

Antragsteller:

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

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

**Ergänzungsantrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte  
für die „Pflege im Maßregelvollzug“**

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 ergänzende Anerkennung als Weiterbildungsstätte für die „Pflege im Maßregelvollzug“ gemäß der unten stehenden DKG-Empfehlung<sup>1</sup>.

Die Weiterbildungsmaßnahme wird gemäß der ergänzenden DKG-Empfehlung „Pflege im Maßregelvollzug“ vom 17.09.2019 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> 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  
„Pfleger im Maßregelvollzug“**

**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 3 dieser Empfehlung (Kooperationsvertrag, Anlagen 1, 2, 3 und Nachweis der Praxisanleiterqualifikationen) 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 sind die Unterlagen bei der BKG einzureichen.

4. Das Krankenhaus / die Einrichtung deckt folgende Einsatzorte / -bereiche im Bereich der „Pflege im Maßregelvollzug“ gemäß § 9 Absatz 4 der DKG-Empfehlung /Anlage I) ab:

Fachgebiet / Bereich	Bettenzahl / Behandlungsplätze insgesamt:	Patienten / Jahr insgesamt <sup>3</sup> :
<b>Pflichteinsatzgebiete<sup>4</sup></b>		
§ 63 StGB Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus im Zustand der Schuldunfähigkeit		
§ 64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt		
Ambulanzen im Maßregelvollzug		

### **I. 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 und Qualifikationsnachweise)

---



---

(Es ist die aktuelle Leitung zu aufzuführen incl. Nachweis der Qualifikationen).

Fotokopien der Qualifikationsnachweise sind beigefügt:

Ja •

Nein

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

## 6. Dozenten im Bereich der „Pflege im Maßregelvollzug“

<b>F PS MRV M I Professionell pflegen im Maßregelvollzug auf Basis rechtlicher und ethischer Rahmenbedingungen (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 PS MRV M I ME 1	Rechtliche Rahmenbedingungen umsetzen	32 Std.		
F PS MRV M I ME 2	Eigene Haltung und Werte reflektieren und stärken	36 Std.		
F PS MRV M I ME 3	Patienten und Bezugspersonen in Prävention und Nachsorge beraten und unterstützen	32 Std.		
<b>F PS MRV M II Beziehungen im Behandlungssetting der Pflege im Maßregelvollzug professionell 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>
F PS MRV M II ME 1	Methoden und Modelle im Behandlungssetting der Pflege im Maßregelvollzug anwenden	32 Std.		
F PS MRV M II ME 2	Mit relevanten Störungsbildern umgehen	36 Std.		
F PS MRV M II ME 3	Patienten im Maßregelvollzug mit unterschiedlichen Entwicklungsstufen und Herkunft pflegen	32 Std.		

**Gesamtstunden: 200**

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-Einsätzen:

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

		Externe praktische Einsätze	
		↙	↘
Pflicht-Einsatzgebiete	Stunden insgesamt	Stunden	Krankenhaus / Einrichtung
⇒ § 63 StGB Psychiatrisches Krankenhaus im Zustand der Schuldunfähigkeit			
⇒ § 64 StGB Entziehungsanstalt			
⇒ Maßregelvollzugsambulanz			
<b>und / oder</b>			
⇒ Einrichtungen der Wiedereingliederung			
Stunden der praktischen Weiterbildung insgesamt:		_____ Std.	
.....		(mindestens 240 Stunden)	

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



### **III. Anlagen**

**Folgende Anlagen sind beigefügt:**

1. Gegebenenfalls vertragliche Regelung(en) des / der  
angeschlossenen Krankenhauses / Krankenhäuser:      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!**