

Strukturdaten zum OPS

8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____



Hinweis: Wird die Leistung auf mehreren Stationen erbracht, sind die Strukturdaten für jede Station gesondert auszufüllen. Angaben zu stationsübergreifenden Dienstleistungen/Konsiliardiensten sowie zur stationsübergreifenden Verfügbarkeit diagnostischer Verfahren sind nur einmal pro Standort erforderlich.

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen

Fachärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/ Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Pädiatrische/ Kinderchirurgische Intensivmedizin:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Vertretung 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, Qualifikationen

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

Ja

Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht eine examinierte Pflegekraft eingesetzt war. Mindestens diese examinierten Pflegekräfte sind hier zu benennen. Sofern entsprechende Angaben in dem fakultativ anzuwendenden Musterformular zur Dokumentation des eingesetzten Pflegepersonals (s.u.) vorliegen, kann die Angabe an dieser Stelle entfallen.

Ärzte (Namen, Vornamen)

Hinweis: Es ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht/jedem Dienst ein Arzt eingesetzt war. Mindestens diese Ärzte sind hier zu benennen.

Gesundheits- und Kinderkrankenfleger/-innen oder Pflegefachfrauen/ Pflegefachmänner (mit Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“, sofern keine Fachweiterbildung in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege vorliegt) mit einer Fachweiterbildungsquote in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege von 40 %. Sofern die Fachweiterbildung für die Pflege noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote übergangsweise für das laufende Jahr eine vergleichbare 5-jährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege ausreichend:

Ja Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen, Qualifikationen, Stellenanteile VZÄ)

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner

[illegible]

⁵ VZÄ = Vollzeitäquivalente (Bereich von 0,00 bis 1,00 möglich)

[illegible]

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

Ja

Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit

Hinweis: Angaben nur erforderlich, wenn die spezialisierte Einheit noch nicht geprüft wurde.

Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation ist gewährleistet. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz bei Kindern und Jugendlichen innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden:

Ja

Nein

Erläuterung

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

Kinderchirurgie

Eigene Abteilung: Ja Nein

Kooperationspartner: Ja Nein

Erläuterung
(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

Kinderkardiologie

Eigene Abteilung: Ja Nein

Kooperationspartner: Ja Nein

Erläuterung
(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

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

Eigene Abteilung: Ja Nein

Kooperationspartner: Ja Nein

Erläuterung
(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

Neuropädiatrie

Eigene Abteilung: Ja Nein

Kooperationspartner: Ja Nein

Erläuterung
(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

Labor und Mikrobiologie

Eigene Abteilung: Ja Nein

Kooperationspartner: Ja Nein

Erläuterung
(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

24-Stunden-Verfügbarkeit von röntgenologischer Diagnostik:

Ja Nein

Erläuterung

24-Stunden-Verfügbarkeit von sonographischer Diagnostik:

Ja Nein

Erläuterung

**24-Stunden-Verfügbarkeit von bettseitiger Routinelabordiagnostik
(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

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):
