

Zu Besuch im Schlaflabor im DRK-Krankenhaus Alzey

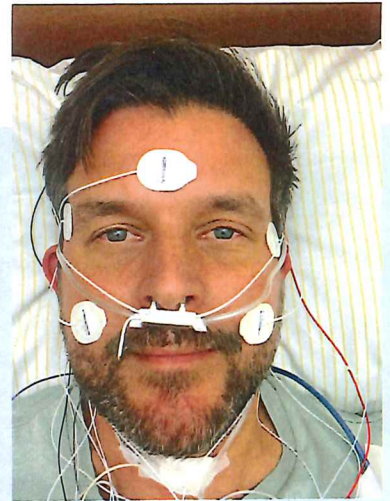
Gar nicht mal so unbequem. Ich trage zwei Gurte, einen um die Brust, einen um den Bauch, Dutzende Kabel kleben an meinem Kopf, an den Beinen, dazu ein Mini-EKG auf der Brust. Ich versuche zu lächeln und spüre, wie sich eine Reihe von Saugnäpfen der Elektroden mitbewegt. Alles ist anders, ungewohnt, aber, und das ist das Überraschende beim Reportage-Termin im Schlaflabor des DRK-Krankenhauses Alzey: Ich könnte mir vorstellen, hier einigermaßen gut zu schlafen.

Es ist wohl die Frage, die sich die meisten Patienten stellen, bevor sie ins Schlaflabor kommen: Wird man, verkabelt an ungewohntem Ort unter sprichwörtlichen Laborbedingungen, überhaupt ein Auge zu bekommen? Im Normalfall stellt dies kein Problem dar. Die Statistik, aufgestellt vom Bundesverband Schlafapnoe und Schlafstörungen Deutschland (BSD), spricht von 30 Prozent der Patienten, die schlechter schlafen als daheim, und 25 Prozent, die sogar besser schlafen.



Foto: Michaela Müller

Foto: Christopher Schäfer



Es liegt und sitzt sich angenehmer als vermutet – trotz aller Kabel: Ärzteblatt-Redakteur Christopher Schäfer.

Eine halbe Stunde dauert die Verkabelung

Ein Schläfchen halte ich an diesem Abend auch für durchaus möglich. Ich liege im Bett, schaue an die Decke und bin ruhig. Und ich sehe so aus, wie ich mir als ein Kind ein Marsmännchen vorgestellt habe – zum Glück ist hier niemand. Außer Michaela Müller. Die Mitarbeiterin des Schlaflabors hat mich mit aller Seelenruhe verkabelt. Sie hat die Punkte meines Körpers, auf die sie die Elektroden klebt, sorgfältig abgewischt, eine kühle Klebepaste aufgetragen, damit sie auch halten, auf dem Kopf sogar mit einer ziemlich hartnäckigen Substanz. Beim Abkratzen später am Kopf fühlt sich das wie Zahnpasta an.

Müller hat mir zwei Gurte angelegt, mit denen die Atemanstrengung gemessen wird, und sie hat in das Kästchen im Gurt auf meiner Brust jede Menge Kabel verschiedener Farben eingesteckt. Eine Fingerfertigkeit, die an die Arbeit von Telekommunikationstechnikern am Schaltkasten erinnert. Die Vorbereitung dauert eine halbe Stunde. Michaela Müller, 55 Jahre alt und gelernte Arzthelferin, mustert mich von oben bis unten. Sie ist zufrieden mit ihrem Werk und schießt das von mir gewünschte Foto. Das ist sie gewohnt, viele Patienten bitten sie darum. Und bei der Frage, ob die Patienten

überhaupt einschlafen können, ist sich die Frau aus der Praxis ganz sicher: „Selbst, wenn die Patienten in der ersten Nacht nicht gut schlafen – in der zweiten tun sie es. Denn dann sind sie richtig müde“, sagt Michaela Müller und grinst. Denn normalerweise kommen die Patienten ins Alzeier Schlaflabor, um zwei Nächte dort zu verbringen. Aber dazu später mehr.

Wie man Patient im Schlaflabor wird

Wer es ins Schlaflabor geschafft hat, war womöglich bereits bei zwei Ärzten. Zunächst beim Hausarzt, der die Patienten dann zu einem Kollegen schickt, der berechtigt ist, ambulante Polygraphien („kleines Schlaflabor“) zu verordnen. Infrage kommen Ärzte verschiedener Fachdisziplinen (HNO, Innere Medizin, Pulmologie), die einen Kurs zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen (BUB-Kurs) absolviert haben. Dieser befugte Arzt gibt dem Patienten dann ein Polygraphiegerät mit nach Hause. Losgelöst davon können interessierte Hausärzte das Zertifikat schlafmedizinische Primärversorgung der Deutschen Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin (DGSM) erwerben, um sich über alle häufigen Schlafstörungen in der Praxis fortzubilden.





Im Dienste der gesunden Nachtruhe (v.l.): Der Leiter des Schlaflabors, Oberarzt Dr. Frank Hennekes und Oberärztin Dr. Martina Weichert (r.) mit den beiden Mitarbeiterinnen Michaela Müller (l.) und Ines Loch.

Zusammen mit Fragebögen wie der Epworth-Schläfrigkeits-Skala, der Regensburger Insomnie-Skala (RIS) und dem Stop-Bang-Fragebogen, die der kundige Arzt aushändigt, und eventuell festgestellten Atemaussetzern, könnte der Patient dann ein Fall für Dr. Frank Hennekes und sein Team werden.

Schlaflabor in Alzey hat fünf stationäre Plätze

Oberarzt Hennekes ist 39 Jahre alt und seit 2021 Leiter des Schlaflabors, das zur Abteilung für Innere Medizin gehört. Wer zum Vorgespräch bei ihm und seinen Kollegen kommt, hat wirklich ein Problem, ein Vorbefund, der nun unter stationären Bedingungen überprüft wird. Es sind oft schläfrige Patienten, die zu ihm kommen, auch solche, die während eines Gesprächs einschlafen können. Hennekes nennt das Beispiel auch, um den Unterschied zu einer gewöhnlichen Müdigkeit klarzumachen.

Niemand kann sich mal eben so als Patient einfach im Schlaflabor einquartieren. Drei bis sechs Monate dauert es, um einen Termin im von der DGSM zertifizierten Labor zu bekommen, 800 bis 1000 Untersuchungen gehen jährlich vonstatten. Es sind tendenziell komplexere Fälle, die Hennekes und sein Team untersuchen, auch, weil entsprechende Geräte wie Herzultraschall und Lungenfunktionsdiagnostik vorhanden sind. „Oft gehen verschiedene Krankheiten miteinander einher“, sagt Hennekes. „Eine Depression kann im Zusammenhang mit einer Obstruktiven Schlafapnoe stehen, und Symptome verschiedener Krankheitsbilder können sich überlagern. Dann haben Patienten zusätzlich eine Chronisch Obstruktive Lungenkrankheit (COPD)“, nennt er Beispiele. Deshalb sei es auch so wichtig, immer interdisziplinär zu denken und die Patienten, falls nötig, zu überweisen.

Hoffnung auf eine Schlafmaske

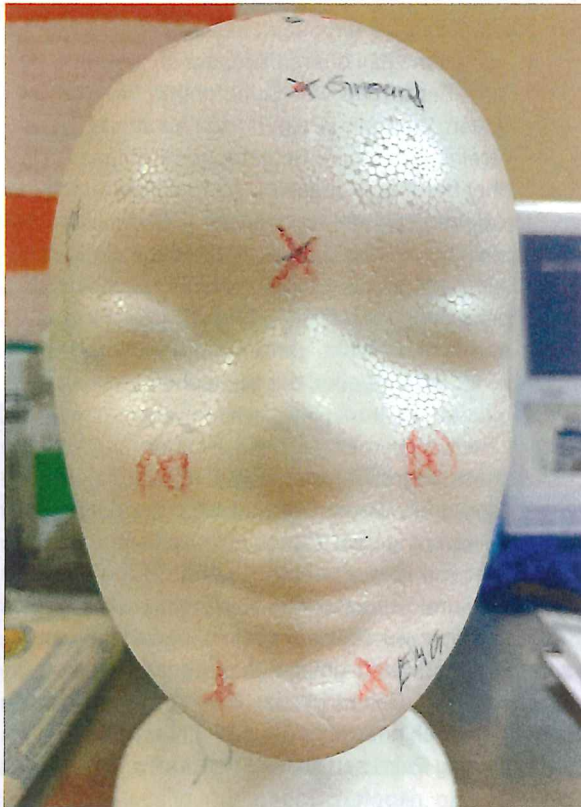
Anderthalb Minuten. 90 Sekunden. So lange hat ein 37-jähriger Patient ausweichlich seines nächtlichen Polygraphie-Protokolls daheim nicht geatmet. „Und morgens, wenn der Wecker um 7 klingelt, liege ich im Bett und denke, ich hätte durchgesoffen.“ Er fühlt sich jeden Morgen gerädert, obwohl keinerlei Alkohol im Spiel war. Jetzt sitzt der Mann aus der Nähe von Alzey unruhig an diesem Mittwochabend auf dem

Fotos: Christopher Schäfer



Dr. Frank Hennekes ist Oberarzt der Inneren Medizin im DRK-Krankenhaus Alzey und leitet dort seit drei Jahren das Schlaflabor.

Stuhl in seinem Zimmer auf der Station und wartet darauf, verkabelt zu werden. So, wie ich bereits verkabelt wurde. Meine Drähte sind schon wieder ab, ich bleibe nicht über Nacht, ein Gefühl für die Untersuchungssituation aber, das bleibt haften. Der Mann dagegen übernachtet hier, das erste Mal, und auch er fragt sich, ob er schlafen können wird. Und er hat eine Erwartung mitgebracht: „Ich hoffe, man gibt mir eine Atemmaske. Ich habe gelesen: Das hilft.“ Und genauso sollte es dann auch kommen, berichtet er einige Tage später: Die Schlafphasen einer Nacht, in der er „gefühlte nicht richtig eingeschlafen“ ist, reichten aus, um eine Schlafapnoe mit Atemaussetzern zu diagnostizieren. Angst vor der ungewohnten Situation, von nun an mit Maske zu schlafen, die habe er nicht, sagt der 37-Jährige. „Hauptsache, es wird besser.“



An einer Puppe kann geübt werden, wo die Elektroden aufgesetzt werden müssen.

Die Bedenken vor der Maske sind verbreitet, nämlich davor, dass auf einmal alles anders wird. „Entscheidend ist“, sagt Oberarzt Hennekes, „dass wir die Patienten abholen“. Im Falle von Alzey bedeutet das beispielsweise: Nach der ersten Nacht, die allein der Diagnostik dient, wird eine Schlafapnoe festgestellt. Dann wird eine CPAP-Masken-Therapie empfohlen. Im Krankenhaus selbst sind Masken und Geräte vorhanden, die der Patient dann am Tag und in der folgenden Nacht ausprobieren kann. Und das Entscheidende: Der Patient werde ausführlich dazu beraten, so Hennekes. Die zweite Nacht, die sogenannte Titrationsnacht, die Patienten für gewöhnlich im Labor verbringen, dient besonders dazu, den richtigen Druck des Geräts einzustellen – beim Ein- wie auch beim Ausatmen. Wer mit der Maske partout nicht klarkommt, für den käme auch eine Zahnschiene infrage, erklärt Hennekes.

Überwachung auf fünf Bildschirmen

„Alles ok bei Ihnen?“, fragt Labormitarbeiterin Michaela Müller. Sie geht noch einmal durch alle Zimmer, steckt den Kopf herein und lächelt. Auf der Station ist es ruhig, der Nachtdienst übernimmt gleich die Schicht von Müller. Die ganze Nacht über wird er auf fünf Bildschirmen die Patienten überwachen. Dort zeigen mehrere übereinanderliegende Kurven die Werte der Gehirnströme, die Herzfrequenz, die Augenbewegungen, die Muskelaktivität und die Sauerstoffsättigung im Blut. Übermittelt werden sie von den Dutzenden von Elektroden und Kabeln auf dem Körper der Patienten. Der Schlaf wird zusätzlich per Videokamera aufgezeichnet. Damit kann im Nachhinein zugeordnet werden, wie sich die Patienten wann bewegen. Die Videoaufnahmen werden ausgewertet und kurz darauf wieder gelöscht, die anderen erfassten Rohdaten werden gesichert.

All diese Daten, weitere Tests und ein Gespräch mit Dr. Hennekes und den anderen Ärzten führen am Ende zu einer Diagnose und einer Therapie, die den Patienten im Normalfall wieder ruhig und sicher schlafen lässt.

Christopher Schäfer



Foto: Adobe Stock/ 伏ヲ