

## Abschließender Bericht des Leiters\* Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Schlafmedizin

Die Beurteilung ist wahrheitsgemäß und vollständig auszufertigen und kann sowohl vom Leiter als auch ggf. vom stellv. Leiter der Zusatzqualifikation unterzeichnet werden.

**Bestätigung der Kenntnisnahme:** bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben kann dem Antragsteller die Zusatzqualifikation rückwirkend aberkannt werden!

### Angaben zum Kandidaten\* und zur Stätte:

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> divers
Titel, Vorname, Name	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geburtsland (falls nicht Deutschland)	
Position	
Name der Qualifizierungsstätte	
Abteilung	
Straße, PLZ und Ort	
Anerkennung der Stätte seit	
Leiter der Zusatzqualifikation	
Stellv. Leiter der Zusatzqualifikation (optional)	

### Angaben zur Qualifizierung:

Beantragte Stufe	<input type="checkbox"/> Stufe 1 <input type="checkbox"/> Stufe 2 <input type="checkbox"/> Stufe 3
------------------	--

**Hinweis**

Vollzeit = mind. 38,5 Std. / Woche  
 Teilzeit = mind. 50 % einer Vollzeitstelle

*Kandidaten wird die Möglichkeit der Absolvierung des Programms in Teilzeit eingeräumt. Ein Wechsel von Teilzeit zu Vollzeit oder umgekehrt ist möglich. Wird das Programm in Teilzeit absolviert, verlängert sich die minimale Dauer der Blöcke für die jeweiligen Stufen des Curriculums entsprechend. Eine Verlängerung der max. Dauer der Programmteilnahme ist damit nicht verbunden.*

Wechsel der Stätte

Sollten Sie während der Qualifizierungszeit die Stätte wechseln, beginnen Sie bitte ein neues Dokument *Abschließender Bericht des Leiters*. Die Zeiten werden entsprechend addiert und angerechnet.

Qualifizierungszeitraum	von                      bis Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Angabe in Std./Woche
Unterbrechung der Qualifizierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	von                      bis Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Angabe in Std./Woche  von                      bis Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Angabe in Std./Woche  von                      bis Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Angabe in Std./Woche
*Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet.	

## Stufe 1

### Qualifizierungsziele und Mindestzahlen

Erwerb von Grundkenntnissen in den Bereichen

- Definition, Subtypen und Schweregradeinteilung schlafbezogener Atmungsstörungen bei kardiovaskulären Erkrankungen
- Pathophysiologie schlafbezogener Atmungsstörungen und Auswirkungen auf das kardiovaskuläre System
- Indikationsstellung, Durchführung und Interpretation von klinischen und vereinfachten apparativen diagnostischen Verfahren zur Stellung der Verdachtsdiagnose schlafbezogene Atmungsstörung
- Allgemeine Kenntnisse zu Therapieverfahren für verschiedene Formen schlafbezogener Atmungsstörungen bei kardiologischen Patienten
- Erkennen von Hinweisen und Prätestwahrscheinlichkeiten für schlafbezogene Atmungsstörungen aus üblichen kardiovaskulären Diagnostiken (Langzeitblutdruckmonitoring, Langzeit-EKG, Echokardiographie, Schrittmacher-/ICD-/CRT-Kontrollen, Spiroergometrie etc.)
- Mitbetreuung von mindestens 50 Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörungen (SBAS)

Alle Anforderungen erfüllt  Ja  Nein

Kommentar des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation (optional)

### Mindestzeiten

max. Qualifizierungszeitraum: 24 Monate

Anforderung der Qualifizierungszeit erfüllt  Ja  Nein

Ergänzung des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation (optional)

## Stufe 2

### Qualifizierungsziele und Mindestzahlen

- Indikationsstellung zur Durchführung einer kardiorespiratorischen Polygraphie oder kardiorespiratorischen Polysomnographie bei Verdacht auf Vorliegen schlafbezogener Atmungsstörungen
- Selbstständiges Anlegen und Durchführung von vereinfachten diagnostischen Verfahren (z. B. 2-Kanal-Systeme, Langzeit-EKG-Systeme)
- Selbstständiges Anlegen und Durchführung einer kardiorespiratorischen Polygraphie
- Selbstständige Auswertung und Interpretation verschiedener vereinfachter diagnostischer Verfahren zur Stellung der Verdachtsdiagnose schlafbezogene Atmungsstörung
- Selbstständige Auswertung und Interpretation einer Diagnostik mittels kardiorespiratorischer Polygraphie
- Indikationsstellung für eine weiterführende Diagnostik in einem schlafmedizinischen Zentrum (z. B. Differenzialdiagnostik Insomnie, Narkolepsie und REM-schlafbezogene Verhaltensstörung)
- Befundvermittlung an den Patienten unter Berücksichtigung psychosozialer und rechtlicher Aspekte
- Selbstständiges Abfragen von implantierbaren Devices zur Erkennung schlafbezogener Atmungsstörungen
- Selbstständiges Auslesen und Interpretation von Speichern implantierter bzw. nicht implantierter Therapiesysteme
- Dokumentation von 30 schlafmedizinischen Fällen einschließlich Anamnese, Diagnostik und Therapieeinleitung
- 30 Polygraphien selbstständig
- Befundung von 30 Polysomnographien unter Anleitung / Supervision, davon mindestens 10 Polygraphien / Polysomnographien mit obstruktiver Schlafapnoe und 10 Polygraphien / Polysomnographien mit zentraler Schlafapnoe;
- 10 Therapiekontrollen (Geräteauslesung, Polygraphie oder Polysomnographie) bei Patienten mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung

Alle Anforderungen erfüllt  Ja  Nein

Kommentar des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation (optional)

### Mindestzeiten

min. Qualifizierungszeitraum: 2 Wochen in Vollzeit (bei Teilzeit [mind. 50 % einer Vollzeitstelle] entsprechend mehr)

max. Qualifizierungszeitraum: 3 Monate

Die Absolvierung in Blöcken mit einer Minimalzeit von 2 x 1 Woche in Vollzeit (bei Teilzeit entsprechend länger) ist möglich

Anforderung der Qualifizierungszeit erfüllt  Ja  Nein

Ergänzung des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation (optional)

### Stufe 3

#### Qualifizierungsziele und Mindestzahlen

- Selbstständige Auswertung und Interpretation einer Diagnostik und Therapieeinleitung mittels kardiorespiratorischer Polygraphie und/oder Polysomnographie
- Selbstständige Indikationsstellung und Differenzialindikationen für verschiedene Therapieverfahren bei schlafbezogenen Atmungsstörungen einschließlich komplexer Fälle
- Sicheres Beherrschen von Konfigurationen und praktischer Handhabung üblicher Therapieverfahren (z. B. CPAP, BiPAP, ASV, NIV)
- Selbstständige Auswertung und Interpretation einer Therapieeinleitung von schlafbezogenen Atmungsstörungen bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen mittels kardiorespiratorischer Polygraphie und/oder Polysomnographie
- Management von Therapieeinleitung, Therapieoptimierung und Therapiekontrollen inklusive Nebenwirkungen und Komplikationen
- Selbstständige Auswertung und Interpretation einer Therapieüberprüfung von schlafbezogenen Atmungsstörungen bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen mittels kardiorespiratorischer Polygraphie und/oder Polysomnographie
- Indikationsstellung für eine weiterführende Differenzialdiagnostik in einem schlafmedizinischen Zentrum
- Selbstständige Erhebung und Interpretation von invasiven und nichtinvasiven Hämodynamik befunden bei kardiologischen Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen mit und ohne Therapie

- Durchführung von mindestens 150 schlafmedizinischen Untersuchungen ( $\geq 100$  diagnostische Polysomnographien,  $\geq 50$  Polysomnographien zur Einleitung einer Positivdrucktherapie). Von diesen 150 Untersuchungen müssen alle selbstständig befundet worden sein einschließlich Anamnese, Untersuchung, Befundung der schlafmedizinischen Untersuchung, Therapieeinleitung und Nachsorgeempfehlung.

Alle Anforderungen erfüllt  Ja  Nein

Kommentar des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation (optional)

#### Mindestzeiten

min. Qualifizierungszeitraum: 6 Monate  
max. Qualifizierungszeitraum: 24 Monate

Für Stufe 3 ist eine Absolvierung der Qualifizierung in Blöcken von jeweils 3 Monaten in Vollzeit (bei Teilzeit ebenfalls entsprechend länger) möglich.

Anforderung der Qualifizierungszeit erfüllt  Ja  Nein

Ergänzung des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation (optional)

**Ergänzende Beurteilung (optional)**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Kandidat alle Lerninhalte und Lernziele für die beantragten Teilbereiche, veröffentlicht in Der Kardiologe 2021· 15: 480-494 DOI 10.1007/s12181-021-00499-0 einschließlich aller zum Zeitpunkt der Antragstellung publizierten Addenda und Errata, erfüllt.

---

Ort/ Datum

---

Unterschrift des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation