

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98d

Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2021)

Krankenhausname _____

Ort _____

ggf. Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / ggf. Station _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch anzuwendenden Pflege-/Therapiebereiche sind mehrere mitarbeitende Personen namentlich aufzuführen.

Die fachärztliche Behandlungsleitung wird durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Pädiatrische/Kinderchirurgische Intensivmedizin wahrgenommen:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Vertretung der Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Pädiatrische/Kinderchirurgische Intensivmedizin

oder

durch einen Facharzt für Anästhesie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Es wird ein Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft vorgehalten:

Ja

Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Ärzte (Namen, Vornamen)

Die Ärzte des Teams sind in der pädiatrischen Intensivmedizin erfahren und kennen die aktuellen Probleme ihrer Patienten:

Ja Nein

Erläuterung (u. a. Übergabezeiten, gemeinsame Visiten)

Ärzte mit intensivmedizinischer Erfahrung:

Namen, Vornamen

Bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern/-innen besteht eine Fachweiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivpflege von 40% oder übergangsweise eine vergleichbare fünfjährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege (bis zum Jahresende 2021):

Ja Nein

Erläuterung

(Anzahl der Mitarbeiter/Vollzeitkräfte insgesamt, der Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit Fachweiterbildung, der Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, der Mitarbeiter/ Vollzeitkräfte ohne Fachweiterbildung, der Mitarbeiter/Vollzeitkräfte ohne 5-jähriger Erfahrung):

Die Behandlung erfolgt auf einer für die Behandlung von intensivpflichtigen Kindern und Jugendlichen spezialisierten Einheit:

Ja Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit (u. a. Anzahl Behandlungsplätze, Anzahl Beatmungsplätze)

Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation ist gewährleistet:

Ja Nein

Erläuterung

Folgende Dienstleistungen/Konsiliardienste stehen zur Verfügung (eigene Abteilung oder fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft):

Kinderchirurgie:

Ja Nein

Ggf. Kooperationspartner

Kinderkardiologie:

Ja Nein

Ggf. Kooperationspartner

Radiologie mit Computertomographie und/oder Magnetresonanztomographie und Erfahrung in der Beurteilung von kinderradiologischen Fragestellungen:

Ja Nein

Ggf. Kooperationspartner

Neuropädiatrie: Ja Nein

Ggf. Kooperationspartner

Labor und Mikrobiologie: Ja Nein

Ggf. Kooperationspartner

24-Stunden-Verfügbarkeit von röntgenologischer und sonographischer Diagnostik und bettseitiger Routinelabor Diagnostik (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat):

Ja Nein

Erläuterung

Die folgenden Verfahren stehen 24 Stunden am Standort des Krankenhauses zur Verfügung:

Apparative Beatmung Ja Nein

Nicht invasives und invasives Monitoring Ja Nein

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Professionen bzw. Disziplinen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____