

# Erhebungsbogen (stationär)

für die

Zulassung als Weiterbildungsstätte zur Basisweiterbildung  
im Gebiet

INNERE MEDIZIN

## A. Weiterbildungsstätte (Bezeichnung, Adresse)

---

---

---

Bezeichnung der Organisationseinheit, in der die Weiterbildung stattfindet (z.B.: Medizinische Klinik I):

Ärztliche Leitung dieser Organisationseinheit: \_\_\_\_\_

Als Weiterbildungsstätte für die Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin

- bereits zugelassen seit \_\_\_\_\_  
 noch nicht zugelassen

Die Weiterbildungsbefugnis für die Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin

- 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

### Aktuelle Bettenzahl zum Zeitpunkt der Antragstellung

Wachstation (Intensivüberwachung nach OP)  nein /  ja, Bettenzahl: \_\_\_\_\_

Intensivabteilung am Standort vorhanden  nein /  ja, Bettenzahl: \_\_\_\_\_

Wenn ja: Genaue Bezeichnung der Intensivabteilung: \_\_\_\_\_

Welcher/welchen Abteilung/en zugeordnet? \_\_\_\_\_

Zahl der Beatmungsplätze? \_\_\_\_\_

## 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
	<i>ODER</i>	
S52	40	Fraktur des Unterarmes

## E. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Bereich Innere Medizin

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 31.12.2012 in der Medizinischen Klinik)

Beim Krankenhausträger angestelltes ärztliches Personal	Für die Angabe in Vollkräften bitte Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte zusammenfassen: 3 Kräfte á 50 % = 1,5 Vollkräfte	Belegärzte
Gesamtzahl: _____	Soll _____ Vollkräfte Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
<b>Davon</b>	<b>Davon</b>	<b>Davon</b>
Facharztanerkennung für Innere Medizin	Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
In internistischer Weiterbildung	Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen

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 auflisten.

Ausbildung in anderen Heilberufen	Ist in Vollzeitkräften	Die links aufgeführten Fachkräfte verfügen über die rechts angegebenen Zusatzqualifikationen:	Mit weiteren anerkannten Fachweiterbildungen	Ist in Vollzeitkräften
Gesundheits- und Krankenpfleger/in (dreijährige Ausbildung)			Intensivpflege und Anästhesie	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin			Hygienefachkraft	
Physiotherapeut/in			Nephrologische Pflege	
Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in			Onkologische Pflege/Palliative Care	
Ergotherapeut/in				
Diätassistent/ in				

<b>G. Folgende Geräte stehen der weiterbildenden Organisationseinheit am Standort funktionsfähig zur Verfügung</b>		
Sofern vorhanden, bitte weitere Spezialinstrumente ergänzen, gegebenenfalls auf einem zusätzlichen Blatt beifügen	Anzahl	Baujahr (von/bis)
Angiographiegerät/DSA		
Beatmungsgeräte, CPAP-Geräte		
Belastungs-EKG/Ergometrie		
Computertomograph (CT)		
Defibrillator		
Echokardiographiegerät		
Elektroenzephalographiegerät (EEG)		
Endosonographiegerät		
Gastroenterologisches Endoskop		
Laparoskop		
Pulsoxymeter		
Sonographiegerät/Dopplersono-graphiegerät/Duplexsonographiegerät		
Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung		

## H) Sonstige Einrichtungen am Standort

Strahlentherapie  ja /  nein

Besteht eine Zusammenarbeit mit einer Einrichtung/Abteilung für Palliativmedizin  ja /  nein

Welche? \_\_\_\_\_

Pathologie  ja /  nein falls nein, wo werden Obduktionen durchgeführt \_\_\_\_\_

Obduktionsdemonstrationen  ja /  nein falls ja, wie häufig? \_\_\_\_\_

Ist gewährleistet, dass unter der Anleitung von entsprechenden befugten Weiterbildungern 6 Monate Intensivmedizin absolviert werden können?  ja /  nein

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 die Basisweiterbildung Innere Medizin.

Für die Geschäftsführung:

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Anlagen:

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

