

PfiFf-Themenblatt Nr. 2c

Nicht-medikamentöse Maßnahmen bei Schlafstörungen

Wie lassen sich Schlafstörungen ohne Medikamente behandeln?

Bei einer chronischen Schlafstörung (Insomnie) gilt die **kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie** (KVT-I) als Behandlung der ersten Wahl. Sie kombiniert mehrere nicht-medikamentöse Bausteine, zu denen Psychoedukation (dazu gehört u. a. die Vermittlung von Verhaltensregeln für einen gesunden Schlaf), kognitive Techniken, Stimulus-Kontrolle, Bettzeitrestriktion sowie Entspannungsmethoden gehören.¹

Kognitive Techniken

In einer kognitiven Therapie geht es darum, nächtliches Grübeln zu reduzieren sowie belastende Überzeugungen in Bezug auf Schlaf aufzudecken und zu verändern. Bei nächtlichem Grübeln kann der „Gedankenstuhl“ hilfreich sein: Einige Stunden vor dem Schlafengehen nimmt man sich 15 bis 20 Minuten Zeit, um belastende Themen bewusst zu durchdenken und mögliche nächste Schritte zu überlegen. Danach werden die Gedanken möglichst beiseitegelegt. Auch der Druck, unbedingt einschlafen zu müssen, kann den Schlaf stören. Entlastend ist es, belastende Gedanken wie „Morgen schaffe ich nichts“ zu hinterfragen und sich nicht zum Schlafen zu zwingen. Mit etwas Übung können diese Techniken helfen, ruhiger in die Nacht zu gehen.

Stimulus-Kontrolle ("Reiz-Kontroll-Technik")

Die Stimulus-Kontrolle beschäftigt sich mit bestimmten Verhaltensweisen im Bett, z. B. Fernsehen, Lesen, Essen, aber auch mit Grübeln, sich ärgern, wach liegen und sich Sorgen machen. Diese führen auf Dauer dazu, dass das Bett zu einem Ort (Reiz) wird, der zunehmend eher mit "aktivierenden" Tätigkeiten als mit "Schlafen" verbunden ist.

Im Laufe von Monaten und Jahren stellen sich allmählich Verknüpfungen ein, die dazu beitragen, dass der Körper bereits mit einer entsprechenden Anspannung und Erregtheit reagiert, wenn an die kommende Nacht gedacht wird. Ziel ist es, das Bett eindeutig dem Schlafen und Ruhen zuzuordnen. Es soll also die Gedankenverknüpfung „Bett und Schlaf“ hergestellt werden.

Dabei können folgende Empfehlungen hilfreich sein:

- Erst zu Bett gehen, wenn man müde ist.
- Das Bett wird nur zum Schlafen und für sexuelle Aktivitäten genutzt, also nicht zum Lesen, Trinken, Rauchen, Fernsehen, Arbeiten etc.

¹ Diese Methoden sollten nicht eigenständig begonnen werden. Sie sollten ärztlich oder therapeutisch begleitet werden.

- Wenn nach 15 bis 30 Minuten das Einschlafen oder Wiedereinschlafen nicht möglich ist, das Bett verlassen (in ein anderes Zimmer gehen, einer angenehmen Tätigkeit nachgehen).
- Erst wieder ins Bett gehen, wenn man sich schläfrig fühlt bzw. der Eintritt des Schlafes innerhalb von 15 bis 30 Minuten erwartet wird.
- Diesen Vorgang in der Nacht wiederholen, so oft wie erforderlich.
- Jeden Morgen zur gleichen Zeit aufstehen, unabhängig vom vorausgegangenen Nachtschlaf.
- Tagsüber soll nicht geschlafen werden.

Schlafbeschränkung (Schlafrestriktion)

Die Idee der Schlafrestriktion beruht darauf, dass die Schlafzeit (bzw. die Zeit, die im Bett verbracht wird) stark eingeschränkt und auf Tagschlaf verzichtet wird, um den Schlafdruck zu erhöhen. Dadurch kann die Schlafbeständigkeit und das Ein- und Durchschlafen verbessert sowie der Erholungswert des Schlafes gesteigert werden. Der biologische Schlaf-Wach-Rhythmus, der aus dem Gleichgewicht geraten ist, soll wieder stabilisiert werden.

Hierfür können folgende Hinweise hilfreich sein:

- Bestimmung der subjektiv erlebten Schlafzeit durch Führen eines Schlaftagebuches (7 bis 14 Tage).
- Festlegen der Bettzeit auf Grundlage der errechneten durchschnittlichen Schlafzeit (jedoch nie kürzer als 4,5 Stunden) für die Dauer von einer Woche und Fortführen des Schlaftagebuchs. Beispiel: Man geht erst um 23.30 Uhr zu Bett und muss um 6.00 Uhr wieder aufstehen, auch wenn man noch müde ist.
- Auswertung dieser Maßnahme nach 7 Tagen: liegt die Schlafeffizienz² dann über 90 %, kann die Bettzeit um 30 Minuten ausgedehnt werden. Wenn die Schlafeffizienz unter als 80 % ist, wird die Bettzeit in der nächsten Woche um 30 Minuten verkürzt. Und wenn die Schlafeffizienz zwischen 80 % und 90 % liegt, wird die Bettzeit unverändert beibehalten.
- Auf Tagschlaf verzichten, bei älteren Menschen ist ein Mittagsschlaf (20 bis 30 Minuten) erlaubt.

Welche weitere nicht-medikamentöse Therapieansätze gibt es?

Licht(-therapie)

Licht ist der wichtigste externe Zeitgeber für den zirkadianen Rhythmus und wird über die Netzhaut des Auges aufgenommen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Lichtdurchlässigkeit der Augenlinse besonders im blauen Spektralbereich ab, der für die biologische Wirkung des Lichts wichtig ist. Gerade ältere Menschen leiden

² Schlafeffizienz: Quotient aus Gesamtschlafzeit (Zeit vom Einschlafen bis zum letztmaligen Erwachen) und Gesamtbettzeit (Zeit vom Zubettgehen bis zum endgültigen Aufstehen am Morgen), Normalwert: > 80 %.

zudem oft an Augenproblemen, die die Lichtaufnahme über die Netzhaut zusätzlich beeinträchtigen bzw. zu einem erhöhten Lichtbedarf führen.

Durch ausreichend Licht wird der Tag-Nacht-Rhythmus stabilisiert. Licht hellt zudem die Stimmung auf und ist für die Aufmerksamkeit und geistige Leistungsfähigkeit von Bedeutung. Empfohlen werden daher tägliche Aufenthalte im Freien (mindestens 30 Minuten). Alternativ können Tageslichtlampen genutzt werden.

Fehlen diese Möglichkeiten, kann eine Lichttherapie mittels künstlichen Lichts (Lichtdusche) durchgeführt werden; diese sollte vorher ärztlich abgeklärt werden.³

Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren zielen auf den Abbau innerer Erregtheit, Anspannung und Angst ab. Sie erfordern eine ruhige, entspannte Atmosphäre, eine bequeme Körperlage, Passivität und die gedankliche Begleitung der Übung. Sie können unter entsprechender Anleitung gut erlernt werden.

Zu den empfohlenen Entspannungstechniken gehören:

- Autogenes Training (Schultz 1972): Verbindung angenehmer Bilder mit entspannenden Körperempfindungen
- Progressive Muskelentspannung (Jacobsen 1990): systematische Muskelanspannung und Muskelentspannung
- Yoga oder Meditation: Entspannung/Einstellungsänderung gegenüber Körper, Seele und Krankheitssymptomen.

Eine weitere Möglichkeit ist eine Traumreise zur Entspannung.

Musik(-therapie)

Entspannungsmusik wirkt beruhigend und kann zu einer Verbesserung des Einschlafens beitragen. Dabei spielen die individuelle Musikauswahl und das subjektive Empfinden der Betroffenen eine wesentliche Rolle.

Bewegung und soziale Teilhabe

Körperliche Aktivitäten sollten an die individuellen Möglichkeiten angepasst sein und regelmäßig erfolgen. Spaziergänge im Freien bieten sich an, da sie zugleich für ausreichend Tageslicht sorgen.

Neben der körperlichen Bewegung ist auch die soziale Aktivität für den Schlaf-Wach-Rhythmus von Bedeutung. Verminderte soziale Aktivität, die oft mit dem Eintritt in den Ruhezustand beginnt, hemmt diesen Rhythmus und begünstigt Tagschlafepisoden.

Hilfreich sind vor allem Aktivitäten, die zur Person passen, Freude bereiten,

³ Allerdings legen Meta-Analysen zu Lichttherapie bei Insomnie keine positiven Effekte auf den Schlaf nahe (DGSM 2025).

Kontakt ermöglichen und einen regelmäßigen Tagesrhythmus unterstützen. Dazu können z. B. gemeinsames Kochen, Basteln, Gesellschaftsspiele, Spaziergänge, Musik, Lesungen oder andere vertraute Interessen gehören.

Hausmittel

Zu den bekannten Hausmitteln gehören:

- Körperanwendungen und Bäder,
- Einreibungen,
- Heilpflanzen, z. B. Baldrian, Hopfen oder Melisse,
- Aromatherapie, z. B. mit Lavendel, Melisse oder Kamille,
- die „warme Milch mit Honig“.

Viele Menschen empfinden solche Rituale als wohltuend; eine gesicherte Wirksamkeit gegen Insomnie ist jedoch nur begrenzt belegt. Bei Heilpflanzen, ätherischen Ölen oder Nahrungsergänzungsmitteln sollten mögliche Wechselwirkungen, Allergien und Hautreizungen beachtet werden. Bei Einnahme mehrerer Medikamenten, Kreislaufproblemen oder empfindlicher Haut ist ärztlicher oder apothekerlicher Rat sinnvoll.



© AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Erfahren Sie mehr zu den Themen Schlaf- und Schlafstörungen im Alter und Selbstpflege auf **PfiFf-Themenblatt Nr. 2, 2a und 2b**.

Literaturnachweis:

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM): S3-Leitlinie Insomnie bei Erwachsenen, AWMF-Registernummer 063-003, Update 2025.
Garms-Homolová, V. & Flick, U. (2013): Schlafstörungen im Alter. Risikofaktoren und Anforderungen an Behandlung und Pflege. Göttingen: Hogrefe Verlag.
Garms-Homolová, V. (2016): Schlaf- und Wachstörungen bei alten Menschen. Aktuelles Wissen für wirkungsvolle Interventionen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
Riemann D et al. (2023) The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. Journal of Sleep Research, 32(6): e14035. doi: 10.1111/jsr.14035. PMID: 38016484.