

Abklärung obstruktive Schlafapnoe (Stopbang)

1. **Schnarchen?** Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) durch Sie nachts gestört wird, weil Sie schnarchen?)

- ☐ Ja
- ☐ Nein

2. **Müde?** Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z.B. beim Autofahren ein)?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

3. **Aufgefallen?** Ist es schon einmal jemandem aufgefallen, dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen / nach Luft schnappen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

4. **Blutdruck?** Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

5. **Body Mass Index?** Haben sie einen Body Mass Index über 35 kg/m²?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

6. **Alter?** Sind Sie über 50 Jahre alt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

7. **Große Kragenweite?** (Gemessen um den Kehlkopf)

Bei Männern: Haben Sie eine Kragenweite von 43 cm oder mehr?

Bei Frauen: Haben Sie eine Kragenweite von 41 cm oder mehr?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

8. **Geschlecht** = Männlich?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Auswertung:

Für die allgemeine Bevölkerung:

Niedriges obstruktives Schlafapnoe - Risiko: 0-2 Fragen mit Ja beantwortet

Mittleres obstruktives Schlafapnoe - Risiko: 3-4 Fragen mit Ja beantwortet

Hohes obstruktives Schlafapnoe - Risiko: 5-8 Fragen mit Ja beantwortet:

Fachärztliche Abklärung erforderlich!

oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + männliches Geschlecht
oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + BMI > 35 kg/m²
oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + Halsumfang
(43 cm bei Männern, 41 cm bei Frauen):

Fachärztliche Abklärung erforderlich!

Eine Schlafapnoe (Atemstillstand im Schlaf) stellt ein erhöhtes Operationsrisiko dar!