Checkliste zur Abfrage der Qualitätskriterien für die 6. bundesweite Bewertungsrunde



zu den Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Mindestanforderungen) vom 28.02.2007 – *Überarbeitete Fassung der Checkliste vom 31.03.2019*

*Dieses Word-Formular können Sie direkt auf Ihrem Computer ausfüllen – alle Eingabefelder sind grau hinterlegt.   
Bei handschriftlicher Eingabe bitten wir um gute Lesbarkeit.*

Diese Checkliste wird ausgefüllt für  Kinder- und Jugendmedizin oder

Kinderchirurgie

Selbsteinstufung

Die medizinische Einrichtung

in

erfüllt nach unserer Einschätzung die Voraussetzungen für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

ja  nein  mit Einschränkungen

Ansprechpartner in der Klinik

Name

Funktion

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon

Allgemeine Hinweise

Mit der „stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen entsprechend § 1 Abs. 2 der Vereinbarung „Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ vom 28.02.2007 gemeint.

([www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/fileadmin/inhalt/pdf/Strukturpapier.pdf](https://www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/fileadmin/inhalt/pdf/Strukturpapier.pdf))

Auf diese Versorgung sind alle Angaben zu beziehen. Sämtliche Unterlagen, die notwendig sind, um die Richtigkeit der Angaben in der Checkliste beurteilen zu können, sind bei Prüfungen auf Nachfrage der Bewertungskommission, ggf. auch vor Ort, vorzulegen. Wir fragen auch Informationen ab, die nicht in die Bewertung eingehen. Deren Beantwortung ist aber Voraussetzung für die Bearbeitung der Checkliste. Diese Fragen sind mit \*3 gekennzeichnet. Ihre Daten werden ausschließlich innerhalb der Bewertungskommission kommuniziert und vertraulich behandelt. Alle Mitglieder der Bewertungskommission haben eine entsprechende Schweigepflicht­erklärung unterzeichnet.

Eine anonymisierte Veröffentlichung der ausgewerteten Daten ist beabsichtigt. Dabei wird ein Rückschluss auf Angaben einzelner Kinderkliniken / Kinderabteilungen nicht möglich sein.

Es handelt sich um eine freiwillige Selbstauskunft. Für die Kinder- und Jugendmedizin und für die Kinderchirurgie ist **jeweils** **eine eigene Checkliste** auszufüllen. Die Bearbeitung der Checkliste ist hausintern zwischen Pflegedienstleitung, Ärztlicher Leitung und Verwaltungsleitung abzustimmen.

Für jede eingereichte Checkliste wird ein Beitrag von 500 € zzgl. MwSt. erhoben.

Senden Sie bitte die vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Checkliste im Original an folgende Adresse: **GKinD e.V. Geschäftsstelle, Tannenstr. 15, 57290 Neunkirchen** oder mailen Sie das unterzeichnete Dokument als eingescannte PDF-Datei an nicola.lutterbuese@gkind.de. Bei Einreichung der Checkliste in der 6. Bewertungsrunde 2020–2021 **bis zum 01.07.2019** sichern wir Ihnen den Abschluss der Bewertung zum Jahresende 2019 zu.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/](https://www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/)

Mit den, in diesem Dokument verwendeten, Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint. Mit der Bezeichnung Kinderkrankenpflegekräfte ist die Berufsgruppe der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(-innen) (dreijährige Ausbildung) gemeint.

|  |  |
| --- | --- |
| Wir sind bei Erfüllen der Kriterien mit der Nennung unserer Klinik auf der Homepage „Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ (ggf. auch weitere (genehmigungspflichtig)) einverstanden? | ja  nein |
| Wir sind mit einer Überprüfung der von uns gemachten Angaben, ggf. auch vor Ort, einverstanden? | ja  nein |
| Wir sind bei Nichterfüllung der Kriterien mit der Weitergabe der Gründe an das zuständige Landesministerium einverstanden.\*[[1]](#footnote-1) | ja  nein |

Allgemeine Angaben

Die allgemeinen Angaben dienen der statistischen Auswertung. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

Bundesland:

Anzahl der Planbetten für Kinder und Jugendmedizin / Kinderchirurgie (2018):

* Anzahl der kinderintensivstationären Planbetten insgesamt (2018):

* davon Anzahl der neonatologischen Intensivbetten laut G-BA (2018):

* Anzahl der teilstationären Planbetten (2018):

Anzahl der Stationen für Kinder und Jugendmedizin / Kinderchirurgie (2018):

Stationäre Fallzahl der Abteilung / Klinik für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie (2018):

Teilstationäre Fallzahl der Abteilung / Klinik für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie (2018):

Anzahl der ambulanten Fälle (2018) aus KV-Ermächtigung (persönlich oder als Institut):

BG\*[[2]](#footnote-2)-Ambulanz (nur für Kinderchirurgie):

Hochschulambulanz:

§ 116b SGB V:

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ):

Anzahl der ambulanten Notfälle (2018):

Summe aller Pflegetage der Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie (2018):

Anzahl der Begleitpersonen mit Mitaufnahme im Kalenderjahr (2018):

Summe aller Belegungstage der Begleitpersonen (2018):

1 Ärztliches Personal

1.1 Facharztqualifikation für die Kinder und Jugendmedizin / Kinderchirurgie

**Hinweis:** In einer Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie müssen der fachlich leitende Arzt und mindestens zwei weitere Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie beschäftigt sein.

|  |  |
| --- | --- |
| Die personellen Anforderungen an Anzahl und Qualifikation der Fachärzte sind erfüllt: | ja  nein |

| Funktion | Name | Umfang der Anstellung VK-Anteil in % |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Anzahl der beschäftigten Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie insgesamt:

in Vollzeitkräften:

in Köpfen:

Anzahl der beschäftigten Assistenzärzte in der Weiterbildung zum Arzt für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie insgesamt:

in Vollzeitkräften:

in Köpfen:

Begründung, falls die Anforderung zur **ärztlichen Besetzung und Weiterbildung** nicht bzw. nicht vollständig erfüllt wird:

| Art der Anforderung | Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anforderung erfüllt werden kann |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

1.2 Facharztpräsenz innerhalb und außerhalb der Kernarbeitszeit für die Kinder und Jugendmedizin / Kinderchirurgie

|  |  |
| --- | --- |
| Während der **Kernarbeitszeit** von Montag bis Freitag ist mindestens ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie anwesend: | vorhanden  nicht vorhanden |

Begründung, falls die Anforderungen nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden:

| Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anforderung erfüllt werden kann |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Täglicher **Visitendienst** in der Klinik / Abteilung für Kinder- und  Jugendmedizin / Kinderchirurgie durch einen Facharzt für Kinder- und  Jugendmedizin / Kinderchirurgie: | vorhanden  nicht vorhanden |

Begründung, falls die Anforderungen zum eigenen **Visitendienst** nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden:

| Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anforderung erfüllt werden kann |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vorhalten eines eigenständigen und bei Bedarf spätestens innerhalb einer halben Stunde vor Ort verfügbaren ärztlichen **Rufdienstes** der Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugend­medizin / Kinderchirurgie, der zu jeder Zeit mindestens durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie sichergestellt wird: | vorhanden  nicht vorhanden |

Begründung, falls die Anforderungen zum eigenen **Rufdienst** nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden:

| Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anforderung erfüllt werden kann |
| --- | --- |
|  |  |

1.3 Ärztlicher Präsenzdienst

|  |  |
| --- | --- |
| Die Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie verfügt jeweils über einen eigenen **24-stündigen** **Präsenzdienst eines Arztes**, der sich in der ent­sprechenden / zugehörigen Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt / Kinderchirurg befindet (min­des­tens in Form eines Bereitschaftsdienstes im Haus). | vorhanden  nicht vorhanden |

Begründung, falls die Anforderungen zum **24-stündigen Präsenzdienst** nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden:

| Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anforderung erfüllt werden kann |
| --- | --- |
|  |  |

2 Pflegedienst

2.1 Fachliche Qualifikation

|  |  |
| --- | --- |
| Dem Pflegedienst der Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie steht eine leitende Pflegekraft und den Stationen steht eine Stationsleitung vor. Pflege­dienst-, Abteilungs- und Stationsleitungen, die fachlich ihren Mitarbeitern vorgesetzt sind, sind durch **Kinderkrankenpflegekräfte** besetzt. | ja  nein |
|  |  |
| Die Leitungskräfte haben eine Zusatzqualifikation analog der *„DKG-Empfehlung für die Weiterbildung zur Leitung einer Station / eines Bereiches“* vom 28.11.2017, die am 01.05.2018 in Kraft getreten ist. Vor diesem Datum erworbene Abschlüsse werden aner­kannt. | ja  nein |

Nennen Sie alle für die Kinderklinik / Kinderabteilung zuständigen Pflegekräfte mit der „*Weiterbildung zur Leitung einer Station / eines Bereiches im Krankenhaus“* gemäß der DKG-Empfehlung vom 28.11.2017.:

| Funktion | Name | Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit der  Leitungs­qualifikation | Gesundheits- und Krankenpflege mit der  Leitungs­qualifikation | Umfang der Anstellung VK-Anteil |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja | ja |  |
|  |  | ja | ja |  |
|  |  | ja | ja |  |
|  |  | ja | ja |  |
|  |  | ja | ja |  |
|  |  | ja | ja |  |

Begründung, falls die Anforderung zur **pflegerischen Qualifikation** nicht bzw. nicht vollständig erfüllt wird:

| Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anforderung erfüllt werden kann |
| --- | --- |
|  |  |

2.2 Anforderung an die pflegerische Stationsbesetzung

|  |  |
| --- | --- |
| Jede Station für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie ist mit einem 24-stündigen kinderkrankenpflegerischen Schichtdienst besetzt. | ja  nein |
|  |  |
| Zusätzlich wird ein 24-stündiger kinderkrankenpflegerischer Schichtdienst vorgehalten, der jederzeit für die Notaufnahme (z.B. von Station oder auf Station) abrufbar ist. | ja  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Die patientennahe Pflege erfolgt durch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte. | ja  nein |

Anzahl der Mitarbeiter in Pflegedienst der Kinderklinik / -abteilung in VK:

in Köpfen:

- davon Anzahl der „am Bett“ tätigen Mitarbeiter im Pflegedienst in VK:

in Köpfen:

Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte in der Kinderklinik / -abteilung in VK:

in Köpfen:

- davon Anzahl der „am Bett“ tätigen Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte in VK:

in Köpfen:

Begründung, falls die Anforderung zur **pflegerischen Besetzung** nicht bzw. nicht vollständig erfüllt wird:

| Art der Anforderung | Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anforderung erfüllt werden kann |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

3 Andere Professionen

3.1 Behandlungsteam

*Laut der EACH-Charta (European Association for Children in Hospital) erfolgt die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Krankenhäusern durch Personal, das den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen entspricht.*

([www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/fileadmin/inhalt/downloads/charta\_erlaeuterungen.pdf](https://www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/fileadmin/inhalt/downloads/charta_erlaeuterungen.pdf))

|  |  |
| --- | --- |
| Das vorzuhaltende Behandlungsteam besteht neben dem Ärztlichen Dienst und dem Pflegedienst aus Mitarbeitern / Mitarbeiterinnen aus  1.) dem sozialpädagogischen Dienst / pädiatrischen Sozialdienst,  2.) dem psychologischen Dienst,  3.) dem pädagogischen Dienst und  4.) dem funktionstherapeutischen Dienst (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Ernährungsberater, Musiktherapeuten) | ja  nein |

Die unter 1., 2., 3. und 4. genannten **Funktionen im Behandlungsteam** sind folgendermaßen besetzt:

| Funktion | Namen der Ansprechpartner (max. 5 je Funktionsbereich) | Umfang der Anstellung für die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin /  Kinderchirurgie –  VK-Anteil | Umfang der Anstellung für die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin /  Kinderchirurgie –  Köpfe |
| --- | --- | --- | --- |
| Zu 1.): |  |  |  |
| Zu 2.): |  |  |  |
| Zu 3.): |  |  |  |
| Zu 4.): |  |  |  |

Begründung, falls die Anforderung zum **Behandlungsteam** nicht vollständig erfüllt wird:

| Funktion | Begründung für Nichterfüllung /  Alternatives Versorgungskonzept | Zeitpunkt, ab dem die Anforderung erfüllt werden kann |
| --- | --- | --- |
| Zu 1.): |  |  |
| Zu 2.): |  |  |
| Zu 3.): |  |  |
| Zu 4.): |  |  |

4 Anforderungen an Organisation und Infrastruktur

4.1 Notfallversorgung

|  |  |
| --- | --- |
| Die Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie nimmt an der  Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen teil. | ja  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Die Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin erfüllt die Voraussetzung nach §25 Modul Notfallversorgung Kinder des G-BA-Beschlusses über die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V für folgende Versorgungsstufe:  Basisnotfallversorgung (Stufe 1)  Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)  Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)  noch nicht entschieden | ja  ja  ja  ja |

|  |  |
| --- | --- |
| Sie ist von GKV-Seite anerkannt für:  Basisnotfallversorgung (Stufe 1)  Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)  Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)  offen | ja  ja  ja  ja |

Begründung, falls die Klinik / Abteilung nicht an der **Notfallversorgung** teilnimmt:

| Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anforderung erfüllt werden kann |
| --- | --- |
|  |  |

4.2 Im Falle der Teilnahme an der Notfallversorgung sind nachfolgende Einrichtungen jederzeit für die Versorgung vor Ort dienstbereit:

|  |  |
| --- | --- |
| Die Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie setzt in der Not­auf­nahme ein Triage-System ein. | ja  nein |
| Wenn ja, welches Triage-System wird eingesetzt? |  |
|  |  |
| Eine pädiatrisch ausgerichtete bildgebende Diagnostik (technische Ausstattung) ist vor­handen. | ja  nein |
|  |  |
| Pädiatrische Strukturvorschriften für die bildgebende Diagnostik werden eingehalten. | ja  nein |
|  |  |
| Ein CT steht jederzeit zur Verfügung (24 h / 7 d). | ja  nein |
|  |  |
| Ein MRT steht jederzeit zur Verfügung (24 h / 7 d). | ja  nein |
|  |  |
| Eine pädiatrisch ausgerichtete Labormedizin bzw. klinisch-chemisches Labor ist vorhanden. | ja  nein |

Begründung, falls die Anforderungen an **Organisation und Infrastruktur aus 4.2** nicht vollständig erfüllt werden:

| Art der Anforderung | Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anfor­derung erfüllt werden kann |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

4.3 Nachfolgende Einrichtungen sind jederzeit (24 Stunden) für die Versorgung mindestens in Form einer Kooperation dienstbereit:

Für die Klinik und jede kooperierende Einrichtung der **Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie** ist ein Ansprechpartner zu benennen.

Erforderlich sind **schriftliche Vereinbarungen mit externen Kooperationspartnern** für mindestens folgende stationäre Leistungsbereiche: Kinder-Hämatologie und -Onkologie, Neonatologie (PNZ Level 1/2) und bei einer Praxis für HNO und/oder Augenheilkunde. Muster können über den Downloadbereich der Homepage abgerufen werden ([www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/fachinformation/downloads.html](https://www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/fachinformation/downloads.html)).

**Kinder- und Jugendmedizin** **„PLUS“**: Diese Klinik stellt sicher, dass Kinder und Jugendliche jederzeit von einem Facharzt für Kinderchirurgie operativ versorgt werden können. Voraussetzung ist das Vorhalten eines entsprechenden Rufdienstes mit 3 Fachärzten und die unterzeichnete Erklärung (Anlage zur Checkliste, [www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/fachinformation/downloads.html](https://www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/fachinformation/downloads.html)).

\*) verantwortlicher Ansprechpartner mit der entsprechenden fachlichen (Zusatz-)Qualifikation laut Landesärztekammer (der nicht immer erreichbar sein muss)

\*\*) Angaben zum Umfang und Inhalt der Kooperation beziehen sich auf externe Partner

\*\*\*) Schriftliche Vereinbarungen und Weiterbildungsbefugnisse sind nur beizufügen, wenn eine Klinik bei der 5. Bewertungsrunde nicht erfolgreich teilgenommen hat ODER sich seit der 5. Bewertungsrunde strukturelle oder personelle Veränderungen ergeben haben oder sich eine Vereinbarung geändert hat.

| Nr. | Kooperationspartner | jederzeit dienst­bereit | Im eigenen Haus / extern | Persönlicher Ansprechpartner\*  für die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie | Kooperations-vereinbarung  liegt vor\*\* | Angaben zum Umfang und Inhalt der Kooperation\*\* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.3.1 | **Stationäre Einrichtung für Kinder- und Jugend­medizin** *(gilt nur für die Kinderchirurgie)* | ja  nein | intern | Name: | Wenn extern:  schriftliche Vereinbarung beifügen \*\*\* | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
| 4.3.2 | **Stationäre Einrichtung für Kinderchirurgie**  *(gilt nur für die Kinder- und Jugendmedizin)* | ja  nein | intern | Name: | Wenn extern:  schriftliche Vereinbarung beifügen\*\*\* | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
|  | |  |  | | --- | --- | | Folgende Aussagen treffen für unsere Einrichtung zu:  „Operationen bei Neugeborenen, Säuglingen, Klein- und Schulkindern, die in der Weiterbildungsordnung für Kinderchirurgie verzeichnet sind, werden grundsätzlich vom Kinderchirurgen ausgeführt.  Sofern diese Patienten nicht auf kinderchirurgischen Stationen liegen, ist die operierende Kinderchirurgin / der operierende Kinderchirurg für die Behandlung auf der pädiatrischen Station / Intensivstation mit verantwortlich. Dies gilt insbesondere für Patienten, die wegen schweren Erkrankungen von Thorax und Abdomen, z.B. Tumoren und angeborene Fehlbildungen, behandelt werden.  Ausnahmen sind nur akzeptabel, wenn bestimmte Eingriffe nicht zum Spektrum der örtlichen Kinderchirurgie zählen, aber in der Weiterbildungsordnung einer benachbarten Fachdisziplin speziell für das Kindealter aufgeführt sind (z.B. Kinderurologie).  Auch wird stets für eine Anästhesie gesorgt, die von in der Anästhesie von Neugeborenen, Säuglingen und Kindern geschulten Ärztinnen, Ärzten, Schwestern und Pflegern ausgeführt wird.  Wenn das geschilderte Vorgehen an der eigenen Klinik nicht gewährleistet ist, wird es durch eine Kooperation mit einer externen Kinderchirurgie sichergestellt.“ | ja  nein | | | | | | |
| 4.3.3 | **Stationäre Einrichtung für Kinderintensiv­medizin** | ja  nein | intern | Name: | Wenn extern:  schriftlich  mündlich | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
| 4.3.4 | **Perinatalzentrum** (gemäß G-BA)  Im eigenen Haus:  Level 1  Level 2  Schwerpunkt  ohne | ja  nein | intern | Name: | Wenn extern:  schriftliche Vereinbarung beifügen\*\*\* | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
| 4.3.5 | **Stationäre Einrichtung mit Schwerpunkt für Neuropädiatrie** | ja  nein | intern | Name: | Wenn extern:  schriftlich  mündlich | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
| 4.3.6 | **Zentrum für Kinderhämatologie und -onkologie**  (gemäß G-BA) | ja  nein | intern | Name: | Wenn extern:  schriftliche Vereinbarung beifügen\*\*\* | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
| 4.3.7 | **Stationäre Einrichtung mit Schwerpunkt für Kinderkardiologie** | ja  nein | intern | Name: | Wenn extern:  schriftlich  mündlich | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
| 4.3.8 | **Stationäre Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie** | ja  nein | intern | Name: | Wenn extern:  schriftlich  mündlich | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
| 4.3.9 | **Facharzt für Augenheilkunde** | ja  nein | intern | Name: | Wenn externe Praxis:  schriftliche Vereinbarung beifügen\*\*\* | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
| 4.3.10 | **Facharzt für HNO** | ja  nein | intern | Name: | Wenn externe Praxis:  schriftliche Vereinbarung beifügen\*\*\* | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
| 4.3.11 | **Facharzt für Radiologie mit Zusatzbezeichnung Kinderradiologie** | entfällt | intern | Name: | Wenn extern:  schriftlich  mündlich | (Tele-)Konsil  Befund / Zweitbefund  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
| 4.3.12 | **Facharzt mit Zusatzbezeichnung Kinder-Orthopädie** | entfällt | intern | Name: | Wenn extern:  schriftlich  mündlich | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
| 4.3.13 | Ggf. weitere: | ja  nein | intern | Name: | Wenn extern:  schriftlich  mündlich | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |
| 4.3.14 | Ggf. weitere: | ja  nein | intern | Name: | Wenn extern:  schriftlich  mündlich | Konsil  Verlegung / Rückverlegung  sonstiges: |
| Fachliche Qualifikation: |
| extern | Name: |
| Fachliche Qualifikation: |
| Anschrift: |

Begründung, falls die Anforderungen an **Organisation und Infrastruktur aus 4.3** nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden:

| Art der Anforderung | Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anfor­derung erfüllt werden kann |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

4.4 Fort- und Weiterbildung

|  |  |
| --- | --- |
| Die Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie bietet die Möglichkeit zur Facharztweiterbildung zum Arzt für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie für min­des­tens 24 Monate an. | ja  nein Anzahl der Monate: |

Begründung, falls die Anforderungen an die **Facharztweiterbildung** nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden:

| Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anforderung erfüllt werden kann |
| --- | --- |
|  |  |

In dieser Bewertungsrunde fragen wir wieder das individuelle Leistungsspektrum der Kinderkliniken und Kinderabteilungen auch mit Teilweiterbildungs-befugnissen ab. Die Internetseite Ausgezeichnet. FÜR KINDER wird entsprechend klinikbezogen ergänzt, wenn die Einrichtung in einem der Leistungs-bereiche zur Weiterbildung befugt ist und uns dies nachweist.

|  |  |
| --- | --- |
| Die Kinderklinik / Kinderabteilung unterhält darüber hinaus mindestens einen Schwerpunkt / Teilgebiet / Zusatzweiterbildung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und ist hierfür zur Weiterbildung zugelassen.\*3 | ja  nein |

Bitte benennen Sie die **Schwerpunkte (SP) / Teilgebiete (TG)** / **Zusatzweiterbildungen (ZW)**, für die eine **volle oder eine Teilweiter­bildungs­ermächtigung** nach der aktuellen Weiterbildungsordnung vorliegt.\*3 Hierzu zählen (alphabetische Reihenfolge):

| Bezeichnung der Weiterbildung | Volle Weiterbildung | Teil-  Weiterbildung | Anzahl der Monate |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Allergologie | ja | ja |  |

\*3 Zusatzinformation – muss angegeben werden, geht aber nicht in die Bewertung ein.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Hämostaseologie | ja | ja |  |
| 3. Infektiologie | ja | ja |  |
| 4. Intensivmedizin | ja | ja |  |
| 5. Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie | ja | ja |  |
| 6. Kinder-Gastroenterologie | ja | ja |  |
| 7. Kinder-Hämatologie und -Onkologie | ja | ja |  |
| 8. Kinder-Nephrologie | ja | ja |  |
| 9. Kinder-Orthopädie | ja | ja |  |
| 10. Kinder-Pneumologie | ja | ja |  |
| 11. Kinder-Radiologie | ja | ja |  |
| 12. Kinder-Rheumatologie | ja | ja |  |
| 13. Kinderkardiologie | ja | ja |  |
| 14. Neonatologie | ja | ja |  |
| 15. Neuropädiatrie | ja | ja |  |
| 16. Palliativmedizin | ja | ja |  |
| 17. Schlafmedizin | ja | ja |  |
| 18. Spezielle Schmerztherapie | ja | ja |  |
| 19. | ja | ja |  |
| 20. | ja | ja |  |
| 21. | ja | ja |  |

Reichen Sie uns als Beleg den Weiterbildungsbescheid der Ärztekammer für die Weiterbildungsbefugnis mit ein. Das ist Voraussetzung für die Ver­öffentlichung auf der Internetseite. Eine Einreichung kann entfallen, wenn eine Klinik bei der 5. Bewertungsrunde erfolgreich teilgenommen hat und sich seit der 5. Bewertungsrunde KEINE strukturellen oder personellen Veränderungen ergeben haben.\*3

**Benennen Sie die Ärzte, die bei Ihnen aktuell in der entsprechenden Weiterbildung sind und wie viele Ärzte bei Ihnen die jeweilige Weiterbildung in 2017 / 2018 erfolgreich abgeschlossen und die Prüfung abgelegt haben**\*3**:**

| Bezeichnung der Weiterbildung | Anzahl der bei uns beschäftigten Ärzte mit der Spezialisierung | Anzahl und Namen der bei uns beschäftigten Ärzte, die sich aktuell in Weiterbildung befinden | Anzahl der Ärzte, die bei uns die genannte Weiterbildung in 2017 / 2018 abgeschlossen und die Prüfung abgelegt haben |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Allergologie |  |  |  |
| 2. Hämostaseologie |  |  |  |
| 3. Infektiologie |  |  |  |
| 4. Intensivmedizin |  |  |  |

\*3 Zusatzinformation – muss angegeben werden, geht aber nicht in die Bewertung ein.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5. Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie |  |  |  |
| 6. Kinder-Gastroenterologie |  |  |  |
| 7. Kinder-Hämatologie und -Onkologie |  |  |  |
| 8. Kinder-Nephrologie |  |  |  |
| 9. Kinder-Orthopädie |  |  |  |
| 10. Kinder-Pneumologie |  |  |  |
| 11. Kinder-Radiologie |  |  |  |
| 12. Kinder-Rheumatologie |  |  |  |
| 13. Kinderkardiologie |  |  |  |
| 14. Neonatologie |  |  |  |
| 15. Neuropädiatrie |  |  |  |
| 16. Palliativmedizin |  |  |  |
| 17. Schlafmedizin |  |  |  |
| 18. Spezielle Schmerztherapie |  |  |  |
| 19. |  |  |  |
| 20. |  |  |  |
| 21. |  |  |  |
| 21. |  |  |  |

Bitte teilen Sie uns mit, für welche Leistungsbereiche Sie eine **Spezialambulanz für Kinder** anbieten (z.B. Hochschulambulanz, Ermächtigungsambulanz persönlich oder als Institut) und ob Sie dies beantragt bzw. abgelehnt bekommen haben. Die Internetseite Ausgezeichnet. FÜR KINDER wird entsprechend klinikbezogen ergänzt.\*3

| Bezeichnung der Weiterbildung | Spezialambulanz vorhanden | Spezialambulanz wurde beantragt – Bescheid steht aus | Spezialambulanz wurde vom Zulassungsausschuss abgelehnt |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Allergologie |  |  |  |
| 2. Hämostaseologie |  |  |  |
| 3. Infektiologie |  |  |  |
| 4. Intensivmedizin |  |  |  |
| 5. Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie |  |  |  |
| 6. Kinder-Gastroenterologie |  |  |  |
| 7. Kinder-Hämatologie und -Onkologie |  |  |  |
| 8. Kinder-Nephrologie |  |  |  |

\*3 Zusatzinformation – muss angegeben werden, geht aber nicht in die Bewertung ein.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 9. Kinder-Orthopädie |  |  |  |
| 10. Kinder-Pneumologie |  |  |  |
| 11. Kinder-Radiologie |  |  |  |
| 12. Kinder-Rheumatologie |  |  |  |
| 13. Kinderkardiologie |  |  |  |
| 14. Neonatologie |  |  |  |
| 15. Neuropädiatrie |  |  |  |
| 16. Palliativmedizin |  |  |  |
| 17. Schlafmedizin |  |  |  |
| 18. Spezielle Schmerztherapie |  |  |  |
| 19. andere, z.B.: Kinderschutzmedizin |  |  |  |
| 20. |  |  |  |
| 21. |  |  |  |
| 21. |  |  |  |

4.5 Mitaufnahme einer Begleitperson

*Vergleiche hierzu auch EACH-Charta, Vereinbarung der SV-Partner (Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG) vom 16.09.2004 und Gemeinsame Erklärung zu Kriterien für die Mitaufnahme vom 21.02.2005.*

*Den* [*Downloadbereich*](https://www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/fachinformation/downloads.html) *für diese Dokumente finden Sie auf* [*www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de*](https://www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/) *unter Fachinformationen.*

|  |  |
| --- | --- |
| Die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie bietet die Möglichkeit zur Mitaufnahme von Begleitpersonen in unmittelbarer Nähe zum Kind an. | ja  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Bitte geben Sie an, bis wann die Mitaufnahme für die Begleitperson immer kostenlos erfolgt. | bis zum  ten Geburtstag des Kindes |

Begründung, falls die Anforderungen an die **Mitaufnahme einer Begleitperson** nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden:

| Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anforderung erfüllt werden kann |
| --- | --- |
|  |  |

4.6 Ausstattung und Sicherheit

*Nach der EACH-Charta heißt es in Artikel 7 – Erläuterungen: Eine kindgerechte Architektur und Innengestaltung muss eine geeignete Umgebung für alle Altersgruppen und für alle Arten von Krankheiten vorsehen, die in der Einrichtung behandelt werden. (Im Hinblick auf die Patientensicherheit sind die Vorgaben der Gemeinde-Unfallversicherung (GUV) bzw. des Bundesverbandes der Unfallkassen (BUK) sowie des Brandschutzes in der gültigen Fassung des jeweiligen Bundeslandes einzuhalten. Sollten diese sich nicht ausdrücklich auf kinderstationäre Einrichtungen beziehen, so gelten die jeweils zutreffenden Vorschriften für Kinder in Tageseinrichtungen.)*

|  |  |
| --- | --- |
| Für die Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie liegt eine entsprechende altersgerechte räumliche Ausstattung vor. Die Patientensicherheit wird ständig nach aktuellen Vorgaben gewähr­leistet. | ja  nein |

In der folgenden Liste sind exemplarisch Mindestkriterien aus den AKIK-Erläuterungen zur EACH-Charta zusammengestellt:

| Kriterium | Kriterium erfüllt? | |
| --- | --- | --- |
| ja | nein |
| Für die Aufnahme und Untersuchung der Kinder und Jugendlichen werden gesonderte Räume vorgehalten. |  |  |
| Es werden Beschäftigungs- und Spielräume vorgehalten. |  |  |
| Auf dem Grundstück des Krankenhauses ist ein Spielplatz angelegt.  Die Spielplatzfläche ist ausreichend groß. |  |  |
| Die Geländer sind so beschaffen, dass die Höhe und die Abstände so gewählt sind, dass keine Einklemm- und Absturzgefahr besteht. |  |  |
| Die Beschläge der Fenster sind so beschaffen, dass die Fenster nicht von Kindern geöffnet werden können, wenn Absturzgefahr besteht. |  |  |
| Glasflächen, elektrische Anlagen und Heizkörper sind so gesichert, dass Kinder nicht gefährdet werden können. |  |  |
| Die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie verfügt über ein System, das das Weglaufen der Kinder von Station erschwert (Weglauf­siche­rung, z.B. Lichtschrankensysteme, besondere Türöffner, altersabhängig elektronische Zugangskontrolle). |  |  |
| Die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie verfügt über ein System, das nur einem bestimmten Personenkreis Zutritt zur Station ermög­lichen kann (z.B. Kontrolle). |  |  |
| Ggf. weitere: |  |  |
| Ggf. weitere: |  |  |

Begründung, falls die Anforderungen an **Organisation und Infrastruktur aus 4.6** nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden:

| Art der Anforderung | Begründung für Nichterfüllung | Zeitpunkt, ab dem die Anfor­derung erfüllt werden kann |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

4.7 Kinderschutz\*3

|  |  |
| --- | --- |
| Unterhält Ihre Kinderklinik / Kinderabteilung eine **Kinderschutzgruppe** gemäß OPS-Ziffer 1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit? | ja  nein |
| Wenn ja, wurde die Kinderschutzgruppe bei der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) akkreditiert? | ja  nein |

|  |
| --- |
|  |

Wenn nein, bitte benennen Sie Ihren Kooperationspartner:

4.8 Frühe Hilfen\*3

|  |  |
| --- | --- |
| Beteiligt sich Ihre Kinderklinik / Kinderabteilung aktiv an regionalen Netzwerken  „**Frühe Hilfen“**? | ja  nein |

4.9 Sozialmedizinische Nachsorge\*3

|  |  |
| --- | --- |
| Bietet Ihre Kinderklinik / Kinderabteilung **Sozialmedizinische Nachsorge** gemäß § 43  Abs. 2 SGB V selbst oder in Kooperation an? | ja  nein |
| Wenn ja, durch eine eigene Einrichtung? | ja  nein |
| Wenn ja, besteht für die eigene Einrichtung hierfür eine Finanzierungsvereinbarung? | ja  nein |

|  |
| --- |
|  |

Wenn nein, bitte benennen Sie Ihren Kooperationspartner:

4.10 Ausbildung Kinderkrankenpflege\*3

|  |  |
| --- | --- |
| Bietet Ihre Kinderklinik / Kinderabteilung aktuell die **Ausbildung** **zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft** selbst oder in Kooperation an? | ja  nein |
| Wenn ja, Anzahl der Ausbildungsplätze: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wird Ihre Kinderklinik / Kinderabteilung ab 01.01.2020 den **Vertiefungseinsatz im speziellen Bereich der pädiatrischen Versorgung** (§ 16 Abs. 2 Ziffer 1 PflBG) selbst oder in Kooperation anbieten? | ja  nein  noch nicht entschieden |
| Wenn ja, Anzahl der Ausbildungsplätze: |  |
| Wenn ja, wird dann im 3. Ausbildungsjahr auch die  **Spezialisierung zur / zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in**  gemäß § 58 Abs. 1 PflBGselbst oder in Kooperation angeboten? | ja  nein  noch nicht entschieden |

\*3 Zusatzinformation – muss angegeben werden, geht aber nicht in die Bewertung ein.

|  |  |
| --- | --- |
| Bietet Ihre Kinderklinik / Kinderabteilung die **Fachweiterbildung Pädiatrische Intensivpflege** nach DKG-Empfehlung selbst oder in Kooperation an? | ja  nein |
| Wenn ja, Anzahl der Weiterzubildenden und Ort der Weiterbildungsstätte: |  |

5 Teilnahme an Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität wird regelmäßig überprüft und für die Erstellung der Qualitätsberichte genutzt. Es werden verschiedene Verfahren verwendet, z.B.:

Fehlermanagementsysteme, Ereignisprotokolle, verschiedene Befragungen, externe Überprüfungen, Beteiligung an Datenbanken und Registern mit Ver­gleichsuntersuchungen und Berichtswesen.

|  |  |
| --- | --- |
| Die Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin / Kinderchirurgie wendet Verfahren zur Qualitätssicherung an. | ja  nein |

**Eltern- und Einweiserbefragungen erfolgen regelmäßig. Ein Risk-Management sollte vorhanden sein.**

Geben Sie die in Ihrer Klinik / Abteilung für Kinder und Jugendmedizin / Kinderchirurgie zur Anwendung kommenden Verfahren an.

Zwei Bereiche werden in den folgenden Tabellen abgefragt: Außenwirkung, Riskmanagement-System, Qualitätsmanagement-System und Hygiene­management-System finden Sie in **Tabelle 1**; die Qualitätssicherungsmodule der medizinischen Fachbereiche der Kinder- und Jugendmedizin / Kinder­chirurgie (stationär / ambulant) in **Tabelle 2**.

**Tabelle 1:**

| Art des Verfahrens | Genaue Bezeichnung (bitte ggf. ergänzen / benennen) | Letzte Erhebung/ Audit (Jahr): | Veröffentlichung der Ergebnisse – intern | Veröffentlichung der Ergebnisse – extern |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Außenwirkung: | **Eltern-/ Patientenbefragung** |  | ja  nein | ja  nein |
|  | **Einweiserbefragung** |  | ja  nein | ja  nein |
| Systematisches Beschwerdemanagement |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  |  |
| Riskmanagement-System: | Fehlermanagement-System:  Critical Incident Reporting-System (CIRS) |  | ja  nein | ja  nein |
| *(Durchführung verschiedener Audits / Methoden zur Risiko­identifikation, -analyse,  -bewertung, -steuerung)* | Regelmäßige Risikoaudits |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Qualitätsmanagement-System:** | EN ISO 9000 ff |  | ja  nein | ja  nein |
|  | European Foundation for Quality Management (EFQM) |  | ja  nein | ja  nein |
| Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesund­heitswesen (KTQ) |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Hygienemanagement-System:** | NEO-KISS (Surveillance System nosokomialer Infektionen für Frühgeborene auf Intensivstationen) |  | ja  nein | ja  nein |
|  | Hand-KISS (Surveillance System „Aktion Saubere Hände“) |  | ja  nein | ja  nein |
| OP-KISS (Surveillance System postoperative Wund­infektionen) |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Tabelle 2:**

| Art des Verfahrens | Genaue Bezeichnung (bitte ggf. ergänzen / benennen) | Teilnahme seit (Jahr): | Veröffentlichung der Ergebnisse – intern | Veröffentlichung der Ergebnisse – extern |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kinderintensivmedizin |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Neonatologie | Neonatalerhebung (gemäß G-BA Beschluss) |  | ja  nein | ja  nein |
|  | Deutsches Frühgeborenen-Netzwerk (GNN) |  | ja  nein | ja  nein |
| (regionale) Qualitätszirkel Neonatologie |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Neuropädiatrie | Zertifizierte Epilepsie-Ambulanz für Kinder und Jugendliche  (Epilepsie-Plus-Zertifikat der Deutschen Sektion der Inter­nationalen Liga gegen Epilepsie) |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Kinderhämatologie  und ‑onkologie | Qualitätsanforderungen (gemäß G-BA Beschluss) |  | ja  nein | ja  nein |
|  | Zertifikat Kinderonkologisches Zentrum nach dem Zerti­fi­zie­rungs­verfahren „Deutsche Krebsgesellschaft“ |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  |  |
| Kinderkardiologie | Kompetenznetz angeborene Herzfehler |  | ja  nein | ja  nein |
|  | Pilotprojekt „Qualitätssicherung Kinderkardiologie / Kinder­herzchirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Kinderchirurgie | (regionale) Qualitätszirkel |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Weitere: |  |  |  |  |
| Pädiatrische Endokrinologie / Diabetologie | Kompetenznetz Diabetes mellitus – DPV (Diabetes Patien­ten Verlaufsdokumentation) von Kindern und Jugendlichen, PEDA-QS Ulm |  | ja  nein | ja  nein |
| Pädiatrische Endokrinologie | Kompetenznetz Adipositas – APV (Adipositas Patienten Verlaufsdokumentation) von Kindern und Jugendlichen, PEDA-QS Ulm |  | ja  nein | ja  nein |
| Kindergastroenterologie | CEDATA-GPGE: Register für Kinder und Jugendliche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und indeterminierte Colitis) in Deutschland und Österreich |  | ja  nein | ja  nein |
| Kinderrheumatologie | Kerndokumentation rheumakranker Kinder- und Jugend­licher, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin |  | ja  nein | ja  nein |
| Pädiatrische Pulmonologie | QS Asthmaschulung |  | ja  nein | ja  nein |
|  | QS Mukoviszidose |  | ja  nein | ja  nein |
| Schmerztherapie | Zertifikat Qualifizierte Kinderschmerztherapie (Certcom) |  | ja  nein | ja  nein |
| Qualifizierte Schmerztherapie in der Kinderchirurgie (QUIPSI) |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  | ja  nein | ja  nein |
| Kinderschutzmedizin | Zertifikat Kinderschutzmedizin der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) |  | ja  nein | ja  nein |
| Andere |  |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  | ja  nein | ja  nein |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist Voraussetzung für die Erlangung des Zertifikates Ausgezeichnet. FÜR KINDER.

6 Unterschriften und Stempel

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Datum, Ort* | *Juristisch Verantwortlicher* | *Stempel* |
| *Unterschrift* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Datum, Ort* | *Ärztliche Leitung* | *Stempel* |
| *Unterschrift* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Datum, Ort* | *Pflegedienstleitung* | *Stempel* |
| *Unterschrift* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Datum, Ort* | *Verwaltungsleitung* | *Stempel* |
| *Unterschrift* | |

1. \* Die für Gesundheit zuständigen Ministerien verschiedener Bundesländer bitten um Weiterleitung der genannten Informationen. Eine Weitergabe von Informationen erfolgt nur, wenn die Einrichtung damit einverstanden ist, – die Teilnahme ist von der Entscheidung zur Weiterleitung von Informationen unabhängig. [↑](#footnote-ref-1)
2. \* BG = Berufsgenossenschaft [↑](#footnote-ref-2)