

## Aktualisierter STOP-Bang-Fragebogen

---

Ja    Nein    **Schnarchen?**  
        **Schnarchen Sie laut** (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bett Nachbar(in) Sie nachts mit dem Ellbogen anstößt, weil Sie schnarchen)?

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

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

Ja    Nein    **Blutdruck?**  
        Haben Sie **Bluthochdruck** oder werden Sie dagegen behandelt?

Ja    Nein    **Body Mass Index über 35 kg/m<sup>2</sup>?**  
   

Ja    Nein    **Sind Sie über 50 Jahre alt?**  
   

Ja    Nein    **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    **Geschlecht = Männlich?**  
   

### Bewertungskriterien:

## **Für die allgemeine Bevölkerung**

**Niedriges OSA-Risiko:** 0-2 Fragen mit Ja beantwortet

**Mittleres OSA-Risiko:** 3-4 Fragen mit Ja beantwortet

**Hohes OSA-Risiko:** 5-8 Fragen mit Ja beantwortet

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/m<sup>2</sup>

oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + Halsumfang

(43 cm bei Männern, 41 cm bei Frauen)

Eigentum des University Health Network, weitere Informationen bei: [www.stopbang.ca](http://www.stopbang.ca)

Modifiziert nach Chung F et al. Anesthesiology 2008; 108:812-21, Chung F et al Br J Anaesth 2012; 108:768–75, Chung F et al J Clin Sleep Med Sept 2014