

Antragsteller:

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

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

**Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte  
für die Intermediate Care Pflege<sup>1</sup>**

<p>An die Deutsche Krankenhausgesellschaft</p>	<p><u>Anmerkung:</u> In Bayern prüft die Bayerische Krankenhausgesellschaft den Antrag und leitet ihn mit einer Stellungnahme an die DKG weiter.</p>
--	--

Hiermit beantragen wir die Anerkennung als Weiterbildungsstätte für die Weiterbildung Intermediate Care Pflege gemäß der unten stehenden DKG-Empfehlung.<sup>2</sup>

Die Weiterbildungsmaßnahme wird gemäß der „DKG-Empfehlung Intermediate Care Pflege (IMC)“ vom 18.06.2019 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> Stand: 18.06.2019

<sup>2</sup> Bei Vorliegen einer Landesverordnung wäre der Bezug auf die DKG-Empfehlung durch landesrechtliche Regelungen zu ersetzen.

**Erhebungsbogen zum Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte  
für die Intermediate Care Pflege**

**I. Allgemeine Fragen**

**1. Träger der Weiterbildungsmaßnahme:**

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

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

**2. Angaben über die Weiterbildungsstätte:**

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

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

Besteht bereits eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte für die Weiterbildung Intensiv-  
und Anästhesiepflege?

Ja •

Nein

Handelt es sich um eine Anerkennung der Weiterbildungsstätte durch

die DKG  oder nach einer Landesverordnung  ?

**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>3</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>3</sup> In Bayern reichen die Weiterbildungsstätten die Unterlagen bei der BKG ein.

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

Intermediate Care Pflege <sup>4</sup>		
Fachbereiche:	Zahl der Betten	Zahl der Patienten pro Jahr
Interdisziplinäre Intermediate Care Einheit		
<b>ODER</b>		
Operative Intermediate Care Einheit		
Konservative Intermediate Care Einheit		
<b>UND</b>		
Interdisziplinäre Intensivstation		
<b>ODER</b>		
Konservative Intensivstation		
Operative Intensivstation		
<b>UND</b>		
Konservative Hauptfachabteilung	Zahl der Betten	Zahl der Patienten pro Jahr
⇒		
⇒		
⇒		
Drei operative Fachdisziplinen*	Zahl der Betten	Zahl der Patienten pro Jahr
⇒		
⇒		
⇒		

<sup>4</sup> Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.

Belegabteilungen*	Zahl der Betten	Zahl der Patienten pro Jahr
⇒		
⇒		
⇒		

\* davon eine allgemeinchirurgisch-viszerale Hauptfachabteilung; eine der Fachdisziplinen kann durch Belegabteilungen anderer operativer Disziplinen mit regelmäßiger Operationstätigkeit ersetzt 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>5</sup>       Nein •

Wenn ja, Angabe der Stunden je Woche:

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

#### 5.3 Qualifikationsnachweise der Leitung der Weiterbildung im Fachgebiet Intensiv- und Anästhesiepflege

Abschluss der

- Ausbildung zur/zum

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

- Weiterbildung für  
Intensiv- und  
Anästhesiepflege

\_\_\_\_\_ 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 Intensiv- und Anästhesiepflege

Abschluss der

- Ausbildung zur/zum

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

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

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

5.5 Qualifikationsnachweise der fachpraktischen Leitung der Weiterbildung im Fachgebiet  
Intensiv- und Anästhesiepflege

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

- Weiterbildung für  
Intensiv- und  
Anästhesiepflege \_\_\_\_\_, 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 Teilzeit-Stelle eingerichtet (1)? Ja<sup>6</sup> •  Nein •

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

oder ist eine Teil-Stelle eingerichtet (2)? Ja<sup>7</sup> • •  Nein •

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

Fotokopien der Qualifikationsnachweise sind beigelegt: Ja  Nein •

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

<sup>7</sup> Wenn Teil-Planstellen, welche anderen Tätigkeiten werden parallel wahrgenommen?

## 6. Dozenten im Bereich der Intermediate Care Pflege

<b>B IMC M I Berufliche Grundlagen anwenden und Entwicklungen initiieren und gestalten (100 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
<b>Moduleinheit</b>	<b>Titel</b>	<b>Std.</b>	<b>Name Dozenten</b>	<b>Qualifikationen</b>
B IMC M I ME 1	Ethisch denken und handeln	36 Std.		
B IMC M I ME 2	Lernen	36 Std.		
B IMC M I ME 3	Anleitungsprozesse planen und gestalten	16 Std.		
B IMC M I ME 4	Qualitätsmanagement – Arbeitsabläufe in komplexen Situationen gestalten	12 Std.		

<b>F IMC M I Kernaufgaben in der Intermediate Care Pflege wahrnehmen (100 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
<b>Moduleinheit</b>	<b>Titel</b>	<b>Std.</b>	<b>Name Dozenten</b>	<b>Qualifikationen</b>
F IMC M I ME 1	Strukturelle und organisatorische Prozesse im Intermediate Care Bereich gestalten und rechtliche Vorgaben in der Praxis berücksichtigen	16 Std.		
F IMC M I ME 2	Intermediate Care Patienten überwachen, Notfallsituationen erkennen und angemessen handeln	24 Std.		
F IMC M I ME 3	Hygienerichtlinien praktisch umsetzen und die Situation eines an einer Infektion erkrankten Patienten einschätzen und folgerichtig handeln	22 Std.		
F IMC M I ME 4	Aufgaben im Bereich der Diagnostik und Therapie im interdisziplinären Team wahrnehmen	20 Std.		
F IMC M I ME 5	Fördernde Konzepte in der Betreuung von Intermediate Care Patienten umsetzen	18 Std.		

<b>F IMC M II Spezielle Pflege- und Behandlungsmaßnahmen von Patienten auf der Intermediate Care Station kompetent unterstützen, durchführen und evaluieren (90 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
<b>Moduleinheit</b>	<b>Titel</b>	<b>Std.</b>	<b>Name Dozenten</b>	<b>Qualifikationen</b>
F IMC M II ME 1	Die Situation des Intermediate Care Patienten mit respiratorischen Störungen einschätzen und folgerichtig handeln	30 Std.		
F IMC M II ME 2	Die Situation des Intermediate Care Patienten mit Störungen des Herz-Kreislauf-Systems einschätzen und folgerichtig handeln	30 Std.		
F IMC M II ME 3	Die Situation des Intermediate Care Patienten mit Störungen des Stoffwechsels und der Ausscheidungsfunktion einschätzen und folgerichtig handeln	30 Std.		

<b>F IMC M III Besondere Pflegesituationen in der Intermediate Care Pflege bewältigen (70 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
<b>Moduleinheit</b>	<b>Titel</b>	<b>Std.</b>	<b>Name Dozenten</b>	<b>Qualifikationen</b>
F IMC M III ME 1	Die Situation des Intermediate Care Patienten mit neurologischen Störungen einschätzen und folgerichtig handeln	34 Std.		
F IMC M III ME 2	Die Situation des an Demenz Erkrankten wahrnehmen und ihn situationsbezogen begleiten	16 Std.		
F IMC M III ME 3	Patienten in besonderen Lebenssituationen wahrnehmen und situationsbezogen begleiten	20 Std.		

**Gesamtstunden: 360**

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!)

Intermediate-Care-Pflege			
	Praktische Einsätze in der eigenen Klinik	Externe praktische Einsätze	
Pflicht-Einsatzgebiete	Stunden	Stunden	Krankenhaus
⇒ Operative Intermediate Care Pflege			
⇒ Konservative Intermediate Care Pflege			
<b>ODER</b>			
⇒ Interdisziplinäre Intermediate Care Pflege			
<b>UND</b>			
⇒ Operative Intensivpflege			
⇒ Konservative Intensivpflege			
<b>ODER</b>			
⇒ Interdisziplinäre Intensivpflege			
Wahlpflicht-Einsatzgebiete	Stunden	Stunden	Krankenhaus
⇒			
⇒			
⇒			
Summe der praktischen Weiterbildung insgesamt:	_____ (mindestens 900 Stunden)		

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

## 8. Praxisanleitung

8.1 Zahl der Pflegenden mit Anerkennung einer Weiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege/Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege/Intermediate Care Pflege \_\_\_\_\_

↳ davon mit berufspädagogischer Zusatzqualifikation \_\_\_\_\_

8.2 Die Qualifikationsnachweise sind als Anlagen beigefügt: Ja  Nein •

Intermediate-Care-Pflege			
Name der Praxisanleiter/-innen <sup>8</sup>	Weiterbildung: Abschlussjahr <sup>9</sup>	Praxisanleitung: Abschluss- jahr/Stundenzahl	
			Std.

<sup>8</sup> Siehe dazu auch DKG-Empfehlung § 3 Absatz 2 Nummer 4. Die Qualifikation ist mit einfacher Kopie nachzuweisen.

<sup>9</sup> Bei Absolventen nach der Übergangsregelung § 21 Abs. 5 dieser DKG-Empfehlung muss das Abschlussjahr zusätzlich mit „Ü“ gekennzeichnet werden.

### 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!**