

Dieter Riemann

Schlafstörungen

Traditionell werden Schlafstörungen mit Benzodiazepinen bzw. Benzodiazepinrezeptoragonisten behandelt. Die Verordnung klassischer Benzodiazepine zulasten der GKV hat wegen der Beschränkung durch die Arzneimittel-Richtlinie in den letzten 15 Jahren deutlich abgenommen, wobei allerdings ein starker Anstieg von Privatrezepten zu verzeichnen ist. Aufgrund der den Benzodiazepinen inhärenten Risiken wie Toleranzentwicklung, Reboundinsomnie und Abhängigkeit hat die Verordnung sedierender Antidepressiva und sedierender Neuroleptika für die Indikation Insomnie deutlich zugenommen. Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die verschiedenen medikamentösen Therapien.

Unter Schlafstörungen im Sinne einer Insomnie versteht man Beschwerden über Ein- und/oder Durchschlafstörungen/frühmorgendliches Erwachen, die Klage über nicht erholsamen Schlaf und daraus resultierende Beeinträchtigungen der Tagesbefindlichkeit. Dazu gehören Konzentrations- und Leistungsstörungen, Müdigkeit und Beeinträchtigung der Stimmung wie etwa Gereiztheit, Ängstlichkeit und Depressivität. Insomnische Beschwerden sind sehr häufig und treten komorbid bei körperlichen und psychischen Erkrankungen auf, können aber auch als eigenständige primäre Insomnie vorkommen.

Ab wann haben Schlafstörungen Krankheitswert?

Störungen des Schlafs im Sinne einer Insomnie sind ein ubiquitäres Phänomen und betreffen in der Regel jeden Menschen mindestens einmal im Leben. Von einer krankheitswertigen Störung spricht man, wenn Ein- und/oder Durchschlafstörungen/frühmorgendliches Erwachen, nicht erholsamer Schlaf und daraus resultierende Beeinträchtigungen der Tagesbefindlichkeit über einen Zeitraum von mehr als vier Wochen persistieren. Von einer chronischen Insomnie spricht man, wenn die Beschwerden mehr als sechs Monate anhalten.

Es wird geschätzt, dass etwa jeder fünfte Patient einer Allgemeinpraxis unter einer krankheitswer-

tigen Insomnie leidet, wobei diese in mehr als zwei Drittel aller Fälle komorbid im Rahmen einer körperlichen oder psychischen Erkrankung auftritt.

Vor Einleiten einer Pharmakotherapie sollte immer eine ausführliche und gründliche Diagnostik stattfinden und geprüft werden, ob eine Behandlung mit schlafhygienischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Maßnahmen alleine ausreichend sein kann.

Diagnostik

Im Rahmen der diagnostischen Abklärung einer primären Insomnie sollte nach möglichen zugrunde liegenden komorbiden organischen und psychischen Erkrankungen gefahndet werden. Neben einer entsprechenden klinischen Untersuchung sind Routine-laborparameter (Entzündungswerte, Blutbild, Schilddrüsen-, Leber- und Nierenwerte) zu erheben, um den Stellenwert bekannter organischer Ursachen für die Entstehung der insomnischen Beschwerden abzuklären. Ebenso ist eine Medikamentenanamnese sehr sinnvoll, um auszuschließen, dass es sich um substanzinduzierte Schlafstörungen handelt.

Im Hinblick auf psychische Störungen ist vor allen Dingen an depressive Erkrankungen zu denken, die fast immer mit gestörtem Schlaf einhergehen. In diesem Fall ist primär an eine Behandlung der Grunderkrankung zu denken.

Im Rahmen der allgemeinen Diagnostik empfiehlt sich zudem der Einsatz von Schlaftagebüchern über einen Zeitraum von ein bis zwei Wochen, um die Stabilität bzw. Variabilität der Symptomatik gut einschätzen zu können. Entsprechende Schlaftagebücher stehen z. B. auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin zur Verfügung (www.dgsm.de).

Basismaßnahmen

Inzwischen existiert ausführliche Literatur zum Einsatz schlafhygienischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Maßnahmen bei Insomnien. Tab. 2.11.1 gibt einen Überblick über schlafhygienische Maßnahmen.

Es empfiehlt sich in jedem Fall, diese Regeln bei Behandlung von Insomnien mit den Patienten

Etwa jeder fünfte Patient einer Allgemeinpraxis leidet unter Schlafstörungen.

Ein Schlaftagebuch ist hilfreich zum Beurteilen von Schlafstörungen.