

DER ARZNEIMITTELBRIEF

Primäre Behandlung chronischer Schlafstörungen bei Erwachsenen: Verhaltenstherapie versus Schlafmittel [CME]

Zusammenfassung: Anhaltende Schlafstörungen bei Erwachsenen und ihre Behandlung sind ein sehr häufiges Problem in der Hausarztmedizin. Eine aktuelle randomisierte Studie zeigt, dass eine initiale Behandlung chronischer Schlafstörungen mit einfachen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen ähnlich wirksam ist wie eine Behandlung mit einem Hypnotikum (Remissionsrate ca. 35%). Allerdings verlängerten Hypnotika (hier Zolpidem bzw. Trazodon) die Schlafdauer stärker als die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen. Eine Behandlungssequenz mit primärer Verhaltenstherapie und anschließender dreimonatiger Weiterbehandlung der „Non-Responder“ mit Hypnotika (oder vice versa) erhöht die Remissionsrate auf 50%-60%. Diese Ergebnisse bestätigen die Empfehlungen geltender Behandlungsleitlinien, wonach eine kognitive Verhaltenstherapie wegen der vielen unerwünschten Wirkungen einer Langzeittherapie mit Hypnotika die erste Wahl bei Behandlung von Schlaflosigkeit ist. Hausärzte sollten sich mit dieser Technik vertraut machen.

Die Prävalenz chronischer Schlafstörungen in der Gesamtbevölkerung wird auf knapp 10% geschätzt, bei Patienten in Hausarztpraxen sogar auf 30% (1). Oft bestehen Begleit- und Folgeerkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Substanzabusus, „Restless Legs“-Syndrom, Schlaf-Apnoe oder neurodegenerative Erkrankungen.

Eine chronische Schlafstörung ist dadurch definiert, dass die Betroffenen über einen Zeitraum von mindestens einem Monat Ein- und/oder Durchschlafstörungen mit Beeinträchtigung ihrer Befindlichkeit oder Leistungsfähigkeit am Tag haben (2). Zur Diagnose und auch zur Bemessung des Therapieeffekts werden die Schlafqualitäten wie Einschlaf latenz, Schlafdauer, Frequenz und Dauer des nächtlichen Aufwachens sowie der Erholungseffekt mit Hilfe von Schlaf tagebüchern und Fragebögen bewertet. Das Ausmaß und der Schweregrad einer Schlafstörung kann mit Hilfe von Scores wie dem Pittsburger Schlafqualitäts-Index (PSQI) oder dem „Insomnia Severity Index“ (ISI) abgeschätzt werden. Eine ergänzende Polysomnographie kann bei einzelnen Patienten hilfreich sein (Messung von Atmung, Sauerstoffgehalt des Bluts, Herz- bzw. Pulsfrequenz, Körperlage sowie Elektroenzephalographie, Elektromyographie und Elektrookulographie im Schlaflabor). Nicht selten besteht eine Diskrepanz zwischen subjektiv erlebter Schwere der Insomnie und dem polysomnographischen Befund. Als wenig hilfreich zur Diagnostik werden bislang die am Markt befindlichen Schlaf-Tracking-Apps bewertet (3).

Es gibt verschiedene Erklärungsmodelle, wie es zur

Inhalt

Primäre Behandlung chronischer Schlafstörungen bei Erwachsenen: Verhaltenstherapie versus Schlafmittel	93
Remdesivir: SOLIDARITY-Studie der WHO zeigt keinen überzeugenden klinischen Nutzen bei COVID-19	95
Invasive Zervixkarzinome nehmen durch die HPV-Impfung ab – eine bevölkerungsbasierte Studie aus Schweden	96
Allopurinol verlangsamt nicht die Progression der Niereninsuffizienz bei Hyperurikämie, auch nicht bei Diabetes Typ 1	97
Antibiotika als Therapieoption bei Appendizitis?	98
Überwachung klinischer Studien durch die US-amerikanische Arzneimittelbehörde – verliert der Wachhund seine Zähne?	100
Update zu den Impfstoffen gegen SARS-CoV-2	100

Dosisangaben ohne Gewähr.

Schlaflosigkeit kommt. Die meisten Modelle basieren auf dem sogenannten 3-P-Modell („Predisposing, Precipitating, Perpetuating“). Demnach gibt es begünstigende Faktoren (z.B. Persönlichkeitsmerkmale wie Neurotizismus oder maladaptiver Perfektionismus), auslösende Faktoren (z.B. Schmerzen, arbeitsbezogener oder interpersoneller Stress, Lärm) und aufrechterhaltende Faktoren (z.B. dysfunktionales Verhalten wie die Verwendung des Betts als Arbeitsplatz). Als gemeinsame Endstrecke wird dann eine persistierende Übererregung auf kognitiver, emotionaler und physiologischer Ebene postuliert („Hyperarousal“-Modell).

Auch Arzneimittel können Schlaflosigkeit begünstigen oder verursachen („treatment induced insomnia“). Hierzu zählen u.a. einige aktivierende Antidepressiva, Carbidopa/Levodopa, Betablocker, Beta2-Mimetika, Donepezil, Glukokortikosteroide und Opiate (Übersicht bei 4). Dies muss bei der Differenzialdiagnose berücksichtigt werden, da ein Auslassversuch im Einzelfall lohnend sein kann.

Die spezifische Behandlung der chronischen Schlaflosigkeit lässt sich, neben der Beseitigung von ursächlichen und begünstigenden Faktoren, in drei Bereiche unterteilen: gezielte Verhaltensintervention, Arzneimitteltherapie und weitere, unterstützende Maßnahmen wie Meditation, Lichttherapie, Musiktherapie u.a. Die S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) vom 31.12.2017 (gültig bis 30.12.2022) empfiehlt als primäre Behandlungsoption bei Erwachsenen eine speziell für Insomnie entwickelte kognitive Verhaltenstherapie (KVT-