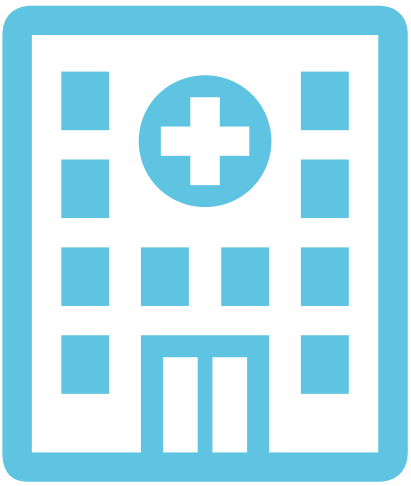
Medizinischer Dienst

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen
von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL)

Anlage 5a: Selbstauskunftsbögen für abrechnungsrelevante OPS-Kodes (OPS-Version 2022)



Inhaltsverzeichnis

1-221 Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2022) ... 4

1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS-Version 2022) ... 6

1-999.3 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2022) ... 10

5-709.0 Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) ... 12

8-01a Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) ... 14

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) ... 16

8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Version 2022) ... 20

8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (OPS-Version 2022) ... 23

8-644 Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internem Herzschrittmacher, Stimulationssystem zur kardialen Resynchronisationstherapie [CRT] oder implantiertem Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) ... 27

8-718.8 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2022) ... 29

8-718.9 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2022) ... 34

8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022) ... 39

8-91c Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022) ... 41

8-934 Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern (OPS-Version 2022) ... 45

8-975.2 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) ... 47

8-977 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS-Version 2022) ... 51

8-97d Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Version 2022) ... 53

8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022) ... 56

8-981.2 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2022) ... 60

8-981.3 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2022) ... 68

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) ... 77

8-983 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) ... 79

8-984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (OPS-Version 2022) ... 81

8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] (OPS-Version 2022) ... 85

8-986 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) ... 89

8-987.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022) ... 91

8-987.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022) ... 95

8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Version 2022) ... 99

8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) ... 103

8-98b.2 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022) ... 107

8-98b.3 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022) ... 113

8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2022) ... 121

8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) ... 128

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022) ... 133

8-98g.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022) ... 145

8-98g.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022) ... 149

8-98h.0 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst (OPS-Version 2022) ... 153

8-98h.1 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst (OPS-Version 2022) ... 160

9-403 Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie (OPS-Version 2022) ... 167

9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ... 169

9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ... 174

9-62 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ... 179

9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ... 184

9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ... 188

9-643 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (OPS-Version 2022) ... 193

9-647 Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ... 198

9-64a Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2022) ... 202

9-65 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) ... 206

9-67 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) ... 211

9-68 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) ... 215

9-694 Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) ... 220

9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ... 222

9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) ... 227

9-985 Teilstationäre pädiatrische Behandlung (OPS-Version 2022) ... 232

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-221

Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-945

Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen des Teams namentlich aufzuführen.

Das multiprofessionelle Team besteht aus:

Ärzten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeitern: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Fachkräften 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

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-999.3

Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

5-709.0

Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-01a

Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-550

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Mit Ausnahme der besonders geschulten Pflegefachkraft sind für alle personengebundenen Qualifikationen / Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche mindestens zwei Personen des Teams namentlich aufzuführen.

Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit 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 Station(en), Zimmer, Betten

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

◯ Ja ◯ Nein

Name, Vorname

Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Physikalische Therapie: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/fazioorale Therapie: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Psychologie/Neuropsychologie: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-552

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Frührehateam 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 Frührehateam 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/fazioorale Therapie: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern **Drucken** **Zurücksetzen**

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-559

Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Frührehateam mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt, der mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig ist:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt, 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

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/fazioorale Therapie/Sprachtherapie: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie): ◯ Ja ◯ Nein

Welche?

Namen, Vornamen

Dysphagietherapie: ◯ 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

8-644

Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internem Herzschrittmacher, Stimulationssystem zur kardialen Resynchronisationstherapie [CRT] oder implantiertem Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-718.8

Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei 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 Ausstattungen zur Durchführung des Sekretmanagements sind vorhanden:

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

Erläuterung

Mechanischer Insufflator/Exsufflator: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Ärzte, die die Bronchoskopie durchführen können: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Tägliche Verfügbarkeit 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

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-718.9

Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

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

Vorhandensein einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit (mind. 6 Betten) mit auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung spezialisiertem Team. Die spezialisierte Einheit kann Teil einer Station oder Abteilung sein oder als räumlich abgetrennte eigenständige Beatmungsentwöhnungs-Einheit (nicht intensivmedizinisch) betrieben werden:

◯ 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 zur mindestens 3-jährigen Erfahrung

Die folgenden Ausstattungen zur Durchführung des Sekretmanagements sind in der Einheit vorhanden:

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

Erläuterung

Mechanischer Insufflator/Exsufflator: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Ärzte, die die Bronchoskopie durchführen können: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Tägliche Verfügbarkeit 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

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-918

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei 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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-91c

Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen des Teams 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 von:

Physiotherapie: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sporttherapie: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

anderen körperlich übenden Verfahren: ◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung

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

8-934

Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-975.2

Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen des Teams 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 mindestens drei der 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

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-977

Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Fachärztliche Behandlungsleitung:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-97d

Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Die Behandlungsleitung des Teams erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Vorhandensein mindestens der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Physikalische Therapie: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-980

Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen

Beschreibung der Intensivstation:

u. a. Anzahl Behandlungsplätze, Anzahl Beatmungsplätze

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Ärzte (Namen, Vornamen)

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)
Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht eine Pflegefachperson eingesetzt war. Mindestens diese Pflegefachpersonen sind hier zu benennen

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

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

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 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen des Teams 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

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:

Montag bis Freitag (tagsüber)

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. Das heißt, er kann sich in dieser Zeit nur von der Einheit entfernen, um Patienten mit Schlaganfall oder Verdacht auf Schlaganfall zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und/oder weiter zu versorgen:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Montag bis Freitag (nachts)

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, sodass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht:

◯ 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, sodass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

Digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie: ◯ Ja ◯ Nein

CT-Angiographie: ◯ Ja ◯ Nein

MR-Angiographie: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit 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

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

Medizinischer Dienst

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 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen des Teams 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)

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:

Montag bis Freitag (tagsüber)

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. Das heißt, er kann sich in dieser Zeit nur von der Einheit entfernen, um Patienten mit Schlaganfall oder Verdacht auf Schlaganfall zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und/oder weiter zu versorgen:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Montag bis Freitag (nachts)

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, sodass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht:

◯ 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, sodass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

Digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie: ◯ Ja ◯ Nein

CT-Angiographie: ◯ Ja ◯ Nein

MR-Angiographie: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit 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 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. ärztliche Leitung, Stationen, Bettenanzahl)

Innere Medizin: ◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung (u. a. ärztliche Leitung, 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

Erläuterung

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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-982

Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei 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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-983

Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-984

Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Multimodales Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung:

Benennung der Teammitglieder:

Namen, Vornamen

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 und Typ 2, 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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-985

Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen des Teams 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

Kinderkrankenpflegern/-schwestern mit suchtmedizinischer Zusatzqualifikation, wie z. B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung: ◯ 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

8-986

Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen

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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-987.0

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Einheit _____

Mit Ausnahme des Krankenhaushygienikers sind für alle personengebundenen Qualifikationen mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

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

Krankenhaushygieniker: ◯ Ja ◯ Nein

Name, Vorname

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Krankenhaushygieniker in Kooperation? ◯ Ja ◯ Nein

Falls ja, Erläuterung

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

Medizinischer Dienst

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 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Mit Ausnahme des Krankenhaushygienikers sind für alle personengebundenen Qualifikationen mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

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

Krankenhaushygieniker: ◯ Ja ◯ Nein

Name, Vorname

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Krankenhaushygieniker in Kooperation? ◯ Ja ◯ Nein

Falls ja, Erläuterung

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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-988

Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei 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 (mindestens 3-jährige Erfahrung)

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

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Leitung der physiotherapeutischen und/oder ergotherapeutischen Behandlung durch mindestens einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Patienten:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung (mindestens 3-jährige Erfahrung)

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98a

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Mit Ausnahme der besonders geschulten Pflegefachkraft sind für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche mindestens zwei Personen des Teams namentlich aufzuführen.

Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung

Fachärztliche Behandlungsleitung:

Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie liegt vor: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

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

◯ Ja ◯ Nein

Name, Vorname

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/fazioorale Therapie: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Sozialdienst: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98b.2

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen des Teams 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

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 ist im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung

24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

CT-Angiographie: ◯ Ja ◯ Nein

MR-Angiographie: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98b.3

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen des Teams 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

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 ist im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung

24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

CT-Angiographie: ◯ Ja ◯ Nein

MR-Angiographie: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

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 steht zu sämtlichen Zeiten zur Verfügung, zu 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 dem telekonsiliarisch betreuten Krankenhaus sind folgende Kriterien erfüllt:

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

Es erfolgt ein vom Netzwerk organisiertes 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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98d

Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen des Teams 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

Erläuterung

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

◯ Ja ◯ Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Ärzte (Namen, Vornamen)

Unter den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern/-innen besteht eine Fachweiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivpflege von 40 % oder für das laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbare fünfjährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung
(Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen insgesamt, darunter Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit Fachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte ohne Fachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte ohne 5-jährige 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

Eigene Abteilung: ◯ Ja ◯ Nein

Kooperationspartner: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Kinderkardiologie

Eigene Abteilung: ◯ Ja ◯ Nein

Kooperationspartner: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

Eigene Abteilung: ◯ Ja ◯ Nein

Kooperationspartner: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Neuropädiatrie

Eigene Abteilung: ◯ Ja ◯ Nein

Kooperationspartner: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Labor und Mikrobiologie

Eigene Abteilung: ◯ Ja ◯ Nein

Kooperationspartner: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

24-Stunden-Verfügbarkeit von röntgenologischer Diagnostik:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

24-Stunden-Verfügbarkeit von sonographischer Diagnostik:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

24-Stunden-Verfügbarkeit von bettseitiger Routinelabordiagnostik (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat):

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

Apparative Beatmung: ◯ Ja ◯ Nein

Nicht invasives und invasives Monitoring: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98e

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

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

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

Erfahrung (Name der Station oder Einrichtung)

Gewährleistung einer 24-stündigen fachlichen Behandlungsleitung mindestens durch Rufbereitschaft:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

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

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

Erfahrung (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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98f

Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____ / _____

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

Beschreibung der Intensivstation:

u. a. Anzahl Behandlungsplätze, Anzahl Beatmungsplätze

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

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

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

◯ Ja ◯ Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)
Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht eine examinierte Pflegekraft eingesetzt war. Mindestens diese examinierten Pflegekräfte sind hier zu benennen.

Ärzte (Namen, Vornamen)
Hinweis: Für den ärztlichen Bereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht ein Arzt eingesetzt war. Mindestens diese Ärzte sind hier zu benennen.

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, das heißt, der Arzt der Intensivstation kann nur zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z. B. Reanimation) hinzugezogen werden:

◯ 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

Kontinuierliche Nierenersatzverfahren: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Intermittierende Nierenersatzverfahren: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems

Endoskopie des Gastrointestinaltraktes: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Endoskopie des Tracheobronchialsystems: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe

Intrakranielle Druckmessung: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Transösophageale Echokardiographie: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT

Radiologische Diagnostik mittels CT: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Radiologische Diagnostik mittels MRT: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA: ◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

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

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

Erläuterung

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

Erläuterung

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

Erläuterung

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

Kardiologie: ◯ Ja ◯ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: ◯ Ja ◯ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: ◯ Ja ◯ Nein

Name des kooperierenden Krankenhauses

Gastroenterologie: ◯ Ja ◯ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: ◯ Ja ◯ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: ◯ Ja ◯ Nein

Name des kooperierenden Krankenhauses

Neurologie: ◯ Ja ◯ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: ◯ Ja ◯ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: ◯ Ja ◯ Nein

Name des kooperierenden Krankenhauses

Anästhesiologie: ◯ Ja ◯ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: ◯ Ja ◯ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: ◯ Ja ◯ Nein

Name des kooperierenden Krankenhauses

Viszeralchirurgie: ◯ Ja ◯ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: ◯ Ja ◯ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: ◯ Ja ◯ Nein

Name des kooperierenden Krankenhauses

Unfallchirurgie: ◯ Ja ◯ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: ◯ Ja ◯ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: ◯ Ja ◯ Nein

Name des kooperierenden Krankenhauses

Gefäßchirurgie: ◯ Ja ◯ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: ◯ Ja ◯ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: ◯ Ja ◯ Nein

Name des kooperierenden Krankenhauses

Neurochirurgie: ◯ Ja ◯ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: ◯ Ja ◯ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: ◯ Ja ◯ Nein

Name des kooperierenden Krankenhauses

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

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

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 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____ / _____

Mit Ausnahme des Krankenhaushygienikers sind für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

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

Krankenhaushygieniker: ◯ Ja ◯ Nein

Name, Vorname

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Krankenhaushygieniker in Kooperation? ◯ Ja ◯ Nein

Falls ja, Erläuterung

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

Medizinischer Dienst

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 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Mit Ausnahme des Krankenhaushygienikers sind für alle personengebundenen Qualifikationen / Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

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

Krankenhaushygieniker: ◯ Ja ◯ Nein

Name, Vorname

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Krankenhaushygieniker in Kooperation? ◯ Ja ◯ Nein

Falls ja, Erläuterung

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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98h.0

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

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

Es ist ein multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team (Palliativdienst) 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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98h.1

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

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

Name des externen Leistungsanbieters:

Es ist ein externes 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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-403

Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

◯ Ja ◯ Nein

Behandlungsleitung (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 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei 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 (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

Spezialtherapeuten

Ergotherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Physiotherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Logopäden: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Kreativtherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

sonstige Spezialtherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

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

9-61

Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei 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 (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

Spezialtherapeuten

Ergotherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Physiotherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Logopäden: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Kreativtherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

sonstige Spezialtherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

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

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-62

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei 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 (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

Spezialtherapeuten

Ergotherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Physiotherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Logopäden: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Kreativtherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

sonstige Spezialtherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

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

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-63

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

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

◯ Ja ◯ Nein

Behandlungsleitung (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

Spezialtherapeuten

Ergotherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Physiotherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Ökotrophologen: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sportlehrer: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Kreativtherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

sonstige Spezialtherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

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

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-642

Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

Vorhandensein einer somatischen Intensivstation und/oder Intermediate Care am Standort des Krankenhauses:

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung der Station (u. a. Bettenzahl)

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 im Team vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen, Facharztqualifikation

Die arbeitstägliche Anwesenheit eines Arztes ist gewährleistet, um ggf. kurzfristig psychische 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

Namen, Vornamen, Erläuterung
Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht eine Pflegefachperson eingesetzt war. Mindestens diese Pflegefachpersonen sind hier zu benennen.

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-643

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

Es wird ein Rooming-In vorgehalten:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Es ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte sind Teil des Behandlungsteams:

Kinderkrankenpfleger: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Erzieher: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilerzieher: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

sonstige pädagogisch-pflegerische Fachkräfte: ◯ 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

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-647

Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Es ist ein multidisziplinär zusammengesetztes Behandlungsteam mit Vertretern von mindestens 3 der folgenden Berufsgruppen vorhanden:

Ärzte: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Psychologische Psychotherapeuten/Suchttherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialpädagogen: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Physiotherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Ergotherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Pflegefachpersonen: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

sonstige Berufsgruppe: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Mindestens ein Arzt oder Psychologischer Psychotherapeut ist im Behandlungsteam:

◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

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 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

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

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

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl, ärztliche Leitung)

oder

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

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl, ärztliche Leitung)

oder

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

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl, ärztliche Leitung)

Es ist eine spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit mit dualem kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-psychosomatischen/-psychotherapeutischen Setting vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Benennung und Beschreibung der spezialisierten, räumlich oder organisatorisch abgegrenzten 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 ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Es wird ein Rooming-In 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

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-65

Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

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

◯ Ja ◯ Nein

Behandlungsleitung (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 mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Ergotherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Logopäden: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Bewegungstherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Erlebnistherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Kreativtherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

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:

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 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

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

◯ Ja ◯ Nein

Behandlungsleitung (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

oder

Sozialarbeiter: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Bewegungstherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Erlebnistherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Kreativtherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

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

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

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 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

Es ist eine spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Benennung und Beschreibung der spezialisierten, räumlich oder organisatorisch abgegrenzten Einheit

Es ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Es wird ein Rooming-In vorgehalten:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

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

◯ Ja ◯ Nein

Behandlungsleitung (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 mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Ergotherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Bewegungstherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Erlebnistherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

Kreativtherapeuten: ◯ Ja ◯ Nein

Namen, Vornamen

oder

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

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-694

Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

Benennung und Beschreibung der Spezialstation

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-701

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

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

Es ist ein mobiles multiprofessionelles Team vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung der Mobilität des Teams

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:

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

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung/Erläuterung der Erreichbarkeit

Gewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche):

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung/Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen

Medizinischer Dienst

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-801

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

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

Es ist ein mobiles multiprofessionelles Team vorhanden:

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung der Mobilität des Teams

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:

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

Namen, Vornamen

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

Namen, Vornamen

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

Namen, Vornamen

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

Namen, Vornamen

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

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung /Erläuterung der Erreichbarkeit

Gewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche):

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung

Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung:

◯ Ja ◯ Nein

Erläuterung/Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme

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 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

◯ Ja ◯ Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____ , _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern Drucken Zurücksetzen