

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 2022)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Ja      Nein

Beschreibung der Station (u. a. Bettenzahl)

**Es ist ein psychosomatisch-psychotherapeutisches Team vorhanden:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Professionen bzw. Disziplinen

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

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**und**

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

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**oder**

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

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Facharztqualifikation

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

Ja      Nein

Fachabteilung, Erläuterung:

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

Ja      Nein

Fachabteilung, Erläuterung

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

Ja      Nein

Namen, Vornamen, Erläuterung

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

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_