Erhebungsbogen (stationär)

für die

Zulassung als Weiterbildungsstätte zur Weiterbildung in der Facharztkompetenz

INNERE MEDIZIN UND PNEUMOLOGIE

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 Weiterbildung für Innere Medizin und Pneumologie

☐ bereits zugelassen seit _____

☐ noch nicht zugelassen

Die Weiterbildungsbefugnis für die Weiterbildung für Innere Medizin und Pneumologie

☐ 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: _____

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**
	ODER	
S52	**40**	**Fraktur des Unterarmes**

E. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Bereich Innere Medizin und Pneumologie

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 in der weiterbildenden Organisationseinheit am Standort

_____

_____ **am** _____

(Bitte Bezugszeitraum und Name der Organisationseinheit angeben, z.B.: Medizinischen Klinik am 30.6.2012)

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**
Mit Facharztanerkennung für Innere Medizin und Pneumologie	Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
In Weiterbildung zur Facharztanerkennung Innere Medizin und Pneumologie	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 Vollzeit-kräften
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			Hygienefachkraft	
Physiotherapeut/in			Onkologische Pflege/Palliative Care	

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)
Beatmungsgeräte, CPAP-Geräte		
Belastungs-EKG/Ergometrie		
Bodyplethysmograph		
Bronchoskop		
Computertomograph (CT)		
Geräte zur Lungenersatztherapie/-unterstützung, z.B. ECMO/ECLA		
Pulsoxymeter		
Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		
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 Weiterbildern 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 Innere Medizin und Pneumologie.

Für die Geschäftsführung:

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift

Anlagen:

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

Anlage 1 zum Erhebungsbogen INNERE MEDIZIN UND PNEUMOLOGIE:

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

Zeitraum von _____ bis _____

Zahl der am Standort durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen im angegebenen Zeitraum

Fiberbronchoskopien, davon			_____
mit broncho-alveolärer Lavage			_____
mit Biopsietechniken			_____
Bronchoskopien (starr)			_____
mit Interventionen			_____
Thorakoskopien			_____
Einlagen von Pleuradrainagen			_____
Pleurodesen			_____
Transthorakale Punktionen der Lunge			_____
von Raumforderungen			_____
Ganzkörperplethysmographien			_____
Bestimmungen des CO-Transfer-Faktors			_____
Untersuchungen der Atempumpfunktion und der Atemmechanik			_____
Spiro-Ergometrien			_____
Untersuchungen des Lungenkreislaufs einschließlich Rechtsherzkatheter			_____
Sonographien des rechten Herzens und des Lungenkreislaufes			_____
Sonographien des Mediastinums (transösophageal)			_____
Sauerstofflangzeitherapien			_____
Non-invasive Beatmungstherapien			_____
davon Heimbeatmungen			_____
Patientenschulungen			_____
davon Asthma			_____
COPD			_____
Tabakentwöhnung			_____
Unspezifische Hyperreagilibitätsprüfung der unteren Atemwege			_____
Schlaflabor	☐ ja / ☐ nein	Plätze:	_____
Infektionsstation für Tbc-Erkrankte	☐ ja / ☐ nein	Betten:	_____
Zytostatische Tumortherapie			_____
davon intravenös			_____
Lokale Applikation			_____
Immunmodulatorische, antihormonelle sowie supportive Therapiezyklen bei soliden Tumorerkrankungen			_____
Chemotherapiezyklen einschließlich nachfolgender Überwachung			_____

Welche Fachdisziplinen gehören dem Team an? _____

_____