

	Häufige therapie-relevante Symptome	Pharmakologische Therapieempfehlungen
Schlafbezogene Atmungsstörungen	Obstruktive/ zentrale Apnoen (AHI>15/h), Schnarchen	<ul style="list-style-type: none"> • Optimierung der medikamentösen Parkinson Behandlung • Cave: die Behandlung einer SBAS bei Parkinsonpatienten kann zu einer signifikanten Verbesserung der motorischen Defizite und einer Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit führen!
REM-Schlafverhaltensstörung	Gefährdendes Ausagieren von Trauminhalten durch fehlende REM-Schlaf-Atonie**	<ul style="list-style-type: none"> • Melatonin 5-10mg unretardiert (muss von der Apotheke hergestellt werden),* • Retardiertes Melatonin 2mg z.N.* (Circadin®) • Clonazepam z.N., 0,5-2mg*; Cave: sedierende Eigenschaft, Einfluss auf kognitive Leistungsfähigkeit • Pramipexol bei leichten Formen vor allem, wenn auch periodische Beinbewegungen im Schlaf bekannt sind • Rivastigmin in Fällen, in denen andere Therapien fehlgeschlagen sind
Insomnie	Einschlafstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichst kontinuierliche dopaminerge Stimulation: Rotigotin, Pramipexol/Ropinol ret. • Kurzwirksames Hypnotikum (Zopiclon®) • Ggfs. Mirtazapin 7,5-15mg* z.N. (cave: kann ggfs. RLS induzieren oder verstärken) • Cave: immer in Kombination mit Verhaltensmodifikation
	Durchschlafstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Ret. L-Dopa, ret. Dopaminagonist sowie Rotigotin • Dopaminagonist mit langer HWZ oder retardiert z.N. (bei frühmorgendlicher Akinese/Dystonie) • Dopaminagonist mit langer HWZ oder retardiert z.N., ggfs. Antidepressiva, ggfs. Benzodiazepine (bei Depression/ Angst) • Melatonin ret. 2mg • Trazodon (50-100 mg), Doxepin (50-100 mg), auch bei komorbider Depression • Quetiapin (25-75 mg) nicht zugelassen für Behandlung der Insomnie • Gabapentin/Pregabalin bei komorbidem Schmerzsyndrom (schlafanstoßender Effekt!) • Escitalopram kann bei chronischer Insomnie pos. Effekt auf den Nachtschlaf haben (Morgengabe) • Urologisches Konsil, Therapie z.B. mit Trosipiumchlorid (bei Nykturie); cave: kogn. NW
Hypersomnolenz	Mangelnde Schlafhygiene	(pharmakologische Therapie nicht vorhanden; siehe nicht-pharmakologische Therapie bei Insomnien/ Hypersomnolenz)
	Tagesmüdigkeit/ Tages schläfrigkeit/ Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> • Optimierung der medikamentösen Parkinson Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ○ Nichtorale Applikation: Pflaster- oder Pumpentherapie ○ Ggfs. Umsetzen von Hypersomnolenz-auslösenden Medikamenten (z.B. D3-Agonisten) • Versuch mit Amantadin am Tage • Bei Therapieresistenz: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bupropion (v.a. bei komorbider Depression) ○ Versuch mit Modafinil* (100-200mg), Methylphenidat* (keine Evidenz)
RLS/PLMS	Schlafstörungen / Bewegungsdrang	<ul style="list-style-type: none"> • RLS begünstigende Medikamente identifizieren und absetzen/umstellen: z.B. Amitriptylin, Mirtazapin, Quetiapin (Trazodon mgl. Alternative) • Optimierung der dopaminergen Therapie (cave: Augmentation), ggfs. langwirksame Präparate am Abend initiieren: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dopaminagonist retardiert, Rotigotin ○ Opiode, Oxycodon/Naloxon ○ Gabapentin/Pregabalin (off label, cave: Gangunsicherheit) ○ Cave: SSRI + Mirtazapin können RLS induzieren
andere	Halluzinationen	<ul style="list-style-type: none"> • Fraktionierte Reduktion/Absetzen von zuerst Anticholinergika, Amantadin, dann MAO-B-Hemmer und evtl. Dopaminagonisten
	Psychose	<ul style="list-style-type: none"> • s. Halluzinationen • Versuch mit Quetiapin*, besser Clozapin*

* Evaluation des individuellen Ansprechens sowie des Effekts der Maßnahme / des Wirkstoffs, bei Wirksamkeitsnachweis Erwägung dauerhafte Therapie; möglicherweise nicht von der KK übernommen

** Vermehrt in 2. Nachthälfte assoziiert mit akinetisch-rigidem Verlaufstyp; ungünstiger Prognosefaktor, Erstmanifestation geht M. Parkinson teilw. viele Jahre voraus; bei ca. 50% der Parkinsonpatienten auftretend

Quellen:

1. Hahne et al. 2017. Nervenheilkunde 7, 541-549
2. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), S3-Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom. 2016. AWMF-Register-Nummer: 030-010
3. Videnovic A, Högl B (eds.), Disorders of Sleep and Circadian Rhythms in Parkinson's Disease, DOI 10.1007/978-3-7091-1631-9_1

	Häufige therapie-relevante Symptome	Nicht-pharmakologische Therapieempfehlungen
Schlafbezogene Atmungsstörungen	AHI>15/h, Hypersomnolenz	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung der Rückenlage bei überwiegendem Auftreten der Atmungsstörung in Rückenlage • PAP-Therapie als Goldstandard, bei fehlender Toleranz Versuch mit Unterkieferprotrusionsschiene (Cave: nicht bei Prothesen) • N. hypoglossus- Stimulationsverfahren
	Schlaffe Muskulatur im Oro-Pharynx-Bereich	<ul style="list-style-type: none"> • logopädische Therapie zur Kräftigung der oralen Muskulatur, intensives Ausatemtraining (EMST) über 4 Wochen zur Reduktion von Apnoen
	Adipositas	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitete Gewichtabnahme
	Behinderte Nasen-Rachen-Atmung	<ul style="list-style-type: none"> • HNO-ärztliche Vorstellung
REM-Schlafverhaltensstörung	Ausagieren von Traumgehalten mit Eigen- und Fremdgefährdung wegen fehlender REM-Schlaf-Atonie	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung der Bettpartner • Absicherung der Schlafumgebung (Entfernen potentiell verletzungsgefährdender Gegenstände aus der Schlafumgebung, ggf. Bettgitter, getrennte Schlafplätze, Bettvorlagen etc.) • Behandlung von schlafbezogenen Atmungsstörungen (OSA) oder komorbiden periodischen Beinbewegungen im Schlaf • Akustische Alarmeinrichtungen (Patienten sind bei einer REM-Schlaf-Verhaltensstörung häufig sehr leicht erweckbar und sehr schnell reorientiert) • Schlafhygiene
Insomnie	Ein-/ Durchschlafstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Bettpartner in Problem einbeziehen (ggf. frühzeitig getrennte Schlafplätze) • Schlafbekleidung, die Drehung erleichtert (Seide, keine Knöpfe, Schlafumgebung präparieren Tabletten / Wasser am Bett / Urinflasche etc.) • Schlafhygiene (ausreichender Schlafdruck durch Vermeidung von Kurzschlaf am Abend, ausreichend körperl. Aktivität am Tag, regelmäßige Bettliegezeiten / Mahlzeiten / Medikamenteneinnahmezeiten, Vermeidung von Koffein nach 15:00 Uhr) • Stimuluskontrolle • Lichttherapie am Morgen (chronotherapeutische Maßnahmen, Einhaltung eines Hell-Dunkelrhythmus), ggfs. auch mittags (Taglichtlampe, >10.000 Lux) • Ggfs. Schlafrestriktion • Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson)
Hypersomnolenz	Tagesmüdigkeit/ Tagesschläfrigkeit/ Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> • Coping-Strategien: Schlafphasen (< 20 Min.) einplanen am Tage
RLS/PLMS	Schlafstörungen / Bewegungsdrang	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenedukation, s. auch Insomnie • Eisenstoffwechsel kontrollieren: Serumferritin sollte >75µg/l betragen • Tiefe Hirnstimulation
andere	Halluzinationen/ Psychose	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenedukation • Aufklärung Angehöriger

Diagnostik:

- Gezielte schlafmedizinische Anamnese, PDSS-2, ESS, IRLS, Schlaftagebuch, Fremdanamnese
- Polygraphie bei V.a. SAS
- Schlafmediziner mit neurolog. Schwerpunkt/Polysomnographie bei V.a. RBD, zur PAP-Einstellung, bei therapieresistenter Insomnie und Hypersomnolenz

Quellen:

1. Hahne et al. 2017, Nervenheilkunde 7, 541-549
2. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), S3-Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom. 2016. AWMF-Register-Nummer: 030-010
3. Videnovic A, Högl B (eds.), Disorders of Sleep and Circadian Rhythms in Parkinson's Disease, DOI 10.1007/978-3-7091-1631-9_1