



Klinik / Praxis

Patientendaten:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Behandlung Ihrer nächtlichen Atemstörung wird Ihnen eine Überdruckbeatmung per Nasen- und Gesichtsmaske empfohlen. Diese Informationen dienen zur Ergänzung des Aufklärungsgesprächs mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Behandlung und weitere Möglichkeiten der Therapie erläutern und Sie über die Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Befürchtungen abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die vorgeschlagene Behandlung erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

DAS OBSTRUKTIVE SCHLAFAPNOESYNDROM

Beim **obstruktiven Schlafapnoesyndrom (OSAS)** handelt es sich um eine Störung des natürlichen Nachtschlafes. Verschiedene Faktoren wie Übergewicht, falsche Ernährung, Alkoholkonsum, Schlafgewohnheiten/Schlafhygiene, Lageposition im Schlaf sowie angeborene oder erworbene Engstellen im Bereich der oberen Atemwege können zu Atemstörungen wie Schnarchen und Atemaussetzern führen. Vor allem die Atemaussetzer führen bei entsprechender Häufung zu erheblichen Störungen des Nachtschlafes. Kurze Abfälle der Sauerstoffkonzentration beeinträchtigen das Herz-Kreislaufsystem, führen zu teils bewussten, aber auch unbewussten Weckreaktionen mit unerholsamen Schlaf und Belastung des Herz-Kreislaufsystems.

Negative Folgen können vor allem gehäufte Tagesmüdigkeit, ggf. mit unbeabsichtigtem Einschlafen in alltäglichen Situationen, verminderte Leistungsfähigkeit sowie langfristig ein vermehrtes Auftreten von Herz-Kreislauferkrankungen sein.

Ein alleiniges Schnarchen wird dabei nicht zwangsläufig als krankhaft angesehen. Die Unterscheidung erfolgt durch entsprechende Voruntersuchungen. Ihr HNO-Arzt kann mögliche Ursachen wie vergrößerte Mandeln, einen tief hängenden Gaumen sowie weitere Ursachen in der ausführlichen Untersuchung erkennen. Außerdem werden entsprechende Einflussfaktoren in einer gründlichen Anamnese identifiziert.

Besteht der Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, erfolgen weitere Untersuchungen. Dabei werden mit speziellen Sensoren, entweder zu Hause oder in einem Schlaflabor, wichtige Messdaten wie z. B. Atmung, Sauerstoffsättigung oder Körperlage aufgezeichnet und später ausgewertet. Ab einer kritischen Anzahl von Atemaussetzern empfiehlt man dann eine entsprechende Therapie.

ABLAUF DER THERAPIE

Ist die Diagnose bestätigt und sind weitere mögliche Ursachen für die Schlafapnoe abgeklärt, ist häufig eine Maskentherapie mit Überdruckbeatmung die Therapie der Wahl. Hierbei wird über eine Nasenmaske bzw. eine Mund-Nasen-Maske (sog. Fullface-Maske) die Atemluft mit erhöhtem Druck zugeführt.

Dadurch werden die Engstellen im Bereich der oberen Atemwege offengehalten und die Atemaussetzer reduziert bzw. ganz ausgeschaltet. Auch Schnarchgeräusche können somit deutlich reduziert werden. Dies führt letztlich zu einer möglichst weitgehend normalen Atmung im Schlaf, der Schlaf ist wieder erholsam, mögliche Folgeerkrankungen werden reduziert und die Tagesmüdigkeit bessert sich.

Für die Maskentherapie erhalten Sie von Ihrer Versorgungsfirma eine Maske und ein entsprechendes Beatmungsgerät. Die individuelle Anpassung und Einstellung erfolgt dann in einem Schlaflabor. Außerdem wird Ihnen die richtige Benutzung des Gerätes erklärt.

Generell wird empfohlen, die Maskenbeatmung in so vielen Nächten wie möglich anzuwenden, da nur dann die entsprechenden Symptome reduziert werden. Da bei der Therapie nur die Symptome gelindert werden, die Störung selbst aber nicht behandelt wird, sollten Sie die Maskenbeatmung zeitlebens anwenden, zumindest aber solange, bis ggf. durch Änderung der Lebensgewohnheiten eine gesicherte Besserung erzielt wurde. Eine vorübergehende Pausierung der Therapie, z. B. bei einem akuten Infekt, ist in der Regel kein Problem.

ALTERNATIV-VERFAHREN

Je nach Schwere des obstruktiven Schlafapnoesyndroms gibt es verschiedene Therapieoptionen. Liegen der Schlafstörung anatomische Ursachen wie vergrößerte Mandeln, ein tief hängender Gaumen oder ein vergrößerter Zungengrund zugrunde, können diese ggf. auch operativ korrigiert werden.

Neue Methoden schließen z. B. auch die Versorgung mit einem Zungenschrittmacher ein. Trifft dies bei Ihnen zu, wird Sie Ihr Arzt ausführlich beraten.

Neben möglichen anatomischen Ursachen und zentralen, also neurologischen, Schlafstörungen, haben vor allem die Faktoren Körpergewicht, Alkoholkonsum sowie Schlafgewohnheiten/Schlafhygiene einen großen Einfluss auf die Beschwerden. Durch entsprechende Maßnahmen wie Gewichtsverlust, Reduktion bzw. Verzicht auf Alkohol vor dem Schlaf, regelmäßige Schlafzeiten (z. B. auch Vermeidung von unregelmäßigem Schlaf tagsüber),

Optimierung des Schlafklimas (kühler, dunkler Raum, Vermeidung von Störgeräuschen etc.) lässt sich oftmals schon eine Besserung der Symptome erreichen.

Ihr Arzt erklärt Ihnen, warum er in Ihrem Fall eine Maskentherapie empfiehlt.

ERFOLGSAUSSICHTEN

Die Maskentherapie ist ein nebenwirkungsarmes und nicht-invasives Verfahren und wird daher bei entsprechender Indikation als Standardbehandlung empfohlen. Wichtig für den Erfolg der Therapie ist vor allem eine regelmäßige Anwendung, da nur dann die Beschwerden reduziert werden können.

Für einen optimalen Tragekomfort ist eine enge Betreuung des Patienten wichtig, um ggf. auftretende Probleme, wie trockene Schleimhäute, rechtzeitig erkennen und behandeln zu können. In diesem Fall gibt es auch die Möglichkeit, das Beatmungsgerät mit einer zusätzlichen Befeuchtungsvorrichtung auszustatten. Sollten Sie dies wünschen, sprechen Sie bitte mit Ihrer Versorgungsfirma bzw. Ihrem Arzt.

VERHALTENSHINWEISE

Medikamenteneinnahme: Teilen Sie Ihrem Arzt mit, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen (insbesondere Schlaf- und Beruhigungsmittel). Ihr Arzt informiert Sie, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

Die Anamnese erfolgt zumindest zum Teil durch standardisierte Fragebögen. Der Arzt kann sich hiermit ein gutes Bild von Ihren Lebens- und Schlafgewohnheiten machen. Nehmen Sie sich ausreichend Zeit und beantworten Sie die Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß. Nur dann können das richtige Therapiemaß gewählt und eine erfolgreiche Linderung Ihrer Beschwerden erreicht werden.

Bei einem akuten **Infekt** (Erkältung, Husten) oder auch bei **Verletzungen** bzw. **Entzündungen der Haut** sollte die Therapie ggf. für einige Tage **pausiert** werden. Wenden Sie sich hier im Zweifel an Ihren Arzt.

Bitte informieren Sie Ihren Arzt, falls es zu Beschwerden wie **trockenen Schleimhäuten, Schmerzen, Schwellungen oder Rötungen durch die Maske, Infektionen der Haut oder Atemwege, zu Gefühlsstörungen der Haut im Bereich der Maske oder zu nächtlichen Panikattacken** kommt. Sie erfordern eventuell eine erneute Anpassung der Maske oder ein Umstellen der Therapie.

RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jede medizinische Behandlung Risiken birgt**. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre individuellen Risiken näher eingehen. Sie können aber auch auf eine ausführliche Aufklärung verzichten. Überspringen Sie dann diesen Risiko-Abschnitt und bestätigen Sie dies bitte am Ende der Aufklärung.

Druckgefühl, Schmerzen, Druckstellen, Schwellungen und Berührungsempfindlichkeit im Bereich der Haut durch das Tragen der Maske sind normal und bessern sich in der Regel im Verlauf der Anwendung.

Durch die Überdruckbeatmung kann es zu **Austrocknung der Schleimhäute** in Mund, Nase und Rachen kommen. Durch Schwellung der Nasenschleimhäute kann es zur **Nasenatmungsbehinderung**, selten auch zu einer **Einschränkung des Geruchssinns**, kommen. Sehr selten können kleinere **Schleimhautblutungen** oder auch **Nasenbluten** auftreten.

Durch das Tragen der Maske während des gesamten Nachtschlafes kann es zu einem **Gefühl von Atemnot**, Engegefühl, Platzangst bis hin zu **Panikattacken** kommen. Für Patienten, die an einer psychischen Erkrankung leiden, ist eine Maskentherapie ggf. auch nach Ausschöpfung aller Maßnahmen nicht geeignet.

Die Komponenten müssen regelmäßig gereinigt werden, ansonsten können, auch durch die in der Nase natürlich vorkommenden Keime, **Infektionen der Haut oder der Atemwege** entstehen. Ggf. ist dann die Behandlung mit einem Antibiotikum notwendig.

Allergische Reaktionen können vor allem im Bereich der Auflagefläche der Maske entstehen. Wenn Sie hier Veränderungen bemerken, pausieren Sie die Therapie und kontaktieren Sie Ihre Versorgungsfirma. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzrasen oder **lebensbedrohliches Kreislaufversagen** sind äußerst unwahrscheinlich.

Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt die Risiken in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

Geschlecht: m / w, **Alter:** _____ **Jahre, Gewicht:** _____ **kg, Größe:** _____ **cm, Beruf:** _____

Werden regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel eingenommen oder wurden in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Schlaftabletten ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

täglich, 2-3 mal pro Woche, 1 mal pro Woche, seltener.

Nehmen Sie Beruhigungsmittel ein? ja nein

Werden andere Medikamente eingenommen? ja nein

Wenn ja, bitte auflisten: _____

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

Wurden Sie schon einmal im Kopf-Hals-Bereich operiert? ja nein

Sind Sie schwanger? nicht sicher ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, was und wie viel täglich: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Wenn ja,

1-2 mal, 3-5 mal, 6-7 mal pro Woche

1/2 Ltr. Bier oder 1/4 Ltr. Wein oder 1 Schnaps,
 1 Ltr. Bier oder 1/2 Ltr. Wein oder 2 Schnäpse,
 mehr

Leiden Sie an Klaustrophobie („Platzangst“)? ja nein

Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen vor:

Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung? ja nein

Erhöhte Blutungsneigung (z. B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung, verstärkte oder verlängerte Regelblutung), Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass).

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Allergie/Überempfindlichkeit? ja nein

Medikamente, Lebensmittel, Kontrastmittel, Jod, Pflaster, Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon), Pollen (Gräser, Bäume), Betäubungsmittel, Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten).

Sonstiges: _____

Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen? ja nein

Herzinfarkt, Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge), Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, Herzklappenerkrankung, Luftnot beim Treppensteigen, Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator), hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Schlaganfall, Krampfadern, Venenentzündung, Thrombose, Embolie.

Sonstiges: _____

Erkrankung der Atemwege/Lungen? ja nein

Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Stimmband-Zwerchfelllähmung.

Sonstiges: _____

Stoffwechsel-Erkrankungen? ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit), Fruchtzuckerunverträglichkeit, Gicht.

Sonstiges: _____

Hauterkrankungen? ja nein

Neurodermitis, Schuppenflechte

Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten? ja nein

Hepatitis, Tuberkulose, HIV.

Sonstiges: _____

Psychische Erkrankungen (z. B. Depression, Persönlichkeitsstörung)? ja nein

Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen? ja nein

Bitte kurz beschreiben: _____

Ärztl. Dokumentation zum Aufklärungsgespräch

Wird vom Arzt ausgefüllt

Über folgende Themen (z. B. mögliche Komplikationen, die sich aus den spezifischen Risiken beim Patienten ergeben können, mögliche Konsequenzen, wenn die Behandlung verschoben oder abgelehnt wird) habe ich den Patienten/die Patientin im Gespräch näher aufgeklärt:

Fähigkeit der eigenständigen Einwilligung:

- Die Patientin/Der Patient besitzt die Fähigkeit, eine **eigenständige Entscheidung** über die empfohlene Maßnahme zu treffen und seine/ihre Einwilligung in das Verfahren zu erteilen.
- Die Patientin/Der Patient wird von einem **Betreuer** mit einem die Gesundheitsorge umfassenden Betreuerausweis oder einer Vertrauensperson mit einer Vorsorgevollmacht vertreten. Diese ist in der Lage, eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.
- Betreuerausweis Vorsorgevollmacht
 Patientenverfügung liegt vor.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Ablehnung der Patientin/des Patienten

Die Ärztin/Der Arzt _____ hat mich umfassend über die empfohlene Behandlung und über die sich aus meiner Ablehnung ergebenden Nachteile aufgeklärt. Ich habe die Aufklärung verstanden und lehne die Maskentherapie ab.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer / ggf. des Zeugen

Erklärung und Einwilligung der Patientin/des Patienten

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an und bestätigen Sie Ihre Erklärung anschließend mit Ihrer Unterschrift:

- Ich bestätige hiermit, dass ich alle Bestandteile der Patientenaufklärung verstanden habe.** Diesen Aufklärungsbogen (4 Seiten) habe ich vollständig gelesen. Im Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt _____ wurde ich über den Ablauf der Behandlung, deren Risiken, Komplikationen und Nebenwirkungen in meinem speziellen Fall umfassend informiert.
- Ich verzichte bewusst auf eine ausführliche Aufklärung.** Ich bestätige hiermit allerdings, dass ich von der Ärztin/dem Arzt _____ über die Erforderlichkeit der Therapie, deren Art und Umfang sowie über den Umstand, dass die Therapie Risiken birgt, informiert wurde.

Ich versichere, dass ich **keine weiteren Fragen** habe und **keine zusätzliche Bedenkzeit** benötige. **Ich stimme der vorgeschlagenen Maskentherapie zu.** Die Fragen zu meiner Krankengeschichte (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen vollständig beantwortet.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

E-Mail-Adresse

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuer

Kopie: erhalten

verzichtet

Unterschrift Kopieerhalt/-verzicht