

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-98f

### Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (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.

### 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)

Ärzte (Namen, Vornamen)

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

Ja

Nein

Erläuterung (u. a. Übergabezeiten, gemeinsame Visiten)

**Ärzte mit intensivmedizinischer Erfahrung:**

Namen, Vornamen

**Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss werktags (Montag bis Freitag) 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:**

Ja      Nein

Der Arzt der Intensivstation wird nur zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z. B. Reanimation) hinzugezogen:

Ja      Nein

Erläuterung

**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:

Ja      Nein

Welche?

Erläuterung

Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems:      Ja      Nein

Erläuterung

Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für  
kardiovaskuläre Eingriffe      Ja      Nein

Welche(s) Verfahren?

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: 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: Ja      Nein

Welche(s) Verfahren?

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 benachbarten Krankenhäusern | Ja | Nein |

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

|                                      |    |      |
|--------------------------------------|----|------|
| Gastroenterologie                    | Ja | Nein |
| wenn ja, krankenzugehörig            | Ja | Nein |
| oder aus benachbarten Krankenhäusern | Ja | Nein |

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

|                                      |    |      |
|--------------------------------------|----|------|
| Neurologie                           | Ja | Nein |
| wenn ja, krankenzugehörig            | Ja | Nein |
| oder aus benachbarten Krankenhäusern | Ja | Nein |

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

|                                     |    |      |
|-------------------------------------|----|------|
| Anästhesiologie                     | Ja | Nein |
| wenn ja, krankenzugehörig           | Ja | Nein |
| oder aus benachbarten Krankenzusern | Ja | Nein |

Name der kooperierenden Krankenzuser:

|                                     |    |      |
|-------------------------------------|----|------|
| Viszeralchirurgie                   | Ja | Nein |
| wenn ja, krankenzugehörig           | Ja | Nein |
| oder aus benachbarten Krankenzusern | Ja | Nein |

Name der kooperierenden Krankenzuser:

|                                     |    |      |
|-------------------------------------|----|------|
| Unfallchirurgie                     | Ja | Nein |
| wenn ja, krankenzugehörig           | Ja | Nein |
| oder aus benachbarten Krankenzusern | Ja | Nein |

Name der kooperierenden Krankenzuser:

|                                     |    |      |
|-------------------------------------|----|------|
| Gefäßchirurgie                      | Ja | Nein |
| wenn ja, krankenzugehörig           | Ja | Nein |
| oder aus benachbarten Krankenzusern | Ja | Nein |

Name der kooperierenden Krankenzuser:

|                                     |    |      |
|-------------------------------------|----|------|
| Neurochirurgie                      | Ja | Nein |
| wenn ja, krankenzugehörig           | Ja | Nein |
| oder aus benachbarten Krankenzusern | Ja | Nein |

Name der kooperierenden Krankenzuser:

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

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**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** \_\_\_\_\_