

DEGAM
E
D


Insomnie bei Erwachsenen

DEGAM-Anwenderversion zur
S3 Leitlinie „Nicht erholsamer
Schlaf/Schlafstörungen“

AWMF-Register-Nr. 063-003

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.



MAGED

Die Empfehlungen zur Hausärztlichen Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, zielen auf die Beschreibung angemessenen, aufgabengerechten Handelns im Rahmen der hausärztlichen Grundversorgung.

DEGAM-Anwenderversionen verstehen sich als Hilfen für die Verbreitung von Leitlinien, deren Themen in der hausärztlichen Versorgung von besonderer Bedeutung sind. Die zu Grunde liegenden Leitlinien beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren, sie sollen für mehr Sicherheit in der Medizin sorgen, aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Da die Medizin einem fortwährenden Entwicklungsprozess unterliegt, können alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Erarbeitung entsprechen. Die hier wiedergegebenen Inhalte sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbe-freiende Wirkung.

Diese Anwenderversion ersetzt in keiner Weise die S3 Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen - Kapitel Insomnie bei Erwachsenen (AWMF-Reg-Nr. 063-003), sondern soll vielmehr durch den konkreten Bezug zum hausärztlichen Versorgungsalltag eine Grundlage für die gemeinsame Entscheidung von Hausärzten und Hausärztinnen und deren Patienten und Patientinnen zu einer im Einzelfall sinnvollen gesundheitlichen Versorgung darstellen. Zur Weiterentwicklung sind Kommentare und Ergänzungen von allen Seiten herzlich willkommen und sollten bitte gesandt werden an die:

DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien

c/o Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: +49 (0)40 7410-59769
Fax: +49 (0)40 7410-53681
leitlinien@degam.de

© DEGAM 2017

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin

Herstellung

Ständige Leitlinien-Kommission der DEGAM
Autoren: Prof. Dr. med. Erika Baum, Marburg
und Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Dieter Riemann, Freiburg

Stand 05/2017

Revision geplant 04/2019

bzw. in Abhängigkeit von Änderungen der Evidenzlage

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle in diesem Werk enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren und der Herausgeberschaft nach bestem Wissen erstellt. Sie erfolgen ohne jede Verpflichtung oder Garantie der Herausgeberin. Sie übernimmt deshalb keinerlei Verantwortung und Haftung für etwa vorhandene inhaltliche Unrichtigkeiten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Dank

Wir danken den Kollegen Günther Egidi, Frederik M. Mader, Catharina Escales, Michael Thomas Becker und Alfred Hubert Wiater für ihre hilfreichen Anmerkungen.

Inhalt

1	Definition	5
2	Diagnostik	7
3	Therapie	11

1 Definition

In diesem Kurzbeitrag möchten wir die Relevanz und Anwendung der im Titel genannten Leitlinie (*Riemann et al., 2017*) für die hausärztliche Praxis beschreiben.

Unter Insomnie (= Schlaflosigkeit) werden im klinischen Alltag Störungen des Ein- und/oder Durchschlafens, frühmorgendliches Erwachen und damit assoziierte Beeinträchtigungen der Tagesbefindlichkeit wie etwa Konzentrations- und Leistungsstörungen, Müdigkeit, Irritabilität, Nervosität etc. verstanden. Laut einer neuen epidemiologischen Untersuchung in Deutschland (*Schlack et al., 2013*), bei der etwa 8000 Bürger u.a. nach insomnischen Symptomen befragt wurden, zeigten sich insomnische Symptome generell bei fast 70% der Befragten mindestens 1mal im Jahr. Legte man die Kriterien für eine Screening-Diagnose Insomnie an (Auftreten der Symptome 3mal pro Woche, mindestens 1 Monat, klinisch relevante Tagesbeeinträchtigung), so litten 5,7% der Befragten unter einer insomnischen Störung.

In der Hausarztpraxis sind Schlafstörungen mit 1,5% der Beratungsanlässe und damit Rang 15 aller Konsultationsgründe ein relativ häufiges Thema (Content-Berichtsband 2008). Unter den 45- bis 64-Jährigen nehmen sie Platz 11 ein (1,8%) und erreichen bei den über 75-Jährigen mit 2,0% den gleichen Rangplatz. Hierbei werden nicht nur die chronischen Störungen angesprochen, die Gegenstand der Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen - Kapitel Insomnie bei Erwachsenen“ sind, sondern auch vorübergehende oder antizipierte Schlafprobleme (z.B. bei schweren Belastungssituationen, vor oder nach Fernreisen). Auch für die kurzfristigen Probleme können die Hinweise aus der vorliegenden Leitlinie hilfreich sein. Bei längerfristigen Störungen empfehlen wir auch auf der hausärztlichen Ebene die Vorgehensweise und Beachtung der folgenden Hinweise. Dabei bedeutet

A: starke Empfehlung („soll“),

B: schwächere Empfehlung („sollte“),

C: unsichere Empfehlung („kann“).

Definition für die nicht-organische Insomnie nach ICD-10 (F 51.0)

- Es liegen Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität vor.
- Die Schlafstörungen treten wenigstens dreimal pro Woche über einen Zeitraum von einem Monat auf.
- Die Betroffenen denken vor allem nachts viel an ihre Schlafstörung und machen sich während des Tages übertriebene Sorge über deren negative Konsequenzen.
- Die unbefriedigende Schlafdauer oder -qualität verursachen entweder einen deutlichen Leidensdruck oder wirken sich störend auf Alltagsaktivitäten aus.

Folgende Abbildung zeigt den Klinischen Algorithmus dieser Leitlinie.

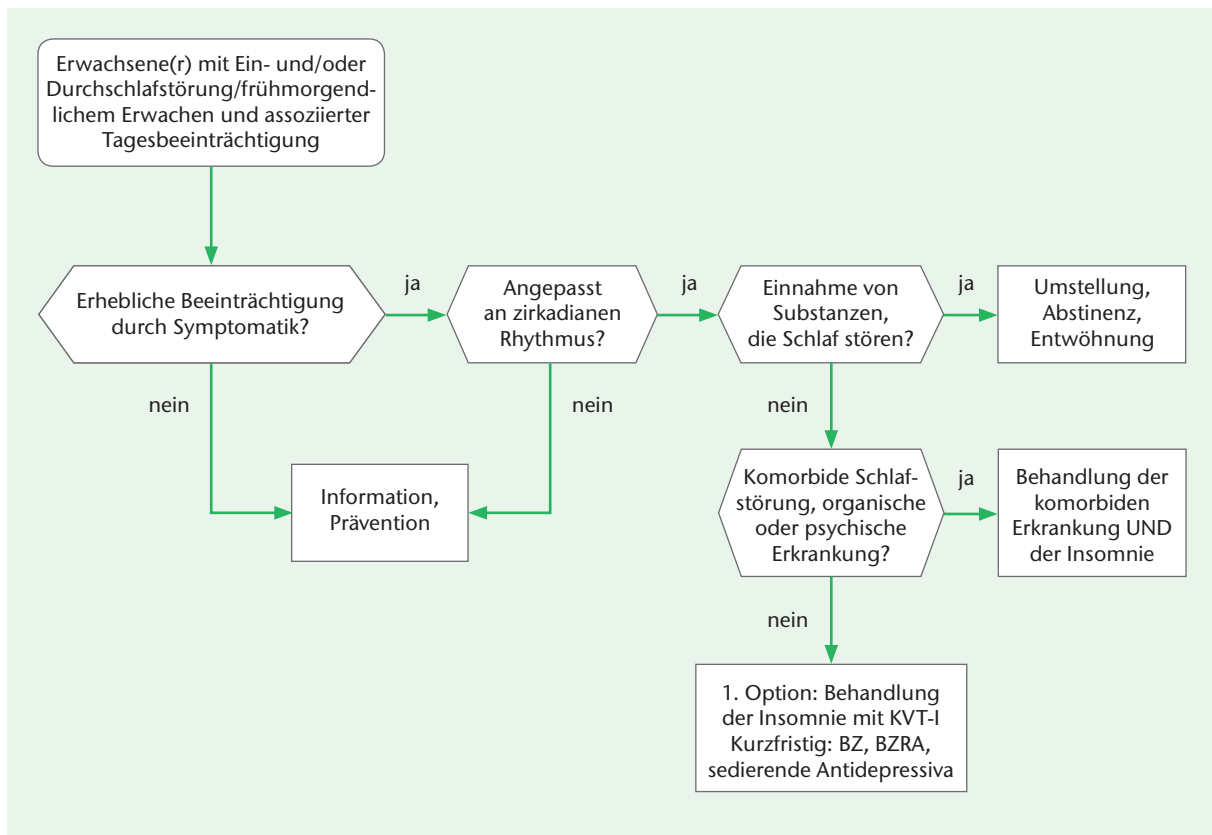


Abbildung 1: Algorithmus der Leitlinie

2 Diagnostik

Die Diagnostik soll eine umfassende Anamnese inklusive einer Abklärung körperlicher und psychischer Erkrankungen, eine körperliche Untersuchung sowie den Einsatz von Schlafragebögen und Schlaftagebüchern umfassen (A).

Folgende körperliche/ neurologische Erkrankungen können Schlafstörungen auslösen und sollten daher erfasst und deren Therapie gegebenenfalls angepasst/ modifiziert werden:

Nach organischen Erkrankungen, die Schlafstörungen auslösen können, soll gezielt gefragt werden (A).

- Chronische Nierenerkrankungen/ Magen-Darm-Erkrankungen
- Chronischer Schmerz z.B. bei rheumatischen Erkrankungen
- Endokrinologische Erkrankungen
- Epilepsien
- Extrapyrimalmotorische Erkrankungen
- Herz- und Lungenerkrankungen
- Kopfschmerzen
- Maligne Erkrankungen
- Polyneuropathien
- Schlaganfall
- Multiple Sklerose
- Starker Juckreiz bei Hauterkrankungen

Ebenso ist es extrem wichtig, nach der Einnahme von Substanzen zu fragen, die den Schlaf potentiell stören können. Dazu zählen nicht nur legale (oder illegale) Genussmittel wie etwa Nikotin, Koffein oder Alkohol, sondern auch ärztlich verordnete Medikamente, die potentiell Schlafstörungen auslösen können.

Nach Substanzen, die den Schlaf stören können, soll gezielt gefragt werden (A).

- Alkohol und andere Rauschmittel
- Antibiotika (z.B. Gyrasehemmer)
- Antidementiva (z.B. Piracetam)
- Antriebssteigernde Antidepressiva (z.B. SSRIs)
- Blutdruckmittel (z.B. β -Blocker) und Asthma-Medikamente (z.B. Theophyllin, β -Sympathomimetika)
- Diuretika
- Hormonpräparate (z.B. Thyroxin, Steroide)
- Stimulierende Substanzen (Koffein und synthetische Substanzen, z.B. Amphetamine, Ecstasy)

Im Hinblick auf die Abfrage und Erfassung möglicher psychischer Erkrankungen (A) als Ursache ist in erster Linie an depressive Erkrankungen zu denken. Jedoch kann jedwede psychische Erkrankung von leichteren Formen der Angststörung bis hin zu den schweren psychotischen Formen mit Schlafstörungen einhergehen.

Im Hinblick auf die Therapie bedeutet das Vorliegen einer relevanten Substanzeinnahme, körperlich/neurologischen oder psychischen Erkrankung dass diese in das Behandlungskonzept direkt mit einbezogen werden müssen - nicht selten wird im Rahmen einer Insomnietherapie eine Koffein- oder Alkoholkarenz vorgeschlagen werden, oder z. B. eine psychotherapeutisch/psychopharmakologische Depressionstherapie durchgeführt werden.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über psychometrische diagnostische Instrumente, die in der Insomniendiagnostik eingesetzt werden können.

Verfahren	Zielsetzung	Kurzbeschreibung
Pittsburgher Schlafqualitätsindex (PSQI)	Einfassung der subjektiven Schlafqualität sowie von Schlafstörungen inkl. Fremdanamnese	Fragebogen zur Selbsteinschätzung, Dauer 5-10 Min. Gesamt-Score 0 bis 21
Schlaffragebogen A (SF-A)	Spezifische Erfassung des Schlafs der vorhergehenden Nacht und der Befindlichkeit des Vortags.	Schlaffragebogen mit 22 Fragen; Dauer ca. 3-5 Min., Wertebereich 1 bis 5; 5 Subskalen
Abend und Morgenprotokolle Schlafstagebuch	Schlafstagebuch zur Diagnostik und Therapieverlaufsmessung	Schlafstagebuch, das mit geringem Zeitaufwand für längere Zeiträume genutzt werden kann.
ISI (Insomnia Severity Index)	Erfasst den Schweregrad insomnischer Störungen	Fragebogen mit 7 Items, Dauer 3-5 Min. , Wertebereich 0 bis 28

Tabelle 1: Diagnostische Instrumente zur Erfassung von Schlafstörungen

* Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V.

Tabelle 2 fasst das diagnostische Vorgehen bei Insomnie zusammen.

1. Medizinische Anamnese/ Diagnostik
<ul style="list-style-type: none">■ Frühere und jetzige körperliche Erkrankungen (bspw. Schmerzen)■ Medikamente, Alkohol, Nikotin, Drogen■ Labor, z.B. Schilddrüsenwerte, Blutbild, Gamma-GT, Leberwerte■ Gegebenenfalls EEG, EKG, CT/MRT des Schädels nach Klinik
2. Psychiatrisch/ psychologische Anamnese
<ul style="list-style-type: none">■ Jetzige und frühere psychische Störungen■ Persönlichkeitsfaktoren■ Arbeits- und partnerschaftliche Situation■ Aktuelle Konflikte
3. Schlafanamnese
<ul style="list-style-type: none">■ Auslösende Faktoren einschließlich Traumata■ Arbeitszeiten/ Circadiane Faktoren (Schicht- und Nachtarbeit)■ Aktuelles Schlafverhalten■ Vorgeschichte der Schlafstörung■ Schlaftagebuch■ Fremdanamnese (periodische Beinbewegungen/ Atempausen)
Und ggf. beim Spezialisten:
4. Aktometrie
5. Polysomnographie

Tabelle 2: Diagnostisches Vorgehen bei Insomnie

Lässt sich damit die Störung nicht befriedigend einordnen oder behandeln, so ist eine Überweisung an entsprechend qualifizierte Kollegen indiziert, wobei man sich an der vermuteten Hauptursache und lokalen Gegebenheiten orientieren sollte. Hier werden dann auch apparative Methoden wie Aktometrie (Erfassung von Bewegungen) und Polysomnographie eingesetzt (s. Textkasten).

Indikation für die polysomnographische Diagnostik:

- **Therapieresistente Insomnie (B)**
- **Nach Ausschöpfung anderer diagnostischer Maßnahmen bei Verdacht auf eine organisch bedingte Insomnie, vor allem im Zusammenhang mit Schlafapnoe-Syndrom oder Syndrom periodischer Beinbewegungen (A).**
- **Insomnie bei Risikogruppen in Verbindung mit Eigen- oder Fremdgefährdung, z.B. bei Berufskraftfahrern oder Patienten, die mit gefährlichen Maschinen arbeiten (B).**
- **Verdacht auf erhebliche Diskrepanz zwischen subjektiv erlebter Schwere der Insomnie und polysomnographischem Befund (B).**

Umgekehrt sollten andere Fachgruppen bei Personen mit Insomnie frühzeitig die Kooperation mit dem Hausarzt anstreben, denn es handelt sich meist um eine persistierende Disposition bei häufig erheblicher Co- oder Multimorbidität.

3 Therapie

Die Regeln für einen gesunden Schlaf stellen die Basisintervention da, wurden bislang als Einzelbaustein aber nie suffizient evaluiert (s. Textkasten).

Regeln für einen gesunden Schlaf / Schlafhygiene:

- Nach dem Mittagessen keine koffeinhaltigen Getränke (Kaffee, Schwarztee, Cola) mehr trinken
- Alkohol weitgehend vermeiden und keinesfalls als Schlafmittel einsetzen
- Keine schweren Mahlzeiten am Abend
- Regelmäßige körperliche Aktivität
- Allmähliche Verringerung geistiger und körperlicher Anstrengung vor dem Zubettgehen
- Ein persönliches Einschlafritual einführen
- Im Schlafzimmer für eine angenehme Atmosphäre sorgen (ruhig, verdunkelt)
- In der Nacht nicht auf den Wecker oder die Armbanduhr schauen

Diese Maßnahmen sollen mit jedem einzelnen Patienten/in Schritt für Schritt besprochen werden – es genügt nicht, einen entsprechenden Flyer/Handout mitzugeben.

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT-I) für Insomnien soll bei Erwachsenen jeden Lebensalters als erste Behandlungsoption für Insomnien durchgeführt werden (A), denn sie ist effektiv und allen anderen Behandlungsformen überlegen.

Darunter werden folgende Verfahren subsummiert:

1. Entspannung I:

Körperliche Entspannung, Progressive Muskelrelaxation

2. Entspannung II:

Gedankliche Entspannung, Ruhebild, Phantasiereise, Achtsamkeit

3. Regeln für einen gesunden Schlaf/Rhythmusstrukturierung:

Informationen zu Schlaf und Schlafstörungen, Schlafhygiene, Schlaf-Wach-Rhythmus-Strukturierung, Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion (siehe unten)

4. Kognitive Techniken I:

Erkennen kognitiver Teufelskreise und sich-selbst-erfüllender-Prophezeiungen, Gedankenstuhl

5. Kognitive Techniken II:

Kognitives Umstrukturieren dysfunktionaler Gedankenkreisläufe

Instruktionen zur Stimuluskontrolle:

- Gehen Sie abends nur zu Bett, wenn Sie schläfrig sind.
- Benutzen Sie das Bett nur zum Schlafen, d.h. nicht zum Lesen, Trinken, Rauchen, Fernsehen (sexuelle Aktivitäten ausgenommen).
- Wenn Sie nach 15 Min. noch wach sind, stehen Sie auf und gehen Sie in ein anderes Zimmer. Gehen Sie erst wieder ins Bett, wenn Sie sich schläfrig fühlen.
- Wenn Sie dann immer noch nicht einschlafen können, wiederholen Sie den vor hergehenden Schritt.
- Stehen Sie jeden Morgen zur gleichen Zeit auf.
- Schlafen Sie nicht tagsüber.

Bei der Technik der Bettzeitrestriktion wird folgendes Vorgehen empfohlen (s. Textkasten):

Bettzeitrestriktion

- Bestimmung der subjektiv erlebten Schlafzeit durch 14-tägiges Ausfüllen eines Schlaftagebuchs
- Setzen der Bettzeit auf die durchschnittliche Schlafzeit (Daten aus dem Schlaftagebuch), jedoch nie kürzer als 5 Stunden
- Evaluation dieser Maßnahme nach 7 Tagen: ist die Schlaffeffizienz über 85%, kann um 30 Minuten ausgedehnt werden usw.

Dabei kann es jedoch zu erheblicher Tagesschläfrigkeit kommen, so dass hier eine engmaschige Begleitung durch einen entsprechend erfahrenen Therapeuten dringend anzuraten ist.

Der Einsatz des Gesamtprogramms ist auf maximal 6 Sitzungen angelegt – einzelne Bestandteile können ohne weiteres direkt in die hausärztliche Praxis übernommen werden: Hier hat sich neben der Vermittlung der allgemeinen Regeln zur Schlafhygiene und Stimuluskontrolle (siehe Textkasten oben) folgendes leicht modifiziertes Vorgehen als effektiv und praktikabel erwiesen (*Fallon et al 2015*):

Nach Führen eines Schlaftagebuches über 2 Wochen wird die durchschnittliche Schlafzeit ermittelt sowie die durchschnittliche Bettzeit, in der unser Patient wach lag. Von der gewünschten Aufstehzeit wird dann zurück gerechnet mit der Summe der durchschnittlichen Schlafzeit plus 50% der durchschnittlichen Wach-Liegezeit und daraus die Bettgehzeit ermittelt. Dabei wird das Schlaf-Tagebuch weitergeführt und mit dem Hausarzt die Umsetzungsrealität besprochen.

In schweren, chronischen Fällen von Insomnie wird es nicht selten nötig werden, einen psychotherapeutisch ausgebildeten Psychologen oder Mediziner hinzuzuziehen

Eine medikamentöse Therapie kann angeboten werden, wenn die KVT-I nicht hinreichend effektiv war oder nicht durchführbar ist (C).

Benzodiazepine und die neuen Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten (Z-Substanzen) sind im kurzzeitigen Gebrauch (3 - 4 Wochen) eindeutig und etwa gleich effektiv in der Behandlung von Insomnien. Ihr Einsatz ist aber problematisch, da sie leicht zur Abhängigkeit oder auch medikamentösen Fixierung der Patienten führen und erhebliche unerwünschte Wirkungen haben. Auch hier unterscheiden sich beide Substanzgruppen nicht wesentlich voneinander. Eine Langzeitbehandlung mit diesen Substanzen sollte nicht erfolgen (B).

Auch die Kurzzeitbehandlung von Insomnien mit sedierenden Antidepressiva ist effektiv, wobei Kontraindikationen zu Beginn und im Verlauf geprüft werden sollen (A). Aufgrund der Datenlage und möglicher Nebenwirkungen / Risiken kann eine Empfehlung zur Langzeittherapie nicht ausgesprochen werden.

In Anbetracht der unzureichenden Datenlage für Antipsychotika in der Indikation Insomnie und angesichts ihrer Nebenwirkungen wird ihre Verwendung in der Insomniebehandlung nicht empfohlen (A). Eine Ausnahme stellen gerontopsychiatrische Patienten dar, bei denen ggf. niedrigpotente Antipsychotika als Schlafmittel gegeben werden können (C). Aufgrund von geringer Wirksamkeit bei dieser Indikation wird Melatonin nicht zur Behandlung von Insomnien empfohlen (B).

Für Baldrian und andere Phytopharmaka kann aufgrund der unzureichenden Datenlage keine Empfehlung zum Einsatz in der Insomniebehandlung gegeben werden (B). Auch hier ist die Problematik der Medikalisierung zu beachten.

Interventionen wie z.B. Achtsamkeit, Akupunktur, Aromatherapie, Bewegung, Homöopathie, Hypnotherapie, Lichttherapie, Massage, Meditation, Musiktherapie, Öl, Reflexzonen, Yoga/TAI CHI/Chi Gong können aufgrund der schlechten Datenlage momentan nicht zur Insomniebehandlung empfohlen werden (B).

Weitere Details sowie Begründungen sind der Langfassung der Leitlinie zu entnehmen.

Literaturverzeichnis

1.

Content Berichtsband 2008, zuletzt besucht am 26.2.2016: http://www.content-info.org/public/berichtsband/CONTENT_Berichtsband_1.pdf

2.

DGSM: S3 Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen - Kapitel Schlafbezogene Atmungsstörungen“. Somnologie, S97-S180, 2017.

3.

Riemann, D, Baum, E, Cohrs, S, Crönlein, T, Hajak, G, Hertenstein, E, Klose, P, Langhorst, J, Mayer, G, Nissen, C, Pollmächer, T, Rabstein, S, Schlarb, A, Sitter, H, Weess, HG, Wetter, T, Spiegelhalder, K: S-3 Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/ Schlafstörungen. Kapitel Insomnie bei Erwachsenen (AWMF Registriernummer 063-003), Update 2016. Somnologie, 2017, 20 (Suppl s2):S97–S180.

4.

Schlack, R., Hapke, U., Maske, U., Busch, M.A., Cohrs, S.: Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 5/6, 740-748, 2013.

5.

Falloon, K, Elley, C.R., Fernando, A., Lee, A.C., Arroll, B.: Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2015; 65 (637): e508-e515. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp15X686137>