



Management der Chronischen Insomnie

VNR: 27606020262340007

Prof. Dr. med. Ingo Fietze, Dr. med./HöH.Attestationskomm. Sofia Anelia Todorova-Rudolph,
Markus B. Specht, Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf

Definition und Klassifikation

Die Insomnie ist in den medizinischen Klassifikationssystemen als eigenständige Erkrankung anerkannt, die sich mit persistierender Störung der Schlafinitiierung und/oder Schlafaufrechterhaltung charakterisiert und mit einem subjektiven Leidensdruck oder relevanter Beeinträchtigung des Tagesbefindens einhergeht. Sowohl die schlafmedizinische ICSD-3 (International Classification of Sleep Disorders [1]), das psychiatrische DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [2]) als auch die neue ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [3] weisen die Insomnie als eigenständige Diagnose aus – unabhängig von der Komorbidität.

In der klinischen Praxis wird die ICSD-3 am häufigsten genutzt [1]. Hier wird zwischen Kurzzeitinomnie und chronischer Insomnie unterschieden. Eine chronische Insomnie liegt vor, wenn mindestens eines der folgenden Symptome besteht:

- Einschlafstörung, Durchschlafstörung oder frühmorgendliches Erwachen, obwohl ausreichende Gelegenheit zum Schlaf gegeben ist,

- die Symptome an mindestens drei Nächten pro Woche über mindestens drei Monate bestehen und
- eine relevante Tagesbeeinträchtigung vorliegt.

Zusätzlich gibt es verschiedene Subtypen, etwa die psychophysiologische Insomnie, die paradoxe Insomnie (Fehlwahrnehmung des eigenen Schlafs), Insomnie durch inadäquate Schlafhygiene, die Insomnie mit mehr oder weniger als sechs Stunden Schlaf oder verhaltensinduzierte Insomnie im Kindesalter, die zum Beispiel zu einem verzögerten Schlafphasensyndrom führt oder aber auch Insomnie im Rahmen organischer Erkrankungen. Betroffene, die subjektiv über längere Zeiträume „gar nicht mehr schlafen“, haben oft ein Tiefschlafdefizit bzw. Tiefschlafverlust, vgl. [4].

Pathophysiologie der chronischen Insomnie

Die moderne Insomnieforschung betrachtet die chronische Insomnie nicht mehr als bloße Folge ungünstiger Lebensgewohnheiten oder psychischer Belastungen – sie ist eine komplexe Störung mit neurobiolo-

gisch-pathophysiologischen, kognitiven und verhaltensbezogenen Komponenten [5].

Ein zentrales Erklärungsmodell ist das sogenannte Hyperarousal-Modell. Umgangssprachlich kann man auch sagen, das Wach-System dominiert über dem Schlafsystem. Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Insomnie begünstigen, sind das Alter, das weibliche Geschlecht und genetische Voraussetzungen.

Trigger für eine Insomnie sind u. a. alle Arten von Stress, Stillzeit, Menopause, Schichtarbeit, Komorbiditäten, Drogen und Alkohol [6]. Aber wichtig – eine Insomnie kann auch ohne Trigger beginnen, plötzlich unerwartet oder langsam schleichend [7]. Es wird von einer anhaltenden Hyperaktivierung zentraler Stress- und Arousal-Systeme ausgegangen, die sowohl neurobiologische als auch kognitive und behaviorale Prozesse umfasst. Verstärkt werden kann dieser Prozess durch die Entwicklung einer Angst vor dem Schlafproblem. Es gibt verschiedene, zunehmend untersuchte Subtypen der Insomnie [7–10]. Dauert eine Schlafstörung länger als drei Monate, dann ist sie per De-

inition chronisch und hält sie länger als zwölf Monate an, dann beginnen potenzielle zusätzliche Gesundheitsrisiken.

Folgen der Insomnie

Die unmittelbare Folge einer schlechten Nacht können „schlechte Laune“ mit Reizbarkeit, Müdigkeit und eine Einschränkung der mentalen und körperlichen Leistungsfähigkeit sein. Ein dauerhaftes Schlafproblem birgt weitere Risiken. Der Schlaf, insbesondere die Tiefschlafphasen, ermöglicht es dem glymphatischen System (das eigene Abfallentsorgungssystem des Gehirns), intensiver zu arbeiten und die Abfallprodukte des Zellstoffwechsels abzutransportieren, u. a. auch das Beta-Amyloid [11, 12].

Somit steigt als Folge des Schlafmangels das Risiko für neurodegenerative Erkrankungen, an erster Stelle Erkrankungen wie Demenz, insbesondere Demenz vom Alzheimer Typ sowie Parkinsonkrankheit, aber auch Depression und andere ZNS-Erkrankungen. Insbesondere für demenzielle Erkrankungen ist heute gut bekannt, dass die Insomnie ein provozierender Faktor ist. Ebenso bedeutend sind die Auswirkungen von schlechtem Schlaf auf das Immunsystem. Es erhöht sich dadurch das Risiko für jegliche entzündliche und für Krebs-Erkrankungen. Weitere wissenschaftlich nachgewiesene Risiken sind metabolische Folgen wie Adipositas und Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzrhythmusstörungen, Hypertonus), Haarausfall, Schwangerschaftsrisiken und eine beeinträchtigte Lebenserwartung [9, 13, 14].

Epidemiologie und Versorgungslage

Die chronische Insomnie ist nicht nur eine der häufigsten Schlafstörungen, sondern auch ein erheblich unterschätztes öffentliches Gesundheitsproblem [15, 16]. Circa 15 % der erwachsenen Bevölkerung leiden an einer klinisch relevanten chronischen Insomnie, wobei Frauen etwas häufiger betroffen sind als Männer [17]. Provziert werden kann sie im Alter durch inadäquate Schlafhygiene, wenn Senioren tagsüber schlafen und nachts nicht zur Ruhe finden. Alarmierend ist eher die Zu-

nahme von Schlafproblemen bei Kindern und Jugendlichen. Nicht nur, dass sie statistisch zu kurz schlafen, sie haben auch zunehmend Ein- und Durchschlafstörungen [18]. Hier spielen Verhaltensfehler (Internet, Spiele, Filmserien) aber auch gesamtgesellschaftliche Probleme eine Rolle, so z. B. die Angst vor Corona, Krieg, Kriminalität, Existenz, Klimaveränderungen und mehr.

Diagnostik

Die Diagnose einer chronischen Insomnie erfolgt unabhängig von komorbiden Erkrankungen und basiert primär auf klinischen Kriterien. Eine apparative Diagnostik ist in der Regel nicht erforderlich.

Einige Kernpunkte der Anamnese sollten sein:

- Beginn der Erkrankung, Zusammenhang mit einschneidenden Ereignissen bzw. Erlebnissen oder Änderungen der Lebensweise
- Art der Insomnie (Ein-, Durchschlafstörung, frühmorgendliches Erwachen), wie oft in der Woche
- Verlauf
- Schlaf-Medikamenten-Anamnese
- Bisherige Verhaltensmaßnahmen? (Schlafhygiene, App, Psychotherapie etc.)
- Familiäre Prädisposition
- Job (unregelmäßige Arbeitszeiten/ Schichtarbeit?)
- Schlaf am Wochenende und im Urlaub
- Nappen am Tage möglich? (Müdigkeit oder Schläfrigkeit)
- Fragen zu Bewegung und Fitness
- Fragen zu Drogen und Alkohol
- Komorbidität und Medikamente

Ergänzend werden Fragebögen genutzt, an erster Stelle der ISI (Insomnia Severity Index, [19–21]). Er besteht aus sieben Items und bewertet die Schwere der Insomnie (0–28 Punkte). Ein Wert ab 15 Punkte spricht für eine klinisch relevante Symptomatik. Mit 7–14 Punkten ist der Hinweis auf eine milde Insomnie. Zusätzliche Fragebögen, auch zum Ausschluss bzw. zur Detektion anderer Erkrankungen sind der BDI-II, der Stop-Bang, der RLS-DI, der Münchner Chronotyp-Fragebogen (MCTQ, der Chronotyp und Social Jetlag erfasst), und ggf. der PSQI, eine QoL-FB oder andere Depressionsskalen.



Eine apparative Diagnostik im Schlaflabor (Polysomnographie) ist nur bei Verdacht oder zum Ausschluss anderer schlafbezogener Erkrankungen bei Therapieerfolglosigkeit der Insomnie trotz ausreichender Therapieadhärenz indiziert, z. B. bei Berufskraftfahrern, und wird von den Krankenkassen selten vergütet. Auch für eine ambulante häusliche Messung gibt es keine Abrechnungsziffer, obwohl es hierfür die technischen Voraussetzungen gibt. Viele Betroffene über- oder unterschätzen ihre Schlafqualität. So wie für Schlafapnoe-Patienten eine ambulante Messung obligat ist, sollte dies auch für Insomnie-Patienten möglich werden. Das ist nicht nur wichtig für die Betroffenen, sondern auch für die behandelnden Ärzte. Beispiel dafür ist, dass ein schlechter Schlaf mit jedoch ausreichend Tiefschlaf keine tiefschlaffördernde Medikation benötigt. Die Gadgets und Wearables sind bisher nicht geeignet, um die Schlafqualität verlässlich zu objektivieren.

Die Therapien der Insomnie

In der klinischen Praxis zeigt sich, dass viele Betroffene erst sehr spät eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen. In der Regel haben sie bereits verhaltenstechnisch ihren Schlaf und die Umgebung optimiert, haben sich beleasen, kennen die Schlafhygiene, haben Geld für Matratze, Kissen und Hilfsmittel investiert oder haben sich im Internet informiert oder Apps genutzt. Besteht hier jedoch noch Bedarf an Information und Hilfe, dann gibt es in Deutschland digitale Angebote wie Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA, „Apps auf Rezept“) und einige Angebote für eine ko-

Foto: © matucha12 – stock.adobe.com

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Management der Chronischen Insomnie“ von Prof. Dr. med. Ingo Fietze und Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf et al. finden Sie nachfolgend abgedruckt und im Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglie-

der-Portal vom 25.08.2026 bis 24.02.2027 möglich. Die Fortbildung ist mit drei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

gnitive Verhaltenstherapie bei Insomnie (KVT-I). Letztere beinhaltet Psychoedukation, Schlafhygiene, Stimuluskontrolle, Entspannungsverfahren, kognitive Umstrukturierung und Schlafrestriktion. Die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) stellt die evidenzbasierte Erstlinientherapie dar und sollte unabhängig von Alter, Geschlecht oder Komorbidität primär eingesetzt werden (S3-Leitlinie, [22–24]. Allerdings gibt es in Deutschland diesbezüglich ernst zu nehmende Versorgungsprobleme. Als Begleitmaßnahme bei einer medikamentösen Therapie sollte sie ebenfalls Berücksichtigung finden [25]. Konkret umfasst die KVT-I die folgenden Elemente:

- Entspannung I (körperlich: z. B. Progressive Muskelrelaxation, PMR)
- Entspannung II (gedanklich: z. B. Ruhebild)
- Psychoedukation (Info zu Schlaf, Schlafachtsamkeit)
- Stimuluskontrolle (Bett = Schlaf)
- Schlaf- oder Bettzeitenrestriktion (z. B. max. sechs Stunden Bettzeit)
- Kognitive Techniken I (Teufelskreis erkennen)
- Kognitive Techniken II (kognitive Umstrukturierung)

Pharmakotherapie

Pharmakologische Therapien sollten nur dann eingesetzt werden, wenn eine KVT-I nicht verfügbar ist, nicht ausreichend wirkt oder ergänzend notwendig ist [26–29]. Die Auswahl des Medikaments erfolgt indikationsbezogen und unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen und

Komorbiditäten (S3-Leitlinie, [22]). Für die Behandlung von Insomnie stehen verschiedene Nahrungsergänzungsmittel, pflanzliche Arzneimittel und pharmakologische Optionen zur Verfügung [30, 31], vgl. Tabelle 1.

Bei der Erstanwendung von schlaffördernden Mitteln empfiehlt sich ein abgestuftes Vorgehen, von leichten schlaffördernden zu stärkeren Mitteln [29, 32].

Zunächst sollte abgefragt werden, ob Nahrungsergänzungsmittel wie Magnesium, Zink, Glycin, Tryptophan u. a. schon ausprobiert wurden. Zusätzlich sollte nach den pflanzlichen Alternativen wie Baldrian, Hopfen, Melisse und Co. gefragt werden. Zwar besteht für diese Mittel keine Evidenz für die Behandlung der Insomnie, aber wenn sie nach einem regelmäßigen Einsatz für ca. 4–8 Wochen helfen, das gilt auch für die Nahrungsergänzungsmittel, dann kann diese Einnahme fortgeführt und die Therapie muss nicht eskaliert werden.

Nächster Versuch wäre verschreibungspflichtiges Melatonin, auch wenn die frei verkäuflichen Mittel nicht geholfen haben. Verordnen kann man Melatonin für Kinder mit seltenen Erkrankungen (SMS, Autismus) und alle Erwachsenen ab dem 55. Lebensjahr. Sie können aber auch bei jüngeren Erwachsenen helfen [32], das Melatonin bei Einschlafstörungen und das retardierte Melatonin auch bei Durchschlafstörungen. Nächste Stufe wäre Agomelatin, ein mildes schlafförderndes Antidepressivum. Wirkungsstärker sind die Antihistaminika, die man jedoch nur bei Bedarf (max. 2/Wo) einnehmen sollte

und die häufig als Nebenwirkung einen Überhang bewirken.

Danach folgen die schlaffördernden Psychopharmaka, wie z. B. Trimipramin, Mir tazapin, Doxepin, Trazodon, Quetiapin, Hydroxyzin.

Zu den häufigen Nebenwirkungen sedierender Antidepressiva zählen der morgendliche Überhang, Gewichtszunahme und auch eine Progression oder Auslösung eines Restless-Legs-Syndroms (RLS) sowie periodische Beinbewegungen im Schlaf (PLMD). Zusätzlich besteht eine relativ hohe Wahrscheinlichkeit für einen Wirkungsverlust im Verlauf der Therapie, zudem erfolgt der Einsatz sedierender Antidepressiva off-label und sollte individuell kritisch geprüft werden.

Die nächste Stufe wäre das zurzeit beste Ein- und Durchschlafmittel, wenn es wirkt, Daridorexant [33]. Dieser Wachblocker, ein dualer Orexin-Rezeptor-Antagonist, gibt dem Schlafsystem die Möglichkeit, sich wieder zu entfalten. So die Theorie. Zu beachten sind drei Aspekte: Die Wirkung kann sofort oder retardiert erst nach einigen Wochen auftreten. (Nur) in den ersten Nächten können Alpträume auftreten und in Ausnahmefällen, wenn die Wirkung die geringen Nebenwirkungen überwiegt, kann man auf 25 mg übergehen. Die Praxis hat gezeigt, dass es Responder und Non-Responder gibt. Hilft es, dann sollte man es regelmäßig nutzen, da es auch für die Dauertherapie zugelassen ist. Bei Wirkungsverlust sollte der Arzt kontaktiert werden. Die Orexin-Antagonisten können auch einen positiven Effekt hinsichtlich der Vermeidung von Demenz und Alzheimer haben [34].

Letzte Stufe sind die sogenannten Z-Substanzen wie Eszopiclon, Zopiclon und Zolpidem. Für Eszopiclon gibt es auch Langzeitstudien mit gutem Erfolg [35]. Auch für Z-Substanzen sind längere Einnahmezeiten möglich und bei schwerer, mit anderen Mitteln nicht behandelbarer Insomnie auch notwendig. Doch die Betreuung dieser Patienten sollte Spezialisten bzw. erfahrenen Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sein. Die Gefahr ist der Missbrauch bei Wirkungsverlust. Vorteil der Z-Substanzen ist die Provokation von Tiefschlaf, vor allem bei Betroffenen mit einem ausgeprägten Tiefschlaf-Defizit. Nachteil ist der dabei abnehmende Traumschlaf. We-

**Tab. 1: Ausgewählte Medikamente zur Pharmakotherapie der Chronischen Insomnie bei Erwachsenen
(häufig off-label Gebrauch, geringe Evidenz)**

Substanz	Dosis*	Angriffsort	Indikation	Kontraindikationen
Melatonin	2–4 mg oral	Agonisten der MT1- und 2-Rezeptoren	primäre Insomnie bei Patienten älter 55 Jahre	Leberschäden
Agomelatin	25–50 mg oral (abends)	Agonist der MT1/2 Rezeptoren Antagonist des 5-HT _{2C} Serotonin Rezeptors	Depressionen mit Schlafstörungen	Leberschäden
Quetiapin	12,5–50 mg	Blockade zentraler Dopamin-D ₂ - und Serotonin-5HT _{2A} -Rezeptoren	Bipolare Störungen, Schizophrenie	gleichzeitiger Gebrauch von CYP3A4 Inhibitoren, schwere Leberinsuffizienz
Daridorexant	25–50 mg	Dualer Orexin (OX1/OX2) Rezeptor-Antagonist	chronische Insomnie bei Erwachsenen	Narkolepsie, gleichzeitiger Gebrauch von starken CYP3A4-Inhibitoren
Doxepin	5–30 mg	Hemmung postsynaptischer 5HT _{2A} und 2C-Rezeptoren	Depressionen mit Schlafstörungen	Manie, schwere Lebererkrankung, Glaukoma, Urinretention
Trimipramin	12,5–50 mg	Affinität zu 5-HT ₂ / 5-HT ₁ , D ₂ /D ₁ , α ₁ / α ₂ -Rezeptoren	Depressive Verstimmung mit Schlafstörungen	Myocardinfarkt, Arrhythmien, Manie
Mirtazapin	7,5–15 mg	α -2-Antagonist, Blockade der 5-HT ₂ /3-Rezeptoren	Angstzustände, Schlafstörungen	gleichzeitige Gabe von MAO-Hemmern, Schwangerschaft, Stillzeit
Hydroxin	12,5–50 mg	kompetitive Hemmung an H ₁ -Histaminrezeptoren	Angstzustände bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern (5–11 Jahre), Ein- und Durchschlafstörung	Verlängertes QT interval, Asthma, Porphyrie, Schwangerschaft
Trazodon	25–50 mg	Reuptake-Hemmer von 5HT und NA, Antagonisten von H ₁ /H ₂ und 5-HT _{2A} -Rezeptoren	Depressionen mit und ohne Angststörungen, Schlafstörungen	Alkoholintoxikation, Herzinfarkt, Behandlung mit MAO-Hemmern
Eszopiclon	1–3 mg	Interaktion mit den α -1, 2, 3 und 5 Untereinheiten des Gaba-Rezeptor-Komplexes	Ein- und Durchschlafstörungen	Myasthenia gravis, schwere respiratorische und hepatische Insuffizienz
Zopiclon	3,75–7,5 mg	Interaktion mit der α - und γ -Untereinheit des GABAA-Rezeptors	Schwere Insomnie, Ein- und Durchschlafstörung	Myasthenia gravis, schwere respiratorische und hepatische Insuffizienz
Zolpidem	5–10 mg	Agonisten des GABAA- Rezeptors	Schwere Insomnie, Einschlafstörung	schwere Leberschäden, Schwangerschaft, Stillen

Tabelle in Anlehnung an [30] und [31]. * Die exakte (off-label) Dosis und Verordnungsdauer für die chronische Insomnie sollte von qualifizierten Ärztinnen und Ärzten festgesetzt werden.

gen der Tiefschlafprovokation sind Z-Substanzen nicht geeignet bei Personen mit Hang zum Schlafwandeln. Die Ärztin oder der Arzt entscheidet, ob die Z-Therapie über die empfohlenen vier Wochen hinaus gehen sollte.

Ergänzende Anmerkungen zur medikamentösen Therapie

Es liegt in den Händen des Arztes und der Betroffenen selbst, ob sie, vor allem bei den stärkeren Mitteln, eine Bedarfstherapie (1–3x/Wo) bevorzugen, weil dies noch ausreichend ist, oder eine Dauertherapie. Die milden schlaffördernden Mittel und Daridorexant sind in der Regel nur für eine Dauertherapie geeignet.

Schlaffördernde Mittel können bei fast allen komorbiden Erkrankungen wie Tumorerkrankungen, entzündliche Erkrankungen, neuropsychiatrische Erkrankungen, Schlafapnoe u. a. eingesetzt werden [36–40].

Die Anwendung erfordert stets eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung. Auch Schwangere müssen bei Bedarf schlafmedizinisch begleitet werden, da die Gesundheit des ungeborenen Kindes auch vom Schlaf der Mutter abhängt.

Ist eine Therapie erfolgreich, dann sollte sie in der Regel nicht abrupt beendet werden. Langsames Ausschleichen kann ärztlich begleitet nach längerer erfolgreicher Therapiephase erfolgen.

Jegliche medikamentöse Therapie kann zusätzlich mit KVT-I begleitet werden [26].

Schlafmittel können auch kombiniert werden. Ist selbst eine Kombinationstherapie nicht erfolgreich, sind die Patienten sozialmedizinisch zu betreuen und abzusichern, ähnlich der schwer bzw. nicht behandelbaren Depression.

Neurostimulation kann eine neue alternative Therapiemethode werden, ist derzeit aber noch im Forschungsstadium.

Benzodiazepine sollten bei der Behandlung chronischer Insomnien nicht zum Einsatz kommen und sind daher hier nicht adressiert.

Fazit

Die chronische Insomnie ist eine häufige und behandlungsbedürftige Erkrankung. Eine leitliniengerechte Versorgung erfordert insbesondere den Ausbau niedrigschwelliger Angebote für die kognitive Verhaltenstherapie sowie eine differenzierte und indikationsgerechte Pharmakotherapie. Die Betreuung von Insomnie Betroffenen ist in Deutschland jedoch flächendeckend nicht gegeben. Es fehlt an Spezialisten und an erfahrenen Fach- und Hausärzten. Hier können Fortbildungen helfen und die Etablierung schlafmedizinischer Inhalte in der Humanmedizinlehre. Die chronische Insomnie ist aber auch eine Erkrankung, der man vorbeugen kann, mit Wissen, mit konkreten lebensstiländernden Maßnahmen und Verhaltenstechniken. Dazu gehören Bewegung, keinen Mittagsschlaf halten und ein zu frühes zu Bett gehen vermeiden, insbesondere in Pflegeheimen.

Auf dem Feld der Prävention sind wir noch nicht so gut aufgestellt wie bei Fitness- und Ernährungsprogrammen.

Beginn einer Therapie ist die kognitive Verhaltenstherapie, die jedoch mit Ausnahme der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) flächendeckend in Deutschland nicht zur Verfügung steht.

Ist die Insomnie einmal ausgebrochen und chronisch, dann ist sie meist auch chronisch zu behandeln, ob mit Verhaltensmaßnahmen, Pflanzenpräparaten, Supplements oder Medikamenten.

Eine schwere und schwer zu behandelnde Insomnie ist mit ärztlicher Expertise zu begleiten.

Prof. Dr. med. Ingo Fietze

Interdisziplinäres
Schlafmedizinisches
Zentrum, CC12,
Charité-Universitäts-
medizin Berlin



Foto: privat

Dr. med./HöH. Attestationskomm.

**Sofia Anelia
Todorova-Rudolph**
Klinik für Neurologie
Weilmünster,
Kreiskrankenhaus
Weilburg,
Weilmünster



Foto: Anke Illing

Markus B. Specht

Zentrum für
interdisziplinäre
Schlafmedizin,
DKD Helios Klinik
Wiesbaden



Foto: DKD Helios Klinik Wiesbaden

Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf

Medizinische
Fakultät der
Heinrich Heine Uni-
versität Düsseldorf,
Institut Anatomie 1
Universitätsstr.1



Foto: privat

40225 Düsseldorf,
bis 2017 Fachbereich Medizin
der Goethe Universität Frankfurt,
Dr. Senckenbergische Anatomie und
Dr. Senckenbergisches
Chronomedizinisches Institut

Kontakt zu den Autoren per E-Mail via:
haebl@laekh.de

Die Literaturhinweise finden sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Multiple-Choice-Fragen:

Management der Chronischen Insomnie

VNR: 2760602026262340007

(je eine Antwort ist richtig)

1. Wie wird die chronische Insomnie in dem Artikel bewertet?

- 1) Als eigenständige Erkrankung.
- 2) Als Folge ungünstiger Lebensgewohnheiten.
- 3) Als obligat von Komorbiditäten abhängige Erkrankung.
- 4) Als nicht therapierbare Erkrankung.
- 5) Als Erkrankung, deren Symptome für mindestens drei Jahre bestehen.

2. Die moderne Forschung betrachtet die chronische Insomnie ...

- 1) ... als komplexe Störung mit neurobiologischen und pathophysiologischen Komponenten.
- 2) ... als Erkrankung, die stets auf den Verlust kognitiver Fähigkeiten zurückzuführen ist.
- 3) ... als Erkrankung, die mit einer Hyperakusis vergesellschaftet ist.
- 4) ... als Erkrankung, bei der das Schlafsystem dominiert.
- 5) ... als Erkrankung, die nur bei Frauen vorkommt

3. Zu den Folgen einer chronischen Insomnie zählen:

- 1) Euphorische Stimmungslage
- 2) Stärkung des Immunsystems
- 3) Aktivierung des glymphatischen Systems (hirneigenes Abfallentsorgungssystem)
- 4) Erhöhtes Risiko für neurodegenerative Erkrankungen (M. Alzheimer, M. Parkinson)
- 5) Kachexie

4. Die Diagnose einer chronischen Insomnie erfordert:

- 1) Aufwendige bildgebende Verfahren (z. B. PET-CT des Gehirns).
- 2) Umfangreiche Anamnese (Beginn der Erkrankung, Schlafmedikamenten-

Anamnese, familiäre Disposition, Arbeitszeiten, Drogen, Alkohol).

- 3) Einsatz des aus 10 Items bestehende Insomnia Severity Index (ISI).
- 4) Die Befragung mit dem Münchener Chronotyp Fragebogen (MCTQ) als Depressionsskala.
- 5) Die Bestimmung von Amyloid im Liquor cerebrospinalis.

5. Wie viel Prozent der erwachsenen deutschen Bevölkerung entwickeln eine klinisch relevante chronische Insomnie?

- 1) 2 %
- 2) 8 %
- 3) 15 %
- 4) 30 %
- 5) 45 %

6. Bei Verdacht auf eine chronische Insomnie ...

- 1) ... ist eine Polysomnographie zwingend erforderlich.
- 2) ... wird die Polysomnographie regelmäßig durch die Krankenkassen vergütet.
- 3) ... wird eine Polysomnographie zum Ausschluss anderer schlafbezogener Erkrankungen benötigt.
- 4) ... liefern Wearables verlässliche Daten zur Schlafqualität.
- 5) ... suchen Patienten in der Regel sehr früh ärztliche Hilfe auf.

7. Zur Therapie der chronischen Insomnie ...

- 1) ... sollte primär die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) eingesetzt werden.
- 2) ... kommt die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) besonders für ältere Patienten in Frage.
- 3) ... kommt die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) besonders für Frauen in Frage.

- 4) ... kommt die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) besonders für Jugendliche in Frage.

- 5) ... wird die Versorgung mit einer kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) in Deutschland ausreichend gesichert.

8. Falls eine Melatonintherapie (verschreibungspflichtig) der chronischen Insomnie erfolgt, sollte sie initial in folgender Dosis appliziert werden ...

- 1) ... zweimal täglich 4 mg oral.
- 2) ... einmal täglich 2 mg oral.
- 3) ... dreimal täglich 4 mg oral.
- 4) ... einmal täglich 1 mg oral.
- 5) ... einmal täglich 2 mg intramuskulär.

9. Für eine medikamentöse Dauertherapie der chronischen Insomnie sind – neben Nahrungsergänzungsmitteln – geeignet:

- 1) schlaffördernde Psychoopharmaka (z. B. Trimipramin)
- 2) duale Orexin-Rezeptor-Agonisten
- 3) Z-Substanzen bei Personen mit Hang zum Schlafwandeln
- 4) Sympathomimetika
- 5) hochkalorische Diäten

10. Schlaffördernde Mittel ...

- 1) ... sind bei Schwangeren kontraindiziert.
- 2) ... können bei fast allen Komorbiditäten eingesetzt werden.
- 3) ... werden bei Jugendlichen nicht eingesetzt.
- 4) ... können bei Therapieerfolg abrupt abgesetzt werden.
- 5) ... führen zu einem erhöhten Risiko neurodegenerativer Erkrankungen.