



**Netzwerk für die Versorgung
schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V.**

Selbstbewertungsbogen

für Mediziner/-innen in der ambulanten Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher

Vorliegender Bogen dient der Selbsteinschätzung Ihrer Spezialisierung und Erfahrung in der Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher. Er ist Teil eines einheitlichen Qualitätsmanagements des *Netzwerks für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V.* Dieses einheitliche Qualitätsmanagement ist im Rahmen der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) nach §37b SGB V verpflichtend. Bitte füllen Sie den Bogen aus und senden Sie ihn an das Netzwerk unter folgender Adresse:

Netzwerk für die Versorgung schwerkranker Kinder und Jugendlicher e.V.

(Kinderkrankenhaus auf der Bult)

Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

Tel.: +49 511 8115-8980, Fax: +49 511 8115-8981

E-Mail: info@betreuungsnetz.org

Dokument: FB-108			Seite 1 von 3		
Erstellt: K. Kremeike, N. Eulitz	Geprüft: QMB	Freigegeben: Leitung			
Datum: 25.08.2010	Name: K. Kremeike	Name: Prof. Dr. D. Reinhardt			
Unterschrift:	Datum: 26.08.2010	Datum: 30.08.2010			
	Unterschrift:	Unterschrift:			



Haben Sie eine Kassenzulassung oder sind Sie in einem im Krankenhausbedarfsplan des Landes (Niedersachsen) gelisteten Krankenhaus angestellt ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie Pädiater/-in? Abgeschlossene Ausbildung und Anerkennung als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie Palliativmediziner/-in? Facharzt /-ärztin mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie „pädiatrisch erfahren“? <ul style="list-style-type: none"> o Erfahrung mit Kindern verschiedener Altersstufen (Neugeborene oder Kleinkinder und Schulkinder oder Jugendliche) und Kenntnisse der Besonderheiten der medikamentösen Therapie in der Pädiatrie aus einer mindestens einjährigen ambulanten oder klinischen Tätigkeit innerhalb der letzten drei Jahre 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie „palliativ erfahren“? Erfahrung in <ul style="list-style-type: none"> o allen Bereichen der Palliativversorgung einschließlich der Behandlung von Schmerzen, neurologischer / psychiatrischer / psychischer Symptomatik, respiratorischer / kardialer Symptomatik, gastrointestinale Symptomatik, ulzerierender / exulzerierender Wunden oder Tumore und urogenitaler Symptomatik o Erfahrung in der intravenösen Therapie o Erfahrung in der Sterbebegleitung aus einer mindestens einjährigen ambulanten oder klinischen Tätigkeit innerhalb der letzten drei Jahre	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Werden die Anforderungen der SAPPV¹ erfüllt? <ul style="list-style-type: none"> o Anerkannte Zusatzweiterbildung in Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche nach der je nach Bundesland aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer und o Erfahrung aus der ambulanten palliativen Behandlung von mindestens 30 pädiatrischen Palliativpatienten (z.B. in der häuslichen Umgebung oder in einem stationären Hospiz), innerhalb der letzten drei Jahre* oder o Erfahrung aus einer mindestens einjährigen klinischen pädiatrischen palliativmedizinische Tätigkeit, z.B. in einer Palliativabteilung in einem Krankenhaus, innerhalb der letzten drei Jahre² <p><small>¹in Anlehnung an die Empfehlungen der Krankenkassen nach § 132d Absatz 2 SGB V für die SAPV</small></p> <p><small>²Für eine Übergangszeit bis zum 31.03.2014 kann von den Krankenkassen auf den nachgewiesenen Abschluss der jeweiligen Fortbildung verzichtet werden. In jedem Fall ist der Beginn einer Weiterbildungsmaßnahme nachzuweisen.</small></p>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Dokument: FB-108 Seite 2 von 3		
Erstellt: K. Kremeike, N. Eulitz	Geprüft: QMB Name: K. Kremeike Datum: 26.08.2010	Freigegeben: Leitung Name: Prof. Dr. D. Reinhardt Datum: 30.08.2010
Datum: 25.08.2010		
Unterschrift:	Unterschrift:	Unterschrift:



Einstufung

Bitte kreuzen Sie in untenstehender Tabelle an, wie Sie Ihre Spezialisierung und Erfahrung in der Versorgung von schwerkranken Kindern und Jugendlichen einstufen.

Kriterium	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
1 Kassenzulassung oder Anstellung in einem Krankenhaus der Landesbedarfsplanung				
2 Pädiater/-in oder Palliativmediziner/-in				
3 „Pädiatrisch erfahrene/r Palliativ- mediziner/-in“ oder „palliativ erfahrene/r Pädiater/-in“				
4 Anforderungen der SAPPV erfüllt				
	Kriterium 1 erfüllt = Stufe I <input type="checkbox"/>	Kriterien 1 & 2 erfüllt = Stufe II <input type="checkbox"/>	Kriterien 1 – 3 erfüllt = Stufe III <input type="checkbox"/>	Kriterien 1 – 4 erfüllt = Stufe IV <input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift: _____

	Dokument: FB-108	Seite 3 von 3
Erstellt: K. Kremeike, N. Eulitz	Geprüft: QMB Name: K. Kremeike Datum: 26.08.2010	Freigegeben: Leitung Name: Prof. Dr. D. Reinhardt Datum: 30.08.2010
Datum: 25.08.2010		
Unterschrift:	Unterschrift:	Unterschrift: