

SELBSTEVALUIERUNGSBOGEN

Der Selbstevaluierungsbogen ist vom designierten Leiter des Schlaflabors auszufüllen und zu unterfertigen.

Ausfüllhilfe: Fragen, die nicht eindeutig zu beantworten sind, bitte generell mit „???“ (ggf. am Ende einer Texteingabe) einzutragen. Bei Nicht-zutreffen bitte „N/A“ einsetzen. Bei Antworten, die eine Suggestivfrage darstellen, bitte ein X bei „zutreffend“ eintragen, sonst freilassen. Bei Mehrfachantworten (MFA) können alle zutreffenden Angaben angegeben werden. „QN“ bedeutet Qualifikationsnachweis (spezielle Ausbildung in Schlafmedizin mit abschließender Prüfung).

ANTRAG gestellt für

- Zertifizierung erstmalig
- Re-Zertifizierung (Mängel)
- Routinemäßige Reevaluierung

Ausgefüllt von (SL-Leitung, Titel, Name):

Ort, Datum

Unterschrift & Stempel

A. Stammdaten

Krankenanstalt: _____

Adresse: _____

Abteilung, der das Schlaflabor (SL) zugeordnet ist: _____

Lokalisation im Gebäude: _____

B. Kontaktdaten

Telefonischer Kontakt (überwiegend, MFA)

Schlaflabor _____

Eigenes Sekretariat des Schlaflabors _____

Allgemeines Sekretariat _____

Anmeldung der Patienten (MFA)

Durch den Zuweiser _____ %

Durch den Patienten _____ %

Anmeldemodalität (überwiegend, MFA)

Telefonisch _____ %

Fax _____ %

E-Mail _____ %

Postalisch _____ %

Bei Fragestellung SBAS:

In wieviel % gibt es eine verwertbare Polygraphie _____ %

Terminvergabe (überwiegend)

Allgemeines Abteilungs-Sekretariat

Allgemeine Ambulanz der Abteilung

Eigenes Sekretariat des Schlaflabors

Im Schlaflabor selbst

Terminvergabe (Wartezeit) Zeitraum (Wochen) _____ min _____ max

Befundversand (Wochen) _____ min _____ max

Schwerpunkt des SL (überwiegend)

Neurologisch

Psychiatrisch

Kardio-respiratorisch

Pädiatrisch

HNO

Sonstiges _____

C. Statistik

Zuweisungsfragestellungen (MFA)

Neurologisch (zB Narkolepsie) _____ %
 Psychiatrisch (zB Schlaf-Wach-Störungen) _____ %
 Kardio-respiratorisch / SBAS _____ %
 Pädiatrisch _____ %
 HNO / Rhonchopathie _____ %
 Sonstiges _____ %

Anzahl der vollständig ausgestatteten PSG-Plätze _____

Zusätzliche nicht vollständig ausgestattete / mobile Untersuchungsplätze _____

Fallzahlen (PSG) im letzten ganzen Kalenderjahr _____

Fallzahlen MSLT / MWT _____

(falls darstellbar) wieviel % der PSGs waren Männer _____ %

Anzahl der Ärzte im Stammpersonal (STP) mit (geplantem) QN insgesamt / maximal _____

Anzahl des nicht-ärztlichen Stammpersonals (NSTP) mit (geplantem) QN _____

Anzahl weiterer Mitarbeiter (ohne angestrebtem QN) _____

Ist im Nachtdienst regelmäßig zumindest eine nicht-ärztliche Fachkraft mit QN,
 durchgehend und ausschließlich für das SL tätig, anwesend Ja / Nein

Ist die Überwachungseinheit (Aufzeichnungshardware / Arbeitsplatz) in Rufweite der Patienten Ja / Nein

Ist der Weg zum Schlaflabor gut beschildert..... Ja / Nein

Gibt es einen Warteraum / Aufenthaltsraum für die SL-Patienten

Ausschließlich für SL-Patienten (angrenzend an das SL)

Allgemein zugänglich (zumeist nicht angrenzend)

Kein designierter Warteraum oder lediglich Cafeteria

(Ab) wann werden ambulante Pat. am Tag der Untersuchung eingeladen zu kommen _____ Uhr

Ab wann verlassen die Patienten nach der PSG das Schlaflabor _____ Uhr

D. Personal

Ärztliche Mitarbeiter Stammpersonal mit (angestrebtem) QN

Berufstitel/Position	Name	Geschlecht	QN (X/-)	Stunden/Wo im SL	im SL tätig (Jahre)

Nicht-ärztliche Mitarbeiter Stammpersonal mit (angestrebtem) QN

Berufstitel	Fach	Name	Geschlecht	im SL tätig (Jahren)	vertragl. Arbeitszeit	Std./Wo im SL	QN (X/-)

Weitere Mitarbeiter (ohne QN)

Berufstitel	Fach	Name	Geschlecht	im SL tätig (Jahren)	vertragl. Arbeitszeit	Std./Wo im SL

E. Räumlichkeiten

Sind alle PSG-Plätze

Voneinander räumlich getrennt.....	Ja /	Nein
Schallabgeschirmt.....	Ja /	Nein
Abdunkelbar	Ja /	Nein
Belüftungsfähig/temperierbar	Ja /	Nein
Mindestens 8 m ² groß.....	Ja /	Nein
Für Tagesmessungen (MSLT, MWT) geeignet (Anzahl).....	Ja /	Nein
Mit Kamera (Zoom, remote schwenkbar) ausgestattet.....	Ja /	Nein
Mit ausreichenden sanitären Räumlichkeiten verbunden (Dusche, Waschbecken, WC, Einzelposition oder geschlechtsgetrennt, nur für die PSG-Patienten verfügbar).....	Ja /	Nein
Getrennt von den Überwachungsplätzen des Personals.....	Ja /	Nein
Als Schlafabteilung räumlich von anderen Stationen getrennt (eigene Einheit).....	Ja /	Nein
Mit einer Gegensprechanlage und Schwesternruf bzw. Lichtsteuerung ausgestattet.....	Ja /	Nein
Für die Biosignaleichung tauglich		
Sind die Arbeitsplätze ergonomisch ausgestattet.....	Ja /	Nein
Gibt es angrenzende Personalräume / Spinde	Ja /	Nein
Gibt es die Möglichkeit Speisen und Getränke für das Überwachungspersonal abzustellen / zu konsumieren, ohne dass der Arbeitsbereich verlassen werden muss.....	Ja /	Nein
Befinden sich im Überwachungsraum alle erforderlichen Gerätschaften für die Überwachung der Patienten / Signale (inkl. Remote-Kontrollen)	Ja /	Nein
Ist ein ungestörtes Arbeiten für das Personal für Überwachen und Auswertung mit freier Zeitwahl gewährleistet	Ja /	Nein

F. Apparative Ausstattung

Entspricht die apparative Ausstattung (Messgeräte) generell den aktuellen Standards für eine kontinuierliche Signalableitung / -aufzeichnung / -auswertung Ja / Nein

Minimalanforderungen (AASM Kriterien)

6 EEG-Ableitungen	Ja /	Nein
Seitengetrennte EOG Ableitungen.....	Ja /	Nein
EMG mentalis oder submentalis	Ja /	Nein
Atemexkursionen (thorakal + abdominal)	Ja /	Nein
Atemfluss (Thermo _____ / Staudruck _____).....	Ja /	Nein
Sauerstoffsättigung	Ja /	Nein
Kapnographie.....	Ja /	Nein
Mikrofon.....	Ja /	Nein
EKG Ableitung	Ja /	Nein
M. tibialis EMG bds.....	Ja /	Nein
Archivierung gewährleistet.....	Ja /	Nein
Transformierung in EDF	Ja /	Nein
Manuale vorhanden.....	Ja /	Nein
Personal eingeschult (durch Vertriebsfirmen)	Ja /	Nein

PSG- Soft- und Hardware: Firma und Model eintragen: _____

Aktualisierung der verwendeten PSG-Software: dzt. Stand (Datum eintragen): _____

G. Strukturelle Voraussetzungen

Sekretariat für Arztbriefe: Eigenes im SL Abteilungssekretariat

Eigenes SL-Sekretariat für Anmeldung, Terminplanung, Patientenmanagement:

Schlafambulanz Ja / Nein wieviel Stunden/Woche _____

Betrieb Schlafambulanz:

Wochentag	Uhrzeit
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
Samstag	
Sonntag	

Anteil der in der Schlafambulanz gesehenen Patienten
vor der PSG _____ %
nach der PSG _____ %

- Ist der schlafmedizinisch betreuende Arzt dem SL bekannt? Ja / Nein
- Ist eine mögliche Schlafzeit von 8 Std. ab Licht-Aus gewährleistet?..... Ja / Nein
- Gibt es eigene Lagerräume z.B. für CPAP Geräte?..... Ja / Nein
- Werden andere Diagnosen außer SBAS auch gestellt?..... Ja / Nein
- Gibt es einen Abend- und Morgenfragebogen?..... Ja / Nein
- Werden Schlaftagebücher bereitgestellt und ausgewertet? Ja / Nein
- Wird die ESS routinemäßig abgefragt?..... Ja / Nein
- Gibt es noch andere Fragebögen?..... Ja / Nein
- Werden telemetrische Abfragen implementiert?..... Ja / Nein
- Gibt es telefonische Besprechungen (bes. in der COVID-Zeit)?..... Ja / Nein
- Gibt es eine Videokonferenzeinrichtung für eine Patientenbesprechung?..... Ja / Nein
- Ist ein permanenter ärztlicher Dienst abrufbar während der PSG-Untersuchungszeit?..... Ja / Nein
- Wird eine Aktimetrie durchgeführt (bei bes. Fragestellungen)? Ja / Nein
- Werden die Befunde im pdf-Format (oder ähnlichem) abgespeichert,
und sind somit rasch aus dem Archiv abrufbar?..... Ja / Nein
- Werden Einzelbefunde (nur PSG ohne Anamnese) durchgeführt?..... Ja / Nein
- Werden üblicherweise komplette Arztbriefe mit Anamnese, Medikamente, Diagnosen und
Therapieempfehlungen /Management (nachfolgend empfohlene Untersuchungen) erstellt?..... Ja / Nein
- Werden Patienten in der Schlafambulanz auch öfters gesehen? Ja / Nein
- Ist ein ärztliches Gespräch Schlafmediziner – Patient nach der PSG gewährleistet? Ja / Nein
- Liegt eine vertragliche Vereinbarung zum Zeitpunkt der Begehung vor?..... Ja / Nein
- Wurde die Zahlungsaufforderung zur Begehung bereits erledigt? Ja / Nein
- Gibt es eine Zustimmung für die Veröffentlichung der bekanntgegebenen bzw. erstellten Daten? Ja / Nein
- Werden für das nicht-ärztliche Personal interne Fortbildungen abgehalten (1-2/Jahr)? Ja / Nein
- Werden von Ärzten und nicht-ärztlichem Personal Fortbildungsveranstaltungen regelmäßig
besucht und dokumentiert (mindestens 1x/Jahr)? Ja / Nein