

Schlaf im Alter

Patientenratgeber der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung
und Schlafmedizin (DGSM)

AG Chronobiologie



Inhalt:

1. Altersbedingte Veränderungen des Schlafs.....	3
2. Spezifische Schlafstörungen im Alter	5
2.1. Schlafapnoe	5
2.2. Obstruktive Schlafapnoe (OSA).....	5
2.3. Zentrale Schlafapnoe	5
2.4. Syndrom der vorverlagerten Schlafphase	5
2.5. Periodische Bewegungen der Gliedmaßen	6
2.6. Syndrom der ruhelosen Beine	6
2.7. Schlafverhalten und Demenz	6
3. Wann ist ärztliche Hilfe erforderlich?	7
4. Wie hilfreich sind Schlafmittel bei Schlafstörungen?.....	7
5. Informationsquellen / Literaturverzeichnis / Quellenangaben	8

1. Altersbedingte Veränderungen des Schlafs

Mit dem Älterwerden verändern sich viele Abläufe im Körper. Die meisten Funktionen verlangsamen sich und die körperlich und geistige Leistungsfähigkeit nimmt ab. Im Einzelfall kann es schwer sein, diese Veränderungen als Teil eines normalen Alterungsprozesses von krankhaften Veränderungen abzugrenzen. Dies gilt auch für das Schlafverhalten im Alter. Hier sind die Grenzen zwischen alterstypischen Veränderungen und krankhaften Veränderungen fließend. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass die Art und Weise der Veränderungen des Schlafes gerade im hohen Lebensalter sehr unterschiedlich wahrgenommen werden. Was für den einen ein Störfaktor ist, empfindet der Andere als ganz normal.

Ein weiteres Phänomen ist eine mit zunehmendem Alter auftretende Veränderung des Tag-Nacht-Rhythmus. Ältere Menschen gehen häufig früher zu Bett, um 7 – 8 Stunden später, dann aber schon gegen 3.00 oder 4.00 Uhr aufzuwachen. Solche Veränderungen des Tag-Nacht-Rhythmus haben verschiedene Ursachen. Häufig sind es die veränderten Lebensumstände im Alter - gerade bei allein lebenden älteren Menschen-, eine sich entwickelnde Schwerhörigkeit und ein Nachlassen der Sehkraft. Augenkrankheiten auf der einen Seite aber auch die abnehmende Zeit, die älteren Menschen im Freien verbringen, führen dazu, dass sie weniger häufig dem Tageslicht ausgesetzt sind. Tageslicht ist aber einer der wichtigsten Zeitgeber, um den Tag-Nacht-Rhythmus zu erhalten. Untersuchungen zeigen, dass eine zu kurze Lichtexposition zu einer Minderung der Schlafqualität beiträgt. Es bedarf jedoch weiterer Untersuchungen, um den Einfluss des Lichtes auf die Schlafqualität und die Tagesform älterer Menschen näher zu charakterisieren und nutzbringend einsetzen zu können. Hier eröffnen sich Möglichkeiten wie Lichttherapie, um auf nicht medikamentösem, quasi natürlichem Wege die Schlafstörungen zu behandeln.

Bei der Bewertung des Schlafvermögens älterer Menschen muss unbedingt auch der Einfluss von Medikamenten und der Einfluss anderer Erkrankungen berücksichtigt werden. Neuere Untersuchungen zeigen, dass die Schlafqualität älterer Menschen durch eine Reihe von Erkrankungen, die für die Altersgruppe älterer Menschen typisch sind, Beeinträchtigungen erfahren kann. So wird der Schlaf durch häufiges nächtliches Wasserlassen (Nykturie), Magenbeschwerden, Herz- und Lungenerkrankungen, Diabetes mellitus sowie chronische Schmerzen gestört. Hier spielen Verschleißerscheinungen der Gelenke (Arthrosen) als häufigste Schmerzursache im Alter die größte Rolle. Solche Erkrankungen verleiten dann zur Einnahme von Schlafmitteln, ohne dass nach der eigentlichen Ursache der Schlafstörungen gesucht wird. Ein gesunder alter Mensch sollte eigentlich keinen Anlass haben, über Schlafstörungen zu klagen.

Die Vielzahl von Untersuchungen zum Schlafverhalten älterer Menschen zeigt, diese häufiger über Durchschlafstörungen, eine abnehmende Gesamtschlafzeit, eine zunehmende Einschlafneigung tagsüber sowie über einen steigenden Gebrauch von Schlafmitteln berichten.

Bei gesunden älteren Menschen, die deutlich älter als 70 Jahre waren und die über keinerlei Schlafprobleme klagten, lag die Gesamtschlafzeit im Mittel 6 und 8 Stunden. Die Zeitdauer bis zum Einschlafen (s. g. Einschlaflatenz) betrug im Mittel etwa 30 Minuten und der Nachtschlaf konnte bis zu zwei Stunden durch Wachphasen unterbrochen sein. Diese bei gesunden alten Menschen erhobenen Werte lassen sich damit als altersbezogene Normalwerte deuten.

Von einer Schlafstörung muss dann ausgegangen werden, wenn deutliche Abweichungen von diesen Werten berichtet werden, d. h. überlange Wachliegephasen nach dem Zubettgehen oder überlange Wachphasen während der Nacht sowie ausgeprägte Schläfrigkeit am Tage berichtet werden. Dauern diese Phasen 4 Wochen oder länger an, besteht eine Tagessymptomatik oder ein Leidensdruck ergibt sich hieraus die Notwendigkeit einer weiteren Abklärung und Behandlung.

Die weit verbreitete Ansicht ältere Menschen benötigen weniger Schlaf als jüngere Menschen ist falsch. Die alterstypischen Veränderungen des Schlafes mit einem weniger durchgehenden Schlaf können jedoch durch den frei gestaltbaren Tagesablauf älterer Menschen in der Regel leichter kompensiert werden.

Bei jeder Form von Schlafstörung ist die Einhaltung der Schlafhygiene eine Grundmaßnahme. Schlafhygiene ist frei von Nebenwirkungen. Man versteht unter Schlafhygiene eine Technik, die einen gesunden Schlaf ermöglicht, erhält oder fördert. Hierzu gehören Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten mit günstigem Einfluss auf das Schlafvermögen. Dazu zählen eine ruhige Schlafumgebung ohne Ablenkungsmöglichkeiten wie z.B. Musikanlagen oder Fernsehgeräte, ein abgedunkeltes Schlafzimmer mit guter Belüftung. Auch sollte die Raumtemperatur weder zu niedrig noch zu hoch sein. Die optimale Schlafzimmertemperatur liegt zwischen 16° und 18°. Die Matratze sollte bequem sein und bei Umlagerung keine lauten Geräusche erzeugen. Auch ein kleiner Abendspaziergang kann zur Verbesserung der Nachtruhe führen. Eine Tasse warme Milch oder Tee mit Honig als Schlummertrunk unterstützt das Schlafvermögen. Auch wirken Baldriantropfen, Melisse oder Lavendelblüten als schlaffördernd. Alkohol oder Kaffee abendlich beeinträchtigen eher das Schlafvermögen. Auch sollte die Abendmahlzeit eher leicht verdauliche Speisen umfassen. Wichtig ist die Einhaltung regelmäßiger Bettgehzeiten und fester Schlafrituale, da dies zu einer Stabilisierung des Tag-Nacht-Rhythmus führt. Sollte das Einschlafen nicht gelingen, ist es besser aufzustehen, umherzugehen und sich anderweitig zu beschäftigen und nur bei erwarteter unmittelbarer Einschlaffähigkeit wieder das Bett aufzusuchen. Der Schlaf sollte grundsätzlich auf die Nacht begrenzt werden. Wer darüber hinaus kurze „Nickerchen“ am Tage abhält, sollte dies stets zur gleichen Zeit und zeitlich begrenzt tun.

Nicht immer erkennen Menschen, die unter übermäßiger Tagesmüdigkeit leiden, den Zusammenhang mit ihrem schlechten Schlaf, obwohl sie diesen als unbefriedigend empfinden. Dies macht den Aufklärungsbedarf deutlich, der in der Öffentlichkeit in Bezug auf das Thema Schlaf nach wie vor besteht.

2. Spezifische Schlafstörungen im Alter

2.1. Schlafapnoe

Bei der Schlafapnoe handelt es sich um eine schlafbezogene Atemstörung, die sowohl im wachen Zustand als auch im Schlaf Probleme verursachen kann. Mehrere Studien zeigen übereinstimmend, dass die Anzahl der betroffenen älteren Menschen mehr als 25% beträgt, d. h. jeder 4. über 60-jährige leidet an einer Schlafapnoe unterschiedlichen Schweregrades.

In manchen Fällen werden die Lebenspartner der Patienten durch das laute Schnarchen auf die Atmungsstörung aufmerksam. Schnarchen deutet auf eine partielle Blockierung der Atemwege im Schlaf hin. Es nimmt im Alter gewöhnlich zu. Obwohl Schnarchen oft harmlos ist, kann es ein Symptom für ernsthafte gesundheitliche Probleme sein.

2.2. Obstruktive Schlafapnoe (OSA)

Die obstruktive Schlafapnoe ist gekennzeichnet durch lautes nächtliches Schnarchen, das von Atempausen unterbrochen wird und häufig mit Müdigkeit sowie Schläfrigkeit am Tage verbunden ist. Als Folge der Schlafapnoe sind gerade im Alter Konzentrationsstörungen im Tagesverlauf, Gedächtnisstörungen, depressive Verstimmungen sowie hoher Blutdruck bekannt.

In leichten Fällen reicht es, die Schlafposition zu wechseln, z.B. auf der Seite zu schlafen oder sein Körpergewicht zu reduzieren. In ausgeprägten Fällen ist häufig eine medizinische Behandlung erforderlich. Die Abklärung erfolgt im Schlaflabor. Die Behandlung ist abhängig vom Schweregrad der klinischen Symptomatik der Schlafapnoe. Behandlungsmöglichkeiten sind Aufbiss-Schienen, deren Anwendung jedoch bei Zahnlosigkeit nicht möglich ist, sowie das Tragen einer nächtlichen Atemmaske (Überdruckbeatmung durch Beatmungsgeräte). Eine erfolgreiche Therapie kann die Erholungs- und Entmüdfunktion des Schlafes wieder herstellen und führt zu einer besseren Tagesbefindlichkeit und Lebensqualität.

2.3. Zentrale Schlafapnoe

Bei der zentralen Schlafapnoe kommt es zu Atempausen ohne dass Schnarchen als zusätzliches Phänomen beobachtet wird. Auslösemechanismus ist eine Fehlsteuerung des Atmungsprozesses. Eine zentrale Schlafapnoe findet sich häufig bei Patientin mit Herzschwäche oder Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Bei vielen Patienten mit zentraler Schlafapnoe hilft auch die nasale Überdruckbeatmung, mit deren Hilfe die Atemstillstände beseitigt werden können. Die Abklärung erfolgt im Schlaflabor.

2.4. Syndrom der vorverlagerten Schlafphase

Mit dem Alter entsteht die Tendenz, früh ins Bett zu gehen und früh aufzustehen. Während sich die Mehrheit diesen veränderten körperlichen Bedürfnissen mühelos anpasst, empfinden manche Menschen die Diskrepanz zwischen dem körperlichen Bedürfnis, zeitig schlafen zu gehen - manchmal sogar vor 20 Uhr - und dem persönlichen Wunsch, länger aufzubleiben, als große Belastung. In diesem Fall spricht man vom Syndrom der vorverlagerten Schlafphase. Menschen, die unter dem vorverlagerten Schlafphasen-Syndrom leiden, beklagen vor allem die Einschränkung in Bezug auf soziale Kontakte. Es frustriert sie, morgens früh wach zu sein, wenn andere noch schlafen, und sich abends nicht wach halten zu können, wenn andere geselliges Beisammensein genießen. Die meisten Versuche, den Rhythmus zu ändern, bleiben ohne Erfolg. Wenn die Betroffenen

beispielsweise bewusst später ins Bett gehen, können sie trotzdem nicht länger schlafen, weil ihre innere Uhr auf frühes Aufstehen eingestellt ist.

Eine wirksame Methode zur Behandlung des Syndroms der vorverlagerten Schlafphase stellt die Therapie mit Tageslicht dar. Dabei setzen sich die Betroffenen in Absprache mit dem Arzt am späten Nachmittag und möglichst auch am frühen Abend bewusst dem Tageslicht aus. Da helles Licht die Steuerung des Schlaf-/Wachrhythmus beeinflusst, kann auf diese Weise sowohl die einsetzende Schläfrigkeit am Abend als auch das Erwachen am Morgen verzögert werden. Bei konsequentem Einhalten dieser Maßnahmen kann die Therapie sehr erfolgreich sein.

2.5. Periodische Bewegungen der Gliedmaßen

Vermutlich haben die Hälfte aller über 65-jährigen nachts Zuckungen in den Beinen, in manchen Fällen auch in den Armen. Diese Muskelzuckungen können sowohl sporadisch als auch mit großer Häufigkeit auftreten - z. B. in regelmäßiger Wiederholung ein- bis zweimal pro Minute über 1 bis 2 Stunden. Bei dieser Schlafstörung wachen die Betroffenen in der Regel nicht auf, werden aber in ihrem Schlaf deutlich beeinträchtigt. Bei schwacher Ausprägung empfinden die Betroffenen keine Beeinträchtigung ihres Schlafes oder ihrer Leistungsfähigkeit am Tage. In leichteren Fällen klagen sie über Schlaflosigkeit und unruhigen Schlaf, in schweren Fällen dagegen über ausgeprägte Tagesschläfrigkeit. Bei dieser Störung muss erst das Ausmaß in einem Schlaflabor ermittelt werden. Es gibt heute wirksame Medikamente gegen die Zuckungen im Schlaf. Damit kann die Schlafqualität wieder verbessert werden und die Lebensqualität ebenfalls. Die medikamentöse Therapie hat auch Nebenwirkungen und diese müssen gegenüber den positiven Wirkungen sorgfältig abgewogen werden.

2.6. Syndrom der ruhelosen Beine

Das Syndrom der ruhelosen Beine kann sich sowohl im Schlaf als auch im Wachzustand auswirken. Die Patienten empfinden im Sitzen bzw. Liegen ein unangenehmes Kribbeln in den Waden oder Oberschenkeln. Es gibt verschiedene Therapiemöglichkeiten und medikamentöse Behandlungsmethoden, die von einem Arzt eingeleitet und überwacht werden sollten. Zur Diagnose ist keine Schlaflabor-Untersuchung erforderlich.

2.7. Schlafverhalten und Demenz

Die Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung mit zunehmenden geistigen Verfall und ausgeprägter Verwirrtheit. Die gestörte Hirnfunktion macht sich auch in einem Veränderten Schlafverhalten bemerkbar. Demenziell erkrankte Menschen zeigen eine Reduktion der Tiefschlafphasen. Auch sind die Traumschlafphasen (REM-Schlaf) häufig stark verkürzt und die Schlafqualität ist eingeschränkt. Oft gerät der Tagesrhythmus völlig aus dem Gleichgewicht, gekennzeichnet durch lange Schlafphasen tagsüber und Wachsein in der Nacht (s.g. Tag-Nacht-Umkehr). Diese Form der Schlafstörung ist nach der Inkontinenz der häufigste Grund für die Einweisung der Betroffenen in ein Pflegeheim. Gerade für die Betreuungspersonen sind demenzkranke Patienten mit gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus eine große Belastung. Für Abhilfe kann ein gut strukturierter Tagesablauf mit Phasen körperlicher Aktivität (Aufenthalt im Freien mit Lichtexposition) sein. Manchmal ist eine Unterstützung durch Medikamente nicht zu umgehen.

3. Wann ist ärztliche Hilfe erforderlich?

Schlafprobleme, die einen Monat andauern und die Tagesbefindlichkeit stören sind ein Anlass, den Hausarzt aufzusuchen. Der Hausarzt hat die wichtige Aufgabe insbesondere nach Erkrankungen oder Medikamenten zu suchen, die den Schlaf stören können. Im Bedarfsfall erfolgt die Überweisung zu einem Schlafspezialisten (Schlafmediziner), dem zur weiteren Abklärung der Schlafstörungen spezielle Untersuchungsmethoden zur Verfügung stehen.

4. Wie hilfreich sind Schlafmittel bei Schlafstörungen?

Schlafmittel sind gerade im höheren Lebensalter als problematische Medikamente einzustufen. In einer aktuell erschienenen Bewertung von Medikamenten hinsichtlich ihrer Alterstauglichkeit werden gerade Schlafmittel aufgrund ihrer Nebenwirkungen sehr kritisch bewertet. Zu diesen Nebenwirkungen gehören Gangunsicherheit, erhöhtes Sturzrisiko, Beeinträchtigung der Hirnleistungsfähigkeit sowie Inkontinenz. Auch ist eine überlange Wirkdauer hinein in den folgenden Tag aufgrund der damit verbundenen Schläfrigkeit ungünstig.

Im Idealfall sollten Schlafmittel die Schlafbereitschaft fördern, nächtliches Aufwachen verhindern und nicht über die Nacht hinaus wirken. Heute gebräuchliche Schlafmittel - in der Regel Benzodiazepine - können in zwei Kategorien unterteilt werden: in jene mit Lang- und jene mit Kurzzeitwirkung. Schlafmittel mit kurzer Wirkungsdauer helfen beim Beginn des Schlafes. Schlafmittel mit langer Wirkungsdauer sorgen für einen durchgängigen Schlaf, verursachen aber manchmal unerwünschte Schläfrigkeit am folgenden Tag. Nur Ärzte sind in der Lage, das richtige Medikament und die richtige Dosierung auf die jeweiligen Bedürfnisse der Patienten abzustimmen.

Gerade im höheren Lebensalter kann Schlaflosigkeit auch ein Zeichen für schlafbezogene Atemstörung sein. In solchen Fällen ist die Einnahme von Schlafmitteln gefährlich, da sie die Dauer und die Häufigkeit von Atemstillständen erhöhen kann. Damit gerät der Patient in einen Teufelskreis, der letztendlich zu einem Andauern ggf. zu einer Verschlechterung der Symptomatik führt.

Medikamente sollten möglichst ausschließlich zur Behandlung der Grunderkrankung eingesetzt werden. Schlafmittel haben ihr Einsatzgebiet lediglich zur Linderung von Symptomen und sollten dann auch nur über einen begrenzten Zeitraum verabreicht werden. Wichtig ist, dass die Medikamente, sofern sie überhaupt eingesetzt werden, mit der niedrigsten, wirksamen Dosierung verabreicht werden. Die Verordnungsdauer sollte einen kurzen Zeitraum von etwa 2 – 3 Wochen nicht überschreiten, zumal in Studien nachgewiesen ist, dass die Langzeiteinnahme von Schlafmitteln keinen sicher den Schlaf fördernden Effekt hat. Ein weiteres wichtiges Problem, dass sich mit der Einnahme von Schlafmitteln einstellt, ist die s. g. Rebound – Insomnie, die bei erprobtem Absetzen eines Schlafmittels auftritt. Die Schlafqualität ist für einige Nächte stark eingeschränkt, weshalb der Betroffene versucht sein wird, erneut nach einem Schlafmittel zu greifen. Gerade Schlafmittel mit sehr kurzer und mittellanger Halbwertszeit erzeugen fast regelhaft eine Rebound – Insomnie. Auch spielt die Dosis der eingenommenen Pharmaka eine Rolle. Je höher die Dosierung ist, desto wahrscheinlicher ist das Rebound – Risiko. Studien belegen, dass fast alle in adäquater Dosis verabreichte Schlafmittel den Einschlafprozess verkürzen und die Schlafqualität verbessern. Es ist die verantwortungsvolle Aufgabe des Arztes, durch die niedrigste wirksame und angepasste Dosierung den höchsten Wirkungsgrad bei minimalen Nebenwirkungen zu erzielen. Immer sollte die Notwendigkeit einer Weiterverordnung von Schlafmitteln kritisch hinterfragt werden.

5. Informationsquellen / Literaturverzeichnis / Quellenangaben

Informationsquellen:

- Leitlinie S3 „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin. Somnologie 13 (2009):4-160, zusätzlich über DGSM Homepage
- Liste DGSM-akkreditierter schlafmedizinischer Zentren mit Angabe von Therapieschwerpunkten:
<http://www.charite.de/dgsm/dgsm/schlaflabore.php>

Literaturverzeichnis:

- Fischer J, Mayer G, Peter JH, Riemann D, Sitter H: Nicht-erholsamer Schlaf. Leitlinie "S2" der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). Berlin, Wien, Blackwell Wissenschafts-Verlag 2002.
- Peter JH, Köhler D, Knab B, Mayer G, Penzel T, Raschke F, Zulley J (Hrsg.): Weißbuch Schlafmedizin. Regensburg, S. Roderer Verlag 1995.
- Schramm E, Riemann D: ICSD - Internationale Klassifikation der Schlafstörungen. Weinheim, PVU-Beltz 1995.
- Cassel W: Schlafstörungen im Alter. Ärztliches Journal 18 (1994), 8-14.
- Urbigkeit A: Im Alter ist die Architektur des Schlafes verändert. Forschung und Praxis der Ärzte Zeitung 167 (1993), 18-20.

Quellenangaben:

Der Text wurde aus dem Amerikanischen übersetzt und unter Berücksichtigung der schlafmedizinischen Praxis in Deutschland redaktionell überarbeitet. Die Originalvorlage entstammt der Broschüre: "Sleep as We Grow Older". American Sleep Disorders Association Rochester, MN, USA, Copyright 1997.

Redaktion:

Dr. Hans-Günter Weeß, E-Mail: hans-guenter.weess@pfalzkrlinikum.de

Layout:

Martin Glos, E-Mail: martin.glos@charite.de

Letzte Änderung: 25.01.2011

Diese Information ist dem Patientenratgeber "Schlafstörungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten" entnommen, der von der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) unter der Redaktion von Dr. Hans-Günter Weeß als Online-Version im Internet veröffentlicht und kontinuierlich aktualisiert wird. Es handelt sich um eine redaktionell überarbeitete Übersetzung des in der o.g. Quellenangabe zitierten Textes. Aktualisierte Versionen werden nur im Internet unter <http://www.dgsm.de> bereitgestellt.