

Logo der Fachweiterbildungsstätte

Antragsteller:

Auskünfte erteilt: _____
(Name, Vorname)

(Telefon-Nr.-Durchwahl)

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

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 Fachweiterbildungsstätte für die Pflege im Operationsdienst gemäß der unten stehenden DKG-Empfehlung¹.

Die Weiterbildungsmaßnahme wird gemäß der "DKG-Empfehlung zur pflegerischen Fachweiterbildung in den Fachgebieten Pflege in der Endoskopie, Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Nephrologie, Notfallpflege, Pflege in der Onkologie, Pflege im Operationsdienst, Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie" vom 14.03./15.03.2022 durchgeführt.

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

Die Fachweiterbildung soll erstmalig beginnen am: _____

Anzahl der geplanten Teilnehmer pro Weiterbildung: _____

(Sitz der Fachweiterbildungsstätte)

(Datum)

Unterschrift

(Unterschrift)

(_____)
(Name in Druckbuchstaben der
Leitung der Fachweiterbildung)

(_____)
(Name in Druckbuchstaben des Trägers/
der Fachweiterbildungsstätte/Krankenhausverwaltung)

¹ Bei Vorliegen einer Landesverordnung wäre der Bezug auf die DKG-Empfehlung durch landesrechtliche Regelungen zu ersetzen.

**Erhebungsbogen zum Antrag auf Anerkennung als Fachweiterbildungsstätte
für die Pflege im Operationsdienst**

I. Allgemeine Fragen

1. Träger der Fachweiterbildungsmaßnahme:

Bezeichnung: _____

Adresse: _____

2. Angaben über die Fachweiterbildungsstätte:

Bezeichnung der Fachweiterbildungsstätte:

Adresse der Fachweiterbildungsstätte:

Logo der Fachweiterbildungsstätte

3. Krankenhäuser/Einrichtungen, die der Fachweiterbildungsstätte vertraglich angeschlossen sind:

Anmerkung: Bei einem Zusammenschluss von mehreren Krankenhäusern zu einem Weiterbildungsverbund hat jedes Krankenhaus/-jede Einrichtung die Angaben gemäß § 11 (Kooperationsvertrag, Anlagen 1, 2 und 3) mitzuteilen. Alle erforderlichen Unterlagen sind immer über die Leitung der Weiterbildung der Deutschen Krankenhausgesellschaft² vollständig per 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 Unterlagen der BKG zu übersenden.

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

Pflege im Operationsdienst				
Fachbereiche	Anzahl der OP-Säle	Auslastung:		nicht vorhanden (X)
		Tage pro Woche	Stunden pro Tag (h)	
Pflicht-Einsatzbereiche im OP				
Allgemein und 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	
AEMP			Vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Endoskopie			Vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Anästhesie			Vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wahlpflichteinsatzbereiche 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	
Ophthalmologie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie			<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	
Herzchirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Thoraxchirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Plastische Chirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	

Logo der Fachweiterbildungsstätte

Handchirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	
Kinderchirurgie			<input type="checkbox"/> ≤4h <input type="checkbox"/> ≤ 6 <input type="checkbox"/> ≥6	

II. Organisation der Weiterbildung

5. Leitung der Fachweiterbildung:

(gemäß § 3 Absatz 2 Nummer 1a und b)

5.1 Wer ist mit der Leitung der Fachweiterbildung beauftragt?

Name der Leitung(-en)

(bei dualer Leitung bitte Namen beider Personen)

Bei Leitung der Fachweiterbildung durch eine Person ab hier ausfüllen:

5.2 Qualifikationsnachweise der Leitung der Fachweiterbildung im Fachgebiet Pflege im Operationsdienst

Abschluss der

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

- Fachweiterbildung für
Pflege im OP-Dienst

_____, am _____
(Datum)

- berufspädagogische
Zusatzqualifikation zur/zum

_____, am _____
(Datum)

Bei dualer Leitung ab hier ausfüllen:

5.3 Qualifikationsnachweise der pädagogischen Leitung der Fachweiterbildung im Fachgebiet Pflege im Operationsdienst

Abschluss der

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

- berufspädagogische
Zusatzqualifikation zur/zum

_____, am _____
(Datum)

5.4 Qualifikationsnachweise der fachpraktischen Leitung der Fachweiterbildung im Fachgebiet Pflege im Operationsdienst

Abschluss der

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

Logo der Fachweiterbildungsstätte

- Fachweiterbildung für
Pflege im OP-Dienst _____, am _____
(Datum)

- berufspädagogische
Zusatzqualifikation zur/zum _____, am _____

(Datum)

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

6. Dozenten im Bereich der Pflege im Operationsdienst

B Entwicklungen begründet initiieren und gestalten (80 Stunden)				
Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)				
Codierung der Moduleinheit	Titel der Moduleinheit	Std.	Namen 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 OP M I Rechtliche Rahmenbedingungen in der OP-Pflege berücksichtigen und anwenden (112 Stunden)				
Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)				
Codierung der Moduleinheit	Titel der Moduleinheit	Std.	Namen der Dozenten	Qualifikationen
F OP M I ME 1	Rechtliche Rahmenbedingungen der Hygiene und der Hygieneorganisation einbeziehen	24		
F OP M I ME 2	Rechtliche Grundlagen in der perioperativen Pflege berücksichtigen	48		
F OP M I ME 3	Rechtliche Aspekte in die Dokumentation integrieren	16		
F OP M I ME 4	Rechtliche Vorgaben der Strahlenschutzverordnung umsetzen	24		
F OP M II Hygienische Anforderungen umsetzen (120 Stunden)				
Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)				
Codierung der Moduleinheit	Titel der Moduleinheit	Std.	Namen der Dozenten	Qualifikationen
F OP M II ME 1	Hygieneanforderungen umsetzen	40		
F OP M II ME 2	Aufbereitung von Medizinprodukten verstehen	56		

F OP M II M 3	Individualhygiene und Gesundheitsprävention gestalten	24		
F OP M III Professionell im OP handeln (120 Stunden)				
Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)				
Codierung der Moduleinheit	Titel der Moduleinheit	Std.	Namen der Dozenten	Qualifikationen
F OP M III ME 1	Im Aufgabenbereich der Saalassistenten pflegerisch handeln	46		
F OP M III ME 2	Im Aufgabenbereich des Instrumentierenden pflegerisch handeln	46		
F OP M III ME 3	Wertschätzend im Operationsdienst kommunizieren	28		
F OP M IV Komplexe Abläufe im interprofessionellen Team unterstützen und gestalten (120 Stunden)				
Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)				
Codierung der Moduleinheit	Titel der Moduleinheit	Std.	Namen der Dozenten	Qualifikationen
F OP M IV ME 1	Perioperative Prozesse gestalten	40		
F OP M IV ME 2	Im interprofessionellen Team agieren	40		
F OP M IV ME 3	Anästhesiologische Grundlagen verstehen	24		
F OP M IV ME 4	Endoskopische Eingriffe unterstützen	16		
F OP M V Operative Verfahren von Viszeral- und Thoraxchirurgie, Gefäß- und Urogenitalsystem verstehen (88 Stunden)				
Modulverantwortlicher: (Name, Qualifikation)				
Codierung der Moduleinheit	Titel der Moduleinheit	Std.	Namen der Dozenten	Qualifikationen
F OP M V ME 1	Konventionelle chirurgische Verfahren von Viszeral-, Thoraxchirurgie, Gefäß- und Urogenitalsystem verstehen, instrumentieren und assistieren	48		
F OP M V ME 2	Minimalinvasive chirurgische	32		

Logo der Fachweiterbildungsstätte

	Verfahren von Vis-zeral-Thorax-chirurgie, Gefäß- und Uro-Genitalsystem verstehen, instrumentieren und assistieren			
F OP M V ME 3	Interventionelle radiologische Verfahren in der Gefäß- und Thoraxchirurgie verstehen, instrumentieren und assistieren	8		
F OP M VI Operative Verfahren von Extremitäten, Skelettsystem, Kopf und Hals verstehen (80 Stunden)				
Codierung der Moduleinheit	Titel der Moduleinheit	Std.	Namen der Dozenten	Qualifikationen
F OP M VI ME 1	Konventionelle Verfahren von Extremitäten, Skelettsystem, Kopf, Hals instrumentieren und assistieren	56		
F OP M VI ME 2	Minimalinvasive Verfahren für von Extremitäten, Skelettsystem, Kopf, Hals instrumentieren und assistieren	24		

Gesamtstunden: 720

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 bzw. auf die jeweilige Moduleinheit nicht ändert.

7. Praktische Fachweiterbildung:

7.1 Praktische Fachweiterbildung nach Pflicht- und Wahlpflicht-Einsätzen
(Für Weiterbildungsteilnehmer aus angeschlossenen Krankenhäusern/Einrichtungen ist je Krankenhaus/Einrichtung die Anlage 2 auszufüllen!)

Pflege im Operationsdienst			
		Externe praktische Einsätze	
Pflicht-Einsatzbereiche:	Stunden insgesamt	Stunden	Krankenhaus/ Einrichtung
Allgemein- und Viszeralchirurgie ³			
Traumatologie und/oder Orthopädie ³			
Gynäkologie/Geburtshilfe und/oder Urologie ³			
AEMP⁴ (AEMP=Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte)			
Endoskopie⁴			
Anästhesie⁴			
Wahl-Pflichteinsatzbereiche ⁵	Stunden	Stunden	Krankenhaus/-Einrichtung
Neurochirurgie			
Hals-Nasen-Ohren Chirurgie			
Ophthalmologie			
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie			
Gefäßchirurgie			
Herzchirurgie			

³ In diesen Fachbereichen müssen jeweils mindestens 300 Stunden absolviert werden.

⁴ In diesen Fachbereichen müssen zusammen mindestens 300 Stunden absolviert werden.

⁵ Mindestens zwei operative Disziplinen mit mindestens 200 Stunden pro Einsatzgebiet müssen absolviert werden. Die 600 Stunden Wahlpflichteinsätze dürfen nicht auf die Pflichteinsätze verteilt werden.

Logo der Fachweiterbildungsstätte

Thoraxchirurgie			
Plastische Chirurgie			
Handchirurgie			
Kinderchirurgie			
Gesamtstunden der praktischen Fachweiterbildung:			_____Stunden (mindestens 1800 Stunden)

8. Praxisanleitung^{6,7}

Pflege im Operationsdienst			
Name der Praxisanleiterin ^{8,9}	Abschlussjahr der Fachweiterbildung	Abschlussjahr und Stunden der Weiterbildung Praxisanleitung:	
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.
			Std.

Die Qualifikationsnachweise sind als Anlagen beizufügen.

⁶ Siehe hierzu auch § 10 Abs. 3 und 4 der DKG-Empfehlung zur pflegerischen Weiterbildung.

⁷ Praxisanleiter mit einer 200 Stunden Qualifikation haben Bestandschutz.

⁸ Soweit im Folgenden zur besseren Lesbarkeit die weibliche Form gebraucht wird, sind hierdurch alle Geschlechter miterfasst.

⁹ Siehe dazu auch DKG-Empfehlung § 3 Absatz 2 Nummer 4. Die Qualifikation ist mit einfacher Kopie nachzuweisen.

Logo der Fachweiterbildungsstätte

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 dieses Neuantrags: •

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bestätigt.

(Ort)

(Datum)

(Leitung der Fachweiterbildung)

(Leitung der Fachweiterbildung)