Landesärztekammer Thüringen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40
07707 Jena

Telefon: 03641 614-123
Fax: 03641 614-129
Internet: www.laek-thueringen.de
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de

Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung in der Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

A. Allgemeines

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

E-Mail (dienstlich): _____

Telefon (dienstlich): _____

Liegt ein gültiges Fortbildungszertifikat vor ☐ ja ☐ nein * Gültigkeitsende _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Anschrift/en der zukünftigen Weiterbildungsstätte/n

Name_____ Name_____

Abt. _____ Abt. _____

Straße _____ Straße_____

PLZ/Ort _____ PLZ/Ort_____

Name_____

Abt. _____

Straße _____

PLZ/Ort_____

Vollzeittätigkeit: ☐ ja ☐ nein * Teilzeittätigkeit: ☐ ja ☐ nein * Anzahl der Stunden / Woche: _____

niedergelassen/angestellt MVZ seit: _____ als: _____

Wenn in MVZ – Leiter des MVZ: _____

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung ☐ ja ☐ nein *

Wenn ja, mit wem: _____

_____

*** Zutreffendes ankreuzen**

B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung _____ seit _____

C. Bitte fügen Sie bei Erstantragstellung Ihren **Beruflichen Werdegang** stichwortartig als **Anlage 1** bei.

D. Struktur der fachspezifischen Einrichtung

Schlafmedizinische Abteilung* / Arbeitsbereich* / Niederlassung* Bettenzahl _____

Leiter _____

Angaben zu den Räumlichkeiten:

Wird für den Weiterbildungsassistenten ein eigner Arbeitsplatz vorgehalten ☐ ja ☐ nein *****

Anzahl Überwachungsräume _____ Größe _____ qm

Anzahl Messräume _____ Größe _____ qm

Räumlichkeiten der Schlafambulanz:

_____

_____

_____

Akustische Isolierung ☐ ja ☐ nein * Abdunkelung ☐ ja ☐ nein *

Klimatisierung ☐ ja ☐ nein *

Konsiliarische Tätigkeit / Konsiliardienste / Nachtdienste:

In welchem Abschnitt der Stufendiagnostik beanspruchen Sie Konsiliardienste?

_____

_____

_____

Von welchen Ärzten/Abteilungen werden Patienten zugewiesen?

_____

_____

_____

_____

*** Zutreffendes ankreuzen**

Wie werden Nachtwachen im Schlaflabor durchgeführt?

_____

_____

Wie ist die ärztliche Versorgung des Schlaflabors während der Nacht gewährleistet?

_____

_____

Ambulante Tätigkeit:

Gibt es eine Schlafambulanz? ☐ ja ☐ nein *

An welchen Tagen und in welchem Zeitraum wird die Schlafambulanz durchgeführt?

_____

_____

_____

E. Personelle Besetzung des Schlaflabors

Personal	Gesamt VK	Prozentuale Zeit im Schlaflabor	Aufgaben im Tag-/Nachdienst (Einbestellungen, Überwachung)
Fachärzte davon			
mit Zusatzbezeichnung			
Weiterbildungsassistenten			
Psychologen/innen			
Technik/Methodik			
MTA/Pflegepersonal			
Arzthelfer/innen/MFA			
freie Mitarbeiter/innen			
Diplomanden/innen			
Doktoranden/innen			
Praktikanten/innen			
Sonstige:			

*** Zutreffendes ankreuzen**

F. Statistische Angaben (schlafmedizinische Behandlungsfälle) (Siehe Teil 2)

G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (Siehe Teil 2)

H. Geräteliste (siehe **Anlage 2**)

I. Weiterbildung

Gibt es hausinterne Fortbildungen für Ärzte, MTA und Nachtwachen im Schlaflabor? (ggf. als Anlage beifügen) ☐ ja ☐ nein *

Art / Bezeichnung der Veranstaltung	Wochenstunden
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

K. Weiterbildungsprogramm (siehe **Anlage 3**)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

L. Vertretung (nur bei stationärer Weiterbildung)

Wer vertritt den ermächtigten Arzt im Fall seiner Verhinderung durch Urlaub, Kongresse oder Krankheit im Rahmen der Weiterbildung? (Name, Gebiet, Ort)

_____

_____

Ist die Absprache mit dem oben genannten Vertreter erfolgt? ☐ ja ☐ nein *

M. Beantragt werden

Vollumfängliche Vermittlung der gemäß Weiterbildungsordnung für das Land Thüringen vom 18.03.2020 geforderten Inhalte ☐ ja ☐ nein *

Bisher anerkannte Weiterbildungszeit _____ Monate Schlafmedizin

*** Zutreffendes ankreuzen**

Mit folgender Unterschrift erkläre ich, dass ich

1. den Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsermächtigung verbindlich stelle.

2. damit einverstanden bin, dass die LÄKT mittels E-Mail Kontakt zu mir aufnehmen kann (*bitte ankreuzen*).

☐ Ja ☐ Nein

3. damit einverstanden bin, dass die angegebene E-Mail-Adresse auf der Internetseite der LÄKT veröffentlicht wird.

☐ Ja ☐ Nein

4. der Bekanntgabe von Bescheiden und der Übermittlung anderer Dokumente der Landesärztekammer Thüringen im Mitglieder-Portal zustimme.

☐ Ja ☐ Nein

5. einverstanden bin, dass meine personenbezogenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung verarbeitet werden (Datenschutz | Landesärztekammer Thüringen). Ich wurde über mein Recht auf Widerruf informiert.

☐ Ja ☐ Nein

6. sämtliche Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend getätigt habe.

7. gleichzeitig die Zulassung meiner Organisationseinheit als Weiterbildungsstätte beantrage. Mir ist bewusst, dass hierfür Kosten entstehen können.

_____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die persönliche Weiterbildungsermächtigung vorliegen. Rechtsgrundlage ist die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Thüringens § 5 Abs. 5.

Haben Sie beigefügt?

☐ Beruflicher Werdegang
☐ Geräteliste
☐ Weiterbildungsprogramm

*** Zutreffendes ankreuzen**

Teil 2

Zeitraum vom _____ bis _____ (der letzten 12 Monate)

F. Statistische Angaben (schlafmedizinische Behandlungsfälle)

Klinik/Abteilung

Behandlungsfälle pro Jahr stationär _____

Behandlungsfälle pro Jahr ambulant _____

MVZ/vertragsärztliche Versorgung:

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal _____

Zahl der Konsultationen pro Quartal _____

An wie vielen Nächten pro Woche und mit wie vielen Geräten werden Polygraphien durchgeführt?

_____

_____

An wie vielen Nächten pro Woche und an wie vielen Plätzen wird polysomnographisch gemessen?

_____

_____

G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe **Anlage 4**)

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

*** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 2 - Geräteliste

1. Polysomnographen

Anzahl	Firma	Kanäle	Aufzeichnungsart	Archivierungsart

2. Zusatzgeräte

Anzahl	Typ	Firma	Signale

3. Die Routinemessung umfasst (bitte jeweils markieren):

	EEG	EOG	EMG	EKG
Anzahl der Kanäle (Ableitungen angeben)				

Luftfluss ☐ Nase rechts ☐ Nase links ☐ Mund ☐ Summe

Atmungsbewegung ☐ Thorax ☐ Abdomen

Oximetrie ☐ Sauerstoffsättigung ☐ Herzfrequenz

Kapnographie ☐ ja ☐ nein *

*** Zutreffendes ankreuzen**

EMG der Beine ☐ rechts ☐ links ☐ Summe

Ösophagusdruckmessung ☐ ja ☐ nein * Typ: _____

Schnarchmikrophon ☐ ja ☐ nein *

Gibt es hierzu eine akustische Aufzeichnungsmöglichkeit? ☐ ja ☐ nein *

Video ☐ Überwachung ☐ Aufnahme ☐ Videometrie

Gegensprechanlage ☐ ja ☐ nein *

Optionen ☐ Actogramm ☐ Körpertemperatur ☐ NPT

Sonstige Signale ☐

4. Sonstige Geräte:

Medizinische Verlaufsdiagnostik und Kontrollverfahren (L-EKG, L-EEG, ABDM, ACTIGRAPHIE):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

*** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 3

Hinweise (gemäß § 5 Abs. 6 WBO):

- Aufzuführen ist das gegliederte Programm für die Weiterbildung in der **Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin.**
- Das Weiterbildungsprogramm ist die individuelle Umsetzung der gemäß Richtlinie zum Inhalt der Weiterbildung geforderten Weiterbildungsinhalte in einen konkreten internen Ablaufplan für den Arzt in Weiterbildung in seiner Weiterbildungseinrichtung. Bitte stellen Sie zeitlich und inhaltlich gegliedert dar, welche Weiterbildungsinhalte in welchen Weiterbildungsabschnitten der (beantragten) Weiterbildungszeit unter Ihrer Leitung dem Arzt in Weiterbildung vermittelt werden können.
- Dieses Programm ist dem Weiterzubildenden auszuhändigen.

Weiterbildungsleiter:

Name _____

Weiterbildungsprogramm (Ablauf/Rotationsplanung):

Inhaltliche Gliederung	ggf. Angaben zum Zeitraum, in dem die jeweiligen Inhalte vermittelt werden

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift/Stempel

*** Zutreffendes ankreuzen**

Anlage 4

Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung/ Jahr
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin			
Physiologie und Pathophysiologie von Schlaf und Wachheit			
Schlaf-Wach-Regulation einschließlich chronobiologischer Grundlagen			
Atmungsregulation im Schlaf			
Altersspezifische Besonderheiten bei Schlafstörungen, insbesondere pädiatrische und geriatrische Aspekte			
Genderspezifische Besonderheiten bei Schlafstörungen			
Beeinflussung von Schlafen und Wachen z. B. durch Neuropeptide, Hormone, Verhalten, Reisen, Medikamente			
Pharmakologie von Substanzen mit schlafanstoßender und schlafstörender Wirkung einschließlich Hypnotika sowie deren Missbrauch			
Grundlagen der schlafmedizinischen Gutachtenerstellung			
	Beurteilung der Fahreignung bei Schlafstörungen		
	Beurteilung des Grades der Behinderung und Erwerbsfähigkeit bei Schlafstörungen		
Insomnien			
Formen, Ursachen, Differentialdiagnose, Komorbiditäten und Prävention von Insomnien			
Inadäquate Schlafhygiene			
	Schlafprotokoll, Fragebögen zur Erfassung insomnischer Symptome		
Grundlagen der Insomnie spezifischen Verhaltenstherapie (Cognitive behavorial therapy for insomnia, CBT-I)			
Grundlagen der verhaltensbedingten Insomnie bei Kindern			

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung/ Jahr
	Behandlung von Patienten mit Insomnie, insbesondere		
	- medikamentöse Stufentherapie		
Schlafbezogene Atmungsstörungen			
Epidemiologie, Risikofaktoren, Symptomatik, Differentialdiagnose, Prognose, kardiovaskuläre, verkehrsmedizinische und arbeitsmedizinische Konsequenzen sowie Therapieoptionen der folgenden Erkrankungen			
- obstruktives Schlafapnoesyndrom einschließlich Schnarchen			
- zentrales Schlafapnoesyndrom einschließlich Cheyne-Stokes Atmung			
- Obesitas-Hypoventilationssyndrom			
- primäre und kongenitale schlafbezogene Hypoventilationssyndrome			
- schlafbezogene Hypoventilationssyndrome bei neuromuskulären, muskuloskelettalen, pulmonalparenchymatösen, pulmonalvaskulären oder extrapulmonalen Erkrankungen			
- primäre Säuglingsschlafapnoe			
- obstruktive Schlafapnoe bei Kindern			
	Screening zur Erfassung schlafbezogener Atmungsstörungen mittels Fragebögen		
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von nächtlicher Oxymetrie und Blutgasanalysen, insbesondere bei Hyperkapnie im Wachen und im Schlaf, bei schlafbezogenen Atmungsstörungen		
	Indikationsstellung und Therapie mit Positivdruckverfahren, Nicht-Positivdruckverfahren, Allgemeinmaßnahmen, z. B. Unterkiefer-Protrusionsschienen		
	Beratung und Betreuung von Patienten bezüglich operativer Therapie, insbesondere zu Eingriffen im HNO- und MKG-Bereich		
Myofunktionelle Therapieoptionen einschließlich der Indikation und Abgrenzung der Ventilationstherapie			

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung/ Jahr
	Nächtliche Überdrucktherapie-Titration einschließlich Evaluation des Behandlungsergebnisses, z. B. CPAP, APAP, Bilevel, adaptive Servo-Ventilation		
Hypersomnien			
Narkolepsie			
Verhaltensinduziertes Schlafmangelsyndrom sowie andere Hypersomnien zentralen Ursprungs			
	Testverfahren zur Erfassung und Objektivierung von Vigilanzstörungen, Tagesmüdigkeit und Tagesschläfrigkeit bei Hypersomnien, z. B. mittels Selbstbeurteilung, multiplem Schlaflatenztest, multiplem Wachbleibetest, Vigilanztest		
	Pharmakologische und nicht-pharmakologische Differentialtherapie der Hypersomnie und Narkolepsie		
	Behandlung von Patienten mit Narkolepsie mit und ohne Kataplexie einschließlich Hypersomnie		
Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen			
Primäre Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen			
	Beurteilung der Eignung/Nichteignung für Schichtarbeit		
	Verhaltensberatung bei Jetlag, verzögerter Schlafphase und anderen zirkadianen Störungen		
	Durchführung von Aktigraphie, Schlafprotokoll, Fragebögen bei zirkadianen Schlaf-WachRhythmusstörungen		
	Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie bei zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen		
Lichttherapie			
Parasomnien			
Mentale Inhalte im Schlaf, z. B. Träume			
Non-REM-Parasomnien, z. B. Somnabulismus, Pavor nocturnus, Confusional arousal, Sleep related eating			
REM-Parasomnien, z. B. Rapid-eye-movementSchlaf Verhaltensstörungen, Albträume, Schlafparalyse			

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung/ Jahr
REM-Sleep Behaviour Disorder mit besonderer Relevanz für neurologische Erkrankungen			
Non-REM-Parasomnien und REM-Parasomnien bei Kindern			
Differentialdiagnose und Therapieoptionen bei Parasomnie, auch bei Kindern			
Grundlagen der Albtraumtherapie			
Präventive Maßnahmen bei Somnabulismus			
	Bewertung und Therapie bei Somnabulismus		
	Differentialtherapie der REM-Verhaltensstörungen		
Schlafbezogene Bewegungsstörungen			
Normale Motorik im Schlaf			
Rhythmische Bewegungsstörungen im Schlaf, Restless Legs Syndrom und Periodic Limb Movements in Sleep			
	Schweregradabschätzung und Therapieindikation bei rhythmischen Bewegungsstörungen im Schlaf		
	Dopaminerge Therapie, Therapieeskalation gemäß Schweregrad		
Schlafstörungen bei anderen Erkrankungen			
Schlafstörungen bei neurologischen, pneumologischen und psychiatrischen Erkrankungen			
Schlafstörungen bei körperlichen Erkrankungen			
Schlafstörungen bei psychischen Erkrankungen und Demenz			
Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie Arzneimittelmissbrauch bei der Behandlung von Schlafstörungen bei anderen Erkrankungen mit Hypnotika			
	Therapie von Schlafstörungen bei anderen Erkrankungen mit Hypnotika einschließlich Indikationen und Kontraindikationen		
	Prävention und nicht-medikamentöse Therapie von Schlafstörungen bei anderen Erkrankungen		
CO^2-Antworttest			

*** Zutreffendes ankreuzen**

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	**Handlungskompetenz** Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung/ Jahr
Apparativ-diagnostische Verfahren			
Standardapplikation der Polysomnographie			
	Durchführung und kontinuierliche Überwachung von Polysomnographien		
Klassifikation der Schlafstadien und Ereignisse nach Standard-Empfehlungen			
	Interpretation und Befunderstellung von Polysomnographien		
Kardiorespiratorische Polygraphie			
	Interpretation und Befunderstellung von Polygraphien		
Pupillographischer Schläfrigkeitstest			
Aktimetrie			
Langzeitpulsoximetrie			

*** Zutreffendes ankreuzen**