



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

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

Inhaltsverzeichnis

1-221 Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2022).....	5
1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS-Version 2022).....	7
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 Geriatriische 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)	33
8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022)	37
8-91c Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022).....	39
8-934 Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern (OPS-Version 2022)	43
8-975.2 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	45
8-977 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS-Version 2022)	484849
8-97d Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Version 2022)	494950
8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)	515152
8-981.2 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2022).....	545455

8-981.3 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2022)	606 61
8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	676 768
8-983 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	686 869
8-984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (OPS-Version 2022)	707 071
8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] (OPS-Version 2022)	737 374
8-986 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	777 778
8-987.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)	797 980
8-987.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)	828 283
8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Version 2022)	85
8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	88
8-98b.2 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)	919 192
8-98b.3 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)	969 697
8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)	1021 02103
8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	1081 08109
8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)	1111 11112
8-98g.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)	121
8-98g.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)	124
8-98h.0 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst (OPS-Version 2022)	1271 27126
8-98h.1 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst (OPS-Version 2022)	1321 32131
9-403 Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie (OPS-Version 2022)	1371 37136

9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	<u>139139138</u>
9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	<u>143143142</u>
9-62 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	<u>147147146</u>
9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	<u>151151150</u>
9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	<u>155155154</u>
9-643 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/ Vater-Kind-Setting) (OPS-Version 2022).....	<u>159159158</u>
9-647 Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	<u>163163162</u>
9-64a Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2022)	<u>167167165</u>
9-65 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) .	<u>171171169</u>
9-67 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) .	<u>175175173</u>
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)	<u>179179177</u>
9-694 Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022).....	<u>184184182</u>
9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (Version 2022) .	<u>185185183</u>
9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022).....	<u>189189187</u>
9-985 Teilstationäre pädiatrische Behandlung (OPS-Version 2022)	<u>193193191</u>

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

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 oder des Kooperationspartners namentlich aufzuführen.

- Das multiprofessionelle Team besteht aus:

Ärzte: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

Sozialarbeiter: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....
.....

Psychologen: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....
.....
.....
.....

Fachkräfte für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....
.....
.....
.....

- Die Behandlungsleitung liegt bei einem:

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....
.....

oder

Facharzt für Kinderchirurgie: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

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

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

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

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 oder des Kooperationspartners 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 geriatricspezifische 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

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 oder des Kooperationspartners namentlich aufzuführen.

- Frühreheatem 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 Frühreheatem eingebunden:

Ja ☐ Nein ☐

Ärzte (Namen, Vornamen):

.....

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

Ja ☐ Nein ☐

Pflegepersonal (Namen, Vornamen):

.....
.....

- Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Krankengymnastik:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....
.....

Physikalische Therapie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....
.....

Ergotherapie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....
.....

Neuropsychologie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Logopädie/faziorale Therapie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

|

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 oder des Kooperationspartners namentlich aufzuführen.

- Frühreheatteam 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

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

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 folgende Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements ist 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:

.....
.....
.....

- Werk tägliche 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

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 folgende Ausstattung 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:

.....

.....

.....

- Werk tägliche 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

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

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

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

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 oder des Kooperationspartners 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

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

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 oder des Kooperationspartners 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

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS-Kodes

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 examinierte Pflegekraft ~~Pflegefachperson~~ eingesetzt war. Mindestens diese examinierten Pflegefachkräfte~~personen~~ 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

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 oder des Kooperationspartners 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 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 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

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 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 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

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

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

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:

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

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 oder des Kooperationspartners 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:

.....

.....

Krankenpfleger/-schwestern mit suchtmmedizinischer 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

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

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 ☐

Speziell eingewiesenes medizinisches Personal (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 (Name, Vorname):

.....
.....

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (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

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 ☐

Speziell eingewiesenes medizinisches Personal (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 (Name, Vorname):

.....

.....

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (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

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 (3-jährige Erfahrung):

.....

.....

- Die 24-stündige ärztliche 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 (3-jährige Erfahrung):

.....

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

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 oder des Kooperationspartners 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

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 oder des Kooperationspartners 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 in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur Verfügung:
~~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 ☐~~

Eingebundene Fachärzte für Neurologie (Namen, Vornamen):

.....

.....

.....

.....

Erläuterung:

.....

.....

.....

- 24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

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

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

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 oder des Kooperationspartners 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 in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur Verfügung:
- ~~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 ☐~~

Eingebundene Fachärzte für Neurologie (Namen, Vornamen):

.....

.....

.....

.....

~~Erläuterung:~~

.....

.....

- 24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

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

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

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 oder des Kooperationspartners 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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....
.....

- 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 ~~5-fünf~~jährige 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

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

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 ☐

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.

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

[illegible]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

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

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

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

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

Ärzte (Namen, Vornamen):

Hinweis: Es ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht/jedem Dienst ein Arzt eingesetzt war. Mindestens diese Ärzte sind hier zu benennen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Apparative Beatmung: Ja ☐ Nein ☐

Nichtinvasives und invasives Monitoring: Ja ☐ Nein ☐

Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren:

Kontinuierliche Nierenersatzverfahren Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

Intermittierende Nierenersatzverfahren Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems:

Endoskopie des Gastrointestinaltraktes Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

Endoskopie des Tracheobronchialsystems Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe:

Intrakranielle Druckmessung Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

Transösophageale Echokardiographie:

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

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

Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT:

Radiologische Diagnostik mittels CT Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

Radiologische Diagnostik mittels MRT Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA: Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

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

Interventionelle Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

Interventionelle Neuro-Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von zerebralen Gefäßverschlüssen

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

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

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

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

Kardiologie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Gastroenterologie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Neurologie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Anästhesiologie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Viszeralchirurgie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Unfallchirurgie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Gefäßchirurgie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Neurochirurgie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

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 ☐

Speziell eingewiesenes medizinisches Personal (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 (Name, Vorname):

.....

.....

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (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

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

Ggf. Fachabteilung

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 ☐

Speziell eingewiesenes medizinisches Personal (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 (Name, Vorname):

.....
.....

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (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

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

Ggf. Fachabteilung

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

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

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

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

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

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

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

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 behandelnden 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 arbeitstäglliche 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 ☐

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

Erläuterung:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

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

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

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-64a Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im

**bBesonderen 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):

.....

.....

.....

.....

und/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

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

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:

.....

.....

.....

.....

- Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen, Professionen:

.....

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

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 ☐

.....

.....

.....

.....

- Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen, Professionen:

.....

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

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

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen
(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:

.....

.....

.....

.....

oder und

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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....
.....

oder

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) mit der Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme:

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung / Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme:

.....
.....

~~Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:~~

~~Ja ☐ Nein ☐~~

~~Namen, Vornamen, Professionen:~~

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

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:

.....

.....

.....

.....

oder

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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

oder

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) mit der Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme:

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung / Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme:

.....

.....

.....

.....

~~Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:~~

~~Ja ☐ Nein ☐~~

~~Namen, Vornamen, Professionen:~~

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

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