Logo der Weiterbildungsstätte

Antragsteller:	Auskünfte erteilt: _____ (Name, Vorname) _____ (Telefon-Nr.-Durchwahl)

Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte für die Intermediate Care Pflege

An die Deutsche Krankenhausgesellschaft	Anmerkung: In Bayern prüft die Bayerische Krankenhausgesellschaft den Antrag und leitet ihn mit einer Stellungnahme an die DKG weiter.

Hiermit beantragen wir die Anerkennung als Weiterbildungsstätte für die Weiterbildung Intermediate Care Pflege gemäß der unten stehenden DKG-Empfehlung[1].

Die Weiterbildungsmaßnahme wird gemäß der „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung Intermediate Care Pflege“ vom 03.07./04.07.2023 durchgeführt.

Die Anerkennung soll erfolgen mit Wirkung zum: _____
(Datum)

Die Weiterbildung soll erstmalig beginnen am: _____
(Datum)

Anzahl der geplanten Teilnehmer pro Weiterbildung: _____

[1] Bei Vorliegen einer Landesverordnung wäre der Bezug auf die DKG-Empfehlung durch „landesrechtliche Regelung“ zu ersetzen.

_____ _____

(Sitz der Weiterbildungsstätte) (Datum)

_____ _____

(Unterschrift) (Unterschrift)

(_____) (_____)

(Name in Druckbuchstaben der Leitung der Weiterbildung)

(Name in Druckbuchstaben des Trägers der Weiterbildungsstätte/Krankenhausverwaltung)

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 Fachweiterbildungsstätte für die Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege?

Ja ☐ Nein ☐

Handelt es sich um eine Anerkennung der Fachweiterbildungsstätte 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/ jede Einrichtung die Angaben gemäß § 11 Absatz 4 (Kooperationsvertrag, Anlagen 1, 2 und 3) mitzuteilen. Alle erforderlichen Unterlagen sind immer über die Leitung der Weiterbildungsstätte der Deutschen Krankenhausgesellschaft[2] vollständig per E-Mail zu übersenden.

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.

[2] In Bayern sind die erforderlichen Unterlagen der BKG zu übersenden.

4. Das Krankenhaus/ die Einrichtung deckt folgende Einsatzorte/-bereiche im Bereich der Intermediate Care Pflege gemäß § 10 Absatz 2 der DKG-Empfehlung ab:

Intermediate Care Pflege		
Fachbereiche:	**Zahl der Betten**	**Zahl der Patienten pro Jahr[3]**
Interdisziplinäre Intermediate Care Einheit		
ODER		
Operative Intermediate Care Einheit		
Konservative Intermediate Care Einheit		
UND		
Interdisziplinäre Intensivstation		
ODER		
Konservative Intensivstation		
Operative Intensivstation		
UND		
Konservative Hauptfachabteilung	**Zahl der Betten**	**Zahl der Patienten pro Jahr**
⇨		
⇨		
⇨		
Drei operative Fachdisziplinen*	**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

[3] Bitte die Zahlen des Vorjahres angeben.

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

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 Qualifikationsnachweise der Leitung der Weiterbildung im Fachgebiet Intermediate Care Pflege, Intensiv- und Anästhesiepflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege

Abschluss der
Ausbildung zur/ zum _____, am _____
(Datum)

Fachweiterbildung für
Intensiv- und Anästhesiepflege/
Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
oder Weiterbildung Intermediate Care Pflege_____,
am
(Datum)

berufspädagogische
Zusatzqualifikation zur/zum _____ , am _____,
(Datum)

Bei dualer Leitung ab hier ausfüllen:

5.3 Qualifikationsnachweise der pädagogischen Leitung der Weiterbildung im Fachgebiet Intermediate Care Pflege oder Intensiv- und Anästhesiepflege

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

- berufspädagogische Zusatzqualifikation
zur/ zum _____, am _____
(Datum)

5.4 Qualifikationsnachweise der fachpraktischen Leitung der Weiterbildung im Fachgebiet Intermediate Care Pflege oder Intensiv- und Anästhesiepflege

Abschluss der
Ausbildung zur/zum _____, am _____
(Datum)

Fachweiterbildung für
Intensiv- und Anästhesiepflege,

Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
oder Weiterbildung Intermediate Care Pflege _____,
am _____
(Datum)

berufspädagogische Zusatzqualifikation
zur/zum _____, am _____
(Datum)

Die Qualifikation der Leitung der Weiterbildung ist in Form von beglaubigten Kopien nachzuweisen.

6. Dozenten im Bereich der Intermediate Care Pflege

B Entwicklungen begründet initiieren und gestalten (80 Stunden) **Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)**				
Codierung der Moduleinheit	**Titel der Moduleinheit**	**Std.**	**Name der Dozenten**	**Qualifikationen**
B ME 1	Reflektiertes lernen und lehren in der Pflegepraxis	32		
B ME 2	Wissenschaftlich begründet pflegen	24		
B ME 3	In Projekten arbeiten	24		

F IMC M I Kernaufgaben in der Intermediate Care - Pflege wahrnehmen (116 Stunden) **Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)**				
Codierung der Moduleinheit	**Titel der Moduleinheit**	**Std.**	**Name der Dozenten**	**Qualifikationen**
F IMC M I ME 1	Strukturelle und organisatorische Prozesse im Intermediate Care Bereich gestalten und rechtliche Vorgaben in der Praxis berücksichtigen	16		
F IMC M I ME 2	Intermediate Care Patienten klinisch und apparativ überwachen, Ergebnisse bewerten sowie Notfallsituationen erkennen und handeln	28		
F IMC M I ME 3	Hygienisch handeln, Infektionen vermeiden und die Situation eines an einer Infektion erkrankten Patienten einschätzen und folgerichtig handeln	26		
F IMC M I ME 4	Aufgaben im Bereich der Diagnostik und Therapie im interdisziplinären Team übernehmen	24		

F IMC M I ME 5	Frühmobilisation und fördernde Konzepte in der Betreuung von Intermediate Care Patienten umsetzen	22		

F IMC M II Spezielle Pflege- und Behandlungsmaßnahmen von Patienten auf der Intermediate-Care-Station kompetent unterstützen, durchführen und evaluieren (90 Stunden)

Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)

Codierung der Moduleinheit	Titel der Moduleinheit	Std.	Name der Dozenten	Qualifikationen
F IMC M II ME 1	Die Situation des Intermediate Care Patienten mit respiratorischen Störungen einschätzen und folgerichtig handeln	30		
F IMC M II ME 2	Die Situation des Intermediate Care Patienten mit Störungen des Herz-Kreislaufsystems einschätzen und folgerichtig handeln	30		
F IMC M II ME 3	Die Situation des Intermediate Care Patienten mit Störungen des Stoffwechsels und der Ausscheidungsfunktion einschätzen und folgerichtig handeln	30		

F IMC M III Besondere Pflegesituationen in der Intermediate Care Pflege bewältigen (74 Stunden)

Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)

Codierung der Moduleinheit	Titel der Moduleinheit	Std.	Name der Dozenten	Qualifikationen
F IMC M III ME 1	Die Situation des Intermediate Care Patienten mit neurologischen Störungen einschätzen und folgerichtig handeln	34		

F IMC M III ME 2	Die besondere Lebenssituation alter und/ oder an Demenz erkrankter Patienten wahrnehmen und diese begleiten	16		
F IMC M III ME 3	Interkulturelle Begegnungen kompetent gestalten	24		

Gesamtstunden: 360

Für weitere Personen eine zusätzliche Anlage beifügen!

Anmerkung: Jede Dozentenänderung liegt in der Verantwortung der Leitung der Weiterbildung. Die DKG kann zu jeder Zeit Einsicht in die Unterlagen verlangen. Es wird vorausgesetzt, dass sich bei einem Wechsel der Dozentin die Qualifikation bezogen auf das jeweilige Modul/ die Moduleinheit nicht ändert.

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 auszufüllen!)

Intermediate-Care-Pflege			
	Praktische Einsätze in der eigenen Klinik	**Externe praktische Einsätze** ↙ ↘	
Pflichteinsatzbereiche	**Stunden**	**Stunden**	**Krankenhaus/ Einrichtung**
⇨ Operative Intermediate Care Pflege			
⇨ Konservative Intermediate Care Pflege			
ODER			
⇨ Interdisziplinäre Interme-diate Care Pflege			
UND			
⇨ Operative Intensivpflege			
⇨ Konservative Intensiv-pflege			
ODER			
⇨ Interdisziplinäre Intensiv-pflege			
Wahlpflicht-Einsatzbereiche	**Stunden**	**Stunden**	**Krankenhaus/ Einrichtung**
⇨			
⇨			
⇨			
Summe der praktischen Weiterbildung insge-samt:		_____ (mindestens 900 Stunden)	

8. Praxisanleitung[4],[5]

Intermediate-Care-Pflege			
Name der Praxisanleiterin[6],[7]	**Abschlussjahr der-Weiterbildung:**	**Abschluss und Stunden der Weiterbildung Praxis-anleitung**	
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.

Die Qualifikationsnachweise sind als Anlagen beizufügen.

[4] Siehe hierzu auch § 10 Abs. 3 und 4 der DKG-Empfehlung Intermediate Care Pflege
[5] Praxisanleiter mit einer 200 Stunden Qualifikation haben Bestandschutz.
[6] Sofern im Folgenden zur besseren Lesbarkeit die weibliche Form gebraucht wird, sind hierdurch alle Geschlechter miterfasst.
[7] Siehe hierzu auch DKG-Empfehlung § 3 Abs. 5. Die Qualifikation ist mit einfacher Kopie nachzuweisen.

III. Anlagen

Folgende Anlagen sind beigefügt:

1. Vertragliche Regelung(en) des/ der angeschlossenen Krankenhauses/ Krankenhäuser: Ja • Nein •

2. Nachweise zu den Ziffern 5 und 8 des Neuantrags

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bestätigt.

_____	_____
(Ort)	(Datum)
_____	_____
(Leitung der Weiterbildung)	(Leitung der Weiterbildung)