

Antragsteller:

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

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

**Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte  
für die Intensiv- und Anästhesiepflege**

An die Deutsche Krankenhausgesellschaft	<u>Anmerkung:</u> 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 Intensiv- und Anästhesiepflege 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.

**Erhebungsbogen zum Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte  
für die Intensiv- und Anästhesiepflege**

**I. Allgemeine Fragen**

**1. Träger der Weiterbildungsmaßnahme:**

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

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

**2. Angaben über die Weiterbildungsstätte:**

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

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

**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.

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

<b>Intensiv- und Anästhesiepflege<sup>3</sup></b>		
<b>Fachbereiche:</b>	<b>Zahl der Betten</b>	<b>Zahl der Patienten pro Jahr</b> (
Interdisziplinäre Intensivstation		
<b>oder</b>		
Konservative Intensivstation		
Operative Intensivstation		
<b>und</b>		
zwei konservative Hauptfachabteilungen	<b>Zahl der Betten</b>	<b>Zahl der Patienten pro Jahr</b>
⇒		
⇒		
⇒		
drei operative Hauptfachabteilungen*	<b>Zahl der Betten</b>	<b>Zahl der Patienten pro Jahr</b>
⇒		
⇒		
⇒		

\*davon eine allgemeinchirurgisch - viszerale Abteilung; eine der anderen Hauptfachabteilungen kann durch mindestens zwei Belegabteilungen anderer operativer Disziplinen mit regelmäßiger Operationstätigkeit ersetzt werden.

<sup>3</sup> Bitte Zahlen des Vorjahres angeben.

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

Fachbereich Anästhesie	
Anästhesieleistungen pro Jahr: (Anzahl der Narkosen)	_____

## **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 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)

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

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

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 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 beigelegt: 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?

## 6. Dozenten im Bereich der Intensiv- und Anästhesiepflege

<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 IA M I Kernaufgaben in der Intensivpflege wahrnehmen (104 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				



Moduleinheit	Titel	Std.	Name Dozenten	Qualifikationen
F I A M I ME 1	Strukturelle und organisatorische Prozesse im Intensivpflegebereich gestalten	14 Std.		
F I A M I ME 2	Patienten überwachen, Ergebnisse bewerten, Notfallsituationen erkennen und angemessen handeln	24 Std.		
F I A M I ME 3	Hygienerichtlinien praktisch umsetzen	12 Std.		
F I A M I ME 4	Rechtliche Vorgaben in der Praxis berücksichtigen	12 Std.		
F I A M I ME 5	Aufgaben bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen übernehmen	24 Std.		
F I A M I ME 6	Fördernde Konzepte in der Betreuung von Patienten umsetzen	18 Std.		
<b>F I A M II Patienten mit intensivpflichtigen Erkrankungen und Traumata betreuen (124 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
Moduleinheit	Titel	Std.	Name Dozenten	Qualifikationen
F I A M II ME 1	Die Situation des atmungsbeeinträchtigten Patienten einschätzen und folgerichtig handeln	48 Std.		
F I A M II ME 2	Die Situation des herzkreislaufbeeinträchtigten Patienten einschätzen und folgerichtig handeln	48 Std.		
F I A M II ME 3	Die Situation des traumatologischen Patienten einschätzen und folgerichtig handeln	28 Std.		
<b>F I A M III Patienten mit intensivpflichtigen Erkrankungen und Infektionen betreuen (116 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
Moduleinheit	Titel	Std.	Name Dozenten	Qualifikationen
F I A M III ME 1	Die Situation des Patienten mit Störungen des Stoffwechsels und der Ausscheidungen einschätzen und folgerichtig handeln	32 Std.		

F IA M III ME 2	Die Situation des Patienten mit Störungen des blutbildenden Systems einschätzen und folgerichtig handeln	24 Std.		
F IA M III ME 3	Die Situation des Patienten mit neurologischen Störungen einschätzen und folgerichtig handeln	36 Std.		
F IA M III ME 4	Die Situation eines an einer Infektion erkrankten Patienten einschätzen und folgerichtig handeln	24 Std.		
<b>F IA M IV Lebenssituationen wahrnehmen und Entscheidungen mit treffen und mittragen (62 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
<b>Moduleinheit</b>	<b>Titel</b>	<b>Std.</b>	<b>Name Dozenten</b>	<b>Qualifikationen</b>
F IA M IV ME 1	Patienten in besonderen Lebenssituationen wahrnehmen und begleiten	22 Std.		
F IA M IV ME 2	Patienten und deren Bezugspersonen in der letzten Lebensphase begleiten	20 Std.		
F IA M IV ME 3	In ethischen Konfliktsituationen handeln	20 Std.		
<b>F IA M V Pflegerische Aufgaben in der Anästhesie wahrnehmen (114 Stunden)</b>				
<b>Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)</b>				
<b>Moduleinheit</b>	<b>Titel</b>	<b>Std.</b>	<b>Name Dozenten</b>	<b>Qualifikationen</b>
F IA M V ME 1	Grundlagen der Anästhesie anwenden	30 Std.		
F IA M V ME 2	Perioperative Abläufe sicher gestalten	28 Std.		
F IA M V ME 3	Aufgaben im Rahmen bestimmter Anästhesieverfahren wahrnehmen	22 Std.		
F IA M V ME 4	Aufgaben im Rahmen der fallorientierten Anästhesie wahrnehmen	34 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!)

Intensiv- und Anästhesiepflege			
	Praktische Einsätze in der eige- nen Klinik	Externe praktische Einsätze	
Pflichteinsätze:	Stunden:	Stunden:	Krankenhaus:
⇒ Operative Intensivpflege:			
⇒ Konservative Intensivpflege:			
⇒ Anästhesie:			
Wahl-Pflicht-Einsätze:	Stunden:	Stunden:	Krankenhaus:
⇒			
⇒			
⇒			
Gesamtstunden der praktischen Weiterbildung: _____ (mindestens 1800 Stunden)			

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

## 8. Praxisanleitung

8.1 Zahl der Pflegenden mit Anerkennung einer Weiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege \_\_\_\_\_

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

8.2 Die Qualifikationsnachweise sind als Anlagen beigefügt: Ja •                      Nein •

Intensiv- und Anästhesiepflege			
Name der Praxisanleiter/-innen <sup>7</sup>	Weiterbildung: Abschlussjahr <sup>8</sup>	Praxisanleitung: Abschlussjahr/ Stundenzahl	
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.

<sup>7</sup> Siehe dazu auch DKG-Empfehlung § 3 Absatz 2 Nummer 4. Die Qualifikation ist mit einfacher Kopie nachzuweisen.

<sup>8</sup> Bei Absolventen nach Übergangsregelung 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!**