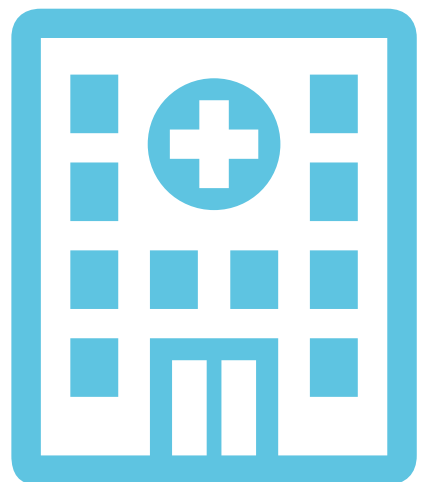


Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V

Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen
und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1
Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)

Anlage 3: Strukturdaten zu OPS-Kodes (OPS-Version 2026)



Inhaltsverzeichnis

1-221	Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit.....	5
1-999.3	Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	5
5-709.0	Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen	5
8-01a	Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen	5
8-644	Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen	5
8-934	Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern	5
9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung	5
1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit	7
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung.....	12
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	12
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	16
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation	19
8-718.8	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	23
8-718.9	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	23
8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	29
8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	29
8-975.2	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung	34
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	38
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	40

8-981.2	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	43
8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	43
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	53
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung	55
8-984.3	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit Diabetes mellitus	58
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug].....	61
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung	67
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	69
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	69
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit isolationspflichtigen nicht multiresistenten Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	69
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit isolationspflichtigen nicht multiresistenten Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	69
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand	74
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes	78
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes	78
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	87
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung.....	97
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	101
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	101
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst	114

8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst.....	120
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie	123
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	125
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	125
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	130
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	135
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen.....	139
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting	144
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	149
9-64a	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind.....	153
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen.....	158
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen.....	158
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	163
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	169
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	171
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	176

Strukturdaten zu den OPS

- 1-221** Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit
- 1-999.3** Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit
- 5-709.0** Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen
- 8-01a** Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen
- 8-644** Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen
- 8-934** Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern
- 9-985** Teilstationäre pädiatrische Behandlung

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Zur Prüfung beantragte OPS:

- | | | |
|---------|--------------------------|----------------------------|
| 1-221 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 1-999.3 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 5-709.0 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 8-01a | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 8-644 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 8-934 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 9-985 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

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

Beschreibung Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Das multiprofessionelle Team besteht aus:

Ärzten:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeitern:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Pädagogisch-pflegerischen Fachkräften:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Psychotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Fachpsychotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialpädagogischen oder heilpädagogischen Fachkräften in
psychotherapeutischer Ausbildung:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

und

Fachkräften für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Behandlungsleitung liegt bei einem:

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Kinderchirurgie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zu den OPS

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Zur Prüfung beantragte OPS:

8-550 ☐ Ja ☐ Nein

8-98a ☐ Ja ☐ Nein

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

Fachärztliche Behandlungsleitung des multiprofessionellen Teams mit Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie:

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die fachärztliche Behandlungsleitung ist insgesamt mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig:

Erläuterung

Beschreibung der geriatrischen Einheit (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 und eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung auf:

Name, Vorname

Folgende Therapiebereiche sind vorhanden:

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, Qualifikationen

zusätzlich bei OPS 8-98a

Vorhandensein Bereich Sozialdienst:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

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:

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen, Beschreibung der Einbindung

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

Namen, Vornamen

Folgende Therapiebereiche sind vorhanden:

Physiotherapie/Krankengymnastik:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Neuropsychologie/Psychologie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Logopädie/faziorale Therapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Frührehabteam 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:

Namen, Vornamen

Mindestens vier der folgenden Therapiebereiche sind vorhanden:

Physiotherapie/Krankengymnastik:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Neuropsychologie/Psychologie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychotherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/fazioorale Therapie/Sprachtherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie):

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Dysphagietherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zu den OPS

8-718.8 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung:
Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter
intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit

8-718.9 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung:
Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter
nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Zur Prüfung beantragte OPS:

8-718.8 ☐ Ja ☐ Nein

8-718.9 ☐ Ja ☐ Nein

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

Bei OPS 8-718.8

Intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist:

Angabe der Fachabteilung und der Einheit(en), auf denen die Leistung erbracht wird

Beschreibung der spezialisierten Einheit(en)

Hinweis: Angaben nur erforderlich, wenn die spezialisierte Einheit noch nicht geprüft wurde.

Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:

Namen, Vornamen

Bei OPS 8-718.9

Nicht intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit (mindestens 6 Betten), spezialisiert auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten:

Angabe der Fachabteilung und der Einheit(en), auf denen die Leistung erbracht wird

Beschreibung der spezialisierten Einheit(en)

Hinweis: Angaben nur erforderlich, wenn die spezialisierte Einheit noch nicht geprüft wurde.

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

Namen, Vornamen

Erläuterung zur mindestens 3-jährigen Erfahrung

Bei OPS 8-718.8 und OPS 8-718.9**Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements:**

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

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Mechanischer Insufflator/Exsufflator:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

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

Erläuterung

Ärzte, die die Bronchoskopie durchführen können:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Werktägliche Verfügbarkeit von:

Logopädie mit Dysphagietherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgespräches:

Namen, Vornamen, Qualifikation

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____, _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zu den OPS

8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

8-91c Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Zur Prüfung beantragte OPS:

8-918 ☐ Ja ☐ Nein

8-91c ☐ Ja ☐ Nein

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

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

Namen, Vornamen

Zusätzlich bei OPS 8-91c

Zum Team gehört ein ärztlicher Psychotherapeut:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikation

oder

ein psychologischer Psychotherapeut:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikation

oder

ein Fachpsychotherapeut:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikation

Zusätzlich bei OPS 8-91c
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 von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-975.2 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

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

Namen, Vornamen

Erläuterung (3-jährige Erfahrung)

**Dem Team gehört fachkundiges Pflegepersonal mit mindestens halbjähriger
naturheilkundlicher Erfahrung an:**

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, Qualifikationen

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ökotrophologen/Diätassistenten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Kunsttherapeuten/Musiktherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-977 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Fachärztliche Behandlungsleitung:

Namen, Vornamen, Facharztqualifikation

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-97d Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie:

Namen, Vornamen

Vorhandensein mindestens der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Physikalische Therapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikation

Ergotherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zu den OPS

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

8-981.3 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls:
Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung
von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit(en) _____

Zur Prüfung beantragte OPS:

8-981.2 ☐ Ja ☐ Nein

8-981.3 ☐ Ja ☐ Nein

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

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

Angabe der Einheit(en), auf denen die Leistung erbracht wird

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

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie:

Namen, Vornamen

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

Werktags (tagsüber)

Tagsüber mindestens 12-stündige Anwesenheit eines Arztes auf der Spezialeinheit, der sich ausschließlich um die Patienten der spezialisierten Einheit kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Das heißt, er kann sich in dieser Zeit nur von der Einheit entfernen, um Patienten mit Schlaganfall oder Verdacht auf Schlaganfall zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und/oder weiter zu versorgen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen (mit Angabe der Einheit, sofern Leistung auf mehreren Einheiten erbracht wird)

Werktags (nachts)

Nachts 12-stündige Anwesenheit eines Arztes auf der Spezialeinheit. Es ist zulässig, dass dieser Arzt weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik am Standort versorgt:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen (mit Angabe der Einheit, sofern Leistung auf mehreren Einheiten erbracht wird)

Wochenende und Feiertage

24-stündige Anwesenheit eines Arztes auf der Spezialeinheit. Es ist zulässig, dass dieser Arzt weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik am Standort versorgt:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen (mit Angabe der Einheit, sofern Leistung auf mehreren Einheiten erbracht wird)

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 der Einheit(en):**

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

Zusätzlich bei OPS 8-981.2

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

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung

Zusätzlich bei OPS 8-981.2

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

☐ Ja ☐ Nein

Kooperierendes Krankenhaus, Standortnummer

Zusätzlich bei OPS 8-981.2

Konzept zur Weiterverlegung von Patienten mit Indikation zur Thrombektomie vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Zusätzlich bei OPS 8-981.3

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)

Zusätzlich bei OPS 8-981.3

Rufbereitschaft eines Facharztes für Neurochirurgie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

und

eines Facharztes mit Erfahrung in der interventionellen Neuroradiologie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Zusätzlich bei OPS 8-981.3

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

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Zusätzlich bei OPS 8-981.3

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

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Zusätzlich bei OPS 8-981.3

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 von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-983 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Fachärztliche Behandlungsleitung:

Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

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 von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-984.3 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit Diabetes mellitus

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Fachärztliche Behandlungsleitung:

Facharzt für Innere Medizin mit:

Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie: ☐ Ja ☐ Nein

oder Zusatzbezeichnung Diabetologie: ☐ Ja ☐ Nein

oder „Diabetologe DDG“: ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit:

Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie: ☐ Ja ☐ Nein

oder Zusatzbezeichnung Diabetologie: ☐ Ja ☐ Nein

oder „Diabetologe DDG“: ☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Es werden differenzierte Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien vorgehalten. Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z.B. in Kinderkliniken) ist das Vorhandensein differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, ausreichend:

Erläuterungen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen:

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

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

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

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

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

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

Ärzten:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologischen Psychotherapeuten:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Fachpsychotherapeuten:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Suchttherapeuten:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Sozialpädagogen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Krankenpflegern/-schwestern mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation,
wie z. B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung:

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Beschreibung der Systematik der Supervision des Behandlungsteams:

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-986 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zu den OPS

- 8-987.0** Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
- 8-987.1** Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit
- 8-98g.0** Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit isolationspflichtigen nicht multiresistenten Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
- 8-98g.1** Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit isolationspflichtigen nicht multiresistenten Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Einheit _____

Zur Prüfung beantragte OPS:

- | | | |
|---------|--------------------------|----------------------------|
| 8-987.0 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 8-987.1 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 8-98g.0 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| 8-98g.1 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

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

Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

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

Krankenhaushygieniker:

☐ Ja ☐ Nein

Name, Vorname

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers:

☐ Ja ☐ Nein

Name, Vorname

Krankenhaushygieniker in Kooperation:

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Erläuterung
(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

Es ist ein Hygieneplan vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Zusätzlich bei OPS 8-987.0 und bei 8-98g.0

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

Angabe der Infekt-Isolierstation(en), auf der/denen die Leistung erbracht wird

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 von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden 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

(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

Erläuterung (mindestens 3-jährige Erfahrung)

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

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

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

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Erläuterung (mindestens 3-jährige Erfahrung)

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zu den OPS

- 8-98b.2** Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes
- 8-98b.3** Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____

Zur Prüfung beantragte OPS:

- 8-98b.2 ☐ Ja ☐ Nein
- 8-98b.3 ☐ Ja ☐ Nein

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

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

Angabe der Einheit(en), auf der/denen die Leistung erbracht wird

Beschreibung der spezialisierten Einheit(en)

Fachliche Behandlungsleitung durch:

Facharzt für Neurologie:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Innere Medizin:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Zusätzlich bei OPS 8-98b.2,
wenn Behandlungsleitung ein Facharzt für Innere Medizin ist

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:

☐ Ja ☐ Nein

Eingebundene Fachärzte für Neurologie:

Namen, Vornamen

Erläuterung zur umgehenden Verfügbarkeit

Zusätzlich bei OPS 8-98b.3,
wenn Behandlungsleitung ein Facharzt für Innere Medizin ist

Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin ist in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden:

☐ Ja ☐ Nein

Eingebundene Fachärzte für Neurologie:

Namen, Vornamen

24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen (mit Angabe der Einheit, sofern Leistung auf mehreren Einheiten erbracht wird)

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 der Einheit(en):

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

Zusätzlich bei OPS 8-98b.3

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 ist zu sämtlichen Zeiten verfügbar, 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

Erläuterung

Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter
der Leitung des Netzwerkkoordinators:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Es erfolgt ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training
des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____



Hinweis: Wird die Leistung auf mehreren Stationen erbracht, sind die Strukturdaten für jede Station gesondert auszufüllen. Angaben zu stationsübergreifenden Dienstleistungen/Konsiliardiensten sowie zur stationsübergreifenden Verfügbarkeit diagnostischer Verfahren sind nur einmal pro Standort erforderlich.

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

Fachärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/ Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Pädiatrische/ Kinderchirurgische Intensivmedizin:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Vertretung der Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Pädiatrische/ Kinderchirurgische Intensivmedizin:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Vertretung 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, Qualifikationen

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

☐ Ja ☐ Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht eine examinierte Pflegekraft eingesetzt war. Mindestens diese examinierten Pflegekräfte sind hier zu benennen. Sofern entsprechende Angaben in dem fakultativ anzuwendenden Musterformular zur Dokumentation des eingesetzten Pflegepersonals (s.u.) vorliegen, kann die Angabe an dieser Stelle entfallen.

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.

**Gesundheits- und Kinderkrankenfleger/-innen oder Pflegefachfrauen/
Pflegefachmänner (mit Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“, sofern
keine Fachweiterbildung in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder
Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege vorliegt) mit einer Fachweiter-
bildungsquote in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische
Intensiv- und Anästhesiepflege von 40 %. Sofern die Fachweiterbildung für
die Pflege noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender
Versorgungsangebote übergangsweise für das laufende Jahr eine vergleichbare
5-jährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege ausreichend:**

☐ Ja ☐ Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen, Qualifikationen, Stellenanteile VZÄ)

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner

[illegible]

hat abgeschlossen: Fachweiterkzding (1. WZ) Fachtheoretische Intensivprüfung 2. WZ Fachtheoretische Intensiv- und Anästhesieprüfung

1. *„För att kunna förstå och förstås av andra människor är det viktigt att kunna förstå och förstås av andra människor.“*

hat mindestens 5 Jahre pädagogische Intensivbetreuung und hat keine Fachweiterbildung / pädagogische Intensivpflege

and the corresponding g_0 -derivative (g_0) derivative for sediments and $\text{mineralization}_{g_0}$, which,

ohne 5-jährige pädiatrische Intensivbehandlung

VER = Vorkreditäquivalente (Bereich von 0,00 bis 1,00 möglich)

Die Behandlung erfolgt auf einer für die Behandlung von intensivpflichtigen Kindern und Jugendlichen spezialisierten Einheit:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit

Hinweis: Angaben nur erforderlich, wenn die spezialisierte Einheit noch nicht geprüft wurde.

Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation ist gewährleistet. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz bei Kindern und Jugendlichen innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden:

☐ 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
(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

Kinderkardiologie

Eigene Abteilung: ☐ Ja ☐ Nein

Kooperationspartner: ☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung
(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

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

Eigene Abteilung: ☐ Ja ☐ Nein

Kooperationspartner: ☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung
(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

Neuropädiatrie

Eigene Abteilung: ☐ Ja ☐ Nein

Kooperationspartner: ☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung
(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

Labor und Mikrobiologie

Eigene Abteilung: ☐ Ja ☐ Nein

Kooperationspartner: ☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung
(sofern in Kooperation, auch Angabe der Standort- oder Betriebsstättennummer des Kooperationspartners)

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 von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____

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

Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit mit mindestens 5 Betten:

☐ Ja ☐ Nein

Angabe der Einheit(en), auf denen die Leistung erbracht wird

Beschreibung der Palliativeinheit(en) und Angabe der Bettenanzahl

Beschreibung des multiprofessionellen, spezialisierten Teams:

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:

Namen, Vornamen

Erläuterung der mindestens 6-monatigen Erfahrung

Gewährleistung 24-stündige fachliche Behandlungsleitung mindestens durch Rufbereitschaft:

Erläuterung

Werktägliche Gewährleistung einer mindestens 7-stündigen ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit:

Namen, Vornamen (mit Angabe der Einheit, sofern Leistung auf mehreren Einheiten erbracht wird)

Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden und mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung:

Namen, Vornamen

Erläuterung der mindestens 6-monatigen Erfahrung

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

Behandlungsverfahren

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zu den OPS

8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung
(Basisprozedur)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____



Hinweis: Wird die Leistung auf mehreren Stationen erbracht, sind die Strukturdaten für jede Station gesondert auszufüllen. Angaben zur Verfügbarkeit der Verfahren, zu klinischen Konsiliardiensten und Leistungen der Physiotherapie sind nur einmal pro Standort erforderlich.

Wenn für dieselbe Station sowohl der OPS 8-980 als auch der OPS 8-98f beantragt wird, sind die Strukturdaten für diese Station nur einmal auszufüllen.

Zur Prüfung beantragte OPS:

8-980 ☐ Ja ☐ Nein

8-98f ☐ Ja ☐ Nein

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

Beschreibung der Intensivstation:

Hinweis: Angaben nur erforderlich, wenn die Station noch nicht geprüft wurde.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Zusätzlich bei OPS 8-98f

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

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft:

☐ Ja ☐ Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

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

Ärzte (Namen, Vornamen)

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

Zusätzlich bei OPS 8-98f

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

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Zusätzlich bei OPS 8-98f

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

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung

Nur bei OPS 8-98f

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

Nur bei OPS 8-98f

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

Nur bei OPS 8-98f

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

Kardiologie: ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: ☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: ☐ Ja ☐ Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Gastroenterologie: ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: ☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: ☐ Ja ☐ Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Neurologie: ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: ☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: ☐ Ja ☐ Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Anästhesiologie:

☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:

☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:

☐ Ja ☐ Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Viszeralchirurgie:

☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:

☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:

☐ Ja ☐ Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Unfallchirurgie:

☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:

☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:

☐ Ja ☐ Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Gefäßchirurgie:

☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:

☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:

☐ Ja ☐ Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Neurochirurgie:

☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:

☐ Ja ☐ Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:

☐ Ja ☐ Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Nur bei OPS 8-98f

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

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-98h.0 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team:

Ärzte (Namen, Vornamen)

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

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

Das multiprofessionelle Team ist abteilungsübergreifend tätig und 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:

Erläuterung

Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:

Namen, Vornamen

Erläuterung der mindestens 6-monatigen Erfahrung

Pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:

Namen, Vornamen

Erläuterung der 6-monatigen Erfahrung

Gewährleistung einer 24-stündigen Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt:

Ärzte (Namen, Vornamen)

Erläuterung der 6-monatigen Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung

sowie

Darstellung, dass die aktuellen Probleme der Patienten bekannt sind

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

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____, _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

8-98h.1 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Name des externen Leistungsanbieters:

Sofern der Facharzt mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt, außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit die 24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit die Anwesenheit sicherstellt, nicht dem organisatorisch eigenständigen Palliativteam des externen Leistungserbringers angehört, sondern vom Krankenhaus gestellt wird, in dem die palliativmedizinische Behandlung durchgeführt wird

Ärzte (Namen, Vornamen, Facharztqualifikation)

Erläuterung der 6-monatigen Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung

sowie

Darstellung, dass die aktuellen Probleme der Patienten bekannt sind

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

9-403 Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-
psychosomatische Therapie

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin:

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zu den OPS

- 9-60** Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
- 9-61** Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____



Hinweis: Wird die Leistung in unterschiedlichen Fachabteilungen erbracht, sind die Strukturdaten für jede Fachabteilung gesondert auszufüllen.

Zur Prüfung beantragte OPS:

9-60 ☐ Ja ☐ Nein

9-61 ☐ Ja ☐ Nein

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen, Qualifikationen)

Vertreter folgender Berufsgruppen:

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten
(Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1
Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes
(PsychThG), Fachpsychotherapeut, Diplom-Psychologie oder Master in Psychologie):

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

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, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

9-62 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____



Hinweis: Wird die Leistung in unterschiedlichen Fachabteilungen erbracht, sind die Strukturdaten für jede Fachabteilung gesondert auszufüllen.

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen, Qualifikationen)

Vertreter folgender Berufsgruppen:

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten
(Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1
Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes
(PsychThG), Fachpsychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie):

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

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, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

Vertreter folgender Berufsgruppen:

Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

Namen, Vornamen

Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten
(Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), Fachpsychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie):

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Spezialtherapeuten

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

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, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____



Hinweis: Wird die Leistung in unterschiedlichen Fachabteilungen erbracht, sind die Strukturdaten für jede Fachabteilung gesondert auszufüllen

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung der Station

Hinweis: Angaben nur erforderlich, wenn die somatische Intensivstation und/oder Intermediate Care noch nicht geprüft wurde.

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 am Standort in jeder Schicht eine Pflegefachperson eingesetzt war. Mindestens diese Pflegefachpersonen und deren Qualifikationen sind hier zu benennen.

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

9-643 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Es ist ein Eltern-Kind-Rooming-In vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Bei ausschließlich tagesklinischer Behandlung ist zumindest ein gemeinsamer Ruheraum für Kinder vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein ☐ trifft nicht zu

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

Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner:

☐ 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, Qualifikationen

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

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

durch eine Kooperation mit ambulant tätigen Hebammen/Stillberatern:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Ein Pädiater und/oder Kinder- und Jugendpsychiater ist mindestens konsiliarisch vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

9-647 Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Multidisziplinär zusammengesetztes Behandlungsteam mit mindestens 3 Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Fachpsychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen), davon mindestens 1 Arzt, Psychologischer Psychotherapeut oder Fachpsychotherapeut:

Ärzte:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologische Psychotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Fachpsychotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Suchttherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Sozialpädagogen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Pflegefachpersonen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

sonstige Berufsgruppe:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Mindestens ein Arzt oder Psychologischer Psychotherapeut oder
Fachpsychotherapeut ist im Behandlungsteam:**

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____, _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

9-64a Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie am Standort des Krankenhauses:

☐ Ja ☐ Nein

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

und

Fachabteilung für Psychiatrie am Standort des Krankenhauses:

☐ Ja ☐ Nein

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

oder

Fachabteilung für Psychosomatik am Standort des Krankenhauses:

☐ Ja ☐ Nein

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

**Spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit mit
dualen kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-psychosomatischen/
-psychotherapeutischen Setting:**

☐ Ja ☐ Nein

Benennung und Beschreibung der spezialisierten, räumlich oder organisatorisch abgegrenzten Einheit

Duale Behandlungsleitung:

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 ist ein Eltern-Kind-Rooming-In vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Bei ausschließlich tagesklinischer Behandlung ist zumindest ein gemeinsamer Ruheraum für Kinder vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein ☐ trifft nicht zu

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zu den OPS

- 9-65** Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung
bei psychischen und psychosomatischen Störungen und
Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
- 9-67** Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung
bei psychischen und psychosomatischen Störungen und
Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Zur Prüfung beantragte OPS:

- 9-65 ☐ Ja ☐ Nein
9-67 ☐ Ja ☐ Nein

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie:

☐ Ja ☐ Nein

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

Vertreter folgender Berufsgruppen:

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

Namen, Vornamen

Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche bzw. für Erwachsene, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie):

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Bei OPS 9-65

Mindestens **zwei** Spezialtherapeutengruppen (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden):

☐ Ja ☐ Nein

Bei OPS 9-67

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

☐ Ja ☐ Nein

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder



Hinweis:
Die nebenstehende
Abfrage der
Spezialtherapeuten
gilt sowohl beim
OPS 9-65 als auch
beim OPS 9-67.

Logopäden:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Bewegungstherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Erlebnistherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Kreativtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

9-68 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit:

☐ 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 ist ein Eltern-Kind-Rooming-In vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

Bei ausschließlich tagesklinischer Behandlung ist zumindest ein gemeinsamer Ruheraum für Kinder vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein ☐ trifft nicht zu

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

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

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

Vertreter folgender Berufsgruppen:

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

Namen, Vornamen

Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche bzw. für Erwachsene, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie):

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten):

Ergotherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

oder

Bewegungstherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Erlebnistherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Kreativtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

9-694 Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei
substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

**Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
(bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum
vollendeten 21. Lebensjahr):**

☐ Ja ☐ Nein

Benennung und Beschreibung der Spezialstation

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____, _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Mobiles multiprofessionelles Team:

☐ 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:

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Vorhandensein Vertreter folgender Berufsgruppen:

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

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten
(Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1
Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes
(PsychThG), Fachpsychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung/Erläuterung der Erreichbarkeit

Jederzeitige (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche) ärztliche Eingriffsmöglichkeit:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung/Beschreibung der ärztlichen Eingriffsmöglichkeit

Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung:

☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung/Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____, _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Strukturdaten zum OPS

9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Mobiles multiprofessionelles Team:

☐ Ja ☐ Nein

Beschreibung der Mobilität des Teams

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

Namen, Vornamen

Vorhandensein Vertreter folgender Berufsgruppen:

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

Namen, Vornamen

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

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten
(Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche bzw. für Erwachsene, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie):

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

☐ Ja

☐ Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

☐ Ja

☐ Nein

Beschreibung/Erläuterung der Erreichbarkeit

Jederzeitige (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche) ärztliche Eingriffsmöglichkeit:

☐ Ja

☐ Nein

Erläuterung/Beschreibung der ärztlichen Eingriffsmöglichkeit

Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung:

☐ Ja

☐ Nein

Erläuterung/Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.

Ort, Datum

_____ , _____

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

Speichern

Drucken

Zurücksetzen