

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

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

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





#### Inhaltsverzeichnis

1-221	Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2022)
1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS-Version 2022) 6
1-999.3	Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2022)
5-709.0	Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)
8-01a	Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Version 2022)
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (OPS-Version 2022)
8-644	Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internem Herzschrittmacher, Stimulationssystem zur kardialen Resynchronisationstherapie [CRT] oder implantiertem Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)
8-718.8	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2022)
8-718.9	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2022)
8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022)
8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022)
8-934	Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern (OPS-Version 2022) 45
8-975.2	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS-Version 2022)51
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Version 2022)
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)



8-981.2	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomie und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2022)	
8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2022)	68
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	77
3-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	79
8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (OPS-Version 2022)	81
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] (OPS-Version 2022)	85
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	89
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)	91
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)	95
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Version 2022)	99
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	. 103
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)	. 107
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)	. 113
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)	. 121
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	. 128
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)	. 133
3-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)	. 145
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)	. 149
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst:  Durch einen internen Palliativdienst (OPS-Version 2022)	. 153



8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst:  Durch einen externen Palliativdienst (OPS-Version 2022)	160
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie (OPS-Version 2022)	167
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	169
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	174
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	179
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	184
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	188
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (OPS-Version 2022)	193
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	198
9-64a	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2022)	202
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)	
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störung und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)	
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)	215
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)	220
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	222
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)	227
9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung (OPS-Version 2022)	232



## 1-221

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	_/_
Fachabteilung	



	$\bigcirc$	Ja 🔘 Nei
Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)		
Ärztliche Leitung:		
Name, Vorname		
Die Biektieleris der abieren Amerikan mind bienmis berstätes		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum		
ort, Butum	_,	
Name der Geschäftsführung		
<b>G</b>		
Unterschrift		
unterschrift	_	
Speichern Drucken	Zurücksetzen	



## 1-945

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer//	
Fachabteilung	



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

# Das multiprofessionelle Team besteht aus: Ärzten: Ja ○ Nein Namen, Vornamen Sozialarbeitern: Ja ○ Nein Namen, Vornamen Psychologen: Ja ○ Nein Namen, Vornamen



Fachkräften für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Die Behandlungsleitung liegt bei einem:		
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
wallen, vollallen		
oder		
Facharzt für Kinderchirurgie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
		<u> </u>
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



Die Richtigkeit der obigen A	ngaben wird hiermit bestätig	ıt.	
Ort, Datum		,	
Name der Geschäftsführung			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



## 1-999.3

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Fachabteilung .	



	○ Ja	○ Nein
Beschreibung (u.a. Stationen, Bettenzahl)		
rztliche Leitung:		
Name, Vorname		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
rt, Datum		
rt, Datum		
ort, Datum		
ort, Datum		
rt, Datumame der Geschäftsführung		
rt, Datumame der Geschäftsführung		
ame der Geschäftsführung		
Ort, Datum Lame der Geschäftsführung Lame der Geschäftsführung		
Ort, Datum Lame der Geschäftsführung Lame der Geschäftsführung		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.  Ort, Datum  Name der Geschäftsführung  Unterschrift		



## 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	



des Krankenhauses vorhanden:	○ Ja	○ Nein
Beschreibung (u.a. Stationen, Bettenzahl)		
rztliche Leitung:		
Name, Vorname		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum	,	
lame der Geschäftsführung		
Interschrift		
Speichern Drucken	Zurücksetzen	



## 8-01a

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Fachabteilung .	



	○ Ja	○ Nein
Beschreibung (u.a. Stationen, Bettenzahl)		
Ärztliche Leitung:		
Name, Vorname		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Die Kichtigkeit der Obigen Angaben wird mermit bestätigt.		
Ort, Datum		
,	•	
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift .		
Unterschrift		



## 8-550

# Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	1.	



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

# Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung

Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie liegt vor:	◯ Ja	○ Nein
Art der Bezeichnungen		
Die fachärztliche Behandlungsleitung ist überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig:	◯ Ja	○ Nein
Ärzte (Namen, Vornamen)		
Erläuterung		
Beschreibung der geriatrischen Einheit(en):		
z.B. Anzahl Station(en), Zimmer, Betten		



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

	○ Ja	○ Nein
Name, Vorname		
Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche:		
Physiotherapie/Physikalische Therapie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Ergotherapie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		ì
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		
unterschilit		
Speichern Drucken Zurüc	ksetzen	



# 8-552

# Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Version 2022)

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	1
Standort / Standortnummer L	/
Fachahteilung .	



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

nindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologi rührehabilitation verfügt:	○ Ja	○ Ne
Ärzte (Namen, Vornamen)		
er neurologische oder neurochirurgische Sachv	verstand ist kontinuie	rlich in
las Frührehateam eingebunden:	○ Ja	○ Ne
Ärzte (Namen, Vornamen)		
Aizte (Namen, Vornamen)		
Arzte (Namen, Vornamen)		
Arzee (Namen, Vornamen)		
Arzte (rumen, vonumen)		
Arzee (Namen, Vollamen)		
Arzee (Namen, Vornamen)		
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Ge		
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Ge neurochirurgischen Frührehabilitation für die ak		
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Ge	tivierend-therapeutis	che
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Ge neurochirurgischen Frührehabilitation für die ak		
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Ge Beurochirurgischen Frührehabilitation für die ak	tivierend-therapeutis	che
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Go neurochirurgischen Frührehabilitation für die ak Pflege ist vorhanden:	tivierend-therapeutis	che
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Go neurochirurgischen Frührehabilitation für die ak Pflege ist vorhanden:	tivierend-therapeutis	che
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Go neurochirurgischen Frührehabilitation für die ak Pflege ist vorhanden:	tivierend-therapeutis	che
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Go neurochirurgischen Frührehabilitation für die ak Pflege ist vorhanden:	tivierend-therapeutis	che
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Geneurochirurgischen Frührehabilitation für die ak Pflege ist vorhanden:  Pflegepersonal (Namen, Vornamen)	tivierend-therapeutis	che
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Go neurochirurgischen Frührehabilitation für die ak Pflege ist vorhanden:	tivierend-therapeutis	che
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Ge geurochirurgischen Frührehabilitation für die ak Pflege ist vorhanden: Pflegepersonal (Namen, Vornamen)	tivierend-therapeutis	che



Physikalische Therapie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Ergotherapie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Neuropsychologie:	○ Ja	<b>○</b> Nein
Namen, Vornamen		
Logopädie/fazioorale Therapie:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen  Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum,		
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zurü	cksetzen	



# 8-559

# Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Fachahteilung .		



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

Frührehateam mit Behandlungsleitung durch einen Facharz	t	
für physikalische und rehabilitative Medizin:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt, der mindeste in der Rehabilitationsmedizin tätig ist:	ens 5 Jahre	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt, der 5 Jahre 1 in der physikalischen und rehabilitativen Medizin aufweist	•	○ Noin
Namen, Vornamen	○ Ja	○ Nein
Besonders geschultes Pflegepersonal für die aktivierend-th Pflege ist vorhanden:	erapeutiscl	1e
	◯ 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.		
Out Balance		
Ort, Datum,		
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zi	urücksetzen	



### 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 a	m Standort
des Krankenhauses vorhanden:	

	○ Ja	○ Nein
Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)		
rztliche Leitung:		
Name, Vorname		
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
rt, Datum,,,		
ame der Geschäftsführung 🗀 💮 💮		
ame der Geschäftsführung Landschaftschaftschaftschaftschaftschaftschaftschaftschaftschaftschaftschaftschaftsch		
ame der Geschäftsführung L		
ame der Geschäftsführung		
nterschrift	icksetzen	
nterschrift		



### 8-718.8

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

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Fachahteilung / Finheit	1.	



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

pezialisiert ist:  Beschreibung der spezialisierten Einheit (u.a. Anzahl Behandlungsplätze un	☐ <b>Ja</b>	○ Ne
ie Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt ezeichnung Intensivmedizin:	t mit der Zusatz-	
ie Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt ezeichnung Intensivmedizin:	t mit der Zusatz-	○ Ne
ezeichnung Intensivmedizin:		○ Ne
ie Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt ezeichnung Intensivmedizin: Namen, Vornamen		○ Ne



# Die folgenden Ausstattungen zur Durchführung des Sekretmanagements sind vorhanden:

Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten (oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme):	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		
Mechanischer Insufflator/Exsufflator:	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		
24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit:	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		
Ärzte, die die Bronchoskopie durchführen können:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



	○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen		
Werktägliche Verfügbarkeit von:		
Werktägliche Verfügbarkeit von: .ogopädie mit Dysphagietherapie:	◯ Ja	○ Nei
	○ Ja	○ Nei
ogopädie mit Dysphagietherapie:	○ Ja	○ Nei
ogopädie mit Dysphagietherapie:	○ Ja	○ Nei
ogopädie mit Dysphagietherapie:	○ Ja	○ Nei



		○ Ja	○ Nein
Jamen, Vornamen			
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätig	t.		
N.I. Palam			
Ort, Datum	, L		
Name der Geschäftsführung			
nterschrift			
Speichern Drucken	Zurücks		



### 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 Fachar, bezeichnung Intensivmedizin oder einen Facharzt r Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhn Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Pat Beatmungsentwöhnungs-Einheit:	nit mindestens 3-jä ung auf einer auf d	ie
Namen, Vornamen		
Erläuterung zur mindestens 3-jährigen Erfahrung		



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

Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten (oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme):	○ Ja	○ Nein
Erläuterung	<u> </u>	- Nem
Mechanischer Insufflator/Exsufflator:	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		
24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit:  Erläuterung	○ Ja	○ Nein
Ärzte, die die Bronchoskopie durchführen können:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



	○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen		
Werktägliche Verfügbarkeit von:		
	◯ Ja	○ Nei
Werktägliche Verfügbarkeit von: Logopädie mit Dysphagietherapie:  Namen, Vornamen	○ Ja	○ Nei
Logopädie mit Dysphagietherapie:	○ Ja	0



		○ Ja	○ Nein
amen, Vornamen			
Richtigkeit der obigen A	ngaben wird hiermit bestätigt.		
t, Datum		,	
me der Geschäftsführung			
orschrift .			



### 8-918

# Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		_
Ort		_
Standort / Standortnummer	/	_
Fachabteilung		



Namen, Vornamen	○ Ja	O Nein
Namen, Vornamen		
e Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
e Kichtigkeit der obigen Angaben wird mermit bestätigt.		
rt, Datum		
	·	
ame der Geschäftsführung		
nterschrift		

Anlage 5a: Selbstauskunftsbögen für abrechnungsrelevante OPS-Kodes (OPS-Version 2022) zur Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V (StrOPS-RL)



### 8-91c

# Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022)

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Fachabteilung L	



Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie:			
- p	○ 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 An	gaben wird hiermit bestätig	ıt.	
Ort, Datum		,,	
Name der Geschäftsführung 🗅			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



#### 8-934

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

Krankenhausname
Ort
Standort / Standortnummer/
Fachabteilung



	○ Ja	○ Nein
Beschreibung (u.a. Stationen, Bettenzahl)		
rztliche Leitung:		
Name, Vorname		
die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
	,	
rt, Datum		
Ort, Datum		
rt, Datum		
ame der Geschäftsführung		
rt, Datumame der Geschäftsführung		
Ort, Datum		
ame der Geschäftsführung		
Ort, Datum Lame der Geschäftsführung Lame der Geschäftsführung		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.  Ort, Datum  Jame der Geschäftsführung  Interschrift		



### 8-975.2

Naturheilkundliche und anthroposophischmedizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Ggf. Fachabteilung		



Klinisch-naturheilkundliches Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren mit mindestens 3-jähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren:		
Jaminger Erramang im Eereren der massisenen matarinen.	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Erläuterung (3-jährige Erfahrung)		
Dem Team gehören Ärzte und fachkundiges Pflegepersona halbjähriger naturheilkundlicher Erfahrung an:	l mit mindes	tens
natbjanriger naturnertkundticher Erramung an:	○ Ja	○ Nein
Ärzte (Namen, Vornamen)		
Erläuterung (halbjährige naturheilkundliche Erfahrung)		



Pflegepersonal (Namen, Vornamen)		
Erläuterung (halbjährige naturheilkundliche Erfahrung)		
Dem Team gehören mindestens drei der folgenden B	erufsgruppen an:	
Physiotherapeuten/Krankengymnasten/Masseure/ Medizinische Bademeister/Sportlehrer:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Ergotherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Ergotherapeuten: Namen, Vornamen	○ Ja	○ Nein
Ergotherapeuten: Namen, Vornamen	○ Ja	○ Nein
	○ Ja	○ Nein
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Namen, Vornamen  Psychologen:		



Öletere kelene (D'''territere		O Nata
Ökotrophologen/Diätassistenten:  Namen, Vornamen	○ Ja	○ Nein
Namen, vontainen		
Kunsttherapeuten/Musiktherapeuten:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
		)
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum,		
ort, butum		
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift		
		)
Speichern Drucken Zurü	cksetzen	



#### 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.

achärztliche Behandlungsleitung:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestät	tigt.	
d Delege		
rt, Datum	,	
ame der Geschäftsführung		
nterschrift		



#### 8-97d

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

Krankenhausname
Ort
Standort / Standortnummer/
Fachabteilung



	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
Vorhandensein mindestens der folgenden Therapi	ebereiche:	
Physiotherapie/Physikalische Therapie:	◯ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
Frantheranie:	○ la	○ Noir
Ergotherapie: Namen, Vornamen	○ Ja	○ Neir



Die Richtigkeit der obigen An	gaben wird hiermit bestätigi	i <b>.</b>	
Ort, Datum		,	
Name der Geschäftsführung 🗅			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



### 8-980

# Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Fachahteilung / Station	1.	



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei I namentlich aufzuführen	Personen	
Beschreibung der Intensivstation:		
u.a. Anzahl Behandlungsplätze, Anzahl Beatmungsplätze		
Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit c Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:	der	
zusatzbezeichnung intensivmeutzin:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



	○ Ja	○ Nei
rläuterung		
Árzte (Namen, Vornamen)		
Pflegepersonal (Namen, Vornamen)		
linweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum vingesetzt war. Mindestens diese Pflegefachpersonen sind hier zu be		erson



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

	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Dut. Datum		
Ort, Datum,,		
Name der Geschäftsführung		
Interschrift		
Speichern Drucken Zurückse	etzen	
Speichern Drucken Zurückse	etzen	



#### 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 / Finheit	1.



### 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 a übrigen neurologischen Stationen einschließlich Notaufnahme)	nuch in Bezug	auf die
Nennung der Teammitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams	:	
Namen, Vornamen		



	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
24-stündige ärztliche Anwesenheit eines Facharzt Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt		er eines
Montag bis Freitag (tagsüber)		
Montag bis Freitag (tagsüber)  Tagsüber mindestens 12-stündige Anwesenheit eines Arztes an busschließlich um die Patienten der spezialisierten Einheit kin Aufgaben zu erfüllen hat. Das heißt, er kann sich in dieser Zeitum Patienten mit Schlaganfall oder Verdacht auf Schlaganfall wur übernehmen und Joder weiter zu versorgen:	ümmert und keine zusätz it nur von der Einheit ent	lichen fernen,
Tagsüber mindestens 12-stündige Anwesenheit eines Arztes a nusschließlich um die Patienten der spezialisierten Einheit ki Aufgaben zu erfüllen hat. Das heißt, er kann sich in dieser Ze	ümmert und keine zusätz it nur von der Einheit ent	lichen fernen,



Montag bis Freitag (nachts)		
Nachts steht der Arzt der Spezialeinheit 12 Stunden lang jederzeit für die P spezialisierten Einheit zur Verfügung. Weitere neurologische Patienten, die Zeit versorgt, befinden sich in räumlicher Nähe zur spezialisierten Einheit, für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht:	er währen	d dieser
Tal ale sellagamatipatienten der speziateinneit zur Verlagung steitt	○ Ja	○ Nein
Wochenende und Feiertage		
Der Arzt der Spezialeinheit steht 24 Stunden lang jederzeit für die Patiente Einheit zur Verfügung. Weitere neurologische Patienten, die er während die befinden sich in räumlicher Nähe zur spezialisierten Einheit, sodass er jede Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht:	ser Zeit ve	rsorgt,
	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		



		arterielle
◯ Ja	○ Nein	
○ Ja	○ Nein	
○ Ja	○ Nein	
	<b>?s:</b>	○ Nein
nirnversorg		∷ ○ Nein
	r Rekanalis	◯ Ja ◯ Nein



Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlich folgender Parameter an allen Bettplätzen:	en Erfassu	ngsmöglichke	it
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 Feiertage	n):	○ Ja	○ Nein
Ergotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen)	:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen			
Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):		◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen			

.....



	○ Ja	○ Nein
eschreibung (u.a. Stationen, Bettenanzahl)		
s besteht eine Kooperationsvereinbarung mit einer : er Möglichkeit zur Durchführung von Thromhektomi	Schlaganfalleinhe en und intrakrani	it mit ellen
er Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomi	en und intrakrani	ellen
r Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomi	Schlaganfalleinhe en und intrakrani	oit mit ellen O Nein
r Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomi ngriffen:	en und intrakrani	ellen
r Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomi ngriffen:	en und intrakrani	ellen
er Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomi ngriffen:	en und intrakrani	ellen
er Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomi ngriffen:	en und intrakrani	ellen
s besteht eine Kooperationsvereinbarung mit einer ser Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomi ingriffen:  Kooperationspartner	en und intrakrani	ellen



	○ Ja	○ Nein
Conzeptbeschreibung		
Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
t, Datum,		
, Datum,		
me der Geschäftsführung		
· ·		
erschrift		
erschrift		
erschrift		
terschrift		
nterschrift		
terschrift		
	cksetzen	



#### 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	1.



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)  ie Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie:		◯ Ja	○ Nein
e Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie:		ne Lage auch in Bezug	auf die
e Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie:			
ie Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie:			
	ennung der Teammitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams (Nam	en, Vornamen)	
$\cap$ la $\cap$	e Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für		
Namen, Vornamen		◯ Ja	○ Nein



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

#### Montag bis Freitag (tagsüber)

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

	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		
		J

#### **Montag bis Freitag (nachts)**

Nachts steht der Arzt der Spezialeinheit 12 Stunden lang jederzeit für die Patienten der spezialisierten Einheit zur Verfügung. Weitere neurologische Patienten, die er während dieser Zeit versorgt, befinden sich in räumlicher Nähe zur spezialisierten Einheit, sodass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht:

 $\bigcirc$  la

○ Nein

	O 14	<u> </u>
Erläuterung		



Woch	enende	und F	eiertage
------	--------	-------	----------

		○ Ja	○ Nei
Erläuterung			
24-stündige Verfügbarkeit der zerebralen Ang Subtraktionsangiographie, CT-Angiographie o			arteriell
Digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie:	◯ Ja	○ Nein	
	◯ Ja	○ Nein	
CI-Angiographie:		○ Nein	
	○ Ja	<u> </u>	
CT-Angiographie:  MR-Angiographie:  Erläuterung	○ Ja		
MR-Angiographie:	○ Ja		
MR-Angiographie:	ır Rekanalis	ation durch	



24-stündige Verfügbarkeit der Mö Untersuchung der extra- und intra			:
		○ Ja	○ Nein
Erläuterung			
Vorhandensein einer zentralen, k folgender Parameter an allen Bet		ungsmöglichke	it
Blutdruck:	◯ Ja	○ Nein	
Herzfrequenz:	◯ Ja	○ Nein	
3-Kanal-EKG:	○ Ja	○ Nein	
Atmung:	○ Ja	○ Nein	
Sauerstoffsättigung:	○ Ja	○ Nein	



Physiotherapie (auch an Wochenenden und Feiertagen):	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
rgotherapie (auch an Wochenenden und Feiertagen):	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
Namen, Vornamen  Logopädie (auch an Wochenenden und Feiertagen):	◯ Ja	○ Nei



Es s	ind die	folgenden	<b>Fachabteilu</b>	ngen am	Standort
der	Schlaga	anfalleinhe	it vorhande	n:	

Neurologie:	○ Ja	○ Nein
Beschreibung (u.a. ärztliche Leitung, Stationen, Bettenanzahl)		
Innere Medizin:	◯ Ja	○ Nein
Beschreibung (u. a. ärztliche Leitung, Stationen, Bettenanzahl)		O Nem
beschierbung (d. a. arztitche Lentung, Stationen, Betterianzant)		
	.• .	
Es besteht Rufbereitschaft eines Facharztes für Neurochirurg	Ja (	○ Nein
Namen, Vornamen		
und		
eines Facharztes mit Erfahrung in der interventionellen Neui	roradiolog	ie:
	◯ Ja	○ Nein
Namon Vornamon	<u> </u>	O Nem
Namen, Vornamen		



tandort der Schlaganfalleinheit:	○ Ja	○ Nei
Erläuterung		
arch Thrombolyse und interventionelle		
rch Thrombolyse und interventionelle		rt der
rch Thrombolyse und interventionelle hlaganfalleinheit:	er Thrombektomien am Stando	rt der
rch Thrombolyse und interventionelle hlaganfalleinheit:	er Thrombektomien am Stando	rt der
urch Thrombolyse und interventionelle chlaganfalleinheit:	er Thrombektomien am Stando	rt der
s besteht eine 24-stündige Verfügbarke urch Thrombolyse und interventionelle chlaganfalleinheit:	er Thrombektomien am Stando	rt de
nrombolyse und interventionelle nfalleinheit:	er Thrombektomien am Stando	



#### Vorhandensein von mindestens zwei Fachärzten:

achärzte für Radiologie mit Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
der		
achärzte für Radiologie mit Kenntnissen der interventionellen euroradiologie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
rt Datum		
rt, Datum,		
ame der Geschäftsführung		
nterschrift		
mersen it		



### 8-982

## Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Gof Fachahteilung		



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Pernamentlich aufzuführen.	sonen	
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 🗀		
Interschrift		

.....

Zurücksetzen

Drucken

Speichern



### 8-983

# Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Gof Fachahteilung	



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Fachärztliche Behandlu	ngsleitung:		
Facharzt für Innere Medizin ı	mit dem Schwerpunkt Rheumatologie:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen			
oder			
Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Rheumatolog	Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnun ie:	g	○ Nein
Namen, Vornamen			
oder			
Facharzt für Orthopädie mit	dem Schwerpunkt Rheumatologie:	∫ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen	<del>-</del>		
Die Richtigkeit der obigen A	ngaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum			
ort, Datum	, L		
Name der Geschäftsführung			
Unterschrift			
Speichern	Drucken Zur	ücksetzen	
Spelenem	Zui	WENDELLE II	



### 8-984

## Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (OPS-Version 2022)

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	
Standort / Standorthummer	_/
Gof Fachahteilung	



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

#### Multimodales Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung:

ennung der Teammitglieder:		
men, Vornamen		
h San Ulaha Bahara II aran la San a		
härztliche Behandlungsleitung:		
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie		
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder	○ la	○ Ne
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder "Diabetologe DDG":	○ Ja	○ Ne
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder	○ Ja	○ Nei
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder "Diabetologe DDG":	○ Ja	○ Nei
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder "Diabetologe DDG":	○ Ja	○ Nei
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder "Diabetologe DDG":	○ Ja	○ Nei
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder "Diabetologe DDG":  Namen, Vornamen  oder	○ Ja	○ Nei
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder "Diabetologe DDG":  Namen, Vornamen	○ Ja	○ Ne
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder "Diabetologe DDG":  Namen, Vornamen  oder  Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt	○ Ja	○ Ne
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder "Diabetologe DDG":  Namen, Vornamen  oder  Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung		
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder "Diabetologe DDG":  Namen, Vornamen  oder  Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder "Diabetologe DDG":		



			○ Ja	○ Neir
läuterungen				
i dayallaininan Baban	- dl		ishaa (s. <b>p. i</b> s k	Constant
i der alleinigen Behar niken) werden differe tienten mit Diabetes i	nzierte Behandl	ungsprogramme		
tienten mit Diabetes i	methtus Typ 1, v	orgenatien:	○ Ja	○ Neir
läuterung				



Die Richtigkeit der obigen An	gahan wird hiarmit hastätigt		
Die Kichtigkeit der obigen An	gaben wird mermit bestatigt.		
Ort, Datum		, .	
Name der Geschäftsführung $\_$			
Unterschrift			
unterstimmt			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



### 8-985

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Ggf Fachahteilung	



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

### Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie: ○ Nein O Ja Namen, Vornamen oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie: O Ja ○ Nein Namen, Vornamen oder Facharzt für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung: O 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): O 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		
		J



Ergotherapeuten:	○ Ja	<b>○</b> Nein
Namen, Vornamen		O nem
Kinderkrankenpflegern/-schwestern mit suchtmedizinischer Zusatzqua wie z.B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung:	alifikation,	○ Nein
Namen, Vornamen		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum,		
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift		
		)
Speichern Drucken Zui	rücksetzen	



### 8-986

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

Krankenhausname	
Ort .	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Ggf. Fachabteilung	



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen

der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie:		○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen			
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätig	t.		
Ort, Datum	,		
Name der Geschäftsführung			
· ·			
Interschrift			
Speichern Drucken		csetzen	



### 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:

	O Ja	O Nem
Namen, Vornamen		



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

Krankenhaushygieniker:	○ Ja	○ Nein
Name, Vorname		
und/oder		
Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
		<b>O</b>
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:	○ I=	O Nata
	◯ Ja	○ Nein
Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten:		
	◯ Ja	○ Nein
Benennung und Beschreibung der speziellen Isoliereinheit		
Die Richtigkeit der ohigen Angahen wird hiermit hestätigt		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.  Ort, Datum		
Ort, Datum,		
Ort, Datum,		
Ort, Datum,,		
Ort, Datum,		
Ort, Datum,,		



### 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	O Nein
Namen, Vornamen		



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

Krankenhaushygieniker:	○ Ja	○ Nein
Name, Vorname		
und/oder		
Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
		<b>O</b>
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		
Name der deschattsfuhlung		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zur	ücksetzen	



### 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 ı Handchirurgie:	mit der Zusatzbezeichnur	ng
ianucimurgie.	$\bigcirc$ J	a
Namen, Vornamen		
der		
lurch einen Facharzt für Physikalische und lestens 3-jähriger Erfahrung in der Behand tellungen in Kooperation mit einem Facha	dlung handchirurgischer	Problem-
landchirurgie:	O J	a
Namen, Vornamen		
Erläuterung (mindestens 3-jährige Erfahrung)		



	○ Ja	○ Nein
amen, Vornamen		
tung der physiotherapeutischen und/oder	ergotherapeutischen Beh	andlung
ch mindestens einen Physiotherapeuten u stens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlu	nd/oder Ergotherapeuten	mit min-
stens 3-janniger Erramung in der benandte		
	○ Ja	○ Nein
men, Vornamen		
amen, Vornamen		
imen, Vornamen		
men, Vornamen		
äuterung (mindestens 3-jährige Erfahrung)		



Die Richtigkeit der obigen A	ngaben wird hiermit bestätig	ıt.	
Ort, Datum		,	
Name der Geschäftsführung			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



### 8-98a

# Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	I	



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

### Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung

○ Ja	○ Nein
it eine on im Ur ige Erfah	
◯ Ja	○ Nein
	at eine on im Ui ige Erfah



Physiotherapie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
hysikalische Therapie:	○ Ja	○ Nein
lamen, Vornamen		
rgotherapie:	○ 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		



### 8-98b.2

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

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Fachabteilung / Einheit	1,	



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:

	$\bigcirc$ J	a 🔾 Nein
Beschreibung der spezialisierten Einheit (z.B. Bezeichnung, Bettenzah	1)	
Mitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams:		
Namen, Vornamen		



Fachliche Behandlungsleitung durch:		
Facharzt für Neurologie:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Facharzt für Innere Medizin:	○ Ja	○ Nein
Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Inner im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich		
	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		



	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Erläuterung		
4-stündige ärztliche Anwesenheit (auch al	s Bereitschaftsdienst):	
4-stündige ärztliche Anwesenheit (auch al	s Bereitschaftsdienst):	○ Nein
		○ Nein
		○ Nein
4-stündige ärztliche Anwesenheit (auch al Erläuterung		○ Nein
		○ Nein
		○ Nein



		-Angiographie	•
CT-Angiographie:	○ Ja	○ Nein	
MR-Angiographie:	○ Ja	○ Nein	
Erläuterung			
24-stündige Verfügbarkeit der Möglintravenöse Thrombolyse am Stando		!S:	
Erläuterung		○ Ja	○ Nein
Verfügbarkeit (auch an Wochenende zur neurosonologischen Untersuchu hirnversorgenden Gefäße:			ceit Nein
		ngsmöglichke	it
Vorhandensein einer zentralen, kont folgender Parameter an allen Bettpl		ngsmöglichke ○ Nein	it
Vorhandensein einer zentralen, kont folgender Parameter an allen Bettpl Blutdruck:	ätzen:		it
Vorhandensein einer zentralen, kont folgender Parameter an allen Bettpl Blutdruck: Herzfrequenz:	ätzen:	○ Nein	it
Vorhandensein einer zentralen, kont folgender Parameter an allen Bettpl Blutdruck: Herzfrequenz: 3-Kanal-EKG:	ätzen:	<ul><li>○ Nein</li><li>○ Nein</li></ul>	it



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,		
ort, batum,		
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zu	rücksetzen	



#### 8-98b.3

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Fachabteilung / Einheit	1



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

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

	○ Ja	○ Nein
Beschreibung der spezialisierten Einheit (z.B. Bezeichnung, Bettenzahl)		
Mitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams:		
Namen, Vornamen		



		O No.
Facharzt für Neurologie:	◯ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
oder		
Facharzt für Innere Medizin:	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
Bei Behandlungsleitung durch einen Facha	arzt für Innere Medizin ist	
	kontinuierlich eingebunden:	
	kontinuierlich eingebunden:	○ Neir
		○ Neir
im Team der neurologische Sachverstand I		○ Nein
im Team der neurologische Sachverstand I		○ Neir
im Team der neurologische Sachverstand I		○ Neir
im Team der neurologische Sachverstand I		○ Neir



		○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen			
Erläuterung			
4-stündige ärztliche Anwesenh	eit (auch als Bereitschaf	tsdienst):	
	eit (auch als Bereitschaf	<b>dsdienst):</b> ○ Ja	○ Nein
	eit (auch als Bereitschaf		○ Nein
	eit (auch als Bereitschaf		○ Nein
	eit (auch als Bereitschaf		○ Nein
24-stündige ärztliche Anwesenho	eit (auch als Bereitschaf		○ Nein
Erläuterung		○ Ja	<del>-</del>
24-stündige ärztliche Anwesenhoren von der Erläuterung  24-stündige Verfügbarkeit der Car-Angiographie:		○ Ja	<del>-</del>
Erläuterung  24-stündige Verfügbarkeit der C	T-Angiographie oder MR	○ Ja	
Erläuterung  24-stündige Verfügbarkeit der C  T-Angiographie:  MR-Angiographie:	T-Angiographie oder MR ○ Ja	Ja -Angiographi Nein	<del>-</del>
Erläuterung  24-stündige Verfügbarkeit der C	T-Angiographie oder MR ○ Ja	Ja -Angiographi Nein	<del>-</del>
Erläuterung  24-stündige Verfügbarkeit der C  CT-Angiographie:  MR-Angiographie:	T-Angiographie oder MR ○ Ja	Ja -Angiographi Nein	<del>-</del>



24-stündige Verfügbarkeit der Mintravenöse Thrombolyse am Sta			
mitavenose infombotyse am sta	andort des Krankennaus	◯ Ja	○ Nein
Erläuterung			
Verfügbarkeit (auch an Wochene	enden und an Feiertager	n) der Möglichk	eit
zur neurosonologischen Untersu			
hirnversorgenden Gefäße:		○ Ja	○ Nein
Erläuterung			
Vorhandensein einer zentralen, folgender Parameter an allen Be		ungsmoglichke	it
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		O Nain
Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):  Namen, Vornamen	○ Ja	○ Nein
Es besteht Zugang zu einem Telekonsildienst einer neurolo im Rahmen eines regionalen Netzwerkes:	gischen Str	oke-Unit
Name des Telekonsildienstes und der dazugehörigen regionalen Stroke-Unit		



l-jähriger Tätigkeit auf e	iner
○ Ja	○ Nei
	rd (mindestens 4-jährige 1-jähriger Tätigkeit auf e



### Für die Schlaganfallbehandlung in dem telekonsiliarisch betreuten Krankenhaus sind folgende Kriterien erfüllt:

Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzte, Pfleger und Therapeuten:	○ Ja	○ Nein	
Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators:	○ Ja	○ Nein	
Es erfolgt ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr:	○ Ja	○ Nein	
Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität:	○ Ja	○ Nein	
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt	•		
Ort, Datum			
Name der Geschäftsführung			
Unterschrift .			
Speichern Drucken	Z	urücksetzen	



### 8-98d

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

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer		
Fachabteilung / Station	1,	



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

Die fachärztliche Behandlungsleitung wird durch einen Fa und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeic Kinderchirurgische Intensivmedizin wahrgenommen:	hnung Pädia	trische/
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Die Vertretung der Behandlungsleitung erfolgt durch eine		
und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeic Kinderchirurgische Intensivmedizin oder durch einen Facharzt für Anästhesie mit der Zusatzbezeic medizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung in der intens	hnung Intens	siv-
und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeic Kinderchirurgische Intensivmedizin oder	hnung Intens	siv-
und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeic Kinderchirurgische Intensivmedizin oder durch einen Facharzt für Anästhesie mit der Zusatzbezeic medizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung in der intens	hnung Intensivmedizinisc	siv- hen



ereitschaft vorgehalten:	○ Ja	○ Nei
Pflegepersonal (Namen, Vornamen)		
Ärzte (Namen, Vornamen)		
nter den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern/	/-innen besteht ei	ne Fach-
reiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intens	sivpflege von 40 %	oder für
Inter den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern/ veiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intens as laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbar er pädiatrischen Intensivpflege:	sivpflege von 40% e fünfjährige Erfa	oder für hrung in
reiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intens as laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbar er pädiatrischen Intensivpflege:	sivpflege von 40 %	oder für
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensas laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbar er pädiatrischen Intensivpflege:  Erläuterung (Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen insgesamt, darufachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, Mita	sivpflege von 40 % re fünfjährige Erfa	oder für hrung in  Nein
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensas laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbar er pädiatrischen Intensivpflege:  Erläuterung Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen insgesamt, darufachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, Mita	sivpflege von 40 % re fünfjährige Erfa	oder für hrung in  Nei
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensas laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbar er pädiatrischen Intensivpflege:  Erläuterung Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen insgesamt, darufachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, Mita	sivpflege von 40 % re fünfjährige Erfa	oder für hrung in  Nei
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensas laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbar er pädiatrischen Intensivpflege:  Erläuterung Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen insgesamt, darufachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, Mita	sivpflege von 40 % re fünfjährige Erfa	oder für hrung in  Nei
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensas laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbar er pädiatrischen Intensivpflege:  Erläuterung (Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen insgesamt, darufachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, Mita	sivpflege von 40 % re fünfjährige Erfa	oder für hrung in  Nei
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensas laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbar er pädiatrischen Intensivpflege:  Erläuterung Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen insgesamt, darufachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, Mita	sivpflege von 40 % re fünfjährige Erfa	oder für hrung in  Nei
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intens as laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbar	sivpflege von 40 % re fünfjährige Erfa	oder für hrung in  Nei



	◯ Ja
eschreibung der spezialisierten Einheit (u.a. Anz	zahl Behandlungsplätze, Anzahl Beatmungsplätze)
ne ständige ärztliche Anwesenhe	it auf der Intensivstation ist gewährleistet:
ne ständige ärztliche Anwesenhe	it auf der Intensivstation ist gewährleistet:
	it auf der Intensivstation ist gewährleistet:
ne ständige ärztliche Anwesenhe	



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 Magno in der Beurteilung von kinderradiologischen Frageste		ographie und Erfahrung
Eigene Abteilung:	◯ Ja	○ Nein
Kooperationspartner:	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		



Eigene Abteilung: Kooperationspartner:	○ Ja	○ Nein	
Kooperationspartner:			
	○ Ja	○ Nein	
Erläuterung			
Labor und Mikrobiologie			
Eigene Abteilung:	◯ Ja	<b>○</b> Nein	
Kooperationspartner:	○ Ja	○ Nein	
24-Stunden-Verfügbarkeit von röntgenologisc	:her Diagno	stik:	
Erläuterung		∫ Ja	○ Nein
24-Stunden-Verfügbarkeit von sonographisch	er Diagnost	:ik: ○ Ja	○ Nein
Erläuterung			



24-Stunden-Verfügbarkeit von bettseitiger Routinelabordiagnostik (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat):			
Erläuterung		○ Ja	○ Nein
Die folgenden Verfahren stehen 24 Stund des Krankenhauses zur Verfügung:	en am Standort		
Apparative Beatmung:	○ Ja	○ Nein	
Nicht invasives und invasives Monitoring:	○ Ja	○ Nein	
Erläuterung			
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit b	oestätigt.		
0.1. P. 1			
Ort, Datum	,		
Name der Geschäftsführung			
Unterschrift			
unterschilit			
Speichern Drucken	Zu	rücksetzen	



#### 8-98e

## Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Fachahteilung / Finheit	1.	



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

	•	. 5
Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit mit m	indestens 5	Betten:  Nein
Beschreibung der Palliativeinheit und Angabe der Bettenanzahl		
Behandlung durch ein multiprofessionelles, auf die besond komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team:	ers aufwen	dige und
Multiprofessionelles, spezialisiertes Team:  Namen, Vornamen		



Ier spezialisierten Palliativversorgung:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Erfahrung (Name der Station oder Einrichtung)		
ewährleistung einer 24-stündigen fachlichen	Behandlungsleitung mi	ndestens
lurch Rufbereitschaft:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Werktags (Montag bis Freitag) ist eine mindesi Anwesenheit auf der Palliativeinheit gewährle	istet:	
		Nein



ndestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten lliativversorgung:	palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden		
Iliativversorgung:  Ja Nei  Bamen, Vornamen  fahrung (Name der Einrichtung)  rfügbarkeit von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen handlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, S. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur mptomkontrolle:	und		
☐ Ja ☐ Nei    Samen, Vornamen	nindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrich Palliativversorgung:	ntung der spezialisie	rten
rfügbarkeit von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen handlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, 3. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur mptomkontrolle:	5 5	○ Ja	○ Nein
rfügbarkeit von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen handlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, 3. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur mptomkontrolle:	amen, Vornamen		
rfügbarkeit von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen handlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, 3. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur mptomkontrolle:			
rfügbarkeit von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen handlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, 3. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur mptomkontrolle:			
rfügbarkeit von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen handlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, 3. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur mptomkontrolle:			
handlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, 3. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur mptomkontrolle:  Output  Dia Output  Nei	Erfahrung (Name der Einrichtung)		
handlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, 3. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur mptomkontrolle:  Output  Dia Output  Nei			
handlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, 3. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur mptomkontrolle:  Output  Dia Output  Nei			
handlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, 3. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur mptomkontrolle:  — Ja — Nei			
○ Ja ○ Nei		iativmedizinischen	
ehandlungsverfahren	Sehandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kor .B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche		en zur
	ehandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kor	parenterale Therapio	en zur
	handlungsverfahren mit der Möglichkeit der kor 3. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche mptomkontrolle:	parenterale Therapio	
	ehandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kor B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche	parenterale Therapio	



Die Richtigkeit der obigen A	ngaben wird hiermit bestätig	ıt.	
Ort, Datum		,	
Name der Geschäftsführung			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



#### 8-98f

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

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer		
Fachabteilung / Station	1,	



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

u.a. Anzahl Behandlungsplätze, Anzahl Beatmungsplätze		
Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit	der	
usatzbezeichnung Intensivmedizin:	○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen		
Namen, vornamen		
ie Behandlungsleitung übt den überwiegenden Teil ihre uf der Intensivstation aus:	er ärztlichen T	ätigkeit
ui der intensivstation aus:	○ Ja	○ Nei
Erläuterung		
Litatierung		



ehandlungsbereitschaft vorgehalten:	○ Ja	○ Nein
flegepersonal (Namen, Vornamen) linweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht ein ingesetzt war. Mindestens diese examinierten Pflegekräfte sind hier zu benennen.	e examinierte	Pflegekraft



Ärzte (Namen, Vornamen) Hinweis: Für den ärztlichen Bereich ist darzulegen, dass im I Mindestens diese Ärzte sind hier zu benennen.	Prüfzeitraum in jeder Schicht ein Arzt eing	gesetzt war.
tung oder ein anderer Facharzt mit der uss werktags (Montag bis Freitag) zwisc	Zusatzbezeichnung Intensivi hen 6 und 22 Uhr mindesten nd sein:	medizin) IS
tung oder ein anderer Facharzt mit der uss werktags (Montag bis Freitag) zwisc Stunden auf der Intensivstation anwese	Zusatzbezeichnung Intensivi hen 6 und 22 Uhr mindesten	medizin) IS
tung oder ein anderer Facharzt mit der Iss werktags (Montag bis Freitag) zwisc Stunden auf der Intensivstation anwese	Zusatzbezeichnung Intensivi hen 6 und 22 Uhr mindesten nd sein:	medizin) IS
tung oder ein anderer Facharzt mit der Iss werktags (Montag bis Freitag) zwisc Stunden auf der Intensivstation anwese	Zusatzbezeichnung Intensivi hen 6 und 22 Uhr mindesten nd sein:	medizin) IS
tung oder ein anderer Facharzt mit der Iss werktags (Montag bis Freitag) zwisc Stunden auf der Intensivstation anwese	Zusatzbezeichnung Intensivi hen 6 und 22 Uhr mindesten nd sein:	medizin) IS
tung oder ein anderer Facharzt mit der uss werktags (Montag bis Freitag) zwisc Stunden auf der Intensivstation anwese	Zusatzbezeichnung Intensivi hen 6 und 22 Uhr mindesten nd sein:	medizin)
n Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Ir itung oder ein anderer Facharzt mit der uss werktags (Montag bis Freitag) zwisc Stunden auf der Intensivstation anwese amen, Vornamen	Zusatzbezeichnung Intensivi hen 6 und 22 Uhr mindesten nd sein:	medizin) IS



Erläuterung	○ Ja	○ Nei
	rit auf der Intensivstation ist gewähr tion kann nur zu einem kurzfristigen	
as heißt, der Arzt der Intensivstat	eit auf der Intensivstation ist gewähr tion kann nur zu einem kurzfristigen ses (z.B. Reanimation) hinzugezoger	Notfall-
as heißt, der Arzt der Intensivstat	tion kann nur zu einem kurzfristigen	Notfall-
as heißt, der Arzt der Intensivstat	tion kann nur zu einem kurzfristigen ses (z.B. Reanimation) hinzugezoger	Notfall- n werder
as heißt, der Arzt der Intensivstat nsatz innerhalb des Krankenhaus	tion kann nur zu einem kurzfristigen ses (z.B. Reanimation) hinzugezoger	Notfall- n werder
as heißt, der Arzt der Intensivstat nsatz innerhalb des Krankenhaus	tion kann nur zu einem kurzfristigen ses (z.B. Reanimation) hinzugezoger	Notfall- n werder
as heißt, der Arzt der Intensivstat nsatz innerhalb des Krankenhaus	tion kann nur zu einem kurzfristigen ses (z.B. Reanimation) hinzugezoger	Notfall- n werder



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

arative Beatmung:	○ Ja	○ Nein
tinvasives und invasives Monitoring:	○ Ja	○ Nein
inuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren		
Kontinuierliche Nierenersatzverfahren:	○ Ja	○ Neir
Erläuterung		
Intermittierende Nierenersatzverfahren:	○ Ja	○ Neir
Erläuterung		
oskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems		
Endoskopie des Gastrointestinaltraktes:	○ Ja	○ Nei
Erläuterung		
Endoskopie des Tracheobronchialsystems:	○ Ja	○ Neir
Erläuterung		



Intrakranielle Druckmessung:	○ Ja	○ Nei
Erläuterung		
Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe:	○ Ja	○ Nei
Erläuterung		
isophageale Echokardiographie:	○ Ja	○ Ne
	ahren am Stando	ort
(rankenhauses:	ahren am Stando	ort
tündige Verfügbarkeit von 3 der folgenden 4 Verf Krankenhauses: logische Diagnostik mittels CT und MRT Radiologische Diagnostik mittels CT:	ahren am Stando	ort
(rankenhauses: logische Diagnostik mittels CT und MRT		
Crankenhauses:  logische Diagnostik mittels CT und MRT  Radiologische Diagnostik mittels CT:		
Crankenhauses:  logische Diagnostik mittels CT und MRT  Radiologische Diagnostik mittels CT:		



ventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA:	○ Ja	○ Nein
terung		
ventionelle (Neuro)Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapio overletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen	e von Gefäß- un	d
Interventionelle Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen:	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		
Interventionelle Neuro-Radiologie mit akuter endovaskulärer Th von zerebralen Gefäßverschlüssen:	nerapie	○ Nein
		○ Nein
von zerebralen Gefäßverschlüssen:		○ Nein
von zerebralen Gefäßverschlüssen:		○ Nein
von zerebralen Gefäßverschlüssen:  Erläuterung		○ Nein
von zerebralen Gefäßverschlüssen:		○ Nein



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

Kard	iologie:	○ Ja	○ Nein
	wenn ja, krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
	oder aus benachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein
	Name des kooperierenden Krankenhauses		
Gasti	roenterologie:	○ Ja	○ Nein
	wenn ja, krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
	oder aus benachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein
	Name des kooperierenden Krankenhauses		
Neur	ologie:	∫ Ja	○ Nein
	wenn ja, krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
	oder aus benachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein
	Name des kooperierenden Krankenhauses		



nästhesiologie:	○ Ja	○ Nein
wenn ja, krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
oder aus benachbartem Krankenhaus:	◯ Ja	○ Nein
Name des kooperierenden Krankenhauses		
szeralchirurgie:	○ Ja	○ Nein
wenn ja, krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
oder aus benachbartem Krankenhaus:	◯ Ja	○ Nein
Name des kooperierenden Krankenhauses		
nfallchirurgie:		○ Nein
wenn ja, krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
oder aus benachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein



ßchirurgie:	○ Ja	○ Nein
wenn ja, krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
oder aus benachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein
Name des kooperierenden Krankenhauses		
urochirurgie:	○ Ja	○ Nein
wenn ja, krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
oder aus benachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein
Name des kooperierenden Krankenhauses		
gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistung r Physiotherapie:		○ Nein
r Physiotherapie:	g <b>en</b>	○ Nein
gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistung r Physiotherapie:		○ Nein
r Physiotherapie:		○ Nein
r Physiotherapie:		○ Nein
r Physiotherapie:		○ Nein



Die Richtigkeit der obigen A	Angaben wird hiermit bestätig	gt.	
Ort, Datum		, L	
Name der Geschäftsführung			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



# 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	1.



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

#### Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

	∪ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
		)



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

Krankenhaushygieniker:	○ Ja	○ Nein
Name, Vorname		
und/oder		
Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Krankenhaushygieniker in Kooperation?	○ Ja	○ Nein
Falls ja, Erläuterung		



Es ist ein Hygieneplan vorhanden:	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		
Die Behandlung erfolgt auf einer speziellen Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation):		
(eigenstandige intekt-isotierstation).	○ Ja	○ Nein
Die Isoliereinheit ist räumlich und organisatorisch von den		
restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses abgetrennt:	○ Ja	○ Nein
ladas 7immar ist ühar aina aigana Schlausa zu hatratan.	<b>O</b> 74	<b>O</b> 115111
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		
Name der deschattsfumung		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zurücks	setzen	
Special Statement Statemen	retize II	



# 8-98g.1

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummor	1.	



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

#### Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



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

Krankenhaushygieniker:	○ Ja	○ Nein
Name, Vorname		
und/oder		
Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Krankenhaushygieniker in Kooperation?	○ Ja	○ Nein
Falls ja, Erläuterung		



Es ist ein Hygieneplan vorhanden:		
	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum	,	
Name der Geschäftsführung		
Name der Geschaftstumung		
Unterschrift		
Speichern Drucken Z	urücksetzen	



### 8-98h.0

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

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	



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

s ist ein multiprofessionelles und auf die komplexe Palli pezialisiertes Team (Palliativdienst) vorhanden:		
	○ Ja	O Neir
Ärzte (Namen, Vornamen)		
Pflegepersonal (Namen, Vornamen)		
Mindestens ein Vertreter eines weiteren Bereiches (Sozialarbeit/Sozialpädagogik, F Physiotherapie, Ergotherapie) Namen, Vornamen, Professionen	Psychologie/Psycho	therapie,
Namen, vornamen, Professionen		



Der Palliativdienst bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten n einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden	Das multiprofessionelle Team ist abteilungsübergreifend tätig:	○ Ja	○ Nein
Der Palliativdienst bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:	Das multiprofessionelle Team ist organisatorisch eigenständig:	◯ Ja	○ Nein
in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:  Ja Ne	Erläuterung		
n einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:  Ja  Ne			
n einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:  ☐ Ja ☐ Ne			
n einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:  ☐ Ja ☐ Ne			
n einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:  Ja  Ne			
n einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:  Ja  Ne			
Erläuterung			
	n einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden		○ Nein
	n einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:		○ Nein
	n einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:		○ Nein
	n einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:		○ Nein
	ner fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden eilung ab:		○ Nei



	○ Ja	○ Nein
amen, Vornamen		
d		
ndestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten lliativversorgung:		
	○ Ja	○ Nein
rläuterung, Name der Einrichtung(en)		



	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
nd		
indestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten alliativversorgung:		
	◯ Ja	○ Neir
	○ Ja	○ Neir
alliativversorgung:	○ Ja	○ Neir
alliativversorgung:	○ Ja	○ Neir



	○ Ja	○ Nein
zte (Namen, Vornamen)		
t mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierter	1	
11		○ Nein
lliativversorgung:	○ Ja	
	○ Ja	
	○ Ja	
lliativversorgung:	○ Ja	
	○ Ja	
	○ Ja	



		○ Ja	○ Nein
Erläuterung			·
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit best	ätigt.		
rt, Datum			
t, butum	, <u></u>		
ame der Geschäftsführung 📖			
nterschrift			



### 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, Psycholo Physiotherapie, Ergotherapie): Namen, Vornamen, Professionen	ogie/Psycho	therapie,
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	○ Neir
Erläuterung		
Erläuterung		



	○ Ja	○ Neir
amen, Vornamen		
d d		
ndestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten lliativversorgung:		
	○ Ja	○ Neir
rläuterung, Name der Einrichtung(en)		



) Neir
_



	◯ Ja	○ Nein
Ärzte (Namen, Vornamen)		
nit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten		
nit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:	○ Ja	○ Nein
alliativversorgung:	○ Ja	○ Nein
	○ Ja	○ Nein
Palliativversorgung:	○ Ja	○ Nein
alliativversorgung:	○ Ja	○ Nei
Palliativversorgung:	○ Ja	○ Neir



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
läuterung		
Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
, Datum,,		
and a Condess of the		
me der Geschäftsführung 🗀 📉 💮 💮		
terschrift		
ersemme		
Speichern Drucken Zurücks	etzen	
Speichern Drucken Zurücks	etzen	



### 9-403

Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrischpsychosomatische Therapie (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Ggf. Fachabteilung		



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

inder- und Jugendmedi		○ Ja	○ Neir
Behandlungsleitung (Namen, Vorn	amen)		
Multidisziplinäres Team (Namen, \	/ornamen, Disziplinen)		
ie Richtigkeit der obigen An	gaben wird hiermit bestätigt.		
_		,	
rt, Datum			
rt, Datum			
ame der Geschäftsführung ∟			
ame der Geschäftsführung ∟			
ame der Geschäftsführung ∟			



### 9-60

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	_/
Saf Fachahtailung	



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

Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführe	en.	
Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psy für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Me Psychotherapie vorhanden:	ychiatrie, dizin und	Facharzt
	○ Ja	○ Nein
Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:		
Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatr Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizir		
und Psychotherapie):	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



sychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder laster of Science in Psychologie):	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
pezialtherapeuten		
Ergotherapeuten:	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
oder		
ouei		
Physiotherapeuten:	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
adar.		
oder		
Sozialarbeiter:	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		



Logopäden:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		)
Kreativtherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		)
sonstige Spezialtherapeuten:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
		)
d Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits-	und Krankenpfleger,	
dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenp nden:	fleger, Heilerziehungsp	fleger)
nucii.	○ Ja	○ Nein
, Vornamen	○ Ja	○ Nein
	○ Ja	○ Nein



Die Richtigkeit der obigen A	ngaben wird hiermit bestätig	ıt.	
Ort, Datum		,	
Name der Geschäftsführung			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



## 9-61

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Ggf. Fachabteilung	



nersonengehundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende

Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführ		
s ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung acharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Ps ür Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Me	ychiatrie,	
Psychotherapie vorhanden:	◯ Ja	○ Neir
Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)		
s sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:		
rzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatı acharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizi	n	
nd Psychotherapie):	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		



chologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder ster of Science in Psychologie):	○ Ja	○ Ne
amen, Vornamen		
zialtherapeuten		
Ergotherapeuten:	○ Ja	○ Ne
Namen, Vornamen		
oder		
Physiotherapeuten:	○ Ja	○ Ne
Namen, Vornamen		
oder		
Sozialarbeiter:	○ Ja	○ Ne
Namen, Vornamen		
oder		



Kreativtherapeuten:    Namen, Vornamen	Logopäden:	◯ Ja	Nein
Kreativtherapeuten:  Namen, Vornamen  oder  sonstige Spezialtherapeuten:  Namen, Vornamen  d Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, adheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:	Namen, Vornamen		
Kreativtherapeuten:  Namen, Vornamen  oder  sonstige Spezialtherapeuten:  Namen, Vornamen  d Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, adheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:			
Kreativtherapeuten:  Namen, Vornamen  oder  sonstige Spezialtherapeuten:  Namen, Vornamen  d Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, adheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:			
Namen, Vornamen  oder  sonstige Spezialtherapeuten:  Namen, Vornamen  d Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, adheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:	oder		
Namen, Vornamen  oder  sonstige Spezialtherapeuten:  Namen, Vornamen  d Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, adheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:	Kreativtheraneuten	∩ la	○ Noin
oder  sonstige Spezialtherapeuten:  Namen, Vornamen  d Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, idheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) inden:			- Nem
Namen, Vornamen  d Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, adheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:	Namen, Vornamen		
Namen, Vornamen  d Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, adheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:			
Namen, Vornamen  d Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, adheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:			
d Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, idheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:	oder		
d Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, idheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger)	sonstige Spezialtherapeuten:	○ Ja	○ Nein
d Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, idheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger)	Namen, Vornamen		
dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:			
dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:			
dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:			
dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:			
dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) nden:			
nden:			
	d Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- undheits- und Kinderkrankennfleger, Altennf	nd Krankenpfleger, leger. Heilerziehungsr	ofleger)
	idheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf	leger, Heilerziehungsp	
	dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf nden:	leger, Heilerziehungsp	
	dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf nden:	leger, Heilerziehungsp	
	dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf nden:	leger, Heilerziehungsp	
	dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf nden:	leger, Heilerziehungsp	
	dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf nden:	leger, Heilerziehungsp	
	dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf nden:	leger, Heilerziehungsp	
	dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf nden:	leger, Heilerziehungsp	
	d Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und heits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleden:  , Vornamen	leger, Heilerziehungsp	
	ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfl nden:	leger, Heilerziehungsp	
	ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfl nden:	leger, Heilerziehungsp	
	ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfl nden:	leger, Heilerziehungsp	
	dheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf nden:	leger, Heilerziehungsp	



Die Richtigkeit der obigen An	gaben wird hiermit bestätig	ıt.	
Ort, Datum		,,	
Name der Geschäftsführung 🗅			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



#### 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 d Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psyc für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medi	hiatrie,	
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	<u> </u>	Neill



chologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder ster of Science in Psychologie):	◯ Ja	○ Ne
men, Vornamen		
zialtherapeuten		
Ergotherapeuten:	○ Ja	○ Ne
Namen, Vornamen		
Namen, vornamen		
oder		
Physiotherapeuten:	○ Ja	○ Ne
Namen, Vornamen		
oder		
Sozialarbeiter:	○ Ja	○ Ne
Namen, Vornamen		



Name of Manager	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Kreativtherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
sonstige Spezialtherapeuten:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
nd Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Kindorkrankonnflager Altono	und Krankenpfleger,	offogor)
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf	und Krankenpfleger, fleger, Heilerziehungsp	ofleger)
nd Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfanden:	und Krankenpfleger, fleger, Heilerziehungsp () Ja	ofleger)
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf	fleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf anden:	fleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf anden:	fleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf anden:	fleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf anden:	fleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf anden:	fleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf anden:	fleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf anden:	fleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf anden:	fleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf anden:	fleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpf anden:	fleger, Heilerziehungsp	



Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.	
Ort, Datum,,	_
Name der Geschäftsführung	_
Unterschrift	
Speichern Drucken Zurücksetzen	



## 9-63

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	<i></i>
Ggf Fachahteilung	



	○ Ja	○ Neir
Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)		
s sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:		
zte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):	○ Ja	○ Neir
lamen, Vornamen		
ychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder aster of Science in Psychologie):	○ Ja	○ Neir
Jamen, 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		
sind Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Kra		<b>a</b> \
undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, handen:	Heilerziehungsp	fleger)
	○ Ja	○ Nein
nen, Vornamen	Ja	
nen, Vornamen	<u> </u>	
nen, Vornamen	<u> </u>	
nen, Vornamen	) ja	
nen, Vornamen	) ja	
	( ) Ja	
nen, Vornamen Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.	) ja	
Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.	_, L	
Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.  Datum	_, L	
Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.  Datum	_, L	
Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.  Datum   e der Geschäftsführung	_, L	



## 9-642

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Ggf Fachahteilung	



nersonengehundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende

Standort des Krankenhau	uses:		◯ Ja	○ Ne
eschreibung der Station (u. a. Bettenza	ahl)		∫ Ja	O Ne
sementally der station (a.a. Bettenza	,			
ist ein psychosomatisch-ր	psychotherapeuti	sches Team vor	handen:	
ist ein psychosomatisch-ր	psychotherapeuti	sches Team vor	handen:	○ Ne
		sches Team vor		○ Ne
		sches Team vor		○ Ne
		sches Team vor		○ Ne
ist ein psychosomatisch-p men, Vornamen, Professionen bzw. Di		sches Team vor		○ Ne



	○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen		
ınd		
pei dem behandlungsleitenden Facharzt liegt eine Irztqualifikation (Innere Medizin/Allgemeinmedi:		
Anästhesiologie/Schmerztheranie) vor·		
Anästhesiologie/Schmerztherapie) vor:	◯ Ja	○ Nei
Anästhesiologie/Schmerztherapie) vor:  Namen, Vornamen	○ Ja	○ Nei
	○ Ja	○ Nei
	○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen	○ Ja	○ Nei
	○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen  oder es ist ein weiterer Arzt mit einer somatischen Fac		○ Nei
Namen, Vornamen  Oder		○ Nei



	eln zu können:	Nein
achabteilung, Erläuterung:		
besteht in mindestens einem somatischen Fac	h eine qualifizierte ärztlich	he
ufbereitschaft am Standort des Krankenhauses i		
	○ Ja ○	Nein
achabteilung, Erläuterung		
activities, Enduterang		
flegerische Behandlung auch hettlägeriger Patio	enten ist grundsätzlich	
		Nein
Der 24 Stunden täglich gewährleistet:  Namen, Vornamen, Erläuterung Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum ir	Ja on jeder Schicht eine Pflegefachperson	Nein
ber 24 Stunden täglich gewährleistet:  Namen, Vornamen, Erläuterung Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum ir	Ja on jeder Schicht eine Pflegefachperson	Nein
ber 24 Stunden täglich gewährleistet:  Namen, Vornamen, Erläuterung Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum ir	Ja on jeder Schicht eine Pflegefachperson	Nein
ber 24 Stunden täglich gewährleistet:  Namen, Vornamen, Erläuterung Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum ir	Ja on jeder Schicht eine Pflegefachperson	Nein
flegerische Behandlung auch bettlägeriger Patio ber 24 Stunden täglich gewährleistet: Namen, Vornamen, Erläuterung Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum ir eingesetzt war. Mindestens diese Pflegefachpersonen sind hier zu beno	Ja on jeder Schicht eine Pflegefachperson	Nein
ber 24 Stunden täglich gewährleistet:  Namen, Vornamen, Erläuterung Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum ir	Ja on jeder Schicht eine Pflegefachperson	Nein
ber 24 Stunden täglich gewährleistet:  Namen, Vornamen, Erläuterung Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum ir	Ja on jeder Schicht eine Pflegefachperson	Nein



Die Richtigkeit der obigen A	Angaben wird hiermit bestätig	gt.	
Ort, Datum		, L	
Name der Geschäftsführung			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



# 9-643

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	_/
Ggf Fachahteilung	



Es wird ein Rooming-In vorgehalten:		
	○ Ja	○ Nein
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		
Es ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum vorl	_	_
	◯ Ja	O Nein
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		
Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:	○ la	○ Noin
	○ Ja	O Nein
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		



#### Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte sind Teil des Behandlungsteams:

		○ 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 kons der Mutter durch eine(n) Hebamme/Stillberater im Hause		etreuung
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
durch eine Kooperation mit ambulant tätigen Hebammen/	Stillberatern	:
	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Ein Pädiater und/oder Kinder- und Jugendpsychiater steh konsiliarisch zur Verfügung:	t mindestens	
Ronstitatisch zur Verrugung.	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



Die Richtigkeit der obigen An	gaben wird hiermit bestätig	ıt.	
Ort, Datum		,,	
Name der Geschäftsführung 🗅			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



# 9-647

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	_/
Fachabteilung	



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:		
senanatangsteam.	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
		)
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum, _		
Name der Geschäftsführung		
Interschrift		
Speichern Drucken Zur	ücksetzen	



# 9-64a

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Fachahteilung / Finheit	1	



	○ Ja	○ Nein
Beschreibung (u.a. Stationen, Bettenzahl, ärztliche Leitung)		
oder		
es ist eine Fachabteilung für Psychiatrie am Standort Ies 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 a mit dualem kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-ps -psychotherapeutischen Setting vorhanden:		
psychotherapeutischen Setting vorhanden.	○ Ja	○ Nein
Benennung und Beschreibung der spezialisierten, räumlich oder organisatorisch a	bgegrenzten Einheit	
Es ist eine duale Behandlungsleitung vorhanden:		
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie:  Namen, Vornamen	◯ Ja	○ Nein
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 vorhar		
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten	◯ Ja	○ Nein
Endaterang and Sestmentaling der Naumheimenten		
Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:		
	○ Ja	○ Nein
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		
Es wird ein Rooming-In vorgehalten:	○ 1-	O Nain
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten	○ Ja	○ Nein
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum,		
Name der Geschäftsführung		
Traine del desenutistaman <sub>o</sub>		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zurü	cksetzen	



## 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	



	○ Ja	○ Neir
Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)		
and Market for fall and an Daniel and an artist and an		
s sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:		O No.:
rzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):	○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen		
sychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, sychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder		
aster of Science in Psychologie):	○ Ja	○ Nei
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		
	○ Ia	○ Noin
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-)Gesund	heits-
und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehung: Heimerzieher) vorhanden:	spfleger, Jugend- ι	ınd
nemierziener) vornanden.	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen:		



Die Richtigkeit der obigen An	gaben wird hiermit bestäti	gt.	
Ort, Datum		,	
Name der Geschäftsführung 🗅			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



# 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			



	○ Ja	○ Nei
Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)		
s sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:	○ la	○ Noi
Arzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):  Namen, Vornamen	○ Ja	○ Nei
rzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):	○ Ja	○ Nei
rzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):	○ Ja	○ Nei
rzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):	○ Ja	○ Nei
rzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):	○ Ja	○ Nei
Arzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):  Namen, Vornamen	○ Ja	○ Nei
rzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):	○ Ja	○ Nei



#### 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-	)Gesundl	heits-
und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Heimerzieher) vorhanden:	jugena- u	na
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum,		
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zurückse	etzen	



## 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.

Einheit vorhanden:	○ Ja	○ Neir
Benennung und Beschreibung der spezialisierten, räumlich oder organis	satorisch abgegrenzten Einheit	
Es ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielrau	m vorhanden:	○ Neir
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		
Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:		
	○ Ja	○ Neir
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		
Es wird ein Rooming-In vorgehalten:	○ Ja	○ Neir
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		



	○ Ja	○ Ne
Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)		
s sind Vertreter der folgenden Berufsgruppen vorhanden:		
s sind Vertreter der folgenden Berufsgruppen vorhanden: rzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):	◯ Ja	○ Ne
	○ Ja	○ Ne
rzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):	◯ Ja	○ Ne



#### 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		
		○ N :
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-	)Gesundl	heits-
und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Heimerzieher) vorhanden:	jugena- u	na
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum,		
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zurückse	etzen	



### 9-694

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Ggf. Fachabteilung	



ollendeten 21. Lebensjahr) vorhanden:	○ Ja	○ Nein
Benennung und Beschreibung der Spezialstation		
e Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
t, Datum	,	
ame der Geschäftsführung		
terschrift		
	Zurücksetzen	



### 9-701

# Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	1,	



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

Beschreibung der Mobilität des Teams	◯ Ja	◯ Nei
beschierbung der Mobilität des Teams		
Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatr acharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde		
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:	ouer racharzer	ui
	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
Tanton, Tornamon		



## 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		



	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
pezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten,		
ozialarbeiter, Sozialpädagogen, Logopäden, Kreativtherapeuten):	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
		•
rie Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandl ags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitscha	ft) sicherge	stellt:
ags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitscha		
ngs im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitscha	ft) sicherge	stellt:
	ft) sicherge	stellt:
ags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitscha	ft) sicherge	stellt:
ags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitscha	ft) sicherge	stellt:
ags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitscha	ft) sicherge	stellt:
ags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitscha	ft) sicherge	stellt:



	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		
2-12-14-24	L - ! L 6 .! - L! -	
öglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme l Istandsverschlechterung:	bei Kurziristig	er
	○ Ja	○ Nein
Erläuterung/Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme		
e Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
rt, Datum,	L	
ame der Geschäftsführung 🗀		
terschrift .		
erschrift		
erschrift		
erschrift		
terschrift		
terschrift		
iterschrift .		
nterschrift		
nterschrift	urücksetzen	



### 9-801

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

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	I	



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

	handen:	○ Neir
Beschreibung der Mobilität des Teams		
		iatrio
Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kin und -psychotherapie:	der- und Jugendpsych	iatife
	der- und Jugendpsych	O Neir
und -psychotherapie:		



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		O Nem
Namen, vontainen		
		)
Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder		
Master of Science in Psychologie):	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



ozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden):	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
Namen, vomamen		
ie Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Beh		
ngs im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereit	schaft) sicherge	estellt:
	○ Ja	○ Neir
	∪ Ja	O
Beschreibung /Erläuterung der Erreichbarkeit		
Beschreibung /Erläuterung der Erreichbarkeit		<u> </u>
Beschreibung /Erläuterung der Erreichbarkeit		
Beschreibung /Erläuterung der Erreichbarkeit		
Beschreibung /Erläuterung der Erreichbarkeit		
Beschreibung /Erläuterung der Erreichbarkeit  iewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsm		
ewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsm rankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche):	öglichkeit durc	h das
ewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsm rankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche):	öglichkeit durc	h das
ewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsm	öglichkeit durc	h das
ewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsm rankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche):	öglichkeit durc	h das
ewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsm rankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche):	öglichkeit durc	h das



ustandsverschlechterung:		○ Ja	○ Nein
Erläuterung/Beschreibung der Möglichkeit der vollstatio	nären Aufnahme		
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hierm	it bestätigt.		
rt, Datum	, L		
ame der Geschäftsführung			
nterschrift			
Speichern Drucken	Zurüc	:ksetzen	



### 9-985

# Teilstationäre pädiatrische Behandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/_	
Fachahteilung .		



	○ Ja	○ Nein
eschreibung (u.a. Stationen, Bettenzahl)		
ztliche Leitung:		
ame, Vorname		
e Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
e McMagaett der obigen Angaben wird merinit bestatigt.		
t, Datum	,	
ne der Geschäftsführung 🗀		
terschrift		
Speichern Drucken	Zurücksetzen	