



# Erhebungsbogen (stationär)

für die

Zulassung als Weiterbildungsstätte zur Weiterbildung in der Zusatzbezeichnung  
**KINDER-NEPHROLOGIE**

## A. Weiterbildungsstätte (Bezeichnung, Adresse)

---

---

---

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

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

Als Weiterbildungsstätte für Kinder-Nephrologie

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

Die Weiterbildungsbefugnis für Kinder-Nephrologie

- 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? \_\_\_\_\_

Bettenzahl, die für die Weiterbildung in der Kinder-Nephrologie zur Verfügung stehen: \_\_\_\_\_ Betten

## C. Leistungsstatistik der Organisationseinheit des Vorjahres

(auszufüllender Vordruck liegt bei)

Anlage 1

## 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 in der Kinder-Nephrologie

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 31.12.2013 angeben)

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
<b>Davon</b>	<b>Davon</b>	<b>Davon</b>
Mit Zusatzbezeichnung Kinder-Nephrologie	Ist _____ Vollkräfte	_____ Personen
In Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Kinder-Nephrologie	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	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			Operationsdienst	
Physiotherapeut/in			Hygienefachkraft	
			Nephrologische Pflege	

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)
Computertomograph (CT)		
Geräte für Nierenersatzverfahren ( <i>Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse</i> )		
Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		
Sonographiegerät		
davon Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät		
Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz		



## H. Sonstige Einrichtungen am Standort

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-Nephrologie.

Für die Geschäftsführung:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Anlagen:

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

**Anlage 1 zum Erhebungsbogen KINDER-NEPHROLOGIE:**

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

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Zahl der am Standort durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen  
im angegebenen Zeitraum**

Nierenbiopsien	_____
Hämodialyse und verwandte Techniken wie Filtration, Adsorption und Separation	_____
davon chronische Dialysebehandlungen	_____
Peritonealdialyse	_____
Extrakorporale Blutreinigungsverfahren bei Intoxikationen, Stoffwechselerkrankungen, Stoffwechselkrisen	_____
Dopplersonographie der Nierengefäße	_____
davon bei TX Nieren	_____
Duplexuntersuchungen der Nierengefäße	_____
davon bei TX Nieren	_____
Zahl der betreuten Patienten nach Nierentransplantation	_____
Zahl der betreuten Patienten vor Nierentransplantation	_____
Langzeitbetreuung einschließlich Steuerung und Überwachung der immunsuppressiven Medikation	_____