

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98f

Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2025)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____ / _____

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

Beschreibung der Intensivstation:

u. a. Anzahl Behandlungsplätze, Anzahl Beatmungsplätze

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Behandlungsleitung übt den überwiegenden Teil ihrer ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation aus:

Ja Nein

Erläuterung

**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.

Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss werktags zwischen 6 und 22 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein:

Ja Nein

Erläuterung

Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation ist gewährleistet, das heißt, der Arzt der Intensivstation kann nur zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z. B. Reanimation) hinzugezogen werden:

Ja Nein

Erläuterung

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.

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

Apparative Beatmung: Ja Nein

Nichtinvasives und invasives Monitoring: Ja Nein

Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren

Kontinuierliche Nierenersatzverfahren: Ja Nein

Erläuterung

Intermittierende Nierenersatzverfahren: Ja Nein

Erläuterung

Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems

Endoskopie des Gastrointestinaltraktes: Ja Nein

Erläuterung

Endoskopie des Tracheobronchialsystems: Ja Nein

Erläuterung

Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe

Intrakranielle Druckmessung: Ja Nein

Erläuterung

Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe: Ja Nein

Erläuterung

Transösophageale Echokardiographie: Ja Nein

Erläuterung

**24-stündige Verfügbarkeit von 3 der folgenden 4 Verfahren am Standort
des Krankenhauses:**

Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT

Radiologische Diagnostik mittels CT: Ja Nein

Erläuterung

Radiologische Diagnostik mittels MRT: Ja Nein

Erläuterung

Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA: Ja Nein

Erläuterung

Interventionelle (Neuro)Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen

Interventionelle Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen: Ja Nein

Erläuterung

Interventionelle Neuro-Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von zerebralen Gefäßverschlüssen: Ja Nein

Erläuterung

Laborleistungen (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat, Differenzialblutbild, Gerinnung, Retentionswerte, Enzyme, Entzündungsparameter auch Procalcitonin, Tox-Screen): Ja Nein

Erläuterung

Mindestens 6 der 8 folgenden Fachgebiete sind als klinische Konsiliardienste innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses verfügbar:

Kardiologie:	Ja	Nein
wenn ja, krankenzugehörig:	Ja	Nein
oder aus benachbartem Krankenhaus:	Ja	Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Gastroenterologie:	Ja	Nein
wenn ja, krankenzugehörig:	Ja	Nein
oder aus benachbartem Krankenhaus:	Ja	Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Neurologie:	Ja	Nein
wenn ja, krankenzugehörig:	Ja	Nein
oder aus benachbartem Krankenhaus:	Ja	Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Anästhesiologie: Ja Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Viszeralchirurgie: Ja Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Unfallchirurgie: Ja Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Gefäßchirurgie: Ja Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Neurochirurgie: Ja Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

**Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen
der Physiotherapie:**

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____