Erhebungsbogen (stationär)

für die

Zulassung als Weiterbildungsstätte zur Weiterbildung in der Facharztkompetenz

VISZERALCHIRURGIE

A. Weiterbildungsstätte (Bezeichnung, Adresse)

_____

_____

_____

Bezeichnung der Organisationseinheit, in der die Weiterbildung stattfindet (z.B.: Chirurgische V):

_____

Ärztliche Leitung dieser Organisationseinheit: _____

Als Weiterbildungsstätte für Viszeralchirurgie

☐ bereits zugelassen seit _____

☐ noch nicht zugelassen

Die Weiterbildungsbefugnis für Viszeralchirurgie

☐ wird noch beantragt

☐ ist vorhanden und gilt noch bis zum _____

Weiterbilder/in:

Name _____

Name _____

B. Statistische Angaben der Organisationseinheit für das Jahr 20___ (Vorjahr)

Vollstationäre Fallzahl _____ Durchschnittliche Verweildauer (Tage) _____ Bettenzahl _____

Klinische Konsiliartätigkeit ☐ ja / ☐ nein

Wo? _____ Frequenz? _____ /monatlich

Gesamtes Krankenhaus Betten _____

Aktuelle Bettenzahl zum Zeitpunkt der Antragstellung

Intensivabteilung am Standort vorhanden ☐ nein / ☐ ja, Bettenzahl: _____

Wenn ja: Genaue Bezeichnung der Intensivabteilung: _____

Welcher/welchen Abteilung/en zugeordnet? _____

Zahl der Beatmungsplätze? _____

Bettenzahl, die für die Basisweiterbildung in der Chirurgie zur Verfügung stehen: _____ Betten

C. Leistungsstatistik der Organisationseinheit des Vorjahres

Anlage 1 (auszufüllender Vordruck liegt bei)

D. Diagnosestatistik der Organisationseinheit des Vorjahres nach ICD 10

Anlage 2 (selbst zu erstellen)

In der Regel die Hauptdiagnose, gegebenenfalls auch Nebendiagnosen, die mit einem relevanten diagnostischen oder therapeutischen Behandlungsaufwand in der Organisationseinheit verbunden waren. Bitte tabellarisch nach Fallzahl ordnen und den Klartext der Diagnose angeben. Es kann auch die umgangssprachliche Bezeichnung übernommen werden, die für den strukturierten Qualitätsbericht angegeben wird. Beschränken Sie sich auf den dreistelligen ICD-Code und auf die maximal 100 häufigsten Diagnosen.

Beispiel:

ICD-10-Ziffer (3-stellig)	Fallzahl	Diagnose
S52	**40**	**Knochenbruch des Unterarmes**
	ODER	
S52	**40**	**Fraktur des Unterarmes**

E. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Bereich Viszeralchirurgie

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 a SGB V (Unterversorgung)?
☐ nein ☐ ja (Bitte Kopie der Ermächtigung beifügen) jährliche Fallzahl: _____

Vertrag nach § 116 b SGB V (hochspezialisierte Leistungen)? ☐ nein
Ja, für folgende Leistungen (ggf. Anlage beifügen) jährliche Fallzahl: _____

_____

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V? jährliche Fallzahl: _____

Andere ambulante Behandlungen (Bitte Abrechnungsgrundlage und Art der erbrachten Leistungen angeben)?

_____ jährliche Fallzahl: _____

Beteiligung des Krankenhauses an der Notfallversorgung am Standort vorhanden?:
Notfallambulanz ☐ ja / ☐ nein
Rettungswagen ☐ ja / ☐ nein

F. Personelle Besetzung am _____ in der _____

_____

(Bitte Bezugszeitraum und Name der Organisationseinheit angeben, z.B.: am 31.12.2010 in der Chirurgischen Klinik)

Beim Krankenhausträger angestelltes ärztliches Personal	**Für die Angabe in Vollkräften bitte Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte zusammenfassen: 3 Kräfte a 50 % = 1,5 Vollkräfte**	**Belegärzte**
Gesamtzahl: _____	Soll _____ Vollkräfte Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
Davon	**Davon**	**Davon**
Facharztanerkennung oder Schwerpunktanerkennung für Viszeralchirurgie	Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
In Weiterbildung für Viszeralchirurgie	Ist _____ Vollkräfte	

Freiwillige Angaben über weiteres ärztliches Personal (Drittmittel, Honorarärzte o.ä.) sind hier möglich:

_____

_____

_____

Der Organisationseinheit zugeordnetes (ggf. Stellenanteil angeben) Fachpersonal mit abgeschlossener Ausbildung und Arbeitsvertrag, ohne Praktikanten, bei Bedarf bitte weitere Fachkräfte und anerkannte Weiterbildungen aufführen.

Ausbildung in anderen Heilberufen	**Ist in Vollzeitkräften**		**Mit weiteren anerkannten Fachweiterbildungen**	**Ist in Vollzeitkräften**
Gesundheits- und Krankenpfleger/in (dreijährige Ausbildung)		**Die links aufgeführten Fachkräfte verfügen über die rechts angegebenen Zusatzqualifikationen:**	Intensivpflege und Anästhesie	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin			Operationsdienst	
Physiotherapeut/in			Hygienefachkraft	
Medizinisch-technische/r Radiologie-assistent/in				

G. Folgende Geräte stehen der weiterbildenden Organisationseinheit am Standort funktionsfähig zur Verfügung

Bitte die spezielle apparative Ausstattung der Abteilung aufführen und ergänzen, gegebenenfalls auf einem zusätzlichen Blatt fortsetzen	Anzahl	Baujahr (von/bis)
Angiographiegerät/DSA		
Arthroskop		
Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte		
Belastungs-EKG/Ergometrie		
Computertomograph (CT)		
Endosonographiegerät		
Endoskopisch-retrograde-Cholangio-Pankreaticograph (ERCP)		
Laparoskop		
MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie)		
Operationsmikroskop		
Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		
Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät		

H. Sonstige Einrichtungen am Standort

Pathologie ☐ ja / ☐ nein falls nein, wo werden Obduktionen durchgeführt _____

Obduktionsdemonstrationen ☐ ja / ☐ nein falls ja, wie häufig? _____

Für die Weiterbildung wesentliche, standortübergreifende Kooperationen können hier ergänzt werden:

_____

_____

_____

_____

_____

Ich, _____ (bitte Ihren Name eintragen), bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben und beantrage

- ☐ **die Zulassung**
- ☐ **die Verlängerung der Zulassung**

unseres Hauses als Weiterbildungsstätte für Viszeralchirurgie.

Für die Geschäftsführung:

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift

Anlagen:

-1- Leistungsstatistik (Vordruck zum Ausfüllen liegt bei)
-2- ICD - Diagnosestatistik

Anlage 1 zum Erhebungsbogen VISZERALCHIRURGIE:

Leistungsstatistik der letzten 12 Monate (bzw. des letzten Kalenderjahres)

Zeitraum von _____ bis _____

Zahl der am Standort durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen im angegebenen Zeitraum

Ultraschalluntersuchungen einschließlich Doppler-/Duplexsonographien des Abdomens und Retroperitoneums	_____
davon mit ultraschallgesteuerten diagnostischen und therapeutischen Eingriffen	_____
Rekto-/Sigmoidoskopien	_____
Koloskopien und Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	_____
Thorakotomien bei Eingriffen am Ösophagus und der Schilddrüse	_____
Operationen an der Brustdrüse (gesamt)	_____
einschließlich Axilladissektion	_____
Konventionelle Eingriffe an Bauchwand und Bauchhöhle (gesamt)	_____
davon am Magen	_____
Resektionen	_____
Antirefluxoperationen	_____
Leberresektionen	_____
an den Gallenwegen (gesamt)	_____
konventionelle Cholecystektomie	_____
biliodigestive Anastomosen	_____
am Pankreas	_____
an der Milz	_____
am Dünndarm	_____
am Dickdarm (gesamt)	_____
Colonresektionen	_____
Anlage und Korrektureingriffe enteraler Stomata	_____
am Rektum (gesamt)	_____
anteriore Resektion	_____
abdomino-perineale Rektumextirpation	_____
transanale Eingriffe	_____

Eingriffe an der Bauchwand (gesamt) _____

davon Leistenhernienverschlüsse _____

Narbenhernienverschlüsse _____

Bauchwandbrüche _____

Sonstige Eingriffe in der Bauchhöhle, _____

davon Adhäsiolysen _____

Notfalleingriffe des Bauchraums, z.B. Ileus, Peritonitis, Blutung _____

Reoperationen _____

Minimal-invasive Eingriffe (gesamt) _____

davon diagnostische Laparaskopien _____

Cholecystektomien, Hernienverschlüsse, Adhäsiolysen, Appendektomien, Fundoplikatio, Sigmaresektionen, Zystendekompressionen _____

Proktologische Operationen _____

Eingriffe am Retroperitoneum _____

Eingriffe bei Abdominaltrauma _____

Eingriffe an endokrinen Organen (gesamt), davon _____

an der Schilddrüse _____

an der Nebenschilddrüse _____

an der Nebenniere _____

Eingriffe an Haut- und Weichteilgewebe bei entzündlichen und Tumor-Erkrankungen _____

Katheterimplantationen _____

Portimplantationen _____

Intraoperative radiologische Befundkontrollen _____