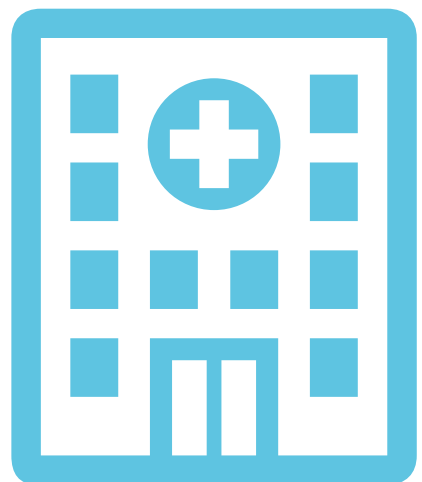


Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen (MDS) nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen
von OPS-Kodes nach § 275d SGB V

Anlage 5: Selbstauskunftsbögen (OPS-Version 2021)



Inhaltsverzeichnis

1-221	Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2021)	6
1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS-Version 2021)	8
1-999.3	Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2021)	12
5-709.0	Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2021)	14
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Version 2021)	16
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Version 2021)	21
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (OPS-Version 2021)	25
8-644	Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internen Schrittmachern, Systemen für die kardiale Resynchronisationstherapie [CRT] oder implantierten Defibrillatoren bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2021)	30
8-718.8	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2021)	32
8-718.9	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2021)	37
8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2021)	42
8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2021)	44
8-934	Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern (OPS-Version 2021)	48
8-975.2	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (OPS-Version 2021)	50
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS-Version 2021)	54
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Version 2021)	56

8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2021).....	59
8-981.2	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2021).....	64
8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2021).....	72
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2021).....	81
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2021)	83
8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (OPS-Version 2021)	86
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] (OPS-Version 2021).....	90
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2021)	95
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2021)	97
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2021)	101
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Version 2021).....	104
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2021)	108
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2021).....	113
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2021)	119
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2021).....	126
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2021).....	134
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2021)	139
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2021).....	151

8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2021).....	155
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst (OPS-Version 2021)	158
8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst (OPS-Version 2021).....	165
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie (OPS-Version 2021).....	172
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2021)	174
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2021)	179
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2021)	184
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2021).....	188
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2021)	192
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/ Vater-Kind-Setting) (OPS-Version 2021)	197
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Version 2021).....	201
9-64a	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2021).....	204
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2021)	208
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2021)	212

9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2021).....	216
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2021).....	220
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (OPS-Version 2021)	222
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2021).....	227
9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung (OPS-Version 2021)	232

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-221

**Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern
und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der
Bewegungslosigkeit (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.

Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-945

**Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl
und Kindergesundheit (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.

Das multiprofessionelle Team besteht aus:

Ärzte:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Fachkräfte für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Behandlungsleitung liegt bei einem:

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Kinderchirurgie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-999.3

Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (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.

Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

5-709.0

Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation bei Kindern und Jugendlichen (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.

Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-550

**Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
(OPS-Version 2021)**

Krankenhausname _____

Ort _____

ggf. Standort / Standortnummer _____ / _____

ggf. Einheit _____

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

Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung

Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie liegt vor:

☐ Ja

☐ Nein

Art der Bezeichnungen

Die fachärztliche Behandlungsleitung ist überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig:

☐ Ja

☐ Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

Erläuterung

Beschreibung der geriatrischen Einheit(en):

z. B. Anzahl Zimmer, Anzahl Betten

Besonders geschultes Pflegepersonal für die aktivierend-therapeutische Pflege ist vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams weist eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung auf:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Physikalische Therapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/faziorale Therapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologie/Neuropsychologie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-552

**Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
(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.

Frührehabteam mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt:

☐ Ja ☐ Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

Der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand ist kontinuierlich in das Frührehabteam eingebunden:

☐ Ja ☐ Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation für die aktivierend-therapeutische Pflege ist vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Krankengymnastik:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Neuropsychologie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/faziorale Therapie:

☐ 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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-559

**Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
(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.

Das Frührehabteam steht unter der Behandlungsleitung eines Facharztes für physikalische und rehabilitative Medizin:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

unter der Behandlungsleitung eines Facharztes, der mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig ist:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

unter der Leitung eines Facharztes, der 5 Jahre Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin aufweist:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Besonders geschultes Pflegepersonal für die aktivierend-therapeutische Pflege ist vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Vorhandensein von mindestens vier der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Krankengymnastik:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Neuropsychologie/Psychologie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Welche?

Namen, Vornamen

Dysphagietherapie:

☐ 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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-644

**Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von
internen Schrittmachern, Systemen für die kardiale
Resynchronisationstherapie [CRT] oder implantierten
Defibrillatoren bei Kindern und Jugendlichen
(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.

Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-718.8

Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2021)

Krankenhausname _____

Ort _____

ggf. Standort / Standortnummer _____ / _____

ggf. Einheit _____

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

Es besteht eine intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist:

☐ Ja ☐ Nein

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

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die folgenden apparativen Behandlungsverfahren sind in der Einheit verfügbar:

Sekretmanagement

☐ Ja

☐ Nein

Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten
(oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme)

☐ Ja

☐ Nein

Mechanischer Insufflator/Exsufflator

☐ Ja

☐ Nein

Ggf. Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit:

☐ Ja

☐ Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

**Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Physiotherapie
und/oder Atmungstherapie:**

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Werktägliche Verfügbarkeit von:

Logopädie mit Dysphagietherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Es besteht die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgespräches:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-718.9

**Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller
Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung
auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer
Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2021)**

Krankenhausname _____

Ort _____

ggf. Standort / Standortnummer _____ / _____

ggf. Einheit _____

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

Es besteht eine nicht intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist:

☐ Ja ☐ Nein

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

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder einen Facharzt mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung (3-jährige Erfahrung)

Die folgenden apparativen Behandlungsverfahren sind in der Einheit verfügbar:

Sekretmanagement ☐ Ja ☐ Nein

Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten
(oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme) ☐ Ja ☐ Nein

Mechanischer Insufflator/Exsufflator ☐ Ja ☐ Nein

Ggf. Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit:

☐ Ja ☐ Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Werktägliche Verfügbarkeit von:

Logopädie mit Dysphagietherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Es besteht die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgespräches:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-918

**Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
(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.

**Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung
Spezielle Schmerztherapie:**

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-91c

Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (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.

**Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung
Spezielle Schmerztherapie:**

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Zum Team gehört ein ärztlicher Psychotherapeut:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

ein psychologischer Psychotherapeut:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Vorhandensein folgender Verfahrensarten:

Körperlich übende Verfahren (z. B. aktivierende Physiotherapie, Trainingstherapie, Ausdauertraining, Dehnungsübungen, sensomotorisches Training, Ergotherapie, Arbeitsplatztraining):

☐ Ja

☐ Nein

Welche?

Namen, Vornamen

oder

Physiotherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sporttherapie:

☐ 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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-934

**Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten
Ausmaßes bei Kindern (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.

Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-975.2

Naturheilkundliche und anthroposophisch- medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (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.

Klinisch-naturheilkundliches Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren mit mindestens 3-jähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung (3-jährige Erfahrung)

Dem Team gehören Ärzte und fachkundiges Pflegepersonal mit mindestens halbjähriger naturheilkundlicher Erfahrung an:

☐ Ja ☐ Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

Erläuterung (halbjährige naturheilkundliche Erfahrung):

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Erläuterung (halbjährige naturheilkundliche Erfahrung)

Dem Team gehören die folgenden Berufsgruppen an:

Physiotherapeuten/Krankengymnasten/Masseure/
Medizinische Bademeister/Sportlehrer:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ökotrophologen/Diätassistenten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Kunsttherapeuten/Musiktherapeuten:

☐ 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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-977

**Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des
Bewegungssystems (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.

Das Behandlungsteam steht unter fachärztlicher Behandlungsleitung:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-97d

Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (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 Behandlungsleitung des Teams wird wahrgenommen von einem
Facharzt für Neurologie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Vorhandensein mindestens der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Physikalische Therapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

☐ 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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-980

**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

Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Pflegepersonal (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

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

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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-981.2

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2021)

Krankenhausname _____

Ort _____

ggf. Standort / Standortnummer _____ / _____

ggf. Einheit _____

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

Die Behandlung erfolgt auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit (z. B. Bezeichnung, Bettenzahl, räumliche Lage, auch in Bezug auf die übrigen neurologischen Stationen einschließlich Notaufnahme)

Nennung der Teammitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams:

Namen, Vornamen, Disziplinen

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

24-stündige ärztliche Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie:

☐ Ja ☐ Nein

Montag bis Freitag

Tagsüber mindestens 12-stündige Anwesenheit eines Arztes auf der Spezialeinheit, der sich ausschließlich um die Patienten der spezialisierten Einheit kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Montag bis Freitag

Nachts steht der Arzt der Spezialeinheit 12 Stunden lang jederzeit für die Patienten der spezialisierten Einheit zur Verfügung. Weitere neurologische Patienten, die er während dieser Zeit versorgt, befinden sich in räumlicher Nähe zur spezialisierten Einheit:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Wochenende und Feiertage

Der Arzt der Spezialeinheit steht 24 Stunden lang jederzeit für die Patienten der spezialisierten Einheit zur Verfügung. Weitere neurologische Patienten, die er während dieser Zeit versorgt, befinden sich in räumlicher Nähe zur spezialisierten Einheit:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen:

- | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Blutdruck | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Herzfrequenz | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 3-Kanal-EKG | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Atmung | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sauerstoffsättigung | ☐ Ja | ☐ Nein |

24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neuro-sonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie (digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie, CT-Angiographie oder MR-Angiographie):

☐ Ja ☐ Nein

Welche(s) Verfahren?

**24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch
intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses:**

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Verfügbarkeit der folgenden Leistungen:

Physiotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es ist eine Fachabteilung für Neurologie am Standort der Schlaganfalleinheit vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenanzahl)

Es besteht eine Kooperationsvereinbarung mit einer Schlaganfalleinheit mit der Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen:

☐ Ja ☐ Nein

Kooperationspartner

Es besteht ein Konzept zur Weiterverlegung von Patienten mit Indikation zur Thrombektomie:

☐ Ja ☐ Nein

Konzeptbeschreibung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-981.3

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2021)

Krankenhausname _____

Ort _____

ggf. Standort / Standortnummer _____ / _____

ggf. Einheit _____

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

Die Behandlung erfolgt auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit (z. B. Bezeichnung, Bettenzahl, räumliche Lage, auch in Bezug auf die übrigen neurologischen Stationen einschließlich Notaufnahme)

Benennung des multidisziplinären, spezialisierten Teams (Namen, Vornamen, Disziplinen)

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

24-stündige ärztliche Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie:

☐ Ja ☐ Nein

Montag bis Freitag

Tagsüber mindestens 12-stündige Anwesenheit eines Arztes auf der Spezialeinheit, der sich ausschließlich um die Patienten der spezialisierten Einheit kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Montag bis Freitag

Nachts steht der Arzt der Spezialeinheit 12 Stunden lang jederzeit für die Patienten der spezialisierten Einheit zur Verfügung. Weitere neurologische Patienten, die er während dieser Zeit versorgt, befinden sich in räumlicher Nähe zur spezialisierten Einheit:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Wochenende und Feiertage

Der Arzt der Spezialeinheit steht 24 Stunden lang jederzeit für die Patienten der spezialisierten Einheit zur Verfügung. Weitere neurologische Patienten, die er während dieser Zeit versorgt, befinden sich in räumlicher Nähe zur spezialisierten Einheit:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen:

- | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Blutdruck | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Herzfrequenz | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 3-Kanal-EKG | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Atmung | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sauerstoffsättigung | ☐ Ja | ☐ Nein |

24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie (digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie, CT-Angiographie oder MR-Angiographie):

☐ Ja ☐ Nein

Welche(s) Verfahren?

24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Verfügbarkeit der folgenden Leistungen:

Physiotherapie (auch an Wochenenden und Feiertagen):

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie (auch an Wochenenden und Feiertagen):

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopädie (auch an Wochenenden und Feiertagen):

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

**Es sind die folgenden Fachabteilungen am Standort
der Schlaganfalleinheit vorhanden:**

Neurologie:

☐ Ja

☐ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenanzahl)

Innere Medizin:

☐ Ja

☐ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenanzahl)

Es besteht Rufbereitschaft eines Facharztes für Neurochirurgie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

und

eines Facharztes mit Erfahrung in der interventionellen Neuroradiologie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es besteht eine 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Durchführung intrakranieller Eingriffe zur Dekompression oder zur Hämatomentlastung am Standort der Schlaganfalleinheit:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Es besteht eine 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch Thrombolyse und interventioneller Thrombektomien am Standort der Schlaganfalleinheit:

☐ Ja ☐ Nein

Vorhandensein von mindestens zwei Fachärzten:

Fachärzte für Radiologie mit Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie: ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Fachärzte für Radiologie mit Kenntnissen der interventionellen
Neuroradiologie: ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-982

**Palliativmedizinische Komplexbehandlung
(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 Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-983

**Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
(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.

Benennung der Teammitglieder:

Namen, Vornamen, Professionen bzw. Disziplinen

Fachärztliche Behandlungsleitung:

Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung
Orthopädische Rheumatologie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-984

**Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
(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.

Multimodales Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung:

Benennung der Teammitglieder:

Namen, Vornamen, Professionen bzw. Disziplinen

Fachärztliche Behandlungsleitung:

Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder „Diabetologe DDG“:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder „Diabetologe DDG“:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es werden differenzierte Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, Typ 2 und Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, zu Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien, vorgehalten:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterungen

Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z. B. in Kinderkliniken) werden differenzierte Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 vorgehalten:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-985

**Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker
[Qualifizierter Entzug] (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 Behandlungsleitung erfolgt durch einen

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzbezeichnung
Suchtmedizinische Grundversorgung:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Im letztgenannten Fall verfügt das für den qualifizierten Entzug zuständige Team über kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Sachverstand (z. B. mehrmals wöchentliche Konsiliartätigkeit eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie):

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Behandlung erfolgt durch ein multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervisiertes Behandlungsteam mit:

Ärzten:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologischen Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialpädagogen:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Krankenpflege mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation
(z. B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung):

☐ 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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-986

**Multimodale kinder- und jugendrheumatologische
Komplexbehandlung (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.

Teammitglieder:

Namen, Vornamen, Professionen bzw. Disziplinen

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-987.0

**Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit
multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf
spezieller Isoliereinheit (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.

Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal und mindestens ein Krankenhaushygieniker und/oder eine/ein Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich) vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Speziell eingewiesenes medizinisches Personal:

Namen, Vornamen

Krankenhaushygieniker:

Namen, Vornamen

In Kooperation?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Erläuterung:

Hygienefachkräfte:

Namen, Vornamen

Es ist ein Hygieneplan vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Die Behandlung erfolgt auf einer speziellen Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation):

☐ Ja ☐ Nein

Die Isoliereinheit ist räumlich und organisatorisch von den restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses abgetrennt:

☐ Ja ☐ Nein

Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten:

☐ Ja ☐ Nein

Benennung und Beschreibung der speziellen Isoliereinheit

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-987.1

**Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit
multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht
auf spezieller Isoliereinheit (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.

Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal und mindestens ein Krankenhaushygieniker und/oder eine/ein Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich) vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Speziell eingewiesenes medizinisches Personal:

Namen, Vornamen

Krankenhaushygieniker:

Namen, Vornamen

In Kooperation?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Erläuterung:

Hygienefachkräfte:

Namen, Vornamen

Es ist ein Hygieneplan vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-988

**Spezielle Komplexbehandlung der Hand
(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.

Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

durch einen Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Problemstellungen in Kooperation mit einem Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung (3-jährige Erfahrung)

**Die 24-stündige ärztliche Verfügbarkeit (mindestens durch Rufbereitschaft)
eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie ist gewährleistet:**

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

**Durchführung der Behandlung unter der Leitung von Physiotherapeuten und/
oder Ergotherapeuten mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlung
handchirurgischer Patienten:**

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung (3-jährige Erfahrung)

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98a

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (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.

Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung

Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie liegt vor:

☐ Ja

☐ Nein

Ärzte (Namen, Vornamen, Art der Bezeichnung)

Besonders geschultes Pflegepersonal für die aktivierend-therapeutische Pflege ist vorhanden:

☐ Ja

☐ Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams weist eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung auf:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Vorhandensein folgender Bereiche:

Physiotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologie/Neuropsychologie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/faziorale Therapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialdienst:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98b.2

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (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 Behandlung erfolgt auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit (z. B. Bezeichnung, Bettenzahl)

Mitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams:

Namen, Vornamen, Disziplinen

Fachliche Behandlungsleitung durch:

Facharzt für Neurologie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Innere Medizin:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin muss im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein.

In der spezialisierten Schlaganfalleinheit ist ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur Verfügung:

☐ Ja

☐ Nein

Eingebundene Fachärzte für Neurologie (Namen, Vornamen)

Erläuterung

24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit der CT-Angiographie oder MR-Angiographie:

☐ Ja ☐ Nein

Welche(s) Verfahren?

24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen:

- | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Blutdruck | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Herzfrequenz | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 3-Kanal-EKG | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Atmung | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sauerstoffsättigung | ☐ Ja | ☐ Nein |

Verfügbarkeit der folgenden Leistungen:

Physiotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98b.3

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (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 Behandlung erfolgt auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit (z.B. Bezeichnung, Bettenzahl)

Mitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams:

Namen, Vornamen, Disziplinen

Die fachliche Behandlungsleitung liegt bei einem:

Facharzt für Neurologie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Innere Medizin:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin muss im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein.

In der spezialisierten Schlaganfalleinheit ist ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden:

☐ Ja

☐ Nein

Eingebundene Fachärzte für Neurologie (Namen, Vornamen)

24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit der CT-Angiographie oder MR-Angiographie:

☐ Ja ☐ Nein

Welche?

24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnersorgenden Gefäße:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen:

- | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|
| Blutdruck | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Herzfrequenz | ☐ Ja | ☐ Nein |
| 3-Kanal-EKG | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Atmung | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sauerstoffsättigung | ☐ Ja | ☐ Nein |

Verfügbarkeit der folgenden Leistungen:

Physiotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es besteht Zugang zu einem Telekonsildienst einer neurologischen Stroke-Unit im Rahmen eines regionalen Netzwerkes:

☐ Ja ☐ Nein

Name des Telekonsildienstes und der dazugehörigen regionalen Stroke-Unit

Der Telekonsildienst muss zu sämtlichen Zeiten zur Verfügung stehen, an denen ein Facharzt für Neurologie nicht umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Telekonsilärzte sind Ärzte mit Facharztstandard (mindestens 4-jährige neurologische Weiterbildung mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf einer neurologischen Stroke-Unit):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Für die Schlaganfallbehandlung in der telekonsiliarisch betreuten Klinik müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzte, Pfleger und Therapeuten

☐ Ja

☐ Nein

Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators

☐ Ja

☐ Nein

Teilnahme an einem vom Netzwerk organisierten Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr

☐ Ja

☐ Nein

Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität

☐ Ja

☐ Nein

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

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 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

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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98e

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2021)

Krankenhausname _____

Ort _____

ggf. Standort / Standortnummer _____ / _____

ggf. Einheit _____

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

Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit mit mindestens 5 Betten:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung der Palliativeinheit und Angabe der Bettenanzahl

Behandlung durch ein multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team:

☐ Ja ☐ Nein

Multiprofessionelles, spezialisiertes Team:

Namen, Vornamen, Professionen

Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Name der Einrichtung

Gewährleistung einer 24-stündigen fachlichen Behandlungsleitung durch Rufbereitschaft:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Werktags von Montag bis Freitag ist eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit gewährleistet:

☐ Ja ☐ Nein

**Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen
palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden**

und

**mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten
Palliativversorgung:**

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Name der Einrichtung

**Verfügbarkeit von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen
Behandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung,
z. B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur
Symptomkontrolle:**

☐ Ja ☐ Nein

Behandlungsverfahren

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

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, krankenhauszugehörig ☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbarten Krankenhäusern ☐ Ja ☐ Nein

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

Gastroenterologie ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig ☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbarten Krankenhäusern ☐ Ja ☐ Nein

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

Neurologie ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig ☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbarten Krankenhäusern ☐ Ja ☐ Nein

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

Anästhesiologie ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig ☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbarten Krankenhäusern ☐ Ja ☐ Nein

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

Viszeralchirurgie ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig ☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbarten Krankenhäusern ☐ Ja ☐ Nein

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

Unfallchirurgie ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig ☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbarten Krankenhäusern ☐ Ja ☐ Nein

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

Gefäßchirurgie ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig ☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbarten Krankenhäusern ☐ Ja ☐ Nein

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

Neurochirurgie ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig ☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbarten Krankenhäusern ☐ Ja ☐ Nein

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98g.0

**Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit
nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern:
Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
(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.

Es sind speziell eingewiesenes medizinisches Personal und mindestens ein Krankenhaushygieniker und/oder eine/ein Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich) vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Speziell eingewiesenes medizinisches Personal

Namen, Vornamen

Krankenhaushygieniker:

Namen, Vornamen

In Kooperation?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Erläuterung:

Hygienefachkräfte:

Namen, Vornamen

Es ist ein Hygieneplan vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

**Die Behandlung erfolgt auf einer speziellen Isoliereinheit
(eigenständige Infekt-Isolierstation):**

☐ Ja ☐ Nein

**Die Isoliereinheit ist räumlich und organisatorisch von den
restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses abgetrennt:**

☐ Ja ☐ Nein

Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten:

☐ Ja ☐ Nein

Benennung und Beschreibung der speziellen Isoliereinheit

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98g.1

**Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit
nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern:
Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit
(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.

Es sind speziell eingewiesenes medizinisches Personal und mindestens ein Krankenhaushygieniker und/oder eine/ein Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich) vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Speziell eingewiesenes medizinisches Personal

Namen, Vornamen

Krankenhaushygieniker:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

In Kooperation?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Erläuterung:

Hygienefachkräfte:

Namen, Vornamen

Es ist ein Hygieneplan vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98h.0

**Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung
durch einen Palliativdienst: Durch einen internen
Palliativdienst (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.

Es ist ein multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Mindestens ein Vertreter eines weiteren Bereiches
(Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie):

Namen, Vornamen, Professionen

Das multiprofessionelle Team ist abteilungsübergreifend tätig:

☐ Ja

☐ Nein

Das multiprofessionelle Team ist organisatorisch eigenständig:

☐ Ja

☐ Nein

Erläuterung

Der Palliativdienst bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:

☐ Ja

☐ Nein

Erläuterung

**Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung
Palliativmedizin:**

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

**und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
Palliativversorgung:**

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

Pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

Gewährleistung einer 24-stündigen Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt:

☐ Ja ☐ Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

Außerhalb der werktäglichen (Montag bis Freitag) Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98h.1

**Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung
durch einen Palliativdienst: Durch einen externen
Palliativdienst (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.

Es steht ein externer Palliativdienst zur Verfügung:

☐ Ja ☐ Nein

Name des externen Leistungsanbieters

Es ist ein multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Mindestens ein Vertreter eines weiteren Bereiches
(Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie):

Namen, Vornamen, Professionen

Das multiprofessionelle Team ist abteilungsübergreifend tätig: ☐ Ja ☐ Nein

Das multiprofessionelle Team ist organisatorisch eigenständig: ☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

**Der Palliativdienst bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten
in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden
Abteilung ab:**

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

**Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung
Palliativmedizin:**

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

**und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
Palliativversorgung:**

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

Pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

Gewährleistung einer 24-stündigen Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt:

☐ Ja ☐ Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

Außerhalb der werktäglichen (Montag bis Freitag) Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-403

**Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-
psychosomatische Therapie (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.

Multidisziplinäres Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin:

☐ Ja ☐ Nein

Kinder- und Jugendärzte (Namen, Vornamen)

Multidisziplinäres Team (Namen, Vornamen, Disziplinen)

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-60

**Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen
Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
(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.

Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Behandlungsleitung(en) (Namen, Vornamen)

Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopäden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Kreativtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sonstige Spezialtherapeuten (z. B. Sporttherapeuten, Arbeitstherapeuten):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

**Es sind Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger,
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger)
vorhanden:**

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-61

**Intensivbehandlung bei psychischen und
psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen
bei Erwachsenen (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.

Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Behandlungsleitung(en) (Namen, Vornamen)

Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopäden:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Kreativtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sonstige Spezialtherapeuten (z. B. Sporttherapeuten, Arbeitstherapeuten):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

**Es sind Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger,
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger)
vorhanden:**

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-62

**Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei
psychischen und psychosomatischen Störungen und
Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (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.

Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Behandlungsleitung(en) (Namen, Vornamen)

Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopäden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Kreativtherapeuten (z. B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sonstige Spezialtherapeuten (z. B. Bewegungstherapie, Sporttherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es sind Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-63

**Psychosomatisch-psychotherapeutische
Komplexbehandlung bei psychischen und
psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen
bei Erwachsenen (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.

Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Behandlungsleitung(en) (Namen, Vornamen)

Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ökotrophologen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sportlehrer:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Kreativtherapeuten (z. B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sonstige Spezialtherapeuten

(z. B. Gestaltungs-, Körper- und Bewegungstherapie, Sporttherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es sind Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen:

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-642

**Integrierte klinisch-psychosomatisch-
psychotherapeutische Komplexbehandlung bei
psychischen und psychosomatischen Störungen und
Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (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.

Über 24 Stunden vorhandene Infrastruktur
eines Krankenhauses:

☐ Ja ☐ Nein

mit

verfügbarem Notfall-Labor:

☐ Ja ☐ Nein

und

verfügbarer Notfall-Röntgendiagnostik:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Geregelter Zugang zu einer somatischen Intensivstation:

☐ Ja ☐ Nein

und

geregelter Zugang zu einer somatischen Fachabteilung (z. B. Innere Medizin,
Neurologie, Orthopädie, Gynäkologie, Hämatoonkologie):

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Es ist ein psychosomatisch-psychotherapeutisches Team vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen bzw. Disziplinen

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychotherapeutische Medizin), einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Facharzt für Psychiatrie oder einen Facharzt für Nervenheilkunde:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

und

bei dem behandlungsleitenden Facharzt liegt eine weitere, somatische Facharztqualifikation (Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Neurologie, Orthopädie, Anästhesiologie/Schmerztherapie) vor:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

es ist ein weiterer Arzt mit einer somatischen Facharztqualifikation (Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Neurologie, Orthopädie, Anästhesiologie/Schmerztherapie) im Team vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die arbeitstägliche Anwesenheit eines Arztes ist gewährleistet, um ggf. kurzfristig somatische Problemlagen behandeln zu können:

☐ Ja ☐ Nein

Fachabteilung, Erläuterung

Es besteht in mindestens einem somatischen Fach eine qualifizierte ärztliche Rufbereitschaft am Standort des Krankenhauses über 24 Stunden täglich:

☐ Ja ☐ Nein

Fachabteilung, Erläuterung

Pflegerische Behandlung auch bettlägeriger Patienten ist grundsätzlich über 24 Stunden täglich gewährleistet:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-643

**Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im
besonderen Setting (Mutter/ Vater-Kind-Setting)
(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.

Es besteht die Möglichkeit zu einem Rooming-In und einem Eltern-Kind-gerechten Aufenthalts- und Spielraum:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte sind Teil des Behandlungsteams:

Kinderkrankenpfleger:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Erzieher:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Heilerzieher:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Heilpädagogen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sonstige pädagogisch-pflegerische Fachkräfte
(z. B. Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

**Es besteht die Möglichkeit einer fachübergreifenden konsiliarischen Betreuung
der Mutter durch eine(n) Hebamme/Stillberater im Hause:**

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

durch eine Kooperation mit ambulant tätigen Hebammen/Stillberatern:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ein Pädiater und/oder Kinder- und Jugendpsychiater steht mindestens konsiliarisch zur Verfügung:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-647

**Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung
Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
(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.

Es ist ein multidisziplinär zusammengesetztes Behandlungsteam mit Vertretern der folgenden Berufsgruppen, davon mindestens 1 Arzt oder Psychologischer Psychotherapeut, vorhanden:

Ärzte:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialpädagogen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Pflegefachpersonen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Disziplinen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-64a

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2021)

Krankenhausname _____

Ort _____

ggf. Standort / Standortnummer _____ / _____

ggf. Einheit _____

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

Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie am Standort des Krankenhauses vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Es ist eine Fachabteilung für Psychiatrie am Standort des Krankenhauses vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Es ist eine Fachabteilung für Psychosomatik am Standort des Krankenhauses vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Es ist eine spezialisierte Einheit mit dualem kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-psychosomatischen/-psychotherapeutischen Setting vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Benennung und Beschreibung der spezialisierten Einheit

Es ist eine duale Behandlungsleitung vorhanden:

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

und

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es wird ein familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit der Möglichkeit von Eltern-Kind-Rooming-In, einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern vorgehalten:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-65

**Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei
psychischen und psychosomatischen Störungen und
Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
(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.

Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Behandlungsleitung(en) (Namen, Vornamen)

Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie): ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es sind Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Heilpädagogen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopäden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sonstige Spezialtherapeuten (z. B. Mototherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es sind pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-67

**Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung
bei psychischen und psychosomatischen Störungen und
Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
(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.

Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Behandlungsleitung(en) (Namen, Vornamen)

Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie): ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es sind Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Heilpädagogen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sonstige Spezialtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es sind pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-68

**Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung
im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei
psychischen und psychosomatischen Störungen und
Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
(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.

Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Behandlung(en) (Namen, Vornamen)

Es sind Vertreter der folgenden Berufsgruppen vorhanden:

Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie): ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,
Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder
Master of Science in Psychologie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es sind Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeiter:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Heilpädagogen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten (z. B. Kunsttherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sonstige Spezialtherapeuten
(z. B. Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Es sind pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-694

**Spezifische Behandlung im besonderen Setting
bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und
Jugendlichen (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.

Es ist eine Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-701

**Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei
Erwachsenen (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.

Es ist ein mobiles multiprofessionelles Team vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe:

☐ Ja ☐ Nein

Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Logopäden, Kreativtherapeuten):

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Erreichbarkeit eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft) sichergestellt:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Gewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche) mit der Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-801

**Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei
Kindern und Jugendlichen (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.

Es ist ein mobiles multiprofessionelles Team vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder Spezialtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

**Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen
(z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher,
Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher):**

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden):

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Erreichbarkeit eines Mitglieds des Behandlungsteams ist werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft) sichergestellt:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Gewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche) mit der Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme:

☐ Ja

☐ Nein

Erläuterung

Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Professionen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-985

**Teilstationäre pädiatrische Behandlung
(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.

Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen