Erhebungsbogen (stationär)

für die

Zulassung als Weiterbildungsstätte zur Weiterbildung in der Zusatzbezeichnung

KINDER-PNEUMOLOGIE

A. Weiterbildungsstätte (Bezeichnung, Adresse)

_____

_____

_____

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

_____

Ärztliche Leitung dieser Organisationseinheit: _____

Als Weiterbildungsstätte für Kinder-Pneumologie

☐ bereits zugelassen seit _____

☐ noch nicht zugelassen

Die Weiterbildungsbefugnis für Kinder-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 Kinder-Pneumologische Konsiliartätigkeit ☐ ja / ☐ nein

Wo? _____ Frequenz? _____ /monatlich

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? _____

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 in der Kinder-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 der _____ am _____

(Bitte Bezugszeitraum und Name der Organisationseinheit angeben, z.B.: „Kinderklinik" am 31.12.2012 angeben)

Beim Krankenhausträger angestelltes ärztliches Personal	**Für die Angabe in Vollkräften bitte Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte zusammenfassen: 3 Kräfte a 50 % = 1,5 Vollkräfte**
Gesamtzahl: _____	Soll _____ Vollkräfte Ist _____ Vollkräfte
Davon	**Davon**
Mit Zusatzbezeichnung Kinder-Pneumologie	Ist _____ Vollkräfte
In Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Kinder-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 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	
Ergotherapeut/in			Hygienefachkraft	

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		
Bodyplethysmograph		
Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät		
Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung		

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 Kinder-Pneumologie.

Für die Geschäftsführung:

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift

Anlagen:

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

Anlage 1 zum Erhebungsbogen KINDER-PNEUMOLOGIE:

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

Zeitraum von _____ bis _____

Zahl der am Standort durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen im angegebenen Zeitraum

Pulmonologische Allergietestungen	_____
Asthmaschulungen	_____
(Größe der Gruppe: _____ Dauer: _____)	
Sauerstofflangzeittherapien	_____
Beatmungstherapien	_____
davon Heimbeatmungen	_____
Physiotherapeutische Behandlungen	_____
davon Inhalationen	_____
Autogene Drainagen	_____
Sonographien der Lunge	_____
Pleura	_____
Ganzkörperplethysmographien	_____
davon Babyganzkörperplethysmographien	_____
CO-Diffusion	_____
Compliance-Messungen	_____
Bestimmung der FRC (Gasmischmethode)	_____
Spiro-Ergometrien	_____
Fiberbronchoskopien	_____
davon mit BAL	_____
Starre Bronchoskopien	_____
Pilocarpin-Iontophoresen	_____