

Antragsteller:

Auskünfte erteilt: _____
(Name, Vorname)

(Telefon-Nr.-Durchwahl)

**Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte
für die Pflege im Operationsdienst**

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 Pflege im Operationsdienst gemäß der unten stehenden DKG-Empfehlung¹.

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 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)

¹ 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 Pflege im Operationsdienst**

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 abgeschlossen 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 Krankenhausgesellschaft² 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.

² In Bayern reichen die Weiterbildungsstätten die Unterlagen bei der BKG ein.

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

Pflege im Operationsdienst				
Fachgebiet/Bereiche	Anzahl der OP-Säle	Auslastung:		nicht vorhanden (X)
		Tage pro Woche	Stunden pro Tag (h)	
Pflicht-Einsatzgebiete im OP				
Allgemein-viszerale Chirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Traumatologie und/oder/Orthopädie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Gynäkologie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Urologie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Wahlpflichteinsatzgebiete im OP				
Neurochirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
HNO			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Gefäßchirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	

Chirurgische Notfallambulanz			vorhanden: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Endoskopie			vorhanden: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
ZSVA/AEMP			vorhanden: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Anästhesie			vorhanden: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

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 • ³

Nein •

Wenn ja, Angabe der Stunden je Woche:

_____ Stunden/Woche

5.3 Qualifikationsnachweise der Leitung der Weiterbildung im Fachgebiet Pflege im Operationsdienst

Abschluss der

- Ausbildung zur/zum _____, am _____

(Datum)

- Weiterbildung für
Pflege im OP-Dienst _____, 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 im Operationsdienst

Abschluss der

- Ausbildung zur/zum _____, am _____

(Datum)

- didaktischen und
pädagogischen
Vorbildung zur/zum _____, am _____

(Datum)

³ Wenn Teil-Planstellen, welche anderen Tätigkeiten werden parallel wahrgenommen?

5.5 Qualifikationsnachweise der fachpraktischen Leitung der Weiterbildung im Fachgebiet Pflege im Operationsdienst

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

- Weiterbildung für
Pflege im OP-Dienst _____, 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 •⁴ Nein

Wenn ja, Angabe der Stunden je Woche: _____ Stunden/Woche

oder ist eine Teil-Stelle eingerichtet (2)? Ja •⁵ Nein •

Wenn ja, Angabe der Stunden je Woche: _____ Stunden/Woche

Fotokopien der Qualifikationsnachweise sind beigefügt: Ja • Nein

⁴ Wenn Teil-Planstellen, welche anderen Tätigkeiten werden parallel wahrgenommen.

⁵ Wenn Teil-Planstellen, welche anderen Tätigkeiten werden parallel wahrgenommen.

6. Dozenten im Bereich der Pflege im Operationsdienst

F OP M I Hygienische Anforderungen umsetzen (96 Stunden)				
Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)				
Moduleinheit	Titel	Std.	Name Dozenten	Qualifikationen
F OP MI ME 1	Rechtliche Rahmenbedingungen der Hygiene und Hygieneorganisation einbeziehen	12 Std.		
F OP M I ME 2	Hygieneanforderungen umsetzen	60 Std.		
F OP M I ME 3	Individualhygiene und Gesundheitsprävention gestalten	24 Std.		
F OP M II Komplexe Abläufe unterstützen und gestalten (120 Stunden)				
Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)				
Moduleinheit	Titel	Std.	Name Dozenten	Qualifikationen
F OP M II ME 1	Rechtliche Grundlagen in der perioperativen Pflege berücksichtigen und anwenden	40 Std.		
F OP M II ME 2	Perioperative Prozesse gestalten	40 Std.		
F OP M II M 3	Im multiprofessionellen Team agieren	40 Std.		
F OP M III Professionell im OP handeln (120 Stunden)				
Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)				
Moduleinheit	Titel	Std.	Name Dozenten	Qualifikationen
F OP M III ME 1	Im Aufgabenbereich der Saalassistentz pflegerisch handeln	60 Std.		
F OP M III ME 2	Im Aufgabenbereich der Instrumentierenden pflegerisch handeln	60 Std.		

F OP M IV Operative Verfahren verstehen, instrumentieren und assistieren (184 Stunden)				
Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)				
Moduleinheit	Titel	Std.	Name Dozenten	Qualifikationen
F OP M IV ME 1	Grundlegende chirurgische Techniken und Interventionen assistieren	40 Std.		
F OP M IV ME 2	Endoskopische, minimalinvasive und konventionelle operative Verfahren verstehen und instrumentieren	120 Std.		
F OP M IV ME 3	Anästhesiologische Grundlagen anwenden	24 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 im Operationsdienst			
		Externe praktische Einsätze	
Pflicht-Einsatzgebiete:	Stunden	Stunden	Krankenhaus
Allgemein- und Viszeralchirurgie ⁶			
Traumatologie und/oder Orthopädie ¹			
Gynäkologie/Geburtshilfe und/oder Urologie ¹			
ZSVA/AEMP ⁷ (AEMP=Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte)			
Endoskopie ²			
Notfallambulanz ²			
Anästhesie ²			
Wahl-Pflichteinsatzgebiete ⁸	Stunden	Stunden	Krankenhaus
Neurochirurgie			
Hals-Nasen-Ohren Chirurgie			
Gefäßchirurgie			
Herz- und Thoraxchirurgie			
Plastische Chirurgie			

⁶ In diesen Fachbereichen müssen jeweils mindestens 300 Stunden absolviert werden.

⁷ In diesen Fachbereichen müssen zusammen mindestens 300 Stunden absolviert werden.

⁸ Mindestens zwei operative Disziplinen mit mindestens 200 Stunden pro Einsatzgebiet müssen absolviert werden. Die 600 Stunden Wahlpflichteinsätze dürfen nicht auf die Pflichteinsätze verteilt werden.

Handchirurgie			
Kinderchirurgie			
Summe der praktischen Weiterbildung insgesamt:			_____ Stunden (mindestens 1800 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 • |
| 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!