

Diagnostische und therapeutische Herausforderung bei alten Menschen mit Schlafstörungen

Ein ausreichender und erholsamer Schlaf ist ein wichtiger Faktor für subjektives Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität. Ein gestörter Schlaf und seine Folgen belasten im höheren Lebensalter nicht nur den Betroffenen, sondern auch Familien und Betreuungspersonen. Gerade im Kontext von Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit, Heimunterbringung und Demenz stellen Schlafstörungen eine diagnostische und therapeutische Herausforderung dar. Die Grundzüge einer adäquaten Abklärung und Behandlung von Schlafstörungen sollten jedem, der multimorbide alte Menschen betreut, geläufig sein.

HELMUT FROHNHOFEN

Viele ältere Menschen sind mit ihrem Schlafvermögen unzufrieden, und fast jeder Dritte klagt über einen gestörten Schlaf (1, 2). Berichtet werden Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen oder Schläfrigkeit am Tag (3). Diese klinischen Zeichen sind jedoch unspezifisch und müssen durch eine gezielte Anamneseerhebung weiter abgeklärt werden. Die Diagnostik wird oft dadurch erschwert, dass die klinische Präsentation von Krankheiten im höheren Lebensalter durch die Überlagerung mit alterstypischen Veränderungen des Organismus, Umgebungsfaktoren, Multimorbidität und Polypharmazie beeinflusst wird (4, 5).

Bei älteren Menschen haben sich konsentrierte Screeningfragen zur Abklärung einer Schlafstörung gerade in der täglichen Praxis als sehr hilfreich erwiesen (*Tabelle 1*) (6). Diese Fragen beziehen sich auf die folgenden Kategorien von Schlafstörungen:

- ❖ Insomnie
- ❖ Parasomnien
- ❖ schlafbezogene Atemstörungen
- ❖ Hypersomnie.

Anschließend muss gegebenenfalls gezielt mithilfe validierter Fragebögen (www.dgsm.de) in dem betroffenen Bereich weitergesucht werden.

Physiologische Veränderungen im Alter

Der Schlaf zeigt beim gesunden und beschwerdefreien älteren Menschen im Vergleich zu jüngeren Menschen Veränderungen, die als normal gelten (7). Zu diesen Veränderungen gehören eine leicht reduzierte Gesamtschlafzeit, eine deutlich reduzierte Schlaffeffizienz, eine leicht verlängerte Einschlaf latenz und eine nächtliche Wachzeit nach dem erstmaligen Einschlafen von bis zu 2 Stunden Dauer (7, 8). Zudem gehen ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren Menschen früher zu Bett und wachen früher auf. Auch schlafen ältere Menschen häufiger am späten Nachmittag oder am frühen Abend (6, 9, 10). Die Kenntnis der altersphysiologischen Veränderungen des Schlafs ist wichtig, da hierdurch in Beratungsgesprächen eine falsche Erwartungshaltung an das eigene Schlafvermögen korrigiert werden kann (1).

In einer Metaanalyse mit mehr als 3000 Teilnehmern wurden Normalwerte für den Schlaf über die gesamte menschliche Lebensspanne ermittelt (8). Die wichtigsten Ergebnisse aus dieser Studie sind für die älteren Teilnehmer qualitativ in *Tabelle 2* aufgeführt. Daraus geht hervor, dass sich die grössten Veränderungen zwischen mittelalten und älteren Personen finden.

Insomnie beim alten Menschen

Die ICSD-2-Kriterien für die Diagnose einer Insomnie (Schlaflosigkeit) gelten auch im höheren Lebensalter. Die Patienten berichten über Ein- und/oder Durchschlafstörungen sowie Früherwachen, die an wenigstens 3 Nächten in der Woche auftreten und für mindestens 1 Monat andauern. Ist zudem die Tagesbefindlichkeit gestört, liegt eine schwere Insomnie vor (11).

Die Häufigkeit einer Insomnie bei alten Menschen wird mit bis zu 50 Prozent angegeben und ist von den verwendeten Selektions- und Diagnosekriterien abhängig (12–16). Im höheren Lebensalter nimmt dabei der Anteil der sekundären Insomnien, also der Insomnien infolge einer anderen Grunderkrankung, deutlich zu (17). Wesentliche Grunderkrankungen sind die Herzinsuffizienz, die Demenz, die depressive Episode und das Restless-legs-Syndrom (17).

Merksätze

- ❖ Komorbiditäten sind bei Schlafstörungen alter Menschen eher die Regel und müssen unbedingt berücksichtigt werden.
- ❖ Eine Pharmakotherapie von Schlafstörungen im Alter sollte mit einer niedrigen Dosis beginnen, die langsam gesteigert wird.

Tabelle 1:
Screeningfragen bei vermuteter Schlafstörung im höheren Lebensalter (6)

Um wie viel Uhr gehen Sie normalerweise zu Bett?
Zu welcher Uhrzeit erwachen Sie morgens normalerweise?
Fällt es Ihnen häufig schwer, einzuschlafen?
Wie oft wachen Sie in der Nacht auf?
Wenn Sie nachts aufwachen, fällt es Ihnen schwer, wieder einzuschlafen?
Schnarchen Sie nachts, oder haben Sie Atempausen?
Bewegen Sie sich nachts heftig im Bett, oder treten Sie um sich?
Wissen Sie, ob Sie im Schlaf essen, umherlaufen, treten oder schreien?
Fühlen Sie sich tagsüber überwiegend müde oder schläfrig?
Schlafen Sie mehrfach tagsüber ein?
Kommt es vor, dass Sie tagsüber einschlafen, ohne dies zu wollen?
Wie viel Schlaf benötigen Sie, um sich wach und leistungsfähig zu fühlen?
Nehmen Sie irgendwelche Präparate, um Ihren Schlaf zu verbessern?

Tabelle 2:
Qualitative Veränderung von Parametern des normalen Schlafs nach Altersgruppen (8)

Altersgruppen (Jahre)	40–60 vs. 60–70	60–70 vs. > 70
Gesamtschlafzeit	↓	↔
Einschlaflatenz	↔	↔
Schlafeffizienz	↓	↓
Stadium 1	↑	↔
Stadium 2	↑	↔
Tiefschlaf	↓	↔
REM-Schlaf	↓	↔
REM-Latenz	↔	↔
Durchschlafstörung	↑	↔

Für die Abklärung einer Insomnie beim alten Menschen hilft ein strukturiertes Vorgehen (6); in *Tabelle 3* sind die wichtigsten Fragen zusammengefasst.

Ob eine Insomnie behandelt werden muss, hängt auch im höheren Alter von den Symptomen, dem Leidensdruck und den assoziierten Gesundheitsstörungen ab (12). Ältere Menschen mit Insomnie stürzen häufiger, zeigen häufiger kognitive Probleme, sind in ihrer Leistungsfähigkeit und Selbstversorgungsfähigkeit deutlicher beeinträchtigt und haben eine höhere Mortalität als ältere Menschen ohne Insomnie (12, 18–23).

Nach Grunderkrankungen fahnden!

Die Behandlung einer Insomnie orientiert sich an der auslösenden Ursache, wobei gerade bei älteren Menschen die Behandlung der Komorbiditäten im Vordergrund stehen muss (12). Weiterhin können im höheren Lebensalter mehrere Ursachen für eine Insomnie gleichzeitig vorliegen sowie primäre und sekundäre Insomnien sich überlappen (17). Die Grundlage der Behandlung einer Insomnie im Alter ist die konsequente Suche nach auslösenden Faktoren und Erkrankungen sowie deren Beseitigung. Neben dem Umsetzen der Empfehlungen der Schlafhygiene müssen insbesondere depressive Episoden und persistierende Schmerzen behandelt werden (24).

Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Massnahmen wie Stimuluskontrolle und Schlafrestriktion sind auch bei alten Menschen hoch effektiv (25–27).

Auch eine als «Countercontrol» bekannte Abwandlung der Stimuluskontrolle kann helfen. Die Patienten sollen bei Ein- oder Durchschlafstörungen ihr Bett nicht mehr verlassen, sondern sich bewusst mit anderen Tätigkeiten wie Lesen, Fernsehen oder Musikhören beschäftigen, bis sie wieder das Gefühl haben, einschlafen zu können. Countercontrol ist weniger wirksam als Stimuluskontrolle, doch bessern sich Einschlaflatenz und Durchschlafvermögen um 20 bis 30 Prozent (28).

Medikamentöse Therapie

Die am häufigsten verwendeten Präparate zur pharmakologischen Behandlung der Insomnie sind Benzodiazepine und Nichtbenzodiazepinhypnotika, sogenannte Z-Drugs. Die Indikation zur Pharmakotherapie einer Insomnie sollte im höheren Alter kritisch überdacht werden. Entschliesst man sich zu einer solchen Behandlung, muss mit einer niedrigen Dosis begonnen und darf diese nur langsam gesteigert werden («start low, go slow»). Die Wirksamkeit von Benzodiazepinen und Z-Drugs konnte in Studien belegt werden. In einer Metaanalyse liess sich zeigen, dass die Gesamtschlafzeit zunahm und die Zahl der nächtlichen Aufwachphasen sank, jedoch stiegen auch die unerwünschten Effekte (29). Letztere waren aber abhängig von der Art des verwendeten Präparates, der Dosis und der Dauer der Einnahme (29). Für andere Präparate wie Antihistaminika, Antidepressiva oder Neuroleptika gibt es keine Evidenz bezüglich der Behandlung der Insomnie im höheren Lebensalter. Auch müssen die anticholinergen Effekte dieser Präparate (Gefahr des Delirs, Beeinträchtigung der Hirnleistung, Verstärkung einer Schlafapnoe) bedacht werden (30–32).

Besonderheiten im Pflegeheim

Eine besondere Gruppe stellen Heimbewohner dar. Diese alten Menschen werden unter dem Aspekt der Pflegebedürftigkeit selektioniert und zeigen häufig zahlreiche Komorbiditäten. Physische und psychische Morbidität verändern die alterstypischen Merkmale des Nachtschlafs. Die ausgeprägtesten Veränderungen des Schlafs finden sich bei Demenzpatienten. Hier nimmt die Tiefe des Nachtschlafs ab mit der Folge leichterer Erweckbarkeit bei gleichzeitig reduzierter Vigilanz im Tagesverlauf. Damit zeigen demenzkranke Men-

Tabelle 3:
Strategische Fragen zur Abklärung einer Insomnie im höheren Lebensalter (6)

Fragen zu	Hintergrund und Konsequenzen
Bettgehzeiten	Störung des zirkadianen Rhythmus? Aufklärung und Beratung
Komorbiditäten	Sekundäre Insomnie, Behandlung der Grunderkrankung
<ul style="list-style-type: none"> ❖ somatisch ❖ psychiatrisch ❖ Medikation 	
Restless-legs-Syndrom	Aktiv nachfragen, da oft nicht spontan berichtet

schen eine aufgehobene Tag-Nacht-Rhythmik, eine reduzierte Schlafeffizienz mit langen Wachphasen in der Nacht und häufigem Tagesschlaf. Bei diesen Patienten sind etablierte Mechanismen in Diagnostik und Therapie nicht mehr möglich. Verständnis und Kooperation sind reduziert. Der gestörte Schlaf kann Sozialverhalten, Funktionalität und Lebensqualität beeinflussen.

Der Schlaf bei Menschen mit Demenz

Viele Menschen mit Demenzsyndromen zeigen Störungen ihrer Aktivitätsmuster. Die hieraus resultierenden Schlafstörungen belasten den Patienten, aber auch die betreuenden Angehörigen oder Mitpatienten beziehungsweise Mitbewohner in Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern (33). Ursächlich wird eine Störung der Neurone des Ncl. suprachiasmaticus im Rahmen der Demenz diskutiert. Zusätzlich kann auch der Einfluss äusserer Zeitgeber infolge abnehmender Empfindlichkeit reduziert sein. In einer an Demenzkranken durchgeführten Aktimeterstudie zeigten 57 Prozent der Patienten auffällige Verhaltensmuster des Schlafverhaltens. Diese Verhaltensmuster wurden als irregulärer Rhythmus (30,5%), freilaufender Rhythmus (12,2%), Hypoaktivität im Tagesverlauf (7,3%) und ultradianer Rhythmustyp (7,3%) klassifiziert (34).

Dies bedeutet, dass die Schlafstörungen demenzkranker Menschen Unterschiede zeigen und differenziert betrachtet werden müssen. Auf der Basis der oben vorgenommenen Einteilung können jedoch individuelle Behandlungskonzepte für demenzkranke Menschen versucht werden. Die noch wenigen Daten zeigen auch, dass die Implementierung schlafmedizinischer und chronobiologischer Ansätze bei der Versorgung Demenzkranker hilfreich sein kann, zumal die rein pharmakologische Behandlung von Verhaltensstörungen mit Neuroleptika mit einer Übersterblichkeit assoziiert ist (35–37).

Einsamkeit, geringe Anregung von aussen, fehlende Lichtexposition am Tag und Isolierung fördern bei Heimbewohnern die Destabilisierung des zirkadianen Rhythmus. Dauerhafte Bettlägerigkeit entkoppelt von äusseren Zeitgebern und fördert ein irreguläres Schlaf-Wach-Muster. Fehlende Lichtexposition tagsüber und Bettlägerigkeit sind mit der Verfügbarkeit von Mitarbeitern in der Pflege assoziiert. So fand sich in einer Studie mit niedrigem Pflegeschlüssel eine Bettlägerigkeit am Tag bei 40 Prozent der Bewohner im Vergleich zu 26 Prozent bei ausreichendem Pflegeschlüssel (38). Untersuchungen zeigen auch, dass weniger mobile Heimbewohner nachts etwa 12 Stunden im Bett verbringen und zusätzliche 2 Stunden während des Tages. Der typische wenig mobile Heimbewohner verbringt damit lediglich 9 Stunden des Tages ausserhalb des Betts. Diese Umgebungsfaktoren sind aber grundsätzlich beeinflussbar. So führt eine Förderung der Aktivität von Bewohnern oder eine ausreichende Lichtexposition gerade am Vormittag zu einer deutlichen Stabilisierung des zirkadianen Rhythmus und mittelbar zu einer Verbesserung des Schlafs. ❖

Dr. med. Helmut Frohnhofen
 Klinik für Geriatrie und Zentrum für Altersmedizin
 Kliniken Essen-Mitte
 D- 45136 Essen

Interessenkonflikte: keine deklariert

Literatur unter www.arsmedici.ch

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 15/2013. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.

Literatur:

1. Cooke JR, Ancoli-Israel S: Normal and abnormal sleep in the elderly. *Handb Clin Neurol* 2011; 98: 653–65.
2. Namen AM, Wymer A, Case D, Haponik EF: Performance of sleep histories in an ambulatory medicine clinic: impact of simple chart reminders. *Chest* 1999; 116(6): 1558–1563.
3. Hatoum HT, Kania CM, Kong SX, Wong JM, Mendelson WB: Prevalence of insomnia: a survey of the enrollees at five managed care organizations. *Am J Manag Care* 1998; 4(1): 79–86.
4. McMillan GJ, Hubbard RE: Frailty in older inpatients: what physicians need to know. *QJM* 2012; 105(11): 1059–65.
5. Yeh P, Walters AS, Tsuang JW: Restless legs syndrome: a comprehensive overview on its epidemiology, risk factors, and treatment. *Sleep Breath* 2012; 16(4): 987–1007.
6. Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, et al.: Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(5): 761–89.
7. Reynolds CF, Kupfer DJ, Taska LS, Hoch CC, Sewitch DE, Spiker DG: Sleep of healthy seniors: a revisit. *Sleep* 1985; 8(1): 20–9.
8. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV: Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep* 2004; 27(7): 1255–73.
9. Crowley K: Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychol Rev* 2011; 21(1): 41–53.
10. Finucane TE: Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(11): 2173–2174.
11. Edinger JD, Wyatt JK, Stepanski EJ, et al.: Testing the reliability and validity of DSM-IV-TR and ICSD-2 insomnia diagnoses. Results of a multitrait-multimethod analysis. *Arch. Gen. Psychiatry* 2011; 68(10): 992–1002.
12. Ancoli-Israel S, Cooke JR: Prevalence and comorbidity of insomnia and effect on functioning in elderly populations. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(7 Suppl): S264–71.
13. Ohayon MM: Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002; 6(2): 97–111.
14. Potvin O, Hudon C, Forget H, et al.: Prevalence of psychiatric disorders in community-dwelling older men and women with cognitive impairment no dementia: results from the ESA study. *Aging Ment Health* 2012; 16(2): 218–227.
15. Su T, Huang S, Chou P: Prevalence and risk factors of insomnia in community-dwelling Chinese elderly: a Taiwanese urban area survey. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38(9): 706–713.
16. Voyer P, Landreville P, Moisan J, Tousignant M, Prévile M: Insomnia, depression and anxiety disorders and their association with benzodiazepine drug use among the community-dwelling elderly: implications for mental health nursing. *Int J Psychiatr Nurs Res* 2005; 10(2): 1093–1116.
17. Lichstein K, Morin C: *Treatment of Latelife Insomnia*: Sage Publications, Inc. 2000.
18. Poor Sleep is Associated with Poorer Physical Performance and Greater Functional Limitations in Older Women: Associated Professional Sleep Societies, LLC.
19. Blackwell T, Yaffe K, Ancoli-Israel S, et al.: Poor sleep is associated with impaired cognitive function in older women: the study of osteoporotic fractures. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2006; 61(4): 405–410.
20. Blackwell T, Yaffe K, Ancoli-Israel S, et al.: Association of sleep characteristics and cognition in older community-dwelling men: the MROS sleep study. *Sleep* 2011; 34(10): 1347–1356.
21. Stone KL, Ancoli-Israel S, Blackwell T, et al.: Actigraphy-measured sleep characteristics and risk of falls in older women. *Arch. Intern. Med.* 2008; 168(16): 1768–1775.
22. Ensrud KE, Blackwell TL, Ancoli-Israel S, et al.: Sleep disturbances and risk of frailty and mortality in older men. *Sleep medicine* 2012.
23. Stone KL, Ewing SK, Ancoli-Israel S, et al.: Self-reported sleep and nap habits and risk of mortality in a large cohort of older women. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(4): 604–611.
24. Martin JL, Fung CH: Quality indicators for the care of sleep disorders in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55 Suppl 2: 424–430.
25. NIH releases statement on behavioral and relaxation approaches for chronic pain and insomnia. *Am Fam Physician* 1996; 53(5): 1877–1878, 1880.
26. Insomnia: assessment and management in primary care. National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Insomnia. *Am Fam Physician* 1999; 59(11): 3029–3038.
27. National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 13–15, 2005. *Sleep* 2005; 28(9): 1049–1057.
28. Davies R, Lacks P, Storandt M, Bertelson AD: Countercontrol treatment of sleep-maintenance insomnia in relation to age. *Psychol Aging* 1986; 1(3): 233–138.
29. Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE: Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005; 331(7526): 1169.
30. Dassanayake T, Michie P, Carter G, Jones A: Effects of benzodiazepines, antidepressants and opioids on driving: a systematic review and meta-analysis of epidemiological and experimental evidence. *Drug Saf* 2011; 34(2): 125–156.
31. Singler K, Singler B, Heppner HJ: Akute Verwirrtheit im Alter. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 2011; 136(14): 681–684.
32. Wilson SJ, Nutt DJ, Alford C, et al.: British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *J. Psychopharmacol. (Oxford)* 2010; 24(11): 1577–601.
33. Cadigan RO, Grabowski DC, Givens JL, Mitchell SL: The quality of advanced dementia care in the nursing home: the role of special care units. *Med Care* 2012; 50(10): 856–62.
34. Motohashi Y, Maeda A, Wakamatsu H, Higuchi S, Yuasa T: Circadian rhythm abnormalities of wrist activity of institutionalized dependent elderly persons with dementia. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2000; 55(12): M740–743.
35. Antipsychotics are overprescribed for nursing home residents. *Harv Ment Health Lett* 2011; 28(2): 7.
36. McCleery J, Fox R: Antipsychotic prescribing in nursing homes. *BMJ* 2012; 344: e1093.
37. Smith TGH: Antipsychotics in dementia--mortality risks and strategies to reduce prescribing. *Evid Based Ment Health* 2011; 14(2): 35–36.
38. Yoshino H, Sakurai T, Hasegawa K, Yokono K: Causes of decreased activity of daily life in elderly patients who need daily living care. *Geriatr Gerontol Int* 2011; 11(3): 297–303.