



# Vom kompetenten Umgang mit Schlafmitteln *practica 2020*

Dr. med. Tobias Samusch

 DEUTSCHER  
HAUSÄRZTEVERBAND



# Interessenskonflikte

## Dr. med. Tobias Samusch

- Tätigkeit als Facharzt für Allgemeinmedizin
  - mit eigener KV-Hausarztpraxis in Soest ([www.arztpraxis-samusch.de](http://www.arztpraxis-samusch.de))
- Tätigkeit als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
  - Gutachten für verschiedene öffentliche Stellen
- Vortragstätigkeit
  - KWWL
  - Hausärzteverband/IHF/Werkzeugkasten Niederlassung
  - KVWL-Qualitätszirkelmoderation Niederlassung Kreis Soest
- DEGAM-Mitglied, Mitglied im Hausärzteverband
- Keine Beziehungen zur Pharmaindustrie und Mitglied bei MEZIS



# Ziel des Seminars

ÄrztInnen stehen bei der Behandlung von Schlafstörungen im **Spannungsfeld** zwischen theoretischen Überlegungen und praktischer Umsetzung. Durch den hohen **Leidensdruck** und die **Wünsche** der Patienten erscheint die Verordnung von Schlafmitteln oft als einzige **Lösung für ein komplexes Problem**.

Dieses Seminar will einen **kompetenten Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln** vermitteln und **nichtpharmakologische Alternativen** aufzeigen.

Was sind Ihre Erfahrungen?

Was sind Ihre Wünsche an das Seminar?



# Überblick

**1** Problemanalyse

**2** Schlaf

- Normaler Schlaf
- gestörter Schlaf
- Diagnostik

**3** Rahmenbedingungen der Verschreibung von Schlafmitteln

**4** Medikamentöse Verfahren

**5** Nichtmedikamentöse Verfahren



1

# Problemanalyse: Drucksituation?

## Patient/Pflege:

(Unangenehmes) Empfinden  
& (negative) Bewertung in Bezug auf den Schlaf



## Apell:

Auf der Ebene Arzt-Patient:  
„Doktor mach schnell was“



## Sonderfall Langzeiteinnahme:

Pat. nimmt ein Schlafmittel bereits  
regelmäßig ein (nach stat. Aufenthalt, nach  
Hausarztwechsel, nach  
Gebietsfacharztkonsultation)



## Welche Handlungsmöglichkeiten?

- Dauerverordnung auf Kassenrezept?
- Privatrezept?
- Umstellen / Reduzieren / Absetzen?

## Welche Handlungsmöglichkeiten?

- **Schlafmittel?** (BenzoZ? Andere?)
- **Naturheilkunde?**
- Psychotherapie?
- Entspannungsverfahren?
- Lifestylemodifikation?
- Zurücklehnen. Nix tun. Abwarten.?
- Schlafhygiene?
- Psychosupportives Gespräch?



1

# Problemanalyse: Drucksituation?

## Patient/Pflege:

(Unangenehmes) Empfinden  
& (negative) Bewertung in Bezug auf den Schlaf



## Apell:

Auf der Ebene Arzt-Patient:  
„Doktor mach schnell was“



## Sonderfall Langzeiteinnahme:

Pat. nimmt ein Schlafmittel bereits  
regelmäßig ein (nach stat. Aufenthalt, nach  
Hausarztwechsel, nach  
Gebietsfacharztkonsultation)



## Welche Handlungsmöglichkeiten?

- Dauerverordnung auf Kassenrezept?
- Privatrezept?
- Umstellen / ... / Absetzen?



## Welche Handlungsmöglichkeiten?

- **Schlafmittel?** (BenzoZ? Andere?)
- **Naturheilkunde?**
- Psychotherapie?
- Entspannungstechniken?
- Lifestylemodifikation?
- Zurücklehnen / ... / warten.?
- Schlafhygiene
- Psychosupportives Gespräch?





# 1 Schlafmittelverordnung und Kommunikation

Strukturierung des Gespräches durch  
WWSZ-Techniken

- Warten
- Wiederholen
- Spiegeln
  
- Zusammenfassen

Gesprächsraum  
öffnen und offen  
halten

Qualitätssicherung  
Gesprächsstrukturierung



1

# Problemanalyse: Kompetenter Umgang?

**Patient/Pflege:**

(Unangenehmes) Empfinden  
& (negative) Bewertung in Bezug auf den  
Schlaf

**Apell:**

Auf der Ebene Arzt-Patient:  
„Doktor mach schnell was“

**therapeutische Beziehung**

**Krankheitskonzept**

Diagnostik

Therapie





1

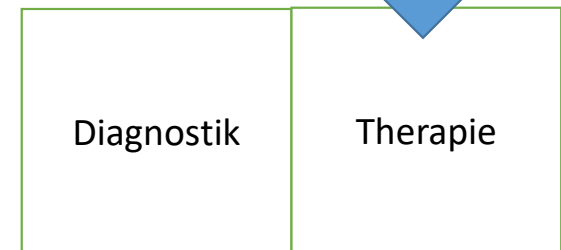
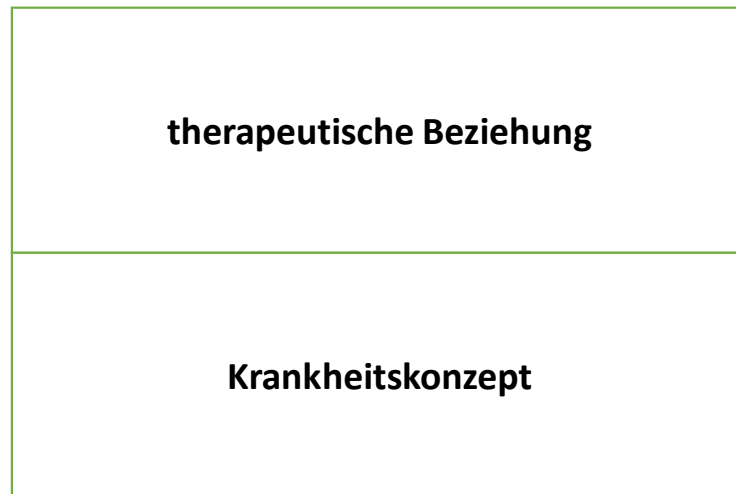
# Problemanalyse: Kompetenter Umgang?

**Patient/Pflege:**

(Unangenehmes) Empfinden  
& (negative) Bewertung in Bezug auf den  
Schlaf

**Apell:**

Auf der Ebene Arzt-Patient:  
„Doktor mach schnell was“





# 1 Schlafmittelverordnung und Kommunikation Umgang mit Emotionen - das NURSE-Model

- **N**aming: Emotionen benennen
- **U**nderstanding: Wenn möglich Verständnis für die Emotionen ausdrücken
- **R**especting: Respekt oder Anerkennung für den Patienten artikulieren
- **S**upporting: Dem Patienten Unterstützung anbieten
- **E**xploring: Weitere Aspekte zur Emotion herausfinden



1

# Problemanalyse: Kompetenter Umgang?

**Patient/Pflege:**

(Unangenehmes) Empfinden  
& (negative) Bewertung in Bezug auf den  
Schlaf

**Apell:**

Auf der Ebene Arzt-Patient:  
„Doktor mach schnell was“

**therapeutische Beziehung**

**Krankheitskonzept**

Wie geht es der Hausärztin  
/ dem Hausarzt?

Diagnostik

Therapie



# 1 Schlafmittelverordnung und Kommunikation Konzept des Patienten explorieren:

## 1. Konzept des Patienten explorieren

- Was ist das? (Identity)
- Was ist die Ursache? (Cause)
- Was sind die Folgen? (Consequences)
- Wie ist der zeitliche Verlauf? (Time Line)
- Wie kann man das behandeln? (Control)

angelehnt an das  
Common Sense Model of Illness  
(Leventhal)

## 2. Funktionelle Anteile des Patientenkonzeptes würdigen

## 3. Dysfunktionale Anteile des Konzeptes ansprechen

## 4. Eigenes medizinisches Konzept offenlegen

1

# Drucksituation

Wie geht es der Hausärztin  
/ dem Hausarzt?

Patienten kommen **gestresst und hilflos** in die Hausarztpraxis und sehen sich nicht mehr in der Lage, ihre derzeitige **Lebenssituation zu bewältigen**.

- mit dem Wunsch, „irgendetwas“ verordnet zu bekommen
- die Einnahme von Medikamenten wird als einzig tolerierbare Lösung empfunden.

Hausärzte sind insbesondere mit den psychischen Problemen ihrer Patienten **überfordert**

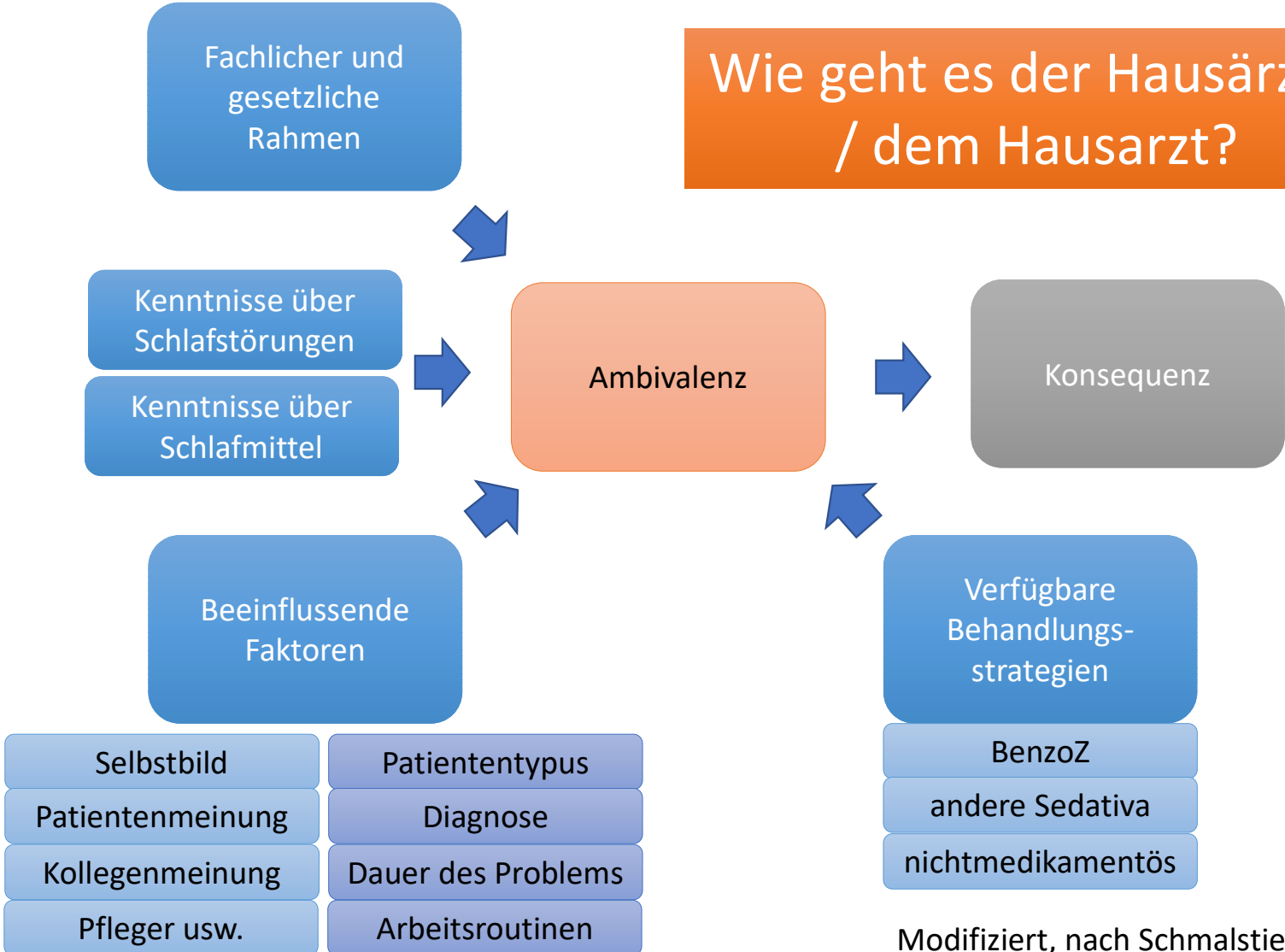
- Schlaf- und Beruhigungsmittel werden verordnet, um Patienten in akuten Lebenskrisen zu unterstützen und so die mentale Funktionsfähigkeit aufrecht zu erhalten.
- zur Initiierung von nicht-medikamentösen Möglichkeiten kam es aufgrund der komplexen Situation der Patienten häufig erst gar nicht.

Anthierens et al. (2007) The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice

1



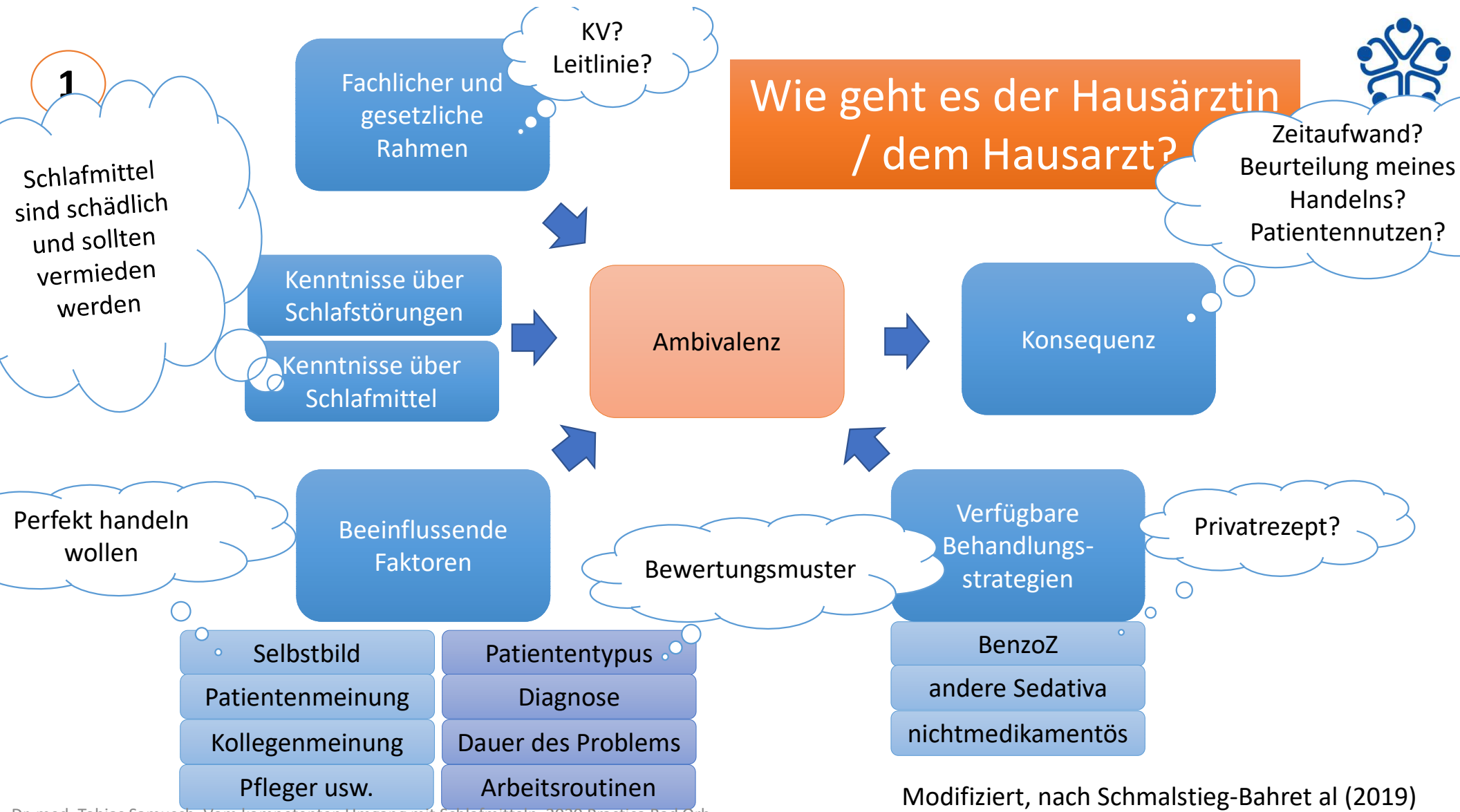
# Wie geht es der Hausärztin / dem Hausarzt?



Modifiziert, nach Schmalstieg-Bahret al (2019)



# Wie geht es der Hausärztin / dem Hausarzt?



- |                  |                    |
|------------------|--------------------|
| • Selbstbild     | • Patiententypus   |
| Patientenmeinung | Diagnose           |
| Kollegenmeinung  | Dauer des Problems |
| Pfleger usw.     | Arbeitsroutinen    |

Modifiziert, nach Schmalstieg-Bahret al (2019)



2

## Was ist Schlaf?

„Unter Schlaf wird ein **periodischer**, meistens in einer bestimmten Phase des Tages auftretender Zustand der (relativen) **motorischen Ruhe** und (scheinbar) fehlender sensorischer Reaktivität, ein **‘Sich-Abschließen’** des Individuums von der Umwelt verstanden.“

Koella, die Physiologie des Schlafes 1988

Der Zweck des Schlafes ist nicht vollumfänglich verstanden:

- z.B. Gedächtniskonsolidierung, Lernen
- z.B. Entmüdung, Regeneration und Erhaltung der Leistungsfähigkeit
- z.B. Stärkung des Immunsystems





## 2 Was ist Schlaf? Macht Schlafmangel krank?

- Risikofaktor für Mortalität? → Wir wissen es nicht genau.
  - Einige Schlafstörungen (z.B. bei Schlafapnoe) → erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen
- Risikofaktor für Übergewicht? → Wir wissen es nicht genau.
- **Schlafstörungen können Ausdruck einer körperlichen oder psychischen Erkrankung sein (oder durch Medikamente hervorgerufen)**
- Schlafmangel führt zu Müdigkeit und Störungen der Konzentration

Schlafbeschwerden ernst nehmen!  
UND GLEICHZEITIG nicht die katastrophisierenden  
Gedankengänge (Kognitionen) der Patienten über  
Schlafmangel verstärken.



2

## Was ist Schlaf?

### Häufigste Gründe für gestörten Schlaf

#### Verhalten:

- mangelnde Müdigkeit beim Zubettgehen
- zu lange Bettzeiten
- Alkoholabusus / Missbrauch anderer psychotroper Substanzen
- Stress
- Schichtarbeit
- ungünstige Schlafbedingungen

#### Körperliche Ursachen:

- schlafbezogene Atmungsstörungen
- periodische Beinbewegungen im Schlaf
- Restless-legs-Syndrom
- schlafbezogene Myoklonien
- Schmerzen
- nächtlicher Reflux

#### Psychische Störungen:

- Insomnie
- Depression
- Angsterkrankungen
- andere psychiatrische Störungen



2

## Was ist eine Schlafstörung?

- **Der Schlaf wird in der Regel als erholsam empfunden, wenn er wenige Unterbrechungen zeigt und ausreichend lang ist.**
- Die **Schlafwahrnehmung** bezeichnet die Übereinstimmung des erinnerten Schlafes mit gemessenen Daten. Personen mit einer Insomnie unterschätzen den gemessenen Schlaf: sie schlafen mehr, als sie erinnern.
- **Gesunde Erwachsene wachen ca. 3-5x/Nacht kurz auf, erinnern dies jedoch nicht.**

Personen mit einer Insomnie unterschätzen den gemessenen Schlaf: sie schlafen mehr, als sie erinnern.



## 2 Was ist eine Schlafstörung? Der deskriptive Ansatz des DSM-5

- **unbefriedigende Menge oder Qualität von Schlaf**
- **signifikantes Unwohlsein oder Beeinträchtigung der Bewältigung des Tages**
- **Häufigkeit/Zeitkriterium:**
  - mindestens in drei Nächten pro Woche und
  - mindestens drei Monate bestehend und
  - ausreichend Zeit zum Schlafen vorhanden



## 2 Nicht-organische Insomnie nach ICD-10 = primäre Insomnie

- A. **Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen** oder eine schlechte **Schlafqualität ohne erfrischende Wirkung**
- B. mindestens **dreimal pro Woche** und mindestens ein **Monat**
- C. Die Schlafstörungen verursachen entweder einen deutlichen **Leidensdruck** oder wirken sich störend auf die alltägliche **Funktionsfähigkeit** aus.
- D. verursachende **organische Faktoren fehlen**

**F51.0**

Personen mit einer Insomnie unterschätzen den gemessenen Schlaf:  
sie schlafen mehr, als sie erinnern.

Spricht auf gut auf Verhaltenstherapie an.  
Bei einer therapieresistenten Insomnie → Schlaflabor!



# Auswahl der häufigsten Schlafstörungen

- Insomnien (F51.0)
  - **Insomnie und chronische Insomnie**
- Schlafbezogene Atmungsstörungen (G47.31, G47.30, G47.32)
  - **Obstruktives Schlafapnoesyndrom**, Zentrales Schlafapnoesyndrom, Schlafbezogene Hypoventilationsstörungen und hypoxämische Störungen
- Hypersomnien (G47.4, F51.1, F51.8, G47.1)
- Chronische Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen (G47.2, F51.2)
  - Verzögerte/vorgezogene SWRS, Jetlag, **Schichtarbeit**
- Parasomnien (F51.3, F51.4, G47.52, F51.8,...)
  - Schlafwandeln, Albträume, **REM-Sleep-Behavior-Disorder**, Schlafbezogene Eßstörung ...
- Schlafbezogene Bewegungsstörungen (G25.81, G25.80, F45.8, F/R25.0 ...
  - **Restless Legs**, Periodische Beinbewegungen, Bruxismus, Einschlafzuckungen, ...

**Multifaktoriell:**  
Verhalten, Körper,  
Psyche

**Interdisziplinär:**  
Innere, Neurologie,  
Psychiatrie, ...

**+ Schlafstörungen  
bei psychischen  
Erkrankungen**



## 2 Diagnostische Instrumente: Screeningfragen zur Schlafstörung

- Leiden Sie an nicht-erholsamem Schlaf? \*
- Leiden Sie unter der Schlaflosigkeit?\*
- Fällt es Ihnen häufig schwer einzuschlafen?\*
- Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?\*

  - Wie oft wachen Sie in der Nacht auf?
  - Wenn Sie nachts aufwachen, fällt es Ihnen schwer, wieder einzuschlafen?
  - Auf wie viel Stunden Schlaf kommen Sie in der Nacht insgesamt?

- Wenn Sie unter Ein- oder Durchschlafstörungen leiden, hat dies für Sie am Tag negative Folgen?
- Nehmen Sie Präparate, um den Nachtschlaf zu verbessern?\*

An Prädisponierende  
Vorerkrankungen  
denken!

An Medikamenten-  
anamnese denken!

An Suchtanamnese  
denken!

\*) an wievielen Tagen pro Woche?



## 2 Diagnostische Instrumente: Screeningfragen bei Schlafstörung

- Schnarchen oder nächtliche Atempausen? → Schlafapnoe
- Bewegungsdrang oder Unruhe in den Beinen? → Restless Legs
- Zwei Fragen Test\* → Depression
- Gibt es einen Auslöser? → emotionale Anpassungsstörung
- Nykturie? → Blase/Herzkreislauf
- Luftnot/Herzrasen/Brustenge? → Asthma pulm./cardial, Schlafapnoe, Panik
- Negative schlafstörende Gedanken (Angst vor dem „Nicht wieder Einschlafen können“, bzgl. Leistungsfähigkeit)? → verstärkender Faktor

\*)

„Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?“  
„Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

Screeningfragen Angststörung: Nervliche Anspannung/Ängstlichkeit/Gefühl, aus dem seelischen Gleichgewicht zu sein; Sorgen über vielerlei Dingen; Angstattacken





## 2 Diagnostische Instrumente: Labor/Diagnostik bei Schlafstörung?

- Fragebögen (Epsworth-Sleepiness-Scale, DEGAM-Müdigkeit, DASS\*, RIS\*)
- Symptomtagebuch/Schlafstagebuch
- Spirometrie
- EKG/24h EKG
- Herzecho
- **Polygraphie**, Aktimetrie, Polysomnographie

\*Depression-Angst-Stress-Skalen

\*Regensburg Insomnia Scale

Weitere Fragebögen siehe  
Handout/PDF

### Gemäß DEGAM-Leitlinie Müdigkeit

#### Laboruntersuchung

■ abhängig von Auffälligkeiten  
in der Anamnese und körperlicher  
Untersuchung

Wenn keine Hinweise auf definierte  
körperliche Störung:

- Blut-Glucose **A**
- Blutbild **B**
- Blutsenkung/CRP **C**
- Transaminasen/ $\gamma$ -GT **C**
- TSH **A**

Weitere Diagnostik nur bei definierten  
Auffälligkeiten in Anamnese oder körperlicher  
Untersuchung



## 2 Diagnostische Instrumente: Fragebögen bei Schlafstörung

Schlafstagebücher	<ul style="list-style-type: none"><li>• Schlaf-Wach-Verhalten</li><li>• Erfassung von schlafstörenden und schlafförderlichen Verhaltensweisen</li></ul>	<a href="https://www.dgsm.de/fachinformationen_frageboegen_schlafstagebuecher.php">https://www.dgsm.de/fachinformationen_frageboegen_schlafstagebuecher.php</a>
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bestimmung der Schlafqualität,</li><li>• Vorliegen weiterer Schlafstörungen</li></ul>	<a href="https://www.dgsm.de/fachinformationen_frageboegen_psqi.php?language=german">https://www.dgsm.de/fachinformationen_frageboegen_psqi.php?language=german</a>
Espworth-Sleepiness-Scale (ESS)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Schweregrad der Tagesmüdigkeit</li></ul>	<a href="https://www.dgsm.de/fachinformationen_frageboegen_epworth.php?language=german">https://www.dgsm.de/fachinformationen_frageboegen_epworth.php?language=german</a>
Regensburger Insomnie Skalen (RIS)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Schweregrad der Insomnie</li></ul>	<a href="https://www.dgsm.de/fachinformationen_frageboegen_ris.php?language=german">https://www.dgsm.de/fachinformationen_frageboegen_ris.php?language=german</a>



## 2 ABENDPROTOKOLL (vor dem Lichtlöschen!)

W O C H E N T A G	Wie fühlen Sie sich jetzt?	Wie war heute Ihre durchschnittliche Leistungsfähigkeit?	Haben Sie sich heute erschöpft gefühlt?	Haben Sie heute tagsüber geschlafen?	Haben Sie in den letzten 4 Stunden Alkohol zu sich genommen?	Wann sind Sie zu Bett gegangen?
	1 = angespannt 2 = ziemlich angespannt 3 = eher angespannt 4 = eher entspannt 5 = ziemlich entspannt 6 = entspannt	1 = gut 2 = ziemlich gut 3 = eher gut 4 = eher schlecht 5 = ziemlich schlecht 6 = schlecht	0 = nein 1 = ein wenig 2 = ziemlich 3 = sehr	Wie lange? Wann?	Was? Wieviel?	Uhrzeit!
Beispiel <b>Mo</b>	Beispiel <b>4</b>	Beispiel <b>3</b>	Beispiel <b>1</b>	Beispiel <b>20Min., 14:30-14:50</b>	Beispiel <b>0,2l Wein</b>	Beispiel <b>22:30</b>

[https://www.dgsm.de/fachinformationen\\_frageboegen\\_schlaftagebuecher.php](https://www.dgsm.de/fachinformationen_frageboegen_schlaftagebuecher.php)


**MORGENPROTOKOLL (nach dem Aufstehen!)**

Wie erholsam war Ihr Schlaf?	Wie fühlen Sie sich jetzt?	Wie lange hat es nach dem Licht löschen gedauert bis Sie einschliefen?	Waren Sie nachts wach?	Wann sind Sie endgültig aufgewacht?	Wie lange haben Sie insgesamt geschlafen?	Wann sind Sie endgültig aufgestanden?	Haben Sie seit gestern abend Medikamente zum Schlafen eingenommen?
1 = sehr 2 = ziemlich 3 = mittel- mäßig 4 = kaum 5 = gar nicht	1 = bedrückt 2 = ziemlich bedrückt 3 = eher bedrückt 4 = eher unbeschwert = ziemlich unbeschwert 6 = unbeschwert	5 Minuten!	Wie oft?  Wie lange insgesamt? Minuten!	Uhrzeit!	Stunden und Minuten!	Uhrzeit!	Präparat, Dosis, Uhrzeit!
Beispiel <b>3</b>	Beispiel <b>4</b>	Beispiel <b>40Min.</b>	Beispiel <b>1x, 30Min.</b>	Beispiel <b>06:30</b>	Beispiel <b>6Std., 50Min.</b>	Beispiel <b>07:15</b>	Beispiel <b>Ximovan, 1Tabl., 21:00</b>

[https://www.dgsm.de/fachinformationen\\_frageboegen\\_schlafstagebuecher.php](https://www.dgsm.de/fachinformationen_frageboegen_schlafstagebuecher.php)

2

# Schlaf-Atem-Störungen

Einteilung der schlafbezogenen Atmungsstörungen gemäß ICSD-3

Mindestens ein Drittel der Pat. Mit einer schweren schlafbezogenen Atmungsstörungen berichtet keine oder nur gering ausgeprägte Symptome.

- Obstruktive Schlafapnoe
- Zentrale Schlafapnoe
- Schlafbezogene Hypoventilationen
  - z.B. Obesitas Hypoventilationssyndrom
  - z.B. Medikamenteninduziert
  - z.B. durch organische Erkrankung
- Schlafbezogene Hypoxie
- Isolierte Syndrome/Normvarianten

→ Folgeerkrankungen



## Prädisponierende Faktoren

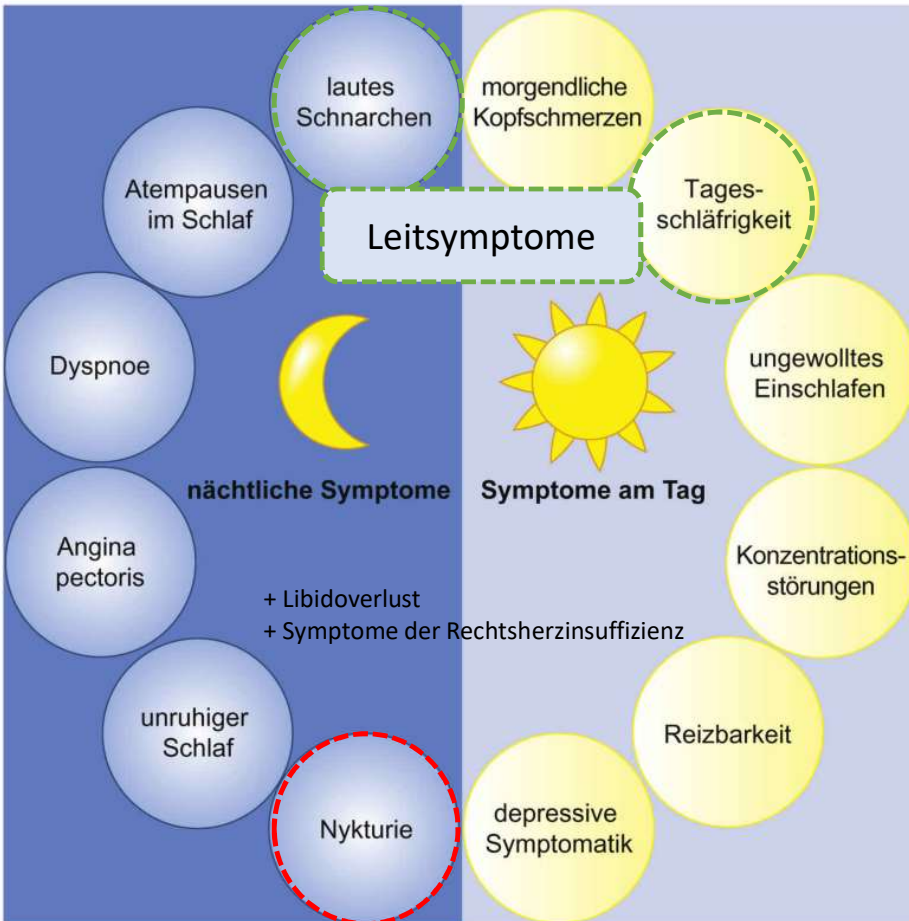
- Adipositas
- kraniofaziale Besonderheiten
- Hypervolämie/pulmonalvenöse Stauung
- Hypervolämie/periphere Ödeme
- Schlaganfall
- neuromuskuläre Erkrankungen
- Lungenerkrankungen (zB COPD)
- Kyphoskoliose
- Aufenthalt in großer Höhe
- Opiate
- Muskelrelaxantien
- Benzodiazepine
- Alkohol
- ...

Opiate nur nach  
Ausschluss eines  
Schlafapnoesyndroms ?

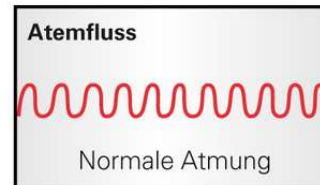
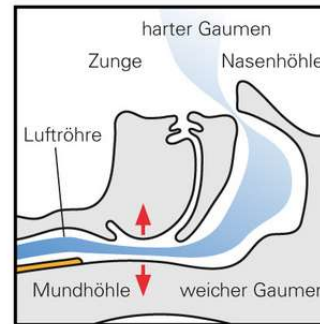


2

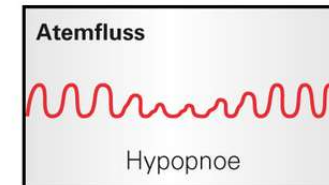
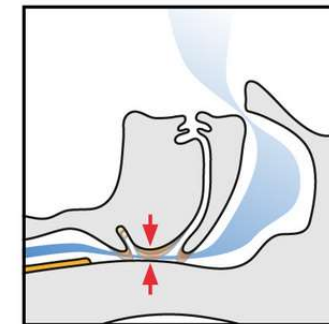
# Nächtliche Symptomatik und Tagessymptomatik der obstruktiven Schlafapnoe



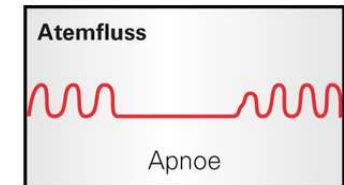
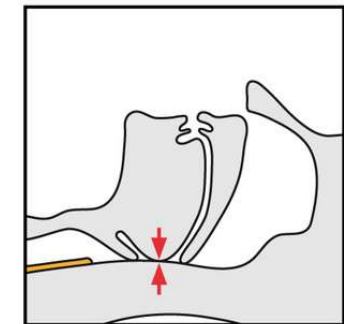
Freie Atemwege



Verengte Atemwege bei einer obstruktiven Hypopnoe



Verschlossene Atemwege bei einer obstruktiven Apnoe



<https://www.uniklinik-ulm.de/hals-nasen-und-ohrenheilkunde/schlafmedizin/obstruktives-schlafapnoesyndrom.html>

Wetter, Thomas-Christian; Popp, Roland; Arzt, Michael; Pollmächer, Thomas. Elsevier Essentials Schlafmedizin





### 3 Rahmenbedingungen

## Was sagt die Rechtsprechung?

### **Arzt stellt Rezepte auf Wunsch aus - Approbation entzogen**

APOTHEKE ADHOC, 23.07.2020 15:41 Uhr



Dr. med. Tobias Samusch, Vom kompetenten Umgang mit Schlafmitteln. 2020 Practica Bad Orb.



### 3 Rahmenbedingungen Was sagt die Rechtsprechung?

Patientenwunsch: Benzodiazepine/Z-Substanzen (und Tramal)

Arzt → Auf Kassenrezept aufgeschrieben

Verwaltungsgericht: „auf deren Betreiben [der Patienten] hin **in einer Regelmäßigkeit und Dosierung, die medizinisch nicht indiziert war**“

AOK Niedersachsen → **keine medizinische Indikation = Untreue** → **Regress**

Kammer: Stellungnahme zu dem Sachverhalt

„So bleibt völlig unverständlich, worauf das unkritische Verschreibungsverhalten des Kollegen Dr. A. zurückzuführen ist“, „Nicht nur aufgrund der absolut mangelhaften **Dokumentation** ist keine **Kausalität in seinem Therapieregime nachvollziehbar**, ebenso nicht im Bereich **der gesetzlichen Grundlagen**, auf die er seine Verordnungen beziehen musste.“ (Sachverständigengutachten)

Mit Bescheid vom 7. Januar 2019 wurde dem Arzt **die Approbation entzogen**.  
„Unwürdigkeit [...] zur Ausübung des ärztlichen Berufes“





### 3 Was sagt die Rechtsprechung? ... am ehesten Folgendes\*:

Ungerechtfertigte Beruhigungsmittelverordnungen könnten dazu führen, dass Sie Ihre Approbation verlieren!

und zu Regressen!

1. **Verordnung innerhalb der Indikation!**  
NACHVOLLZIEHBAR!

2. **Off-Label-Verordnungen** müssen gesondert begründet und aufgeklärt (!)  
und bei der GKV beantragt werden

3. Eine Verordnung auf Privatrezept muss auch innerhalb der Indikation erfolgen und darf ebenfalls nur in Ausnahmefällen Off-Label erfolgen

4. Bei Vorliegen einer Abhängigkeit/Mißbrauch?  
**Verstoß gegen die Berufsordnung (§7 Absatz 8):**  
einem Missbrauch von Arzneimitteln darf nicht Vorschub geleistet werden.

\*) Ohne Gewähr:

Lassen Sie sich im Zweifelsfall juristisch beraten.  
Ich bin kein Jurist/Rechtsanwalt.



## 3 Was sagt die Rechtsprechung?



### Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga

Gemeinsamer Leitfaden der Landesärztekammer Baden-Württemberg  
und der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg

#### Weiteres Vorgehen der Kammern

Erlangen die Ärztekammer oder die Landesapothekerkammer Kenntnis von Verstößen gegen diesen Leitfaden, wird mit dem Arzt bzw. Apotheker Kontakt aufgenommen. Sollte sich der Verdacht auf eine nicht indikationsgerechte Verschreibung von Benzodiazepinen und Benzodiazepin-Analoga bestätigen, stellt sich ein Vertreter der Ärztekammer für eine sachliche Beratung zur Verfügung. Bei Uneinsichtigkeit und weiterer medizinisch nicht begründeter Verordnung von Benzodiazepinen sowie bei Abgabe von Benzodiazepinen trotz erkennbaren Missbrauchs werden berufsrechtliche Schritte eingeleitet.

<https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/20ehre-namt/30ausschuesse/suchtmedizin/01benzodiazepine.pdf>



### 3 BenzoZ-Verordnung:

#### Die 4K-Regel!

**Klare Indikation:** Verschreibung nur bei klarer Indikationsstellung und Aufklärung des Patienten über das bestehende Abhängigkeitspotenzial und mögliche Nebenwirkungen, keine Verschreibungen an Patienten mit einer Abhängigkeitsanamnese.

**Korrekte Dosierung:** Verschreibung kleinster Packungsgrößen, indikationsadäquate Dosierung

**Kurze Anwendung:** Therapiedauer mit Patienten vereinbaren, kurzfristige Wiedereinbestellungen, sorgfältige Überprüfung einer Weiterbehandlung

**Kein abruptes Absetzen:** Zur Vermeidung von Entzugserscheinungen und Rebound-Phänomenen nur ausschleichend abdosieren (Tapering)

**+ Kontraindikationen beachten**

3

## Suchtmedizin

Benzodiazepine sind in der Akutbehandlung gut wirksame und unverzichtbare Medikamente. Doch der Langzeitkonsum kann abhängig machen.

*Von Prof. Dr. Christian Haasen<sup>1</sup>,  
Dr. Rüdiger Holzbach<sup>2</sup>*



*Verordnung von*



# Benzodiazepinen



### 3 Rahmenbedingungen der Verordnung im KV und Privat-Bereich

- Für die Verordnung eines Arzneimittels zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse müssen die Präparate in der jeweiligen Indikation in Deutschland zugelassen sein.
- Mit der Verordnung eines Arzneimittels im Off-Label-Use ist auch das Haftungsrisiko größer. Somit sollte der Patient auf jeden Fall umfassend über das übliche Maß hinaus über die Risiken des Off-Label-Use aufgeklärt werden und die Aufklärung zumindest auch schriftlich dokumentiert werden.

Arznei- und Heilmittelvereinbarung KVNo  
Verordnungsmanagement Arzneimittel 2019



### 3 Warum Hausärzte BenzoZ auf Privatrezept verordnen

- Hausärzte haben eine ambivalente Haltung gegenüber Benzodiazepinen und Z-Substanzen.
- Viele Hausärzte verschreiben diese Medikamente auf ein Privatrezept, um dadurch ein Einnahmehindernis zu erzeugen.\*
- Diese Barriere soll den Patienten dazu veranlassen, die Medikamenten\*) weitere Gründe? zu reduzieren.\*
- Hausärzte versuchen so, unnötige Medikamente zu reduzieren, bieten gleichzeitig eine Exitstrategie für Sonderfälle an.

**Es fehlen Daten, die belegen, dass diese Barrierestrategie erfolgreich ist.**

**Hausärzte empfinden die derzeitigen Leitlinien zu Hypnotika und Sedativa als wenig hilfreich.**

Schmalstieg-Bahr, K., Müller, C. A., & Hummers, E. (2019). General practitioners' concepts on issuing out-of-pocket prescriptions for hypnotics and sedatives in Germany. *Family practice*, 36(6), 785–790. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz018>

4



# Anwendungsgebiete für Benzodiazepine

Indikationsgebiet	Wirkungen
Angsterkrankungen, Erregungszustände	anxiolytisch, sedierend
Schlafstörungen	hypnotisch
Muskelspasmen	muskelrelaxierend
Zerebrale Krampfanfälle	antikonvulsiv
Prämedikation	amnestisch

Abhängigkeits-  
potenzial 5%

Die meisten Benzodiazepine sind für eine Anwendungsdauer von **acht bis vierzehn Tagen** zugelassen

Eine Verordnung für Menschen mit bestehenden oder bekannten **Abhängigkeitsproblemen** ist kontraindiziert!

**Kontraindiziert bei Myasthenia gravis, COPD und Schlafapnoe!**

**Leitlinien sprechen sich für nur kurzen Einsatz aus bzw. sehen mangelnden Nutzen**

BenzoZ als Schlafmittel maximal über einen Zeitraum von **2-4 Wochen!**





## 4 Abhängigkeitsrisiko und Konsummuster bei BenzoZ

Abhängigkeits-  
potenzial

Das Risiko für eine Abhängigkeit steigt nach 4-8 Wochen Konsumdauer deutlich an!

- **Gruppe 1** (meist Pat. <50J.): → Entzugsbehandlung
  - BenzoZ zur Stressbewältigung
- **Gruppe 2** (meist 45 bis 65 Jahre alt): → Entzugsbehandlung
  - Schlafstörungen im Rahmen der psychischer Belastung
  - mit BenzoZ Versuch der Kompensation
  - ohne die Grundstörung anzugehen.
- **Gruppe 3** (meist über 65 Jahre alt): → Entzugsbehandlung oft schwierig
  - Leben ohne Schlafmedikament kaum vorstellbar





# Information für Patienten



---

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

ich habe Ihnen zur Behandlung **aktueller Schlafprobleme** ein Medikament verordnet. Dies gehört zur Gruppe der Benzodiazepine oder ähnlich wirkender Arzneimittel. Diese Medikamente sind bewährt in der kurzfristigen Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen, aber auch bei Spannungs- und Angstzuständen.

Allerdings kann schon in niedriger Dosierung selbst die kurzfristige Einnahme zu Risiken führen (s. Kasten). Dringend zu beachten ist, dass bereits nach rund zwei bis vier Wochen bekannte Folgewirkungen verstärkt auftreten und die Gefahr einer Abhängigkeit eintritt.

<https://www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/agavm/benzodiazepine.pdf>



# Information für Patienten



(Praxisstempel)

---

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

ich habe Ihnen ein **beruhigendes und angstlösendes Medikament** verschrieben. Dies gehört zur Gruppe der Benzodiazepine oder ähnlich wirkender Arzneimittel. Diese Medikamente sind bewährt in der kurzfristigen Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen, aber auch bei Spannungs- und Angstzuständen.

Allerdings kann schon in niedriger Dosierung selbst die kurzfristige Einnahme zu Risiken führen (s. Kasten). Dringend zu beachten ist, dass bereits nach rund zwei bis vier Wochen bekannte Folgewirkungen verstärkt auftreten und die Gefahr einer Abhängigkeit eintritt.

**Benzodiazepine**

<https://www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/agavm/benzodiazepine.pdf>



## 4 BenzoZ-Langzeiteinnahme Nebenwirkungen im Alter

„buntes Symptombild“

- häufige Stürze
- Ataxie
- nachlassende Leistungsfähigkeit
- Hirnleistungsstörungen, besonders amnestische Störungen („Pseudodemenz“)
- sozialer Rückzug
- nachlassende Körperhygiene
- Verwahrlosung
- Verwaschene Sprache
- Antriebs- und Interessenlosigkeit

(Geyer 2010)



## 4 In manchen Fällen ist trotzdem eine BenzoZ-Langzeittherapie erforderlich...

- **Der G-BA hat Einzelfälle zugelassen, wenn der Einsatz besonders begründet werden kann.**

- Definierte **Grundvoraussetzungen** müssen erfüllt sein:

- Therapie-Resistenz
- Nebenwirkungen, Unverträglichkeit
- Entzugsbehandlung
- Schwerstabhängige

### **Entzugsbehandlung:**

Patienten, die eine BenzoZ-Abhängigkeit aufweisen und mit Benzodiazepinen entzogen werden müssen.

- gesicherte schwerwiegende psychiatrische Erkrankung.
- **psychiatrische (Mit-)Behandlung.**
- Verschreibung folgt Regeln und Zielen.
- Überprüfung der Indikation im Verlauf.
- Abwägung zwischen Nutzen und Nebenwirkungen
  - z.B. mittels Lippstädter-Benzo-Check

[https://www.starkbleiben.nrw.de/download/Selbsttest/Lippstaedter\\_Benzo\\_Check\\_LBC.pdf](https://www.starkbleiben.nrw.de/download/Selbsttest/Lippstaedter_Benzo_Check_LBC.pdf)



## Benzodiazepine und Leitlinien:

- Angststörung AWMF-Register 028/022:
  - kein ausreichender Effekt bei Panikstörungen
  - GAS Medikamentenpausen empfohlen PTBS: Warnung für besondere Suchtgefahr bei PTBS, Evidenz für Wirksamkeit von BZD unzureichend AWMF-Register 051/010
- Demenz: sollen nicht eingesetzt werden AWMF-Register 053/021
- Demenzen: in Ausnahmefällen kurzfristig AWMF-Register 038/013
- Unipolare Depression: praktisch keine antidepressive Wirkung, dafür nicht zugelassen, aber wenn < 2 - 4 Wochen; innerhalb 14 Tage überprüfen AWMF-Register nvl-005
- Aggressives Verhalten: je nach BZD zwischen kurzfristig, wenige Tage oder keine Angabe AWMF-Register 038/022
- Schizophrenie: in der Regel adjuvant, zeitlich limitiert AWMF-Register 038/009k
- Persönlichkeitsstörungen: auf Notfallsituationen mit ausgeprägter Angst zu beschränken AWMF-Register 038/015
- Nackenschmerzen: kurzzeitig, sehr strenge Indikationsstellung AWMF-Register 053/007
- Kreuzschmerz: Anwendung zu vermeiden, wenn <14 Tage AWMF-Register nvl-007
- Fibromyalgie: Hypnotika werden nicht empfohlen AWMF-Register 041-004



## 4 BenzoZ-Langzeiteinnahme: Entzugssymptome

### **Unspezifisch:**

Schlafstörungen (71%), Angst (56%), Stimmungsschwankungen + Muskelschmerzen/-zuckungen (49%), Zittern, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Appetitverlust, Schwitzen, verschwommenes Sehen

### **Wahrnehmungsstörungen:**

Überempfindlichkeit gegen Geräusche, Licht, Geruch, Berührung, Unterempfindlichkeit gegen Geruch, Geschmack

### **Qualitative Veränderungen:**

Bewegung (>24%), Sehen, Geschmack, Hören, Geruch

### **Sonstiges:**

Unwirklichkeitsgefühl

### **Komplikationen:**

Psychosen, epileptische Anfälle



## 4 BenzoZ-Langzeiteinnahme: Ambulanter Entzug (Tapering)

„Niedrigdosis“-Abhängigkeit“  
< 20mg Diazepamäquivalent

**Schema 12. Entzug von Zopiclon 15mg  
mit Diazepam Substitution.  
(15mg Zopiclon entspricht ca. 10mg Diazepam)**

	Nachtdosis	Tägliches Diazepam Äquivalent
Anfangsdosis	Zopiclon 15mg	10mg
Phase 1 (1 Woche)	Zopiclon 7.5mg Diazepam 5mg	10mg
Phase 2 (1 Woche)	Stop Zopiclon Diazepam 10mg	10mg
Phase 3 (1-2 Wochen)	Diazepam 9mg	9mg
Phase 4 (1-2 Wochen)	Diazepam 8mg	8mg

**Reduzieren Sie dann die Diazepamdosis um 1mg alle 1-2 Wochen wie bei [Schema 2](#)**

bei „Hochdosis“-Abhängigkeit stationäre Entgiftung

<https://www.benzo.org.uk/german/bzsched.htm>



## 4 Nichtmedikamentöse Verfahren bei chronischer Insomnie

- Die primäre Insomnie ist (i.d.R) eine chronische Erkrankung
- Evidenzlage: medikamentöse Behandlung erst Second-Line
- Kognitive Verhaltenstherapie sollte in Betracht gezogen werden.
- Selbst wenn eine medikamentöse Therapie indiziert ist, fehlt bisher die Evidenz, die eine langfristige pharmakologische Behandlung rechtfertigt.





## 4 Insomniebehandlung: Andere Medikamente statt BenzoZ?

- Naturheilkundliche Substanzen und Nahrungsergänzung
  - Baldrian, Hopfen, Passionsblume, Melisse, Melatonin Leitlinie: „fehlende Datenlage“
- Niedrigpotente Neuroleptika Leitlinie: „nicht empfohlen“  
Ausnahme: Gerontopsychiatrie
  - Melperon und Pipamperon
- Sedierende Antidepressiva Kurzzeitig: effektiv;  
Langzeiteinnahme: „eine Empfehlung“, „kann nicht ausgesprochen werden“
  - z.B. Mirtazapin
  - z.B. Trimipramin
  - z.B. Trazodon einziges Antidepressivum mit einer Zulassung für isolierte Schlafstörungen in Deutschland ist **Doxepin**
- Sedierende hochpotente Neuroleptika Leitlinie: „nicht empfohlen“
  - z.B. Quetiapin

**Insomnie: Medikamentöse Behandlung erst Second-Line!**



# Medikamentöse Behandlung der Insomnie

Z-Substanzen	Dosierung bei Insomnie	Bemerkungen
Zolpidem	10mg	<p>CAVE:  <b>Jede</b> Medikamentöse Behandlung einer Insomnie sollte auf 2-4 Wochen beschränkt und dann hinsichtlich ihrer Indikation überprüft werden. Für Längerfristige Verordnungen fehlt die Evidenzlage</p>
Zopiclon	7,5mg	
Zaleplon	10mg	
		<p>First-Line-Therapie: Verhaltenstherapie</p>
		<p>Basismaßnahmen: Entspannung &amp; Schlafhygiene</p>

Gelten für die Indikation einer primären Insomnie, ohne Gewähr (Dosisangaben nach Erfahrungslage, da wissenschaftliche Datenlage inkonsistent). Eine Zulassung für die Behandlung der primären Insomnie liegt nicht für alle Substanzen vor (off-Label-use). Sorgfältig im Einzelfall prüfen.



# Medikamentöse Behandlung der Insomnie

Kurz- bis mittellang wirkende Benzodiazepine	Dosierung bei Insomnie	Bemerkungen
Brotizolam	0,125-0,25mg	<p>CAVE:  <b>Jede</b> Medikamentöse Behandlung einer Insomnie sollte auf 2-4 Wochen beschränkt und dann hinsichtlich ihrer Indikation überprüft werden. Für Längerfristige Verordnungen fehlt die Evidenzlage</p>
Flunitrazepam	0,5-1mg	
Lormetazepam	1-2mg	
Lorazepam	1-2mg	
Nitrazepam	5-10mg	
Oxazepam	5-10mg	First-Line-Therapie: Verhaltenstherapie
Temazepam	10-40mg	Basismaßnahmen: Entspannung & Schlafhygiene
Triazolam	0,125-0,25mg	

Gelten für die Indikation einer primären Insomnie, ohne Gewähr (Dosisangaben nach Erfahrungslage, da wissenschaftliche Datenlage inkonsistent). Eine Zulassung für die Behandlung der primären Insomnie liegt nicht für alle Substanzen vor (off-Label-use). Sorgfältig im Einzelfall prüfen.



# Medikamentöse Behandlung der Insomnie

Sedierende Antidepressiva	Dosierung bei Insomnie	Bemerkungen
Amitritpylin	5-50mg	
Doxepin*	2-50mg	*) einziges Antidepressivum mit einer Zulassung für isolierte Schlafstörungen in Deutschland ist Doxepin
Mianserin	5-20mg	
Mirtazapin	7,5-15mg	
Trazodon	25-50mg	
Trimipramin	5-50mg	keine REM-Schlaf-Störungen und keine Abhängigkeit und auch bei längerer Gabe kein Wirkverlust

Gelten für die Indikation einer primären Insomnie, ohne Gewähr (Dosisangaben nach Erfahrungslage, da wissenschaftliche Datenlage inkonsistent). Eine Zulassung für die Behandlung der primären Insomnie liegt nicht für alle Substanzen vor (off-Label-use). Sorgfältig im Einzelfall prüfen.



# Medikamentöse Behandlung der Insomnie

Sedierende Antidepressiva	Dosierung bei Insomnie	Bemerkungen
Amitritpylin	5-50mg	<p>CAVE:  <b>Jede</b> Medikamentöse Behandlung einer Insomnie sollte auf 2-4 Wochen beschränkt und dann hinsichtlich ihrer Indikation überprüft werden. Für Längerfristige Verordnungen fehlt die Evidenzlage</p> <p>keine REM-Schlaf-Störungen und</p> <p>First-Line-Therapie: Verhaltenstherapie</p> <p>Basismaßnahmen: Entspannung &amp; Schlafhygiene</p>
Doxepin*	2-50mg	
Mianserin	5-20mg	
Mirtazapin	7,5-15mg	
Trazodon	25-50mg	
Trimipramin	5-50mg	

\*) ei  
Schl

Gelten für die Indikation einer primären Insomnie, ohne Gewähr (Dosisangaben nach Erfahrungslage, da wissenschaftliche Datenlage inkonsistent). Eine Zulassung für die Behandlung der primären Insomnie liegt nicht für alle Substanzen vor (off-Label-use). Sorgfältig im Einzelfall prüfen.



# Medikamentöse Behandlung der Insomnie

Sedieredene atypische Neuroleptika	Dosierung bei Insomnie	Bemerkungen
Olanzapin	2,5-10mg	<p>CAVE:  <b>Jede</b> Medikamentöse Behandlung einer Insomnie sollte auf 2-4 Wochen beschränkt und dann hinsichtlich ihrer Indikation überprüft werden. Für Längerfristige Verordnungen fehlt die Evidenzlage</p>
Quetiapin	25-200mg	
		<p>First-Line-Therapie: Verhaltenstherapie</p>
		<p>Basismaßnahmen: Entspannung &amp; Schlafhygiene</p>
<p>Gelten für die Indikation einer primären Insomnie, ohne Gewähr (Dosisangaben nach Erfahrungslage, da wissenschaftliche Datenlage inkonsistent). Eine Zulassung für die Behandlung der primären Insomnie liegt nicht für alle Substanzen vor (off-Label-use). Sorgfältig im Einzelfall prüfen.</p>		



# Medikamentöse Behandlung der Insomnie

Niedrigpotente Neuroleptika	Dosierung bei Insomnie	Bemerkungen
Chlorprothixen	10-50mg	<p><b>CAVE:</b> Jede Medikamentöse Behandlung einer Insomnie sollte auf 2-4 Wochen beschränkt und dann hinsichtlich ihrer Indikation überprüft werden. Für Längerfristige Verordnungen fehlt die Evidenzlage</p> <p>First-Line-Therapie: Verhaltenstherapie</p> <p>Basismaßnahmen: Entspannung &amp; Schlafhygiene</p>
Levomepromazin	10-25mg	
Melperon	25-75mg	
Perazin	10-50mg	
Pipamperon	20-60mg	
Promazin	20-50mg	
Promethazin	10-50mg	
Prothipendyl	20-60mg	

Gelten für die Indikation einer primären Insomnie, ohne Gewähr (Dosisangaben nach Erfahrungslage, da wissenschaftliche Datenlage inkonsistent). Eine Zulassung für die Behandlung der primären Insomnie liegt nicht für alle Substanzen vor (off-Label-use). Sorgfältig im Einzelfall prüfen.



# Medikamentöse Behandlung der Insomnie

Antihistaminika	Dosierung bei Insomnie	Bemerkungen
Diphenhydramin	50-100mg	<p><b>CAVE:</b> Jede Medikamentöse Behandlung einer Insomnie sollte auf 2-4 Wochen beschränkt und dann hinsichtlich ihrer Indikation überprüft werden. Für Längerfristige Verordnungen fehlt die Evidenzlage</p>
Doxylamin	25-50mg	
		<p>First-Line-Therapie: Verhaltenstherapie</p>
		<p>Basismaßnahmen: Entspannung &amp; Schlafhygiene</p>

Gelten für die Indikation einer primären Insomnie, ohne Gewähr (Dosisangaben nach Erfahrungslage, da wissenschaftliche Datenlage inkonsistent). Eine Zulassung für die Behandlung der primären Insomnie liegt nicht für alle Substanzen vor (off-Label-use). Sorgfältig im Einzelfall prüfen.





# Medikamentöse Behandlung der Insomnie

Alkoholderivate	Dosierung bei Insomnie	Bemerkungen
Chloralhydrat	50-100mg	<p><b>CAVE:</b> Jede Medikamentöse Behandlung einer Insomnie sollte auf 2-4 Wochen beschränkt und dann hinsichtlich ihrer Indikation überprüft werden. Für Längerfristige Verordnungen fehlt die Evidenzlage</p> <p>First-Line-Therapie: Verhaltenstherapie</p> <p>Basismaßnahmen: Entspannung &amp; Schlafhygiene</p>
	25-50mg	

Gelten für die Indikation einer primären Insomnie, ohne Gewähr (Dosisangaben nach Erfahrungslage, da wissenschaftliche Datenlage inkonsistent). Eine Zulassung für die Behandlung der primären Insomnie liegt nicht für alle Substanzen vor (off-Label-use). Sorgfältig im Einzelfall prüfen.



# Medikamentöse Behandlung der Insomnie

Melatoninagonisten	Dosierung bei Insomnie	Bemerkungen
Retardiertes Melatonin	2mg	<p><b>CAVE:</b> Jede Medikamentöse Behandlung einer Insomnie sollte auf 2-4 Wochen beschränkt und dann hinsichtlich ihrer Indikation überprüft werden. Für Längerfristige Verordnungen fehlt die Evidenzlage</p>
Agomelatin	25-50mg	
		<p>First-Line-Therapie: Verhaltenstherapie</p>
		<p>Basismaßnahmen: Entspannung &amp; Schlafhygiene</p>

Gelten für die Indikation einer primären Insomnie, ohne Gewähr (Dosisangaben nach Erfahrungslage, da wissenschaftliche Datenlage inkonsistent). Eine Zulassung für die Behandlung der primären Insomnie liegt nicht für alle Substanzen vor (off-Label-use). Sorgfältig im Einzelfall prüfen.



# Medikamentöse Behandlung der Insomnie

Naturheilkunde	Dosierung bei Insomnie	Bemerkungen
Lavendel	keine Dosisangabe möglich	<p><b>CAVE:</b> Jede Medikamentöse Behandlung einer Insomnie sollte auf 2-4 Wochen beschränkt und dann hinsichtlich ihrer Indikation überprüft werden. Für Längerfristige Verordnungen fehlt die Evidenzlage</p> <p>First-Line-Therapie: Verhaltenstherapie</p> <p>Basismaßnahmen: Entspannung &amp; Schlafhygiene</p>
Baldrian	keine Dosisangabe möglich	
Hopfen	keine Dosisangabe möglich	
Melisse	keine Dosisangabe möglich	
Passionsblume	keine Dosisangabe möglich	
Kaiwan	keine Dosisangabe möglich	

Gelten für die Indikation einer primären Insomnie, ohne Gewähr (Dosisangaben nach Erfahrungslage, da wissenschaftliche Datenlage inkonsistent). Eine Zulassung für die Behandlung der primären Insomnie liegt nicht für alle Substanzen vor (off-Label-use). Sorgfältig im Einzelfall prüfen.



## 4 Daumenregel für den Einsatz von Schlafmitteln

- **Ursächliche Erkrankung behandeln!**
- Ausschluss einer unbehandelten schlafbezogenen Atmungsstörung
- Ausschluss einer Suchterkrankung/Suchtvorererkrankung
- Vorsichtig bei älteren Patienten! (Kumulation, Delir, Sturzgefahr!)
- Bei Gabe von Antidepressiva: nicht bei Restless-Legs-Syndrom
- **Schlafhygiene als Basis der Therapie**
- Kleinste Packung verschreiben (keine Dauerlösung!)
- Patient wieder einbestellen
- Ggf. Schlafmediziner / Nervenarzt



## 5 Nichtmedikamentöse Behandlung Überblick

- (Behandlung der Grunderkrankung)
- Psychoedukation
- Schlafhygiene
- Entspannungsverfahren
- Bettzeitenrestriktion
- Verhaltenstherapie



## 5 Nichtmedikamentöse Behandlung Überblick

- (Behandlung der Grunderkrankung)
- Psychoedukation
- Schlafhygiene
- Entspannungsverfahren
- Bettzeitenrestriktion
- Verhaltenstherapie





## 5 Nichtmedikamentöse Behandlung Psychoedukation bei Schlafstörungen

- Positive Perspektive vermitteln: **Die Insomnie ist grundsätzlich gut therapierbar**
- Es gibt grundsätzlich eine medikamentöse und eine verhaltenstherapeutische Möglichkeit der Behandlung
- **Sie können selbst etwas machen!** Durch die Veränderung schlafverhindernder Denkmuster und Verhaltensweisen
  - Schlafhygiene
  - im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Behandlung
- Klassische Schlafmittel (BenzoZ) sind zwar sehr wirksam, aber keine Dauerlösung
- Medikamente (nicht-BenzoZ) sind in Ausnahmefällen auch eine Dauerlösung der Insomnie
- Bei längerdauernder Insomnie sollte eine Abklärung in einem Schlaflabor erfolgen



## 5 Nichtmedikamentöse Behandlung Schlafhygiene (z.B. Patientenratgeber DGSM)

### REGELN DER SCHLAFHYGIENE

- Stehen Sie jeden Tag um dieselbe Zeit auf.
- Gehen Sie nur schlafen, wenn Sie wirklich müde und schläfrig sind.
- Üben Sie entspannungsfördernde Schlafrituale vor dem Zubettgehen aus.
- Treiben Sie regelmäßig Sport.
- Nehmen Sie in den 4 Stunden vor dem Zubettgehen keine koffeinhaltigen Getränke oder Medikamente ein.
- Rauchen Sie nicht kurz vor dem Schlafen.
- Vermeiden Sie einen Mittagsschlaf.
- Reduzieren Sie ihren Alkoholkonsum oder verzichten Sie im Falle von Schlafstörungen auf Alkohol.
- Meiden Sie Schlaftabletten oder gehen Sie vorsichtig und sparsam mit ihnen um. Meistens verschreiben Ärzte Schlafmittel für maximal vier Wochen. Nehmen Sie nie Schlafmittel zusammen mit Alkohol ein.
- Schauen Sie nachts nicht auf die Uhr
- Bleiben Sie nicht wach im Bett liegen
- Ihr Bett ist für das Schlafen reserviert (Sex ist erlaubt)
- Versuchen Sie den Tag aktiv zu gestalten

Falsche Schlafhygieneregeln:  
„immer zur gleichen Zeit ins  
Bett gehen“, „kein spätes  
Essen“, „keinen Computer im  
Schlafzimmer, „keinen Sport  
am Abend“

**Schlafhygiene ersetzt keine  
Verhaltenstherapie!**

[https://www.dgsm.de/downloads/patienteninformationen/ratgeber/DGSM%20Ratgeber%202018/DRUCK\\_Ein-%20und%20Durchschlafst%C3%B6rungen%202019-02-06.pdf](https://www.dgsm.de/downloads/patienteninformationen/ratgeber/DGSM%20Ratgeber%202018/DRUCK_Ein-%20und%20Durchschlafst%C3%B6rungen%202019-02-06.pdf)





## 5 Nichtmedikamentöse Behandlung Bettzeitenrestriktion

- Die Liegezeiten im Bett zwei Wochen lang auf 6Std. begrenzen
- Immer zur selben Zeit aufstehen!
- Kann auch bei fehlender Müdigkeit später ins Bett gehen
- Pat. sollte nicht außerhalb des Bettes schlafen.



## 5 Nichtmedikamentöse Behandlung Entspannungsverfahren

- PMR
- Achtsamkeit/MBSR
- Autogenes Training
- Selbsthypnose
- usw.

+ Stressmanagement?

- Die Krankenkassen bieten Kurse an.



## 5 Nichtmedikamentöse Behandlung Verhaltenstherapie bei Schlafstörungen

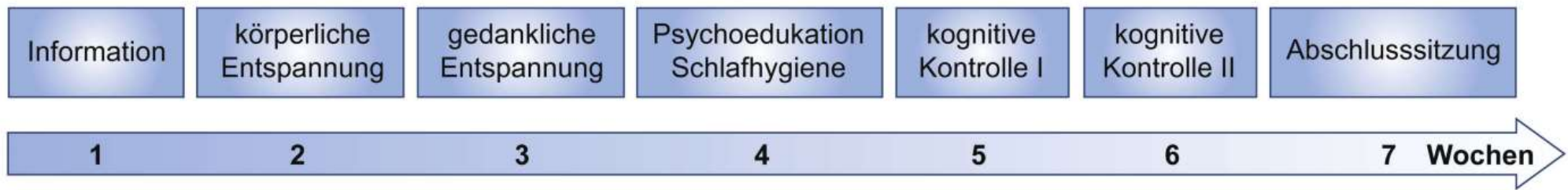
- Nachhaltiger Effekt
- Stärkt die Kompetenz des Patienten
- Beugt Rückfällen vor
- Kaum Nebenwirkungen
- Keine Habituation
- Psychosoziale Problemfelder können bearbeitet werden

Die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie soll bei Erwachsenen jeden Lebensalters als erste Behandlungsoption für Insomnien durchgeführt werden. (Leitlinie Schlafstörungen)

**Aber:** geringe Verfügbarkeit, zeitintensiv, kann Pat. Überfordern, verzögerter Wirkeintritt, teils kurzfristig erhöhte Müdigkeit

5

# KVT-Gruppenbehandlung bei Schlafstörung



**Abb. 5.2** Beispielhafter Ablauf einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlung in 7 Modulen. Die Behandlung wird in Gruppen von 4–6 Patienten durchgeführt; nach 3 Monaten erfolgt eine Katamnese. Vorgeschaltet ist eine individuell adaptierte schlafmedizinische Diagnostik. (aus [2])

Basisverfahren wie die schlafbezogene Psychoedukation und die schlafhygienische Beratung und auch Schlafrestriktion sind Verfahren, die auch Nicht-Psychotherapeuten leicht erlernen und anwenden können.

Tatjana Crönlein; Wolfgang Galetke; Peter Young. Schlafmedizin 1x1: Praxisorientiertes Basiswissen. Springer 2020.

5

# Patienteninformationen



Deximed  
Hausarztwissen online

gi gesundheitsinformation.de  
verstehen | abwägen | entscheiden





## 5 Fazit zum kompetenten Umgang mit Schlafmitteln:

1. Nicht sofort reflexartig verschreiben!
2. Multidisziplinäre Diagnostik
3. Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankungen
4. Schlafhygiene und Verhaltenstherapeutische Behandlung
5. Schlafmittel, insbesondere BenzoZ: wenige Tage bis max. 4 Wochen
6. ggf. längere Verordnung unter Einbezug eines Nervenarztes



# Wie geht es der Hausärztin / dem Hausarzt?

