

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 9-642

### Integrierte klinisch-psycho somatisch- psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2025)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ggf. Fachabteilung \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen 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)

--

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

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**und**

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

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**oder**

**es ist ein weiterer Arzt mit einer somatischen Facharztqualifikation im Team vorhanden:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Facharztqualifikation

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

Ja      Nein

Fachabteilung, Erläuterung:

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

Ja      Nein

Fachabteilung, Erläuterung

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

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Erläuterung

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

**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_