

Ein Überblick für die Hausarztpraxis

# Tagesschläfrigkeit, Hypersomnie oder Tagesmüdigkeit?

Dr. med. et phil. Anelia Dietmann<sup>a</sup>; Dr. phil. Micheline Maire<sup>b</sup>; Dr. med. Panagiotis Bargiotas<sup>a</sup>; Prof. Dr. med. Johannes Mathis<sup>a</sup>; Prof. Dr. med. Reto Auer<sup>b,c</sup>, MAS; Prof. Dr. med. Claudio L. Bassetti<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universitätsklinik für Neurologie, Schlaf-Wach-Epilepsie-Zentrum, Inselspital, Universitätsspital, Bern; <sup>b</sup> Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern; <sup>c</sup> Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Université de Lausanne



Tagesschläfrigkeit und Tagesmüdigkeit betreffen mindestens 10–25% der Normalbevölkerung und können im Rahmen von internistischen, neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen, als Nebenwirkung von Medikamenten/Drogen, aber auch bei primären Schlafstörungen (u.a. schlafbezogene Atemstörungen, Narkolepsie / andere zentrale Störungen mit Tagesschläfrigkeit) gesehen werden.

## Einführung, Begriffsdefinition und Messinstrumente

Die Unterscheidung zwischen Tagesschläfrigkeit und Tagesmüdigkeit stellt den ersten wichtigen Schritt für weiterführende Abklärungen und letztendlich Diagnosestellung dar.

### Leitsymptome Tagesschläfrigkeit:

#### Exzessive Tagesschläfrigkeit und Hypersomnie

Mindestens 5% der Bevölkerung leidet an einer *exzessiven Tagesschläfrigkeit* («excessive daytime sleepiness» [EDS]). Unter EDS versteht man einen gesteigerten Schlafdruck tagsüber, welcher sich in einer erhöhten Einschlafneigung, einem unwiderstehlichen Schlafbedürfnis bis hin zu unabwendbaren «Schlafattacken» mit ungewolltem Einschlafen in inadäquaten Situationen (Sekundenschlaf) manifestiert [1].

Im klinischen Alltag beschreibt der Begriff *Hypersomnie* auf der Symptomebene einen abnormal erhöhten Schlafbedarf pro 24 Stunden. Weil die Betroffenen diesem stark erhöhten Schlafbedarf von oft >10–11 Stunden pro 24-Stunden-Tag kaum jemals nachkommen können oder wollen, tritt wegen des relativen Schlafmankos meistens auch eine Tagesschläfrigkeit hinzu. Gemäss der neuesten internationalen Klassifikation der Schlafstörungen (ICSD-3, «American Association of Sleep Medicine» [AASM], 2014) sollte der Begriff *Hypersomnie* nur noch zur Bezeichnung spezifischer Erkrankungen innerhalb der Gruppe der «Hypersomnolenzen zentralnervösen Ursprungs» verwendet werden. Diese Begriffsdefinition hat sich jedoch bisher in der klinischen Routine nicht vollumfänglich durchsetzen können.

Der Begriff *Hypersomnolenz* wird als Überbegriff für die Gruppe der «Hypersomnolenzen zentralnervösen Ursprungs» verwendet, dazu zählen Erkrankungen, welche entweder durch eine Tagesschläfrigkeit oder durch eine Hypersomnie oder beides charakterisiert sind (siehe weiter unten im Text).

Die EDS kann sowohl mit subjektiven wie auch mit objektiven Messmethoden quantifiziert werden. Die bekanntesten und am besten validierten Instrumente, die als Messgrösse für die subjektive EDS verwendet werden können, sind Fragebögen wie die «Epworth Sleepiness Scale» ([ESS], Tab. 1). Im ESS soll der Patient die Neigung zum Einschlafen in 8 verschiedenen Situationen zwischen 0 (kein/nie Einschlafen) bis 3 (hohe Chance einzuschlafen) graduieren. Aus der Summe der Punkte errechnet sich der Gesamtscore, wobei Werte  $\geq 10$  als Zeichen einer abnormen Schläfrigkeit angesehen werden. Es muss jedoch erwähnt werden, dass der ESS mit objektiven Messmethoden nicht immer gut korreliert. Eine objektive Messung von Schläfrigkeit erfolgt im Schlaflabor mittels des «Multiple Sleep Latency Test» (MSLT). In dieser Untersuchung wird der Patient aufgefordert, in 4 oder 5 aufeinanderfolgenden über den Tag verteilten Durchgängen in einem abgedunkelten Raum im Bett jeweils für 20 Minuten zu schlafen. Mittels EEG Ableitung kann die durchschnittliche Einschlaflatenz berechnet werden, wobei Einschlafzeiten  $\leq 10$  Minuten für eine EDS sprechen (im klinischen Alltag <5 Minuten schwergradige, 5–10 Minuten moderate EDS) und eine Einschlafzeit von über 10 Minuten normal ist. Für die Erfüllung der Diagnosekriterien einer Narkolepsie oder idiopathischen Hypersomnie (wie später im Text genauer erläutert)



Anelia Dietmann

**Tabelle 1:** Fragebogen zu Tagesschläfrigkeit.**Epworth Sleepiness Scale**

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in den letzten 4 Wochen:

**Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden? Nicht gemeint ist damit, dass Sie sich nur müde fühlen.**

Wenn Sie gewisse Situationen in der letzten Zeit nicht erlebt haben, versuchen Sie bitte, sich vorzustellen, wie es Ihnen dabei ergangen wäre.

Wählen Sie aus der folgenden Skala die für die entsprechende Frage am besten zutreffende Zahl.

0 = würde niemals einschlafen oder einnicken

1 = würde kaum einschlafen oder einnicken

2 = würde möglicherweise einschlafen oder einnicken

3 = würde sehr wahrscheinlich einschlafen oder einnicken

Aktivität	Wert
Im Sitzen Lesen	
Beim Fernsehen	
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater, Kino, Vortrag, Sitzung)	
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben um auszuruhen	
Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig sitzen	
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen (z.B. rote Ampel, Stau)	

«Epworth Sleepiness Scale»: Summe  $\geq 10$  weist auf eine pathologische EDS hin [12.]

wird eine Einschlafzeit von  $\leq 8$  min gefordert. Zusätzlich wird die Tiefe bzw. Art der Schlafstadien und v.a. das frühe Auftreten von REM-Schlaf beurteilt.

Im Wachhalte-Test (MWT) wird der Patient in 4–5 über den Tag verteilten Sitzungen aufgefordert, für 40 Minuten in einem abgedunkelten Raum mit offenen Augen zu sitzen und möglichst lange nicht einzuschlafen. Auch hier wird mittels der EEG-Ableitung die mittlere Einschlafzeit gemessen, welche ein Mass für die Kompensationsfähigkeit der EDS der untersuchten Person darstellt. Normwerte für den MWT sind nicht einheitlich festgelegt. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass 97,5% gesunder Individuen zumindest  $>8$  Minuten wach bleiben konnte, weshalb dieser Wert als Cut-off für eindeutig pathologisch festgelegt wurde. Immerhin 59% der gesunden Individuen konnten für die gesamte Dauer von 40 Minuten wach bleiben, die mittlere Einschlafzeit lag bei  $36,9 \pm 5,4$  Minuten, so dass Werte zwischen 8 und 40 Minuten Befunde unklarer Signifikanz darstellen und auch dementsprechend vorsichtig interpretiert werden müssen [2].

Zur Objektivierung einer Hypersomnie im Sinne eines abnormal erhöhten nächtlichen Schlafbedarfs stellt die Polysomnographie ad libitum (Patienten wird erlaubt auszuschlafen) die optimale Methode dar. Als einfachere, aber weniger sichere Methoden können

Schlafprotokolle oder die Aktigraphie (Messung der Aktivitäts- und Ruhephasen mittels Armband) verwendet werden.

### Leitsymptome Tagesmüdigkeit: Tagesmüdigkeit und Fatigue

*Tagesmüdigkeit* betrifft 20–30% der Patienten in der Hausarztpraxis [3] und bezeichnet eine Energielosigkeit. Die Patienten können aber meistens trotzdem nicht rasch einschlafen, auch wenn ihnen die Gelegenheit dazu geboten wird. Die Müdigkeit nimmt typischerweise durch körperliche Tätigkeit bzw. Anstrengung eher zu, wohingegen die EDS dadurch oft verbessert oder unterdrückt werden kann.

Auch der Begriff *Fatigue* wird unterschiedlich interpretiert. Ursprünglich wurde unter *Fatigue* die normale körperliche Antwort auf physische Anstrengung verstanden, im Sinne einer vorhersehbaren, vorübergehenden und physiologischen Erschöpfung durch körperliche Anstrengung im gesunden Menschen, die sich nach einer Ruhepause rasch erholt und nicht zur Einschränkung der Alltagsaktivitäten führt. Im pathologischen Sinne bedeutet *Fatigue* allerdings vor allem eine subjektiv empfundene physische und/oder psychische *Ermüdbarkeit* oder *Erschöpfbarkeit* bei normaler (oder reduzierter) objektiver Leistungsfähigkeit, welche nicht alleine durch die Anstrengung im Rahmen der körperlichen oder geistigen Tätigkeiten erklärbar ist. *Fatigue* wird somit als subjektive Empfindung definiert, welche sehr viele organische oder psychische (mentale) Ursachen haben kann. Im Zusammenhang mit psychiatrischen Krankheiten wird die *Fatigue* meist in Kombination mit Tagesmüdigkeit beschrieben [4, 5].

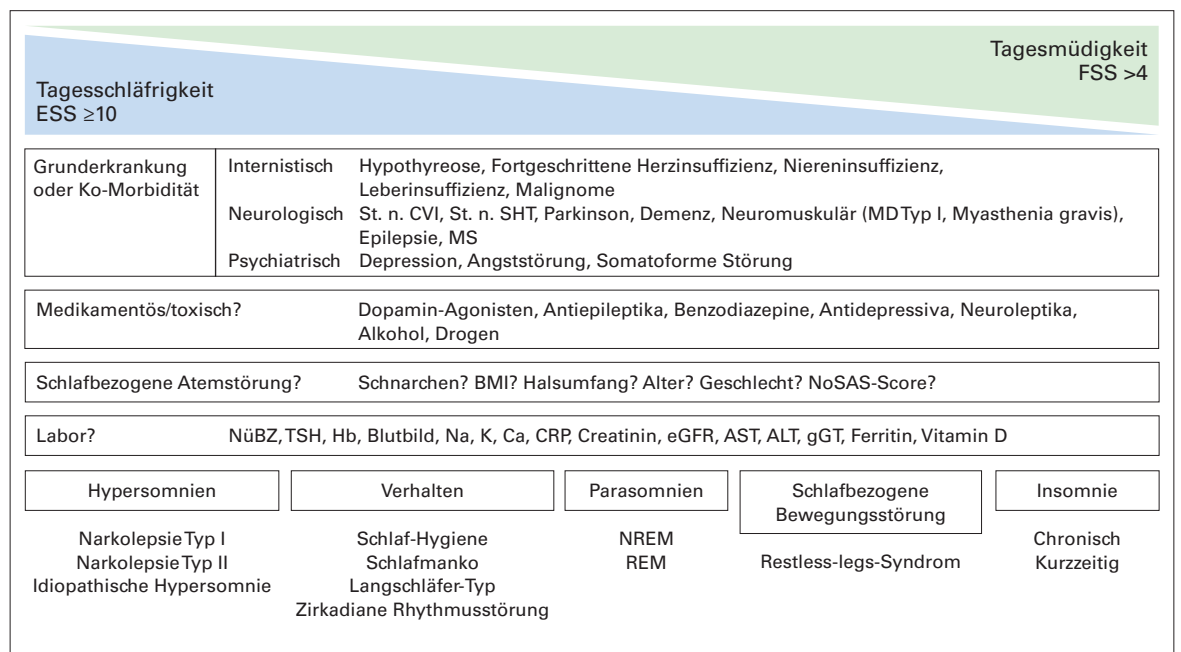
Ein objektives Messinstrument für Tagesmüdigkeit existiert nicht. Ein Fragebogen wie die «Fatigue Severity Scale» (FSS), Fragebogen mit insgesamt 9 Fragen zu Tagesmüdigkeit und Erschöpfbarkeit, minimaler Score 1 Punkt, maximaler Score 7 Punkte, Tab. 2) stellt neben der Anamnese ein nützliches diagnostisches Instrument dar. Wohingegen bei Patienten mit EDS meist der ESS erhöht und der FSS im Normbereich oder nur leicht erhöht ist, findet man bei Patienten mit Tagesmüdigkeit oft einen FSS-Score deutlich über 4 [6].

Wie die Abbildung 1 veranschaulichen soll, stellt die EDS/Hypersomnie vor allem das Leitsymptom der zentralnervösen Hypersomnolenzen, aber auch des durch externe Faktoren (Schlaf-Apnoe-Syndrom) gestörten Schlafes dar, wohingegen andere schlafbezogenen Erkrankungen wie Restless-legs-Syndrom oder auch Insomnien tendenziell eher zu einer Tagesmüdigkeit führen. Umgekehrt kann die Diagnose einer Narkolepsie oder idiopathischen Hypersomnie nur gestellt werden,

**Tabelle 2:** Fragebogen zu Tagesmüdigkeit.

<b>Fatigue Severity Scale</b>							
Ich finde, dass während der vergangenen Woche folgendes zutrifft:							
	Stimme gar nicht zu						Stimme vollkommen zu
Ich bin weniger motiviert, wenn ich müde bin.	1	2	3	4	5	6	7
Körperliche Bewegung macht mich müde.	1	2	3	4	5	6	7
Ich ermüde rasch.	1	2	3	4	5	6	7
Meine Müdigkeit beeinträchtigt meine körperliche Leistungsfähigkeit.	1	2	3	4	5	6	7
Meine Müdigkeit bereitet mir oft Probleme.	1	2	3	4	5	6	7
Meine Müdigkeit verhindert längerdauernde körperliche Tätigkeiten.	1	2	3	4	5	6	7
Meine Müdigkeit beeinträchtigt mich, gewisse Pflichten und Verantwortungen zu erfüllen.	1	2	3	4	5	6	7
Meine Müdigkeit gehört zu den drei Beschwerden, die mich am meisten behindern.	1	2	3	4	5	6	7
Meine Müdigkeit beeinträchtigt meine Arbeit, meine Familie oder mein soziales Leben.	1	2	3	4	5	6	7

«Fatigue Severity Scale»: Mittelwert >4 weist auf deutliche Tagesmüdigkeit/Fatigue hin [6].



**Abbildung 1:** Abklärung und Einteilung hinsichtlich Tagesschläfrigkeit vs. Tagesmüdigkeit. ESS = Epworth Sleepiness Scale; FSS = Fatigue Severity Scale; CVI = zerebrovaskulärer Insult; SHT = Schädel-Hirn-Trauma; MD = Muskeldystrophie; MS = Multiple Sklerose.

wenn EDS mit oder ohne Hypersomnie klar nachgewiesen werden kann – eine Tagesmüdigkeit alleine reicht dafür nicht aus. Wie bereits erwähnt kann eine EDS wie auch Tagesmüdigkeit im Rahmen internistischer, neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen oder auch als Nebenwirkung von Medikamenten/Drogen auftreten. Einschränkend muss beachtet werden, dass diese Einteilung eher einer groben Faustregel

entspricht und EDS und Tagesmüdigkeit in der Praxis häufig nicht so klar voneinander unterschieden werden können.

In diesem Artikel soll nun näher auf die Hypersomnolenzen zentralnervösen Ursprungs eingegangen werden. Auf andere Erkrankungen, welche mit EDS und/oder Tagesmüdigkeit einhergehen, wie schlafbezogene Atemstörungen (Schlafapnoe), RLS und Insomnien (die-

sen Artikel finden Sie im letzten SMF-Heft 17–18 [7]) soll in diesem Artikel nicht näher eingegangen werden.

## Hypersomnolenzen zentralnervösen Ursprungs

Gemäss der neuesten Klassifikation ICSD-3 gehören in die Gruppe der Hypersomnolenzen zentralnervösen Ursprungs insgesamt acht Diagnosen, die im Folgenden kurz vorgestellt werden. Dieses Spektrum an Erkrankungen zeigt viele klinische und auch elektrophysiologische Überlappungen.

Die am besten definierte Erkrankung dieser Gruppe ist die *Narkolepsie Typ I* (NTI), früher Narkolepsie mit Kataplexie genannt [8]. Die Kardinalsymptome dieser Erkrankung sind die EDS, Auftreten von Kataplexien, hypnagoge/hypnopompe Halluzinationen (d.h. während der Einschlaf- oder Aufwachphase), Schlafähmungen und gestörter Nachtschlaf. Kataplexien sind pathognomonisch, sie können partiell oder komplett auftreten, d.h. nur einzelne Muskelgruppen betreffen wie typischerweise die Gesichtsmuskulatur (schwerfälliges Sprechen) oder weiche Knie bis hin zum vollständigen Stürzen. Das Bewusstsein ist dabei in der Regel erhalten, die Dauer der Kataplexie ist meist kurz von Sekunden bis zu einer, selten mehrerer Minuten. Kataplexien enden schlagartig und meistens vollständig. Kataplexien können sehr selten, d.h. wenige Male im ganzen Leben bis zu mehrfach täglich auftreten. Eine Hypersomnie (also ein abnormal verlängerter Nachtschlaf) tritt bei NTI-Patienten seltener auf, ausser bei Kindern und Jugendlichen. Typischerweise ist die klinisch-neurologische Untersuchung bei NTI-Patienten unauffällig, charakteristisch ist in den elektrophysiologischen Untersuchungen das sehr frühe Auftreten von REM-Schlaf, wenige Minuten nach dem Einschlafen («Sleep onset rapid eye movement periods» [SOREMP]). NTI ist sehr stark mit dem HLA-DQB1\*0602-Allel assoziiert (95–98%), dies ist jedoch nicht spezifisch, da zwischen 10 und 30% der Normalbevölkerung auch diesen Haplotypen aufweisen. Mittels Lumbalpunktion kann das Hypocretin-1 (auch Orexin genannt), ein Peptid im Liquor, untersucht werden, das bei NTI-Patienten erniedrigt ist (<110 pg/ml).

Im Vergleich dazu sind die diagnostischen Möglichkeiten zur Unterscheidung der übrigen Erkrankungen der Gruppe der zentralen Störungen mit EDS deutlich eingeschränkter. Zu diesen Erkrankungen zählt die *Narkolepsie Typ II* (NTII, früher Narkolepsie ohne Kataplexie oder monosymptomatische Narkolepsie genannt), für welche dieselben Diagnosekriterien wie für die NTI zählen, nur, dass keine Kataplexien vorliegen dürfen und das Hypocretin im Liquor normwertig sein muss.

Die *idiopathische Hypersomnie (IH)* ist gekennzeichnet durch eine EDS mit oder ohne verlängerter Schlafdauer pro 24 Stunden. Morgendliche Schlaftrunkenheit und erschwertes Erwachen sowie nicht erholsame Tagesschlafchen sind bei dieser Entität typisch [9]. Kataplexien müssen fehlen und in den Schlafuntersuchungen (PSG und MSLT) dürfen weniger als 2 SOREMP auftreten. Zudem müssen eine Schlafinsuffizienz, andere organische/psychiatrische Erkrankungen oder Medikamenten- bzw. Substanzgebrauch als Ursache ausgeschlossen sein. Häufig geht die IH mit einer Dysfunktion des autonomen Nervensystems einher und die Patienten klagen über Kopfschmerzen, orthostatische Probleme, Temperaturperzeptionsstörungen bzw. Dysregulation oder kalte Hände und Füsse.

Schwierig davon zu unterscheiden sind Patienten mit EDS oder Hypersomnie *im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung*, wie z.B. Depression, Angst-Störungen, affektive Störungen aber auch Konversionsstörungen. Erschwerend kommt hinzu, dass Patienten im Laufe ihrer chronischen EDS oft auch reaktiv depressive Züge entwickeln und dadurch eine Unterscheidung zwischen Ursache und Folge der EDS oder Hypersomnie schwierig ist. Keine echte EDS, sondern eine ausgesprochen schwere Tagesmüdigkeit und Erschöpfbarkeit beschreiben Patienten, die an einem Chronic-fatigue-Syndrom (CFS) leiden. Dieses zählt nach heutiger Auffassung zur Gruppe der funktionellen Störungen, zu der auch das Fibromyalgie-Syndrom und das Reizdarm-Syndrom gehören, ein Spektrum stressbedingter somatoformer Störungen. Zur Diagnosestellung eines CFS müssen andere fassbare Störungen organischer und nicht-organischer Natur untersucht und ausgeschlossen werden.

Das verhaltensinduzierte *Schlafmangel-Syndrom (ISS)* ist charakterisiert durch eine sozial oder beruflich bedingte zu geringe Schlafdauer (chronisches Schlafmanko) über längere Zeit hinweg mit entsprechender EDS. Typischerweise zeigt sich bei diesen Patienten an den Tagen ohne Arbeit eine um mindestens 2 bis mehrere Stunden verlängerte Schlafdauer im Vergleich zu den Arbeitstagen. Einerseits kann dies mittels selbstständig durchgeführtem Schlafprotokoll, besser noch kombiniert mit einer Handgelenks-Aktigraphie, nachgewiesen werden. Diese Patienten berichten über eine deutliche Besserung der Symptome, wenn sie während 7–10 Tagen den Nachtschlaf um mindestens 1–2 Stunden verlängern. Dies sollte, wenn möglich unter Aktigraphie-Kontrolle überprüft werden.

Ebenso zur Gruppe der Hypersomnolenzen zentralnervösen Ursprungs gehört das sehr seltene *Kleine-Levin-Syndrom*, eine Erkrankung mit periodisch erhöhtem Schlafbedarf in Verbindung mit psychiatrischen, kognitiven oder Verhaltensauffälligkeiten.



Gemäss ICSD-3-Klassifikation auch in die Gruppe der Hypersomnolenzen zentralnervösen Ursprungs eingeteilt sind die Hypersomnolenzen im Rahmen von *Medikamenten-, Drogen- oder Substanzgebrauch* sowie im Rahmen anderer *organischer Erkrankungen*.

## Abklärung

Wie in Abbildung 1 gezeigt, hat die Anamnese den höchsten diagnostischen Stellenwert. Insbesondere in Hinblick auf Indikationsstellung zur weiteren elektrophysiologischen Abklärung, Diagnosestellung und letztendlich auch der Therapie ist es in der Anamnese grundlegend, möglichst zwischen EDS, Hypersomnie und Tagesmüdigkeit zu unterscheiden. Hilfreich dazu sind in der Hausarztpraxis die Anwendung der oben erwähnten Fragebögen ESS und FSS (Tab. 1 und 2). Unabhängig von der Symptomatik (EDS, Tagesmüdigkeit, Schlafstörungen, Hypersomnie) sollte stets eine gezielte Befragung bezüglich der sehr häufigen schlafbezogenen Atemstörungen erfolgen. Hierbei sei auf einen einfachen, rasch durchzuführenden und gut validierten Score zur Risikoabschätzung verwiesen [10] (Online frei zugänglich unter <https://lausanne-nosasscore.com/en/>). Des Weiteren muss an andere, möglicherweise der Symptomatik zu Grunde liegende Erkrankungen gedacht werden, insbesondere an internistische Erkrankungen wie eine fortgeschrittene Herz-, Nieren- oder Leberinsuffizienz, Schilddrüsenunterfunktion, an chronische Infektionskrankheiten oder an konsumierende Erkrankungen (Tumore). Aber auch neurologische Erkrankungen wie St. n. zerebrovaskulärem Insult, Parkinson-Erkrankung, Demenzen, neuromuskuläre Erkrankungen (v.a. Myasthenia gravis und myotone Muskeldystrophie Typ I Curschmann-Steinert), Epilepsie und Multiple Sklerose gehen häufig mit EDS und/oder Tagesmüdigkeit einher. Die Tagesmüdigkeit und die erhöhte Erschöpfbarkeit sind häufig ein Hauptsymptom bei psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere bei der Depression, bei Angststörung oder bei somatoformen Störungen. Mittels «Depressions-screening Tools» in Form von Fragebögen (z.B. «Beck Depression Inventory II» [BDI II]) sowie im Rahmen des Anamnesegesprächs soll die Stimmung des Patienten und somit eine mögliche psychiatrische Krankheit als kausale Komponente der EDS oder Hypersomnie beleuchtet werden. Natürlich ist auch eine detaillierte Medikamentenanamnese unumgänglich. Nach der Anamnese wird man in aller Regel zusätzlich auch die Indikation zu einer laborchemischen Basisabklärung stellen. Je nach der erhobenen Verdachtsdiagnose ist eine Zuweisung des Patienten zur weiteren Abklärung in ein Schlaflabor (wenn mög-

lich unter interdisziplinärer neurologischer/pneumologischer/psychiatrischer Führung) sinnvoll.

## Therapie – ein kurzer Überblick und aktuelle Empfehlungen

Die Behandlung dieser verschiedenen Beschwerden unterscheidet sich grundlegend: während bei Narcolepsie und idiopathischer Hypersomnie vor allem Stimulantien wie Modafinil oder Methylphenidat und falls nötig Antikataplektika (Natriumoxybat, Antidepressiva, Pitolisant) eingesetzt werden, ist für Patienten mit einer Symptomatik im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen in erster Linie die engmaschige psychiatrische Anbindung, Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie, ggf. mit Einsatz von «weckenden» Antidepressiva zielführend. Das verhaltensinduzierte Schlafmangel-Syndrom muss über eine Umstellung der Lebensgewohnheiten und Massnahmen zur Verbesserung der Schlafhygiene, ggf. mit Einsatz eines Schlaf-Coachings, angegangen werden, stimulierende Medikamente kommen hier nur in absoluten Ausnahmefällen zum Einsatz. Bei Nachweis eines Schlaf-Apnoe-Syndroms stellt die nächtliche Überdruckatmung die Therapie der Wahl dar. Bei Restless Legs kommen je nach Schweregrad Alpha-2-delta-Liganden (Pregabalin und Gabapentin) oder auch Dopaminagonisten zum Einsatz. Bei Beschwerden im Rahmen von anderen Erkrankungen bzw. bei Medikamenten-, Drogen- oder Substanzgebrauch ist primär die Behandlung der zu Grunde liegenden Erkrankung bzw. eine Evaluation und ggf. Optimierung der Dauermedikation zu empfehlen.

## Fahreignung

Bei Patienten mit EDS muss die Fahreignung beurteilt, mit dem Patienten besprochen und in den Krankenakten dokumentiert werden. Unabhängig von der zugrundeliegenden Diagnose variiert die Ausprägung von EDS von Patient zu Patient sehr stark. Entscheidend für die Beurteilung der Fahreignung sind das Ausmass der EDS, der Fähigkeit, die Schläfrigkeit wahrzunehmen und der vernünftige persönliche Umgang damit. Es existieren zurzeit keine Messparameter, die eine verlässliche Beurteilung der Fahreignung zulassen. Standardisierte Fragebögen wie der ESS sind lediglich als Screening-Instrument nützlich, nicht aber zur definitiven Beurteilung der Fahreignung. Bei Berufsschauffeuren und bei PKW-Fahrern, die bereits einen Unfall erlitten haben, soll gemäss den Empfehlungen der Verkehrskommission der SGSSC [11] eine Abklärung in einem spezialisierten Schlaflabor erfolgen.

Korrespondenz:  
Dr. med. et phil.  
Anelia Dietmann  
Universitätsklinik  
für Neurologie  
Schlaf-Wach-Epilepsie-  
Zentrum, Inselspital  
CH-3010 Bern  
[Anelia.Dietmann\[at\]insel.ch](mailto:Anelia.Dietmann[at]insel.ch)

## Das Wichtigste für die Praxis

- Für die korrekte klinische Diagnosestellung ist eine möglichst genaue Unterscheidung der subjektiven Beschwerden hinsichtlich die Kardinalsymptome von Tagesschläfrigkeit vs. Tagesmüdigkeit wichtig.
- Fragebögen können zur genaueren Differenzierung von Schläfrigkeit (mittels ESS) vs. Tagesmüdigkeit (mittels FSS) hilfreich sein.
- Patienten mit EDS, Hypersomnie oder Tagesmüdigkeit kann geholfen werden, die Symptome sollten ernst genommen werden.
- Tagesschläfrigkeit liegt vor, wenn Patienten über Sekundenschlaf, unwillkürliches Einnicken in inadäquaten Situationen oder nicht vermeidbare Tagesschläfchen klagen.
- Hypersomnie bezeichnet auf Symptomebene einen abnormal erhöhten Nachtschlafbedarf (d.h. >10–11 Stunden).
- Tagesmüdigkeit beschreibt ein breites Symptom-Spektrum, oft mit vorwiegend körperlicher Müdigkeit und/oder rascher körperlicher Erschöpfbarkeit, ohne eigentliche Einschlafneigung.
- Da die therapeutischen Strategien je nach vorliegender Diagnose signifikant variieren – von medikamentöser Therapie, Umstellung der Lebensgewohnheiten, psychiatrisch-psychologischer Therapie bis hin zu nächtlicher Überdruckatmung – ist eine genaue und richtige Diagnosestellung zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung essentiell.
- Eine Zuweisung in ein Schlaflabor für detaillierte Abklärungen mittels elektrophysiologischer Schlafuntersuchungen (Polysomnographie, Aktigraphie, Schlaf-Latenz-Tests und Wachhalte-Test) ist ratsam.

## Ausblick

Eine Unterscheidung zwischen EDS, Hypersomnie und Tagesmüdigkeit im klinischen Alltag ist der erste und ein wichtiger Schritt zur Indikationsstellung der weiteren Diagnostik, Diagnosestellung und letztendlich für die gezielte Therapie. Damit können viele unnötige Untersuchungen vermieden werden und die Diagnosestellung rascher erfolgen. Leider gibt es weiterhin viele «Graubereiche», Krankheiten mit überlappenden Symptomen, Vorkommen koinzidenteller Erkrankungen und nachvollziehbare Schwierigkeiten der Patienten, ihre Symptome klar und eindeutig zu schildern. Zur Unterscheidung von EDS, Hypersomnie und Tagesmüdigkeit stehen hilfreiche Tools wie Fragebögen, aber auch objektive Untersuchungsmethoden zur Verfügung. Die Forschung ist jedoch gefordert, neue Hilfsmittel (z.B. auch Biomarker im Blut) zu finden, die Krankheiten besser zu charakterisieren und bestehende Methoden weiter auszubauen, um diese in der allgemeinen Bevölkerung weit verbreiteten Symptome besser klassifizieren zu können und die Pathophysiologie dahinter besser verstehen zu lernen.

### Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/sm.2019.08084>.