Parkinson Insights

RATGEBER

Parkinson und Schlaf

Warum Parkinson die Nächte stört, welche Schlafstörungen es gibt, wie man sie erkennt und was wirklich hilft, für Betroffene und Angehörige.

Ausgabe 1 · Stand November 2026

parkinson-insights.de

Inhalt

	Auf einen Blick	3
1	Worum es in diesem Ratgeber geht	4
2	Was im Schlaf passiert	5
3	Warum Parkinson den Schlaf stört	7
4	Wie häufig Schlafstörungen sind	9
5	Steif in der Nacht: wenn die Medikamente nachlassen	11
6	Wenn Träume ausgelebt werden: die REM-Schlaf-Verhaltensstörung	13
7	Unruhige Beine: das Restless-Legs-Syndrom	17
8	Atemaussetzer im Schlaf	19
9	Nachts zur Toilette	21
10	Ein- und Durchschlafstörungen	23
11	Müde am Tag und plötzliches Einschlafen	26
12	Medikamente und Schlaf	29
13	Schlaf, Hirnreinigung und der Verlauf von Parkinson	31
14	Untersuchungen: vom Gespräch bis zum Schlaflabor	33
15	Wenn der Partner nicht schlafen kann: Angehörige	35
16	Was Sie selbst tun können	37
17	Häufige Fragen	39
	Anhang: Schlaftagebuch und Gesprächsfragen	41
	Abkürzungen und Fachbegriffe	44
	Quellen	46

Ausgabe 1 · Stand November 2026. Kostenlos zum Herunterladen auf parkinson-insights.de. Unabhängig, ohne Geld von Arzneimittelherstellern oder Medizinprodukte-Firmen und ohne Werbung.

Auf einen Blick

Schlechte Nächte gehören für viele Menschen mit Parkinson zum Alltag, und oft schlafen die Angehörigen gleich mit schlecht. Dieser Ratgeber erklärt, warum Parkinson den Schlaf stört, welche einzelnen Schlafstörungen es gibt, wie man sie erkennt und was hilft. Vieles davon lässt sich behandeln. Die wichtigsten Punkte vorab:

1. Schlafstörungen gehören zu den **häufigsten Beschwerden** bei Parkinson. Die ärztliche Leitlinie nennt 60 bis 90 Prozent der Betroffenen. Typisch ist weniger das Einschlafen als das Durchschlafen und frühe Erwachen.[1]
2. Hinter „schlecht geschlafen“ steckt fast nie nur eine Ursache. Steifigkeit in der Nacht, Harndrang, unruhige Beine, Atemaussetzer, Grübeln, Medikamente und die Erkrankung selbst wirken zusammen. Die Behandlung richtet sich nach der Ursache. Deshalb lohnt es sich, genau hinzusehen.
3. Wer im Schlaf spricht, schreit, schlägt oder tritt, hat möglicherweise eine **REM-Schlaf-Verhaltensstörung**. Sie betrifft etwa jeden zweiten Menschen mit Parkinson und tritt oft Jahre vor der Diagnose auf. Die wichtigste Maßnahme ist ein sicheres Schlafzimmer.
4. Lässt die Medikamentenwirkung nachts nach, helfen **lang wirkende Parkinson-Mittel für die Nacht**. Unruhige Beine und Atemaussetzer werden nach ihren eigenen Regeln behandelt, bei unruhigen Beinen zuerst mit einem Blick auf die Eisenwerte.
5. Gegen Ein- und Durchschlafstörungen helfen vor allem **feste Zeiten, Tageslicht, fordernde Bewegung** und eine Verhaltenstherapie für Schlaf. Schlafmittel sind schwach belegt und erhöhen bei Älteren die Sturzgefahr.
6. Starke **Müdigkeit am Tag** und plötzliches Einschlafen sind ernst zu nehmen, vor allem unter Dopaminagonisten. Wer davon betroffen ist, darf laut Leitlinie nicht Auto fahren, bis es besser geworden ist.
7. Guter Schlaf ist mehr als Erholung. Die Forschung untersucht, ob gestörter Schlaf den Verlauf von Parkinson beschleunigt und ob besserer Schlaf ihn bremsen kann. Bewiesen ist das noch nicht.
8. Sprechen Sie Schlafprobleme beim Arzttermin **von sich aus** an und bringen Sie, wenn möglich, die Person mit, die neben Ihnen schläft. Ein Schlaftagebuch (im Anhang) macht das Gespräch leichter.

1 Worum es in diesem Ratgeber geht

„Wie schlafen Sie?“ Diese Frage hören Menschen mit Parkinson in der Sprechstunde selten. Die Zeit ist knapp, es geht um Zittern, Gang und Medikamente. Dabei berichten viele Betroffene, dass ihnen die Nächte mehr zu schaffen machen als die Beschwerden am Tag. Wer nachts dreimal aufwacht, sich kaum umdrehen kann und um vier Uhr endgültig wach liegt, ist tagsüber erschöpft, schlecht gelaunt und unbeweglicher. Der Marburger Neurologe Wolfgang Oertel sagte dazu in Spektrum: Es fehle das Bewusstsein, wie wichtig es ist, „den Schlaf systematisch abzufragen“.[2]

Dieser Ratgeber will das ändern. Er erklärt zuerst, wie gesunder Schlaf funktioniert und was Parkinson daran verändert. Dann folgen die einzelnen Störungen: Steifigkeit und Krämpfe in der Nacht, das Ausleben von Träumen, unruhige Beine, Atemaussetzer, nächtlicher Harndrang, Ein- und Durchschlafstörungen und die Müdigkeit am Tag. Ein Kapitel ordnet die Medikamente ein, eines beschreibt die Untersuchungen vom Fragebogen bis zum Schlaflabor. Danach geht es um die Frage, was Schlaf mit dem Verlauf der Erkrankung zu tun hat, um die Angehörigen und um das, was Sie selbst tun können. Am Ende stehen häufige Fragen, ein Schlaftagebuch zum Ausfüllen und eine Liste mit Fragen für den Arzttermin.

Woher die Informationen stammen

Grundlage ist die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur Parkinson-Krankheit von 2023 mit ihrem Kapitel „Schlaf und Tagesmüdigkeit“.[1] Dazu kommen die Leitlinien zum Restless-Legs-Syndrom und zur Insomnie, die Empfehlungen der amerikanischen Schlafmediziner zur REM-Schlaf-Verhaltensstörung und Originalstudien bis November 2026.[3, 4, 5] Die Themenseite „Parkinson und Schlaf“ der Parkinson Stiftung haben wir ausgewertet; viele ihrer Alltagstipps finden Sie hier wieder.[6] Als Hintergrund dienten außerdem Beiträge aus *Spektrum Kompakt* und *Gehirn&Geist* zur inneren Uhr, zur REM-Schlaf-Verhaltensstörung und zur Reinigung des Gehirns im Schlaf. Die dort genannten Studien haben wir, wo möglich, im Original nachgeschlagen.[2, 7, 8, 9] Alle Quellen stehen am Ende.

Wichtig

Dieser Ratgeber ersetzt keine ärztliche Beratung. Ändern Sie Parkinson-Medikamente nicht auf eigene Faust, auch nicht die Uhrzeiten. Setzen Sie vor allem Dopaminagonisten nie plötzlich ab. Wenn Sie tagsüber plötzlich einschlafen, fahren Sie nicht Auto, bis Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt gesprochen haben.

2 Was im Schlaf passiert

Schlaf ist kein gleichförmiger Zustand. Das Gehirn durchläuft jede Nacht mehrere Zyklen von jeweils etwa anderthalb Stunden. Jeder Zyklus beginnt mit leichtem Schlaf, geht in tieferen Schlaf über und endet meist mit einer Phase des Traumschlafs. Danach wacht man oft kurz auf, ohne sich am Morgen daran zu erinnern.

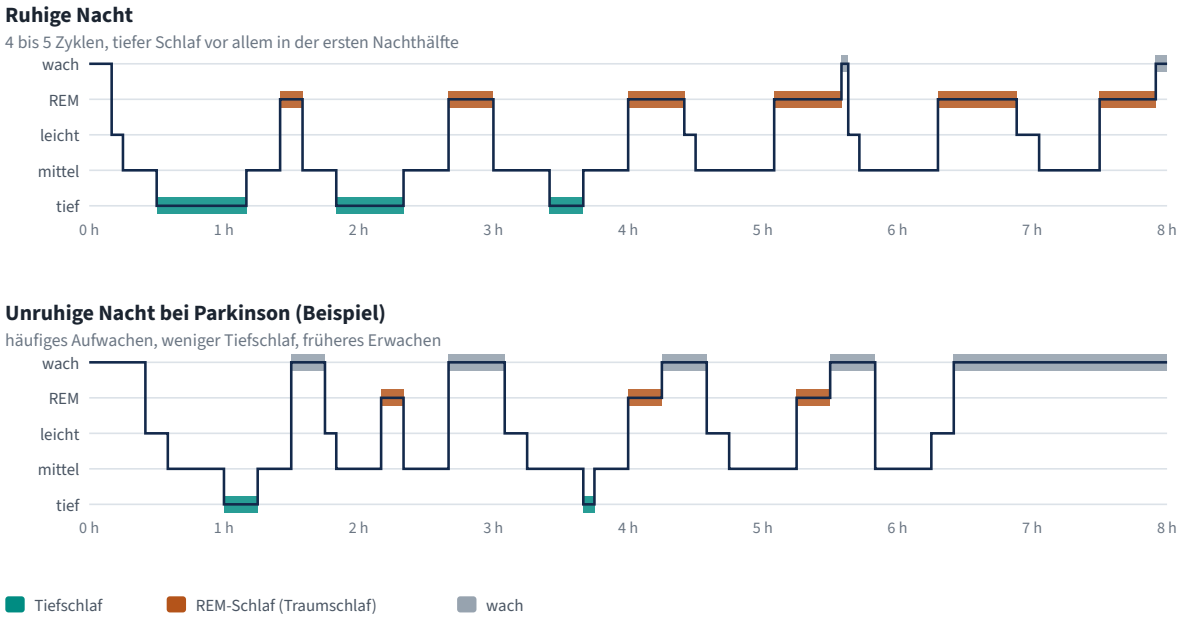
Tiefschlaf und Traumschlaf

Fachleute unterscheiden zwei Arten von Schlaf. Im **Non-REM-Schlaf** werden die Hirnströme mit zunehmender Tiefe langsamer, die Nervenzellen feuern im Gleichtakt. Der tiefste Abschnitt, der Tiefschlaf, ist vor allem in der ersten Nachthälfte lang. In dieser Zeit verfestigt das Gehirn Gelerntes: Erinnerungen werden aus dem Hippocampus in die Hirnrinde übertragen.[8]

Im **REM-Schlaf** (REM steht für „rapid eye movements“, schnelle Augenbewegungen) ähnelt die Hirnaktivität dem Wachzustand. Jetzt träumen wir am lebhaftesten. Damit wir die Träume nicht ausleben, schalten Nervenzellen im Hirnstamm die Muskelspannung fast vollständig ab. Man liegt also im Traumschlaf gewissermaßen gelähmt im Bett. Gegen Morgen werden die REM-Phasen länger.[7]

Ruhige und unruhige Nacht im Vergleich

Vereinfachtes Schema eines Schlafprofils über acht Stunden



Schematische Darstellung zur Erklärung, keine Messung. Die Verteilung der Schlafphasen schwankt von Nacht zu Nacht und von Mensch zu Mensch. Bei Parkinson beschreibt die Leitlinie unter anderem weniger Tiefschlaf und mehr Wachphasen.

Die innere Uhr

Wann wir müde werden, bestimmt eine innere Uhr. Ihr Taktgeber sitzt im Hypothalamus, direkt über der Kreuzung der Sehnerven. Licht, das auf die Netzhaut fällt, stellt diese Uhr jeden Morgen neu. Am Abend schüttet die Zirbeldrüse das Hormon Melatonin aus, und der Körper kühlt ab. In einem Versuch mit 44 Freiwilligen, die ohne Uhr und Tageslicht lebten, wurden die meisten genau dann müde, wenn ihre Körpertemperatur am schnellsten sank.[2, 8] Neben Licht stellen auch Mahlzeiten und körperliche Aktivität die innere Uhr.

Im Alter verändert sich dieses System. Ältere Menschen schlafen insgesamt kürzer, gehen früher ins Bett und stehen früher auf, die innere Uhr reagiert schwächer auf Licht.[2] Ein Teil dessen, was Menschen mit Parkinson nachts erleben, ist deshalb auch eine Frage des Alters. Die Veränderungen durch die Erkrankung gehen aber deutlich darüber hinaus.

Wozu wir schlafen

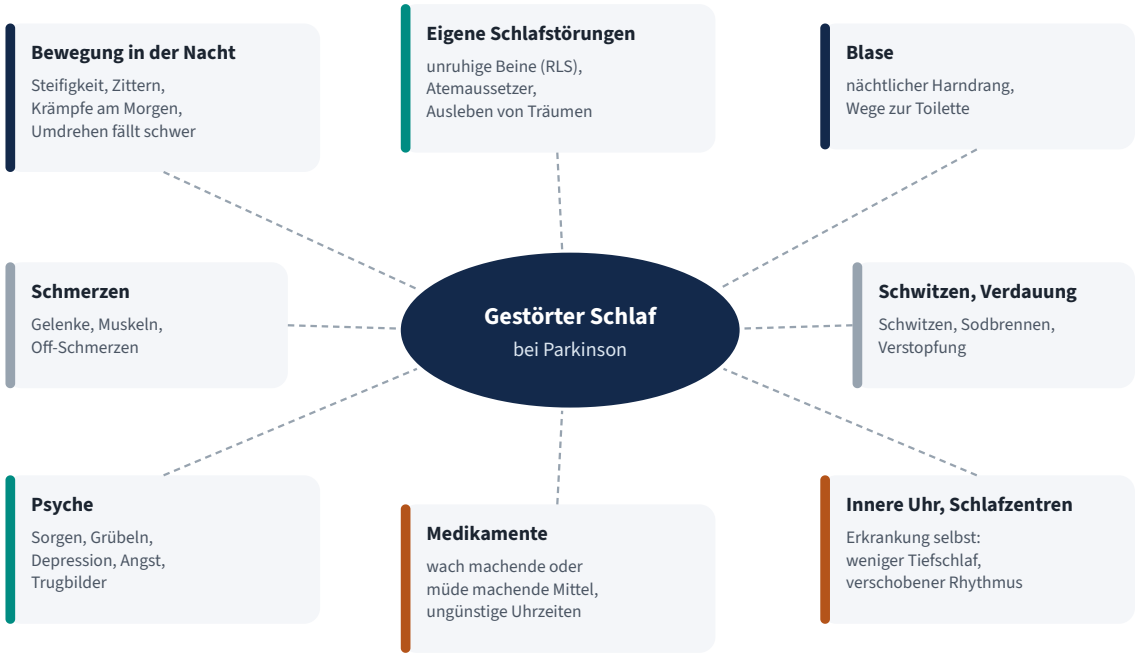
Schlaf dient der Erholung von Körper und Gehirn. Er festigt Erinnerungen, reguliert Stimmung, Stoffwechsel und Immunsystem. Seit etwa zehn Jahren wird zudem untersucht, ob das Gehirn im Schlaf Abfallstoffe ausspült, darunter auch das Eiweiß Alpha-Synuklein, das sich bei Parkinson in Nervenzellen ablagert. Was die Forschung dazu weiß und was umstritten ist, steht in Kapitel 13.

3 Warum Parkinson den Schlaf stört

Die Leitlinie spricht von einer „multifaktoriellen“ Entstehung. Gemeint ist: Mehrere Ursachen kommen zusammen und verstärken sich gegenseitig.[1] Für die Behandlung ist das eine gute Nachricht, denn viele dieser Ursachen lassen sich einzeln angehen.

Was den Schlaf bei Parkinson stören kann

Die Ursachen nach der Einteilung der ärztlichen Leitlinie



Eigene Darstellung nach der DGN-Leitlinie 2023, Kapitel 3.11. Meist treffen mehrere Ursachen zusammen.

Bewegung in der Nacht. Viele Parkinson-Medikamente wirken nur einige Stunden. Lässt ihre Wirkung nachts nach, kehren Steifigkeit, Verlangsamung und Zittern zurück. Das Umdrehen im Bett wird mühsam, das Aufstehen zur Toilette auch. Gegen Morgen kommen oft schmerzhafte Verkrampfungen in Fuß oder Wade hinzu.[1] Mehr dazu in Kapitel 5.

Eigenständige Schlafstörungen. Einige Schlafstörungen sind eigene Krankheitsbilder, die auch bei Menschen ohne Parkinson vorkommen: das Restless-Legs-Syndrom, Atemaussetzer im Schlaf und Störungen wie die REM-Schlaf-Verhaltensstörung. Sie werden nach eigenen Regeln behandelt (Kapitel 6 bis 8).

Blase, Schwitzen, Verdauung. Häufiger nächtlicher Harndrang, nächtliches Schwitzen, Sodbrennen, Verstopfung und Schmerzen zerstückeln den Schlaf, besonders in späteren Krankheitsphasen (Kapitel 9).[1]

Psyche. Angst, Depression, Trugbilder und Grübeln verschlechtern den Schlaf, und umgekehrt verschlechtert schlechter Schlaf die Stimmung. Auch Impulskontrollstörungen, etwa nächtliches Essen oder Spielen am Computer, rauben Schlaf.[1]

Medikamente. Dieselben Mittel, die nachts beweglicher machen, können in höherer Dosis den Schlaf zerstückeln oder tagsüber müde machen. Andere wirken aktivierend oder treiben die Harnmenge in die Höhe (Kapitel 12).

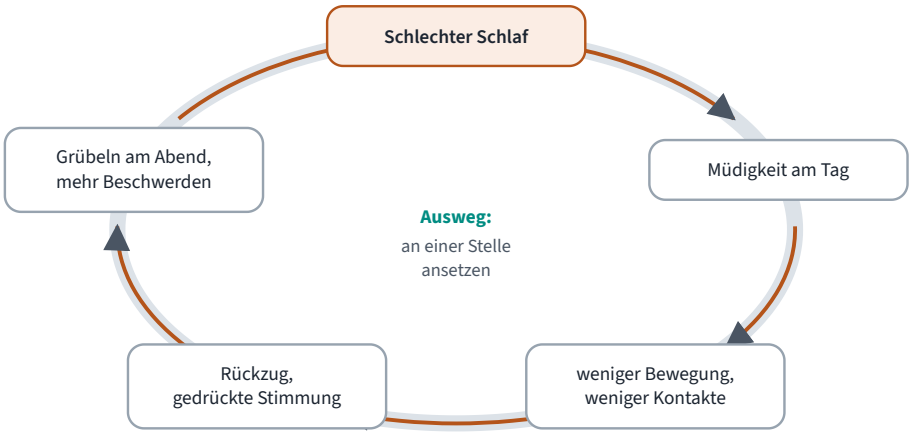
Die Erkrankung selbst. Parkinson betrifft nicht nur die Dopamin-Nervenzellen, sondern auch Kerngebiete im Hirnstamm und Zwischenhirn, die Schlaf und Wachsein steuern. Die Leitlinie beschreibt einen zunehmenden Verlust von Tiefschlaf, eine gestörte innere Uhr und erniedrigte Spiegel von Melatonin und des Wachmachers Orexin.[1] In einer britischen Studie mit 239 neu diagnostizierten Menschen fanden Forschende niedrigere Melatoninspiegel und weniger REM-Schlaf; die Hälfte klagte über Schlafprobleme.[2]

Der Teufelskreis

Schlechter Schlaf macht tagsüber müde. Wer müde ist, bewegt sich weniger, trifft seltener andere Menschen und zieht sich zurück. Das drückt auf die Stimmung, und gedrückte Stimmung und Grübeln am Abend verschlechtern wieder den Schlaf. Die Parkinson Stiftung beschreibt diesen Kreislauf ausdrücklich.[6] Die gute Nachricht: Man kann an jeder Stelle ansetzen, und jede Verbesserung hilft auch den anderen.

Der Teufelskreis aus schlechtem Schlaf und Rückzug

Jede Stelle im Kreis ist auch ein möglicher Ansatzpunkt



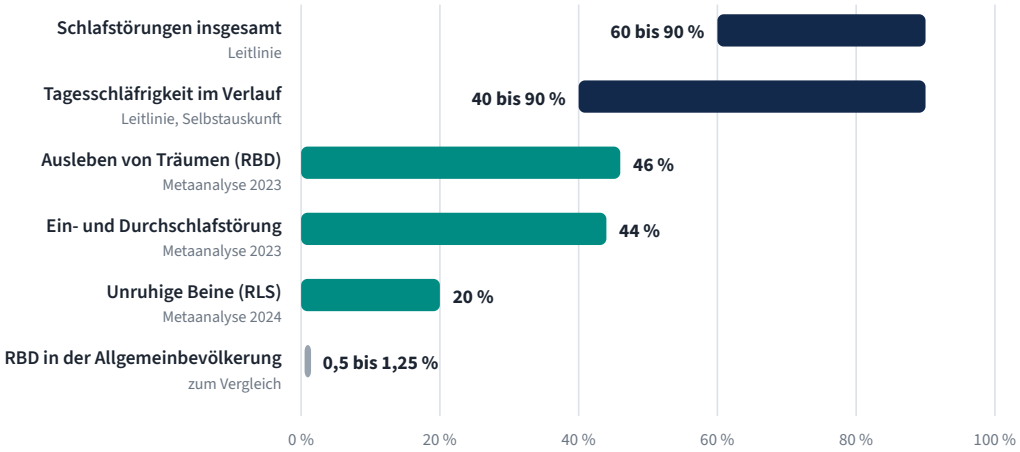
Eigene Darstellung nach der Beschreibung der Parkinson Stiftung.

4 Wie häufig Schlafstörungen sind

Die Zahlen schwanken stark, je nachdem, wie gefragt und gemessen wurde. Die Leitlinie nennt für Schlafstörungen insgesamt 60 bis 90 Prozent der Menschen mit Parkinson.[1] Die Parkinson Stiftung schreibt, dass 90 Prozent Probleme beim Ein- oder Durchschlafen haben.[6] Eine große Auswertung vieler Studien kam für eine Ein- und Durchschlafstörung im engeren Sinn auf 44 Prozent.[10] Diese Spannen widersprechen sich nicht: Gelegentlich schlecht zu schlafen ist viel häufiger als eine Schlafstörung, die den Alltag deutlich beeinträchtigt.

Wie häufig einzelne Schlafprobleme bei Parkinson sind

Anteil der Menschen mit Parkinson, gerundete Werte



Spannen bedeuten: Studien kamen je nach Methode zu unterschiedlichen Werten.

Nach DGN-Leitlinie 2023 (Schlafstörungen insgesamt, Tagesschläfrigkeit nach eigener Angabe im Verlauf, RBD nach einer Metaanalyse von 2023), Maggi 2023 (Ein- und Durchschlafstörung), Maggi 2024 (RLS) und Kwon 2024 (RBD in der Allgemeinbevölkerung).

Die **REM-Schlaf-Verhaltensstörung** betrifft nach einer Metaanalyse von 2023 etwa 46 Prozent der Menschen mit Parkinson, in der Allgemeinbevölkerung dagegen nur 0,5 bis 1,25 Prozent.[1, 7] **Unruhige Beine** fanden sich in einer Auswertung von 46 Studien mit fast 7.000 Betroffenen bei 20 Prozent.[11] Über **Müdigkeit am Tag** klagen im Lauf der Erkrankung 40 bis 90 Prozent.[1] Für **Atemaussetzer** kommen Studien zu so unterschiedlichen Ergebnissen, dass die Leitlinie keine Zahl nennt.[1]

Schon vor der Diagnose

Schlafprobleme beginnen oft lange vor den Bewegungsbeschwerden. Das gilt vor allem für die REM-Schlaf-Verhaltensstörung, die der Diagnose um Jahre bis Jahrzehnte vorausgehen kann (Kapitel 6).[1] Auch ein gesteigertes Bedürfnis nach Nickerchen am Tag wurde in einer Studie als mögliches frühes Warnzeichen beschrieben.[2] Die Leitlinie nennt Tagesschläfrigkeit ebenfalls als frühes Symptom.[1] Für sich genommen sagen solche Zeichen wenig; viele Menschen ohne Parkinson schlafen schlecht oder halten Mittagsschlaf.

Im Verlauf

Mit der Dauer der Erkrankung nehmen nächtliche Bewegungsprobleme, Harndrang, Tagesschläfrigkeit und unruhige Beine meist zu.[1] Wie es Ihnen in einigen Jahren gehen wird, lässt sich daraus nicht ablesen. Der Verlauf ist bei jedem Menschen anders, und viele Beschwerden lassen sich behandeln.

5 Steif in der Nacht: wenn die Medikamente nachlassen

Abends nimmt man die letzte Tablette, und irgendwann in der Nacht ist ihre Wirkung aufgebraucht. Dann zeigt sich die Erkrankung ungebremst: Der Körper wird steif, das Zittern kehrt zurück, und wer sich im Bett umdrehen will, braucht mehrere Anläufe oder schafft es gar nicht. Fachleute sprechen von **nächtlicher Akinese** (Bewegungsarmut) und vom nächtlichen „Wearing-off“, dem Nachlassen der Wirkung.[1]

Woran man es merkt

- Sie wachen auf, weil Sie unbequem liegen und sich nicht umdrehen können.
- Das Aufstehen zur Toilette ist mühsam oder nur mit Hilfe möglich.
- Ein Ruhezittern weckt Sie oder hält Sie wach.
- Gegen Morgen verkrampfen sich Zehen, Fuß oder Wade schmerzhaft. Fachleute sprechen von einer Off-Dystonie.
- Morgens dauert es lange, bis Sie in Gang kommen, und die erste Tablette braucht viel Zeit.

Die Leitlinie zählt auch einen Teil des nächtlichen Harndrangs zu diesen Zeichen eines Dopaminmangels in der Nacht.[1]

Was hilft

Wenn das Nachlassen der Wirkung den Schlaf stört, **soll** die Parkinson-Behandlung laut Leitlinie angepasst werden.[1] Dafür gibt es mehrere Möglichkeiten, die Ihre Neurologin oder Ihr Neurologe mit Ihnen abwägt:

- **Lang wirkende Dopaminagonisten für die Nacht.** Am besten untersucht ist das Pflaster mit dem Wirkstoff Rotigotin. In einer placebokontrollierten Studie besserten sich sowohl der Schlaf als auch die Beweglichkeit am frühen Morgen.[12] Die Leitlinie empfiehlt, solche Mittel bei Hinweisen auf einen nächtlichen Dopaminmangel anzubieten.[1] Für Pramipexol und Ropinirol in Retardform ist die Studienlage schwächer, das Prinzip ist aber dasselbe.
- **Levodopa in verzögerter Form** zur Nacht. Für den Schlaf als Ziel gibt es dazu kaum Studien, die klinische Erfahrung spricht laut Leitlinie aber klar für den Nutzen, vor allem wenn Dopaminagonisten nicht infrage kommen.[1] In einem Beispiel aus Spektrum nimmt eine Betroffene abends langsam wirkendes Levodopa ein, um Steifheit und Unbeweglichkeit in der Nacht zu lindern.[2]

- **Pumpen.** Wer wegen starker Wirkschwankungen eine Medikamentenpumpe hat, kann die Laufzeit auf die Nacht ausdehnen. In einer Studie mit nächtlicher Apomorphin-Infusion besserte sich die Schlafqualität gegenüber Placebo.[1]
- **Eine Bedarfsdosis** für Wachphasen in der Nacht, wenn die Ärztin sie verordnet.[6]

Ob die Tiefe Hirnstimulation den Schlaf direkt verbessert oder ob der Effekt daher kommt, dass danach weniger Medikamente nötig sind, ist laut Leitlinie noch offen.[1]

Tipp: Leichter drehen im Bett

- Bettwäsche und Schlafkleidung aus glatten Stoffen wie Satin statt fester Baumwolle erleichtern das Drehen.[6]
- Eine leichte Bettdecke statt eines schweren Federbetts; eine feste Matratze, in der man nicht einsinkt.
- Ein Bettgriff oder eine Aufstehhilfe am Bettrahmen. Die Ergotherapie zeigt Ihnen, wie Sie sich mit wenig Kraft drehen und aufsetzen. Hilfsmittel können verordnet werden.
- Vor dem Aufstehen kurz an der Bettkante sitzen bleiben. Das schützt vor Schwindel durch einen Blutdruckabfall.

Das Wichtigste in Kürze

- Steifigkeit, Zittern und Krämpfe in der Nacht zeigen meist, dass die Medikamentenwirkung nachlässt.
- Lang wirkende Parkinson-Mittel für die Nacht helfen oft. Am besten untersucht ist das Rotigotin-Pflaster.
- Glatte Bettwäsche, ein Bettgriff und Ergotherapie erleichtern das Drehen und Aufstehen.

6 Wenn Träume ausgelebt werden: die REM-Schlaf-Verhaltensstörung

Ein Mann träumt, ein Angreifer verfolge ihn, und wirft einen Sack Kartoffeln nach ihm. Als er aufwacht, hat er ein Kissen nach seiner Frau geworfen. So hat der amerikanische Schauspieler Alan Alda eine Nacht mit seiner Schlafstörung beschrieben.[7] Viele Paare kennen ähnliche Szenen, schämen sich aber dafür und sprechen nicht darüber.

Was dahintersteckt

Im Traumschlaf ist die Muskulatur normalerweise gelähmt. Bei der **REM-Schlaf-Verhaltensstörung**, abgekürzt RBD nach dem englischen „REM sleep behavior disorder“, funktioniert diese Bremse nicht mehr. Die Betroffenen bewegen sich, wie sie träumen: Sie sprechen, rufen, lachen, schlagen, treten oder springen aus dem Bett.[1] Häufig handeln die Träume von Bedrohung. In einer französischen Studie berichteten 60 Prozent von Albträumen, in denen sie angegriffen wurden, und die meisten wehrten sich darin. Nicht alle Träume sind aber gewalttätig: Manche Betroffene singen, tanzen oder halten im Schlaf Vorträge.[7]

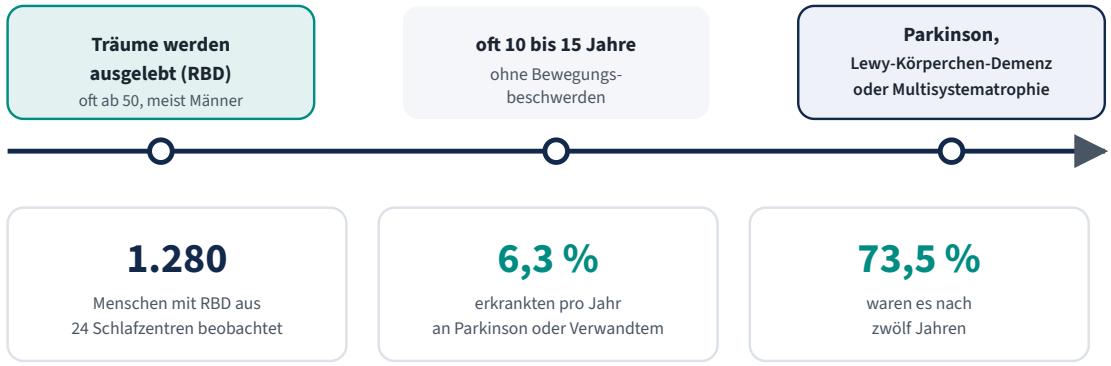
Ursache ist eine Schädigung von Nervenzellen im Hirnstamm, die im Traumschlaf die Muskeln stilllegen. Bei Menschen mit RBD finden sich dort häufig Ablagerungen des Eiweißes Alpha-Synuklein, das sich auch bei Parkinson in Nervenzellen ablagert.[1, 7] Erstaunlich ist eine Beobachtung aus dem Schlaflabor: Menschen mit Parkinson, die tagsüber steif und langsam sind, bewegen sich im Traum oft flüssig und kräftig. Ein Patient stemmte im Schlaf einen schweren Nachttisch über den Kopf, obwohl er wach kaum leichte Gegenstände heben konnte.[7] Warum das so ist, wird noch erforscht.

Ein frühes Zeichen

Die RBD tritt bei vielen Menschen Jahre vor den ersten Bewegungsbeschwerden auf. Die Leitlinie nennt sie ein Frühzeichen einer Alpha-Synuklein-Erkrankung, also von Parkinson, der Lewy-Körperchen-Demenz oder der seltenen Multisystematrophie.[1] Die größte Studie dazu hat 1.280 Menschen mit gesicherter RBD aus 24 Schlafzentren über durchschnittlich gut vier Jahre beobachtet. Pro Jahr entwickelten 6,3 Prozent eine dieser Erkrankungen, nach zwölf Jahren waren es 73,5 Prozent.[13] Ältere Langzeitbeobachtungen kommen auf über 80 Prozent im Lauf des Lebens, im Mittel 10 bis 15 Jahre nach Beginn der RBD.[7]

Die REM-Schlaf-Verhaltensstörung als frühes Zeichen

Was Langzeitstudien über den Verlauf zeigen



1.280
Menschen mit RBD aus 24 Schlafzentren beobachtet

6,3 %
erkrankten pro Jahr an Parkinson oder Verwandtem

73,5 %
waren es nach zwölf Jahren

Nach Postuma 2019 (internationale Studie, 1.280 Teilnehmende, im Schnitt 66 Jahre alt, 82,5 Prozent Männer) und den Angaben in Kwon 2024. Die Prozentwerte gelten für Menschen mit isolierter RBD ohne Parkinson zu Beginn der Beobachtung.

Umgekehrt hat nicht jeder Mensch mit Parkinson vorher eine RBD; nach einer Schätzung ist es etwa jeder Dritte.[7] Auch Medikamente können eine RBD auslösen oder verstärken, vor allem manche Antidepressiva. Dann ist sie kein Hinweis auf eine Nervenkrankheit.[5, 7]

Bei Menschen, die schon an Parkinson erkrankt sind, gilt die RBD als Hinweis auf einen eher rascheren Verlauf mit früheren Wirkschwankungen und mehr Schwierigkeiten bei Gedächtnis und Denken.[1] Das ist eine Aussage über Gruppen, nicht über den einzelnen Menschen. Viele Betroffene mit RBD haben über lange Zeit einen stabilen Verlauf.

Wenn Sie RBD haben, aber (noch) keinen Parkinson

Diese Nachricht ist schwer zu verdauen. Es hilft zu wissen: Die Zahlen beschreiben Wahrscheinlichkeiten über viele Jahre, und weltweit laufen Studien, die gerade Menschen mit RBD einschließen, weil eine Behandlung umso mehr bewirken könnte, je früher sie beginnt.[7] Fragen Sie in einem Schlafzentrum oder einer Parkinson-Ambulanz nach Studien. Regelmäßige Bewegung wird Menschen mit RBD schon heute empfohlen.[7]

Wie die Diagnose gestellt wird

Meist bemerkt nicht der Betroffene selbst die Störung, sondern die Person, die neben ihm schläft. Ihre Beobachtungen sind deshalb sehr wertvoll. Fragebögen allein reichen für die Diagnose aber nicht. Die Leitlinie verlangt eine Untersuchung im Schlaflabor mit Videoaufzeichnung, eine sogenannte Video-Polysomnographie.[1] Nur dort lässt sich zeigen,

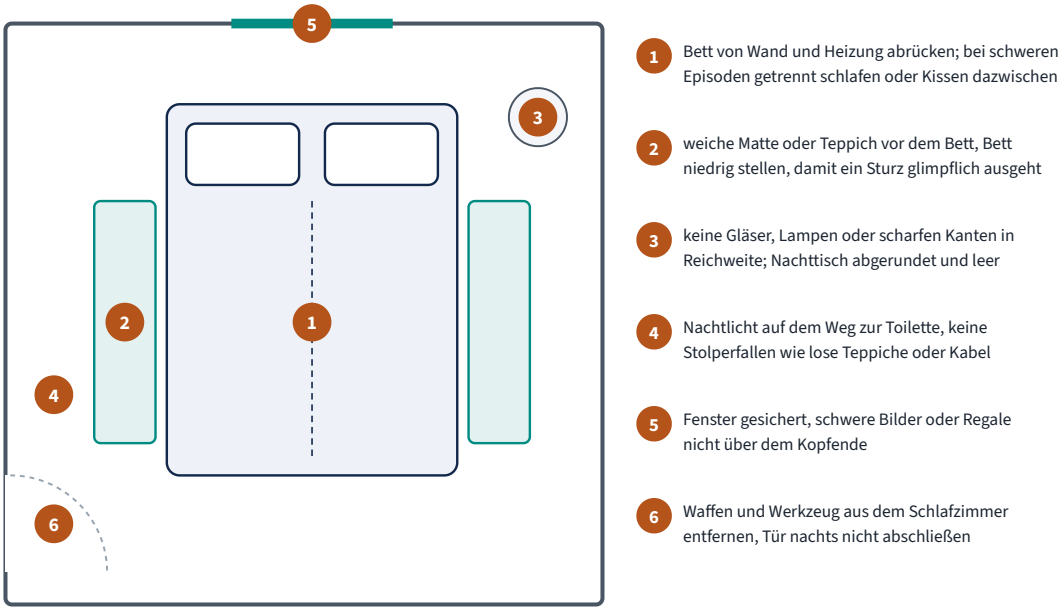
dass die Muskelspannung im REM-Schlaf fehlt, und nur dort lassen sich ähnlich aussehende Störungen abgrenzen: nächtliche Verwirrtheit, Trugbilder, Bewegungen bei unruhigen Beinen, Aufwachreaktionen bei schweren Atemaussetzern oder Schlafwandeln.[1]

Was hilft

Die wichtigste Maßnahme hat in der Leitlinie die stärkste Empfehlung, weil sie keine Nebenwirkungen hat: eine **sichere Schlafumgebung**.[1] Die amerikanischen Schlafmediziner empfehlen bei schwerer, unbehandelter RBD, getrennt zu schlafen oder zumindest ein großes Kissen zwischen sich und die andere Person zu legen.[5]

So wird das Schlafzimmer sicherer

Grundriss mit sechs Maßnahmen



Eigene Darstellung. Die Leitlinie empfiehlt eine sichere Schlafumgebung, nennt aber keine Einzelmaßnahmen; die Beispiele folgen den Empfehlungen der amerikanischen Schlafmediziner (Howell 2023) und allgemeinen Regeln zur Sturzvorbeugung.

Zusätzlich **können** Medikamente erwogen werden, wenn Verletzungen drohen oder der Schlaf stark gestört ist:[1]

- **Clonazepam**, ein Mittel aus der Gruppe der Benzodiazepine, in niedriger Dosis zur Nacht. Es kann aber am nächsten Tag nachwirken, die Aufmerksamkeit dämpfen und das Gleichgewicht stören. Gerade bei Älteren erhöht das die Sturzgefahr.[1]
- **Melatonin.** Es gilt neben Clonazepam als Mittel der ersten Wahl und ist gut verträglich. In der bisher besten Studie bei Parkinson half Melatonin in verzögerter Form (4 Milligramm) allerdings nicht besser als ein Scheinmedikament: 30 Betroffene, acht Wochen, kein

Unterschied bei der Zahl der Episoden.[14] Die amerikanischen Empfehlungen nennen Melatonin mit sofortiger Freisetzung.[5]

- **Rivastigmin**, ein Mittel aus der Demenzbehandlung, wird für RBD bei Parkinson als weitere Möglichkeit genannt.[1, 5]

Löst ein Medikament die RBD aus, etwa ein Antidepressivum, kann es helfen, dieses Mittel zu ersetzen.[5] Das Antidepressivum Mirtazapin soll laut Leitlinie bei RBD nicht gegeben werden.[1]

Das Wichtigste in Kürze

- Sprechen, Schlagen oder Treten im Schlaf kann auf eine RBD hindeuten. Sie betrifft etwa jeden zweiten Menschen mit Parkinson.
- Die Diagnose wird im Schlaflabor gesichert.
- Ein sicheres Schlafzimmer schützt Sie und Ihre Partnerin oder Ihren Partner. Medikamente sind eine Ergänzung.

7 Unruhige Beine: das Restless-Legs-Syndrom

Abends auf dem Sofa oder im Bett kribbelt, zieht oder brennt es tief in den Beinen. Man muss die Beine bewegen, aufstehen, herumlaufen, dann wird es besser, bis man sich wieder hinlegt. So beschreiben Betroffene das **Restless-Legs-Syndrom** (RLS). Die Beschwerden treten vor allem in Ruhe und abends auf und bessern sich durch Bewegung.[3]

RLS oder Parkinson-Unruhe?

Bei Parkinson ist die Unterscheidung schwierig. Auch das Nachlassen der Medikamentenwirkung am Abend kann einen Bewegungsdrang auslösen, der einem RLS ähnelt. Die Leitlinie spricht von einem RLS-Mimic, einer Nachahmung.[1] Nach heutigem Wissen ist das RLS keine Folge der Parkinson-Erkrankung, sondern eine eigene Erkrankung, die dazukommt. Kurz nach der Diagnose ist es bei Menschen mit Parkinson nicht häufiger als bei anderen. Mit der Dauer der Erkrankung und mit höheren Dosen der Parkinson-Medikamente wird es häufiger.[1] Eine Metaanalyse von 2024 kam auf 20 Prozent.[11] Hilfreich für die Unterscheidung ist ein Tagebuch: Wann treten die Beschwerden auf, und wie hängen sie mit den Einnahmezeiten zusammen?

Was hilft

Die Leitlinie zum Restless-Legs-Syndrom gibt eine klare Reihenfolge vor. Speziell für RLS bei Parkinson gibt es keine kontrollierten Studien, die Parkinson-Leitlinie verweist deshalb auf diese allgemeinen Regeln.[1, 3]

Schritt für Schritt bei unruhigen Beinen

Reihenfolge nach den Leitlinien zu Parkinson und zum Restless-Legs-Syndrom



Eigene Darstellung nach DGN-Leitlinie 2023 und S2k-Leitlinie Restless Legs Syndrom 2022.

1. **Eisen prüfen.** Ein Eisenmangel kann ein RLS auslösen oder verstärken. Bestimmt werden Ferritin (der Eisenspeicher) und die Transferrinsättigung. Liegt das Ferritin bei 75 Mikrogramm pro Liter oder darunter oder die Transferrinsättigung unter 20 Prozent, wird Eisen gegeben, bei leichten Beschwerden als Tablette, sonst auch als Infusion. Ziel sind Werte im oberen Normalbereich.[1, 3] Nehmen Sie Eisen nicht auf eigene Faust: Zu viel Eisen schadet, und Eisentabletten können die Aufnahme von Levodopa behindern, wenn man sie gleichzeitig einnimmt.
2. **Auslöser prüfen.** Manche Medikamente können ein RLS verstärken, vor allem bestimmte Antidepressiva. Wenn möglich, werden sie verringert oder ersetzt.[1]
3. **Die Parkinson-Behandlung für die Nacht anpassen**, zum Beispiel mit lang wirkenden Mitteln.[1]
4. **Weitere Mittel.** Reicht das nicht, können sogenannte Alpha-2-delta-Liganden (Mittel, die auch gegen Nervenschmerzen eingesetzt werden) oder Opioide erwogen werden.[1]

Achtung: Augmentation

Dopaminhaltige Mittel helfen beim RLS, können es in zu hoher Dosis aber auch verschlimmern. Die Beschwerden beginnen dann früher am Tag, werden stärker oder breiten sich auf die Arme aus. Fachleute nennen das Augmentation. Bei Menschen ohne Parkinson sollen Dopaminagonisten deshalb so niedrig wie möglich dosiert werden.[3] Bei Parkinson ist die Lage komplizierter, weil die Mittel auch für die Beweglichkeit gebraucht werden. Wenn sich Ihre Beinbeschwerden trotz höherer Dosis verschlechtern, sprechen Sie das an.

Tipp: Was Sie selbst tun können

- Abends kein Alkohol und kein Koffein, beides kann die Beschwerden verstärken.
- Bewegung am Tag, abends Dehnen, ein warmes oder kühles Fußbad oder eine Beinmassage.
- Ablenkung in Ruhephasen, etwa ein Kreuzworträtsel oder Handarbeit.

Das sind Erfahrungswerte, die vielen helfen. Gut untersucht sind sie nicht.

8 Atemaussetzer im Schlaf

Lautes, unregelmäßiges Schnarchen mit Pausen, nach denen man nach Luft schnappt, ist das typische Zeichen einer **obstruktiven Schlafapnoe**. Dabei erschlaffen im Schlaf die Muskeln im Rachen, die Atemwege verengen sich, und die Atmung setzt immer wieder aus. Jedes Mal sinkt der Sauerstoff im Blut, und das Gehirn weckt den Körper kurz auf, meist ohne dass man es bemerkt. Am Morgen fühlt man sich wie gerädert, tagsüber ist man müde.[1] Fachleute fassen solche Störungen als schlafbezogene Atmungsstörungen zusammen.

Bei Parkinson

Atemaussetzer kommen bei Menschen mit Parkinson vor. Ob häufiger als bei anderen gleichen Alters, ist umstritten. Die Leitlinie empfiehlt deshalb, im Einzelfall genau hinzusehen.[1] Eine Metaanalyse fand, dass Menschen mit Parkinson und Schlafapnoe stärkere Bewegungsbeschwerden und mehr Schwierigkeiten beim Denken haben.[1] Auch häufiges nächtliches Wasserlassen kann ein Zeichen von Atemaussetzern sein.[1]

Behandlung

Schwere Atemaussetzer erhöhen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sollen auch bei Parkinson behandelt werden.[1] Der Goldstandard ist eine Atemmaske für die Nacht, die mit leichtem Überdruck die Atemwege offen hält (CPAP-Therapie). Bei Übergewicht hilft auch eine Gewichtsabnahme. In einer randomisierten Studie bei Menschen mit Parkinson und Schlafapnoe besserte die Maske den Schlaf und die Müdigkeit am Tag.[15] Allerdings tragen viele Menschen die Maske nicht dauerhaft, und sie kann für Betroffene und Angehörige belastend sein, etwa wenn man sie mit steifen Händen nicht selbst aufsetzen kann. Die Leitlinie rät deshalb zu einer Abwägung von Nutzen und Aufwand.[1]

Eine neue Spur: Schlafapnoe als Risiko für Parkinson?

Eine große amerikanische Auswertung der Gesundheitsdaten von über elf Millionen Veteranen kam 2025 zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Schlafapnoe etwas häufiger an Parkinson erkrankten: sechs Jahre nach der Diagnose 1,6 zusätzliche Fälle pro 1.000 Menschen. Bei denen, die früh eine Atemmaske bekamen, war das Risiko geringer.[16] Die Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen hat diese Studie 2026 aufgegriffen.[17] Sie zeigt einen Zusammenhang, keinen Beweis: Wer seine Maske regelmäßig nutzt, achtet womöglich auch sonst mehr auf seine Gesundheit. Für Menschen, die bereits Parkinson haben, lässt sich daraus nicht ableiten, dass die Maske den Verlauf bremst.

Tipp: Daran sollten Sie denken

Wenn Ihr Partner oder Ihre Partnerin Atemaussetzer beobachtet, Sie laut schnarchen, morgens mit Kopfschmerzen aufwachen oder tagsüber trotz ausreichend Schlaf müde sind, fragen Sie nach einer Untersuchung der Atmung im Schlaf. Sie kann oft mit einem kleinen Gerät zu Hause erfolgen (Kapitel 14).

9 Nachts zur Toilette

Zwei-, drei- oder viermal pro Nacht zur Toilette zu müssen, ist bei Parkinson häufig. Fachleute sprechen von **Nykturie**. Jeder Gang reißt aus dem Schlaf, und der Weg durch die dunkle Wohnung mit steifen Beinen ist eine Sturzgefahr.

Ursachen

Die Leitlinie unterscheidet zwei Hauptgründe. Entweder bildet der Körper nachts zu viel Urin, dann spricht man von nächtlicher Polyurie: Mehr als ein Drittel der Tagesmenge wird nachts ausgeschieden. Oder die Blase fasst weniger, weil sie überaktiv ist; das ist bei Parkinson häufig. Oft kommt beides zusammen.[1] Weitere Ursachen sind ein nachts erhöhter Blutdruck im Liegen, den etwa die Hälfte der Menschen mit Parkinson hat, die zugleich unter Blutdruckabfall beim Aufstehen leiden, außerdem Wassertabletten am Abend, Atemaussetzer und das Nachlassen der Parkinson-Medikamente.[1] Bei Männern kann eine vergrößerte Prostata, bei allen ein Harnwegsinfekt dahinterstecken.[6]

Was hilft

Am Anfang steht ein **Blasentagebuch**: Sie schreiben zwei bis drei Tage lang auf, wann Sie wie viel trinken und wann Sie wie viel Urin lassen. Die Leitlinie verlangt diese Aufzeichnung, weil sie zeigt, welche Ursache vorliegt.[1] Danach empfiehlt sie:

- am späten Nachmittag und Abend weniger trinken, über den Tag aber ausreichend;[1]
- abends keinen Alkohol; Koffein und kohlensäurehaltige Getränke meiden;[1]
- den Oberkörper im Schlaf um 10 bis 20 Grad hochlagern, zum Beispiel mit einem verstellbaren Lattenrost. Das senkt den nächtlichen Blutdruck und damit die Urinmenge;[1]
- Wassertabletten nicht am Abend einnehmen, wenn die Ärztin zustimmt;[6]
- bei überaktiver Blase Blasentraining und gegebenenfalls Medikamente. Bei einer nächtlichen Polyurie kann ein Hormonpräparat zur Nacht erwogen werden, allerdings nur unter engmaschiger Kontrolle von Blutdruck, Salzen im Blut und Gewicht.[1]

Tipp: Sicher durch die Nacht

- Ein Nachtlicht oder ein Bewegungsmelder auf dem Weg zur Toilette, keine losen Teppiche.
- Bei Gangunsicherheit ein Toilettenstuhl neben dem Bett. Für Männer gibt es Urinalkondome mit Beutel, für Frauen Ableitungssysteme, die viele aber als weniger zuverlässig erleben.[6] Kontinenzhilfen empfiehlt auch die Leitlinie, damit niemand aus Scham auf sie verzichtet.[1]
- Langsam aufstehen: erst aufsetzen, kurz sitzen bleiben, dann aufstehen.

10 Ein- und Durchschlafstörungen

Wenn Bewegung, Beine, Atmung und Blase geklärt sind und der Schlaf trotzdem schlecht bleibt, spricht man von einer Insomnie: Man schläft schlecht ein, wacht nachts lange auf oder zu früh am Morgen und fühlt sich tagsüber beeinträchtigt. Menschen mit Parkinson berichten vor allem über Durchschlafstörungen und frühes Erwachen, seltener über Probleme beim Einschlafen.[1] Zum Teil liegt das an der Erkrankung selbst: Sie baut den Tiefschlaf ab und bringt die innere Uhr durcheinander.[1]

Erst die Ursachen, dann die Insomnie

Die Leitlinie legt eine Reihenfolge fest. Zuerst sollen behandelbare Ursachen ausgeschlossen werden: Nebenwirkungen von Medikamenten, das Nachlassen der Parkinson-Mittel, unruhige Beine, Atemaussetzer. Erst danach wird die Schlafstörung selbst behandelt, und zwar vorrangig ohne Medikamente.[1]

Kognitive Verhaltenstherapie für Schlaf

Für Menschen mit Schlafstörungen allgemein ist die **kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie** (KVT-I) die erste Wahl. Die deutsche S3-Leitlinie von 2025 sagt, sie soll allen Betroffenen als erste Behandlung empfohlen werden, am besten im direkten Kontakt mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten.[4] Die KVT-I umfasst Wissen über Schlaf, Entspannungsverfahren, Regeln für den Umgang mit dem Bett, eine anfängliche Begrenzung der Bettzeit und Übungen gegen das Grübeln. Die Begrenzung der Bettzeit klingt widersinnig, wirkt aber: Wer weniger Zeit wach im Bett verbringt, schläft bald schneller ein und fester durch.

Speziell bei Parkinson gibt es nur kleine Studien. In einer kanadischen Pilotstudie mit 18 Betroffenen besserte eine Kombination aus Verhaltenstherapie und Lichttherapie die Schlafbeschwerden deutlich stärker als ein Scheinverfahren.[18] In einer amerikanischen Studie mit 28 Betroffenen half ein sechswöchiges Online-Programm denen, die es bis zum Ende durchhielten, besser als Informationen zur Schlafhygiene. Allerdings brach fast die Hälfte der Online-Gruppe vorzeitig ab.[19] Größere Studien fehlen. Es gibt aber keinen Grund anzunehmen, dass die Verhaltenstherapie bei Parkinson nicht wirkt, und sie hat keine Nebenwirkungen auf Beweglichkeit oder Gleichgewicht.

Plätze bei Therapeutinnen und Therapeuten mit Schwerpunkt Schlaf sind knapp. Als Alternative gibt es digitale Programme, die Ärztinnen und Ärzte als digitale Gesundheitsanwendung auf Rezept verordnen können. Sie sind im Verzeichnis des

Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgeführt.[20] Sie wurden nicht speziell für Parkinson entwickelt. Wer mit Bildschirm und Tastatur gut zurechtkommt, kann sie aber nutzen.

Bewegung

Körperliches Training verbessert den Schlaf, und zwar umso mehr, je fordernder es ist. In einer amerikanischen Studie trainierten 27 Menschen mit Parkinson 16 Wochen lang dreimal pro Woche angeleitet mit Gewichten und Intervallübungen. Verglichen mit einer Gruppe, die nur Schlafhygiene-Beratung bekam, schliefen sie danach im Schlaflabor messbar effizienter.[21] Eine Auswertung von zwölf Studien mit 690 Teilnehmenden bestätigte, dass Bewegung die empfundene Schlafqualität bessert, vor allem bei mittlerer bis hoher Anstrengung.[22] Die Leitlinie empfiehlt intensives körperliches Training deshalb ausdrücklich gegen Schlafstörungen.[1] Trainieren Sie möglichst tagsüber; abends ist ein ruhiger Spaziergang besser als intensiver Sport.[6]

Licht

Helles Licht am Tag stabilisiert die innere Uhr. Lichttherapie mit speziellen Lampen hat bei Parkinson in Studien den Schlaf und die Wachheit am Tag verbessert (Kapitel 11).[1, 23] Schon ein täglicher Spaziergang am Vormittag bringt deutlich mehr Licht als ein Tag in der Wohnung.

Schlafhygiene

„Schlafhygiene“ meint Gewohnheiten, die guten Schlaf fördern. Allein reichen sie bei einer ausgeprägten Schlafstörung meist nicht, sie sind aber die Grundlage für alles andere. Die Parkinson Stiftung empfiehlt:[6]

- die Stunde vor dem Schlafen zum Entspannen nutzen: kein Fernsehen, kein Computer, das Handy stumm; offene Aufgaben auf einen Zettel schreiben;
- das Schlafzimmer nur zum Schlafen nutzen und kühl halten, ideal sind 16 bis 18 Grad;
- abends kein Kaffee und kein schwarzer Tee, kein Alkohol, auch wenn er beim Einschlafen zu helfen scheint;
- abends leicht und nicht zu spät essen;
- lange Mittagsschläfe vermeiden, sie stehlen dem Nachtschlaf die Müdigkeit.

Gegen das Grübeln

Sorgen werden abends und nachts größer, wenn die Ablenkung fehlt. Die Parkinson Stiftung empfiehlt Entspannungsverfahren wie autogenes Training und Achtsamkeitsübungen sowie, Probleme am Abend in einem Tagebuch aufzuschreiben.[6] Wenn eine Depression oder Angststörung dahintersteckt, sollte diese behandelt werden. Einige Antidepressiva verbessern dabei zugleich den Schlaf (siehe unten).

Schlafmittel und andere Medikamente

Die Leitlinie nennt eine ganze Reihe von Mitteln, die bei Schlafstörungen erwogen werden können: Eszopiclon, Doxepin, Zolpidem, Trazodon, Melatonin, Nortriptylin und Mirtazapin, bei gleichzeitiger Depression auch Venlafaxin. Sie betont aber, dass die Studienlage für alle diese Mittel schwach ist. Die Empfehlung für die Maßnahmen ohne Medikamente ist stärker, weil sie keine Nebenwirkungen haben.[1] Ein Mittel, das den gestörten Tiefschlaf wiederherstellt, gibt es nicht.[1]

Melatonin mit verzögerter Freisetzung besserte in einer kleinen Studie mit 34 Menschen mit Parkinson die Schlafqualität; eine andere Studie fand keinen Effekt. Wegen der guten Verträglichkeit gilt es als vertretbarer Versuch.[1]

Achtung: Klassische Schlaftabletten

Benzodiazepine und verwandte Schlafmittel wirken oft bis in den Morgen nach. Sie machen benommen, verlangsamen die Reaktion und erhöhen die Sturzgefahr, besonders bei älteren Menschen und nachts auf dem Weg zur Toilette.[1] Sie können außerdem abhängig machen. Die Insomnie-Leitlinie warnt grundsätzlich vor einer Langzeitbehandlung mit Schlafmitteln, weil Studien über lange Zeiträume fehlen.[4] Nutzen Sie andere Wege zuerst und nehmen Sie Schlaftabletten nur nach ärztlicher Verordnung und so kurz wie möglich.

Das Wichtigste in Kürze

- Erst behandelbare Ursachen klären, dann die Schlafstörung selbst behandeln.
- Verhaltenstherapie, fordernde Bewegung am Tag und Licht helfen am meisten.
- Schlafmittel sind schwach belegt und für Menschen mit Parkinson riskant.

11 Müde am Tag und plötzliches Einschlafen

Viele Menschen mit Parkinson nicken tagsüber ein, beim Fernsehen, beim Lesen, im Gespräch. Das ist nicht dasselbe wie Erschöpfung. Die Leitlinie unterscheidet zwei Dinge: Bei der **Fatigue** fühlt man sich kraftlos und erschöpft, schläft in Ruhe aber nicht ein. Bei der **Tagesschläfrigkeit** schläft man ungewollt ein, oft für Sekunden oder Minuten.[1] Beides kann gleichzeitig vorkommen.

Ein wichtiger Befund: Wer tagesschläfrig ist, merkt es oft selbst nicht. In einer Studie nahm ein Viertel der Teilnehmenden vor den Messungen keinerlei Schläfrigkeit an sich wahr, die sich im Schlaflabor dann deutlich zeigte.[1] Deshalb sind die Beobachtungen von Angehörigen so wichtig.

Ursachen

Tagesschläfrigkeit kann Folge schlechter Nächte sein. Sie kann aber auch von der Erkrankung selbst kommen oder von Medikamenten, vor allem von Dopaminagonisten.[1] Die Nachtschlafqualität hängt erstaunlich wenig mit der Schläfrigkeit am Tag zusammen. In einer Studie verbesserte ein Parkinson-Pflaster den Nachtschlaf, die Schläfrigkeit am Tag aber nicht.[1] Vermutlich spielen Botenstoffsysteme eine Rolle, die bei Parkinson ebenfalls geschädigt sind.

Plötzliche Schlafattacken

1999 berichteten amerikanische Neurologen über acht Menschen mit Parkinson, die unter dem Dopaminagonisten Pramipexol am Steuer eingeschlafen waren und Unfälle verursacht hatten, ein weiterer unter Ropinirol. Fünf von ihnen hatten vorher keine Müdigkeit gespürt. Nach dem Absetzen traten keine Attacken mehr auf.[24] Seitdem ist bekannt: Alle Dopaminagonisten können solche plötzlichen Schlafattacken auslösen, das Risiko ist bei Pramipexol und Ropinirol vielleicht etwas höher. In Kombination mit anderen Parkinson-Mitteln kann die Müdigkeit zunehmen. Die Leitlinie verlangt deshalb, bei Beginn der Behandlung und bei jeder Dosiserhöhung darüber aufzuklären.[1]

Achtung: Autofahren

Wer tagsüber deutlich schläfrig ist oder plötzlich einschläft, ist laut Leitlinie nicht fahrtauglich.[1] Fahren Sie dann nicht Auto, bis sich die Beschwerden gebessert haben, und verzichten Sie auf andere Tätigkeiten, bei denen Sie sich oder andere gefährden könnten, etwa auf Leitern oder an Maschinen. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin. Oft hilft es, die Dosis zu verringern oder auf einen anderen Wirkstoff zu wechseln.[1] Setzen Sie den Dopaminagonisten aber nicht selbst ab: Ein plötzliches Absetzen kann starke Entzugsbeschwerden auslösen.

Wie man Tagesschläfrigkeit misst

Am häufigsten wird die **Epworth-Schläfrigkeitsskala** (ESS) verwendet. Sie fragt, wie wahrscheinlich man in acht Alltagssituationen einnickt, etwa beim Lesen, beim Fernsehen oder als Beifahrer. Werte über 10 von 24 möglichen Punkten gelten meist als deutliche Tagesschläfrigkeit. Die Leitlinie empfiehlt den Fragebogen zusammen mit dem Gespräch und den Beobachtungen der Angehörigen.[1] Bei unklaren Fällen, etwa wenn es um die Fahrtauglichkeit geht, kommen Tests im Schlaflabor oder Reaktionstests infrage.[1]

Was hilft

Zuerst wird nach der Ursache gesucht. Schlechte Nächte durch nächtliche Steifigkeit, Atemaussetzer oder unruhige Beine werden behandelt. Die Parkinson-Medikamente werden überprüft: Manchmal hilft eine niedrigere Dosis, eine andere Verteilung über den Tag oder ein anderer Wirkstoff.[1] Auch andere Mittel, die müde machen, etwa beruhigende Antidepressiva oder Schlaftabletten, sollen überprüft werden.[1]

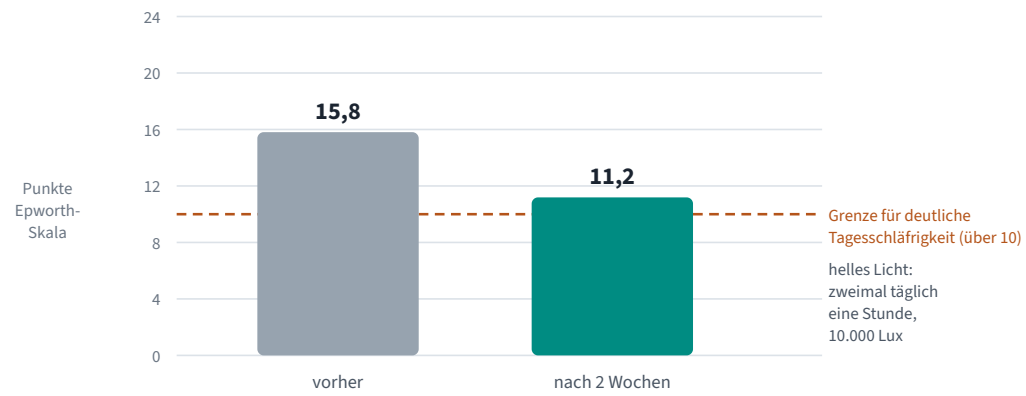
Maßnahmen ohne Medikamente **sollen** laut Leitlinie immer angewendet werden: regelmäßige Schlafzeiten, geplante kurze Nickerchen, mehr körperliche Bewegung und soziale Aktivitäten sowie Lichttherapie.[1]

Lichttherapie

In einer amerikanischen Studie setzten sich 31 Menschen mit Parkinson und starker Tagesschläfrigkeit zwei Wochen lang zweimal täglich eine Stunde vor eine Lichtlampe mit 10.000 Lux. Eine Vergleichsgruppe bekam schwaches rotes Licht. Mit dem hellen Licht sank der Wert auf der Epworth-Skala im Mittel von 15,8 auf 11,2 Punkte. Die Teilnehmenden schliefen nachts besser, wachten seltener auf und waren tagsüber aktiver.[23] In anderen Studien wurden 1.000 bis 10.000 Lux für 30 bis 90 Minuten eingesetzt, morgens oder abends.[2] Die Studien sind klein. Lichttherapie ist aber gut verträglich und günstig. Besprechen Sie sie vorher mit Ihrer Ärztin, vor allem bei Augenerkrankungen oder einer bipolaren Störung.

Lichttherapie gegen Tagesschläfrigkeit

Werte auf der Epworth-Schläfrigkeitsskala, Gruppe mit hellem Licht



Nach Videnovic 2017 (31 Teilnehmende, davon 16 mit hellem Licht). Der Unterschied zur Vergleichsgruppe mit schwachem Rotlicht war deutlich. Kleine Studie über zwei Wochen.

Medikamente gegen Tagesschläfrigkeit

Für wach machende Medikamente ist die Studienlage schwach. Koffein in hoher Dosis senkte die Werte auf der Epworth-Skala nach sechs Monaten nur um 1,7 Punkte, was die Leitlinie als eher nicht bedeutsam einordnet.[1, 25] Modafinil, das bei Narkolepsie zugelassen ist, verringerte in einer Auswertung die empfundene, nicht aber die gemessene Schläfrigkeit. Solche Mittel sollen nur im Einzelfall erwogen werden, wenn alles andere ausgeschöpft ist.[1]

Das Wichtigste in Kürze

- Tagesschläfrigkeit wird oft nicht selbst bemerkt. Angehörige sehen mehr.
- Bei plötzlichem Einschlafen nicht Auto fahren und mit der Ärztin über die Medikamente sprechen.
- Feste Schlafzeiten, kurze geplante Nickerchen, Bewegung und Licht helfen.

12 Medikamente und Schlaf

Parkinson-Medikamente haben auf den Schlaf zwei Gesichter. Sie machen nachts beweglicher und können so den Schlaf verbessern. In höherer Dosis oder zur falschen Uhrzeit können sie ihn aber auch stören oder tagsüber müde machen. Die Leitlinie rät, die Wirkungen im Einzelfall abzuwägen.[1] Dazu kommen andere Medikamente, die viele Menschen mit Parkinson zusätzlich nehmen.

Mittel	Mögliche Wirkung auf den Schlaf	Was man besprechen kann
Dopaminagonisten	In niedriger Dosis und lang wirkender Form oft besserer Nachtschlaf. In höherer Dosis mehr Wachphasen, weniger Tiefschlaf, Tagesschläfrigkeit, Schlafattacken.[1]	Dosis, Form und Uhrzeit; bei Schlafattacken Dosis senken oder wechseln
Levodopa	Lindert nachts Steifigkeit; die verzögerte Form wirkt länger in die Nacht.[1]	Retardform zur Nacht, Abstand zu eiweißreichen Mahlzeiten
Amantadin	Kann Schlafstörungen und Unruhe auslösen.[1]	Uhrzeit der letzten Dosis
Aktivierende Mittel	Manche Präparate wirken anregend und erschweren das Einschlafen.[6]	Einnahme eher morgens
Antidepressiva	Einige bessern den Schlaf, manche können eine RBD oder unruhige Beine auslösen oder verstärken. Mirtazapin nicht bei RBD.[1, 7]	Auswahl des Wirkstoffs passend zu den Schlafbeschwerden
Wassertabletten	Spät am Tag eingenommen führen sie zu nächtlichen Toilettengängen.[6]	Einnahme morgens oder mittags
Schlafmittel, Beruhigungsmittel	Nachwirkung am Morgen, Benommenheit, Stürze, Gewöhnung; können Tagesschläfrigkeit verstärken.[1]	so kurz und niedrig wie möglich, Alternativen zuerst

Die Uhrzeit der Einnahme spielt eine größere Rolle, als viele denken. Ungünstiges Timing allein kann zu Schlafstörungen und Tagesschläfrigkeit führen.[1] Auch die Forschung beschäftigt sich mit der Frage, zu welcher Tageszeit Medikamente am besten wirken und am wenigsten Nebenwirkungen haben.[2] Mehr über die einzelnen Wirkstoffe steht in unserem Ratgeber „Parkinson-Medikamente verständlich erklärt“.

Wichtig

Ändern Sie Dosis und Uhrzeiten nur nach Absprache. Schreiben Sie stattdessen eine Woche lang auf, wann Sie welche Tablette nehmen und wann Sie nachts wach liegen oder tagsüber einnicken. Mit diesen Notizen kann Ihre Ärztin den Plan gezielt anpassen.

13 Schlaf, Hirnreinigung und der Verlauf von Parkinson

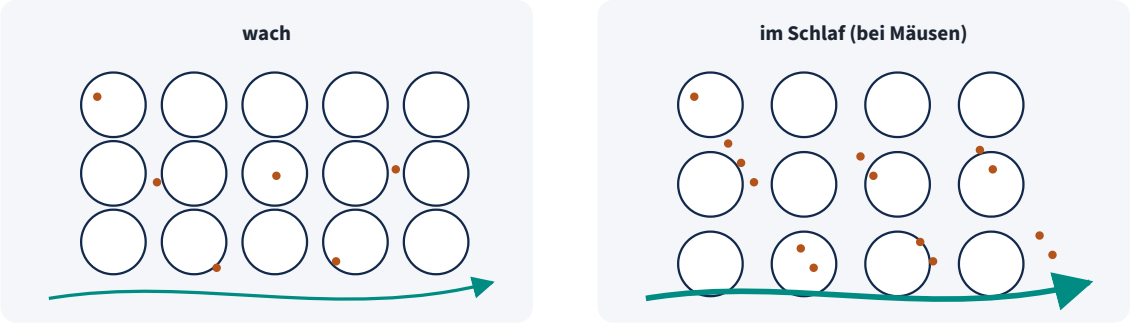
Dass schlechter Schlaf eine Folge von Parkinson ist, steht fest. Seit einigen Jahren fragt die Forschung auch umgekehrt: Kann gestörter Schlaf die Erkrankung beschleunigen? Und könnte besserer Schlaf sie bremsen? Die Leitlinie vermutet einen Zusammenhang in beide Richtungen.[1]

Die Müllabfuhr des Gehirns

Das Gehirn hat keine Lymphgefäße wie der übrige Körper. 2012 beschrieb die dänische Forscherin Maiken Nedergaard mit ihrem Team ein Netz feiner Kanäle entlang der Blutgefäße, durch das Hirnwasser ins Gewebe strömt und Abfallstoffe abtransportiert. Sie nannte es das **glymphatische System**.[9] 2013 zeigte die Gruppe bei Mäusen, dass sich die Zwischenräume zwischen den Hirnzellen im Schlaf um etwa 60 Prozent vergrößern und Abfallstoffe schneller ausgespült werden.[26] Gesteuert wird das unter anderem vom Botenstoff Noradrenalin. Eine Studie von 2025 fand bei Mäusen, dass langsame Schwankungen dieses Botenstoffs im Tiefschlaf die Blutgefäße pulsieren lassen und so das Hirnwasser antreiben. Das Schlafmittel Zolpidem dämpfte diese Schwankungen und den Fluss.[27]

Wie das Gehirn im Schlaf durchgespült werden könnte

Vereinfachtes Schema nach Tierversuchen



Hirnwasser strömt durch die Zwischenräume und nimmt Abfallstoffe (orange) mit.
Bei schlafenden Mäusen waren die Zwischenräume um etwa 60 Prozent größer (Xie 2013). Ob das so auch beim Menschen gilt und wie stark die Reinigung im Schlaf wirklich zunimmt, ist in der Forschung umstritten.

Eigene schematische Darstellung nach Nedergaard und Goldman 2021 und Xie 2013. Die Größenverhältnisse sind nicht maßstabsgetreu.

Was das mit Parkinson zu tun hat

Zu den Abfallstoffen gehört auch Alpha-Synuklein, das Eiweiß, das sich bei Parkinson in Nervenzellen ablagert. Die Leitlinie hält es für möglich, dass der Verlust von Tiefschlaf bei Parkinson die nächtliche Reinigung behindert. Mehr Ablagerungen könnten dann weitere Schlafzentren schädigen, ein Kreislauf.[1] Die Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen weist darauf hin, dass ein wichtiges Steuerzentrum für Schlaf und Hirnreinigung, der Locus coeruleus im Hirnstamm, bei Parkinson früh betroffen ist.[17] Klinische Beobachtungen passen dazu: Schlafstörungen gehen mit einem rascheren Fortschreiten einher, besonders die REM-Schlaf-Verhaltensstörung.[1]

Was noch offen ist

Ganz so einfach ist es nicht. Eine Londoner Forschungsgruppe fand 2024 bei Mäusen mit einer anderen Messmethode das Gegenteil: Die Hirnreinigung war im Schlaf geringer als im Wachzustand.[28] Die Frage ist unter Fachleuten umstritten. Fast alle Befunde stammen aus Tierversuchen, und ob die Mechanismen beim Menschen genauso funktionieren, muss sich erst zeigen. Auch die DPG betont, dass die genauen Mechanismen und die Folgen für die Behandlung noch nicht geklärt sind.[17]

Ein Zusammenhang heißt außerdem nicht, dass das eine das andere verursacht. Es könnte auch sein, dass Menschen mit einem rascheren Verlauf einfach früher und stärker unter Schlafstörungen leiden. Ob eine bessere Behandlung der Schlafstörungen den Verlauf von Parkinson verlangsamt, ist nicht untersucht. Für eine Stärkung der inneren Uhr gibt es nach Einschätzung des Lübecker Chronobiologen Henrik Oster bisher nur Belege für eine Linderung der Beschwerden, nicht für ein langsameres Fortschreiten.[2]

Was daraus folgt

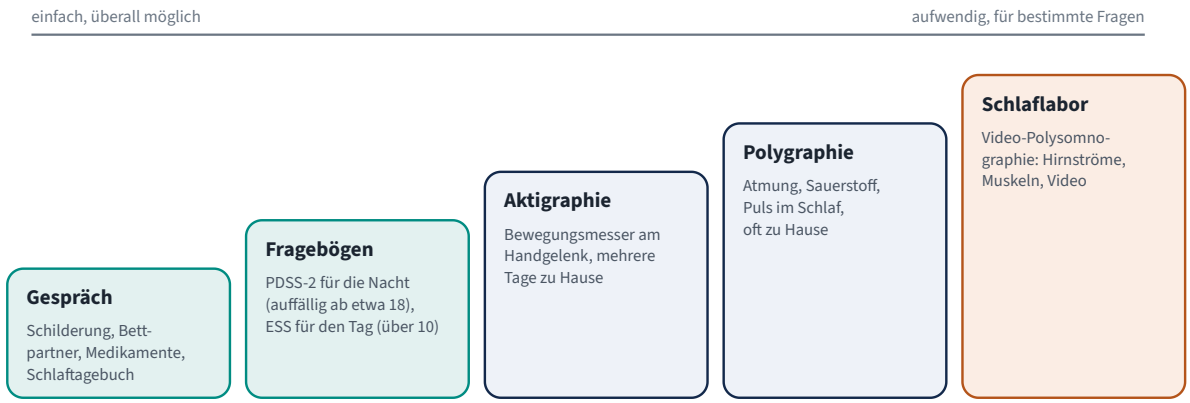
Auch wenn vieles offen ist: Guter Schlaf bessert Stimmung, Beweglichkeit, Gedächtnis und Lebensqualität, und das ist gut belegt.[1] Es gibt also genug Gründe, Schlafstörungen ernst zu nehmen und zu behandeln, ohne auf die Antwort der Forschung zu warten. Neue Verfahren, die die Hirnreinigung gezielt verstärken sollen, etwa mit Medikamenten, Ultraschall oder Hirnstimulation, wurden bisher nur an Tieren erprobt.[17]

14 Untersuchungen: vom Gespräch bis zum Schlaflabor

Viele Menschen mit Parkinson erwähnen ihre Schlafprobleme beim Arzt gar nicht. Die Leitlinie stellt fest, dass die Bedeutung der Schlafstörungen oft im Gegensatz dazu steht, wie selten Betroffene sie von sich aus schildern.[1] Die Parkinson Stiftung rät deshalb ausdrücklich, Schlafstörungen im Arztgespräch anzusprechen.[6]

Stufen der Schlafdiagnostik

Von einfachen zu aufwendigen Verfahren



Eigene Darstellung nach der DGN-Leitlinie 2023. Nicht jede Stufe ist nötig; welche Untersuchung sinnvoll ist, hängt von der Frage ab.

Das Gespräch und das Schlaftagebuch

Am Anfang stehen die eigene Schilderung und die Beobachtungen der Person, die neben Ihnen schläft oder Sie pflegt. Ein Schlaftagebuch über einige Tage zeigt Muster, die man im Rückblick übersieht. Notieren Sie morgens, was Sie am Schlafen gehindert hat.[1, 6] Eine Vorlage finden Sie im Anhang.

Die Parkinson Stiftung nennt einige Fragen zur Selbsteinschätzung.[6] Hatten Sie in den letzten Wochen nachts Unruhe oder Bewegungsdrang in Armen und Beinen? Quälende Träume? Mussten Sie nachts zur Toilette? Konnten Sie sich schlecht umdrehen? Hatten Sie Schmerzen, Krämpfe oder Zittern? Schnarchen Sie oder haben Sie Atemprobleme? Wann gehen Sie zu Bett, und halten Sie regelmäßig Mittagsschlaf? Jedes Ja ist ein Hinweis auf eine mögliche Ursache.

Fragebögen

Für die Nacht empfiehlt die Leitlinie die **Parkinson's Disease Sleep Scale** in ihrer zweiten Fassung (PDSS-2). Sie fragt mit 15 Fragen nach der letzten Woche: nach Schlafqualität, nach Steifigkeit, Harndrang, Albträumen, Unruhe, Schmerzen und Atemproblemen. Die Antworten geben Hinweise auf die Ursache. Ab etwa 18 Punkten gilt die Schlafstörung als bedeutsam, dann ist eine weitere Abklärung sinnvoll.[1, 29] Für den Tag wird die Epworth-Skala verwendet (Kapitel 11).[1]

Messungen

Bei der **Aktigraphie** trägt man einige Tage bis Wochen ein kleines Gerät wie eine Uhr am Handgelenk. Es zeichnet Bewegung und Ruhe auf und schätzt so Schlafdauer, Wachphasen und den Schlafrhythmus. In fortgeschrittenen Krankheitsphasen wird es ungenauer.[1] Fitnessuhren aus dem Handel arbeiten ähnlich, sind aber für Parkinson nicht geprüft. Nehmen Sie ihre Schlafauswertung nicht zu ernst.

Bei der **Polygraphie** werden Atmung, Sauerstoff im Blut, Puls und Körperlage im Schlaf gemessen, meist zu Hause. Sie dient vor allem der Suche nach Atemaussetzern.[1]

Die **Video-Polysomnographie** im Schlaflabor ist der Goldstandard. Zusätzlich werden Hirnströme, Augenbewegungen und Muskelspannung aufgezeichnet, eine Kamera filmt das Verhalten im Schlaf. Nur so lassen sich die Schlafphasen bestimmen und eine RBD sicher feststellen.[1] Die Leitlinie empfiehlt Messungen vor allem dann, wenn erste Maßnahmen wie eine Anpassung der Medikamente nicht geholfen haben, die Ursache unklar bleibt oder Atemaussetzer oder eine gefährliche Tagesschläfrigkeit vermutet werden.[1]

> **Tipp: Eine Nacht im Schlaflabor**
>
> Nehmen Sie Ihre Medikamente wie gewohnt mit und den Medikamentenplan dazu. Fragen Sie vorher, ob Sie Ihre gewohnte Bettdecke oder Ihr Kissen mitbringen dürfen und ob nachts jemand beim Aufstehen hilft. Viele schlafen in der ersten Nacht schlechter als zu Hause; die Fachleute wissen das und berücksichtigen es.

15 Wenn der Partner nicht schlafen kann: Angehörige

Schlafstörungen bei Parkinson betreffen fast immer zwei Menschen. Die Leitlinie hält fest, dass sie Stimmung und Nachtschlaf der Angehörigen beeinträchtigen. Partnerinnen und Partner wachen auf, weil der Betroffene Hilfe beim Umdrehen oder auf dem Weg zur Toilette braucht, weil er im Schlaf ruft oder tritt oder weil sie sich Sorgen machen. Bei Betroffenen und Partnern wurden Zusammenhänge zwischen Schlafstörungen und gedrückter Stimmung gefunden.[1]

Die Leitlinie empfiehlt deshalb, bei Behandlungsentscheidungen auch an die Angehörigen zu denken.[1] Das ist mehr als eine Höflichkeit. Wer pflegt und dauerhaft schlecht schläft, wird selbst krank. Damit ist niemandem geholfen.

Was Angehörige tun können

- **Beobachten und aufschreiben.** Sie sehen, was der Betroffene nicht merkt: Atemaussetzer, Bewegungen im Traum, Einnicken am Tag. Kommen Sie, wenn möglich, mit zum Arzttermin.
- **Getrennt schlafen ist kein Scheitern.** Bei einer schweren RBD empfehlen Fachleute ausdrücklich getrennte Betten oder Zimmer, bis die Störung behandelt ist.[5] Auch bei lautem Schnarchen oder häufigem Aufstehen kann ein eigenes Zimmer beiden Nächte mit mehr Schlaf bringen. Ein Babyphone oder eine Klingel sorgt dafür, dass Hilfe trotzdem schnell da ist.
- **Hilfsmittel nutzen**, die nächtliche Hilfe überflüssig machen: Bettgriff, Toilettenstuhl, Urinflasche, Nachtlicht.
- **Entlastung annehmen.** Wenn ein Pflegegrad vorliegt, können Leistungen wie Verhinderungspflege oder Tages- und Nachtpflege Freiräume schaffen. Mehr dazu in unserem Ratgeber „Pflege zu Hause bei Parkinson“.
- **Auf den eigenen Schlaf achten.** Die Regeln aus Kapitel 10 gelten auch für Sie. Sprechen Sie bei Ihrer Hausärztin an, wenn Sie selbst dauerhaft schlecht schlafen.

Nächtliche Verwirrtheit

Manche Menschen mit fortgeschrittenem Parkinson sind nachts verwirrt, sehen Dinge, die nicht da sind, oder werden am späten Nachmittag zunehmend unruhig. Das ist etwas anderes als eine RBD und muss ärztlich abgeklärt werden.[1] Häufige Auslöser sind Infekte, Flüssigkeitsmangel und Medikamente. Ein gedämpftes Licht im Zimmer und ruhiges, vertrautes Zureden helfen in der akuten Situation oft mehr als Diskussionen.

16 Was Sie selbst tun können

Vieles, was den Schlaf bessert, liegt in Ihrer Hand. Es geht dabei weniger um den Abend als um den ganzen Tag. Die folgende Grafik zeigt, wie ein Tag aussehen kann, der den Schlaf unterstützt.

Ein Tag, der guten Schlaf vorbereitet

Beispielhafter Tagesablauf mit den wichtigsten Stellschrauben



Beispiel für einen Menschen, der gegen 22 Uhr schlafen geht und gegen 6 Uhr aufsteht. Uhrzeiten an den eigenen Rhythmus anpassen, Medikamentenzeiten nur nach ärztlicher Absprache ändern.

Eigene Darstellung nach den Empfehlungen der DGN-Leitlinie 2023 und der Parkinson Stiftung. Die Uhrzeiten sind Beispiele.

Zehn Regeln für bessere Nächte

1. **Feste Zeiten.** Gehen Sie etwa zur gleichen Zeit ins Bett und stehen Sie zur gleichen Zeit auf, auch am Wochenende.[1]
2. **Morgens ins Licht.** Tageslicht am Vormittag stellt die innere Uhr. Ein Spaziergang oder das Frühstück am Fenster helfen.
3. **Fordernd bewegen.** Training, bei dem Sie ins Schwitzen kommen, verbessert den Schlaf am meisten.[22] Abends nur noch ruhig bewegen.[6]
4. **Kurze Nickerchen.** Wenn Sie tagsüber schlafen müssen, dann geplant und kurz, nicht lange am Nachmittag.[1, 6]
5. **Koffein nur bis zum Nachmittag**, abends kein Alkohol, ein leichtes Abendessen.[6]
6. **Weniger trinken am Abend**, wenn Harndrang Sie weckt, über den Tag aber genug.[1]
7. **Abendroutine.** Die letzte Stunde vor dem Schlafen gehört der Ruhe: Bildschirme aus, Aufgaben für morgen und Sorgen aufschreiben.[6]

8. **Kühles Schlafzimmer** mit 16 bis 18 Grad, das nur zum Schlafen dient.[6] Dazu ein Nachtlicht auf dem Weg zur Toilette.
9. **Nicht lange wach im Bett liegen.** Wer nach einer gefühlten Viertelstunde nicht schlafen kann, steht besser kurz auf und tut etwas Ruhiges bei gedämpftem Licht. Solche Regeln für den Umgang mit dem Bett sind ein Baustein der Verhaltenstherapie.[4]
10. **Medikamente pünktlich** und wie verordnet einnehmen, Probleme aufschreiben und ansprechen.

Wenn Sie nachts aufwachen

Schauen Sie nicht auf die Uhr. Das Rechnen, wie viel Schlaf noch bleibt, macht wach. Wenn Sie steif sind, versuchen Sie es mit der Bedarfsmedikation, falls Ihre Ärztin eine verordnet hat. Wenn Gedanken kreisen, kann ein Zettel am Bett helfen: aufschreiben und auf morgen verschieben.

17 Häufige Fragen

Ist schlechter Schlaf bei Parkinson einfach normal?

Häufig ja, normal nein. Schlafstörungen gehören zur Erkrankung, aber viele ihrer Ursachen lassen sich behandeln. Sprechen Sie sie an.

Ich schlafe nachts schlecht, aber morgens bin ich beweglicher als sonst. Wie passt das zusammen?

Manche Menschen mit Parkinson sind morgens nach dem Aufwachen für eine Weile besser beweglich, bevor die erste Tablette wirkt. Fachleute nennen das „sleep benefit“. Warum es dazu kommt, ist nicht abschließend geklärt. Es ist kein Grund zur Sorge.

Mein Mann schlägt im Schlaf um sich. Hat er bald Parkinson?

Nicht unbedingt. Ein solches Verhalten kann viele Ursachen haben, auch Medikamente oder Atemaussetzer. Eine echte REM-Schlaf-Verhaltensstörung ist allerdings ein ernstzunehmendes frühes Zeichen (Kapitel 6). Lassen Sie es in einem Schlaflabor abklären. Bis dahin hilft ein sicheres Schlafzimmer.

Darf ich Melatonin aus der Drogerie nehmen?

Melatonin gilt als gut verträglich, sein Nutzen bei Parkinson ist aber nicht sicher belegt.[1, 14] Präparate aus der Drogerie sind Nahrungsergänzungsmittel, die nicht wie Arzneimittel geprüft werden. Sprechen Sie vorher mit Ihrer Ärztin, damit sie die Wirkung mit Ihren anderen Medikamenten abstimmt.

Hilft Cannabis beim Schlafen?

Für Schlafstörungen bei Parkinson gibt es dazu keine belastbaren Studien. Cannabis kann schwindelig machen, die Sturzgefahr erhöhen und das Denken beeinträchtigen.

Wie viel Schlaf brauche ich?

Das ist sehr unterschiedlich. Ältere Menschen schlafen im Durchschnitt kürzer als jüngere.[2] Wichtiger als die Stundenzahl ist, ob Sie sich tagsüber leistungsfähig fühlen. Wer sechs Stunden schläft und wach ist, braucht keine Behandlung.

Soll ich meine Parkinson-Tabletten nachts nachnehmen, wenn ich steif aufwache?

Nur, wenn Ihre Ärztin eine Bedarfsdosis für die Nacht vereinbart hat. Zusätzliche Tabletten ohne Plan können Überbewegungen, Trugbilder oder Verwirrtheit auslösen.

Wer bezahlt die Untersuchung im Schlaflabor?

Wenn sie ärztlich veranlasst ist, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten. Die Überweisung kommt meist von der Neurologin, vom Lungenfacharzt oder vom Hausarzt. Die Wartezeiten können lang sein.

Hilft eine Tiefe Hirnstimulation beim Schlaf?

In Studien schliefen viele Betroffene nach der Operation besser. Ob das an der Stimulation selbst liegt oder daran, dass danach weniger Medikamente nötig sind, ist offen.[1] Als alleiniger Grund für eine Operation reicht der Schlaf nicht. Mehr in unserem Ratgeber „Tiefe Hirnstimulation bei Parkinson“.

Anhang: Schlaftagebuch und Gesprächsfragen

Mein Schlaftagebuch

Füllen Sie das Tagebuch eine bis zwei Wochen lang jeden Morgen aus und nehmen Sie es zum Arzttermin mit. Schätzungen genügen; schauen Sie nachts nicht extra auf die Uhr.

Datum	Ins Bett	Aufge-standen	Wie oft wach?	Warum wach? (Steifigkeit, Toilette, Beine, Traum, Grübeln …)	Nickerchen am Tag	Abend-Tabletten (Uhrzeit)	Erholt? 1–5

Erholt: 1 = gar nicht, 5 = sehr gut. Für Angehörige: Notieren Sie auf der Rückseite, was Sie nachts beobachtet haben (Atemaussetzer, Sprechen oder Bewegungen im Schlaf, Einnicken am Tag).

Fragen für das Arztgespräch

Kreuzen Sie an, was Sie ansprechen möchten. Sie müssen nicht alles auf einmal klären.

- [ ] Könnten meine nächtlichen Beschwerden daher kommen, dass die Medikamente nachts nachlassen? Gibt es eine lang wirkende Form für die Nacht?
- [ ] Darf ich nachts eine Bedarfsdosis nehmen, und wenn ja, welche?
- [ ] Könnte eines meiner Medikamente den Schlaf stören oder mich tagsüber müde machen? Stimmen die Uhrzeiten?
- [ ] Mein Partner beobachtet Sprechen, Schlagen oder Treten im Schlaf. Sollte das im Schlaflabor untersucht werden?
- [ ] Ich habe abends unruhige Beine. Sind meine Eisenwerte (Ferritin, Transferrinsättigung) in Ordnung?
- [ ] Ich schnarche, habe Atemaussetzer oder bin trotz Schlaf müde. Brauche ich eine Untersuchung der Atmung im Schlaf?
- [ ] Ich muss nachts oft zur Toilette. Was zeigt mein Blasentagebuch?
- [ ] Ich nicke tagsüber ein. Darf ich noch Auto fahren?
- [ ] Kommt für mich eine Verhaltenstherapie für Schlaf infrage, in Präsenz oder als digitale Anwendung?
- [ ] Wäre eine Lichttherapie für mich sinnvoll?
- [ ] Welches Training empfehlen Sie mir, und kann ich Physiotherapie oder Reha-Sport dafür bekommen?
- [ ] Gibt es Hilfsmittel, die mir nachts helfen (Bettgriff, Toilettenstuhl, Nachtlicht)?

Meine Notizen:

Weitere Ratgeber von Parkinson Insights

„Parkinson – Was nun?“ · „Parkinson-Medikamente verständlich erklärt“ · „Neuroplastizität und Parkinson“ · „Tiefe Hirnstimulation bei Parkinson“ · „Pflege zu Hause bei Parkinson“ · „Parkinson: Verlauf, Lebenserwartung und Prognose“. Alle unter parkinson-insights.de/ratgeber.

Anlaufstellen

Parkinson Stiftung: Themenseite und Broschüre zu Schlafstörungen bei Parkinson, parkinsonstiftung.de

Deutsche Parkinson Vereinigung (dPV): Regionalgruppen und Beratung, parkinson-vereinigung.de

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM): Liste akkreditierter Schlaflabore, dgsm.de

Deutsche Restless Legs Vereinigung: restless-legs.org

Abkürzungen und Fachbegriffe

Aktigraphie	Messung von Bewegung und Ruhe mit einem Gerät am Handgelenk über mehrere Tage
Alpha-Synuklein	Eiweiß, das sich bei Parkinson falsch faltet und in Nervenzellen ablagert
Akinese	Bewegungsarmut; nächtliche Akinese: Unbeweglichkeit im Bett
Augmentation	Verschlechterung eines Restless-Legs-Syndroms durch zu hoch dosierte dopaminerge Mittel
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure, Atemmaske mit leichtem Überdruck gegen Atemaussetzer
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGSM	Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
DiGA	digitale Gesundheitsanwendung, App auf Rezept
dPV	Deutsche Parkinson Vereinigung
DPG	Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen
ESS	Epworth Sleepiness Scale, Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (0 bis 24 Punkte)
Fatigue	krankhafte Erschöpfung ohne ungewolltes Einschlafen
Ferritin	Eisenspeicher im Blut
Glymphatisches System	Netz von Kanälen, über das Hirnwasser Abfallstoffe aus dem Gehirn spült
Insomnie	Ein- und Durchschlafstörung mit Beeinträchtigung am Tag
KVT-I	kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie
Melatonin	Hormon der Zirbeldrüse, das abends müde macht
Nykturie	nächtlicher Harndrang, der aus dem Schlaf weckt
Off-Dystonie	schmerzhafte Verkrampfung, meist am Fuß, wenn die Medikamentenwirkung nachlässt
PDSS-2	Parkinson’s Disease Sleep Scale, Fragebogen zum Nachtschlaf bei Parkinson (auffällig ab etwa 18 Punkten)
Polygraphie	Messung von Atmung, Sauerstoff und Puls im Schlaf, oft zu Hause

Polysomnographie	Schlafmessung im Schlaflabor mit Hirnströmen, Muskelspannung und Video
RBD	REM Sleep Behavior Disorder, REM-Schlaf-Verhaltensstörung
REM-Schlaf	Traumschlaf mit schnellen Augenbewegungen und erschlaffter Muskulatur
RLS	Restless-Legs-Syndrom, unruhige Beine
Retardform	Arzneiform, die den Wirkstoff verzögert über längere Zeit abgibt
Schlafapnoe	wiederholte Atemaussetzer im Schlaf
Transferrinsättigung	Anteil des Eisen-Transporteiweißes, der mit Eisen beladen ist
Wearing-off	Nachlassen der Medikamentenwirkung vor der nächsten Dosis

Quellen

1. Höglinger G., Trenkwalder C. et al.: Parkinson-Krankheit, S2k-Leitlinie. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), AWMF-Registernummer 030-010, Version 8.1, 25.10.2023, gültig bis 24.10.2028; darin besonders Kapitel 3.11 „Schlaf und Tagesmüdigkeit“ (Sixel-Döring F., Herrmann W.), außerdem die Abschnitte zu Blasenstörungen, Dopaminagonisten und Fahrtauglichkeit. register.awmf.org/de/leitlinien/detail/030-010
2. Utz K.: Wenn die innere Uhr nicht mehr richtig tickt. In: Spektrum Kompakt 34/2024 „Morbus Parkinson“, S. 4–13 (zuerst in Gehirn&Geist 1/2024). Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft, 26.08.2024.
3. Heidbreder A., Trenkwalder C. et al.: Restless Legs Syndrom, S2k-Leitlinie. Deutsche Gesellschaft für Neurologie und Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (Hrsg.), AWMF-Registernummer 030-081, vollständig überarbeitet 25.06.2022, gültig bis 24.06.2027. register.awmf.org/de/leitlinien/detail/030-081
4. Spiegelhalder K., Baum E., Becker M. et al.: Insomnie bei Erwachsenen, S3-Leitlinie, Update 2025. Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (Hrsg.), AWMF-Registernummer 063-003, Version 2.0, April 2025. register.awmf.org/de/leitlinien/detail/063-003
5. Howell M., Avidan A. Y., Foldvary-Schaefer N. et al.: Management of REM sleep behavior disorder: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. Journal of Clinical Sleep Medicine 2023; 19(4): 759–768. doi.org/10.5664/jcsm.10424
6. Parkinson Stiftung: Parkinson und Schlaf. Themenseite, Stand Juni 2025, abgerufen 15.11.2026. parkinsonstiftung.de/informieren/themen/parkinson-und-schlaf
7. Kwon D.: Verräterisches Schlafverhalten. In: Spektrum Kompakt 34/2024 „Morbus Parkinson“, S. 14–22 (zuerst in Gehirn&Geist 11/2023). Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft, 26.08.2024.
8. Luerweg F.: Bewusstlos durch die Nacht. Titelthema Schlaf. Gehirn&Geist 4/2022, S. 12 ff. Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft, 2022.
9. Nedergaard M., Goldman S. A.: Nächtliche Gehirnwäsche. In: Spektrum Kompakt 24/2021 „System Gehirn“, S. 13 ff. Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft, 2021.
10. Maggi G., Vitale C., Cerciello F., Santangelo G.: Sleep and wakefulness disturbances in Parkinson’s disease: A meta-analysis on prevalence and clinical aspects of REM sleep behavior disorder, excessive daytime sleepiness and insomnia. Sleep Medicine Reviews 2023; 68: 101759. doi.org/10.1016/j.smrv.2023.101759
11. Maggi G., Barone A., Mastromarino C., Santangelo G., Vitale C.: Prevalence and clinical profile of patients with restless legs syndrome in Parkinson’s disease: A meta-analysis. Sleep Medicine 2024. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39033665
12. Trenkwalder C., Kies B., Rudzinska M. et al.: Rotigotine effects on early morning motor function and sleep in Parkinson’s disease: a double-blind, randomized, placebo-controlled study (RECOVER). Movement Disorders 2011; 26(1): 90–99. doi.org/10.1002/mds.23441
13. Postuma R. B., Iranzo A., Hu M. et al.: Risk and predictors of dementia and parkinsonism in idiopathic REM sleep behaviour disorder: a multicentre study. Brain 2019; 142(3): 744–759. doi.org/10.1093/brain/awz030

14. Gilat M., Coeytaux Jackson A., Marshall N. S. et al.: Melatonin for rapid eye movement sleep behavior disorder in Parkinson's disease: A randomised controlled trial. Movement Disorders 2020; 35(2): 344–349. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31674060

15. Neikrug A. B., Liu L., Avanzino J. A. et al.: Continuous positive airway pressure improves sleep and daytime sleepiness in patients with Parkinson disease and sleep apnea. Sleep 2014; 37(1): 177–185. doi.org/10.5665/sleep.3332

16. Neilson L. E., Montaño I., May J. L. et al.: Obstructive Sleep Apnea, Positive Airway Pressure, and Implications of Early Treatment in Parkinson Disease. JAMA Neurology 2026; 83(1): 68–75. doi.org/10.1001/jamaneurol.2025.4691

17. Deutsche Gesellschaft für Parkinson und Bewegungsstörungen (DPG): Fachpressemitteilung zum Welt-Parkinson-Tag mit Prof. Dr. Joseph Claßen, Schlaf und Parkinson, 25.03.2026. parkinson-gesellschaft.de/presse

18. Rios Romenets S., Creti L., Fichten C. et al.: Doxepin and cognitive behavioural therapy for insomnia in patients with Parkinson's disease – a randomized study. Parkinsonism & Related Disorders 2013; 19(7): 670–675. doi.org/10.1016/j.parkreldis.2013.03.003

19. Patel S., Ojo O., Genc G. et al.: A Computerized Cognitive behavioral therapy Randomized, Controlled, pilot trial for insomnia in Parkinson Disease (ACCORD-PD). Journal of Clinical Movement Disorders 2017; 4: 16. doi.org/10.1186/s40734-017-0062-2

20. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): DiGA-Verzeichnis, digitale Gesundheitsanwendungen im Bereich Schlaf. Abgerufen November 2026. diga.bfarm.de

21. Amara A. W., Wood K. H., Joop A. et al.: Randomized, Controlled Trial of Exercise on Objective and Subjective Sleep in Parkinson's Disease. Movement Disorders 2020; 35(6): 947 ff. doi.org/10.1002/mds.28009

22. Cristini J., Weiss M., De Las Heras B. et al.: The effects of exercise on sleep quality in persons with Parkinson's disease: A systematic review with meta-analysis. Sleep Medicine Reviews 2021; 55: 101384. doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101384

23. Videnovic A., Klerman E. B., Wang W. et al.: Timed Light Therapy for Sleep and Daytime Sleepiness Associated With Parkinson Disease: A Randomized Clinical Trial. JAMA Neurology 2017; 74(4): 411–418. doi.org/10.1001/jamaneurol.2016.5192

24. Frucht S., Rogers J. D., Greene P. E., Gordon M. F., Fahn S.: Falling asleep at the wheel: motor vehicle mishaps in persons taking pramipexole and ropinirole. Neurology 1999; 52(9): 1908–1910. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10371546

25. Postuma R. B., Anang J., Pelletier A. et al.: Caffeine as symptomatic treatment for Parkinson disease (Café-PD): A randomized trial. Neurology 2017; 89(17): 1795–1803. doi.org/10.1212/WNL.0000000000004568

26. Xie L., Kang H., Xu Q. et al.: Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. Science 2013; 342(6156): 373–377. doi.org/10.1126/science.1241224

27. Hauglund N. L., Andersen M., Tokarska K. et al.: Norepinephrine-mediated slow vasomotion drives glymphatic clearance during sleep. Cell 2025; 188(3): 606–622. doi.org/10.1016/j.cell.2024.11.027

28. Miao A., Luo T., Hsieh B. et al.: Brain clearance is reduced during sleep and anesthesia. Nature Neuroscience 2024; 27(6): 1046–1050. doi.org/10.1038/s41593-024-01638-y

29. Muntean M. L., Benes H., Sixel-Döring F. et al.: Clinically relevant cut-off values for the Parkinson's Disease Sleep Scale-2 (PDSS-2): a validation study. Sleep Medicine 2016; 23: 87–92. doi.org/10.1016/j.sleep.2016.06.026

Parkinson Insights

Über diesen Ratgeber

Parkinson Insights ist ein unabhängiger Wissenskanal für Menschen mit Parkinson und ihre Angehörigen. Wir erklären Forschung, Therapien und Alltagsfragen verständlich und mit Quellenangabe.

Unabhängigkeit

Dieser Ratgeber entstand ohne Geld oder Einfluss von Arzneimittelherstellern, Medizinprodukte-Firmen, Krankenkassen oder Verbänden. Er enthält keine Werbung. Als Quellen dienen die ärztlichen Leitlinien, unabhängige Studien und Patienteninformationen gemeinnütziger Organisationen, keine Herstellerangaben. Wir nennen Wirkstoffe, aber keine Handelsnamen und keine Gerätehersteller. Als Hintergrund dienten außerdem Hefte von Spektrum Kompakt und Gehirn&Geist; die dort genannten Studien haben wir, wo möglich, im Original nachgeschlagen.

So ist er entstanden

Grundlage sind die DGN-Leitlinie zur Parkinson-Krankheit (Kapitel Schlaf und Tagesmüdigkeit), die Leitlinien zum Restless-Legs-Syndrom und zur Insomnie sowie die im Quellenverzeichnis genannten Veröffentlichungen. Der Text wurde mit Unterstützung von KI erstellt und fachkundig redaktionell geprüft. Wie wir arbeiten, beschreiben wir auf parkinson-insights.de/so-arbeiten-wir.

Wichtiger Hinweis

Dieser Ratgeber dient der allgemeinen Information und ersetzt keine ärztliche Beratung. Ändern Sie Medikamente und Einnahmezeiten nur nach Rücksprache und setzen Sie Dopaminagonisten nie plötzlich ab. Wer tagsüber plötzlich einschläft, sollte nicht Auto fahren. Bei Atemnot, plötzlicher Verwirrtheit oder Verletzungen im Schlaf holen Sie ärztliche Hilfe, im Notfall unter 112.

Stand und Korrekturen

Ausgabe 1 · Stand November 2026. Medizinisches Wissen entwickelt sich weiter. Die jeweils aktuelle Ausgabe finden Sie auf parkinson-insights.de/ratgeber. Hinweise auf Fehler nehmen wir gern entgegen: info@parkinson-insights.de

Herausgeber

Thomas Rösch, m4h – machines4humans, Bei der alten Eiche 5, 78315 Radolfzell am Bodensee · info@parkinson-insights.de · parkinson-insights.de/impressum