

Optimierung des Insomnie-Managements bei älteren Menschen

Unterstützt durch eine unabhängige Fortbildungsförderung von Idorsia



Zielgruppe

Die Schulung wendet sich an AllgemeinmedizinerInnen, PsychiaterInnen, NeurologInnen und Krankenpflegekräfte in den USA und Europa.

Zielbeschreibung

Mit dieser Schulung sollen Teilnehmende eine individualisierte Behandlung der Insomnie bei Älteren besser konzipieren können.

Lernziele

In der Schulung werden die folgenden Inhalte vermittelt:

- Auswirkung des Alters auf Schlaf

In der Schulung erlangen die Teilnehmenden eine größere Kompetenz bei der:

- Auswahl eines optimalen Behandlungsansatzes bei Insomnie bei älteren PatientInnen



Ruth Benca, MD, PhD

Professorin und Chair
Department of Psychiatry and Behavioral Medicine
Wake Forest School of Medicine
Winston-Salem, North Carolina



Richard Schwab, MD

Leiter der Abteilung Schlafmedizin
Professor der Medizin
Perelman School of Medicine
Philadelphia, Pennsylvania, USA

Medscape
EDUCATION¹

Optimierung des Insomnie- Managements bei älteren Menschen

GESPRÄCHSLEITERIN

Ruth M. Benca, MD, PhD
Professorin und Chair
Department of Psychiatry and Behavioral Medicine
Wake Forest School of Medicine
Winston-Salem, North Carolina

AUTOREN/FAKULTÄTSMITGLIEDER

Richard Schwab, MD
Leiter der Abteilung Schlafmedizin
Professor der Medizin
Perelman School of Medicine
Philadelphia, Pennsylvania, USA

Ruth Benca, MD, PhD: Guten Tag, ich bin Dr. Ruth Benca, Professorin und Chair des Department of Psychiatry and Behavioral Medicine an der Wake Forest School of Medicine in Winston-Salem, North-Carolina. Zum Programm „Optimierung des Insomnie-Managements bei älteren Menschen“ heiße ich Sie herzlich willkommen. Mein Gesprächspartner ist Dr. Richard Schwab, Vorsitzender der Abteilung Schlafmedizin der Perelman School of Medicine in Philadelphia, Pennsylvania. Herzlich willkommen Dr. Schwab.

Richard Schwab, MD: Vielen Dank und willkommen.

Einführung



Patel D, et al. J Clin Sleep Med. 2018;14:1017-1024.

- Ein beträchtlicher Anteil von 50 % älterer Menschen klagt über Probleme beim Ein- oder Durchschlafen.
- Die Prävalenz der Insomnie ist bei älteren Personen höher als bei jüngeren.
- Die Prävalenz der Insomnie-Symptome liegt bei älteren Menschen zwischen 30 % und beinahe 50 %.
- Die Prävalenz der Schlafstörung liegt zwischen 12 % und 20 %.

Dr. Benca: Zu Beginn ist es wichtig, ein paar statistische Daten zu Schlafproblemen bei älteren Erwachsenen zu betrachten. Sie sind mit die häufigsten Probleme, auf die ÄrztInnen in der klinischen Praxis treffen. Es gibt Schätzungen, dass tatsächlich die Hälfte älterer Erwachsener Beschwerden beim Ein- oder Durchschlafen entwickelt. Natürlich weiß man, dass die Prävalenz der Insomnie bei älteren Menschen höher ist als bei jüngeren, besonders bei denjenigen mit vielfachen medizinischen Problemen.

Die Prävalenz von Symptomen einer Insomnie bei älteren Personen kann, je nach konsultierter Studie, von 30 % bis 50 % reichen. Jedoch liegt die Prävalenz der Schlafstörung etwas niedriger, so zwischen 12 % und 20 %, was dennoch recht hoch ist.

Einführung



Patel D, et al. J Clin Sleep Med. 2018;14:1017-1024.

- Eine Schlafstörung (Insomnie) ist definiert als:
 - Schwierigkeiten beim Einschlafen, Durchschlafen und/oder verfrühtes Aufwachen
 - Folge: eingeschränkte Alltagsfunktion
 - Über einen Zeitraum von 3 Monaten mindestens dreimal pro Woche auftretend

Zur Erinnerung: Insomnie ist eine Störung, definiert als Probleme beim Einschlafen, Durchschlafen und/oder durch zu frühes Aufwachen, verbunden mit Unzufriedenheit mit der Schlafqualität und -quantität. Zudem muss das Schlafproblem zu gewissen Einschränkungen der Alltagsfunktion führen, z. B. durch Stimmungs- und Konzentrationsschwankungen, beim Auskommen mit anderen Menschen usw. Diese Symptome müssen über mindestens drei Monate mindestens dreimal pro Woche vorkommen, um als Schlafstörung bezeichnet zu werden.

Richard, erzählen Sie, wie sich der Schlaf mit zunehmendem Alter verändert und wie diese Veränderungen möglicherweise zu den klinischen Problemen beitragen, die ÄrztInnen sehen.

Veränderungen des Schlafs im Alter

- Das Altern ist verbunden mit
 - Nachlassendem Vermögen, Schlaf aufrechtzuerhalten, Zunahme und längerer Dauer nächtlicher Wachphasen
 - Verkürzter nächtlicher Schlafdauer und kürzerer Tiefschlafphase (langsamwelliger und REM-Schlaf)
- SIESTA-Datenbank
 - Gesunde Erwachsene im Alter zwischen 20 und 90 Jahren ohne Schlafprobleme: Rückgang der Gesamtschlafzeit pro Jahrzehnt etwa 8 Minuten bei Männern und 10 Minuten bei Frauen
- Zirkadianer Rhythmus mit zunehmendem Alter weniger stabil
 - Zeigt sich als erweiterte zirkadiane Zeitanpassung, Verringerung der zirkadianen Amplitude und verringerte Anpassungsfähigkeit an Veränderungen in der Phase zirkadianer Rhythmen
 - Kann aufgrund eines fortschreitenden Verfalls der Funktion des Nucleus suprachiasmaticus auftreten
- Änderungen der Menge und des Musters der schlafbedingten Hormonsekretion – weniger nächtliches Melatonin und TSH-Sekretion sowie erhöhtes Cortisol

REM, rapid eye movement; TSH, thyroidstimulierendes Hormon.
Li J, et al. Sleep Med Clin. 2018;13:1-11.

Dr. Schwab: Mit zunehmendem Alter schläft man weniger. Insbesondere verliert man an Delta-Schlaf oder Schlaf mit langsamen Wellen, auch etwas an Rapid-Eye-Movement (REM)-Schlaf. Auch nimmt das nächtliche Aufwachen zu. Diese Kombination ist nicht gut für den Schlaf. Es gibt die SIESTA-Datenbank zu gesunden Erwachsenen, die im Alter von 20 bis 90 Jahren keine Schlafprobleme hatten. Im Allgemeinen kommt es bei Männern pro Jahrzehnt zu einer Schlafverkürzung um 8 Minuten, bei Frauen um 10 Minuten. Auch die zirkadianen Schlafrhythmen werden im Alter anormal und sind weniger stabil. Normalerweise kommt es zu einer Vorverlagerung des zirkadianen Rhythmus. Es kommt zu einer Verkleinerung der zirkadianen Amplitude. Und im Allgemeinen wird es auch schwieriger, sich an veränderte zirkadiane Rhythmen, zum Beispiel eine Zeitverschiebung, anzupassen. Die Funktion des Nucleus suprachiasmaticus nimmt progressiv ab. Weiterhin kommt es zu hormonellen Veränderungen, die nächtliche Melatoninproduktion und das thyreoidstimulierende Hormon nehmen ab, der Cortisolspiegel steigt.

Dr. Benca: Das klingt nun, als ob viele sonstige Faktoren bei älteren Erwachsenen zu Schlafproblemen beitragen, manchmal andere als die Ursachen, die wir bei Jüngeren sehen.

Wie beeinflusst die Menopause den Schlaf?		
Schlafstörungen ^[a]	Veränderungen der Fortpflanzungshormone ^[b]	Hitzewallungen und Schwitzen ^[b]
<ul style="list-style-type: none">▪ Berichtet von 40 % bis 60 % der Frauen in den Wechseljahren▪ Nächtliches Aufwachen ist eines der MBS	<ul style="list-style-type: none">▪ Verbunden mit Einschlaf- und Durchschlafproblemen▪ Abfall der Estradiol-Spiegel▪ Abfall der FSH-Spiegel	<ul style="list-style-type: none">▪ Durchgehend verbunden mit von Patientinnen berichteter schlechterer Schlafqualität und chronischer Insomnie

FSH, follikelstimulierendes Hormon; MBS, störendstes Symptom (Most Bothersome Symptom).
a. Baker FC, et al. Sleep Med Clin. 2018;13:443-456; b. Li J, et al. Sleep Med Clin. 2018;13:1-11.

Wie beeinflusst die Menopause den Schlaf? Frauen leiden insbesondere in den Wechseljahren stark unter Schlafproblemen.

Dr. Schwab: Das ist richtig. Die Wechseljahre sind für Frauen ziemlich schwierig. Das nächtliche Wachwerden nimmt während der Wechseljahre zu, was ein recht unangenehmes Symptom sein kann. Etwa zwischen 40 und 60 % der Frauen in den Wechseljahren klagen über Schlafprobleme. Während der Wechseljahre und nach der Menopause kommt es zu Veränderungen. Der Estradiolspiegel sinkt, der FSH-Spiegel steigt, die Fortpflanzungshormone verändern sich, die Beschwerden durch Einschlaf- und Durchschlafprobleme nehmen zu. Das Problematischste sind vielleicht Hitzewallungen und Schwitzen. Diese werden durchgehend von Berichten über schlechte Schlafqualität und chronische Insomnie begleitet. Frauen in den Wechseljahren, sei es nun vor, während oder nach den Wechseljahren, haben Schlafprobleme.

Neurodegenerative Veränderungen und Schlaf

Schlaf-Dysfunktion

- Trägt zu Schweregrad und Progression der Neurodegeneration bei
- Stark prävalent bei neurodegenerativen Erkrankungen und zu deren Vorhersage

Schlafstörungen und neurodegenerative Störungen

- OSA und Insomnie mit einem erhöhten Risiko für Morbus Alzheimer assoziiert
- Demenz-PatientInnen leiden häufiger unter Störungen des Schlafs und Schlafrhythmus als ältere Personen ohne Demenz

Schlafentzug und -unterbrechung

Führen zu mangelhafter Aufmerksamkeit, fehlerhafter exekutiver Funktion und mangelhafter Verarbeitungsgeschwindigkeit

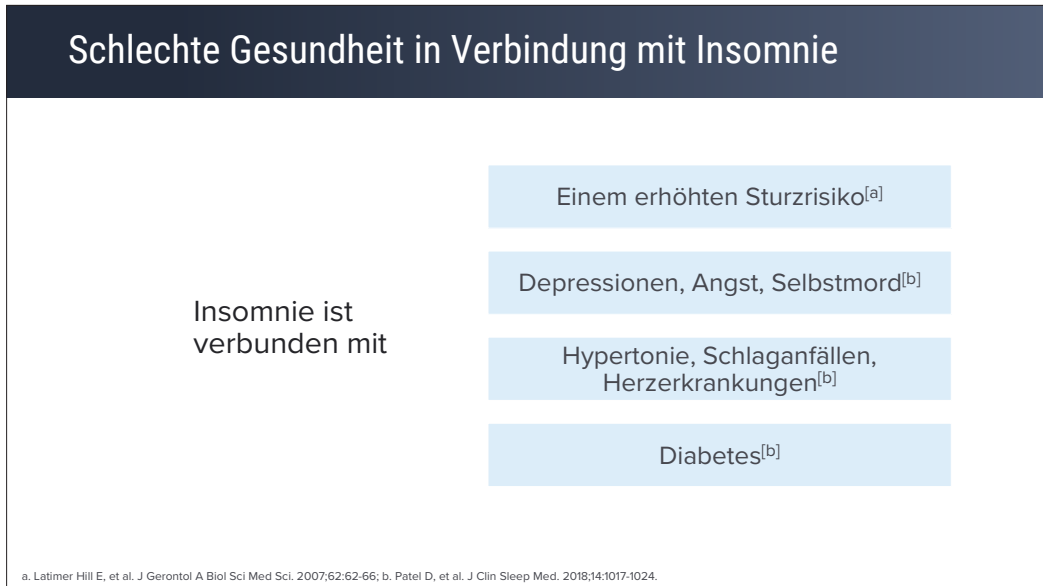
Langsamwelliger Schlaf

Wichtig für den Abbau von Amyloid und Tau, Substanzen aus dem Gehirn, die an Morbus Alzheimer beteiligt sind

OSA, obstruktive Schlafapnoe.
Voysey ZJ, et al. Neurotherapeutics. 2021;18:202-216.

Ruth, wie hängen Schlafprobleme und -störungen mit altersbedingtem kognitivem Abbau und Demenz zusammen?

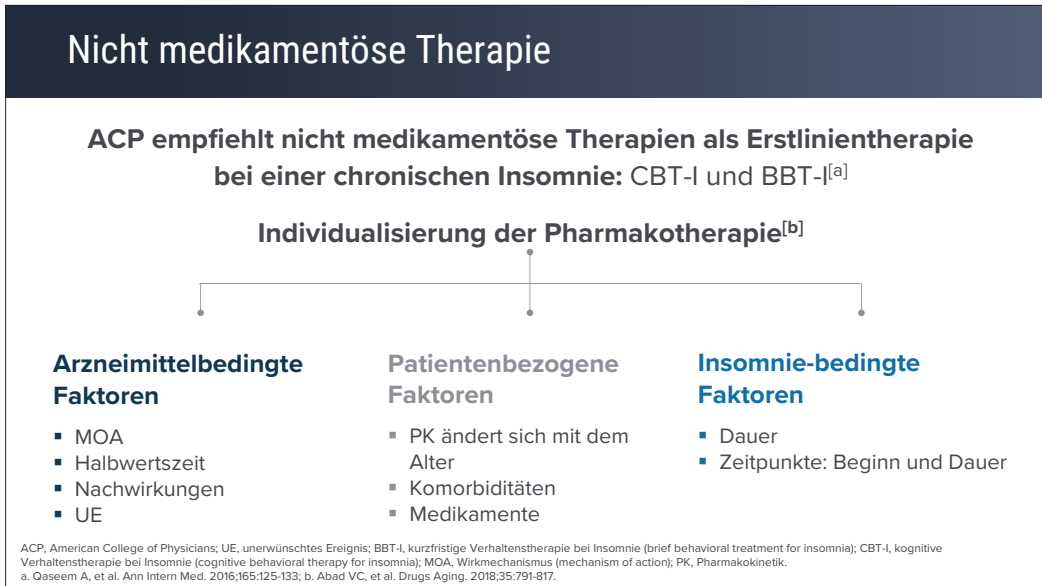
Dr. Benca: Das ist zurzeit ein weiteres großes Thema, weil man die Zusammenhänge zwischen Schlafproblemen und -störungen und einem erhöhten Demenzrisiko zu erkennen beginnt. Es ist bekannt, dass an Demenz Erkrankte, sei es nun Morbus Alzheimer, vaskuläre Demenz oder eine sonstige Form der Demenz, viele Schlafprobleme haben. Man erkennt gerade auch, dass Insomnie einen Risikofaktor für Alzheimer darstellt und ziemlich ausschlaggebend für ein erhöhtes Risiko von Alzheimer gegenüber anderen Formen der Demenz ist. Sie haben bereits über die Veränderungen des Schlafs in Bezug auf das Älterwerden berichtet, jedoch sind diese Änderungen bei Menschen mit leichten kognitiven Einschränkungen oder Demenz noch gravierender, ihr Schlaf ist noch schwerer gestört. Ihre zirkadianen Rhythmen sind stärker unterbrochen als bei älteren Menschen ohne Demenz. Die Evidenz legt also nahe, dass eine gestörte Schlaffunktion wahrscheinlich zum Schweregrad und der Progression einer Neurodegeneration beiträgt. Man beginnt auch langsam zu verstehen, woran das liegt. Schlaf, besonders der tiefe, langsamwellige Schlaf, ist bekanntermaßen wichtig für die Beseitigung von Amyloid und Tau, die zur Pathogenese von Alzheimer beitragen.



Dr. Schwab: Ruth, könnten Sie die mit Insomnie verbundenen Gesundheitsrisiken nennen? Da gibt es einige davon.

Dr. Benca: Bei allen PatientInnen mit Schlafstörung, besonders aber unter den Älteren, besteht ein erhöhtes Sturzrisiko. Daher geben wir unseren PatientInnen niemals bedenkenlos Schlafmittel, die zu Stürzen führen könnten. Jedoch ist die Insomnie selbst schon ein Risikofaktor für Stürze. Wie bei jüngeren ist Insomnie auch bei älteren PatientInnen ein Risikofaktor für neu entstehende oder erneut auftretende Depressionen. Sie ist ein Risikofaktor für Angstzustände und Suizidalität. Menschen mit Insomnie leiden verstärkt unter Suizidgedanken, ausgeprägterem suizidalem Verhalten und verüben häufiger Selbstmorde, was man nicht vergessen darf, da in den USA eine Suizidepidemie herrscht. Schließlich stellen chronische Schlafstörungen bei Erwachsenen erwiesenermaßen allgemein Risikofaktoren für Hypertonie, Schlaganfall, Herzerkrankungen und Diabetes dar. Bei älteren Erwachsenen ist Insomnie ein Risikofaktor für einen früheren Tod. Es handelt sich damit um ein potenziell ernsthaftes Problem.

Richard, angesichts der Problematik der Insomnie bei älteren Erwachsenen und einiger damit verbundener, bedeutender Risiken: Wie soll man die Behandlung einer Insomnie bei älteren Patienten angehen?



Dr. Schwab: Das American College of Physicians empfiehlt bei chronischer Insomnie eine nicht medikamentöse Behandlung als Erstlinientherapie, also keine Arzneimitteltherapie, sondern eine kognitive Verhaltenstherapie oder Kurztherapie. Man kann übers Internet einen Therapeuten aufsuchen. Vorrangig sollte jedoch eine kognitive Verhaltenstherapie stattfinden. Falls diese erfolglos bleibt, kann man über eine Arzneimitteltherapie nachdenken. Hierbei sind sehr viele Faktoren zu beachten. Arzneimittelbedingte Faktoren, der Wirkmechanismus, die Halbwertszeit, Residualwirkungen, unerwünschte Wirkungen – alle sind relevant. Diese sind sozusagen arzneimittelbedingte Faktoren. Doch dann gibt es die patientenbezogenen Faktoren. Wie alt ist der Patient, hat er Komorbiditäten? Besteht ein Nierenversagen, welche Arzneimittel nimmt der Patient ein, gibt es Wechselwirkungen? Dann sind da noch die Insomnie-bezogenen Faktoren. Probleme beim Einschlafen, beim Durchschlafen, Dauer der Schlafstörung, Zeitpunkt der Arzneimittelanwendung? Dies alles sind wichtige Faktoren.

Dr. Benca

“

Viele Leute denken fälschlicherweise, dass eine einfache Anleitung zur Schlafhygiene die Insomnie eines Patienten heilt.

”

„Zwar ist sie ein wichtiger Startpunkt, **eine kognitive Verhaltenstherapie reicht jedoch weit darüber hinaus.**“

Dr. Benca: Das sind wichtige Punkte. Zur Wiederholung: Eine kognitive Verhaltenstherapie ist keine Schlafhygiene. Viele Leute denken fälschlicherweise, dass eine einfache Anleitung zur Schlafhygiene die Insomnie eines Patienten heilen wird. Zwar ist sie ein wichtiger Startpunkt, die kognitive Verhaltenstherapie reicht jedoch weit darüber hinaus.

AGS Beers Kriterien: Potenziell ungeeignete Anwendung von Medikamenten zur Behandlung der Insomnie bei älteren Erwachsenen	
Präparat	Rechtfertigung der Anwendung
Benzodiazepine ^[a]	<ul style="list-style-type: none"> Erhöhte Sensibilität für Benzodiazepine und verringerte Verstoffwechslung von Retard-Wirkstoffen Alle Benzodiazepine erhöhen in der Regel das Risiko für kognitive Störungen, Verwirrtheit, Stürze, Frakturen und Verkehrsunfälle bei älteren Erwachsenen.
Nicht-Benzodiazepin-, Benzodiazepin-Rezeptorantagonist-Hypnotika ^[a]	<ul style="list-style-type: none"> UE bei BZRA ähnlich wie bei Benzodiazepinen (z. B. Verwirrtheit, Stürze und Frakturen); mehr Besuche/Aufenthalte in der Notaufnahme; Verkehrsunfälle, minimale Verbesserung der Schlaflatenz und -dauer
Eszopiclon, Zaleplon und Zolpidem ^[b]	<ul style="list-style-type: none"> Warnhinweise zu möglichem komplexem Schlafverhalten in der Packungsbeilage Schlafwandeln, Einschlafen beim Fahren und kein vollständiges Wachsein bei sonstigen Tätigkeiten
Frei erhältliche Wirkstoffe, Antihistaminika der ersten Generation (Diphenhydramin oder Doxylamin) [*]	<ul style="list-style-type: none"> Stark anticholinerge Wirkung: Abbau im fortgeschrittenen Alter verringert, Toleranzentwicklung bei Einsatz als Hypnotikum Risiko von Verwirrungszuständen, Mundtrockenheit, Verstopfung und weiteren anticholinergen Wirkungen oder Toxizität

AGS, American Geriatric Society; BZRA, Benzodiazepin-Rezeptorantagonist; ED, Notaufnahme (emergency department); MVA, Verkehrsunfall (motor vehicle accident); OTC, frei verkäuflich (over the counter).
 *Empfehlung: vermeiden; Evidenzqualität: moderat; Empfehlungsstärke: hoch. a. 2019 AGS Beers Criteria Update Expert Panel. J Am Geriatr Soc. 2019;67:674-694. b. FDA. 2019. Zugriff 4. August 2022. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-adds-boxed-warning-risk-serious-injuries-caused-sleepwalking-certain-prescription-insomnia>

Welche Optionen gibt es für ältere Erwachsene in Bezug auf eine Arzneimitteltherapie, und zwar unter Berücksichtigung der Empfehlungen der American Geriatric Society Beers Criteria in Bezug auf Hypnotika?

Dr. Schwab: In Bezug auf Hypnotika gibt es wirklich viele Probleme. Benzodiazepine gehen bei älteren Menschen mit erhöhter Sensibilität und verringertem Stoffwechsel einher, sind also nicht besonders vorteilhaft. Benzodiazepine erhöhen bekanntermaßen das Risiko für kognitive Einschränkungen, Verwirrtheit, Stürze, Frakturen und Verkehrsunfälle. Benzodiazepine sind also keine gute Wahl.

AGS Beers Kriterien: Potenziell ungeeignete Anwendung von Medikamenten zur Behandlung der Insomnie bei älteren Erwachsenen	
Präparat	Rechtfertigung der Anwendung
Benzodiazepine ^[a]	<ul style="list-style-type: none"> Erhöhte Sensibilität für Benzodiazepine und verringerte Verstoffwechslung von Retard-Wirkstoffen Alle Benzodiazepine erhöhen in der Regel das Risiko für kognitive Störungen, Verwirrtheit, Stürze, Frakturen und Verkehrsunfälle bei älteren Erwachsenen.
Nicht-Benzodiazepin-, Benzodiazepin-Rezeptorantagonist-Hypnotika ^[a]	<ul style="list-style-type: none"> UE bei BZRA ähnlich wie bei Benzodiazepinen (z. B. Verwirrtheit, Stürze und Frakturen); mehr Besuche/Aufenthalte in der Notaufnahme; Verkehrsunfälle, minimale Verbesserung der Schlaflatenz und -dauer
Eszopiclon, Zaleplon und Zolpidem ^[b]	<ul style="list-style-type: none"> Warnhinweise zu möglichem komplexem Schlafverhalten in der Packungsbeilage Schlafwandeln, Einschlafen beim Fahren und kein vollständiges Wachsein bei sonstigen Tätigkeiten
Frei erhältliche Wirkstoffe, Antihistaminika der ersten Generation (Diphenhydramin oder Doxylamin) ^[a]	<ul style="list-style-type: none"> Stark anticholinerge Wirkung: Abbau im fortgeschrittenen Alter verringert, Toleranzentwicklung bei Einsatz als Hypnotikum Risiko von Verwirrungszuständen, Mundtrockenheit, Verstopfung und weiteren anticholinergen Wirkungen oder Toxizität

AGS, American Geriatric Society; BZRA, Benzodiazepin-Rezeptorantagonist; ED, Notaufnahme (emergency department); MVA, Verkehrsunfall (motor vehicle accident); OTC, frei verkäuflich (over the counter).
 *Empfehlung: vermeiden; Evidenzqualität: moderat; Empfehlungsstärke: hoch. a. 2019 AGS Beers Criteria Update Expert Panel. J Am Geriatr Soc. 2019;67:674-694. b. FDA. 2019. Zugriff 4. August 2022. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-adds-boxed-warning-risk-serious-injuries-caused-sleepwalking-certain-prescription-insomnia>

Auch Nicht-Benzodiazepine gehen mit ähnlichen Problemen einher wie Benzodiazepine: Verwirrtheit, Stürze, Frakturen, vermehrt Besuche der Notaufnahme, Krankenhauseinlieferungen, Verkehrsunfälle. Es gibt also viele Probleme bei der Anwendung dieser Art von Arzneimitteln bei älteren Personen mit Insomnie.

AGS Beers Kriterien: Potenziell ungeeignete Anwendung von Medikamenten zur Behandlung der Insomnie bei älteren Erwachsenen	
Präparat	Rechtfertigung der Anwendung
Benzodiazepine ^[a]	<ul style="list-style-type: none"> Erhöhte Sensibilität für Benzodiazepine und verringerte Verstoffwechslung von Retard-Wirkstoffen Alle Benzodiazepine erhöhen in der Regel das Risiko für kognitive Störungen, Verwirrtheit, Stürze, Frakturen und Verkehrsunfälle bei älteren Erwachsenen.
Nicht-Benzodiazepin-, Benzodiazepin-Rezeptorantagonist-Hypnotika ^{*[a]}	<ul style="list-style-type: none"> UE bei BZRA ähnlich wie bei Benzodiazepinen (z. B. Verwirrtheit, Stürze und Frakturen); mehr Besuche/Aufenthalte in der Notaufnahme; Verkehrsunfälle, minimale Verbesserung der Schlaflatenz und -dauer
Eszopiclon, Zaleplon und Zolpidem ^[b]	<ul style="list-style-type: none"> Warnhinweise zu möglichem komplexem Schlafverhalten in der Packungsbeilage Schlafwandeln, Einschlafen beim Fahren und kein vollständiges Wachsein bei sonstigen Tätigkeiten
Frei erhältliche Wirkstoffe, Antihistaminika der ersten Generation (Diphenhydramin oder Doxylamin) ^{*[a]}	<ul style="list-style-type: none"> Stark anticholinerge Wirkung: Abbau im fortgeschrittenen Alter verringert, Toleranzentwicklung bei Einsatz als Hypnotikum Risiko von Verwirrungszuständen, Mundtrockenheit, Verstopfung und weiteren anticholinergen Wirkungen oder Toxizität

AGS, American Geriatric Society; BZRA, Benzodiazepin-Rezeptorantagonist; ED, Notaufnahme (emergency department); MVA, Verkehrsunfall (motor vehicle accident); OTC, frei verkäuflich (over the counter).
 *Empfehlung: vermeiden; Evidenzqualität: moderat; Empfehlungsstärke: hoch. a. 2019 AGS Beers Criteria Update Expert Panel. J Am Geriatr Soc. 2019;67:674-694. b. FDA. 2019. Zugriff 4. August 2022. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-adds-boxed-warning-risk-serious-injuries-caused-sleepwalking-certain-prescription-insomnia>

Dann gibt es die Warnhinweise in den Packungsbeilagen einiger Medikamente, darunter Schlafwandeln, Einschlafen beim Autofahren, Einschlafen beim Schreiben von Textnachrichten, beim Kochen, seltsame Dinge, die dann passieren.

Dr. Benca: Und diese gelten nicht nur für ältere Personen?

Dr. Schwab: Sie gelten für alle, und viele davon sind PatientInnen, die regelmäßig mehrere Arzneimittel einnehmen. Das trifft in der Regel wahrscheinlich nicht bei PatientInnen zu, die nur das Hypnotikum einnehmen. Um PatientInnen, die Grunderkrankungen haben oder mehrere Arzneimittel anwenden, muss man sich aufgrund dieses komplexen Schlafverhaltens wirklich Sorgen machen. Man muss sich auch danach erkundigen.

AGS Beers Kriterien: Potenziell ungeeignete Anwendung von Medikamenten zur Behandlung der Insomnie bei älteren Erwachsenen	
Präparat	Rechtfertigung der Anwendung
Benzodiazepine ^[a]	<ul style="list-style-type: none"> Erhöhte Sensibilität für Benzodiazepine und verringerte Verstoffwechslung von Retard-Wirkstoffen Alle Benzodiazepine erhöhen in der Regel das Risiko für kognitive Störungen, Verwirrtheit, Stürze, Frakturen und Verkehrsunfälle bei älteren Erwachsenen
Nicht-Benzodiazepin-, Benzodiazepin-Rezeptorantagonist-Hypnotika ^[a]	<ul style="list-style-type: none"> UE bei BZRA ähnlich wie bei Benzodiazepinen (z. B. Verwirrtheit, Stürze und Frakturen); mehr Besuche/Aufenthalte in der Notaufnahme; Verkehrsunfälle, minimale Verbesserung der Schlaflatenz und -dauer
Eszopiclon, Zaleplon und Zolpidem ^[b]	<ul style="list-style-type: none"> Warnhinweise zu möglichem komplexem Schlafverhalten in der Packungsbeilage Schlafwandeln, Einschlafen beim Fahren und kein vollständiges Wachsein bei sonstigen Tätigkeiten
Frei erhältliche Wirkstoffe, Antihistaminika der ersten Generation (Diphenhydramin oder Doxylamin) ^[a]	<ul style="list-style-type: none"> Stark anticholinerge Wirkung: Abbau im fortgeschrittenen Alter verringert, Toleranzentwicklung bei Einsatz als Hypnotikum Risiko von Verwirrungszuständen, Mundtrockenheit, Verstopfung und weiteren anticholinergen Wirkungen oder Toxizität

AGS, American Geriatric Society; BZRA, Benzodiazepin-Rezeptorantagonist; ED, Notaufnahme (emergency department); MVA, Verkehrsunfall (motor vehicle accident); OTC, frei verkäuflich (over the counter).
 *Empfehlung: vermeiden; Evidenzqualität: moderat; Empfehlungsstärke: hoch. a. 2019 AGS Beers Criteria Update Expert Panel. J Am Geriatr Soc. 2019;67:674-694. b. FDA. 2019. Zugriff 4. August 2022. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-adds-boxed-warning-risk-serious-injuries-caused-sleepwalking-certain-prescription-insomnia>

Die rezeptfreie Erhältlichkeit ist daher wirklich bedenklich, weil diese so leicht, ohne Kontrolle, zu bekommen sind. Üblicherweise sind es Antihistaminika und diese sind hoch anticholinergen. Im höheren Alter kommt es damit zu einem schlechteren Wirkstoffabbau, einer Toleranzentwicklung, zu Verstopfung und Mundtrockenheit. Diese sind daher genauso wenig zu empfehlen. Außerdem lehnen wir Alkohol ab. Alkohol stört den Schlaf. Auch er ist kein gutes Mittel.

Dr. Benca: Welche Behandlungsformen sollte man anhand all dieser Probleme mit vielen rezeptfreien und rezeptpflichtigen Wirkstoffen bei älteren Erwachsenen in Erwägung ziehen?

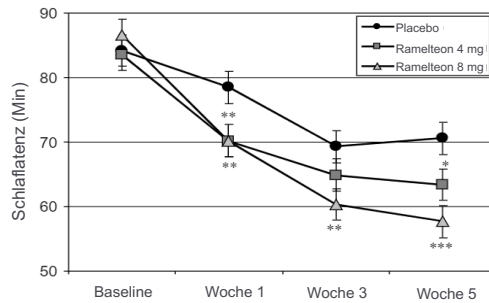
Ramelteon bei älteren Menschen

- Zu einigen der ersten bei älteren Menschen geprüften Präparate zählt der Melatonin-Rezeptorantagonist Ramelteon.^[a]
 - Wirkt bei einer Insomnie mit Einschlafstörungen
 - Normale Dosis: 8 mg 30 Minuten vor dem Schlafengehen
- Randomisierte, doppelblinde, Placebo-kontrollierte Studie^[b]
- Patienten (≥ 65 Jahre; N = 829) mit chronischer Insomnie^[b]
- Ramelteon 4 mg, Ramelteon 8 mg oder Placebo wurden 5 Wochen lang zur Nacht eingenommen
- Primäre Wirksamkeit: Schlaflatenz in Woche 1; dauerhafte Wirkung in Woche 3 und 5 untersucht^[b]

a. Ramelteon [P]. 2005 zugelassen. Überarbeitet im Dezember 2018; b. Roth T, et al. Sleep Med. 2006;7:312-318.

Dr. Schwab: Das ist eine schwierige Frage. Darauf gibt es nicht wirklich überzeugende Antworten. Es gibt aber einige Mittel, die es anzusprechen lohnt. Das erste ist der Melatonin-Rezeptoragonist Ramelteon. Ramelteon wirkt vor allem bei Einschlafstörungen. Die normale Dosis sind 8 mg 30 Minuten vor dem Zubettgehen. Das ist ein relativ sicheres Medikament. Es gibt dazu eine randomisierte, doppelblinde, Placebo-kontrollierte Studie mit Männern und Frauen über 65 Jahren. Sie umfasste eine relativ große Anzahl von 829 Personen mit chronischer Insomnie. Dabei wurde Placebo vs. Ramelteon geprüft, mit 4 mg und 8 mg Ramelteon. Es wurde über 5 Wochen hinweg zur Nacht eingenommen. Die primären Endpunkte waren die Schlaflatenz in Woche 1, dann eine nachhaltige Wirksamkeit, untersucht in den Wochen 3 und 5.

Ramelteon bei älteren Patienten (Forts.)



Vergleich zwischen Placebo und Ramelteon-Dosierungen: * $p \leq 0,050$; ** $p \leq 0,010$; *** $p \leq 0,001$.
Roth T, et al. Sleep Med. 2006;7:312-318.

UE-Inzidenz ähnlich in allen
Behandlungsgruppen;
meist leicht oder mäßig

Was waren die Ergebnisse? Beide Dosen Ramelteon erbrachten einen statistisch signifikanten Rückgang der Schlaflatenz gegenüber Placebo. Unter Ramelteon 8 mg kam es zu einem Rückgang der Schlaflatenz in Woche 3. In Woche 5 dasselbe unter Ramelteon 4 und 8 mg. Außerdem kam es zu wenig unerwünschten Ereignissen, die auch leicht bis mäßig verliefen.

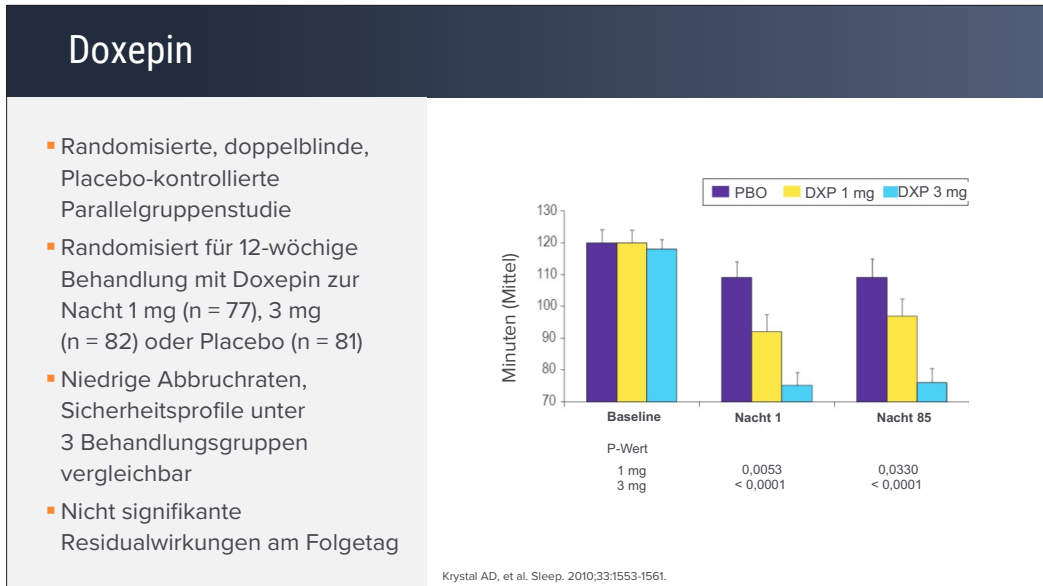
Dr. Benca: Also ein recht sicherer Wirkstoff, aber tatsächlich nur zum Einschlafen. Welche weiteren Optionen gibt es?

Doxepin

- Histamin-H1-Rezeptorantagonist
 - Histamin ist ein Neurotransmitter, der das Wachsein fördert.
 - Doxepin wirkt bei Insomnie mit einer Durchschlafstörung.
 - Dosierung von 3 mg und 6 mg bei Insomnie zugelassen
 - Wichtig zu beachten, dass höhere Dosierungen stark anticholinerg wirken und möglicherweise orthostatische Hypotonie fördern

Doxepin [PI]. 1969 zugelassen. Überarbeitet am 17. März 2010.

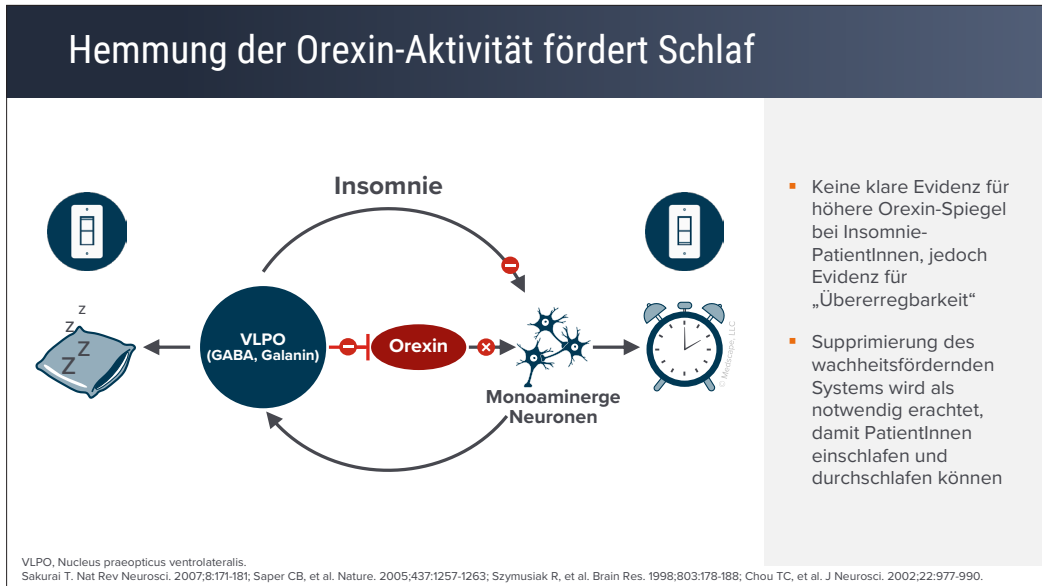
Dr. Schwab: Das ist also ein sicherer Wirkstoff zum Einschlafen. Man kann Doxepin anwenden, ein Histamin und Neurotransmitter, der das Wachsein fördert. Dieser wird häufiger angewendet, um das Durchschlafen zu fördern. Eine Dosis von 3 mg bis 6 mg ist bei Insomnie zugelassen. Bei höheren Dosen besteht die Gefahr anticholinergischer Wirkungen.



Es gab dazu eine randomisierte, doppelblinde, Placebo-kontrollierte Studie. Die Patienten wurden nach 12 Wochen entweder für das Anticholinergikum mit 1 mg oder 3 mg oder für Placebo randomisiert. Das Anticholinergikum mit 3 mg zeigte im Vergleich zu Placebo Verbesserungen für N1 bei Wachphasen nach Schlafbeginn als primären Endpunkt, bei der Gesamtschlafzeit, der Schlafwirksamkeit insgesamt, der Schlafeffizienz im letzten Nachtviertel und bei der Schlafeffizienz in Stunde 8. Es wirkte also recht gut. Die Schlafunterbrechungsraten waren niedrig. Die Sicherheitsprofile waren über alle drei Gruppen vergleichbar. Es gab nicht viele Auswirkungen auf den Folgetag, was sehr wichtig ist.

Dr. Benca: Doxepin ist natürlich ein Antidepressivum, jedoch ist das hier eine winzige Dosis, die sich wahrscheinlich nicht weiter auf die Depression einer Person auswirkt.

Dr. Schwab: Richtig. Es beeinflusst ihre Depressionen nicht. Es ist eine niedrige Dosis. Man sollte darüber nicht als Antidepressivum, sondern als Mittel gegen Schlafstörungen nachdenken.



Ruth, wie wirkt sich die Orexin-Hemmung auf den Schlaf und die Verwendung dualer Orexin-Rezeptorantagonisten (DORAs) bei älteren Erwachsenen aus?

Dr. Benca: Das ist die neueste Wirkstoffklasse, die zur Behandlung der Insomnie zugelassen wurde. DORA steht für dualer Orexin-Rezeptorantagonist. Orexin ist ein Neuropeptid, das für den Erhalt von Wachphasen wichtig ist. Die Schlafstörung Narkolepsie, bei der PatientInnen nicht wach bleiben können, wird durch Orexinmangel ausgelöst. Orexin lässt einen also wach bleiben. Es gibt keine klare Evidenz dafür, dass der Orexinspiegel bei Insomnie-PatientInnen höher ist. Zwar gibt es einige Berichte, dass er vielleicht bei Morbus Alzheimer etwas erhöht sein könnte. Man benötigt dazu aber noch mehr Daten. Es gibt jedoch Belege, dass Menschen mit Insomnie übererregt sind. Ihre Wachsysteme werden also nicht abgeschaltet, was ihrem Schlafvermögen in die Quere kommt. Es ist bekannt, dass das wachheitsfördernde System notwendigerweise unterdrückt werden muss, um den normalen Schlafbeginn und -erhalt einzuleiten. Der Punkt der DORA-Anwendung besteht also darin, ob das Wachsystem abgeschaltet und damit der Schlaf ermöglicht werden kann?

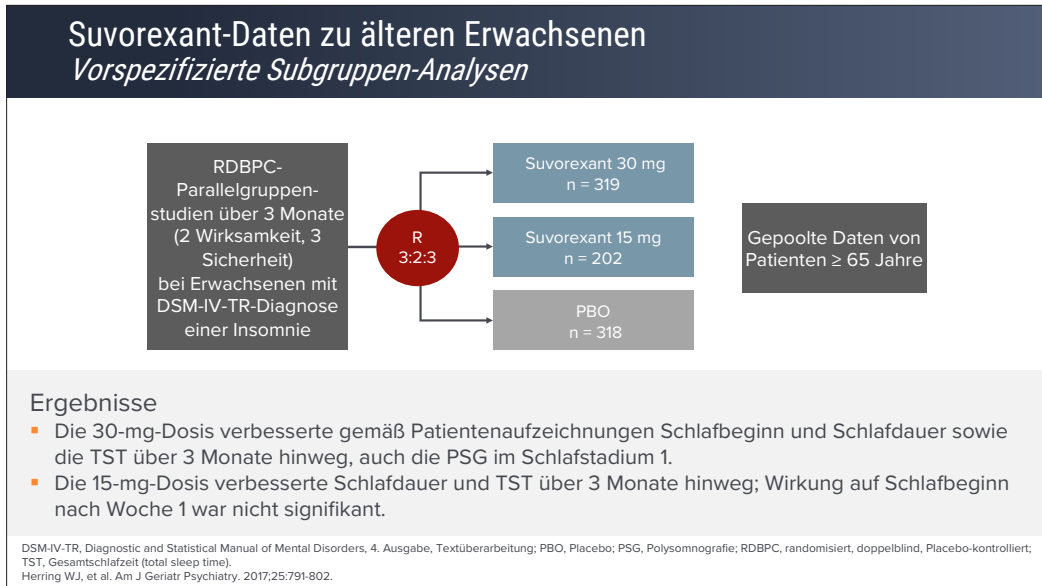
DORA-Wirkstoffklassen Pharmakologie				
DORA-Name	Typ	Rezeptor(en)	T_{max} (h)	$t_{1/2}$ (h)
Suvorexant ^[a]	DORA	OX ₁ R, OX ₂ R	2 (Umfang: 30 min - 6 h)	~15
Lemborexant ^[b]	DORA	OX ₁ R, OX ₂ R	1-3	17-19
Daridorexant ^[c]	DORA	OX ₁ R, OX ₂ R	1-2	~8

■ $t_{1/2}$ zwischen DORA ist ein entscheidender Unterschied
■ Daridorexant wurde mit einer kurzen $t_{1/2}$ konzipiert^[c]

DORA, dualer Orexin-Rezeptorantagonist; $t_{1/2}$, Eliminationshalbwertszeit; T_{max} , Zeit bis zur maximalen Plasmakonzentration.
 a. Suvorexant [P]. 2014 zugelassen. Überarbeitet im August 2014; b. Lemborexant [P]. 2019 zugelassen. Überarbeitet im März 2022;
 c. Berger B, et al. Clin Transl Sci. 2021;14:2132-2138.

Derzeit gibt es drei DORA, die in den USA zur Behandlung der Insomnie zugelassen wurden. Diese sind Suvorexant, Lemborexant und seit Neuestem Daridorexant. Wie Sie sehen, ist ihre Halbwertszeit wesentlich länger, sodass sie für das Einschlafen und Durchschlafen wirksam sind.

Richard, können Sie uns etwas über die Daten aus den Studien zu Suvorexant und Lemborexant, insbesondere bei älteren Erwachsenen oder Personen mit kognitiven Einschränkungen, sagen?



Dr. Schwab: Sie wurden bei PatientInnen mit kognitiven Einschränkungen und bei älteren Erwachsenen angewendet. Die erste Studie mit Suvorexant war eine Subgruppenanalyse mit gepoolten Daten über 3 Monate aus zwei randomisierten, doppelblinden, Placebo-kontrollierten Parallelgruppenstudien. Die PatientInnen waren ältere Menschen, die Suvorexant 30 mg oder 15 mg verglichen mit Placebo einnahmen. Die Erkenntnisse daraus waren, dass 30 mg Suvorexant gemäß Patientenangaben das Ein- und Durchschlafen sowie die Gesamtschlafzeit über 3 Monate verbesserten. In der PSG war das zumindest im Schlafstadium 1 der Fall. Die 15-mg-Dosis verbesserte die 3 Monate hindurch das Durchschlafen und die Gesamtschlafzeit. Die Wirkung auf das Einschlafen war nach Woche 1 nicht signifikant.

Suvorexant-Daten von älteren Erwachsenen *Vorspezifizierte Teilgruppen-Analysen (Forts.)*

- Die UE bei älteren Erwachsenen unterschieden sich nicht von Placebo, ausgenommen eine erhöhte Somnolenz am Folgetag bei 30-mg-Dosis.
- Seltene Schlafstarre und hypnagoge Halluzinationen wurden bei der 30-mg-Dosis ebenfalls beobachtet.
- Keine Berichte zu Kataplexie

Herring WJ, et al. Am J Geriatr Psychiatry. 2017;25:791-802.

Traten unerwünschte Wirkungen auf? Sie unterschieden sich in der 30-mg-Dosis gegenüber Placebo nicht hinsichtlich der Somnolenz am nächsten Tag. Es gab einige seltene Episoden der Schlafstarre und hypnotischer Halluzinationen, die Befunde bei narkoseähnlichen Narkoleptikern unter 30 mg sind, nicht jedoch bei der niedrigeren Dosis. Und es liegt kein Bericht einer Kataplexie vor.

Dr. Benca: Dies ist nur eine Erinnerung daran, dass solche Wirkstoffe nicht bei PatientInnen mit Narkolepsie anzuwenden sind.

Dr. Schwab: Richtig.

Dr. Benca: Selbst wenn diese vielleicht Schlafprobleme haben.

Lemborexant bei älteren Erwachsenen mit Insomnie SUNRISE 1

2-wöchige Anlaufzeit mit Placebo

R
5:5:5:4

10 mg Lemborexant
(n = 269)

5 mg Lemborexant
(n = 266)

Zolpidem ER 5,25 mg
(n = 263)

Placebo
(n = 208)

Studienpopulation

- Frauen im Alter von ≥ 55 Jahren
- Männer im Alter von ≥ 65 Jahren
- DSM-5-Kriterien für Insomnie
- WASO ≥ 60 Min. ≥ 3 Nächte/Woche in den vorhergehenden 4 Wochen
- ISI-Score ≥ 13

Studienendpunkte

- **Primär**
 - Änderungen der LPS ab Baseline unter Lemborexant vs. Placebo
- **Sekundär**
 - SE, WASO, WASO2H und SOL

LPS, Latenz bis zum dauerhaften Schlaf (latency to persistent sleep); ISI, Insomnie-Schweregrad-Index; SE, Schlaffeffizienz; SOL, Latenz bis Schlafbeginn (sleep onset latency); WASO, Wachphasen nach Schlafbeginn (wake after sleep onset); WASO2H, WASO in der zweiten Nachthälfte.
Rosenberg R, et al. JAMA Netw Open. 2019;2:e1918254.

Dr. Schwab: Die Lemborexant-Daten beruhen auf einer doppelblinden, Placebo-kontrollierten Studie mit mehr als 1000 über 55-jährigen PatientInnen. Sie erhielten entweder 5 oder 10 mg Lemborexant im Vergleich zu Placebo. Dies wurde auch mit Zolpidem 6,25 mg verglichen. Die Insomnie-PatientInnen litten, bestätigt anhand Krankengeschichte, Schlaftagebuch und PSG-Aufzeichnungen, unter Durchschlafstörungen.

Beurteilung von Lemborexant bei älteren Personen

Mittlere LPS-Änderung ab Baseline (primärer Endpunkt)

LSM-Änderung der Schlaffeffizienz ab Baseline (wichtigster sekundärer Endpunkt)

^ap < 0,01 vs. Placebo; ^bp < 0,05 vs. Zolpidem; ^cp < 0,001 vs. Placebo; ^dp < 0,001 vs. Zolpidem

- Beide Lemborexant-Dosen und Zolpidem verringerten gemäß Schlaftagebuch und PSG-Daten signifikant die Schlaflatenz und verbesserten die Schlaffeffizienz nach einem Monat.
- Der Rückgang der WASO in der zweiten Nachthälfte war unter beiden Lemborexant-Dosen im Vergleich zu Zolpidem signifikant größer.

LSM, Mittel der kleinsten Quadrate (least squares mean).
Rosenberg R, et al. JAMA Netw Open. 2019;2:e1918254.

Beide Lemborexant-Dosen verringerten im Vergleich zu Zolpidem und verglichen mit dem Schlaftagebuch und den PSG-Daten nach einem Monat signifikant die Schlaflatenz und verbesserten die Schlaffeffizienz. Auch die Wachphasen nach Schlafbeginn in der zweiten Nachthälfte nahmen ab. Was noch besser war, diese Verkürzung der Wachphasen trat im Vergleich zu Zolpidem unter beiden Lemborexant-Dosen ein.

Sicherheit von Lemborexant

- Evaluierung von Lemborexant (5 mg und 10 mg) vs. Zolpidem tartrat ER 6,25 mg oder Placebo zur Haltungsstabilität und kognitiven Leistung
- Körperschwankung war 4 h nach Verabreichung vs. Placebo bei allen Dosierungsformen stärker, doch signifikant schlechter vs. Zolpidem im Vergleich zu beiden Lemborexant-Dosen
- Am Morgen blieb die Körperschwankung unter Zolpidem stärker als unter Placebo, doch waren keine Unterschiede der Lemborexant-Dosen im Vergleich zu Placebo sichtbar.
- Bei Gedächtnis- und Aufmerksamkeitstests morgens bei sämtlichen Dosen kein Unterschied vs. Placebo.

Murphy P, et al. J Clin Sleep Med. 2020;16:765-773.

Die Dosen von 5 und 10 mg wurden hinsichtlich der Haltungsstabilität untersucht. Das ist wichtig, weil es eine Sturzproblematik gibt. Das wurde ja schon angesprochen. Es geht also nicht nur um die kognitive Leistung, sondern auch um Haltungsstabilität. Die Körperschwankung als Synonym für potenzielle Sturzrisiken wurde 4 Stunden nach der Einnahme untersucht. Sie war unter Lemborexant viel geringer als unter Zolpidem. Auch Gedächtnis und Aufmerksamkeit am Morgen verbesserten sich im Vergleich zu Placebo unter allen Behandlungen.

Daridorexant

Klinische Studie mit älteren erwachsenen Insomnie-PatientInnen

Zielsetzung

- Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit von Daridorexant bei älteren Erwachsenen mit mäßiger bis schwerer Insomnie

Design

- Post-hoc-Analyse der älteren Subpopulation Erwachsener einer Phase-III-Studie (doppelblinde, Placebo-kontrollierte Parallelgruppenstudie)
- Von 930 randomisierten PatientInnen, n = 364 im Alter von ≥ 65 Jahren
- Daridorexant 25 mg (n = 121), Daridorexant 50 mg (n = 121) oder PBO (n = 122)

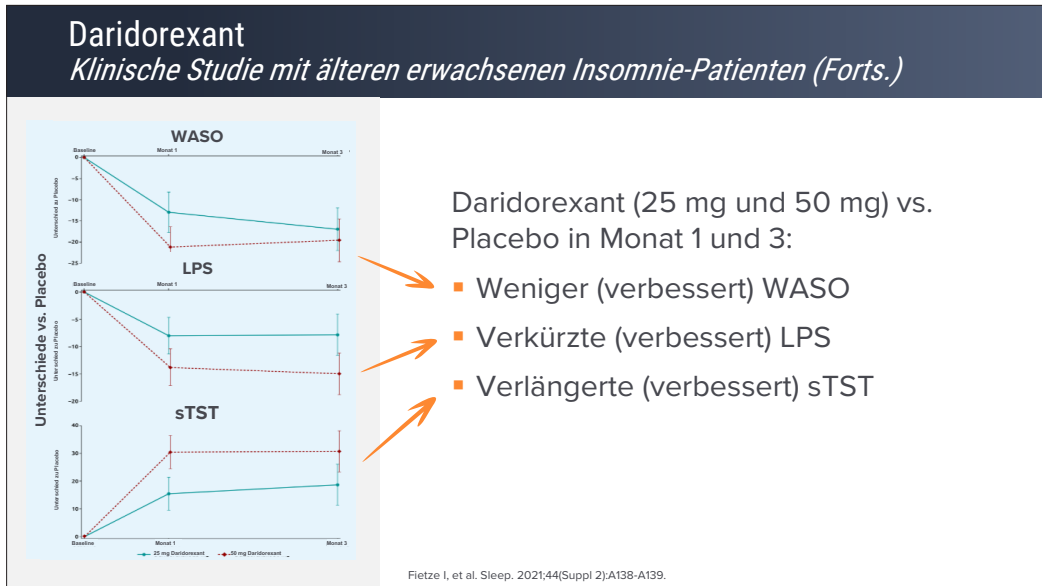
Endpunkte

- Primär: WASO und LPS
- Sekundär: sTST (Schlafstagebuch)
- Zusätzlich: IDSIQ-Score für Wachsamkeits-/Kognitions-Domäne und Gesamtscore

IDSIQ, Insomnia Daytime Symptoms and Impacts Questionnaire; sTST, subjektive Gesamtschlafzeit (subjective total sleep time). Fietze I, et al. Sleep. 2021;44(Suppl 2):A138-A139.

Daridorexant wurde kürzlich zugelassen. Wie wird es bei älteren Menschen angewendet?

Dr. Benca: Das ist also der neueste Listeneintrag. Eine Post-hoc-Analyse einer Subpopulation aus älteren Erwachsenen wurde zu einer Phase-III-Studie mit fast 400 PatientInnen über 65 und mit einem durchschnittlichen Alter von 70 Jahren bezüglich der Wirkung von 25 mg und 50 mg Daridorexant vs. Placebo durchgeführt. Die primären Endpunkte waren die Wachzeit in Minuten nach Schlafbeginn und die Latenz bis zum durchgehenden Schlaf. Ein sekundärer Endpunkt war die subjektive Gesamtschlafzeit. Der andere meiner Meinung nach sehr wichtige Punkt dieser Studie war der Einsatz eines validierten Fragebogens zur Beurteilung der Alltagsfunktion. Es geht also nicht nur darum, wie viel besser jemand nachts schlief, sondern auch um dessen Alltagsfunktion aufgrund der Behandlung. Das ist der Insomnia Daytime Symptoms and Impacts Questionnaire (IDSIQ).



Vor allem fand die Forschung heraus, dass beide Daridorexant-Dosen die Anzahl der Wachminuten nach Schlafbeginn positiv verringerten, die Latenzzeit bis zum durchgehenden Schlaf verkürzten und dosisabhängig die subjektive Gesamtschlafzeit verlängerten, d. h. eine bessere Wirkung unter 50 mg als 25 mg. Sie verbesserten auch die Alltagsfunktion.

Daridorexant: Sicherheit

- Inzidenzen für TEAE waren über die Behandlungsgruppen hinweg vergleichbar.
- UE von speziellem Interesse wurden für 2 mit Daridorexant behandelte Teilnehmende gemeldet.
 - Somnolenz (leicht, 25 mg)
 - Schlafstarre (leicht, 50 mg)
- Stürze waren in beiden Daridorexant-Gruppen im Vergleich zu Placebo weniger häufig.
- Müdigkeit trat in beiden Daridorexant-Gruppen im Vergleich zu Placebo häufiger auf (Inzidenz nicht dosisabhängig).

TEAE, Therapie-bedingtes unerwünschtes Ereignis (treatment-emergent adverse event).
Fietze I, et al. Sleep. 2021;44(Suppl 2):A138-A139.

Die Nebenwirkungen oder unerwünschten Ereignisse nach Dosisverabreichung waren über die Behandlungsgruppen gut vergleichbar. Unerwünschte Ereignisse von speziellem Interesse betrafen zwei Teilnehmende, die über eine wohl direkt durch Daridorexant verursachte Nebenwirkung berichteten. Eine war Somnolenz, jedoch mit einem leichten Verlauf, die andere eine leichte Schlafstarre. Das kann auch eine DORA-Nebenwirkung sein. Sehr interessant war jedoch, dass Stürze in den Daridorexant-Gruppen weniger häufig waren als in der Placebo-Gruppe. Zu diesem Problem lässt sich wiederum sagen, dass die Insomnie oder das Schlafmedikament die Stürze auslösen. Nicht überraschend kam eine Fatigue in den Verumgruppen häufiger vor als in der Placebogruppe.

Daridorexant-Verlängerungsstudie *Langfristige Sicherheit/Wirksamkeit*

- PatientInnen mit Schlafstörung (n = 804, einschließlich älterer Personen ≥ 65 Jahre) wurden nach 12-wöchiger, doppelblinder Behandlungsphase und 7-tägiger Ausschleichphase mit Placebo in eine einjährige Verlängerungsphase aufgenommen.
- Nach 3 Monaten beobachtete Verbesserungen des Schlafs und der Alltagsfunktion blieben hinsichtlich sTST und IDSIQ-Domain-Scores bis Monat 12 erhalten.
- Geringe Inzidenz schwerwiegender TEAE (< 5,5 %)
- Keine Inzidenz für Entzugssymptome oder Rebound-Effekte nach Behandlungsabbruch

Kunz D, et al. Präsentiert auf: World Sleep Konferenz; 11.-16. März 2022; Rom, Italien. Mündlicher Vortrag; 347.

Eine langfristige Studie wurde mit PatientInnen durchgeführt, die 12 Wochen doppelblind und anschließend ein Jahr lang weiterbehandelt wurden, mit dem Ergebnis, dass Verbesserungen des Schlafs und der Alltagsfunktion nach 3 Monaten sich auch weiterhin positiv auf die Gesamtschlafzeit auswirkten. Die IDSIQ-Domäne fällt bis Monat 12 positiv aus – wiederum mit einer geringen Inzidenz schwerwiegender behandlungsbedingter unerwünschter Wirkungen und keiner Evidenz für Entzugssymptome oder Rebound-Effekte bei Behandlungsabbruch.

Schlussfolgerung

- Wichtige Beurteilung von Schlafproblemen bei älteren Erwachsenen, da Schlafstörungen einen Risikofaktor für verschlechterte Gesundheit darstellen; Behandlung kann zumindest die QoL verbessern
- Kognitive Verhaltenstherapie sollte, wann immer möglich, versucht werden.
- Soweit irgend möglich, Arzneimitteltherapie beurteilen und Wirkstoffe absetzen, die möglicherweise zu Schlafstörungen beitragen.
- Wird eine Arzneimitteltherapie benötigt, für ältere Erwachsene geeignete Wirkstoffe wählen und an die Art des Schlafproblems anpassen – Probleme beim Einschlafen, Durchschlafen oder beides.

QoL, Lebensqualität (quality of life).



Was wir heute zu vermitteln versuchten, ist die Bedeutung, Schlafstörungen bei älteren Erwachsenen zu untersuchen, die ja schließlich einen Risikofaktor für die Gesundheit darstellen, und deren Behandlung zumindest die Lebensqualität der PatientInnen, vielleicht auch ihrer BetreuerInnen, verbessert. Ganz kurz, Richard, wie sollte man diese PatientInnen behandeln, was sind heutzutage unsere klinischen Highlights?

Dr. Schwab: Wie wir schon angesprochen haben, hat der Startpunkt mit einer kognitiven Verhaltenstherapie stets Vorrang. Hat man damit keinen Erfolg, sind meiner Ansicht nach die anderen drei Optionen Ramelteon, Doxepin oder ein DORA zu eruieren.

Dr. Benca: Richard, vielen Dank für dieses wunderbare Gespräch.

Vielen Dank, Ruth.

Medscape
EDUCATION¹

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Schulung.

Auf der rechten Programmseite finden Sie hilfreiche Instrumente und Ressourcen für Sie bzw. Ihre PatientInnen.

Dr. Schwab: Ich danke Ihnen für Ihre Teilnahme an dieser Schulung. Bitte fahren Sie mit der Beantwortung der folgenden Fragen fort und nehmen Sie die Bewertung vor.

Dies ist eine redigierte Übersetzung der wortgetreuen, nicht redigierten Niederschrift.

Informationen über AutorInnen, Fakultätsmitglieder und Offenlegungserklärungen

Als eine vom ACCME akkreditierte Organisation verlangt Medscape, LLC, von jeder Person, die an Schulungsangeboten beteiligt ist und deren Inhalt beeinflussen kann, alle finanziellen Beziehungen, die ein kommerzielles Interesse darstellen, offenzulegen. Der ACCME definiert „relevante finanzielle Beziehungen“ als das Vorhandensein finanzieller Beziehungen jeglicher Größenordnung in den vergangenen 12 Monaten, einschließlich finanzieller Beziehungen des Ehegatten oder Lebenspartners, die einen Interessenkonflikt darstellen könnten.

Medscape, LLC, fordert AutorInnen auf, Prüfpräparate oder zulassungsüberschreitende Anwendungen von Produkten, die der Regulierung durch die US Food and Drug Administration unterliegen, bei der ersten Erwähnung oder an anderen Stellen im Text, wo dies angebracht erscheint, als solche auszuweisen.

Ruth M. Benca, MD, PhD

Professorin und Chair

Department of Psychiatry and Behavioral Medicine

Wake Forest School of Medicine

Winston-Salem, North Carolina

Ruth M. Benca, MD, PhD, weist die folgenden relevanten finanziellen Beziehungen aus:

- Beratende Tätigkeit für: Eisai; Genomind; Idorsia; Jazz Pharmaceuticals; Merck; Sage Therapeutics
- Forschungsfinanzierung von: Eisai

Richard Schwab, MD

Leiter der Abteilung Schlafmedizin

Professor der Medizin

Perelman School of Medicine

Philadelphia, Pennsylvania, USA

Richard Schwab, MD, weist die folgenden relevanten finanziellen Beziehungen aus:

- Berater für: eXciteOSA - Wissenschaftlicher Beirat; Eli Lilly - Forschungsberater
- Forschungsfinanzierung von: Cryosa; Inspire; ResMed

Haftungsausschluss

Dieses Dokument ist ausschließlich zu Schulungszwecken bestimmt. Für das reine Lesen dieses Dokuments werden keine Continuing Medical Education (CME) Credits vergeben. Wenn Sie an dieser Schulung teilnehmen möchten, gehen Sie bitte zu www.medscape.org/viewarticle/979012

Bei Fragen zum Inhalt dieses Schulungsangebots kontaktieren Sie bitte den Schulungsträger für diese CME-Schulung unter CME@medscape.net.

Für technische Unterstützung kontaktieren Sie bitte CME@medscape.net

Die angebotene Schulung kann nachgestellte fallbasierte Szenarien beinhalten. Die in den Szenarien beschriebenen PatientInnen sind erfunden und Ähnlichkeiten mit lebenden Personen sind nicht beabsichtigt und sollten nicht abgeleitet werden.

Die hier angebotenen Inhalte reflektieren nicht zwangsläufig die Ansichten von Medscape, LLC, oder von Unternehmen, die dieses Fortbildungsprogramm auf medscape.org fördern. Es werden womöglich therapeutische Produkte, die nicht von der US-Lebens- und Arzneimittelbehörde FDA zugelassen sind, oder der nicht-zugelassene Gebrauch von zugelassenen Produkten besprochen. Vor dem Gebrauch eines jeglichen hier diskutierten therapeutischen Produkts sollte ein Arzt konsultiert werden. Die Leserin und der Leser werden aufgefordert, alle Informationen und Daten vor der Behandlung von Patienten oder vor der Anwendung einer der in diesem Fortbildungsangebot beschriebenen Therapien zu überprüfen.

Medscape Education © 2022 Medscape LLC