

Termin	07.09.2022, 18:30 bis 20:00 Uhr
Titel	Schlafstörungen – Möglichkeiten rascher und nachhaltiger Hilfe
Referentin	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prof. Dr. Dr. Matthias J. Müller CEO, Ärztlicher Direktor / Medizinischer Geschäftsführer der Oberberg GmbH ○ Dr. Claudia Salm Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Freiburg
Moderator	<ul style="list-style-type: none"> ○ Priv. Doz. Dr. Andreas Jähne Ärztlicher Direktor, Oberberg Fachklinik Rhein-Jura & Oberberg Tagesklinik Lörrach

Offene Fragen	
Frage	Antwort
Opipramol (Insidon ...)	<p>Zulassung: Somatoforme Störung, Generalisierte Angststörung Studien: Hinweise auf positive Wirkung auch bei (begleitenden Schlafstörungen) allerdings 1 Studie nur S3-Leitlinie: nicht erwähnt Wirkmechanismus: trizyklisches Antidepressivum, wirkt aber nicht durch Wiederaufnahmehemmung der Monoamine: Sigma-1-Agonismus, 5-HT_{2A}-Antagonismus und geringer D₂-Antagonismus. (Geringer) H₁-Antagonismus (und anticholinerge Wirkungen) -> H₁-Antagonismus für Schlafstörungen „geeignet“ Nebenwirkungen: Mundtrockenheit, Schwindel, Hypotonie, Tachykardien, Herzrhythmusstörungen (QTc!), Akkommodationsstörungen, Mydriasis, Obstipation Bewertung: Bei PatientInnen zumindest < 60-65 J. möglich bei Schlafstörungen (anticholinerge NW), sonst bei generalisierter Angststörung als Indikation, Dosis nicht zu niedrig wählen (150-300mg)</p>
Melperon und Dipiperon auch bei Jüngeren?	<p>Zulassung: u.a. Schlafstörungen, insbesondere bei geriatrischen und psychiatrischen PatientInnen -> m.E. ok Studien: unzureichend, Nebenwirkungen: CYP2D6-Inhibitor (hierüber werden sehr viele andere Psychopharmaka abgebaut, was zu schlecht überschaubaren Abbauhemmungen und NBW führen kann), QTc-Verlängerung (auch Pipamperon), klinische NW sind häufiger als unter anderen Hypnotika (Antidepressiva, Z-Substanzen/BZD ...). S3-Leitlinie: keine Empfehlung bei <65 J., aber auch keine „Nicht-Empfehlung“ Wirkmechanismus: v.a. 5-HT₂-Antagonismus, aber auch D₂-Antagonismus, keine anticholinergen Wirkungen Nebenwirkungen: Übelkeit, Erbrechen, Hypotension EPS (vergleichsweise selten) QTc-Verlängerung! Bewertung: niederpotentes Antipsychotikum mit relativ ausgeprägten NW, Einsatz aber vertretbar, wenn (1) EKG-Kontrollen (QTc) und (2) Interaktionen berücksichtigt werden. Alternativ: Melatonin, Antidepressiva in niedriger Dosis (Doxepin, Mirtazapin, v.a.), wenn möglich, bevorzugt, wenn man auf BZD und Z-Substanzen verzichten will/muss.</p>
Melatonin	<p>Zulassung: bekannt (in D > 55J usw.), in vielen anderen Ländern „Nahrungsergänzungsmittel“ (OTC)</p>

	<p>Studien: unterschiedlich, Jetlag usw. ok, aktuelle Meta-Analyse zeigt kaum Wirkung (Insomnie); andererseits gibt es Hinweise, dass Melatonin-Wirkung nicht unbedingt von Melatonin-Defizit (> 55 Jahre...) abhängt...</p> <p>S3-Leitlinie: unklar, keine klare Empfehlung</p> <p>Wirkmechanismus: zunächst klar, aber doch komplexer...</p> <p>Nebenwirkungen: gering, Langzeitwirkungen unklar (bis hin zu Krebsrisiko), zumindest nicht bei Schwangeren und Stillenden</p> <p>Bewertung: durchaus mit 0.5-5mg/d ist ein Versuch möglich (off-label, Einwilligung der Patientin/ des Patienten einholen). Einzelfallberichte und Erfahrungen nicht so schlecht</p>
<p>Langzeitbehandlung mit „Z-Substanzen“ – kognitive Effekte</p>	<p>Bewertung. Unsichere Studienlage. Daher eher subjektive Einschätzung: wenn keine Dosissteigerung stattfindet (Vorsicht!) und Z-Substanz (v.a. Zopiclon/S-Zopiclon) gut „kognitiv“ vertragen wird (die meisten NW gibt es zu Beginn der Behandlung), sehe ich im höheren Lebensalter, wenn NW berücksichtigt werden (Autofahren...), für Zopiclon eher geringeres Risiko als bei BZD. Kognitive NBW bei BZD durchaus häufig, bei Z-Substanzen seltener aber auch möglich, bei Auftreten Wechsel Substanzklasse erwägen</p>
<p>Doxepin bei Diazepam-Entzug</p>	<p>→ Verweis auf Webinar Suchterkrankungen am 21.09.2022</p> <p>Doxepin zugelassen für Alkohol und BZD-Entzug, schrittweiser Dosisreduktion anstreben, ggf. umsetzen auf besser „steuerbares“ BZD mit kürzerer HWZ (z.B. Oxazepam), aber Diazepam ist prinzipiell dafür geeignet. Symptomatisch Doxepin (10-100mg, ggf. mehr) wenn vegetative NW auftreten, β-Blocker, ggf. Clonidin. Ambulante Entwöhnungen (BZD) prinzipiell denkbar bei fehlenden Risiken, guter Compliance und mildem Entzug. Empfehlung, zumindest mit Klinik oder Tagesklinik „gemeinsam“ (initial Klinik, dann TK, dann ambulant)</p>