

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

43. Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Definition	<p>Die Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Klassifikation und Behandlung von Störungen der Schlaf-Wach-Regulation und schlafbezogenen Störungen.</p> <p>Die Zusatz-Weiterbildung vermittelt zusätzliche gebietserweiternde Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten.</p>
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> - Facharztanerkennung für Allgemeinmedizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Pneumologie, Lungen- und Bronchialheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie <p>und zusätzlich auch berufsbegleitend</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schlafmedizin gemäß Weiterbildungsinhalten unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten in Schlafmedizin <p>Die berufsbegleitende Weiterbildung kann durch 12 Monate Weiterbildung unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten in Schlafmedizin ersetzt werden.</p>

Übergangsbestimmung:

§ 22 Abs. 5 findet keine Anwendung.

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt C								
1. Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin								
Physiologie und Pathophysiologie von Schlaf und Wachheit				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Schlaf-Wach-Regulation einschließlich chronobiologischer Grundlagen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Atmungsregulation im Schlaf				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Altersspezifische Besonderheiten bei Schlafstörungen, insbesondere pädiatrische und geriatrische Aspekte				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Genderspezifische Besonderheiten bei Schlafstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Beeinflussung von Schlafen und Wachen z. B. durch Neuropeptide, Hormone, Verhalten, Reisen, Medikamente				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Pharmakologie von Substanzen mit schlafanstoßender und schlafstörender Wirkung einschließlich Hypnotika sowie deren Missbrauch				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Grundlagen der schlafmedizinischen Gutachtererstellung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beurteilung der Fahreignung bei Schlafstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beurteilung des Grades der Behinderung und Erwerbsfähigkeit bei Schlafstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Insomnien								
Formen, Ursachen, Differentialdiagnose, Komorbiditäten und Prävention von Insomnien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Inadäquate Schlafhygiene				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Schlafprotokoll, Fragebögen zur Erfassung insomnischer Symptome					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Insomnie spezifischen Verhaltenstherapie (Cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der verhaltensbedingten Insomnie bei Kindern				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Patienten mit Insomnie, insbesondere	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	- medikamentöse Stufentherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schlafbezogene Atmungsstörungen								
Epidemiologie, Risikofaktoren, Symptomatik, Differentialdiagnose, Prognose, kardiovaskuläre, verkehrsmedizinische und arbeitsmedizinische Konsequenzen sowie Therapieoptionen der folgenden Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- obstruktives Schlafapnoesyndrom einschließlich Schnarchen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- zentrales Schlafapnoesyndrom einschließlich Cheyne-Stokes Atmung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- Obesitas-Hypoventilationssyndrom				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- primäre und kongenitale schlafbezogene Hypoventilationssyndrome				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
- schlafbezogene Hypoventilationssyndrome bei neuromuskulären, muskuloskelettalen, pulmonalparenchymatösen, pulmonalvaskulären oder extrapulmonalen Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- primäre Säuglingsschlafapnoe				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
- obstruktive Schlafapnoe bei Kindern				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Screening zur Erfassung schlafbezogener Atmungsstörungen mittels Fragebögen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von nächtlicher Oxymetrie und Blutgasanalysen, insbesondere bei Hyperkapnie im Wachen und im Schlaf, bei schlafbezogenen Atmungsstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Therapie mit Positivdruckverfahren, Nicht-Positivdruckverfahren, Allgemeinmaßnahmen, z. B. Unterkiefer-Protrusionsschienen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Beratung und Betreuung von Patienten bezüglich operativer Therapie, insbesondere zu Eingriffen im HNO- und MKG-Bereich					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myofunktionelle Therapieoptionen einschließlich der Indikation und Abgrenzung der Ventilationstherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Nächtliche Überdrucktherapie-Titration einschließlich Evaluation des Behandlungsergebnisses, z. B. CPAP, APAP, Bilevel, adaptive Servo-Ventilation	15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hypersomnien								
Narkolepsie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Verhaltensinduziertes Schlafmangelsyndrom sowie andere Hypersomnien zentralen Ursprungs				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Testverfahren zur Erfassung und Objektivierung von Vigilanzstörungen, Tagesmüdigkeit und Tagesschläfrigkeit bei Hypersomnien, z. B. mittels Selbstbeurteilung, multiplem Schlaflatenztest, multiplem Wachbleibetest, Vigilanztest	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Pharmakologische und nicht-pharmakologische Differentialtherapie der Hypersomnie und Narkolepsie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Patienten mit Narkolepsie mit und ohne Kataplexie einschließlich Hypersomnie	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen								
Primäre Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beurteilung der Eignung/Nichteignung für Schichtarbeit					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verhaltensberatung bei Jetlag, verzögerter Schlafphase und anderen zirkadianen Störungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung von Aktigraphie, Schlafprotokoll, Fragebögen bei zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie bei zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichttherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
6. Parasomnien								
Mentale Inhalte im Schlaf, z. B. Träume				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Non-REM-Parasomnien, z. B. Somnambulismus, Pavor nocturnus, Confusional arousal, Sleep related eating				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
REM-Parasomnien, z. B. Rapid-eye-movement-Schlaf Verhaltensstörungen, Alpträume, Schlafparalyse				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
REM-Sleep Behaviour Disorder mit besonderer Relevanz für neurologische Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Non-REM-Parasomnien und REM-Parasomnien bei Kindern				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Differentialdiagnose und Therapieoptionen bei Parasomnie, auch bei Kindern				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen der Alptraumtherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Präventive Maßnahmen bei Somnambulismus				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Bewertung und Therapie bei Somnambulismus					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
	Differentialtherapie der REM- Verhaltensstörungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schlafbezogene Bewegungsstörungen								
Normale Motorik im Schlaf				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Rhythmische Bewegungsstörungen im Schlaf, Restless Legs Syndrom und Periodic Limb Movements in Sleep				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Schweregradabschätzung und Therapieindikation bei rhythmischen Bewegungsstörungen im Schlaf					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dopaminerge Therapie, Therapieeskalation gemäß Schweregrad					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schlafstörungen bei anderen Erkrankungen								
Schlafstörungen bei neurologischen, pneumologischen und psychiatrischen Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen bei körperlichen Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen bei psychischen Erkrankungen und Demenz				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie Arzneimittelmissbrauch bei der Behandlung von Schlafstörungen bei anderen Erkrankungen mit Hypnotika				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Therapie von Schlafstörungen bei anderen Erkrankungen mit Hypnotika einschließlich Indikationen und Kontraindikationen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prävention und nicht-medikamentöse Therapie von Schlafstörungen bei anderen Erkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CO ² -Antworttest				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
9. Apparativ-diagnostische Verfahren								
Standardapplikation der Polysomnographie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Durchführung und kontinuierliche Überwachung von Polysomnographien	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klassifikation der Schlafstadien und Ereignisse nach Standard-Empfehlungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Interpretation und Befunderstellung von Polysomnographien	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Kardiorespiratorische Polygraphie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Interpretation und Befunderstellung von Polygraphien	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pupillographischer Schläfrigkeitstest				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Aktimetrie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Langzeitpulsoximetrie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten