gehen diese Veränderungen dem klinischen Nachweis zwischen 15 (Amyloidnachweis im Liquor) und zehn Jahre (PET) voraus und selbst minimale kognitive Defizite auf der MMSE- oder der CGS-Skala liegen noch fünf Jahre vor der klinischen Demenzdiagnose. Damit wird eine Diagnose oder der Ausschluss einer AD bereits in prodromalen oder präklinischen Stadien möglich.

Bedingt durch mehrere negativ verlaufende Phase-III-Studien zu potenziellen Medikamenten sieht Frölich allerdings eine Krise in der Therapieentwicklung.

Eine medizinische Zusatzernährung, welche die kognitiven Funktionen bei milder AD zu verbessern scheint [3], könnte sich als Add-on eignen. Nach wie vor werden in S3-Leitlinien Acetylcholinesterasehemmer primär ab leichter bis mittelschwerer Demenz und Memantine ab mäßiggradiger Demenz empfohlen, dagegen hat sich Ginkgo biloba über einen Zeitraum von fünf Jahren als wirkungslos erwiesen [4]. Die Daten der DOMINO-Studie ergaben laut Frölich zwar keinen sicheren Vorteil für eine Kombination beider, bei schwerer De-

menz etwa gleichwertiger Substanzen, sie deuten aber darauf hin, dass generell ein Absetzen antidementiver Substanzen auch nach langfristiger Therapie (36 bis 60 Monate) eine Verschlechterung der Demenz nach sich zieht und eine Behandlung über ein Jahr wirksam ist.

Andreas Häckel

1. Jonsson T et al. *Nature* 2012; 488: 96–9
2. Clark CM et al. *JAMA* 2011; 305 (3): 275–83
3. Scheltens P et al. *J Alzheimers Dis* 2012; 31: 225–36
4. Vellas B et al. *Lancet Neurol* 2012; 11 (10): 851–9

Schlafmedizin

„Wer vom Wecker geweckt wird, hat offenbar noch nicht ausgeschlafen“

Zehn bis 20 % der Normalbevölkerung leiden an chronischen Schlafstörungen, mindestens an drei bis vier Tagen pro Woche über mehr als sechs Monate. Die Schlafmedizin aber ist ein Stiefkind der Medizin.

Nach der geplanten Neuauflage des DSM-5 liegt künftig eine insomnische Störung vor, wann immer die diagnostischen Kriterien erfüllt sind, unabhängig davon, ob psychiatrische, medizinische oder andere Schlafstörungen bestehen. „Damit steht auf jedem psychiatrischen Arztbrief künftig eine F51-Diagnose“, prognostizierte Privatdozent Dr. Dieter Kunz, Berlin.

Gleichzeitig ist die Schlafmedizin immer noch eines der am wenigsten beachteten Fächer in der Medizin. Schlechter oder ungenügender Schlaf beeinträchtigt jedoch zahlreiche physische und psychische Funktionen. So bewirkt ein fehlender Mittagsschlaf, dass 30 bis 36 Monate alte Kinder emotional deutlich negativer oder gleichgültiger auf die kognitive Aufgabe reagieren, ein Puzzle zu lösen, als wenn sie zuvor einen Mittagsschlaf hatten [1]. Dieser Befund sollte dazu bewegen, bei ADHS-Diagnosen versuchsweise die Schlafdauer zu erhöhen, so Kunz.

Bei Polizisten mit fünf konsekutiven Nachtschichten fanden sich noch nach

drei anschließenden Erholungstagen deutlich ausgeprägtere kognitive Beeinträchtigungen und subjektive Schläfrigkeit als bei Kontrollen [2]. Ähnliche Resultate ergab die Untersuchung von Assistenzärzten mit wiederholten 30-Stunden-Schichten. Verlorenen Schlaf nachzuholen, ist also nur sehr eingeschränkt möglich, folgerte der Schlafmediziner.

Häufigste Schlafstörung in Deutschland ist das Schlafmangelsyndrom. „Wer morgens vom Wecker geweckt wird, hat offenbar noch nicht ausgeschlafen“, betonte Kunz. Eine der Ursachen ist zu viel Licht am Abend und in der Nacht. Speziell vor dem Zubettgehen können schon zehn Minuten helles Badezimmerlicht die Melatoninsekretion hemmen und damit den erholsamen Nachtschlaf beeinträchtigen [3]. Gleiches gilt aber auch für nächtliches Schwachlicht, etwa durch Straßenlaternen oder elektronisches Equipment [4].

Die meisten Medikamente gegen Insomnie wirken allerdings sedierend und beeinträchtigen damit die regulären Ab-

läufe und Funktionen des Schlafs. Das Antidepressivum Amitriptylin etwa verursacht unbewusste nächtliche Beinbewegungen, welche die Schlafstruktur beeinträchtigen [5]. Eine deutliche Verbesserung des REM-Schlafes und des Tiefschlafes sowie der gesamten nächtlichen Schlafmuster ist nach Aussage von Kunz bislang lediglich für das Melatoninanalogon Agomelatin berichtet.

Andreas Häckel

1. Berger RH et al. *J Sleep Res* 2012; 21: 235–46
2. Waggoner LB et al. *Sleep* 2012; 35: 1575–7
3. Wahnshaffe A et al. *Int J Mol Sci* 2013; 14: 2573–89
4. Bedrosian TA et al. *Mol Psychiatry* 2012, Jul 24 epub ahead of print
5. Goerke M et al. *Pharmacopsychiatry* 2013, Jan 4. epub ahead of print