

Antragsteller:

Auskünfte erteilt: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Telefon-Nr.-Durchwahl)

**Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte  
für die Pflege in der Onkologie**

An die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

Anmerkung:  
In Bayern prüft die Bayerische Krankenhausgesellschaft  
den Antrag und leitet ihn mit einer Stellung-  
nahme an die DKG weiter.

Hiermit beantragen wir die Anerkennung als Weiterbildungsstätte für die Pflege in der Onkologie gemäß der unten stehenden DKG-Empfehlung<sup>1</sup>.

Die Weiterbildungsmaßnahme wird gemäß der "DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie" vom 22.06.2021 durchgeführt.

Die Anerkennung soll erfolgen mit Wirkung zum: \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Sitz der Weiterbildungsstätte)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

( \_\_\_\_\_ )  
(Name in Druckbuchstaben der  
Leitung der Weiterbildung)

( \_\_\_\_\_ )  
(Name in Druckbuchstaben des Trägers  
der Weiterbildungsstätte/Krankenhausverwaltung)

<sup>1</sup> Bei Vorliegen einer Landesverordnung wäre der Bezug auf die DKG-Empfehlung durch landesrechtliche Regelungen zu ersetzen.

<sup>1</sup>Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.

**Erhebungsbogen zum Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte  
für die Pflege in der Onkologie**

**I. Allgemeine Fragen**

**1. Träger der Weiterbildungsmaßnahme:**

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Angaben über die Weiterbildungsstätte:**

Bezeichnung der Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

Adresse der Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.

**3. Krankenhäuser/Einrichtungen, die der Weiterbildungsstätte vertraglich angeschlossen sind:**

Anmerkung: Bei einem Zusammenschluss von mehreren Krankenhäusern zu einem Weiterbildungsverbund hat jedes Krankenhaus die Angaben gemäß § 9 Absatz 6 Nummer 1 (Kooperationsvertrag, Anlagen 1, 2 und 3) mitzuteilen. Alle erforderlichen Unterlagen sind immer über die Leitung der Weiterbildungsstätte der Deutschen Krankenhausgesellschaft<sup>2</sup> zur Verfügung zu stellen.

3.1 Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

3.2 Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

3.3 Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

3.4 Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

3.5 Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Für weitere Krankenhäuser/Einrichtungen gegebenenfalls eine zusätzliche Seite einfügen.

---

<sup>2</sup> In Bayern reichen die Weiterbildungsstätten die Unterlagen bei der BKG ein.

<sup>1</sup>Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.

4. Das Krankenhaus/die Einrichtung deckt folgende Einsatzorte/-bereiche im Bereich der Pflege in der Onkologie gemäß § 9 Absatz 2 der DKG-Empfehlung ab:

Fachbereich:	Bettenzahl <sup>1</sup> :	Patienten / Jahr insgesamt <sup>1</sup> :	davon onkologische erkrankte Patienten in Prozent
<b>Pflicht-Einsatzbereiche</b>			
<b>Internistische Onkologie</b> (mindestens <u>zwei</u> Einsätze in verschiedenen Bereichen der internistischen Onkologie)  ⇒  ⇒  ⇒			
<b>Chirurgische Onkologie</b> (mindestens <u>zwei</u> Einsätze in verschiedenen Bereichen der operativen Onkologie)  ⇒  ⇒  ⇒			
<b>Strahlentherapeutische Behandlungseinheit</b> (stationär oder radiologische Praxis)			
<b>Palliative Care</b> (z. B. Palliativstation, Hospiz, SAPV-Team)			

<sup>1</sup>Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.

<b>Wahlpflicht-Einsatzbereiche</b>			
<u>Mindestens zwei</u> Einsätze in Bereichen, die eine altersgerechte <sup>3</sup> spezialisierte onkologische Versorgung sicherstellen, z. B			
⇒ (Kinder-) Knochenmark- bzw. Stammzelltransplantationseinheit			
⇒ onkologische Rehabilitation			
⇒ onkologische Beratungsstellen oder Patienteninformationszentrum			
⇒ Cyberknife / Gammaknife			
⇒ Einrichtungen der onkologischen Nachsorge			
⇒ Psychoonkologie			
⇒ Ernährungsberatung			
⇒ Selbsthilfegruppen			
⇒ Schmerzmanagement			
⇒ OP			

<sup>3</sup> Unter „altersgerechter Versorgung“ sind Behandlungseinheiten zu verstehen, die onkologisch erkrankte Patienten aller Altersstufen versorgen.

<sup>1</sup>Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.

⇒ Wundmanagement / Stoma- therapie			
⇒ Weitere Bereiche der speziali- sierten onkologischen Versor- gung			

Die durchschnittliche Belegung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen muss mind. 30% betragen, um als internistischer Einsatzbereich im Rahmen der praktischen Weiterbildung anerkannt zu werden.

Erfolgt der Einsatz in Abteilungen oder Stationen mit multidisziplinärem Versorgungsansatz, so ist arbeitsorganisatorisch sicherzustellen, dass die Teilnehmenden der Weiterbildung ausschließlich in der Versorgung onkologischer oder palliativer Patienten eingesetzt werden.

## **II. Organisation der Weiterbildung**

### **5. Leitung der Weiterbildung:**

(gemäß § 3 Absatz 2 Nummer 1a und b)

#### 5.1 Wer ist mit der Leitung der Weiterbildung beauftragt?

Name der Leitung(-en) \_\_\_\_\_

(bei dualer Leitung bitte Namen beider Personen) \_\_\_\_\_

#### **Bei Leitung der Weiterbildung durch eine Person ab hier ausfüllen:**

#### 5.2 Ist für diese Leitung der Weiterbildung eine

volle Stelle eingerichtet?

Ja •

Nein •

oder ist eine Teil-Stelle eingerichtet?

Ja • <sup>4</sup>

Nein •

Wenn ja, Angabe der Stunden je Woche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Stunden/Woche

#### 5.3 Qualifikationsnachweise der Leitung der Weiterbildung im Fachgebiet Pflege in der Onkologie

Abschluss der

- Ausbildung zur/zum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

(Datum)

- Weiterbildung für

Pflege i. d. Onkologie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

(Datum)

- didaktischen und

pädagogischen

Vorbildung zur/zum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

(Datum)

#### **Bei dualer Leitung ab hier ausfüllen:**

#### 5.4 Qualifikationsnachweise der pädagogischen Leitung der Weiterbildung im Fachgebiet Pflege in der Onkologie

Abschluss der

- Ausbildung zur/zum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

(Datum)

- didaktischen und

pädagogischen

Vorbildung zur/zum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

(Datum)

<sup>4</sup> Wenn Teil-Planstellen, welche anderen Tätigkeiten werden parallel wahrgenommen?

<sup>1</sup>Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.

5.5 Qualifikationsnachweise der fachpraktischen Leitung der Weiterbildung im Fachgebiet Pflege in der Onkologie

Abschluss der  
- Ausbildung zur/zum \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_  
(Datum)

- Weiterbildung für  
Pflege i. d. Onkologie \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_  
(Datum)

- didaktischen und  
pädagogischen  
Vorbildung zur/zum \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_  
(Datum)

5.6 Sind für diese beiden Leitungen (1, 2) der Weiterbildung

eine volle Stelle eingerichtet (1)? Ja • Nein •

eine volle Stelle eingerichtet (2)? Ja • Nein •

oder ist eine Teil-Stelle eingerichtet (1)? Ja •<sup>5</sup> Nein

Wenn ja, Angabe der Stunden je Woche: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

oder ist eine Teil-Stelle eingerichtet (2)? Ja •<sup>6</sup> Nein •

Wenn ja, Angabe der Stunden je Woche: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

Fotokopien der Qualifikationsnachweise sind beigefügt: Ja • Nein

<sup>5</sup> Wenn Teil-Planstellen, welche anderen Tätigkeiten werden parallel wahrgenommen?

<sup>6</sup> Wenn Teil-Planstellen, welche anderen Tätigkeiten werden parallel wahrgenommen?

<sup>1</sup>Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.

## 6. Dozenten im Bereich der Pflege in der Onkologie

<b>B M I Berufliche Grundlagen anwenden (116 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
<b>Moduleinheit</b>	<b>Titel</b>	<b>Std.</b>	<b>Name Dozenten</b>	<b>Qualifikationen</b>
B M I ME 1	Ethisch denken und handeln	36 Std.		
B M I ME 2	Theorie geleitet pflegen	32 Std.		
B M I ME 3	Modelle von Gesundheit und Krankheit in die Pflege einbeziehen	32 Std.		
B M I ME 4	Ökonomisch handeln im Gesundheitswesen	16 Std.		
<b>B.M II Entwicklungen initiieren und gestalten (84 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
<b>Moduleinheit</b>	<b>Titel</b>	<b>Std.</b>	<b>Name Dozenten</b>	<b>Qualifikationen</b>
B M II ME 1	Lernen	36 Std.		
B M II ME 2	Anleitungsprozesse planen und gestalten	16 Std.		
B M II M 3	QM – Arbeitsabläufe in komplexen Situationen gestalten	16 Std.		
B. M II M 4	In Projekten arbeiten	16 Std.		

<b>F ON M I Im onkologischen Bereich pflegend tätig werden (140 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
<b>Moduleinheit</b>	<b>Titel</b>	<b>Std.</b>	<b>Name Dozenten</b>	<b>Qualifikationen</b>

<sup>1</sup>Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.

F ON I ME 1	Krebs- und therapiebedingte Auswirkungen einschätzen und positiv beeinflussen	80 Std.		
F ON M 1 ME 2	Bei der Diagnostik und Therapie mitwirken	60 Std.		
<b>F ON M II Organisieren (120 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
<b>Moduleinheit</b>	<b>Titel</b>	<b>Std.</b>	<b>Name Dozenten</b>	<b>Qualifikationen</b>
F ON M II ME 1	Agieren im Team und netzwerken	40 Std.		
F ON M II ME 2	Behandlungsorganisation in der Onkologie unterstützen	30 Std.		
F ON M II ME 3	Mit Gefahrstoffen sicher umgehen	10 Std.		
F ON M II ME 4	Auf sich selbst achten	40 Std.		
<b>F ON M III Im onkologischen Bereich kommunikativ pflegen (100 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
<b>Moduleinheit</b>	<b>Titel</b>	<b>Std.</b>	<b>Name Dozenten</b>	<b>Qualifikationen</b>

<sup>1</sup>Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.

F ON M III ME 1	Onkologisch beraten	40 Std.		
F ON M III ME 2	Die Krankheitsbewältigung kommunikativ unterstützen	60 Std.		
<b>F ON M IV Palliativ pflegen (160 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
<b>Moduleinheit</b>	<b>Titel</b>	<b>Std.</b>	<b>Name Dozenten</b>	<b>Qualifikationen</b>
F ON M IV ME 1	In palliativen Situationen arbeiten	40 Std.		
F ON M IV ME 2	In palliativen Bereich pflegend tätig werden	40 Std.		
F ON M IV ME 3	Patienten beim Sterben begleiten	40 Std.		
F ON M IV ME 4	Trauernde begleiten	40 Std.		

**Gesamtstunden: 720**

Für weitere Personen eine zusätzliche Anlage beifügen!

Anmerkung: Jede Dozentenänderung liegt in der Verantwortung der Weiterbildung. Die DKG kann zu jeder Zeit Einsicht verlangen. Es wird unterstellt, dass sich zwar die Person ändern kann, die Qualifikation bezogen auf den jeweiligen Lernbereich bzw. auf das jeweilige Themenfeld jedoch nicht.

## 7. Praktische Weiterbildung:

### 7.1 Praktische Weiterbildung nach Pflicht- und Wahlpflicht-Einsätzen

(Für Weiterbildungsteilnehmer aus angeschlossenen Krankenhäusern/Einrichtungen ist je Krankenhaus/Einrichtung die Anlage 2 zu Ziffer 7.1 auszufüllen!)

Pflege in der Onkologie			
		Externe praktische Einsätze:	
		↙	↘
Fachgebiet / Bereich:	Stunden insgesamt:	Stunden:	Krankenhaus:
<b>Pflicht-Einsatzgebiete</b>			
<b>Innere Medizin mit onkologischem Schwerpunkt</b> (mindestens <u>zwei</u> verschiedene internistische Fachbereiche)  ⇨  ⇨  ⇨			
<b>Operative Medizin mit onkologischem Schwerpunkt</b> (mindestens <u>zwei</u> verschiedene operative Fachbereiche)  ⇨  ⇨  ⇨			
<b>Strahlentherapeutische Behandlungseinheiten</b> (Stationär, radiologische Praxis)			
<b>Palliative Care</b> (z. B. Palliativstation, Hospiz, SAPV-Team)			
<b>Wahlpflicht-Einsatzgebiete</b>			
Kinder-)KMT bzw. Stammzell-			

transplantationseinheit			
Onkologische Beratungsstellen oder Patienteninformationszentrum			
Onkologische Rehabilitation			
Cyberknive / Gammaknive			
Wundmanagement / Stomathe- rapie			
Psychoonkologie			
Ernährungsberatung			
Schmerzmanagement			
OP			
Einrichtungen der onkologi- schen Nachsorge			
Weitere Bereiche der speziali- sierten onkologischen Versor- gung: ⇒ ⇒ ⇒			
Summe der praktischen Weiterbildung insge- samt:	_____Stunden (mindestens 1800 Stunden)		

Anzahl der geplanten Teilnehmer pro Weiterbildung: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.



### **III. Anlagen**

**Folgende Anlagen sind beigefügt:**

- |    |   |      |        |
|----|---|------|--------|
| 1. | Gegebenenfalls vertragliche Regelung(en) des/der angeschlossenen Krankenhauses/Krankenhäuser: | Ja • | Nein • |
| 2. | Nachweise zu den Ziffern 5 und 8:   | Ja • | Nein • |

**Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bestätigt.**

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Leitung der Weiterbildung)

\_\_\_\_\_  
(Leitung der Weiterbildung)

### **Anmerkung:**

**Bitte alle Rückseiten des Erhebungsbogens sowie der Anlagen mit dem Stempel des Krankenhauses kennzeichnen!**

<sup>1</sup>Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.