwirkungen. Bedingt durch die im Alter physiologischerweise verzögerte Elimination von Arzneimitteln können die Wirkungen von Ben-