

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98d

Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2023)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen / Verfahren und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei 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, Qualifikationen

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, Qualifikationen

Erläuterung

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

Ja Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Ärzte (Namen, Vornamen)

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-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)

Musterformular zur Dokumentation des eingesetzten Pflegepersonals
(fakultativ anzuwenden)

Gesundheits- und Kinderkrankpfeleger/-innen oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner

Name, Vorname	abgeschlossene FWB ¹	Gesundheits- und Kinderkrankpfeleger/-innen	Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner	Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ ²	≥ 5 Jahre pädiatrische Intensiv-Erfahrung ³	keine FWB, kein Vertiefungseinsatz, keine 5 Jahre pädiatrische Intensiv-Erfahrung ⁴	Stellenanteil VZÄ ⁵		
							Monat		
							1	2	3

¹ hat abgeschlossene Fachweiterbildung (FWB) Pädiatrische Intensivpflege bzw. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
² hat Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ absolviert (gilt nur für Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner)
³ hat mindestens 5 Jahre pädiatrische Intensiv-Erfahrung und hat keine Fachweiterbildung Pädiatrische Intensivpflege bzw. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege absolviert (gilt derzeit nur für Gesundheits- und Kinderkrankpfeleger/-innen)
⁴ ohne Fachweiterbildung Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, ohne Vertiefungseinsatz pädiatrische Versorgung und ohne 5 Jahre pädiatrische Intensiv-Erfahrung
⁵ VZÄ = Vollzeitäquivalente (Bereich von 0,00 bis 1,00 möglich)

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner (Fortsetzung)

Name, Vorname	abge- schlosse- ne FWB ¹	Gesundheits- und Kinder- krankenpfe- ger/-innen	Pflegefach- frauen/ Pflegefach- männer	Vertiefungs- einsatz „päd. Versor- gung“ ²	≥ 5 Jahre päd. ITS- Erfahrung ³	keine FWB, kein Vertiefungs- einsatz, keine 5 Jahre päd. ITS-Erfahrung ⁴	Stellenanteil VZÄ ⁵		
							Monat		
							1	2	3

¹ hat abgeschlossene Fachweiterbildung (FWB) Pädiatrische Intensivpflege bzw. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
² hat Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ absolviert (gilt nur für Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner)
³ hat mindestens 5 Jahre pädiatrische Intensivverfahren und hat keine Fachweiterbildung Pädiatrische Intensivpflege bzw. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege absolviert (gilt derzeit nur für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen)
⁴ ohne Fachweiterbildung Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, ohne Vertiefungseinsatz pädiatrische Versorgung und ohne 5 Jahre pädiatrische Intensivverfahren
⁵ VZÄ = Vollzeitäquivalente (Bereich von 0,00 bis 1,00 möglich)

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. 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

Kinderkardiologie

Eigene Abteilung: Ja Nein

Kooperationspartner: Ja Nein

Erläuterung

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

Eigene Abteilung: Ja Nein

Kooperationspartner: Ja Nein

Erläuterung

Neuropädiatrie

Eigene Abteilung: Ja Nein

Kooperationspartner: Ja Nein

Erläuterung

Labor und Mikrobiologie

Eigene Abteilung: Ja Nein

Kooperationspartner: Ja Nein

Erläuterung

24-Stunden-Verfügbarkeit von röntgenologischer Diagnostik:

Ja Nein

Erläuterung

24-Stunden-Verfügbarkeit von sonographischer Diagnostik:

Ja Nein

Erläuterung

**24-Stunden-Verfügbarkeit von 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

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____