

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek

Mitglied im Sozialverband **VdK** - Fachverband Schlafapnoe - Chronische Schlafstörungen
Steffen Schumacher, Husumer Str. 44, 21465 Reinbek, Tel.: 040 / 722 2553
E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow, Tel.: 05841 / 96 17 21
E-Mail: schiel@automenzel.de

Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen, Tel.: 04101 / 267 57
E-Mail: uwe.scholz@hanse.net



Bitte beachten Sie auch die Informationen der SSG im Internet, unter "www.schlaf-portal.de" Stichwort – "Selbsthilfe"

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek:

- Steffen Schumacher, Husumer Straße 44, 21465 Reinbek
- Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow
- Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen

Reinbek, Freitag, 05. Februar 2010

Sehr geehrte(r) Patient(in) in der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek und sehr geehrte Angehörige der Betroffenen,
sehr geehrte Mitwirkende, Unterstützer sowie Förderer der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek, und alle Interessierten an den Selbsthilfegruppentreffen,

von unserem ersten Patienten-Treffen am 13. Januar 2010 erhalten Sie nun das Protokoll.

Protokoll vom 1. Treffen der SSG am Mittwoch 13.01.2010 im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift, 19.⁰⁰ bis 21.⁰⁰ Uhr, in der Aula der Krankenpflegeschule (hinter dem Hauptgebäude), Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek, zusammen mit Herrn Dr.med. Holger Hein, Reinbek, Bahnhofstraße 9, 21465 Reinbek

TOP 1.) Begrüßung der Teilnehmer durch Herrn Steffen Schumacher

Herr Schumacher begrüßte die Teilnehmer dieser ersten Selbsthilfe-Informationsveranstaltung 2010, zu der in das Krankenhaus Reinbek eingeladen wurde. Herr Schumacher begrüßte die Ärzte und Mitarbeiter der Schlafmedizin: Herrn Dr.med. H. Hein aus Reinbek, besonders begrüßte Herr Schumacher Herrn Joß Giese, Facharzt für Anästhesie, der zur Zeit in der ASKLEPIOS KLINIK Harburg, Abteilung für Anästhesiologie, seinen Dienst tut, aber eigentlich in der ASKLEPIOS KLINIK St. Georg, Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin beschäftigt ist und später wieder nach St. Georg zurückgehen wird, sowie die anwesenden Mitarbeiter der verschiedenen Firmen der Medizintechnik, der medizinischen Hilfsmittelhersteller und Hilfsmittellieferanten bzw. – Versorger, die zu diesem Treffen gekommen waren: u.a. Frau K. Heise von der Fa. anamed GmbH, Herrn C. Radtke und Herrn J. Wilke von der Fa. LindeGas Therapeutics GmbH & Co.KG sowie Herrn H. Hansen von der Fa. RESMED GmbH & Co.KG.

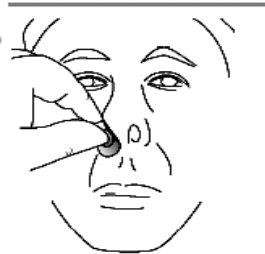
Die Teilnehmer, die zum ersten Mal bei einem Patiententreffen im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT dabei waren, wurden gebeten sich in die Anwesenheitsliste einzutragen, damit Sie auch weiterhin Informationen und Einladungen bekommen.

Herr Schumacher wünschte allen noch ein frohes Neues Jahr 2010, weiterhin gute Gesundheit und viele hilfreiche Informationen durch die Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek.

Herr Dr. Hein informierte zunächst über eine **Neuheit aus den USA ein " Nasenventil " :**

Frage : Ist statt CPAP ein Nasenventil ausreichend? Es wurde jetzt geprüft, ob das Einsetzen von Ventilen in die Nasenöffnungen ähnlich wirksam ist (Provent Nasal Device, Ventus Medi-

cal, Belmont, California, USA). Die Ventile lassen beim Einatmen Luft durch, öffnen aber erst bei einem erhöhten Ausatemdruck. Es zeigte sich bei 34 untersuchten Personen, daß der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) von 24,5/h auf 13,5/h abnahm. Bei 10 von 34 Personen lag der AHI auch nach 30 Tagen Nutzung noch unter 10/h. Alle waren vorher nicht mit CPAP behandelt worden. Der Schlaf besserte sich nicht, aber die subjektive Tagesschläfrigkeit nahm ab (Epworth-Wert: von 8,7 auf 6,9). Das Verfahren scheint bei milder Schlafapnoe eine positive Wirkung zu haben, bei ausgeprägter Schlafapnoe ist jedoch kein ausreichender Effekt zu erzielen. (Rosenthal L et al. *J Clin Sleep Med* 2009;5: 532-537)



1.)
Anbringen:
Anlegen und mit dem Kleber nach unten behutsam andrücken, um eine Abdichtung herzustellen.



2.)
Prüfen:
Einwandfreien Sitz prüfen und sicherstellen, dass die Nasenlöcher vollständig abgedeckt sind.



3.)
Atmen:
Bis zum Einschlafen durch den Mund Ein- und Ausatmen.

Danach gab Herr Dr. Hein noch aktualisierte Informationen zu dem Thema : Was passiert, wenn die CPAP-Therapie nicht genutzt wird ?

Ein willkürliches, eigenmächtiges Beenden der Therapie, z. B. aus Bequemlichkeit, bringt die behandelten Symptome und Beeinträchtigungen innerhalb kurzer Zeit (meistens sofort) wieder zurück. Die Auswirkungen von kurzzeitiger Beendigung oder Unterbrechung der CPAP-Therapie zeigen die unmittelbaren Veränderungen im EEG (Elektroenzephalogramm) bei den untersuchten Teilnehmern mit obstruktiver Schlafapnoe. Das EEG ist die sogenannte "Hirnstromkurve", hier wird die spontane elektrische Aktivität des Gehirns abgeleitet, beeinflusst von erhöhter Sympathikusaktivität (der Sympathikus ist ein Teil des vegetativen Nervensystems), durch oxidativen Stress und den Anzeichen von beginnenden Gefäßentzündungen.

Wissenschaftliche Untersuchungen an 20 Patienten im Alter zwischen 18 und 75 Jahren zeigten einen wesentlichen, signifikanten Anstieg der Stresshormone Adrenalin und Noradrenalin schon am zweiten Tag nach Beendigung der CPAP-Therapie. Adrenalin und Noradrenalin steigern in Sekundenschnelle die Herz-Kreislauf-Funktionen und versetzen Nerven und Gehirn in Alarmzustand, sie mobilisieren die notwendigen Energiereserven, was sich in einer beschleunigten Herzaktivität und Erhöhung des Blutdrucks zeigt. Als nach sieben Tagen die CPAP-Therapie wieder fortgesetzt wurde, hatte sich bei den Patienten am neunten Tag der normale Zustand, wie vor der Beendigung der CPAP-Therapie, wieder eingestellt.

Bei 27 Patienten von 107 Untersuchungsteilnehmern, nach einer vor 12 Monaten vorgenommenen Kardioversion, (bei diesen 107 Patienten mit Herzrhythmusstörungen hatte man den normalen Herzrhythmus [Sinusrhythmus] wiederhergestellt = Kardioversion), trat nach einer kurzfristigen Beendigung der CPAP-Therapie sofort wieder ein erneutes Vorhofflimmern auf.

Die Wahrscheinlichkeit innerhalb der nächsten 24 Monate einen Herztod zu überleben war in einer untersuchten und überwachten Gruppe von 107 Teilnehmern mit obstruktiver Schlafapnoe, die mit CPAP therapiert wurden, um 10 % höher, gegenüber einer Gruppe von 61 unbehandelten Kontrollpersonen, das Alter bei allen Teilnehmern \approx 50 Jahre. Von den unbehandelten Kontrollpersonen waren nach 24 Monaten bereits 6 Personen verstorben.

TOP 2.) Vortrag von Herrn Joß Giese, Facharzt für Anästhesie, zu dem Thema: " Schlafapnoe und Narkose – Was ist für Patienten mit Schlafapnoe bei Narkosen zu beachten ? "

Der Vortrag von Herrn Joß Giese wird hier sinngemäß wiedergegeben :

OSAS (obstruktives Schlafapnoesyndrom) und Narkose — ein Fallbeispiel :

zur Veranschaulichung des Themas beschreibt Herr Giese ein Beispiel aus der Praxis:

- ein 53 Jahre alter Mann kommt zur Implantation einer Hüftgelenksendoprothese ins Krankenhaus. Was geschieht dann ? :

Narkosegespräch mit dem Patienten vor der Operation :

- Vorerkrankungen werden abgefragt: - Bluthochdruck - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom - Adipositas (Übergewicht, BMI über $>30\text{kg/m}^2$, = erhöhtes Risiko)
- Beruhigungstablette vor der Narkose soll gegeben werden.
- Allgemeinanästhesie (= Vollnarkose) mit mittellang wirkenden Narkosemedikamenten.
- Weitere Vorsichtsmaßnahmen sind nicht vorgesehen.
- Das patienteneigene CPAP – Therapiegerät soll nicht mitgebracht werden!

Narkose und Operation

- Vorbereitung für die Narkose (Überwachung, Venenkanüle wird gelegt)
- Sauerstoffgabe über Maske.
- Narkoseeinleitung mit Hypnotikum, Opioid und Muskelrelaxans.
(Schlafmittel, Schmerzmittel, Mittel zur Entspannung der Muskeln)
- In Narkose Intubation des Patienten (Einführen des Beatmungsschlauches in die Luftröhre)
- Problemloser Narkose- und Operationsverlauf bei gesichertem Atemweg.

Ende der Operation / = Ende der Narkose

- Extubation des noch schlafenden Patienten.
(Entfernen des Beatmungsschlauches aus der Luftröhre)
- Atemwegsverlegung (stark eingeschränkter Atemfluss und Atempausen) bei anhaltender Restwirkung der Narkose und unzureichender Muskelspannung.
- Einbringen eines Guedel-Tubus und Beatmung über eine Maske. (Guedeltubus wird zum Offenhalten der Atemwege benutzt, er bietet jedoch keinen Schutz vor Reflux bzw. Aspiration, mit Aspiration [lateinisch: aspirātiō, von aspirāre = ansaugen], bezeichnet man in der Medizin das Einatmen von körpereigenen Sekreten [Speichel oder Mageninhalt] sowie körperfremden, festen und flüssigen Substanzen in die Atemwege).
- **Verlegung in den Aufwachraum nach 15 min.**
- Patient ist nur bedingt erweckbar.
- Sauerstoffsättigung bei Raumluftatmung 85%.

Im Aufwachraum

- Flache Rückenlage.
- Systemische Schmerztherapie mit Opiaten. (Die Reihenfolge der Schmerzmittel [Analgetika] erfolgt nach einem Stufenplan: zuerst Nichtopioid-Analgetika, dann zusätzlich schwache Opiate, dann Ersatz der schwachen Opiate durch starke Opiate, fakultativ [gelegentlich, situationsabhängig] unter Beibehaltung der Nichtopioid-Analgetika; dies sind die Grundregeln des Stufenschemas der [WHO] Weltgesundheitsorganisation).
- Im Schlaf treten erneute Apnoen / und Hypopnoen auf.
- Der Patient muss immer wieder geweckt werden.
- Bei dem Patienten besteht Anhaltender Sauerstoffbedarf.
- Die Sauerstoffsättigung ist z.T. im kritischen Bereich ($\ll 90\%$).
- Blutdruckentgleisungen bei Sauerstoffmangel.

Verlegung auf die Normalstation nach zwei Stunden

- Auch im Krankenzimmer treten noch mehrfach Atemprobleme auf.

" OSAS (obstruktives Schlafapnoe Syndrom) und Narkose" –

Welche geplante Narkosebehandlung vor und nach einer Operation erhält ein Schlafapnoiker?

die atemspezifischen Risiken

- Vor der Narkose Gefahr von Atemproblemen durch Beruhigungstablette (Benzodiazepine)
- Erhöhtes Risiko für eine erschwerte Intubation (Platzmangel im Rachen).
- Nach der Narkose Muskelentspannung und Hemmung des Atemantriebs durch Überhang der Narkosemedikamente.
- Aufwachreaktion bei Sauerstoffmangel durch die Narkosemedikamente verzögert.
- ► Sauerstoffmangel, Herz-Kreislauf-Probleme.
- REM-Rebound (kann 2 - 5 Tage nach der Narkose auftreten).

Allgemeinanästhesie = identisch mit Vollnarkose : Was passiert bei diesem Verfahren?

Geplantes, "perioperatives" Handeln zum Erreichen der Operationsziele: Perioperativ bedeutet "im zeitlichen Umfeld eines chirurgischen Eingriffs (einer Operation)". "Perioperativ" umfasst mit Sicherheit nicht nur den Bereich während der OP, sondern auch den Bereich vor und nach der OP.

Prämedikation = das ist die Gabe von Medikamenten vor einem medizinischen Eingriff / einer Narkose. Diese Medikamente werden meistens schon am Tag vor der Operation gegeben. Prämedikation bei Patienten mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) kann das Auftreten apnoischer Phasen auslösen / induzieren. Deshalb sollten Patienten mit OSAS grundsätzlich erst im Operationssaal prämediziert werden, falls dies überhaupt notwendig ist.

Nach erfolgter Prämedikation sollte eine Kontrolle der respiratorischen Situation zumindest mit Hilfe eines Pulsoximeter erfolgen. !!! Auf die Gabe sedierender (beruhigender) Medikamente, besonders **Benzodiazepine** und **Opioide**, sollte bei der oralen Prämedikation bei OSA-Patienten verzichtet werden !!!

Benzodiazepine - dienen zur Dämpfung der Aktivität des zentralen Nervensystems, wirken als Beruhigungsmittel, angstlösend, krampflösend, beruhigend und schlaffördernd, die Erinnerung für die Zeit der Wirkdauer fehlt, leicht stimmungsaufhellend, wirken leicht muskelrelaxierend (muskelentspannend), auch von Schlund- und Atemmuskulatur, der normale Atemantrieb wird vermindert, wirken sedierend, ruhigstellend, sedierende Arzneien nennt man *Beruhigungsmittel*, zur selben Arzneigruppe gehören die Tranquilizer. Ziel dieser Prämedikation ist es, dass der Patient angstfrei, entspannt aber kooperativ in den Operationstrakt kommt.

Vollnarkose Hypnotikum – Analgetikum – Relaxans
 Schlafmittel Schmerzmittel Mittel zur Entspannung der Muskeln

Hypnotikum = "Schlafmittel" bewirkt Kollaps der Rachenmuskulatur, Blutdrucksenkend, Senkung der Herzfrequenz, Lipophil: ein Stoff der fettfreundlich, fettliebend ist, deswegen bei Adipositas-Patienten vermehrter Bedarf an Hypnotika. In der Aufwachphase vermehrter Rückstrom aus dem Fettgewebe: verlängerte Aufwachzeit, "Überhang" nach der Aufwachphase.

Analgetikum = ist ein Stoff, der schmerzstillend (analgetisch) wirkt. Analgesie = das Ausschalten von Schmerzen. Dieses kann durch medikamentöse "Eingriffe" (Analgetika) erzeugt werden, z.B. vom Morphintyp die Opioide, die aber auch mehr oder weniger stark atemdepressiv wirken. Atemdepressiv bedeutet "eine Verschlechterung der Atmung auslösend", Verminderung des Atemantriebs. Analgetikum senkt die CO₂ - Empfindlichkeit des Atemzentrums (CO₂ - Narkose) der medizinische Begriff CO₂ - Narkose beschreibt eine Bewusstlosigkeit in Folge einer erhöhten Konzentration von Kohlenstoffdioxid (CO₂) im Blut.

Relaxans = Schlanke Lähmung, auch der Atemmuskulatur, keine Bewußtseins- oder Schmerzausschaltung, Intubation und Beatmung notwendig, Hydrophil: ein Stoff der wasserfreundlich, wasserliebend ist, wird nicht im Fettgewebe eingelagert. Deswegen auf Normalgewicht dosieren. Achtung!: Überhang nach der Aufwachphase. Bei der Antagonisierung (Zurückführung der Wirkung) unterschiedlich lange Wirkdauer.

Postoperative Analgesie (Schmerztherapie nach der OP) = Vermeiden von Opioiden.

Ausweich-Analgetika (Schmerzmittel) = Acetaminophen oder Paracetamol (schmerzstillender, fiebersenkender Arzneistoff), NSAR (entzündungshemmendes Schmerzmittel, nichtsteroidales Antirheumatikum), lokale Infiltration mit Lidocain (wird als örtliches Betäubungsmittel in

das Gewebe oder in den Bereich eines Nervs eingespritzt), Ketamin niedrig dosiert (zur Behandlung von Schmerzen und zur Einleitung einer Narkose).

Risiken durch Begleiterkrankungen :

- Adipositas (Aspiration durch das Übergewicht, Beatmungsprobleme, verlängerte Wirkung der Narkosemedikamente)
- Fliehendes Kinn, kurzer Hals (kann Intubationsschwierigkeiten bereiten)
- Bluthochdruck (Blutdruckschwankungen)
- Diabetes mellitus (Blutzuckerentgleisungen)
- Sodbrennen / Reflux (dadurch kann es zur Aspiration kommen)
- Koronare Herzerkrankungen: z.B. Herzinsuffizienz (Herzschwäche), Herz-Rhythmusstörungen (Herz-Kreislauf-Probleme, Herzinfarkt)

Vorgehen bei bekanntem Schlafapnoesyndrom :

- ✓ Keine Beruhigungstablette vor der Narkose
- ✓ Keine ambulanten Operationen in Vollnarkose, sondern :
- ✓ wenn möglich Regionalanästhesie / Lokalanästhesie (= örtliche Betäubung)
- ✓ Bei Allgemeinanästhesie (= Vollnarkose) Verwendung von nur kurzzeitig wirksamen Narkosemedikamenten.
- ✓ Vermeidung von flacher Rückenlage.
- ✓ Überwachungsdauer im Aufwachraum mindestens (2- bis) 6 Stunden.
- ✓ CPAP-Therapie schon im Aufwachraum / und im Krankenzimmer auf der Bettenstation.
- ✓ Gegebenenfalls: Optimierung der Schlafapnoe-Therapie vor der Operation (veränderter Therapiedruck wegen der flachen Rückenlage).

Die kritischste Zeit nach der OP sind die ersten 24 Stunden, wobei natürlich auch danach Komplikationen auftreten können, z.B. durch den sogenannten REM-Rebound.

REM-Rebound = Der REM-Schlaf verringert sich in den ersten Tagen nach der Operation, gefolgt von einem deutlichen Anstieg des REM-Schlafes über die nächsten paar Tage, bekannt als REM-Rebound (REM, engl. *Rapid Eye Movement*; eine Schlafphase die durch schnelle Augenbewegungen gekennzeichnet ist. Die meisten Träume finden in dieser Phase statt). Bei Entzug des REM-Schlafes und auch nach einer Vollnarkose treten die REM-Phasen in den folgenden Nächten im Sinne eines Rebound-Phänomens vermehrt auf. Dabei handelt es sich um das rasche, verstärkte Wiederauftreten des REM-Schlafes, bzw. eine ausgleichende REM-Schlaf-Erhöhung. Viele Versuchspersonen zeigten nach einem Entzug des REM-Schlafes ein gesteigertes triebhaftes Verhalten (vermehrtes Hungergefühl, vermehrte sexuelle und aggressive Impulse, Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisprobleme), andere Versuchspersonen tolerieren auch einen langen und fast vollständigen Entzug des REM-Schlafes gut.

• Verfahren der Regionalanästhesie :

- Zentrale (Rückenmarksnahe): Spinalanästhesie, Periduralanästhesie (Epiduralanästhesie)
- Kombinationen von Allgemein- und Regionalanästhesie
- Periphere (Nervenblockade): z.B. Blockade der Nerven am Arm oder Oberschenkel.

Als Regionalanästhesie wird eine Reihe von Anästhesie-Verfahren bezeichnet, die eine Schmerzausschaltung bestimmter Körperregionen zum Ziel haben, ohne das Bewusstsein zu beeinträchtigen.

Es werden die rückenmarksnahe Leitungsanästhesie, die periphere Leitungsanästhesie, und die intravenöse Regionalanästhesie unterschieden

Als Leitungsanästhesien bezeichnet man Verfahren, die durch die Injektion von Anästhetika in die unmittelbare Nähe von Nerven die Weiterleitung von Schmerzimpulsen in die Nervenfasern hemmen. Diese werden weiter in rückenmarksnahe und periphere Verfahren unterteilt. Als rückenmarksnahe, zentrale Regionalanästhesieverfahren werden die Spinalanästhesie und die Periduralanästhesie PDA (synonym Epiduralanästhesie / ähnliche Bedeutung für den

gleichen Begriff) zusammengefasst. Bei diesen wirken die Lokalanästhetika auf die Nervenwurzeln, die vom Rückenmark ausgehen, ein.

Bei der **Spinalanästhesie** wird der Liquorraum (ein Hohlraumssystem um das Rückenmark herum, das eine wasserklare Flüssigkeit, den Liquor enthält) auf der Höhe der Lendenwirbelsäule punktiert und durch das Einspritzen der Medikamente eine rasch einsetzende, komplette Betäubung der gesamten unteren Körperhälfte bewirkt. In der Regel wird eine Einmalinjektion vorgenommen.

Bei der **Periduralanästhesie PDA** hingegen, kommt der zumeist eingebrachte Schmerzkatheter in den sogenannten Periduralraum zu liegen, (zwischen innerem und äußerem Blatt der Dura-mater = Hirn- oder Knochenhaut), in den bei der Periduralanästhesie das Lokalanästhetikum injiziert wird, so dass das Betäubungsmittel hauptsächlich außerhalb der Knochenhäute auf die vom Rückenmark abgehenden Spinalnerven einwirkt.

Die PDA ermöglicht schmerzfreie Operationen an Bauch, Unterleib, Becken und Beinen, indem die vom Rückenmark zum Operationsgebiet ziehenden Nerven betäubt werden.

Während bei der Spinalanästhesie, durch die Verteilung der Medikamente, alle Nervenfasern unterhalb der Punktionsstelle und dadurch die gesamte untere Körperhälfte betäubt sind, wird bei der Periduralanästhesie eine Betonung der Anästhesie in der Punktionshöhe erreicht.

- **Kombinierbar mit leichter Sedierung (Beruhigung, Schlaf)**

- **Vorteile:**

- Keine systemische Gabe von Narkosemedikamenten
- Schmerzfreiheit nach der Operation

Die kombinierte Spinal- und Periduralanästhesie vereinigt beide Verfahren in sich, wobei der schnelle und komplette Wirkeintritt der Spinalanästhesie mit der lange anhaltenden Wirksamkeit des Epiduralkatheters zusammenspielt.

Die **Plexus-Anästhesie**. Wann wird dieses Anästhesieverfahren angewendet?

- **Anwendungsmöglichkeit bei Operationen z.B. an :**

- Armen und Beinen, – Unterbauch und Becken.

Für Operationen an Ellenbogen, Unterarm oder Hand, sowie für die gezielte Blockade von einzelnen Nerven oder von Nervenplexus die ein bestimmtes Gebiet des Körpers versorgen, z.B. des Armes oder der Finger >Nervus medianus, >Plexus brachialis, >Nervus ulnaris (Blockade Methode am Finger, modifiziert nach Oberst) eingesetzt. Am Bein werden Blockaden des >Nervus lumbalis und / oder >Nervus ischiadicus-Blockaden eingesetzt, neben dem Fußblock, d.h. der Blockade von Einzelnerven am Fuß oberhalb der Knöchel zur Betäubung von >Nervus peroneus superficialis (u. a.).

Warum wird dieses Anästhesieverfahren angewendet?

Für Eingriffe am Arm ist eine Allgemeinanästhesie (= Vollnarkose) häufig nicht erforderlich. Die Ausschaltung der Schmerzempfindung kann ohne Beeinträchtigung des Bewusstseins und der Spontanatmung erfolgen.

Bei Unfällen mit Brüchen des Handgelenks, des Unterarms, des Ellenbogens, des Beins oder des Fußes müssen die Patienten meist schnell operiert werden. Ein voller Magen, der vor allem bei der Einleitung einer Allgemeinanästhesie das Narkoserisiko des Patienten erhöht, stellt kein Hindernis für diese Art der Anästhesie dar.

Daneben werden Leitungsanästhesien auch im Rahmen zahnärztlicher Eingriffe (Blockade des >Nervus alveolaris inferior) eingesetzt.

Kriterien für die Klinikauswahl :

- Das Krankenhaus sollte Erfahrung mit Patienten haben, die an einem Schlafapnoesyndrom erkrankt sind und therapiert werden.
- z.B. Vorhandensein einer Hals-Nasen-Ohren-Abteilung.
- Es sollte ein Konzept für die Betreuung von Schlafapnoe-Patienten geben.
- Standardisierte Allgemeinnarkose = Vollnarkose, auf OSA-Patienten abgestimmt?
- CPAP im Aufwachraum / und auch auf der Station?

- Betreuungsdauer im Aufwachraum?
- Angebot von Regionalanästhesien?
- OP an Armen oder Beinen
- OP am Unterbauch

Was kann der Patient selber zum Gelingen der Narkose beitragen :

- Risiko mindern ! Ist immer und nicht nur vor einer OP vorteilhaft.
- ✓ Gewichtsreduktion bei Adipositas! Ist auch immer und nicht nur vor einer OP vorteilhaft.
- ✓ Gegebenenfalls: Optimierung der CPAP-Therapie mit einem Schlafmediziner.
- Mitbringen der schlafmedizinischen Befunde.
- ✓ Einschätzung der Schwere der Schlafapnoe-Erkrankung.
- ✓ Absprache mit dem Narkosearzt (CPAP-Therapiegerät).
- Am Tag der Operation:
- ✓ Eigenes CPAP-Therapiegerät und Maske mit in den OP nehmen
- ✓ Im Aufwachraum auf die optimale Lagerung für den jeweiligen Patienten achten (unter Rücksichtnahme auf den Bereich der erfolgten Operation)

Danach bedankten sich Herr Dr. Hein und Herr Schumacher bei Herrn Joß Giese und den anwesenden Teilnehmern für Ihr Interesse und beendeten dieses SSG Treffen im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT mit dem Wunsch für eine bleibende gute Gesundheit und für Alle eine sichere, unfallfreie Heimfahrt bzw. Rückkehr nach Hause bei den zur Zeit herrschenden extremen Winterwetter-Verkehrsverhältnissen.

Beginn des Treffens 19.⁰⁰ Uhr, Ende ca. 21.¹⁵ Uhr, Teilnehmerzahl: 25 Personen, die zum Teil mit ihren Familienangehörigen gekommen waren; davon 9 Patienten mit 5 Angehörigen der SSG, 6 Teilnehmer vom Krankenhaus und medizinischen Firmen; von den Teilnehmern die zum ersten Mal Gast eines Patiententreffens waren, trug sich 1 Patient in die Anwesenheitsliste ein, um auch in Zukunft weiter Informationen der SSG zu bekommen.

Für das 2. Patiententreffen in 2010, am Mittwoch 10. März 2010, 19:⁰⁰ bis 21:⁰⁰ Uhr, wird eine Einladung in das Krankenhaus Großhansdorf, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf versendet werden. Thema: "Update - kardiovaskuläre Erkrankungen und Schlafapnoe" Aktualisierungen und neue Erkenntnisse. Vortrag durch Herrn Prof.Dr.med. Helgo Magnussen, Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Krankenhauses Großhansdorf, anschließend Diskussion und Beantwortung von Fragen der Teilnehmer durch: Herrn Prof.Dr.med. H. Magnussen, Frau Dr.med. M. Oldigs, Frau Dr.med. S. Betge und Frau Dr.med P. Wagner, Schlaflabor Krankenhaus Großhansdorf.

Zur Information für die anwesenden Patienten und Teilnehmer lagen aus: "Schlafapnoe Aktuell" Fachzeitschrift Nr.29 / April 2009 - **VdK**-Fachverband Schlafapnoe. Firmen Magazin **LIFE** Nr. 4/2008 von HOFFRICHTER GmbH, Informations-Broschüre "Müdigkeit im Straßenverkehr" ADAC e. V. Ressort Verkehr München, Info-Flyer "Wieder frisch und munter", eine Information der Selbsthilfegruppen Schlafapnoe Norddeutschland, "Strahlung | Strahlenschutz" eine Information des Bundesamtes für Strahlenschutz, über niederfrequente elektrische und magnetische Felder, für die auch der Begriff "Elektrosmog" verwendet wird, Infomaterial von der Firma RESMED GmbH&Co.KG Booklet "Schlafapnoe", Informations-Broschüre "Fragen und Antworten zu Schlaf-Störungen"; Autor: Frau Dr.med. H. Beneš, Schwerin, Herausgeber: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, "Risiko Schlafmangel" Skript zur WDR-Sendereihe Quarks&Co. Soweit mein Bericht vom vierten Patiententreffen 2009, im KRANKENHAUS REINBEK ST. ADOLF-STIFT, in der Aula der Krankenpflegeschule, zusammen mit Herrn Dr.med. H. Hein, Reinbek.

Wir bedanken uns bei der Fa. LindeGasTherapeutics für die freundliche Unterstützung bei der Vervielfältigung des Protokolls und der Einladung.

Steffen Schumacher, Leiter Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek
Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.: 040/ 722 25 53, Mobil: 0176/ 4869 0287
E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de, www.schlaf-portal.de – Stichwort "Selbsthilfe"

Mit dem Schlafapnoe-Atemtherapiegerät in das Krankenhaus

Wichtige Information des Atemtherapiepatienten an das med. Personal im Krankenhaus
Information für die behandelnden Ärzte zum erforderlichen Einsatz des Atemtherapiegerätes.

Sehr geehrtes medizinisches Personal.

Ich habe eine diagnostizierte schlafbezogene Atmungsstörung und muss mein ins Krankenhaus eingebrachtes Schlafapnoe-Atemtherapiegerät nach DIN EN ISO 17510-1 regelmäßig bei stationärer Behandlung und besonders nach einer OP mit Narkose anwenden.

Sollte ich aus medizinischen Gründen nicht in der Lage sein mein Gerät zu bedienen, erwarte ich hierbei Unterstützung durch Sie. In diesem Falle, ist auch die Reinigung von Masken, Schläuchen und der Wasserwechsel im Atemluft-Anfeuchter durch Sie erforderlich.

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Anschrift des Patienten: _____

Angehörige / Tel.Nr. des Patienten: _____

Gerätetyp (z.B. CPAP, bi-level) : _____ **Modus :** _____

Hersteller : _____ **Seriennummer :** _____

Therapiedruck: _____ **mbar / hPa / cmH₂O**

Datum / Bescheinigung der letzten sicherheitstechnischen Kontrolle: _____

Lieferant / Leistungserbringer: _____

Anschrift des Lieferanten: _____

Bitte beachten Sie den erhöhten Überwachungsbedarf, durch die schlafbezogene Atmungsstörung: Bei der Verabreichung von den Muskeltonus beeinflussenden und/oder die Bewusstseinslage einschränken Medikamenten besteht, ohne Anwendung eines/meines Atemtherapiegerätes, ein hohes Risiko für mich einen gesundheitlichen Schaden zu erleiden. Zum Beispiel können die für das Verhindern der Obstruktion erforderlichen Drücke, nach der Verabreichung der entsprechenden Medikamente, höher als die im Schlaflabor ermittelten Werte sein. Zusätzlich sind respiratorische Pausen (z.B. zentrale Apnoe-Phasen) durch Medikamente oder die akut behandelte Erkrankung möglich.

Unterschrift des Patienten:

Hiermit bestätige ich, darüber informiert worden zu sein, dass o. g. Patient nach der OP mit Narkose und/oder bei stationärer Behandlung während des Schlafes das Atemtherapiegerät und die Maske - angelegt bekommen / benutzen - muss.

Behandelnder Arzt / Stationsarzt : _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anästhesist : _____ **Stationsschwester/Pfleger:** _____

Datum: _____ Unterschriften: _____

4-fache Ausfertigung:

1. Kopie für die Krankenakte (aufnehmender Arzt),
2. Kopie für die Anästhesie
3. Kopie für das Patientenzimmer zur Einsicht für das Pflegepersonal (Pflegeanamnese)
4. Kopie für den Patienten