

Rückblick auf 2022: Neues zur Insomnie im Überblick

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 die Teilnehmenden in die Lage versetzt werden, Behandlungen bei Insomnie auf Grundlage der jüngsten Evidenzdaten auszuwählen.

Lernziele

In der Schulung werden die folgenden Inhalte vermittelt:

- Erkennen von Insomnie
- Fortschritte bei der Behandlung von Insomnie



David Neubauer, MD

Professor für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaften
Direktor, Zentrum für Schlafstörungen am Krankenhaus Johns Hopkins
Medizinische Fakultät der Johns Hopkins University
Baltimore, Maryland, Vereinigte Staaten von Amerika



Rexford T. Muza, MMED, FRCP

ESRS-zertifizierter Somnologe
Schlafmediziner
Zentrum für Schlafstörungen
Guy's Hospital
London, Vereinigtes Königreich



Liborio Parrino, MD, PhD

Professor für Neurologie
Universität Parma
Parma, Italien

Medscape
EDUCATION GLOBAL

Rückblick auf 2022

Neues zur Insomnie im Überblick

GESPRÄCHSLEITER

David Neubauer, MD
Professor für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaften
Direktor, Zentrum für Schlafstörungen am Krankenhaus
Johns Hopkins
Medizinische Fakultät der Johns Hopkins University,
Baltimore, Vereinigte Staaten von Amerika

David Neubauer, MD: Hallo. Mein Name ist David Neubauer, ich bin Professor für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaften in Baltimore, Maryland.

Medscape
EDUCATION GLOBAL

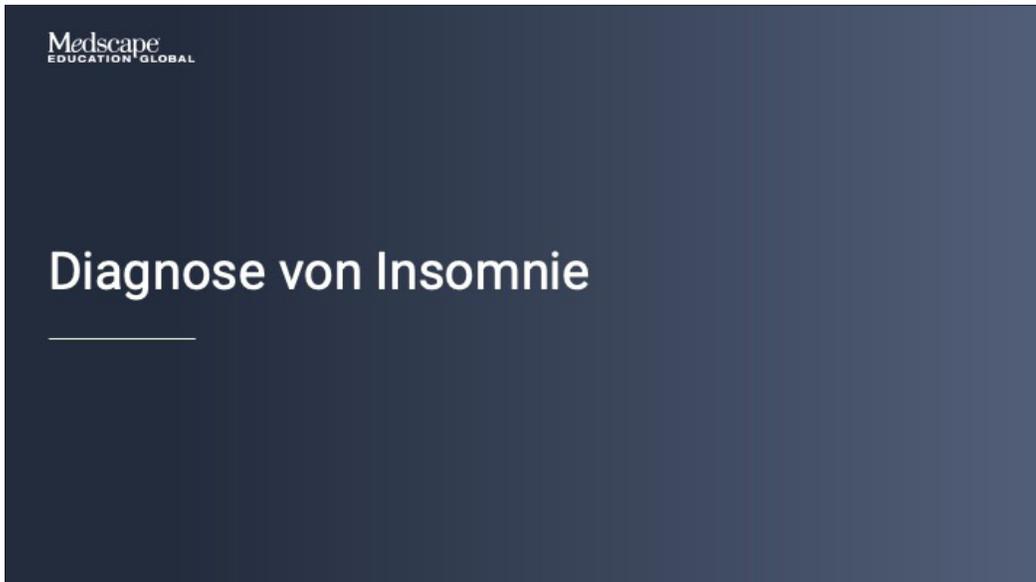
DOZENT

Rexford T. Muza, MMED, FRCP
ESRS-zertifizierter Somnologe
Schlafmediziner
Zentrum für Schlafstörungen
Guy's Hospital
London, Vereinigtes Königreich

DOZENT

Liborio Parrino, MD, PhD
Professor für Neurologie
Universität Parma
Parma, Italien

Meine Gesprächspartner sind Rexford Muza, ein Schlafmediziner aus London, und Liborio Parrino, Professor für Neurologie in Italien. Willkommen bei diesem Programm mit dem Titel „Rückblick auf 2022: Neues zur Insomnie im Überblick“.



Liborio, gibt es dieses Jahr irgendwelche neuen Daten oder Veränderungen bezüglich der Diagnose von Schlafstörungen?

The infographic is titled 'Diagnose von Insomnie' and is divided into two main sections. The left section, under the heading 'Schlafstörung', lists two criteria: 'Eine eigenständige Krankheit' and '„Kann unabhängig von und ergänzend zu jeder koexistierenden psychiatrischen oder medizinischen Störung diagnostiziert werden“[a]'. The right section lists three criteria with corresponding icons: 'Häufig und chronisch' (calendar icon) with '≥ 3 Nächte/Woche über ≥ 3 Monate'; 'Symptome in der Nacht' (moon and stars icon) with 'Unzufriedenheit mit Schlaf und Angabe von Problemen mit Einschlafen oder Durchschlafen'; and 'Symptome am Tag' (sun icon) with 'Beeinträchtigung von Konzentration, Stimmung, Verhalten, beruflicher Leistung usw.'. At the bottom left, there is a small reference: 'a. Winkelman, J. W. N Engl J Med. 2015; 373: 1437-1444; b. Sateia, M. J. Chest. 2014; 146: 1387-1394.'

Liborio Parrino, MD, PhD: Vielen Dank, David. Ich glaube, es gibt keine großen Veränderungen seit 2013, als das DSM-5-Handbuch veröffentlicht wurde. Die neue Klassifikation besagt, dass Insomnie nicht nur ein Symptom ist, sondern vielmehr eine Krankheit oder eine komplexe Störung mit nächtlichen Indikatoren. Es besteht auch eine Funktionsstörung bei Tag. Zudem sollten einige Aspekte der Schwere und der zeitlichen Verläufe besprochen werden. Es geht daher nicht nur darum, zu sagen: „Ich habe Probleme beim Einschlafen, Durchschlafen, frühmorgendlichen Erwachen“, sondern Insomnie ist auch ein Zustand der Unzufriedenheit mit der Schlafqualität oder -quantität.

Diagnose von Insomnie: Funktionsfähigkeit am Tag

DSM 5 (2013)^[a] und ICSD-3 (2014)^[b]

Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit am Tag^[a]

Zeigt sich durch eines oder mehrere der folgenden Probleme:

- **Müdigkeit** oder wenig Energie
- Tagesschläfrigkeit
- **Stimmungsschwankungen**
- **Verhaltensschwierigkeiten**
- Negative Auswirkung auf Familie/Betreuer
- Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit, **Konzentration** oder **Gedächtnis**
- Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit in Beruf oder Ausbildung
- Beeinträchtigung der Interpersonellen oder sozialen Funktionsfähigkeit

Häufig und chronisch

Symptome in der Nacht

Symptome am Tag

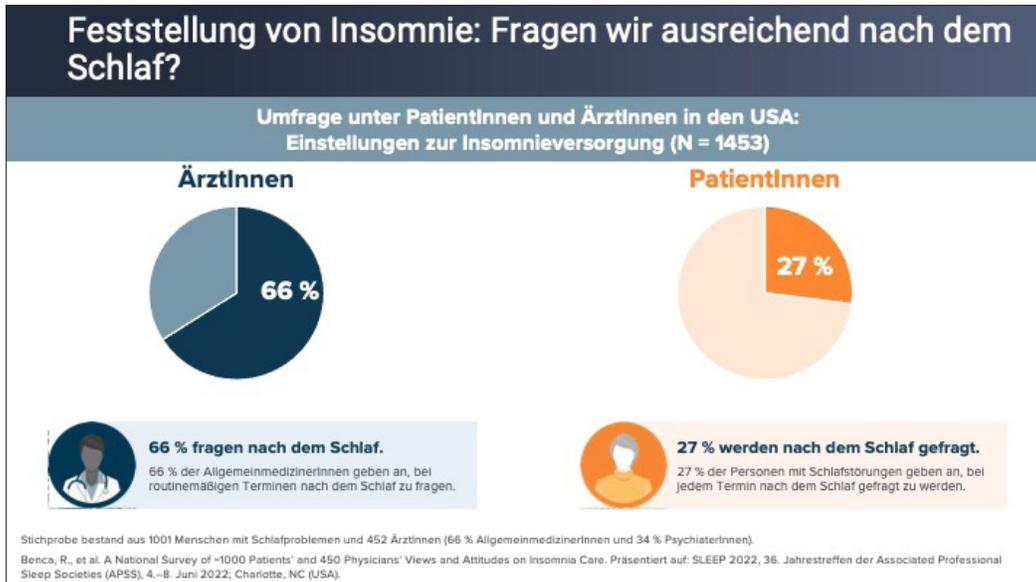
a. Winkelman, J. W. N Engl J Med. 2015; 373: 1437–1444; b. Sateia, M. J. Chest. 2014; 146: 1387–1394.

Am wichtigsten ist, dass es zu einem großen Teil um die Funktionsstörung tagsüber geht, das heißt um Stimmung, Wachsamkeit, Konzentration, kognitive Funktionen und Verhaltensprobleme. Bei diesem neuen Ansatz ist daher eine Menge zu berücksichtigen. Leider wird die Diagnose „Insomnie“ nicht durch objektive Messgrößen gestützt. Dies ist ein weiterer wichtiger Punkt, der in Zukunft berücksichtigt werden muss und wahrscheinlich in bestimmten Fällen durch einen objektiveren Ansatz integriert werden kann.



Dr. Neubauer: Das ist ein wirklich wichtiger Punkt, weil Insomnie laut Definition eine subjektive Störung ist. Damit ist dieses Problem bezüglich Einschlafen oder Durchschlafen in der Nacht gemeint. Es ist gut, dass diese Tagessymptome – diese Symptome bezüglich der Funktionsfähigkeit tagsüber – jetzt in die Diagnosekriterien eingebaut wurden. Diese sind insofern so wichtig, als sie es sind, die meiner Meinung nach die Menschen wirklich dazu bringen, nach Hilfe zu suchen. Sie tolerieren vielleicht Probleme in der Nacht, aber wenn die Symptome ihre Gefühle und Funktionsfähigkeit während des Tages beeinträchtigen, dann ist das der Wendepunkt und sie wenden sich an einen Arzt, um Hilfe bei ihren Schlafproblemen zu finden.

Obwohl viele Fortschritte bei der Definition von Insomnie gemacht wurden, gibt es allerdings immer noch einen hohen Bedarf an Fortschritten bei der eigentlichen Identifikation und Behandlung der PatientInnen. Rexford, was ist Ihre Erfahrung? Können Sie auch etwas mehr Hintergrundwissen über einige Daten zum Ausmaß der medizinischen Inanspruchnahme von ÄrztInnen und sonstigen TherapeutInnen durch die PatientInnen bezüglich ihrer Schlafprobleme geben?



Rexford T. Muza, MMED, FRCP: Vielen Dank, David. Ich glaube, dass immer noch Herausforderungen vor uns liegen. Es gibt immer noch Ziele, die bisher nicht erreicht wurden. Ich glaube, dies spiegelt sich ziemlich gut in einer neueren Studie über AllgemeinmedizinerInnen und SchlafspezialistInnen in den USA wider. Dort wurde untersucht, ob man den PatientInnen, die mit Schlafproblemen vorstellig wurden, auch wirklich zugehört hat. Natürlich haben 66 % der AllgemeinmedizinerInnen angegeben, nach dem Schlaf gefragt zu haben, aber andererseits gaben nur 27 % der PatientInnen mit Schlafproblemen an, dass man ihnen relevante Fragen zum Schlaf gestellt hat. Die Wahrheit liegt irgendwo dazwischen, aber sicherlich wird nicht genug getan.

Expertenmeinung: Neue Einstellungen in Bezug auf Insomnie

Historische Einstellung:

- Insomnie ist ein Ärgernis.
- Insomnie ist eine Begleiterscheinung anderer Beschwerden.
- Insomnie ist keine eigenständige Krankheit.

Expertenmeinung von Rexford Muza, MMED, FRCP.

Vielleicht liegt es an der immer noch bestehenden Denkweise aus der Vergangenheit, die Liborio erwähnt hat, dass es nicht ernst genug genommen wird. Der traditionelle Blick einiger ÄrztInnen auf Insomnie war, dass sie diese für eine Beeinträchtigung hielten, ein Nebenprodukt irgendeiner anderen medizinischen Störung, und nicht für eine eigenständige Krankheit.

Expertenmeinung: Neue Einstellungen in Bezug auf Insomnie

✘

Historische Einstellung:

- Insomnie ist ein Ärgernis.
- Insomnie ist eine Begleiterscheinung anderer Beschwerden.
- Insomnie ist keine eigenständige Krankheit.

✔

Nehmen Sie Insomnie ernst.
Insomnie ist eine eigenständige Krankheit.
Insomnie ist prävalent und langfristig.
Insomnie hat schwere Folgen für PatientInnen:

- **Körperliche und seelische Gesundheit**
- **Arbeit, Beruf und Familienleben**

Expertenmeinung von Rexford Muza, MMED, FRCP.

Man sollte Insomnie als eigenständige Krankheit ernst nehmen; eine Krankheit, die prävalent ist, eine Krankheit, die langfristig ist, eine Krankheit, die kurzfristige und langfristige Konsequenzen hat, nicht nur körperliche Konsequenzen wie Diabetes und Hypertonie, sondern auch psychiatrische Komorbiditäten; auch am Arbeitsplatz, zu Hause, mit Präsentismus und Absentismus. Es gibt so viele Konsequenzen aufgrund von Insomnie, und dann die Tagessymptome, die bereits erwähnt wurden.

Expertenmeinung: Neue Einstellungen in Bezug auf Insomnie

HANDLUNGSBEDARF

✔

Stellen Sie sich der Herausforderung.

✔

Fragen Sie Patienten routinemäßig nach ihrem Schlaf.

© WestMD Global, LLC

✔

Nehmen Sie Insomnie ernst.
Insomnie ist eine eigenständige Krankheit.
Insomnie ist prävalent und langfristig.
Insomnie hat schwere Folgen für Patienten:

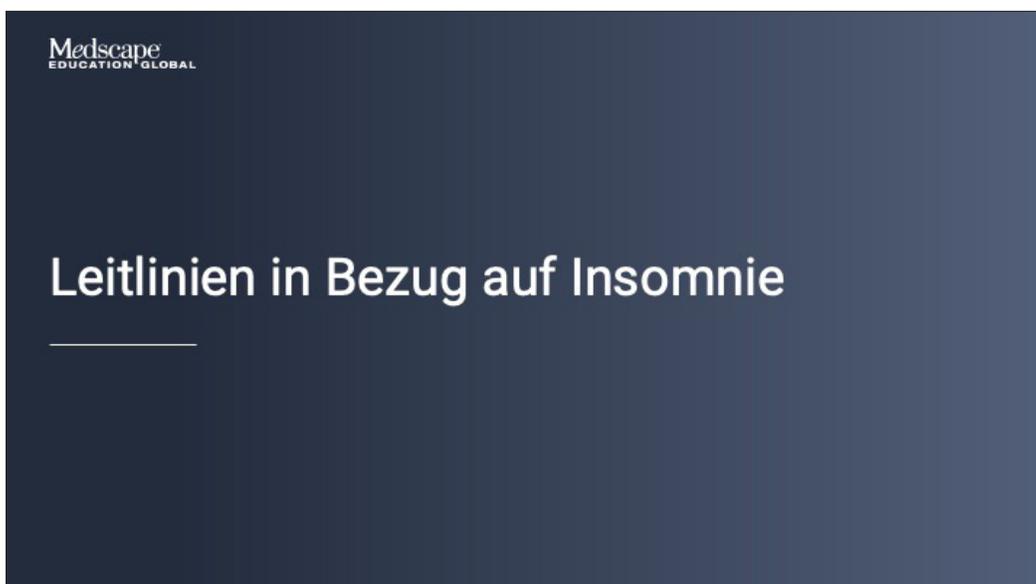
- **Körperliche und seelische Gesundheit**
- **Arbeit, Beruf und Familienleben**

Expertenmeinung von Rexford Muza, MMED, FRCP.

Es ist für Ärzte eine Herausforderung, der sie sich stellen müssen. Sie sollten den Patienten, die sich bei ihnen vorstellen, mehr Fragen über Insomnie stellen.

Dr. Neubauer: Ja, routinemäßig vielleicht. Als Teil einer vegetativen Anamnese, zusammen mit all den anderen Symptomen, die auftreten könnten.

Dr. Muza: Genau.



Dr. Neubauer: Nun zu den neuesten Leitlinien: Besonders interessant war, dass die American Heart Association vor Kurzem guten Schlaf in die lebensnotwendigen Faktoren aufgenommen hat.



Es stehen 8 auf der Liste, und sie beinhalten Dinge, die wir sowieso vertreten, in Bezug auf gesunde Nahrung und körperliche Betätigung und natürlich Blutdruckkontrolle und Nikotinabstinenz. Aber es ist schön zu sehen, dass auch Schlaf in diese Liste aufgenommen wurde.

Liborio, wurden dieses Jahr irgendwelche anderen neuen Leitlinien oder Empfehlungen veröffentlicht, die Einfluss auf die Art und Weise haben, wie Menschen mit Insomnie behandelt werden?

Leitlinien für Insomnie



AKTUALISIERUNG IM GANGE

© WebMD Global, LLC



Behandlung von Insomnie

Leitlinien sind mehrere Jahre alt.
AASM: 2018^[a]; ESRS für Europa: 2017^[b]; GB: 2019^[c]



Lichtexposition^[d]

Leitlinien zur Lichtexposition am Tag, am Abend und in der Nacht

AASM = American Academy of Sleep Medicine; ESRS = European Sleep Research Society.
a. Sateia, M. J., et al. J Clin Sleep Med. 2017; 13: 307-349; b. Riemann, D., et al. J Sleep Res. 2017; 26: 675-700. Wilson, S., et al. J Psychopharmacol. 2019; 33: 923-947; d. Brown, T. M., et al. Plos Biol. 2022; 20: e3001571.

Dr. Parrino: Die Leitlinien geben etwas Aufschluss darüber, in welche Richtung man gehen muss, wie man behandeln muss. Zu guter Letzt ist in Europa ein Revisionsprozess im Gange und natürlich auch in den USA. Es ist daher gut, die Leitlinien alle 5 oder 6 Jahre zu aktualisieren, auch weil es ein neues Literaturverzeichnis, neue Quellen und neue Metaanalysen gibt.

Es gibt auch einige Empfehlungen über die richtige Lichtexposition in den Morgen- und Abendstunden, weil den Menschen manchmal nicht bewusst ist, dass Licht ein Feind bzw. ein Risikofaktor für eine Verschlechterung oder Beeinträchtigung einer guten Schlafqualität ist. Daher ist es wichtig, auch Zahlen zu haben: Menge der Lichtexposition, Zeitpunkt der Lichtexposition.

Licht ist also ein wichtiger Aspekt, der bei der Diskussion der Leitlinien berücksichtigt werden sollte, wenn es darum geht, wie Insomnie zu verstehen und zu verhindern und letztlich auch zu behandeln ist. Die Schlafqualität kann nicht nur mit dem Ansatz an einer Stelle behoben werden, es geht um eine Lebensweise, die hier eine wichtige Rolle spielt.

Dr. Neubauer: Da stimme ich zu. Es ist gut, die Quantifizierung einiger der Empfehlungen zu sehen.

Leitlinien für Insomnie: Quantifizierung der Lichtexposition



Lichtexposition

Empfehlungen für Lichtexposition in Innenräumen am Tag, am Abend und in der Nacht zur bestmöglichen Unterstützung von Physiologie, Schlaf und Wachheit bei gesunden Erwachsenen



Tagsüber

≥ 250 Lux Tageslicht
Oder Innenbeleuchtung, die mit kurzen Wellenlängen angereichert ist



Abends (3 Stunden vor dem Zubettgehen)

Licht dämpfen, ≤ 10 Lux



Während des Schlafens

So dunkel wie möglich

Brown, T. M., et al. Plos Biol. 2022; 20 (3): e3001571.

Es wurde Betroffenen schon seit langer Zeit geraten, das Licht am Abend zu dämpfen und in einem möglichst dunklen Raum zu schlafen. Betroffene sollten mehr Zeit draußen verbringen und mehr Sonnenlicht tanken. Aber es liegen Leitlinien vor, die erst dieses Jahr veröffentlicht wurden und die genau präzisieren, wie hoch die Lichtmenge in Lux sein sollte, wie viel man tagsüber aufnehmen sollte, die Reduktion von Licht für ein paar Stunden vor der Schlafenszeit – was wahrscheinlich in viel geringerem Ausmaß umgesetzt wird – und dann, wie dunkel es in den Schlafzimmern sein sollte. Viele lassen den Fernseher an und nehmen ihre Bildschirmgeräte mit ins Bett. Heute bestehen klare Hinweise darauf, dass diese eine schädliche Wirkung auf den Schlaf, aber auch auf die metabolische Gesundheit haben.

Einfluss von Licht bei Nacht auf kardiometabolische Gesundheit

Analyse des kardiovaskulären Profils von älteren Erwachsenen durch gewohnheitsmäßige Lichtexposition in der Nacht (N = 552)



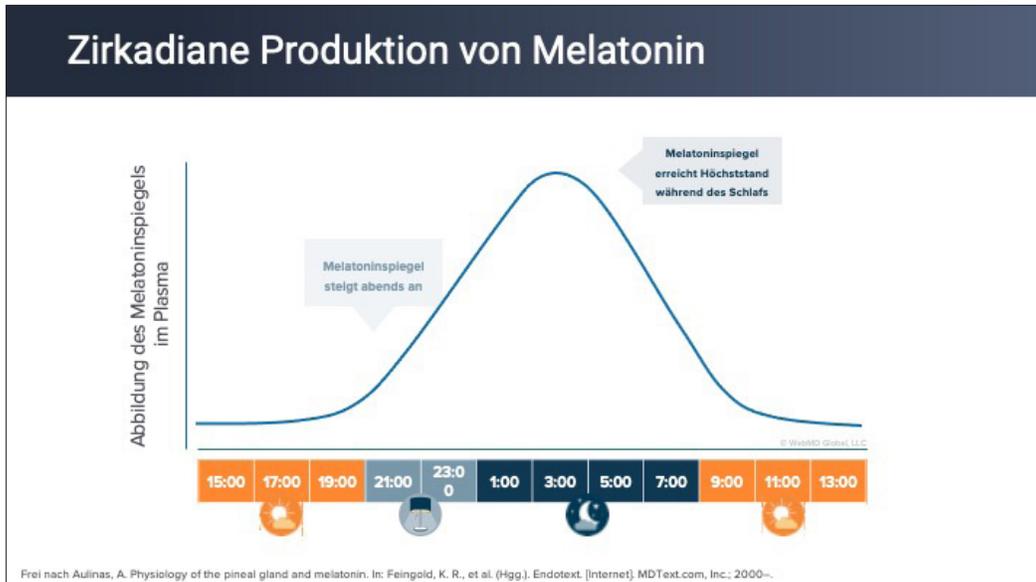
Exposition gegenüber Schlafzimmerbeleuchtung in der Nacht war mit erhöhter Prävalenz von Folgendem verbunden:

- Adipositas**
OR: 1,82 (1,26–2,65)
- Diabetes**
OR: 2,00 (1,19–3,43)
- Hypertonie**
OR: 1,74 (1,21–2,52)

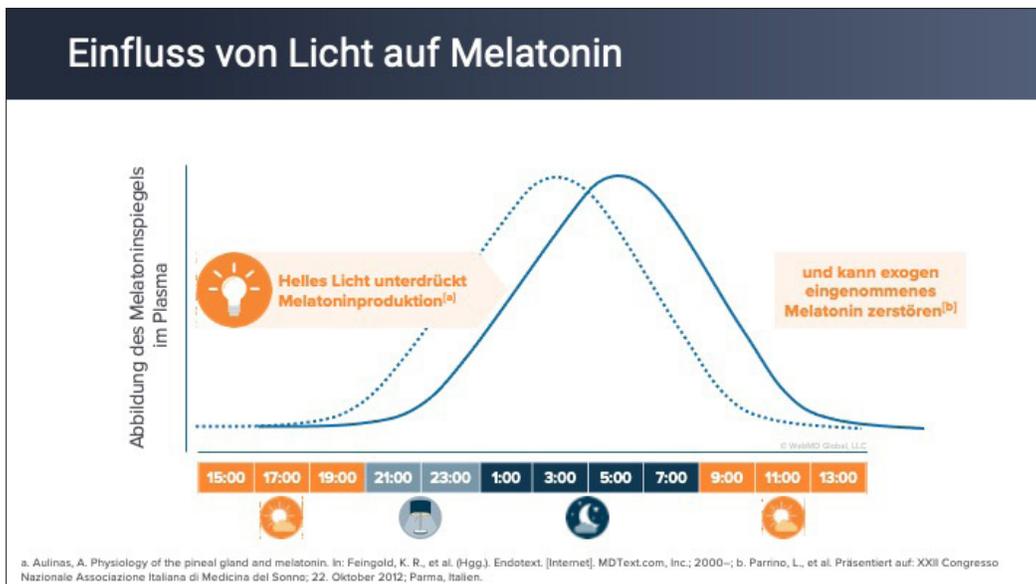
Kim, M., et al. Sleep. 2022. doi: 10.1093/sleep/zsac30. [Elektronische Vorabveröffentlichung].

Es gab eine wirklich interessante Studie, die gerade im letzten Jahr veröffentlicht wurde. Sie stammt von der Gruppe um Phyllis Zee in Chicago. Diese hat die Auswirkungen von Licht im Schlafzimmer untersucht und festgestellt, dass die gewohnheitsmäßige nächtliche Beleuchtung im höheren Lebensalter mit begleitender Adipositas, Diabetes und Hypertonie verbunden ist. Sie haben erkannt, dass weitere Forschungen erforderlich sind, um die Langzeitwirkungen von nächtlichem Licht auf die kardiometabolischen Effekte zu verstehen. Es gibt heute jedoch sehr eindeutige Hinweise, dass selbst eine kleine Menge Licht im Schlafzimmer schädliche Auswirkungen haben kann.

Es besteht eindeutig die Notwendigkeit, Sicherheit zu gewährleisten, und ein kleines bisschen Licht von einer Nachtlampe ist vielleicht in Ordnung, aber es sollte wirklich nur ein Minimum sein und vielleicht auf niedriger Höhe an der Wand angebracht sein, damit es nicht stört.



Alles Machbare zur Stärkung der Stabilität des zirkadianen Rhythmus in Bezug auf die Funktionstüchtigkeit tagsüber mit Exposition gegenüber Tageslicht und Dunkelheit zur Nachtzeit mit der Dämpfung von Licht vor dem Zubettgehen – all das stellt die Grundlage des zirkadianen Rhythmus dar, der den Schlaf-Wach-Zyklus zutiefst beeinflusst. Es gibt bekanntermaßen evidenzbasierte Behandlungen gegen Insomnie, und darauf kommen wir später noch zurück, aber die Grundlage ist wirklich, das Bestmögliche zu bewirken, um diese Stabilität und Regelmäßigkeit des zirkadianen Systems aufrechtzuerhalten.



Dr. Parrino: Um diesen Punkt abzuschließen: Vielleicht wissen ÄrztInnen und PatientInnen nicht, dass Licht Melatonin zerstört, das körpereigene Melatonin, das in der Epiphyse gebildet wird. Mit diesen in Parma durchgeführten Studien konnte gezeigt werden, dass Licht auch von außen zugeführtes Melatonin zerstört. Das heißt, dass man vorsichtig sein muss, wie Sie es vorhin erklärt haben, und dass die Exposition gegenüber Licht eine Menge Konsequenzen haben kann. Selbst wenn man überzeugt ist, dass man mit Melatonin, das exogen zugeführt wurde, ausreichend versorgt ist, ist dies nicht so eindeutig und man muss vorsichtig sein. Schützen Sie daher Ihre Augen am Abend und setzen Sie sich abends dieser minimalen Menge des empfohlenen gedämpften Lichts aus und morgens aber starkem Licht, um die zirkadiane Uhr zu regulieren.

Expertenmeinungen: Melatonin

“Geben Sie Ihrem eigenen Melatonin die Möglichkeit, zu wirken.”

Tagsüber

- Helles Licht
- Blaues Ende des Spektrums

Abends

- Umgebungslicht dämpfen
- Blaues Ende des Spektrums bei Beleuchtung und am Bildschirm vermeiden

Expertenmeinung von Liborio Parrino, MD, PhD, und David Neubauer, MD.

Dr. Neubauer: Nicht nur die Intensität des Lichtes ist sehr wichtig, sondern auch die Wellenlänge. Früh am Tag sollte dem blauen Ende des Spektrums der Vorzug gegeben werden. Am Abend sollte dieses so viel wie möglich ausgeblendet werden. Manchmal fragen mich PatientInnen, die schlecht einschlafen können, ob sie Melatonin nehmen sollen. Meine Antwort lautet immer: Versuchen Sie es mit Ihrem eigenen Melatonin. Unternehmen Sie alle Anstrengungen, um das Licht, das Ihr eigenes Melatonin unterdrückt, zu reduzieren. Geben Sie Ihrem eigenen Melatonin die Möglichkeit, zu wirken, indem Sie diese Bildschirmgeräte nicht direkt vor die Augen halten. Halten Sie Umgebungsbeleuchtung in Ihrem Haus oder Ihrer Wohnung: gedämpft und nehmen Sie neuere High-Tech-LED-Birnen, die das rötliche Ende des Spektrums übertragen könnten.

Medscape
EDUCATION GLOBAL

Behandlung von Insomnie

Viele Betroffene nehmen irgendwann verschiedene Arten von Medikamenten. Einerseits gibt es Leitlinien. Andererseits gibt es Dinge, die Betroffene einfach machen, und in einigen Fällen sind die Mittel, die ÄrztInnen verschreiben, nicht zwangsläufig sinnvoll oder stimmen nicht mit den Leitlinien überein.

Nicht evidenzbasierte Verwendung von Schlafmitteln



Leitlinien gegenüber Realität

Unter den 300 am meisten verschriebenen Medikamenten in den USA^[a]:

- **Trazodon steht an 21. Stelle**
(hauptsächlich Anwendung außerhalb der zugelassenen Indikation bei Insomnie?).
- **Zolpidem steht an 47. Stelle**
(das erste Medikament auf der Liste, das von der FDA für Insomnie zugelassen wurde).



Achtung

Trazodon ist für die Behandlung von Insomnie nicht zugelassen.^[b,c]

a. ClinCalc DrugStats. v2022.08. Letzter Zugriff am 20. Oktober 2022. <https://clincalc.com/DrugStats/Top300Drugs.aspx>; b. Sateia, M. J., et al. J Clin Sleep Med. 2017; 13: 307–349; c. Riemann, D., et al. J Sleep Res. 2017; 26: 675–700.

Ein Beispiel ist die Liste, auf der die 300 am häufigsten verordneten Medikamente in den Vereinigten Staaten stehen. Ich bin nicht der Meinung, dass ein Schlafmittel an oberster Stelle dieser Liste stehen sollte oder dass jeder ein Schlafmittel verordnet bekommen sollte. Die relative Positionierung auf der Liste ist jedoch bezeichnend. Unter diesen 300 Medikamenten (und dies wurde erst vor ein paar Wochen berichtet – die neuesten Daten stammen aus dem Jahr 2020, aber die jüngste Publikation ist neu) ist das Medikament, das an der 21. Stelle der am häufigsten verordneten Medikamente steht, Trazodon. Nun ist Trazodon ein Antidepressivum. Es ist nicht zur Behandlung von Insomnie zugelassen. Aber ich vermute, dass fast 100 % der Trazodon-Rezepte für Schlafstörungen ausgestellt werden. Das ist also Nummer eins und liegt ganz und gar außerhalb der Leitlinien. Vielleicht gibt es einen sedierenden Effekt, und einige Menschen mögen davon profitieren. Aber es wird ohne Rücksicht auf die Sicherheit oder Wirksamkeit verordnet, weil es einfach keine Daten dazu und keine guten Verordnungsempfehlungen gibt. Trazodon steht also an 21. Stelle, und man muss bis zur 47. Stelle runtergehen, um ein Medikament in den USA zu finden, das von der FDA tatsächlich zur Behandlung von Insomnie zugelassen wurde, und das ist Zolpidem. Dann muss man weiter nach unten gehen, um irgendeines der anderen zugelassenen Medikamente zu finden.

Neuzulassungen



Verschreibungspflichtige Schlafmittel

Daridorexant

- Jetzt in Europa^[a] und in den USA zugelassen^[b]
- Dualer Orexin-Rezeptor-Antagonist (DORA)
- In den USA sind noch 2 weitere DORA verfügbar (Suvorexant,^[c] Lemborexant^[d]).



Verschreibungspflichtige digitale Therapeutika für kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie (KVT-I)

Verschiedene Optionen verfügbar, je nach Standort^[e, f]

Es ist die Politik von Medscape Education, in akkreditierten Fortbildungsaktivitäten keine Markennamen zu nennen. Die Verwendung von Handelsnamen dient nicht der Bewerbung irgendwelcher spezifischer Präparate.
a. Daridorexant [Fachinformation]. Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA). Im Mai 2022 publiziert. Im September 2022 aktualisiert. Letzter Zugriff im Oktober 2022. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/quviviq-epar-product-information_en.pdf; b. Daridorexant [Fachinformation]. Im Januar 2022 zugelassen; c. Suvorexant [Fachinformation]. 2014 zugelassen. 2021 aktualisiert; d. Lemborexant [Fachinformation]. 2019 zugelassen. 2022 aktualisiert; e. Kurze zusammenfassende Anweisungen für Somnyst. Im Juni 2021 aktualisiert. Letzter Zugriff im Oktober 2022. <https://2kw3qs2w7x12whtxib6jic-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2022/03/Somnyst-Clinician-information-Brief-Summary-Instructions.pdf>; f. Sleepio to treat insomnia and insomnia symptoms. Medical Technologies Guidance. NICE. Im Mai 2022 publiziert. Letzter Zugriff im Oktober 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/mtg70/resources/sleepio-to-treat-insomnia-and-insomnia-symptoms-pdf-64372230458053>

Es ist daher ein guter Zeitpunkt, um über Neuzulassungen von Medikamenten zu sprechen, die von Zulassungsbehörden wie der FDA oder dem NICE im Vereinigten Königreich zugelassen wurden. Das neueste zugelassene Medikament dieser neuen Kategorie der dualen Orexin-Rezeptor-Antagonisten ist Daridorexant. In den Vereinigten Staaten gibt es jetzt drei. Zuerst gab es Suvorexant, dann Lemborexant und jetzt Daridorexant. Daridorexant wurde jetzt auch in der EU zugelassen. Das ist also eine Empfehlung im vergangenen Jahr.

Die andere Domäne liegt innerhalb von kognitiven und auf das Verhalten abzielenden Behandlungsansätzen. Es gibt eine Anzahl verschiedener Apps und verschreibungspflichtiger digitaler Therapeutika, die jetzt verfügbar sind. Zur Unterstützung der Wirksamkeit dieser beiden Ansätze in Verbindung mit der traditionelleren kognitiven Verhaltenstherapie liegen sehr gute Daten vor. Rexford, würden Sie über Ihre eigene Erfahrung sprechen und darüber, welche Erfahrung es damit im Vereinigten Königreich gibt?

Verschreibungspflichtige digitale kognitive Verhaltenstherapie



Verschreibungspflichtige digitale Therapeutika für KVT-I

- Verfügbar, praktisch
- Wirksam^[a]
- Kann kostensparend sein^[b]

Kann nützlich sein, wenn persönliche KVT-I nicht verfügbar ist

KVT-I = kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie.
a. Simon, F., et al. Präsentiert auf World Sleep; 11.-16. März; Rom, Italien. <https://ws2022.abstractserver.com/program/#/details/presentations/2214>; b. Sampson, C., et al. B.J.P. Open. Veröffentlicht online 2021: BJGPO.2021.0146.

Dr. Muza: Ja. Ich bin der Meinung, wie Sie sicherlich auch, dass die kognitive Verhaltenstherapie ein integraler Bestandteil der Behandlung von PatientInnen mit Insomnie sein sollte. Die Herausforderung – und sicher auch die der meisten anderen Menschen – ist, dass sie nicht ohne Weiteres verfügbar ist. Wir haben nicht so viele gut ausgebildete TherapeutInnen, die eine sinnvolle kognitive Verhaltenstherapie anbieten können.

Dr. Neubauer: Es gibt einige Hinweise darauf, dass selbst diese digitalen Arten der kognitiven Verhaltenstherapie einigen Nutzen bieten, obwohl persönliche oder Gruppentherapien wahrscheinlich besser sind.

Dr. Muza: Das ist ein wichtiger Punkt. Wenn die von einem Therapeuten begleitete kognitive Verhaltenstherapie den meisten Nutzen für den Patienten bietet, dann insbesondere die individuelle persönliche KVT-I mithilfe eines Therapeuten. In meiner Abteilung bieten wir Gruppentherapien mit einem Therapeuten an, der eine Gruppe von vielleicht 10, 15 PatientInnen begleitet, und das funktioniert auch gut. Nicht so gut wie die individuelle Therapie, aber auch die auf digitalen Mitteln beruhende kognitive Verhaltenstherapie hat ihren Vorteil, denn sie ist verfügbar und leicht durchzuführen. Ich glaube, dass die Pandemie insofern eine große Lektion erteilt hat, als wir PatientInnen nicht immer persönlich sehen können. Jetzt muss man diese neuen Technologien erlernen und in Anspruch nehmen und sie zum Nutzen der PatientInnen verwenden. So sollte auch in der Schlafmedizin verfahren werden.

Verschreibungspflichtige digitale kognitive Verhaltenstherapie



Verschreibungspflichtige digitale Therapeutika für KVT-I

Verfügbar, praktisch

Wirksam^[a]

Kann kostensparend sein^[b]

Abgebrochene Zeitserie zum Vergleich der Entwicklung der Primärmedizinkosten vor und nach der Einführung von digitaler KVT-I in einer Region in England zwischen 2018 und 2020^[b]

- N = 10.705 PatientInnen, Nachbeobachtung über 65 Wochen
- **Gesamtersparnisse: 71.027 £**
- Beeinflusst durch Reduktion der Verschreibungskosten

a. Simon, F., et al. Präsentiert auf World Sleep; 11.-16. März; Rom, Italien. <https://ws2022.abstractserver.com/program/#/details/presentations/2214>; b. Sampson, C., et al. BJP Open. Veröffentlicht online 2021: BJGPO.2021.0146.

Dr. Neubauer: Ich habe einen Bericht aus diesem Jahr gesehen, der darlegte, dass es in einigen Regionen im Vereinigten Königreich Gesamtersparnisse im Gesundheitswesen gegeben hat, wahrscheinlich aufgrund der Abnahme von Medikamentenverordnungen in einer Region, in der die Sleepio-App verfügbar wurde.

Dr. Muza: Ganz richtig. Die Sleepio-App ist vom NICE (National Institute for Health and Care Excellence) zugelassen. Es gibt einige andere Websites zur Insomniebehandlung auf digitaler Grundlage wie Sleepstation, Sleepful.Me, die ziemlich nützlich sind. Es kommt einfach darauf an, was verfügbar ist. Ich würde AllgemeinmedizinerInnen raten, ihren PatientInnen eine kognitive Verhaltenstherapie auf digitaler Basis zu empfehlen, falls sie keinen Zugang zu Therapien haben, die von einem Therapeuten durchgeführt werden.

Verschreibungspflichtige digitale kognitive Verhaltenstherapie



Verschreibungspflichtige digitale Therapeutika für KVT-I

Verfügbar, praktisch

Wirksam^[a]

Kann kostensparend sein^[b]

Metaanalyse von 48 veröffentlichten Studien mit 8343 Teilnehmenden^[a]

- **Individuelle Therapie vor Ort** hatte die beste Effektgröße (Cohens $d = -1,24$; 95 % KI: $-1,77, -0,71$)
- **Darauf folgte die Gruppentherapie vor Ort** (Cohens $d = -0,98$; 95%-KI: $-1,42, -0,54$)
- **Internetbasierte KVT-I** (begleitet und unbegleitet) hatte immer noch moderate Effektgrößen (Begleitet: Cohens $d = -0,67$; 95 % KI: $-1,18, -0,16$; unbegleitet: $d = -0,76$; 95 % KI: $-1,18, 0,33$)

a. Simon, F., et al. Präsentiert auf World Sleep; 11.-16. März; Rom, Italien. <https://ws2022.abstractserver.com/program/#/details/presentations/2214>; b. Sampson, C., et al. BJIP Open. Veröffentlicht online 2021: BJGPO.2021.0146.

Dr. Neubauer: Ja. Es gibt einen anderen Bericht, der dieses Jahr erschienen ist. In diesem wurde die Effektgröße einer persönlich durchgeführten kognitiven Verhaltenstherapie beleuchtet, welche die beste Wirksamkeit zeigte. Darauf folgte die Gruppentherapie und dann die digitale Therapie, die immer noch eine angemessene Effektgröße aufwies.

Dr. Muza: Eine immer noch sehr angemessene Effektgröße. Der Hauptvorteil liegt darin, dass sie die meiste Zeit auch zugänglich sind. Daher sollte man damit weitermachen.

**Neue Daten:
Phase-III-Studien zu Daridorexant**

Design	Wirksamkeit (Nachtschlaf)	Wirksamkeit (Funktionsfähigkeit tagsüber)
Zwei Phase-III-Studien <ul style="list-style-type: none"> Multizentrisch, randomisiert, placebokontrolliert N = 1854 Erwachsene (≥ 18 Jahre) mit Schlafstörungen Placebo 10 mg Daridorexant 25 mg Daridorexant 50 mg Daridorexant 	Signifikante Verbesserung unter 25 mg und 50 mg Daridorexant gegenüber Placebo bezüglich: <ul style="list-style-type: none"> Schlaf latenz (LPS*), aber nur in Studie 1, nicht Studie 2 Durchschlafdauer (WASO*) Gesamtschlafdauer† 	Signifikante Reduktion mit 50 mg Daridorexant gegenüber Placebo bezüglich: <ul style="list-style-type: none"> Tagesschläfrigkeit (Schläfrigkeits-Score nach IDSIQ)

*Mittels Polysomnografie bestimmt. †Subjektive Gesamtschlafdauer aus Schlaftagebüchern. LPS = Latenz bis zu anhaltendem Schlaf, WASO = Wachzeit nach dem ersten Einschlafen. Mignot, E., et al. Lancet Neurol. 2022; 21: 125–139.

Dr. Neubauer: Ja. Wir haben vorhin über neu zugelassene Medikamente gesprochen. Eine der wichtigsten Publikationen des Jahres 2022 auf diesem Gebiet war die von Emmanuel Mignot und Kollegen in „Lancet Neurology“. Darin wurden zwei Zulassungsstudien der Phase III zu Daridorexant vorgestellt. Diese haben gezeigt, dass mit der Dosis von 50 Milligramm signifikante Verbesserungen gegenüber dem Placebo bei der polysomnografisch bestimmten Schlaf latenz und Wachzeit nach Schlafbeginn erzielt wurden, und bei Letzterer mit der Dosis von 25 Milligramm ebenso.

Unter beiden Dosen berichteten die PatientInnen von Verbesserungen bei der Gesamtschlafdauer, und unter der Dosis von 50 Milligramm auch bei der Funktionstüchtigkeit tagsüber, wie durch den Schläfrigkeits-Score dargestellt.

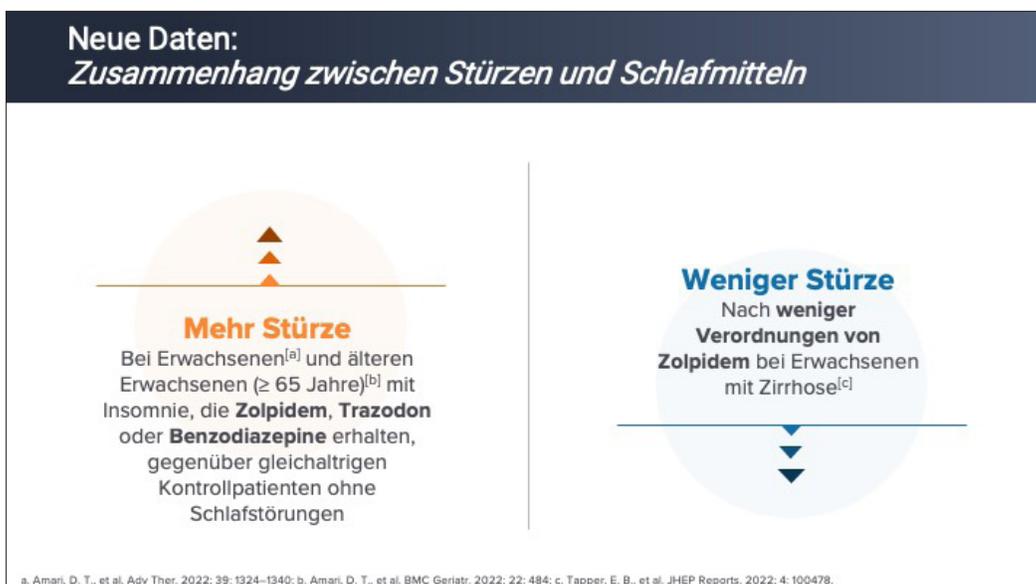
**Neue Daten:
Phase-III-Studien zu Daridorexant**

Sicherheit und Verträglichkeit

- Unerwünschte Ereignisse waren in der Gruppe mit Placebo und der Gruppe mit Daridorexant vergleichbar.
 - UE, die bei > 3 % auftraten und unter Daridorexant häufiger vorkamen als unter Placebo, waren **Nasopharyngitis** und **Kopfschmerzen**.
- Es gab keine Restwirkungen am nächsten Morgen (Beurteilung jeden Morgen mittels visueller Analogskala)
- Beim Absetzen traten keine Rebound-Insomnie oder Entzugssymptome auf, und es wurden keine Suizide, Suizidgedanken oder Selbstverletzungen beobachtet.

Mignot, E., et al. Lancet Neurol. 2022; 21: 125–139.

Interessanterweise waren die Raten unerwünschter Wirkungen in beiden Gruppen, das heißt in den Medikamentendosen- und der Placebogruppe, fast identisch. Die häufigsten UE in allen Gruppen waren Nasopharyngitis und Kopfschmerzen. Es wurde also ziemlich gut vertragen.



Jüngst gab es auch interessante Berichte über mögliche unerwünschte Wirkungen bei der gesamten Bandbreite von Medikamenten, die bei Insomnie verordnet werden. Die unmittelbaren Wirkungen in der Nacht oder vielleicht am folgenden Morgen waren schon immer ein Anliegen. Es gab Studien mit Erwachsenen und älteren Erwachsenen, denen Zolpidem und Trazodon und Benzodiazepine verordnet wurden und die gezeigt haben, dass ein höheres Risiko für Stürze im Vergleich mit den entsprechenden KontrollpatientInnen ohne Schlafstörungen besteht. Es gab dieses Jahr auch einen Bericht über PatientInnen mit Leberzirrhose, denen Zolpidem verordnet worden war. Bei weniger Verordnungen war eine Reduktion von Stürzen in dieser Gruppe festzustellen.

Liborio, was denken Sie über diese Neuzulassungen und die neuen Daten und die Implikationen für die klinische Praxis?

Expertenmeinungen: Einfluss von Neuzulassungen auf die klinische Praxis

Neuzulassungen bieten neue Instrumente zur Personalisierung der Insomniebehandlung.

Orexin-Rezeptor-Antagonisten wie Daridorexant sind anders, da sie auf einen anderen Mechanismus als frühere Schlafmittel abzielen, die auf GABA-Rezeptoren abzielen.

Kognitive Verhaltenstherapie ist weiterhin die Erstlinienbehandlung, und den PatientInnen sollte KVT-I oder digitale KVT-I verordnet werden.

Neue Medikamente sind eine nützliche Alternative, aber die Suche nach einer „perfekten“ Pharmakotherapie bei Insomnie geht weiter.

Expertenmeinung Liborio Parrino, MD, PhD und Rexford Muza, MMED, FRCP

Dr. Parrino: Als Schlafmediziner, als ÄrztInnen allgemein, sind wir immer gespannt, wenn neue Optionen, neue Medikamente erscheinen, weil sie neue Instrumente für eine Personalisierung und Möglichkeiten zur Definition der richtigen Behandlung für den einzelnen Patienten bieten. So bietet das jetzt erscheinende neue Medikament Daridorexant ein neues Behandlungsparadigma, weil es nicht am konventionellen Target, nämlich den GABA-Rezeptoren, wirkt, sondern an einem neuen Ansatz – dem Neuropeptid im Hypothalamus, welches Orexin ist. Es ist daher auch eine Methode, die neue Gedankengänge eröffnet und vor neue Herausforderungen stellt, um die Pathophysiologie der Insomnie – durch Identifizierung ihrer Erscheinungsform – besser zu verstehen, die durch diese neue potenzielle Behandlung hauptsächlich beeinflusst und verbessert wird. Ich bin daher extrem gespannt und sehr neugierig, was die Zukunft bringen wird.

Dr. Neubauer: Rexford, was ist die Botschaft für den Allgemeinmediziner und andere ÄrztInnen in Ihrer Region bezüglich der Anwendung von kognitiven Verhaltenstherapien und der neuen Medikamente, die gerade herauskommen?

Dr. Muza: Das ist ein sehr wichtiger Punkt, den Sie ansprechen. Die kognitive Verhaltenstherapie sollte, wie ich vorhin erwähnte, Bestandteil der Insomnie-Behandlung sein, und AllgemeinmedizinerInnen sollten angeleitet werden, PatientInnen eine kognitive Verhaltenstherapie vorzuschlagen.

Die Ergänzung neuer Medikamente auf dem Markt liefert eine extrem gute Alternative. Es wird weiterhin nach einem perfekten Medikament gesucht: ein Medikament, das sofort wirkt, ein Medikament, das die ganze Nacht über wirkt, ein Medikament, das keinen morgendlichen Überhang erzeugt, welches das Gedächtnis nicht beeinträchtigt, das die Fahrtüchtigkeit, die Konzentration nicht beeinträchtigt, das schnell aus dem Körper gespült wird, das keine Abhängigkeit und Gewöhnung verursacht und natürlich ist ein Medikament erwünscht, das im Fall einer Überdosierung vielleicht auch sicher ist. Man sucht also weiterhin nach diesem Medikament.

Expertenmeinung: Personalisierung der Insomnie-Behandlung

“ In der Praxis müssen Sie die Behandlung zusammen mit dem Patienten immer noch **personalisieren**. ”

Expertenmeinung von Rexford Muza, MMED, FRCP.

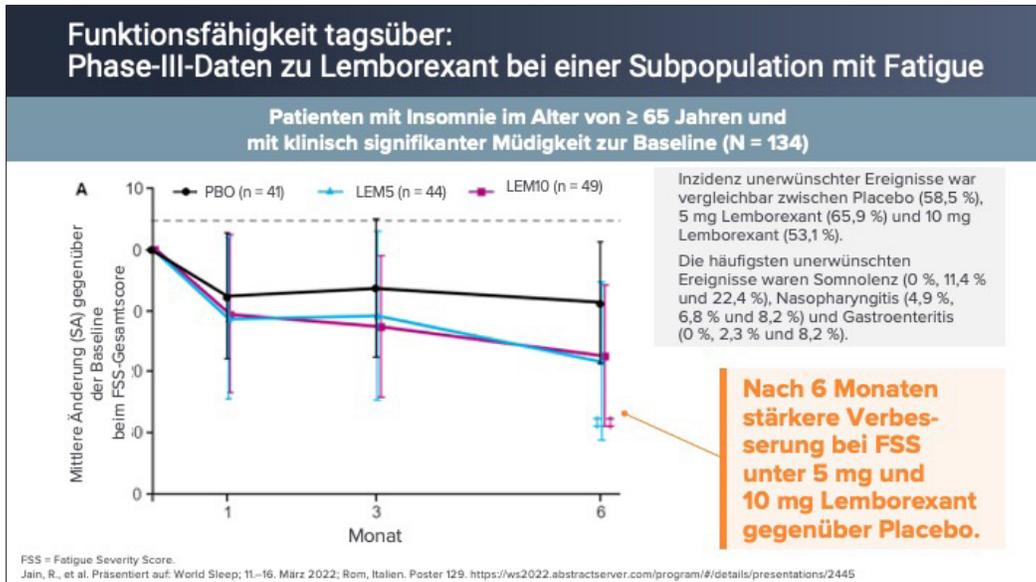
- Schlafapnoe?**
Vermeiden Sie hypnotische Sedativa.
- Alkoholabhängig?**
Vermeiden Sie Schlafmittel, die mit Abhängigkeit verbunden sind.
- Psychiatrische Komorbiditäten?**
Wählen Sie kompatible Schlafmittel.
- Einschlaf- oder Durchschlafprobleme?**
Wählen Sie Medikamente zum Einschlafen, Durchschlafen und/oder gegen frühmorgendliches Aufwachen.

Aber in der Praxis, mit dem Patienten, der vor Ihnen sitzt, müssen Sie die Behandlung trotzdem personalisieren: Sie kommunizieren mit Ihrem Patienten und wählen dann das Medikament, das für diesen Patienten am besten ist. Leidet Ihr Patient an Schlafapnoe? Dann sollten Sie wahrscheinlich ein hypnotisches Sedativum vermeiden. Ist Ihr Patient alkoholabhängig? Dann sollten Sie wahrscheinlich ein Medikament, das abhängig macht, vermeiden. Weist Ihr Patient psychiatrische Komorbiditäten auf? Dann müssen Sie entsprechend auswählen. Leidet Ihr Patient an Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder an frühmorgendlichem Aufwachen? Dann suchen Sie nach einem Medikament, das diese Schlafstadien berücksichtigt. Es steht ein weiteres Medikament, eine weitere Behandlungsalternative zur Verfügung, aber man muss weiterhin die angemessenen Medikamente für den richtigen Patienten auswählen.

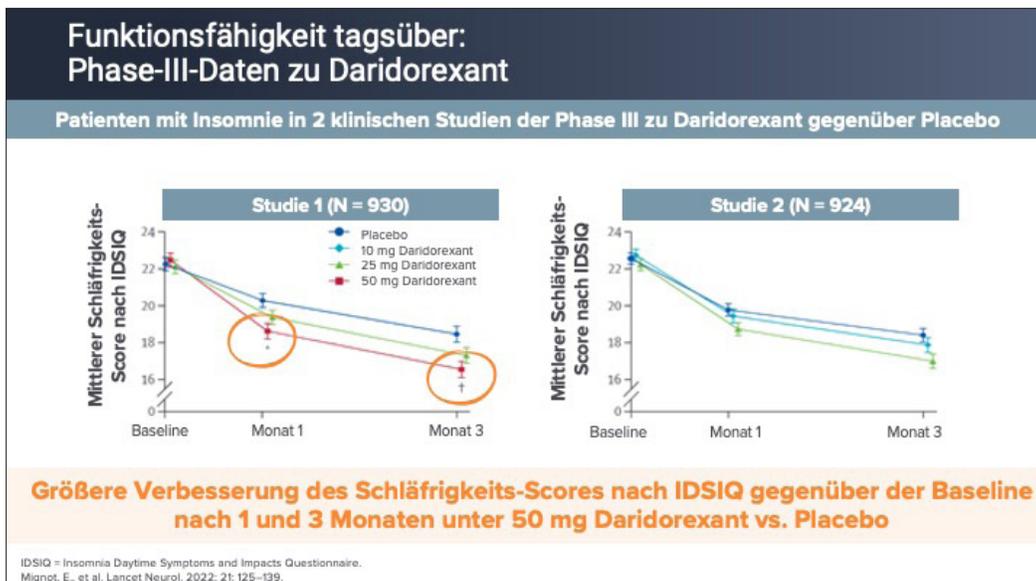
Medscape
EDUCATION GLOBAL

Funktionsfähigkeit tagsüber

Dr. Neubauer: Sehr gut. Im Rückblick auf die Themen, die im vergangenen Jahr veröffentlicht wurden, aber auch auf die Vorträge auf Konferenzen, gab es einen starken Fokus auf die Funktionstüchtigkeit tagsüber. Wir sprachen darüber, wie wichtig diese für die Diagnose und die Patientenerfahrung ist.



Einer der Berichte hatte insbesondere Lemborexant im Blick, hinsichtlich von Müdigkeit bei älteren Menschen. Dort wurde eine der Phase-III-Studien mit besonderem Schwerpunkt auf ältere Menschen untersucht. Bei 134 dieser PatientInnen war eine starke Müdigkeit zur Baseline festgestellt worden. Es wurde gezeigt, dass sich bei einer Behandlung über 6 Monate der Fatigue-Score dieser Menschen in dieser Behandlungsphase unter den Lemborexant-Dosen signifikant stärker besserte als unter dem Placebo.



In einigen neueren Berichten über Daridorexant wurde über Verbesserungen hinsichtlich der Funktionstüchtigkeit tagsüber in den Phase-III-Studien berichtet.

Funktionsfähigkeit tagsüber: Fragebogen zu Insomnie-Symptomen am Tag und deren Auswirkungen (IDSIQ)		
Schläfrigkeit	Stimmung	Aufmerksamkeit/ Kognition
Voller Energie	Besorgt	Klar im Kopf
Geistig müde	Frustriert	Konzentriert
Körperlich müde	Reizbar	Vergesslich
Schläfrig	Gestresst	Angestrengt
		Erholt
		Wach
IDSIQ-Gesamtscore (Maximum 140)		

Mignot, E., et al. Lancet Neurol. 2022; 21: 125–139.

Es gibt viele verschiedene Möglichkeiten, die Funktionstüchtigkeit tagsüber zu untersuchen. Bis heute gibt es keine einheitliche Bewertungsskala. Es wurde ein Fragebogen zu Insomnie-Symptomen am Tag und deren Auswirkungen, der IDSIQ, entwickelt, der in klinischen Studien verwendet wurde. Es gab daher einige neue Berichte, in denen das Ausmaß einer klinisch bedeutsamen Änderung für diese Skala erläutert wurde. Das könnte in Zukunft nützlich sein. Es ist, wie gesagt, bekannt, wie PatientInnen ihre nächtlichen Schlafprobleme definieren können. Es ist schwieriger, die vielen Domänen der Funktionstüchtigkeit tagsüber bestmöglich auf einer Skala abzubilden.

Liborio, sind diese Daten zur Funktionstüchtigkeit tagsüber sinnvoll? Sehen diese so aus, wie Sie es bei dem Wirkungsmechanismus dieser Medikamente, die Orexin inhibieren, erwarten würden?



Dr. Parrino: Orexin ist ein sehr typisches Neuropeptid, das mit Essverhalten und Wachheit verbunden ist. Wenn die Rezeptoren dieses Neuropeptids moduliert werden, werden auf jeden Fall auch Wachsamkeit und Essverhalten moduliert. Aber nehmen wir Essverhalten heraus, darüber werden wir vielleicht später sprechen. Man möchte hauptsächlich verstehen, ob die Wachsamkeit während des Tages erhalten und während der Nacht beeinträchtigt oder remoduliert werden kann. Ich bin sicher, dass die vorläufigen Daten in dieser Richtung ermutigend sind. Es scheint, dass Daridorexant in die richtige Richtung geht, nämlich, das Arousal in der Nacht zu senken und die richtige Menge und das richtige Niveau von Arousal während des Tages zu erhalten. Wenn diese zwei Extreme ausgeglichen werden können, kommt man diesem hypnotischen Ziel näher.

Dr. Neubauer: Zudem erhält man die Möglichkeit, die Medikamente stärker zu personalisieren. Wie schon erwähnt, stehen in den USA jetzt Suvorexant, Lemborexant und Daridorexant zur Verfügung. Andere befinden sich in der Entwicklung. Dies ist daher eine sehr spannende neue pharmakodynamische Richtung, die bezüglich der Vorteile während des Tages, in deren Genuss die Betroffenen vielleicht kommen werden, wahrscheinlich einen großen Unterschied machen wird. Rexford, welche zusammenfassende Botschaft haben Sie für die AllgemeinmedizinerInnen zum Thema der Funktionstüchtigkeit tagsüber?

Dr. Muza: Dies ist meiner Meinung nach ein sehr wichtiger Aspekt der Insomnie.

Expertenmeinung: Insomnie ist eine 24-Stunden-Störung



Insomnie ruiniert die Nacht und den Tag, und beide Aspekte sollten behandelt werden.

Symptome in der Nacht und am Tag überwachen
Die Funktionsfähigkeit tagsüber sollte gemessen werden, um den Einfluss und den Erfolg der Behandlung zu überwachen.

- Wie wach sind Sie während des Tages? Fühlen Sie sich erfrischt?
- Wie ist Ihre Stimmung? Sind Sie gereizt?
- Wie hoch ist Ihr Energieniveau? Sind Sie geistig müde? Körperlich müde? Schläfrig?

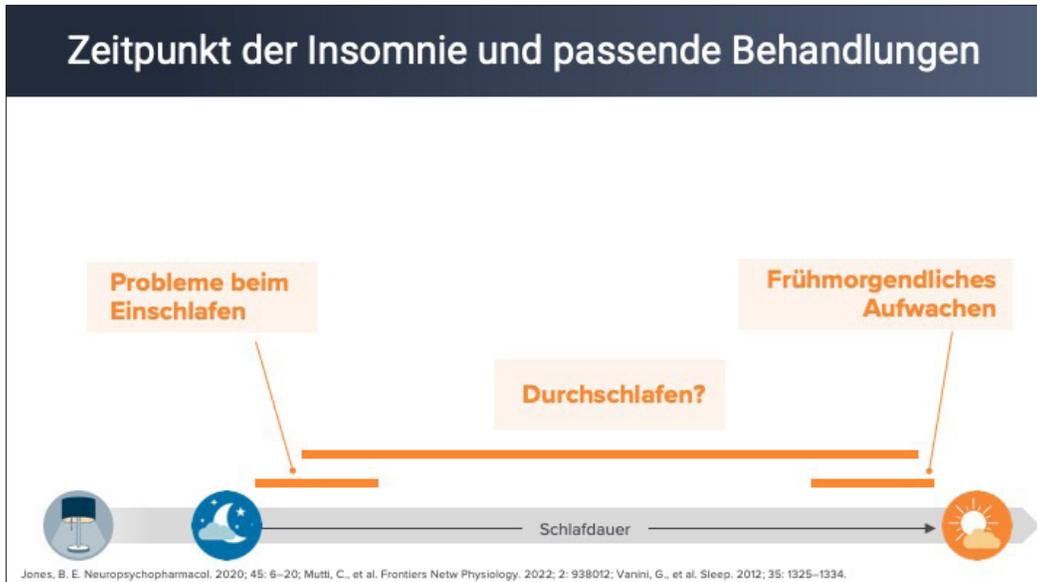
Expertenmeinung von Rexford Muza, MMED, FRCP.

Man weiß jetzt seit langer Zeit, dass Insomnie eine 24-Stunden-Störung ist, welche die Nacht und den Tag ruiniert. Von einer Insomnie-Behandlung wird erwartet, dass sie die Nacht und auch den Tag verbessert. Man sollte die Verbesserung also an den Indizes für die Nacht und für den Tag messen können. Wenn ein Medikament den Patienten total umhaut, er nachts schläft wie ein Murmeltier, aber sich am Tag wie ein Zombie fühlt, nicht fahren kann, sich nur schlecht konzentrieren kann, sich schlecht an Dinge erinnern kann, ist ihm damit kein Gefallen getan. Man sollte daher die Funktionstüchtigkeit tagsüber bestimmen. Man sollte betonen, dass dies ein Bestandteil der Insomnie-Behandlung ist, der ab dem Zeitpunkt der Diagnose bis zur Behandlung und Überwachung des Therapieerfolges im Auge behalten werden sollte.

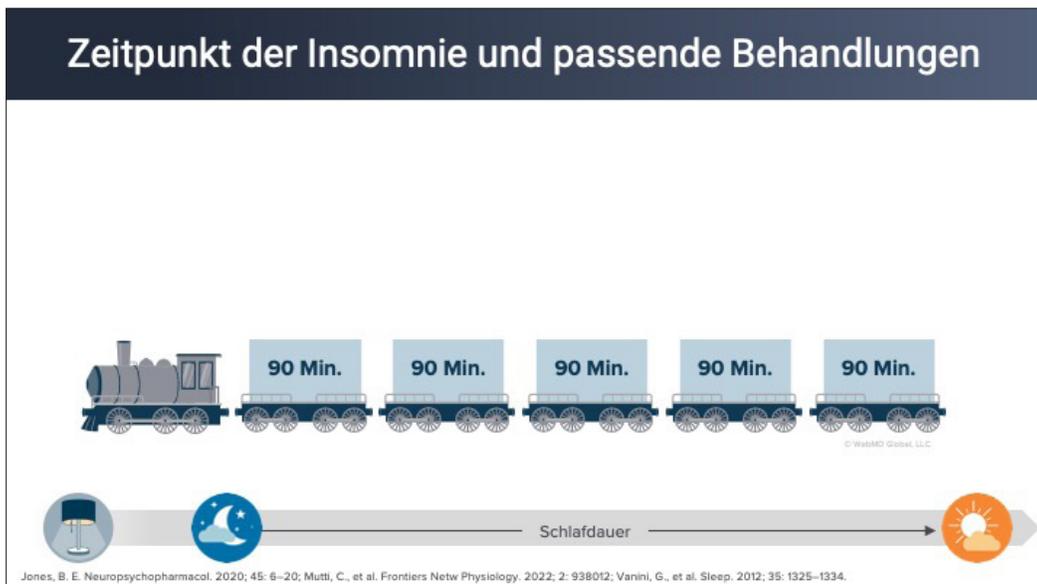
Medscape
EDUCATION GLOBAL

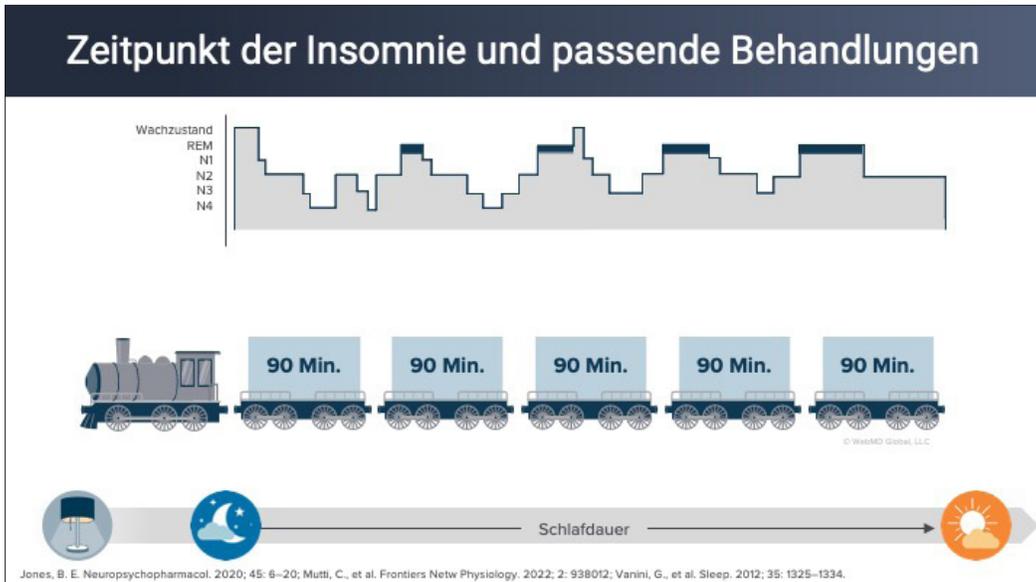
Insomnie und Wirkmechanismen von Medikamenten

Wir fahren jetzt mit dem Thema des Wirkmechanismus fort und wenden uns der Neurobiologie zu. Liborio, eines Ihrer Interessen sind die Wirkmechanismen von Medikamenten und wie verschiedene Behandlungen für bestimmte Arten der Insomnie für die PatientInnen richtig ausgewählt werden.

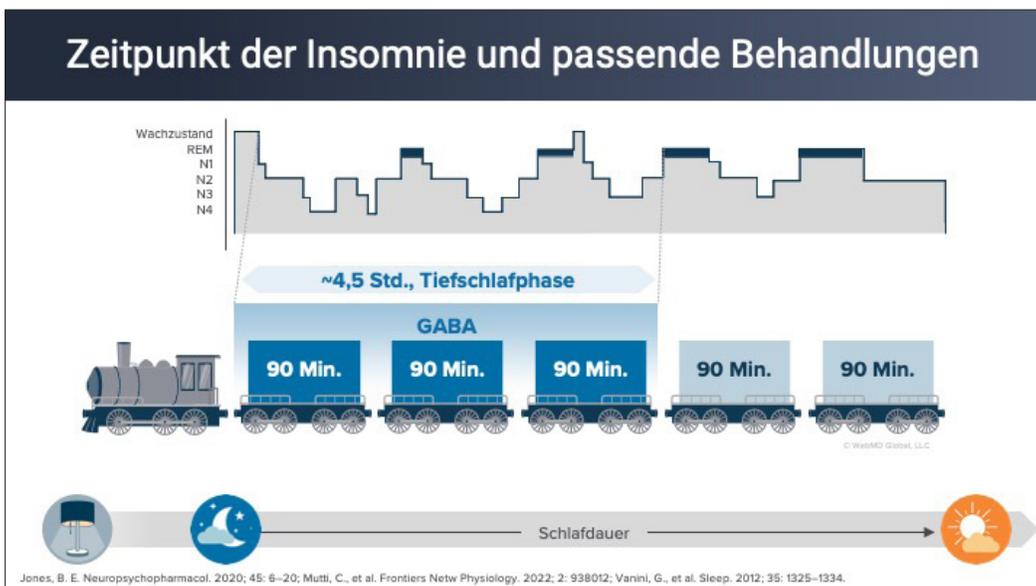


Dr. Parrino: Ja. Wenn ein Patient in der Praxis vorstellig wird, versuche ich die Art der Insomnie zu definieren. Denn das Erscheinungsbild der Einschlafstörung oder das Erscheinungsbild des frühmorgendlichen Aufwachens ist ziemlich leicht zu interpretieren, aber es ist nicht eindeutig, wenn der Patient sagt: „*Ich habe Durchschlafstörungen*“, weil Schlaf wie ein Zug mit fünf Waggons ist, und jeder Waggon ist ungefähr 90 Minuten lang.

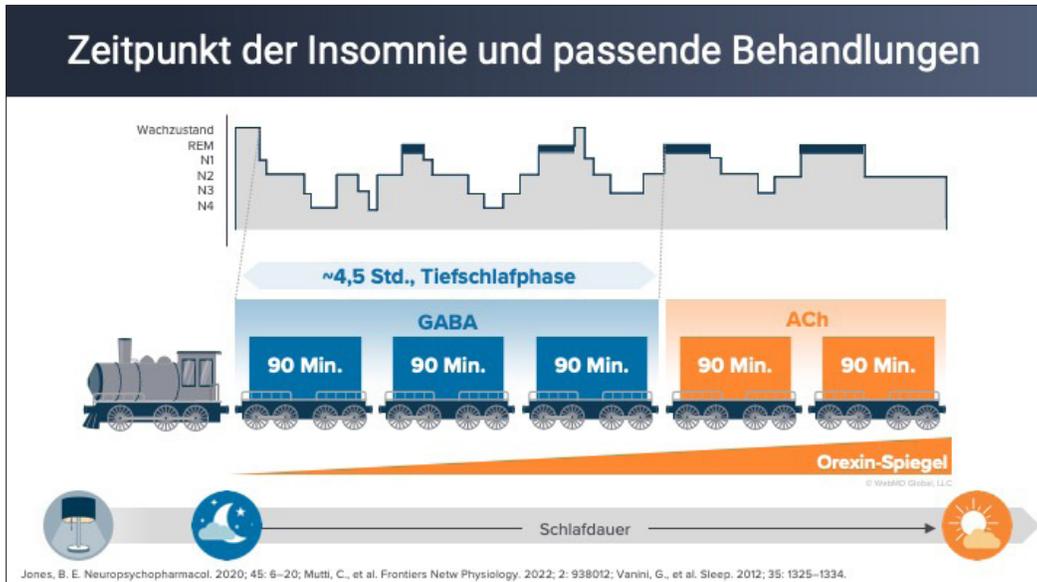




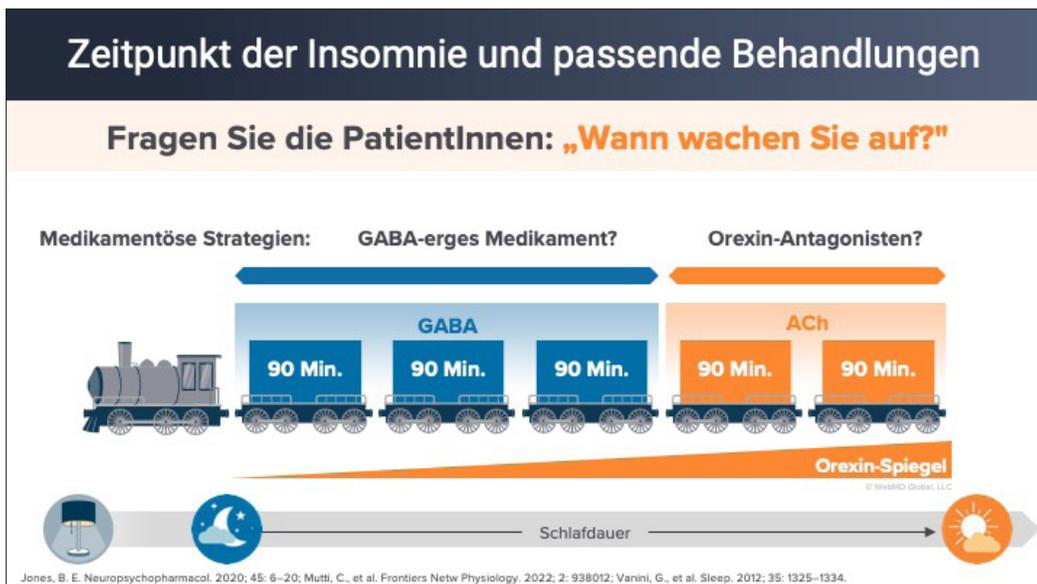
Dies verkörpert den Schlafzyklus, einschließlich der Non-REM- und REM-Phase eines jeden Zyklus.



Aber der erste Teil des Schlafes, insbesondere die ersten drei Waggons, die ungefähr die ersten vier bis viereinhalb Stunden des Schlafes ausmachen, werden von einem Neurotransmitter dominiert, nämlich GABA, der sich von dem Transmitter unterscheidet, der die Wachheit am Morgen moduliert und vorbereitet.



Dieser befindet sich unterhalb der letzten zwei Zugwaggons. Das sollte dem Patienten verdeutlicht werden – das kann auch durch den Allgemeinmediziner während seiner täglichen Routine geschehen – und man sollte fragen:



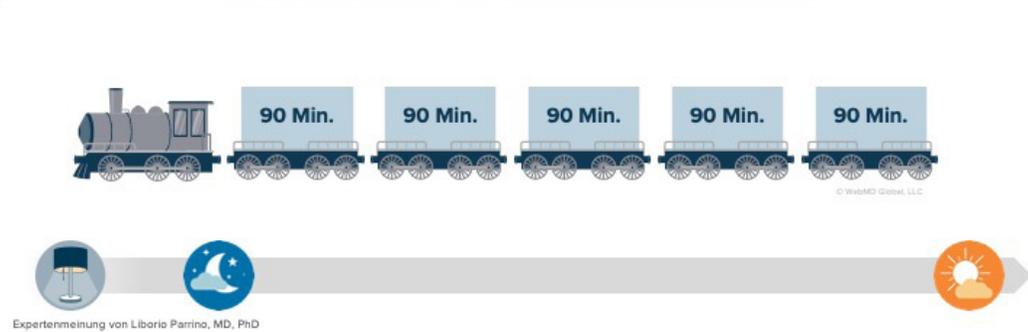
„Wenn Sie nachts aufwachen, wann und wo befinden Sie sich dann in dieser Zug-Analogie?“ Die Strategien sind unterschiedlich, da beim Aufwachen im ersten Teil wahrscheinlich ein GABA-erg wirkendes Medikament und beim Aufwachen im zweiten Teil keine GABA-erg wirkende Behandlung erforderlich ist. Vielleicht ist die Anwendung eines Medikaments, das den Acetylcholin-Neurotransmitter moduliert, besser.

Jetzt, da Daridorexant zur Verfügung steht – was ein neues Rezeptorziel bedeutet –, will man verstehen lernen, wann und in welchen Fällen diese Art von Medikament angewendet werden sollte. Wie von Rexford zuvor erwähnt, muss verstanden werden, dass auf eine Person zugeschnittene Instrumente für verschiedene Erscheinungsbilder zur Verfügung stehen.

Verwendung des Schlafzuges mit Patienten

Fragen Sie die PatientInnen: „Wann wachen Sie auf?“

Die PatientInnen können die problematischen Zeiten angeben, indem sie auf den entsprechenden Waggon zeigen. Dies hilft PatientInnen beim Verständnis des personalisierten Behandlungsansatzes und verbessert die Kommunikation zwischen Patient und Arzt.



© WebMD Global, LLC

Expertenmeinung von Liborio Parrino, MD, PhD

Wenn ein Patient jedoch den Zug das erste Mal sieht, versteht er, dass es eine Möglichkeit gibt, nachzuvollziehen und zu erkennen, dass es einen personalisierten Behandlungsansatz gibt, und nicht nur die unspezifische Frage: „Sie schlafen also nicht gut?“ Nein, es gibt eine eindeutige und gut erläuterte Erklärung, und dadurch wird auch eine positive Kommunikation und ein gutes Gefühl zwischen Patient und Arzt erzeugt.

Dr. Neubauer: Ja, ich stimme zu. Wie schon gesagt, legen wir Wert auf den Punkt, dass unsere Pharmakopöe durch diese dualen Orexin-Rezeptor-Antagonisten erweitert wurde, was zu mehr Auswahlmöglichkeiten unter Berücksichtigung der tatsächlichen Beschwerden der PatientInnen führt, die sie nachts und tagsüber haben.

Medscape
EDUCATION GLOBAL

Zirkadianer Rhythmus, Schlaf, Ernährung und metabolische Gesundheit

Ein anderer wirklich interessanter Bereich, über den kürzlich berichtet wurde, ist die Wechselwirkung zwischen Schlaf und Nahrung. Liborio, würden Sie diese Ergebnisse erklären?



Dr. Muza: Ich mag, dass Sie es als Lebensweise bezeichnet haben. Ich glaube, man muss es als Lebensweise ansehen und das ändern, was bei der Behandlung zu ändern ist. Das führt dahin, was ich meinen Patienten immer sage. Die erste Sache, die ich betone, ist die Schlafhygiene. Das Licht nachts dämpfen: Wir haben über Licht gesprochen. Schlafanker wählen: Immer zur gleichen Zeit aufwachen. Geräusche in der Nacht reduzieren, Schlafzimmer nur für Schlaf und körperliche Intimität nutzen. Verzehr der richtigen Nahrungsmittel vor dem Schlafengehen zur richtigen Zeit. Das sollte wesentlicher Bestandteil der alltäglichen Lebensweise sein.

Dr. Neubauer: Richtig. Die jüngsten Studien legen nahe, dass es hauptsächlich Nahrungsmittel mit hohem Fasergehalt sowie Obst und Gemüse sind, die mit einer besseren Schlafqualität verbunden sind. Im Grunde geht es also um die Lebensweise. Die Insomnie wird damit nicht notwendigerweise geheilt, es ist aber die Grundlage dieser Behandlung und nützlich für jeden zur Verbesserung des Schlafes.

Es gibt interessante Forschungen, die all diese Rhythmen zusammengebracht haben: die zirkadianen Rhythmen, der Zeitpunkt der Mahlzeiten, die Regelmäßigkeit unseres Schlaf-Wach-Zyklus. All dies kann eine stabile Wirkung auf die Qualität des Nachtschlafes und die Qualität der Funktionstüchtigkeit tagsüber haben.

Schlaf und Ernährung

Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme ist wichtig

Die Nahrungsaufnahme sollte während der biologischen Tageszeit stattfinden. Wenn spätabends oder in der Nacht gegessen wird, hat dies negative metabolische Konsequenzen.^[a,b]



a. McHill, A., et al. Präsentiert auf: SLEEP 2022, Jahrestreffen der Associated Professional Sleep Societies; 8. Juni 2022; Abstract 0222; b. Boege, H. L., et al. Curr Opin Biotech. 2021; 70: 1-6.

Physiologisch ist der Mensch so konzipiert, dass Nahrung während der biologischen Tageszeit aufgenommen und in der biologischen Nacht gefastet und einige Stunden vor der geplanten Schlafenszeit nicht mehr gegessen werden sollte. Dies ist für den Schlaf-Wach-Zyklus wahrscheinlich von Vorteil, aber auf jeden Fall für die metabolischen Konsequenzen. Es ist bekannt, dass Mahlzeiten spätabends metabolisch viel schädigender sind, als es genau die gleichen Mahlzeiten früher am Tage sind.

Schlussfolgerungen



- Tun Sie mehr, um Betroffene, die an Insomnie leiden, zu identifizieren.**
- Setzen Sie evidenzbasierte Behandlungen ein.**
Einschließlich KVT-I, digitaler KVT-I und medikamentöser Optionen, um eine personalisierte Versorgung für PatientInnen zu ermöglichen
- Insomnie sollte ernst genommen werden.**
Berücksichtigen Sie die Bedenken der PatientInnen, fragen Sie nach Insomnie wie nach jeder anderen Störung und behandeln Sie den individuellen Patienten entsprechend.

Zusammenfassend möchte ich auf den Anfang zurückkommen: Man muss mehr tun, um PatientInnen mit Insomnie zu identifizieren und sie in Richtung einer wirksamen Behandlung zu leiten. Ich möchte auch betonen, dass es eine Fülle von evidenzbasierten Daten zur Wirksamkeit von Strategien zur kognitiven Verhaltenstherapie sowie eine Vielzahl von Medikamenten gibt, die gut untersucht und zugelassen sind. Weiterhin gibt es die Möglichkeit, den PatientInnen eine personalisiertere Versorgung zu bieten. Abschließende Worte, Rexford? Irgendetwas anderes zum Abschluss?

Dr. Muza: Nein. Ich möchte nichts Neues hinzufügen. Die wichtigste Schlussfolgerung ist, dass Insomnie eine sehr wichtige Störung ist, die ernst genommen werden sollte. Die Bedenken der PatientInnen sollten bei ihrem Besuch besprochen werden. Die Fragen nach Insomnie sollten auf die gleiche Weise gestellt werden wie bei einem Patienten mit Schlaganfall oder einer anderen Störung. Es sollten alle Maßnahmen ergriffen werden, um den Patienten, der vorstellig wurde, angemessen zu behandeln.

Dr. Neubauer: Sehr gut. Liborio, abschließende Worte?

Dr. Parrino: Wir müssen den Schlaf freundlicher machen, da Schlaf ein natürlicher Freund von uns ist, und er wurde jedem geschenkt. Nicht jeder hat Diabetes. Nicht jeder hat schlimme Krankheiten, aber jeder schläft. Man sollte daher stolz und glücklich sein, zu schlafen, da Schlaf einen natürlichen Nutzen darstellt.



Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Schulung.

Bitte beantworten Sie die Beurteilungsfragen nach der Schulung und erhalten Credit.
Bitte nehmen Sie sich auch einen Moment Zeit, um das Programm zu bewerten.

Dr. Neubauer: Ich stimme voll zu. Vielen Dank, Rexford, vielen Dank, Liborio, für diese wertvolle Diskussion, und vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Bitte beantworten Sie jetzt die nachfolgenden Fragen und schließen Sie die Bewertung ab.

Informationen über AutorInnen/Fakultätsmitglieder und Offenlegungserklärungen

Medscape, LLC, verlangt von jeder Person, die an Bildungsinhalten beteiligt ist und deren Inhalt beeinflussen kann, alle finanziellen Beziehungen zu nicht förderfähigen Unternehmen aus den letzten 24 Monaten offenzulegen. Nicht förderfähige Unternehmen sind Organisationen, deren Hauptgeschäft die Herstellung, Vermarktung, der Verkauf, Wiederverkauf oder Vertrieb von Gesundheitsprodukten ist, die von oder bei PatientInnen verwendet werden.

Alle relevanten finanziellen Beziehungen von jeder Person mit Beteiligung an den Inhalten an dieser Fortbildung sind nachstehend aufgeführt und wurden gemäß Medscape-Richtlinien entschärft. Andere bei der Planung dieser Schulung beteiligte Personen unterhalten keine relevanten finanziellen Beziehungen.

David Neubauer, MD

Professor für Psychiatrie und Verhaltenswissenschaften
Stellvertretender Direktor, Zentrum für Schlafstörungen am Krankenhaus Johns Hopkins
Medizinische Fakultät der Johns Hopkins University
Baltimore, Maryland, Vereinigte Staaten von Amerika

Die Teilnahme von Dr. Neubauer bedeutet nicht zwingend die Billigung seitens der Johns Hopkins University oder des Johns-Hopkins-Krankenhauses und -Gesundheitssystems.

David Neubauer, MD, weist die folgenden relevanten finanziellen Beziehungen aus:

- Beratende Tätigkeit für: Eisai Inc; Idorsia; Imbrium Therapeutics

Rexford T. Muza, MMED, FRCP

ESRS-zertifizierter Somnologe
Schlafmediziner
Zentrum für Schlafstörungen
Guy's Hospital
London, Vereinigtes Königreich

Rexford T. Muza, MMED, FRCP, weist keine relevanten finanziellen Beziehungen aus.

Liborio Parrino, MD, PhD

Professor für Neurologie
Universität Parma
Parma, Italien

Liborio Parrino, MD, PhD, weist die folgenden relevanten finanziellen Beziehungen aus:

- Beratende Tätigkeit für: Idorsia; Pierpaoli
- Sprecher oder Mitglied eines Sprecherbüros für: Idorsia
- Forschungsfinanzierung von: Idorsia; Pierpaoli

Informationen über und Offenlegungserklärungen von MED/SCM/HerausgeberInnen/AutorInnen

Dr. Katherine Carpenter weist die folgenden relevanten finanziellen Beziehungen aus:

Medical Education Director, WebMD Global, LLC

- Beratende Tätigkeit für: Eisai (ehemals), GW Pharmaceuticals (ehemals)

Informationen über und Offenlegungserklärungen von weiteren Fortbildungsplanungsverantwortlichen/PrüferInnen

Compliance-PrüferInnen/Fortbildungsplanung für Krankenpflegekräfte

Lisa Simani, APRN, MS, ACNP

Associate Director, Accreditation and Compliance, Medscape, LLC

Lisa Simani, APRN, MS, ACNP, weist keine relevanten finanziellen Beziehungen aus.

- **Fachgutachter:** Diese Schulung unterliegt einem Peer-Review und der Fachgutachter weist keine relevanten finanziellen Beziehungen aus.

Haftungsausschluss

Dieses Dokument ist ausschließlich zu Schulungszwecken bestimmt. Für die reine Lektüre 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/983286.

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

Wenn Sie technische Unterstützung benötigen, wenden Sie sich an 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 Fortbildungsprogramme auf medscape.org fördern. Es werden möglicherweise therapeutische Produkte, die nicht von der US-amerikanischen Lebensmittel- und Arzneimittelbehörde (Food and Drug Administration, FDA) zugelassen sind, oder die Verwendung von Produkten außerhalb der zugelassenen Indikation besprochen. Vor der Verwendung der hier besprochenen therapeutischen Produkte sollte ein Arzt konsultiert werden. Vor der Behandlung von Patientinnen und Patienten oder der Anwendung einer der in diesem Fortbildungsangebot beschriebenen Therapien sollten die Leserinnen und Leser alle Informationen und Daten überprüfen.

Medscape Education © 2022 Medscape LLC