

Besser schlafen – Seite 26

- Da chronische Schlafstörungen die Lebensqualität der betroffenen Personen stark beeinträchtigen können, verdienen sie in der Praxis besondere Aufmerksamkeit.
- Die für Insomnien entwickelte kognitive Verhaltenstherapie («cognitive behavioral therapy for insomnia», CBT-I) hat sich als gut und nachhaltig wirksam erwiesen. Mehrere Elemente der CBT-I können auch in der hausärztlichen Praxis angewandt werden.
- Ratschläge zur Schlafhygiene und die Berücksichtigung nicht-medikamentöser Hilfsmittel sind hilfreich, auch wenn für ihren Nutzen keine sichere Evidenz vorhanden ist.
- Regelmässige Anwendung der gebräuchlichen Schlafmittel – besonders der Benzodiazepine und verwandter «Z-Medikamente» – führt zur Gewöhnung.
- Sollte doch einmal ein Schlafmittel notwendig sein, so empfiehlt es sich, ein Benzodiazepin oder ein «Z-Medikament» mit kurzer Halbwertszeit nur zum gelegentlichen Gebrauch zu verordnen.
- Depressionen sind häufige Begleiterkrankungen einer Insomnie. Wenn in solchen Fällen eine medikamentöse Therapie indiziert ist, sollten sedierende Antidepressiva (wie z.B. Mirtazapin oder Trazodon) eingesetzt werden.

Arzneimittel-Probleme – Seite 30

Ketoazidose unter SGLT-2-Hemmern

In einer Kohorte von über 200'000 Personen mit einem Typ-2-Diabetes wurde die Häufigkeit einer Ketoazidose untersucht. Unter SGLT-2-Hemmern wie z.B. Canaglifozin (Invokana®) war das relative Risiko einer Ketoazidose gegenüber einer Therapie mit DPP-4-Hemmern (z.B. Sitagliptin, Januvia®) um das Dreifache erhöht.

Höheres Sterberisiko infolge Neuroleptika-Augmentation von Antidepressiva

Gemäss einer grossen Kohortenstudie ist das Sterberisiko für Menschen im Alter zwischen 25 und 64 Jahren höher, wenn ihre Depression nicht nur mit einem Antidepressivum, sondern zusätzlich mit einem «augmentierenden» Neuroleptikum wie z.B. Quetiapin (Seroquel® u.a.) behandelt wird. Dieses Resultat ergibt sich aus dem Vergleich mit der Behandlung mit einem zusätzlichen Antidepressivum.

Erenumab verursacht häufig Nebenwirkungen

Zu Erenumab (Aimovig®) liegen nun Daten aus der Praxis («real life data») vor, die zeigen, dass das neue Migräneprophylaktikum sehr häufig eine Obstipation verursacht. Nur etwa zwei Drittel der Behandelten schätzen den Nutzen von Erenumab höher ein als die Nachteile.

Unabhängige Quellen – Seite 31

Zweifel am Mehrwert von Valsartan/Sacubitril

Valsartan/Sacubitril (Entresto®) wurde in der PARADIGM-HF-Studie mit einer kleineren als der empfohlenen Maximaldosis von Enalapril (Reniten® u.a.) verglichen. Die ACE-Hemmer-Dosis sollte optimiert werden, bevor Valsartan/Sacubitril verschrieben wird.

Terbinafin in der Schwangerschaft

Es gibt bisher keine Hinweise auf ungünstige Auswirkungen einer oralen Terbinafin-Therapie in der Schwangerschaft. Dennoch sollte mit einer antimykotischen Therapie wenn möglich bis nach der Geburt gewartet werden.

Behandlung von Migräneanfällen

Migräneanfälle können mit Triptanen, aber oft auch mit gewöhnlichen Schmerzmitteln erfolgreich behandelt werden.

HPV-Impfung verhindert Gebärmutterhals-Krebs

Gemäss einer schwedischen Studie reduziert die HPV-Impfung die Inzidenz von Zervixkarinomen hochsignifikant.

Schmerzmittel für stillende Frauen

Bei stillenden Frauen sollten vorwiegend nicht-medikamentöse schmerzlindernde Massnahmen eingesetzt werden; Paracetamol und Ibuprofen sind vertretbar.

Besser schlafen

Etzel Gysling

Mehr als 10 Jahre ist es her, seit in dieser Zeitschrift eine Kurzübersicht zu den Schlafmitteln veröffentlicht wurde.¹ Seither sind mehrere neue Leitlinien zum Problem der Schlafstörungen erschienen und das Spezialgebiet der Schlafmedizin hat sich weiterentwickelt. Allen neueren Empfehlungen ist gemeinsam, dass *nicht-medikamentösen Therapien* der Vorzug gegenüber Schlafmitteln gegeben wird. Eine Insomnie-Behandlung ohne Medikamentge kann erfreulicherweise auch im Rahmen einer hausärztlichen Praxis realisiert werden.

Eine *chronische Insomnie* – eine anhaltende Störung des Schlafes – ist durch eine subjektiv unbefriedigende Schlafdauer oder Schlafqualität gekennzeichnet, die während mindestens drei Monaten an mindestens drei Nächten wöchentlich beobachtet wird. Es kann sich um ein verzögertes Einschlafen, einen unterbrochenen Nachtschlaf oder ein zu frühes Erwachen handeln, wobei die betroffenen Personen auch am Tag über störende Symptome (Schläfrigkeit, reduzierte Leistungsfähigkeit u.ä.) klagen.

In der Hausarztpraxis sind Klagen über Schlafstörungen sehr häufig. Individuen jeden Lebensalters können betroffen sein. Schlafdauer und Schlafqualität werden subjektiv recht unterschiedlich beurteilt. Veränderungen – beispielsweise im Zusammenhang mit der Menopause – werden individuell in stärkerem oder geringerem Ausmass als belastend empfunden. Deshalb fühlen sich auch nicht alle älteren Leute in ihrem Schlaf gestört, obwohl die Schlafqualität im höheren Alter nach objektiven Kriterien abnimmt.²

Begleiterkrankungen

In der Tabelle 1 sind einige der wichtigsten *Komorbiditäten* einer Insomnie zusammengestellt, an die man denken sollte.³ Diese können zum Teil bekannt oder ohne weitere Untersuchungen augenscheinlich sein. Bei entsprechendem Verdacht ist eine weitere Klärung angezeigt, beispielsweise zum Ausschluss einer Schlaf-Apnoe mittels Polysomnographie. Auch der Einfluss von Medikamenten sollte berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang muss festgehalten werden, dass sich die aktuell für das Publikum verfügbaren digitalen Anwendungen («sleep trackers») nicht für eine adäquate Schlafanalyse eignen.⁴

Am wichtigsten sind zweifellos *Depressionen*, die einerseits Insomnie-bedingt sein können, andererseits als Ursache der Insomnie in Frage kommen. Welches der beiden Probleme primär behandelt werden soll ist von Bedeutung, weil ein Teil der Antidepressiva eine Insomnie verstärken können,⁵ siehe unten («Weitere Medikamente»).

Tabelle 1: Wichtige Begleiterkrankungen bei einer Insomnie

- Depressionen, andere psychische Erkrankungen
- Schmerzzustände
- Schlafapnoe
- «Restless legs syndrome»
- «Periodic limb movement disorder»
- Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit
- Alkoholmissbrauch
- Chronische Niereninsuffizienz

Die Medikamente

Benzodiazepine und Verwandte

Benzodiazepine und die verwandten «Z-Medikamente» – Zolpidem und Zopiclon – besetzen bestimmte Untereinheiten des γ -Aminobuttersäure-Rezeptors im Zentralnervensystem und begünstigen so den Schlaf. Die in der Schweiz offiziell als Schlafmittel zugelassenen Mittel dieser Gruppe sind in der Tabelle 2 zusammengestellt. Aktuelle Daten lassen annehmen, dass mehr als ein Drittel der in unserem Land wegen einer Schlafstörung behandelten Personen eines dieser Medikamente nimmt.⁶ Obwohl in der Fachinformation eine möglichst kurze Therapie sowie eine «periodische Überprüfung» der Weiterbehandlung empfohlen wird, erhält zweifellos der grösste Teil dieser Patientinnen und Patienten über Monate bis Jahre Schlafmittel.

Die *unerwünschten Wirkungen* einer solchen Behandlung sind aber *bedeutsam*. Die dämpfende Wirkung auf das Zentralnervensystem kann tagsüber zu Benommenheit und Verminderung der Aufmerksamkeit sowie – besonders nachts und bei älteren Leuten – zu Muskelschwäche und Stürzen (mit Frakturrisiko) führen. Wirkstoffe mit einer intermediären oder langen Halbwertszeit stellen ein höheres Risiko von «Tagessymptomen» dar, solche mit kürzerer Halbwertszeit (wie Triazolam oder Zolpidem) verursachen dagegen häufiger Parasomnien (z.B. Alpträume, Schlafwandeln, nächtliche Konfusion).⁷ Diese Medikamente führen wahrscheinlich längerfristig zu einer Abnahme der kognitiven Fähigkeiten, sind aber offenbar nicht für Demenzen verantwortlich.⁸

Nach einigen Wochen regelmässiger Einnahme kann es bereits schwierig sein, eines dieser Schlafmittel wieder abzusetzen. Mit Entzugerscheinungen, allenfalls auch mit «Rebound»-Schlafstörungen, ist zu rechnen. Diese Pro-

Tabelle 2: Als Schlafmittel zugelassene Benzodiazepine und Verwandte

Wirkstoffe	Markennamen*	Halbwertszeit**
Flunitrazepam	Rohypnol	sehr lang (16-25 h)
Flurazepam	Dalmadorm	sehr lang (50-100 h)
Lorazepam	Temesta	mittellang (10-25 h)
Lormetazepam	Noctamid	rel. kurz (10-12 h)
Midazolam	Dormicum	sehr kurz (2-3 h)
Nitrazepam	Mogadon	sehr lang (20-50 h)
Oxazepam	Seresta	kurz (4-25 h)
Temazepam	Normison	kurz (5-12 h)
Triazolam	Halcion	sehr kurz (2-6 h)
Zolpidem	Stilnox	sehr kurz (2-4 h)
Zopiclon	Imovane	kurz (4-6 h)

* Hier sind nur die Markennamen der Originalpräparate genannt

** Ungefähre Halbwertszeit unter der Berücksichtigung der aktiven Metaboliten (Bereich in Klammern).

bleme sind umso ausgeprägter, je höher die Schlafmittel-Dosis war und je länger die Verabreichung angedauert hat; auch ein abruptes Absetzen ist ungünstig.

In einer im Herbst 2020 publizierten «Safety Communication» weist die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA darauf hin, dass *Benzodiazepin-Entzugssymptome* (Angstzustände, Depression, Schlafstörungen u.a.) bis zu einem Jahr nach dem Absetzen dieser Medikamente persistieren können.⁹ Die neueren «Z-Medikamente» werden oft als weniger riskant bezeichnet als die älteren Benzodiazepine; dies ist aber nicht gesichert.

Melatonin und Derivate

Obwohl in der Guideline der «European Sleep Research Society» festgestellt wird, Melatonin und Melatonin-Derivate könnten nicht zur Behandlung der Insomnie empfohlen werden,³ liegen aktuell mehrere Übersichten vor, wonach Melatonin Einschlafstörungen und Schlafdauer vorteilhaft beeinflusst.^{10,11} Ein Erfolg ist dann wahrscheinlich, wenn das Medikament entsprechend dem individuellen zirkadianen Rhythmus verabreicht wird. Gemäss einer systematischen Übersicht zeichnet sich Melatonin nach bisherigem Wissen zudem durch vergleichsweise harmlose Nebenwirkungen aus.¹² Melatonin ist in Nordamerika rezeptfrei erhältlich und bisher nicht als Ursache nennenswerter Probleme bekannt. Nach wie vor ist jedoch die Datenbasis insbesondere zu einer längerfristigen Verabreichung von Melatonin *nicht völlig überzeugend*. Dies

gilt noch mehr für die Melatonin-Derivate Agomelatin (Valdoxan® u.a.) und das in den USA erhältliche Ramelteon. Die in der Schweiz erhältlichen Melatonin-Präparate sind offiziell nur für Personen über 55 Jahre (Circadin®) und, mit Einschränkungen, für Kinder und Jugendliche (Slenyto®) zugelassen.

Andere Schlafmittel

Andere Medikamente, die offiziell als Mittel zur Behandlung von Schlafstörungen zugelassen sind, spielen eine bescheidene Rolle. Das Nutzen/Risiko-Profil des seit Jahrzehnten erhältlichen Chloralhydrats entspricht heutigen Ansprüchen nicht mehr. Andere Schlafmittel – die in der Regel ohne ärztliche Verordnung abgegeben werden können – eignen sich nicht zur Therapie einer eigentlichen Insomnie. Auch sind z.B. die Antihistaminika mit sedierenden Eigenschaften wie Diphenhydramin oder Doxylamin nicht völlig frei von Risiken. Besonders bei älteren Leuten wirken sich ihre anticholinergen Eigenschaften nachteilig aus. Die in vielen Phytotherapeutika enthaltenen Extrakte von Baldrian (*Valeriana officinalis*) und Hopfen (*Humulus lupulus*) haben keinen überzeugenden Nutzen als Schlafmittel, können sich jedoch in einzelnen Fällen dank des Placeboeffekts vorteilhaft auswirken.

Weitere Medikamente

Fast alle *Benzodiazepine* werden bei Schlafstörungen eingesetzt, auch wenn sie nicht explizit dafür zugelassen sind. Die erwähnten Vorbehalte gelten selbstverständlich für die ganze Benzodiazepin-Gruppe.

Antidepressiva mit sedierenden Eigenschaften werden oft verschrieben und können eine sinnvolle Therapiewahl darstellen, wenn jemand im Zusammenhang mit einer Depression auch an einer Insomnie leidet. Mirtazapin (Remeron® u.a.) und Trazodon (Trittico® u.a.) sind bekannte Beispiele sedierender Antidepressiva; auch die trizyklischen Wirkstoffe sind meistens sedierend. Antidepressiva – besonders die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer – können aber eine Insomnie auch verstärken. Generell ist zu beachten, dass leichte Depressionen ohne Medikamente behandelt werden können – so wie eine Insomnie primär keine medikamentöse Therapie erfordert. Tatsächlich gelangen aber Antidepressiva recht häufig «off label» zum Einsatz bei Insomnien,⁶ ohne dass in allen Fällen auch eine Depression bestehen würde. Für die erwähnten Wirkstoffe scheint immerhin das Risiko einer Gewöhnung kleiner zu sein als für die Benzodiazepine. Dennoch muss ihr Stellenwert bei einer Insomnie ohne Depression als zu wenig klar definiert bezeichnet werden.¹³

Nicht selten werden die dämpfenden Eigenschaften noch anderer zentralnervös wirksamer Medikamente bei Insomnien eingesetzt. Verwendet werden insbesondere *Neuroleptika*, beispielsweise Olanzapin (Zyprexa® u.a.) oder Quetiapin (Seroquel® u.a.) – Wirkstoffe mit ausgeprägt sedierender Wirkung. Auch *Gabapentinoide*

– Gabapentin (Neurontin® u.a.) und Pregabalin (Lyrica® u.a.) – werden gegeben. Neuroleptika und Gabapentinoide mögen sich vereinzelt bei der Behandlung anderer Erkrankungen auch auf begleitende Schlafstörungen günstig auswirken. Für keines dieser Medikamente ist aber adäquat nachgewiesen, dass es sich für die Therapie einer Insomnie eignen würde.¹⁴ Es ist auch nicht genügend dokumentiert, ob diese Wirkstoffe sinnvoll als Adjuvantien bei einem Benzodiazepin-Entzug eingesetzt werden könnten. Das *Nebenwirkungspotential* dieser Mittel übertrifft eindeutig dasjenige der «üblichen» Schlafmittel; Pregabalin und Quetiapin haben auch ein bedeutsames Suchtrisiko.

Cannabidiol (CBD) ist ein Cannabis-Produkt, das nach aktuellem Wissen nicht süchtig macht und keine psychotomimetische Wirkung hat. Die schweizerische Arzneimittelbehörde Swissmedic hat dazu ein Merkblatt publiziert,¹⁵ in dem die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen erläutert werden. CBD wird offenbar weltweit als rezeptfreies Schlafmittel verwendet. Zurzeit liegen jedoch keine genügenden Daten vor, wonach sich CBD tatsächlich für diese Anwendung eignen würde.¹⁶ Problematisch ist auch, dass CBD Zytochrom-bedingte Interaktionen (besonders via CYP3A4 und CYP2C19) verursachen kann,¹⁷ was besonders bei älteren, mit mehreren Medikamenten behandelten Personen vermieden werden sollte.

Nicht-medikamentöse Therapien

Kognitive Verhaltenstherapie

Die bei einer Insomnie empfohlene Verhaltenstherapie wird heute meistens mit der Abkürzung *CBT-I* (für «cognitive behavioral therapy for insomnia») bezeichnet. Dieses Verfahren gilt als *Basistherapie von Schlafstörungen* (mit Ausnahme von zeitlich sehr limitierten Insomnien). Eine CBT-I wird nach relativ wenigen Grundprinzipien durchgeführt (Einzelheiten siehe Tabelle 3), die individuell aber modifiziert werden können.

Als zentrale Elemente gelten die «Schlafrestriktion» (d.h. die Einschränkung der Zeit, die jemand im Bett verbringt) und die «Stimulus-Kontrolle», mit der in erster Linie erreicht werden soll, dass man das Bett nur zum Schlafen verwendet und aufsteht, wenn man nicht schläft.

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass die CBT-I *kurzfristig ebenso wirksam ist wie Schlafmittel, langfristig aber die zuverlässigere Wirkung ergibt*.¹⁸ Eine CBT-I kann bei Jugendlichen wie bei jüngeren oder älteren Erwachsenen eingesetzt werden. Personen mit und ohne Komorbiditäten können behandelt werden; gleichzeitig bestehende Depressionen werden oft vorteilhaft beeinflusst. Eine spürbare Besserung kann teilweise schon nach wenigen Therapiesitzungen – innerhalb von etwa acht Wochen – beobachtet werden.

Wie in anderen Ländern gibt es auch in der Schweiz vergleichsweise wenige Fachpersonen, die über eine

Tabelle 3: Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie bei Insomnien (CBT-I)

- Instruktionen zur Schlafhygiene (siehe Tabelle 4)
- Führen eines Schlaf-Tagebuchs
- *Schlaf-Restriktion* – Mit einer initialen Einschränkung der im Bett verbrachten Zeit auf die mittels des Schlaf-Tagebuchs ermittelten tatsächlich schlafend verbrachten Stunden soll der Wach/Schlaf-Rhythmus stabilisiert werden. Anschliessend kann diese Zeitdauer langsam gesteigert werden, um schliesslich die individuell optimale Schlafdauer zu erreichen
- *Stimulus-Kontrolle* – Mit dieser Massnahme soll erreicht werden, dass stimulierende Elemente vom Schlafzimmer (bzw. dem Bett) ferngehalten werden. So wird das Bett (re)definiert als der Ort, wo man schläft. Wacht man auf und schläft nicht rasch wieder ein, soll man aufstehen – selbst wenn dies sich in einer Nacht mehrfach wiederholen sollte
- Entspannungs-Training, z.B. mittels Meditation oder autogenem Training
- Achtsamkeits-Training, «Mindfulness-based stress reduction» (MBSR)
- Korrektur von irrtümlichen Ansichten zu Schlafgewohnheiten und Schlafstörungen
- «Präventives» Bewusstmachen von Kummer und Sorgen

Spezialausbildung in CBT-I verfügen. Eine CBT-I kann jedoch durchaus erfolgreich mit hausärztlicher Unterstützung oder sogar auf eigene Initiative der Betroffenen durchgeführt werden.¹⁹ Entsprechende Hilfsmittel stehen in gedruckter Form oder als Online-Angebote zur Verfügung. In deutscher Sprache gibt es z.B. ein CBT-I-basiertes Online-Programm namens «somnio»,²⁰ dessen Kosten zum Teil von den Krankenkassen übernommen werden. Auf Englisch existieren mehrere Online-Programme, z.B. Somryst (früher SHUTi), Sleepio, Restore, CBI-I Coach (kostenlos).

Schlafhygiene

Instruktionen zur Schlafhygiene gehören grundsätzlich zur CBT-I, können aber mit minimalem Aufwand, auch unabhängig davon vermittelt werden. In der Tabelle 4 sind einige wichtige Prinzipien der Schlafhygiene zusammengestellt. Diese Regeln sollen nicht stur angewandt werden,

Tabelle 4: Ratschläge zur Schlafhygiene*

- Verzicht auf Schlafen am Tag (keine «Siesta»)
- Viel Tageslicht während der Wachphase
- Vermeiden von grösseren Trinkvolumina am Abend
- Vermeiden von coffeinhaltigen Getränken am Abend
- Vorsicht mit alkoholischen Getränken am Abend
- Keine Bildschirmarbeit in den 2 Stunden vor dem Schlafen
- Keine aufregenden Filme 2 Stunden vor dem Schlafen
- Keine starke körperliche Anstrengung vor dem Schlafen
- Individuell adaptierte Schlafzimmer-Temperatur
- Individuell adaptierte Dunkelheit im Schlafzimmer
- Schutz vor akustischer Belastung

* Allgemein formulierte Ratschläge ohne sichere Evidenz – Empfehlungen können im Einzelfall auch belanglos sein.

vielmehr handelt es sich um generelle Überlegungen, die im Einzelfall mehr oder weniger relevant sein können. Dies gilt umso mehr, als diese Regeln grösstenteils nur konsensbasiert sind.

Andere nicht-medikamentöse Hilfen

Zu den im Folgenden genannten Anwendungen und Hilfsmitteln lässt sich allgemein festhalten, dass sie zwar *kaum bis gar nicht kontrolliert geprüft* worden sind, jedoch in der Regel nicht mit unerwünschten Wirkungen verbunden sind. Somit kann es durchaus sinnvoll sein, jemandem zur einen oder anderen Hilfe zu raten, da sich damit in einzelnen Fällen etwas erreichen lässt. Besonders bei leichten Schlafstörungen ist so allenfalls die Verabreichung von Schlafmitteln leichter zu vermeiden. Dabei sind allerdings auch die Kosten zu beachten; mehrere der hier genannten Hilfen sind jedoch kostengünstig.

Elektronisch vermittelte Hilfen («Apps») eignen sich am ehesten als Einschlafhilfe. Angeboten werden *beruhigende Musik* oder «*einschläfernde*» *Erzählungen* («Podcasts»). Mit *Geräuschkulissen* («weisses Rauschen» u.ä.) kann möglicherweise auch das Durchschlafen günstig beeinflusst werden. Solche Apps lassen sich in grosser Zahl in den entsprechenden Verzeichnissen von Apple und Google mit dem Begriff «Schlafapp» finden; auch eine allgemeine Suche im Internet liefert brauchbare Resultate.

Vielfältig ist auch das Angebot an *analogen Hilfsmitteln*, die den Schlafkomfort verbessern sollen. Wer oft kalte Füsse hat, profitiert eventuell von Bettsocken. Ein Matratzenkeil kann manchmal Schnarchen verhindern.

Neuerdings werden oft «schwere» Bettdecken («weighted blankets») empfohlen. Der Nutzen von schweren Bettdecken ist bei Schlafstörungen Erwachsener bisher nicht überzeugend dokumentiert;²¹ immerhin gibt es Daten, wonach autistische Kinder von solchen Decken profitieren. Selbstverständlich kann auch die Qualität der Kissen und Matratzen eine Rolle spielen.

Das Wichtigste für die Praxis

- **Chronische Insomnien sind häufig; sie können die Lebensqualität der betroffenen Personen erheblich beeinträchtigen**

- **In der hausärztlichen Praxis sollte alles daran gesetzt werden, eine chronische Einnahme von Schlafmitteln oder anderen zentral dämpfenden Medikamenten zu vermeiden**

- **Eventuell vorhandene Begleiterkrankungen – insbesondere Depressionen – müssen adäquat berücksichtigt werden**

- **Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie («CBT-I») lassen sich auch ohne spezialärztliche Hilfe anwenden und versprechen grundsätzlich eine gute und langanhaltende Wirkung**

- **Es ist sinnvoll, auch die banal erscheinenden Aspekte der Schlafhygiene zu besprechen und allenfalls auch Hilfsmittel einzusetzen, die nicht sicher nützen, aber jedenfalls nicht schaden**

- **Wenn doch einmal ein Schlafmittel notwendig ist, empfiehlt es sich, ein Benzodiazepin oder «Z-Medikament» mit eher kurzer Halbwertszeit nur zur «gelegentlichen Einnahme» zu verschreiben**

Literatur

Die Literaturhinweise finden Sie in der Online-Version dieses Textes an folgender Internet-Adresse:

<https://www.pkweb.ch/pk1117>

1. Gysling E. Mini-Update: Schlafmittel. *pharma-kritik* 2008;30:69-70 (pk32) [\[Link\]](#)
2. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med*. 2018 Jun 15;14(6):1017-1024. PMID: 29852897; PMCID: PMC5991956. [\[Link\]](#)
3. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groseelj L, Ellis JG, Espie CA, Garcia-Borreguero D, Gjerstad M, Gonçalves M, Hertenstein E, Jansson-Fröjmark M, Jennum PJ, Leger D, Nissen C, Parrino L, Paunio T, Pevernagie D, Verbraecken J, Weeß HG, Wichniak A, Zavalko I, Arnardottir ES, Deleanu OC, Strazisar B, Zoetmulder M, Spiegelhalder K. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017 Dec;26(6):675-700. Epub 2017 Sep 5. PMID: 28875581. [\[Link\]](#)
4. Ameen MS, Cheung LM, Hauser T, Hahn MA, Schabus M. About the Accuracy and Problems of Consumer Devices in the Assessment of Sleep. *Sensors (Basel)*. 2019 Sep 25;19(19):4160. PMCID: PMC6806072. [\[Link\]](#)
5. Jindal RD, Thase ME. Treatment of insomnia associated with clinical depression. *Sleep Med Rev*. 2004 Feb;8(1):19-30. PMID: 15062208. [\[Link\]](#)
6. Maire M, Linder S, Dvořák C, Merlo C, Essig S, Tal K, Del Giovane C, Syrogiannouli L, Duss SB, Heinzer R, Nissen C, Bassetti CLA, Auer R. Prevalence and management of chronic insomnia in Swiss primary care: Cross-sectional data from the "Sentinella" practice-based research network. *J Sleep Res*. 2020 Oct;29(5):e13121. Epub 2020 Jun 25. PMID: 32588519. [\[Link\]](#)
7. Harbourt K, Nevo ON, Zhang R, Chan V, Croteau D. Association of eszopiclone, zaleplon, or zolpidem with complex sleep behaviors resulting in serious injuries, including death. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2020 Jun;29(6):684-691. Epub 2020 Apr 22. PMID: 32323442. [\[Link\]](#)
8. Nafti M, Sirois C, Kröger E, Carmichael PH, Laurin D. Is Benzodiazepine Use Associated With the Risk of Dementia and Cognitive Impairment-Not Dementia in Older Persons? The Canadian Study of Health and Aging. *Ann Pharmacother*. 2020 Mar;54(3):219-225. Epub 2019 Oct 9. PMID: 31595772. [\[Link\]](#)
9. FDA Drug Safety Communication. Benzodiazepine Drug Class: Boxed Warning Updated to Improve Safe Use. 2020 (Sept 23). [\[Link\]](#)
10. Baglioni C, Bostanova Z, Bacaro V, Benz F, Hertenstein E, Spiegelhalder K, Rücker G, Frase L, Riemann D, Feige B. A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Evaluating the Evidence Base of Melatonin, Light Exposure, Exercise, and Complementary and Alternative Medicine for Patients with Insomnia Disorder. *J Clin Med*. 2020 Jun 22;9(6):1949. PMID: 32580450; PMCID: PMC7356922. [\[Link\]](#)
11. Auld F, Maschauer EL, Morrison I, Skene DJ, Riha RL. Evidence for the efficacy of melatonin in the treatment of primary adult sleep disorders. *Sleep Med Rev*. 2017 Aug;34:10-22. Epub 2016 Jul 20. PMID: 28648359. [\[Link\]](#)
12. Besag FMC, Vasey MJ, Lao KSJ, Wong ICK. Adverse Events Associated with Melatonin for the Treatment of Primary or Secondary Sleep Disorders: A Systematic Review. *CNS Drugs*. 2019 Dec;33(12):1167-1186. PMID: 31722088. [\[Link\]](#)
13. Everitt H, Baldwin DS, Stuart B, Lipinska G, Mayers A, Malizia AL, Manson CC, Wilson S. Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 14;5(5):CD010753. PMID: 29761479; PMCID: PMC6494576. [\[Link\]](#)
14. Atkin T, Comai S, Gobbi G. Drugs for Insomnia beyond Benzodiazepines: Pharmacology, Clinical Applications, and Discovery. *Pharmacol Rev*. 2018 Apr;70(2):197-245. PMID: 29487083. [\[Link\]](#)
15. Swissmedic. Products containing cannabidiol (CBD). 2019 (June 05). [\[Link\]](#)
16. Suraev AS, Marshall NS, Vandrey R, McCartney D, Benson MJ, McGregor IS, Grunstein RR, Hoyos CM. Cannabinoid therapies in the management of sleep disorders: A systematic review of preclinical and clinical studies. *Sleep Med Rev*. 2020 Oct;53:101339. Epub 2020 May 16. PMID: 32603954. [\[Link\]](#)
17. Brown JD, Winterstein AG. Potential Adverse Drug Events and Drug-Drug Interactions with Medical and Consumer Cannabidiol (CBD) Use. *J Clin Med*. 2019 Jul 8;8(7):989. PMID: 31288397; PMCID: PMC6678684. [\[Link\]](#)
18. Baglioni C, Altena E, Bjorvatn B, Blom K, Bothelius K, Devoto A, Espie CA, Frase L, Gavriloff D, Tuulikki H, Hoflehner A, Högl B, Holzinger B, Järnefelt H, Jernelöv S, Johann AF, Lombardo C, Nissen C, Palagini L, Peeters G, Perlis ML, Posner D, Schlarb A, Spiegelhalder K, Wichniak A, Riemann D. The European Academy for Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: An initiative of the European Insomnia Network to promote implementation and dissemination of treatment. *J Sleep Res*. 2020 Apr;29(2):e12967. Epub 2019 Dec 19. PMID: 31856367. [\[Link\]](#)
19. Sunnhed R, Hesser H, Andersson G, Carlbring P, Morin CM, Harvey AG, Jansson-Fröjmark M. Comparing internet-delivered cognitive therapy and behavior therapy with telephone support for insomnia disorder: a randomized controlled trial. *Sleep*. 2020 Feb 13;43(2):zsz245. PMID: 31608389; PMCID: PMC7017953. [\[Link\]](#)
20. Digitales Schlaftraining somnio. [\[Link\]](#)
21. Eron K, Kohnert L, Watters A, Logan C, Weisner-Rose M, Mehler PS. Weighted Blanket Use: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*. 2020 Mar/Apr;74(2):7402205010p1-7402205010p14. PMID: 32204779. [\[Link\]](#)