



## Epworth Schläfrigkeits-Skala (ESS)

Murray W. Johns, 1991

### 1. Testart:

Kurzfragebogen zur Erfassung der Tagesschläfrigkeit

### 2. Grundkonzept:

Der ESS erfragt retrospektiv ( „ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit“ ) die Wahrscheinlichkeit für das Einnicken bzw. Einschlafen in acht typischen Alltagssituationen. Die subjektive Einschätzung erfolgt durch den Patienten auf einer vierstufigen Skala (0 = würde niemals einnicken; 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken).

### 3. Einsatzbereich:

- Indikation: allg. bei Schlafstörungen, speziell bei Hypersomnien
- Zweck: 1. Screeninginstrument zur globalen Erfassung der subjektiv- erlebten Tagesschläfrigkeit bzw. als Hinweis für das Vorliegen einer Hypersomnie. 2. Auch geeignet zur Verlaufs- bzw. Erfolgsmessung (z.B. bei CPAP-Patienten)

### 4. Testmaterial:

1 Din-A4-Antwortbogen

### 5. Durchführung:

- Alter: keine Altersangabe; Items beziehen sich auf Erwachsene
- Handhabung: Der Fragebogen enthält eine schriftliche Anweisung und kann vom Patienten problemlos alleine ausgefüllt werden.
- Dauer: ca 1-2 Minuten

### 6. Auswertung:

Zur Auswertung wird ein Summenscore aus den acht Items gebildet (0-24 Punkte). Dauer ca 1 Minute.

### 8. Gütekriterien

#### 8.1. Reliabilität (Johns, 1992):

Retest-Reliabilität bei gesunden Kontrollen nach 5 Monaten:  $r = 0.82$  (mittlere Differenz =  $0.2 \pm 2.3$ ). Retest-Reliabilität bei therapierten OSAS-Patienten: nicht berichtet (mittlere Differenz =  $7.4 \pm 5.2$ )

Interne Konsistenz (Cronbachs alpha): OSAS - 0.88; Gesunde Kontrollen - 0.73

#### 8.2. Validität (Johns, 1991, 1992)

Varianzanalytisch zeigten sich signifikante höhere Summenscores für OSAS, Narkolepsie und idiopathische Hypersomnie vs. Primäres Schnarchen und Gesunde Kontrollen.

Insomniepatienten wiesen im Vergleich zu allen klinischen Gruppen die niedrigsten Werte auf. Kein Unterschied zwischen PLMD und gesunden Kontrollen.

Signifikante Korrelation bei OSAS Patienten zwischen ESS und RDI ( $r = 0.55$ ), sowie ESS und niedrigster SaO<sub>2</sub> ( $r = - 0.69$ ). Signifikante Korrelation zwischen ESS und Einschlaf latenz in der Polysomnographie ( $r = - 0.38$ ), sowie zwischen ESS und mittlerer Einschlaf latenz im MSLT ( $r = - 0.51$ ). Keine signifikante Korrelation bei PLMD zwischen ESS und PLMS-Index ( $r = 0.05$ ).



## 8.3 Normierung

Zur Zeit liegen keine Normwerte vor. Vom Testautor werden folgende Mittelwerte für versch. (allerdings bzgl. Alter und Stichprobengröße heterogene, Johns 1991) Diagnosegruppen angeführt:

Diagnose (N)	ESS-Gesamtscore (SD)	Range
Gesunde Kontrollen (30)	5.9 (2.2)	2-10
Primäres Schnarchen (32)	6.5 (3.0)	0-11
OSAS (55)	11.7 (4.6)	4-23
OSAS leicht (RDI: 8.8)	9.5 (3.3)	4-16
OSAS mittel (RDI: 21.1)	11.5 (4.2)	5-20
OSAS schwer (RDI (49.5)	16.0 (4.4)	8-23
Idiopathische Hypersomnie (14)	17.9 (3.1)	12-24
Narkolepsie (13)	17.5 (3.5)	13-23
PLMD (18)	9.2 (4.0)	2-16
Insomnie (18)	2.2 (2.0)	0-6

Mittelwerte, Standardabweichung und Range für insgesamt 180 Erwachsene (Johns, 1991). Heterogene Gruppengrößen und signifikante Altersunterschiede zwischen den Subgruppen (siehe Tabelle).

## 8. Bewertung

Die ESS stellt ein einfaches Verfahren zur numerischen Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung bzgl. Tagesschläfrigkeit dar. Der Fragebogen eignet sich von daher gut als Screeninginstrument im Vorfeld einer mündlichen Anamnese sowie zu Therapieerfolgsmessungen bei Hypersomnien. Der diagnostische Wert selber ist eher als gering einzustufen. Die vom Autor berichteten signifikanten Korrelationen bzgl. MSLT konnten in neueren Studien (z.B. Benbadis et al., 1999) nicht bestätigt werden. Dennoch hat der Fragebogen inzwischen weite Verbreitung in der klinischen Forschung gefunden und ist international bekannt. Eine Normierung und Validierung der deutschsprachigen Version ist in Vorbereitung.