

«Viele wissen nicht, wie viel Schlaf sie brauchen»

Ein Interview mit dem Berner Schlafforscher Johannes Mathis

Im Frühjahr begann eine dreijährige Kampagne der Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) gemeinsam mit TCS, Verkehrssicherheitsrat und dem Fonds für Verkehrssicherheit gegen Müdigkeit am Steuer. Wir sprachen mit Johannes Mathis über Fragen rund um das Thema Schläfrigkeit.

ARS MEDICI: Herr Prof. Mathis, ist Tagesschläfrigkeit eigentlich eine Krankheit?

Prof. Dr. med. Johannes Mathis: Die Frage, ob Tagesschläfrigkeit eine Krankheit ist oder nicht, kann eigentlich nur der Patient beantworten. Stört es ihn sehr, dass er zum Beispiel in seiner Freizeitbeschäftigung oder gar im Beruf eingeschränkt ist? Die Schläfrigkeit bedeutet oft eine sehr grosse Einschränkung für die Patienten, sodass man sie dann ganz bestimmt als Krankheit bezeichnen muss.

ARS MEDICI: Gibt es Warnsignale für eine behandlungsbedürftige Schläfrigkeit?

Mathis: Wenn der Patient wegen der Schläfrigkeit zum Hausarzt kommt, dann genügt das zunächst als Warnsignal. Der Epworth-Score eignet sich gut dazu, Schläfrigkeit zu quantifizieren. Als Faustregel gilt, alles über 10 Punkte ist nicht mehr normal. Die Grauzone liegt zwischen 8 und 11 Punkten. Man muss an dieser Stelle erwähnen, dass Müdigkeit und Tagesschläfrigkeit medizinisch betrachtet nicht ganz dasselbe sind, obwohl zwischen müde oder schläfrig in der Alltagssprache nicht unterschieden wird.

ARS MEDICI: Wie meinen Sie das?

Mathis: Personen, die zum Beispiel wegen einer Schlafstörung nachts lange wach liegen, leiden unter Müdigkeit, aber wenn sie sich hinlegen, können sie trotzdem nicht einschlafen. Anders ist das bei Tagesschläfrigkeit: Es gibt immer wieder

ARS MEDICI: Ist dieser Unterschied nicht doch eher akademisch?

Mathis: Nein, das ist er nicht, weil sich die Differenzialdiagnose je nachdem in eine unterschiedliche Richtung wenden wird. Wenn ein Patient sagt, er sei immer so müde, schaut man zuerst, ob eine neurologische oder internistische Erkrankung dahinterstecken könnte. Findet man nichts, weist Müdigkeit in Richtung Depression oder Chronic-fatigue-Syndrom. Der häufigste Grund für die Tagesschläfrigkeit ist ganz einfach zu wenig Schlaf, aber daneben müssen schwere Krankheiten wie das Schlafapnoesyndrom oder die Narkolepsie in Betracht gezogen werden.

ARS MEDICI: Ein banales «Sie müssen halt mehr schlafen» als Therapie?

Mathis: Es mag sich banal anhören, aber es ist gar nicht selten, dass mir schrecklich schläfrige Patienten gegenüber sitzen, die überhaupt nicht wissen, wie viel Schlaf sie brauchen, um fit zu sein. Sie können oft nicht glauben, dass ihnen fünf, sechs Stunden eben nicht reichen. Ich sehe das besonders häufig bei Personen ab 40 Jahren. Sie denken, dass sie doch früher auch nicht länger geschlafen hätten und nun, wo sie älter sind, doch sicher nicht mehr Schlaf bräuchten. Schliesslich steht überall geschrieben, dass man im Alter weniger Schlaf brauche. Ich aber sehe eher das Gegenteil.

ARS MEDICI: Also stimmt das gar nicht mit dem geringeren Schlafbedarf im Alter?

Mathis: Nein, so habe ich das nicht gemeint. Das Phänomen, dass ältere Personen nicht mit einem Schlafpensum auskommen, das für sie früher normal war, ist anders zu erklären. Die Angaben in der Literatur, dass Ältere generell weniger lange schlafen müssten, beziehen sich auf Bunkerexperimente oder auf Menschen, die beliebig lang schlafen können, ohne irgendwelche Pflichten, die das verhindern könnten. Dann kann man schon sagen, dass mit dem Alter der Schlafbedarf abnimmt. Aber so läuft es in unserer modernen Gesellschaft nicht. Da kommt der Schlaf allzu oft zu kurz. Die meisten Menschen sind chronisch schlafdeprimiert. Junge Menschen können ein Schlaf-

manko aber besser kompensieren. Wenn man um die 20 ist und zwei Stunden weniger schläft als man sollte, merkt man das eventuell gar nicht. Wenn man aber um die 50 ist, sieht das ganz anders aus. Da bräuchte man zwar theoretisch vielleicht eine halbe Stunde weniger Schlaf als ein 20-Jähriger, aber ein Schlafmanko von zwei Stunden kann man trotzdem

Wenn der Patient wegen der Schläfrigkeit zum Hausarzt kommt, dann genügt das als Warnsignal.

Patienten mit chronischer Schläfrigkeit, die das total unterschätzen und sich gar nicht schläfrig fühlen, obwohl sie gerade im Wartezimmer auf dem Stuhl sitzend eingenickt sind. Der Hausarzt wird in einem ersten Schritt also überlegen müssen, ob die Beschwerden des Patienten eher in Richtung Müdigkeit oder eher in Richtung Schläfrigkeit gehen.



Zur Person

Prof. Dr. med. Johannes Mathis ist Leitender Arzt an der Abteilung Klinische Neurophysiologie und Neurologischer Leiter am Zentrum für Schlafmedizin, Neurologische Universitätsklinik, Inselspital Bern.

nicht mehr so gut kompensieren wie in jungen Jahren. Deswegen brauchen wir mit 50 oder 60 mehr Schlaf, als wir uns mit 20 gegönnt haben.

ARS MEDICI: Wie viel Schlaf braucht man nun wirklich?

Mathis: Das ist individuell sehr verschieden, zwischen 4 und 10 Stunden pro Tag. Jeder Mensch muss herausfinden, wie viel Schlaf er braucht, um am nächsten Tag fit zu sein. Herausfinden kann man das in den Ferien oder an einem verlängerten Wochenende. Es braucht dazu schon ein paar Tage ohne äussere Zwänge.

ARS MEDICI: Sie beschäftigen sich schon lange mit der Tagesschläfrigkeit. Haben Sie den Eindruck, dass dieses Problem in den letzten 10 bis 20 Jahren gewachsen ist? Oder redet man nur häufiger darüber?

Wir brauchen mit 50 mehr Schlaf, als wir uns mit 20 gegönnt haben.

Mathis: Das Problem wächst, je stärker eine Gesellschaft industrialisiert ist. Ein ganz wichtiger Faktor ist die Schichtarbeit, die heute für jeden vierten Mann und jede achte Frau Alltag ist. Das ist natürlich eine enorme Belastung für den Schlaf-Wach-Zyklus. Neben dem banalen Schlafentzug ist sicher die Schichtarbeit die wichtigste Ursache für Tagesschläfrigkeit. Ab 40 nimmt die Toleranz gegenüber dieser Belastung im Allgemeinen dramatisch ab.

ARS MEDICI: Nehmen wir einmal an, die Tagesschläfrigkeit ist weder mit einem generellen Schlafmanko noch mit Schichtarbeit zu erklären. Wie geht es mit der Abklärung weiter?

Mathis: Bereits in der Anamnese und bei der klinischen Untersuchung wird der Arzt wichtige Hinweise auf die Art und Ursache der Schläfrigkeit finden. Eine Blutprobe gibt Auskunft über viele weitere Fragen, zum Beispiel den Ausschluss einer Schilddrüsenunterfunktion, eines Eisenmangels oder einer Anämie. Diese Frage nach internistischen Ursachen wird von unseren Hausärzten perfekt geklärt. Am Ende bleibt aber eine Gruppe von Patienten übrig mit Tagesschläfrigkeit-ursachenden Krankheiten im engeren Sinne. Die häufigste darunter ist das Schlafapnoesyndrom, eine Diagnose, die der

Hausarzt oft schon recht sicher anhand der Anamnese vermuten kann. Wenn auch die Schlafapnoe mittels einer Ganznachteableitung, also einer Polysomnografie, ausgeschlossen wurde, wird es aber schwierig. Dann muss der Patient in ein Schlafzentrum, um Erkrankungen wie einer Narkolepsie und einer idiopathischen Hypersomnie oder auch nächtlichen Epilepsieattacken auf die Spur zu kommen.

ARS MEDICI: Wie häufig kommt so etwas vor?

Mathis: Das ist eher selten. Man schätzt, dass bei 1 von 2000 Personen Narkolepsie auftritt und die idiopathische Hypersomnie soll zehnmal seltener sein. Gerne möchte ich speziell auf die nicht organische Hypersomnie aufmerksam machen, die unter den Hausärzten vielleicht noch nicht so gut bekannt ist. Es handelt sich um eine ausgeprägte Schläfrigkeit, hinter der verschiedene psychiatrische Krankheiten stecken können. Ich persönlich glaube, dass das nicht so selten ist, auch wenn es keine genauen Zahlen dazu gibt. Natürlich weiss man schon lange, dass viele psychiatrische Patienten an einer Schlafstörung leiden und deswegen tagsüber müde sind. Diese Patienten meine ich aber nicht, sondern den gar nicht so kleinen Anteil unter ihnen, der einen ganz normalen, sogar tiefen Schlaf aufweist, tagsüber aber trotzdem schläfrig ist. Schläfrigkeit und nicht eine Schlafstörung als Symptom der Depression wird in bis zu 40 Prozent der Fälle vermutet. Oft sehen wir Patienten, die früher einmal eine klare Depression hatten und deswegen zum Teil auch behandelt wurden, aber leider nicht effizient genug. Die Schläfrigkeit ist dann das einzige Symptom, das persistiert, sozusagen als residuelles Symptom einer anbehandelten Depression.

ARS MEDICI: Kommen wir von den speziellen Fällen der Schlafmedizin noch auf ein praxisnahes Thema: Einschlafen am Steuer. Muss der Arzt bei einem Patienten mit Tagesschläfrigkeit gegebenenfalls den Führerscheinentzug veranlassen?

Mathis: In der Schweiz besteht keine Meldepflicht, aber eine Meldemöglichkeit. Der Arzt darf solche Patienten also melden, aber er muss es nicht. Bei schwerer Tagesschläfrigkeit sollte er aber auf alle Fälle dem Patienten vom Autofahren abraten und dies in der Krankenakte schriftlich vermerken.

ARS MEDICI: Wie gravierend muss die Tagesschläfrigkeit sein, und wie kann man das messen?

Mathis: Nach meiner Erfahrung ist hier immer noch der Wachhaltetest die beste Methode. Natürlich gibt es eine grosse Grauzone: Wenn das Testergebnis sehr schlecht oder sehr gut ist, ist alles klar, aber dazwischen kann es schwierig sein, einen Führerscheinentzug zu rechtfertigen. Da spielt ja auch die Vernunft eine Rolle: Wie verhält sich ein Autofahrer, wenn er zu müde ist, um weiterzufahren? Das kann man nun leider gar nicht messen, sondern hier hilft nur Erfahrung und Menschenkenntnis weiter.

ARS MEDICI: Sie forderten bereits vor einigen Jahren Massnahmen, um die Unfallzahlen wegen Einschlafen am Steuer zu reduzieren. Was wurde bis anhin erreicht, was nicht?

Mathis: Das erste, was einem als Forscher auf diesem Gebiet auffällt, ist die Diskrepanz zwischen dem Anteil von 3 Prozent

Informationen zur Kampagne Turboschlaf:

www.turboschlaf.ch

Empfehlungen für Ärzte zur Betreuung von Patienten mit vermehrter Schläfrigkeit mit Checkliste (Mathis J, Seeger R, Kehrer P, Wirtz G. Schweiz Med Forum 2007; 7: 328–332):

www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2007/2007-13/2007-13-384.PDF

aller Verkehrsunfälle, den das Bundesamt für Statistik nennt, und die Angaben in der Literatur, wonach zwischen 10 und 30 Prozent der Unfälle auf das Einschlafen am Steuer zurückgehen. Mit anderen Worten: Das Problem Einschlafen am Steuer ist sogar grösser als das Alkohol-am-Steuer-Problem. Es gibt auch zu denken, dass bei rund 20 Prozent der Verkehrsunfälle «Ablenkung oder Unaufmerksamkeit» als Grund genannt wird. Ich behaupte, dass ein grosser Teil

Bei schwerer Tagesschläfrigkeit sollte der Arzt auf alle Fälle dem Patienten vom Autofahren abraten und dies in der Krankenakte schriftlich vermerken.

der Autofahrer in dieser Gruppe eigentlich schläfrig war. Es ist im Frontrapport auch nicht falsch «Ablenkung oder Unaufmerksamkeit» anzukreuzen, aber das führt eben dazu, dass die Schläfrigkeit als Unfallursache unterschätzt wird. Von den Polizisten würde ich mir wünschen, dass sie beim Aufnehmen von Unfällen öfters an die Schläfrigkeit denken. Man könnte zum Beispiel ganz einfach einmal fragen: «Wie lange haben Sie in der letzten Nacht geschlafen?»

ARS MEDICI: Nun scheint bei den Behörden das Bewusstsein für Müdigkeit als Unfallursache bereits gestiegen zu sein. So nannte das Bundesamt für Unfallverhütung in der Frühjahrskampagne Turboschlaf einen Anteil von 10 bis 20 Prozent ...

Mathis: Ja, es gibt schon einen gewissen Fortschritt im Vergleich zu früher. Heute ist es öfters der Fall, dass der Führerschein entzogen und eine Arztkonsultation verlangt wird, wenn Müdigkeit als Unfallursache protokolliert wurde. Diese Personen werden über den Hausarzt dann meist einem Zentrum für Schlafmedizin zugewiesen. Das finde ich sehr gut. Trotzdem: Die Behörden könnten mehr machen, obwohl ich deren Probleme natürlich auch verstehe. Ein positives Beispiel ist die Kampagne Turboschlaf mit Plakaten und Videoclips. Man muss den Leuten immer wieder klar machen, dass all die gängigen Massnahmen wie Fenster öffnen, laute Musik, Kaugummi kauen und so weiter nicht vor Sekundenschlaf schützen, sondern eben nur eine kurze Schlafpause. Solche Kampagnen sind wichtig. Gut fände ich auch Leuchtschriftanzeigen, die vor Schläfrigkeit am Steuer warnen, so wie man das von Autobahnen vor Tunneldurchfahrten im Ausland kennt. Was auch sehr gut wirkt sind die sogenann-

ten singenden Seitenstreifen. Leider klappt das nicht überall, und manche wurden in der Schweiz sogar wieder abmontiert, weil die Anwohner über Lärm klagten, hervorgerufen von irgendwelchen Rowdys, die sich einen Spass daraus machten, in der Nacht mit Absicht auf diesen Seitenstreifen herumzufahren. Aber ich denke, dass man

in der Zukunft intelligentere Warnsysteme entwickeln wird, um die Gefahr von Sekundenschlaf am Steuer auch mit technischen Mitteln zu vermindern. Zum Teil verfügen moderne Autos bereits heute über entsprechende Systeme. Das ist prinzipiell eine gute Idee, aber ich hoffe, dass sich die Leute nun wiederum nicht gleich völlig auf die Technik verlassen. ❖

Die Fragen stellte Renate Bonifer.