



Checkliste zur Qualitätssicherung der DGSM

Vorwort

Die Basis für die Beurteilung stellen die jeweils vorliegenden nationalen und internationalen Empfehlungen und Leitlinien (u. a. der DGSM, AASM, ERS, EFNS) der wissenschaftlichen Fachgesellschaften dar, soweit diese noch aktuell sind. Die Beurteilung richtet sich auch nach den gesundheitspolitischen Bedingungen (z. B. BUB-Richtlinie, DRG Standards, German Appropriateness Evaluation Process GAEP).

Allgemeine Hinweise:

Bitte lesen die Checkliste bzw. die Erläuterungen zu den Einzelpunkten der Checkliste aufmerksam durch. Die Beurteilung erfolgt ab sofort in diesem sowie in den weiteren nun regelmäßig folgenden Durchgängen allein anhand des pseudonymisierten Entlassungsberichts und der mitzuschickenden Nachtprotokolle (Protokoll-Muster siehe Anlage). Vollständige Akten werden nicht mehr begutachtet.

Wir bitten daher alle teilnehmenden Labore, die geforderten Parameter der Checkliste in die Entlassungsberichte zu übernehmen. Lediglich die Polysomnographie-Parameter können als Anlage dem Entlassungsbericht beigelegt werden, sofern dies dem Standard des Labors entspricht. Diese Parameter müssen aber im Bericht bewertet werden. Für Patienten, die bereits die Stufen 1-3 und ggf. auch Stufe 4 (Diagnostik) der BUB-Richtlinie durchlaufen haben, muss im Entlassungsbericht eine kurze diesbzgl. Stellungnahme erfolgen.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir nur auf die Angaben im Bericht zurückgreifen können und entsprechend keine andere Möglichkeit haben zu prüfen, ob bestimmte Untersuchungen vor oder während des Klinikaufenthalts durchgeführt worden sind bzw. – je nach Fall – empfohlen wurden.

Anamnese		vorhanden	nicht vorhanden	bereits extern durchgeführt
1.	Allg. Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Spezifische Anamnese			
2a	in der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2b	am Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Organische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Psychische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Vegetative Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Psychosoziale Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Risikofaktoren/Suchtanamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Bisherige Maßnahmen / Differentialdiagnose diskutiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Hinweise zur Beurteilung der im Entlassungsbrief dargestellten Anamnese:

Als „vorhanden“ wird ein Kriterium dann codiert, wenn hierzu für den jeweiligen Fall ausreichende Angaben im Entlassungsbericht existent sind. Ist der Patient bereits ambulant vordiagnostiziert und wird auf diese Befunde verwiesen, so wird das Kriterium als „extern durchgeführt“ codiert. Wird weder auf Vorbefunde verwiesen und finden sich keine eigenen Angaben, so muss „nicht vorhanden“ codiert werden. **Der Verweis auf Vorbefunde ist auch obligat für Fälle, die nach BUB-Richtlinie bereits die Stufen 1-3 durchlaufen haben, dabei reicht aber ein kurzer entsprechender Satz.**

1. **Allgemeine Anamnese:**
Hier werden Angaben zu Vorerkrankungen und zum Familien-, Sozial-/Berufsstatus erwartet.
2. **Spezielle Anamnese / Schlafanamnese, Schlafverhalten: Beschwerden / Störungsverlauf:** Hier wird eine chronologische Darstellung des Krankheitsverlaufs der zur Einweisung führenden Erkrankung oder sonstiger Begleit- oder Folgeerkrankungen der im Vordergrund stehenden Problematik sowie – in Abhängigkeit von spezifischen Fall - eine Aussage zu möglichen auslösenden Faktoren erwartet (z.B. Tagesmüdigkeit seit x Jahren, etc., siehe auch 9.). **Die spezielle Anamnese sollte stets im Entlassungsbericht Erwähnung finden, unabhängig davon, ob bereits ein Vorbefund vorliegt oder nicht; des Weiteren sollte zwischen Müdigkeit und Schläfrigkeit unterschieden werden.**
 - 2a. **Aktuelle Beschwerden: in der Nacht:** Hier sollte die nächtliche Problematik Erwähnung finden (z.B. Atemnot, Rhythmusstörungen, Zähneknirschen, Grübeln, etc.).
 - 2b. **Aktuelle Beschwerden: am Tage:** Hier sollten die am Tage auftretenden Probleme Erwähnung finden (z.B. Tagesmüdigkeit, Einschlafneigung, etc.).

3. **Organische Beschwerden:** Hier wird die Darstellung von Beschwerdesymptomatik, z.B. im Bereich der Herz-Kreislauf-Organen, Atmungsorganen, Schmerzen, etc., erwartet.
4. **Psychische Beschwerden:** Hier wird die Darstellung von psychischen Beschwerden, z.B. depressive Verstimmung, Wahrnehmungsstörungen, Verwirrtheit, etc., erwartet.
5. **Vegetative Beschwerden:** Hier wird die Schilderung von Beschwerden erwartet, die am ehesten als vegetative Beschwerden aufzufassen sind, wie z.B. nächtliches Schwitzen, Hinweise auf Hyperventilation, Enuresis, etc.
6. **Psychosoziale Belastungen:** Hier werden Angaben erwartet über psychische Belastungen (z.B. kritische Lebensereignisse, chronische Konflikte) in Familie und Beruf sowie soziale Belastungen in Familie und/oder Freizeit und/oder mangelnder sozialer Rückhalt.
7. **Risikofaktoren/Suchtanamnese:** Hier werden Angaben zu Risikofaktoren für die zur Abklärung stehenden Erkrankungen und/oder Folge- und Begleiterkrankungen erwartet, wie Adipositas, Fett- und Zuckerstoffwechselstörungen, Nikotin-, Alkohol- und Medikamentenabusus etc.
8. **Bisherige Maßnahmen/Differentialdiagnose diskutiert:** Hier werden Angaben erwartet über bisher im Zusammenhang mit der zur Untersuchung anstehenden Erkrankung oder Grunderkrankung oder hiermit im Zusammenhang stehende Begleit- und Folgeerkrankungen, bereits erfolgte diagnostische Maßnahmen, wie z.B. ambulantes nächtliches Monitoring oder sonstige bisher durchgeführte Untersuchungen hinsichtlich der Atmung, des Herz-Kreislauf-Systems, Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Untersuchung, neurologische oder psychiatrische Untersuchungen sowie deren Ergebnis. Ebenso werden hier Angaben über bisher erfolgte medikamentöse (Dosierung, evtl. Nebenwirkungen, Compliance) oder nicht medikamentöse (z.B. allgemeine, operative, apparative Maßnahmen) Behandlungen mit Wirkung, Nebenwirkung und Compliance erwartet.

Diagnostik		vorhanden	nicht vorhanden	bereits extern durchgeführt	Empfehlung ist erfolgt	Empfehlung fehlt	entfällt/ nicht erforderlich
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Subjektive Befindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Allg. körperlicher, neurologischer, psychiatrischer Status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Größe, Gewicht, BMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Klinisches Labor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Leistungs-, Vigilanzuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Kardioresp. Polysomnographie/ Polygraphie oder Monitoring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Komorbide Störung erkannt / diagnostiziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Notwendige Zusatzuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Hinweise zur Beurteilung der im Entlassungsbrief dargestellten Diagnostik:

Als „vorhanden“ wird ein Kriterium dann codiert, wenn hierzu für den jeweiligen Fall ausreichende Angaben im Entlassungsbericht existent sind, bei dem Nichtzutreffen eines Kriteriums für den spezifisch zu beurteilenden Fall wird „entfällt“ codiert. Ist der Patient bereits ambulant vordiagnostiziert und wird auf diese Befunde (je nach Art des Befundes in der Regel nicht älter 6 Monate, Laborbefunde in der Regel nicht älter als 4 Wochen, HLA-Typisierung ohne Zeitbegrenzung) verwiesen, so wird das Kriterium als „extern durchgeführt“ codiert. Wird weder auf Vorbefunde verwiesen und lassen sich keine eigenen Angaben finden, so muss „nicht vorhanden“ codiert werden. **Der Verweis im Bericht auf Vorbefunde ist auch obligat für Fälle, die nach BUB-Richtlinie bereits die Stufen 1-3 durchlaufen haben, dabei reicht aber ein kurzer entsprechender Satz.**

Wird eine weiterführende Diagnostik empfohlen, ggf. auch erst nach Abschluss aller anderen Untersuchungen einschl. einer Polysomnographie im der Epikrise/Zusammenfassung des Entlassungsberichts, so ist „Empfehlung ist erfolgt“ zu codieren. Das Item „Empfehlung fehlt“ ist spezifischen diagnostischen Prozessen vorbehalten, bei denen nach Abschluss aller anderen Untersuchungen ein entsprechende weiterführende/weiter ausschließende Diagnostik zu erwarten gewesen wäre. Nur wenn sich eine schlafbezogenen Atmungsstörung erst während der Polysomnographie herausstellt (d. h. ohne wegweisende anamnestischen Hinweise oder bei negativem Polygraphie Befund), kann eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen werden. In allen anderen Fällen sollten zumindest Lungen- und Nasenfunktion im Vorfeld erfolgt sein oder während des Aufenthalts erfolgen. Entsprechendes gilt für das klinische Labor bei RLS/PLMD-Fällen bei denen sich eine entsprechende Pathologie erst nach der Polysomnographie herausstellt sowie analog für andere Erkrankungen.

9. Subjektive Befindlichkeit: Hier wird der Einsatz standardisierter Fragebögen, Schlaftagebüchern etc zum Schlaf-Wach-Verhalten sowie zur Schläfrigkeit **mit entsprechender Beurteilung** erwartet. Mögliche Fragebögen wären z.B. Pittsburgher Schlafqualitäts-Index (PSQI), Allgemeiner Schlafragebogen (ASF), Symptom-Bewertungsbogen (SBB), Stanford Sleepiness Scale (SSS), Epworth Sleepiness Scale (ESS), RLS-Severity-Scale, Schlafverhaltensfragebogen nach Siegrist, etc.

- 10. Allgemeine klinische Untersuchung:** Bei diesem Merkmal werden Angaben erwartet über die medizinisch übliche Allgemeinuntersuchung (Ganzkörperstatus) einschl. eines neurologischen und psychiatrischen Status.
- 11. Größe, Gewicht, BMI:** Hier sollten die entsprechenden Parameter aufgeführt sein
- 12. Klinisches Labor:** Hier wird eine Aussage der üblichen internistischen Routine-Laborparameter unter besonderer Berücksichtigung des spezifischen Falls (z. B. kardiovaskuläre Risikofaktoren bei OSAS, Ferritin, Kreatinin bei RLS/PLMD) erwartet. *Bei SBAS kann das Labor entfallen, sofern es in den Voruntersuchungen ohne wesentliche weiterführende Auffälligkeiten war.*
- 13. Leistungs- und Vigilanzuntersuchung:** Hier werden Aussagen zu z.B. polygraphischen Vigilanzuntersuchungen (MSLT/MWTs) und/oder psychologische Testverfahren in Abhängigkeit vom Fall erwartet (z.B. Quatember Maly, d2-Test, Fahr Simulator, Pupillometrie, VIGIMAR, PVT etc.).
- 14. kardiorespiratorische Polysomnographie / Polygraphie oder Monitoring:** Hierunter soll angegeben werden, ob bereits entsprechende Untersuchungen im Vorfeld durchgeführt worden sind.
- 15. komorbide Störungen erkannt/diagnostiziert:** Hier soll bewertet werden, ob komorbide Störungen anhand der Anamnese und ggf. aufgrund im Labor durchgeführter Untersuchungen erkannt worden sind (z. B. Dysgnathie, verminderte Nasendurchgängigkeit, Depression, etc.). Ist eine komorbide Störung erkannt/diagnostiziert worden, so wird dies als „vorhanden“ kodiert, ist sie aus den aufgeführten Befunden ersichtlich, wird aber weder in den Diagnosen noch in der Epikrise aufgeführt, so wird „nicht vorhanden“ codiert. Entsprechendes gilt für ausgesprochene/nicht ausgesprochene Empfehlungen zur weiteren Diagnostik.
- 16. notwendige Zusatzuntersuchungen:** Hier wird bewertet, ob zusätzliche Untersuchungen durchgeführt worden sind („vorhanden“), oder erwartet und nicht durchgeführt wurden („nicht vorhanden“). Gleiches gilt für die entsprechenden Empfehlungen.

Diagnosesicherung

		in Art u. Anzahl der Parameter				
17. aktuell im Schlaflabor durchgeführte Untersuchungen	Kardioresp. Polysomnogr.	modifizierte Polysomnogr.	Kardioresp. Polygraphie	Monitoring	adäquat	nicht adäquat
a) 1. Diagnostiknacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 2. Diagnostiknacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 1. Therapienacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) 2. Therapienacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nachtprotokoll	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nicht verwertbar			
19. Messgrößen	<input type="checkbox"/> im Bericht	<input type="checkbox"/> als Anlage				
Auswertung nach	<input type="checkbox"/> R & K	<input type="checkbox"/> AASM 2007	<input type="checkbox"/> Angabe fehlt			
a) Globale Maße (TIB, SPT, TST, SE)	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt	
b) Latenzen (SL, REM-L)	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt	
c) Prozentuale Anteile	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt	
d) Atmung, Sättigung, Schnarchen	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt	
e) Lage	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt	
f) Beinbewegungen	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt	
g) Arousal	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> fehlt	<input type="checkbox"/>	entfällt	
h) sonstige, welche?	_____					
20. Geräteeinweisung/Maskenanpassung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> entfällt			

Allgemeine Hinweise zur Beurteilung der Diagnosesicherung:

Als „vollständig“ wird eine Messgröße dann codiert, wenn hierzu für den jeweiligen Fall die Angaben im Entlassungsbericht (ggf. als Anlage) als Wert vorhanden sind, bei dem Nichtzutreffen eines Kriteriums für den spezifisch zu beurteilenden Fall wird „entfällt“ codiert. Liegt nur ein Teil der Werte der entsprechenden Gruppe vor, so ist „teilweise“ zu werten. **Gleiches gilt analog für das Nachtprotokoll (siehe 21), dass ebenso wie die Ganz-Nacht-Übersicht (Schlafprofil samt weiterer erfasster Parameter) und im Falle einer kardiorespiratorischen Polysomnographie auch ein Beispielausdruck dem Entlassungsbericht beiliegen muss. Es muss erkennbar sein, dass eine manuelle Korrektur/Durchsicht sowohl der Schlafstadienanalyse als auch der weiteren Parameter erfolgt ist. Sofern dies nicht automatisch vom Gerät erfolgt, muss dies z. B. per Unterschrift des Auswerters erfolgen.**

- 17. Aktuell durchgeführte Untersuchungs Nächte:** Hier wird codiert welche Untersuchung in den Diagnostik- und ggf. Therapienächten durchgeführt wurde. Zusätzlich wird beurteilt, ob die gewählte Untersuchung in spezifischen Fall nach Art und Anzahl der abgeleiteten Parameter adäquat war.
- **Kardiorespiratorische Polysomnographie:** Schlafableitung inkl. respiratorischer Messgrößen, EKG und peripherem EMG der Tibialis ggf. plus weiteren Parametern je nach Fall
 - **modifizierte Polysomnographie:** Schlafableitung und EKG sowie mit – je nach spezifischem Fall - Aufzeichnung weiterer Parameter wie Atmungsparameter oder

peripheres EMGs der Tibialis, der Masseter etc., weiterer EEGs etc., jedoch keine vollständige kardiorespiratorische Polysomnographie

- **Kardiorespiratorische Polygraphie:** Untersuchung respiratorischer Messgrößen, EKG u.a., mindestens 6 Kanäle nach BUB-Richtlinie
 - Nächtliches **Monitoring:** Registrierung von 4 Kanälen oder weniger in der Untersuchung.

HINWEIS: eine **kardiorespiratorische Polysomnographie** kann nur dann als solche gewertet werden, wenn mindestens ein **Beispielausdruck** beiliegt, aus dem hervorgeht, welche Kanäle erfasst worden sind.

- 18. Protokoll der Nacht:** Standardisiertes Protokoll über Patientenverhalten und/oder vorgenommene Zeitpunkte der Therapieeinstellung (Druckwerte) einschl. protokollierter Biosignal-Eichung, Impedanzmessung, Licht an/aus-Zeiten usw. Ebenso muss die Anwesenheit und die Qualifikation der Nachtwache und des ärztlichen Hintergrunds dokumentiert sein. Sind alle Angaben komplett wird „vollständig“, beim Fehlen einiger Parameter „teilweise“ codiert. Fehlen dem Protokoll alle o. g. wichtigen Angaben so ist ein „nicht verwertbar“ zu vergeben. *Ausnahme: bei Ableitungen bei Kindern entfällt die Biosignal-Eichung.*
- 19. Messgrößen:** Diese Frage bezieht sich vor allem darauf, ob die Ergebnisse der Untersuchungen zahlenmäßig im Entlassungsbericht (bzw. als Anlage zum Bericht) erscheinen.
 - **Auswertung nach:** Hier muss ab dem 01.01.2009 lt. Beschluss der DGSM-Mitgliederversammlung im Oktober 2008 in Kassel im Entlassungsbericht angegeben werden, ob die Auswertung nach den Kriterien von R & K (1968, 2 EEGs zentral) oder nach den Regeln der AASM (2007, 3 EEGs: okzipital, zentral und frontal) erfolgt.
 - a) **globale Schlafmaße** (time in bed (TIB), sleep period time (SPT), total sleep time (TST), Schlafeffizienz (SE))
 - b) **Schlaflatenzen** (Einschlaflatenz bis zum Stadium 2 bzw. N2 (SL), REM-Latenz)
 - c) **prozentuale Schlafstadienanteile** für alle Schlafstadien
 - d) **Atmung** (Apnoe-Index, Hypopnoe-Index, Apnoe-/Hypopnoe-Index, Verteilung nach Stadien und /oder Lage etc.),
Sauerstoffsättigung (SaO₂) (Anzahl, Häufigkeit, Ausmaß von Entsättigungen),
Schnarchen (Häufigkeit, Schnarchindex, Intensität etc.)
 - e) **Körperposition** (Länge und Dauer in der jeweiligen Position, bei Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen mindestens aber eine Aussage, ob die entsprechenden Ereignisse Lagebezogen sind)
 - f) **Beinbewegungen** (Index periodischer Beinbewegungen insgesamt, Index periodischer Beinbewegungen mit Arousal, Verteilung im Nachtverlauf). Bei periodischen Beinbewegungen, die nicht im Index erfasst werden (z. B. in der Einschlaflphase oder am Ende eine Apnoe/Hypopnoe) wird zumindest eine entsprechende Aussage im Bericht erwartet. Analog gilt dieses Item auch für **abnorme Verhaltensweisen** in der Nacht (z. B. Parasomnien)
 - g) **Arousals** (zahlenmäßige Angaben über Summe oder Index von spezifizierten Arousals, mindestens aber eine Aussage darüber, ob bei Patienten mit a) periodischen Beinbewegungen oder schlafbezogenen Atmungsstörungen diese Ereignisse zu Arousals führen, b) Insomnie ohne organisches Korrelat reine EEG-Arousal vorhanden sind)
 - h) **Sonstige** (z.B. Oesophagusdruck, Blutdruck, CO₂, etc.)
- 20. Geräteeinweisung/Maskenanpassung:** Erfolgte eine dokumentierte Geräteeinweisung und sorgfältige Maskenanpassung, so gilt sie als durchgeführt.

Therapie		durch- geführt	terminiert	empfohlen	fehlt	entfällt/nicht erforderlich
21.	allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Psychologisch/psychotherapeutisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	medikamentös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	apparativ					
	a) 1. Therapienacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) 2. Therapienacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Kontrolluntersuchung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Hinweise zur Beurteilung der Therapie:

Als „durchgeführt“ wird ein Item dann codiert, wenn dies bereits während des Schlaflaboraufenthalts erfolgt ist, als „terminiert“ wenn hierfür ein fester Termin (ggf. auch Wartelistenplatz) festgelegt wurde. „Empfohlen“ wird verwendet sofern ein entsprechender Vermerk im Entlassungsbericht vorhanden ist. Das Kriterium „Fehlt“ beinhaltet dagegen, dass eine entsprechende Maßnahme bzw. die Empfehlung hierzu nach Lage des spezifischen Falls therapeutisch sinnvoll gewesen wäre, aber nicht vorhanden ist.

- 21. Allgemeine Behandlungsmaßnahme:** Hier wird erwartet, dass bezogen auf das schlafmedizinische Krankheitsproblem allgemeine Behandlungsmaßnahmen als Therapie bereits während des Aufenthaltes eingeleitet (Codierung als durchgeführt) oder empfohlen wurden, wie z.B. Gewichtsreduktion, Schlafhygiene, Vermeidung Rückenlage etc.
- 22. Psychologische/Psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen:** Hier wird sie als durchgeführt codiert, wenn sie direkt in der Klinik begonnen wird, z. B. Stimulus-Kontroll-Therapie, Entspannungsverfahren, Schlafrestriktion, kognitive Umstrukturierung, Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Ernährungsberatung
- 23. Medikamentöse Behandlungsmaßnahmen:** Hier wird erwartet, dass die eingeleitete medikamentöse Therapie bereits in ihrer Auswirkung auf das schlafmedizinische Problem validiert wurde (Codierung als durchgeführt). Wurde sie nur verordnet, so ist dies mit empfohlen zu codieren.
- 24. Apparative Behandlungsmaßnahmen:** Hier wird erwartet, dass die erforderlichen Therapienächte nach Diagnosestellung bzw. differentialdiagnostischer Abklärung eingeleitet, terminiert oder empfohlen wurden. Die 2. Therapienacht soll direkt nach der 1. Therapienacht erfolgen (Codierung als durchgeführt). Es muss vermerkt in Entlassungsbericht oder im Nachtprotokoll vermerkt sein, mit welchem Beatmungsmodus, Gerät, Druck und Zusatz (WLB) der Patient versorgt wurde und wer der Ansprechpartner bei Problemen ist.
- 25. Kontrolluntersuchung:** Hier wird eine Angabe erwartet, ob eine polygraphische oder polysomnographische Kontrolluntersuchung terminiert oder empfohlen wurde.

Entlassungsbericht		angemessen	teilweise angemessen	nicht angemessen	fehlt	entfällt/nicht erforderlich
26.	Verwendung der Standardnomenklatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Stimmigkeit des diagnostischen Procederes einschl. Empfehlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Zusammenfassende Beurteilung					
	a) Schlafparameter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Atmung, SaO ₂ ,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Beinbewegungen, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Stimmigkeit des therapeutischen Procederes einschl. Empfehlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Darstellung von Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Klinikaufenthalt, Anzahl der Tage	<input type="text"/>				

Allgemeine Hinweise zur Beurteilung des Entlassungsberichts:

Der Begriff „angemessen“ wird hier je nach spezifischem Fall durch die jeweiligen Gutachter spezifiziert. Das Kriterium „fehlt“ beinhaltet, dass eine Beurteilung der erfassten Parameter im Entlassungsbericht fehlt.

26. Verwendung der Standardnomenklatur: Hier soll beurteilt werden, ob die Standardnomenklatur bzgl. Diagnosen (ICSD-2 und ICD-10) und Polysomnographie/ Polygraphie-Parametern eingehalten wurde.

27. Stimmigkeit des diagnostischen Procederes einschl. ggf. erfolgter Empfehlungen: Die durchgeführten diagnostischen Maßnahmen und Empfehlungen müssen die bisherigen bekannten/vorliegenden Befunde sinnvoll berücksichtigen und darauf aufbauen. (Welche weiteren diagnostischen Maßnahmen im Einzelnen durchgeführt/empfohlen wurden bzw. deren Empfehlung erwartet worden wäre, wird unter der Rubrik Diagnostik codiert.). Ebenso ist hierbei zu berücksichtigen, ob die Diagnose mit den erhobenen dargestellten Befunden übereinstimmt und eine ggf. erfolgte Empfehlung zur weiteren differentialdiagnostischen Abklärung mit den erhobenen Befunden begründet wird.

28. Zusammenfassende Beurteilung: Hier soll codiert werden, ob eine angemessene Beurteilung von Schlaf-, Atmungsparametern und Beinbewegungen usw. im Entlassungsbericht gegeben wurde.

29. Stimmigkeit des therapeutischen Procederes einschl. Empfehlungen: Hier wird codiert, ob die erfolgte Therapie bzw. die Empfehlung hierzu sich schlüssig und sinnvoll aus den erhobenen Befunden ergibt und eine Therapiebegründung im Entlassungsbrief begründet wurde.

30. Problemdarlegung: z.B. Komplikationen, First Night Effekt, Compliance, technischer Art, Maskenanpassung, Nebenwirkungen etc.

31. Klinikaufenthalt: Hier soll die Anzahl der Tage (Aufnahme- und Entlassungstag gelten als ein Tag) des Gesamtaufenthaltes in der Klinik angegeben werden.

100 0	<p>Gesamt- prozess</p> <p>Entspricht der Gesamtprozeß dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse, Empfehlungen und Leitlinien?</p>
----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bitte beurteilen Sie mittels Analogskala, ob der Gesamtprozess dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse, Empfehlungen und Leitlinien entspricht: "0" bedeutet "überhaupt nicht", "100" bedeutet "vollständig".

Revisitation des Labors

- empfohlen
- nicht erforderlich

Anmerkungen (werden anonym an das beurteilte Labor weitergegeben):
